

# Die soziale Dimension akuter Alkoholintoxikationen im Jugendalter

2019-3  
Jg. 45  
S. 37-41

**Bisher fokussierte die Präventionsarbeit mit stationär behandelten Jugendlichen den Alkoholkonsum und damit assoziierte Probleme. Der RiScA-Fragebogen (Risiko- und Schutzfaktoren bei Alkoholintoxikationen im Kindes- und Jugendalter) berücksichtigt die Lebenswelt und den psychosozialen Kontext: Neben Substanzkonsum erhebt er Faktoren, die eine gesunde psychosoziale Entwicklung gefährden oder fördern. Daraus ergibt sich die Chance für die Einbindung vulnerabler Jugendlicher in das regionale Hilfesystem. Eine Machbarkeitsstudie zeigte Praktikabilität und Akzeptanz in der Praxis.**

## HEIDI KUTTNER

Dr. Phil., Leitung Cooptima – Prävention und Gesundheitskommunikation, Talweg 44, D-79540 Lörrach, [www.cooptima.de](http://www.cooptima.de), [heidi.kuttler@cooptima.de](mailto:heidi.kuttler@cooptima.de)

## HANNA E. SCHWENDEMANN

Dr. Phil., akademische Mitarbeiterin Fachrichtung Public Health & Health Education, Pädagogische Hochschule Freiburg, Kunzenweg 21, D-79117 Freiburg, [hanna.schwendemann@ph-freiburg.de](mailto:hanna.schwendemann@ph-freiburg.de)

## EVA MARIA BITZER

Prof. Dr. med., MPH, Leitung Fachrichtung Public Health & Health Education, Pädagogische Hochschule Freiburg, Kunzenweg 21, D-79117 Freiburg, [www.ph-freiburg.de](http://www.ph-freiburg.de), [evamaria.bitzer@ph-freiburg.de](mailto:evamaria.bitzer@ph-freiburg.de)

Als Reaktion auf eine stark gestiegene Zahl von Jugendlichen mit einer akuten Alkoholintoxikation im Krankenhaus setzen in Deutschland mittlerweile 150 Landkreise/Kommunen das Alkoholpräventionsprogramm HaLT (Hart am Limit) um. Ein Baustein des kommunal verankerten Programms umfasst eine aufsuchende Frühintervention im Krankenhaus. Speziell geschulte Fachkräfte für Suchtprävention führen mittlerweile pro Jahr mehrere tausend Gespräche mit Jugendlichen und ihren Eltern (Villa Schöpflin 2017). Die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Prävention hat sich bewährt: ÄrztInnen und Pflegepersonal erleben das Angebot als Entlastung, da ihnen die Zeit für längere Gespräche fehlt und die medizinische Behandlung im Fokus steht. Die Überleitung in das HaLT-Programm durch das Klinikpersonal (nach erfolgter Schweigepflichtentbindung) wiederum ermöglicht es, diese Zielgruppe frühzeitig zu erreichen.

## Von der therapeutisch orientierten individuellen Perspektive ...

Als das HaLT-Programm im Jahr 2003 entwickelt wurde, bildeten Jugendliche, die alkoholbedingt im Krankenhaus behandelt wurden, eine neue Zielgruppe der Prävention. Erste Studien zeigten, dass es sich zumeist um «ganz normale» Jugendliche handelte, welche allerdings gesundheitsgefährdende bis lebensbedrohliche Trinkmuster praktiziert hatten (Villa Schöpflin 2017). Die Intervention am Krankbett zielte daher vorwiegend auf die Vermittlung von Risikokompetenz im Umgang mit Alkohol und auf die Vermeidung akuter Gesundheitsschäden. Der in der Kurzintervention am Krankbett bis heute eingesetzte Gesprächsleitfaden basiert auf dem Konzept der Motivierenden Gesprächsführung, die bei Erwachsenen mit alkoholbezogenen Störungen positive Effekte gezeigt hat (Demmel 2001). Die Präventionsfachkräfte thematisieren mit den Jugendlichen die Hintergründe der Alkohol-

intoxikation, regen zur Reflexion über mögliche Motive und Ursachen an und versuchen, die Veränderungsmotivation und die Kompetenz für einen risikoarmen Umgang mit Alkohol zu stärken (Villa Schöpflin 2017).

Aus der Praxis initiiert, besitzt das HaLT-Programm seit Beginn die Aufmerksamkeit der Sucht- und Präventionsforschung. In engem Austausch mit der Praxis fokussierte die wissenschaftliche Begleitung bisher die theoretische Fundierung und stärkere Standardisierung des Erstgesprächs im Krankenhaus. Untersuchungen zur Wirksamkeit adressierten vorwiegend alkoholbezogene Parameter wie Konsumfrequenz und -menge sowie alkoholbezogene Probleme (Arnaud et al. 2017; Wurdak et al. 2016). Dies steht im Einklang mit systematischen Übersichtsarbeiten, in denen die Studien zu dieser Zielgruppe vorwiegend den Alkoholkonsum und assoziierte Probleme vor und nach einer Intervention untersuchen. Das soziale

Umfeld spielt bei der Einordnung des Ereignisses und bei der sich daraus ableitenden Intervention dagegen kaum eine Rolle (Diestelkamp et al. 2016; Wurdak & Wicki 2016).

**...zur Berücksichtigung der sozialen Dimension von Alkoholmissbrauch**

Mit zunehmendem Wissen zur Zielgruppe mehrten sich die Stimmen, die eine ganzheitlichere Betrachtung akuter Alkoholintoxikationen im Jugendalter anmahnten. Im Verlauf des etwa einstündigen Erstgespräches am Krankbett erhielten die Präventionsfachkräfte eher zufällig Kenntnis von vorliegenden psychosozialen Belastungen. Sie erkannten, dass bei manchen Jugendlichen der Alkoholmissbrauch nicht das vorrangliche Problem darstellte, sondern im Zusammenhang mit einer schwierigen Lebenssituation oder akuten Krisenstand. Die PraktikerInnen schätzten, dass bis zu ein Drittel der Jugendlichen einer Unterstützung bedarf, die über die alkoholbezogene Kurzintervention hinausgeht (Kraus et al. 2013; Reis et al. 2009). Diese Erfahrungen mündeten in die Forderung, die Gefährdungseinschätzung nicht ausschliesslich auf alkoholbezogene Parameter zu stützen, sondern zusätzlich eine pädagogisch-psychologische Perspektive einzunehmen (Stürmer et al. 2015). Eine Schweizer ExpertInnengruppe empfahl eine systematische Früherkennung und eine Unterscheidung von Jugendlichen mit hohem und niedrigem Risiko; neben dem Alkoholkonsum sollten auch psychiatrische Probleme, Komorbidität und Mischkonsum berücksichtigt werden (Stauffer Babel et al. 2015).

**Konzeptionelle Grundlagen der sozialen Perspektive in der Alkoholprävention**

Die systematische Berücksichtigung der sozialen Dimension in der Einordnung von Alkoholmissbrauch und der Gestaltung des professionellen Handelns ist nicht neu, sondern letztlich die konsequente Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells der WHO, wonach Gesundheit und Krankheit im Zusammenwirken von biologischen,

psychischen und sozialen Einflüssen entstehen. Gesundheit wird definiert als «ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen» (WHO 2019). Selbstkritisch formuliert die WHO jedoch, «es über 60 Jahre lang versäumt zu haben, Wohlbefinden zu messen oder zu dokumentieren; stattdessen war ... [der] Blick stets auf Mortalität, Krankheit und Behinderung gerichtet» (Ebd.: 1). Auch das Suchtursachendreieck mit den Einflussdimensionen Droge, Individuum und Umwelt (Böhmer et al. 1993) eignet sich als konzeptionelle Basis für die konsequente Berücksichtigung der sozialen Dimension.

Wenn ungünstige soziale Lebensbedingungen sehr ausgeprägt sind, «wird man den Zustand des Patienten, der Patientin alleine mit Psychotherapie kaum nachhaltig verbessern können» (Grawe 2003, zitiert nach Sommerfeld 2016: 29). Die hier postulierte Relevanz der sozialen Dimension für eine erfolgreiche Therapie lässt sich ohne Einschränkung auf die Prävention übertragen. Wenn Prävention problematische Entwicklungsverläufe vermeiden helfen will, stellt die Beeinflussung von schädlichen Konsummustern, wie sie in der medizinisch-therapeutischen Behandlung im Fokus steht, nur ein Ziel und einen Indikator einer erfolgreichen Intervention dar. Es ist davon auszugehen, dass nachhaltige Veränderungen nur zu erreichen sind, wenn die Ursachen für schädlichen Konsum wegfallen. Was für eine gelingende Suchtbehandlung gilt, nämlich die günstige Beeinflussung der Lebensverhältnisse und Lebenssituation der KlientInnen (Sommerfeld 2016), gilt genauso für die Prävention und Frühintervention mit Jugendlichen, die multiplen psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind. Jugendliche etwa, die zu Hause misshandelt werden oder keinen festen Wohnsitz haben, sind nicht offen für Safer-Use-Regeln im Umgang mit Alkohol. Die Berücksichtigung der sozialen Perspektive verhindert zudem, dass Lösungsansätze ausschliesslich in die Verantwortung von Jugendlichen (und eventuell ihrer Eltern) gelegt wer-

den. Eine individualisierte Betrachtung unterschlägt die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit und die damit verbundene gesellschaftliche und politische Verantwortung.

**Frühe psychosoziale Belastungen präzisieren Krankheit im Erwachsenenalter**

Substanzmissbrauch und andere Problemverhaltensweisen wie Ladendiebstahl, Vandalismus oder Schlägereien sind im Jugendalter zwar recht häufig, werden aber mit der Übernahme von Verantwortung in Ausbildung, Beruf, Partnerschaft und Familie zumeist wieder eingestellt (Moffitt 1993). Junge Erwachsene hingegen, die ihren Alkoholmissbrauch fortführten, wiesen bereits im Kindesalter vielfältige Verhaltensauffälligkeiten und Leistungsprobleme auf (Weichold et al. 2014). Diese Erkenntnis ist relevant für Jugendliche nach akuter Alkoholintoxikation, denn es ist davon auszugehen, dass sich der Alkoholmissbrauch bei denjenigen, deren Lebenswirklichkeit von multiplen Belastungen geprägt ist, nicht irgendwann entwicklungsbedingt auswachsen wird («Maturing out»). Vielmehr besteht das Risiko, dass sie ihren schädlichen Alkoholkonsum fortsetzen und infolgedessen weitere Probleme – als Ursachen oder Symptome des Substanzmissbrauchs – auftreten. Die Untersuchung sozialer Risiko- und Schutzfaktoren in dieser Zielgruppe zeigt, dass stationär behandelte Jugendliche bis zu sechs Mal häufiger von Entwicklungsgefährdungen wie körperlichem und emotionalem Missbrauch in der Familie, Gewalttäter- und -opferschaft, Delinquenz und Schulproblemen betroffen sind als Gleichaltrige in der Querschnittsbevölkerung (Kuttler et al. 2016). Da es weniger belastende Einzelereignisse sind, als vielmehr die Kumulation von Risikofaktoren in Kindheit und Jugend, die zu Sucht- und anderen psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter führen (Arthur et al. 2002; Masten 2014), ist es entscheidend, in dieser Zielgruppe die Jugendlichen mit multiplen Belastungen verlässlich zu erkennen und ihnen zeitnah die angemessene Unterstützung anzubieten.

**Die Fragebogenentwicklung im multidisziplinären Austausch**

Der RiScA-Fragebogen (Risiko- und Schutzfaktoren bei Alkoholintoxikationen im Kindes- und Jugendalter), dessen Entwicklung vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurde, greift die gewachsenen Erkenntnisse zur Zielgruppe und die Forderung nach einer ganzheitlichen Betrachtung junger Menschen auf. Neben alkoholbezogenen Parametern berücksichtigt er Indikatoren, die auf eine hohe psychosoziale Belastung der betroffenen Jugendlichen hinweisen. Gleichzeitig erfasst er auch Schutzfaktoren, auf deren Grundlage die Präventionsfachkräfte im Erstgespräch auch vorhandene Ressourcen, insbesondere in der Familie, thematisieren können.

Die Entwicklung des Instrumentes und seine Testung in der Praxis erfolgte in enger Zusammenarbeit von Menschen unterschiedlicher Professionen: Präventionsfachkräfte, Krankenhaussozialarbeit, WissenschaftlerInnen im Bereich Medizin, Gesundheitspädagogik und Erziehungswissenschaft sowie ÄrztInnen und Pflegepersonal. Der Fragebogen basiert auf einer systematischen Literaturrecherche und erfasst neben dem Alkoholkonsum Entwicklungsgefährdungen im Bereich familiärer Gewalt und Vernachlässigung, (sexuelle) Gewaltopferschaft, Gewalttäterschaft, Depressivität, Suizidalität, Schulprobleme, Delinquenz, Wohnsitzlosigkeit und den Konsum illegaler Drogen. Die Skalen und Items stammen vorwiegend aus Instrumenten, die in bevölkerungsweiten Studien das

Gesundheitsverhalten junger Menschen erfassen: Communities That Care Youth Survey (Groeger-Roth 2015), Childhood Trauma Questionnaire (Wingenfeld et al. 2010) und Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) (Robert-Koch-Institut 2003). In Abstimmung mit den Fachkräften für Suchtprävention wurde der erste Fragebogenentwurf bezüglich Verständlichkeit und Akzeptanz an das zukünftige Einsatzsetting angepasst.

**Die Testung in der Praxis**

Der umfangreiche Testfragebogen wurde im Zuge einer prospektiven Kohortenstudie mit zwei Erhebungszeitpunkten geprüft. Zum Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes (T0) beteiligten sich 342 Jugendliche an der Befragung, sechs Monate später (T1) 228. Die T1-Stichprobe unterschied sich von der T0-Stichprobe nicht hinsichtlich Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und den meisten Entwicklungsgefährdungen. Seltenere erreichte wurden Jugendliche mit Schulproblemen, in schwierigen Wohnverhältnissen und in Ein-Eltern-Familien.

Sämtliche verwendeten Items und Skalen unterzogen wir einer umfangreichen psychometrischen Prüfung, die u. a. deskriptive Itemkennwerte, interne Konsistenz sowie exploratorische und konfirmatorische Faktorenanalysen umfasste und zu einer Kürzung der initial 272 Items auf 50 führte. Das Vorliegen von mindestens zwei aktuell vorliegenden Entwicklungsgefährdungen zu T1 definierten wir literaturbasiert als «hohe psychosoziale Belastung» einer/s

Jugendlichen. Die Wahrscheinlichkeit, zu T1 eine hohe psychosoziale Belastung aufzuweisen, haben wir unter Einbezug mehrerer potenzieller Einflussfaktoren mittels binär logistischer Regression modelliert. Unsere Analysen zeigten des Weiteren akzeptable bis sehr gute psychometrische Eigenschaften der im RiScA-Fragebogen verwendeten Items und Skalen, z. B. bewegt sich die interne Konsistenz (Cronbach’s alpha) zwischen 0,66 und 0,88. Die Skalen des CTC zu familiären Schutzfaktoren und der Childhood Trauma Questionnaire weisen in der konfirmatorischen Faktorenanalyse eine akzeptable Konstruktvalidität auf (CTC-Familie [X<sup>2</sup> (62)=91,14; p<0,00; TLI=0,98; CFI=0,99; RMSEA=0,037] und CTQ [X<sup>2</sup> (6)=15,08; p<0,00; TLI=0,97; CFI=0,99; RMSEA=0,07]). Ausführliche Informationen zu Studiendesign, Methodik und Ergebnissen sind zu finden in Schwendemann et al. (2015), Kuttler et al. (2015) und Kuttler et al. (2016).

**Welche Merkmale im Krankenhaus sagen eine hohe psychosoziale Belastung voraus?**

Wie auf Grundlage der wissenschaftlichen Literatur vermutet, zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen multiplen lebenszeitlichen Belastungen zu T0 und einer anhaltend hohen psychosozialen Belastung zu T1 (Nagelkerke R<sup>2</sup>=0,39; AUC=0,83). Bis zum Zeitpunkt des Klinikaufenthaltes erlebte Entwicklungsgefährdungen erhöhten die Wahrscheinlichkeit, zu T1 aktuell eine hohe psychosoziale Belastung aufzuweisen, um das Neunfache (OR=8,6, 95%

Merkmal zu T0	Ausprägung	Hohe psychosoziale Belastung zu T1 (≥ 2 EG)		p-Wert
		n	%	
Konsum von Spirituosen direkt aus der Flasche/Getränkkarton (n=219)	< ein Mal/Monat	22	14,4	0,006**
	≥ ein Mal/Monat	20	30,4	
Teilnahme an Trinkspielen/Wetttrinken (n=220)	< ein Mal/Monat	29	16,2	0,023*
	≥ ein Mal/Monat	13	31,7	
Trinkmotiv Probleme vergessen (n=228)	nein	20	11,4	0,00***
	ja	23	44,2	
Rauchen in den letzten 12 Monaten (n=220)	seltener als wöchentlich/täglich	23	13,9	0,00***
	wöchentlich/täglich	27	49,1	

Tabelle 1: Riskanter Substanzkonsum zu T0 und Entwicklungsgefährdung (EG) zu T1. \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\*p<0,001

KI 1,03–72). Auch riskante Trinkmuster und Rauchen standen in signifikantem Zusammenhang mit einer hohen psychosozialen Belastung 6 Monate nach dem Klinikaufenthalt (s. Tabelle 1): 30,4% der Jugendlichen, die im Krankenhaus von Spirituosenkonsum direkt aus der Flasche, und 31,7% derjenigen, die von Wetttrinken/Trinkspielen berichtet hatten, waren im weiteren Verlauf von multiplen Entwicklungsgefährdungen betroffen, im Vergleich zu 14,4% (bzw. 16,2%) der Jugendlichen ohne diese Trinkmuster. 4 von 10 Jugendlichen, die als Trinkmotiv «Probleme vergessen» angaben, wiesen 6 Monate später eine hohe psychosoziale Belastung auf. Bei Jugendlichen, die aus Spass oder sozialen Motiven getrunken hatten, war es nur 1 von 10. Bei Jugendlichen, die wöchentlich/täglich rauchten, zeigte die Hälfte zu T1 eine hohe psychosoziale Belastung, im Vergleich zu nicht/wenig rauchenden Jugendlichen mit nur 13,9%.

### Der finale RiScA-Fragebogen

Der dreiseitige Fragebogen umfasst 50 Fragen und erhebt:

1. den Alkoholkonsum, z. B.: Wie oft trinkst du Alkohol? Wie oft hast du an einem Tag mehr als fünf alkoholische Getränke getrunken? Wie oft trinkst du Spirituosen/selbstgemischte spirituosehaltige Getränke direkt aus der Flasche? Bist du schon einmal unter Alkoholeinfluss Motorroller gefahren oder bei jemandem mitgefahren?
2. individuelle Entwicklungsgefährdungen, z. B.: Hast du schon einmal Cannabis probiert? Hast du jemals versucht, dir das Leben zu nehmen?
3. soziale Einflussfaktoren, z. B.: Hast du die Schule vor dem Erreichen eines Abschlusses abgebrochen? Hast du jemals bei einer gewalttätigen Jugendbande mitgemacht? Kam es in deinem Leben jemals vor, dass du keinen festen Wohnsitz oder Schlafplatz hattest? Wie oft wurdest du in den letzten 12 Monaten Opfer von Gewalt?
4. Familiensituation, z. B.: Seit meiner Kindheit bis heute ... hatte ich das Gefühl, geliebt zu werden, ... schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, dass ich blaue Flecken oder Schrammen davontrug. Erzählst du deiner Mutter, was dich beschäftigt?

Unternimmst du gern etwas gemeinsam mit deinem Vater?

Der RiScA-Fragebogen sollte zukünftig dem Erstgespräch vorangestellt werden. Dies ermöglicht der Präventionsfachkraft, die kurze Kontaktzeit im Krankenhaus zielgerichtet zu gestalten und vermeidet damit sowohl eine Über- als auch eine Unterversorgung. Für Jugendliche in einer unbelasteten Lebenssituation reicht eine kurze Intervention und die Vermittlung von Risikokompetenz im Umgang mit Alkohol aus. Für Jugendliche mit multiplen Entwicklungsgefährdungen dient der Fragebogen als Grundlage für eine Frühintervention in Form einer Triage: Präventionsfachkräfte sind nicht ExpertInnen in allen Bereichen, aber sie können Gefährdungen einordnen und kennen das professionelle Hilfesystem in ihrer Region.

### Machbarkeitsstudie mit dem finalen Fragebogen

In einer Machbarkeitsstudie (Kuttler 2016) auf der Jugendlichenstation im Kreiskrankenhaus Lörrach sollte geprüft werden, ob die PraktikerInnen den RiScA-Fragebogen als hilfreich für die Gestaltung der pädagogischen Intervention einschätzen und ob er bei Klinikpersonal, Jugendlichen und Eltern Akzeptanz findet. Sein Einsatz wurde begleitet von einer kurzen schriftlichen Information für die Jugendlichen. Um ihre Eigenverantwortung zu stärken und aus Datenschutzgründen konnten die Jugendlichen selbst entscheiden, ob sie den Fragebogen nach dem Erstgespräch behalten, ihn mit ihren Eltern durchsprechen oder ihn der Fachkraft übergeben wollten.

Eine grosse Herausforderung im Praxiseinsatz besteht darin, den Fragebogen optimal in die etablierten Abläufe in der Interaktion von Präventionsfachkräften, Klinikpersonal, Jugendlichen und Eltern zu integrieren. Deshalb haben wir im interprofessionellen Diskurs folgendes Vorgehen entwickelt:

#### Einführung auf der Station

1. Die HaLT-Fachkraft bittet um Einverständnis der Stationsleitung.
2. Bei Zustimmung: Die Station organisiert eine Informationsveranstaltung

für ÄrztInnen und Pflegepersonal durch die verantwortliche HaLT-Fachkraft.

3. Die HaLT-Fachkraft übergibt eine Mappe mit Fragebögen und Infoblättern zum Deponieren auf der Station.

#### Einsatz in der HaLT-Praxis:

1. Das Klinikpersonal übergibt dem/der Jugendlichen mit einer kurzen Erläuterung ein Informationsblatt und den Fragebogen zum Ausfüllen, während die HaLT-Fachkraft unterwegs zum Krankenhaus ist.
2. Nach der Begrüssung bittet die HaLT-Fachkraft die/den Jugendliche/n um Einsicht in den Fragebogen.
3. Mittels einer Schablone zum Darüberlegen (farbliche Markierungen) erkennt die Fachkraft, ob Entwicklungsgefährdungen vorliegen, die im Gespräch vorrangig angesprochen werden sollten.

Die Machbarkeitsstudie, im Zuge derer vier Präventionsfachkräfte den RiScA-Fragebogen bei sieben Jugendlichen testeten, zeigte die Akzeptanz des Fragebogens bei Jugendlichen und Eltern, auch liess er sich sehr gut in die bestehenden Abläufe einbetten. Die Jugendlichen benötigten für das Ausfüllen ca. 10 Minuten, es diente gleichzeitig als Gesprächsvorbereitung. Die Präventionsfachkräfte stellten fest, dass die Jugendlichen das Interesse an ihrer gesamten Lebenssituation als etwas Positives empfanden. Die Fachkräfte bestätigten, dass der Fragebogen geeignet und wichtig zum Erkennen von möglichen Gefährdungen war: «Das hätte ich sonst nie erfahren!» (Ebd.: 9). Auch empfanden sie den Fragebogen als nützlich für eine zielgerichtetere Gestaltung des Erstgespräches.

### Diskussion und Ausblick

Bisher konzentrierten sich die Frühintervention und die begleitende Forschung bei Jugendlichen, die mit einer akuten Alkoholintoxikation im Krankenhaus behandelt werden, auf die Veränderung ihres Alkoholkonsums. Wir wissen mittlerweile jedoch, dass diese Gruppe signifikant öfter von Gewalt, Schulproblemen, Delinquenz etc. betroffen ist als die gleichaltrige Durchschnittsbevölkerung.

Da eine frühe Kumulation von Entwicklungsgefährdungen das Risiko einer prekären psychosozialen Gesundheit im Erwachsenenalter stark erhöht, stellt die aufsuchende Arbeit im Krankenhaus eine Chance für das Erkennen von Jugendlichen mit solch multiplen Gefährdungen dar. Eine professionelle Frühintervention in Form einer Triage und einer bedarfsgerechten Weitervermittlung von vulnerablen Jugendlichen in das regionale Hilfesystem ermöglicht ihre zielgerichtete Unterstützung. Der aufsuchende Ansatz ermöglicht es damit, Entwicklungsverläufe positiv zu beeinflussen und trägt gleichzeitig zum Abbau sozialer Ungleichheit im Zugang zum Hilfesystem bei.

Die Ergebnisse der RiScA-Studie und die positiven Erfahrungen der Machbarkeitsstudie sprechen für eine breite Einführung des RiScA-Fragebogens in die Praxis. Damit geht allerdings eine hohe Verantwortung und ein hoher Anspruch an die Professionalität und an die regionale Vernetzung der handelnden Präventionsfachkräfte einher. Eine Qualifizierung der Fachkräfte zur Arbeit mit dem Fragebogen (u. a. zu rechtlichen Fragen bei einer vermuteten Kindeswohlgefährdung, gute Kenntnis des regionalen Hilfesystems) sollte daher dem Einsatz vorangestellt werden. Als nächstes sollte der RiScA-Fragebogen im Rahmen einer Implementierungsstudie getestet und die für eine erfolgreiche Einbindung von vulnerablen Jugendlichen notwendigen Informationen zusammen mit den PraktikerInnen aufbereitet werden (Manual). Eine begleitende Implementierungsstudie sollte folgende Fragen klären:

- Werden Jugendliche mit hoher psychosozialer Belastung verlässlicher als bisher erkannt?
- Gelingt es, sie nachhaltig in das professionelle Hilfesystem einzubinden?
- Ergeben sich durch diese Einbindung signifikante Verbesserungen ihrer Lebenssituation (Abbau von Risikofaktoren, Ausbau von Schutzfaktoren)?

**Literatur**

Arnaud, N./Diestelkamp, S./Wartberg, L./Sack, P.-M./Daubmann, Anne/Thomasius, R. (2017): Short- to midterm effectiveness of a brief motivational intervention to reduce alcohol use and related problems for alco-

hol intoxicated children and adolescents in pediatric emergency departments: A randomized controlled trial. *Academic emergency medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 24(2): 186-200. DOI: 10.1111/acem.13126

Arthur, M.W./Hawkins, J.D./Pollard, J.A./Catalano, R.F./Baglioni Jr., A.J. (2002): Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behaviors: The communities that care youth survey. *Evaluation Review* 26(6): 575-601. DOI: 10.1177/019384102237850

Böhmer, J./Bühringer, G./Janik-Konecny, T. (1993): Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs. Band 20. Baden-Baden.

Demmel, Ralf (2001): Motivational Interviewing: Ein Literaturüberblick. *SUCHT* 47(3): 171-188. DOI: 10.1024/suc.2001.47.3.171

Diestelkamp, S./Drechsel, M./Baldus, C./Wartberg, L./Arnaud, N./Thomasius, R. (2016): Brief in person interventions for adolescents and young adults following alcohol-related events in emergency care: A systematic review and european evidence synthesis. *European addiction research* 22(1): 17-35. DOI: 10.1159/000435877

Groeger-Roth, F./Frisch, J.U./Benit, N./Soellner, R. (2015): Risikofaktoren für problematischen Substanzkonsum von Jugendlichen – zur Anwendbarkeit des Communities That Care Schülersurveys auf kommunaler Ebene. *SUCHT* 61(4): 237-249. DOI: 10.1024/0939-5911.a000379

Kraus, L./Hannemann, T.-V./Pabst, A./Müller, S./Kronthaler, F./Grübl, A. et al. (2013): Stationäre Behandlung von Jugendlichen mit akuter Alkoholintoxikation: Die Spitze des Eisbergs? *Gesundheitswesen: Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes Germany* 75(7): 456-464. DOI: 10.1055/s-0032-1321755

Kuttler, H. (2016): Machbarkeitsstudie: Erkennen des individuellen Unterstützungsbedarfes von Jugendlichen nach akuter Alkoholintoxikation im Krankenhaus mit Hilfe des RiScA-Fragebogens. Lörrach: Cooptima – Prävention und Gesundheitskommunikation. [www.tinyurl.com/ycprl3y8](http://www.tinyurl.com/ycprl3y8), Zugriff 11.04.2019.

Kuttler, H./Schwendemann, H./Bitzer, E.M. (2015): Familial risk and protective factors in alcohol intoxicated adolescents: Psychometric evaluation of the family domain of the Communities That Care Youth Survey (CTC) and a new short version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). *BMC Pediatrics* 15: 191.

Kuttler, H./Schwendemann, H./Reis, O./Bitzer, EM (2016): Development hazards among young alcohol intoxicated patients. *Journal of Adolescent Health* 59(1): 87-95.

Masten, A.S. (2014): Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development* 85(1): 6-20. DOI: 10.1111/cdev.12205

Moffitt, T.E. (1993): Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review* 100(4): 674-701. [www.tinyurl.com/y89ya3jf](http://www.tinyurl.com/y89ya3jf), Zugriff 20.01.2019.

Reis, O./Pape, M./Hässler, F. (2009): Ergebnisse eines Projektes zur kombinierten Prävention jugendlichen Rauschtrinkens. *SUCHT* 55(6): 347-356. DOI: 10.1024/2009.06.04

Robert Koch Institut (Hrsg.) (2003): Fragebogen. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

Schwendemann, H./Kuttler, H./Bitzer, E.M. (2015): Entwicklungsgefährdung bei Jugendlichen mit Alkoholintoxikation prognostizieren. *SUCHT* 61(4): 223-236. DOI: 10.1024/0939-5911.a000378

Sommerfeld, P. (2016): Sucht – ein medizinisches oder ein soziales Problem. *SuchtMagazin* 43(6): 27-31.

Stauffer Babel, R./Schmid, A./Dobler, S./Wicki, M./Wurdak, M./Kuntsche, E. (2015): Alkoholintoxikationen mit Spitaleinweisung. *Endbericht*. Lausanne: Sucht Schweiz. Zusammenfassung unter: <https://tinyurl.com/yawky32t>, Zugriff 11.04.2019.

Steiner, M./Knittel, T./Zweers, U. (2008): Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms «HaLT – Hart am Limit» – Endbericht. Berlin, Basel: Bundesministerium für Gesundheit/Prognos AG.

Stürmer, M./Gift, S./Wolstein, J. (2015): Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen. Kurzintervention und Risikobeurteilung am Krankenbett. *Pädiatrische Praxis* (83): 571-584.

Villa Schöpflin (Hrsg.) (2017): HaLT – Hart am Limit. Alkoholprävention für Kinder und Jugendliche. Handbuch für die Praxis. Lörrach.

Weichold, K./Wiesner, M.F./Silbereisen, R.K. (2014): Childhood predictors and mid-adolescent correlates of developmental trajectories of alcohol use among male and female youth. *Journal of youth and adolescence* 43(5): 698-716. DOI: 10.1007/s10964-013-0014-6

WHO – Weltgesundheitsorganisation/Regionalbüro Europa (2019): Gesundheit 2020 und die Bedeutung der Messung von Wohlbefinden. Faktenblatt. Kopenhagen: Regionalbüro Europa WHO. <https://tinyurl.com/y9hlqedt>, Zugriff 11.04.2019.

Wingenfeld, K./Spitzer, C./Mensebach, Ch./Grabe, H.J./Hill, A./Gast, U. et al. (2010): Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 60(07): 442-450.

Wurdak, M./Wicki, M. (2016): Kurzintervention nach einer Alkoholintoxikation – was hilft? *Fazit. ForschungsSpiegel von Sucht Schweiz. SuchtMagazin* 42(2): 44-45.

Wurdak, M./Kuntsche, E./Kraus, L./Wolstein, J. (2016): Effectiveness of a brief intervention with and without booster session for adolescents hospitalized due to alcohol intoxication. *Journal of Substance Use* 21(1): 72-77. DOI: 10.3109/14659891.2014.951415