

Kurzbericht zur Modellphase II

Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms „HaLT – Hart am Limit“

Auftraggeber:

Bundesministerium für
Gesundheit, Berlin

Ansprechpartner

Michael Steiner
Tilman Knittel
Catherine Comte

Basel, 10.04.2007
51-6117

Prognos AG

Geschäftsführer
Christian Böllhoff

Basel

Aeschenplatz 7
CH-4010 Basel
Telefon +41 61 32 73-200
Telefax +41 61 32 73-300
info@prognos.com
www.prognos.com

Berlin

Karl-Liebknecht-Straße 29
D-10178 Berlin
Telefon +49 30 52 00 59-200
Telefax +49 30 52 00 59-201
info@prognos.com

Brüssel

19-21, Rue du Luxembourg
B-1000 Brüssel
Telefon +32 2 513 22 27
Telefax +32 2 502 77 03
info@prognos.com

Düsseldorf

Schwanenmarkt 21
D-40213 Düsseldorf
Telefon +49 211 887 31 31
Telefax +49 211 887 31 41
info@prognos.com

Bremen

Wilhelm-Herbst-Straße 5
D-28359 Bremen
Telefon +49 421 20 15-784
Telefax +49 421 20 15-789
info@prognos.com

Inhaltsverzeichnis

1.	Das Bundesmodellprogramm HaLT - Hart am Limit	1
2.	Verbreitung, Entwicklung und Gefahren von riskantem Alkoholkonsum bei Jugendlichen	2
3.	Gefahren durch riskanten Alkoholkonsum	5
4.	Das Präventionskonzept HaLT	6
5.	Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung	7
6.	Fazit	10

1. Das Bundesmodellprogramm HaLT - Hart am Limit

Das Bundesmodellprogramm „HaLT – Hart am Limit“ verfolgt als Präventionsstrategie zwei Zielsetzungen: zum einen soll riskantem Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen früh präventiv begegnet werden, zum anderen wird ein bereiter Ansatz verfolgt, um auf kommunaler Ebene den verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol bei Jugendlichen und auch bei Erwachsenen zu fördern. Das Modellprogramm HaLT wurde als Reaktion auf die zunehmende Verbreitung exzessiver Alkohol-Konsummuster und als Folge davon die steigende Zahl stationärer Behandlungen wegen Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2003 gestartet. Im Anschluss an ein sehr viel versprechend verlaufenes Pilotprojekt in der süddeutschen Stadt Lörrach wurde das Modellprogramm ab 2004 auf insgesamt elf Standorte in neun Bundesländern ausgeweitet.

Der vorliegende Kurzbericht informiert über das Konzept und den Verlauf des Bundesmodellprogramms HaLT – Hart am Limit und fasst die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung zusammen.

2. Verbreitung, Entwicklung und Gefahren von riskantem Alkoholkonsum bei Jugendlichen

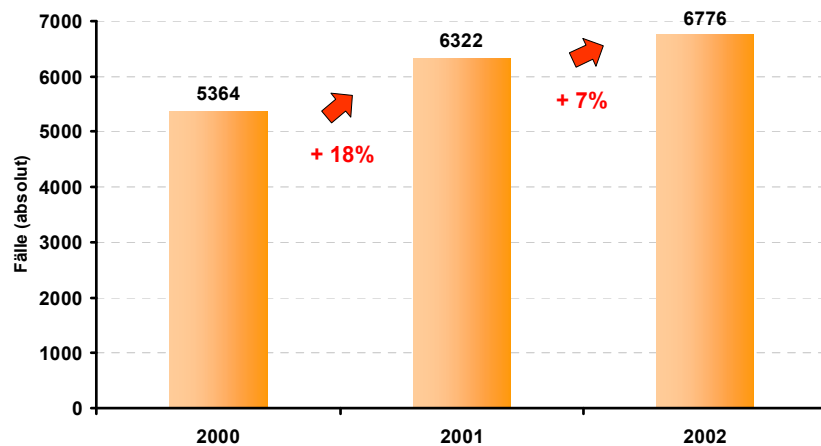
In den letzten Jahren wurde ein Besorgnis erregender Trend hin zu riskanten Konsummustern mit episodisch starkem Konsum bei Jugendlichen bemerkt und unter der Bezeichnung „binge drinking“ über den fachlichen Diskurs hinaus bekannt. Insbesondere die steigende Zahl der aufgrund von Alkoholintoxikationen in Krankenhäusern behandelten Jugendlichen stützt die Vermutung, dass das beabsichtigte Rauschtrinken stark zugenommen hat. Ein Vergleich von drei vorliegenden Statistiken zeigt ein differenziertes Bild der Entwicklung des exzessiven Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen in den vergangenen Jahren.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Bundesmodellprogramms führte Prognos in 2004 eine stichprobenartige bundesweite Erhebung der stationären Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren, die mit Alkoholintoxikationen in Krankenhäusern eingeliefert wurden, durch. An der Erhebung, die die Entwicklung der Jahre 2000 bis 2002 abbildet, nahmen 21 Kliniken aus ganz Deutschland teil. Die Klinikdaten-Analyse wurde ergänzt durch eine Sekundäranalyse von Daten der Statistischen Landesämter, die zum Zeitpunkt der Studie über Daten für den Zeitraum 2000 bis 2002 verfügten.¹ Zur Einschätzung der weiteren Entwicklung wurden zudem Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes für die Jahre 2000 bis 2004 ausgewertet.

Bundesweit ist zwischen den Jahren 2000 bis 2002 bei Kindern und Jugendlichen ein Anstieg der stationären Behandlungen wegen Alkoholintoxikationen um 26 Prozent festzustellen (vgl. Abbildung 1). Fallzahlsteigerungen zeigen sich dabei in sämtlichen Bundesländern. Eine weiter zurückreichende Auswertung ist wegen einer Umstellung des Diagnosesystems nicht möglich. Im bundesweiten Durchschnitt kam im Jahr 2002 auf 1.000 Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 19 Jahren eine stationäre Behandlung wegen Alkoholintoxikation.

¹ Prognos AG 2004, Wissenschaftliche Begleitung des Modellprogramms „Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen“, bundesweite Datenerhebung – Kurzanalyse.

Abbildung 1: Fallzahlentwicklung der stationären Aufnahmen mit Diagnose Alkoholintoxikation (F10.0/1); Jugendliche zwischen 10 und 19 Jahren



Quelle: Statistische Landesämter Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hessen, Niedersachsen, Saarland, Sachsen, Thüringen. Eigene Berechnung.

Die drastische Zunahme der Behandlungsfälle spiegelt sich auch in den Ergebnissen der Erhebung in den Kliniken wider. In den 13 Kliniken, in denen bereits ab 1999 zuverlässige Daten verfügbar waren, zeigt sich zwischen 1999 und 2002 mehr als eine Verdoppelung der Fallzahlen. Auffällig ist der starke Anstieg von Alkoholintoxikationen bei Mädchen und jungen Frauen, deren Anteil im Jahr 2002 bereits rund 50% beträgt.

In 2002 waren 70 Prozent der wegen Alkoholintoxikation behandelten Jugendlichen 15 Jahre und älter. 30 Prozent der behandelten Jugendlichen waren 14 Jahre und jünger, wobei Kinder im Alter unter 13 Jahren lediglich Einzelfälle darstellten. Starke Fallzahlsteigerungen zeigen sich sowohl bei den Jugendlichen zwischen 15 und 17 Jahren als auch etwas weniger stark bei den Jugendlichen unter 15 Jahren.

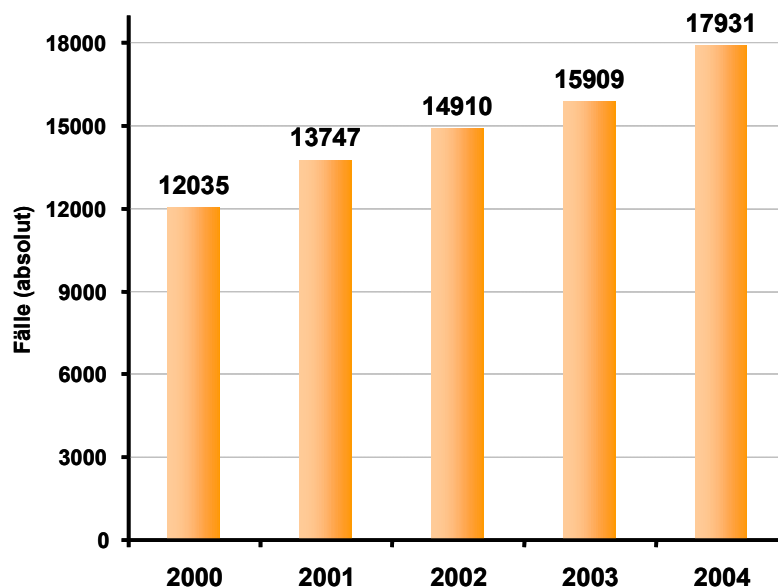
Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)² ermöglicht es – wenn auch mit einem gewissen Unschärfefaktor –, die Entwicklungen der stationären Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen über das Jahr 2002 hinaus zu betrachten. Die GBE weist allerdings nur die Diagnose F10: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol ohne weitere Untergliederung aus. Während die Diagnosecodes F10.0 und F10.1 für die Akute Intoxikation bzw. den Schädlichen Gebrauch stehen, bezeichnen die Diagnosen F10.2 bis F10.9 schwere Abhängigkeitserkrankungen,

² Gesundheitsberichterstattung des Bundes., www.gbe-bund.de.

die nur äußerst selten bereits bei Kindern und Jugendlichen vorhanden sind.³ Daher kann die Diagnosegruppe F10 bei Kindern und Jugendlichen als Näherungswert für Intoxikation und schädlichen Gebrauch herangezogen werden.

Die Auswertung der GBE-Daten zeigt deutlich, dass die bereits für die Jahre 2000 bis 2002 festgestellte Entwicklung steigender Fallzahlen von behandelten Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen auch 2003 und 2004 unvermindert anhält. Insgesamt ist die Zahl der alkoholbedingten stationären Aufnahmen in der Altersgruppe von 10 bis 19 Jahren zwischen 2000 und 2004 um 49 Prozent gestiegen. Fallzahlsteigerung von 2000 auf 2001 von rund 14% und von 2003 auf 2004 von rund 13% für Jugendliche.

Abbildung 2: Entwicklung der stationären Behandlungen wegen Alkohol (Diagnose F10) bei Jugendlichen von 10 bis 19 Jahren



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2006, eigene Berechnungen.

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

3. Gefahren durch riskanten Alkoholkonsum

Riskanter Alkoholkonsum kann auf vielfache Weise eine Gefahr für die Gesundheit der Jugendlichen darstellen. Eine spätere Substanzabhängigkeit ist dabei nur eine der Bedrohungen. Zu den zum Teil lebensbedrohenden Risiken von exzessivem Alkoholkonsum für Kinder und Jugendliche zählen:

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

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

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

4. Das Präventionskonzept HaLT

Das Konzept HaLT umfasst zum einen die sekundärpräventive Frühintervention bei auffällig gewordenen Kindern und Jugendlichen (*reaktiver* Projektteil), zum anderen die Förderung des verantwortungsbewussten Umgangs mit Alkohol bei Jugendlichen und auch bei Erwachsenen in einem lokalen Setting (*proaktiver* Projektteil). Hierdurch soll letztlich die Verbreitung und Häufigkeit von mit hohen Risiken verbundenen Trinkgewohnheiten unter jungen Menschen verringert werden.

Wesentlich für die HaLT-Strategie ist die Kooperation und Vernetzung von lokalen Akteuren und Einrichtungen über die Grenzen des Suchthilfesystems hinaus, und zwar sowohl im reaktiven Projektbereich als auch im proaktiven Projektbereich. Durch die Kooperationsbeziehungen und die Einbindung kommunaler Akteure jenseits der Grenzen des Suchthilfesystems kann eine hohe Effizienz und eine große Reichweite der präventiven Arbeit erreicht werden. Notwendig zur effektiven Umsetzung beider Bausteine ist der Aufbau eines funktionierenden Netzwerks auf lokaler Ebene.

Die HaLT-Projekte werden von Suchtpräventionseinrichtungen in der Regel von zwei Präventionskräften mit im Durchschnitt 1,4 Vollzeitstellen umgesetzt. Die Kosten pro Projekt belaufen sich auf maximal ca. 90.000 Euro pro Jahr. Davon entfallen etwa 15 Prozent auf Sach- und Overheadkosten.

Der reaktive Projektteil zielt darauf ab, Kinder und Jugendliche mit riskanten Alkohol-Konsummustern, insbesondere im Zusammenhang mit schweren Alkoholintoxikationen, frühzeitig innerhalb eines niedrigschwelligen Angebots zur Reflexion dieser Konsumgewohnheiten zu bewegen. Hierfür wird die gezielte Entwicklung und Optimierung von neuen niedrigschwelligen Zugangswegen und Kontaktmöglichkeiten zu Kindern und Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsum über die Grenzen des Suchthilfesystems im engeren Sinne hinaus verfolgt. Eine zentrale Kooperationsbeziehung besteht dabei zu Kliniken. Kinder und Jugendliche, die wegen Alkoholintoxikationen stationär behandelt werden müssen, sollen in das HaLT-Angebot vermittelt werden. Weitere wichtige Kooperationen bestehen z.B. mit Schulen und Jugendgerichten. Die Organisation der Überleitungswege und der Schnittstellen zu den Kooperationspartnern ist damit ein wesentliches Element der Projekte.

Der Interventionsansatz zielt auf in einem sehr frühen Stadium einer (potenziellen) Suchtkarriere auffällig gewordene Kinder und Jugendliche. Die Intervention soll grundsätzlich nur temporär und nicht dauerhaft erfolgen. Sofern notwendig, soll eine Überleitung

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

Der proaktive Baustein zielt auf eine Sensibilisierung von Jugendlichen und Erwachsenen, auf Orientierung für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol sowie auf eine konsequente Umsetzung des Jugendschutzgesetzes in Gaststätten, im Einzelhandel und bei öffentlichen Veranstaltungen und Schulfesten ab. Hierfür sollen lokale Akteure aus verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen – z.B. Polizei, Schulen, Vereinen, Kommunalverwaltung – als Kooperationspartner gewonnen werden.

Ziel ist dabei insbesondere eine Stärkung der sozialen Kontrolle beim Alkoholkonsum in der Öffentlichkeit, d.h. dass Jugendliche überall dort, wo Alkohol in der Öffentlichkeit verkauft und konsumiert wird, ein klares Feedback durch Erwachsene erhalten. Eine breite Allianz vieler lokaler Partner soll Jugendlichen den Zugang zu Alkohol erschweren und gleichzeitig altersadäquat einen Rahmen für einen genussorientierten, unschädlichen Umgang mit Alkohol schaffen.

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

5. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung

Von den elf Standortprojekten des Bundesmodellprogramms wurden innerhalb einer zweijährigen Programmphase 511 Kinder und Jugendliche mit Alkoholintoxikationen überwiegend über Kliniken erreicht. Hiervon waren 58% männlich und 42% weiblich. Die meisten erreichten Jugendlichen mit Alkoholintoxikationen sind zwischen 15 und 16 Jahren alt. Die wegen riskantem Alkoholkonsum aufgefallenen Mädchen sind dabei im Durchschnitt ein Jahr jünger als die Jungen. Auswertungen nach dem sozioökonomischen Status der Eltern der Jugendlichen zeigen deutlich, dass komatöse Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen

keineswegs ein auf sozial schwache Schichten beschränktes Problem darstellt.

Ein Viertel der Kinder und Jugendlichen haben die Alkoholika für ihre komatöse Alkoholvergiftung selbst gekauft. Dies zeigt dass die Bestimmungen des Jugendschutzes in unzureichendem Maße eingehalten werden.

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

Die wissenschaftliche Begleitung des Modellprogramms kann zeigen, dass der HaLT-Netzwerkansatz an mehreren Standorten umfassend oder zumindest in Teilen umgesetzt wird. Damit kann von einer grundsätzlichen Übertragbarkeit des HaLT-Ansatzes ausgegangen werden, der nicht nur innerhalb der spezifischen Lörracher Rahmenbedingungen, sondern mit gewissen Einschränkungen und etwas geänderter Akzentsetzung auch in Großstädten funktionieren kann. Grundsätzlich ist der HaLT-Ansatz bei Kooperationspartnern auf großes Interesse und hohes Engagent gestoßen. Aufgrund der - überwiegend nicht formal geregelten - Zusammenarbeit werden besonders hohe Anforderungen an das reibungslose Funktionieren der Schnittstellen und an einen begrenzten Aufwand für die Kooperationspartner gestellt.

Als **Stärken der HaLT-Strategie** sind vor allem die folgenden Aspekte zu nennen:

HaLT erzielt eine hohe Effizienz und Reichweite durch die Nutzung von Kooperationsnetzwerken und die Einbindung kommunaler Akteure in die Präventionsarbeit;

Die Kooperationen im reaktiven Baustein ermöglichen die frühzeitige und niedrighschwellige Erreichung von Kindern und Jugendlichen mit riskantem Alkoholkonsum und somit eine indizierte Prävention mit hoher Reichweite;

Die HaLT-Präventionseinrichtung benötigen relativ geringe finanzielle Mittel, da zahlreiche Aufgaben von Netzwerkpartnern übernommen werden und einmal etablierte Kooperationen mit niedrigem Aufwand nachhaltig weitergeführt werden können;

HaLT erzielt eine extrem hohe Öffentlichkeitswirksamkeit, da Beispiele von Kindern und Jugendlichen, die wegen Alkoholvergiftungen medizinisch behandelt werden müssen, alarmieren. Über sämtliche Standortprojekte wurde mehrmals jährlich in regio-

nalen und lokalen Zeitungen berichtet. Darüber hinaus gab es zu einigen Projekten mehrfach Beiträge in überregionalen TV-, Radio- und Printmedien.

HaLT besitzt bei der proaktiven Präventionsarbeit eine hohe Glaubwürdigkeit, zum einen, da der Verweis auf Kinder mit Alkoholintoxikationen eine eindeutige Positionierung gegenüber oft diffusen Vorstellungen zum angemessenen bzw. tolerierbaren Alkoholkonsum Jugendlicher ermöglicht, zum anderen, da Akteure aus verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen beteiligt sind, so dass der Präventionseinrichtung nicht die Rolle eines isolierten Mahners zufällt.

Als **Schwächen und Umsetzungsrisiken des HaLT-Konzeptes** haben sich die folgenden Punkte erwiesen:

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

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

Der Erfolg der Umsetzung hängt äußerst stark von den projektleitenden Persönlichkeiten vor Ort ab, da die HaLT-Arbeit nicht innerhalb formeller Strukturen erfolgt. Entsprechend vielfältig und anspruchsvoll gestaltet sich das Anforderungsprofil an die Projektleitungen.

Der proaktive Baustein ist nur bedingt für Metropolen und wenig für einen sehr ländlichen Raum geeignet. In Großstädten reichen die Ressourcen der Projekte nicht aus, um eine zentrale impulsgebende und koordinierende Funktion innerhalb der Kommune einzunehmen. In äußerst dünn besiedelten Gebieten sinkt die Effizienz des Netzwerkansatzes deutlich, da bei vergleichbarer Reichweite erheblicher Zeit-, Fahrt- und Koordinationsaufwand für Kooperationen, die oft zahlreiche und kurzfristige Kontakte erfordern, entsteht.

6. Fazit

Das HaLT-Konzept empfiehlt sich als effektive und effiziente Präventionsstrategie, die sich auf den Alkoholkonsum Jugendlicher richtet, für eine bundesweite Verbreitung.

Zentrales Ergebnis der Begleitforschung ist, dass die Effizienz- und Effektivitätsvorteile der HaLT-Strategie ausschließlich innerhalb eines breiten, gut funktionierenden Netzwerks und die Einbindung von Akteuren außerhalb des Suchthilfesystems realisierbar sind. Die konkreten Präventionstätigkeiten werden idealerweise – insbesondere im proaktiven Bereich, aber auch beim Erstkontakt mit Betroffenen im reaktiven Bereich – von den Netzwerkpartnern durchgeführt. Beeinträchtigungen durch die Schwächen und Risiken des HaLT-Ansatzes können ebenfalls vor allem durch gute Kooperationsbeziehungen vermieden werden.

Die zentrale Aufgabe der HaLT-Projekte muss daher im Netzwerkaufbau und –management bestehen. Sofern in der lokalen Suchtprävention bereits Netzwerkstrukturen bestehen, wie es in Großstädten in der Regel der Fall ist, muss der HaLT-Ansatz dort angemessen integriert werden, um Konkurrenzsituationen und Doppelspurigkeiten zu vermeiden.

Gegenwärtig werden Modelle für eine nachhaltige Finanzierung der Projekte z.B. unter Einbezug der Krankenkassen und Kommunen diskutiert. Im Laufe der Modellphase ist das Interesse am HaLT-Konzept aus zahlreichen Städten aus ganz Deutschland deutlich geworden, so dass ein bundesweiter Transfer des Konzeptes in Angriff genommen wurde. Das Bundesministerium für Gesundheit hat das HaLT-Pilotprojekt aus Lörrach mit der Konzeption und Durchführung des Transfers beauftragt. Für die bundesweite Anwendung des Konzeptes wird ein praxisnahes Handbuch erstellt und interessierten Städten individuelle Fortbildungen angeboten.