



Möglichkeit und Unmöglichkeit der Alkoholprävention

PD Dr. phil. Olaf Reis

Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter,
Universitätsmedizin Rostock

Geschichte des Alkohols, Ökologie der Suchtentwicklung und der Prävention

Aktuelle Lage Alkoholkonsum

Ökologie der Prävention, die „geteilte Initiative“

Verhaltensprävention: schwer möglich, wenig fruchtbar, aber geboten

Das Problem der Zugänge

das Problem der schlechten individuellen Erreichbarkeit

Verhältnisprävention: leichter möglich, ergiebig, aber schwer umsetzbar

Kommunen und Prävention in der Bundespolitik

HaLt in Rostock und Hamburg

Fazit – Was tun

Am Anfang war Evolutionspsychologie

3

Hier musste ich aus CopyRight-Gründen Inhalte oder Bilder entfernen

Die Fähigkeit zur effektiven Verstoffwechslung von Alkohol (nur Menschen und Primaten) tritt evolutionsgeschichtlich zeitnah mit der Voraussetzung der Kommunalität auf: Empathie und Kooperation.

<https://www.zdf.de/dokumentation/terra-x/die-ersten-menschen-vom-wald-in-die-savanne-100.html>

ABER: reiner Alkohol schmeckt nicht gut –

- 1) noch zu früh in der Evolution?
- 2) Hinweis auf Schädlichkeit

Alkohol, Alltag und Gesellschaft

Hier musste ich aus CopyRight-Gründen Inhalte oder Bilder entfernen

- Berauschung mit Alkohol seit der Steinzeit
- Bier als Nahrungsmittel
- Alkohol als Teil fast jeder Kultur (Argument in der Cannabis-Debatte)

Pharmakon

Vorplatonisch:

- Rausch und Mannwerdung (Gilgamesch)
- (Schwach)Bier als Alltagsgetränk (z.B. Ägypten)
- Wein und Entgrenzung (z.B. Dionysos-Kulte, Wahrheit im Wein)
- Alkohol und Gesellschaft („Symposium“, griechischer Wein wurde versetzt mit anderen Drogen, Ziel: begrenzter Rausch)
- Drogen und „enhancement“ (z.B. Met und Tapferkeit, Berserker-Mythen)

Platon:

- Gefahren des Kontrollverlustes (unmännlich, unsozial: stasis-ekstasis, HÄSSLICH)
- Sieg der Idee (Bewusstsein) über Körper/Emotion als **das** menschliche Merkmal
- Wahrheit im Geist (außerhalb der Religion) – Ersetzen der Ekstase durch Philosophie

Industriegesellschaften:

- industrielle Destillation – Massenprodukt
- Kant: Null Toleranz für „geträumtes Wohlbefinden“
- Integration in arbeitsteilige Abläufe = Regulation (zeitliche, örtliche, soziale Begrenzungen)
- Einsicht in evolutionäre und biochemische Mechanismen
- zunehmende Anerkennung als Krankheit (1952 WHO, 1965: DDR, 1968: BRD)

Kulturgeschichte der Spirituosen = Kulturgeschichte der Prävention

Hier musste ich aus CopyRight-Gründen Inhalte oder Bilder entfernen

- erst seit 18. Jahrhundert
- früh etabliert als Massen-Droge der Armen
- früh etabliert als sozialer Katalysator
- frühe Regulationsversuche: Steuern, Prohibition, Monopolisierung
- Alkopopsteuer Deutschland 2004: viermal höher als Branntweinsteuer

Krieg = Droge, Frieden = Prävention

Berserker in der Schlacht von Stiklestad (1030): anstatt St. Olav zu beschützen, greifen sie an und lassen ihren König schutzlos

Hier musste ich aus CopyRight-Gründen Inhalte oder Bilder entfernen

Fregatte Jylland (1864)

Die Leistungen deutscher Soldaten im zweiten Weltkrieg sind auch die Leistungen der deutschen chemischen Industrie

Moralapostel, Revolution, Klassenkampf

- Beginn 19. Jahrhundert: bürgerlich-klerikale Mäßigungsbewegung
- bis heute anhaltende quasi-klerikale Mäßigungs- und Abstinenzbewegungen, vor allem außerhalb Deutschlands
- 1848: Revolution – libertäre Trends statt politischer Fortschritte, Ende der ersten Mäßigkeitsbewegung
- 2. Hälfte 19. Jahrhundert: Erkennen des Alkoholproblems als soziales Problem – Selbstorganisationen

Hier musste ich aus CopyRight-Gründen Inhalte oder Bilder entfernen

Prohibition = Verhältnisprävention

1920 – 1933 U.S.A. („the noble experiment“), aber
auch Island, Finnland, Indien, Russland, u.v.a.

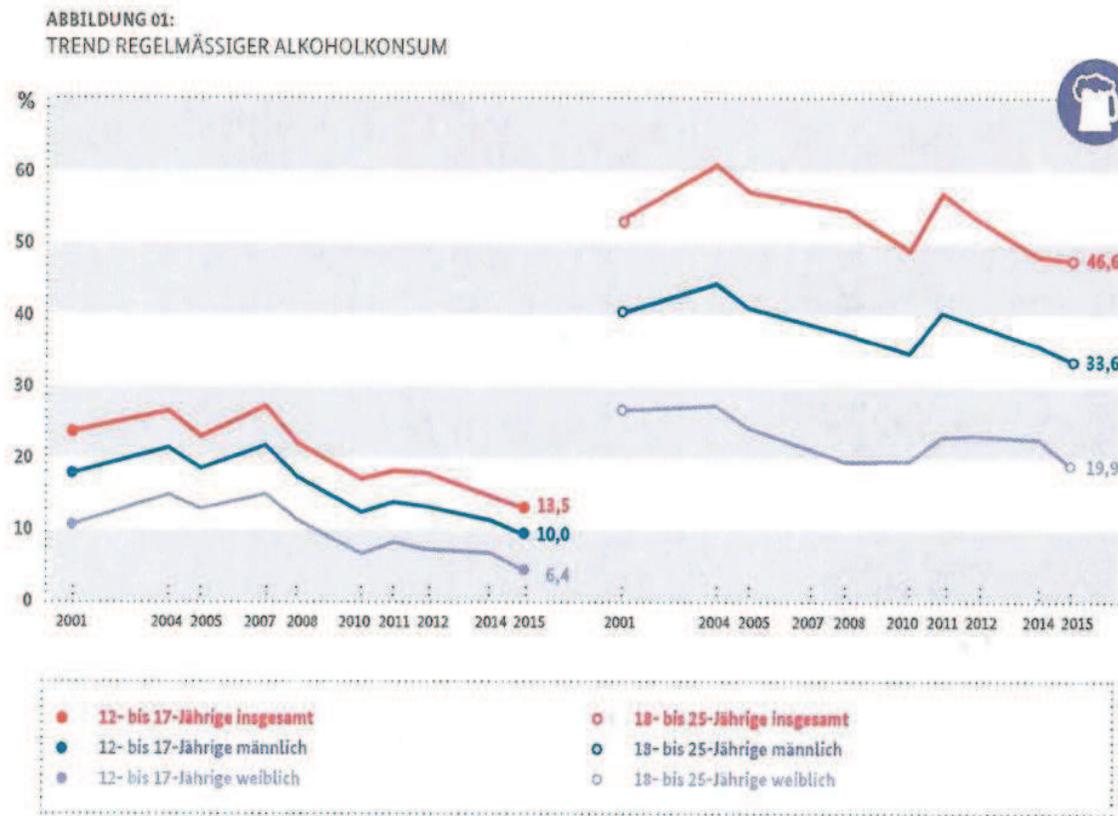
Clark Warburton, The Economic Results of Prohibition
(New York: Columbia University Press, 1932)

Hier musste ich aus CopyRight-
Gründen Inhalte oder Bilder
entfernen

Nach anfänglichem Rückgang steigert sich
der Pro-Kopf-Verbrauch wieder, etwas
unterhalb des Verbrauchs vor 1920

Während der Prohibition steigt der Anteil von Destillaten
an der Gesamtmenge des produzierten Alkohols
(schwerer zu kontrollieren)

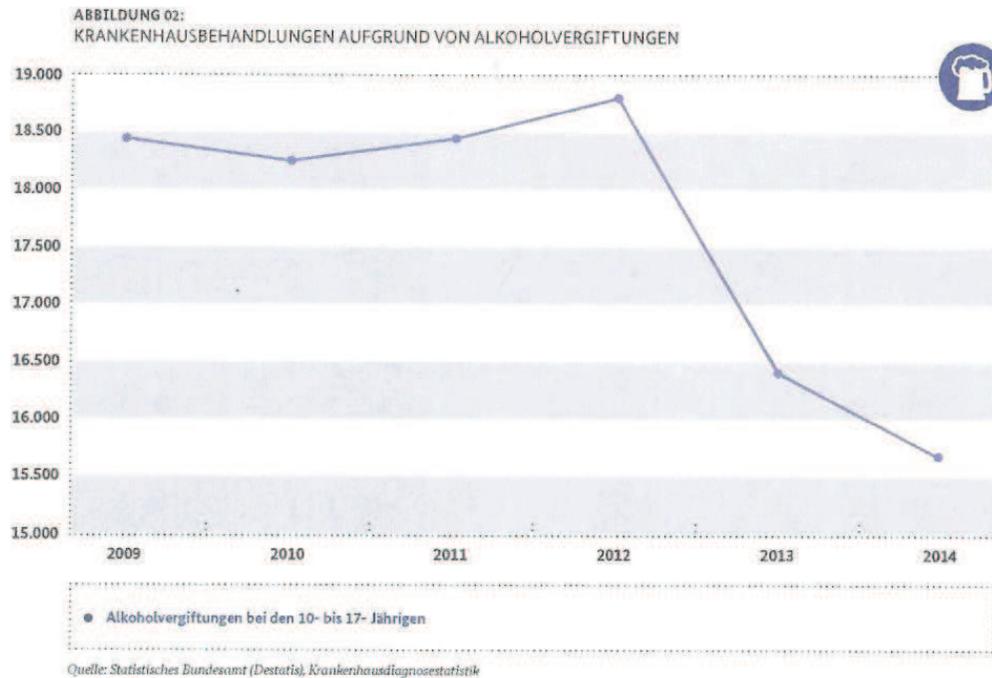
Aktuelle Lage - Alkoholverbrauch



Der Anteil regelmäßig konsumierender Jugendlicher (seit 2007) und junger Erwachsener (seit 2011) geht zurück.

Aktuelle Lage – Alkoholvergiftungen/Krankenhauseinweisungen

11



Die Anzahl der Krankenhauseinweisungen auf Grund von Alkoholvergiftungen geht seit ca. 5 Jahren insgesamt zurück.

Cave: Einweisung als Schätzer

Quelle: Drogen und Suchtbericht der Bundesregierung, 2017

Aktuelle Lage – Alkoholvergiftungen/Krankenhauseinweisungen



Der Rückgang findet sich auch in den Telefon-Selbstberichten, sowohl jüngerer (12-17 J., orange) als auch älterer (18-25 J., schwarz) TeilnehmerInnen.

Angaben in Prozent. 2014, 2015 und 2016: Ergebnisse der Festnetzstichprobe mit Gewichtung nach Region, Geschlecht und Alter. Definition Rauschtrinken 5+: fünf Gläser Alkohol oder mehr bei einer Gelegenheit. Definition Rauschtrinken 4+: vier Gläser Alkohol oder mehr bei einer Gelegenheit (nur weibliche Befragte).

Quelle: Orth, B. (2017) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland, BZgA Forschungsbericht, Mai 2017

... Alkoholprävention ist daher gerade OUT

13

- war Schwerpunkt der Arbeit der Drogenbeauftragten 2015, seither mehr und mehr Verhaltenssüchte im Fokus der Präventionsbemühungen
- Alkohol – nur noch ein Schwerpunkt *kommunaler* Suchtprävention
- ... oder war es die Bier- und Weinlobby?

Hier musste ich aus CopyRight-Gründen Inhalte oder Bilder entfernen

aber Achtung: Alkohol im Mischkonsum

14

- mit **Cannabis**: weit verbreitet (aber regional und sozial unterschiedlich), Problem – gegenseitige Steigerung im Konsum
- mit **Speed/Crystal**: Verminderung der Wahrnehmung der Alkoholwirkung (kein rausch) – erhöhte Intoxikationsgefahr
- mit **Ekstasy**: DIE Partykombi - Vorglühen mit Alkohol, Abtanzen mit MDMA, Austrocknung, schwere Leber- und Nierenschäden
- mit **Kokain**: erhöhte Aggressionsbereitschaft
- mit **GHB/GBL**: bereits bei kleinen Dosen Lebensgefahr, Atemsupression, Anfälle, sehr ähnlich wie Alkoholrausch
- mit **Nikotin**: gegenseitige Verstärkung im Rausch und den Nebenwirkungen: Verringerung Lungenkapazität plus Atemsuppression, aber auch erwünscht entgegengesetzte Wirkungen – Vaskonstriktion (Rauchen) und Vasodilatation (Alkohol)
- mit **Koffein** (Energy): ähnlich Nikotin, Unterschätzung der Beeinträchtigung

zu wenig untersucht

Aktuell: Alkohol und Gaming

15

Zusammenhang wird moderiert durch Komorbidität, insbesondere Depressivität, Impulsivität (Na et al., 2017)

aktueller Konsum beeinflusst Automaten- Spielverhalten: riskanter, unberechenbarer (Beobachtungsstudie, Leino et al. 2017)

Ähnliche Konnektivität im hirn, Unterschiede wahrscheinlich altersbedingt (Han et al., 2015)

Na, E.; Lee, H.; Choi, I.; Kim, D-J. (2017). [Comorbidity of internet gaming disorder and alcohol use disorder: A focus on clinical characteristics and gaming patterns](#). The American Journal on Addictions. 26(4), 326-334

Leino, T.; Molde, H.; Griffiths, M.D.; Mentzoni, R.A.; Sagoe, D.; Pallesen, S. (2017). [Gambling behavior in alcohol-serving and non-alcohol-serving-venues: A study of electronic gaming machine players using account records](#). Addiction Research & Theory. 25(3), 201-207

Han, J.W.; Han, D.H.; Bolo, N.; Kim, B.; Kim, B.-N.; Renshaw, P.F. (2015). [Differences in functional connectivity between alcohol dependence and internet gaming disorder](#). Addictive Behaviors, 41, 12-19

Definition und Arten der Prävention

Prävention ([lateinisch](#) *praevenire* „zuvorkommen“) bezeichnet Maßnahmen zur Abwendung von unerwünschten Ereignissen oder Zuständen, die mit einer gewissen [Wahrscheinlichkeit](#) eintreffen könnten, falls keine Maßnahmen ergriffen werden. (wikipedia),

Hier: Verhinderung, Verzögerung, Verringerung des Konsums, Vorbeugung der Alkoholkrankheit, Verhinderung früher Rausche (Binge-Drinking)

Verhältnisprävention: Maßnahmen zur Verfügbarkeit von Drogen

Verhaltensprävention: Maßnahmen zur Verhaltensänderung (Information, Trinkschulung ...)

Einteilung nach (Entwicklungs)Stufen

primäre Prävention: Individuum zeigt (noch) kein Risikoverhalten

sekundäre: Individuum zeigt Risikoverhalten (z.B. Intoxikation)

tertiäre: Individuum hat Suchtstörung (Gefahrenminderung, z.B. Substitution)

Einteilung nach erreichten Gruppen

universelle Prävention: richtet sich an alle gleichermaßen, in der Adressatengruppe sind unbelastete und belastete Individuen = größte Gruppe

indizierte: Maßnahmen werden durch bestimmte Ereignisse indiziert, z.B. Intoxikationen oder Familienkontexte, risikobelastete Gruppen = wesentlich kleinere Gruppe

selektive: Maßnahmen werden auf kleine Gruppe von Betroffenen (Kranken, Süchtigen etc.) abgestimmt = kleinste Gruppe

Ökologie der Sucht:

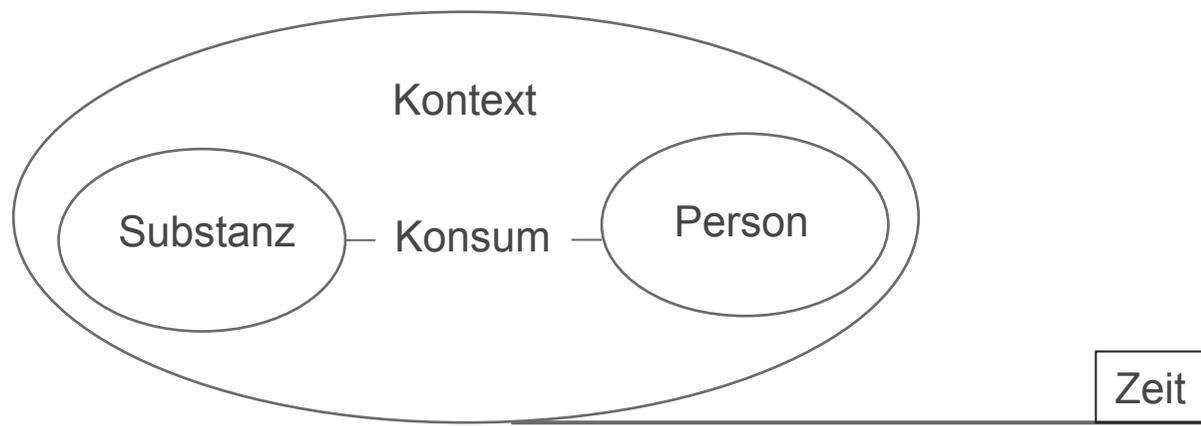
Ebene der Prävention

Pro: leichte Klärung von
Zuständigkeit, Chance
auf Realisation,
Föderalismus

Con: unklar, welche
Ziele, Zuständigkeits-
gerangel,
Föderalismus



Noch gibt es weder in der deutschen noch in der internationalen Literatur ein elaboriertes ökologisches Modell der Suchtentwicklung, deshalb gibt es auch noch kein ökologisches Modell der Prävention.



Reis O.(2011) Risiko- und Schutzfaktoren der Suchtentwicklung, entwicklungs-dynamische Aspekte. in: A. Batra & O. Bilke-Hentsch (2011). Praxisbuch Sucht, (S. 8-15). Stuttgart: 2. Aufl. 2015

Reis, O. (2012). Offene Momente – Zur Effektivität und Individualisierung indizierter Suchtprävention, Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 4, 7-24

Verhaltensprävention: Das Problem der Zugänge zur Suchthilfe

19

- auch **Niedrigschwelligkeit**: erfordert Eigeninitiative
- Jugend:
 - Latenzphase ohne Leidensdruck bis das Konsumverhalten zur Sucht oder zum Risiko wird
 - erschwert sucht-affinen Kontexten (Suchtfamilien, co-abhängige PartnerInnen, riskant konsumierende Subkulturen etc.)
 - aktuell: Zugänge für MigrantInnen, mediale niedrigschwellige Zugänge
- Definition Niedrigschwelligkeit: Anonymität, Ortsnähe, Erreichbarkeit (rund um die Uhr), „Willkommenskultur“ (z.B. Kultursensitivität), Kompetenz für Risikogruppen
- „Zugangssteuerung“ – verschiedene Projekte, v.a. in der Reha (z.B. www.reha-vqs.charite.de)

Zitat Drogenbericht (DuS, 2012, S. 11 A) „Jugendliche müssen dabei über Zugangswege angesprochen werden, die sie häufig nutzen, wie das Internet. Erfolgreiche Angebote der BZgA wie www.drugcom.de oder das Ausstiegsprogramm „Quit the Shit“ sollen deshalb weitergeführt und breiter bekannt gemacht werden.“



Das Problem der Zugänge für Jugendliche: Niedrigschwelligkeit und Alter

20

- Erstauffälligkeit: FreD (Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten“, <http://www.lwl-fred.de/de/>) – **eine hervorragende Idee, aber 47% sind über 18 Jahre**
- Quit the Shit – Internetbasiertes Programm Cannabis, **dort 13% unter 19 Jahre**
- **Keine neueren Daten gefunden, die eine Verbesserung dieses Missverhältnis verdeutlichen würden**
- Konzept der „offenen“ bzw. „vulnerablen“ Momente („teaching moments“)
 - aber die werden nicht nur von Betroffenen erlebt, sondern auch von ihren Bezugspersonen, v.a. bei Jüngeren
 - Individualisierung der Suchtprävention
 - aufsuchende Prävention: wer sucht auf?
 - intuitives „transtheoretisches Vorgehen“

Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 4/2012 7

Offene Momente – Zur Effektivität und Individualisierung indizierter Suchtprävention

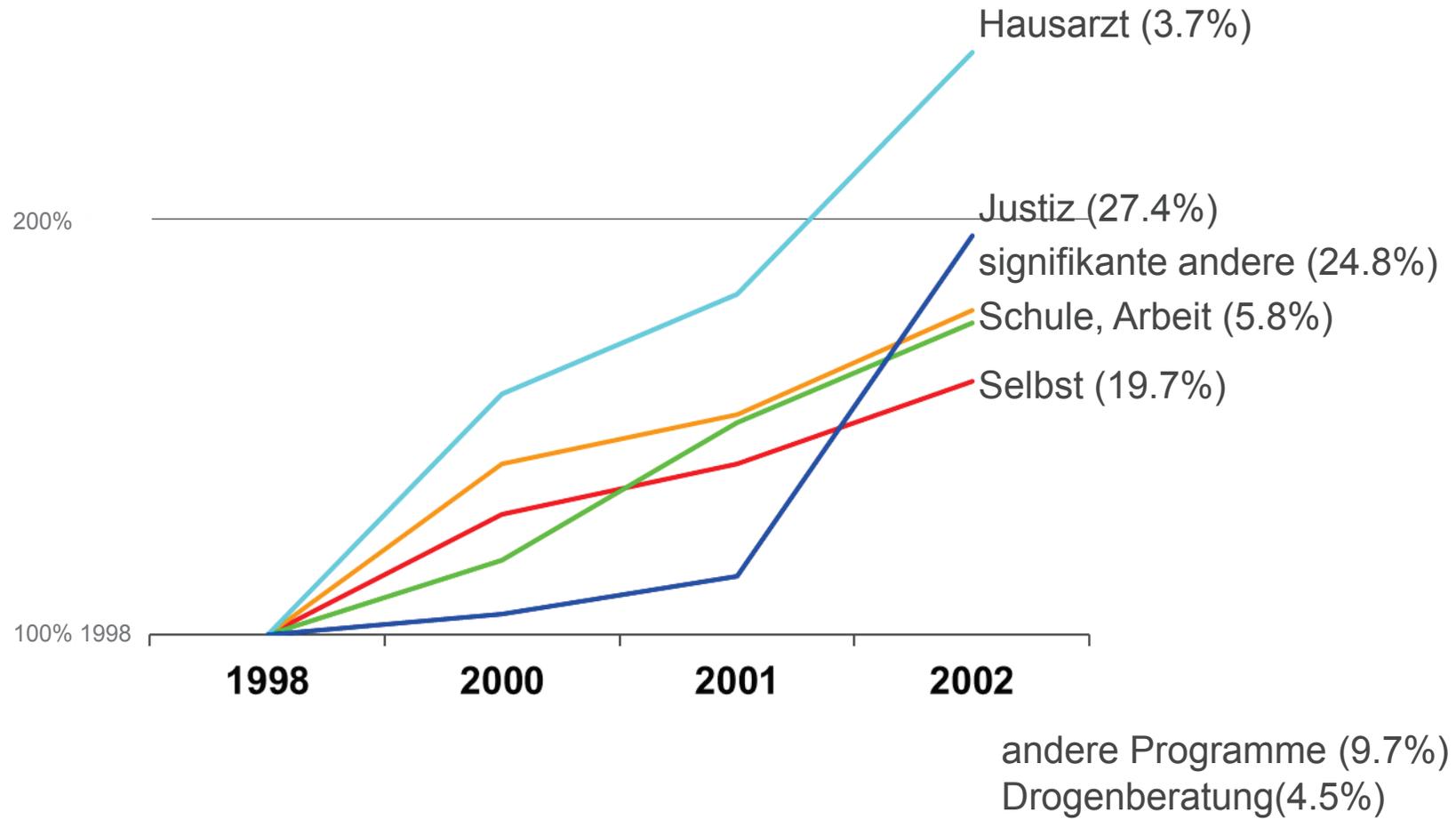
Olaf Reis

Zusammenfassung

Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen ist oft nur eingeschränkt erfolgreich, sowohl für Alkohol- als auch CannabiskonsumentInnen. Der Beitrag diskutiert hypothetische Gründe für den beschränkten Erfolg der Prä-

Universitätsmedizin Rostock

andere Zugänge – ähnlich wie im Suchthilfesystem?



Source: Simon & Sonntag (2004), Cannabisbezogene Störungen

Locus of control/initiative – Die geteilte Initiative

22

- vollständig extern: juristische, arbeitsrechtliche, schulische Auflagen, Kontakt durch Institutionen
- vollständig intern: Problemeinsicht, Leiden oder Veränderungswille, eigenes Kontaktersuchen
- geteilte Initiative: signifikante andere erkennen das Problem, arbeiten an der Problemeinsicht, oft am Zustandekommen des Kontaktes beteiligt, abgestimmte Mischung aus negativen und positiven Sanktionen
- signifikante andere im Jugendalter:
 - Eltern
 - PartnerInnen
 - LehrerInnen
 - AusbilderInnen
 - PastorInnen
 - ...

- niedrigschwelliges anonymes Walk-in Programm für Kinder und Jugendliche 1998-2003
- Einzugsbereich Rostock (200.00 Ew.) und Umgebung (400.00 Ew.)
- n = 421 Patienten, MW Alter 18.03 (SD = 2.71)
- Drogenprobleme: Cannabis 63%, Alkohol 25%, Ekstasy 5%, Nikotin 79%, Kokain 1%, Opiate 1%, Amphetamine 3%, andere 3%
- Konsummuster: täglich polyvalent (52%), Wochenende polyvalent (28%), täglich Cannabis 9%, ehemalige KonsumentInnen 11%

Prozesse der geteilten Initiative – ein Forschungsgegenstand!

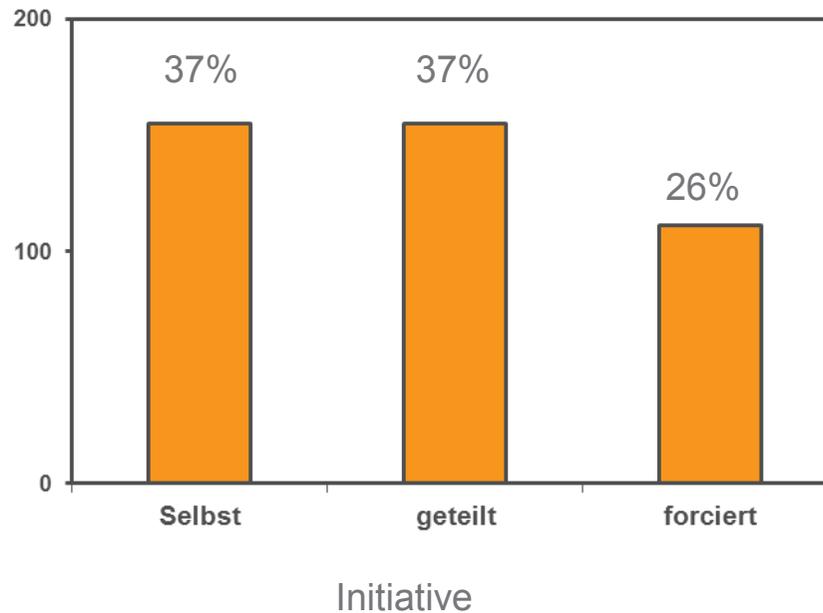
24

- Balanceakte aus Vertrauen, Druck, Belohnung, Empathie, Scham und vielen anderen dyadischen Kommunikationen
- oft unbewusst am transtheoretischen Modell orientiert
- Bestandteil individuierter Beziehungen (altersadäquate Balance von Verbundenheits- und Abtrennungsprozessen)

Hier musste ich aus CopyRight-
Gründen Inhalte oder Bilder
entfernen

Verteilung der Initiative in der Stichprobe

Anzahl Klienten



geteilte Initiative: Eltern, FreundInnen, KollegInnen, LehrerInnen, ÄrztInnen, BeraterInnen

extern forciert: Jugendgericht, Arbeitsamt, Firma/Arbeitgeber, Jugendhilfe, Wohneinrichtung

Zusammenhang Initiative - Basisvariablen

Variable	Initiative			Unterschied
	<u>Selbst</u>	<u>geteilt</u>	<u>forciert</u>	
Geschlecht	70% m 30% w	70% m 30% w	87% m 13% w	$\chi^2 = 13.4, 2,$ $p < 0.00$
Alter (MW, SA)	19.6; 2.6	17.5; 2.3	18.4; 2.2	$F = 15.5, 2,$ $p < 0.00$
Abhängigkeits- erkrankung	34% ja 66% nein	44% ja 56% nein	28% ja 72% nein	$\chi^2 = 5.4, 2,$ $p < 0.10$
Drogen- gebrauch reduziert?	84% ja : 16% nein	78% ja : 22% nein	69% ja : 31% nein	$\chi^2 = 6.6, 2,$ $p < 0.05$

Initiative und Intervention

Art der Intervention	Initiative			Unterschied
	<u>Selbst</u>	<u>geteilt</u>	<u>forciert</u>	
Beratung	63%	71%	71%	
Krisenintervention	12%	7%	2%	
Entgiftung	19%	9%	17%	
psychiatrische Behandlung	6%	13%	10%	$\chi^2 = 23.8, 8, p < 0.05$

Initiative und Konsummuster

Konsum- muster	Initiative			Unterschied
	<u>Selbst</u>	<u>geteilt</u>	<u>forciert</u>	
täglich poly		weniger	mehr	
täglich Cannabis		mehr		
Wochenende poly			weniger	
ehemalige	weniger	mehr		$\chi^2 = 13.6, 6,$ $p < 0.05$

Konsequenzen für Intervention/Prävention

Selbst: Zugang nach „offenen“ oder vulnerablen Momenten, nach einigen Jahren Drogenkarriere (ABER eher Erwachsene) → Krisenintervention/Beratung, gute Compliance, niedrigschwellige Angebote möglich, tags/nachts/Wochenenden – auch gut für (sekundäre, selektierte) Prävention geeignet

Geteilte Initiative: Compliance über andere, oft Suchtproblem ohne vulnerable Momente – noch am Beginn der Drogenkarriere, Jugendliche → Verweisung in ambulante psychiatrische Angebote, gute Voraussetzungen für systemische Arbeit, auch gut für alle Formen der Prävention geeignet

forciert: meist polyvalenter Gebrauch bei Jungen, längere Drogenkarriere, immer noch akzeptable Chancen auf Konsumreduktion – gut für tertiäre, indizierte Prävention geeignet

Geteilte Initiative als aufsuchender Zugang: Das HaLt-Projekt Rostock (2004-2007)

30

aufsuchende Arbeit am Krankenbett nach erfolgter Intoxikation

n = 188 (1.5. Intoxikationen / Woche) 2004 – 2007 = 85% aller registrierten
Intoxikationen im registrierten Zeitraum

Alter: MW = **15.3 (SD = 1.42), 10 – 17,11**

Geschlecht: ♂ 108 (59%), ♀ 80 (41%)

Blutalkoholkonzentration: MW = 1.68 ‰ (SD = 0.54), 0.8 – 3.9

9.4% Hauptschule (n.s.), 36.7% Realschule, 11.7% Gymnasium ($\chi^2 = 5.32$, df = 1, p < 0.05)

Väter arbeitslos 19.8% (n.s.), Mütter arbeitslos (23% (n.s.))

aufsuchende Prävention erreicht tatsächlich Jugendliche, **aber**: selektive
Prävention

Reis, O., Pape, M. & Häßler, F. (2009). Ergebnisse eines Projektes zur kombinierten Prävention jugendlichen Rauschtrinkens, Sucht, 55, 347–356

Kommunale Effekte auf Prävention sollten erforscht werden!

31

- Vergleich mehrerer Kommunen / Regionen über die Zeit
- genaue Erfassung kommunaler Parameter (propensity scores) wie ökonomische Leistung, Verkehrsdichte, EinwohnerInnen, Sitte/Religion ...
- Beschreibung kommunaler Strukturen (Entscheidungsroutinen, Akteure ..)
- Einbezug der Kommunen in Forschungsvorhaben (mehr als Letters of Intent)
- bisher in Deutschland wenig regionalisierte Designs (Probleme: förderaler Eigensinn, Förderstruktur, Wettbewerb der Kommunen kein Gegenstand von Wissenschaft)

Warum Prävention?

- starkes Risiko für Gesundheitsschädigung weltweit (Lim et al. 2012) und in Deutschland (Plass et al., 2014, fünftwichtigste Krankheitsursache), Risiko für psychische Erkrankungen steigt
- Mortalität, täglich 200 Tode (Gärtner et al., 2013)
- hohe Gesundheitskosten: jährlich 30 Mia (Effertz & Mann, 2013), ca. 1.6 Mio Krankenhausbehandlungen in Deutschland sind alkoholbedingt (Günthner et al., 2015), aber nur 3% der Alkoholabhängigen werden rehabilitativ behandelt
- **Jugend:** hohe Gefährdungen durch akute Intoxikationen (Stolle et al, 2009)

S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“, AWMF-Register 076-001, Stand: April 2015, 60 AutorInnen

Effertz & Mann (2013). The burden and cost of disorders of the brain in Europe with the inclusion of harmful alcohol use and nicotine addiction. *European Neuropsychopharmacology*, 23: 742-748.

Gärtner et al. Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. *Jahrbuch Sucht* 2013; 36-66.

Lim et al. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet* ; 380: 2224-2260.

Plass et al. (2014). Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland: Ergebnisse, Potenziale und Grenzen der Global Burden of Disease-Studie. *Deutsches Ärzteblatt*; 111: 629-638.

Stolle et al. (2009). Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter, *Deutsches Ärzteblatt*, 106, 323-327.

Messung (der Wirksamkeit und Unwirksamkeit) von Prävention

33

- Unterordnung der Struktur- und Prozessevaluation unter die ergebnisbezogene Evaluation, dafür Definition messbarer (primärer und sekundärer) Effekte und Aufstellung falsifizierbarer Hypothesen, ohne Struktur und Prozess zu vernachlässigen
- Absicherung eventuell gewonnener Ergebnisse gegen Zufall (Statistik, Stichprobenziehung), Zeiteffekte (Case-Control-Design) und TherapeutInnen-Effekte (Mehrfach-Interventionen)
- Vergleich einer Interventionsgruppe mit einer möglichst parallelisierten Gruppe ohne Intervention (TAU-Gruppe) oder (besser) einer Placebo-Interventionsgruppe
- personelle Trennung Evaluation und Intervention, Vermeidung von Evaluationsbias (z.B. Auftrags- oder Doppelevaluation)
- Reduktion von Messfehlern (Verwendung standardisierter Instrumente)
- praxisrelevante Katamnesezeiträume (6 Monate und länger)

Reis, o. (2011). Zur Evaluation von Präventionsmaßnahmen des Alkoholmissbrauchs im Kindes- und Jugendalter, In: J. Höppner, D. Schläfke, J. Thome (Hrsg.) Impulse für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in der Lebensspanne , Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Reis, O. (2012). Offene Momente – Zur Effektivität und Individualisierung indizierter Suchtprävention, Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 4, 7-24

Korczak, D. (2013). Ist der Erfolg von Alkoholpräventionsmaßnahmen mess und evaluierbar?, Suchttherapie, 14, 3, 114-118.

ABER: Welche Messlatte sollte praktisch angelegt werden?

- grundsätzlich: Prävention ist Aufgabe einer Gesellschaft, in der es ein Recht auf Rausch gibt – das sollte durch „Evaluitis“ nicht in Zweifel gezogen werden
- Prävention muss in das jeweilige Feld passen: sollte aus ihm heraus entwickelt werden bzw. aus einem ähnlichen Feld (z.B. Übertragbarkeit von Programmen aus den USA?)
- das betrifft auch und vor allem die Evaluationsparameter und deren Erfassung (Messmethodik)
- ein Programm muss in die Realität gebracht werden: TRANSFER Forschung ist genauso wichtig wie die Entwicklungsforschung selbst
- dabei muss klar sein, was die jeweilige Ebene der Implementierung überhaupt leisten kann: z.B. können Kommunen oder MitarbeiterInnen überfordert sein
- erklärtes Ziel der Präventionsforschung: Aussonderung unwirksamer Maßnahmen zugunsten der wirksamen – braucht unabhängige Behörden mit eigenen Mitteln (z.B. socialstyrelsen in Schweden)

Reis, o. (2011). Zur Evaluation von Präventionsmaßnahmen des Alkoholmissbrauchs im Kindes- und Jugendalter, In: J. Höppner, D. Schläfke, J. Thome (Hrsg.) Impulse für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in der Lebensspanne , Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Schlömer, H. (2015). „Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention“ – ein hilfreicher Beitrag zur Qualitätssicherung aus Sicht der Praxis? In: akzept et. al. (Hrsg.) 2. Alternativer Sucht- und Drogenbericht, Lengerich: Pabst, (S. 14-20)

Entscheidungsregeln (nach Maryland Scale Scientific Methods) für Längsschnittstudien (Mehr-Punkt-Messungen)

- 1) Zufällige Verteilung vergleichbarer Individuen auf Präventions- und Vergleichsgruppe
- 2) Vergleich von Individuen mit und ohne Programm, Kontrolle anderer Faktoren (z.B. Matching)
- 3) Vergleich von ähnlichen Individuen mit und ohne Prävention
- 4) Ein-Gruppen-Vergleich, vor und nach Prävention
- 5) Einfache Zusammenhänge korrelativ
- 6) Querschnittsstudien

In wissenschaftlichen Studien wird Realität modelliert –
Die Qualität der Modelle ist entscheidend

Annahmen zur Unwirksamkeit von Präventionsmaßnahmen

- vielen Entwicklungsaufgaben entgegengesetzt: reduzierte Autonomie, Un-Männlichkeit, Un-Sozialität, Un-cool
- Botschaft von Erwachsenen an Jüngere
- Botschaft von Institutionen an Menschen: Machtausübung
- widersprüchliche Botschaften von Institutionen und signifikanten Anderen: Werbung, Hedonismus, Konstruktionen von Jugendlichkeit, Coolness etc.
- Botschaften gegen den Zeitgeist oder Jugendkulturen ...

wichtiges Studiengebiet

Schwerpunkte Wettbewerb = Liste für gute kommunale Prävention

37

Preiswürdig waren Projekte mit diesen Merkmalen

- in Gesamtkonzeption zur kommunalen Suchtprävention eingebunden
- Ausgangs- und Bedarfsanalyse
- Ziele detailliert festgelegt
- Qualitätsmanagement und Evaluation
- Kombination verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen
- partizipativer Einbezug der Zielgruppen in Konzeption und Umsetzung
- verbindlich vereinbarte Vernetzung und Kooperation von verschiedenen Akteuren
- Optimierung kommunaler Einflussmöglichkeiten
- langfristige und nachhaltige Implementation der suchtpreventiven Maßnahmen und Projekte in der Kommune
- auf der kommunalpolitischen Ebene verankert / unterstützt
- Transfer in andere Kommunen

Innovative Suchtprävention vor Ort (2016), hrsg. Vom deutschen Institut für Urbanistik, BZgA - Download

Verhältnisprävention in Kommunen - 01

38

- Südliche Weinstraße (Insheim): Weinfeste ohne harte Alkoholika (Eindämmung Komasaufen bei Jugendlichen)
- Hessen – Dreieichenhain: ähnlich
- Neckar-Odenwald: Alkohol im Sportverein

Interessant:

- v.a. Landkreise
- traditionelle Trinkkulturen (Arbeitgeber-Winzer) wehren sich gegen „Unterwanderung“ – klassische Präventionsregelung
- Alkohol bleibt soziales Stimulans (Verein), Gruppe und Vorbilder (Sportidole) als Präventionsriemen – klassische Präventionsregelung

Kommunale Verhältnisprävention 02: Testkäufe

39

Hier musste ich aus CopyRight-
Gründen Inhalte oder Bilder
entfernen

- nur unter behördlicher Aufsicht gestattet
- Länderregelungen unterschiedlich
- Schnittstelle: Alkoholabgabe

Con:

- pädagogische Bedenken
- nicht nachgewiesene Wirksamkeit (?)
- Anleitung zu „unguter Art der Überwachung“

Hier musste ich aus CopyRight-Gründen Inhalte oder Bilder entfernen

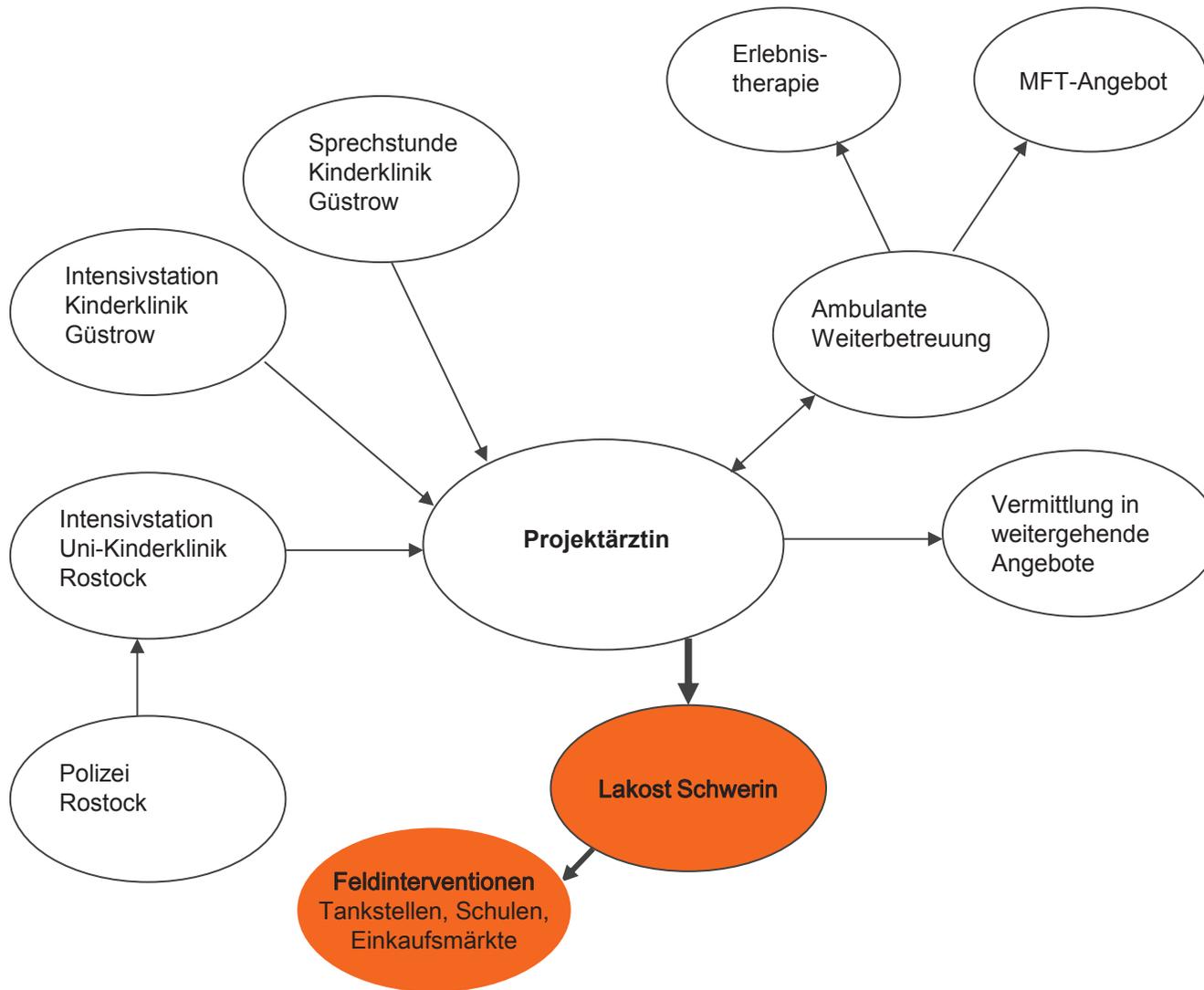
Kommune: Testkäufe

- Schweiz: Testkäufe stärken den Jugendschutz, da Rückgänge verzeichnet wurden, Cave: kein regionalisiertes Design (auffindbar)
- Schweiz: Anleitung für standardisierte Durchführung und Dokumentation von Testkäufen
- Testkäufe sind nur ein Bestandteil kommunaler Alkoholprävention und können kein Gesamtkonzept ersetzen



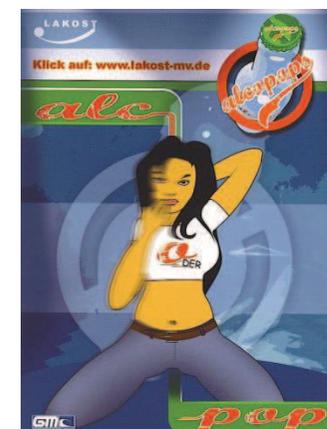
Quelle: Monitoring-Bericht Sucht Info Schweiz, 04-09 2010

Kombinierte Indizierte Verhältnis- und Verhaltensprävention: HaLT in Rostock



Selektive Verhältnisprävention an „hotspots“

- **Durchsetzung Jugendschutzgesetz:**
7 Tankstellen und 9 Verkaufsstellen in Rostock und Güstrow (Sorry-Cards, Gespräche mit LeiterInnen)
- Netzwerk Lakost/Suchtpräventionskabinett HRO
- Interventionen an Hochrisikoschulen: Verhaltensprävention
- Intervention in Risikokontexten: HanseSail



Indizierte (Sekundäre) Verhaltensprävention

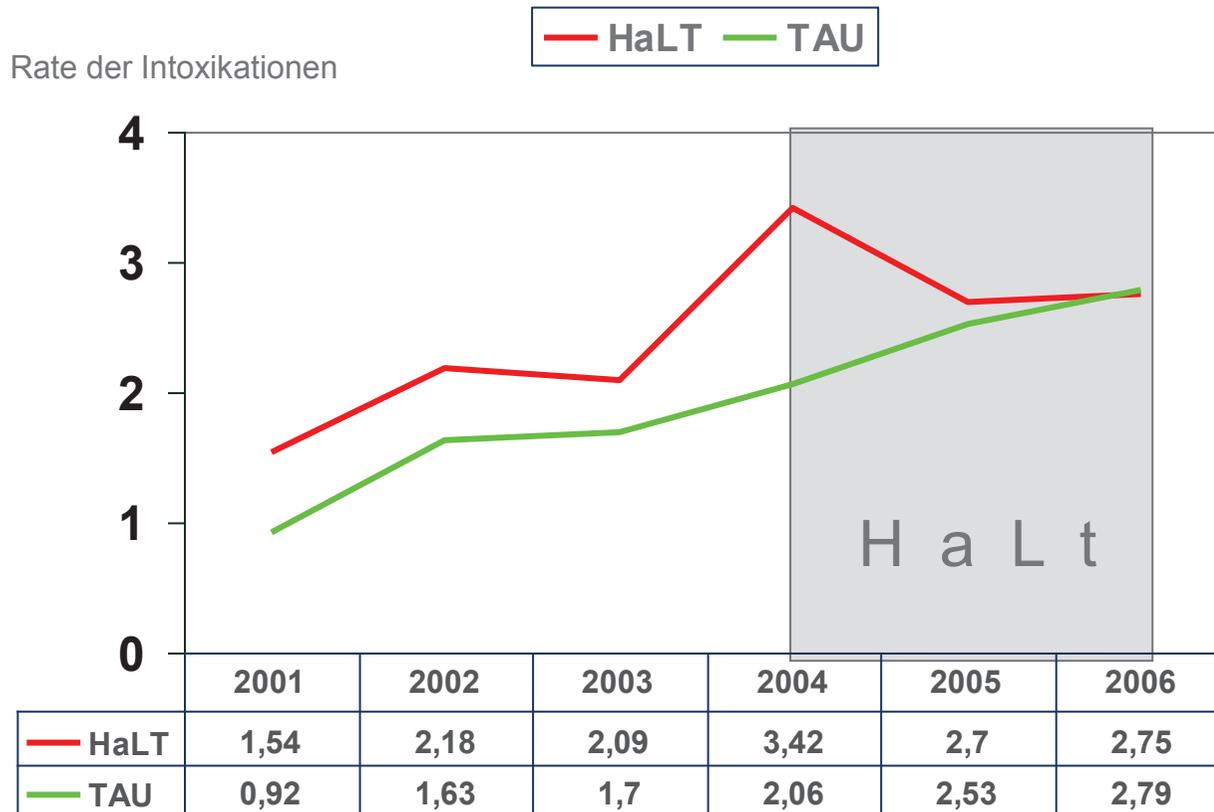
- Brückengespräch am Krankenbett der ITS, ähnlich der motivierenden Kurzintervention (Monti et al., 2007, Spirito et al., 2004)
- „Risikocheck“ (HaLT)



HaLt – Evaluation – Studiendesign: Vergleich zweier Regionen



Vergleich regionaler Prävalenzraten (Promille) von akuten Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen 2004-2006



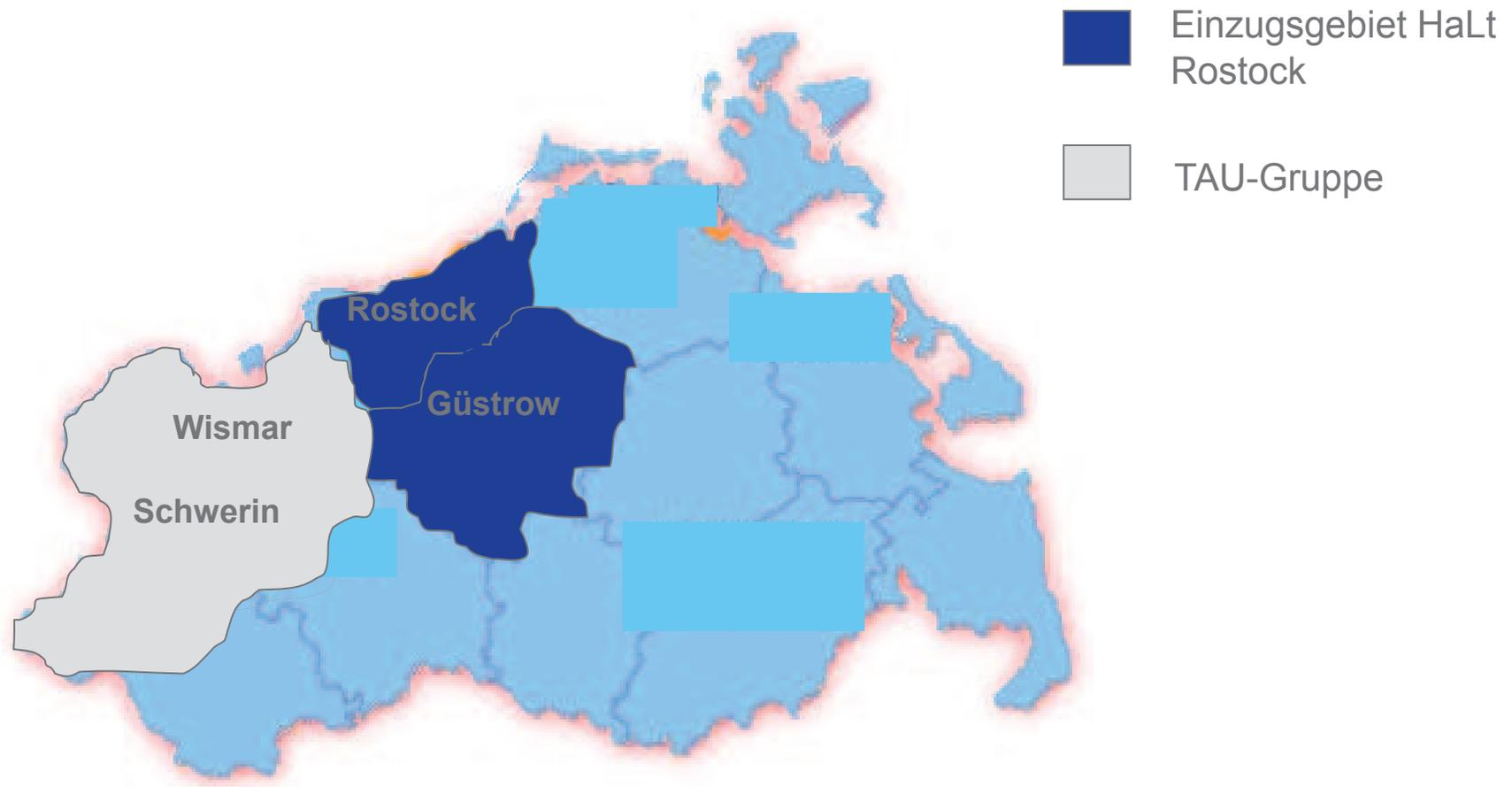
hochsignifikanter Rückgang der adjustierten Intoxikationsraten in der Projektregion

n = 1.800 Intoxikationen /110.00 Kinder

HaLT: - 19.4%, TAU: + 36.9%

KI Vergleich (99%): 49.8% -51.2%

Studiendesign 2. Arm



Rekrutierung der Vergleichsstichprobe und matched-pair Resampling

Gewinnung der Stichprobe

Anschreiben ehemaliger PatientInnen (Katamnese ca. 1 Jahr) durch Kinderkliniken Wismar und Schwerin (n = 87)

- PatientInnen erklären ihre Bereitschaft an Rostocker Team (anfallende Stichprobe, n = 21)
- Telefoninterview

Gewinnung von 1-Jahres Katamnesen von ehemaligen HaLT-PatientInnen, gematcht nach Alter (17.4 Jahre) , Geschlecht (50%), BAG (1.7‰), Bildungsstand der Eltern (20% HSA) mit der anfallenden TAU-Stichprobe, n = 22

- Telefoninterview

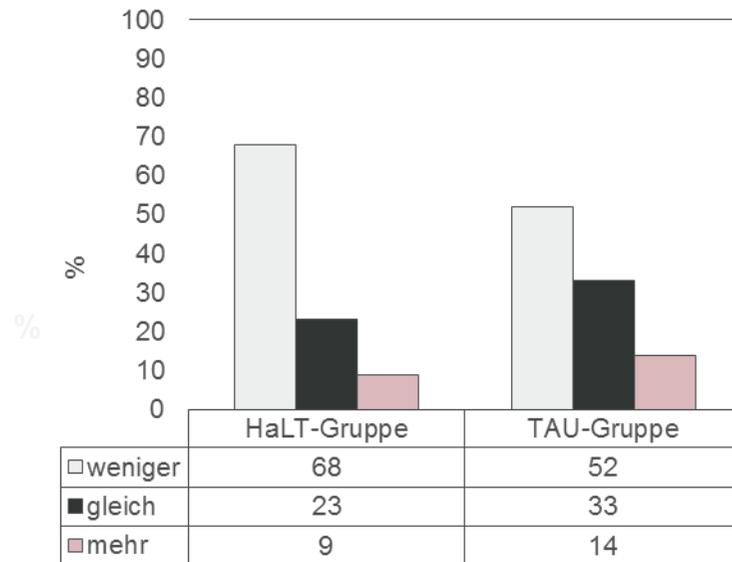
abhängige Variablen

Konsum Alkohol und Drogen (Suchtmodul Bado)

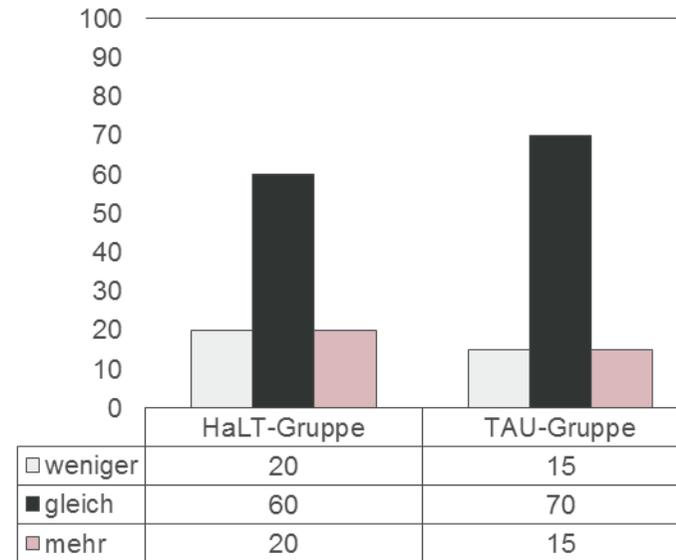
Zufriedenheit mit Behandlung (FBB)

Suchtgefährdung, Behandlung (ROSI-KJ, in Anlehnung an EuropASI)

Konsummuster Alkohol und Rauchen



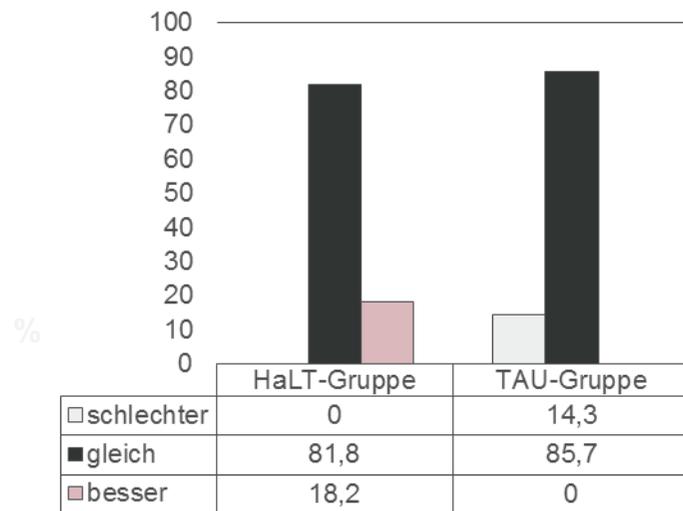
keine signifikanten Unterschiede in der Änderung des Trinkverhaltens nach Intoxikation
($\chi^2 = 1.2$, $df = 2$, $p = 0.569$)



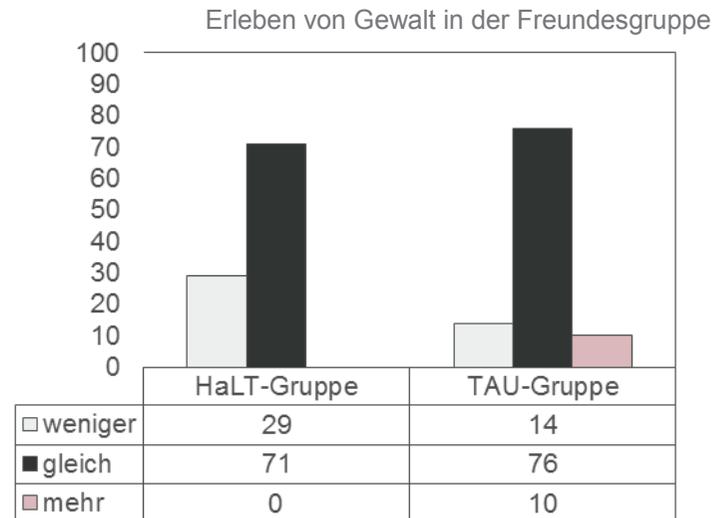
keine signifikanten Unterschiede in der Änderung des Rauchverhaltens nach Intoxikation
($\chi^2 = 0.380$, $df = 2$, $p = 0.827$)

HaLT-Intervention hat keine Effekte, ABER: Unterpowerung

Verhältnis zur Familie und Freunden nach einem Jahr



Das Verhältnis der HaLT-KlientInnen zu ihren Eltern entwickelt sich besser als in der TAU-Gruppe. ($F = 6.96$, $df = 2$, $p = 0.030$)



Das Verhältnis der HaLT-KlientInnen zu ihren Freunden entwickelt sich besser als in der TAU-Gruppe. ($F = 10.12$, $df = 2$, $p = 0.006$)

Auswirkungen auf Kontexte/soziale Beziehungen?

HaLT in Hamburg

- erste RCT-Studie zu HaLT
- 07 2011 – 01 2014
- 6 Kinderkliniken
- Patienten < 18 J. , aufgenommen am Wochenende (Freitag – Sonntag)
- IG: 141, Kurzintervention + Telefonbooster nach 6 Wochen,
- TAU: 175. Informationsflyer

- aV: Veränderungen in Binge-Drinking (Häufigkeit, Intensität), alkoholbezogene Probleme 3 / 6 Monate nach Intervention

ORIGINAL CONTRIBUTION

Short- to Midterm Effectiveness of a Brief Motivational Intervention to Reduce Alcohol Use and Related Problems for Alcohol Intoxicated Children and Adolescents in Pediatric Emergency Departments: A Randomized Controlled Trial

Nicolas Arnaud, PhD, Silke Diestelkamp, MSc, Lutz Wartberg, PhD, Peter-Michael Sack, PhD, Anne Daubmann, MSc, and Rainer Thomasius, MD

Arnaud et al. (2017). Academic Emergency Medicine, 24:186-200

HaLt in Hamburg

- keine Unterschiede zwischen IG und KG
- Reduktionen sind ähnlich groß in (A) Häufigkeit des Binge Drinking, (B) Anzahl der Drinks pro Trinkgelegenheit, (C) alkoholbezogenen Problemen

Hier musste ich aus CopyRight-Gründen Inhalte oder Bilder entfernen

HaLt hatte in Hamburg keine Effekte

= Schwäche der indizierten Verhaltensprävention oder Schwäche der Studie?

Limitationen und Schlussfolgerungen der HaLt-Studie HH

53

- TAU: Flyer-Vergabe – wie Psychodokumentation?, Übergabe auch intensive Beziehungsarbeit
- Ausschluss der Intoxikationen Montag-Donnerstag (unterschiedliche Stadien der Veränderungsbereitschaft)
- eher ungenaue Erfassung systemischer Variablen: Abholung durch Eltern, Verhältnis zu konsumierenden FreundInnen

ABER auch alternative Erklärung denkbar:

- Aufwachen in Klinik nach Intoxikation – eher „offener“ Moment des (selbstbestimmten) Lernens
- **Selbstlernen** durch Emotionen wie Scham, Ärger, Ratlosigkeit, erschrecken stärker getriggert als durch Psychoedukation – ist bei Wochenendintoxikationen wahrscheinlicher, z.B. durch selbstproduzierte Entwicklung – Änderung in Peer-Beziehungen

Fazit zu Kommunen

- Kommunen sollten die sichtbarsten Akteure der Suchtprävention sein und ihrerseits möglichst viele „einbeziehen“.

- dazu gehören ALLE kommunalen Institutionen

Beispiele:

Warum kommen die Fahrkartenkontrolleure nie nach 20.00 Uhr? Angst vor betrunkenen Jugendlichen?

Alkoholprävention lässt sich auch als „kommunale Trinkkultur“ etablieren: Wein statt Schnaps

Sensibilisierung von Alkoholverkäufern: über Testkäufe, nachträgliche Aufklärung von Vergiftungen

Verknüpfung von JobCenter Maßnahmen mit regionalen Bildungsangeboten

- Kommunen sind DIE Ebene, auf der präventive Bestrebungen abstimmbare sind und auf die Realität treffen – die vermutlich wichtigste Ebene einer Präventionsökologie bleibt der Einfluss proximaler Agenten
- direkte Übergänge von Verhaltens- und Verhältnisprävention, von (Angebots)Struktur und individuellem Handeln (wichtige Ausnahme: digitale Süchte)
- Kommunen sind die am (zweit)häufigsten übersehenen Aggregate der Präventionsforschung
- Kommunen sind selbstregulativ und nur so gut, wie ihre Akteure
- Kommunen sind heterogen, unterschiedliche Voraussetzungen sollten dringend beachtet und beforscht werden
- oft gering ausgeprägtes Interesse an Wirksamkeitsnachweis

- Prävention(sforschung) braucht Ruhe (Kontinuität, Gründlichkeit, Ressourcen)
- braucht Sichtbarkeit (Diskurs: Meinung und Wissenschaft, Gesundheitsethik versus Selbstverwirklichung)
- braucht kommunale Vernetzung, ABER: Kommunen haben i.d.R. nicht die Ressourcen, um Forschungsprojekte zu fördern
- braucht eine ökologische Theorie
 - z.B. zur Einbettung in die Politik und Ökonomie (Lobbyismen, Paradigmenwechsel) und den sozialen Wandel (Globalisierung, Digitalisierung, Verschwinden der klassischen Arbeit ...)

Die Realität sieht meist anders aus:

- meist Projektarbeit (enge Deadlines, Unterbesetzungen, harter Wettbewerb, hohe Mitarbeiterfluktuation, starke Bestimmung durch Zeitgeist)
- überhitzte Debatten, Polemik versus Quaestio
- kommunale Verpflichtungen sind kurzlebig, abhängig von der Tagespolitik, Netzwerke eher akteursbestimmt als kommunal, Bund-gefördert, aber kommunal wirksam?
- keine Zeit für Theoriearbeit

Was tun - Что делать?

- Anerkennung, Untersuchung, Thematisierung der Unwirksamkeit bestimmter Maßnahmen, Bundesbehörde (wie in Schweden), Erfassung aller Präventionsbemühungen/Studien
- Präventionsgebot auch ohne Wirksamkeitsnachweis!
- Verhaltensprävention: „revolutionäre“ Erweiterung der Prävention für Jugendliche – Verhaltensprävention für signifikante Andere
- Ausgehen vom Drogenkonsum als symbolischer Partizipation, als kulturell verankert, als schädlich, aber insgesamt unabwendbar
- Nutzung besorgter Zugänge und geteilter Initiative: vor allem bei Jugendlichen
- stärkerer Einbezug der Kommunen als **Ganzheit**: Schule, Polizei, Ordnungsamt, Industrie, Vereinen – Prävention als Partizipation

- stärkere Beachtung des Alkoholkonsums in Mischkonsummustern, auch mit Verhaltenssüchten (Gaming, Sexsucht ...)
- Beachtung der kulturell verankerten Präventionsregeln, „Trinkschulung“ – aber eher durch signifikante Andere (Eltern) als durch das schulische Lehrpersonal
- Alkoholprobleme / Partizipation in Risikogruppen (Beispiel: Jungen mit Lernbehinderung – beim nächsten Mal)
- Therapie / Prävention: Beeinflussung zugrundeliegender neurobehavioraler Mechanismen – Emotionsregulation, Stress-Coping, Verzögerungsaversion etc.