

Evangelische Hochschule Nürnberg

Fakultät für Sozialwissenschaften

Soziale Arbeit

Bachelor-Thesis

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts B.A.

**Hart am Limit - Theoretische und konzeptionelle Überlegungen
zur Alkoholprävention bei Jugendlichen am Beispiel des Sucht-
hilfezentrums der Stadtmission Nürnberg e.V.**

Simone Reichert

Erstgutachter: Prof. Dr. Joachim König

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Gertraud Müller

Abgabetermin: 13.01.2015

Zusammenfassung

Die nachfolgende Arbeit beschäftigt sich mit theoretischen und konzeptionellen Überlegungen zur substanzspezifischen Prävention. Der theoretische Teil der Arbeit befasst sich zunächst mit der Hauptzielgruppe für Präventionsmaßnahmen bzgl. Alkohol: Jugendliche im Alter von 12 bis 18 Jahren. Hierbei wird ein Blick auf deren Lebenswelten und auf diese spezielle Phase im Lebenslauf geworfen. Dies erfolgt aus entwicklungspsychologischer und jugendsoziologischer Perspektive. Nachfolgend wird die Substanz „Alkohol“ näher betrachtet und der Konsum von Jugendlichen genauer beleuchtet. Durch die Erkenntnisse aus den ersten drei Unterpunkten erfolgen grundlegende Überlegungen zur Prävention und ein Blick in die innovative Suchtprävention. Auf Basis der vorangegangenen Punkte wird nachfolgend das Bundesprojekt zur Alkoholprävention „Hart am Limit“ (= HaLT) vorgestellt.

Mit diesem Projekt befassen sich auch die konzeptionellen Überlegungen. Hierbei steht die Optimierung des Interventionsangebotes „Risikocheck“ im Mittelpunkt. Die Überlegungen sind geknüpft an das Angebot und die Durchführung des Projekts innerhalb Nürnbergs. Dieses wird getragen von der Suchtprävention des Jugendamtes der Stadt Nürnberg und dem Suchthilfezentrum der Stadtmission Nürnberg e.V.. Mit der vorliegenden Arbeit sollen Denkanstöße für strukturelle und formale Änderungen hinsichtlich des Interventionspunktes, der in der Trägerschaft des Suchthilfezentrums liegt, gegeben werden.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	„Hart am LimiT“ – Theoretische Überlegungen zur Alkoholprävention bei Jugendlichen.....	1
2.1	Lebensabschnitt “Jugend”.....	1
2.1.1	Jugendsoziologische Perspektive.....	1
2.1.1.1	Jugendkulturen.....	2
2.1.1.2	Peergroup.....	3
2.1.2	Entwicklungspsychologische Perspektive.....	4
2.1.2.1	Identitätsbildung.....	5
2.1.2.2	Entwicklungsaufgaben.....	6
2.1.2.3	Umgang mit Alkohol als Entwicklungsaufgabe.....	6
2.2	Alkohol – legales Rausch- und Suchtmittel.....	7
2.2.1	Die Substanz Alkohol.....	7
2.2.2	Geschichte.....	8
2.2.3	Wirkung.....	9
2.2.4	Substanzkonsum.....	11
2.3	Alkohol und Jugendliche.....	13
2.3.1	Zahlen und Fakten.....	13
2.3.2	Jugendschutzgesetz.....	14
2.3.3	Konsumarten und Folgen.....	15
2.3.4	Konsummotive.....	17
2.3.5	Schutz- und Risikofaktoren.....	18
2.4	Alkoholprävention.....	21
2.4.1	Grundlegende Präventionsansätze.....	21
2.4.2	Innovative Suchtprävention.....	24
2.5	„Hart am LimiT“.....	26
2.5.1	Entstehung.....	26
2.5.2	Inhalte.....	27
2.5.2.1	Reaktiver Baustein.....	27
2.5.2.2	Proaktiver Baustein.....	28
2.5.3	Effizienz.....	29
2.6	Zwischenfazit.....	30
3	„Hart am LimiT“ – Konzeptionelle Überlegungen zur Optimierung des reaktiven Teils des „HaLT- Projektes“ des Suchthilfezentrums der Stadtmission Nürnberg e.V.	31
3.1	HaLT in Nürnberg.....	31

3.2	Ist-Zustand im reaktiven Baustein.....	31
3.3	Festlegung des Soll-Zustandes.....	31
3.4	Methodik.....	32
3.4.1	Gewinn von Kenntnissen bezüglich der Teilnahme am Angebot und mit der Teilnahme verbundener Ängste.....	32
3.4.2	Steigerung der Attraktivität des Angebotes	36
3.4.2.1	Mediale Bewerbung des Angebotes	36
3.4.2.2	Anpassung der Struktur des Angebotes	38
3.4.2.3	Optimierung der Bewerbung des Angebotes im „Brückengespräch“.....	38
3.4.3	Einbeziehung des persönlichen Umfeldes des Teilnehmers	42
3.4.3.1	Schaffung von Sicherheit durch Einbeziehung des Beraters aus dem „Brückengespräch“.....	42
3.4.3.2	Aktivierung der Eltern zur Mitwirkung hinsichtlich der Teilnahme	42
4	Fazit.....	44
	Literaturverzeichnis.....	46
	Anhang.....	53
	Persönliche Erklärung.....	55

Abkürzungsverzeichnis

Apps	= Applikationen
BZgA	= Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzgl.	= bezüglich
bzw.	= beziehungsweise
ca.	= circa
DSM-IV	= Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen in der 4. Auflage
engl.	= englisch
ESPAD	= Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen
et al.	= et alii/ et aliae
etc.	= et cetera
HaLT	= „Hart am LimiT“
HBSC	= Health Behaviour in School-aged Children
ICD-10	= internationale Klassifikation psychischer Störungen in der 10. Auflage
i.d.F.v.	= in der Fassung von
JIM Studie	= Jugend, Information, (Multi-) Media - Studie
MI	= Motivational Interviewing / Motivierende Gesprächsführung
o.ä.	= oder ähnliches
s.g.	= so genannte, so genanntes, so genannter
SGB	= Sozialgesetzbuch
u.a.	= unter anderem
u.ä.	= und Ähnliches, und Ähnlichem
u.U.	= unter Umständen
WHO	= Weltgesundheitsorganisation
z.B.	= zum Beispiel

1 Einleitung

„Alkohol macht einfach lustig und entspannt. Da kann man richtig gut Party machen und neue Leute kennen lernen. Endlich Wochenende und einfach Spaß haben. Das machen doch alle so“ (Häßler, Nesseler & Thomasius, 2009, S.10), so beschreibt der 17-jährige Christian seine Einstellung zu Alkohol. Häufig taucht das Thema Jugendliche und Alkohol in Zeitungen, Fernsehberichten u.Ä. auf. Am Wochenende begegnet man oft Jugendliche mit Bier- und Wodkaflaschen, die sich an Spielplätzen herumtreiben. Lehrer¹ berichten von alkoholisierten Jugendlichen während Schulausflügen und bei Kirchweihen und Volksfesten gehören schwankende Teenager in Dirndl und Lederhose schon fest zum Erscheinungsbild. Alkohol ist ein fester Bestandteil der Lebenswelt Jugendlicher, deshalb stellen sich Fragen wie: Was macht den großen Reiz aus? Nehmen Rauschtrinken und Alkoholexzesse zu? Ist es überhaupt möglich die Jugendlichen an diesem Punkt präventiv zu erreichen? Und wenn ja, was motiviert Jugendliche, sich mit ihrem Konsumverhalten auseinander zu setzen? Und haben die Peergroup und Eltern dabei überhaupt Einfluss?

Nachfolgend soll diesen und weiteren Fragestellungen auf den Grund gegangen werden. Zunächst ist jedoch ein Blick auf die Lebenswelten Jugendlicher im 21. Jahrhundert zu werfen, um nachzuvollziehen, was jene bewegt und antreibt.

2 „Hart am Limit“ – Theoretische Überlegungen zur Alkoholprävention bei Jugendlichen

2.1 Lebensabschnitt „Jugend“

2.1.1 *Jugendsoziologische Perspektive*

Der Begriff „Jugend“ ist einem ständigen Wandel unterworfen und mit ihm auch die Lebensphase zwischen Kindheit und Erwachsenen werden. „Jugend“ ist nach Scherr (2009, S.17) ein unklar definierter Begriff und aus unserem täglichen Leben entnommen. Hinter ihm verstecken sich unterschiedliche Bedeutungen, wie z.B. jugendtypische Verhaltensweisen und Altersbestimmungen. Die Soziologie ergänzt zu dem biologisch (körperliche Veränderungen) und psychologisch beschriebenen Entwicklungsstadium eine weitere Perspektive, indem sie den Jugendlichen innerhalb der Gesellschaft mit seinen Funktionen, Aufgaben, Zwängen und Möglichkeiten betrachtet. Sie wirft einen Blick auf die soziale Position der Herkunftsfamilie, somit auf Bildungsniveau, Migrationshintergrund und finanzielle Lage und auf die gesellschaftlichen Bedingungen in Form von wirtschaftlicher Lage, politischem Einfluss und Rechten. Die Wechselwirkung zwischen Gesellschaft und

¹ Im Sinne der besseren Lesbarkeit wird im gesamten Text nur die grammatikalisch männliche Form verwendet, die sich stets auf beide Geschlechter bezieht.

dem Jugendlichen selbst oder innerhalb seiner Jugendkultur ist für Soziologen von großem Interesse. (Scherr, 2009, S.18f). Dem traditionellen Verständnis, dass „Jugend“ eine „zeitlich klar abgegrenzte Lebensphase [ist], die mit der Pubertät beginnt und mit dem Eintritt in die Arbeitswelt, der Gründung einer eigenen Familie und der Festlegung auf einen privaten und beruflichen Lebensentwurf endet“ (Scherr, 2009, S.23), steht ein Verständnis des Zerfalles der Jugendphase entgegen. Die sexuelle Reifung erfolgt immer früher, wohingegen die Ausbildung an sich und die Gründung von Familie etc. erst im höheren Alter beginnt. Dies ist oftmals mit einer längeren ökonomischen Abhängigkeit der Jugendlichen von ihren Eltern verbunden (Scherr, 2009, S.35). Allgemein ist festzuhalten, dass „Jugend“ keine Phase ist, die von allen einheitlich erlebt wird. Sie wird von gesellschaftlichen Strukturen, wie sozialer Ungleichheit, einem hierarchischen Bildungssystem und einer gesellschaftlichen Geschlechterordnung bestimmt, was ein einheitliches Erleben von „Jugend“ nicht möglich macht. Auf Grundlage dieser Differenziertheit ist die Verwendung des Begriffes „Jugenden“ treffender. (Scherr, 2009, S.24)

2.1.1.1 Jugendkulturen

Innerhalb dieser pluralisierten und individualisierten Gesellschaft, die nach Ferchhoff, (2013, S.44ff) von einer immer weiter steigenden Anzahl von verschiedenen Lebensformen geprägt ist, findet eine „Aufweichung“ von bestehenden Lebenskonzepten und eine „Entritualisierung“ von religiösen und weltanschaulichen Einstellungen statt. Der Mensch ist in einem permanenten Stress bzgl. Selbstverwirklichung gefangen und verliert durch einen starken Ich-Bezug und einer ständigen Ich-Suche den Bezug zum Nächsten. Die Suche nach Identität, die vorwiegend Aufgabe der Jugend war, erstreckt sich immer mehr auf die komplette Lebensphase und zeigt eine Brüchigkeit der Grenzen zwischen Jugend- und Erwachsenenkultur (Ferchhoff, 2007, S.181).

Innerhalb der Gesellschaft bilden sich nach Ferchhoff (2007) immer mehr Jugendkulturen, deren Hauptzusammenhalt durch Stilmerkmale gekennzeichnet ist. Dieser Stil ist von Kleidung, Tattoos, Piercings, Frisuren etc., also von sichtbaren Komponenten, geprägt. Abgesehen von dieser Selbstinszenierung, die von der Wirtschaft schnell aufgegriffen und ausgeweitet wird, bestehen weiterhin Jugendkulturen, die sich durch „eigen sinnige, ästhetische, ethische oder politische Orientierung definieren“ (Ferchhoff, 2007, S.182). Jedoch zeigt sich bei diesen Ausprägungen von Jugendkulturen eine deutliche Abweichung von Rebellion und Provokation durch Minderheiten hin zu einem bestimmten Stil, der von (Körper-)Sprache, Mode und Musik bestimmt wird. Zu diesen Punkten fügt die Soziologie den Erfahrungsschatz, die Lebensbedingungen und die eigene und gesellschaftliche Lebenssituation hinzu, die trotz allem als hohes Ziel eine Abgrenzung der eigenen Kultur gegenüber der Erwachsenenwelt und anderen Jugendkulturen hat.

Jedoch ist klar hervorzuheben, dass knapp 60% eine erhöhte Affinität zu ihrer eigenen Jugendkultur äußern (Paff, 2007 in Ferchhoff, 2007, S.186) und sich bei weiten nicht alle Jugendlichen einer gewissen Szene zugehörig fühlen.

Eine groß angelegte Studie die sich mit den verschiedenen Gruppierungen innerhalb der Jugend befasst, ist die Sinus-Milieu-Studie bzgl. Jugendlicher (Calmbach, Thomas, Martin, Peter, Borchard & Flaig, 2012), die Jugendliche nach ihren jeweiligen Lebenswelten unterteilt. In der aktuellen Studie von 2012 ergeben sich folgende Zahlen für die jeweiligen Milieus (Calmbach et al., 2012, S.34f, S.39):

- 20% Expeditiv, d.h. erfolgs- und lifestyle-orientierte Networker, die ständig auf der Suche nach neuen Grenzen und unkonventionellen Erfahrungen sind
- 19% Adaptiv-Pragmatische, d.h. leistungs- und familienorientierte moderne Mainstreamer mit einer hohen Anpassungsbereitschaft
- 19% Experimentalistische Hedonisten, d.h. spaß- und szenorientierte Nonkonformisten mit Fokus auf ein Leben im Hier und Jetzt
- 13% Konservativ-Bürgerliche, d.h. familien- und heimatorientierte Bodenständige mit Traditionsbewusstsein und Verantwortungsethik
- 12% Materialistische Hedonisten, d.h. freizeit- und familienorientierte Unterschichtler mit ausgeprägten markenbewussten Konsumwünschen
- 10% Sozialökologische, d.h. nachhaltigkeits- und gemeinwohlorientierte Jugendliche mit sozialkritischer Grundhaltung und Offenheit für alternative Lebensentwürfe
- 7% Prekäre, d.h. um Orientierung und Teilhabe bemühte Jugendliche mit schwierigen Startvoraussetzungen und Durchbeißermentalität

Allgemein lassen sich aus der Studie verschiedene Schlüsse für die Jugend in der heutigen Zeit ziehen. Der wohl wichtigste ist, dass die Generation von einem Blick auf die Gegenwart und einer Unsicherheit bzgl. der Zukunft, die durch einen hohen Leistungsdruck verstärkt wird, geprägt ist.

2.1.1.2 Peergroup

Eine sehr enge Unterform von Jugend(sub)kulturen ist die Peergroup, die so genannte Gleichaltrigengruppe. 71% der Jugendlichen gaben in der aktuellen Shellstudie an, einer „Clique“ anzugehören (Leven, Quenzel & Hurrelmann, 2010, S.83). Dieser Gruppe gehören „Seinesgleichen“ an. Kennzeichnend für die Gruppierungen sind keine bestehenden formellen Aufnahmestrukturen, wobei Aufnahme rituale möglich sind, was für Jugendliche einen Raum zur Teilnahme und Selbstverwirklichung schafft. Die Peergroup schafft Freiräume fernab von Schule und Elternhaus und ermöglicht das Erleben von

Geborgenheit, Wärme, Sicherheit, Zusammengehörigkeit und Solidarität untereinander. Jedoch unterliegen Peergroups oftmals einer Hierarchie, was zu einer gewissen Abhängigkeit und im schlimmsten Fall zu Rivalitäten zwischen den Mitgliedern und Mobbing bei Abweichen von den bestehenden Normen und Idealen führen kann. Auch kann in Einzelfällen ein Abrutschen in deviantes Verhalten beim Zusammenschluss von gesellschaftlichen Außenseitern erfolgen, was jedoch nach Leven et al. (2010, S.83) nur auf einen kleinen Teil von jugendlichen Peergroups zutrifft. Kennzeichnend für fast alle Formen sind eine gewisse Schicht- und Stilhomogenität, eine Geschlechtshomogenität (trotz Anstieg der gemischtgeschlechtlichen-Gruppen), informelle Strukturen, eine Abgrenzung von der Erwachsenenwelt durch eigenständige Normentwicklung, eine geringe emotionale Bindung untereinander, jedoch eine starke Solidarität bzgl. gemeinsamer Wert- und Normvorstellungen, Interessen, Ansichten und Aktionen.. Die Gleichaltrigen-gruppen stellen für Böhnisch (2012, S.153) einen Bewältigungskontext und gleichzeitig eine -ressource dar. Sie geben Halt und Orientierung bei der Ablösung vom Elternhaus, bewirken aber keine komplette Ersetzung von jenen, sondern können im Gegenteil die Beziehungen innerhalb der Familie stärken (Böhnisch, 2012, S.153ff). Calmbach et al. (2012, S.46) bestätigen einen hohen Stellenwert der Gleichaltrigen, die oftmals genauso gut, wenn nicht sogar besser bei der Alltagsbewältigung helfen können.

2.1.2 Entwicklungspsychologische Perspektive

Einen anderen erweiternden Blick auf die Phase der Jugend bietet die Entwicklungspsychologie. Diese beschäftigt sich mit der psychischen Entwicklung des Menschen und wird von Pinquart, Schwarzer & Zimmermann (2011, S.14) folgendermaßen definiert: „Unter psychischer Entwicklung des Individuums versteht man die geordnete (regelmäßige), gerichtete und längerfristige Veränderung des Erlebens und Verhaltens über die gesamte Lebensspanne“. Die Gegenstände der Entwicklungspsychologie sind nach Lohaus, Maass & Vierhaus (2010, S.3) zunächst die intraindividuellen Veränderungen im Erleben und Verhalten (auch unter Einbezug der Veränderung im materiellen und sozialen Umfeld) und schließlich die interindividuellen Unterschiede.

Im Folgenden soll speziell auf die psychische Entwicklung im Jugendalter eingegangen werden. Die körperliche und kognitive Entwicklung², die diese durchaus beeinflusst, wird vernachlässigt.

² Vgl.: Berk (2011, S.489-536); Baacke und Vollbrecht (1991,93-115); Lohaus, Maass und Vierhaus (2010, S.18f)

2.1.2.1 Identitätsbildung

Im Mittelpunkt der emotionalen und sozialen Entwicklung der Jugendphase steht die Identitätsbildung. Die Jugendlichen setzen sich verstärkt mit sich selbst auseinander. Einer der Ersten, der diese Aufgabe für Jugendliche herausarbeitet ist der Psychoanalytiker Erik Homburger Erikson. Jener beschreibt nach Habermas (2008, S.364ff) „Identität“ auf drei verschiedenen Ebenen. Zunächst geht es um das subjektive Erleben, das sich aus Individualität, Selbstkonsistenz, Selbstkontinuität, Körper selbstgefühl, Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen zusammensetzt. Dies alles ermöglicht den psychologischen Prozess des „Sich-Identifizierens“ mit bestimmten Werten und das Abwägen mit bestehenden Erkenntnissen und führt dann zum dritten Schritt, der Übernahme von sozialen Positionen und von Verantwortung.

Darauf basierend entwickelte der Psychoanalytiker ein Stufenmodell zur Persönlichkeitsentwicklung. Innerhalb acht eingeteilter Stufen hat der Mensch jeweils einen Konflikt zu bewältigen. Für das Jugendalter ist das Konfliktthema „Identität versus Identitätsdiffusion“ zentral, welches beinhaltet, dass der Jugendliche Vorstellungen von der eigenen Individualität entwickelt und davon, in welche Richtung sein Leben weiter verlaufen soll (Pinquart et al., 2011, S.252f). Nach Erikson (in Habermas 2008, S.365f) kann der Konflikt drei verschiedene Ausgänge finden: er kann zu einer gelungenen Bewältigung (commitment), zu einer Identitätsdiffusion, also einer brüchigen Identität (Leere- und Entfremdungsgefühle, Orientierungslosigkeit, Beziehungs- und Tätigkeitsunfähigkeit) oder zu einer negativen Identität (Kriminalität, Drogenmissbrauch) führen. Die bestehende Bewältigungsaufgabe beschreibt Erikson in Berk (2011, S.547) als eine „Identitätskrise“, die jeder Jugendliche durchlaufen muss. Währenddessen herrscht eine seelische Not, was zum Ausprobieren von bestimmten Lösungsstrategien anregt und dann zur Manifestierung von Werten und Zielen führt. Jugendliche hinterfragen das bestehende Selbstbild und kommen durch neu gemachte Erfahrungen immer wieder in Gewissenskonflikte. Dadurch reifen sie zu einer eigenständigen Persönlichkeit mit Idealen, Fähigkeiten und Eigenschaften heran, die sich im Alter etabliert bzw. erweitert. Es entsteht ein positives Ich-Erleben, welches es ermöglicht, sich selbst als „eine Person mit Einheitlichkeit und Kontinuität“ (Baacke & Vollbrecht, 1991, S.181) zu verstehen. In der Jugend wird nach Baacke & Vollbrecht (1991, S.181) über bereits gemachte Erfahrungen Bilanz gezogen und die Summe der gemachten Entwicklung gebildet. Der Gedanke der Identitätskrise nach Erikson ist heutzutage überholt und wird eher mit einer Exploration und einem Erkunden der eigenen Identität beschrieben, wohingegen sein Stufenmodell als Grundlage für viele weiterführende Theorien gilt.

2.1.2.2 Entwicklungsaufgaben

Aus diesem Modell und unter Bezugnahme anderer möglicher Theorien im Hinblick auf die Persönlichkeitsentwicklung Jugendlicher, ergeben sich einige Entwicklungsaufgaben für diese Altersspanne. „Entwicklungsaufgaben sind Herausforderungen oder Probleme, die sich typischerweise jedem Menschen im Entwicklungsverlauf stellen. Sie ergeben sich aufgrund der körperlichen Entwicklung, des kulturellen Drucks und aufgrund dadurch ungelöster Wünsche und Erwartungen.“ (Lohaus et al., 2010, S.253). Jeder Mensch hat nach Havighurst letztendlich (in Lohaus et al., 2010, S.253) bestimmte Aufgaben zu bewältigen, was zu Zufriedenheit und Erfolg führt.

Für das Jugendalter benennt er folgende Aufgaben:

- „Aufbau neuer und reifer Beziehungen zu Gleichaltrigen des eigenen und anderen Geschlechts“
- „Übernahme der männlichen bzw. weiblichen Geschlechterrolle“
- „Akzeptieren des eigenen Körpers und dessen effektive Nutzung“
- „Loslösung und emotionale Unabhängigkeit von den Eltern“
- „Ökonomische Unabhängigkeit von den Eltern“
- „Berufswahl und -ausbildung“
- „Vorbereitung auf Heirat und Familie“
- „Erwerb intellektueller Fähigkeiten, um eigene Rechte und Pflichten ausüben zu können“
- „Entwicklung sozialverantwortlichen Verhaltens“
- „Aneignung von Werten und eines ethischen Systems, das einen Leitfaden für das eigene Verhalten darstellt“

Mit der Bewältigung dieser Aufgaben wird den Jugendlichen nach Palentien & Harring (2010, S.1006) eine gelungene Integration in die Erwachsenenwelt zugesichert. Um den Aufgaben gerecht werden zu können, ist der Erwerb psychischer, sozialer, motivationaler und praktischer Kompetenzen unerlässlich. Kommt es zu einem unzureichenden oder negativen Kompetenzerwerb, können „die von der sozialen Umwelt erwarteten Fertigkeiten und Fähigkeiten, Motivationen und Dispositionen nicht erbracht werden“ (Palentien & Harring, 2010, S.1006). Dies führt zum Aufkommen verschiedenster Probleme.

2.1.2.3 Umgang mit Alkohol als Entwicklungsaufgabe

Der Umgang mit psychoaktiven Substanzen wie Alkohol stellt nach Leppin (2000, S.64) für Jugendliche eine eigenständige Entwicklungsaufgabe dar. Dies lässt sich damit begründen, dass die Motivlagen von Jugendlichen zu konsumieren, die später noch einge-

hender erläutert werden, eng verknüpft sind mit der Bewältigung der genannten Entwicklungsaufgaben. Besonders die abgewandelten und erweiterten Punkte „Aufbau von Beziehungen zu Gleichaltrigen“, „Abgrenzung von den Eltern“, „Notwendigkeit, Normen und Grenzen für die eigenen Identitätsbildung zu finden“ und „Druck, emotionale Beständigkeit (coolness), Leistungsfähigkeit und Verhaltensstabilität zu zeigen“ sind eng verknüpft mit dem Konsumverhalten Jugendlicher (Lindenmeyer & Rost, 2008, S.11f). Hurrelmann & Bründel (1997, S.44) verstärken dies, indem sie den Jugendlichen die Aufgabe zuschreiben, für sich selbst eine „Form des Umgangs [zu] finden, der es ihnen auch ermöglicht, die Balance zwischen Kontrollverlust und Selbstverantwortung zu erproben“. Der Konsum dient der Verarbeitung der Realität und der Bewältigung des alltäglichen Lebens. In einer Gesellschaft, in der der Konsum von Alkohol legitimiert, akzeptiert und toleriert ist, ist es besonders wichtig, einen guten Umgang mit der Substanz zu erlernen, was bei Jugendlichen zu einer Kompetenzerweiterung und einer Stabilität in der eigenen Persönlichkeit führen kann (Hurrelmann & Bründel, 1997, S.45f). Schon im frühen Alter von sechs bis zehn Jahren bilden sich laut Palentien & Harring (2010, S.1008) bestimmte Assoziationen bzgl. Alkoholkonsum. Dies geschieht zunächst innerhalb der Familie und später innerhalb der Peergroup, was zu einer vorgefertigten Einstellung gegenüber der Substanz führt und Einfluss auf den späteren Konsum hat.

Nach Palentien & Harring (2010, S.1008) gehört der Konsum von Alkohol bzw. Drogen zu den Formen einer nach „innen“ gerichteten, rückzugsorientierten Problembewältigung. Durch bewusste Manipulation der psychosomatischen Befindlichkeit erhoffen sich die Jugendlichen eine Erleichterung der Situation. Besteht ein derart motiviertes Konsumverhalten, sollte effektiv gehandelt werden, da dies weit über den zu erprobenden Kontext hinausgeht. Nach Lindenmeyer & Rost (2008, S.11) ist dieses Konsummuster jedoch weniger verbreitet und nur auf eine kleine Risikogruppe zu beziehen.

2.2 Alkohol – legales Rausch- und Suchtmittel

2.2.1 Die Substanz Alkohol

Im Jahr 2012 ergibt sich innerhalb der Bundesrepublik ein Pro-Kopf-Konsum an Reinalkohol von 9,5l und an alkoholischen Getränken von 135,4l, wobei Bier und Wein zu den beliebtesten Konsumformen zählen. Im internationalen Vergleich mit 189 anderen Nationen belegt Deutschland den 28. Rang (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2014, S.39-42).

Der Begriff Alkohol, wie er im alltäglichen Leben verwendet wird, beschreibt zumeist nur den Ethylalkohol oder auch Ethanol. Dieser wird durch Destillation (Gewinnung des reinen Alkohols) oder Gärung (Ethanol und Nebenprodukte) von kohlenhydrathaltigen Materialien pflanzlichen Ursprungs, mit Hefe gewonnen. Diese Form von Ethanol ist als

„Agraralkohol“ bekannt und unterscheidet sich von Ethanol, das durch chemosynthetische Verfahren, wie z.B. Lösungs- oder Verdünnungsmittel, gewonnen wird. Angegeben wird der Alkoholgehalt in Volumenprozent (= Vol.-%). Neben Ethanol bestehen noch weitere Formen von Alkohol, die jedoch nicht zum Verzehr geeignet sind. (Schneider, 2009, S.38).

Eingeteilt werden alkoholische Getränke nach Franzke (2001, S.76) in drei Grundtypen:

- Biere mit einem Ethanolgehalt von 2-5%
- Weine mit einem Ethanolgehalt von 8-20%
- Spirituosen mit einem Ethanolgehalt von 15-50%

Alkohol gilt als Droge, d.h. , er ist eine Substanz, „die über das zentrale Nervensystem die subjektive Befindlichkeit eines Konsumenten beeinfluss[t]“ (Stimmer, 2000, S. 113). Er gilt als unterdrückende Droge, die die Körperreaktionen und die Hirntätigkeit beeinträchtigt und ein starkes Nerven- und Zellgift darstellt (Schumacher, 2007, S.55). Alkohol fällt in die Gruppe der beruhigenden oder dämpfenden Substanzen. (Urech, 2009, S.27). Nach Schneider (2009, S.39) kann Alkohol zur einer Abhängigkeit vom Typ Alkohol/Barbiturate/Tranquilizer führen, welche in die Rubrik der Hypnotika und Sedativa fällt. Kennzeichnend ist für die Substanzen nach Urech (2009, S.27) das Reduzieren sämtlicher körperlicher und geistiger Vorgänge. Die so genannten „Downer“ vermitteln das Gefühl einer dauerhaften Benommenheit und hinterlassen auch nach ihrem Abklingen ein Gefühl von Müdigkeit.

Alkohol gilt als verbreitetste Droge und führt zu den meisten Todesfällen, wenn man den Einfluss des Stoffes auf Gewaltverbrechen und Verkehrsunfälle berücksichtigt. (Schumacher, 2007, S.57)

Alkohol ist als legale Droge in unserer Gesellschaft stark verankert. Einerseits durch die geschichtlich entwickelte kulturelle Stellung, andererseits auch durch die hohen wirtschaftlichen Vorteile. Der erwirtschaftete Profit „für die Hersteller, für Werbefirmen und für Investoren schafft Arbeitsplätze, vergrößert durch Exporte die Devisenreserven und generiert Steuereinnahmen für den Staat“ (Babor & Kraus, 2005, S. 31). Jedoch decken diese Einnahmen nach Babor & Kraus (2005, S.33) nicht die Kosten, die die Gesellschaft mit den Auswirkungen der Droge zu tragen hat.

2.2.2 *Geschichte*

Nicht nur heute spielt Alkohol in Gesellschaft und Kultur eine große Rolle. Die Berausung durch die Substanz fängt nach Watzl & Singer (2011, S.3-12) schon in der Altsteinzeit an. Damals verzehren unsere Vorfahren reife und überreife Früchte, die eine berauschende Wirkung haben. Die eigentliche Herstellung von Alkohol in der Form, wie

man sie heute kennt beginnt ab dem 5. Jahrtausend vor Christus im alten Mesopotamien. Dort gelingt erstmals die Herstellung von Wein und Bier. Das Produzieren von Spirituosen wird im Mittelalter durch die Erfindung des Verfahrens der Destillation möglich. Die Funktionen des Alkoholgenusses haben sich jedoch im Laufe der Zeit gewandelt. Früher gilt Alkohol auch als bedeutendes Nahrungsmittel, als Ersatz für verseuchtes Grundwasser oder als Arzneimittel. (Babor & Kraus, 2005, S.29) Während der Jahrhundertwende ist erstmals von einer Sucht bzw. Alkoholabhängigkeit die Rede und das Verständnis für die Folgen von übermäßigem Alkoholkonsum wächst stetig an. Die Politik sieht sich in der Verantwortung dem entgegenzuwirken und erlässt die so genannten Prohibitions Gesetze, die eine völlige Abstinenz fordern. Diese bleiben bis 1933 bestehen, wobei sie teilweise schon während ihres Bestehens durch einen starken Aufschwung im Schwarzmarkt unterwandert werden (Urech, 2009, S.36f). Die endgültige Abschaffung der Gesetze erfolgt aufgrund einer aufkommenden gesellschaftlichen Krise, in der man sich durch die Besteuerung von Alkohol und dessen nun wieder erlaubten Produktion einen wirtschaftlichen Aufschwung erhofft.

Neben diesen wirtschaftlichen Aspekten spielt Alkohol auch in verschiedenen religiösen und spirituellen Bewegungen eine tragende Rolle. Nach Schumacher (2007, S.60) gilt Wein als „Seelenöffner“ und hat bei religiösen Feierlichkeiten eine besondere Bedeutung. Ebenso bestehen in vielen Religionen Regelungen für den Alkoholkonsum, z.B. zur Herbeiführung von Trancezustände oder, hin zum anderen Extrem, zur Einhaltung der völligen Abstinenz (Babor & Kraus, 2005, S.30). Für eine derartige, feste Verankerung des Alkohols in unserer Gesellschaft spricht auch die Rolle des Alkohols in unserem Alltag. „Heutzutage werden Alkoholprodukte hauptsächlich als Getränke bei Mahlzeiten, als Durstlöscher, als Mittel der Geselligkeit und des Genusses, als ein Ausdruck von Gastfreundlichkeit und als Rauschmittel verwendet“ (Babor & Kraus, 2005, S.29). Bei bestimmten Feierlichkeiten gilt Alkohol als Zeichen des Erfolges. Nach Schneider (2009, S.46) wird er als soziales Schmiermittel beispielsweise bei Sektempfängen und Geschäftsabschlüssen und/sowie als Belohnung im Sinne eines Geschenkes an sich selbst oder andere eingesetzt.

2.2.3 *Wirkung*

Alkohol versetzt den Menschen in einen Rauschzustand. Ein Rausch bezeichnet „eine vorübergehende, äußerlich verursachte und körperlich begründbare Störung des Geistes“ (Schneider, 2009, S. 55). Einen leichten Rausch setzt man bei 0,5 bis 1,5 ‰, einen mittelschweren Rausch bei 1,5 bis 2,5 ‰ und den schweren Rausch bei 2,5 bis 3,5 ‰ an. Die Maximalvariante des schweren Rausches kann auch als alkoholisches Koma

bezeichnet werden und wird ab 3,5 ‰ angesetzt (Backmund, 2004, S.121f). Eine Einteilung in verschiedene Stadien des Rausches ist nach Schneider (2009, S.55) sehr personenspezifisch zu betrachten, da die Wirkungsweise von Alkohol eng verknüpft ist mit verschiedenen beeinflussenden Faktoren. Neben der Blutalkoholkonzentration verändern sich die Auswirkungen auf den Körper auch aufgrund von Persönlichkeitsmerkmalen und des Geschlechtes der Person oder von bereits gemachten Erfahrungen mit und Erwartungen an die Substanz. Verstärkt wird die Wirkung von Alkohol durch Medikamente. Alle gemachten Angaben beziehen sich auf den Konsum durch Erwachsene (Babor & Kraus, 2005, S.36ff).

Die Aufnahme der Flüssigkeit Alkohol in den Blutkreislauf erfolgt zu einem geringen Teil über die Schleimhäute in Mundhöhle sowie die Speiseröhre, primär jedoch über den Magen und vor allem durch den oberen Teil des Dünndarmes. Diese Absorption erfolgt in der Regel nach 60 bis 90 Minuten und ist abhängig von der Trinkweise, der Getränkeart (Alkoholkonzentration und Kohlensäuregehalt) und dem Magenzustand und dessen Füllung (Schneider, 2009, S.58). Ein voller Magen hält nach Rommelspacher (2011, S.84) Alkohol zurück, sodass dieser nicht sofort vollständig durch den Dünndarm in den Kreislauf gelangt.

Durch die Blutbahnen verteilt sich die Substanz auf verschiedene Bereiche des Körpers und beeinflusst diese. Zunächst erreicht der Alkohol nach Rommelspacher (2011, S.84) ohne das Überwinden einer Blut-Hirn-Schranke das Gehirn. Wegen seiner uneindeutigen Andockstelle im Nervensystem wird Alkohol nach Schneider (2009, S.43) auch als „dirty drug“ bezeichnet. Im zentralen Nervensystem führt er unter anderem zu einer erhöhten Dopaminausschüttung, was das Belohnungssystem des Gehirnes aktiviert und durch die Freisetzung von Endorphinen stimmungsaufhellend, schmerzstillend, angstlösend und enthemmend wirkt. Dieser Effekt führt nach Bühler & Mann (2011, S.169) auch dazu, dass nicht nur der Genuss von Alkohol den Konsum fördert, sondern auch alkoholassoziiierende Reize, wie Werbung, den Wunsch nach der Droge verstärken.

Alkohol hat auch einen starken Einfluss auf verschiedene Vorgänge im menschlichen Körper. Im Herz-Kreislaufsystem führt der geringe Konsum von Alkohol zu einem Schutz vor Herzgefäßkrankheiten und Herzinfarkten. Wird der Konsum jedoch exzessiver, treten auch dort schädliche Entwicklungen in den Vordergrund. Gefäße, die weiter vom Herz entfernt liegen werden durch den Alkohol geweitet, was dem Körper das Gefühl einer großen Hitzezufuhr gibt. Als Abwehrmechanismus reguliert er die Körperwärme und empfindet Kälte nicht mehr als schädlich. Nach Schneider (2007, S.42ff) kommt es in verschiedenen anderen Gefäßen zu einer Verengung und zum Anstieg des Blutdruckes. Im Magen-Darm-Trakt verursacht dies eine erhöhte Säurebildung, die langfristig

zu Entzündungen der Schleimhäute von Magen und Speiseröhre führen kann. Die Niere wird durch den Alkohol entwässert und scheidet viel Wasser und vor allem Elektrolyte aus, was ein Durstgefühl erzeugt. Bei einer größeren Menge an Alkohol kommt es in der Nebennierenrinde zur Produktion des Stresshormons Cortison, was den Organismus durch Lähmung wichtiger Funktionen massiv beeinflusst.

Der Abbau von Ethanol erfolgt nach Rommelspacher (2011, S.84ff) primär in der Leber und sekundär in Darmwand, Lunge und Nieren. Durch die Zerlegung des Ethanols mithilfe verschiedener Enzyme wird dieses letzten Endes über die Atemluft und in geringem Maß über Nieren und Schweiß ausgeschieden. Aufgrund der Funktion des Alkohols als Zellgift, hat die Zerlegung der Alkoholmoleküle laut Schneider (2009, S.59) Vorrang, das heißt routinierte Funktionen der beteiligten Organe stagnieren. Auswirkungen hat dies vor allem auf die Energieversorgung, was zu Schwitzen und Händezittern während des Alkoholabbaus führt. Auch die Leber benötigt, aufgrund der hohen Belastung einen Mehrverbrauch an Sauerstoff.

2.2.4 Substanzkonsum

Die Einteilung des Konsums von psychoaktiven Substanzen wie z.B. Alkohol erfolgt nach Koler (2014, S.9) in vier verschiedene Kategorien: Abstinenz, risikoarmer Gebrauch, schädlicher, aber nicht-süchtiger Gebrauch und Sucht.

Unter Abstinenz versteht man nach Stimmer (2000, S.1f) „[...] die Enthaltbarkeit bestimmter Personen, Bevölkerungsgruppen oder ganzer Staaten z.B. von Alkohol aufgrund kultureller und/oder religiöser Überzeugungen“. Ebenso gilt sie als häufigstes genanntes Ziel bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen.

Der Begriff des risikoarmen Gebrauchs lässt sich in die Kategorien „experimenteller Probierkonsum“ und „regelmäßiger, risikoarmer Gebrauch“ unterteilen, wobei die Beweggründe für beide Konsummuster verschieden sind. Im experimentellen Konsum steht die Neugier im Vordergrund, während das Handeln im regelmäßigen Konsum von Gewohnheit und/oder Genuss bestimmt wird. Die Grenzwerte für Männer und Frauen bzgl. des Konsums von Reinalkohol liegen nach Burger et al. (in Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2014, S.43) für Frauen bei 10-12g, was 0,25 - 0,3l Bier oder 0,125 - 0,15l Wein bedeutet und für Männer bei 20-24g. Diese Daten gelten nach Bühringer & Behrendt (2011, S.68) nur für gesunde Erwachsene. Für Jugendliche werden keine Grenzwerte bestimmt.

Die Konsummuster der dritten Kategorie, also des „schädliche[n], problematische[n], aber nicht süchtige[n] Gebrauch[s]“, tauchen bereits in den zwei Klassifikationssystemen

für substanzbezogene Störungen, dem nordamerikanischen DSM-IV und dem europäischen ICD-10, auf (Sack & Thomasius, 2009, S.8). Jedoch setzen beide Systeme unterschiedliche Schwerpunkte. So blickt der DSM-IV verstärkt auf soziale Konflikte und Probleme, die auch nur vom Umfeld wahrgenommen werden können, und der ICD-10 auf die körperlichen und psychischen Folgeschäden. So spricht man im DSM-IV von „Missbrauch“ im ICD-10 von „schädliche[m] Gebrauch“ (Bühringer & Behrendt, 2011, S.69).

Dieser Störung geht im ICD-10 mit der Bezeichnung 10.0 die akute Intoxikation voraus. Backmund (2004, S.121f) bestimmt vier Stadien der Intoxikation, welche bereits in Punkt 2.2.3 genannt werden. In Stadium 1 (0,5 - 1,5‰) liegen eine „verwaschene“ Sprache, Benommenheit und Distanzlosigkeit, ebenso eine erhöhte Reizbarkeit und ein unsicherer Gang vor. Im Stadium 2 (1,5 - 2,5‰) wird der Gang zunehmend schwankend und die Emotionen erreichen eine höhere Ausprägung (Glücksstimmung oder Aggression). Ab Stadium 3 (2,5 - 3,5‰) ist ein Eingreifen von außen nötig. Es kann zur Bewusstlosigkeit kommen und Schmerzen werden nicht mehr wahrgenommen. Der Körper wird gelähmt; gerade im Winter kann dies schwerwiegende Folgen in Form von Erfrierungen haben. Im Stadium 4 (> 3,5‰) versagen die körperlichen Reflexe und ein komatöser Zustand tritt ein. Die Atmung ist gelähmt, was schließlich zu einem Herz-Kreislaufversagen führt. Die angegebenen Werte sind ungefähre Werte. Sie sind Individuums abhängig und die Symptomatik kann in den verschiedenen Stadien variieren.

Nach dem ICD-10 muss nach (Sack & Thomasius, 2009,S.13f) für eine akute Alkoholin- toxikation Folgendes gegeben sein:

- Nachweis der Substanz
- Enthemmung, Streitbarkeit, aggressives Verhalten, Affektlabilität, Aufmerksamkeitsstörung, Einschränkung der Urteilsfähigkeit, Beeinträchtigung der persönlichen Leistungsfähigkeit (mindestens ein Merkmal)
- Gangunsicherheit, Standunsicherheit, verwaschene Sprache, Augenzittern, Bewusstseinsstörung, Gesichtsröte, Augenrötung (mindestens ein Merkmal)

Nach Schumacher (2007, S.56) resultiert starker Konsum fast immer in eine psychische Abhängigkeit und Toleranz. Dies leitet zur letzten Kategorie, der Suchtstörung, die eine psychische, physische und soziale Abhängigkeit hervorruft (Koler, 2014, S.9f), über.

Der Begriff „Sucht“ ist immer noch viel diskutiert, da er nach Schneider (2009, S.2) sehr negativ bewertet wird. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschließt 1964 stattdessen den Begriff „Sucht“ (engl.: addiction) durch „Abhängigkeit“ (engl.: dependence) zu ersetzen, der die Dimension des Verhaltens und Erlebens jedoch nicht so gut erfasst

wie der Begriff „Sucht“. Nach Koler (2014, S.10) soll man von einer Sucht nur dann sprechen, „wenn das zugrunde liegende Problemverhalten zu einem eigendynamischen, zwanghaften Verhalten wird, das sich selbst organisiert hat und sich rückhaltlos beständig zu verwirklichen sucht“. Im ICD-10 wird das Abhängigkeitssyndrom und im DSM-IV die Abhängigkeit diagnostiziert. „Beide Konzepte beinhalten die Kriterien körperlicher Abhängigkeit, Toleranz und Entzugssymptome sowie die psychischen Symptome des Kontrollverlusts über den Konsum, Reduktion anderer Aktivitäten zugunsten des Konsums und Fortsetzung des Konsums trotz negativer körperlicher oder psychischer Folgen“ (Bühninger & Behrendt, 2011, S. 70).

Neben diesen Störungen können auch noch weitere Krankheiten in Verbindung mit Alkohol auftreten und in Klassifikationssystemen auftauchen. Hierunter fallen das Entzugssyndrom, psychotische Störungen und das amnestische Syndrom (Bühninger & Behrendt, 2011, S.70). Ebenso ist nicht zu vernachlässigen, dass akuter Alkoholkonsum das Potential hat, „fast jedes körperliche Organ oder System des Körpers negativ zu beeinflussen“ (Babor & Kraus, 2005, S. 35).

2.3 Alkohol und Jugendliche

2.3.1 Zahlen und Fakten

Der Einstieg in den Konsum legaler und illegaler Drogen erfolgt nach Schu, Wünsche, Tossmann & Jonas (2009, S.9) im Jugendalter. Am häufigsten belegt ist in der Phase der Jugend der Konsum von Alkohol und Cannabis (Schu et al., 2009, S.119). Nach neuesten Forschungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2014, S.11) haben 69,3% aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren schon Alkohol konsumiert, davon 60,4% in den vergangenen 12 Monaten und 41,1% in den letzten 30 Tagen. Diese Zahlen sind im Vergleich zu vorherigen Erhebungen der BZgA seit dem Jahr 2001 weitgehend rückläufig (BZgA, 2014, S.11f). Im Jahr 2014 geben 13,6% der Kinder und Jugendlichen einen regelmäßigen Konsum und 17,4% der Befragten geben einen Tag mit Rauschtrinken in den vergangenen 30 Tagen an (BZgA, 2014, S.64f). Hierbei zeigt sich, dass sich der wöchentliche Alkoholkonsum mit ansteigendem Alter, vor allem zwischen dem 13. und 15. Lebensjahr, erhöht (HBSC-Team Deutschland, 2011, S.1). Innerhalb der Studie der BZgA (2014, S.11) wird festgestellt, dass es kaum soziale Unterschiede bei den Konsumenten bzgl. Studium, Erwerbstätigkeit, Ausbildung und Schulform gibt. Jedoch zeigt die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen, dass der Alkoholkonsum in Realschulen am höchsten und in Mittelschulen nur unwesentlich geringer ist (Institut für Therapieforchung, 2011, S.24). Am häufigsten konsumieren die Jugendlichen Bier (62,9%), danach Mischgetränke (59,0%), Spirituosen (47,3%) und Wein und Sekt (45,9%). Den ersten Kontakt mit

Alkohol haben Kinder und Jugendliche laut der BZgA (2014, S. 46) im Durchschnitt mit 14,7 Jahren, was eine Verschiebung um ca. ein halbes Jahr nach hinten im Vergleich zur vorherigen Studie bedeutet. Die erste Rauscherfahrung machen Jugendliche derzeit durchschnittlich im Alter von 16 Jahren.

Allgemein wird ein signifikanter Rückgang im Konsumverhalten der 12 - bis 15 - Jährigen deutlich, verstärkt risikoreich konsumieren jedoch weiterhin die 16 - bis 17 - Jährigen (BZgA, 2014, S.64f).

Im Vergleich zu den Auswirkungen bei Erwachsenen hat die Substanz Alkohol auf Kinder und Jugendliche größere Effekte. Laucht (2009, S.43f) zählt hierzu eine hohe Rate an Verkehrsunfällen, durch unroutiniertes, alkoholisiertes Fahren und, damit verbunden, eine hohe Moralitätsrate. Ebenso steigt die Suizidalität und suizidales Denken durch den verstärkten Konsum an. Die Einnahme anderer illegaler Drogen kann dies begünstigen. Kennzeichnend ist auch ein riskantes Sexualverhalten, welches zu vermehrten sexuellen Handlungen sowie auch nicht gewollten sexuellen Übergriffen führen kann. Auch zeigen sich ein Anstieg des aggressiven und delinquenten Verhaltens und eine erhöhte Komorbidität im Bereich der externalen Störungen, d.h. von hyperaktivem, impulsivem, aggressivem und dissozialem Problemverhalten. Neben den externalen Störungen, die oftmals eher Ursache des Konsums sind, lassen sich auch internale Störungen in Form von depressiven Erkrankungen und Angststörungen nachweisen. Im zentralen Nervensystem von Jugendlichen, das noch starken Entwicklungen unterliegt, beeinträchtigt Alkohol die kognitiven und sozialen Lerneffekte und die generelle Struktur. Besonders empfindlich sind diese Bereiche des Gehirns für das Belohnungsempfinden, das durch psychoaktive Substanzen hervorgerufen wird. Dies lässt die Folgerung zu, dass das Abhängigkeitspotential steigt. Neben diesen Auswirkungen zählen, unter Einbezug entwicklungspsychologischer Erkenntnisse, „schulische Misserfolge, instabile Ausbildungs-/Beschäftigungsverhältnisse, gescheiterte Partnerbeziehungen, Gewalttätigkeit in der Beziehung, Teenager[-]Schwangerschaft und ‚falsche‘ Freunde“ (Laucht, 2009, S. 48) zu den Folgen von Alkoholkonsum bei Jugendlichen. Trotz allem muss angemerkt werden, dass die meisten Jugendlichen nicht zu Problemtrinkern werden oder das in der Adoleszenz bestehende Problemverhalten wieder ablegen (Leppin, 2000, S.66).

2.3.2 Jugendschutzgesetz

Als strukturelle Maßnahme um mögliche Schäden von Jugendlichen fernzuhalten (Schöning, 2007, S.101), setzt der Staat das Jugendschutzgesetz ein, das sich an der jeweiligen „Trinkkultur“ des Landes und der wirtschaftlichen Bedeutung der Substanz orientiert (Urech, 2009, S.41). Im Jugendschutzgesetz Deutschlands ist unter anderem der Verkauf von alkoholischen Getränken in Gaststätten und Geschäften geregelt. So ergibt sich

ein verbotener Konsum von Spirituosen (§9 Abs.1 Nr.1 JuschuG) für alle Kinder und Jugendlichen und ein unerlaubter unbeaufsichtigter Konsum von weinhaltigen Getränken und Bier durch Jugendliche unter 16 Jahren (§9 Abs.1 Nr.2).³

2.3.3 Konsumarten und Folgen

Bei Jugendlichen haben sich im Lauf der Zeit zwei Konsumarten von Alkohol stark manifestiert: das Vorglühen bzw. „predrinking“, das oben benannte Regelungen des Jugendschutzgesetzes umgeht, und das Rauschtrinken bzw. „binge-drinking“. Für den Konsum von Alkohol durch Jugendliche gilt allgemein, dass er zum größten Teil in der Peergroup stattfindet. Exzessives Trinken alleine ist nicht der Regelfall (Wolstein & Stürmer, 2013, S.14).

Definiert wird der Begriff des Vorglühens folgendermaßen: „Vorglühen meint das Konsumieren von Alkohol vor dem abendlichen Ausgehen, sei es zu Hause, bei Freunden oder im Freien, bevor im Verlauf des Abends eine andere Veranstaltung (Diskothek, Party etc.) oder ein neuer Treffpunkt mit Freunden aufgesucht wird, um u.U. vor Ort noch mehr Alkohol zu trinken“ (Wahl, 2013, S.16). Häufig taucht dieses Phänomen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 20 Jahren auf, wobei die Intensität des Vorglühens mit steigendem Alter nachlässt. Das Vorglühen selbst ist ein Indikator für einen erhöhten Alkoholkonsum am jeweiligen Abend. Das Vorglühen ermöglicht den Jugendlichen, ebenso wie das Rauschtrinken, einen kontrollierten Kontrollverlust, d.h., sie sehnen sich zwar nach einem Rauschzustand, wollen sich aber gleichzeitig unter Kontrolle haben. Neben diesem Motiv bietet das Vorglühen eine Möglichkeit, sich aus der Kontrolle der Erwachsenen zu stehlen und erleichtert den Konsum von verbotenen Substanzen, spart Kosten, bietet einen geschützteren Rahmen dadurch, dass ausgewählte Personen beteiligt sind, und fördert auch das Gemeinschaftsgefühl der Gruppe im Vorfeld des Abends. Es kann eine Form von Rebellion sein, wenn es an öffentlichen, verbotenen Plätzen erfolgt und dient dazu, sich in Stimmung zu bringen (Wahl, 2013, S.25f).

Ebenso steigend ist der Konsum von Alkohol bei Jugendlichen durch das so genannte Rauschtrinken. Nach der Definition der BZgA (2014, S.19) meint „Rauschtrinken (im Englischen ‚binge drinking‘) [...] den Konsum größerer Mengen Alkohol bei einer Gelegenheit. Unter größeren Mengen sind mindestens vier (bei Frauen) bzw. fünf (bei Männern) Gläser Alkohol zu verstehen“. Ergänzend zu dieser Definition ist ein episodisch starkes Trinken mit einem akuten Alkoholrausch und eventuellen Risiken, wie einer gesteigerten Unfallgefahr, zu erwähnen (Goecke, Orth, Awolin & Lang, 2012, S.12). Laucht

³ i.d.F.v. 5. Juli 2013

(2009, S.42) deutet einen Trend zu einem exzessiveren Konsum und die Senkung des Einstiegsalters an. Die aktuellen Zahlen der BZgA (2012, S.22) widerlegen dies. Nur 1% aller Jugendlichen im Alter von 12 bis 15 Jahren betreiben, gemessen an den Maßstäben für Erwachsene, einen riskanten Konsum. Im Alter von 16 und 17 Jahren steigt dieser auf 16,6% bei Jungen und 8,9% bei Mädchen an. Insgesamt geben jedoch 17,4% aller Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren an, in den letzten 30 Tagen Rauschtrinken praktiziert zu haben (BZgA, 2014, S.23f). Jedoch haben nur 3,8% der befragten Jugendlichen mehr als viermal ein exzessives Rauscherlebnis erlebt, wobei an dieser Stelle zu erwähnen ist, dass Jungen stärker mit dieser Konsumart in Verbindung gebracht werden als Mädchen. Die BZgA (2014, S.40) verzeichnet auch für das Rauschtrinken im 30-Tage-Zeitraum einen signifikanten Rückgang von 30,7% auf 18,7% bei den männlichen Jugendlichen und von ca. 20% auf ca. 11% bei den weiblichen Jugendlichen im Vergleich der Jahre 2007 zu 2012. Das häufige Rauschtrinken (viermal und mehr innerhalb von 30 Tagen) ist bei Jungen ebenso rückläufig und bei Mädchen unverändert im Vergleich zu 2010 (BZgA, 2014, S.42).

Das Institut für Therapieforschung ermittelt im Rahmen der ESPAD Studie (2011, S.78) eine Rauscherfahrung in Form von „binge-drinking“ bei 53,0% aller Jugendlichen. Häufiges Rauschtrinken findet sich mit 15,1% bei Mittelschülern, mit 12,3% bei Realschülern, mit 9,8% bei Gesamtschülern und mit 6,8% bei Gymnasiasten.

Zusammenfassend ist dieser Ausführung jedoch noch hinzuzufügen, dass die Konsumarten von Jugendlichen nicht nur „ungezügelter und ‚schamloser‘ - Hedonismus“ (Beulich & Strumpp, 2008, S. 34) sind, sondern dem bereits oben beschriebenen Erproben eines „kontrollierten Kontrollverlustes“ dienen. Die Fähigkeit, diesen zu bewältigen, hängt vom Erfahrungswert der Jugendlichen im Umgang mit Alkohol ab. Besteht dieser nicht, kann das Ausprobieren unangenehme Folgen nach sich ziehen. Hierunter fällt nach Goecke et al. (2012, S.14) auch die akute Alkoholintoxikation, die bereits in Punkt 2.2.4 näher definiert wird. *Abbildung 1* enthält Zahlen zum stationären Aufenthalt Kinder und Jugendlicher aufgrund einer Intoxikation mit Alkohol im Alter von 5 bis 20 Jahren.

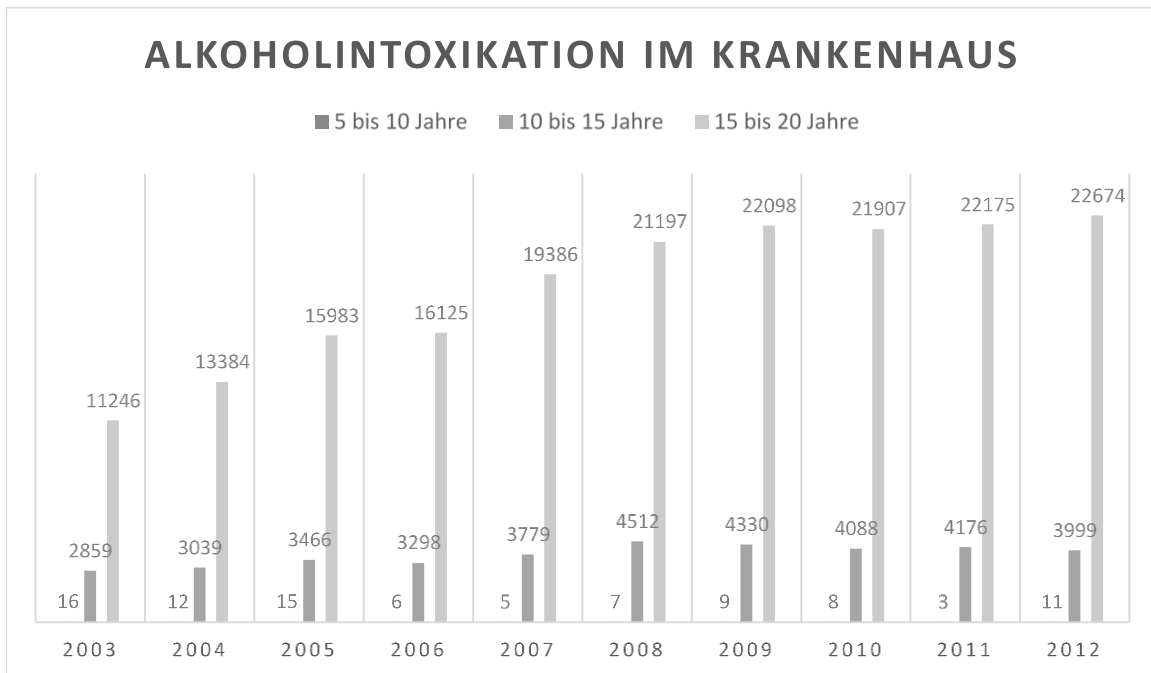


Abbildung 1: Alkoholintoxikation im Krankenhaus von Kindern und Jugendlichen von 2003 – 2012. Eigene Darstellung nach Daten des Statistischen Bundesamtes (2014)

2.3.4 Konsummotive

Um zu erklären, wieso Kinder und Jugendliche immer häufiger mit einer Alkoholintoxikation in Krankenhäuser eingeliefert werden müssen, ist ein Blick auf die Motivation den Konsum von Alkohol betreffend zu werfen. Wurdak & Wolstein (2011, S.38) berufen sich auf Häcker & Stapf (2009) und definieren Motivation als „aktivierende und richtungsgebende Vorgänge, die für die Auswahl und Stärke der Aktualisierung von Verhaltenstendenzen bestimmend sind“, also wieso ein Mensch etwas tut und welchen Zweck dies für ihn erfüllt. Hinsichtlich des Themas Motivation von Jugendlichen, Alkohol zu konsumieren liegen verschiedene Forschungen vor. Nach Noeker (2012, S.80f) lassen sich sechs verschiedene Gruppierungen von Trinkmotiven bei Jugendlichen kategorisieren. Die Kenntnis der Konsummotive erleichtert das Nachvollziehen des Verhaltens und ermöglicht so eine Verhaltensänderung.

1. Experimentelle Motive

Jugendliche konsumieren Alkohol aus Neugierde. Sie explorieren ihre Umwelt und deren Verhalten. Dieses Motiv ist beim Erstkonsum am stärksten ausgeprägt. Es besteht eine Neugier bzgl. des erwarteten Ergebnisses und der Erkenntnis bzgl. der vertragenen Menge an Alkohol.

2. Rausch- und abhängigkeitsbezogene Motive

Einer ernsthaften Erkrankung geht zunächst das Motiv des Wunsches nach einer Befindlichkeits- und Bewusstseinsveränderung durch einen Rausch voraus. Manifestiert sich eine Abhängigkeitsstörung fällt das so genannte Craving, d.h. das suchthafte Verlangen nach der Alkoholwirkung ebenfalls in diese Motivkategorie.

3. Intrapsychische und emotionsregulative Motive

Hierunter fallen das „sensation seeking“, d.h. nach Belluti (2006, S.43ff) das ständige Suchen von Risiken. Dies kann sich bezüglich des Alkoholkonsums in der Häufigkeit und der Intensität des Trinkens äußern. Der Jugendliche sucht ständig nach neuen, abwechslungsreichen, komplexen und intensiven Sinneseindrücken und Erfahrungen (Raithel, 2004 in Bellutti, 2006). Neben dieser Suche nach einem Endorphinrausch ist auch die Regulation von negativen Gefühlen durch den Alkohol, d.h., das Vergessen bzw. Verdrängen von Problemen, als emotionsregulatives und intrapsychisches Motiv zu nennen.

4. Interaktionelle Motive bzgl. der Peergroup

Die Peergroup hat, wie schon erwähnt, einen sehr hohen Stellenwert für Jugendliche. Hier kann der Wunsch nach einem Gemeinschafts- und Kohärenzgefühl der Gruppe genannt werden, die Sicherung des Platzes innerhalb der Gruppe durch Erfüllung der vorgegebenen Verhaltensweisen.

5. Interaktionelle Motive bzgl. der Eltern

In diese Kategorie fallen die beiden sehr kontroversen Motive der Rebellion, gegen die Vorgaben der Erwachsenen zu agieren und das eigene Inszenieren von Autonomie, um dadurch zur Gruppe der Erwachsenen zu gehören.

6. Regulation der Symptomatik komorbider psychischer Störungen

Der Alkoholkonsum wird als eine Art Selbstmedikation genutzt, um negative Gefühle wie z.B. Angst, Hilflosigkeit, bei Depressionen oder Unruhe und Impulsivität bei ADHS – Erkrankungen, zu regulieren.

Die oben genannten Entwicklungsaufgaben in Verbindung mit Alkohol finden sich verstärkt in den interaktionellen Motiven bzgl. Peergroup und Eltern und in den intrapsychischen und emotionsregulativen Motiven wieder. Genauere Motive innerhalb der letzten Kategorie sind nach Hurrelmann & Bründel (1997, S.44) eine Ablenkung von mangelndem Selbstbewusstsein, schulischem Versagen und die eigenständige Bewältigung von psychischen Problemen.

2.3.5 Schutz- und Risikofaktoren

Um nachvollziehen zu können, was die Bewältigung der Entwicklungsaufgabe für einen sicheren Umgang mit Alkohol begünstigt und was zu einem Scheitern an der Aufgabe

führen kann, soll exemplarisch für verschiedene Modelle ein multifunktionelles, biopsychosoziales Modell vorgestellt werden. Jenes beschäftigt sich mit den Schutz- und Risikofaktoren bei Jugendlichen, insbesondere bzgl. eines erhöhten Konsums. Allgemein gilt, dass „problematische Konsummuster [...] sich dann entwickeln, wenn Jugendliche diese funktional für bestimmte Ziele einsetzen“ (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2010, S. 250). Jedoch lassen sich spezifisch noch einige Charakteristika aufzeigen.

Unter Risikofaktoren versteht man „solche Bedingungen, welche das Risiko erhöhen, später einen Substanzkonsum, einen schädlichen bzw. missbräuchlichen oder abhängigen Konsum aufzuweisen“ (Jordan & Sack, 2009, S.127). Diese lassen sich erneut unterteilen in „fixe“ (unveränderbare) und „variable“ (veränderbare) Risikofaktoren. Die variablen Risikofaktoren spielen in der Präventionsarbeit eine bedeutende Rolle (Bengel, Meinders-Lücking & Rottmann, 2009, S.22). Dem entgegen stehen die so genannten Schutzfaktoren bzw. protektiven Faktoren, welche „bei Vorliegen eines Risikofaktors das Risiko senken, später einen Substanzkonsum, einen schädlichen bzw. missbräuchlichen oder abhängigen Konsum aufzuweisen“ (Jordan & Sack, 2009, S.127). Jedoch verweisen sie deutlich darauf, die nachfolgenden Faktoren immer auf das Individuum bezogen, und nicht als Kausalfaktoren zu betrachten. Ein Ausbleiben eines Risikofaktors führt demnach nicht zur Manifestierung dessen als Schutzfaktor, da eine Betrachtung der Wechselwirkung beider Faktoren unabdingbar ist. Jordan & Sack (2009, S.129) beschreiben sowohl für Risiko- als auch für Schutzfaktoren drei Bereiche in denen jene verankert sind. Zunächst lassen sich beide Faktoren innerhalb des betroffenen Jugendlichen und in dessen Umfeld finden. Einen nicht sofort ersichtlichen Einfluss haben auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die auf Individuum und Umfeld wirken. Zusätzlich berufen sie sich auf Lieb et al. (2000; in Jordan & Sack, 2009, S.129) und gehen in der umfassenden Forschungsreihe zu Schutz- und Risikofaktoren nur auf die Auflistungen bzgl. substanzbezogener Störungen ein. Als Grundlage des Modells gilt nach Bühringer & Bühler (2010, S.251) die Vulnerabilitäts-Stresshypothese nach Fergus & Zimmermann (2005). Diese besagt, dass eine erhöhte Vulnerabilität in der frühen Kindheit durch z.B. genetisch bedingte, pränatale oder frühkindliche Störungen in Verbindung mit bestimmten Risikofaktoren, wie Pubertätsproblemen, Peergroup-Konsum oder die Verfügbarkeit von Alkohol eine Manifestierung bzw. Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen begünstigt.

Als Risikofaktoren innerhalb der Persönlichkeit des Jugendlichen selbst beschreiben Jordan & Sack (2009, S.129ff) unter anderem biologische und genetische Faktoren wie die genetische Veranlagung zum Substanzkonsum, die jedoch erst im Zusammenhang mit weiteren Umweltfaktoren ausschlaggebend für eine Suchtentwicklung ist. Zusätzlich

dazu besteht ein Risiko durch eine Komorbidität, die vor allem bei externalen psychischen Störungen wie eine komorbide Form des ADHS, und internalen Störungen, mit Depressionen und Angstsymptomatik, beobachtet wird (Scherbaum, 2009, S.46f, S.171f). Ebenso spielen das Temperament, das Alter und die Bewältigung von den Entwicklungsaufgaben eine Rolle hinsichtlich der Vulnerabilität des Jugendlichen.

Als Schutzfaktoren für den Bereich des Individuums sind ein großes Selbstbewusstsein und eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung, die Stresserleben mindert und Bewältigungskompetenzen fördert, zu nennen.

Die zweite Gruppe der Risikofaktoren zur Entwicklung substanzbezogener Störungen liegt im sozialen Umfeld des Jugendlichen. Dieses ist bestimmt durch Familie, Peer-group, Schule und „Community“. Innerhalb der Familie können bestimmte Stressoren Einfluss auf Risikofaktoren nehmen, u.a. eine genetische Prädisposition, Fälle von Psychopathologie innerhalb der Familie, Gewalt- und Missbrauchserfahrungen, gestörte Familienverhältnisse, soziale Isolation (Armut, sozialer Abstieg), Krankheiten und Überforderung, Scheidung und Todesfälle. Ebenfalls zu nennen sind nach Bellutti (2006, S.55f) das Modellverhalten der Eltern, deren Erziehungsstil und die Kommunikation innerhalb der Familie. Das Modellverhalten, d.h. der Gebrauch und Missbrauch der Eltern und Geschwistern von Substanzen stellt ein sehr großes Risiko dar (Silbereisen & Weichold, 2009, S.139). Ein von fehlender Wärme geprägter Erziehungsstil, eine geringe Eltern-Kind-Bindung, ein gleichgültiges oder überfordernd-kaltes Kontrollverhalten der Eltern und unklare Grenzen begünstigen eine Suchtentwicklung (Jordan & Sack, 2009, S.134). Je älter die Jugendlichen werden, desto stärker grenzen sie sich von ihrer Familie ab und richten ihren Fokus auf die Peergroup. Das Konsumverhalten innerhalb des Freundeskreises, das durchaus Charakteristikum des Freizeitverhaltens der Gruppe ist, beeinflusst das eigene Trinkverhalten stark. Ebenso werden bestimmte Verhaltensweisen angenommen oder möglicherweise in Freundeskreisen etabliert und ausgelebt. Eine mangelnde Integration in eine Gruppe kann ebenfalls als Risikofaktor erwähnt werden (Bellutti, 2006, S.47f; Jordan & Sack, 2009, S.134; Scherbaum, 2009, S.172). Innerhalb des Raumes Schule ist als Risiko- bzw. Schutzfaktor der Umgang mit Suchtmittelkonsum innerhalb der Einrichtung zu nennen. Ebenso kann die mangelnde erbrachte Leistung und der damit verbundene Schulabbruch in das Modell eingeordnet werden. Eine fehlende Integration in die Peergroup im Kontext Schule, auch durch einen Schulwechsel, sind mögliche belastende Faktoren (Scherbaum, 2009, S.172f).

Die vierte Gruppe innerhalb des sozialen Umfelds stellt nach Scherbaum (2009, S.134) die „Community“, d.h. die Gemeinde bzw. Gemeinschaftlichkeit dar. Hierunter fallen die

mangelnde Beziehung zu positiven erwachsenen Vorbildern, der verbreitete Konsum innerhalb der Community, schwierige ökonomische Rahmenbedingungen und die Verfügbarkeit von Substanzen.

Als Schutzfaktoren innerhalb des sozialen Umfeldes sind nach Loxley et al. (2004; in Scherbaum, 2009, S.136) eine gute familiäre Bindung in der frühen Adoleszenz, wenige Konflikte mit den Eltern, eine positive Eltern-Kind-Kommunikation und eine gewisse Religiosität bzw. Spiritualität in der Jugend zu nennen.

Der dritte Bereich des Erklärungsmodells umfasst die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die mit ihren ethnischen und kulturellen Werten und gesellschaftlichen Normen direkten Einfluss auf das Individuum und dessen soziales Umfeld haben. Ebenso ist hier die sozioökonomische Lage des Einzelnen und seiner Familie aufzuführen. Die eigene sozioökonomische Lage, d.h. Einkommen, Arbeitsplatz, Wohnraum und sozialer Zusammenhalt hat einen signifikanten Einfluss auf eine gesunde Ausbildung der Persönlichkeit hinsichtlich Schutzfaktoren, wohingegen die familiäre Situation eine geringe Rolle spielt (Scherbaum, 2009, S.129 & S.135).

2.4 Alkoholprävention

2.4.1 Grundlegende Präventionsansätze

Das ausgeführte Modell ist von großer Bedeutung für die Präventionsarbeit, da fortlaufend Schutzfaktoren gestärkt und Risikofaktoren reduziert werden sollen. Gestützt durch eine große US-amerikanische Studie wird nach Zimmermann (2010, S.31) die erste Diagnose bzgl. Abhängigkeitserkrankungen im Alter zwischen 16 und 25 Jahren gestellt, danach ist die Rate rückläufig. Dies und das statistisch nachgewiesene erhöhte Alkoholabhängigkeitsrisiko nach einem frühen Erstkonsum von Alkohol stützen die Wichtigkeit von Präventionsmaßnahmen im Kindes- und Jugendalter.

Rechtlich verankert ist die Prävention nach Schäfer (2012, S.209-212) im Kindes- und Jugendalter in §14 Sozialgesetzbuch VIII⁴. Überschriften mit dem Begriff „Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz“ wird hier festgeschrieben, „junge Menschen [zu] befähigen, sich vor gefährdenden Einflüssen zu schützen und sie zur Kritikfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit und Eigenverantwortlichkeit sowie zur Verantwortung gegenüber ihren Mitmenschen [zu] führen“ (§14 II Nr.1 SGB VIII). Ebenso wird festgeschrieben, dass „Eltern und andere Erziehungsberechtigte besser [befähigt werden sollen], Kinder und Jugendliche vor gefährdenden Einflüssen zu schützen“ (§14 II Nr.2 SGB VIII). Eng sachlich verknüpft ist §14 SGB VIII mit §11 SGB VIII „Jugendarbeit“ des gleichen Gesetzbuches. Neben dem Jugendlichen werden hier auch die Eltern und ihre besondere Stellung

⁴ i.d.F.v. 5. Juli 2013

im Erziehungsprozess hervorgehoben. Abzugrenzen ist der Paragraph vom rechtlichen Jugendschutz, da er vor allem durch Information, Aufklärung und Befähigung auf die Einsicht der Klienten zielt. Ergänzt wird dieser erzieherische Auftrag des Staates durch die Vorschriften des Jugendschutzgesetzes.

Einen anderen Blickwinkel wirft die Gesundheitswissenschaft auf den Begriff der „Prävention“. Im Kontext von Gesundheit und Krankheit formulieren Schwartz et al. (2011, S.196): „Prävention (Krankheitsverhütung, lat. praevenire: zuvorkommen) sucht eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern. Das wichtigste bevölkerungsbezogene Ziel der Prävention ist die Inzidenzabsenkung von Krankheit, Behinderung oder vorzeitigem Tod“.

Prävention setzt also vor der eigentlichen Krankheit bzw. Störung an, im Fall der Alkoholprävention also folglich vor der Entwicklung einer Abhängigkeit. Spezifisch für eine Störung dieser Art ist ein „komplexes Bindungsgefüge multipler Faktoren“ (Leppin, 2010, S.35), was zeigt, dass die Entstehung einer Krankheit im Vorfeld von oftmals unbekanntem Faktoren (bereits genannte Risiko- und Schutzfaktoren) gesteuert und beeinflusst wird und bestehende Zusammenhänge unerkannt bleiben (Hagen & Bühler, 2012, S.95f).

Eine genauere Einteilung von Prävention anhand des Krankheitsverlaufes, speziell in Bezug auf die Entwicklung einer Abhängigkeitskrankheit, erfolgt in Primär- (vor der Entstehung), Sekundär- (im frühen Stadium) und Tertiärprävention (diagnostizierte Krankheit). Aufgrund der schwierigen Einordnung von komplexen Problemlagen Betroffener (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014) wird jenes Konzept jüngst von der Einteilung der Suchtprävention des US-amerikanischen Institute of Medicine nahezu ersetzt (Mrazek & Haggerty, 1994; in Hagen & Bühler, 2012, S.95). Demnach erfolgt die Einteilung von Präventionsangeboten hinsichtlich der Zielgruppe in universelle, selektive und indizierte Prävention, siehe *Tabelle 1*.

	Universelle Prävention	Selektive Prävention	Indizierte Prävention
Zielgruppe	Normalbevölkerung, Personen mit unterschiedlichen Risikoniveaus	Personengruppen mit erhöhtem Risiko für Substanzprobleme, z.B. Jugendliche mit alkoholabhängigen Eltern oder mit schulischen oder verhaltensauffälligen Problemlagen	Beginnende Symptomatik einer Substanzabhängigkeit, ausgeprägtes/ starkes Problemverhalten in anderen Bereichen oder ergänzend zur Symptomatik
Ziel	„[Universelle Prävention] zielt darauf ab, den Erstkonsum und das Auftreten drogenbedingter Probleme zu verhindern oder zu verzögern, indem jungen Menschen die notwendigen Fähigkeiten vermittelt werden, um Drogenprobleme zu vermeiden“ (Koler, 2014, S.161)	Erreichen und Unterstützen von Personen mit verstärktem Problemverhalten und kumulierten Risikofaktoren	„[Das Ziel indizierter Prävention ist:] Menschen mit Verhaltensstörungen oder psychischen Problemen zu ermitteln, aufgrund derer sie in ihrem späteren Leben einen problematischen Substanzkonsum oder eine Abhängigkeit entwickeln könnten, und für diese Menschen individuelle, spezifische Maßnahmen anzubieten“ (Koler, 2014, S. 162)
Methodik	<ul style="list-style-type: none"> • Familienorientierte Maßnahmen • Schulbasierte Ansätze • Freizeitbasierte Maßnahmen • Regionale Ansätze • Mediale Ansätze • Gesetzliche Rahmenbedingungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Familienorientierte Maßnahmen • Schulbasierte Kompetenzprogramme • Mentorenprogramme 	<ul style="list-style-type: none"> • Kurzintervention nach Alkoholintoxikation im Krankenhaus

Tabelle 1: Einteilung von Präventionsformen anhand der Zielgruppe. Eigene Darstellung nach: Hagen und Bühler (2012, S.96-103) & Koler (2014, S.160-164)

Zusätzlich zu dieser Einteilung nimmt die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen (EMCCDA, 2014) den Begriff der „Verhältnisprävention“ als vierte Kategorie auf. Dadurch arbeitet sie den gesellschaftlichen Auftrag zur Prävention heraus. Der Begriff der „Verhältnisprävention“, zielt darauf ab, die äußeren Bedingungen des Individuums zu verändern und somit den Substanzmittelkonsum zu verringern. Sie betrachtet das kulturelle, soziale, räumliche und wirtschaftliche Umfeld des Einzelnen und versucht daran zu arbeiten, was Personen fernab von eigenen Gründen dazu antreibt oder zurückhält, exzessiv zu konsumieren (z.B. Werbeeinschränkungen und Rauchverbote).

Der Begriff der „Verhältnisprävention“ taucht schon in früheren Präventionsansätzen auf. Dies geschieht vor allem durch Abgrenzung zu der „Verhaltensprävention“ durch die Gesundheitswissenschaften. Im Gegensatz zur „Verhältnisprävention“ geht die „Verhaltensprävention“ nach Leppin (2010, S.39f) von den individuellen Problemlagen jedes Einzelnen aus und versucht, in diesem Bereich zu intervenieren. Übertragen auf den Substanzmittelkonsum, bedeutet dies den Aufbau einer gewissen Lebenskompetenz und eines adäquaten Gebrauchs von Substanzen, ebenso wie die Vermittlung von spezifisch relevantem Wissen (Hagen & Bühler, 2012, S.95f).

2.4.2 Innovative Suchtprävention

Speziell mit einem auf Jugendliche gerichteten Fokus ist die moderne Suchtprävention von verschiedenen neuen Denkansätzen geprägt, die auch die aktuelle Drogenpolitik hinterfragen. Besonders kritisch setzt sich hiermit Koler (2014) auseinander. Er arbeitet konkret gegen die Vorstellung, dass Präventionsarbeit Rauscherlebnisse verhindern muss. Dies kann durch das große Interesse von anderen Gruppen (Wirtschaftsunternehmen etc.), Alkoholkonsum in der Gesellschaft fester zu verankern, nicht gelingen. Seinen Äußerungen liegt die feste Annahme, dass Alkoholszenen wichtig für Jugendliche sind und benötigt werden, um konkrete Erfahrungen und daraus folgende Schritte in Richtung einer gesunden, reflektierten und erwachsenen Persönlichkeit zu machen, zugrunde. Gefährlich ist, dass diese Erfahrungen in Übungsräumen gemacht werden, in denen die Jugendlichen auf sich allein gestellt sind. Erwachsene und Institutionen ziehen sich immer mehr aus der Verantwortung und die Gesellschaft reagiert mit verstärkten Verboten, Sanktionen und Drohungen. „Allerdings gibt es in unserer Gesellschaft mehrere Beispiele, die zeigen, dass im Umgang mit risikoreichen Verhaltensweisen unterstützende Maßnahmen für einen kompetenten Umgang der gangbarere Weg ist, als das reine Verbot sowie Sicherheits- und Verhinderungsstrategien“ (Koler, 2014, S. 167). Durch eine solche, sanktionierende Politik, die leider noch in vielen Köpfen verankert ist, wird der Aufbau von fruchtbaren Beziehungen zu Jugendlichen verhindert und somit eine konkrete Verhaltensänderung von vornherein blockiert. Koler (2014, S.158) hingegen beruft sich auf Böhnisch und benennt die Vermittlung von Lebenskompetenzen und Selbstsorge als zentrale Elemente in der „postmodernen Präventionsarbeit“. Ergänzend dazu, ist eine ausgeglichene und angepasste Gesetzes- und Sanktionslage ein gutes Fundament für effektive Präventionsarbeit.

Konkret bedeutet dies das Ermöglichen neuer und sicherer Konsumräume. Dies setzt eine enge Zusammenarbeit und Kooperation mit Veranstaltern voraus, bei denen Jugendliche in Kontakt mit Alkohol kommen können. Besonders wirksam könnte sich die aktive Teilnahme an der Gestaltung und Planung von beispielsweise Partys durch die

Jugendlichen erweisen, da diese so befähigt werden, selbst Verantwortung zu übernehmen (Koler, 2014, S.165ff).

Ein weiterer Raum, der nach Koler (2014, S.167ff) erschlossen werden muss, ist ein soziales Umfeld, das unterstützend das Trinken lehrt. Im Lauf der Jahre hat das Hineinnehmen von Jugendlichen in den Umgang mit Alkohol durch Sportvereine etc. abgenommen. Erwachsene sollten für das Risikoverhalten ihrer Kinder sensibilisiert werden und sie dabei unterstützen, Dinge zu hinterfragen. Konkret formuliert bedeutet dies, dass „Erwachsene und Jugendliche - bestenfalls eingebettet in einem Generationendialog - in einer hedonistischen Welt [...] lernen [müssen], [...] eine tiefere (spirituelle) Dimension des Rausches, seine Einbettung in Rituale und soziale Netze [und] seine Reflexion im Alltag“ (Koler, 2014, S. 169) zu erkennen.

An diesen Gedanken knüpfen auch Lindenmeyer & Rost (2008, S.20ff) an. Sie formulieren zwei Handlungsmaxime für die Alkoholprävention bei Jugendlichen. Die erste Maxime lautet „Gezielte Trinkschulung anstelle von allgemeiner Suchtprävention“ und meint, dass ein frühzeitiger risikoarmer Umgang mit Alkohol zu erlernen ist. Die Sensibilisierung erfolgt bzgl. Trinkmenge, -ort und -situation. Ebenso soll ein Gefühl für Gefahren entwickelt und im Vorfeld des Konsums und Rausches eine Art „Notfallplan“ verinnerlicht werden.

Den Jugendlichen soll mit einer wohlwollenden und akzeptierenden Einstellung begegnet werden. Ein absoluter Abstinenzanspruch widerspricht der zweiten Maxime „Motivation statt Perfektion“, da die Jugendlichen durch die Peergroup zu Erfahrungen mit Alkohol bewegt werden und auch die Gesellschaft an sich eine deutlich „gestörte Trinkkultur“ (Lindenmeyer & Rost, 2008, S.22) aufweist, was eine komplette Enthaltensamkeit schwierig macht.

Die Haltung des Beraters spielt in der Präventionsarbeit eine ausgeprägte Rolle. So zitiert Koler (2014, S.188) Böhnisch, der voraussetzt, dass „wir [Pädagogen] [...] zuerst einmal akzeptieren [müssen], dass das, was wir bei sogenannten vulnerablen Gruppen als schlecht empfinden - Gewaltausübung, Rauschtrinken, Drogenkonsum -, für die Betroffenen zuerst einmal etwas Positives ist, weil sie es als einziges Mittel kennen, um Anerkennung und Selbstwert zu spüren“. Diese Aussage bekräftigt eine akzeptierende Beziehung zwischen Klient und Fachkraft, die mit der Zeit Raum für neue Verhaltensweisen öffnen kann. Auf Grundlage dieses Befähigungsansatzes ergeben sich für die Präventionsarbeit drei zentrale Arbeitsbereiche. Für die Jugendlichen sollen sich Räume ergeben, in denen sie soziale Anerkennung erfahren und Selbstwirksamkeit spüren können. Ist dies gewährleistet, kann sich ein stabiler Selbstwert entwickeln, der eine Selbstsorge ermöglicht (Koler, 2014, S.188f).

2.5 „Hart am Limit“

Ein Projekt, das diese Ansätze aufgreift, ist das bundesweite HaLT Projekt. Unter dem Motto „Hart am Limit“ wird der Blick auf eine Risikogruppe im Umgang mit Alkohol gerichtet. Im Sinne der indizierten Prävention besteht die Kernaufgabe darin, Kinder und Jugendliche und deren Eltern nach einem riskanten Alkoholkonsum, der mit einer stationären Aufnahme in ein Krankenhaus verbunden ist, zu betreuen. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2009, S.41) ordnet das Projekt sowohl Verhaltens- und Verhältnisprävention zu, da es sowohl Erwachsene als auch Jugendliche erreicht und Kontext sowie Gesellschaft mit einbezieht. Nicht außer Acht zu lassen ist auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Medizinerinnen, Psychologinnen, (Sozial-) Pädagoginnen, Jugendschutz, Polizei und Politik, was einen ganzheitlichen Blick auf die Sachlage des „Rauschtrinkens“ ermöglicht (Stürmer & Wolstein, 2012, S.125).

2.5.1 Entstehung

Im Jahr 2002 kommt es zu einem starken Anstieg der stationär behandelten Alkoholintoxikationen in der Kinder- und Jugendklinik Lörrach, die eng mit der Suchtpräventionseinrichtung „Villa Schöpflin“ in Kontakt steht. Aufgrund dieser erschreckenden Befunde ruft die Einrichtung ein Präventionsprojekt namens „Hart am Limit“ ins Leben, das fortan, gestützt durch das Bundesministerium für Gesundheit, als Pilotprojekt für 18 Monate durchgeführt wird (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2009, S.41). Wissenschaftlich begleitet wird dieses Projekt durch die Prognos AG. Jene widmet sich zunächst der bundesweiten Datenerhebung von stationären Aufenthalten und bestätigt den Trend des exzessiven Rauschtrinkens. Mit dieser Erkenntnis gelingt die Etablierung als Bundesmodellprojekt für drei Jahre an zehn ausgewählten Standorten in Deutschland. Ab 2007 werden die Ergebnisse der Probephasen weiteren Kommunen und ihren Fachkräften zur Verfügung gestellt (Villa Schöpflin, 2007, S.7ff). Eingebettet ist das Bundesprojekt in die nationalen Präventionsmaßnahmen, welches im jeweiligen Bundesland einen Anlaufpunkt als Koordinationsstelle hat, die ein regionales Netzwerk der verschiedenen Standorte aufrechterhält (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2009, S.41). Im Jahr 2014 zählt das Projekt mehr als 140 Standorte (HaLT Projekt, 2014). In Bayern wird das Projekt durch eine Kooperation zwischen dem Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz und der Bayerischen Akademie für Suchtfragen eingeführt (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2009, S.41). Auch gelingt hier zuerst die Implementierung mit einer zentralen Projektkoordination (Stürmer & Wolstein, 2012, S.119).

2.5.2 Inhalte

Das HaLT-Projekt setzt sich aus zwei verschiedenen Bausteinen zusammen: dem reaktiven Baustein, der die indizierte Prävention verkörpert, und dem proaktiven Baustein, der die universelle Prävention darstellt. Innerhalb einer Kommune finden beide Bausteine Anwendung.

HaLT verfolgt zwei Hauptziele (Villa Schöpflin, 2007, S.10):

- Exzessivem Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen früh präventiv begegnen
- Ein stützendes Umfeldes innerhalb eines lokalen Settings schaffen

2.5.2.1 Reaktiver Baustein

Der reaktive Baustein des HaLT-Projektes setzt auf der individuellen Ebene an und realisiert das erste Ziel. Er spricht Kinder und Jugendliche, die mit einer akuten Alkoholvergiftung im Krankenhaus aufgenommen werden an. Dies geschieht durch vier aufeinander aufbauende Interventionsarten. An erster Stelle steht das „Brückengespräch“, welches die zentralste und häufigste Interventionsform ist. Direkt in der Klinik wird nach Spirito, Monti, Barnett, Colby, Sindelar et al. (2004; in Stürmer & Wolstein 2012, S.125), durch Einsatz einer Schweigepflichtsentbindung, das Krankenhauspersonal dazu befähigt den Bereitschaftsdienst des HaLT-Projektes des jeweiligen Standortes zu verständigen. Dieser führt nach dessen Eintreffen mit dem Jugendlichen ein Gespräch bzgl. des eigenen Konsumverhaltens, der Trinkmotive, möglicher Konsequenzen und einer Risikobewertung der Situation anhand von Laborergebnissen und des Fachwissen des Beraters. Ebenso erarbeitet er zusammen mit dem Jugendlichen Zukunftsperspektiven bzgl. seines Konsumverhaltens und konkrete Zielsetzungen für den weiteren Konsum. Auch eventuell erschwerende Bedingungen im Hinblick auf die Verhaltensänderung finden hier Beachtung.

Die zweite Intervention schließt sich, je nach Möglichkeiten, direkt an oder erfolgt am Telefon. Im Elterngespräch stehen die emotionale Festigung der Personen und die sachliche und objektive Informationsweitergabe im Mittelpunkt. Eine erneute Intoxikation soll vermieden werden. Hierzu vermittelt der Berater Hilfestellungen für eine angemessene Kommunikation. (Stürmer & Wolstein, 2012, S.126). In beiden Gesprächen wird, falls nötig, in weiterführende Hilfen, wie Erziehungsberatung, Suchtberatung u.ä., vermittelt (Villa Schöpflin, 2007, S.15).

Sowohl im „Brücken“- als auch im Elterngespräch wird die dritte Interventionsmöglichkeit, der „Risikocheck“, beworben. Dies ist ein freiwilliges, eineinhalbtägiges Gruppenangebot, das neben verschiedenen Methoden zur Reflexion der Trinkmotive und des

Konsumverhaltens auch einen erlebnispädagogischen Teil in Form von Klettern o.ä. beinhaltet, der zu einer praktischen Auseinandersetzung mit dem Thema Risiko führen soll. Teilnehmen können die Jugendlichen selbst und ein weiterer Freund von ihnen, was die Peergroup mit in das Angebot einbeziehen soll. Als Zielsetzung verfolgt der „Risikocheck“ die Verbesserung der Risikokompetenz (Stürmer & Wolstein, 2012, S.126).

Als letzte Interventionsmöglichkeit ist das Abschlussgespräch, das eine erneute Beratungseinheit mit Zielüberprüfung darstellt, zu nennen (Stürmer & Wolstein, 2012, S.126f).

Finanziert wird der reaktive Teil des Projektes hauptsächlich durch Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen nach §20 Abs. 1 und 2 SGB V (Steiner, Knittel & Zweers, 2008, S.4) und des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit (HaLT in Bayern, 2014).

2.5.2.2 Proaktiver Baustein

Der proaktive Baustein setzt, unter Einbeziehung des zweiten Ziels, auf kommunaler Ebene an und hat als Hauptaufgabe die Verhinderung lebensbedrohlichem Rauschtrinkens. Ein besonderer Blick wird hierbei auf die Einhaltung des Jugendschutzgesetzes und die Schulung des sozialen Umfeldes bzgl. Sensibilität und Aufmerksamkeit gerichtet. Die Umsetzung erweist sich häufig als schwierig, da Alkohol in der Gesellschaft akzeptiert und legalisiert ist (Villa Schöpflin, 2007, S.15f).

Prinzipiell eignen sich nach Steiner et al. (2008, S.20f) alle Personen und Einrichtungen als Kooperationspartner, die mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt stehen. Besonders zentral sind jedoch Kliniken und Krankenhäuser. Ebenso möglich ist eine Kooperation mit Sanitätsdiensten, der Jugendgerichtshilfe, Jugendgerichten, Diversionsbüros, Schulen, Ausbildungsbetrieben, Jugendwohngruppen, dem Allgemeinen Sozialdienst und der offenen Jugendarbeit.

Besonders im HaLT Projekt ist, dass alle Präventionsmaßnahmen in Form von Kampagnen, Besteuerungsmaßnahmen, Verkaufs- und Werbeeinschränkungen, schulischen Präventionsangeboten etc. von einer Koordinationsstelle in eine kommunale Gesamtstrategie, auf die jeweiligen Bedürfnisse angepasst, eingebunden werden (Stürmer & Wolstein, 2012, S.127). Jene Koordinationsstellen treffen sich alle acht bis neun Monate zu einem Bundesnetzwerktreffen, das derzeit eine qualitätsgesicherte Weiterentwicklung und Standardisierung des HaLT-Projektes thematisiert (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2014, S.84).

2.5.3 Effizienz

Das HaLT-Projekt wird von Anfang an wissenschaftlich durch die Prognos AG begleitet. HaLT bedient nach Steiner et al. (2008, S.2) die europäischen Weisungen und ist trotz allem auf kommunaler Ebene flexibel wandelbar. Durch die Kooperation mit verschiedenen Stellen erhöht sich die Effizienz des Projektes und zeichnet es dadurch aus.

Allgemein zählen Steiner et al. (2008, S.107f) als weitere Stärken, die frühzeitige und niederschwellige Kontaktaufnahme zu Kindern und Jugendlichen innerhalb des reaktiven Bausteins, einen geringen Mitteleinsatz und durch Offenlegen von stationären Aufhalten von Kindern und Jugendlichen aufgrund einer Alkoholvergiftung, eine hohe Öffentlichkeitswirksamkeit. Ebenso entsteht durch die eindeutige Positionierung bzgl. des sonst bagatellisierten Alkoholkonsums bei Jugendlichen, die zusätzlich durch eine breit angelegte Beteiligung verschiedener gesellschaftlicher Teilbereiche erzielt wird, eine hohe Glaubwürdigkeit der proaktiven Präventionsarbeit.

Als negativ bewerten die Autoren die schwere Übertragbarkeit von HaLT-proaktiv auf verschiedene Metropolen und ländliche Regionen, da das Konzept maximal auf Kommunen mit ca. 200.000 Einwohnern anwendbar ist. Bei größeren Städten reichen die Ressourcen nicht für eine effektive Arbeit aus und bei kleineren Städten sinkt die Effizienz durch einen hohen Kostenaufwand (z.B. Fahrzeiten, Kooperationsmöglichkeiten). Ergänzend dazu ist die Abhängigkeit des Erfolges von personeller Besetzung und der meist informellen und schwer zu motivierenden freiwilligen Kooperationspartnern, zu nennen. Als besonders schwierig wird hierbei die Kooperation zu Alkoholverkaufs- und Ausschankstellen gesehen. Auch benötigen die Projekte eine längere und arbeitsreiche Anlaufzeit, bevor sich ein Erfolg einstellen kann.⁵

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2013, S.81) bezeichnet das HaLT-Projekt als „qualitätsgesichertes Präventionsprogramm zur Verhinderung von jugendlichem Alkoholmissbrauch“. Sie beruft sich auf eine von der Universität Bamberg durchgeführte Studie, die ein verändertes Trinkverhalten nach Teilnahme am HaLT-Projekt belegt. Die Studie zeigt eine geringere Trinkmotivation, einen selteneren Konsum und einen Rückgang im Rauschtrinken nach der Intervention. Darüber hinaus bewerten die Teilnehmer der Studie das Brückengespräch als positiv, hilfreich und entlastend.

Der oft gestellten zweifelhaften Frage nach der Wirksamkeit einer Kurzintervention direkt am Krankenbett kann vor allem durch Ergebnisse von Spirito, Monti, Barnett, Colby, Sindelar et al. (2004; in Stürmer & Wolstein, 2012, S.126) mit einer positiven Antwort begegnet werden. Der Studie zufolge reduzieren sich Trinktage und -menge vor allem bei

⁵ Vgl: Steiner, Knittel und Zweers (2008), Kraus et al. (2013)

Jugendlichen mit bestehendem problematischem Konsumverhalten nach dem „Brückengespräch“. Die Jugendlichen befinden sich in der Akutsituation im Krankenhaus in einem s.g. „teachable moment“, der für eine Auseinandersetzung mit ihrem eigenen Risikoverhalten als besonders günstig angesehen wird (Stürmer & Wolstein, 2012, S.126).

Neben diesem überwiegend positiv geprägten Blick wirft Körkel (2012, S.30f) einen sehr kritischen Blick auf das Projekt. Er beanstandet u.a. eine unzureichende Schulung der Mitarbeiter, die Vernachlässigung von internationalen Forschungsergebnissen und eine mangelnde theoretische Fundierung.

2.6 Zwischenfazit

Die wichtigsten Ergebnisse der oben ausgeführten theoretischen Überlegungen lassen darauf schließen, dass das HaLT-Projekt in vielen Punkten an den richtigen Stellen anknüpft. So vermittelt es in einer akuten Situation schnell nützliches Wissen, bietet Entlastung und begegnet durch seine wertfreie Haltung den Jugendlichen und Eltern auf Augenhöhe. Es versucht verschiedenen Risikofaktoren schon frühzeitig entgegenzuwirken, indem es niedrigschwellig mit einem Gesprächsangebot, das auch das emotionale Umfeld des Jugendlichen, fernab von seinem riskanten Bezug, miteinbezieht, ansetzt. Der systemische Blick zeigt sich auch deutlich in der Einbeziehung von Eltern und Peers. Anhand von bekanntem Fachwissen versucht der Berater im „Brückengespräch“, mit den Jugendlichen selbst Trinkmotive und -verhalten herauszuarbeiten. Im „Risikocheck“ werden die Erkenntnisse über Risikoverhalten vertieft und bekommen durch die Übertragung in einer erlebnispädagogischen Aktion eine neue Perspektive. Jedoch fällt in den bereitgestellten Materialien auf, dass das Hauptaugenmerk im reaktiven Teil verstärkt auf dem „Brückengespräch“ liegt, während der „Risikocheck“ kaum Beachtung findet. So beschäftigt sich der Endbericht der Wissenschaftlichen Begleitung (Steiner et al., 2008) primär mit der Effizienz von „Brückengespräch“ und Kooperationsnetzwerk. Die Unterteilung und unterschiedliche Schwerpunktsetzung innerhalb des reaktiven Teils des HaLT-Projektes ist gut durchdacht und regt dazu an, dem Konsumverhalten aus verschiedenen Richtungen zu begegnen. Dementsprechend wäre eine Beteiligung der im „Brückengespräch“ angesprochenen Jugendlichen an den weiteren Interventionsmöglichkeiten (Zustimmung zu Eltern- und Abschlussgespräch, Teilnahme am „Risikocheck“) wünschenswert.

Im Großraum Nürnberg zeichnet sich deutlich ab, dass die Teilnahme am „Risikocheck“ sehr niedrig ist. Im Folgenden sollen nun einige konzeptionelle Überlegungen angestellt werden, wie die Motivation zur diese gesteigert werden könnte.

3 „Hart am Limit“ – Konzeptionelle Überlegungen zur Optimierung des reaktiven Teils des „HaLT-Projektes“ des Suchthilfezentrums der Stadtmission Nürnberg e.V.

3.1 HaLT in Nürnberg

Das HaLT-Projekt, das von zwei Institutionen getragen wird, ist in Nürnberg am 1.11.2008 als Reaktion auf die steigende Zahl der akuten Alkoholintoxikationen von Kindern und Jugendlichen in Kraft getreten (Rumrich, 2010, S.219). Die Aufgaben des proaktiven Teils übernimmt die Suchtprävention des Jugendamtes Nürnberg und die Durchführung der Angebote des reaktiven Teils das Suchthilfezentrum der Stadtmission Nürnberg e.V. (Kunze, 2010, S.157).

3.2 Ist-Zustand im reaktiven Baustein

Innerhalb des reaktiven Bausteins des HaLT-Projektes werden derzeit drei Kliniken durch einen Bereitschaftsdienst betreut. Neben der Cnopf'schen Kinderklinik und dem Klinikum Nord wird seit Ende 2013 auch das Klinikum Süd mit einbezogen. Die Interventionsform „Brückengespräch“ wird gut angenommen. Von November 2008 bis September 2009 haben 78 „Brückengespräche“ stattgefunden. Im selben Zeitraum konnten nur 33 Elterngespräche geführt werden, da diese das Angebot aus zeitlichen Gründen nicht wahrgenommen haben (Kunze, 2010, S.161). Für das Jahr 2014 liegt die Zahl der geführten „Brückengespräche“ zwischen 80 und 90 in der Cnopf'schen Kinderklinik und dem Klinikum Süd. Die geführten Elterngespräche stiegen 2014 ebenso an, wohingegen der „Risikocheck“, der in Nürnberg unter der Trägerschaft des erlebnispädagogischen Vereins „Stadtflucht e.V.“, eine geringe Teilnahme verzeichnet. Neben Jugendlichen aus Nürnberg nehmen auch Jugendliche aus den HaLT Standorten Erlangen und Nürnberger Land an diesem Angebot teil. 2014 konnten aufgrund von geringen Teilnehmerzahlen nur zwei von vier geplanten „Risikochecks“ stattfinden. Im Folgenden soll überlegt werden, wie diesem Problem in Zukunft begegnet werden kann.

3.3 Festlegung des Soll-Zustandes

Um vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand zu gelangen, werden Zielformulierungen für die konzeptionellen Überlegungen angestellt. Dies geschieht durch die Operationalisierung nach des Leitziels zu Teil- und Handlungszielen (siehe *Abbildung 2*). Letztere können bei Ausarbeitung der einzelnen Überlegungen erneut heruntergebrochen werden.

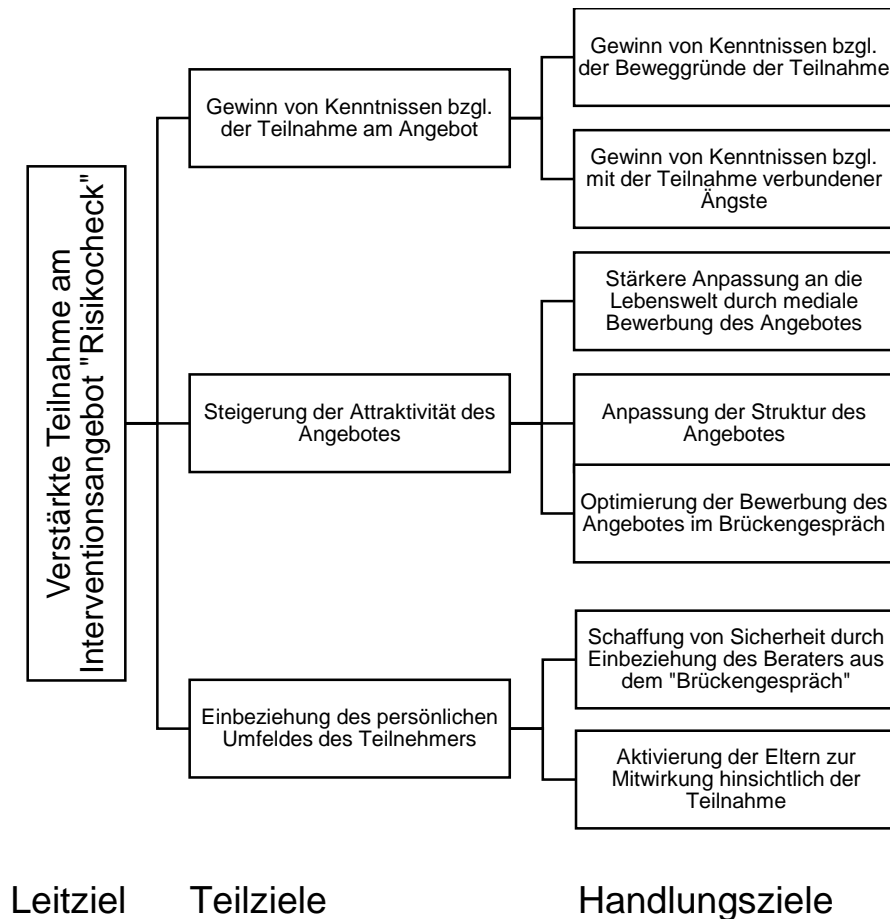


Abbildung 2: Zielsetzung der konzeptionellen Überlegungen

3.4 Methodik

Zur Umsetzung der angeführten Zielsetzung werden nachfolgend einige Überlegungen zur methodischen Umsetzung angestellt.

3.4.1 Gewinn von Kenntnissen bezüglich der Teilnahme am Angebot und mit der Teilnahme verbundener Ängste

Das Grobziel in Verbindung mit den Feinzielen „Gewinn von Kenntnissen bzgl. der Beweggründe der Teilnahme“ und „Gewinn von Kenntnissen bzgl. mit der Teilnahme verbundenen Ängste“ soll durch die Methodik der Evaluation, genauer gesagt der Selbstevaluation, erfolgen. Das bedeutet nach Merchel (2010, S.44f), dass der Evaluator am zu evaluierenden Projekt beteiligt ist und die Evaluation intern, also innerhalb der Organisation, verläuft. Kennzeichnend für diese Form der Datenerhebung sind die Methodik der empirischen Sozialforschung und die Übertragung dieser auf die jeweilige Forschungsfrage und den Untersuchungsgegenstand. Die Forschung erfolgt demnach aus der Perspektive des Evaluators und ist eine subjektive Erhebung. Der Vorteil solcher Erhebungen ist die direkte Einbeziehung der Ergebnisse in den Alltag der Fachkräfte

(Merchel, 2010, S.47), jedoch fehlt oftmals die nötige Distanz zum Thema (Merchel, 2010, S.49).

Die inhaltlichen Schwerpunkte der Befragung sollen auf den Bereichen Struktur, bzgl. der Öffentlichkeitsarbeit, Prozess, hinsichtlich der verschiedenen Gespräche im Krankenhaus, und Konzept, hinsichtlich des „Risikochecks“, liegen. Sämtliche Kontexte werden nur kurz angerissen und auf die eigentliche Hauptfrage nach der Motivation bzw. auf die Beweggründe und Ängste bzgl. der Teilnahme am „Risikocheck“ ausgelegt (Merchel, 2010, S.56f).

Zur besseren Planung und Gestaltung von Transparenz gegenüber allen Beteiligten am Evaluationsprozess bietet sich die Erstellung eines Evaluationskonzeptes an, welches in einem 7-Schritte-Verfahrenskonzept nach Merchel (2010, S.60-124) erstellt wird.

1. Festlegung der Evaluationsfrage

Den Anlass zur Befragung stellt die geringe Teilnahme von Jugendlichen am „Risikocheck“ der HaLT Standorte Nürnberg, Erlangen und Nürnberger Land dar. Mögliche Hypothesen im Hinblick auf diese Problematik sind u.a. eine mangelnde Motivation der Teilnehmer, eine derzeitige postalische Bewerbung des Projektes, welche die Jugendlichen möglicherweise nicht mehr erreicht, ein zu langer Zeitraum zwischen Beratungsgespräch und Gruppenangebot, die Gehemmtheit der Jugendlichen bzw. deren Schamgefühl hinsichtlich ihres Klinikaufenthaltes und ein mögliches Desinteresse am Angebot des „Risikochecks“. Auch ist ein von Vorsicht und Ängstlichkeit geprägtes Erziehungsverhalten, der desinteressiert scheinenden Eltern, das die Kinder nicht unter Druck setzen möchte, als Grund ausschlaggebend.

Erwartet wird von der Evaluation eine Antwort auf jene Fragen und eine Ahnung, welcher Punkt des Konzeptes optimiert werden könnte. Der Gegenstand der Evaluation soll die Motivation der Teilnehmer sein, da diese im Mittelpunkt des Programmes stehen. Am besten lässt sich die Evaluationsfrage, in welche die unterschiedlichen Hypothesen mit einbezogen werden, in Form eines standardisierten Fragebogens während des Gruppenangebotes „Risikocheck“ klären. Hindernisse hierbei sind die Absage des „Risikochecks“ aufgrund einer zu geringen Teilnehmerzahl (< 4 Teilnehmer + Freunde), eine zu komplexe Formulierung der Fragen und eine mangelnde Motivation der Teilnehmer an der Evaluation. Auf den ersten Punkt kann kaum eingewirkt werden, die Fragestellung lässt sich anhand des Lesens von Fachliteratur hinsichtlich der Erstellung von Evaluationen und der genauen Planung optimieren und die Motivation der Teilnehmer kann durch persönliche Überzeugungskraft des Evaluators und eventuelle Belohnung, in Form von Süßigkeiten, gesteigert werden.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich die Fragestellung der Evaluation: „Was bewegt die Jugendlichen dazu sich zum ‚Risikocheck‘ anzumelden?“

2. Erkundung von Zielen der Praxis und darauf ausgerichtete Indikatoren

Das konkrete Zielkonzept für diesen Unterpunkt besteht aus verschiedenen Ebenen; die Praxisziele werden bzw. das Praxisziel wird operationalisiert, auf Indikatoren herabgebrochen und schließlich in Erhebungsfragen konkretisiert. „Praxisziele werden gefasst als anzustrebende Zustände, die sich positiv von einem als ‚defizitär‘ empfundenen Ist-Zustand abheben und bei dem die Akteure davon ausgehen, dass die Veränderung vom Ist- zum Sollzustand zumindest teilweise auf ihre Interventionen (Maßnahmen, Angebote, Handlungsweisen) zurückgeführt [werden] können“ (Merchel, 2010, S. 69). Ergänzend zu diesen Zielen stehen die Ergebnisziele, die einen Blick auf die Klienten werfen und die Prozessziele, die das Handeln der Fachkräfte betrachten. Jene Zielebenen leiten sich aus den Praxiszielen ab.

Konkret ergeben sich für das zu untersuchende Projekt u.a. folgende Ziele:

Praxisziele:

- 20% der Teilnehmer des HaLT Projektes in Nürnberg besuchen 2015 das komplette Angebot
- Der „Risikocheck“ findet 2015 viermal im Jahr mit vier oder mehr Teilnehmer aus Nürnberg, Erlangen und dem Nürnberger Land statt.

Daraus ergeben sich folgende Ergebnisziele:

- Die Teilnehmer des „Risikochecks“ am 13.12.2014 werden sich über ihre persönlichen Beweggründe für die Teilnahme bewusst.
- Die Teilnehmer lernen was sie zu bestimmten Dingen bewegt und motiviert.

Für die Fachkräfte ergeben sich zwei Prozessziele:

- Die Fachkräfte erfahren anhand der Datenerhebung mehr über die Beweggründe für die Teilnahme am „Risikocheck“.
- Die Fachkräfte erkennen durch die Datenerhebung Optimierungspunkte innerhalb des „Risikochecks“.

Aus diesen Zielformulierungen und den gewählten Hypothesen ergeben sich folgende Ansatzpunkte für die Steigerung der Motivation zur Teilnahme bei Jugendlichen:

- „Brückengespräch“
- „Risikocheck“
- Umfeld
- Öffentlichkeitsarbeit

3. Auswahl und Konstruktion der Instrumente zur Datenerhebung

Um präzise Daten zu erfassen, die für die Optimierung des „Risikochecks“ von Nutzen sind, wird die Form der Datenerhebung durch eine schriftliche Befragung in Form eines Fragebogens gewählt. Das Ausfüllen des Fragebogens nimmt während der Durchführung des „Risikochecks“ selbst nicht zu viel Zeit in Anspruch und kann von der Zielgruppe (Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren) anhand bereits erworbener Kompetenzen und Fähigkeiten ausgefüllt werden. Aufgrund einer kleinen Stichprobe von maximal 10 Teilnehmern ist die Auswertung der Daten innerhalb dieser Bachelorarbeit möglich.

Durch die direkte Ausgabe der Bögen an die Kinder und Jugendlichen erhöht sich die Rückgabequote. Das Ausfüllen der Bögen erfolgt in der Abwesenheit des Evaluators, die Rückgabe durch das Einwerfen in eine ansprechend gestaltete Box. Die Befragung verläuft anonym und ohne die Möglichkeit Rückschlüsse auf die jeweiligen Personen zu ziehen. Der Fragebogen wird aufgrund der kleinen Stichprobe teilstandardisiert, d.h. primär mit geschlossenen Fragen und zwei offenen Fragen, gestaltet. Jedoch wird bei den geschlossenen Fragen die Möglichkeit gegeben, etwas hinzuzufügen.

Der Fragebogen soll kurz und konkret formuliert werden, damit die Bearbeitungszeit 7-10 Minuten nicht überschreitet. (Fragebogen, siehe Anhang)

4. Durchführung der Datenerhebung

Die Datenerhebung findet am 13.12.2014 im Rahmen des „Risikochecks“ in den Räumlichkeiten des Südpunktes statt. Der Evaluator gestaltet einzelne Programmpunkte des Angebotes mit und nimmt aktiv an den einzelnen Bausteinen teil. Eventuell besteht eine leichte Beeinflussung aufgrund von Sympathie und Loyalität. Der Fragebogen wird nach der Mittagspause ausgegeben, um den Prozess und die Verarbeitung des Angebotes nicht zu stören. Wie oben bereits erwähnt, erfolgt das Ausfüllen durch die Teilnehmer in Abwesenheit des Evaluators.

5. Auswertung der Daten und Zusammenfügen zu Ergebnissen

Die Auswertung erfolgt in prozentualen Angaben zu den jeweiligen Antwortmöglichkeiten und schließlich in der grafischen Darstellung durch Diagramme.

Die Daten werden mit den Hypothesen abgeglichen und entweder verifiziert oder falsifiziert. Ebenso erfolgen eine Bewertung der Aussagekraft der Angaben und die Erstellung von Thesen, die jedoch auch in unterschiedliche Richtungen gedacht werden können. Ebenso wird darauf geachtet, ob sich ein weiterer Evaluationsbedarf aus der Erhebung ergibt und schließlich wird ein Fazit formuliert.

6. Präsentation der Ergebnisse

Die Präsentation der Ergebnisse erfolgt durch einen Evaluationsbericht an alle Interessierten (Suchthilfezentrum, Stadtflucht etc.) im Frühjahr 2015. Die Ausgabe des Berichtes soll vor dem 21.03.2015, dem Termin des nächsten „Risikochecks“, erfolgen. Inhalte des Berichts sind:

- Ausgangssituation
- Kurzzusammenfassung
- Hypothesen
- Evaluationsfrage
- Vorgehen und Methodik
- Ergebnisse
- Fazit
- Anhang (Fragebogen und Evaluationskonzept)

7. Reflexion

Hinsichtlich der Reflexion der durchgeführten Evaluation tritt der Evaluator in Kontakt mit den beteiligten Personen, d.h. der zuständigen Mitarbeiterin des Suchthilfezentrums der Stadtmission e.V. für das HaLT-Projekt und den beteiligten Fachkräften am „Risikocheck“ der Stadtflucht Nürnberg. In einem Gespräch werden die positiven und negativen Seiten des Evaluationsprozesses besprochen.

3.4.2 *Steigerung der Attraktivität des Angebotes*

3.4.2.1 Mediale Bewerbung des Angebotes

Derzeit erfolgt die Bewerbung des „Risikochecks“ durch einen Brief. Bei näherer Betrachtung der von Jugendlichen gewählten Kommunikationswege fällt auf, dass diese Form des „In-Kontakt-Tretens“ sehr selten verwendet wird. Immer mehr verlagert sich die Kommunikation in die virtuelle Welt des Internets, des Leitmediums der Jugendlichen (Hurrelmann, 2013, S.199). Dies zeigt Ausmaße einer modernen und zukunftsorientierten Gesellschaft an, die neue Formen von Partizipation und Kommunikation im weltweiten Netzwerk ermöglicht (Hoffmann, Neuß & Thiele, 2011, S.11). Für Jugendliche steht nach Schorb & Würfel (2011, S.62) in Verbindung mit dem Medium Internet die Kommunikation und Interaktion mit ihren Freunden innerhalb sozialer Netzwerken wie z.B. Facebook im Vordergrund. Dies belegen auch die Ergebnisse der aktuellen Jugend, Information, (Multi-) Media - Studie (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2014, S.3), die amtlich macht, dass unsere Gesellschaft immer mehr zur Mediengesellschaft wird. Der Forschungsverbund macht dies an der permanenten Mediennutzung

und der Verankerung der Medien in allen Lebensbereichen durch Smartphones und anderen Kommunikations- und Interaktionstechnologien fest. 97% aller 12- bis 19-Jährigen besitzen demzufolge ein Handy und 88% ein Smartphone mit Touchscreen und Internetzugang. Auf das Internet können 92% aller Jugendlichen direkt aus ihrem Zimmer zugreifen (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2014, S.7). Dies erklärt auch die hohe Verankerung von Medien im Freizeitverhalten Jugendlicher. In der neuesten Shellstudie zieht der Punkt „Im Internet surfen“ mit 59% hinsichtlich Freizeitbeschäftigung im Laufe der Woche mit „Sich mit Leuten treffen“ gleich (Leven, Quenzel & Hurrelmann, 2010a). Im Jahre 2014 erfolgt die Nutzung des Internet im Alltag am häufigsten durch das Handys oder Smartphone der Jugendlichen. Besonders beliebte Apps sind für Jugendliche WhatsApp, Youtube und Facebook. Deutlich wird, dass alleine diese Apps hauptsächlich zur Kommunikation dienen, was auch 44% der Jugendlichen als wichtigste Funktion des Internets angeben (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2014, S.25f). Es ist ein leichter Trend hin zu den Communities wie WhatsApp und Instagram und weg von Facebook zu erkennen (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2014, S.36). Neben diesen Kommunikationsformen sind auch QR-Codes (Quick-Response-Codes) in der kommerziellen Werbung zu finden. Durch Scannen des Codes kann direkt auf eine Webseite zugegriffen werden. Jedoch besitzen nur 37% aller Jugendlichen einen solchen QR-Code-Scanner als App (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2014, S.51). Kennzeichnend für diese virtuellen Welten ist auch, dass sie Freiräume für Jugendliche darstellen, die meist von ihren Eltern noch nicht erschlossen sind und einen Zugang von Fachkräften zu ihren Klienten auf einer anderen Ebene ermöglichen (Calmbach et al., 2012, S.53).

Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass Jugendliche verstärkt durch Computer und Smartphone erreicht werden, wobei die E-Mail nach Schorb & Würfel (2011, S.61) schon zu den „alten“ Medien zählt. Überlegungen hinsichtlich einer neuen Bewerbung des „Risikochecks“ könnte die Gründung einer WhatsApp-Gruppe sein, in der die Jugendlichen sich anhand von Profilbildern etc. schon kennenlernen und womöglich nach dem Angebot erneut austauschen können. Ebenso ist es hier möglich auch in Verbindung mit Bildern und Videos zu arbeiten, d.h. z.B. eine Videosequenz zu erstellen, die erklärt, was beim Risikocheck eigentlich passiert. Relativ lebensnah wäre hierbei die Erstellung eines Tutorials also einer Anleitung in Videoform „Was ist eigentlich der ‚Risikocheck‘?“ und dessen Einstellung auf YouTube. Dies ermöglicht eine lockerere und authentischere Darstellung des Angebotes und kann schon dadurch, dass die Personen die an der Durchführung des „Risikochecks“ beteiligt sind im Video auftauchen, im Vorfeld Ängste nehmen. Ebenso kann mit Bildern, die mit verschiedenen Sprüchen versehen sind und immer wieder auf lockere und witzige Weise an den „Risikocheck“ erinnern,

gearbeitet werden. Hierbei können auch kurze „Erfahrungszitate“ von Teilnehmern einfließen, die zunächst auch skeptisch und dann positiv überrascht gewesen sind. Die Erstellung eines Flyers für die „Brückengespräche“, mit dem Einbau eines QR-Codes oder der Angabe des Links zu dem oben genannten YouTube Video, wäre eine andere Herangehensweise. Von einer Gruppengründung in Communities wie Facebook ist abzusehen, da diese für das ganze Netz zugänglich sind und den Jugendlichen ein hohes Selbstbewusstsein bzgl. der Teilnahme am „Risikocheck“ und des „Likens“ der Seite abverlangen.

Ein möglicher Änderungspunkt hinsichtlich der Bewerbung könnte auch der Name des Gruppenangebotes sein. Im Kontakt mit Jugendlichen wird deutlich, dass der Begriff „Risikocheck“ eher abschreckend und fremd klingt. Den Zusammenhang zu ihrem eigenen Risikoverhalten durch Alkoholkonsum herzustellen, misslingt in den meisten Fällen. Einige andere Formulierungsvorschläge der Jugendlichen wären „Wie weit willst du gehen?“ oder „Wo ist dein Limit?“. Auch wirkt auf manche Jugendliche der Name des Projektes „Hart am Limit“ abschreckend und wertend.

3.4.2.2 Anpassung der Struktur des Angebotes

Der „Risikocheck“ findet derzeit viermal im Jahr einen kompletten Tag lang (9.30 Uhr bis 19.30 Uhr) statt. So liegt zwischen „Brückengespräch“ und „Risikocheck“ teilweise eine Zeitspanne von drei Monaten. Oftmals ist der Aufenthalt im Krankenhaus sowohl für die Jugendlichen als auch für die Eltern kein großes Thema mehr, weshalb die Teilnahme am Gruppenangebot nicht mehr notwendig erscheint. Zu überlegen wäre eine Etablierung eines einmal im Monat stattfindenden Nachmittagsangebotes, das eine Einführung in die eigenen Trinkmotive und das eigene Trinkverhalten mit einer kleinen erlebnispädagogischen Einheit verbindet. Dies könnte eine Art „Vorbereitung“ auf den „Risikocheck“ sein und die Hemmschwelle, am Angebot teilzunehmen, senken.

3.4.2.3 Optimierung der Bewerbung des Angebotes im „Brückengespräch“

Eine weitere Überlegung zur Steigerung der Attraktivität des Angebotes ist die Bewerbung des „Risikochecks“ durch die Berater im „Brückengespräch“. Um dies zu verwirklichen, soll eine Zusammenfassung wichtiger Gesprächsführungsmethoden erstellt werden.

Theoretisch wird hierbei zunächst auf die Theorien und Überlegungen von Carl R. Rogers zurückgegriffen, die vor allem die Haltung des Beraters im Umgang mit den Jugendlichen als zentral ansehen. Als grundlegend betrachten sie vor allem das Erleben eines „Flows“. Nach Mihaly Csikszentmihalyi beschreibt dies die Motivation aus einem

reinen inneren Antrieb heraus, die für eine Verhaltensänderung am effektivsten ist (Langer & Langer, 2005, S.75). Dies bedeutet aber auch, den Jugendlichen so anzunehmen, wie er ist, und ihn auf seinem individuellen Weg zu unterstützen. Die grundlegenden Leitsätze bzgl. der Arbeit mit Jugendlichen nach Rogers formulieren Langer & Langer (2005, S.85) folgendermaßen:

- „Ein Herz für Jugendliche haben, sie gern haben, sie mögen und schätzen. Nicht nur Jugendliche, aber sie im Besonderen, haben ein feines Gespür dafür, ob jemand ihnen wohlgesonnen gegenübertritt oder nicht. Es ist allenfalls kurzfristig möglich, sich ihnen gegenüber zu verstellen. Wenn sie dies erkennen, ist ihr Vertrauen schwer wiederzugewinnen.“
- „Im Kontakt präsent sowie als Person gegenwärtig und „greifbar“ sein. Sich aufrichtig mitteilen in Gefühlen, Gedanken, Sorgen, Freuden sowie Erlebnisweisen im Beisammensein.“
- „In gleicher Weise die Gegenwärtigkeit der/des Jugendlichen aufnehmen, sie freundlich-liebevoll als Person achten, schätzen und respektieren. Mit Interesse würdigen, was die Person mitteilt, was sie bewegt, und sie zu weiteren, tiefergehenden Mitteilungen einladen.“
- „Einfühlsam, mit Vergegenwärtigung eigener analoger Erfahrungen begleiten, was die jugendliche Person mitteilt und wie sie es tut. Ihre dabei wahrnehmbar mitschwingenden Gefühle, Empfindungen, Bewertungen in das Gespräch einbeziehen, ansprechen und mitfühlende Resonanz geben, verbal sowie in Haltung, Mimik und Gestik.“
- „Die begleitende und beratende Person hört wirklich zu und antwortet so real, so aufrichtig, wie es ihr möglich ist.“
- „Eindeutig und klar wird signalisiert: Jede der beteiligten Personen, die begleitende, beratende sowie die jugendliche Person haben jeweils eine eigene, innere wie äußere, Erfahrungswelt sowie eine eigene Entwicklungsperspektive, für die jede der beteiligten Personen selbst verantwortlich ist. Jede Person hat die alleinige Expertenkompetenz für ihre Belange.“
- „Jugendliche wissen das Vertrauen und die Würdigung ihrer Person, die in der Realisierung der bisher genannten Haltungen und Angebote deutlich werden, in der Regel sehr zu schätzen. Darin liegt die Chance, dass sie solche, sie frei und verantwortlich haltende Gesprächssituationen nutzen. In einem solchen Gespräch können sie Belastungen, Ängste oder Irritationen möglicherweise überhaupt zum ersten Mal aussprechen, ihre Gefühle zulassen, Ungereimtes klären und sich auf diese Weise selbst besser kennen lernen sowie zunehmend darin

sicherer werden, wie sie leben möchten und was sie für ihre weitere Entwicklung in Angriff nehmen wollen.“

Diese Haltung wird konkret umgesetzt in dem u.a. darauf basierenden Konzept der Motivierenden Gesprächsführung (engl.: Motivational Interviewing) nach William R. Miller und Stephen Rollnick. Die anteilnehmende, partnerschaftliche und autonomiewährende Haltung wird durch dem Punkt „entlockend“ ergänzt und bildet den Geist bzw. die Grundeinstellung des Beraters (Miller & Rollnick, 2013, S.13-24).

Motivational Interviewing (= MI) beschreibt vier Phasen innerhalb eines Gespräches. Zunächst erfolgen „Kontakt/Beziehung aufbauen“, „Fokussieren auf zentrale(s) Anliegen“ und „Evozieren von ‚change talk‘“. Nach dem Sicherstellen einer Änderungsbereitschaft wird in der vierten Phase die Veränderung geplant (Miller & Rollnick, 2013, S.25-29).

Das Ziel des Beraters im „Brückengespräch“ soll sein, mit dem Jugendlichen seinen weiteren Umgang mit Alkohol herauszuarbeiten. Wenn der Jugendliche noch weiteren Unterstützungsbedarf hinsichtlich seines Konsumverhaltens braucht, soll er in das weiterführende Angebot des „Risikochecks“ o.ä. vermittelt werden. Zunächst muss der Berater klären, inwieweit das Angebot für den Jugendlichen passend erscheint. Hierzu hat er nach Naar-King & Suarez (2012, S.45) folgende Möglichkeiten:

- Stellen von offenen Fragen, die zum Reden ermutigen (z.B. *„Was würdest du gerne im Rahmen von so einem Angebot machen?“*, *„Wo siehst du noch Bedarf an Informationen bzgl. deines Konsumverhaltens?“*, *„Was fändest du gut an dem Angebot?“*, *„Was schreckt dich ab?“*)
- Bestätigen, um den Klienten zu stärken und ihn wertzuschätzen (z.B. *„Ich finde es gut, dass wir jetzt schon so offen über deinen Konsum geredet haben.“*, *„Wahnsinn, wie reflektiert du schon auf die ganze Sache schauen kannst.“*, *„Du weißt gut was du willst und was nicht“*, *„Schön wie ehrlich du zu dir bist!“*)
- Aktives Zuhören, um Empathie zu vermitteln und Missverständnisse zu verhindern (z.B. *„Es fällt dir manchmal schwer ‚Nein‘ zu sagen“*, *„Wenn du Alkohol trinkst fühlst du dich also mutiger“*, *„Der Alkohol verstärkt das Gefühl dazu zu gehören“*)
- Zusammenfassen, um Inhalte zu strukturieren und Verbindungen herzustellen (z.B. *„Ich fasse nochmal zusammen was du mir bis jetzt so erzählt hast, um sicher zu stellen, dass ich das auch alles richtig verstanden habe. Du darfst mich gerne noch ergänzen oder korrigieren. Also...“*)

Deutet der Jugendliche, wenn auch sehr versteckt, eine Veränderungsbereitschaft an, z.B. *„Ich glaub ja, dass mir der ‚Risikocheck‘ was bringen könnte, aber ich will nicht, dass*

das meine ganzen Freunde mitkriegem“, kann diese weiter herausgearbeitet werden. Anhand dieses Satzes lässt sich aufzeigen, dass der Jugendliche eine innere Ambivalenz nach außen trägt. Er möchte gerne am Angebot teilnehmen, hat jedoch Gründe, die ihn davon abhalten. Den ersten Teil des Satzes „Ich glaub ja, dass mir der ‚Risikocheck‘ was bringen könnte“ bezeichnet das MI als „change talk“, also Veränderungsbereitschaft. Der zweite Teil „aber ich will nicht, dass das meine ganzen Freunde mitkriegem“ ist der so genannte „sustain talk“, der ihn von einer Änderung zurückhält (Naar-King & Suarez, 2012, S.64). Die Aufgabe des Beraters ist es jetzt, mit dem Jugendlichen abzuwägen, welches der beiden Gefühle in ihm stärker ist. Hierbei können nach Körkel & Veltrup (2003, S.120) verschiedene Methoden unterstützend eingesetzt werden, wobei am ersten Teil des Satzes, dem „change talk“, angesetzt werden soll. Unter anderem wären folgende Methoden denkbar:

- Offene Fragen (z.B. *„Was glaubst du, bringt dir der ‚Risikocheck‘?“*)
- Wichtigkeitsrating (z.B. *„Auf einer Skala von null, gar nicht wichtig, bis zehn, sehr wichtig: wie wichtig ist es dir, am ‚Risikocheck‘ teilzunehmen?“*)
- 4 Felder – Entscheidungsmatrix

Was spricht für die Teilnahme am „Risikocheck“?	Was spricht dafür, es bei diesem Gespräch zu belassen?
Was spricht dagegen, am „Risikocheck“ teilzunehmen?	Was spricht dagegen, nur dieses Gespräch heute zu führen?

- Veränderungsmotive genau erkunden (z.B. *„Was denkst du, wird sich nach der Teilnahme am ‚Risikocheck‘ bei dir ändern?“*)
- Extrementwicklungen erfragen (z.B. *„Was ist das Beste, was passiert, wenn du trotz allem am ‚Risikocheck‘ teilnimmst?“*, *„Was ist das Schlimmste, was passiert, wenn du jetzt wegen deinen Freunden nicht teilnimmst?“*)
- Lebensziele explorieren und Dissonanzen zum Suchtmittelkonsum eruieren (z.B. *„Was ist dir denn im Leben am wichtigsten? (...) Wenn ich dich richtig verstehe, ist das neben deinen Freunden auch deine Familie, mit der es aber wegen des Trinkens immer wieder zu Auseinandersetzungen kommt. Ich stelle mir vor, dass du da oft in eine Zwickmühle kommst.“*)

Bei dieser Methode kann nachfolgend weiter mit offenen Fragen gearbeitet werden. (z.B. *„Woran könnte deine Mutter denn merken, dass es dir wichtig ist, dich zu ändern?“*)

Diese Auszüge aus der Methodik und der komplette Ansatz des MI gelten für Jugendliche und junge Erwachsene als besonders effektiv. Nach Naar-King & Suarez (2012, S.23) ist die Adoleszenz eine gute Zeitspanne, um Veränderungen zu vollziehen. Ebenso ist der individuelle Blick durch MI auf die Person sehr förderlich, um den mit der Jugendphase verbundenen Mythen, dass die Pubertät bei allen gleich und immer nach einer bestimmten Reihenfolge abläuft, zu begegnen. Besonders gut erreicht es Jugendliche, die motiviert sind und die nötige Bereitschaft mitbringen, etwas zu verändern. Also hinsichtlich der Fragestellung bzgl. einer erhöhten Teilnahme am „Risikocheck“, Jugendliche, die erkennen, dass sie gerne mehr über ihr Trinkverhalten und die Substanz Alkohol wissen möchten.

3.4.3 Einbeziehung des persönlichen Umfeldes des Teilnehmers

Ein anderer Ansatzpunkt, um die Jugendlichen zu motivieren, wären bereits bestehende tragfähige und intensive Beziehungen mit einzubeziehen.

3.4.3.1 Schaffung von Sicherheit durch Einbeziehung des Beraters aus dem „Brückengespräch“

Hierbei wäre die Mitarbeit von Beratern aus dem „Brückengespräch“ am „Risikocheck“ eine Möglichkeit. Neben der Erleichterung für das bestehende Team könnte eine weitere Sicherheit für die Jugendlichen geschaffen werden. Bestehende Ängste bzgl. der Einstellung und Haltung der Leiter könnten im Vorfeld gemindert oder abgebaut werden. Ebenso wäre es für die Berater eine Erweiterung und eine tiefergehende Erfahrung des Angebotes. Dies kann zu einer authentischeren und intensiveren Bewerbung des Gruppenangebotes während des „Brückengesprächs“ führen.

3.4.3.2 Aktivierung der Eltern zur Mitwirkung hinsichtlich der Teilnahme

Eine weitere Beziehung aus dem Umfeld der Jugendlichen, die sehr intensiv ausgeprägt ist und hohen Einfluss hat, ist die Eltern-Kind-Beziehung. Nach Hurrelmann (2013, S.145) sind die eigenen Eltern für die Jugendlichen große soziale Vorbilder. Die Erziehung innerhalb der Kernfamilie hat die größte emotionale und soziale Intensität. In der heutigen Zeit entscheiden sich Eltern zum größten Teil sehr bewusst dafür, Kinder zu bekommen, und legen deswegen sehr viel Wert auf ihre Erziehungs- und Beziehungsaufgabe (Hurrelmann, 2013, S.147). Dies belegt auch die 16. Shellstudie. „Junge Leute halten Mutter und Vater für die wichtigsten Ratgeber in allen Lebensfragen“ (Albert, Hurrelmann & Quenzel, 2010, S.46), die in den meisten Fällen in keiner Konkurrenz zur Peergroup stehen. 58% der Jugendlichen wollen ihre eigenen Kinder ungefähr so und 15% genauso erziehen, wie sie selbst erzogen worden sind (Leven, Quenzel & Hurrelmann, 2010b, S.64). Dies zeigt nach Hurrelmann (2013, S.146) eine starke Bejahung

des Erziehungsstils der Eltern und hohen gegenseitigen Respekt. Deutlich ist bei dieser Äußerung jedoch die Tendenz der Ober- bis unteren Mittelschicht, das Erziehungsverhalten der Eltern positiv zu bewerten. In der Unterschicht wird das Erziehungsverhalten stärker negativ bewertet (Leven et al., 2010b, S.64). Ein positiv bewertetes Erziehungsverhalten lässt auf eine gute Kommunikation, die auch schulische, berufliche und persönliche Aspekte beinhaltet, schließen. Durch das gute Verhältnis zwischen Eltern und ihren Kindern können laut Hurrelmann (2013, S.147) zumeist auch Krisen konstruktiv gelöst werden. All jene Aspekte zeigen eine deutliche Tendenz hin zu einem demokratischen, partizipativen und autoritativen Erziehungsstil mit Zuwendung, Wärme und Anerkennung sowie konsequenter Kontrolle und Sanktionierung bei Grenzüberschreitungen (Hurrelmann, 2013, S.148). Verstärkt in den Hintergrund rückt ein autoritäres Erziehungsverhalten, während ein Trend hin zu einem nachgiebigen, permissiven Erziehungsstil zu beobachten ist. Dies bedeutet für die Jugendlichen viel Wärme und wenig Grenzen aufgezeigt zu bekommen, was auf sie verunsichernd und überfordernd wirken kann (Flammer & Alasker 2002, in Hurrelmann, 2013).

Dieser Trend zeichnet sich auch in den Elterngesprächen ab. Es wird deutlich, dass die Eltern Angst haben, ihr Kind mit Grenzen und Regeln unter Druck zu setzen, da sie ein solches Verhalten nicht als wirksam erachten. Jedoch zeigt sich, dass Jugendliche Grenzen brauchen, um sich orientieren und wachsen zu können. Um Eltern besser in ihrer Erziehungsverantwortung zu schulen oder zu bestätigen, kann ein Elternabend durchgeführt werden. Hierbei steht der Austausch zwischen den Eltern im Vordergrund, der entlastend und sichernd wirken kann. Ebenso kann hier durch geschultes Personal vertiefendes Wissen bzgl. Alkoholkonsum bei Jugendlichen gegeben und die wichtige Rolle der Eltern erneut herausgearbeitet werden. Auch ein Blick in die eigenen Biographie und den eigenen Umgang mit Alkohol kann thematisch aufgegriffen werden. Eltern sind für Kinder und Jugendliche, wie oben genannt, Vorbilder und leben einen gesunden und verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol vor. In Gesprächen mit Teilnehmern des „Risikochecks“ ist immer wieder deutlich geworden, dass die Teilnahme nicht eigenmotiviert ist, sondern auf Wunsch der Eltern geschieht. Im Nachhinein bewerten alle Teilnehmer das Angebot positiv. Durch Offenlegen dieser Kenntnis, können Eltern angeregt werden, sich verstärkt für eine Teilnahme ihrer Kinder einzusetzen und deren Trinkverhalten nicht zu bagatellisieren.

Möglich ist auch eine höhere Bewerbung des Elterngesprächs, wenn die Eltern nicht im Krankenhaus anwesend sind. Wenn die Jugendlichen ihr Einverständnis zur Kontaktaufnahme geben, kann zeitnah zum Krankenhausbesuch ein Brief an die Eltern mit einem Gesprächsangebot verfasst werden. Dies kann telefonisch oder persönlich in den

Räumen des Suchthilfezentrums mit der zuständigen Leitungsperson des HaLT-Projektes in Nürnberg durchgeführt werden.

4 Fazit

Durch die Gewinnung verschiedener theoretischer Erkenntnisse bzgl. des Trinkverhaltens und der Trinkmotive und dem Zugang über die soziologische Forschung an die Lebensphase Jugend baut sich ein tiefergehendes Verständnis von Jugendlichen und Alkoholkonsum auf. Der lang verbreitete Trend des „binge-drinking“ ist durchgängig rückläufig und lässt möglicherweise neben einem Wandel in der Denkweise auch auf einen Erfolg von eingeleiteten Präventionsmaßnahmen, wie dem HaLT-Projekt schließen. Das HaLT-Projekt erscheint bei genauer Betrachtung als gelungene indizierte Präventionsmaßnahme, da es mit seinem systemischen Blick auch Peergroup und Eltern mit einbezieht, die im Risiko- und Schutzfaktorenmodell eine tragende Rolle spielen. Auch die Haltung der Berater setzt nach neusten Forschungen in der Suchtprävention an den richtigen Punkten an. In den verschiedenen Interventionsformen geht es um das Verstehen der Motive und nicht um das Moralisieren des Verhaltens. Die Interventionsform des „Brückengesprächs“ mit seiner Verankerung im Krankenhaus und somit in direktem Anschluss an den exzessiven Konsum ist sowohl aus Forschungssicht als auch aus Sicht der Jugendlichen wirksam. Die Jugendlichen und Eltern sind dankbar für eine Unterstützung in der Krisensituation und können Sozialarbeitern unvoreingenommener und offener als z.B. durch Aufsuchen einer Beratungsstelle begegnen.

Durch den Einbezug der konzeptionellen Überlegungen hinsichtlich der Interventionsform „Risikocheck“, könnte dieser neben dem „Brückengespräch“ noch verstärkt in das Blickfeld von Eltern und Jugendlichen gerückt werden. Jugendliche könnten auf Grund von einer erweiterten medialen Bewerbung, die nahe an ihren alltäglichen Kommunikationsstrukturen ist, stärker motiviert werden sich auf das Angebot einzulassen. Ebenso könnte eine Veränderung in der Struktur, mit der Ausgestaltung eines zusätzlichen verkürzten Nachmittangebotes pro Monat, eine verstärkte Teilnahme begünstigen. Auch die angestellten Überlegungen zur Gesprächsführung könnten eine tiefere intrinsische Motivation hervorrufen. Die oben als Besonderheit des HaLT-Projektes herausgestellte systemische Haltung wird durch den verstärkten Einbezug der Eltern, die nach wie vor einen starken Einfluss auf die Jugendlichen haben, durch Gesprächsabende und die Mitwirkung der Berater selbst am „Risikocheck“ noch verstärkt. Möglichem Gruppendruck, der zu einem erhöhten Konsumverhalten führt, kann durch den Einbezug der Peergroup in das Gruppenangebot begegnet werden. Auch werden dadurch neben den bereits auffällig gewordenen Jugendlichen auch weitere Personen präventiv angesprochen.

Gestützt und gewertet werden diese Überlegungen durch die angestellte Forschung bzgl. der Beweggründe der Jugendlichen am „Risikocheck“ teilzunehmen. Hierbei wird deutlich, mit welcher Gewichtung die Umsetzung der angestellten Methoden angestrebt werden sollte. Aus der mündlichen Befragung der Jugendlichen spielt bis jetzt die Bitte der Eltern am „Risikocheck“ teilzunehmen die größte Rolle. Jedoch stammen auch Teile, wie der Vorschlag Berater mit in den „Risikocheck“ mit einzubeziehen von den Jugendlichen selbst. Alles in allem wurde versucht eine besondere Nähe zur Lebenswelt Jugendlicher herzustellen, um ihnen in Zukunft noch besser mit einem umfassenden Präventionsprojekt auf Augenhöhe begegnen zu können.

Literaturverzeichnis

- Albert, M., Hurrelmann, K. & Quenzel, G. (2010). Jugend 2010: Selbstbehauptung trotz Verunsicherung? Jugendliche Lebenswelten und Wertorientierungen. In Shell Deutschland Hofing (Hrsg.), Jugend 2010. Eine pragmatische Generation behauptet sich. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Baacke, D. & Vollbrecht, R. (1991). Die 13- bis 18-Jährigen. Einführung in die Probleme des Jugendalters. Weinheim: Beltz.
- Babor, T. & Kraus, L. (Hrsg.). (2005). Alkohol, kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Backmund, M. (2004). Notfälle in der Suchtbehandlung. In C. Haasen & M. Krausz (Hrsg.), Kompendium Sucht (S. 119–127). Stuttgart [u.a.]: Thieme.
- Bartsch, G. & Gassmann, R. (Hrsg.). (2011). Generation Alkopops. Jugendliche zwischen Marketing, Medien und Milieu. Freiburg, Br.: Lambertus.
- Bellutti, N. (2006). Risikoverhalten und Alkoholkonsum bei Jugendlichen. Risikowahrnehmung, Sensation Seeking, Self-Monitoring. Saarbrücken: VDM, Müller.
- Bengel, J., Meinders-Lücking, F. & Rottmann, N. (2009). Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Berk, L. E. (2011). Entwicklungspsychologie. München: Pearson Studium.
- Beulich, F. & Strumpp, G. (2010). "Wenn ich zu besoffen bin, dann bau ich zuviel Mist, Sachen, die ich am nächsten Tag bereuen würde". Jugendliches Rauschtrinken als Versuch eines kontrollierten Kontrollverlustes. In Evangelischer Erziehungsverband e.V. (Hrsg.), Wenn Jugendliche Alkohol trinken. Grundlagen - Praxis - Auswege (S. 30–34). Hannover: Schöneworth Verlag.
- Böhnisch, L. (2012). Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung. Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.
- Borrmann, S. & Rauschenbach, T. (Hrsg.). (2013). Herausforderungen des Jugendalters. Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.
- Bühler, M. & Mann, K. (2011). Neuroimaging und Alkohol. In M. V. Singer, A. Batra & K. Mann (Hrsg.), Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen; 87 Tabellen (S. 165–177). Stuttgart: Thieme.
- Bühringer, G. & Behrendt, S. (2011). Begriffsbestimmungen. In M. V. Singer, A. Batra & K. Mann (Hrsg.), Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen; 87 Tabellen (S. 65–72). Stuttgart: Thieme.
- Bühringer, G. & Bühler, A. (2010). Prävention von Suchterkrankungen. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S. 249–258). Bern: Huber, Hans.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg.). (2014). Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Zugriff am 26.11.2014. Verfügbar unter <http://www.bzga.de/big-pix.php?id=822e5827edf8bf343414c75604e02119&w=558&h=700>
- Calmbach, M., Thomas, Martin, Peter, Borchard, I. & Flaig, B. (2012). Wie ticken Jugendliche?: 2012. Lebenswelten von Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren in Deutschland. Düsseldorf: Haus Altenberg.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.). (2014). Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich, Westf: Pabst Science Publishers.

- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2009). Drogen- und Suchtbericht. Mai 2009. Zugriff am 27.12.2014. Verfügbar unter http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publikationen/Drogen_und_Suchtbericht_2009_Drogenbeauftragte.pdf
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2013). Drogen- und Suchtbericht. Mai 2013. Zugriff am 27.12.2014. Verfügbar unter http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publikationen/BMG_Drogen-_und_Suchtbericht_2013_WEB_Gesamt.pdf
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2014). Drogen- und Suchtbericht. Juli 2014. Zugriff am 29.12.2014. Verfügbar unter http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/Drogen-_und_Suchtbericht_2014_Gesamt_WEB_07.pdf
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2009). Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents. A review of the theory and evidence base of indicated prevention. Zugriff am 09.12.2014. Verfügbar unter <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2014, 22. Oktober). Prevention of drug use. Zugriff am 29.10.2014. Verfügbar unter <http://www.emcdda.europa.eu/topics/prevention>
- Evangelischer Erziehungsverband e.V. (Hrsg.). (2010). Wenn Jugendliche Alkohol trinken. Grundlagen - Praxis - Auswege. Hannover: Schöneworth Verlag.
- Ferchhoff, W. (2007). Jugend und Jugendkulturen im 21. Jahrhundert. Lebensformen und Lebensstile. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Ferchhoff, W. (2013). Jugend und Jugendkulturen. In S. Borrmann & T. Rauschenbach (Hrsg.), Herausforderungen des Jugendalters (S. 44–68). Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.
- Franzke, C. (2011). Gewinnung, Eigenschaften sowie Einteilung von reinen Alkoholen und alkoholischen Getränken. In M. V. Singer, A. Batra & K. Mann (Hrsg.), Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen; 87 Tabellen (S. 73–83). Stuttgart: Thieme.
- Goecke, M., Orth, B., Awolin, M. & Lang, P. (2012). Der Alkoholkonsum Jugendlicher in Deutschland. In C. v. Hagen & B. Koletzko (Hrsg.), Alkoholmissbrauch im Kindes- und Jugendalter (S. 11–18). Stuttgart: Kohlhammer.
- Haasen, C. & Krausz, M. (Hrsg.). (2004). Kompendium Sucht. Stuttgart [u.a.]: Thieme.
- Habermas, T. (2008). Identitätsentwicklung im Jugendalter. In R. K. Silbereisen & M. Hasselhorn (Hrsg.), Entwicklungspsychologie des Jugendalters (S. S.363-387). Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Hagen, C. v. & Bühler, A. (2012). Ziele, Inhalte und Effektivität von Ansätzen zur Prävention missbräuchlichen Alkoholkonsums im Kindes- und Jugendalter. In C. v. Hagen & B. Koletzko (Hrsg.), Alkoholmissbrauch im Kindes- und Jugendalter (S. 95–106). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hagen, C. v. & Bühler, A. (2012). Ziele, Inhalte und Effektivität von Ansätzen zur Prävention missbräuchlichen Alkoholkonsums im Kindes- und Jugendalter. In C. v. Hagen & B. Koletzko (Hrsg.), Alkoholmissbrauch im Kindes- und Jugendalter (S. 95–106). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hagen, C. v. & Koletzko, B. (Hrsg.). (2012). Alkoholmissbrauch im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Kohlhammer.

- HaLT in Bayern (BAS München, Hrsg.). (2014). FAQ - Frequently asked questions. Zugriff am 27.12.2014. Verfügbar unter <http://www.halt-in-bayern.de/informationen/faq.html>
- HaLT Projekt. (Villa Schöpfling – Zentrum für Suchtprävention gGmbH) (2014). HaLT Standorte in Deutschland. Zugriff am 27.12.2014. Verfügbar unter http://www.halt-projekt.de/images/stories/pdf/2014_09_08_standorte_deutschland_september_2014.pdf
- Häßler, F., Nesseler, T. & Thomasius, R. (2009). Wenn Jugendliche trinken. Auswege aus Flatrate-Trinken und Komasaufen: Stuttgart: Trias.
- HBSC-Team Deutschland. (2011). Studie Health Behaviour in School-aged Children. Faktenblatt "Binge Drinking/Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen", WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion. Zugriff am 09.12.2014. Verfügbar unter http://hbsc-germany.de/wp-content/uploads/2011/12/Faktenblatt_Binge-Drinking_Rauschtrinken_final.pdf
- HBSC-Team Deutschland. (2012). Studie Health Behaviour in School-aged Children. Faktenblatt „Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen“, WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion. Zugriff am 02.12.2014. Verfügbar unter http://hbsc-germany.de/wp-content/uploads/2012/01/Faktenblatt_Alkoholkonsum_final.pdf
- Hoffmann, D., Neuß, N. & Thiele, G. (2011). Stream your life!? Kommunikation und Medienbildung in Sozialen Online-Netzwerken. In D. Hoffmann, N. Neuß & G. Thiele (Hrsg.), Stream your life!? Kommunikation und Medienbildung im Web 2.0 (S. 11–20). München: kopaed.
- Hoffmann, D., Neuß, N. & Thiele, G. (Hrsg.). (2011). Stream your life!? Kommunikation und Medienbildung im Web 2.0. München: kopaed.
- Höselbarth, S., Schneider, Jens, M. & Stöver, H. (Hrsg.). (2013). Kontrollierter Kontrollverlust. Jugend - Gender - Alkohol. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag
- Hurrelmann, K. (2013). Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Weinheim: Juventa-Verlag
- Hurrelmann, K. & Bründel, H. (1997). Drogengebrauch Drogenmissbrauch. Eine Gratwanderung zwischen Genuß und Abhängigkeit. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.). (2010). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber, Hans.
- Hurrelmann, K. & Razum, O. (Hrsg.). (2012). Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Beltz.
- Institut für Therapieforchung, Kraus, L.; Pabst, A. & Piontek, D. (Mitarbeiter). (2011). Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD). Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. Zugriff am 02.12.2014. Verfügbar unter http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Suchtstoffuebergreifende_Themen/Downloads/abschlussbericht_2011bd_181_espad_111221_subm_i.pdf
- Jordan, S. & Sack, P.-M. (2009). Schutz- und Risikofaktoren. In R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, Küstner, Udo, J. & P. Riedesser (Hrsg.), Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis (S. 125–137). Stuttgart [u.a.]: Schattauer.
- Kammerer, B. & Gref, K. (Hrsg.). (2010). Jugendliche am Absaufen - Jugendhilfe am Abtauchen? ... und es gibt sie doch: Alkoholprävention!. Nürnberg: emwe-Verl.

- Klein, M. (Hrsg.). (2008). Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen ; mit 40 Tabellen. Stuttgart [u.a.]: Schattauer.
- Koler, P. (2014). Rausch und Identität-Jugendliche in Alkoholszenen. Bozen: BU, Press.
- Körkel, J. (2012). Wir tun - was? Eine kritische Analyse des Programms "Hart am Limit" (HaLT). Suchttherapie, 13, 25–32.
- Körkel, J. & Veltrup, C. (2003). Motivational Interviewing. Eine Übersicht. Suchttherapie, 4, 115–124.
- Kraus, L., Hannemann, T.-V., Pabst, A., Müller, S., Kronthaler, F., Grübl, A., Stürmer, M., Wolstein, J. (2013). Stationäre Behandlung von Jugendlichen mit akuter Alkoholintoxikation: Die Spitze des Eisbergs? Gesundheitswesen, 75, 456–466.
- Krüger, H.-H. (Hrsg.). (2010). Handbuch Kindheits- und Jugendforschung. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften
- Kunze, H. (2010). HaLT - Hart am Limit. Kinder und Jugendliche nach einer Alkoholintoxikation. In B. Kammerer & K. Gref (Hrsg.), Jugendliche am Absaufen - Jugendhilfe am Abtauchen? ... und es gibt sie doch: Alkoholprävention! (S. 157–166). Nürnberg: emwe-Verl.
- Langer, I. & Langer, S. (2005). Jugendliche begleiten und beraten. Mit 4 Tabellen. München: Reinhardt.
- Laucht, M. (2009). Besondere Wirkungen des Substanzkonsums auf junge Menschen. In K. Mann (Hrsg.), Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends - Grundlagen - Maßnahmen (S. 42–57). Freiburg, Br.: Lambertus.
- Leppin, A. (2000). Alkoholkonsum und Alkoholmißbrauch bei Jugendlichen. Entwicklungsprozesse und Determinanten. In A. Leppin, K. Hurrelmann & H. Petermann (Hrsg.), Jugendliche und Alltagsdrogen. Konsum und Perspektiven der Prävention (S. 64–94). Neuwied: Luchterhand.
- Leppin, A. (2010). Konzepte und Strategien der Prävention. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S. 35–44). Bern: Huber, Hans.
- Leppin, A., Hurrelmann, K. & Petermann, H. (Hrsg.). (2000). Jugendliche und Alltagsdrogen. Konsum und Perspektiven der Prävention. Neuwied: Luchterhand.
- Lesch, O.-M. (2009). Alkohol und Tabak, medizinische und soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit. Wien: Springer.
- Leven, I., Quenzel, G. & Hurrelmann, K. (2010). Familie, Schule, Freizeit: Kontinuitäten im Wandel. Freizeit der Jugendlichen - wie weitreichend soziale Herkunft wirkt. In Shell Deutschland Holfing (Hrsg.), Jugend 2010. Eine pragmatische Generation behauptet sich (96–100). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Leven, I., Quenzel, G. & Hurrelmann, K. (2010). Familie, Schule, Freizeit: Kontinuität im Wandel. Die Freizeit - das Labor der Selbsterfahrung. In Shell Deutschland Holfing (Hrsg.), Jugend 2010. Eine pragmatische Generation behauptet sich (S. 81–96). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Leven, I., Quenzel, G. & Hurrelmann, K. (2010). Familie, Schule, Freizeit: Kontinuitäten im Wandel. Die eigenen Eltern: mehr als nur eine Schicksalsgemeinschaft. In Shell Deutschland Holfing (Hrsg.), Jugend 2010. Eine pragmatische Generation behauptet sich (S. 63–69). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Lindenmeyer, J. & Rost, S. (2008). Lieber schlau als blau - für Jugendliche. Ein Präventionsprogramm für die Schule. Weinheim, Bergstr: Beltz, J.

- Lohaus, A., Maass, A. & Vierhaus, M. (2010). Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor. Mit 29 Tabellen. Berlin [u.a.]: Springer.
- Mann, K. (Hrsg.). (2009). Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends - Grundlagen - Maßnahmen. Freiburg, Br.: Lambertus.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest. (2014). JIM-Studie 2014. Jugend, Information, (Multi-) Media. Zugriff am 31.12.2014. Verfügbar unter http://www.mpfs.de/fileadmin/JIM-pdf14/JIM-Studie_2014.pdf
- Merchel, J. (2010). Evaluation in der Sozialen Arbeit. Mit 11 Tabellen. München [u.a.]: Reinhardt.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (Hrsg.). (2013). Motivational interviewing. Helping people change. New York, NY: Guilford Press.
- Münder, J., Meysen, T. & Trenczek, T. (Hrsg.). Frankfurter Kommentar SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe. Nomos Kommentar. Baden-Baden: Nomos.
- Naar-King, S. & Suarez, M. (2012). Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Weinheim, Bergstr: Beltz, J.
- Noeker, M. (2012). Psychologische Erstintervention bei Alkoholintoxikation. In C. v. Hagen & B. Koletzko (Hrsg.), Alkoholmissbrauch im Kindes- und Jugendalter (S. 73–84). Stuttgart: Kohlhammer.
- Palentien, C. & Haring, M. (2010). Kindheit, Jugend und Drogen. In H.-H. Krüger (Hrsg.), Handbuch Kindheits- und Jugendforschung (S. 1005–1017). Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pinquart, M., Schwarzer, G. & Zimmermann, P. (2011). Entwicklungspsychologie. Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe.
- Rommelspacher, H. (2011). Pharmakokinetik des Alkohols. In M. V. Singer, A. Batra & K. Mann (Hrsg.), Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen; 87 Tabellen (S. 84–89). Stuttgart: Thieme.
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2012). Gesundheitspolitik. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften (S. 1009–1052). Weinheim: Beltz.
- Rumrich, R. (2010). Präventive Angebote in Kooperation mit Schule. In B. Kammerer & K. Gref (Hrsg.), Jugendliche am Absaufen - Jugendhilfe am Abtauchen? ... und es gibt sie doch: Alkoholprävention! (S. 209–222). Nürnberg: emwe-Verl.
- Sack, P.-M. & Thomasius, R. (2009). Klassifikation der Suchtstörungen. In R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, Küstner, Udo, J. & P. Riedesser (Hrsg.), Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis (S. 8–20). Stuttgart [u.a.]: Schattauer.
- Schäfer, K. (2012). §14 Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz. In J. Münder, T. Meysen & T. Trenczek (Hrsg.), Frankfurter Kommentar SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe. Nomos Kommentar:. Baden-Baden: Nomos (S. 209–212).
- Scherbaum, N. (2009). Jugend und Suchtmittel. Intervention und Therapie der Zukunft. In K. Mann (Hrsg.), Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends - Grundlagen - Maßnahmen (S. 169–177). Freiburg, Br.: Lambertus.
- Scherr, A. (2009). Jugendsoziologie. Einführung in Grundlagen und Theorien. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schneider, R. (2009). Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit; Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte. Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren.

- Schöning, S. (2007). Alkoholkonsum in der Jugend. Geschlechterspezifische Entwicklung und Prävention. Saarbrücken: VDM Verl. Dr. Müller.
- Schorb, B. & Würfel, M. (2011). Social Networks, Real-Time-Web, Medienkonvergenz. Was heißt Medienkompetenz heute? In D. Hoffmann, N. Neuß & G. Thiele (Hrsg.), Stream your life! Kommunikation und Medienbildung im Web 2.0 (S. 57–72). München: kopaed.
- Schu, M., Wünsche, T., Tossmann, P. & Jonas, B. (2009). Geschlechtsspezifische Anforderungen an die Suchthilfe. Gender Mainstreaming in der Suchttherapie von Jugendlichen. Zugriff am 02.12.2014. Verfügbar unter http://www.fogs-gmbh.de/fileadmin/pdf_downloads/Abschlussbericht_Gender_und_Vernetzung_in_der_Suchthilfe_fuer_Jugendliche.pdf
- Schumacher, D. (2007). Das Drogen-Handbuch für legale und illegale Genuss- und Rauschmittel. Ein Führer durch die Geschichte, den Gebrauch und die Prävention der Rauschdrogen für Jugendliche, Eltern und Wissbegierige. Leipzig: Bohmeier.
- Schwartz, F. W., Walter, U., Siegrist, J., Kolip, P., Leidl, R., Dierks, M. L. et al. (Hrsg.). (2011). Das Public-health-Buch. München [u.a.]: Urban und Fischer bei Elsevier.
- Shell Deutschland Holting (Hrsg.). (2010). Jugend 2010. Eine pragmatische Generation behauptet sich. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Silbereisen, R. K. & Hasselhorn, M. (Hrsg.). (2008). Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Silbereisen, R. K. & Weichold, K. (2009). Beziehungen des Substanzgebrauchs und -missbrauchs zwischen Eltern und Jugendlichen. In K. Mann (Hrsg.), Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends - Grundlagen - Maßnahmen (S. S.139-168). Freiburg, Br.: Lambertus.
- Singer, M. V., Batra, A. & Mann, K. (Hrsg.). (2011). Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen; 87 Tabellen. Stuttgart: Thieme.
- Steiner, M., Knittel, T. & Zweers, U. (2008). Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms "HaLT - Hart am Limit". Endbericht. Paderborn: Druckerei Bonifatius.
- Stimmer, F. (Hrsg.). (2000). Suchtlexikon. München: Oldenbourg.
- Stürmer, M. & Wolstein, J. (2012). Das alkoholspezifische Präventionsprojekt HaLT in Bayern. konzeptionelle Besonderheiten und Implementierung. In C. v. Hagen & B. Koletzko (Hrsg.), Alkoholmissbrauch im Kindes- und Jugendalter (S. 119–131). Stuttgart: Kohlhammer.
- Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, Udo, J. & Riedesser, P. (Hrsg.). (2009). Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart [u.a.]: Schattauer.
- Urech, C. (2009). Rauchen Saufen Kiffen. Dank Erziehung stark gegen Abhängigkeit. Zürich: Atlantis pro Juventute.
- Villa Schöpflin. (2007). Bundesmodellprojekt HaLT. Handbuch. Lörrach: Villa Schöpflin
- Wahl, S. (2013). Vorglühen. Phänomenbeschreibung, assoziierte Risiken und zugrunde liegende Motive. In S. Hößelbarth, Schneider, Jens, M. & H. Stöver (Hrsg.), Kontrollierter Kontrollverlust. Jugend - Gender - Alkohol (S. 16–28). Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag
- Walter, U., Robra, B.-P. & Schwartz, F.-W. (2011). Prävention. In F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M. L. Dierks et al. (Hrsg.), Das Public-health-Buch (S. 196–223). München [u.a.]: Urban und Fischer bei Elsevier.

- Watzl, H. & Singer, M. V. (2011). Kulturgeschichte des Alkohols. In M. V. Singer, A. Batra & K. Mann (Hrsg.), Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen; 87 Tabellen. (S.3-9) Stuttgart: Thieme.
- Wolstein, J. & Stürmer, M. (2013). Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Jugendlichen Rauschtrinkern. In S. Hößelbarth, Schneider, Jens, M. & H. Stöver (Hrsg.), Kontrollierter Kontrollverlust. Jugend - Gender - Alkohol (S. 12–15). Frankfurt a.M.: Fachhochschulverl.
- Wurdak, M. & Wolstein, J. (2011). Motive zum Rauschtrinken. In G. Bartsch & R. Gassmann (Hrsg.), Generation Alkopops. Jugendliche zwischen Marketing, Medien und Milieu (S.37-47). Freiburg, Br.: Lambertus.
- Zimmermann, U. S. (2010). Alkoholgefährdung Jugendlicher in Deutschland: Die Rolle von Schutz- und Risikofaktoren im Prozess der Suchtentstehung. In B. Kammerer & K. Gref (Hrsg.), Jugendliche am Absaufen - Jugendhilfe am Abtauchen? ... und es gibt sie doch: Alkoholprävention! (S. 31–36). Nürnberg: emwe-Verl.

Anhang

Was hat dich motiviert am Risikocheck teilzunehmen?

Du hast bei **jeder** Fragekategorie die Möglichkeit mehrere Dinge anzukreuzen und zusätzlich etwas Positives und/oder Negatives zu ergänzen.

Was hat dich beim Gespräch im Krankenhaus motiviert am Risikocheck teilzunehmen?

<input type="checkbox"/>	Mein/e Berater/in war nett und ich konnte mir vorstellen, dass die Leute beim Risikocheck ähnlich freundlich sind.
<input type="checkbox"/>	Mein/e Berater/in hat mir durch ihre/seine Erzählungen Lust auf den Risikocheck gemacht.
<input type="checkbox"/>	Mein/e Berater/in hat mir das Gefühl vermittelt, dass der Risikocheck ein passendes Angebot für mich ist.
<input type="checkbox"/>	Ich hatte das Gefühl, dass mein/e Berater/in mich und meine Situation versteht und dass das beim Risikocheck auch so sein wird.
<input type="checkbox"/>	Mein/e Berater/in hat mich und mein Verhalten nicht negativ bewertet und mir vermittelt, dass das im Risikocheck auch nicht passiert.
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Was hat dich am Risikocheck angesprochen?

<input type="checkbox"/>	Ich will Kontakt zu Jugendlichen haben, die in einer ähnlichen Situation waren.
<input type="checkbox"/>	Ich will mehr über Alkohol erfahren.
<input type="checkbox"/>	Ich will mehr über mich und meine Selbsteinschätzung erfahren.
<input type="checkbox"/>	Ich will mein eigenes Trinkverhalten verstehen.
<input type="checkbox"/>	Ich darf jemand mitbringen.
<input type="checkbox"/>	Die Aktion ist für mich und meine Eltern kostenlos.
<input type="checkbox"/>	Ich habe Lust auf Klettern.
<input type="checkbox"/>	Ich will andere Möglichkeiten kennenlernen in der Freizeit Spaß zu haben.
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Wie fandest du die Werbung für den Risikocheck?

<input type="checkbox"/>	Der Flyer für den Risikocheck gefällt mir.
<input type="checkbox"/>	Der Einladungsbrief spricht mich an.
<input type="checkbox"/>	Meine Eltern fanden gut, dass sich nochmal jemand telefonisch gemeldet hat.
<input type="checkbox"/>	Ich finde die Internetseite von HaLT interessant.
<input type="checkbox"/>	Eine Facebook Seite hätte mich mehr angesprochen.
<input type="checkbox"/>	Eine Erinnerung über WhatsApp an den Risikocheck hätte mir mehr gebracht.
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Was gab es für Meinungen in deinem Umfeld zum Risikocheck?

<input type="checkbox"/>	Meine Eltern finden, dass das eine gute Sache für mich ist.
<input type="checkbox"/>	Meine Freunde finden es passt für mich.
<input type="checkbox"/>	Ein/e Freund/in hatte schnell Lust mitzukommen.
<input type="checkbox"/>	Mein Lehrer findet, dass es eine gute Idee ist, dass ich zum Risikocheck gehe.
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Welche Vorstellungen hattest du für den heutigen Tag?

Was könnte man verändern?

Vielen Dank fürs Mitmachen!

Persönliche Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe.
2. Ich versichere, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die Standards guten wissenschaftlichen Arbeitens eingehalten zu haben.
3. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden von mir beachtet.
4. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
5. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den 12.01.2015