

1 Titel und Verantwortliche

Titel der Studie	Prognostizieren und Erkennen mittel- und langfristiger Entwicklungsgefährdungen nach jugendlichen Alkoholvergiftungen
Förderkennzeichen	IIA5-2511DSM220
Antragstellende Einrichtung	Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden Fetscherstr 74 01307 Dresden
Projektleiter	Prof. Dr. med. Ulrich Zimmermann Cornelius Groß (Wissenschaftlicher Mitarbeiter) Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universitätsklinik Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden Fetscherstr 74, 01307 Dresden Tel.: 0351/458-5422, Fax: 0351/458-5396 ulrich.zimmermann@uniklinikum-dresden.de
Stellvertr. Projektleiterin, Mitantragstellerin	Dipl.-Päd. Heidi Kuttler Villa Schöpflin GmbH- Zentrum für Suchtprävention Tel. 07621/ 9149091, Fax: 07621/ 9149099 kuttler-praeventon@hotmail.com
Weitere Projektmitarbeiter	Dr. phil. Olaf Reis (Mitantragsteller) Stefanie Bumke (Wissenschaftliche Mitarbeiterin) Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universität Rostock Tel.: 0381/494 9586 olaf.reis@med.uni-rostock.de Prof. Dr. med. Eva Bitzer, MPH (Mitantragstellerin) Hanna Schwendemann, Matthias Paul, (wissensch. Mitarbeiter) Institut für Alltagskultur, Bewegung, und Gesundheit, Public Health & Health Education, Pädagogische Hochschule Freiburg Tel. 0761/ 682142 evamaria.bitzer@ph-freiburg.de Prof. Dr. phil. Ludwig Kraus (Mitantragsteller) Dr. Daniela Piontek (Wissenschaftliche Mitarbeiterin) Institut für Therapieforschung München Tel.: 089/36080430, Fax: 089/36080449 kraus@ift.de
Laufzeit	01.09.2011 – 30.06.2014
Fördersumme	420.547 €.

1	Titel und Verantwortliche	1
2	Zusammenfassung	3
3	Einleitung: Hintergrund und Ziele des Projektes	4
3.1	Häufigkeit und Funktion exzessiven Alkoholkonsums im Jugendalter	4
3.2	Projektziele	6
3.2.1	Retrospektive Untersuchung des Langzeitverlaufes nach Alkoholvergiftungen	6
3.2.2	Prospektive Untersuchung des mittelfristigen Verlaufes mit Risikobeurteilung hinsichtlich Entwicklungsgefährdungen	7
4	Retrospektiver Projektteil (Langzeitkatamnese)	8
4.1	Methoden	8
4.1.1	Stichprobe und Ein-/Ausschlusskriterien	8
4.1.2	Rekrutierung der Studienteilnehmer	9
4.1.3	Verwendete Maße und Instrumente	9
4.1.4	Statistische Auswertung	10
4.1.4.1	Auswahlprozess der Prädiktor-Variablen für den Langzeitverlauf	10
4.1.4.2	Vergleich der Langzeit-Outcome-Variablen zwischen der Intoxikations- und Kontrollgruppe	11
4.1.5	Besondere Herausforderungen bei der Erreichung der Projektziele und ihre Lösung	11
4.2	Ergebnisse retrospektiver Projektteil	12
4.2.1	Rücklauf	12
4.2.2	Selektivitätsanalyse	12
4.2.3	Beschreibung der Intoxikationsgruppe (IG)	13
4.2.4	Vergleich von Intoxikations- und Kontrollgruppe	15
4.2.4.1	Soziodemographie	15
4.2.4.2	Habituellem Alkoholkonsum	15
4.2.4.3	Alkoholgebrauchsstörungen	16
4.2.4.4	Konsum illegaler Drogen	17
4.2.4.5	Nikotinkonsum	17
4.2.4.6	Lebenszufriedenheit	17
4.2.4.7	Inanspruchnahme psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung	18
4.2.4.8	Delinquenz	18
4.2.5	Prädiktion der Outcome-Variablen im Langzeitverlauf	18
5	Prospektiver Projektteil (Risikobeurteilung)	19
5.1	Methoden	19
5.1.1	Entwicklung der Testversion des RiScA-Fragebogens	19
5.1.1.1	Risiko- und Schutzfaktoren	20
5.1.1.2	Entwicklungsgefährdungen	20
5.1.2	Erhebung der Einschätzung der HaLT-Fachkräfte	23
5.1.3	Akquise teilnehmender Studienstandorte	23
5.1.3.1	Organisatorischer Ablauf der Befragung durch HaLT-Fachkräfte im Krankenhaus	25
5.1.3.2	Telefoninterview T1	25
5.1.4	Statistische Auswertungen	27
5.1.4.1	Datenqualität - Analyse fehlender Werte	27
5.1.4.2	Psychometrische Güte	27

5.1.4.3	Konstruktion der Entwicklungsgefährdungsindizes	27
5.1.4.4	Logistische Regression	28
5.1.4.5	Analysen zur Stichprobenselektivität	28
5.2	Ergebnisse prospektiver Studienteil	28
5.2.1	Rekrutierung der Studienteilnehmer	28
5.2.2	Datenqualität - Analyse fehlender Werte	30
5.2.3	Prüfung der psychometrischen Güte der RiScA-Testversion	30
5.2.4	Entwicklungsgefährdungen in der RiScA-Population im Vergleich zur Normalbevölkerung	33
5.2.5	Entwicklungsgefährdungen zu T0 und zu T1 im Querschnitt	34
5.2.6	Entwicklungsgefährdungen zu T0 und zu T1 im Längsschnitt	37
5.2.6.1	Subgruppenanalyse nach Geschlecht	37
5.2.7	Entwicklungsgefährdungen und Schutzfaktoren – Charakteristika der zu T1 stark gefährdeten Jugendlichen	39
5.2.7.1	Einschätzung der HaLT-Fachkräfte	41
5.2.8	Prognose von Entwicklungsgefährdung	42
5.2.9	Stichprobenselektivität – Wer konnte zu T1 erreicht werden?	43
5.2.10	Die Entwicklung des RiScA-Fragebogens	46
6	Diskussion der Ergebnisse	47
7	Gender Mainstreaming Aspekte	49
8	Gesamtbeurteilung	50
9	Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	50
10	Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)	52
11	Verzeichnis projektbezogener Publikationen	54
12	Literaturverzeichnis	55
13	Verzeichnis der Anlagen	61

2 Zusammenfassung

Die Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen von Kindern und Jugendlichen aufgrund von Alkoholvergiftungen nahm in Deutschland und vielen anderen Ländern der EU in den letzten 15 Jahren besorgniserregend zu. Bislang wurde dieses Phänomen vorwiegend unter epidemiologischen Aspekten betrachtet. Daten zur persönlichen Untersuchung betroffener Jugendlicher wurden bislang nur von Reis et al (2009) und Kraus et al (2013) berichtet. Erkenntnisse zum mittel- und langfristigen Entwicklungsverlauf gibt es bislang ebenso wenig wie zu der Frage ob eine Kurzintervention wie z.B. im Rahmen des Projektes „Hart am Limit“ (HaLT) ausreicht oder ob intensiverer Beratungsbedarf besteht und möglicherweise Maßnahmen zur Abwehr von Kindeswohlgefährdung getroffen werden müssen. Zur Beantwortung dieser Fragen führte das vorliegende Projekt eine retrospektive Untersuchung zum Langzeitverlauf sowie eine prospektive Studie zum mittelfristigen Verlauf nach Alkoholvergiftungen im Jugendalter durch.

Im retrospektiven Teil wurden 1603 Fälle stationär-pädiatrischer Behandlung von Alkoholvergiftungen und eine gematchte Kontrollgruppe von 641 Jugendlichen mit stationärer Behandlung aus anderen Gründen identifiziert. Davon konnte bei 277 bzw. 116 Personen ein standardisiertes Telefoninterview durchgeführt werden. Die Teilnehmer waren im Mittel 24 Jahre alt und die Krankenhausbehandlung lag 8,4 Jahre zurück. Im Vergleich zur Kontrollgruppe tranken Teilnehmer/innen der Intoxikationsgruppe signifikant mehr Alkohol, wiesen mehr Anzeichen von Alkoholgebrauchsstörungen auf und waren häufiger bereits als alkoholabhängig einzuschätzen. Zudem berichteten sie häufiger über den Gebrauch illegaler Drogen, vor allem Cannabinoiden, sowie häufigeres delinquentes Verhalten. Die große Mehrheit von 80% war jedoch nicht alkoholabhängig im Sinne von DSM-IV, betrieb auch keinen Alkoholmißbrauch, nahm nicht häufiger psychiatrische/ psychotherapeutische Behandlungen in Anspruch und war in einer Reihe von Aspekten nicht unzufriedener mit ihrer Lebensgestaltung.

Im prospektiven Teil wurde der mittelfristige Verlauf durch eine Kohortenstudie untersucht, um ein Erhebungsinstrument zu Risiko- und Schutzfaktoren bei Alkoholvergiftungen im Kindes- und Jugendalter (RiScA) zu entwickeln. Dazu wurden 342 Jugendliche (M=15,5 (SD 1,2) Jahre, 51,9% männlich) vor dem HaLT-Brückengespräch mittels einer Testversion des RISCA-Fragebogens am Krankenbett untersucht und 228 davon nach 6-8 Monaten telefonisch nachbefragt. Der Fragebogen erfasste Art und Zahl von bestehenden Entwicklungsgefährdungen sowie umfassend Risiko- und Schutzfaktoren. Die telefonische Nachbefragung erfasste neu aufgetretene Entwicklungsgefährdungen. Die mehrdimensionale Struktur des Fragebogens konnte statistisch sehr gut bestätigt werden. Mindestens zwei Entwicklungsgefährdungen berichten 45,2% der Jugendlichen zu T0 und ein Viertel zu T1, wobei sich Mädchen und Jungen unterscheiden. Jugendliche die zu T0 mindestens zwei Entwicklungsgefährdungen aufweisen, haben eine um das Fünffache erhöhte Wahrscheinlichkeit, zu T1 ebenfalls stark gefährdet zu sein. Es ist zu berücksichtigen, daß die zu T0 und T1 erreichten Jugendlichen signifikant belasteter sind als der Durchschnitt dieser Alterskohorte, diese Subgruppe aber bereits eine Positivauswahl darstellt.

Insgesamt legen diese Ergebnisse den Schluss nahe, dass jugendliche Alkoholvergiftungen in der überwiegenden Mehrheit der Fälle nicht mit einer besorgniserregenden oder ungünstigen Langzeit-Entwicklung verbunden sind. Bei einer Minderheit entwickelt sich jedoch bereits bis Mitte Zwanzig eine voll ausgeprägte Alkoholabhängigkeit mit mehreren damit assoziierten Verhaltensproblemen. Bereits während des stationären Krankenhausaufenthaltes kann durch persönliche Befragung eine Hochrisikogruppe von Jugendlichen identifiziert werden, die mehreren Entwicklungsgefährdungen ausgesetzt sind. Der Hauptproblembereich liegt dabei zumeist gar nicht im Alkoholkonsum, sondern im sozialen Umfeld, in Verhaltensauffälligkeiten oder Symptomen affektiver Erkrankungen. Für diese Gruppe erscheint eine Nachsorge die sich allein auf Alkoholkonsum fokussiert, unangebracht. Mit dem RiScA Fragebogen liegt ein kurzes, valides Instrument vor, mit dem es gelingt das Ausmaß und die Art von Entwicklungsgefährdungen und weiterer Einflussfaktoren bei Jugendlichen nach Alkoholintoxikation zu erfassen. Dies bietet eine verlässliche Grundlage für die bedarfsgerechte Planung von Maßnahmen der Prävention und Früherkennung

3 Einleitung: Hintergrund und Ziele des Projektes

3.1 Häufigkeit und Funktion exzessiven Alkoholkonsums im Jugendalter

In vielen Ländern der EU ist seit Beginn der 2000er Jahre eine besorgniserregende Zunahme von Krankenhausbehandlungen von Kindern und Jugendlichen aufgrund von Alkoholvergiftungen zu beobachten. Auch in Deutschland ist die Zahl der 10-20-Jährigen, die mit der Diagnose F10.0 Psychi-

sche und Verhaltensstörungen durch Alkohol (akute Intoxikation, akuter Rausch) in ein Krankenhaus eingeliefert wurden, stark angestiegen. Während im Jahr 2000 von 100.000 Personen dieser Altersgruppe 101 alkoholbedingt im Krankenhaus versorgt werden mußten (Fälle absolut 9.500), waren es im Jahr 2011 bereits 325 pro 100.000 (Fälle absolut 26.000) (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2011). Über die Gefährdung dieser Jugendlichen hinsichtlich späterer Suchterkrankungen liegen bislang keine empirischen Daten vor, ebenso wenig zu anderen Entwicklungsgefährdungen, die sich aufgrund hoher Belastungen und bei geringen Ressourcen im personalen, familiären und sozialen Bereich ergeben (z.B. Gewaltopferschaft, Schulschwänzen, delinquentes oder gewalttätiges Verhalten, Obdachlosigkeit oder akut gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen). Zudem gibt es keine Kriterien für die Unterscheidung, ob im Einzelfall eine alkoholspezifische Kurzintervention wie z.B. das HaLT-Programm genügt, oder ob weitergehende Maßnahmen, z.B. zur Abwehr von Kindeswohlgefährdung oder eine familientherapeutische Intervention notwendig sind, um die Chancen für eine gesunde Entwicklung zu erhöhen.

Die mit exzessivem Alkoholkonsum im Jugend- und jungen Erwachsenenalter unmittelbar assoziierten Folgen sind insbesondere Unfälle, Kriminalität und Gewalt (Kraus, Piontek, Pabst, & Bühringer, 2011); (Kuhn, Trenkler, & Kalke, 2011; Stolle, Sack, & Thomasius, 2009)), wobei alkoholisierte Personen nicht nur häufiger Täter, sondern auch eher Opfer von Gewalt werden (Kuntsche, 2007). Ein Drittel aller tödlichen Verkehrsunfälle bei 15-20-Jährigen steht in Verbindung mit Alkohol (Stolle et al., 2009). Das Risiko, zu sexuellen Handlungen gezwungen zu werden, vervielfacht sich bei Trunkenheit um den Faktor 7 (Kuhn et al., 2011). Weiterhin steigt unter Alkoholeinfluß die Zahl von Suizidversuchen und vollendeten Suiziden (Stolle et al., 2009). Aufgrund der toxischen Wirkung des Alkohols drohen Nierenversagen, Kreislaufschock sowie bleibende Hirnschäden, falls eine starke Unterzuckerung nicht behandelt wird (Wolstein J., 2008). Mittel- und langfristig gilt früher und exzessiver Alkoholkonsum als Risikofaktor für Schulprobleme, Suchtmittelmißbrauch und delinquentes Verhalten in der späten Adoleszenz (Spirito et al., 2001; Uhl & Kobra, 2012), für die verzögerte Erfüllung von Entwicklungsaufgaben (Blomeyer & Laucht, 2009; Hurrelmann, Klocke, Melzer, & Ravens-Sieberer, 2003), soziale Probleme und Abhängigkeitsentwicklung (Blomeyer & Laucht, 2009; Korczak, Steinhauser, & Dietl, 2011; Kraus et al., 2012; Kuhn et al., 2011). Diese Folgen sind möglicherweise mit Veränderungen von Hirnfunktion und -Anatomie verbunden, wie sie als Konsequenz von exzessivem Alkoholkonsum im Tiermodell nachgewiesen wurden (Coleman, He, Lee, Styner, & Crews, 2011; Zahr et al., 2010).

Gemeinsames (exzessives) Trinken von Alkohol kann im Jugendalter aber auch wichtige soziale Funktionen erfüllen. So werden Prozesse der Identitätsentwicklung und Zugehörigkeit zur Peer-Group über gemeinsames Trinken subjektiv sinnhaft gesteuert (Stumpp, Stauber, & Reinl, 2009). In bestimmten Jugendmilieus ist Alkoholmissbrauch Teil des Lebensstils und Trinkmotive sind nicht individuell, sondern milieuspezifisch begründet (Becker, 2010; Stumpp et al., 2009). Exzessiver Alkoholkonsum stellt für viele Jugendliche eine Form von Risikoverhalten dar und wird häufig als Unterstützung bei der Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben erlebt (Franzkowiak, 2002; Klein, 2007). Befunde aus Längsschnittstudien belegen zudem, dass das bei Jugendlichen zu einem einzigen Zeitpunkt erfasste Trinkverhalten kaum in einem Zusammenhang mit späteren (alkoholbezogenen) Problemen steht. Entscheidend ist vielmehr die Steigerung und Aufrechterhaltung des Konsums in Kombination mit Suizidalität, Ängstlichkeit, Depressivität und sozialen Problemen (Weichold, Bühler, & Silbereisen, 2008). Daher ist es die vordringliche Aufgabe der Prävention, eine Verfestigung riskanter Trinkmuster über das Jugendalter hinaus zu verhindern. In Fällen einer vorliegenden Entwicklungsgefährdung kommt der Prävention die Aufgabe der Früherkennung und Integration in weiterführende Hilfen zu.

Hierzu gilt es als erstes, Risiko- und Schutzfaktoren für problematische Entwicklungen anhand geeigneter Prädiktoren zu erkennen. Dies gilt als Voraussetzung für den zielgerichteten Einsatz wirksamer präventiver Interventionen (Arthur, Hawkins, Pollard, Catalano & Baglioni Jr., 2002). Dabei verstehen wir unter Risikofaktoren solche Einflußgrößen, die eine problematische Entwicklung (ggf. bis hin zu einer manifesten Störung) bei einer Person wahrscheinlicher machen als bei einer zufällig aus der Gesamtbevölkerung ausgewählten Person. Schutzfaktoren reduzieren die Eintrittswahrscheinlichkeit von Problemen entweder direkt oder indem sie Belastungen mildern (Arthur et al., 2002; Bengel, Meinders-Lücking & Rottmann, 2009). Über die Häufigkeit und den Schweregrad von Gefährdungen, die sich aufgrund hoher Belastungen der Jugendlichen bei geringen Ressourcen im personalen, familiären und sozialen Bereich ergeben, liegen bislang nur wenig verlässliche Informationen vor. Zudem gibt es keine Kriterien für die Unterscheidung, ob im Einzelfall eine alkoholspezifische Kurzintervention wie z.B. eine Teilnahme am HaLT-Präventionsprogramm (Kuttler, 2006) genügt, oder ob weitergehende Maßnahmen, z.B. zur Abwehr von Kindeswohlgefährdung oder eine familientherapeutische Intervention notwendig sind, um die Chancen für eine gesunde Entwicklung zu erhöhen.

3.2 Projektziele

Hauptziel ist es, die weitere Lebensentwicklung von Jugendlichen nach stationärer Behandlung wegen Alkoholvergiftungen zu erfassen und eine einfache Methode zu entwickeln, mit der dieser Verlauf auf Einzelfallebene frühzeitig vorhergesagt werden kann. Zu diesem Zweck wurden zwei sich ergänzende Projektteile durchgeführt, nämlich eine retrospektive Befragung junger Erwachsener, deren einschlägige Alkoholintoxikation bereits 5-13 Jahre zurückliegt, sowie eine prospektive Verlaufsuntersuchung, bei der die Jugendlichen im Rahmen des HaLT- Programms persönlich am Krankenbett befragt und nach 6 Monaten telefonisch nachbefragt werden.

3.2.1 Retrospektive Untersuchung des Langzeitverlaufes nach Alkoholvergiftungen

Weder in Deutschland noch in anderen Ländern existieren Langzeitdaten über die spätere Entwicklung von Kindern und Jugendlichen nach Alkoholvergiftungen. Somit kann auch schwer abgeschätzt werden, welche gesellschaftliche Bedeutung dieser besorgniserregenden Entwicklung zukommt. Um dies aufzuklären, sollen junge Erwachsene, die als Jugendliche vor mindestens 5 Jahren wegen Alkoholvergiftung stationär behandelt wurden, telefonisch befragt werden. Dabei werden wesentliche Aspekte der psychosozialen Entwicklung im jungen Erwachsenenalter erfragt. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Entstehung von Alkoholgebrauchsstörungen, und dem Konsum von Tabak und illegalen Substanzen. Um die Aussagekraft dieser Daten zu erhöhen soll eine Vergleichsstichprobe gleichaltriger Probanden identifiziert und interviewt werden, die im selben Alter wegen nicht alkoholassoziierter Gründe für 1-2 Tage stationär in Kinderkliniken behandelt wurden. Erst durch den direkten Vergleich mit dieser Kontrollgruppe kann sicher entschieden werden, ob im Gefolge einer jugendlichen Alkoholvergiftung ein erhöhtes Risiko für Suchterkrankungen auftritt oder nicht.

Unter gesundheitspolitischen Aspekten können die erhofften Daten helfen zu erkennen, ob und unter welchen Umständen der Trend zu vermehrtem Rauschtrinken in einen Anstieg von Suchterkrankungen bei jungen Menschen mündet. Darüber hinaus können Intoxikationen aber auch als Warnhinweise für deviante Karrieren ohne Entwicklung einer Suchterkrankung gesehen werden. Beispielsweise sind delinquente Lebensverläufe oder Patientenkarrieren in der Psychiatrie häufig an Drogengebrauch gekoppelt. Somit können die erwarteten Ergebnisse die allgemeine Planung des Suchthilfesystems und anderer Hilfesysteme in Deutschland unterstützen.

Zudem sollen die stationären Krankenakten aller Interviewten systematisch hinsichtlich potentieller Prädiktoren für Entwicklungsgefährdungen als auch Schutzfaktoren analysiert werden. Ziel hierbei ist es, den RiScA, der im prospektiven Studienteil entwickelt wird, weiter zu optimieren und durch medizinische Aspekte zu ergänzen, die spezifisch von Seiten der Ärzte erhoben werden können (z.B. Blutalkoholspiegel, Alkoholtoleranz, Laborwerte, Drogenscreening, psychiatrische Diagnosen und medikamentöse Vorbehandlung). Neben diesen zusätzlichen Prädiktorvariablen bietet dieser retrospektive Ansatz den Vorteil einer wesentlich längeren Nachbeobachtungszeit. Die Ergebnisse sollen zum einen eine Empfehlung an die Kinderärzte ermöglichen, welche Befunde sie gezielt erheben sollten, um die Risikoabschätzung und darauf basierend die Indikationsstellung für weitere Maßnahmen zu präzisieren. Zum anderen sollen die aussagekräftigsten Prädiktoren in die Endversion des RiScA integriert werden, um damit auch eine Prädiktion des Langzeitverlaufes zu ermöglichen.

3.2.2 Prospektive Untersuchung des mittelfristigen Verlaufes mit Risikobeurteilung hinsichtlich Entwicklungsgefährdungen

Im Rahmen des vom Bundesgesundheitsministerium 2003 initiierten Modellprojektes Hart am Limit – HaLT (Kuttler, 2009; Wolstein, Wurdak, & Stürmer, 2011) erhalten Jugendliche, die aufgrund einer Alkoholintoxikation stationär behandelt werden, eine Frühintervention am Krankenbett. Das heute bundesweit verbreitete Programm verknüpft lokal abgestimmte Alkoholprävention mit einer Kurzintervention für betroffene Jugendliche und ihre Eltern und ggf. einer Weitervermittlung in therapeutische oder kurative Angebote. Durch die Begleitforschung zu HaLT ist bekannt, dass es sich bei diesen Jugendlichen um eine sehr heterogene Zielgruppe handelt. Eine alkoholbedingte Krankenhausbehandlung an sich stellt keinen aussagekräftigen Indikator für habituell problematischen Alkoholkonsum dar (Kraus et al., 2012) und es handelt sich bei diesen Jugendlichen auch keineswegs ausschließlich um Problemjugendliche. Vielmehr liegen bei der überwiegenden Mehrzahl alterstypische Trinkmotive und Begleitumstände vor (Kuttler, 2009; Reis, Pape, & Häßler, 2009a). Zwischen 13 und 30 % der behandelten Jugendlichen werden allerdings als gefährdet eingestuft bzw. haben umfassenden Hilfebedarf (Kraus et al., 2010; Reis et al., 2009b; Steiner, Knittel, & Zweers, 2008; Uhl & Kobra, 2012) aufgrund akut bestehender Risikofaktoren, wie. z.B. häusliche und/oder sexuelle Gewalt, Wohnungslosigkeit (Bundesministerium für Gesundheit, 2007). Auffällig war daneben ein im Verbleich zur Grundgesamtheit signifikant höherer Anteil von alleinerziehenden Eltern (Reis, Pape & Häßler 2009b). Während des HaLT-Brückengesprächs gelingt es aus Zeitgründen nicht immer, alle potentiellen Risikofaktoren aufzudecken, im Gespräch zu adressieren und/oder die Gesprächszeit fokussiert auf die individuell bestehenden Problemlagen zu nutzen. Daher formulierten Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis im Rahmen der HaLT-Forschungskonferenz im Juni 2010 „Es ist dringend notwendig, ein Instrument zur Risikobeurteilung für die Arbeit am Krankenbett zu entwickeln“ (Wolstein, 2010).

Mit der Entwicklung des RiScA-Fragebogens möchten wir diese Lücke schließen: Der **RiScA (Risiko und Schutzfaktoren nach Alkoholvergiftungen)** soll modular aufgebaut sein und dabei verschiedene Dimensionen von Risiko- und Schutzfaktoren erfassen. In der Endversion sollen nur die Risiko- und Schutzfaktoren erfasst werden, die einen eigenständigen Beitrag zur Vorhersage von Entwicklungsgefährdungen leisten bzw. welche als Grundlage einer ressourcenorientierten Prävention dienen. D.h. angestrebt wird ein theoretisch fundiertes und validiertes Instrument, dessen Fähigkeit, mittelfristig (d.h. in den nächsten sechs Monaten) auftretende schwere Entwicklungsgefährdungen vorherzusagen, empirisch abgesichert ist. Auf dieser Basis soll er auch Kriterien zur Entscheidung darüber anbieten, ob und ggf. welche weiterführenden Maßnahmen angezeigt sind (z.B. Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung, Vermittlung zu Schulpsychologen, Jugendberatungsstellen, Beratungsan-

geboten für Kinder alkoholkranker Eltern). Da der Krankenhausaufenthalt eine Chance bietet, schwere Entwicklungsgefährdungen zu einem frühen Zeitpunkt zu erkennen, sollte mit dem RiScA-Fragebogen auch eine möglichst valide Erfassung dieser Aspekte möglich sein. Um so mehr als bekannt ist, dass die Krankenhaussituation als „offener Moment“ zu besonderer Offenheit und Veränderungsbereitschaft führt (Reis, 2012). Um den HaLT-Fachkräften Ansatzpunkte für eine ressourcenorientierte Beratung zu bieten, sollen systematisch auch Schutzfaktoren erfasst werden. Im Zentrum stehen familiäre Schutzfaktoren, da sie im Zuge einer Kurzintervention als wertvolle Ansatzpunkte thematisiert werden können.

Der RiScA-Fragebogen ist dabei primär für den Einsatz am Krankenbett vorgesehen und soll Präventionsfachkräften erlauben, Risikofaktoren für Entwicklungsgefährdungen, aber auch bereits eingetretene schwere Belastungen und Probleme bei den Jugendlichen schnell und zuverlässig zu erkennen. Damit soll insbesondere den HaLT-Fachkräften eine gezieltere Gesprächsführung ermöglicht werden, die im Sinne des salutogenetischen Handlungsansatzes nicht nur bestehende Risiken thematisiert und zu minimieren sucht, sondern zielgerichtet auch Stärken und Ressourcen zu erkennen und zu fördern vermag. Als Grundlage für eine an den Stärken orientierte Prävention sollen auch Schutzfaktoren und Ressourcen von Jugendlichen und ihren Familien erfasst werden. Um dieses Ziel zu erreichen, soll zunächst eine Vorversion des RiScA-Fragebogens konstruiert werden (RiScA-Langversion). Diese soll in einer prospektiven Kohortenstudie in Bezug auf die prognostische Relevanz geprüft und optimiert werden, sodass eine auf die wesentlichen Merkmale reduzierte endgültige Fassung des RiScA für den Einsatz am Krankenbett zur Verfügung stehen soll.

Der finale Kurzfragebogen, der auf dem prospektiven Studienteil basiert, soll durch aussagefähige Indikatoren für langfristige Entwicklungsgefährdungen ergänzt werden, welche im katamnestischen Studienteil identifiziert wurden. Das geplante Instrument soll ökonomisch und präzise Risikofaktoren für gravierende Entwicklungsgefährdungen erfassen und zudem Schutzfaktoren erheben, um das Brückengespräch im Zuge des HaLT-Programms effektiver als bisher zu gestalten.

Der **RiScA** Fragebogen soll verschiedene Dimensionen von Risiko- und Schutzfaktoren erfassen. Beispielsweise Hinweise auf Kindeswohlgefährdung, psychosoziale Faktoren wie z.B. Schulbesuch/Ausbildung oder sozio-ökonomischer Status der Familie/Arbeitslosigkeit der Eltern, Erziehungsverhalten der Eltern/Eltern-Kind-Beziehung, sowie alkoholbezogenes Risikoverhalten. Angestrebt wird ein theoretisch fundiertes und validiertes Instrument, dessen Fähigkeit, mittelfristig auftretende schwere Entwicklungsgefährdungen vorherzusagen, empirisch abgesichert ist.

4 Retrospektiver Projektteil (Langzeitkatamnese)

4.1 Methoden

4.1.1 Stichprobe und Ein-/Ausschlusskriterien

Für den retrospektiven Studienteil wurden 1603 ehemalige Patienten/innen aus Kinderkliniken an drei Standorten (Dresden, Rostock, München) anhand der Aufnahmediagnose „Alkoholintoxikation“ (ICD-10: F10.0 bzw. T51.0) und dem Geburtsdatum identifiziert (Intoxikationsgruppe). Die Stichprobe für die Intoxikationsgruppe bildeten Patienten/innen, die zwischen 2000 und 2007 alkoholbedingt im Krankenhaus behandelt wurden und die zur Zeit der Katamnese mindestens 20 Jahre alt waren. Dies ermöglichte die Untersuchung eines Langzeitverlaufs ab dem Intoxikationsereignis von 5 bis 13 Jahren. Parallel zur Intoxikationsgruppe wurde eine Kontrollgruppe (n = 641) gezogen, die hinsichtlich

des Behandlungszeitraumes (Jahr der Aufnahme und Behandlungsdauer von 1 - 2 Tagen), Alter und Geschlecht identisch, in der Diagnose jedoch verschieden war, beispielsweise Patienten, die aufgrund von äußeren Verletzungen oder unklaren Schmerzzuständen stationär behandelt wurden (Ausschluss: chronische Erkrankungen, Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen F 10 - F 19). Diese Stichprobenplanung war so gewählt, daß bereits ein kleiner Effekt im Sinne eines Mittelwertunterschieds von einem Skalenpunkt auf dem AUDIT (als beispielhafte Outcome-Variable) zwischen beiden Studiengruppen entdeckt werden konnte (Power = .95).

4.1.2 Rekrutierung der Studienteilnehmer

Die Identifizierung der Fälle der Intoxikations- und Kontrollgruppe erfolgte in insgesamt fünf Kinderkrankenhäusern an den drei Studienzentren und umfaßte folgende Häuser:

- Klinikum Pirna GmbH, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
- Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
- Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus
- Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Schwabing, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
- Universitätsmedizin Rostock, Kinder- und Jugendklinik.

Die Adressen der ehemaligen Patienten aus den Krankenakten wurden extrahiert und mit Hilfe der Einwohnermeldeämter in den drei Studienzentren aktualisiert, sofern die ehemaligen Patienten ihren Wohnsitz in Dresden, München oder Mecklenburg-Vorpommern hatten. Die Kontaktaufnahme mit den ehemaligen Patienten erfolgte, in dem das behandelnde Krankenhaus die vom Einwohnermeldeamt aktualisierte Adresse anscrieb (ggf. auch ein zweites Mal) und um die Teilnahme an einem Telefoninterview zum Thema „Gesundheitsentwicklung nach Krankenhausbehandlung im Jugendalter“ bat. Die Adressaten konnten eine beigegefügte Einverständniserklärung inkl. Telefonnummer zum Rückruf zurücksenden. Lag diese im Studienzentrum vor, wurden die Probanden von Studienmitarbeitern zurückgerufen, um das Interview durchzuführen, das ca. 30-45 Minuten dauerte. Als Aufwandsentschädigung wurden ihnen 35 € angeboten. Bei Betroffenen, die nicht über den beschriebenen Weg erreicht werden konnten, wurde versucht, ob ein informeller Erstkontakt über soziale Netzwerke im Internet gelingt. Eine Kontaktaufnahme erfolgte nur dann, wenn aufgrund des dort veröffentlichten Nutzerprofils sehr wahrscheinlich war, dass es sich tatsächlich um die betroffene Person handelt.

4.1.3 Verwendete Maße und Instrumente

Die damaligen Krankenakten der identifizierten Fälle der Intoxikations- und Kontrollgruppe wurden in den Klinikarchiven systematisch hinsichtlich potentieller Prädiktor-Variablen für den Langzeitverlauf analysiert. Dies umfaßte u.a. die folgenden Variablen: soziodemografische Daten, psychiatrische Vorerkrankungen, atypisches Konsummuster (alleine/zur Konfliktbewältigung/vor Schultagen/früh im Tagesverlauf), Blutalkoholkonzentration (BAK), Konsum illegaler Drogen, Sorgerecht abweichend von Eltern.

Die wichtigsten Aspekte psychosozialer Entwicklung über den Beobachtungszeitraum wurden mit Hilfe eines standardisierten, computer-assistierte Telefoninterviews erhoben. In diesem Interview wurden nach eingehenden Expertendiskussionen und einer Pilotphase 210 Items aus 12 verschiedenen

Inventaren zusammengefügt (siehe Kuttler et al, 2013). Die Durchführung des Telefoninterviews erfolgte durch geschulte Interviewerinnen, die keine Kenntnis der Ausprägung der Prädiktorvariablen hatten. Das Interview wurde sowohl an alkoholbelasteten als auch an unbelasteten Pilotgruppen getestet.

Items zur soziodemographischen Situation beinhalteten u.a. Fragen zum Beziehungsstatus oder zum Bildungsstatus, operationalisiert mit der International Standard Classification of Education (ISCED).

Die zentralen Outcome-Variablen wurden dabei mit den folgenden Maßen und Instrumenten erfaßt:

- Alkoholgebrauchsstörungen: Sektion I des DIA-X/M-CIDI über Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit (Wittchen & Pfister, 1997)
- Habituellem und problematischem Alkoholkonsum: Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Saunders et al., 1993)
- Lebenszufriedenheit: Personenfragebogen des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP)
- Rauchverhalten: ESA (Kraus et al., 2010)
- Delinquente Verhaltensweisen: ROSI-KJ (Reis et al., 2005)
- Gebrauch illegaler Drogen: originäre Items
- Inanspruchnahme psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlungen: originäre Items

Ebenso wurden im Telefoninterview Prädiktor-Variablen retrospektiv erhoben, die sich auf den Zeitraum der Adoleszenz beziehen, dazu zählten:

- Alkoholtoleranz: gekürzte Version des Self- Rating of the Effects of ethanol (SRE) Fragebogens (Schuckit et al., 1997).
- Alter zu Beginn des regelmäßigen Alkoholgebrauchs: ROSI-KJ (Reis et al., 2005)
- Schulschwänzen (regelmäßig): originäres Item
- Weglaufen (über Nacht): originäres Item
- Wohnsitz bei Eltern: originäres Item

4.1.4 Statistische Auswertung

4.1.4.1 Auswahlprozess der Prädiktor-Variablen für den Langzeitverlauf

Die Krankenakten aller Fälle der Intoxikationsgruppe wurden systematisch analysiert hinsichtlich potentieller Prädiktorvariablen für den Langzeitverlauf. Für diesen Zweck wurden im ersten Schritt zunächst insgesamt 45 Einzelvariablen aus den Akten extrahiert. Dazu zählten beispielsweise Informationen zur Soziodemographie, Medikation, Vorerkrankungen, Trinkumstände und Laborwerte. In nächsten Schritt wurden ähnliche Variablen zusammengeführt, wie z.B. Drogen-Laborwerte und Freitexthinweise auf Drogenkonsum, was die Prädiktoranzahl auf 39 reduzierte. Da nicht zu allen erhobenen Variablen Informationen in jeder der Krankenakten notiert waren, schlossen wir alle Variablen aus dem weiteren Auswahlprozeß aus, die in weniger als 70% aller Akten vorhanden waren (Ausschluss von 6 Variablen). Durch die statistischen Einschränkungen der Regressionsmodelle (Konvention: ≥ 20 Fälle pro Prädiktorvariable) und da Variablen ausgeschlossen wurden, die nicht signifikant mit den Outcome-Variablen korrelierten, reduzierte sich die Gesamtzahl potentieller Prädiktoren auf insgesamt 9. Im letzten Schritt wurden hoch korrelierte Prädiktoren zusammengeführt, so dass das finale Prädiktionsmodell acht Variablen enthielt, deren prädiktiver Wert mit Hilfe logistischer und linearer Regressionen bestimmt wurde. Die Beobachtungsdauer zwischen Krankenhauseinlieferung und dem Zeit-

punkt des Telefoninterviews wurden in diesen Modellen berücksichtigt, indem sowohl die Variablen „Alter zur Aufnahme“ als auch „Alter zum Interview“ in die Regressionen aufgenommen wurden. Das Geschlecht der Probanden wurde ebenfalls als Kontrollvariable in die Modelle aufgenommen.

4.1.4.2 Vergleich der Langzeit-Outcome-Variablen zwischen der Intoxikations- und Kontrollgruppe

Unterschiede zwischen den beiden Studiengruppen hinsichtlich des Alters zur Aufnahme, des Alters zum Interview und des Geschlechts wurden auf statistische Signifikanz getestet mittels t-Tests für unabhängige Stichproben bzw. eines Chi-Quadrat-Tests. Für die Gruppenunterschiede in Bezug auf die Outcome-Variablen wurden binär- und multinomial-logistische Regressionen für kategoriale Variablen und lineare Regressionen für kontinuierliche Variablen gerechnet. Dabei wurde jeweils die dichotome Gruppenvariable (Interventionsgruppe vs. Kontrollgruppe) als unabhängige Variable in die Modelle eingefügt. Außerdem wurden, aufgrund der signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen im Alter zur Aufnahme und dem marginal signifikanten Gruppenunterschied im Alter zum Interview, beide Variablen in die Regressionsmodelle als unabhängige Variable aufgenommen, um für deren Einfluss zu kontrollieren.

Die statistischen Analysen wurden mit Hilfe von IBM SPSS Statistics Version 21 durchgeführt (SPSS Inc., Chicago, IL).

4.1.5 Besondere Herausforderungen bei der Erreichung der Projektziele und ihre Lösung

Eine große Herausforderung bei der Erreichung der Ziele im retrospektiven Studienteil stellte die Kontaktaufnahme zu den ehemaligen Patienten/innen dar, was sich im relativ geringen Rücklauf (ca. 22%) sowohl in der Intoxikations- als auch Kontrollgruppe niederschlug. Hier sei vor allem auf den hohen Anteil von Personen hingewiesen, von denen wir keine Antwort auf das Einladungsschreiben erhalten haben (57% aller angeschriebenen Personen). In diesen Fällen bleibt unklar, wie hoch der Anteil an Personen war, die das Einladungsschreiben persönlich erhalten haben und in wie vielen Fällen die fehlende Antwort als Desinteresse an der Studie interpretiert werden muss. Dem Problem des geringen Rücklaufs begegneten wir mit mehreren Maßnahmen. Die Adressen der ehemaligen Patienten aus den Krankenakten konnten wir mit Hilfe der Einwohnermeldeämter für nahezu alle Personen, die zum Zeitpunkt der Krankenhauseinlieferung ihren Wohnsitz in Dresden, Mecklenburg-Vorpommern (ca. 30 Einwohnermeldeämter) oder München hatten (70% bzw. 64% aller Fälle der Intoxikations- bzw. Kontrollgruppe), aktualisieren. Eine weitere Maßnahme bestand darin, die Aufwandsentschädigung für die Studienteilnahme von ursprünglich 25 auf 35 € zu erhöhen. Um auch solche Studienteilnehmer zu gewinnen, die nicht postalisch zu erreichen waren, wurde zum einen versucht, Kontakte über soziale Netzwerke im Internet herzustellen, zum anderen wurde an der Kinder- und Jugendklinik des Universitätsklinikums in Dresden erprobt, inwieweit eine Kontaktierung anhand der damals in den Krankenakten angegebenen Telefonnummern erfolgreich ist. Zuvor wurde dieses Vorgehen in einem Amendment des Studienprotokolls an die Ethikkommission beschrieben und von dieser befürwortet. Bei beiden Vorgehensweisen zeigte sich jedoch, dass der erhebliche Zeitaufwand der Kontaktierung nicht im Verhältnis stand zu den wenigen zusätzlich rekrutierten Probanden. Im Studienzentrum Rostock wurden zudem auch Einwohnermeldeämter innerhalb des Landes angeschrieben, wobei auch hier der hohe zusätzliche Aufwand nur vergleichsweise geringe Zuwächse an Probanden/innen brachte.

4.2 Ergebnisse retrospektiver Projektteil

4.2.1 Rücklauf

Im Zeitraum von 2000 bis 2007 wurden insgesamt 1603 Fälle von jugendlichen Alkoholintoxikationen an den drei Studienzentren identifiziert. Für die Kontrollgruppe wurden im selben Zeitraum insgesamt 641 Fälle identifiziert. Am Ende des Rekrutierungsprozesses nahmen in der Intoxikationsgruppe 277 Personen am Interview teil, in der Kontrollgruppe waren es 116 Personen. Das detaillierte Ablaufdiagramm für den Rekrutierungsprozess ist in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** dargestellt.

4.2.2 Selektivitätsanalyse

Die Selektivität der Interview-Stichprobe wurde jeweils für beide Studiengruppen separat untersucht. Dazu wurden für die Intoxikationsgruppe die Daten der potentiellen Prädiktor-Variablen aus den Krankenakten von Interview-Teilnehmern und Personen, die nicht am Interview teilnahmen, miteinander verglichen. Für diesen Zweck wurde mittels einer binär-logistischen Regression die Teilnahme am Interview vorhergesagt. Diese Analyse ergab eine höhere Wahrscheinlichkeit für Frauen im Vergleich zu Männern am Interview teilzunehmen. Der Anteil der Frauen lag dabei unter den Interview-Teilnehmenden bei 46.4% (n = 111) im Vergleich zu einem Frauen-Anteil von 37.7% (n = 303) bei den nicht-teilnehmenden Personen (siehe

Tabelle 1).

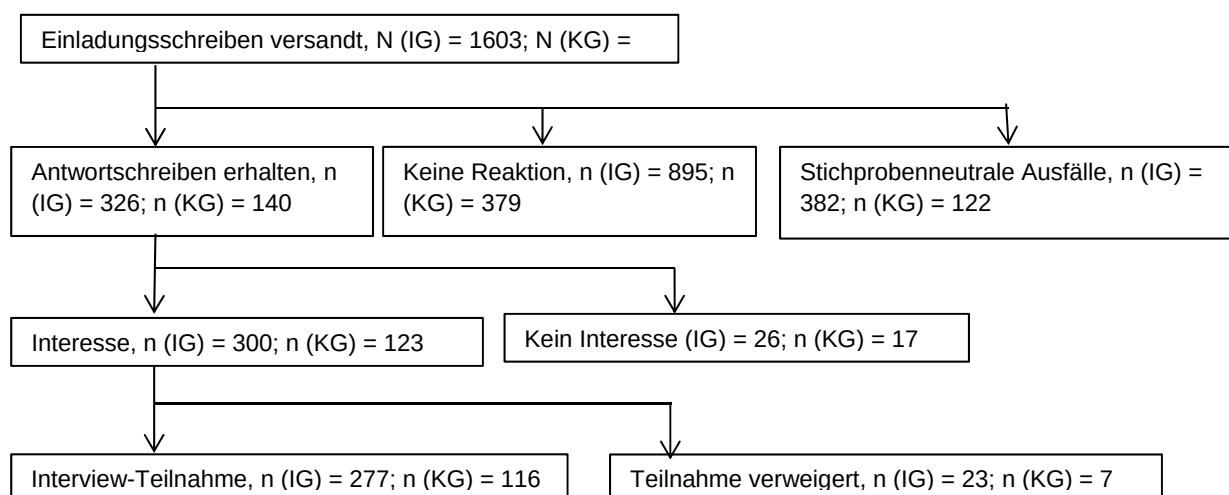


Abbildung 1. Ablaufdiagramm zur Probandenrekrutierung in Intoxikations- und Kontrollgruppe

Tabelle 1. Intoxikationsgruppe: Ergebnisse der Selektivitätsanalyse. * $p < .05$

Prädiktor-Variable	Interview Teilnahme OR (95% KI)
Weibliches Geschlecht	1.53* (1.08-2.18)
Alter zur Aufnahme	1.12 (.98-1.30)

Atypisches Trinkverhalten: Absenteeism	.82 (.53-1.26)
Atypisches Trinkverhalten: Cope/Alone	1.01 (.57-1.80)
BAK (mg%)	1.27 (.92-1.75)
Psych. Störung	1.37 (.77-2.42)
Sorgerecht nicht bei Eltern	.77 (.37-1.61)
Gebrauch illegaler Drogen	1.06 (.61-1.85)
Arbeitslosigkeit im Stadtteil	.96 (0.92-1.00)
Nagelkerkes R ²	.02

In der Kontrollgruppe basierte die Selektivitätsanalyse auf den Variablen Alter, Geschlecht und Stadtteil-Arbeitslosigkeit. Die Wahl dieser Variablen erfolgte, da alkohol-bezogene Prädiktor-Variablen, wie z.B. BAK oder Trinkmuster, aufgrund der Ausschlußkriterien in der Kontrollgruppe nicht erhoben wurden und aufgrund der geringen Prävalenz der übrigen Prädiktor-Variablen in der Kontrollgruppe. Diese Analyse ergab, daß keine der drei Variablen die Interview-Teilnahme in dieser Studiengruppe vorhersagte (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2. Kontrollgruppe: Ergebnisse der Selektivitätsanalyse.

Prädiktor-Variable	Interview Teilnahme (OR (95% KI))
Weibliches Geschlecht	1.16 (.66-2.05)
Alter zur Aufnahme	1.01 (.84-1.21)
Arbeitslosigkeit im Stadtteil	.99 (.93-1.06)
Nagelkerkes R ²	.01

4.2.3 Beschreibung der Intoxikationsgruppe (IG)

Die Auswertung der Krankenakten ergab, dass über den Beobachtungszeitraum der Anteil der männlichen Patienten in jedem Jahr über dem der weiblichen Patienten lag. Dabei zeigte sich keine signifikante Veränderung des Geschlechterverhältnisses im zeitlichen Verlauf (siehe Abbildung 2).

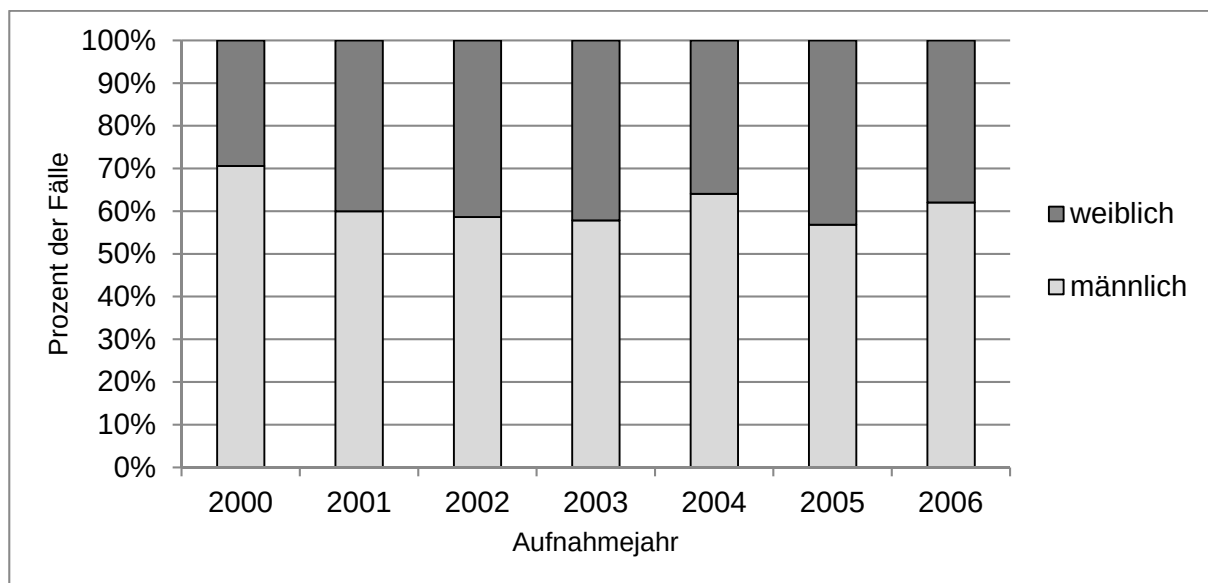


Abbildung 2. Zeitlicher Verlauf: Geschlechterverhältnis.

Bei der Altersverteilung zeigte sich ein signifikanter Anstieg des Durchschnittsalters der eingelieferten Kinder und Jugendlichen im zeitlichen Verlauf. So betrug das durchschnittliche Alter zur Aufnahme im Jahr 2000 14,9 Jahre (SD 1,4) und im Jahr 2006 15,7 Jahre (SD 1,0) (siehe Abbildung 3).

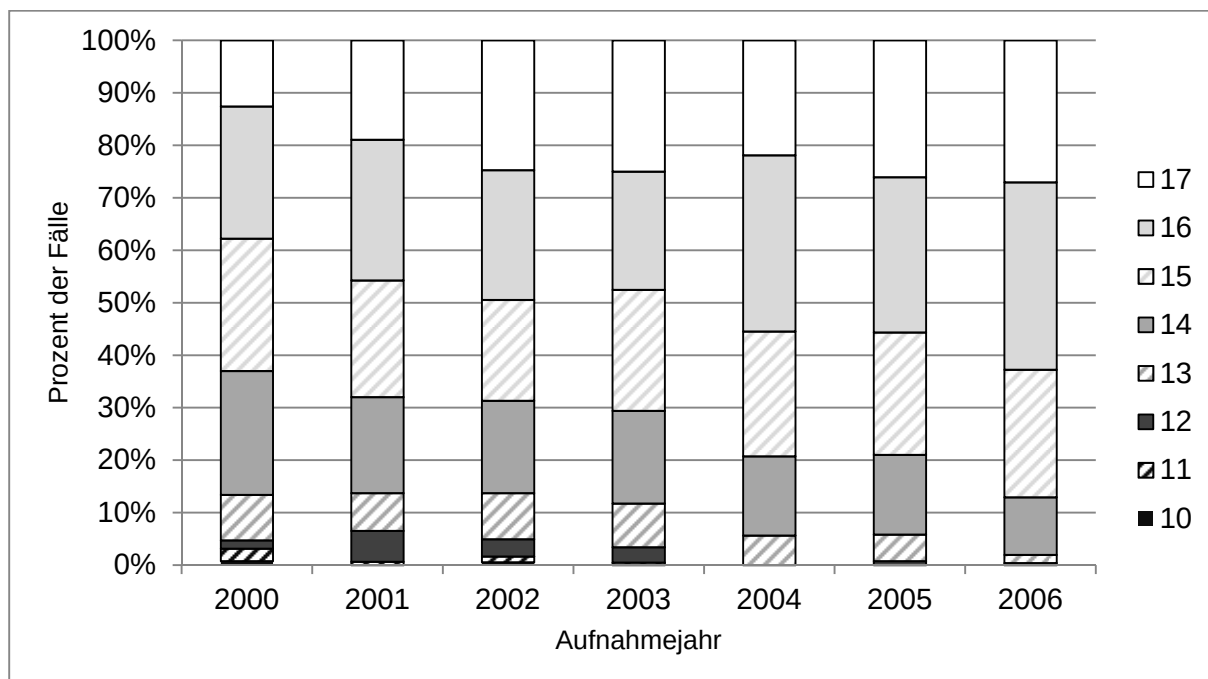


Abbildung 3. Zeitlicher Verlauf: Altersverteilung.

Im zeitlichen Verlauf zeigte sich, daß männliche Patienten tendenziell höhere BAK-Werte erreichten als weibliche Patienten. Der Geschlechtsunterschied war bis auf die Jahre 2000 und 2003 im gesamten

Untersuchungszeitraum signifikant. Der durchschnittliche BAK-Wert erhöhte sich signifikant von 1,36 ‰ (SD 0,5) im Jahr 2000 auf 1,57 ‰ (SD 0,5) im Jahr 2006 (siehe Abbildung 4).

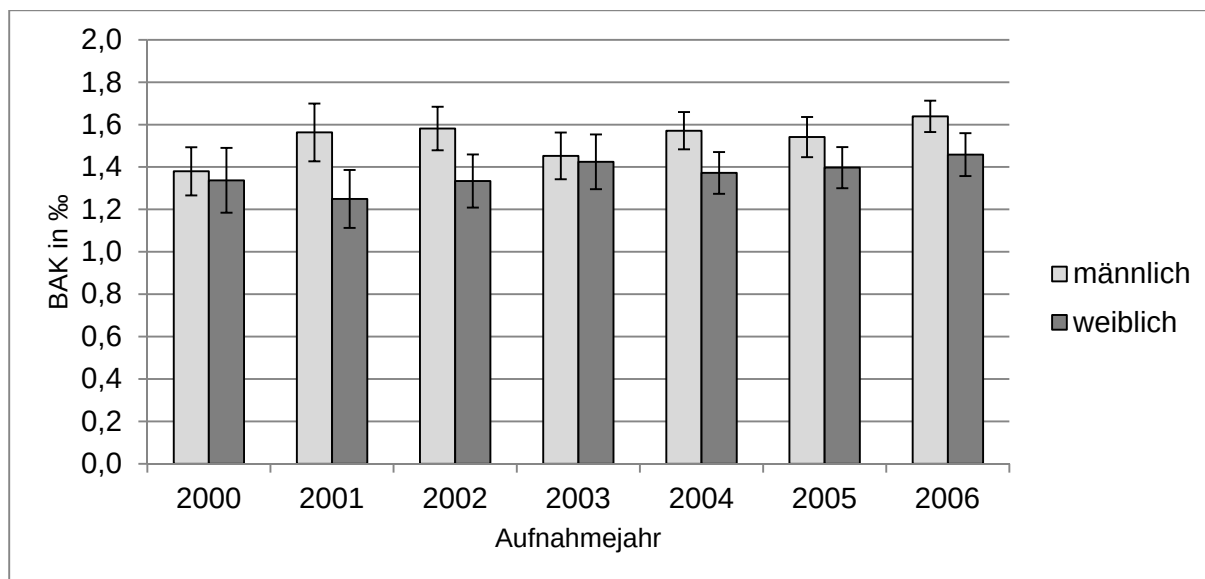


Abbildung 4. Zeitlicher Verlauf: Blutalkoholkonzentration.

4.2.4 Vergleich von Intoxikations- und Kontrollgruppe

4.2.4.1 Soziodemographie

Beide Studiengruppen unterschieden sich nicht signifikant im Geschlechterverhältnis (Anteil Frauen: IG 44,8% vs. KG 49,1%), beim Alter zum Zeitpunkt des Interviews (IG 24,3 Jahre (SD 2,3); KG 23,9 Jahre (SD 2,1) und in der Zeitspanne zwischen dem Krankenhausaufenthalt und dem Zeitpunkt des Interviews (IG 8,4 Jahre (SD 2,2); KG 8,3 Jahre (SD 2,2)). Auch im Bildungsstatus (IG: niedrig 17,3%, mittel 71,1%, hoch 9,0%; KG niedrig 12,1%, mittel 75,0%, hoch 12,1%) und beim Beziehungsstatus (IG: Single 42,2%, in einer Beziehung 52,7%, verheiratet 5,1%; KG: Single 33,6%, in einer Beziehung 60,3%, verheiratet 6,0%) zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede.

4.2.4.2 Habituellem Alkoholkonsum

Bei der Häufigkeit des Alkoholkonsums, bezogen auf die letzten 12 Monate, unterschieden sich beide Studiengruppen nicht signifikant voneinander. Jeweils ca. 9% der Probanden in beiden Gruppen gab an, gar keinen Alkohol getrunken zu haben. 31% in der IG und 23,3% in der KG berichteten, Alkohol zwei- bis dreimal in der Woche oder häufiger zu konsumieren.

Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen, definiert als der Konsum von mindestens 5 Standardgläsern Alkohol pro Gelegenheit, wurde von 44,8% der Probanden der IG und 38,8% der Probanden der KG berichtet. Bezogen auf die letzten 12 Monate berichteten in der IG 24% der Teilnehmer nie Rauschtrinken betrieben zu haben im Vergleich zu 33,3% in der KG und 38% der IG verglichen mit 29,5% der KG berichteten, mindestens jeden Monat Rauschtrinken betrieben zu haben. Diese Gruppenunterschiede waren jedoch nicht signifikant.

Signifikante Gruppenunterschiede zeigten sich bei der berichteten Anzahl Standardgläser Alkohol pro typischem Trinktag bezogen auf die letzten 12 Monate. Hier berichtete die IG höhere Trinkmengen (siehe Abbildung 5).

4.2.4.3 Alkoholgebrauchsstörungen

Beide Studiengruppen unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich der 12-Monats-Prävalenz von Alkoholmissbrauch nach DSM-IV: für die IG wurde eine Prävalenz von 12,6% und für die KG von 7,8% gefunden. Ein signifikanter Gruppenunterschied zeigte sich bei der Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV: 19,9% der IG-Teilnehmer und 11,2% der KG-Teilnehmer erfüllten drei oder mehr diagnostische Kriterien.

Die Auswertung der Prävalenzen der einzelnen DSM-IV Kriterien für Alkoholabhängigkeit ergab, daß sich beide Studiengruppen signifikant im Einzeltest in den Kriterien „Zeitaufwand Konsum“, „Kontrollverlust“, „Gebrauch trotz Folgen“ und „Vernachlässigung Tätigkeiten“ unterschieden (siehe Abbildung 6).

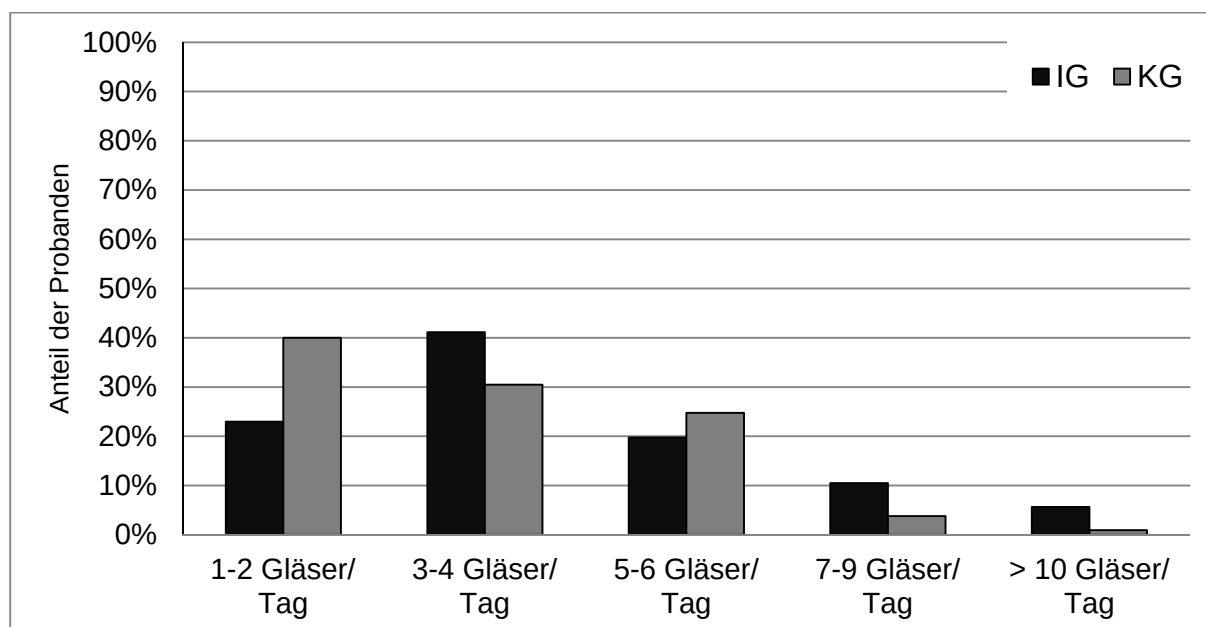


Abbildung 5. Anzahl Standardgläser Alkohol pro typischem Trinktag.

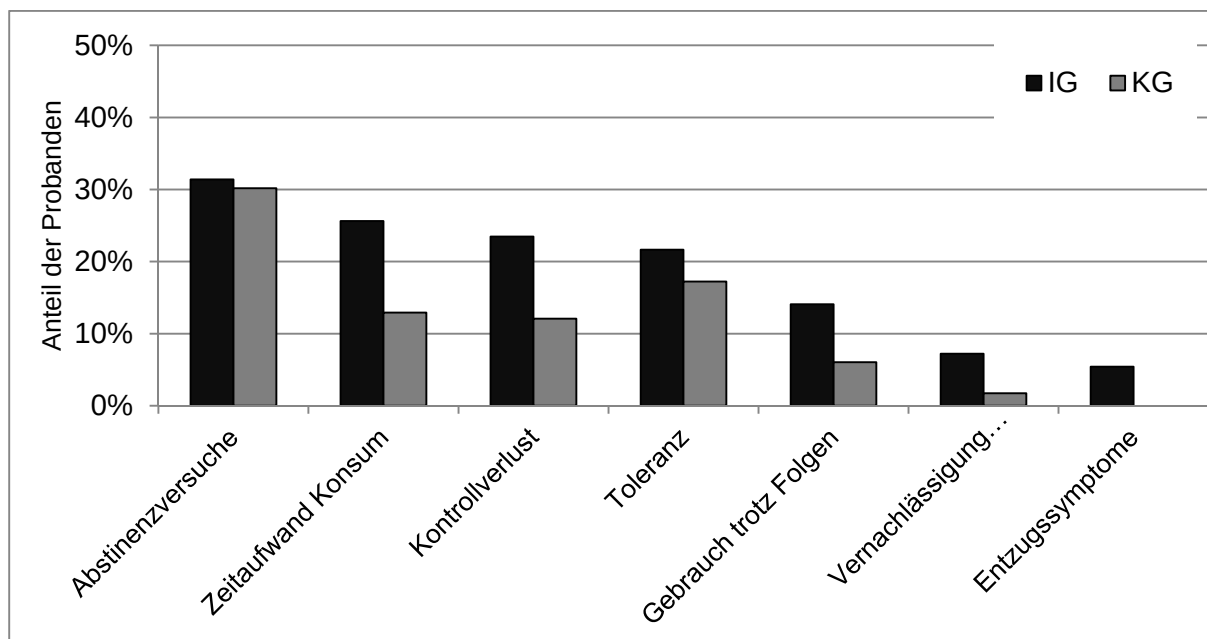


Abbildung 6. Prävalenz einzelner DSM- IV Kriterien der Alkoholabhängigkeit.

4.2.4.4 Konsum illegaler Drogen

Im Konsum illegaler Drogen unterschieden sich IG und KG signifikant voneinander, sowohl über den Bezugszeitraum der letzten 30 Tage, der letzten 12 Monate als auch bezogen auf die gesamte Lebenszeit. Die jeweiligen Prävalenzen für IG und KG lagen bei 72,2% bzw. 59,5% (Lebenszeitprävalenz), 36,1% bzw. 24,1% (12-Monats-Prävalenz) und 18,8% bzw. 9,5% (30-Tage-Prävalenz). Die am häufigsten konsumierte Substanz war Cannabis mit einer 30-Tage-Prävalenz von 17% in der IG und 8,6% in der KG. Der Konsum anderer Substanzen in den letzten 30 Tagen wurde von 4,7% der IG-Teilnehmer und 1,7% der KG-Teilnehmer bejaht.

4.2.4.5 Nikotinkonsum

Keine signifikanten Gruppenunterschiede konnten bei der Prävalenz des regelmäßigen Rauchens beobachtet werden. In der IG gaben 37,2% und in der KG 28,4% der Probanden an, in den letzten 30 Tagen mindestens eine Zigarette täglich geraucht zu haben. Auch die durchschnittliche Anzahl gerauchter Zigaretten pro Rauchtag unterschied sich nicht signifikant zwischen den Studiengruppen bei regelmäßigen Rauchern (IG 13,6 vs. KG 12,3 Zig./Rauchtag).

4.2.4.6 Lebenszufriedenheit

Die Probanden der IG und KG unterschieden sich nicht signifikant in der berichteten Zufriedenheit mit ihrer Gesundheit, Schlaf, Arbeit, Einkommen, Wohnsituation, Freizeit, Partnerschaft, Freunden und ihrem Leben im Allgemeinen. Auf der vorgegebenen Skala von 0 („ganz und gar unzufrieden“) bis 10 („ganz und gar zufrieden“) schätzten die Probanden der IG und KG bspw. ihre allgemeine Lebenszufriedenheit im Durchschnitt mit 7,6 (SD 1,6) und 7,8 (1,5) ein.

4.2.4.7 Inanspruchnahme psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung

In der IG gaben 10,8% der Probanden an, in den letzten 12 Monaten in ambulanter oder stationärer psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung gewesen zu sein. Der Unterschied zur KG, in der 11,2% die Inanspruchnahme einer Behandlung bejahten, war nicht signifikant.

4.2.4.8 Delinquenz

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Lebenszeit-Prävalenz delinquenter Verhaltensweisen zwischen den Studiengruppen. Am häufigsten in beiden Gruppen wurden Diebstahl und Gewalttaten berichtet (siehe Abbildung 7).

4.2.5 Prädiktion der Outcome-Variablen im Langzeitverlauf

Der Auswahlprozess für potentielle Prädiktor-Variablen zur Vorhersage des Langzeitverlaufs ergab folgende Variablen, die aus den Krankenakten extrahiert wurden: atypisches Trinkverhalten: Absenteismus (Prävalenz 17%), atypisches Trinkverhalten: cope / alone (9,7%), BAK (Mittelwert 1,54‰ (SD 0,5)), psychische Störung (Prävalenz 11,6%), Sorgerecht nicht bei den Eltern (5,1%), Gebrauch illegaler Drogen (12,6%). Retrospektiv im Telefoninterview wurden die folgenden potentiellen Prädiktor-Variablen erhoben: Alter zu Beginn des regelmäßigen Alkoholgebrauchs (Mittelwert 16,3 Jahre (SD 2,0)), Schulschwänzen/Weglaufen (Prävalenz 47,3%), Wohnsitz bei nur einem Elternteil bis zum 18. Lebensjahr (Mittelwert 4,7 Jahre (SD 6,5)), Alkoholtoleranz (Mittelwert 31,2 Getränke).

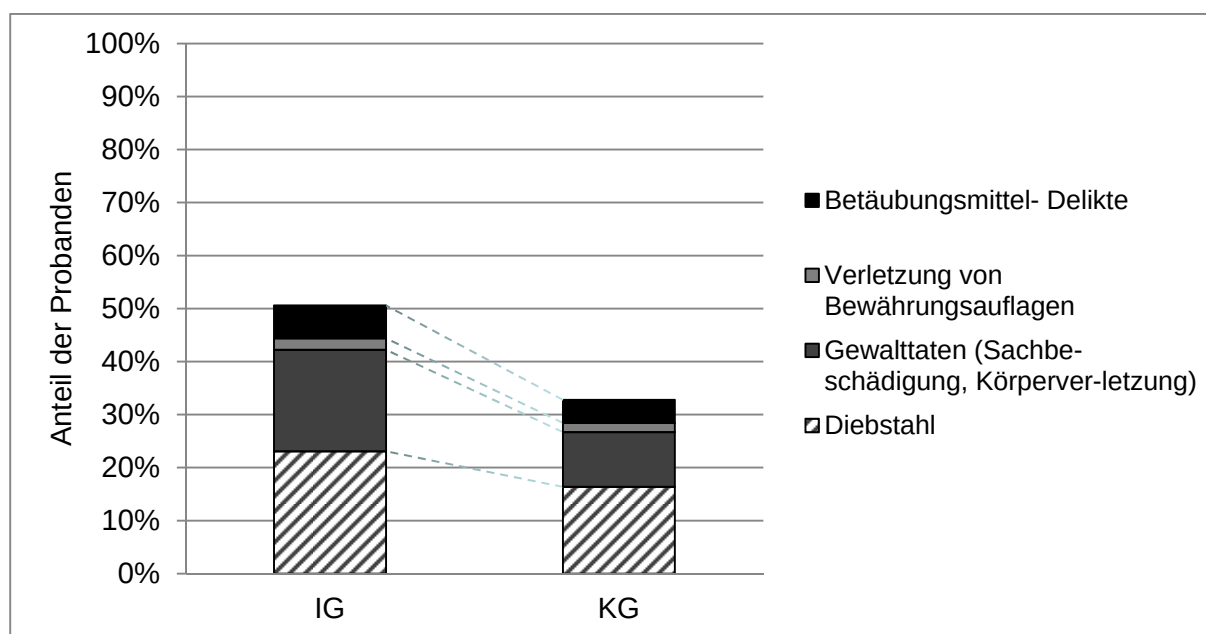


Abbildung 7. Prävalenz delinquenter Verhaltensweisen (jemals).

Die zentralen Ergebnisse der Regressionsmodelle zur Vorhersage der Outcome-Variablen waren, daß der Faktor weibliches Geschlecht signifikant mit einem geringeren Risiko für Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen (OR 0,49 KI 0,27-0,88), Alkoholabhängigkeit in den letzten 12 Monaten (OR 0,35 KI 0,16-0,76), Gebrauch illegaler Substanzen in den letzten 30 Tagen (OR 0,42 KI 0,19-0,91) und mit einer höheren allgemeinen Lebenszufriedenheit (β 0,16) im jungen Erwachsenenalter verbunden war.

Der Gebrauch illegaler Drogen im Jugendalter war ein signifikanter Risikofaktor für Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen (OR 5,12 KI 1,81-14,5), Alkoholabhängigkeit in den letzten 12 Monaten (OR 9,51 KI 3,14-28,8), Gebrauch illegaler Substanzen in den letzten 30 Tagen (OR 8,29 KI 2,71-25,37) und für eine geringere allgemeine Lebenszufriedenheit (β -0,20) im jungen Erwachsenenalter. Schulschwänzen/Weglaufen war signifikant mit einem höheren Risiko für Alkoholmissbrauch in den letzten 12 Monaten (OR 4,6 KI 1,78-11,82), Inanspruchnahme von psychiatrisch/ psychotherapeutischer Behandlung in den letzten 12 Monaten (OR 5,19 KI 1,71-15,74), delinquente Verhaltensweisen bezogen auf die Lebenszeit (OR 2,95 KI 1,6-5,42) und einer geringeren allgemeinen Lebenszufriedenheit (β -0,16) verbunden. Die erklärte Varianz der Regressionsmodelle variierte zwischen $R^2 = .16$ bis $.26$.

5 Prospektiver Projektteil (Risikobeurteilung)

5.1 Methoden

Der RiScA-Fragebogen wurde in einer multizentrischen prospektiven Kohortenstudie mit zwei Erhebungszeitpunkten validiert. In Zusammenarbeit mit 10 HaLT-Standorten gewannen wir Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 12-17 Jahren, die aufgrund einer Alkoholintoxikation im Krankenhaus sind, sowie deren Eltern für die Teilnahme an der Studie. Teilnehmende Kinder und Jugendliche wurden im Krankenhaus schriftlich befragt (T0-Befragung). Ein halbes Jahr nach der Entlassung aus dem Krankenhausaufenthalt erfolgte eine telefonische Nachbefragung (T1-Befragung).

Um die Auswertung auf einen ausreichend großen Datensatz stützen zu können, wurde eine Teilnehmerzahl von $n=400$ für die Erstbefragung im Krankenhaus angestrebt und – unter der Annahme, dass 50% der Jugendlichen in die Zweitbefragung eingebunden werden können – eine Teilnehmerzahl am Telefoninterview von $n=200$.

5.1.1 Entwicklung der Testversion des RiScA-Fragebogens

Zur Entwicklung des angestrebten Kurzfragebogens RiScA wurde zunächst eine umfangreiche Testversion zusammengestellt und bei allen eingeschlossenen Jugendlichen angewendet. Im Zuge der Datenauswertung sollten die zur Verlaufsprädiktion aussagekräftigsten Items identifiziert werden, um daraus eine wesentlich gekürzte Endversion des RiScA zu erstellen. Die Testversion des RiScA für den Einsatz im Krankenhaus basiert auf einer systematischen Aufarbeitung des bestehenden Wissens um Risiko- und Schutzfaktoren für eine gelingende Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auf individueller, familialer und sozialer Ebene. Die Literaturrecherche konzentrierte sich in erster Linie auf die Identifikation bestehender Erhebungsinstrumente zur Erfassung von Risiko- und Schutzfaktoren und ggf. Entwicklungsgefährdungen. Instrumente sollten Risiko- und Schutzfaktoren entsprechend der einleitenden Definition erheben, erfolgreich validiert, an einer bevölkerungsbezogenen Stichprobe mit Kindern und Jugendlichen eingesetzt worden sein und in deutscher Fassung vorliegen. In zweiter Linie suchten wir nach bevölkerungsbezogenen Primärstudien, systematischen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen von prognostischen Studien (Kohortenstudien) zu den Themen 1.) Kindeswohlgefährdung, 2.) psychosoziale Faktoren, 3.) Erziehungsverhalten der Eltern/Eltern-Kind-Beziehung sowie 4.) schädlicher Substanzkonsum. In die Literaturanalyse einbezogen wurden Primärstudien der letzten zehn Jahre mit einer Mindeststichprobengröße von $n=200$, die über mindestens sechs Monate die Entwicklung von Jugendlichen beobachteten.

Im Zuge der Recherche identifizierten wir den theoriebasiert entwickelten und umfangreich validierten „Communities That Care Youth Survey“ (CTC) (Arthur, 2006; Arthur et al., 2007; Arthur et al., 2002;

Glaser, van Horn, Arthur, Hawkins & Catalano, 2005; Haggerty & Shapiro, 2013). Der CTC-Survey erfragt im Original mit 29 Skalen personale, familiale und soziale Risiko- und Schutzfaktoren und dient zur Unterstützung der Prioritätensetzung kommunaler Präventionsmaßnahmen. Er basiert auf dem Social Development Modell, wonach Jugendliche für eine gelingende Persönlichkeitsentwicklung Möglichkeiten für prosoziale Mitwirkung erhalten sollten, dazu die Vermittlung von Fertigkeiten für prosoziales Engagement und schließlich Wertschätzung und Bestätigung, wenn sie dies tun (Hawkins & Weis, 1985). Ursprünglich in den USA entwickelt, liegt er mittlerweile in verschiedenen Sprachen vor (Arthur et al., 2002; Schubert, 2013). Die deutsche Fassung wurde im Projekt „Sozialräumliche Prävention in Netzwerken“ (SPIN) zur Planung kommunaler präventiver Interventionen in niedersächsischen Kommunen erarbeitet und validiert (Groeger-Roth, persönliche Mitteilung, 2013; Groeger-Roth & Schubert, 2013). Die Entwicklung des deutschen Fragebogens umfaßt eine Synthese aus Ergebnissen von Weiterentwicklungen des CTC in den USA sowie den Niederlanden mit insgesamt 33 Skalen (Schubert & Veil, 2009). Sie wurde uns dankenswerter Weise vom SPIN-Projekt zur Verfügung gestellt und dient als Ausgangspunkt für die RiScA-Testversion.

5.1.1.1 Risiko- und Schutzfaktoren

Als familiale Schutzfaktoren gelten in Anlehnung an das Social Development Modell die Schaffung von a.) Möglichkeiten für Jugendliche, sich in ihrer Familie positiv einzubringen, b.) die Förderung entsprechender Fähigkeiten und c.) Anerkennung für prosoziale Verhaltensweisen (Hawkins & Weis, 1985; Schubert, 2013). Regelmäßige Aufgaben und Verantwortung in der Familie scheinen insbesondere für männliche Jugendliche einen wichtigen Schutzfaktor darzustellen (Petermann U. & Petermann, 2005). Familiale Anerkennung für prosoziale Mitwirkung wurde als Schutzfaktor für problematisches Glücksspiel identifiziert (Scholes-Balog, Hemphill, Dowling & Toumbourou, 2014). Ein kontinuierliches elterliches Monitoring schützt Jugendliche vor problematischen Entwicklungen, dieser Effekt lässt sich universell in unterschiedlichen Kulturen feststellen (Piko, Fitzpatrick & Wright, 2005). Weitere bedeutende Schutzfaktoren sind familialer Zusammenhalt (Gespräche, gemeinsame Unternehmungen), Gelegenheiten zu prosozialer Mitwirkung (Eltern als Ansprechpartner bei Problemen, Einbeziehung des Jugendlichen) und Anerkennung in der Familie (Eltern loben und sind stolz auf ihr Kind) (Arthur et al., 2002; Groeger-Roth, 2012; Hawkins & Weis, 1985).

5.1.1.2 Entwicklungsgefährdungen

Aus der Aufarbeitung der wissenschaftlichen Literatur zu Entwicklungsgefährdungen haben wir folgende Phänomene als zu den während des Krankenhausaufenthaltes zu entdeckenden und/oder mittelfristig vorherzusagende Entwicklungsgefährdungen festgelegt: Familiäre Gewalt und Vernachlässigung, Suizidalität (Suizidversuch, häufige Suizidgedanken) und Depressivität, Wohnsitzlosigkeit, mehrmaliges Schulschwänzen und schulische Probleme, delinquentes Verhalten und gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen wie den Konsum illegaler Drogen sowie ein chronifizierend riskanter Alkoholkonsum, ebenso Erfahrungen körperlicher und/oder sexueller Gewalt. Um diese Phänomene zu erfassen, haben wir in deutscher Sprache verfügbare, validierte und möglichst an bevölkerungsbezogenen Stichproben getestete Erhebungsinstrumente, Skalen bzw. Einzelitems verwendet (Tabelle 3). Schließlich wurden originäre Items, welche sich auf die spezifische Zielgruppe beziehen, hinzugefügt, z.B. gefährliche Konsummuster (Trinken von Spirituosen direkt aus der Flasche, Wetttrinken, allein Trinken) oder Fragen zu den Trinkmotiven (Wurdak, Dörfler, Eberhard & Wolstein, 2010). Die meisten der verwendeten Skalen und Items erheben die Lebenszeitprävalenz von Entwicklungsgefährdungen, d.h. erfragt werden beispielsweise „jemals aufgetretene“ Gewalterfahrungen. Daraus ergibt sich eine gewisse Unschärfe bezüglich der Einteilung „Risikofaktor“ oder „vorliegende Entwicklungsgefährdung“, denn je länger eine konkrete Situation (z.B. Gewalterfahrung) zurückliegt, desto eher ist sie als Risikofaktor zu interpretieren. Auch umgekehrt kann man sagen: je enger der zeitliche Zusammen-

hang zwischen der spezifischen Situation (z. B. der Gewalterfahrung) und dem Befragungszeitpunkt (z.B. im Krankenhaus) ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, daß es sich um eine Entwicklungsgefährdung handelt und möglicherweise konkreter Handlungsbedarf angezeigt ist.

In der Entwicklung der RiScA-Testversion haben wir uns dazu entschlossen, während des Krankenhausaufenthaltes (zu T0) nach jemals aufgetretenen und aktuellen Entwicklungsgefährdungen zu fragen (Lebenszeitprävalenz), und in der Nachbefragung (T1) allein auf den Zeitraum seit der Entlassung aus dem Krankenhausaufenthalt zu fokussieren¹. Dieses Vorgehen erlaubt den Vergleich der T0-Ergebnisse mit den Angaben aus (teilweise repräsentativen) Vergleichsstudien.

Nach den Ergebnissen der vorausgegangenen Literaturanalyse beinhalten die für die Befragung konstruierten Fragebögen zu T0 die in Abbildung 8 dargestellten Bereiche. Die im Rahmen der Befragung am Krankenbett eingesetzten Instrumente erfassen die Lebenszeitprävalenz von schweren Misshandlungen in der Familie, Depressivität und zurückliegender Suizidversuch, Wohnsitzlosigkeit, schulische Probleme, Delinquenz und sexuelle Gewalterfahrungen. Manche Skalen und Einzelfragen erfassen auch kürzere Zeiträume (bis zu maximal einem Jahr), dies sind Depressivität, häufige Suizidgedanken, Schule schwänzen und der Konsum illegaler Drogen (Abbildung 8).

¹ Zwar führt die Erfassung der Lebenszeitprävalenz zu T0 zu der oben beschriebenen Unschärfe (Risikofaktor oder Entwicklungsgefährdung) und möglicherweise auch dazu, daß die Relevanz eines berichteten Problems für das aktuelle Geschehen u.U. erst geklärt werden muß. Auf der anderen Seite haben wir keine belastbaren Hinweise darauf gefunden, nach welchem zeitlichen Abstand den berücksichtigten Entwicklungsgefährdungen keine Bedeutung mehr für eine aktuell problematische Situation, wie sie eine akute Alkoholintoxikation darstellt, besitzt. Auf die kombinierte Erhebung der Lebenszeitprävalenz und der Prävalenz zum Befragungszeitpunkt T0 (Punktprävalenz) haben wir aus Praktikabilitätsgründen (Länge/Zeitbedarf) verzichtet.

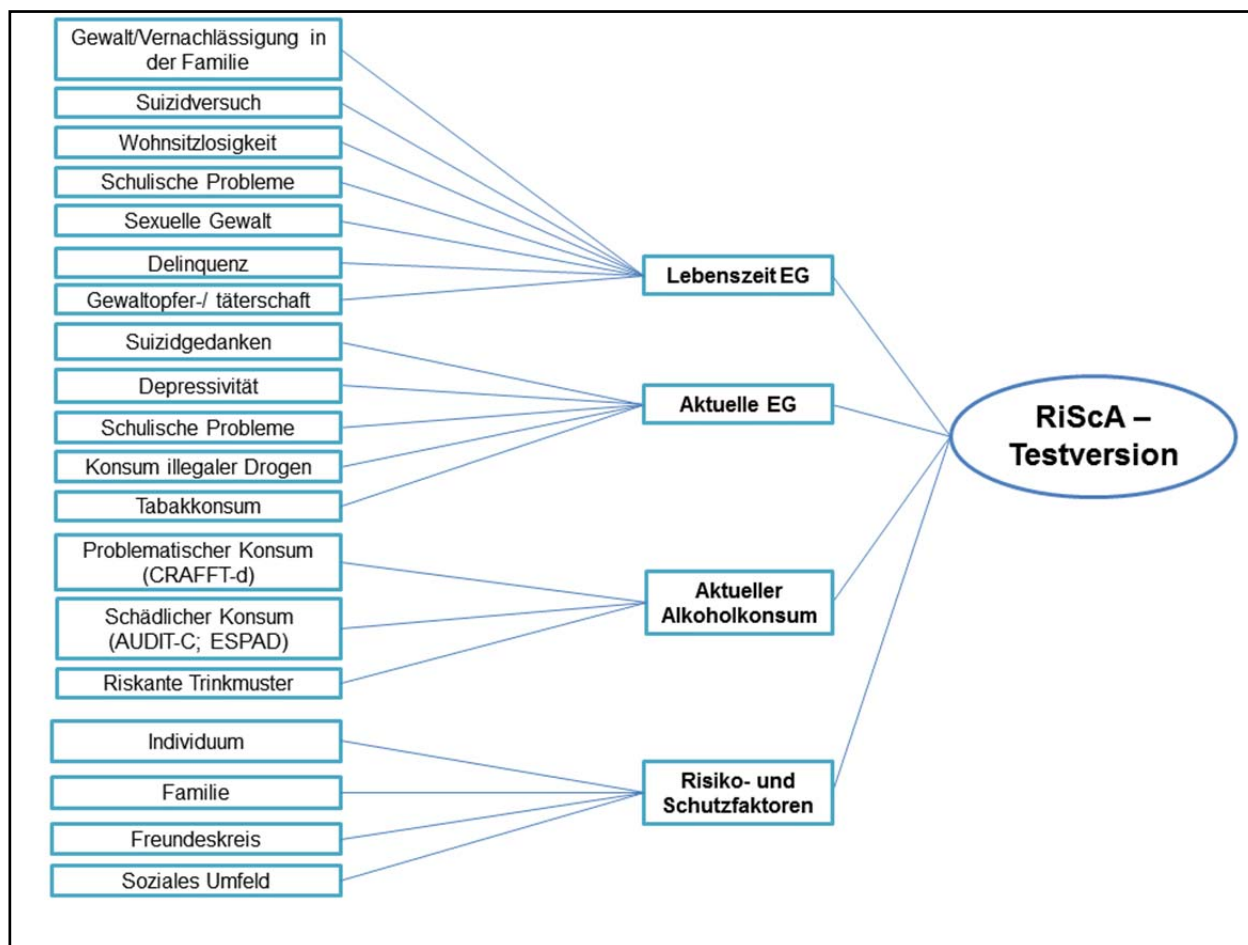


Abbildung 8: Struktur der RiScA-Testversion.

Familiäre Gewalt und -Vernachlässigung werden mittels sechs ausgewählter Items aus dem Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) erfasst (Wingenfeld et al., 2010). Eine Gefährdung wird angenommen, wenn Jugendliche ein Item aus dem Bereich der psychischen und körperlichen Misshandlung und Vernachlässigung zumindest an einer Stelle mit „einige Male“ angeben. *Suizidalität* liegt vor, wenn ein Jugendlicher die Frage „Hast du jemals versucht dir das Leben zu nehmen“ mit „Ja“ beantwortet oder wenn er/sie oft daran denkt, sich das Leben zu nehmen. Wird eine der beiden Fragen „Kam es in deinem Leben jemals vor, daß du keinen festen Wohnsitz oder Schlafplatz hattest?“ oder „Bist du schon mal von zuhause weggelaufen und nicht wieder zum Schlafen zurückgekehrt?“ bejaht, nehmen wir eine Gefährdung im Bereich *Wohnsitzlosigkeit* an. Als *Risikofaktoren im Bereich Schule* gilt mindestens eine „Ja“-Antwort bei Unterrichtsausschluss, Schulabbruch, Wiederholung einer Klasse, ein Notendurchschnitt von 5 bis 6 oder Schulschwänzen von zwei Mal und mehr in den letzten vier Wochen. *Delinquentes Verhalten* als Entwicklungsgefährdung liegt vor, wenn die Fragen „Bis du schon einmal festgenommen worden?“ oder „Hast du jemals bei einer gewalttätigen Jugendbande mitgemacht“ mit „Ja“ beantwortet werden. Auch jede „Ja“-Antwort zu *sexueller Belästigung und sexuellem Mißbrauch* (durch Jugendliche oder durch Erwachsene) wird als Entwicklungsgefährdung interpretiert.

Für das Telefoninterview sechs Monate nach dem Krankenhausaufenthalt wurden die Instrumente so angepasst, dass alle genannten Entwicklungsgefährdungen für den Zeitraum zwischen dem Klinikaufenthalt (ca. 6 Monate zuvor) und dem aktuellen Zeitpunkt erhoben werden. Die genaue Beschreibung des Erhebungsinstrumentariums wird in Tabelle 3 dargestellt.

Der Entwurf des T0-Fragebogens wurde mit dem Team des katamnestischen Studienteils abgestimmt und Fragen mit dem Ziel einer möglichst großen Schnittmenge zwischen beiden Instrumenten wechselseitig übernommen. Kleinere Modifikationen erfolgten nach Vorstellung des T0-Bogens bei den Praktiker/innen der beteiligten HaLT-Standorte. Zur Klärung der Verständlichkeit und der schlüssigen Abfolge der Fragen legten wir zwei Jugendlichen (weiblich bzw. männlich), die aufgrund einer Alkoholintoxikation im Krankenhaus behandelt worden waren, den T0-Fragebogen mit der Bitte um Bearbeitung und Rückmeldung vor (Pretest). Der T0-Fragebogen umfasste 272 Items auf insgesamt 14 Seiten. Auch der T1-Fragebogen, bestehend aus 86 Items, wurde anhand eines Pretests mit zwei Jugendlichen (männlich/weiblich) im Rahmen von Telefoninterviews hinsichtlich Zeitbedarf und Verständlichkeit getestet.

5.1.2 Erhebung der Einschätzung der HaLT-Fachkräfte

Zur Abschätzung der Validität der Selbstauskünfte der Jugendlichen haben wir die HaLT-Fachkräfte gebeten, die psychosoziale Belastung und die familiäre/soziale Unterstützung auf einer 5-stufigen Rating-Skala von „stark unterdurchschnittlich“ bis „stark überdurchschnittlich“ einzuschätzen (Fremdeinschätzung). Darüber hinaus haben die HaLT-Fachkräfte Informationen zu von ihnen selbst oder anderen durchgeführten Interventionen (Beratungsgespräch, Gruppe) bzw. eingeleiteten Maßnahmen (z.B. Familientherapie, Kontakt zu Jugendamt, stationäre Behandlung) dokumentiert.

5.1.3 Akquise teilnehmender Studienstandorte

An der prospektiven Kohortenstudie zur Prüfung der prognostischen Relevanz der RiScA-Testversion nahmen HaLT-Standorte aus ganz Deutschland mit jeweils einem oder mehreren kooperierenden Akutkrankenhäusern aller Versorgungsstufen mit fachpädiatrischer Abteilung teil. Die Akquise der Studienstandorte fand im Herbst/Winter 2011 über das Bundesnetzwerk HaLT und die HaLT-Landeskoordinationsstellen statt. Voraussetzung für die Teilnahme einer Fachstelle war eine erwartete jährliche Anzahl von mindestens 40 stationär behandelten Jugendlichen, die in das Präventionsprogramm HaLT eingebunden werden und sich somit potentiell an der RiScA-Befragung beteiligen können. Die teilnehmenden Standorte sollten über bewährte, tragfähige Kooperationsstrukturen mit den Kliniken und über die personellen Möglichkeiten verfügen, um mit der erforderlichen Qualität und Kontinuität an der Studie mitzuwirken. Zur Gewinnung und Einbindung geeigneter Standorte wurden Unterlagen zur Information und verbindlichen Mitarbeit unter Achtung aller datenschutzrechtlichen Bestimmungen erstellt.

Ein eintägiger Workshop im April 2012 mit allen teilnehmenden HaLT-Standorten diente der Diskussion des Fragebogens, der Klärung von Fragen und der Sicherung einer standardisierten einheitlichen Durchführung der Studie. Geschult wurden HaLT-Fachstellen in freier oder kommunaler Trägerschaft aus Bad Homburg, Berlin, Bielefeld, Dresden, Leipzig, Lörrach, Rastatt/Baden-Baden, Schweinfurt, Wiesbaden. Neben dem RiScA-Langfragebogen wurde den Fachstellen eine umfangreiche Mappe mit den Studienunterlagen zur Verfügung gestellt, u.a. Informationsblätter für Eltern, Jugendliche und Klinikpersonal, Formular zur Entbindung von der Schweigepflicht, Diagramm zum Studienablauf und zum Datenfluß.

Tabelle 3: Erhebungsinstrumente und Skalen sowie Anzahl der Items in der RiScA-Testversion (T0) sowie dem Fragebogen der Follow-up Befragung (T1)

Originalinstrument	Verwendete Inhalte	Quelle	Items T0	T1
Communities That Care Youth Survey (CTC); Sozialräumliche Prävention in Netzwerken (SPIN)	Risiko- und Schutzfaktoren sowie Problemverhaltensweisen aus den Bereichen Familie (Suchterkrankung oder psychische Erkrankung Eltern, Erziehungsstil, Familienatmosphäre ¹), Freunde (prosoziale Peers, Delinquenz, Substanzmißbrauch), Schule (Schulklima, Noten), Individuum (soziale Einstellungen, Substanzkonsum) und Nachbarschaft (Sauberkeit, Sicherheit, soziale Kontrolle)	(Arthur, 2002; (Groeger-Roth, persönliche Mitteilung)	164	23
Kinder- und Jugend- Gesundheitssurvey (KIGGS)	Daraus Fragen zu soziodemographischen Daten (Migrationshintergrund, soziales Umfeld), Opfer sexueller Gewalt, Gewalttäterschaft, Gewaltopferschaft ² ,	(Robert Koch Institut, 2003; Robert-Koch-Institut, 2008)	45	6
Big Five Inventory	Persönlichkeitsmerkmale: Neurotizismus, Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und Offenheit ³	(Rammstedt & John, 2007)	10	-
CRAFFT-d	Problematischer Alkoholkonsum bei Jugendlichen ⁴	(Knight, Sherritt, Shrier, Harris & Chang, 2002)	6	6
Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)	Daraus 6 Items zu körperlicher und emotionaler Gewalt und Vernachlässigung ⁵	(Häuser et al. 2011; Klinitzke, et al, 2012; Wingenfeld et al., 2010)	6	6
Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption (AUDIT-C)	Schädlicher Alkoholkonsum (Konsumfrequenz, Binge-drinking)	(Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001)	3	3
Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD)	Daraus Fragen zu schädlichem Alkoholkonsum	(Kraus, Pabst, & Piontek, 2011)	2	2
Rostocker-Suchtstärke-Index für Kinder- und Jugendliche (ROSI-KJ)	Daraus Fragen zu Schulproblemen	(Reis, Pape, & Häbeler, 2008)	2	2
Originäre Fragen	Riskante Konsummuster, Konsummotive		34	33
Gesamt			272	86

1 „In unserer Familie schreien wir uns oft an und beschimpfen uns.“

2 „Wie oft wurdest du in den letzten 12 Monaten Opfer von Gewalt?“

3 „Ich bin eher zurückhaltend und reserviert.“

4 „Trinkst du Alkohol, wenn du alleine bist?“

5 „Seit meiner Kindheit bis heute hatte ich das Gefühl geliebt zu werden.“

Gleich zu Beginn zeigte sich, daß HaLT in Dresden aus organisatorischen Gründen nicht wie geplant teilnehmen konnte. Zudem gestaltete sich die Einbindung von Jugendlichen zeitaufwendiger als gedacht. An Standorten, an denen die Fachstellen mit mehreren Kliniken an unterschiedlichen Orten kooperieren, war dies zeitlich oft nicht mit der Organisation der HaLT-Kurzintervention zu vereinbaren. Ein weiteres Problem war die von den Eltern zu leistende Unterschrift auf der Einwilligungserklärung zur RiScA-Befragung, wenn sie während der Kontaktzeit der Fachkraft mit ihrem Kind nicht persönlich im Krankenhaus anwesend waren. Über gezielte Ansprache durch die Villa Schöpflin wurden daher zusätzlich die HaLT-Standorte Worms und Kassel geschult und beteiligten sich an der Rekrutierung von Jugendlichen.

5.1.3.1 Organisatorischer Ablauf der Befragung durch HaLT-Fachkräfte im Krankenhaus

Das Ziel war, die Befragung der Jugendlichen nach Alkoholintoxikation bestmöglich in den bisherigen Ablauf einer sozialpädagogischen Frühintervention am Krankenbett zu integrieren und den Zusatzaufwand für Präventionsfachkräfte, Ärzte/innen und Pflegepersonal so gering wie möglich zu halten. Die Beantwortung des RiScA-Fragebogens wurde daher dem routinemäßigen HaLT-Beratungsgespräch vorgeschaltet. Um das Gespräch am Krankenbett weder für Jugendliche noch für die Berater/innen zeitlich zu überfrachten, sollte die RiScA-Befragung nicht länger als eine halbe Stunde in Anspruch nehmen. Das bisherige Formblatt der Schweigepflichtentbindung, mit welchem Eltern und Jugendliche die Klinik für die Überleitung in HaLT von der Schweigepflicht entbinden, wurde um eine Information zu RiScA erweitert. Ärzte/innen und Pflegepersonal oder die Präventionsfachkraft übergaben den Eltern neben Informationen zu HaLT gleichzeitig auch das Informationsblatt und die RiScA-Einwilligungserklärung mit der Bitte, bei Zustimmung dies mit ihrer Unterschrift zu bestätigen und die Kontaktdaten für die telefonische Zweitbefragung anzugeben. Lag eine schriftliche Einwilligung von Eltern und Jugendlichen vor, begann die HaLT-Fachkraft mit der Befragung der/des Jugendlichen. Aus ethischen Gründen wurde vereinbart, daß eine Kurzintervention Vorrang vor einer Studienteilnahme hat, falls sich aus zeitlichen oder organisatorischen Gründen nicht beide vereinbaren lassen.

Der erste Frageblock zu soziodemographischen Angaben wurde in Interviewform durch die HaLT-Fachkraft ausgefüllt, der restliche Teil von den Jugendlichen selbst. Die Jugendlichen erhielten einen Gutschein in Höhe von 10,00 Euro sowie einen USB-Stick, der als Armband getragen werden kann. Die Armbänder wurden von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung kostenlos zur Verfügung gestellt. Da Studien zeigen, daß im Voraus gegebene Incentives die Teilnahmebereitschaft erhöhen (Berger, 2006; Jäckle & Lynn, 2008; Stadtmüller & Porst, 2005), erhielten die teilnehmenden Jugendlichen den Gutschein und die USB-Sticks für beide Befragungen bereits zum Zeitpunkt der Erstbefragung im Krankenhaus, überreicht durch die HaLT-Fachkräfte.

5.1.3.2 Telefoninterview T1

Für die telefonische Nachbefragung der Probanden sechs Monate nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wurden zwei sozialpädagogische Fachkräfte rekrutiert und geschult, da sehr gezielt nach schweren Gefährdungen gefragt wird (s. Tabelle 3). Sprechen Jugendliche Probleme wie Suizidgedanken, Gewalterfahrung, sexuellen Mißbrauch oder Depressivität an, bedarf es einer professionellen Reaktion und Unterstützung. Der Leitfaden für das Telefoninterview beinhaltete deshalb einen mit den Fachstellen abgestimmten, strukturierten Ablauf zum Umgang mit akuten schwerwiegenden Belastungen, der bei Bedarf die verbindliche Überleitung an die zuständige HaLT-Fachstelle gewährleistete. Die telefonische Kontaktaufnahme gestaltete sich sehr zeitaufwendig, da viele Jugendliche durch schulische und Freizeitaktivitäten häufig außer Haus waren. Es wurden bis zu 10 Anrufversuche unternommen.

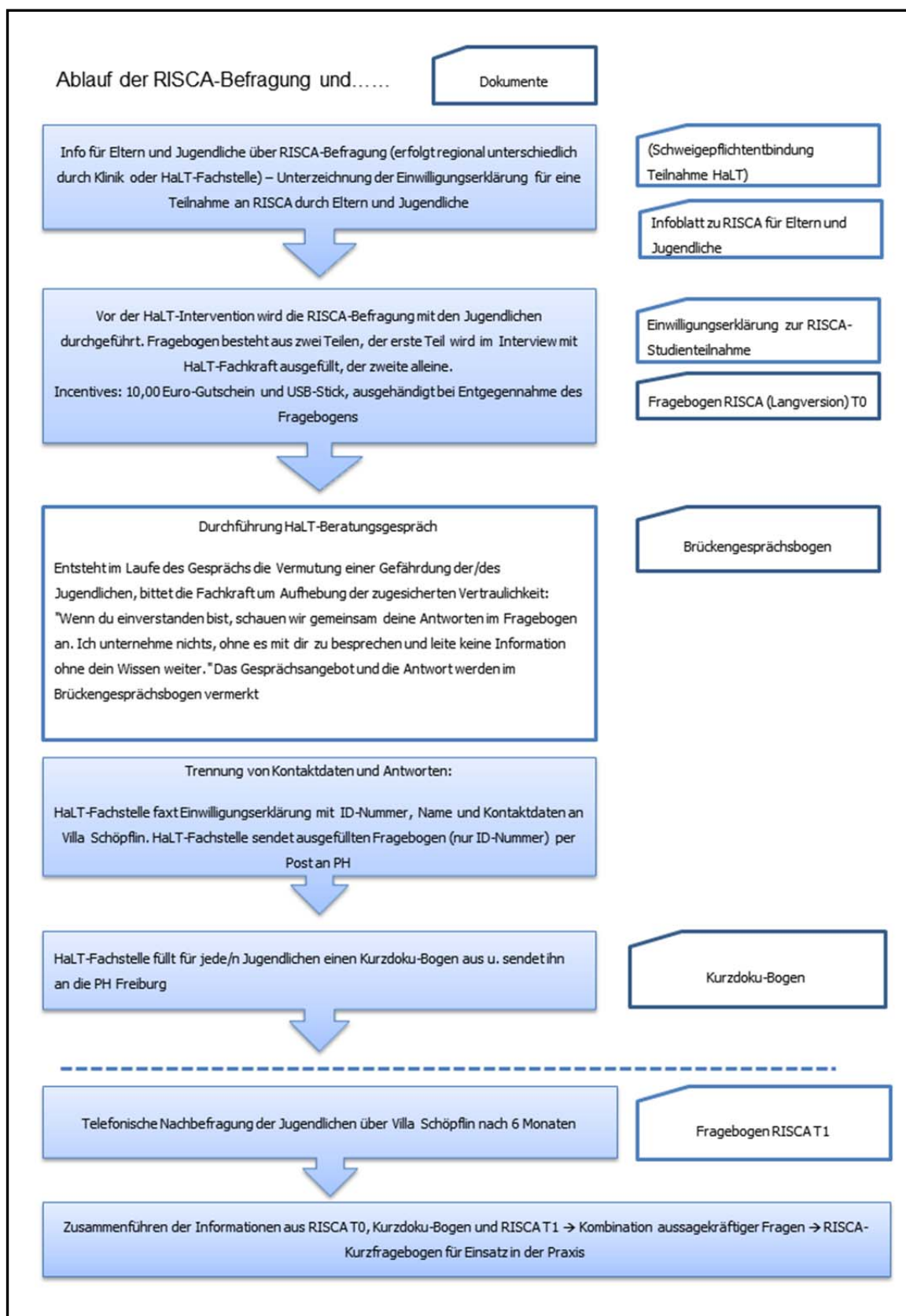


Abbildung 9: Ablauf der RiScA T0-Befragung im Krankenhaus und der telefonischen Nachbefragung (T1).

5.1.4 Statistische Auswertungen

In Rahmen der statistischen Auswertungen haben wir die Ausfüll- und Datenqualität geprüft, Analysen zur Stichprobenselektivität und umfangreiche Analysen zur psychometrischen Güte der verwendeten Skalen und Items durchgeführt. Abgerundet werden die Analysen mit multivariaten logistischen Regressionsmodellen zur Vorhersage von Entwicklungsgefährdungen und zur Stichprobenselektivität. Alle Analysen erfolgten mittels SPSS v.21/22 und AMOS v.21/22.

5.1.4.1 Datenqualität - Analyse fehlender Werte

Es wurden Analysen zur Vollständigkeit der vorliegenden Fragebögen und zur Systematik von Antwortausfällen durchgeführt (Missing Completely At Random, Missing At Random, Missing Not At Random) (Schafer & Graham, 2002), um ggf. eine Imputation mittels Expectation Maximization Algorithmus für die konfirmatorische Faktorenanalyse im Rahmen der Konstruktvalidierung vorzunehmen.

5.1.4.2 Psychometrische Güte

Die psychometrische Prüfung der Skalen erfolgte auf der Basis der klassischen Testtheorie in mehreren Schritten. Sie bezog sich auf die interne Konsistenz als Indikator für die Zuverlässigkeit bzw. Reliabilität von (Sub)Skalen (Cronbachs Alpha). Da der RiScA-Fragebogen für die individuelle Präventions- und Beratungsplanung (und nicht für Gruppenvergleiche) gedacht ist, sollten die alpha-Werte über 0,8 liegen (Bühner, 2010; Streiner & Norman, 2008). Weiterhin haben wir deskriptive Item- und Skalenkennwerte berechnet (z.B. Anteil fehlender Werte, Schiefe der Antwortverteilungen, Itemschwierigkeit, Trennschärfe).

Die Konstruktvalidität der in den RiScA-Fragebögen zu T0 und T1 enthaltenen Skalen überprüfen wir in zwei Stufen. Im ersten Schritt unterzogen wir die Items jeweils einer exploratorischen Faktorenanalyse anhand der Maximum-Likelihood-Methode (ML) zur Überprüfung der dimensional Struktur der Skalen als Basis für weitere Modellbildungen. Dabei werden schrittweise Faktoren extrahiert und mit einem χ^2 -Anpassungstest geprüft, ob das Modell der in der Grundgesamtheit angenommenen Struktur (Arthur, 2002) entspricht. Im zweiten Schritt testeten wir die postulierte Struktur mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse (CFA) hinsichtlich ihrer Modellgüte auf globaler und lokaler Ebene (Bühner, 2010) und optimierten ggf. anhand der Modifikationsindizes die Modellanpassung. Zur Beurteilung der konvergenten Validität der Konstrukte auf lokaler Ebene dienen die Indikatorreliabilität ($\geq 0,4$), die Faktorreliabilität ($\geq 0,6$) sowie die durchschnittlich erfaßte Varianz ($\geq 0,5$) (Kline, 2005). Zur Bewertung der globalen Modellgüte diente neben dem (aufgrund der großen Stichprobe nur eingeschränkt verwertbaren) Chi-Quadrat Test der Comparative Fit Index (CFI), der Tucker-Lewis-Index (TLI) sowie der Root-Mean-Square-Error of Approximation (RMSEA). Für eine gute Modellanpassung sprechen CFI und TLI Werte $\geq 0,95$ und ein RMSEA $\leq 0,05$ (Kline, 2005).

5.1.4.3 Konstruktion der Entwicklungsgefährdungsindizes

Die nach der psychometrischen Prüfung valide erhobenen Entwicklungsgefährdungen stammen aus acht Bereichen². Um das Ausmaß an Entwicklungsgefährdung bei den Jugendlichen zu beschreiben, haben wir zwei Indizes gebildet. Zu T0 ist dies die Summe der jemals und den aktuell zu T0 bestehenden Entwicklungsgefährdungen aus acht Bereichen, während es sich zu T1 um die Summe der seit der Entlassung aus dem Krankenhaus bis zum Zeitpunkt der telefonischen Nachbefragung eingetretenen

² (1) Schwere Mißhandlungen und Vernachlässigung in der Familie, (2) Suizidalität, (3) Depressivität, (4) Wohnsitzlosigkeit, (5) Schulische Probleme, (6) Delinquenz, (7) Sexuelle Gewalt, (8) Konsum illegaler Drogen

Entwicklungsgefährdungen handelt. Beide Indizes können Wertebereiche zwischen 0-8 annehmen. In einem weiteren Schritt wurden daraus zwei Entwicklungsgefährdungs-Variablen gebildet, von denen sich die eine auf die Entwicklungsgefährdungen zu T0 und die andere auf die Entwicklungsgefährdungen zu T1 bezieht. Die Variablen zur Entwicklungsgefährdung T0 bzw. T1 stuft alle Jugendliche, die zwei und mehr Entwicklungsgefährdungen aufweisen, als gefährdet ein. Die Definition der jeweiligen Gefährdungsbereiche und Indizes wird im Ergebnisteil detailliert beschrieben. Zur Prüfung der Plausibilität der Entwicklungsgefährdungsindizes zu T1 führten wir Subgruppenanalysen nach Geschlecht, Art der zu T0 bestehenden Entwicklungsgefährdungen und Alkoholkonsum zu T0 durch.

5.1.4.4 Logistische Regression

Zur Vorhersage der Wahrscheinlichkeit einer Entwicklungsgefährdung zu T1 durch Prädiktorvariablen, dient die Methode der binären logistischen Regression (Wuensch, 2014). Anhand der logistischen Regression wird geprüft, in welcher Beziehung die Prädiktoren mit den bedingten Wahrscheinlichkeiten des Modells stehen (Andreß, Hagenaars & Kühnel, 1997). Angestrebt wird eine möglichst einfache, parameterökonomische Darstellung des Zusammenhangs zwischen einer abhängigen und mehreren unabhängigen Variablen (Schendera & Christian, 2008). Die Wahrscheinlichkeiten werden mittels eines in SPSS V.22 implementierten Maximum-Likelihood Schätzverfahrens berechnet.

5.1.4.5 Analysen zur Stichprobenselektivität

Die Daten der Studienteilnehmer/innen wurden im Hinblick auf ihre Teilnahme an der telefonischen Nachbefragung analysiert, um zu überprüfen, ob es aufgrund der telefonischen Erreichbarkeit zu Verzerrungen gekommen ist (ob beispielweise Jugendliche mit hoher Belastung seltener am Telefoninterview teilgenommen haben als Jugendliche mit geringer Belastung). Verglichen haben wir Beteiligungsrate in verschiedenen Subgruppen. Die inferenzstatistische Absicherung erfolgte mittels Chi-Quadrat Test. Ergänzend haben wir die Wahrscheinlichkeit, sich an T1 zu beteiligen, unter gleichzeitiger Einbeziehung mehrerer Variablen mittels logistischer Regression modelliert, um unabhängige, statistisch signifikante Einflußfaktoren zu ermitteln.

5.2 Ergebnisse prospektiver Studienteil

5.2.1 Rekrutierung der Studienteilnehmer

In der Zeit vom 1.06.2012 bis zum 30.11.2013 wurden 342 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 12 und 17 Jahren in die Studie aufgenommen und zu T0 befragt. Das entspricht 44% der insgesamt 774 während dieses Zeitraums im HaLT-Projekt an den teilnehmenden Standorten betreuten Kindern und Jugendlichen. Der häufigste Grund für Nicht-Teilnahme sind organisatorische Probleme (66%), in 18% der Fälle haben entweder Eltern oder der bzw. die Betroffene die Einwilligung verweigert. In 12% der Fälle bestand akuter Handlungsbedarf, der eine vorgeschaltete Befragung nachrangig machte (vgl. Abbildung 10).

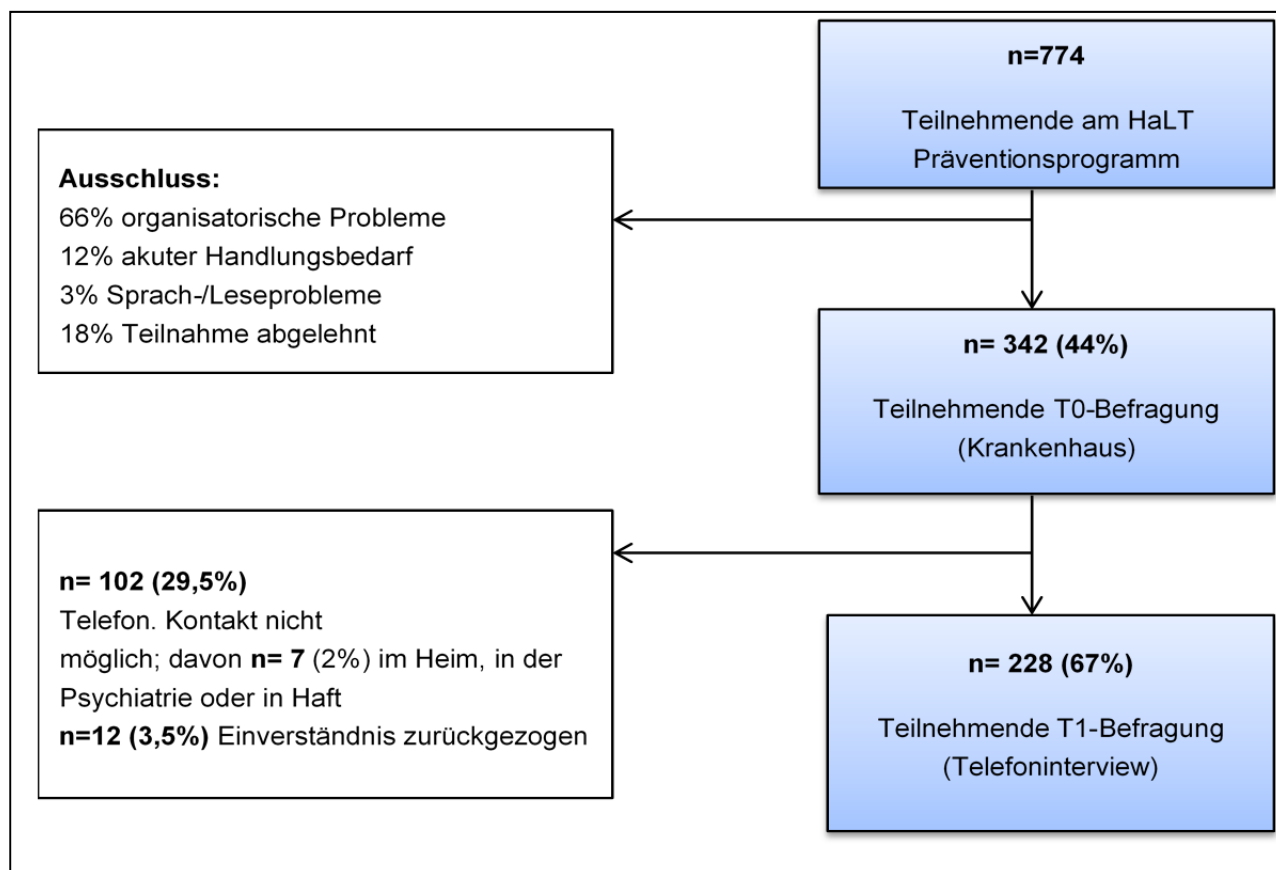
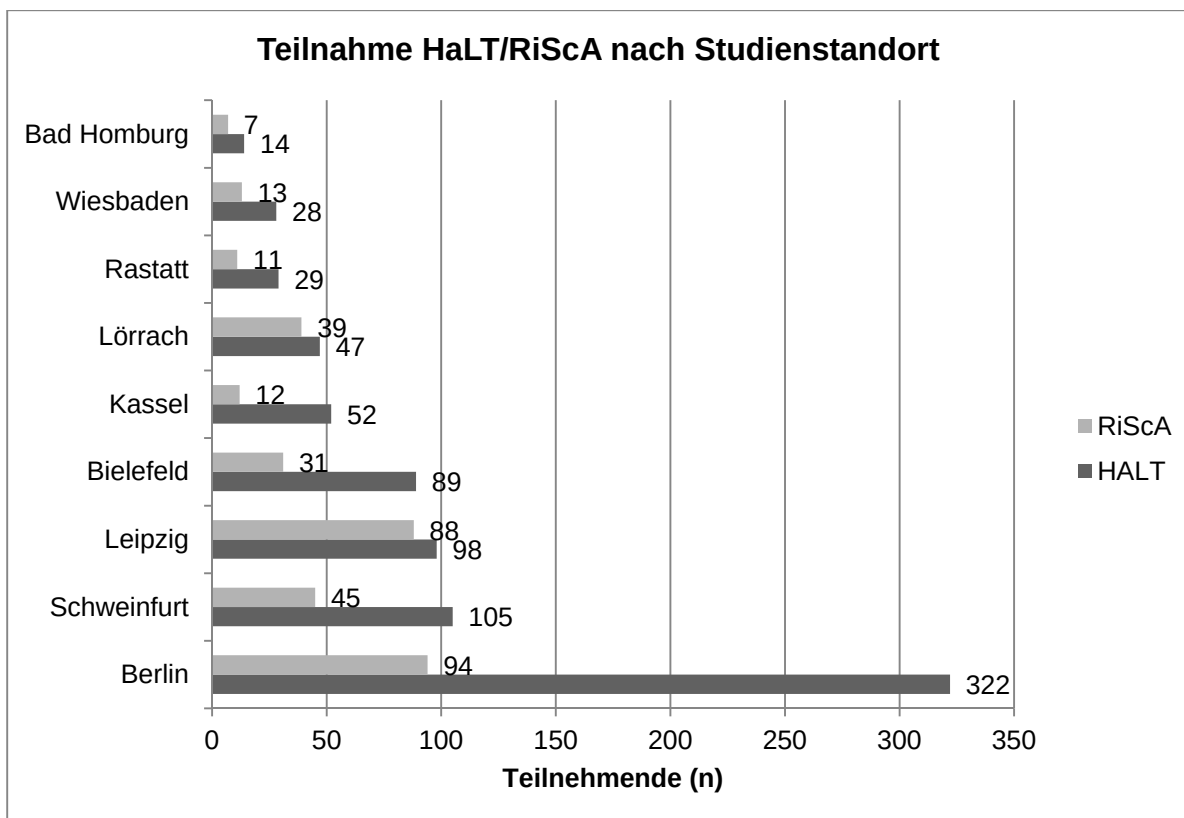


Abbildung 10: Rekrutierung der Stichprobe – Teilnahme HaLT und Teilnahme RiScA.



In Abbildung 11 wird die Anzahl von Teilnehmenden an HaLT und der RiScA-Studie in den beteiligten Standorten dargestellt. Besonders an den Standorten Berlin, Kassel und Bielefeld konnten aufgrund der dortigen organisatorischen Rahmenbedingungen nur ein Teil der HaLT-Teilnehmenden in die RiScA-Studie integriert werden, in Lörrach und Leipzig konnten fast alle Jugendlichen über HaLT in die Studie eingeschlossen werden.

Die telefonische Nachbefragung (T1) richtete sich an die 342 Jugendlichen, die an der T0 Befragung am Krankenbett teilgenommen hatten. Von diesen nahmen n=228 (67%) am Telefoninterview teil. Bei n=102 (29,5%) Jugendlichen war der telefonische Kontakt nicht möglich und bei n=12 (3,5%) wurde die im Krankenhaus gegebene Einwilligung zurückgezogen. Bei sieben der 342 Jugendlichen, die nicht kontaktiert werden konnten (2%) teilten die Erziehungsberechtigten den Interviewerinnen mit, daß ihr Kind im Heim, in einer psychiatrischen Klinik oder in Haft sei (Abbildung 10).

5.2.2 Datenqualität - Analyse fehlender Werte

Die meisten der 342 Kinder und Jugendliche, die an der Befragung teilnahmen, füllten den sehr umfangreichen T0-Fragebogen weitgehend vollständig aus. So weisen 77,8% der Fragebögen weniger als 5% fehlende Werte auf und nur 4,1% sind sehr unvollständig ausgefüllt mit mehr als 30% fehlenden Werten. Aufgrund des anderen Befragungsmodus der T1-Befragung (Telefoninterview) ist der Anteil der vollständig ausgefüllten Fragebögen nochmals deutlich höher: 85,6% der T1-Fragebögen weist höchstens 1% fehlende Werte auf, vgl.

Tabelle 4). Die Analyse der fehlenden Werte ergab, dass alle entweder Missing Completely at Random oder Missing at Random waren.

Abbildung 11: Anzahl der teilnehmenden Jugendlichen an RiScA bzw. HaLT nach beteiligten Standorten (Studienzeitraum 06/2012 – 11/2013).

Tabelle 4: Datenqualität – fehlende Werte T0 und T1

Fehlende Werte	T0 (Krankenhaus)				T1 (Telefoninterview)	
	Alle	(n=342)	(n=228)		(n=228)	
	n	%	n	%	n	%
0 bis 1 %	118	34,5	86	37,7	195	85,5
>1 bis 4,9 %	148	43,3	95	41,7	15	6,6
5 bis 30 %	62	18,1	33	14,9	17	7,5
> 30 %	14	4,1	14	6,1	1	0,4

5.2.3 Prüfung der psychometrischen Güte der RiScA-Testversion

Die folgenden Analysen beziehen sich auf die T0 Stichprobe (n=342) (Tabelle 5). Die befragten Jugendlichen sind im Schnitt 15,5 (SD=1,2) Jahre alt und zu 51,9% männlich. 46,8% leben in einer traditionellen Familie, 22,9% bei ihrer Mutter und 14,1% bei ihrer Mutter und deren neuem Partner. 17,3% weisen einen Migrationshintergrund auf. Die meisten Jugendlichen gehen noch zur Schule, 30,7% besuchen das Gymnasium, 22,8% die Realschule und 10,5% die Hauptschule.

Tabelle 5: Soziodemographische Merkmale der Stichprobe zu T0

Soziodemographische Merkmale	N	Anzahl	%
Alter	310	M= 15,5	SD=1,21
Geschlecht (männlich)	337	178	51,9%
Soziale Familiensituation	340		
Traditionelle Familie		159	46,8
Mutter & Partner		55	16,2
Mutter		78	22,9
Sonstiges (Vater, Heim ...)		48	14,1
Migrationshintergrund	336	58	17,3
Schüler	337	293	83,7
Schule, die besucht wird...	342	320	93,5
Gymnasium		105	30,7
Realschule		78	22,8
Hauptschule		36	10,5
Gesamtschule		26	7,6
Förderschule		10	2,9
Ausbildung / Beruf		65	19,0

Auf Basis der T0 erhobenen Daten wurde eine umfassende Prüfung der psychometrischen Güte des Erhebungsinstrumentariums durchgeführt. Hier vorgestellt werden die Ergebnisse der Validierung der CTC-Skalen zum Bereich Familie und die in der RiScA Endversion verwendeten Skalen.

Zunächst wurde die Reliabilität überprüft. Eine für intraindividuelle Vergleiche ausreichend hohe interne Konsistenz ($\alpha > 0,8$) erreichen initial lediglich drei der sieben CTC-Skalen, die Skalen zur Depressivität ($\alpha = 0,8$) sowie die gekürzte Skala aus dem Childhood-Trauma-Questionnaire (CTQ-6, $\alpha = 0,82$; vgl. Tabelle 6). Zufriedenstellend ist die interne Konsistenz der Skala zur Selbstwirksamkeit (SWE, $\alpha = 0,79$), während der AUDIT-C deutlich niedrigere Werte aufweist ($\alpha = 0,72$).

Die exploratorische Faktorenanalyse gab Hinweise auf die Struktur der eingesetzten Skalen und Items. In Tabelle 6 wird erkennbar, dass einige aufgeführte Skalen hohe bzw. sehr geringe Mittelwerte aufweisen. Dies bedeutet, dass das Item nicht erlaubt, Individuen gut voneinander abzugrenzen. Darauf weisen ebenfalls die geringen Cronbachs- α Werte hin. Erwartungsgemäß wurden Skalen, die in der deskriptiven Itemstatistik bereits auffällig waren, auch in der einfaktoriellen Faktorenanalyse nicht gut abgebildet.

Eine weitergehende Prüfung der Dimensionalität erfolgte mittels konfirmatorischer Analysen, die unter Nutzung der Modifikationsindizes in einem iterativen Prozeß ggf. zum Ausschluss einzelner Fragen/Items und einer optimierten Skala führten³. In Tabelle 7 sind die globalen Güteindizes der Originalmodelle sowie der modifizierten Modelle dargestellt. Alle finalen Modelle erreichen optimale Werte. Die modifizierten Instrumente erfassen somit valide Risiko- und Schutzfaktoren sowie Entwicklungsgefährdungen bei Jugendlichen nach Alkoholintoxikation. Für ein besseres Verständnis der für die weiteren Auswertungen verwendeten Skalen haben wir in Tabelle 8 die finalen Skalen und ihre Interpretation beschrieben.

³ Die Skalen des AUDIT-C und zu Depressionen konnten nicht konfirmatorisch überprüft werden, da ihre Itemanzahl (jeweils 3) zu gering war.

Tabelle 6. Deskriptive Itemkennwerte der in der RiScA-Testversion verwendeten Skalen.

Skala	Anzahl Items	N fehlend %	M	Ca	r _{itc} Min-Max	EFA Min-Max	Ergebnis CFA	Items nach CFA
Probleme mit dem Familienmanagement	7	9,1	76,0 ¹	0,69	0,32 – 0,47	0,4 – 0,59	X	-
Konflikte in der Familie	3	7,9	35,2 ¹	0,81	0,60 – 0,74	0,66 – 0,90	✓	3
Zustimmende Haltung der Eltern zu Substanzkonsum	3	6,1	4,4 ¹	0,40	0,25 – 0,30	0,39 – 0,53	X	-
Zustimmende Haltung der Eltern zu antisozialem Verhalten	4	4,7	7,5 ¹	0,56	0,25 – 0,45	0,37 – 0,65	X	-
Familiärer Zusammenhalt	6	12,3	62,0 ¹	0,79	0,47 – 0,67	0,37 – 0,93	FP_1a FP_1b	Je 3
Familiäre Gelegenheiten zur prosozialen Mitwirkung	3	8,2	70,5 ¹	0,74	0,53 – 0,60	0,63 – 0,79	✓	3
Familiäre Anerkennung für die Mitwirkung	2	6,7	75,1 ¹	0,87	0,77	-	✓	2
Childhood Trauma Questionnaire (6 Items)	6	10,5	4,58	0,82	0,49 – 0,80	0,57 – 0,79	✓	6
Selbstwirksamkeitserwartung (9 Items)	9	10,5	25,7	0,79	0,28 – 0,63	0,36 – 0,74	✓	9
AUDIT-C	3	15,5	3,3	0,72	0,49 – 0,68	0,52 – 0,94	✓	3
Depressivität	3	4,1	5,6	0,8	0,74 – 0,79	0,74 – 0,84	✓	3

M= Mittelwert, Ca= Cronbachs α wenn Item weggelassen / Skala gesamt, r_{itc}=Trennschärfe,

EFA = Faktorladung in der exploratorischen Faktorenanalyse

✓=Skala bleibt erhalten, x=Skala gelöscht, neu(2) = aus einer Skala werden zwei;

1=Für die CTC-Skalen wurden im Rahmen der psychometrischen Prüfung die Skalen auf Werte zwischen 0-100 transformiert

Tabelle 7: Konfirmatorische Prüfung ausgewählter Skalen der RiScA-Testversion:
 Globale Güteindizes für CTC, CTQ, SWE

Domäne	Modell	X ²	df	X ² / df	p	TLI	CFI	RMSEA
Schwelle für optimale Passung				<2	>0,05	>0,9	>0,9	<0,08/0,05
CTC-Familie	Modell A	1193,93	329	3,63	0,00	0,72	0,75	0,09
	Modell Final	91,14	62	1,47	0,009	0,98	0,99	0,04
CTQ-6	Original	193,86	9	21,54	0,00	0,61	0,76	0,25
	Modell Final	15,08	6	2,51	0,02	0,97	0,99	0,07
SWE	Original	120,96	27	4,48	0,00	0,84	0,88	0,10
	Modell Final	44,09	23	1,92	0,01	0,96	0,97	0,05

X²=Test zur Globalen Modellgüte, df=Freiheitsgrade; p=Signifikanzniveau; TLI= Tucker-Lewis-Index; CFI= Comparative Fit Index ; RMSEA=Root-Mean-Square-Error of Approximation

Tabelle 8: Kurzbeschreibung der im Weiteren verwendeten RiScA-Skalen und Wertebereiche

Skala	Anzahl Items	Wertebereich	Interpretation
Konflikte in der Familie	3	0-100	Hohe Werte stehen für ein hohes Risiko
Bindung zur Mutter	3	0-100	Hohe Werte stehen für einen hohen Schutz
Bindung zum Vater	3	0-100	Hohe Werte stehen für einen hohen Schutz
Familiäre Gelegenheiten zur prosozialen Mitwirkung ¹	3	0-100	Hohe Werte stehen für einen hohen Schutz
Familiäre Anerkennung für die Mitwirkung ¹	2	0-100	Hohe Werte stehen für einen hohen Schutz
Childhood Trauma Questionnaire (6 Items)	6	6 - 30	Ab einem Skalenwert von über 12 Punkten sind Werte im CTQ als bedenklich einzustufen.
Selbstwirksamkeitserwartung (9 Items)	9	0 - 36	In der SWE Skala werden Werte über 26,5 als gute Selbstwirksamkeit eingestuft. Anhand dieser Vorgaben wurden im Folgenden die Antworten dichotomisiert (Schwarzer).
AUDIT-C	3	0 - 12	Alkoholmißbrauch wird bei Jugendlichen ab einem Cut-off Wert von ≥ 3 angenommen (Knight, Sherritt, Harris, Gates Elisabeth C., & Chang, 2003; Reinert & Allen, 2007)
Depressivität	3	0-3	Ab einem Punkt werden die Jugendlichen als depressiv eingestuft.

5.2.4 Entwicklungsgefährdungen in der RiScA-Population im Vergleich zur Normalbevölkerung

Um die Belastung der Jugendlichen nach Alkoholintoxikation einordnen zu können, verglichen wir die Antworten der Jugendlichen, die im Krankenhaus befragt wurden (n=342), mit denen aus Studien an für Kinder und Jugendlichen mit durchschnittlichem Risiko repräsentativen Stichproben. Zu diesen Studien gehört beispielsweise der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey oder Communities That Care Youth Survey (CTC-Survey) im Rahmen der niedersächsischen Studie zur Sozialräumlichen Prävention in Netzwerken. Im Folgenden beschreiben wir zum Vergleich herangezogenen Studien kurz.

Der CTC-Survey wurde in 2012 vom Landespräventionsrates Niedersachsen im Rahmen der SPIN-Studie (Sozialräumliche Prävention in Netzwerken) bei 1.762 Jugendlichen in Niedersachsen eingesetzt (CTC Niedersachsen) (Groeger-Roth, 2012). Zur Einordnung unserer Ergebnisse lag uns der Abschlussbericht des Projektes vor (Ludwig & Soellner, 2014), dem wir Vergleichswerte für folgende Merkmale, Problembereiche bzw. Items entnehmen konnten: Alter, Geschlecht, Depressivität, Delinquenz (je von der Polizei festgenommen worden), Gewalttäterschaft, Gewaltopferschaft und Konsum illegaler Drogen. In der niedersächsischen Auswertungsstichprobe (n=1.491) beträgt das Durchschnittsalter der Jugendlichen 14,6 Jahren (SD 1,73). Es ist damit im Vergleich zu unserer Stichprobe (mittleres Alter 15,4 Jahre, SD 1,4) fast ein Jahr niedriger.

Weiterhin vergleichen wir die Prävalenz von familiärer Gewalt und Vernachlässigung mit einer repräsentativen Studie bei der 2.504 Personen in Deutschland mittels des Childhood Trauma Questionnaires befragt wurden (Häuser et al., 2011). Da das Durchschnittsalter dieser Studie bei 41,3 Jahren liegt, kontaktierten wir das Studienteam und erhielten eine – unveröffentlichte – Auswertung der Subgruppe der 14-17-Jährigen (n=78) mit einem Durchschnittsalter von 15,6 Jahren (SD 1,09).

Um Suizidalität (häufige Suizidgedanken, zurückliegender Suizidversuch) der Jugendlichen im Krankenhaus mit der jungen Durchschnittsbevölkerung vergleichen zu können, nahmen wir als Referenz eine große deutsche Befragung, an der sich 44.610 Schüler/innen der 9. Klasse beteiligten (Donath,

Graessel, Baier, Bleich & Hillermacher, 2014). Ihr Durchschnittsalter liegt bei 15,3 Jahren (SD 0,7), was dem Durchschnittsalter unserer Stichprobe sehr nahe kommt.

Die Angaben zu Gewalttäterschaft und Gewaltopferschaft vergleichen wir mit denen des Kinder- und Jugend-Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts, bei dem neben anderen Altersgruppen auch 3.737 Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren befragt wurden. Der Anteil von Jugendlichen mit Migrationshintergrund liegt hier bei 17,1% und ist vergleichbar hoch mit unserer Stichprobe (17,3%) (Robert-Koch-Institut, 2008).

Bis auf eine Ausnahme, Depressivität, sind Jugendliche, die aufgrund einer Alkoholintoxikation stationär behandelt werden, deutlich stärker belastet als Jugendliche der Referenzpopulationen. Beim Vergleich mit Antworten aus Niedersachsen ist zu berücksichtigen, dass die Jugendlichen dort im Durchschnitt fast ein Jahr jünger sind als unsere Stichprobe. Dennoch sind die Unterschiede hinsichtlich Festnahme durch die Polizei (sechs Mal häufiger) oder den Konsum illegaler Drogen (mehr als drei Mal so oft) so groß, dass sie durch ein Jahr Altersunterschied allein nicht erklärt werden können. Der Konsum illegaler Drogen geht in einer bayerischen Studie mit alkoholintoxizierten Jugendlichen im Krankenhaus einher mit einem erhöhten Risiko für wiederholte alkoholbedingte Krankenhauseinweisungen und höheren psychosozialen Risiken sowie weniger soziale und familiäre Unterstützung (Kraus, 2012). Ebenso wurde im retrospektiven Teil dieser Studie der Konsum illegaler Drogen im Jugendalter als Risikofaktor für spätere Probleme identifiziert.

Auch hinsichtlich körperlicher und psychischer Gewalt sind die Jugendlichen der RiScA-Studie signifikant stärker belastet als die junge Allgemeinbevölkerung. Schläge mit einem harten Gegenstand und Schläge, die zu blauen Flecken oder Striemen führen, kommen bei dieser Gruppe bis zu vier Mal häufiger vor als im Durchschnitt. Auch verletzende Aussagen durch Familienmitglieder gibt es deutlich häufiger, ebenso häufige Suizidgedanken (7,6 versus 5,2%) und zurückliegende Suizidversuche (11,8 versus 9%).

Besonders große Unterschiede bestehen auch hinsichtlich Gewalterfahrungen und zwar sowohl als Täter als auch als Opfer. Die Jugendlichen in der RiScA-Studie sind fünf Mal häufiger je Opfer von Gewalt geworden und doppelt so häufig jemals Täter von Gewalt als die Jugendlichen, welche an der KiGGS-Studie teilnahmen.

5.2.5 Entwicklungsgefährdungen zu T0 und zu T1 im Querschnitt

Die nachfolgenden Analysen beschreiben die Prävalenz von Entwicklungsgefährdungen (EG) zu T0 und T1 bei Jugendlichen, von denen zu beiden Zeitpunkten (T0 und T1) Daten vorlagen (n=228). Der Frage, ob, und wenn ja, in welche Richtung und in welcher Größenordnung sich aufgrund der Nichterreichbarkeit von Jugendlichen zu T1 Verzerrungen ergeben, widmen wir uns im Kapitel 5.2.9 (Stichprobenselektivität).

Tabelle 9 zeigt die Prävalenz von Entwicklungsgefährdungen zum Zeitpunkt T0. 26,3% der Jugendlichen berichten zum Zeitpunkt ihres Krankenhausaufenthaltes von einer Entwicklungsgefährdung. Im Mittel weisen die Jugendlichen eine Lebenszeitprävalenz sowie aktuelle Gefährdungen von $M=1,8$ ($SD=1,7$) auf.

Tabelle 9: Entwicklungsgefährdungen zu T0 (n=228).

Entwicklungsgefährdungsbereiche	Anzahl	%
Schwere Mißhandlungen und Vernachlässigung in der Familie	46	20,2
Blaue Flecken durch Schläge ¹	18	7,9
CTQ-Gesamtwert (mehr als 12 Punkte, entspricht obere 5%)	45	19,7
Suizidalität	30	13,2
Häufige Suizidgedanken	13	5,7
Zurückliegender Suizidversuch	27	11,8
Depressivität	66	28,9
Depressivitätsskala (eine von drei Fragen mit JA beantwortet)	66	28,9
Wohnsitzlosigkeit	44	19,3
Kein fester Wohnsitz	11	4,8
Von zu Hause weggelaufen über Nacht	41	18,0
Schulische Probleme	89	39,0
Vom Unterricht ausgeschlossen	34	14,9
je eine oder mehrere Klassen wiederholt	57	25,0
Schlechte Noten (Zeugnisnoten im Schnitt 5-6)	8	3,5
Schule schwänzen (≥ 2 Mal in den letzten 4 Wochen)	18	7,9
Schule abgebrochen	5	2,2
Delinquenz	42	18,4
von Polizei festgenommen worden	34	14,9
bei krimineller Jugendbande mitgemacht	16	7,0
Sexuelle Gewalt	33	14,5
Sex. Belästigung ²	33	14,5
Sex. Handlungen ²	20	8,8
Konsum illegaler Drogen	49	21,5
Cannabis ³	45	19,7
Andere illegale Drogen (jemals) ⁴	12	5,3
Entwicklungsgefährdungsindex	M=1,8	SD=1,7
Kein Indikator für eine Entwicklungsgefährdung	65	28,5
Entwicklungsgefährdung Lebenszeit = 1	60	26,3
Entwicklungsgefährdung Lebenszeit ≥ 2	103	45,2

1 Einige Male - sehr häufig

2 Von Jugendlichen; Von Erwachsenen; will nicht darauf antworten (angekreuzt)

3 ≥ 3 – 12 Mal im Jahr

4 jemals illegale Drogen konsumiert

Nahezu die Hälfte der Kinder und Jugendlichen (45,2 %) gibt an, zum Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes im Laufe des Lebens zwei oder mehr Entwicklungsgefährdungen ausgesetzt gewesen zu sein. Schulische Probleme sind zu T0 die häufigste Entwicklungsgefährdung, die 39,0% der Jugendlichen aufweisen. Die schulischen Probleme werden dann berücksichtigt, wenn die Jugendlichen entweder vom Unterricht ausgeschlossen wurden, eine oder mehrere Klassen wiederholt haben, ihre schulische Gesamtleistung zwischen den Noten 5-6 einschätzen, häufiger als zwei Mal in den letzten vier Wochen die Schule geschwänzt oder die Schule abgebrochen haben. Fast jeder Dritte Jugendliche/ jede Dritte Jugendliche weist Hinweise auf Depressivität auf und ein Viertel hat schon schwere Mißhandlungen oder Vernachlässigung in der Familie erlebt.

Tabelle 10: Entwicklungsgefährdungen T1 – aktuell (n=228).

Entwicklungsgefährdung T1	T1 N (228)	%
Schwere Misshandlungen und Vernachlässigung in der Familie	24	10,5
Blaue Flecken durch Schläge ¹	2	0,9
CTQ-Gesamtwert (mehr als 12 Punkte, entspricht obere 5%)	24	10,5
Suizidalität	16	7,0
Suizidgedanken	9	3,9
Suizidversuch	8	3,5
Depressivität	29	12,7
Depressivitätsskala (eine von drei Fragen mit JA beantwortet)	29	12,7
Wohnsitzlosigkeit	17	7,5
Kein fester Wohnsitz	1	0,4
Von zu Hause weggelaufen über Nacht	17	7,5
Schulische Probleme	46	20,2
Schlechte Noten (Zeugnisnote im Durchschnitt 5-6)	5	2,2
Schule schwänzen (≥ 2 Mal)	13	5,7
Vom Unterricht ausgeschlossen	8	3,5
Schule abgebrochen	6	2,6
Klasse wiederholt oder in niedrigerer Schulform gewechselt	24	10,5
Delinquenz	25	11,0
von Polizei festgenommen	11	4,8
bei krimineller Jugendbande mitgemacht	4	1,8
Wegen Anzeige angeklagt/verurteilt (nur T1)	20	8,8
Sexuelle Gewalt	8	3,5
Sexuelle Belästigung ²	8	3,5
Sexuelle Handlungen ²	3	1,3
Konsum illegaler Drogen	35	15,4
Cannabis ³	34	14,9
Andere illegale Drogen (jemals) ⁴	5	2,2
Entwicklungsgefährdungsindex	M=0,9	SD=1,3
Keine Entwicklungsgefährdung	130	57,0
Entwicklungsgefährdung Lebenszeit = 1	47	20,6
Entwicklungsgefährdung Lebenszeit ≥ 2	51	22,4

¹ Einige Male - sehr häufig

² Von Jugendlichen; Von Erwachsenen; Will nicht darauf antworten (angekreuzt)

³ 3-12 Mal in den letzten 6 Monaten bis zu wöchentlich – täglich wurden als auffällig gewertet

⁴ jemals illegale Drogen konsumiert

In *Tabelle 10* werden die aktuellen Entwicklungsgefährdungen zum Zeitpunkt T1 dargestellt. Im Mittel weisen die Jugendlichen einen Wert von $M=0,9$ ($SD=1,3$) in den letzten sechs Monaten auf. Im Telefoninterview, das nur die aktuelle Belastung erhebt, bestätigen 20,6% einer, 22,4% zwei und mehr Entwicklungsgefährdungen aktuell ausgesetzt zu sein. Ein Viertel ist von schulischen Problemen aktuell betroffen. 15,4% nehmen in den letzten 6 Monaten Cannabis oder andere illegale Drogen zu sich und 12,7% bestätigen Hinweise auf Depressivität.

5.2.6 Entwicklungsgefährdungen zu T0 und zu T1 im Längsschnitt

115 Personen berichten sowohl zu T0 als auch zu T1 keine oder höchstens eine Entwicklungsgefährdung (50,4%). Neun von zehn Jugendlichen (92%), die zu T0 über höchstens eine Entwicklungsgefährdung berichten, standen auch in dem halben Jahr nach der Entlassung aus dem Krankenhausaufenthalt keiner oder höchstens einer Entwicklungsgefährdung gegenüber. Unter Jugendlichen, die schon im Krankenhaus über mehr als eine Entwicklungsgefährdung berichten, sind es dagegen nur sechs von zehn (60,2%), während vier von zehn in den sechs Monaten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erneut mit mindestens Entwicklungsgefährdung konfrontiert gewesen sind ($p < 0,001$; vgl. Tabelle1). Das Vorhandensein von mindestens zwei (lebenszeitlichen) Entwicklungsgefährdungen im Krankenhaus (zu T0) erhöht das Risiko für mindestens zwei neu auftretende Entwicklungsgefährdungen in den ersten sechs Monaten nach der Entlassung (zu T1) erheblich. Das relative Risiko beträgt 5 (95% Konfidenzintervall 2,6-9,5): Jugendliche mit mindestens zwei Entwicklungsgefährdungen zu T0 haben damit ein fünf Mal so hohes Risiko, zu T1 mindestens zwei zwischenzeitlich eingetretene Entwicklungsgefährdungen erlebt zu haben, im Vergleich zu Jugendlichen, die im Krankenhaus keine oder höchstens eine Entwicklungsgefährdung berichten.

Tabelle 11: Entwicklungsgefährdung zu T0 und T1 im Längsschnitt (n=228).

		Entwicklungsgefährdungen T0					
		0-1		≥ 2		gesamt	
Entwicklungs- gefährdungen T1	0-1	115	92%	62	60,1%	177	77,6%
	≥ 2	10	8%	41	39,8%	51	22,4%
	gesamt	125	100%	103	100%	228	100%

$\chi^2(1)=32,9$; $p=0,00$, Relatives Risiko für mindestens zwei Entwicklungsgefährdungen zu T1, wenn zu T0 mindestens zwei Entwicklungsgefährdungen berichtet wurden: $(41/103) / (10/125) = 5$ (95% Konfidenzintervall 2,6-9,5)

5.2.6.1 Subgruppenanalyse nach Geschlecht

Im Folgenden betrachten wir die Entwicklungsgefährdungsbereiche zu T0 und T1 getrennt nach Geschlecht. Zum Zeitpunkt der Erstbefragung im Krankenhaus zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen in Bezug auf die Häufigkeit, mit der einzelne Entwicklungsgefährdungen angegeben werden (Tabelle2). In den Bereichen Suizidalität und sexueller Gewalterfahrung berichten Mädchen häufiger als Jungen, diesen Belastungen im Laufe ihres Lebens ausgesetzt gewesen zu sein. Delinquente Verhaltensweisen werden dagegen signifikant häufiger durch männliche Jugendliche bestätigt.

Auch in der telefonischen Nachbefragung (zu T1) zeigt sich, dass Mädchen wesentlich und statistisch hoch signifikant häufiger als Jungen in den sechs Monaten nach der Krankenhausausschreibung schwere Misshandlungen und Vernachlässigungen in der Familie sowie sexuelle Gewalt erfahren haben. Sie weisen zudem eine höhere Depressivität auf als Jungen (Tabelle3). Der prozentuale Anteil der Jugendlichen, die zwei und mehr Entwicklungsgefährdungen aufweisen, unterscheidet sich zu beiden Zeitpunkten bei Jungen und Mädchen nicht signifikant. Jedoch gibt es einen signifikanten Unterschied hinsichtlich ihrer durchschnittlichen Belastung im Entwicklungsgefährdungsindex zu T1. Dabei weisen Mädchen einen signifikant höheren Mittelwert von $M=1,1$ ($SD=1,6$) auf als Jungen $M=0,7$ ($SD=1,1$).

Tabelle 12: Lebenszeitprävalenz von Entwicklungsgefährdungen (T0, nach Geschlecht, n=228).

Entwicklungsgefährdungen T0	Mädchen (n=108) %	Jungen (n=116) %	p
Schwere Misshandlungen und Vernachlässigung in der Familie	25,0	16,4	0,11
Suizidgedanken & Suizidversuche	17,6	9,5	0,07
Depressivität	38,9	20,7	0,00***
Wohnsitzlosigkeit	20,4	19,0	0,79
Schulische Probleme	38,0	40,5	0,69
Delinquenz	12,0	24,1	0,02*
Sexuelle Gewalt ¹	25,9	4,3	0,00***
Konsum illegaler Drogen ²	17,6	25,0	0,17
Keine Entwicklungsgefährdung	26,9	29,3	0,25
Entwicklungsgefährdung Lebenszeit = 1	22,2	30,2	
Entwicklungsgefährdung Lebenszeit ≥ 2	50,9	40,5	
Entwicklungsgefährdungsindex (Werte zw. 0-8)	M=1,9 (SD=1,9)	M=1,6 (SD=1,6)	0,13

¹ Von Jugendlichen; Von Erwachsenen; will nicht darauf antworten (angekreuzt)

² ≥ 3 – 12 Mal im Jahr

* p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001

Tabelle 13: Seit der Entlassung aus dem Krankenhaus erlebte Entwicklungsgefährdungen (T1, nach Geschlecht, n=228).

Entwicklungsgefährdung T1	Mädchen (n=108) %	Jungen (n=116) %	p
Schwere Misshandlungen und Vernachlässigung in der Familie	18,5	3,4	0,00***
Suizidalität	10,2	4,3	0,09
Depressivität	21,3	5,2	0,00***
Wohnsitzlosigkeit	10,2	5,2	0,16
Schulische Probleme	17,6	23,3	0,29
Delinquenz	8,3	13,8	0,19
Sexuelle Gewalt ¹	7,4	0,0	0,00***
Konsum illegaler Drogen ²	14,8	15,5	0,88
Keine Entwicklungsgefährdung	53,7	59,5	0,54
Entwicklungsgefährdung Lebenszeit = 1	20,4	20,7	
Entwicklungsgefährdung Lebenszeit ≥ 2	25,9	19,8	
Entwicklungsgefährdungsindex (Werte zw. 0-8)	M=1,1 (SD=1,6)	M=0,7 (SD=1,1)	0,04*

¹ Von Jugendlichen; Von Erwachsenen; will nicht darauf antworten (angekreuzt)

² ≥ 3 – 12 Mal im Jahr

* p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001

In Tabelle4 betrachten wir den Anteil der Jugendlichen mit höchstens einer bzw. mit zwei oder mehr Entwicklungsgefährdungen zu T1 in Abhängigkeit davon, wie viele Entwicklungsgefährdungen zu T0 berichtet wurden, getrennt für Mädchen und Jungen. Gravierende Unterschiede treten allerdings nicht zutage: wie in der Gesamtgruppe erhöht das Vorhandensein von mindestens zwei Entwicklungsgefährdungen zu T0 sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen das Risiko, zu T1 über mindestens zwei zwischenzeitlich erlebte Gefährdungen zu berichten, sehr deutlich im Vergleich zu weniger stark bela-

steten Jugendlichen. Tendenziell ist dieser Zusammenhang bei Mädchen weniger stark ausgeprägt als bei Jungen. So beträgt das relative Risiko bei Jungen 7 (95% - Konfidenzintervall: 2,5 -19) und bei Mädchen: 3,5 (95%- Konfidenzintervall 1,6 – 8.0). Die weiten und sich bei beiden Gruppen überlappenden Konfidenzintervalle belegen jedoch, dass der Unterschied nicht statistisch signifikant ist.

Tabelle 14: Kreuztabelle für Entwicklungsgefährdungen T1 in Abhängigkeit von Geschlecht unter Kontrolle für Entwicklungsgefährdungen zu T0.

Entwicklungsgefährdungen T0					gesamt		
0 - 1					≥ 2		
Entwicklungs- gefährdungen T1	Jungen	0-1	65	94,2%	28	59,6%	93
		≥ 2	4	5,8%	19	40,4%	23
		gesamt	69	100%	47	100%	116
	Mädchen	0-1	47	88,7%	33	60%	80
		≥ 2	6	11,3%	22	40%	28
		gesamt	53	100%	55	100%	108
Gesamt		122		102		224	

$\chi^2(1)=32,9$; $p=0,00$,

Relatives Risiko für mind. zwei Entwicklungsgefährdungen zu T1, wenn zu T0 mind. 2 Entwicklungsgefährdungen vorliegen: Jungen: 7 (95%-Konfidenzintervall 2,5 -19), Mädchen: 3,5 (95%- Konfidenzintervall 1,6 – 8.0)

Zusammenfassend ist zu sagen, dass es - wie auch in der Literatur vorzufinden und daher erwartet - einen Unterschied der Entwicklungsgefährdungen hinsichtlich des Geschlechts gibt. Jungen zeigen häufiger externalisierende Verhaltensweisen (Delinquenz), Mädchen zeigen häufiger internalisierende Verhaltensweisen und sind häufiger von sexueller Gewalt sowie Misshandlungen in der Familie betroffen. In beiden Gruppen sind frühe bzw. lebenszeitlich berichtete Entwicklungsgefährdungen mit einem deutlich erhöhten Risiko verbunden, in den sechs Monaten nach der Alkoholintoxikation (erneut) einer Entwicklungsgefährdung ausgesetzt zu sein.

5.2.7 Entwicklungsgefährdungen und Schutzfaktoren – Charakteristika der zu T1 stark gefährdeten Jugendlichen

Der Vergleich der befragten Jugendlichen hinsichtlich der Prävalenz von Schutzfaktoren bietet eine Möglichkeit, das Social Development Model - und damit verbunden die Theorie der Wirksamkeit von Schutzfaktoren - weiter zu validieren. Wir überprüfen die Hypothese, daß sich zu T1 stark gefährdete Jugendliche von wenig gefährdeten Jugendlichen hinsichtlich der Ausprägung ihrer Schutzfaktoren unterscheiden und Jugendliche mit mehr Schutzfaktoren gleichzeitig weniger Entwicklungsgefährdungen zu T0 aufweisen. Im Folgenden vergleichen wir die 177 Jugendlichen, die in der telefonischen Nachbefragung keine oder höchstens eine Entwicklungsgefährdung berichten („zu T1 wenig gefährdet“), mit den 51 Jugendlichen, die mindestens zwei Gefährdungen angeben („zu T1 stark gefährdet), in Bezug auf soziodemographische Merkmale, die Anzahl von Entwicklungsgefährdungen zu T0, vorhandene Schutzfaktoren sowie der selbstberichteten Alkoholkonsum.

Betrachtet man die Gruppe der stark gefährdeten Jugendlichen im Gegensatz zu den nicht oder wenig gefährdeten, wird erkennbar: zu T1 stark gefährdete Jugendliche sind etwas jünger (15,2 vs. 15,7 Jahre, $p=0,01$). Sie unterscheiden sich statistisch signifikant hinsichtlich ihrer familiären Lebenssituation (sie leben nur zu einem Drittel in einer Familie mit beiden Eltern, während zwei Drittel der zu T1 wenig gefährdeten in einer traditionellen Familie leben; $p=0,002$) und sie werden häufiger im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt an das Jugendamt oder die Suchtberatung weitervermittelt als nicht gefährdete Jugendliche (vgl. Tabelle5).

Tabelle 15: Zu T1 wenig und stark gefährdete Jugendliche im Vergleich (Soziodemographie, Entwicklungsgefährdungen zu T0; n=228).

Soziodemographische Merkmale	Wenig gefährdet höchstens eine EG (n=177)		Stark gefährdet mind. 2 EG (n=51)		p
	M	SD	M	SD	
Alter	15,7	1,1	15,2	1,1	0,01**
	Anzahl	%	Anzahl	%	
Geschlecht weiblich	80	46,2	28	54,9	0,27
Migrationshintergrund (ja)	27	15,4	7	14,3	0,84
Wohnhaft bei...					0,00***
beiden Eltern	107	61,1	17	33,3	
der alleinerziehenden Mutter	33	18,9	17	33,3	
Mutter mit neuem Partner	23	13,1	7	13,7	
Vater/ Vater mit neuer Partnerin	5	2,9	2	3,9	
Heim	4	2,3	3	5,9	
Sonstiges	3	1,7	5	9,8	
Mindestens in eine weitere Maßnahme vermittelt durch die HaLT-Fachkraft	19	10,7	18	35,3	0,00***
Entwicklungsgefährdungen T0	Anzahl	%	Anzahl	%	
Familiäre Gewalt/ Vernachlässigung	24	13,6	22	43,1	0,00***
Suizidalität	14	7,9	16	31,4	0,00***
Depressivität	34	19,2	32	62,7	0,00***
Wohnsitzlosigkeit	24	13,6	20	39,2	0,00***
Schulische Probleme	57	32,2	32	62,7	0,00***
Delinquenz	24	13,6	18	35,3	0,00***
Sexuelle Gewalterfahrung	18	10,2	15	29,4	0,00***
Konsum illegaler Drogen	29	16,4	20	39,2	0,00***
Entwicklungsgefährdet zu T0	62	35,0	41	80,4	0,00***

* p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001

Wie aus den vorangegangenen Analysen grundsätzlich zu erwarten, in dieser Deutlichkeit dann doch beunruhigend: die zu T1 stark gefährdeten Jugendlichen berichten alle zu T0 erfaßten Entwicklungsgefährdungen substantiell und statistisch hochsignifikant häufiger als die zu T1 wenig gefährdeten Jugendlichen. Beispielsweise werden doppelt so häufig schulische Probleme (63,7% vs. 32,2%), dreimal häufiger Delinquenz (35,3% vs. 13,6%) und sexuelle Gewalterfahrung (29,4% vs. 10,2%) und Suizidalität sogar viermal häufiger angegeben (31,4% vs. 7,9%). Nicht erstaunlich ist es da, dass zu T1 gefährdete Jugendliche zu einem sehr viel höheren Anteil auch zu T0 schon entwicklungsgefährdet waren, als zu T1 wenig gefährdete Jugendliche (80,4% vs. 35%).

Zu T1 stark gefährdete Jugendliche unterscheiden sich zudem statistisch signifikant hinsichtlich ihrer familialen Schutzfaktoren von den zu T1 wenig gefährdeten (Tabelle 6). Sie berichten mehr Konflikte in der Familie, eine geringere Bindung zu ihrem Vater, weniger Möglichkeiten sich in ihrer Familie prosozial zu engagieren und werden, wenn sie dies tun, seltener dafür gelobt. Hinsichtlich ihrer Selbstwirksamkeitserwartung unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant.

Tabelle 16: Zu T1 wenig und stark gefährdete Jugendliche im Vergleich (Schutzfaktoren, n=228).

Schutzfaktoren	Wenig gefährdet 0/1 aktuelle EG (n=177)		Stark gefährdet ≥ 2 EG (n=51)		p
	Anzahl	%	Anzahl	%	
Konflikte in der Familie	58	33,5	35	70,0	0,00***
Bindung zur Mutter	112	66,7	27	55,1	0,14
Bindung zum Vater	101	60,8	18	36,7	0,003***
Familiäre Gelegenheiten zur prosozia- len Mitwirkung	98	58,3	21	42,0	0,04*
Familiäre Anerkennung für die Mit- wirkung	90	53,6	15	30,6	0,005***
Selbstwirksamkeitserwartung	75	42,9	19	37,3	0,48

* p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001

In Bezug auf den mit dem AUDIT-C gemessenen riskanten Alkoholkonsums (ab einem Wert von 3 Punkten) (Bowring, Gouillou, Hellard & Dietze, 2013; Reinert & Allen, 2007) unterscheiden sich die beiden Gruppen dagegen nicht substantiell. Große Unterschiede zeigen sich allerdings hinsichtlich der Konsummotive: Jugendliche, die zwei und mehr Entwicklungsgefährdungen beim Telefoninterview angeben, konsumieren signifikant häufiger Alkohol, um Probleme zu vergessen (46,9% versus 10,4%). Ebenfalls weisen sie riskantere Trinkmuster auf: Sie trinken doppelt so häufig Spirituosen direkt aus der Flasche und machen doppelt so oft bei Trinkspielen/Wettrinken mit (Tabelle 7).

Tabelle 17: Zu T1 wenig und stark gefährdete Jugendliche im Vergleich (Alkoholkonsums; n=228).

Alkoholkonsum	Wenig gefährdet 0/1 aktuelle EG (n=177)		Stark gefährdet ≥ 2 EG (n=51)		p
	Anzahl	%	Anzahl	%	
Audit-C (≥3)	83	46,9	31	62,8	0,08
Trinkmotiv: Probleme vergessen	17	10,4	23	46,9	0,00***
Riskante Konsummuster – direkt aus der Flasche trinken ¹	42	24,9	24	49,0	0,00***
Riskante Konsummuster – Trinkspiele / Wettrinken ¹	25	14,9	15	30,0	0,02**

* p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001; 1=1 Mal/ Monat oder 1Mal/ Woche

5.2.7.1 Einschätzung der HaLT-Fachkräfte

Die Selbstauskünfte der Jugendlichen, die mittels des Fragebogens im Krankenhaus erhoben wurden, wurden durch die Einschätzung der Fachkräfte ergänzt. Diese Vorgehensweise dient dazu, zu beurteilen, wie valide das Befragungsinstrument ist und ebenfalls, wie gut Selbstauskunft und Fremdeinschätzung übereinstimmen. Die Einschätzungen der Fachkräfte zur psychosozialen Belastung und familiären Unterstützung konnten Werte zwischen stark unterdurchschnittlich (1) und stark überdurchschnittlich (5) annehmen. Für etwa 7% der Jugendlichen liegt keine externe Einschätzung bezüglich Belastungen und Unterstützung vor.

Tabelle 18: Einschätzung der Belastungen/Unterstützung der Jugendlichen durch die HaLT-Fachkräfte (Fremdeinschätzung, n=212).

Einschätzung	Psychosoziale Belastung		Psychosoziale Unterstützung	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Stark unterdurchschnittlich	7	3,3	5	2,4
Unterdurchschnittlich	52	24,5	31	14,6
Durchschnittlich	83	39,2	87	41,0
Überdurchschnittlich	58	27,3	81	38,2
Stark überdurchschnittlich	13	6,1	8	3,7

Im Mittel schätzen die Fachkräfte die Jugendlichen als durchschnittlich belastet ein, 31,1% werden als (stark) überdurchschnittlich belastet bewertet (Tabelle 8). Die Korrelation zwischen der Einschätzung durch Fachkräfte und dem Entwicklungsgefährdungsindex zu T0 liegt bei $r=0,47$, der Zusammenhang wird signifikant ($p=0,00$). Dies bedeutet, daß Jugendliche, die selbst viele Entwicklungsgefährdungen berichten, auch von den HaLT-Fachkräften als höher belastet eingestuft werden, als solche mit wenig oder keinen Entwicklungsgefährdungen. Somit entspricht die Einschätzung durch die Fachkräfte bei der Belastungseinschätzung in etwa den Selbstauskünften der Jugendlichen.

Weiterhin wurde von den Fachkräften die soziale Unterstützung beurteilt: 15,8% der Jugendlichen erfahren (stark) unterdurchschnittliche Unterstützung durch ihre Familien. Die Übereinstimmung der von den Kinder und Jugendlichen selbst angegebenen Schutzfaktoren und den Einschätzungen der HaLT-Fachkräfte ist sehr gering ($Kappa = 0,135$; $p=0,05$). Somit ist es für die HaLT-Fachkräfte offensichtlich schwieriger die Unterstützung durch die Familie einschätzen zu können als die Belastung. Dieses Ergebnis weist darauf hin, daß der RiScA Fragebogen neben den Entwicklungsgefährdungen auch die Schutzfaktoren erfassen sollte, um den HaLT Fachkräften eine gleichzeitig zielgerichtete und ressourcenorientierte Intervention zu ermöglichen.

5.2.8 Prognose von Entwicklungsgefährdung

Die Wahrscheinlichkeit, zu T1 mindestens zwei Entwicklungsgefährdungen aufzuweisen, haben wir unter gleichzeitiger Einbeziehung mehrere potentieller Einflussfaktoren mit einer binären logistischen Regression modelliert. Letztlich erweisen sich das Alter zum Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes, die Anzahl der Entwicklungsgefährdungen zu T0 und die Sauberkeit in der Nachbarschaft als die drei statistisch signifikanten eigenständigen Prädiktoren. Je älter die Kinder oder Jugendlichen zum Zeitpunkt der Alkoholintoxikation sind, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit zu T1 mindestens zwei Entwicklungsgefährdungen zu berichten, mit jedem zusätzlichen Lebensjahr sinkt sie um 45% (OR 0,65, 95%-CI 0,4 – 0,94). Überraschend zeigt sich, dass wenn Jugendliche in einer Nachbarschaft mit Graffiti und hoher Verschmutzung leben, sich die Wahrscheinlichkeit für eine Entwicklungsgefährdung verdreifacht (OR 2,9, 95%-CI 1,3 bis 6,8; vgl. Tabelle 19). Hier könnten Standorteffekte maßgeblich für dieses Ergebnis sein, auf Grund der geringen Fallzahlen kann dieser Effekt jedoch nicht weiter überprüft werden.

Den stärksten Vorhersagewert besitzt die Anzahl der Entwicklungsgefährdungen zu T0. Bereits bei einer zu T0 vorliegenden Entwicklungsgefährdung vervielfacht sich die Odds ratio für mindestens zwei Entwicklungsgefährdungen zu T1 um das Neunfache (OR 8,8; 95%-CI 1,04 bis 74). Bei jeder weiteren Entwicklungsgefährdung wird die Odds ratio größer (2 Entwicklungsgefährdungen: OR = 15,9, 3 Entwicklungsgefährdungen OR 19,3). Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs sind die 95%-Vertauensintervalle um die geschätzten Odds ratios zur Anzahl Entwicklungsgefährdungen sehr

weit und überlappen sich gegenseitig. Sie sind also untereinander nicht statistisch signifikant unterschiedlich. Aufgrund des relativ hohen Basisrisiko für mindestens zwei Entwicklungsgefährdungen zu T1 von 22% (vgl. Tabelle auf Seite 36) überschätzen die mittels logistischer Regression berechneten Odds ratios das relative Risiko zudem erheblich. Sie dienen vornehmlich zur Illustration des großen Einflusses der zu T0 berichteten Entwicklungsgefährdungen. Das Modell mit nur drei erklärenden Variablen klärt immerhin 43% Varianz auf und erreicht eine gute Vorhersagegüte (Fläche unter der Kurve= 0,853).

Tabelle 19: Modelle zur Vorhersage für das Vorliegen von mindestens zwei Entwicklungsgefährdungen zu T1 (n=202, 13-17 Jährige).

	B	OR	CI (95%)	P
Alter (in Jahren)	-0,44	0,65	0,4 – 0,94	0,023
Entwicklungsgefährdung T0				,000
Eine vs. keine	2,2	8,8	1,04 - 74	,046
Zwei vs. keine	2,8	15,9	1,8 – 135	,011
Drei vs. keine	3,0	19,3	2,1 – 176	,009
Vier vs. Keine	3,8	46,7	4,6 - 474	,001
> Vier vs. keine	5,2	179,0	16,5 - 1946	,000
Keine Sauberkeit in der Nachbarschaft (dichotom)¹	1,1	2,9	1,3 – 6,8	0,012
Konstante	2,4	11,2		0,44
Nagelkerke R² = 0,43	AUC =	0,853		

B=Beta Koeffizient, OR= Odds Ratio, CI= Konfidenzintervall, AUC: Fläche unter der Kurve

¹ die Dichotomisierung erfolgte anhand der Methode MAD (Arthur et al., 2007; Leys, Ley, Klein, Bernard & Licata, 2013)

Die Analyse verdeutlicht wie wichtig es ist, aktuelle und lebenszeitliche Entwicklungsgefährdungen bereits während des Krankenhausaufenthaltes umfassend zu erheben. Liegen bereits während des Krankenhausaufenthaltes Entwicklungsgefährdungen aus mehreren Bereichen vor, wächst das Risiko zu T1 stark gefährdet zu sein, sehr stark.

Ebenfalls interessant ist, dass eine Modellierung ohne den Einbezug der Entwicklungsgefährdungen zu T0 die Pufferwirkung der zu T0 erhobenen Schutzfaktoren erkennbar werden lässt und diese sich signifikant negativ auf die Gefährdung zu T1 auswirken (Ergebnisse nicht dargestellt). Mit jedem zusätzlich vorhandenen Schutzfaktor reduziert sich die Wahrscheinlichkeit für Entwicklungsgefährdung. Schutzfaktoren stellen also auch vor diesem Hintergrund einen wichtigen Ansatzpunkt für präventive Bemühungen dar. Die Erfassung von Schutzfaktoren sowie dem aktuellen Alkoholkonsum dient dazu, den HaLT Fachkräften wichtige Informationen zu Ansatzpunkten für ihre sozialpädagogische Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen zu geben.

5.2.9 Stichprobenselektivität – Wer konnte zu T1 erreicht werden?

Von den initial 342 Kindern und Jugendlichen konnten 228 zu T1 telefonisch erreicht werden (Beteiligungsrates: 67%). Anzunehmen ist jedoch, daß die telefonische Nachbefragung nicht alle Jugendlichen gleichmäßig erreicht hat, sondern dass es Subgruppen gibt, die besser bzw. schlechter erreichbar gewesen sind. Diese Vermutung bestätigen die in Tabelle 0 zusammengestellten Ergebnisse in Bezug die nahezu sämtliche untersuchten Subgruppen: die Beteiligungsrates bewegt sich zwischen 36,8% (Kinder, die im Heim leben) und 78% (wohnhaft in einer traditionellen Familie).

Stark überdurchschnittlich erreicht werden konnten darüber hinaus Kinder und Jugendliche ohne schulische Probleme (zu 76,4%) und mit einer starken Bindung zum Vater (zu 74,8%).

Stark unterdurchschnittlich erreicht haben wir in der telefonischen Nachbefragung neben im Heim lebenden Kindern und Jugendlichen, Kinder und Jugendliche die beim Vater (mit oder ohne neue Partnerin) leben (zu 43,8%) und Kinder im Alter von 13 Jahren und jünger (zu 44,4%).

In der Kumulation gehen auch zu T0 bestehende Entwicklungsgefährdungen mit einer geringeren Beteiligungsquote zu T1 einher (keine im Vergleich zu mindestens zwei Entwicklungsgefährdungen).

Unter gleichzeitiger Berücksichtigung aller Merkmale, die sich in den deskriptiven Analysen als potentielle Einflussgrößen auf die Beteiligung empfehlen, erweisen sich folgende Faktoren als prädiktiv für die Wahrscheinlichkeit, in der telefonischen Nachbefragung erreicht zu werden (logistisches Regressionsmodell, vgl. Tabelle1). Das familiäre Situation (Wohnumfeld), die familiäre Anerkennung für die Mitwirkung, nachbarschaftliche Gegebenheiten und schulische Probleme.

Im Vergleich zur Referenzkategorie „sonstige Wohnform“ reduziert die Tatsache, im Heim zu leben, die telefonische Erreichbarkeit um 80% (OR 0,2, 95% CI; 0,04-1,3). Wenn Jugendliche in einer traditionellen Familie leben, sind sie mit höherer Wahrscheinlichkeit erreichbar, als wenn sie in einer sonstigen Wohnform anzutreffen sind (OR=1,6), die Sauberkeit in der Nachbarschaft beeinflusst die Erreichbarkeit signifikant (OR=1,9) sowie das nicht Vorliegen der Entwicklungsgefährdung „schulische Probleme“ (OR=1,9). Wenn Jugendliche nicht durch ihre Familie Anerkennung für ihre prosoziale Mitwirkung erhalten, ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich am Telefoninterview beteiligen geringer (OR=0,7). Es ergibt sich eine Fläche unter der Kurve von AUC=0,71 und eine Varianzaufklärung von 16,8%.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass im Rahmen der RiScA Studie für die T1 Befragung eher Jugendliche aus traditionellen Familien, mit sozialer Fürsorge aus einer sauberen nachbarschaftlichen Umgebung und mit weniger Problemen in ihren schulischen Leistungen erreicht werden konnten. Somit unterschätzen die im Ergebnisteil aufgeführten Resultate die tatsächliche Prävalenz von Entwicklungsgefährdungen bei Jugendlichen nach Alkoholintoxikation.

Tabelle 20: Beteiligungsraten an der T1 Befragung in Subgruppen (n=342).

Merkmal	Ausprägung	Beteiligungsrates	p-Wert
Geschlecht	Männlich	66,3	0,94
	Weiblich	66,8	
Alter	≤ 13 Jahre	44,4	0,08
	14 – 15 Jahre	65,8	
	16 – 17 Jahre	54,5	
	18 Jahre	1,0	
Migrationshintergrund	ja	58,6	0,15
	nein	68,3	
Schwere Mißhandlungen in der Familie	Nein	68,4	0,19
	Ja	60,5	
Suizidalität & Suizidgedanken	Nein	67,6	0,38
	Ja	61,2	
Depressivität	Nein	68,1	0,41
	Ja	63,5	
Wohnsitzlosigkeit	Nein	68,7	0,14
	Ja	59,5	
Schulische Probleme	Nein	76,4	0,00***
	Ja	55,6	
Delinquenz	Nein	69,1	0,06
	Ja	57,5	
Sexuelle Gewalterfahrung	Nein	67,2	0,59
	Ja	63,5	
Konsum illegale Drogen	Nein	66,1	0,64
	ja	69,0	
Konflikte in der Familie	Nein	68,4	0,64
	ja	66,0	
Bindung zur Mutter	Nein	63,4	0,2
	ja	70,2	
Bindung zum Vater	Nein	61,1	0,01**
	ja	74,8	
Familiäre Gelegenheiten prosoziale Mitwirkung	Nein	65,6	0,54
	ja	68,8	
Familiäre Anerkennung für die Mitwirkung	Nein	71,3	0,12
	ja	63,3	
Selbstwirksamkeitserwartung	Nein	66,3	0,73
	ja	68,1	
Entwicklungsgefährdung T0	Keine	71,4	0,06
	≥ 2 EG	61,7	
Familiäre Situation (wohnhaft bei...)	Traditionelle Familie	78,0	0,00***
	Mutter & Partner	54,5	
	Mutter	64,1	
	Vater/ Vater& Partnerin	43,8	
	Heim	36,8	
	Sonstige Wohnform	61,5	

* p<0,05; ** p<0,01; ***p<0,001

Tabelle 21: Logistisches Regressionsmodell zur Teilnahme am Telefoninterview (n=342).

Variable	B	OR	CI (95%)	P
Familiäres Situation (Wohnumfeld)				0,01**
sonstige Wohnform (Referenz)	-	-	-	-
(1) traditionelle Familie	0,5	1,6	0,5 - 5,8	0,4
(2) Mutter & Partner	-0,5	0,6	0,2 - 2,3	0,5
(3) Mutter	0,2	1,2	0,4 - 4,4	0,8
(4) Vater/ Vater & Partner	-0,7	0,5	0,1 - 2,5	0,4
(5) Heim	-1,6	0,2	0,04 - 1,3	0,09
Keine Anerkennung für die prosoziale Mitwirkung (dichotom) ¹	-0,6	0,5	0,3 - 0,9	0,03**
Sauberkeit in der Nachbarschaft (dichotom) ¹	0,7	1,9	1,1 - 3,3	0,02**
Keine Entwicklungsgefährdung „Schulische Probleme“(dichotom)	0,6	1,9	1,1 - 3,2	0,03**
Konstante	-2,4	0,09		0,2
Nagelkerke R²=0,17	AUC=	0,709		

¹ die Dichotomisierung erfolgte anhand der Methode MAD (Arthur et al., 2007; Leys et al., 2013)

5.2.10 Die Entwicklung des RiScA-Fragebogens

Der RiScA in seiner Endversion (Abbildung 12) erfasst vorhandene Entwicklungsgefährdungen (welche direkt erfragt werden konnten), Schutzfaktoren mit guten psychometrischen Eigenschaften, welche als Basis einer ressourcenorientierten Prävention dienen sowie riskante Trinkmuster und schädlicher Alkoholkonsum, um zielgerichtet problematischen Alkoholkonsum zu bearbeiten.

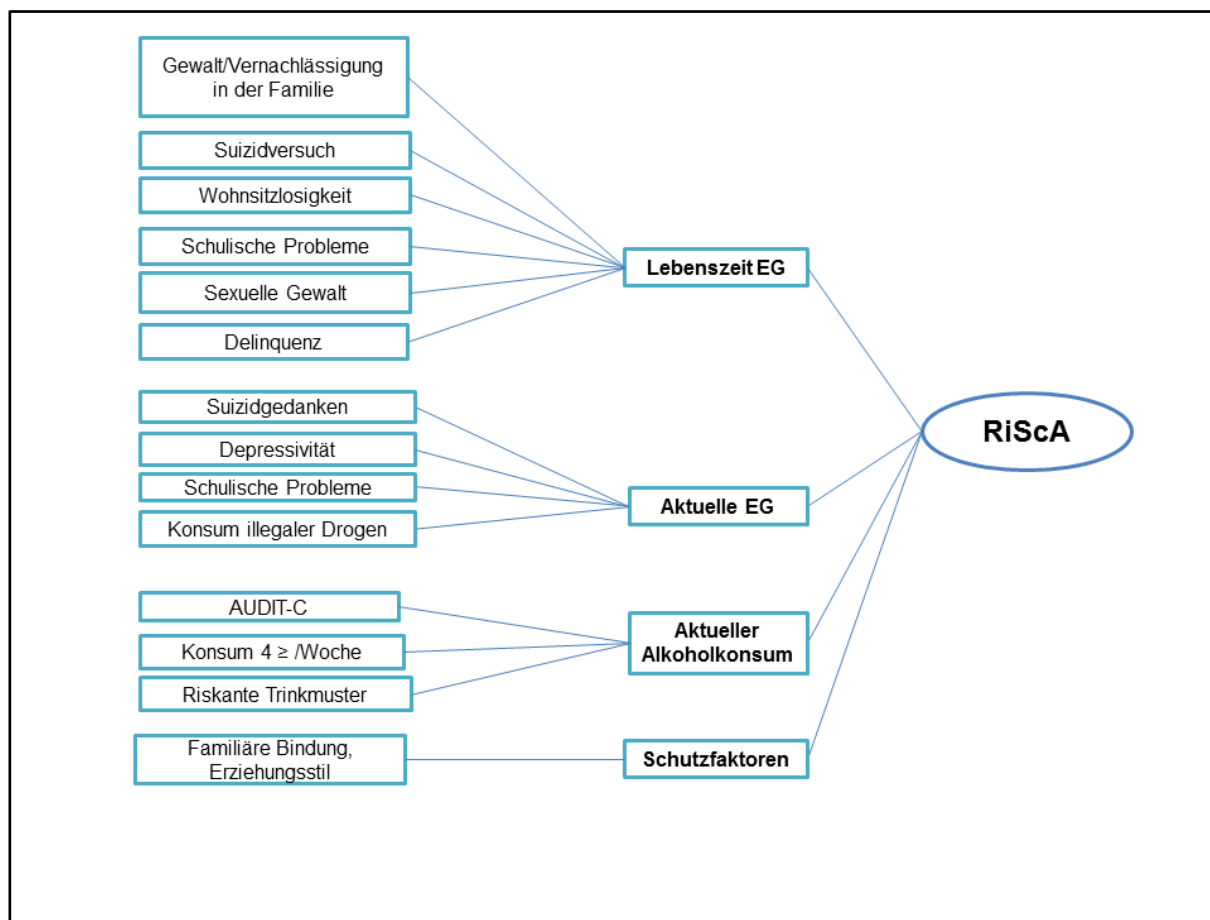


Abbildung 12: Aufbau RiScA-Fragebogen (Endversion).

6 Diskussion der Ergebnisse

Junge Erwachsene, die im Jugendalter wegen einer Alkoholvergiftung in stationär-pädiatrischer Behandlung waren, tranken im Mittel mehr Alkohol, wiesen 5-13 Jahre später mehr Anzeichen von Alkoholgebrauchsstörungen auf und waren häufiger bereits als alkoholabhängig einzuschätzen als eine sorgfältige gematchte Kontrollgruppe. Zudem berichteten sie häufiger über den Gebrauch illegaler Drogen, vor allem Cannabinoiden, sowie häufigeres delinquentes Verhalten. Ein ebenso wichtiges und ermutigendes Ergebnis ist jedoch, dass die große Mehrheit von 80% von ihnen im Sinne von DSM-IV weder alkoholabhängig war noch Alkoholmissbrauch betrieb, zumindest im letzten Monat keine illegalen Drogen konsumierte, nur unwesentlich mehr rauchte, nicht häufiger psychiatrische/ psychotherapeutische Behandlungen beanspruchte und in einer Reihe von Aspekten nicht unzufriedener mit ihrer Lebensgestaltung war.

Dies bestätigt die Ergebnisse von Kraus et al. (2013), denen zufolge Jugendliche im Zusammenhang mit der Behandlung einer Alkoholvergiftung höhere Trinkmengen pro Trinkgelegenheit angaben als die Teilnehmer einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. Weder in dieser noch in anderen bisherigen Studien wurde jedoch eine Kontrollgruppe mit untersucht. Zum Langzeitverlauf nach jugendlichen Alkoholvergiftungen wurden bislang weder in Deutschland noch international Vorberichte publiziert, so daß die hier berichteten Erkenntnisse unter beiden Aspekten einmalig sind. Ihr Wert wird dadurch etwas eingeschränkt, dass trotz intensiver Bemühungen nur gut 20% der angeschriebenen Personen erreicht werden konnten.

Als Ursachen dafür müssen neben Unzustellbarkeit der Briefe und unspezifisch fehlendem Interesse auch Gründe angenommen werden, die auf eine eher ungünstige Entwicklung schließen lassen, beispielsweise anhaltender Alkohol- und Substanzkonsum über den die Betroffenen nicht gerne berichten wollen, oder unvollständige Bearbeitung von Alltagsaufgaben, in diesem Fall die (ggf. auch negative) Beantwortung unserer postalischen Anfrage. Somit wird die Häufigkeit problematischer Entwicklungsverläufe von unseren Daten vermutlich eher unterschätzt.

Insgesamt legen diese Ergebnisse den Schluss nahe, dass jugendliche Alkoholvergiftungen in der überwiegenden Mehrheit der Fälle nicht mit einer besorgniserregenden oder ungünstigen Langzeitentwicklung verbunden sind. Bei einer Minderheit entwickelt sich jedoch bereits bis Mitte Zwanzig eine voll ausgeprägte Alkoholabhängigkeit mit mehreren damit assoziierten Verhaltensproblemen. Hieraus ergibt sich unmittelbar die Frage, ob und wie denn diese besonders gefährdete Subgruppe bereits während der Intoxikationsbehandlung identifiziert werden kann, damit ihnen entsprechend intensiviertere Präventionsmaßnahmen angeboten werden können. Zu diesem Zweck wurde versucht, anhand der routinemäßigen pädiatrischen Behandlungsdokumentation potentielle Prädiktorvariablen zu finden. Leider stellte sich heraus, dass wichtige und potentiell geeignete Variablen nur so inkonsistent dokumentiert wurden, dass eine systematische Auswertung nicht möglich war. Eine statistisch signifikante Vorhersage späterer ungünstiger Verläufe ließ sich zum Zeitpunkt der stationären Behandlung lediglich auf Mittelwertebene und anhand der Faktoren männliches Geschlecht, Konsum illegaler Drogen sowie Schulschwänzen/ Weglaufen von Zuhause vornehmen. Diese Merkmale waren als Risikofaktor für Suchtentwicklung bereits bekannt (Mounteney et al., 2010; Tucker et al. 2011) und diskriminieren nicht scharf genug, um darauf Entscheidungen im Einzelfall basieren zu können. Im Vergleich dazu erbrachte der prospektive Projektteil wesentlich aufschlussreichere Ergebnisse zur Abschätzung des individuellen Entwicklungsrisikos, welche die Erstellung eines entsprechenden Erhebungsinstrumentes ermöglichten.

Ziel des im prospektiven Studienteil entwickelten „RiScA“- Fragebogens ist es, gefährdete Jugendliche zu erkennen, um den schädlichen Alkoholkonsum einzuordnen und gezielt, orientiert am individuellen Bedarf, intervenieren zu können. Wir konnten mit unserer Studie zeigen, dass Entwicklungsgefährdungen mit den eingesetzten Instrumenten valide erfasst werden können. Dadurch ist es nicht notwendig den „Umweg“ über die Erfassung von Risikofaktoren für Entwicklungsgefährdungen zu gehen. Wenn familiäre Gewalt und Vernachlässigung direkt und valide erfasst werden können, ist es beispielsweise nicht erforderlich, familiäre Risikofaktoren für diese – z.B. eine Suchterkrankung eines Elternteils – zu erfragen.

Das Ausmaß von Gefährdung durch Selbstauskünfte der Jugendlichen wurde durch die HaLT-Fachkräfte in der Tendenz bestätigt. Familiäre Unterstützung wurde hingegen von den Fachkräften als stärker eingeschätzt als von den Jugendlichen selbst, weshalb die systematische Erfassung von familialen Schutzfaktoren aus Perspektive der Kinder und Jugendlichen selbst ebenfalls angezeigt scheint.

Es ist bekannt, dass insbesondere eine Kumulation von Risikofaktoren zu problematischen Entwicklungen führt (Arthur et al., 2002; Bond, Lyndal, Tombourou, Patton & Catalano, 2000; Glaser et al., 2005; Lansford et al., 2002; Ostaszewski & Zimmerman, 2006; Werner, 1992). Dieses konnten wir im Rahmen unserer Befragung von akut alkoholintoxizierten Jugendlichen im Krankenhaus bestätigen. Jugendliche, die schon im Krankenhaus mit zwei und mehr Entwicklungsgefährdungen belastet sind, sind dies mit achtfacher Wahrscheinlichkeit auch sechs Monate nach der Krankenhausbehandlung. Dieses Ergebnis verdeutlicht die Notwendigkeit, eine Bandbreite von Entwicklungsgefährdungen während des Krankenhausaufenthaltes valide zu erfassen und liefert neben einer Gefährdungseinschätzung gleichzeitig inhaltliche Ansatzpunkte für zielgerichtete Prävention. Wir konnten auch zeigen, dass

belastete Jugendliche nach ihrem Klinikaufenthalt seltener kontaktiert werden können, weshalb es umso wichtiger ist, den Kontakt im Krankenhaus und das „window of opportunity“ für unterstützende Maßnahmen zu nutzen.

Sehr interessant ist ebenfalls, dass in den binär logistischen Analysen die Pufferwirkung der erhobenen Schutzfaktoren erkennbar wird und diese sich signifikant mildernd auf eine Entwicklungsgefährdung zu T1 auswirken. Das bedeutet, Jugendliche die einen hohen familiären Schutz aufweisen haben signifikant geringere Entwicklungsgefährdungen zu T1. Zwischen dem Ausmaß von Selbstwirksamkeit und Gefährdung können wir allerdings keinen Zusammenhang darstellen.

Wir konnten auch zeigen, dass bestimmte Alkoholkonsummotive und riskante Trinkmuster eng mit dem Ausmaß von Entwicklungsgefährdungen korrelieren. Belastete Jugendliche bestätigen fast fünf Mal häufiger als wenig belastete, dass sie getrunken haben, um Probleme zu vergessen und machen signifikant häufiger an Trinkspielen mit oder trinken Spirituosen direkt aus der Flasche. D.h. bestimmte Alkoholkonsummuster- und Motive korrelieren mit einer erhöhten Gefährdung. Überraschend ist, dass sich hinsichtlich Konsummenge und –Häufigkeit (AUDIT-C) keine Unterschiede zwischen wenig und stark gefährdeten Jugendlichen feststellen lassen. Hierin ähneln diese Ergebnisse denen aus dem retrospektiven Teil, in dem die intoxizierten Jugendlichen mit nicht-intoxizierten Jugendlichen verglichen wurden.

Bei der Einordnung der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, daß die befragten Jugendlichen zwar signifikant belasteter sind als der Durchschnitt dieser Alterskohorte, diese Subgruppe aber dennoch eine Positivauswahl darstellt, ähnlich der Stichprobe im retrospektiven Teil. So hat ein Teil der Jugendlichen, welche in HaLT eingebunden wurden, nicht an der RiScA-Befragung teilgenommen, da akuter Interventionsbedarf bestand und eine Studienteilnahme nachrangig war. Weiterhin konnte die Selektivitätsanalyse zeigen, daß besonders jüngere Jugendliche und Jugendliche mit einem höheren Maß an Gefährdung seltener für die telefonische Nachbefragung kontaktiert werden konnten als Jugendliche mit geringer Gefährdung. Wir können daher bilanzieren, dass es sich bei Jugendlichen, die alkoholbedingt im Krankenhaus behandelt werden, um eine überproportional gefährdete Gruppe handelt und daß unsere Ergebnisse das Ausmaß der Gefährdung unterschätzen. Dieses Ergebnis verstärkt die Relevanz unseres entwickelten Fragebogens, um Jugendliche direkt im Krankenhaus zu erreichen und im Anschluss zielgerichtet handeln zu können.

7 Gender Mainstreaming Aspekte

Gender Mainstreaming Aspekte wurden in beiden Projektteilen bei Planung, Durchführung und Auswertung der Studie beachtet, z.B. indem bei der Entwicklung des Telefoninterviews im retrospektiven und bei der Erstellung des Fragebogens im prospektiven Studienteil Pretests mit weiblichen und männlichen Probanden durchgeführt wurden. Die Probanden der Pretests wurden anschließend befragt, ob ihnen Fragen aufgefallen waren, die geschlechtsspezifische Antwortmöglichkeiten nahelegten oder die geschlechtsspezifisch schwer oder uneindeutig zu beantworten waren.

Im retrospektiven Studienteil wurde bei der Krankenaktenanalyse das Geschlecht der Probanden kodiert und die Kontrollprobanden nach Geschlecht (und Alter) gematcht. Bei der statistischen Auswertung wurde bei allen Prädiktionsmodellen das Geschlecht als Kontrollvariable aufgenommen.

Bei der Auswahl der erhobenen Entwicklungsgefährdungen im prospektiven Studienteil wurde darauf geachtet, ausgewogen Gefährdungen zu erfassen, welche bekanntermaßen bei Jugendlichen geschlechtsspezifisch unterschiedlich häufig auftreten (externalisierende Verhaltensweisen wie Gewalt

oder Delinquenz bei Jungen sowie internalisierende Verhaltensweisen wie Depressivität und Suizidalität bei Mädchen). Die Pretests der Instrumente von T0 und T1 wurden jeweils mit männlichen und weiblichen Jugendlichen durchgeführt. Bei der Auswertung der Daten konnten wir im Geschlechtervergleich zeigen, dass die aus der Literatur bekannten geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich unterschiedlicher Entwicklungsgefährdungen bei der von uns untersuchten Subgruppe bestätigt werden konnten. Während sich der Anteil an stark Gefährdeten zwischen den Geschlechtern nicht unterscheidet, finden sich signifikante Unterschiede bezüglich der Art von Gefährdung und der Anzahl zu T1.

8 Gesamtbeurteilung

Die Vorhabenziele können als erreicht angesehen werden, insbesondere wurden die angestrebten Erkenntnisse in vollem Umfang gewonnen. Auch wenn im retrospektiven Studienteil die geplante Stichprobengröße nicht ganz erreicht wurde, gelang es, statistisch aussagekräftige Aussagen über verschiedene Outcome-Variablen im Langzeitverlauf im Vergleich zwischen der Intoxikations- und die Kontrollgruppe zu treffen. Beispielsweise konnte das Risiko alkoholintoxizierter Jugendlicher, im jungen Erwachsenenalter eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln oder illegale Drogen zu konsumieren verglichen zu Personen der Kontrollgruppe, eingeschätzt werden. Zudem war es möglich, in der Intoxikationsgruppe potentielle Prädiktor-Variablen für den Langzeitverlauf erfolgreich zu prüfen. In diesem Zusammenhang konnte das Ziel erreicht werden, Prädiktionsmodelle für den Langzeitverlauf zu erstellen. Jedoch konnten weniger Prädiktoren identifiziert werden, als zu Projektbeginn erwartet.

Ein wichtiges Ziel des Gesamtprojektes war die Entwicklung des RiScA-Fragebogens, dieses Ziel konnte vollumfänglich erreicht werden. Mit dem Fragebogen liegt nun ein Instrument vor, das – entwickelt und erprobt an der Zielgruppe – kurz und valide zugleich Entwicklungsgefährdungen und familiäre Schutzfaktoren erfasst. Einige der Prädiktorvariablen, die im prospektiven Studienteil identifiziert wurden, konnten durch die im retrospektiven Studienteil erkannten signifikanten Prädiktoren für die Langzeitentwicklung bestätigt werden.

Außer der zeitlichen Verzögerung von 6 Monaten kam es zu keinen wesentlichen Änderungen im Projekt.

9 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die wesentlichen Projektergebnisse sollen in Fachzeitschriften publiziert werden. Das Studiendesign ist bereits publiziert (Kuttler et al., 2013b, Pradel et al., 2013). Ein Manuskript von C. Groß et al. zum Thema „Prediction of long-term outcomes in young adults with a history of adolescent alcohol-related hospitalization“ befindet sich im Peer-review-Prozess, ein zweites Manuskript von C. Groß et al. über „Long-term outcomes after adolescent in-patient treatment due to alcohol intoxication: a control group study“ ist in Vorbereitung. Ein weiteres Manuskript von H. Kuttler et al. zum Thema “Assessing family risk and protective factors among adolescents with elevated risk for developmental hazards with a validated instrument” befindet sich ebenfalls in Vorbereitung. Weitere projektspezifische Publikationen sind unter 11. aufgeführt.

Bislang entstanden aus dem Projekt eine Reihe von Kongressbeiträgen, insbesondere Vorträge auf dem Deutschen Suchtkongress 2013 in Bonn:

- Groß, C.; Reis, O.; Kraus, L.; Piontek, D.; Zimmermann, U.S., und RISCA-Group: Langzeitentwicklung nach Alkoholvergiftungen im Kindes- u. Jugendalter: Methodik und Verlauf der Rekrutierung.
- Kuttler, H.; Pradel, H.; Bitzer, EM. und RISCA Group: RiScA – Risiko- und Schutzfaktoren für eine Entwicklungsgefährdung erfassen und prognostizieren, Studiendesign und erste Ergebnisse.

Auf der 49. Wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) „Gesundheit zwischen Wirtschaft und Demographie“ (Marburg, 18.-20. September 2013):

- Pradel, H.; Kuttler H.; Bitzer EM.; Zimmermann U.S.: RiScA - Risiko- und Schutzfaktoren für eine Entwicklungsgefährdung erfassen und prognostizieren - Studiendesign und erste Ergebnisse zur Rekrutierung.

Auf dem XXXIII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2013 in Rostock:

- Bitzer, EM.; Paul, M.; Kuttler, H., Pradel, H., und Schuler, N.: RiScA – Risiko- und Schutzfaktoren für eine Entwicklungsgefährdung erfassen und prognostizieren - Studiendesign und erste Ergebnisse
- Bitzer, EM.; Paul, M.; Pradel, H., und Schuler, N.: Prognostisch relevante Risiko- und Schutzfaktoren für schwere Entwicklungsgefährdungen bei Jugendlichen mit stationär behandelter Alkoholintoxikation

Auf der 50. Wissenschaftlichen Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) (Erlangen, 24.-26.9.2014) „Permanente Verfügbarkeit in der Arbeits- und Lebenswelt – Risiken und Chancen“

- Schwendemann, H. (geb. Pradel); Kuttler, H.; Bitzer, EM.: Familiäre Risiko- und Schutzfaktoren für Entwicklungsgefährdung im Jugendalter valide erfassen

Auf dem Deutschen Suchtkongress 2014 in Berlin organisierte das RiScA-Team zwei Symposien zu den Themen „Risiko- und Schutzfaktoren bei Alkoholvergiftungen im Kindes- und Jugendalter (RiScA)“ sowie „Prädiktorvariablen für die Gesundheitsentwicklung und das Suchtrisiko nach jugendlichem Komatrinken“ mit folgenden projektspezifischen Vorträgen:

- H. Schwendemann: Familiäre Risiko- und Schutzfaktoren für Entwicklungsgefährdungen im Jugendalter valide erfassen.
- H. Kuttler: Prävalenz und Persistenz von Entwicklungsgefährdungen bei Jugendlichen mit Alkoholintoxikation im Krankenhaus.
- D. Piontek: Der soziale Kontext von Trinksituationen, die zu einer akuten Alkoholintoxikation führen.
- U.S. Zimmermann: Langzeitentwicklung nach Alkoholintoxikation im Jugendalter: Ein Kontrollgruppenvergleich.
- C. Groß: Kann die spätere Gesundheitsentwicklung bereits zum Zeitpunkt einer jugendlichen Alkoholintoxikation vorausgesagt werden?
- O. Reis: Akute Alkoholintoxikationen von Kindern und Jugendlichen 2000-2007- Effekte von Zeit, Geschlecht und Region.

Im prospektiven Projektteil erfolgte die Verbreitung über kontinuierliche Information zur Studie auf der Homepage www.villa-schoepflin.de, Informationen über Studiendesign und Planung über Newsletter an alle HaLT-Standorte, Regionale Öffentlichkeitsarbeit Lörrach, sowie folgende Veranstaltungen:

- Information der Ärzte/innen des St. Elisabethenkrankenhauses am 12. Mai 2012, Veröffentlichung zu Schulung und Projektauftritt in den regionalen Medien
- Information über Ziele, Studiendesign und Zwischenergebnisse an die HaLT-Koordinatoren/innen der Länder im Bundesnetzwerk HaLT am 29./30. September 2011, 18./19. April 2012, 25./26. April 2013 und 17./18. März 2014
- Information über Ziele, Studiendesign und erste Zwischenergebnisse an sozialpädagogische Fachkräfte bei den HaLT-Zertifizierungsseminaren am 7./8. März 2013 – HaLT in Hessen, Frankfurt, 20./21. März 2013 – HaLT in Nordrhein-Westfalen, Bonn, 6./7. Mai 2013 – HaLT für Fachkräfte bundesweit, Lörrach, 27. Mai 2014 – HaLT-Zertifizierungsseminar für Fachkräfte aus Hessen und Baden-Württemberg, Frankfurt und 26. Juni 2014 – HaLT-Zertifizierungsseminar für Fachkräfte bundesweit, Lörrach.
- Informationen über die Studie und erste Zwischenergebnisse an Fachtagungen:
 12. September 2013 – Fachtagung „Extrem riskant“, 13. November 2013 – Interegionaler Fachtag magnet, Präventionstagung, Trier, Information über die Studie und erste Ergebnisse und 22. Januar 2013 – Forschungskolloquium, Pädagogische Hochschule Freiburg.

Auskunft zum RiScA-Fragebogen erteilt die PH Freiburg auf Anfrage unter der E-Mail-Adresse:

risca@ph-freiburg.de.

10 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)

Mit dem RiScA-Fragebogen liegt ein kurzes valides Instrument vor, mit dem es gelingt, das Ausmaß und die Art von Entwicklungsgefährdung bei Jugendlichen nach einer Alkoholintoxikation im Krankenhaus zu erfassen sowie gleichzeitig familiäre Schutzfaktoren als Basis einer ressourcenorientierten Prävention zu erheben.

Die Bewertung des Gefährdungsrisikos durch die Fachkräfte stützt sich auf die Anzahl und Schwere von Risikofaktoren und Entwicklungsgefährdungen, welche im Laufe der Studie identifiziert wurden. Daneben erkannten wir, dass Jugendliche, die nicht mit beiden Elternteilen zusammen aufwachsen oder die trinken, um Probleme zu vergessen, sechs Monate nach dem Klinikaufenthalt deutlich stärker von Entwicklungsgefährdungen betroffen sind als die anderen. Deshalb wurden diese beiden Items zusätzlich in den RiScA aufgenommen.

Hinsichtlich einer Intervention ist besonders zu berücksichtigen, ob akuter Interventionsbedarf besteht (Gefahr für Gesundheit/Leben z.B. bei Suizidalität, Wohnsitzlosigkeit und schwerer Gewalt), dies erfordert die sofortige Einleitung adäquater Hilfen. Die Items zu Familienatmosphäre (21./22.) dienen nicht zur Gefährdungseinschätzung, sondern zur Identifikation von familialen Ressourcen als Grundlage einer ressourcenorientierten Intervention.

Instruktion zur Bewertung der Antworten

- hinsichtlich Risikofaktoren und Entwicklungsgefährdungen (EG), welche eine diesbezügliche Intervention durch die Fachkräfte erfordern sowie
 - akute Gefährdung durch riskante Alkoholkonsummuster (RA)
2. nicht mit beiden Elternteilen lebend - EG
 3. Konsum ab zwei Mal pro Woche - RA
 4. Konsum ab drei Trinkeinheiten pro Anlass – RA
 5. mehr als fünf alkoholische Getränke je – RA
 6. Spirituosen direkt aus der Flasche je – RA
Teilnahme an Wettrinken je – RA
 7. Teilnahme unter Alkoholeinfluss am Straßenverkehr ja – RA
 8. Konsummotiv Probleme vergessen – EG
 9. Konsum illegaler Drogen je – EG
 10. Schulabbruch ja – EG
 11. Klasse wiederholt je – EG
 12. Schule schwänzen zwei Tage und mehr – EG
 13. Schulleistungen, im Durchschnitt Note 5 oder schlechter – EG
 14. jede Ja-Antwort zu diversen Entwicklungsgefährdungen – EG
 15. jede Ja-Antwort zu Depressivität – EG
 16. ich denke oft daran mich umzubringen ja – EG
 17. jede Ja-Antwort zu sexueller Gewalt und Belästigung – EG
 18. Gewaltopferschaft je – EG
 19. Gewalttätigkeit je – EG
 - 20.⁴ Gefühl geliebt zu werden – überhaupt nicht/sehr selten/einige Male – EG
Eltern wünschten, ich wäre nie geboren – einige Male und häufiger – EG
Blaue Flecken/Schrammen durch Schläge – sehr selten und öfter – EG
Bestrafung mit Gürtel/Stock etc. – sehr selten und öfter – EG
Personen sagten verletzende Dinge – häufig und sehr häufig – EG
Familie fühlte sich nah – überhaupt nicht/sehr selten – EG
 - 21.⁵ Schutzfaktoren zur Identifikation familiärer Ressourcen
 - 22.² Schutzfaktoren zur Identifikation familiärer Ressourcen

Wie bereits geschildert, weisen Jugendliche, die zum Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes zwei und mehr Entwicklungsgefährdungen bestätigen, auch sechs Monate danach signifikant häufiger eine aktuell andauernde Entwicklungsgefährdung auf. Da wir im prospektiven Studienteil zudem erkennen konnten, dass gefährdete Jugendliche im weiteren Verlauf seltener für das Telefoninterview erreicht werden, verdeutlicht dies die Notwendigkeit, die Begegnung im Krankenhaus für die Einleitung tragfähiger Hilfen zu nutzen.

Da zum Teil sehr schwere, zum Teil tabuisierte oder schambesetzte Entwicklungsgefährdungen erfragt werden, sollte der RiScA nur durch geschultes Fachpersonal mit einschlägigem Hochschulabschluss

⁴ Der Gesamtwert berechnet sich als Summenwert aus den erfragten 6 Items des Childhood Trauma Questionnaires (CTQ) (Wingenfeld et al., 2010). Beantwortet werden die Items auf einer fünfstufigen Ratingskala von „trifft überhaupt nicht zu“ (1) bis „trifft sehr häufig zu“ (5).

⁵ Die Items der Fragen 21 und 22 wurden aus dem CTC (Arthur, 2002) entnommen, ihre Dichotomisierung erfolgt nach der Methode MAD (Arthur et al, 2007; Leys et al, 2013)

im Rahmen eines Gesamtkonzeptes, insbesondere HaLT reaktiv, eingesetzt werden. Die Fachkräfte sollten über folgende Kompetenzen und Erfahrungen verfügen:

Techniken lösungsorientierter motivierender Gesprächsführung

Kenntnis des regionalen Hilfesystems und Einleitung verbindlicher Überleitungswege in geeignete Unterstützungsangebote, z.B. mit Familienberatungsstellen oder spezifischen Anlaufstellen für Mädchen und Jungen

Kenntnis der rechtlichen Rahmenbedingungen und gesetzlich geregelter Abläufe, wenn sich über den RiScA Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung ergeben (Kuttler, 2012)

Kenntnisse über regionale Hilfen und Ansprechpartner/innen in Akutsituationen (z.B. Suizidalität) und etablierte Netzwerke, welche zeitnahe Hilfen ermöglichen

Die Kommunikation des RiScA und seinen Eingang in die Praxis ist beispielsweise über ein Train-The-Trainer-Konzept denkbar. Die Zertifizierung von sog. „RiScA-Trainer/innen“, welche in einem nächsten Schritt Fachkräfte zum Einsatz des RiScA in der Praxis qualifizieren, wäre eine Möglichkeit für eine qualitätsgesicherte und nachhaltige Implementierung des Kurzfragebogens in Angeboten der Frühintervention für Jugendliche mit schädlichem Alkoholkonsum.

Besonders bemerkenswert erscheint die Tatsache, dass sich auch im prospektiven Projektteil eine Subgruppe von Jugendlichen identifizieren ließ, die mehreren unmittelbar drohenden Entwicklungsgefährdungen ausgesetzt ist, welche nur zum Teil überhaupt mit Alkoholkonsum zu tun haben. Bei diesen Jugendlichen kann das Vorkommen einer Alkoholvergiftung als Alarmzeichen dienen, obwohl das gegenwärtige Hauptproblem gar nicht im Alkoholkonsum liegt sondern im sozialen Umfeld, in Verhaltensauffälligkeiten oder Symptomen affektiver Erkrankungen. Für diese Gruppe erscheint eine Nachsorge die sich allein auf Alkoholkonsum fokussiert, unangebracht. Vielmehr besteht eine einmalige Chance dass das Gesundheitssystem frühzeitig auf eine bedrohliche Entwicklung aufmerksam wird, welche durch den RiScA systematisch erfasst werden kann.

Das bisherige pädiatrische Routinevorgehen bei von Alkoholvergiftungen betroffenen Jugendlichen, nämlich ausschließliche Therapie oder Überwachen der körperlichen Gefährdungsaspekte ohne Hinterfragen der hier aufgezeigten Themen, erscheint somit dringend verbesserungsbedürftig. Entsprechend den o.g. erforderlichen Qualifikationen zur Anwendung des RiScA kann eine entsprechende Unterstützung durch Fachkräfte des HaLT-Netzwerkes, konsiliarisch hinzugezogene Kinder- und Jugendpsychiater, Suchtberatungsstellen oder durch sozialpädiatrische Zentren erfolgen.

Ein Beispiel für eine gute Versorgung ist die Kinderklinik der Charité Universitätsmedizin Campus Virchow, wo die betroffenen Jugendlichen regelhaft Kinder- und Jugendpsychiatrisch mituntersucht werden. Als Hauptzielgruppe für den Transfer der Studienergebnisse in die Praxis sind somit Mitarbeiter des HaLT-Netzwerkes, der sozialpädiatrischen Zentren sowie Kinder/ Jugendpsychiater anzusehen.

11 Verzeichnis projektbezogener Publikationen

Kuttler, H., Paul, M., Pradel, H., Bitzer, E. M. & RiScA Group (2013a). *RiScA - Risiko- und Schutzfaktoren für eine Entwicklungsgefährdung erfassen und prognostizieren - Studiendesign und erste Ergebnisse*. Suchttherapie, 14, S.45.

Kuttler, H., Reis, O., Pradel, H., Groß, C., Zimmermann, U. S., Kraus, L. et al. (2013b). *Entwicklung eines Kurzfragebogens zum Erkennen und Prognostizieren von Risiko- und Schutzfaktoren bei Alkoholintoxikationen im Jugendalter (RiScA)*. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, (4), 15–34.

Kuttler, H. & RiScA-Group: Bitzer, E.M., Pradel, H., Reis, O., Kraus, L., Piontek, D., Zimmermann, U., Groß, C. (2014). Alkoholintoxikationen im Jugendalter: Risiko- und Schutzfaktoren für Entwicklungsgefährdungen, Suchttherapie, 15 (01), 4-5.

Pradel, H., Kuttler, H., Zimmerman, M. A., & Bitzer, E. M. (2013). RiScA - Risiko- und Schutzfaktoren für eine Entwicklungsgefährdung erfassen und prognostizieren - Studiendesign und erste Ergebnisse zur Rekrutierung. Das Gesundheitswesen, 6(8/9), 525–618.

Schwendemann, H., Kuttler, H. & Bitzer, E. M. (2014a). *Familiäre Risiko- und Schutzfaktoren für Entwicklungsgefährdungen im Jugendalter valide erfassen*. Gesundheitswesen, 76 (08/09), A171.

- **Masterarbeit**

Pradel, H. (2013). *Erfassung von Entwicklungsgefährdung bei Jugendlichen, die eine Alkoholintoxikation überstanden haben. Was sind valide Instrumente?* Masterarbeit, Pädagogische Hochschule, Freiburg im Breisgau.

12 Literaturverzeichnis

Andreß, H.-J., Hagenaaars, J. & Kühnel, S. (1997). *Analyse von Tabellen und kategorialen Daten: Log-lineare Modelle, latente Klassenanalyse, logistische Regression und GSK-Ansatz*. Berlin: Springer.

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.

Arthur, M. W. (2006). *Communities that Care Youth Survey*. 12. März 2012. Online verfügbar unter: http://www.sdr.org/ctcresource/CTC_Youth_Survey_2006.pdf

Arthur, M. W., Briney, J. S., Hawkins, J. D., Abbott, R. D., Brooke-Weiss, B. L. & Catalano, R. F. (2007). *Measuring risk and protection in communities using the Communities That Care Youth Survey*. Evaluation and Program Planning, 30(2), 197–211, online verfügbar unter: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718907000122>.

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care*. World Health Organization (WHO).

Becker, T. (2010). *Jugend-Milieus und ihre spezifische Suchtmittelgefährdung - Erkenntnisse aus der Sinus-Jugendmilieu-Studie* (1. Aufl.) (Sarrazin, D., Hrsg.). Hamm: DG Sucht.

Bengel, J., Meinders-Lücking, F. & Rottmann, N. (2009). *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen: Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit*. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.

Berger, F. (2006). *Zur Wirkung unterschiedlicher materieller Incentives in postalischen Befragungen - ein Literaturbericht*. Zuma, 30, 81–100.

- Bitzer, E. M., Paul M, Pradel H, Schuler N. & Kuttler H (9.2012). *Prognostisch relevante Risiko- und Schutzfaktoren für schwere Entwicklungsgefährdungen bei Jugendlichen mit stationär behandelter Alkoholintoxikation: Wie werden sie erfasst?* Suchtkongress. Berlin.
- Bitzer, E. M., Paul, M., Pradel, H., Schuler, N. & Kuttler, H. (06.März 2013). *RISCA – Risiko- und Schutzfaktoren für eine Entwicklungsgefährdung erfassen und prognostizieren: Studiendesign und erste Ergebnisse*. DGKJP. Rostock.
- Blomeyer, D. & Laucht, M. (2009). Riskanter Alkoholkonsum im Jugendalter. Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie. *Psychotherapeut* (54), 179–186.
- Bond, L., Lyndal, T., Tombourou, J. W., Patton, G. C. & Catalano, R. F. (2000). *Improving the lives of young victorians in our community: a survey of risk and protective factors*. Melbourne.
- Bowring, A. L., Gouillou, M., Hellard, M. & Dietze, P. (2013). *Comparing short versions of the AUDIT in a community-based survey of young people*. BMC Public Health, 13(1), 301.
- Bühner, M. (2010). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (2., aktualisierte und erw. Aufl., [Nachdr.]). ps Psychologie. München [u.a.]: Pearson Studium.
- Bundesministerium für Gesundheit. InfoLetter Bundesmodellprojekt HaLT-Hart am Limit. 2007 Aug. Report No.: 7.
- Coleman, L. G., He, J., Lee, J., Styner, M., & Crews, F. T. (2011). Adolescent binge drinking alters adult brain neurotransmitter gene expression, behavior, brain regional volumes, and neurochemistry in mice. *Alcohol. Clin. Exp. Res.*, 35 (4), 671–688.
- Donath, C., Graessel, E., Baier, D., Bleich, S. & Hillermacher, T. (2014). *Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents?* BMC Pediatrics, 14(113).
- Franzkowiak, P. (2002). *Zwischen Abstinenz und Risikobegleitung - Präventionsstrategien im Wandel*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (Ed.), *Drogenkonsum in der Partyszene. Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand* (S.107–124). Köln.
- Glaser, R. R., van Horn, M. L., Arthur, M. W., Hawkins, J. D. & Catalano, R. F. (2005). *Measurement Properties of the Communities That Care Youth Survey Across Demographic Groups*. Journal of Quantitative Criminology, 21(1), 73–102.
- Groeger-Roth, F. (2012). *Lokale Risiko- und Schutzfaktoren für Jugendkriminalität. Die Rolle von sozialräumlichen Unterschieden für die kommunale Prävention*. Sozialräumliches Arbeiten in der Straffälligenhilfe, 73–89.
- Groeger-Roth, F. (11/2013). *dt. Version des CTC - Itemkennwerte* (mündlich & schriftlich).
- Groeger-Roth, F. & Schubert, H. (2013). „Das kommt aus Amerika, das geht hier nicht...“: Erfahrungen mit „Communities That Care – CTC“ in Niedersachsen. In: E. Marks & W. Steffen (Eds.). *Sicher leben in Stadt und Land* (S. 329–344). Forum Verlag Godesberg.
- Haggerty, K. P. & Shapiro, V. B. (2013). *Science-Based Prevention through Communities That Care: A Model of Social Work Practice for Public Health*. Social Work in Public Health, 28(3-4), 349–365. Retrieved December 10, 2013.
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E. & Glaesmer, H. (2011). *Mißhandlungen in Kindheit und Jugend: Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung*. Deutsches Ärzteblatt, 108(17), 287–294.
- Hawkins, J. D., & Weis, J. G. (1985). *The Social Development Model: An Integrated Approach to Delinquency Prevention*. Journal of Primary Prevention, 6(2), 73–97.

- Jäckle, A., & Lynn, P. (2008). *Respondent incentives in a multi-mode panel survey: Cumulative effects on nonresponse and bias*. *Survey Methodology*, 34(1), 105–117.
- Klein, M. (2007). Risikoverhalten und Risikokompetenz Jugendlicher im Umgang mit Suchtmitteln. *ajs informationen* (III), 7–12.
- Kline, R.B. (2005) *Principles and practices of structural equation modeling*. Methodology in Social sciences. New York: Guilford Press.
- Klinitzke, G., Rompell, M., Häuser, W., Brähler, E. & Glaesmer, H. (2012). *Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) - psychometrische Eigenschaften in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe*. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie (Psychother Psych Med)*, 62, 47–51.
- Knight, J., Sherritt, L., Shrier, L., Harris, S. & Chang, G. (2002). *Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients*. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 156(6), 607–614.
- Knight, J., Sherritt, L., Harris, S., Gates Elisabeth C. & Chang, G. (2003). *Validity of Brief Alcohol Screening Tests Among Adolescents: A Comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, (27), 67–73.
- Korczak, D., Steinhauser, G., & Dietl, M. (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information - DIMDI, Hrsg.) (2011). *Prävention des Alkoholmissbrauchs von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Verfügbar unter http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta309_bericht_de.pdf.
- Kraus, L., Müller, S., Stürmer, M., Grübl, A., Kronthaler, F., & Tretter, F. (2010). *Stationäre Behandlung von Jugendlichen mit akuter Alkoholintoxikation. Auswertung einer Befragung im Rahmen des Präventionsprojektes "Hart am Limit HaLT"* (Institut für Therapieforchung, Bayerische Akademie für Suchtfragen & Universität Bamberg, Hrsg.), München, Bamberg. Verfügbar unter http://www.halt-in-bayern.de/fileadmin/documents_halt/publikationen/haltinbayern_teilbericht_befragung_im_krankenhaus_2010.pdf.
- Kraus, L., Piontek, D., Pabst, A., & Bühringer, G. (2011). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Mortalität, Morbidität, soziale Probleme und Folgekosten in Deutschland. *SUCHT - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis / Journal of Addiction Research and Practice*, 57 (2), 119–129.
- Kraus, L., Pabst, A., & Piontek, D. (2011). *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*.
- Kraus, L., Hannemann, T.-V., Pabst, A., Müller, S., Kronthaler, F., Grübl, A., Stürmer, M. & Wolstein, J. (2013) *Stationäre Behandlung von Jugendlichen mit akuter Alkoholintoxikation: Die Spitze des Eisbergs?* *Das Gesundheitswesen*. 75(7), 456 – 464.
- Kuhn, S., Trenkler, F., & Kalke, J. (2011). *Empfehlungen für Eltern im Umgang mit dem Alkoholkonsum ihrer Kinder: wissenschaftlicher Kenntnisstand. Ein Ratgeber für Fachkräfte der Suchtprävention* (1. Aufl.) (Bundesministerium für Gesundheit, Hrsg.), Berlin
- Kuntsche, E. (2007). Alkoholkonsum und Gewaltverhalten im Jugendalter. Ein Überblick über Theorien und Forschungsarbeiten sowie Empfehlungen für die Prävention. *ajs informationen* (III), 13–18.
- Kuttler, H. (2006). *Hart am Limit - HaLT: Ein Alkoholpräventionsprojekt für Kinder und Jugendliche*. In: Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen. Informationsdienst zur Suchtprävention.

- Eine Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer für Informationen zur Suchtprävention in Baden-Württemberg (Nr. 19). Stuttgart.
- Kuttler, H. (2009). Hart am Limit - HaLT. Ein bundesweites Präventionsprojekt gegen den riskanten Alkoholkonsum von Jugendlichen. *Konturen*, 30. (1-2/2009), 10–18.
- Kuttler, H. (2012). *Aufmerksamkeit ohne Alarmismus: alkoholintoxikierte Jugendliche im Krankenhaus und Kindeswohlgefährdung*. Das Jugendamt - Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht, 85(9), 448–456.
- Kuttler, H. & Reis, O. (2012). *Herauführen an Alkoholkonsum als Prävention riskanten Konsums?*. Suchttherapie, 13(1), 37–39.
- Kuttler, H., Paul, M., Pradel, H., Bitzer, E. M. & RiScA Group (2013). *RiScA - Risiko- und Schutzfaktoren für eine Entwicklungsgefährdung erfassen und prognostizieren - Studiendesign und erste Ergebnisse*. Suchttherapie, 14, S45.
- Kuttler, H., Pradel, H., & Bitzer, E. M. (20. September 2013). *RISCA – Risiko- und Schutzfaktoren für eine Entwicklungsgefährdung erfassen und prognostizieren: Studiendesign und erste Ergebnisse*. Deutscher Suchtkongress. Bonn.
- Kuttler, H., Reis, O., Pradel, H., Groß, C., Zimmermann, U. S., Kraus, L. et al. (2013). *Entwicklung eines Kurzfragebogens zum Erkennen und Prognostizieren von Risiko- und Schutzfaktoren bei Alkoholintoxikationen im Jugendalter (RiScA)*. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, (4), 15–34.
- Kuttler, H., Bitzer, E. M., Pradel, H., Reis, O., Kraus, L., Piontek, D. et al. (2014). *Alkoholintoxikation im Jugendalter: Risiko- und Schutzfaktoren für Entwicklungsgefährdungen*. Suchttherapie, 15(1), 15–16.
- Kuttler, H., Schwendemann, H. & Bitzer, E. M. (2014a). *Assessing family risk and protective factors among adolescents with elevated risk for developmental hazards with a short and validated instrument*. unveröffentlichtes Manuskript,
- Kuttler, H., Schwendemann, H. & Bitzer, E. M. (30. September 2014b). *Prävalenz und Persistenz von Entwicklungsgefährdungen bei Jugendlichen mit Alkoholintoxikation im Krankenhaus: prospektiver Studienteil der RiScA-Studie*. Berlin.
- Lansford, J., Dodge, K., Pettit, G., Bates, J., Crozier, J. & Kaplow, J. (2002). *A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence*. Archives of pediatrics & adolescent medicine, 156(8), 824–830.
- Leys, C., Ley, C., Klein, O., Bernard, P. & Licata, L. (2013). *Detecting outliers: Do not use standard deviation around the mean, use absolute deviation around the median*. Journal of Experimental Social Psychology, 49(4), 764–766.
- Lienert, G. A. & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse* (6. Aufl., Studienausg.). Weinheim: Beltz, Psychologie Verl.-Union.
- Ludwig, M. & Soellner, R. (2014). *Communities That Care, Schülerbefragung in Niedersachsen*. Universität Hildesheim, Landespräventionsrat Niedersachsen. Unveröffentlichter Bericht.
- Mounteney, J., Haugland, S., Skutle, A., 2010. *Truancy, alcohol use and alcohol-related problems in secondary school pupils in Norway*. Health Educ. Res. 25, 945–954

- Ostaszewski, K. & Zimmerman, M. A. (2006). *The Effects of Cumulative Risks and Promotive Factors on Urban Adolescent Alcohol and Other Drug Use: A Longitudinal Study of Resiliency*. American Journal of Community Psychology, 38(3-4), 237–249.
- Paul, M., Pradel, H., Schuler, N., Kuttler, H. & Bitzer, E. M. (12September 2012). *Prognostisch relevante Risiko- und Schutzfaktoren für schwere Entwicklungsgefährdungen bei Jugendlichen mit stationär behandelter Alkoholintoxikation*. DGSM 2012. Duisburg-Essen.
- Petermann U. & Petermann, F. (2005). *Risiko- und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung*. Familienpolitik und soziale Sicherung: Festschrift für Heinz Lampert, 39–55.
- Piko, B. F., Fitzpatrick KM. & Wright DR (2005). *A risk and protective factors framework for understanding youths externalizing problem behavior in two different cultural settings*. Europ.Child & Adolescent Psych, 14, 95–103.
- Pradel, H. (2013). *Erfassung von Entwicklungsgefährdung bei Jugendlichen, die eine Alkoholintoxikation überstanden haben. Was sind valide Instrumente?* Masterarbeit, Pädagogische Hochschule, Freiburg im Breisgau.
- Pradel, H., Kuttler, H., Zimmerman, M. A. & Bitzer, E. M. (2013). *RiScA - Risiko- und Schutzfaktoren für eine Entwicklungsgefährdung erfassen und prognostizieren - Studiendesign und erste Ergebnisse zur Rekrutierung*. Das Gesundheitswesen, 6(8/9), 525–618.
- Rammstedt, B. & John, O. (2007). *Measuring personality in a minute or less: A 10-item short version of Big Five Inventory in English and German*. Journal of Research in Personality, 41(1), 203–212.
- Reinert, D. F. & Allen, J. P. (2007). *The Alcohol Use Disorders Identification Test: An Update of Research Findings*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31(2), 185–199. Abgerufen 12.September 2014.
- Reis, O., Pape, M., & Häßler, F. (2009). *Ergebnisse eines Projektes zur kombinierten Prävention jugendlichen Rauschtrinkens*. Sucht, 55. 347-358
- Reis, O., Pape, M. & Häßler, F. (2009a). *ROSI-KJ. Das Rostocker Suchtinventar für Kinder und Jugendliche, und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*. Unveröffentlichtes Manuskript, Rostock, Universität, Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik.
- Reis, O., Pape, M., & Häßler, F. (2009b). *HaLT - Ein Bundesmodellprojekt für Kinder und Jugendliche mit akuten Alkoholvergiftungen im Raum Rostock und Güstrow 2004 - 2007* (Universitätsklinikum Rostock AöR, Hrsg.), Rostock.
- Reis, O. (2012). *Offene Momente – Zur Effektivität und Individualisierung indizierter Suchtprävention*; Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 4, 7-24
- Robert Koch Institut (2003). *Fragebogen: Kinder-Jugend-Gesundheit -21. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*, Online Verfügbar unter: Robert Koch Institut: www.kinder-jugend-gesundheit21.de.
- Robert-Koch-Institut (2008). *Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Bericht für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ; [Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)]*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Inst.
- Schafer, J. & Graham, J.W. (2002) *Missing Data. Our View of the State of the Art*. Psychological Methods, 7 (2), 147 – 177.
- Schendera, Christian F. G. (2008). *Regressionsanalyse mit SPSS*. München: Oldenbourg.

- Schlack, R. (2011). *KiGGS - Kinder- und Jugendgesundheitsstudie Welle 1: Projektbeschreibung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Inst.
- Scholes-Balog, K. E., Hemphill, S. A., Dowling, N. A. & Toumbourou, J. W. (2014). *A prospective study of adolescent risk and protective factors for problem gambling among young adults*. *Journal of Adolescence*, 37(2), 215–224.
- Schubert, H. (2013). *Evaluation des Modellprogramms "Communities That Care" in Niedersachsen: Theoretische Grundlagen und empirische Befunde zur sozialräumlichen Prävention in Netzwerken*. SRM-Reihe: Vol. 11. Köln: Verl. Sozial, Raum, Management.
- Schubert, H. & Veil, K. (2009). *Erster Zwischenbericht der SPIN Evaluation: Literaturanalyse Communities that Care*, Online Verfügbar unter: Fachhochschule Köln: http://www.ctc-info.de/communities-that-care/Media/SPIN_Zwischenbericht-01_SRM-FHKoln.pdf.
- Schubert, H. & Veil, K. (2010). *Sozialräumliche Prävention in Netzwerken (SPIN): Implementierung des Programms "Communities that Care (CTC)" in Niedersachsen: Zweiter Zwischenbericht Evaluation Phase 1 und 2*, Online verfügbar unter: Fachhochschule Köln: http://www.ctc-info.de/communities-that-care/Media/SPIN_Zwischenbericht-02_final.pdf.
- Schwarzer, R. Prof. Dr. *Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung: Beschreibung der psychometrischen Skala*. Online verfügbar unter: 20.11.13, from <http://userpage.fu-berlin.de/health/germscal.htm>.
- Schwendemann, H., Kuttler, H. & Bitzer, E. M. (25.9.14). *Familiäre Risiko- und Schutzfaktoren für Entwicklungsgefährdung im Jugendalter valide erfassen*. DGSM 2014. Erlangen.
- Schwendemann, H., Kuttler, H. & Bitzer, E. M. (2014a). *Familiäre Risiko- und Schutzfaktoren für Entwicklungsgefährdungen im Jugendalter valide erfassen*. *Gesundheitswesen*, 76(08/09), A171.
- Schwendemann, H., Kuttler, H. & Bitzer, E. M. (30. September 2014b). *Familiäre Risiko- und Schutzfaktoren für Entwicklungsgefährdung im Jugendalter valide erfassen*. Suchtkongress. Berlin.
- Spirito, A., Barnett, N., Lewander, W., Colby, S., Rohsenow, D., Eaton, C. et al. (2001). Risks associated with alcohol-positive status among adolescents in the emergency department: A matched case-control study. *The Journal of Pediatrics*, 139/5, 396–402.
- Stadtmüller, S. & Porst, R. (2005). *Zum Einsatz von Incentives bei postalischen Befragungen*. Online verfügbar unter: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/howto/how-to14rp.pdf.
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2011). *F10.0 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol - Akute Intoxikation (akuter Rausch). Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle 2000 – 2011)*.
- Steiner, M., Knittel, T., & Zweers, U. (2008). *Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms "HaLT - Hart am Limit" - Endbericht*. (Bundesministerium für Gesundheit/Prognos AG, Hrsg.), Berlin, Basel.
- Stolle, M., Sack, P., & Thomasius, R. (2009). Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter, Epidemiologie, Auswirkungen und Intervention. *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 19, Jg 106, 323–328.
- Streiner, D. L. & Norman, G. R. (2008). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use (4th ed)*. Oxford, New York: Oxford University Press.

- Stumpp, G., Stauber, B., & Reinl, H. (2009). *Jugendliche und Rauschtrinken (JuR), Einflussfaktoren, Motivation und Anreize zum Rauschtrinken bei Jugendlichen*. Tübingen: Forschungsinstitut tifs
 Tübinger Institut für frauenpolitische Sozialforschung.
- Tucker, J.S., Edelen, M.O., Ellickson, P.L., Klein, D.J., 2011. *Running away from home: a longitudinal study of adolescent risk factors and young adult outcomes*. J. Youth Adolesc. 40, 507–518.
- Uhl, A. & Kobra, U. (2012). Rauschtrinken bei Jugendlichen - Medienhype oder bedenkliche Entwicklung. *Suchtherapie*, 13 (1/2012), 15–24.
- Weichold, K., Bühler, A., & Silbereisen, R. (Hrsg.). (2008). *Konsum von Alkohol und illegalen Drogen im Jugendalter* (Bd. 5). Göttingen: Hogrefe.
- Werner, E. E. (1992). *The Children of Kauai: Resiliency and Recovery in Adolescence and Adulthood*. Journal of Adolescent Health, (13), 262–268.
- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., 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 und medizinische Psychologie. 60(11), 442–450.
- Wolstein J. (2008). Gefahren des Rauschtrinkens aus medizinischer Sicht. *proJugend* (3), 9–11.
- Wolstein J. Ergebnisprotokoll des Expertentreffens zur Koordination von Forschungsaktivitäten im Zusammenhang mit dem Alkoholpräventionsprojekt „HaLT - Hart am Limit“. 2010 Jun 10; Bundesministerium für Gesundheit; 2010.
- Wolstein, J., Wurdak, M., & Stürmer, M. (2011). *Evaluation des Alkoholpräventionsprojektes HaLT - Hart am Limit in Bayern*. (Universität Bamberg & Bayerische Akademie für Suchtfragen, Hrsg.), München
- Wuensch, K. (2014). *Binary Logistic Regression with SPSS*. Online verfügbar unter:
<http://core.ecu.edu/psyc/wuenschk/MV/Multreg/Logistic-SPSS.PDF>.
- Wurdak, M., Dörfler, T., Eberhard, M. & Wolstein, J. (2010). *Tagebuchstudie zu Trinkmotiven, Affektivität und Alkoholkonsum bei Jugendlichen*. SUCHT - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis / Journal of Addiction Research and Practice, 56(3), 175–182.
- Zahr, N. M., Mayer, D., Rohlfing, T., Hasak, M. P., Hsu, O., Vinco, S. et al. (2010). Brain injury and recovery following binge ethanol: evidence from in vivo magnetic resonance spectroscopy. *Biol. Psychiatry*, 67 (9), 846–854.

13 Verzeichnis der Anlagen

Fragebogen RiScA mit Auswertanleitung

Publikationen: Kuttler et al. 2014

Kuttler et al. 2013

Dresden, 29.1.2015

Prof. Dr. med. U. Zimmermann

1.	Die/der Jugendliche ist ...	... ein Junge?	☐			
		... ein Mädchen?	☐			
2.	Wo lebst du hauptsächlich? <i>Bitte hier nur ein Kreuz machen.</i>	bei meinen leiblichen Eltern	☐			
		bei meiner Mutter und ihrem Partner	☐			
		bei meinem Vater und seiner Partnerin	☐			
		bei meiner Mutter	☐			
		bei meinem Vater	☐			
		in einem Heim	☐			
		Sonstiges.....	☐			
3.	Wie oft trinkst du Alkohol?	seltener als ein Mal pro Monat	☐			
		etwa ein Mal pro Monat	☐			
		zwei bis vier Mal pro Monat	☐			
		zwei bis drei Mal pro Woche	☐			
		vier Mal oder öfter pro Woche	☐			
4.	Wenn du an einem Tag Alkohol trinkst, wie viele alkoholhaltige Getränke trinkst du dann typischerweise? <i>Ein alkoholhaltiges Getränk entspricht 0,33 l Bier, 0,1 l Wein oder Sekt oder 0,02 l Spirituosen (z. B. Wodka, Whiskey, Rum oder Schnaps)</i>	eins bis zwei	☐			
		drei bis vier	☐			
		fünf bis sechs	☐			
		sieben bis neun	☐			
		zehn oder mehr	☐			
5.	Wie oft hast du an einem Tag mehr als fünf alkoholische Getränke getrunken? <i>Ein alkoholhaltiges Getränk entspricht 0,33 l Bier, 0,1 l Wein oder Sekt oder 0,02 l Spirituosen (z. B. Wodka, Whiskey, Rum oder Schnaps)</i>	nie.....	☐			
		seltener als ein Mal pro Monat	☐			
		ein Mal pro Monat.....	☐			
		ein Mal pro Woche	☐			
		täglich oder fast täglich.....	☐			
6.	Wie oft ...	nie	seltener als ein Mal pro Monat	ein Mal pro Monat	ein Mal pro Woche	
	... trinkst du Spirituosen oder selbstgemischte spirituosenhaltige Getränke direkt aus der Flasche oder dem Getränkekarton?	☐	☐	☐	☐	
	... machst du bei Trinkspielen oder beim Wetttrinken mit?	☐	☐	☐	☐	
7.	Bitte gib an, ob Folgendes auf dich zutrifft.	nein		ja		
	Bist du schon einmal unter Alkoholeinfluss Motorroller gefahren oder bei jemandem mitgefahren, der Alkohol getrunken hat?	☐		☐		
	Bist du schon einmal unter Alkoholeinfluss Auto gefahren oder bei jemandem mitgefahren, der Alkohol getrunken hat?	☐		☐		
8.	Aus welchem Grund hast du kurz vor deiner Einlieferung Alkohol getrunken? <i>Hier kannst du mehrere Antworten ankreuzen.</i>	aus Spaß am Trinken	☐	um kontaktfreudiger zu sein	☐	
		um Probleme zu vergessen	☐	um dazu zu gehören	☐	
		anderer Grund,	☐			
9.	Im Folgenden sind einige Drogen aufgelistet. Hast du selbst schon einmal solche Drogen probiert? Wenn ja, wie oft in den letzten 12 Monaten?	noch nie	ein- oder zweimal	drei bis zwölf Mal	Mehrmals jeden Monat	wöchent- lich bis täglich
	Cannabis (Marihuana oder Hasch)	☐	☐	☐	☐	☐
	Andere illegale Drogen (z. B. Ecstasy, Speed, LSD, Kokain, Crystal Meth, Spice oder Heroin)	☐	☐	☐	☐	☐

10.	Gehst du noch zur Schule?	nein	☐
		ja	☐
	<i>Falls „Nein“:</i>		
	Hast du die Schule vor dem Erreichen eines Abschlusses abgebrochen?	nein	☐
		ja	☐
11.	Hast du in deiner gesamten Schullaufbahn jemals eine oder mehrere Klassen wiederholt?	nein	☐
		ja	☐
12.	An wie vielen Tagen hast du in den letzten vier Wochen die Schule geschwänzt?	an Tagen.	
	<i>Wenn du gar nicht geschwänzt hast, bitte „00“ eintragen.</i>		
13.	Wie schätzt du deine Schulleistungen in den letzten Jahren insgesamt ein?	insgesamt sehr gut (Zeugnisnote: 1) ☐ insgesamt gut (Zeugnisnote: 2) ☐ insgesamt befriedigend (Zeugnisnote: 3) ☐ insgesamt ausreichend (Zeugnisnote: 4) ☐ insgesamt mangelhaft (Zeugnisnote: 5) ☐ insgesamt ungenügend (Zeugnisnote: 6) ☐	
14.	Bei den folgenden Fragen geht es um einige Probleme, die du im Leben vielleicht schon einmal gehabt hast.	Falls du mit „ja“ geantwortet hast: Erinnerst du dich, in welchem Alter das zum ersten Mal war?	
		nein	ja
	Bist du schon mal durch Konferenzbeschluss vom Unterricht ausgeschlossen worden?	☐	☐ mit Jahren
	Hast du jemals bei einer gewalttätigen Jugendbande mitgemacht?	☐	☐ mit Jahren
	Bist du schon einmal festgenommen worden?	☐	☐ mit Jahren
	Hast du jemals versucht, dir das Leben zu nehmen?	☐	☐ mit Jahren
	Kam es in deinem Leben jemals vor, dass du keinen festen Wohnsitz oder Schlafplatz hattest?	☐	☐ mit Jahren
	Bist du schon mal von zuhause weggelaufen und nicht wieder zum Schlafen zurückgekehrt?	☐	☐ mit Jahren
15.	Wähle bitte die Antwort, die dir am besten entspricht.	nein	eher nein
	Manchmal denke ich, dass mein Leben nichts wert ist.	☐	☐
	Ich denke oft, dass ich ein Versager bin.	☐	☐
	Im letzten Jahr habe ich mich an den meisten Tagen deprimiert oder jämmerlich gefühlt, auch wenn ich mich an einigen Tagen o.k. gefühlt habe.	☐	☐
16.	Ich denke oft daran, mich umzubringen.	nein	☐
		ja	☐
17.	Bist du schon einmal sexuell belästigt worden?	nein	☐
		ja, von Jugendlichen	☐
	<i>Falls du mit „nein“ geantwortet hast, gehe bitte weiter zu Frage 18.</i>	ja, von Erwachsenen	☐
		ich möchte darauf nicht antworten	☐
	<i>Falls du mit „ja“ geantwortet hast:</i>	nein	☐
	Ist es vorgekommen, dass von jemandem sexuelle Handlungen an dir oder vor dir vorgenommen wurden obwohl du das nicht wolltest oder du nicht einverstanden warst?	ja, von Jugendlichen	☐
		ja, von Erwachsenen	☐
		ich möchte darauf nicht antworten	☐
18.	Wie oft wurdest du in den letzten 12 Monaten Opfer von Gewalt?	nie	☐
		einmal	☐
		mehrmals	☐

19. Wie oft warst du in den letzten 12 Monaten gewalttätig gegenüber anderen?	nie	☐
	einmal	☐
	mehrmals	☐

		Trifft auf mich ...				
		Überhaupt nicht zu	sehr selten zu	einige Male zu	häufig zu	sehr häufig zu
20. Seit meiner Kindheit bis heute ...	... hatte ich das Gefühl, geliebt zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐
	... glaubte ich, dass meine Eltern wünschten, ich wäre nie geboren.	☐	☐	☐	☐	☐
	... schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, dass ich blaue Flecken oder Schrammen davontrug.	☐	☐	☐	☐	☐
	... wurde ich mit einem Gürtel, einem Stock, einem Riemen oder mit einem harten Gegenstand bestraft.	☐	☐	☐	☐	☐
	... sagten Personen aus meiner Familie verletzende oder beleidigende Dinge zu mir.	☐	☐	☐	☐	☐
	... fühlten sich meine Familienangehörigen einander nah.	☐	☐	☐	☐	☐

21. Wähle bitte die Antwort aus, die deine Situation am besten wiedergibt.	nein	eher nein	eher ja	ja
In unserer Familie schreien wir uns oft an oder beschimpfen uns.	☐	☐	☐	☐
Wir streiten immer wieder über dieselben Dinge in unserer Familie.	☐	☐	☐	☐
Versteht du dich gut mit deiner Mutter?	☐	☐	☐	☐
Unternimmst du gern etwas gemeinsam mit deiner Mutter?	☐	☐	☐	☐
Erzählst du deiner Mutter, was dich beschäftigt?	☐	☐	☐	☐
Versteht du dich gut mit deinem Vater?	☐	☐	☐	☐
Unternimmst du gern etwas gemeinsam mit deinem Vater?	☐	☐	☐	☐
Erzählst du deinem Vater, was dich beschäftigt?	☐	☐	☐	☐
In unserer Familie kommt es immer wieder zu schweren Konflikten.	☐	☐	☐	☐

22. Wähle bitte die Antwort aus, die deine Situation am besten wiedergibt.	nein	eher nein	eher ja	ja
Meine Eltern zeigen mir oft, dass sie stolz auf etwas sind, dass ich getan habe.	☐	☐	☐	☐
Meine Eltern loben mich, wenn ich etwas Gutes mache.	☐	☐	☐	☐
Meine Eltern fragen mich nach meiner Meinung, wenn etwas entschieden werden muss, was mich betrifft.	☐	☐	☐	☐
Kannst du dich mit einem persönlichen Problem immer an deine Mutter oder deinen Vater wenden?	☐	☐	☐	☐
Meine Eltern wollen oft mit mir etwas unternehmen.	☐	☐	☐	☐

Auswerteanleitung zum Fragebogen RiScA

Der RiScA-Fragebogen kann Antworten ergeben, die ein unmittelbares Reagieren erfordern um akute Kindeswohlgefährdung oder Selbstgefährdung abzuwenden. Zum Teil werden dabei sehr schwere, tabuisierte oder schambesetzte Entwicklungsgefährdungen erfragt. Aus diesen beiden Gründen sollte der RiScA nur durch geschultes Fachpersonal mit einschlägigem Hochschulabschluss im Rahmen eines Gesamtkonzeptes eingesetzt werden (z.B. von HaLT reaktiv). Die Anwender des Fragebogens müssen hierauf vorbereitet sein und über folgende Kompetenzen und Erfahrungen verfügen:

- Techniken lösungsorientierter motivierender Gesprächsführung
- Kenntnis des regionalen Hilfesystems und Einleitung verbindlicher Überleitungswege in geeignete Unterstützungsangebote, z.B. mit Familienberatungsstellen oder spezifischen Anlaufstellen für Mädchen und Jungen
- Kenntnis der rechtlichen Rahmenbedingungen und gesetzlich geregelter Abläufe, wenn sich über den RiScA Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung ergeben (Kuttler, 2012)
- Kenntnisse über regionale Hilfen und Ansprechpartner/innen in Akutsituationen (z.B. Suizidalität) und etablierte Netzwerke, welche zeitnahe Hilfen ermöglichen

Des weiteren muß auch vorab geklärt und kommuniziert werden, wer ein Recht auf Einsicht in die schriftlichen Angaben der betroffenen Jugendlichen hat. Es kann z.B. erforderlich sein, einerseits die Eltern über die Verwendung des Fragebogens aufzuklären bzw. dies genehmigen zu lassen, andererseits den betroffenen Jugendlichen mitzuteilen, daß ihre Angaben den Eltern gegenüber nicht vertraulich behandelt werden können.

Bei Rückfragen hierzu bzw. zum Einsatz des RiScA wenden Sie sich bitte an die Autorin des Fragebogens:

Prof. Dr. med. Eva-Maria Bitzer, Institut für Alltagskultur, Bewegung, und Gesundheit, Public Health & Health Education, Pädagogische Hochschule Freiburg, Kunzenweg 21, 79117 Freiburg
risca@ph-freiburg.de

oder an den Projektleiter:

Prof. Dr. med. Ulrich Zimmermann, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum der TU Dresden, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
ulrich.zimmermann@uniklinikum-dresden.de

Hinsichtlich einer Intervention ist besonders zu berücksichtigen, ob akuter Interventionsbedarf besteht (Gefahr für Gesundheit/Leben z.B. bei Suizidalität, Wohnsitzlosigkeit und schwerer Gewalt), dies erfordert die sofortige Einleitung adäquater Hilfen. Die Items zu Familienatmosphäre (21./22.) dienen nicht zur Gefährdungseinschätzung, sondern zur Identifikation von familialen Ressourcen als Grundlage einer ressourcenorientierten Intervention.

- hinsichtlich Risikofaktoren und Entwicklungsgefährdungen (EG), welche eine diesbezügliche Intervention durch die Fachkräfte erfordern sowie
- akute Gefährdung durch riskante Alkoholkonsummuster (RA)

2. nicht mit beiden Elternteilen lebend - EG
3. Konsum ab zwei Mal pro Woche - RA
4. Konsum ab drei Trinkeinheiten pro Anlass – RA
5. mehr als fünf alkoholische Getränke je – RA
6. Spirituosen direkt aus der Flasche je – RA
Teilnahme an Wettrinken je – RA
7. Teilnahme unter Alkoholeinfluss am Straßenverkehr ja – RA
8. Konsummotiv Probleme vergessen – EG
9. Konsum illegaler Drogen je – EG
10. Schulabbruch ja – EG
11. Klasse wiederholt je – EG
12. Schule schwänzen zwei Tage und mehr – EG
13. Schulleistungen, im Durchschnitt Note 5 oder schlechter – EG
14. jede Ja-Antwort zu diversen Entwicklungsgefährdungen – EG
15. jede Ja-Antwort zu Depressivität – EG
16. ich denke oft daran mich umzubringen ja – EG
17. jede Ja-Antwort zu sexueller Gewalt und Belästigung – EG
18. Gewaltopferschaft je – EG
19. Gewalttätigkeit je – EG
20. Gefühl geliebt zu werden – überhaupt nicht/sehr selten/einige Male – EG
Eltern wünschten, ich wäre nie geboren – einige Male und häufiger – EG
Blaue Flecken/Schrammen durch Schläge – sehr selten und öfter – EG
Bestrafung mit Gürtel/Stock etc. – sehr selten und öfter – EG
Personen sagten verletzende Dinge – häufig und sehr häufig – EG
Familie fühlte sich nah – überhaupt nicht/sehr selten – EG
21. Schutzfaktoren zur Identifikation familiärer Ressourcen
- 22.² Schutzfaktoren zur Identifikation familiärer Ressourcen

Struktur und Skalen des Fragebogens

1. Kurztest auf Hinweise für Alkoholstörungen

Die Fragen 3-5 entsprechen dem Fragebogen AUDIT-C. (Kurzversion des Alcohol Use Disorders Identification Test). Die erste Antwortmöglichkeit wird jeweils mit 0 codiert, die übrigen vier Antworten aufsteigend mit 1,2,3 oder 4. Zur Auswertung werden die drei Punktwerte addiert. Rumpf et al. (Eur Addict Res 2013; 19:121–127) geben einen cut-off von 5 Punkten als Hinweis auf bereits bestehenden Alkoholmißbrauch oder – Abhängigkeit an.

2. Entwicklungsgefährdungen

Mit dem RiScA werden die nachfolgenden Dimensionen von Entwicklungsgefährdungen erfragt. Die hier vorgeschlagene Interpretation basiert ausschließlich auf den Daten der RiScA-Studie. Andere Einsatzzwecke können ein unterschiedliches Vorgehen bei der Auswertung erfordern.

1. Schwere Mißhandlungen und Vernachlässigung in der Familie

Dazu werden bei Punkt 20 die Antworten auf die erste sowie die letzte Frage absteigend mit 5-4-3-2-1 codiert, die Antworten auf die übrigen 4 Fragen jeweils aufsteigend mit 1-2-3-4-5. Von einer schweren Ausprägung dieser Entwicklungsgefährdung wird ausgegangen, wenn „blaue Flecken durch Schläge“ mit „einige Male“ oder öfter angegeben wurde, oder wenn der Summenscore bei 13 oder höher liegt.

2. Suizidalität

ist anzunehmen, wenn Punkt 16 oder die 4. Frage bei Punkt 14 bejaht wird.

3. Depressivität

wird angenommen wenn mindestens eine der 3 Fragen in Punkt 15 mit „ja“ beantwortet wird.

4. Wohnsitzlosigkeit

wird vermutet, wenn in Punkt 14 eine der beiden letzten Fragen mit „ja“ beantwortet wird.

5. Schulische Probleme

werden angenommen, wenn entweder Punkt 10 oder 11 mit „ja“ beantwortet wird oder bei Punkt 12 zwei oder mehr Tage angegeben werden oder wenn in Punkt 13 die Zeugnisnoten 5 oder 6 angegeben werden oder wenn bei Punkt 14 die erste Frage mit „ja“ beantwortet wird.

6. Delinquenz

wird angenommen, wenn bei Punkt 14 die zweite oder dritte Frage mit „ja“ beantwortet wird.

7. Sexuelle Gewalt

Gefährdung durch sexuelle Gewalt wird vermutet, wenn bei mindestens einer der beiden Fragen unter Punkt 17 eine andere Antwort als „nein“ gegeben wurde.

8. Konsum illegaler Drogen

wird als Entwicklungsgefährdung interpretiert, wenn unter Punkt 9 bei der ersten Frage „drei bis zwölfmal“ oder öfter angegeben wird oder wenn bei Frage 2 eine andere Antwort als „noch nie“ gegeben wird.

3. Schutzfaktoren

Die Punkte 21 und 22 erfassen rein deskriptiv verschiedene Schutzfaktoren zur Identifikation familiärer Ressourcen.

Für Sie notiert

Alkoholintoxikationen im Jugendalter: Risiko- und Schutzfaktoren für Entwicklungsgefährdungen

Die stationäre Behandlung einer akuten Alkoholintoxikation von Kindern und Jugendlichen ist kein ausreichender Hinweis für eine sich entwickelnde Abhängigkeit oder andere schwerwiegende Störungen. Wie können aber besonders gefährdete Jugendliche erkannt werden? Antworten darauf kann ein Projekt zur Erfassung von Risiko- und Schutzfaktoren bei Alkoholvergiftungen im Kindes- und Jugendalter (RiSCA) geben.

Im Jahr 2011 wurden 26 000 10-20-Jährige mit einer akuten Alkoholintoxikation im Krankenhaus behandelt [1]. Da sich erste Anzeichen einer Alkoholstörung bereits vor dem 20. Lebensjahr zeigen [2], gelten diese Jugendlichen als wichtige Zielgruppe der Prävention. Eine alkoholbedingte Krankenhausbehandlung bildet jedoch keinen Indikator für habituell problematischen Alkoholkonsum [3] und es handelt sich keineswegs nur um Problemjugendliche [4-5]. Dies deckt sich mit Erkenntnissen aus der Entwicklungspsychologie, wonach (exzessiver) Alkoholkonsum wichtige Funktionen bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben erfüllen kann [6-7] und Identitätsentwicklung und Zugehörigkeit zur Peergroup über gemeinsames Trinken subjektiv sinnhaft gesteuert werden [8].

Rund 13-30% der behandelten Jugendlichen werden jedoch als gefährdet eingestuft [9-12]. Um es Praktikern zu erlauben, bereits am Krankenbett Entwicklungsgefährdungen zu erkennen und gezielt eine gesunde Entwicklung zu fördern, müssen Risiko- und Schutzfaktoren bekannt sein. Die vom Bundesministeri-

um für Gesundheit geförderte Studie hat es sich zur Aufgabe gemacht, einen theoretisch begründeten und validierten Fragebogen zu entwickeln, der im Krankenhaus eingesetzt werden kann.

Spezifischer Fragebogen RiSCA-β

Der Fragebogen RiSCA-β zur Erfassung von „Risiko- und Schutzfaktoren für Entwicklungsgefährdungen bei Alkoholintoxikationen im Jugendalter“ soll die für die spezifische Zielgruppe und das Kliniksetting am besten geeigneten Instrumente integrieren und Einflussfaktoren zu Individuum, Familie, Peers, Schule und Kommune erfassen. Die Erfassung relevanter Prädiktoren für problematische Entwicklungen gilt als Voraussetzung wirksamer präventiver Interventionen [13]. Die Literaturrecherche zur Entwicklung des Fragebogens zeigt, dass deutlich seltener Schutzfaktoren als Risikoeinflüsse untersucht werden.

Als Risikofaktoren werden Einflüsse bezeichnet, die das Auftreten von Störungen bei einer Person wahrscheinlicher machen

als bei einer zufällig aus der Gesamtbevölkerung ausgewählten Person. Schutzfaktoren reduzieren die Eintrittswahrscheinlichkeit von Problemen entweder direkt oder indem sie (indirekt) den Effekt von Belastungen reduzieren. Der RiSCA-Fragebogen basiert auf dem Risiko- und Schutzfaktorenmodell von Bengel et al. [14] (Abb. 1).

In einer prospektiven Kohortenstudie in Zusammenarbeit mit 10 Standorten, welche das Präventionsprogramm Hart am Limit – HaLT umsetzen, sollen 400 Jugendliche im Alter von 13-17 Jahren mit der Diagnose akute Alkoholintoxikation mit einer umfangreichen Testversion des Fragebogens (RiSCA-β) zunächst am Krankenbett und nach 6-8 Monaten telefonisch zu Einflussfaktoren in den Domänen Individuum, Familie, Peers, Schule und Nachbarschaft befragt werden. An der Rekrutierung beteiligen sich Präventionsstellen und kooperierende Kliniken in Bad Homburg, Berlin, Bielefeld, Kassel, Leipzig, Lörrach, Rastatt, Schweinfurt, Wiesbaden und Worms.

Der Fragebogen RiSCA-β umfasst 272 Items und stützt sich v.a. auf validierte Instrumente, u.a. den Communities That Care Youth Survey (164 Fragen) [15] und den KiGGS-Fragebogen (45 Fragen) (KiGGS) [16]. Die Selbstauskünfte der Jugendlichen werden durch eine Einschätzung der Fachkräfte (psychosoziale Belastung/Unterstützung) ergänzt.

Im retrospektiven Studienteil zum Langzeitverlauf werden ehemalige Patienten aus Kinderkliniken in Dresden, Rostock und München mit der Aufnahmediagnose Alkoholintoxikation während ihrer Adoleszenz 6-13 Jahre nach dem Ereignis befragt. Parallel zu dieser Intoxikations-Stichprobe wird eine Kontrollstichprobe von Patienten mit anderer Diagnose gezogen. Insgesamt werden dazu ca. 400 junge Erwachsene interviewt. Die Probanden werden auf der Basis von Krankenakten identifiziert, postalisch kontaktiert und bei Zustimmung telefonisch mit einem computergestützten Interview aus 210 Items befragt (RiSCATI – Risiko und Computer Assisted Telephone Interview).

Erste Ergebnisse und Ausblick

Eine Ablehnungsquote von unter 15% sowie ein hoher Anteil vollständig ausgefüllter Fragebogen in der prospektiven Kohortenstudie geben nach den ersten Stu-



Abb. 1 Einflussfaktoren auf die Entstehung von Störungen [14].

dienmonaten Hinweise auf die Akzeptanz und Machbarkeit einer systematischen Befragung von Jugendlichen. Risiko- und Schutzfaktoren für Entwicklungsgefährdungen bei Alkoholintoxikationen im Jugendalter können mit einem Fragebogen vor der bislang üblichen Kurzintervention erfasst und damit Informationen über den mittel- und langfristigen Verlauf nach einem Klinikaufenthalt ermittelt werden.

Heidi Kuttler, Lörrach,
und RiSCA-Group: E. M. Bitzer und H. Pradel, Freiburg, O. Reis, Rostock, L. Kraus und D. Piontek, München, U. S. Zimmermann und C. Groß, Dresden

Hinweis

Aktuelle Informationen zum Forschungsprojekt RiSCA erhalten Sie u.a. auf den Internetseiten der Villa Schöpfung GmbH – Zentrum für Suchtprävention (www.villa-schoepfung.de) und des Präventionsprojekts HaLT (www.halt-projekt.de).

Die Literatur zum Beitrag kann über die Autorin via E-Mail (heidi.kuttler@villa-schoepfung.de) bezogen werden.

Ausschreibung

Forschungspreis 2014

Der Norddeutsche Suchtforschungsverbund e.V. (NSF) vergibt auch im Jahr 2014 einen Forschungspreis für herausragende wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der suchtmittelmedizinischen Forschung aus dem deutschsprachigen Bereich. Erstmals wird auch ein Nachwuchswissenschaftlerpreis vergeben. Beide Forschungspreise werden im Rahmen des nächsten wissenschaftlichen Symposiums des NSF am 14. Mai 2014 im Ärztehaus Hannover vergeben. Einzureichen sind Arbeiten, die in den Jahren 2012/2013 publiziert wurden, in 5-facher Ausführung mit kurzem Lebenslauf des Erstautors bis **1. April 2014** beim Vorstand des NSF e.V.: Prof. Dr. U. Havemann-Reinecke, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Göttingen, v. Sieboldstr. 5 in 37075 Göttingen oder via E-Mail an: kerstin.zeugner@med.uni-goettingen.de.

Nach einer Mitteilung des NSF e.V.

Neue Drogen und Substanzen

Wie gefährlich sind die neuen psychoaktiven Substanzen?

Zu den neuen psychoaktiven Substanzen (u. a. Mephedron) kursieren in den Medien weiterhin eher zum Konsum animierende Begriffe wie „Legal Highs“, „Modedrogen“, „Research Chemicals“ oder „Designerdrogen“. International hat sich jedoch der Begriff der **New Psychoactive Substances** (NPS) durchgesetzt. Das United Nations Office on Drugs and Crime (UNODOC) berichtet über eine ständig wachsende Anzahl derartiger Substanzen – epidemiologische Daten zur Konsumhäufigkeit fehlen derzeit noch.

Zwar wird aus verschiedenen Kliniken und in Fachzeitschriften von einer Zunahme an Komplikationen, wie z.B. „Badesalzpsychosen“ berichtet, doch scheint es in Deutschland im unterfinanzierten klinischen Setting kaum möglich zu sein, der auslösenden Substanzen „habhaft“ zu werden, d.h. eine sichere Zuordnung einer Substanz zur Psychose oder akuten Kardiomyopathie zu treffen. Anders sieht es in Ländern mit einer längeren Forschungstradition und entsprechender Forschungsfinanzierung auch bzgl. der ATS (Amphetamin-Type-Stimulants) aus. In Großbritannien werden alle plötzlichen Todesfälle auf Veranlassung des Staatsanwalts obduziert. J. Corkery et al. haben 2012 die Post-mortem-Daten von Juli 2009–August 2011 hinsichtlich der damaligen noch legalen Hauptsubstanz in der britischen Partyszene Mephedron ausgewertet.

Vom Badesalz zur Partydroge

Mephedron (4-Methylmethcathinon, 4-MMC, 4-Me-MCAT) ist ein Phenethylaminanalog und als Cathinon der Wirksubstanz des Kathstrauchs (*Catha edulis*) chemisch verwandt. In diese Gruppe der Cathinone gehören auch Rauschgifte wie MDPV, Butylone, Pentylone, Flephedrone, Methylone und Methedron, die mit einer etwas stimulierenden Wirkung als das eher entaktogen/empathogen als XTC bekannt gewordene MDMA gegenwärtig in der Partydrogenszene populär sind. Szenenamen für Mephedron variieren: Cat, meph, M-Cat oder drone. Vertrieben wur-

de Mephedron in Deutschland bis zur BtMG-Unterstellung 2010 z.B. als Badesalz „Charge plus“ in weißer Pulverform, kann aber neuerdings direkt als „Research Chemical“ trotz des eindeutigen Illegalstatus als „kristalline Substanz“ bestellt werden (z.B. über www.Spicestore247.biz) und rangiert weiterhin unter den Top 10 der Partydrogen.

Mephedron wird hauptsächlich nasal eingenommen, die orale Aufnahme oder ein intravenöser Konsum der wasserlöslichen Substanz sind möglich. Die eingenommene Dosis liegt bei 25–250 mg, der Wirkungspike je nach Zufuhrmethode bei 5–30 min, die Wirkdauer bei 2–4 h, gefolgt von einem raschen „Down“ mit depressiver Stimmungslage und starkem Craving. Wie so viele angebliche „neue Modedrogen“, wurde Mephedron tatsächlich bereits 1929 synthetisiert (http://cdn.intechopen.com/pdfs/32134/InTech-Mephedrone_related_fatalities_in_the_united_kingdom_contextual_clinical_and_practical_issues.pdf). Hinweise für den Missbrauch finden sich ab Anfang des Jahrtausends. Ein europaweiter Onlinevertrieb wird aber erst seit 2003 beschrieben.

Todesfälle unter Mephedron

Repräsentative epidemiologische Daten fehlen. Bei einer Befragung unter britischen Lesern im Jahre 2010 der Musikzeitschrift „Mixmag“ hatten 33% die Substanz im Vormonat eingenommen. In dem Erhebungszeitraum der Arbeit von J. Corkery et al. fiel die Bekanntgabe der geplan-

Entwicklung eines Kurzfragebogens zum Erkennen und Prognostizieren von Risiko- und Schutzfaktoren bei Alkoholintoxikationen im Jugendalter (RiScA)

Kuttler¹, Heidi; Reis², Olaf; Pradel³, Hanna; Groß⁴, Cornelius; Zimmermann⁴, Ulrich S. Kraus^{5,6}, Ludwig, Piontek⁵, Daniela ; Bitzer³, Eva Maria

¹ Villa Schöpfung, Zentrum für Suchtprävention, 79541 Lörrach

² Universität Rostock, Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsmedizin, Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock

³ Pädagogische Hochschule Freiburg, Institut für Alltagskultur, Bewegung und Gesundheit, Fachrichtung Public Health & Health Education, Kunzenweg 21, 79117 Freiburg

⁴ Universitätsklinikum Carl-Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Dresden, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden

⁵ Institut für Therapieforschung, Parzivalstraße 25, 80804 München

⁶ Centre for Social Research on Alcohol and Drugs (SoRAD), Stockholm University, Sveaplan, SE - 106 91 Stockholm, Schweden

Zusammenfassung

Hintergrund: Bisher gibt es wenige Erkenntnisse zur weiteren Entwicklung von Jugendlichen, die mit einer akuten Alkoholintoxikation im Krankenhaus (Diagnose F10.0) behandelt werden. Einschlägige Studien zeigen, dass es sich um eine heterogene Zielgruppe handelt, in der psychiatrisch auffällige Kinder und Jugendliche überdurchschnittlich häufig vertreten sind. Um Entwicklungsgefährdungen und Ressourcen von Jugendlichen nach Alkoholver-

giftung im Krankenhaus systematisch zu erfassen und zielgruppenspezifisch zu intervenieren, soll ein Kurzfragebogen zu Risiko- und Schutzfaktoren bei Alkoholintoxikationen im Jugendalter (RiScA) entwickelt werden, der in der Routineversorgung einsetzbar ist.

Methode: Das Bundesministerium für Gesundheit fördert seit 2011 eine zweiteilige Studie zur Thematik. Im prospektiven Teil sollen 400 Jugendliche im Alter von 13-17 Jahren mit der Diagnose akute Alkoholintoxikation mit einer umfangreichen Testversion (RiScA-β) zunächst am Krankenbett nach akuter Intoxikation (T0) und nach 6-8 Monaten telefonisch nachbefragt werden (T1). Im retrospektiven Studienarm zum Langzeitverlauf nach Alkoholintoxikation sollen 400 ehemalige Patienten mit einer 6-13 Jahre zurückliegenden F10.0-Diagnose telefonisch befragt werden. Die Erfassung von Risiko- und Schutzfaktoren orientiert sich am Konzept der Salutogenese. Die Studie endet im Juni 2014.

Erste Ergebnisse: Die Literaturrecherche zur Entwicklung des im prospektiven Arm eingesetzten RiScA-β Fragebogens zeigt, dass die systematische Betrachtung von Schutzfaktoren in der Forschungsliteratur unterrepräsentiert ist und Erhebungen zu Risikofaktoren dominieren. Die Vergleichbarkeit der Studien wird zudem durch die Vielzahl von unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten zur Erfassung von Einflussgrößen und abhängigen Variablen erschwert. Der RiScA-β integriert die für die spezifische Zielgruppe und das Kliniksetting am besten geeigneten Instrumente und erfasst Einflussfaktoren in den Bereichen Individuum, Familie, Peers, Schule und Kommune. Eine relativ geringe Ablehnungsquote von ca. 10% gibt nach den ersten Studienmonaten Hinweise auf die Akzeptanz und Machbarkeit einer systematischen Befragung von Jugendlichen. Für die Telefoninterviews im retrospektiven Teil wurde mit dem RiSCATI (RiScA - Computer Aided Telefon Interview) ein computerbasiertes und standardisiertes MS-ACCESS-basiertes Frageninventar entwickelt, welches SPSS-lesbare anonymisierte Dateien generiert. Es werden Gefährdungen in den Bereichen Lebenssituation, Familie, Substanzkonsum, Gesundheitsstatus (körperlich, psychisch), Freunde und Soziales erfragt. Die Erreichbarkeit der ehemaligen Patienten/innen in der Intoxikations- und Kontrollgruppe 6 bis 13 Jahre nach einem Klinikaufenthalt gestaltet sich auf Grund der hohen Mobilität bislang schwierig.

Einleitung

Die mit exzessivem Alkoholkonsum im Jugend- und jungen Erwachsenenalter assoziierten unmittelbaren Folgen betreffen akute gesundheitliche Gefährdungen wie etwa Asphyxien, Unfälle, Kriminalität und Gewalt (Kraus et al. 2011; Kuhn et al. 2011; Stolle et al. 2009). Aufgrund der toxischen Wirkung des Alkohols drohen Nierenversagen, Kreislaufschock sowie bleibende Hirnschäden, falls die oft starke Unterzuckerung nicht behandelt wird (Wolstein 2008). Alkoholisierte Personen werden nicht nur häufiger zu Tätern, sondern auch zu Opfern von Gewalt (Kuntsche 2007). Ein Drittel aller tödlichen Verkehrsunfälle bei 15-20-Jährigen steht in Verbindung mit Alkohol (Stolle et al. 2009). Das Risiko, zu sexuellen Handlungen gezwungen zu werden, vervielfacht sich bei Trunkenheit um den Faktor 7 (Kuhn et al. 2011). Weiterhin steigt unter Alkoholeinfluss die Zahl von Suizidversuchen und vollendeten Suiziden (Stolle et al. 2009). Mittel- und langfristig gilt früher und exzessiver Alkoholkonsum als Risikofaktor für Schulprobleme, Suchtmittelmissbrauch und delinquentes Verhalten in der späten Adoleszenz (Spirito et al. 2001; Uhl & Kobra 2012) sowie für die verzögerte Erfüllung von Entwicklungsaufgaben (Blomeyer & Laucht 2009). Diese Folgen sind möglicherweise mit Veränderungen von Hirnfunktion und -anatomie verbunden, wie sie als Konsequenz von exzessivem Alkoholkonsum im Tiermodell nachgewiesen wurden (Coleman et al. 2011; Zahr et al. 2010).

Es ist bekannt, dass sich erste Anzeichen von Alkoholstörungen bereits vor dem zwanzigsten Lebensjahr zeigen (Behrendt et al. 2008). Faktoren, die mit einem erhöhten Risiko für Alkoholabhängigkeit assoziiert sind, sind u.a. alkoholabhängige Eltern (Wagner et al. 2007), hohe Alkoholverträglichkeit (Schuckit et al. 1997; Zimmermann et al. 2009), niedriges Alter bei Erstkonsum (Buchmann et al. 2009), Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), v.a. in Kombination mit Sozialverhaltensstörungen (Zimmermann et al. 2007), Depressionen und Angsterkrankungen (Zimmermann et al. 2003) sowie eine hohe Zahl belastender Lebensereignisse (Laucht et al. 2009).

Unterstützungsbedarf von Jugendlichen nach stationär behandelter akuter Alkoholintoxikation

Die Zahl der 10-20jährigen, die in Deutschland mit der Diagnose F10.0 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (akute Intoxikation,

akuter Rausch)“ in ein Krankenhaus eingeliefert wurden, ist während der letzten Jahre stark angestiegen. Während im Jahr 2000 von 100.000 Personen dieser Altersgruppe 101 alkoholbedingt im Krankenhaus versorgt werden mussten (Fälle absolut 9.500), waren es im Jahr 2011 bereits 325 pro 100.000 (Fälle absolut 26.000, Statistisches Bundesamt, Destatis 2011). Aufgrund der genannten Risiken frühen Alkoholmissbrauchs erhalten Jugendliche, die aufgrund einer Alkoholintoxikation stationär behandelt werden, im Rahmen des vom Bundesgesundheitsministerium 2003 initiierten Modellprojektes Hart am Limit – HaLT (Reis et al. 2009; Kuttler 2009; Wolstein et al. 2011) eine Frühintervention am Krankenbett. Das heute bundesweit verbreitete Programm verknüpft lokal abgestimmte Alkohol-Prävention mit einer Kurzintervention für betroffene Jugendliche und ihre Eltern und gegebenenfalls einer Weitervermittlung in therapeutische oder kurative Angebote.

Aus der Begleitforschung zum HaLT-Projekt ist bekannt, dass es sich bei diesen Jugendlichen um eine heterogene Zielgruppe handelt. Eine alkoholbedingte Krankenhausbehandlung an sich stellt keinen aussagekräftigen Indikator für habituell problematischen Alkoholkonsum dar (Kraus et al. 2013) und es handelt sich bei diesen Jugendlichen auch keineswegs ausschließlich um Problemjugendliche. Vielmehr liegen bei der überwiegenden Mehrzahl alterstypische Trinkmotive und Begleitumstände vor (Kuttler 2009; Reis et al. 2009). Zwischen 13 und 30 % der behandelten Jugendlichen werden allerdings als gefährdet eingestuft bzw. haben umfassenden Hilfebedarf (Kraus et al. 2010; Reis et al. 2009; Uhl & Kobra 2012). In Rostock, wo die akut intoxikierten Kinder und Jugendlichen im HaLT-Projekt von einer Kinder- und Jugendpsychiaterin befragt wurden, zeigten 35% (n = 63) aller intoxikierten Kinder und Jugendlichen psychiatrische Auffälligkeiten. Prominent waren hierbei Störungen des Sozialverhaltens und Anpassungsstörungen, gefolgt von depressiven Störungen (Reis et al. 2009). Befunde aus Längsschnittstudien belegen, dass das bei Jugendlichen zu einem einzigen Zeitpunkt erfasste Trinkverhalten allerdings kaum in einem Zusammenhang mit späteren (alkoholbezogenen) Problemen steht. Entscheidend ist vielmehr die Steigerung und Aufrechterhaltung des Konsums in Kombination mit Suizidalität, Ängstlichkeit, Depressivität und sozialen Problemen (Weichold et al. 2008). Diese Ergebnisse decken sich mit Erkenntnissen aus der Entwicklungspsychologie. Gemeinsames (exzessives) Trinken von Alkohol kann im Jugendalter wichtige soziale Funktionen erfüllen, Prozesse der Identitätsentwicklung und Zugehörigkeit zur Peer-Group werden über gemeinsames Trinken subjektiv sinnhaft gesteuert (Stumpp et al. 2009). In bestimmten Jugendmilieus

ist Alkoholmissbrauch Teil des Lebensstils und Trinkmotive sind nicht individuell, sondern milieuspezifisch begründet (Becker 2010; Stumpp et al. 2009). Exzessiver Alkoholkonsum stellt für viele Jugendliche eine Form von Risikoverhalten dar und wird häufig als Unterstützung bei der Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben erlebt (Franzkowiak 2002; Klein 2007; Reis 2011). Daher ist es die vordringliche Aufgabe der Prävention, eine Verfestigung riskanter Trinkmuster über das Jugendalter hinaus zu verhindern. Ziel ist nicht nur eine Behandlung Gefährdeter, sondern auch die pädagogische Begleitung von Konsumierenden (Franzkowiak 2002). In Fällen einer vorliegenden Entwicklungsgefährdung kommt der Prävention die Aufgabe der Früherkennung und Integration in weiterführende Hilfen zu. Zu den weiterführenden Hilfen können auch kinder- und jugendpsychiatrische Interventionen gehören.

Inwieweit akute Alkoholintoxikationen im Jugendalter ein Risiko für eine spätere Suchtentwicklung oder andere schwerwiegende Probleme darstellen, wurde bislang weder in der internationalen noch der nationalen Forschung untersucht. Gelingt es, zu einem frühen Zeitpunkt in der Entwicklung relevante Risiko- und Schutzfaktoren zu identifizieren – mit dem Fokus auf die Faktoren, die sich mit realistischem Aufwand modifizieren bzw. anstoßen lassen – steigt die Wahrscheinlichkeit einer gesunden Entwicklung.

Mit dem im prospektiven Arm entwickelten RiScA-Fragebogen soll sicherer als bisher abgeschätzt werden, welcher Beratungsbedarf bei betroffenen Jugendlichen besteht, ob gegebenenfalls Maßnahmen zur Abwehr von Kindeswohlgefährdung getroffen werden müssen oder ob eine sozialpädagogische Kurzintervention ausreicht. Maßgebend für diese Beurteilung ist nicht nur das Ereignis an sich, sondern, wie weit das Rauschtrinken in Verbindung mit zusätzlichen psychosozialen Risiken oder psychischen Erkrankungen steht. Dabei sind mögliche kontraproduktive Effekte von (Selbst-) Stigmatisierung und Ausgrenzung einzubeziehen. Ein Verweis auf eine konkrete Gefährdung kann Selbstvertrauen, Autonomie und Kohärenzsinn auch schwächen (Kuhn et al. 2011; Sting 2010). Im Zentrum von Interventionen steht daher nicht die Information über die Gefährdung an sich, sondern die Unterstützung beim Ausbau geeigneter Bewältigungskompetenzen.

Konzeptionelle Basis des Kurzfragebogens RiScA- β : das Konzept der Salutogenese

In den 80er Jahren publizierte der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe Antonovsky sein Modell der Salutogenese, der Entstehung von Gesundheit. Er forderte, sich nicht nur auf die Vermeidung von Krankheitsauslösern (Risiken) zu konzentrieren, sondern die Möglichkeiten der Gesunderhaltung in den Fokus zu rücken (Antonovsky, 1987). Das Konzept beschreibt nicht nur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit, sondern vor allem positive Veränderungen auf einem Krankheits-Gesundheitskontinuum. Die US-amerikanische Entwicklungspsychologin Emmy Werner kam mit ihrem Konzept der „Resilienz“ Antonovskys Ansatz nahe (Werner & Smith 1982). Werner war im Rahmen einer 32 Jahre dauernden Längsschnittstudie auf der hawaiianischen Insel Kauai aufgefallen, dass ein Drittel der etwa 200 Kinder, die unter stark belastenden Bedingungen aufgewachsen waren, trotz aller Widrigkeiten gesund geblieben waren. Ihnen allen gemein war eine positive, verantwortungsvolle, durch Optimismus gekennzeichnete Lebenseinstellung (Bengel et al. 2009). Als besonders wirksam erwiesen sich eine gute Intelligenz, belastbare Bindungen zu mindestens einer konstanten Person, Selbstvertrauen, die Fähigkeit, Probleme zu lösen und eine gute soziale Integration (Werner & Smith 1982).

Die noch im Detail zu präsentierende Literaturanalyse zeigt, dass der Blick auf vorhandene Schutzfaktoren breitere Ansatzmöglichkeiten für Gesundheitsförderung und Prävention eröffnet, da das Ausschalten aller Risikoeinflüsse durch kritische Lebensereignisse und schwierige psychosoziale Lebensumstände unrealistisch ist. Trotz seiner Plausibilität und der hohen Akzeptanz, welches das Modell aufgrund seiner ressourcenorientierten Perspektive genießt, fehlt nach wie vor eine differenzierte theoretische Fundierung. Die hohe Komplexität des Forschungsbereiches mit seiner Vielzahl an Risiko- und Schutzfaktoren führt dazu, dass bisher nur wenige eindeutige Aussagen zur Wirkung einzelner Schutzfaktoren getroffen werden können. Ein Grund hierfür ist, dass Schutzfaktoren in unterschiedlichen Risikobereichen unterschiedlich wirken und sich gegenseitig beeinflussen und zudem in Abhängigkeit des Lebensalters unterschiedliche Wirksamkeit entfalten. Weiterhin können manche Faktoren sowohl schützend als auch belastend wirken (Bengel et al. 2009). Angesichts der noch unsicheren Datenlage stützt sich der RiScA daher vorwiegend auf diejenigen Einflussgrößen, welche sich in Studien als wirksam erwiesen haben und zu denen validierte Instrumente vorliegen. Für

die Modellierung des Verhältnisses von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung einer Alkoholstörung orientierten sich die Autoren des RiScA daher am Modell von Bengel et al. (2009, siehe Abbildung 1).

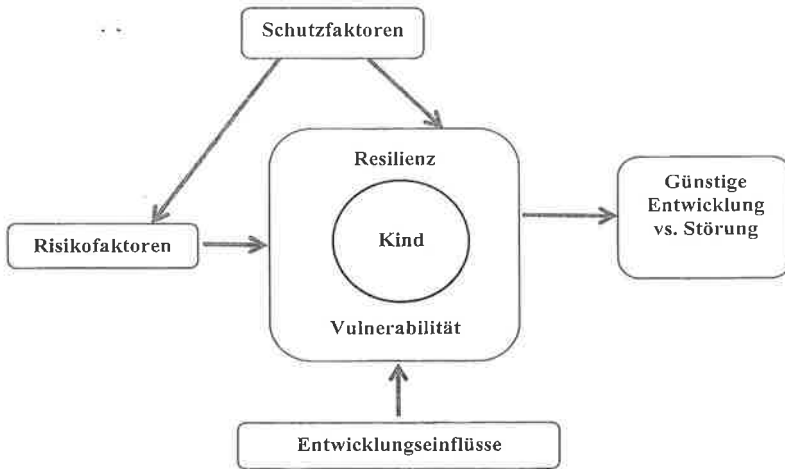


Abb. 1: Einflussfaktoren auf die Entstehung von Störungen (Bengel et al. 2009, S. 24)

Die Erfassung von Prädiktoren (Risiko- und Schutzfaktoren) für problematische Entwicklungen gilt als Voraussetzung wirksamer präventiver Interventionen (Arthur et al. 2002). Als „Risikofaktoren“ werden Einflussgrößen bezeichnet, die das Auftreten von Störungen bei einer Person wahrscheinlicher machen als bei einer zufällig aus der Gesamtbevölkerung ausgewählten Person. Schutzfaktoren reduzieren die Eintrittswahrscheinlichkeit von Problemen entweder direkt oder indem sie (indirekt) den Effekt von Belastungen reduzieren (Arthur et al. 2002; Bengel et al. 2009; Reis 2011). Bis heute wurden eine Reihe von Schutzfaktoren identifiziert, welche die Gesundheit schützen und zur Widerstandskraft gegenüber Stressoren beitragen. Schutzfaktoren können problematische Entwicklungsbedingungen moderieren, aber auch unabhängig von Belastungen die Entwicklung positiv beeinflussen (Bengel et al. 2009). Schutzfaktoren werden in biologische/genetische Faktoren, Persönlichkeitsmerkmale, familiäre und Schutzfaktoren im sozialen Umfeld klassifiziert. Personale Schutzfaktoren sind beispielsweise das Geschlecht (weiblich), eine positive Wahrnehmung der eigenen Person, interne Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeitserwartung sowie gute kognitive

Fähigkeiten. Zu den familiären Schutzfaktoren zählen eine sichere Bindung und positive Beziehung zu den Eltern, ein autoritativer Erziehungsstil und ein insgesamt positives Familienklima. Unterstützung außerhalb der Familie sowie Erwachsene, welche als positive Rollenmodelle fungieren, sind wichtige soziale Schutzfaktoren (Bengel et al. 2009).

Risiko- und Schutzfaktoren bei alkoholintoxikierten Jugendlichen prognostizieren

Mit der Entwicklung des Befragungsinstrumentes RiScA soll ein Modell zur effektiven Vorhersage einer Entwicklungsgefährdung bei Jugendlichen nach Alkoholintoxikation konstruiert werden. Neben der Bestimmung einzelner Risikofaktoren soll das Instrument die möglichst präzise Schätzung des absoluten Risikos für eine mittelfristig eintretende Entwicklungsgefährdung erlauben. Die Schätzung der Relevanz verschiedener Risiko- und Schutzfaktoren für die genannte Zielgruppe erfolgt sowohl prospektiv (6 Monate) als auch retrospektiv (6-13 Jahre) im zweiarmigen Studiendesign. Die jeweils besten Prädiktoren einer mittelfristigen Entwicklungsgefährdung im Zuge exzessiven Konsums sollen in einem Vorhersageinstrument zusammen geführt werden, welches es Praktiker/innen erlauben soll, bereits am Krankenbett Entwicklungsgefährdungen zu erkennen, passende Maßnahmen einzuleiten und inner- und außerpersonale Ressourcen systematisch zu berücksichtigen. Die Studie endet im Juni 2014. Sie wird vom Bundesministerium für Gesundheit unter dem Kennzeichen IIA5-2511DSM220 gefördert. Die Finanzierung ist nicht mit Auflagen verbunden.

Prospektiver Studienteil zum mittelfristigen Verlauf nach Alkoholintoxikation

Stichprobe:

Studienpopulation im prospektiven Studienteil sind Jugendliche, die aufgrund einer Alkoholintoxikation im Krankenhaus behandelt werden und ein Präventionsangebot wahrnehmen. An der Rekrutierung beteiligen sich 10 HaLT-Standorte und kooperierende Kliniken in 7 Bundesländern (Bad Homburg, Berlin, Bielefeld, Kassel, Leipzig, Lörrach, Rastatt, Schweinfurt, Wiesbaden, Worms). Angestrebt wird ein Stichprobenumfang von $n=400$ Jugendlichen im Alter von 13-17 Jahren und für die Nachbefragung $n > 200$.

Methode:

Die Rekrutierung der Jugendlichen sowie die Durchführung der Eingangsbefragung erfolgt durch geschulte Fachkräfte vor der bei HaLT üblichen Kurzintervention am Krankenbett (T0). Voraussetzung ist neben der Zustimmung der Jugendlichen die schriftliche Einwilligung der Eltern. Die an der Befragung teilnehmenden Jugendlichen werden 6-8 Monate nach der Entlassung aus dem Krankenhaus telefonisch nachbefragt (T1). Das Telefoninterview dauert ca. 15 Minuten. Als Anreiz für das Ausfüllen des Fragebogens im Krankenhaus erhalten die Jugendlichen einen USB-Stick, für ihre Bereitschaft am Telefoninterview teilzunehmen einen 10-Euro Gutschein. Die Ethikkommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg begutachtete die Studie positiv (F-2012-035).

Das Erhebungsinstrument wurde in einem mehrstufigen Prozess entwickelt. Die Langversion des RiScA (RiScA- β) basiert auf einer systematischen Aufarbeitung des bestehenden Wissens um Risiko- und Schutzfaktoren für eine gelingende Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auf individueller, familialer und sozialer Ebene. Die Recherche konzentrierte sich auf das Auffinden von bevölkerungsbezogenen Primärstudien, systematischen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen von prognostischen Studien (Kohortenstudien) zu den Themen 1.) Kindeswohlgefährdung, 2.) psychosoziale Faktoren, 3.) Erziehungsverhalten der Eltern/Eltern-Kind-Beziehung sowie 4.) alkoholbezogenes Risikoverhalten. In die Literaturanalyse einbezogen wurden Primärstudien der letzten 10 Jahre mit einer Mindeststichprobengröße von $n=200$, die über mindestens sechs Monate die Entwicklung von Jugendlichen beobachteten. Die Literaturrecherche ergab, dass eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Erhebungsinstrumente zu Risiko- und Schutzfaktoren bei Jugendlichen eingesetzt werden und Instrumente dominieren, die sich auf einzelne Problembereiche und Domänen konzentrieren (z.B. Erziehungsstil und Depressivität, normative Überzeugungen und Delinquenz). Zudem wird vorwiegend zu Risikokonstellationen geforscht und deutlich seltener zu protektiven Faktoren. Aufgrund seiner ganzheitlichen Perspektive – dezidierte Erfassung nicht nur von Risiko- sondern auch Schutzfaktoren auf den Ebenen Individuum, Familie, Peers, Schule und Gemeinde – wurde der „Communities That Care Youth Survey“ (CTC) (Arthur et al. 2002) in seiner übersetzten Version „Sozialräumliche Prävention in Netzwerken“ (SPIN) (Groeger-Roth & Schubert 2012) als Grundlage für den RiScA- β mit 164 Items daraus ausgewählt. Weiterhin flossen 45 Items aus dem Kinder- und Jugendsurvey des Robert-Koch-Instituts (KiGGS, RKI 2011) ein. Erfragt werden neben protektiven Faktoren wie Selbstwirksamkeitserwartung auch Hinweise auf eine

mögliche Kindeswohlgefährdung nach dem Childhood Trauma Questionnaire (deutsche Version nach Wingenfeld et al. 2010). Der RiSCa- β in seiner Langversion umfasst insgesamt 272 Items (Tabelle 1).

In Abstimmung mit den HaLT-Fachkräften der beteiligten Studienstandorte wurde der RiSCa- β hinsichtlich Nachvollziehbarkeit und Verständlichkeit geprüft und dann anhand eines Pretests mit zwei Jugendlichen (männlich/weiblich) mit zurückliegender Erfahrung einer Alkoholintoxikation auf seine Verständlichkeit und schlüssige Abfolge anhand der Methode des Comprehension-Probings (Collins 2003) getestet.

Zur Erhöhung der Validität werden die Selbstauskünfte der Jugendlichen aus T0 und T1 durch eine Fremdeinschätzung der HaLT-Fachkräfte zur psychosozialen Belastung und sozialen Unterstützung durch eine 5-stufige Rating-Skala (von „stark unterdurchschnittlich“ bis „stark überdurchschnittlich“) sowie Informationen zu den durchgeführten (Beratung, Gruppe) bzw. eingeleiteten Maßnahmen (z.B. Familientherapie, stationäre Behandlung) ergänzt.

Für den Leitfaden des Telefoninterviews (T1) wurden 84 Items aus dem RiSCa- β extrahiert. Er erfasst nur weiter bestehende oder gegebenenfalls neu aufgetretene schwere Entwicklungsgefährdungen im Bereich Konsumverhalten, Familie, belastende Ereignisse, psychische Probleme, Schule und Kontakte zu Hilfeeinrichtungen. Das Interview wurde anhand eines Pretests mit zwei Jugendlichen (männlich/weiblich) hinsichtlich Zeitbedarf und Verständlichkeit getestet.

Instrument	Autor/Jahr	Anzahl der verwendeten Items aus den Bereichen					gesamt
		Individuum	Familie	Peers	Nachbarschaft	Schule	
Communities That Care Youth Survey" (CTC); Sozialräumliche Prävention in Netzwerken (SPIN)	Arthur et al. 2002; Zimmermann et al. 2009	89 (2)*	30	(8)	27	18	164
Kinder- und Jugend-Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts	Robert-Koch-Institut 2011	45	0	0	0	0	45
Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)	(Häuser et al. 2011, Klinitzke et al. 2012, Wingenfeld et al. 2010)	2	4	0	0	0	6

Instrument	Autor/Jahr	Anzahl der verwendeten Items aus den Bereichen					gesamt
		Individuum	Familie	Peers	Nachbarschaft	Schule	
Adversity Index	Schwarz, Silbereisen 1992	4	0	0	0	0	4
Big Five Inventory	Rammstedt John 2007	10	0	0	0	(1)	10
Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption (AUDIT-C)	Babor et al. 2001, Franzko-wiak 2002	3	0	0	0	0	3
Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD)	Kraus 2011	2 (4)					2
Rostocker-Suchtstärke-Index für Kinder- und Jugendliche (ROSI-KJ)	Reis et al. 2008	(3)	0	0	0	2	2
CRAFTT-d	Knight et al. 2002	4	1	0	1	0	6
Originäre Fragen		12	10	8	0	0	30
gesamt		171	45	8	28	20	272

*Items des RiScA, die in mehreren Instrumenten verwendet werden, werden beim ersten Mal gezählt und danach in Klammern () aufgeführt.

Tabelle 1: Anzahl und Provenienz der Items der Langversion des RiScA

Katamnestiche Erhebung zum langfristigen Verlauf nach Alkoholintoxikation

Stichprobe:

Für den retrospektiven Arm der Studie wurden bislang 1444 ehemalige Patienten/innen aus Kinderkliniken an drei Standorten (506 aus Dresden, 547 aus Rostock, 391 aus München) anhand Aufnahmediagnose „Alkoholintoxikation“ (ICD-10: F10.0 bzw. T51.0) und Geburtsdatum identifiziert. Die Intoxikationsstichprobe bilden Patienten/innen, die zwischen 2000 und 2007 alkoholbedingt im Krankenhaus behandelt wurden und die zur Zeit der Katamnese mindestens 20 Jahre alt sind. Dies ermöglicht die Untersuchung eines Langzeitverlaufs ab dem Intoxikationsereignis von 6 bis 13 Jahren. Parallel zur Intoxikationsstichprobe wird eine Kontrollstichprobe (n = 500) gezogen,

die hinsichtlich des Behandlungszeitraumes (Jahr der Aufnahme und Behandlungsdauer von 1-2 Tagen), Alter und Geschlecht identisch ist, jedoch keine alkoholbezogene Diagnose aufweist. Hierzu gehören beispielsweise Patienten, die aufgrund von äußeren Verletzungen oder unklaren Schmerzzuständen stationär behandelt wurden (Ausschluss: chronische Erkrankungen, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen F10-F19). Die Stichproben wurden so geplant, dass bereits ein kleiner Effekt im Sinne eines Mittelwertunterschieds von einem Skalenpunkt auf dem AUDIT (als beispielhafte Outcome-Variable) zwischen beiden Studiengruppen entdeckt werden kann (Power = .95). Bei einem angestrebten Rücklauf von 25% werden 375 Studienteilnehmer/innen aus der Intoxikations- und 125 aus der Kontrollgruppe erwartet.

Die identifizierten Personen wurden durch das seinerzeit behandelnde Krankenhaus angeschrieben, um die ehemaligen Patienten/innen über die Absicht der Untersuchung zu informieren und um die Teilnahme an der Katamnese zu bitten. Die Adressaten/innen können eine beigelegte Einverständniserklärung und Kontaktdaten an das Studienzentrum zurücksenden. Die Studie wurde von der Ethikkommission an der Technischen Universität Dresden genehmigt (EK 48022012).

Methode:

Die Teilnehmer/innen werden von Studienmitarbeitern zurückgerufen und am Telefon für ca. 45 Minuten interviewt, wofür sie 35,- € erhalten. Für die Telefonbefragung wurde das computergestützte Interview RisCATI (Risiko + Computer Aided Telephone Interview) entwickelt, welches die aktuelle Entwicklungsgefährdung abbilden soll. Das RisCATI wurde aus dem ROSI-KJ (Rostocker Sucht Index Kinder und Jugendliche, Reis et al. 2008) weiterentwickelt, welches sich seinerseits am European Addiction Severity Index für Erwachsene (EuropASI, Gsellhofer et al. 1999) und der Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD, Friedman & Utada 1989) orientiert. So werden Gefährdungen in den Lebensbereichen „Aktuelle Lebenssituation“, „Familiärer Hintergrund“, „Drogenkonsum“, „Körperlicher Status“, „Psychischer Status“, „Rechtliche Situation“ und „Freunde und Soziales“ erfragt. Für die Erhebung des aktuellen Konsumstatus wurden gängige standardisierte Maße in das RisCATI aufgenommen (s. Tabelle 2).

Instrument	Autor/ Jahr	Anzahl der verwendeten Items aus den Bereichen							gesamt
		Lebenssituation	Familie	Drogenkonsum	Körperlicher Status	Psychischer Status	Rechtliche Situation	Freunde, Soziales	
ESA	Kraus, Pabst 2010	10	1	21	1	0	0	0	33
Personenfragebogen Sozioökonomisches Panel (SOEP)	Wagner et al. 2007	10	0	0	0	0	0	0	10
Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	Wittchen, Pfister 1997	1	0	45	0	7	0	0	53
Self-Rating of the Effects of Alcohol (SRE)	Schuckit et al. 1997	0	0	4	0	0	0	0	4
Enriched Social Support Inventory (ESSI) – unsere Übersetzung?	Kendel et al. 2011	0	0	0	0	0	0	5	5
Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD)	Kraus et al. 2012	0	0	0	0	0	0	2	2
Rostocker Suchtinventar für Kinder- und Jugendliche (ROSI-KJ)	Reis et al. 2008	1	7	3	1	5	4	1	22
Originäre Items (Rostock, Dresden, München)	RISCA-Group	4	4	18	1	2	1	6	36
DISYPS	Döpfner et al. 2008	0	0	0	0	0	0	11	11
EuropASI	Gsellhofer et al. 1999	3	2	6	3	0	0	0	14

Instrument	Autor/ Jahr	Anzahl der verwendeten Items aus den Bereichen							gesamt
		Lebens situation	Familie	Drogenkonsum	Körperlicher Status	Psychischer Status	Rechtliche Situation	Freunde, Soziales	
RISCA-β	aktuelle Studie	10	0	0	0	0	0	0	10
AUDIT-Münchener-Version	(Babor et al., 2001)	0	0	10	0	0	0	0	10
gesamt		39	14	107	6	14	5	25	210

Tabelle 2: Anzahl und Provenienz der Items im Telefoninterview RisCATI

Vom RisCATI wurden sowohl an alkoholbelasteten als auch an unbelasteten Pilotgruppen zwei aufeinander folgende Versionen an anfallenden Stichproben getestet. Es wurde Wert darauf gelegt, dass sowohl die Interviewer als auch die Interviewten für die Variablen „Alter“, „Geschlecht“ und „Erfahrungen mit Alkohol“ möglichst der Untersuchung entsprechen sollten. Aus diesem Grund wurde das RisCATI von fünf verschiedenen Untersuchern (4 weiblich, 1 männlich) an 14 Personen durchgeführt. Die Pilotstudie für die erste Version umfasste 7 Personen, die im Durchschnitt 24,7 Jahre alt waren (5 weiblich, 2 männlich). Die Pilotstudie für die zweite Fassung umfasste ebenfalls 7 Personen (3 weiblich, 4 männlich), die durchschnittlich 28.5 Jahre alt waren. Am Ende des Entwicklungsprozesses stand ein MS-ACCESS-basiertes Frageinventar, welches SPSS-lesbare anonymisierte Dateien generiert, und den Erhebungsprozess standardisiert.

Erste Ergebnisse und Limitationen

Bei der Entwicklung des RiScA-β für die Befragung von stationär behandelten Jugendlichen im prospektiven Studienteil wurde im Zuge der Literaturrecherche deutlich, dass die salutogenetische Perspektive in Prävention und Gesundheitsförderung zwar große Akzeptanz genießt, die Betrachtung von Schutzfaktoren in der aktuellen Forschungsliteratur jedoch unterrepräsentiert ist und Erhebungen zu Risikofaktoren dominieren. Diese Dominanz bildet sich auch im Aufbau des RiScA-β ab. Zwei Drittel der Fragen adressieren explizit Risikofaktoren wie Schulschwänzen, Delinquenz, Akzeptanz von an-

tisozialem Verhalten in der Peer-Group, geringes Selbstwertgefühl oder Gewaltopferschaft (Schläge, sexuelle Gewalt). Als Schutzfaktoren werden z.B. Selbstwirksamkeitserwartung, familiäre Unterstützung oder eine erwachsene Ansprechpersonen auch außerhalb der Familie erhoben. Bei der Auswertung der ersten Fragebögen, die von den Jugendlichen im Krankenhaus ausgefüllt werden, zeigte sich, dass bei einigen Teilnehmern Hinweise für eine (drohende) Entwicklungsgefährdung vorliegen. Daher erfolgt die telefonische Nachbefragung durch geschultes sozialpädagogisches Fachpersonal, um in akuten Krisen und bei Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung adäquat reagieren zu können. Der bisherige Verlauf des prospektiven Studienteils legt nahe, dass in Zusammenarbeit mit Präventionsfachkräften eine Befragung von jungen Patienten/innen vor der üblichen Kurzintervention im Krankenhaus mit der umfangreichen Testversion des RiScA- β -Fragebogens (Dauer ca. 30 Minuten) möglich ist. Ca. 90% der Fragebögen wurden vollständig ausgefüllt, auch in Fällen mit bestehender Entwicklungsgefährdung. Von den Jugendlichen, welche an der Standardintervention teilnehmen, nahmen etwa die Hälfte an der katamnestic RiScA-Studie teil. Bei ca. 10% lehnen die Eltern eine Teilnahme ab, kleine Selektionseffekte können hier nicht ausgeschlossen werden. Die insgesamt hohe Teilnahmebereitschaft und die hohe Datenqualität geben Hinweise auf die Akzeptanz einer systematischen Befragung von Jugendlichen, wie sie auch zukünftig im Kontext der Routineversorgung im Krankenhaus erfolgen soll.

Im retrospektiven Studienteil konnten seit Studienbeginn nahezu alle identifizierten Krankenakten sowohl der Intoxikations- als auch der Kontrollgruppe ausgewertet werden. Die Telefoninterviews stützen sich auf ein MS-ACCESS-basiertes Frageinventar, welches SPSS-lesbare anonymisierte Dateien generiert und den Erhebungsprozess standardisiert. Die Rekrutierung der Intoxikations- und der Kontrollgruppe für die Telefoninterviews wurde durch zwei Faktoren erschwert. Zum einen konnte für etwa ein Drittel der ehemaligen Patienten kein aktueller Wohnort identifiziert werden. Zum zweiten lag die Antwortquote bei den erreichten ehemaligen Patienten nur bei etwa 18%. Limitationen im retrospektiven Studienteil beziehen sich damit auf potentielle Selektionseffekte für die Patienten, die sich bereit erklären an der Studie teilzunehmen im Gegensatz zu denen, die kein Interesse an einer Teilnahme haben. Diese Effekte sollen nach Abschluss der Datenerhebung in einer Selektivitätsanalyse untersucht werden. Für die nicht ermittelten Adressen kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob das Nichtvorliegen einer

Antwort auch gleichzusetzen ist mit fehlendem Interesse oder ob die Adressaten das Schreiben aus diversen Gründen nicht erhielten.

Die Autoren/innen danken den beteiligten HaLT-Fachstellen und Kliniken (Pilot St. Elisabethen-Krankenhaus Lörrach, Team um H. Fahnenstich und M. Feđorcak) sowie den Jugendlichen und jungen Erwachsenen für die Mitwirkungsbereitschaft, ebenso den Studienkliniken in München (Direktor A. Grübl), Pirna und Dresden-Neustadt (Direktor G. Heubner), Universitätsklinikum Dresden (Direktor R. Berner) und der Universitätskinderklinik Rostock (komm. Direktorin M. Wigger).

Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Olaf Reis

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

Universität Rostock

Gehlsheimer Str. 20

18147 Rostock

olaf.reis@med.uni-rostock.de

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1987). The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness, *Advances*, 4, 47-55
- 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, 575-601
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G. (2001). AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test (Guidelines for Use in Primary Care)
- Becker, T. (2010). Jugend-Milieus und ihre spezifische Suchtmittelgefährdung - Erkenntnisse aus der Sinus-Jugendmilieu-Studie. In: Sarrazin, D. (Hg.) *Jugend zwischen Abstinenz und Abhängigkeit : sozialwissenschaftliche Erkenntnisse zum Suchtmittelkonsum junger Menschen : 12. Wissenschaftliches Gespräch der DG-Sucht 2009 Hamm: DG Sucht*, 21-24
- Behrendt, S., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Lieb, R., Low, N. C. P., Rehm, J., Beesdo K. (2008). Risk and speed of transitions to first alcohol dependence symptoms in adolescents: a 10-year longitudinal community study in Germany. *Addiction*, 103, 1638-1647
- Bengel, J., Meinders-Lücking, F. & Rottmann, N. (2009). Schutzfaktoren bei Kindern und

- Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 35). Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung
- Blomeyer, D. & Laucht, M. (2009). Riskanter Alkoholkonsum im Jugendalter. Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie. *Psychotherapeut*, 54, 179–186
- Buchmann, A. F., Schmid, B., Blomeyer, D., Becker, K., Treutlein, J., Zimmermann, U. S., Jennen-Steinmetz, C., Schmidt, M. H., Esser, G., Banaschewski, T., Rietschel, M., Schumann, G., Laucht, M. (2009). Impact of age at first drink on vulnerability to alcohol-related problems: testing the marker hypothesis in a prospective study of young adults. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 1205–1212
- Coleman, L. G., He, J., Lee, J., Styner, M., Crews, F. T. (2011). Adolescent binge drinking alters adult brain neurotransmitter gene expression, behavior, brain regional volumes, and neurochemistry in mice. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35, 671–688
- Collins, D. (2003). Pretesting survey instruments: an overview of cognitive methods. *Quality of Life Research*, 12, 229–238
- Döpfner, M., Görtz-Dorten, A., Lehmkuhl, G. (2008). DISYPS-II, Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche – II. Bern: Huber.
- Franzkowiak, P. (2002). Zwischen Abstinenz und Risikobegleitung - Präventionsstrategien im Wandel. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) Drogenkonsum in der Partyszene. Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand. Köln: 107-124
- Friedman, A. S., Utada, A. (1989). A method for diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers (the Adolescent Drug Abuse Diagnosis [ADAD] instrument). *Journal of Drug Education*, 19, 285–312
- Groeger-Roth, F., Schubert, H. (2012). „Das kommt aus Amerika, das geht hier nicht ...“ – Erfahrungen mit CTC in Niederachsen, In: Kerner, H. J., Marks, E. (Hg.), *Sicher leben in Stadt und Land. Ausgewählte Beiträge des 17. Deutschen Präventionstages*. Bad Godesberg: 329-344
- Gsellhofer, B., Küfner, H., Vogt, M., Weiler, D. (1999). *European Addiction Severity Index, Manual für Training und Durchführung*. Hohengehren: Schneider
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E., Glaesmer, H. (2011). Misshandlungen in Kindheit und Jugend. Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung. *Deutsches Ärzteblatt*, 108, 287–294
- Kendel, F., Spaderna, H., Sieverding, M., Dunkel, A., Lehmkuhl, E., Hetzer, R., Regitz-Zagrosek, V. (2011). Eine deutsche Adaptation des ENRICH Social Support Inventory (ESSI). *Diagnostica*, 57, 99–106
- Klein, M. (2007). Risikoverhalten und Risikokompetenz Jugendlicher im Umgang mit Suchtmitteln. *Ajsinformationen (III)*, 7–12

- Klinitzke, G., Romppel, M., Häuser, W., Brähler, E., Glaesmer, H. (2012). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) – psychometrische Eigenschaften in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 62, 47–51
- Knight, J., Sherritt, L., Shrier, L., Harris, S., Chang, G. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156, 607–614
- Kraus, L., Hannemann, T.-V., Pabst, A., Müller, S., Kronthaler, F., Grübl, A., Stürmer, M., Wolstein, J. (2013). Stationäre Behandlung von Jugendlichen mit akuter Alkoholintoxikation: Die Spitze des Eisbergs? *Gesundheitswesen* 75, 456–464
- Kraus, L., Müller, S., Stürmer, M., Grübl, A., Kronthaler, F., Tretter, F., Wolstein, J. (2010). Stationäre Behandlung von Jugendlichen mit akuter Alkoholintoxikation. Auswertung einer Befragung im Rahmen des Präventionsprojektes „Hart am Limit HaLT, Institut für Therapieforchung, Bayerische Akademie für Suchtfragen & Universität Bamberg. München, Bamberg
- Kraus, L., Pabst, A. (2010). Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. *Sucht*, 56, 309–384
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D. (2012). 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, München: Institut für Therapieforchung, http://www.ift.de/literaturverzeichnis/Bd_181_Espad-2011.pdf
- Kraus, L., Piontek, D., Pabst, A., Bühringer, G. (2011). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Mortalität, Morbidität, soziale Probleme und Folgekosten in Deutschland. *Sucht*, 57, 119–129
- Kuhn, S., Trenkler, F., Kalke, J. (2011). Empfehlungen für Eltern im Umgang mit dem Alkoholkonsum ihrer Kinder: Wissenschaftlicher Kenntnisstand. Ein Ratgeber für Fachkräfte der Suchtprävention. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit
- Kuntsche, E. (2007). Alkoholkonsum und Gewaltverhalten im Jugendalter. Ein Überblick über Theorien und Forschungsarbeiten sowie Empfehlungen für die Prävention. *Ajsinformationen(III)*, 13–18
- Kuttler, H. (2009). Hart am Limit - HaLT. Ein bundesweites Präventionsprojekt gegen den riskanten Alkoholkonsum von Jugendlichen. *Konturen*, 30, 10–18
- Laucht, M., Treutlein, J., Schmid, B., Blomeyer, D., Becker, K., Buchmann, A. F., Schmidt, M. H., Esser, G., Jennen-Steinmetz, C., Rietschel, M., Zimmermann, U., Banaschewski, T. (2009). Impact of psychosocial adversity on alcohol intake in young adults: moderation by the LL genotype of the serotonin transporter polymorphism. *Biological Psychiatry*, 66, 102–109
- Rammstedt, B., John, O. P. (2005). Kurzversion des Big Five Inventory (BFI-K): Entwicklung und Validierung eines oekonomischen Inventars zur Erfassung der fünf Faktoren der Persönlichkeit. *Diagnostica*, 51, 195–206

- Reis, O. (2011). Risiko- und Schutzfaktoren der Suchtentwicklung, entwicklungsdynamische Aspekte. In: Batra, A., Bilke-Hentsch, O. (Hg.) Praxisbuch Sucht, München: Thieme, 8–15
- Reis, O., Pape, M., Häßler, F. (2008). ROSI-KJ. Das Rostocker Suchtinventar für Kinder und Jugendliche, und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Manuskript, Rostock: Universität, Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik
- Reis, O., Pape, M., Häßler, F. (2009). Ergebnisse eines Projektes zur kombinierten Prävention jugendlichen Rauschtrinkens, Sucht, 55, 347–356
- Robert-Koch-Institut (2011). KiGGS Welle 1. Verfügbar unter <http://edoc.rki.de>.
- Schuckit, M. A., Smith, T. L., Tipp, J. E. (1997). The Self-Rating of the Effects of alcohol (SRE) form as a retrospective measure of the risk for alcoholism. Addiction, 92, 979–988
- Schwarz, B. & Silbereisen R. K. (1992). Maße für abträgliche Belastungen (Adversity-Index) und wahrgenommenes Tempo der Entwicklungsübergänge. In: A Fischer und Jungwerk der Deutschen Shell (Hg.). Jugend '92. Band 4: Methodenberichte-Tabellen-Fragebogen. Opladen: Leske+Budrich, 41-54
- Spirito, A., Barnett, N., Lewander, W., Colby, S., Rohsenow, D., Eaton, C., Monti, P. M. (2001). Risks associated with alcohol-positive status among adolescents in the emergency department: A matched case-control study. The Journal of Pediatrics, 139, 396–402
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2011). F10.0 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol - Akute Intoxikation (akuter Rausch). Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle 2000 – 2011)
- Sting, S. (2010). Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter. Potenziale und Grenzen der verschiedenen Ansätze zur Suchtprävention im Hinblick auf Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung der Lebens- und Risikolagen und der Suchtgefährdung von Kindern und Jugendlichen., München: Deutsches Jugendinstitut (<http://www.dji.de>)
- Stolle, M., Sack, P., Thomasius, R. (2009). Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter, Epidemiologie, Auswirkungen und Intervention. Deutsches Ärzteblatt, 19, 323–328
- Stumpp, G., Stauber, B., Reinl, H. (2009). Jugendliche und Rauschtrinken, Einflussfaktoren, Motivation und Anreize zum Rauschtrinken bei Jugendlichen. Tübingen: Institut für frauenpolitische Sozialforschung
- Uhl, A., Kobra, U. (2012). Rauschtrinken bei Jugendlichen - Medienhype oder bedenkliche Entwicklung. Suchttherapie, 13, 15–24
- Wagner, G. G., Frick, J. R., Schupp, J. (2007). The German socio-economic panel study (SOEP): Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, 127, 139–169
- Weichold, K., Bühler, A., Silbereisen, R. (Hg.) (2008). Konsum von Alkohol und illegalen Drogen im Jugendalter (Bd. 5). Göttingen: Hogrefe
- Werner, E., Smith, R. S. (1982). Vulnerable but invincible. A study of resilient children, New York, McGrawHill

- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H., Hill, A., Gast, U. Schlosser, N., Höpp, H., Beblo, T., Driessen, M. (2010). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 60, 442–450
- Wittchen, H.-U., Pfister, H. (1997). *Instruction Manual for the DIA-X-Interview*. Frankfurt: Swets&Zeitlinger.
- Wolstein J. (2008). Gefahren des Rauschtrinkens aus medizinischer Sicht. *proJugend*, 3, 9–11
- Wolstein, J., Wurdak, M., Stürmer, M. (2011). *Evaluation des Alkoholpräventionsprojektes HaLT - Hart am Limit in Bayern*. München: Universität Bamberg & Bayerische Akademie für Suchtfragen
- Zahr, N. M., Mayer, D., Rohlfing, T., Hasak, M. P., Hsu, O., Vinco, S., Orduna J, Luong R., Sullivan E. V., Pfefferbaum A. (2010). Brain injury and recovery following binge ethanol: evidence from in vivo magnetic resonance spectroscopy. *Biological Psychiatry*, 67, 846–854
- Zimmermann, P., Wittchen, H. U., Höfler, M., Pfister, H., Kessler, R. C., Lieb, R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 33, 1211–1222
- Zimmermann, U. S., Blomeyer, D., Laucht, M., Mann, K. F. (2007). How gene-stress-behavior interactions can promote adolescent alcohol use: the roles of predrinking allostatic load and childhood behavior disorders. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 86, 246–262
- Zimmermann, U. S., Heidrich, L., Kalkbrenner, M., Lachnit, A., Kabus, M., Gahr, M. (2009). Alkoholtoleranz und mittelfristige Folgeschäden bei alkoholintoxizierten Jugendlichen. *Suchttherapie*, 10, 1