

LIGA der Freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt e.V.

Az.: 50.07/mß/no
24.09.2010

Anhörung zur Problematik der Zunahme der Anzahl der Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen

hier: Stellungnahme der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt e.V. mit der Landesstelle für Suchtfragen im Rahmen der Anhörung des Ausschusses für Soziales des Landtages von Sachsen-Anhalt am 29.09.2010

Gliederung

Datenlage

Welche Probleme liegen dem Rauschtrinken zugrunde?

Was ist zu tun? Aktionsfelder

Akteure und Kooperation in Sachsen-Anhalt

Datenlage

Laut MODRUS IV¹ ist der regelmäßige bzw. öftere Konsum von Wein und Bier, aber auch von hochprozentigen Alkoholika bei Schülerinnen und Schülern seit den Spitzenwerten im Jahre 2003 deutlich zurück gegangen. Beim Binge-Drinking als einem mit der Drogenaffinitätsstudie der BZgA² vergleichbarem Item³ liegt Sachsen-Anhalts Jugend mit 25% deutlich über dem Bundesdurchschnitt mit 20%.

Die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes⁴ bezüglich der aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) für das Jahr 2008 bringt bezogen auf die Diagnose F10.0 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol - Akute Intoxikation (akuter Rausch) folgende Erkenntnisse:

- In Sachsen-Anhalt wurden mit dieser Diagnose bezogen auf 100.000 Einwohner der entsprechenden Altersgruppen nach dem Saarland die meisten Menschen in der Altersgruppe der 10 – 20jährigen, aber auch bei allen Altersgruppen insgesamt behandelt.
- Insgesamt betraf diese Behandlung bei den 10 – 20jährigen 726 Personen.

¹ Fokus e.V. Halle/S. Moderne Drogen- und Suchtprävention (MODRUS IV), soziologisch-empirische Studie an Klassenstufen 6-12; i. A. des IMA Sucht Sachsen-Anhalt; Federführung: Ministerium f. Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt, Magdeburg 2008

² Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

³ In den letzten 30 Tagen 5 alkoholische Getränke zu einer Trinkgelegenheit

⁴ Statistisches Bundesamt Ref. VIII A: Datenzusammenstellung Gesundheitsberichterstattung: Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2000-2008; ICD 10 F 10.0 – psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol – akute Intoxikation (akuter Rausch)

- Bundesweit ist der Anteil von Krankenhauspatienten in der Altersgruppe der 10 – 14jährigen vom Jahr 2000 bis zum Jahr 2008 um 24% gestiegen, in der Altersgruppe der 15 – 20jährigen um 199 %.
- Allerdings sind die Steigerungsraten bei den erwachsenen Altersgruppen z.T. erheblich größer, hier einige Beispiele: 20 – 25 Jahre: 369%, 25 – 30 Jahre: 288%, 45 – 50 Jahre: 389%., 65 – 70 Jahre: 971%.
- Der Anstieg der Alkoholbehandlungszahlen bei jungen Menschen in Sachsen-Anhalt ist im Land spätestens seit 2008 bekannt (s. Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung des Landes „Alkoholbezogene Krankheitslast und Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt⁵“)

Welche Probleme liegen dem Rauschtrinken zugrunde?

Eine Studie⁶ des Standortes Rostock im Rahmen des Bundesmodellprojektes „HaLT – Hart am Limit“ brachte folgende Ergebnisse:

- 60% der jungen AlkoholpatientInnen waren „Spaßtrinker“
- Die PatientInnen besuchten nicht gehäuft die Förderschule
- GymnasiastInnen waren unterrepräsentiert („Höhere Intelligenz/Bildung schützt“)
- Die PatientInnen waren gehäuft Jugendliche aus Alleinerziehendenhaushalten: Ein Risiko bestand bei schlechterem Verhältnis zur Erziehungsperson und bei Anbindung an eine Risiko-Freundesgruppe
- Keine gehäufte Arbeitslosigkeit bei den Familien der Betroffenen
- Bevorzugte Getränke waren Destillate bzw. Eigenmischungen
- Der problematische Alkoholkonsum fand zu 14% bei Großveranstaltungen statt, überwiegend aber in privaten Wohnungen. Zu 95% wurde in Gemeinschaft von Gleichaltrigen getrunken
- Zuvor hatten die PatientInnen keinen Kontakt zum Suchthilfesystem
- 63 PatientInnen (von 188=34%) waren psychiatrisch auffällig; dabei entfiel der höchste Anteil auf Anpassungsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens

Die Krankenhausdaten zeigen nur einen Ausschnitt des Problems:

- Mehr Krankenhausbehandlungstage finden in städtischen Räumen als in ländlichen Räumen statt
- Alkoholerfahrene (=besonders gefährdete) Jugendliche „vertragen mehr“ => weniger Alkoholkrankenhausbehandlung
- Jugendliche mit Alkoholkrankenhausbehandlung werden häufiger als andere wegen anderer Diagnosen im Krankenhaus behandelt⁷

⁵ Ministerium für Gesundheit und Soziales im LSA: Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung des Landes „Alkoholbezogene Krankheitslast und Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt“; Magdeburg 2008

⁶ Olaf Reis et al.: Ergebnisse eines Projektes zur kombinierten Prävention jugendlichen Rauschtrinkens; in: Sucht, Jahrg. 55, Dez. 2009

⁷ GEK-Report Krankenhaus 2009, Schwerpunktthema: Alkoholmissbrauch bei Jugendlichen; Schwäbisch Gmünd Juli 2009 www.dnb.ddb.de

- „Krankenhausschreck“ allein wirkt nicht präventiv: „Rund 17 Prozent der Interviewten geben an, nach einem Klinikaufenthalt wegen Alkoholvergiftung ihr Trinkverhalten beizubehalten oder zu steigern. 83 Prozent der Jugendlichen trinken eigenen Angaben zufolge zwar weniger, konsumieren aber immer noch erheblich häufiger und mehr Alkohol als Jugendliche mit gemäßigttem Alkoholkonsum.“⁷
- Riskanter und schädlicher Alkoholkonsum ist bei Kindern und Jugendlichen aus problembelasteten (Teil-)Familien häufiger⁷

Alkoholkonsum birgt Risiken auf vielen Ebenen:

- Gesundheit allgemein (Trinkmenge, Trinkhäufigkeit)
- Gewalt (Opfer und Täter)
- Unfall (Opfer und Täter)
- ungeschützter Sex (Schwangerschaft, AIDS)
- Kinder: Störung der Entwicklung
- Alkoholabhängigkeit / Sucht

Im Jahre 2009 waren 45% (4.393 Personen) der Straftatverdächtigen unter Einfluss von Alkohol jünger als 25 Jahre.⁸

Was ist zu tun? Aktionsfelder

Wirksame Präventionsstrategien beinhalten einen Policy-Mix aus Verhältnis- und Verhaltensprävention mit folgenden Dimensionen: Gesundheitsförderung, Risikokompetenzförderung, Förderung von risikoarmem Konsum, Frühintervention, Prävention substanzbezogener Störungen, Suchtmittelpolitik⁹

Hier ein kurzer Abriss sinnvoller Maßnahmen und deren Umsetzung in Sachsen-Anhalt:

- Intervention am Krankenbett für Betroffene und Eltern, Koordinierung und Durchführung von Jugendschutzmaßnahmen auf Landkreisebene (Bundesmodellprojekt „Hart am Limit – HaLT“:
 - Es gibt Ansätze hierzu im Land, Ausbau der Intervention am Krankenbett unwahrscheinlich, Personalkapazität Suchtprävention ungenügend
- Nachhaltige schulische Suchtprävention:
 - Konzepte liegen vor, Umsetzung steht in den Anfängen, Bereitschaft der Schulen unterschiedlich ausgeprägt, Personalkapazität Suchtprävention ungenügend
- Alkoholprävention in allen Feldern der Erziehungs- und Jugendhilfe:
 - Konzepte liegen vor, Multiplikatoren-schulung wird 2011 intensiviert, Personalkapazität Suchtprävention ungenügend
- Kooperation und Abstimmung von Maßnahmen aller zu beteiligenden Dienste und Einrichtungen:
 - Regional unterschiedlich, Kapazität für Koordination Suchtprävention nur punktuell ausreichend

⁸ Polizeiliche Kriminalstatistik Sachsen-Anhalt, Tab. 168 für 2006, 2009

⁹ Nach: Bühler, Anneke u.a.: Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 29, Hrsg. BZgA, Köln 2006

- Regionaler Einsatz von Bundeskampagnen zur Alkoholprävention:
 - Findet in hohem Maße statt (z.B. BZgA-KlarSicht-Parcours zu Alkohol und Tabak)

Weitere Aktionsfelder, deren Umsetzung die Landestelle für Suchtfragen gemeinsam mit dem Landespräventionsrat, dem Ministerium des Innern/dem LKA dem LVWA Ref. Ref. 201 - Hoheitsangelegenheiten, Gefahrenabwehr vorantreibt:

- Gaststättengewerbe und Feste: gemeinsame Schankerlaubnis durch Jugendamt und Ordnungsamt => Implementierung von Jugendschutzstandards nach bayrischem Vorbild
- Vernetzte Stichprobenkontrollen, Frühintervention und Öffentlichkeitsarbeit
- Testkäufe sind wirksam und unter bestimmten Bedingungen rechtskonform¹⁰
- Polizei, Jugendgerichtshilfe und Bewährungshilfe: Kooperation mit Suchthilfe bei „kriminogenem Faktor Alkohol“

Auf Bundesebene bedarf es konsequenten Handelns bei folgenden Themen:

- Einzelhandel: Schaffung von Verbindlichkeit bei der Umsetzung des Aktionsleitfadens des Handels zur Sicherung des Jugendschutzes¹¹
- Beschränkung der Alkoholwerbung: Alkoholwerbung wirkt konsumfördernd auch auf Minderjährige¹²
- Bessere Ausstattung von Suchtprävention und Frühintervention durch neutrale (=nicht maßnahmebezogene) verbrauchsbezogene Abgabe der Alkoholwirtschaft („Alkoholcent“, alte Forderung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen – DHS)
- Müssen Tankstellen wirklich Alkoholika verkaufen?

...

Akteure und Kooperation in Sachsen-Anhalt

Die Akteure und die Leistungsträger der Suchthilfe und –prävention sind in Sachsen-Anhalt in vorbildlicher Weise vernetzt: untereinander, aber auch mit der Bundesebene.

Suchtberatungsstellen arbeiten an 32 Standorten, an 8 Standorten gibt es angegliedert eine Fachstelle für Suchtprävention mit insgesamt aber nur 6,6 VBE Fachkräften.

Die Versorgungsquote von Suchtberatungsfachkräften pro Einwohner betrug im Jahr 2008 in Sachsen-Anhalt etwa 1:37.000. In Brandenburg betrug diese Quote etwa 1:29.000, in Sachsen etwa 1:22.000, in Thüringen 1:27.000¹³.

¹⁰ Deutscher Bundestag, Drs. 17/1652: Antwort der Bundesregierung auf Kleine Anfrage der SPD-Fraktion „Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung“ v. 07.05.2010

¹¹ Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung/HDE_Handelsverband Deutschland – Der Einzelhandel: Aktionsleitfaden des Handels zur Sicherung des Jugendschutzes; Mai 2010

¹² DAK-Unternehmen Leben/ Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung gGmbH: Jugendliche und Alkoholwerbung; Kiel 2009

¹³ Auskünfte der dortigen Landesstellen für Suchtfragen

Zum Vergleich: Im Jahr 2004 lagen die entsprechenden Quoten in Niedersachsen bei 1 Beratungsfachkraft auf 20.000 Einwohner^{14]} und in Schleswig-Holstein bei 1 Beratungsfachkraft auf 14.500 Einwohner¹⁵.

Der empfohlene fachliche Standard liegt bei einer Beratungsfachkraft für je 10.000 Einwohner. Dabei sollten in jeder Suchtberatungsstelle mindestens drei Fachberatungskräfte arbeiten und für je drei hauptamtliche Fachberatungskräfte sollte eine Verwaltungsfachkraft zur Verfügung stehen¹⁶.

Sachsen-Anhalt lag 2004 bei der Ausstattung mit Suchtberatung bundesweit am unteren Ende. Dies ermittelte das Forschungsinstitut FOGS, in Schleswig-Holstein beauftragt mit der Entwicklung eines Vorschlags für eine Zuwendungsrichtlinie¹⁷

Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass sich die Situation Sachsen-Anhalts im Ländervergleich bei der Versorgungsquote von Suchtberatungsfachkräften pro Einwohner grundsätzlich verändert hat.

Die Strukturen stimmen, aber:

Die personelle Ausstattung der Suchtberatungsstellen und der Suchtprävention ist im Vergleich zum Bundesdurchschnitt und zu den Neuen Ländern wesentlich zu sparsam.

Angesichts der überproportionalen Probleme in Sachsen-Anhalt müsste dies umgekehrt sein.

Chancen früher Intervention (dies ist wirksam und kostengünstig) und des vernetzten Vorgehens im Bereich des Jugendschutzes können zu wenig genutzt werden.

¹⁴ Schätzung der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (2004)

¹⁵ Schätzung der Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V. (2004)

¹⁶ Vgl. Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (Hrsg.): Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe, Standard 22; 2. Auflage, Neuland-Verlagsgesellschaft mbH, Geesthacht 1999; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS): Rahmenplan für Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und deren Angehörige (Stand 14.05.1992)

¹⁷ Tel. Auskunft der Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V. (2004)