

STÜRMER, M., S. GIFT und J. WOLSTEIN:  
Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen.  
Kurzintervention und Risikobeurteilung  
am Krankenbett

**pädiat. prax.** 83, 571–584 (2014/2015)  
Hans Marseille Verlag GmbH München

## Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen

### Kurzintervention und Risikobeurteilung am Krankenbett

M. STÜRMER, S. GIFT und J. WOLSTEIN

Bayerische Akademie  
für Sucht- und Gesundheitsfragen,  
München;  
easyContact, Condros e. V., München;  
Institut für Psychologie  
der Universität Bamberg

*Rauschtrinken – Alkohol – Jugendliche –  
Kurzintervention – Risikobeurteilung*

### Einleitung

Für die letzten Jahre ist in verschiedenen europäischen Ländern eine kontinuierliche Zunahme alkoholbedingter Krankenhauseinlieferungen bei Kindern und Jugendlichen dokumentiert. In Deutschland wurden im Jahr 2000 in der Altersgruppe der 10–19-Jährigen etwa 9500 Patienten mit der Diagnose akute Alkoholintoxikation (ICD-10, Diagnose F10.0) (1) stationär behandelt, bis ins Jahr 2012 stieg die Anzahl auf über 26600 Patienten (2). Auch Trenddaten zur Situation im Freistaat Bayern zeichnen für den genannten Beobachtungszeitraum einen vergleichbaren Anstieg auf über 5500 Patienten (3). Ähnliche Entwicklungen werden für die Schweiz (4) und die Niederlande (5) berichtet.

WURDAK et al. (6) konstatieren für den Indikator Krankenhausbehandlungsstatistik jedoch nur eine eingeschränkte Aussagekraft im Hinblick auf das Ausmaß jugendlichen Rauschtrinkens. Auch UHL und KOBRNA (7) formulieren kritische Anmerkungen zur Validität dieses Indikators. Die Autoren diskutieren u. a. Veränderungen im Dokumentationsverhalten als mitursächlich für den Anstieg der Behandlungszahlen und thematisieren die fragwürdige mediale Präsenz des Phänomens Rauschtrinken.

Nicht nur Populärmedien zeichneten auf Basis unzulässiger Schlussfolgerungen aus der Behandlungsstatistik ein Szenario, wonach alle Jugendlichen immer häufiger, immer mehr und immer riskanter trinken. Aufgrund der hohen Selektivität der Stichprobe – KRAUS et al. (8) schätzen, dass in Deutschland nur etwa einer von 2000 alkoholintoxikierten Jugendlichen in ein Krankenhaus eingeliefert wird – sind derartige Generalisierungen jedoch schlichtweg falsch und wenig hilfreich für einen konstruktiven Diskurs. Mittlerweile stellt sich in der öffentlichen Diskussion zunehmend wieder die erforderliche Versachlichung ein.

Die Trends der Behandlungsstatistik bilden sich kaum in repräsentativen Wiederholungsbefragungen ab. Die Survey-Ergebnisse zeigen eher in die entgegengesetzte Richtung und beschreiben, bei wel-

lenartigen Verläufen, längerfristig eine rückläufige Entwicklung im Alkoholkonsumverhalten von Jugendlichen (9, 10).

Trotzdem ist aufgrund der Datenlage nicht grundsätzlich auszuschließen, dass eine Subgruppe riskante und problematische Trinkmuster entwickelt hat (8).

Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass die Klinikeinlieferungen von Jugendlichen aufgrund akuter Alkoholintoxikation auf einer medizinischen Indikationsstellung durch den Notarzt oder den aufnehmenden Arzt basieren und nicht das Ergebnis einer ordnungspolitischen Strategie darstellen. Ungeachtet der Diskussion um generelle Veränderungen im Trinkverhalten bei Kindern und Jugendlichen dokumentieren somit allein die absoluten Häufigkeiten, dass der in der Klinik tätige Pädiater in seinem Arbeitsalltag regelmäßig mit alkoholintoxizierten Jugendlichen konfrontiert ist.

Grundsätzlich sind diese Krankenhauseinlieferungen als ernst zu nehmende Vorfälle zu bewerten. Die Behandlung sollte deshalb folgende Interventionen einschließen:

- notfallmedizinische Akutversorgung;
- motivierende Kurzintervention (Prävention) sowie psychosoziale Risikoeinschätzung als Basis für die weitere Interventionssteuerung (11).

Idealerweise werden diese Aufgaben durch ein multidisziplinäres Team aus Medizinern, Psychologen und (Sozial-)pädagogen umgesetzt. In Deutschland hat sich mit dem alkoholspezifischen Präventionsprojekt HaLT – Hart am Limit (12) ein Modell etabliert, bei dem Pädiater durch klinikexterne Teams aus Präventionsfachkräften und Sozialpädagogen unterstützt werden, die die psychosozialen Interventionen übernehmen (13).

Im Folgenden beschäftigen wir uns mit der Akutsituation im Krankenhaus und fokussieren vor allem auf die Möglichkeiten der Risikoeinschätzung bei alkoholintoxizierten Jugendlichen. Eingangs werden kurz zentrale konzeptionelle Eckpunkte des alkoholspezifischen Präventionsprojekts

HaLT – Hart am Limit skizziert und anschließend werden anhand bisheriger Forschungsbefunde stationär behandelte jugendliche Rauschtrinker charakterisiert. Es folgen eine Übersicht über Screeninginstrumente für die Identifikation von problematischem Alkoholkonsum bei Jugendlichen, die Diskussion von psychologischen und sozialpädagogischen Strategien der Risikobeurteilung sowie eine Beschreibung der motivierenden Kurzintervention. Als Möglichkeit zur Identifikation von Risikojugendlichen wird ausführlich die Herangehensweise vorgestellt, die gemeinsam mit dem Münchner HaLT-Standort Condros e.V. easyContact entwickelt wurde und die Basis der Interventionsschulungen der HaLT-Mitarbeiter in Bayern bildet. Abschließend folgen Hinweise für die weitere Interventionssteuerung im Netzwerk von Fachdiensten.

#### **Das alkoholspezifische Präventionsprojekt HaLT – Hart am Limit**

Das Präventionszentrum Villa SCHÖPFLIN entwickelte im Jahr 2003 mit der Lörracher Klinik für Kinder- und Jugendmedizin das alkoholspezifische Präventionskonzept HaLT – Hart am Limit. Im Anschluss an eine Implementierung als Bundesmodellprojekt erfolgte der bundesweite Transfer des Projektes mit mittlerweile 45 Standorten in Bayern und etwa 170 Standorten deutschlandweit (13–15).

Methodisch basiert das Konzept auf einer dualen Präventionsstrategie: Die universell- und verhältnispräventiven Maßnahmen im sog. proaktiven Projektteil sind sowohl als Netzwerkansatz als auch als Baustein kommunaler Suchtprävention zu subsumieren. Darunter fallen z. B. alle Maßnahmen zur Optimierung des Jugendschutzes. Für diesen Beitrag relevant sind die Strategien im sog. reaktiven Projektteil, der für alkoholintoxizierte Jugendliche und deren Eltern 4 verschiedene Beratungsangebote sowohl in der Klinik als auch nach Entlassung zur Verfügung stellt.

Kliniken sind damit für den reaktiven Projektteil eine zentrale Schnittstelle. Eine passgenaue Implementierung des Präventionsprojektes in den durchorganisier-

ten Klinikalltag ist hierzu erforderlich (11). Die 45 bayerischen HaLT-Standorte kooperieren in diesem Kontext mit mittlerweile 91 Kliniken, in der Regel mit den Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin. Jährlich werden in Bayern etwa 1400 Jugendliche mit einer motivierenden Kurzintervention direkt im Krankenhaus erreicht. Zudem wurden bei etwa 80% der Jugendlichen auch die Eltern mit einem Gesprächsangebot in der Klinik unterstützt.

### **Charakteristika stationär behandelter jugendlicher Rauschtrinker**

Die Hypothese, dass es sich bei stationär behandelten jugendlichen Rauschtrinkern in der Mehrheit um eine Hochrisikogruppe von Kindern und Jugendlichen mit etabliertem, regelmäßigem riskantem Alkoholkonsum handelt, konnte durch bisherige Forschungsarbeiten nicht bestätigt werden. Erhebungen aus Österreich (16) und Deutschland (8) deuten vielmehr daraufhin, dass es sich bei den alkoholbedingten Krankenhauseinweisungen überwiegend um Alkoholunfälle handelt: Häufig sind es alkoholunerfahrene Jugendliche, die aufgrund ihrer Fehleinschätzung der Alkoholwirkungen stationär behandelt werden müssen.

In erster Linie führt nicht ein früh beginnender habituell-riskanter Alkoholkonsum zur Krankenhauseinlieferung, sondern eine geringe Alkoholtoleranz, gepaart mit einem situativen riskanten Trinkmuster. Kennzeichen dieses Trinkmusters sind die Präferenz für Spirituosen pur oder in Form selbst gemischter Mixgetränke sowie ein zügiges Trinken bei insgesamt kurzer Trinkdauer. Zusätzliche Kontextfaktoren, wie das Trinken an öffentlichen Plätzen gemeinsam mit der Peergroup, jedoch abseits der Kontrolle durch Erwachsene, scheinen mit ursächlich. Veränderungen im Hilfeverhalten – möglicherweise beeinflusst durch Medienberichterstattungen und Präventionskampagnen – können den Anstieg der Behandlungszahlen zusätzlich begünstigen (8, 11).

Eine Arbeitsgruppe der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz

analysierte die alkoholbedingten stationären Aufnahmen und kam zu dem Ergebnis, dass etwa 80% der eingelieferten Jugendlichen als ungefährdet gelten können. Bei weiteren 15–20% der Jugendlichen wurde aufgrund psychosozialer Belastungen entweder das Jugendamt verständigt oder eine ambulante Nachbetreuung vereinbart. Eine suchtspezifische Weiterbehandlung war etwa bei 5% der Jugendlichen indiziert (16).

In Bayern wird bei etwa 15% der Jugendlichen, bei denen das HaLT-Team eine Kurzintervention im Krankenhaus durchgeführt hat, die Aufnahme eines weiterführenden Beratungsangebotes empfohlen oder eine entsprechende Weitervermittlung initiiert. Aussagen über eine Differenzierung nach sucht- oder jugendspezifischen Hilfen sind anhand der Datenlage nicht möglich.

Diese Ergebnisse verweisen deutlich auf die entscheidende Bedeutung von indikativer Risikobeurteilung und Interventionssteuerung in der Akutsituation im Krankenhaus. Wie können risikobehaftete Jugendliche von Jugendlichen ohne gravierendes Risikopotenzial unterschieden werden? Gleichmaßen deuten die Ergebnisse aus Deutschland (8) und aus Österreich (16) darauf hin, dass es für die Identifikation von Risikojugendlichen notwendig ist, trinkbezogene und psychosoziale Faktoren (Risikopotenziale und Ressourcen) zu berücksichtigen. In Langzeitkatamnesen validierte systematische Instrumente, die beide Fragestellungen berücksichtigen, fehlen bisher für den deutschsprachigen Raum.

### **Screeninginstrumente für problematischen Alkoholkonsum bei Jugendlichen**

Grundsätzlich liegen für die Identifikation von problematischem Alkoholkonsum und alkoholbezogenen Störungen eine Reihe validierter Screeninginstrumente vor (Tab. 1), die unterstützend auch in der Krankenhaussituation eingesetzt werden können. Nur ein Teil dieser Instrumente wurde speziell für Ju-

gendliche entwickelt. Die Forschungslage ist zudem begrenzt, zumal die Verwendung von Screeninginstrumenten bei Jugendlichen in Deutschland noch wenig verbreitet ist.

PILOWSKY und WU (24) priorisieren in ihrer aktuellen Übersichtsarbeit zu Screeninginstrumenten für Jugendliche in der medizinischen Erstversorgung den CRAFFT (englischsprachige Originalversion), da

für dieses Instrument die meisten konsistenten Daten vorliegen.

TOSSMANN et al. (21) haben mit dem CRAFFT-d (die deutsche Version des CRAFFT wird als CRAFFT-d bezeichnet) eine deutschsprachige Übersetzung des CRAFFT vorgelegt und die konkurrente Validität bestimmt. Die Arbeitsgruppe spricht sich für eine Verwendung des CRAFFT-d aus, vor allem, weil das Instru-

**Tab. 1**  
Screeninginstrumente zur Identifikation von problematischem Alkoholkonsum

Screeninginstrument	Fragen (n)	Anmerkungen
AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) (17)	10	Fragen zur Trinkmenge, Trinkfrequenz und zu den gesundheitlichen und sozialen Konsequenzen des Trinkens
AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test consumption questions) (18)	3	Kurze Form des AUDIT, der ausschließlich die alkoholkonsumbezogenen Fragen beinhaltet
BASIC (Brief Alcohol Screening Instrument) (19)	6	Fragen zur Trinkfrequenz, Trinkmenge und Konsequenzen des Trinkens; entwickelt für den Einsatz in medizinischen Versorgungseinrichtungen; kein jugendspezifisches Screeninginstrument
CAGE (Akronym: Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener) (20)	4 dichotom	Thematisiert negative Konsequenzen des Alkoholkonsums; für Jugendliche nicht empfehlenswert
CRAFFT-d (deutsche Übersetzung) (21)	6 dichotom	Speziell für Jugendliche entwickelt; konkurrente Validität auch für die deutsche Übersetzung geprüft
LAST (Lübecker Alkoholabhängigkeits- und Missbrauch-Screening-Test) (22)	7 dichotom	Thematisiert psychosoziale und körperliche Konsequenzen des Trinkverhaltens; Verfahren wurde im Allgemeinkrankenhaus und in Allgemeinarztpraxen entwickelt; nicht speziell für Jugendliche
RAFFT-Alkohol (Akronym: Relax, Alone, Friends, Family, Trouble) (23)	6 dichotom	Ursprünglich in den USA speziell für Jugendliche entwickelt; in Deutschland für 12-18-Jährige normiert
POSIT (Problem-Oriented Screening Instrument for Teenagers substance use/abuse scale) (20)	17 dichotom	Speziell für 12-19-Jährige für das Screening jugendlichen Problemverhaltens entwickelt und in 10 Skalen unterteilt; 17 Fragen fokussieren auf den Substanzgebrauch

CRAFFT	Fragen in deutscher Übersetzung
CAR	Bist du schon einmal unter Alkoholeinfluss Auto gefahren oder bei jemandem mitgefahren, der Alkohol getrunken hat?
RELAX	Trinkst du, um zu entspannen, dich besser zu fühlen oder damit du dich unter Freunden oder Bekannten wohler fühlst?
ALONE	Trinkst du Alkohol, wenn du alleine bist?
FRIENDS	Haben dir Familienangehörige oder Freunde schon mal geraten, weniger zu trinken?
FORGET	Hast du schon einmal etwas vergessen, was du gemacht hast als du Alkohol getrunken hast?
TROUBLE	Hast du schon mal Ärger mit anderen bekommen als du Alkohol getrunken hast?

Tab. 2  
CRAFFT-d

ment »Erkenntnisse zu Frühindikatoren riskanten Alkoholkonsums Jugendlicher« berücksichtigt, eine hohe Praktikabilität bei Jugendlichen aufweist und in der Originalversion an unterschiedlichen Populationen, beispielsweise auch bei Jugendlichen in einer Notaufnahme, validiert wurde. Tab. 2 zeigt die 6 Fragen des CRAFFT-d in deutscher Übersetzung (21).

Dementgegen empfehlen BISCHOF, WOHLERT und RUMPF (25) den AUDIT-C mit einem Cut-Off-Wert von 5 Punkten als ökonomisches Instrument für den Routineeinsatz z. B. in Schulklassen. In ihrer Untersuchung wurden weiterhin der CRAFFT-d und die Substanzskala des POSIT eingesetzt. Für alle 3 Verfahren ermittelten die Autoren eine vergleichbare Validität, für den CRAFFT-d jedoch eine unbefriedigende interne Konsistenz.

SACK et al. (26) wiederum kommen im Vergleich mit dem RAFFT-Alkohol zu dem Ergebnis, dass der CRAFFT-d aktuell das zu bevorzugende Verfahren für die Identifikation von problematischem Alkoholkonsum bei Jugendlichen ist.

#### **Psychologische und sozial-pädagogische Strategien für die Risikobeurteilung in der Akutsituation im Krankenhaus**

Auch NOEKER et al. (27) messen der Risikoidentifikation und Interventionssteuerung in der Akutsituation im Krankenhaus besondere Bedeutung zu. Das im Zentrum für Kinderheilkunde der Universität Bonn hierzu entwickelte Konzept basiert auf einer ausführlichen individuellen Exploration, die zu einer Risikobeurteilung des Jugendlichen führt. Methodisch bezieht sich die Arbeitsgruppe auf die Durchführung einer funktionalen Bedingungsanalyse. Mit dieser Form der verhaltenstherapeutischen Verhaltensanalyse wird gemeinsam mit dem Jugendlichen die intoxikationsrelevante Alkoholepisode chronologisch rekonstruiert, wodurch Hinweise auf situativ wirksame Risiko- und Schutzfaktoren identifiziert werden können. Zur Unterstützung der funktionalen Bedingungsanalyse entwickelten NOEKER et al. (27) eine 25 Fragen umfassende Checkliste zum riskanten Alkoholkonsum in der Adoleszenz (AlkoAdol), die neben alkohol- und kon-

<b>Trinkereignis im Vorfeld der akuten Alkoholintoxikation</b>	
Situativer Kontext	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wer war an der Trinksituation beteiligt? Mit wem hast du getrunken?</li> <li>○ Wo hast du getrunken? Im öffentlichen Raum, in der Gastronomie, auf einer privaten Party?</li> <li>○ Wann wurde getrunken?</li> <li>○ Wie bist du an den Alkohol gekommen?</li> <li>○ Wie kam es zur Krankenhauseinlieferung? Wer hat Hilfe geholt?</li> </ul>
Trink- und konsum-bezogene Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Welche alkoholischen Getränke hast du getrunken?</li> <li>○ Wie viel hast du getrunken? Wie hast du die Dosierung von z. B. selbstgemischten Mixgetränken beachtet?</li> <li>○ In welchem Zeitraum hast du die Getränke getrunken?</li> </ul>
Trinkmotive und Wirkungserwartungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wieso hast du getrunken? Was waren deine Motive? Hattest du vor, dich zu betrinken?</li> <li>○ Welche Wirkungen hast du erwartet?</li> <li>○ Welche Wirkungen hast du gespürt? Hast du die Alkoholwirkung eher angenehm oder eher unangenehm erlebt? Haben dich die Wirkungen überrascht?</li> </ul>
<b>Habituellem Alkohol- und Substanzkonsum</b>	
Alkohol	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trinkst du regelmäßig Alkohol? Seit wann? Wie alt warst du, als du begonnen hast regelmäßig Alkohol zu trinken?</li> <li>○ Welche Getränke bevorzugst du?</li> <li>○ Zu welchen Gelegenheiten trinkst du Alkohol? Mit wem trinkst du üblicherweise Alkohol?</li> <li>○ Wie oft hast du im letzten Monat Alkohol getrunken? Wie viel Alkohol trinkst du an so einem Trinktag?</li> <li>○ Warst du schon einmal betrunken? Woran hast du das bemerkt? Bist du z. B. beim Laufen hin und her geschwankt, konntest du nicht mehr ordentlich sprechen oder dich am nächsten Tag an nichts mehr erinnern? Wie alt warst du, als du zum ersten Mal betrunken warst? Wie oft warst du bisher schon betrunken? Wie oft im letzten Jahr?</li> <li>○ Musstest du schon einmal aufgrund einer Alkoholintoxikation stationär behandelt werden?</li> </ul>
Illegale Substanzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hast du schon einmal illegale Drogen eingenommen? Wenn ja, welche, und wie häufig hast du im letzten Jahr illegale Drogen eingenommen?</li> </ul>
<b>Aktuelle Lebensumstände</b>	
Familie	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wohnst du zusammen mit deinen Eltern? Hast du Geschwister? Wie viele?</li> <li>○ Wie viel Geld steht dir monatlich zur Verfügung?</li> <li>○ Wie kommst du mit deinen Eltern klar? Fühlst du dich ausreichend unterstützt und gefördert? Was stört dich im Moment an der Beziehung zu deinen Eltern am meisten? Sind deine Eltern grundsätzlich informiert, mit wem und wo du abends unterwegs bist? Wie würdest du den Erziehungsstil deiner Eltern beschreiben?</li> <li>○ Was glaubst du, wie deine Eltern auf deine Alkoholintoxikation reagieren werden? Wie reagieren deine Eltern grundsätzlich auf deinen Alkoholkonsum? Welche Regeln setzen dir deine Eltern für den Umgang mit Alkohol?</li> </ul>

Schule, Ausbildung Beruf	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Welche Bildungseinrichtung besuchst du?</li> <li>○ Wie kommst du in der Schule/Ausbildung klar? Wie würdest du deine Leistungen bewerten? Bist du mit deiner Bewertung zufrieden?</li> <li>○ Gab es in der Schule bzw. der Ausbildung bereits Konflikte aufgrund deines Alkoholkonsums?</li> <li>○ Wie häufig fehlst du in Schule oder Ausbildung?</li> <li>○ Hast du die Schule bzw. Ausbildung abgebrochen?</li> </ul>
Freizeit und Peergroup	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Was sind deine bevorzugten Freizeitaktivitäten?</li> <li>○ Wie würdest du deinen Freundeskreis beschreiben? Welchen Status hast du bei deinen Freunden? Was glaubst du, wie dich deine Freunde sehen? Siehst du dich als Teil einer bestimmten Jugendkultur?</li> <li>○ Hast du einen Freund/eine Freundin? Was glaubst du, wie er/sie auf deine Alkoholintoxikation reagieren wird?</li> </ul>
Zufriedenheit und Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wie zufrieden bist du mit deiner aktuellen Lebenssituation? Was würdest du gerne verändern? Was möchtest du auch weiterhin beibehalten?</li> <li>○ Was belastet dich derzeit? Was gefällt dir gut?</li> <li>○ Gab es affektive Auffälligkeiten in der Vorgeschichte?</li> <li>○ Hast du dich schon einmal selbst verletzt, um deine Gefühle zu regulieren?</li> </ul>
<b>Bisherige Entwicklung und biographische Faktoren</b>	
Familie	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gab es oder gibt es in deiner Familie Suchterkrankungen? Andere psychische Erkrankungen?</li> </ul>
Abweichendes Verhalten und Devianz	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bleibst du häufiger mal von zu Hause weg, auch über Nacht, ohne dass deine Eltern wissen, wo du bist? Wohnungslosigkeit?</li> <li>○ Bist du schon einmal straffällig geworden?</li> </ul>

**Tab. 3**  
Fragenkatalog zur psycho-sozialen Situation für die Exploration des Risikoverhaltens von Jugendlichen

sumbezogenen auch psychologische und familiäre Fragestellungen berücksichtigt.

Eine grundsätzlich vergleichbare, insgesamt jedoch stärker psychosozial orientierte Herangehensweise wurde gemeinsam mit den Praktikern des Münchner HaLT-Standortes Condrops e.V. easyContact München entwickelt. Zielsetzung war es, die Exploration in Verbindung mit der Kurzintervention im Krankenhaus nach akuter Alkoholintoxikation durch die Berücksichtigung von Risiko- und Schutzfaktoren insoweit zu systematisieren, dass Jugendliche aufgrund ihres Risikopotenzials

der Risikogruppe oder der Gruppe ohne Risiko zugeordnet werden können.

Zu berücksichtigen ist, dass bei risikobehafteten Jugendlichen nicht grundsätzlich von einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 1666 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) auszugehen ist. Bei einzelnen Jugendlichen ist dies aber nicht auszuschließen, sodass eine Hinzuziehung des Jugendamtes auch gegen den Willen der Eltern erforderlich sein kann. Die Entscheidung hierüber ist immer individuell unter Berücksichtigung der vorliegenden medizinischen und psychosozialen Fakten

zu treffen, in Abstimmung zwischen dem behandelnden Pädiater und der psychologisch-pädagogischen Fachkraft. Ausführliche Überlegungen zur Kindswohlfährdung im Zusammenhang mit einer stationär behandelten Alkoholintoxikation finden sich bei KUTTLER (28).

Auf Basis der Ergebnisse der Exploration kann über die weitere Interventionssteuerung im Anschluss an die Behandlung im Krankenhaus entschieden werden: Welche Verhaltensänderungen sind zu empfehlen, und mit welchen Maßnahmen kann der Jugendliche dahingehend sinnvoll unterstützt werden? Auch im bayerischen Modell werden dementsprechend ergänzend zu trink- und konsumbezogenen Fragestellungen eine Reihe psychosozialer Indikatoren thematisiert.

Die trink- und konsumbezogenen Fragestellungen berücksichtigen das aktuell relevante Trinkereignis, dessen situativen Kontext sowie gegebenenfalls das habituelle Trinkverhalten des Jugendlichen. Weiterhin werden Konsumerfahrungen mit illegalen psychoaktiven Substanzen eruiert.

In vergleichbarer Weise beschäftigt sich die weitere psychosoziale Exploration ebenso mit den aktuellen Lebensumständen des Jugendlichen wie mit seiner biographischen, familiären und schulischen Entwicklung.

Handlungsleitend für die Auswahl der Fragen ist die Zielsetzung, in der begrenzten Zeit der Kurzintervention sowohl markante Risikofaktoren wie auch Ressourcen des Jugendlichen zu identifizieren. Gerade die Exploration der Trinksituation kann dahingehend sehr aufschlussreich sein, wie der Jugendliche Risiken einschätzt, welchen Risiken er sich aussetzt bzw. ausgesetzt ist und welche Ressourcen und Kompetenzen ihm zur Kompensation von Risikosituationen zur Verfügung stehen.

Tab. 3 zeigt den Fragenkatalog, der basierend auf den praktischen Erfahrungen aus über 2000 Kurzinterventionen am Krankenbett konzipiert wurde. Der Fragenkatalog ist dabei weniger im Sinne eines

Screeningverfahrens zu verstehen, sondern dient vielmehr als Orientierung für die Gesprächsgestaltung. Der Jugendliche sollte möglichst viel Raum für seine Schilderung des Erlebten erhalten. Dem Berater kommt der Part des aktiven Zuhörers zu, der vermeiden sollte, zu viele W-Fragen aneinander zu reihen, um nicht den Eindruck eines Verhörs zu erwecken. In der Praxis behält die Exploration damit immer einen individuellen Charakter, sodass jeweils auffällige Themen hinreichend vertieft werden können.

### Risikoeinschätzung und Unterteilung in Subgruppen

Basierend auf dem Gesamteindruck der Exploration wird der Jugendliche entsprechend seinem individuellen Risikopotenzial in die Gruppe »risikobehaftet« oder in die Gruppe »kein Risiko« kategorisiert. Mit entscheidend ist, dass festgestellte Ressourcen und Risikofaktoren des Jugendlichen auch im Hinblick auf sein Lebensalter eingeordnet werden: Je älter ein Jugendlicher ist, umso wahrscheinlicher ist es, dass er bereits bestimmte Risikoverhaltensweisen zeigt. Entsprechend ist ein vergleichbares Risikoverhalten bei jüngeren Jugendlichen gravierender zu bewerten als bei älteren Jugendlichen.

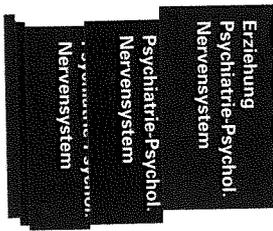
Als Jugendliche ohne Risiko werden im bayerischen Modell jene Jugendlichen eingeordnet, die bisher nur selten Alkohol konsumierten und kaum riskante Verhaltensweisen zeigten. Dies trifft auf den überwiegenden Teil der stationär behandelten Jugendlichen Rauschtrinker in Bayern zu. Im Gegensatz hierzu steht die zahlenmäßig deutlich kleinere Gruppe der Jugendlichen mit Risiko. Bei diesen



**Tab. 4**

Kriterien für die Bewertung der Risikobelastung eines Jugendlichen

Jugendliche ohne Risiko	Jugendliche mit Risiko
<p><b>Alkohol- und Drogenkonsum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erkennbare Unerfahrenheit im Umgang mit Alkohol</li> <li>○ Kein habituelles Alkoholkonsum bzw. erst kurzzeitige Erfahrungen mit Alkohol</li> <li>○ Geringe Alkoholtoleranz: z. B. komatöse Einlieferung bei geringer Blutalkoholkonzentration</li> <li>○ Bisher keine bzw. nur vereinzelte Rauscherlebnisse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Früher habituelles Alkoholkonsum: Jugendliche, die sehr jung regelmäßiges Trinkverhalten praktizieren, bereits über einen längeren Zeitraum und/oder sehr häufig konsumieren</li> <li>○ Erkennbare Alkoholtoleranz: nicht-komatöse Einlieferung, bei hoher Blutalkoholkonzentration</li> <li>○ Behandlungsbedürftige Alkoholintoxikation(en) im Vorfeld</li> <li>○ Alkoholkonsum überwiegend zur Emotionsregulation</li> <li>○ (Regelmäßiger) Konsum illegaler Substanzen</li> <li>○ Vorliegen einer substanzbezogenen Störung: Erfüllung der Kriterien für Missbrauch oder Abhängigkeit</li> <li>○ Einbindung in eine konsumierende Peergroup</li> </ul>
<p><b>Familie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Positive familiäre Unterstützung</li> <li>○ Altersadäquates familiäres Monitoring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Häufiges Fernbleiben des Jugendlichen von zu Hause, auch über Nacht</li> <li>○ Unzureichende familiäre Unterstützung</li> <li>○ Unzureichendes elterliches Monitoring</li> <li>○ Unangemessene, permissive bis gleichgültige Reaktionen der Eltern auf die Alkoholintoxikation und den Alkoholkonsum</li> <li>○ Substanzbezogene und/oder psychische Störungen in der Herkunftsfamilie</li> </ul>
<p><b>Schule/Beruf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zuverlässiger Schul- bzw. Ausbildungsbesuch mit geringen Fehltagen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Häufige Fehltag in Schule/Beruf</li> </ul>
<p><b>Devianz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Keine Hinweise auf abweichendes Verhalten und/oder Devianz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verstrickung in aggressive/kriminelle Handlungen</li> </ul>
<p><b>Psychosoziale Belastungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kaum oder nur punktuell stark ausgeprägte psychosoziale Belastungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dauerhaft hohe psychosoziale Belastungen des Jugendlichen</li> <li>○ Scheitern bisheriger Jugendhilfemaßnahmen</li> <li>○ Hinweise auf eine kinder- und jugendpsychiatrische Störung</li> </ul>



Jugendlichen wurden in der Exploration entweder gravierende Risikofaktoren identifiziert oder das Zusammenspiel aus unterschiedlich riskanten Verhaltensweisen und fehlenden Ressourcen deutete auf ein Risikopotenzial hin.

Tab. 4 zeigt Zuordnungskriterien und Indikatoren für die Beurteilung der Risikobelastung eines Jugendlichen.

Diese Zuordnungen sind grundlegend für die weitere Interventionssteuerung. Für Jugendliche ohne auffälliges Risikopotenzial ist die motivierende Kurzintervention in der Regel ausreichend. Sinnvoll kann es sein, in der Akutsituation vereinbarte Interventionsziele einige Wochen später zu evaluieren und aufzufrischen (booster). Im HaLT-Konzept besteht hierzu in dem erlebnispädagogischen Gruppenangebot eine günstige Möglichkeit, da die Motivation zur angestrebten Verhaltensänderung durch Gruppenwirkfaktoren zusätzlich begünstigt werden kann. Darüber hinausgehende intensivere Beratungs- oder Betreuungsangebote sind für Jugendliche in dieser Gruppe jedoch nicht intendiert.

Hingegen ist für Jugendliche in der risikobehafteten Gruppe eine Vermittlung in Anschlusshilfen grundsätzlich als sinnvoll zu erachten. In Abhängigkeit vom Problemschwerpunkt muss entschieden werden, ob jugendspezifische, suchtspezifische oder jugendpsychiatrische Angebote auszuwählen sind.

#### **Motivierende Kurzintervention am Krankenbett**

Idealtypisch findet die motivierende Kurzintervention für den Jugendlichen direkt am Morgen nach der akuten Alkoholintoxikation am Krankenbett statt. Grundsätzlich bietet diese Akutsituation im Krankenhaus, vergleichbar mit der Diagnoseübermittlung im Arzt-Patient-Gespräch, eine günstige Gelegenheit, den jugendlichen Patienten zu einer gesundheitsbezogenen Verhaltensänderung zu motivieren.

Für eine realistische Risikoeinschätzung ist die Exploration der (aktuellen) Lebens-

situation und des Konsumverhaltens des Jugendlichen eine zentrale Voraussetzung. Methodisch basieren Kurzinterventionen oftmals auf dem Konzept der Motivierenden Gesprächsführung (29). MILLER und SANCHEZ (30) (Tab. 5) subsumieren unter dem Akronym FRAMES eine übersichtliche Zusammenstellung der zentralen Interventionsinhalte.

Darüber hinaus sollte die motivierende Kurzintervention in der Akutsituation im Krankenhaus grundsätzlich immer mit einer – gemeinsam mit dem Jugendlichen erarbeiteten – konkreten Zielsetzung schließen. Inhaltlich naheliegend sind Ziele hinsichtlich des künftigen Umgangs mit Alkohol bzw. konkrete Veränderungsziele im Bereich des Trinkverhaltens, insofern bereits ein habitueller Alkoholkonsum praktiziert wurde. Es können aber auch Verhaltensänderungen in anderen als problematisch identifizierten Lebensbereichen, z. B. Freizeit, Schule bzw. Ausbildung, Familie, eine besondere Priorität besitzen. Häufig lassen sich trinkbezogene Verhaltensänderungen ohnehin leichter erreichen, wenn diese begleitet durch Veränderungen in weiteren Lebensbereichen stattfinden.

Die Zielsetzungen sind so konkret wie möglich zu formulieren, sodass sich der Jugendliche daran orientieren kann. Die Zielerreichung muss einfach zu überprüfen sein: Der Vorsatz, weniger zu trinken, ist gerade aus diesem Grund unzureichend. Besser ist es, Getränkeart, Trinkmenge und Trinkfrequenz für einen bestimmten Zeitraum oder für bestimmte Situationen festzulegen.

Für risikobehaftete Jugendliche kann aufgrund der Schwere und/oder der Dringlichkeit der Problematik die Vermittlung in weiterführende Beratungs- oder Behandlungsangebote höchste Priorität besitzen. Bei diesen gravierenden Verläufen kann es sinnvoll sein, auf die Festlegung konkreter Veränderungsziele zu verzichten und dafür eine gelingende Weitervermittlung als Zielsetzung zu vereinbaren. Handlungsleitend sollte sein, Kinder und Jugendliche mit identifiziertem Risikopotenzial nur aus der

Akronym FRAMES	Beratungspraxis
FEEDBACK of personal risk	Der Berater gibt dem Jugendlichen eine Rückmeldung zu seinem persönlichen Risiko. Für diese Risikoeinschätzung werden die Blutalkoholkonzentration, das habituelle Trinkmuster sowie Angaben zur psychosozialen Situation des Jugendlichen herangezogen
RESPONSIBILITY of the patient	Der Berater betont, dass die Entscheidung über und die Verantwortung für eine positive Verhaltensänderung beim Jugendlichen liegt
ADVICE to change	Auf Basis seiner fachlichen Expertise gibt der Berater dem Jugendlichen Ratschläge für eine Verhaltensänderung
MENU of ways to reduce drinking	Der Berater vermittelt dem Jugendlichen eine Auswahl von Strategien für ein weniger riskantes Trinkverhalten und/oder zur Reduktion von Trinkmengen und Trinktagen
EMPATHETIC counseling style	Die Gesprächsführung des Beraters ist gekennzeichnet durch eine empathische und nicht konfrontative Haltung, durch aktives Zuhören und ein wertschätzendes Interesse für den Jugendlichen und seine Situation
SELF-EFFICACY or optimism of the patient	Der Berater fördert die Selbstwirksamkeit des Jugendlichen, indem er ihn ermutigt, auf seine persönlichen Ressourcen zu vertrauen und optimistisch hinsichtlich seiner Möglichkeiten zur Veränderung zu sein. Wichtig hierbei ist die gemeinsame Erarbeitung individuell erreichbarer Veränderungsziele

**Tab. 5**  
FRAMES-Inhalte der Kurzintervention; nach (30)

Klinik zu entlassen, wenn ihnen und ihren Eltern konkrete Unterstützungsmöglichkeiten angeboten wurden.

Grundsätzlich ist die Evidenz von motivierenden Kurzinterventionen zur Reduktion von Trinkmengen und/oder alkoholbezogener Schädigungen bei Jugendlichen vor allem für Risikogruppen gut belegt: BABOR et al. (31) ermittelten in ihrer Metaanalyse moderate Effektstärken bei Hochrisikogruppen, ungeachtet des situativen Kontextes. PATTON et al. (32) fanden in ihrer Übersichtsarbeit Evidenz für Kurzinterventionen im Bildungs- und Gesundheitssektor.

In einem dem HaLT-Modell vergleichbaren Kontext – einer klinischen Notauf-

nahme – untersuchten SPIRITO et al. (33) die Effekte von Kurzinterventionen bei alkoholintoxikierten Jugendlichen in einer kontrolliert-randomisierten Studie. Die Autoren konnten zeigen, dass vor allem jene Jugendliche, die bereits im Vorfeld problematisch Alkohol konsumierten, monatliche Trinktage und Trinkmengen reduzierten. Die Arbeitsgruppe schlussfolgerte, dass die Akutsituation in der Klinik einen günstigen Interventionszeitpunkt für eine wirksame Kurzintervention ist.

#### **Interventionssteuerung im Netzwerk von Fachdiensten**

Für eine gelingende Interventionssteuerung bei risikobehafteten Jugendlichen, mit

gravierenden substanzbezogenen oder psychosozialen Problembelastungen ist es besonders wichtig, auf ein funktionierendes Netzwerk von spezialisierten Fachdiensten zurückgreifen zu können: vor allem Jugend- und Erziehungsberatungsstellen bei psychosozialen Schwierigkeiten und/oder familiären Konflikten, Suchtberatungsstellen bei Suchtgefährdungen und substanzbezogenen Störungen sowie Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste und ambulante therapeutische Angebote bei Hinweisen auf psychiatrische Krankheitsbilder.

Spezialisierte ambulante Beratungseinrichtungen an der Schnittstelle zwischen Jugend- und Drogenhilfe, wie z. B. der Münchner HaLT-Träger Condrops e.V., bieten ideale Voraussetzungen für die Übernahme weiterführender Beratungen: Es besteht ein hohes Maß an Praxiserfahrung in der Arbeit mit dieser jungen Zielgruppe; Suchtgefährdungen und jugendspezifische Probleme können gleichermaßen berücksichtigt werden, und ein diversifiziertes Portfolio an Jugendhilfeangeboten von ambulanten Erziehungshilfen bis hin zu stationären therapeutischen Wohnangeboten kann über diese Schnittstelleneinrichtungen vermittelt werden.

In Einzugsgebieten mit ungünstigeren strukturellen Bedingungen sollte in Kooperation mit den regionalen Jugendämtern und Suchtberatungsstellen geprüft werden, welche weiterführenden Beratungs- und Behandlungsangebote für risikobehaftete Jugendliche entwickelt und implementiert werden können.

#### Fazit für die Praxis

- Ungeachtet der Diskussionen um generelle Veränderungen im Trinkverhalten Jugendlicher sind pädiatrische Teams in ihrem Klinikalltag, vor allem auf Akutstationen, mit stark alkoholisierten Jugendlichen konfrontiert.
- Eine Risikoidentifikation ausschließlich anhand alkoholbezogener Indikatoren erscheint für diese junge Gruppe unzureichend zu sein.

○ Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, eine ergänzende pädagogisch-psychologische Perspektive zur Unterstützung des medizinischen Personals in die Klinikroutine zu integrieren.

○ Vorstellbar sind hierfür sowohl klinikexterne, wie im HaLT-Projekt gezeigt werden konnte, als auch klinikinterne Lösungen.

○ In präventiver Hinsicht erscheint es angemessen, motivierende Kurzinterventionen bei stationär behandelten jugendlichen Rauschtrinkern grundsätzlich in die klinische Behandlungsroutine mitaufzunehmen.

○ Die Risikoidentifikation bei einer risiko- und ressourcenorientierten Exploration sollte jedoch zukünftig noch mehr Bedeutung gewinnen.

○ Perspektivisch gilt es, weitere Verfahren und Instrumente zur Risikoidentifikation zu erproben, für den Routineeinsatz zu systematisieren und zu validieren.

#### Zusammenfassung

Die Anzahl von Jugendlichen mit einer stationär behandelten akuten Alkoholin- toxikation ist in verschiedenen europäischen Ländern spätestens seit dem Jahr 2000 kontinuierlich angestiegen. Aufgrund ihrer hohen Selektivität ist die Krankenhausbehandlungstatistik kein valider Indikator für repräsentative Aussagen zum problematischen Alkoholkonsum unter Jugendlichen. Jedoch beruhen die Klinik- einlieferungen grundsätzlich auf einer medizinischen Indikationsstellung, und bereits die absoluten Zahlen dokumentieren, dass stationär tätige Pädiater regelmäßig mit alkoholintoxikierten Jugendlichen konfrontiert sind.

Beim überwiegenden Teil der behandelten Jugendlichen scheint es sich um alkoholunerfahrene Jugendliche zu handeln. Dies schließt jedoch nicht aus, dass eine Subgruppe von Jugendlichen bereits habituell problematisch Alkohol trinkt und/ oder überdurchschnittliche psychosoziale Belastungen aufweist.

Der vorliegende Beitrag fokussiert deshalb auf die Akutsituation im Krankenhaus: Idealtypisch sollte bei alkoholintoxizierten Jugendlichen die Notfallmedizinische Versorgung durch eine motivierende Kurzintervention und eine psycho-soziale Indikationsstellung ergänzt werden. In Deutschland hat sich für diesen Interventionskontext das alkoholspezifische Präventionsprojekt HaLT – Hart am Limit etabliert. Gemeinsam mit den Praktikern des Münchner HaLT-Standortes wurden die konzeptionellen Vorgaben weiterentwickelt, um Jugendliche mit erhöhtem Risikopotenzial zu identifizieren. Auf dieser Grundlage lässt sich die weitere Interventionssteuerung optimieren.

STÜRMEYER, M., S. GIFT and J. WOLSTEIN:  
Binge drinking in children and adolescents.  
Brief intervention and risk assessment  
at the bedside

**Summary:** The number of adolescents hospitalized with acute alcohol intoxication has risen continuously in Germany as well as in other European countries since at least 2000. However, these data from the National Hospital Treatment Database are subject to high selection bias. Therefore, they are not a valid indicator for the amount of problematic alcohol use in this age group. Nevertheless, the great number of intoxicated and hospitalized adolescents shows that emergency room pediatricians are frequently confronted with this problem.

The majority of adolescent in-patients are non-problematic drinkers who underestimated the effects of alcohol. However, there likely is a subgroup that already developed habitual problematic drinking and / or show psycho-social complications.

This paper focuses on the acute situation in the hospital: Ideally, emergency medical care should be supplemented by a brief motivational intervention including a psycho-social risk assessment. In Germany, the specific alcohol prevention project HaLT – Hart am Limit has been established for this purpose. In cooperation with practitioners

of the Munich HaLT-project we developed specifications to identify adolescents at increased risk. On this basis, the intervention was optimized.

**Key words:** *Binge drinking – alcohol – adolescents – brief intervention – risk assessment*

#### Literatur

1. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. ICD-10. Revision German Modification Version 2009.
2. Statistisches Bundesamt. Krankenhäuser. Tabelle. F10.0 – Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol. Akute Intoxikation (akuter Rausch). 2014. Verfügbar unter URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/DiagnoseAlkoholJahre.html>
3. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Diagnosedaten der Krankenhäuser seit 2000. Gestaltbare Tabelle. Generiert am 03.04.2014. Verfügbar unter: URL: <http://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=703:12198947D>
4. Gmel G, Wicki M. Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener. Ein Update der Sekundäranalyse der Daten Schweizer Spitäler bis 2007. Abschlussbericht. Lausanne: sfa/ispa; 2009.
5. Van Hoff JJ, et al. Adolescent alcohol intoxication in the Dutch hospital departments of pediatrics. *J Stud Alcohol Drugs* 2010; 71: 366–372.
6. Wurdak M, et al. Indikatoren für das Ausmaß jugendlichen Rauschtrinkens in Bayern. *SUCHT* 2013; 59: 225–233.
7. Uhl A, Kobra U. Rauschtrinken bei Jugendlichen – Medienhype oder bedenkliche Entwicklung? *Suchttherapie* 2012; 13: 15–24.
8. Kraus L, et al. Stationäre Behandlung von Jugendlichen mit akuter Alkoholintoxikation: Die Spitze des Eisbergs? *Gesundheitswesen* 2012; 75: 456–464.
9. Kraus L, Pabst A, Piontek D. Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. IFT-Berichte 181. IFT München 2012. Verfügbar unter URL: [http://www.ift.de/literaturverzeichnis/Bd\\_181\\_Espad-2011.pdf](http://www.ift.de/literaturverzeichnis/Bd_181_Espad-2011.pdf)
10. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak

- und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Köln; 2012. Verfügbar unter URL: <http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/?sub=69>
11. Stürmer M, Wolstein J. Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen – Indizierte Prävention in der Akutsituation im Krankenhaus. *Kinderärztl Prax* 2011; 82: 160–165.
  12. Kuttler H. Exzessiver Alkoholkonsum Jugendlicher – Auswege und Alternativen. *Aus Politik und Zeitgeschichte* 2008; 28: 14–22.
  13. Stürmer M, et al. Aktuelle Entwicklungen der bayernweiten Implementierung des alkoholspezifischen Präventionsprojektes »HaLT – Hart am Limit«. *Prävention* 2010; 1: 15–18.
  14. Villa Schöpflin, Hrsg. Handbuch Bundesmodellprojekt HaLT. Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen. 3. Aufl. Lörrach; 2009: Verfügbar unter URL: [http://www.haltprojekt.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=55&Itemid=107](http://www.haltprojekt.de/index.php?option=com_content&view=article&id=55&Itemid=107) (abgerufen am 15. 1. 2014).
  15. Steiner M, Knittel T, Zweers U. Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms »HaLT – Hart am Limit«. Endbericht. Basel: Prognos AG; 2008.
  16. Fandler E, et al. Alkoholmissbrauch- und -abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen. *Monatsschr Kinderheilkd* 2008; 156: 591–604.
  17. Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR. The alcohol use disorders identification test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *J Stud Alcohol* 1995; 56: 423–432.
  18. Bradley KA, et al. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res* 2007; 31: 1208–1217.
  19. Bischof G, et al. Development and evaluation of a new Screening instrument for alcohol use disorders and at-risk drinking: The brief alcohol screening instrument BASIC. *J Stud Alcohol* 2007; 68: 607–614.
  20. Knight JR, et al. Validity of brief alcohol screening test among adolescents: A Comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE and CRAFFT. *Alcohol Clin Exp Res* 2003; 27: 67–73.
  21. Tossmann P, et al. Bestimmung der konkurrierenden Validität des CRAFFT-d. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2009; 37: 451–459.
  22. Rumpf HJ, Hapke U, John U. Development of screening questionnaire for the general hospital and general practices. *Alcohol Clin Exp Res* 1997; 21: 894–898.
  23. Laging M. Assessment und Diagnostik in der sekundären Suchtprävention bei Jugendlichen. *Prävention* 2005; 1: 9–12.
  24. Pilowsky DJ, Wu LT. Screening Instruments for substance use and brief interventions targeting adolescents in primary care: A literature review. *Addic Behav* 2013; 38: 2146–2153.
  25. Bischof G, Wohler T, Rumpf HJ. Screening-Verfahren zur Identifizierung von problematischem Alkoholkonsum bei Jugendlichen. *SUCHT* 2012; 58: S-05-001.
  26. Sack PM, et al. Screening auf Substanz bezogene Störungen mit dem RAFFT bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *SUCHT* 2011; 57: 173–181.
  27. Noeker M, et al. Akute Alkoholintoxikation: Bei wem ist welche Anschlussintervention indiziert? *Kinderärztl Prax* 2011; 82: 150–159.
  28. Kuttler H. Aufmerksamkeit ohne Alarmismus: alkoholintoxikierte Jugendliche im Krankenhaus und Kindeswohlgefährdung. *J Amt* 2012, 9: 448–456.
  29. Miller WR, Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung: ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen, Freiburg: Juventa; 1999.
  30. Miller WR, Sanchez VC. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard G, editor. *Issues in alcohol use and misuse in young adults*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press; 1994.
  31. Babor T, et al. *Alcohol: No ordinary commodity – research and public policy*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2010.
  32. Patton R, et al. Alcohol screening and brief intervention for adolescents: The how, what and where of reducing alcohol consumption and related harm among young people. *Alcohol and alcoholism advance access published November 13; 2013*. Verfügbar unter URL: <http://alcalc.oxfordjournals.org/>
  33. Spirito A, et al. A randomized clinical trial of brief motivational intervention for alcoholpositive adolescents treated in an emergency department. *J Pediatr* 2004; 145: 396–402.
- Interessenkonflikt:** Die Autoren erklären, dass bei der Erstellung des Beitrags keine Interessenkonflikte im Sinne der Empfehlungen des International Committee of Medical Journal Editors bestanden.
- MARCO STÜRMER, M.Sc.**  
Bayerische Akademie für  
Sucht- und Gesundheitsfragen  
BAS Unternehmerrgesellschaft  
Landwehrstraße 60–62  
80336 München  
[marco.stuermer@bas-muenchen.de](mailto:marco.stuermer@bas-muenchen.de)