



Strategien für einen verantwortungsbewussten Alkoholkonsum bei Jugendlichen in Europa

– Prävention im Sozialraum –



Strategies towards responsible alcohol consumption for adolescents in Europe

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Diese Informations-Broschüre bezieht sich auf das Projekt TAKE CARE, das finanziell von der Europäischen Union im Rahmen des Programms Öffentliche Gesundheit 2008-2013 gefördert wird.

Herausgeberin: LWL-Koordinationsstelle Sucht
Leitung: Wolfgang Rometsch
Konzept und Texte: Kathrin Horre
Redaktion: Wolfgang Rometsch, LWL-Koordinationsstelle Sucht
Layout: Ulrich Ackermann, LWL-Printcenter
Druck: Merkur Druck, Detmold
Bildnachweis: Thorsten Arendt (S. 4, 8, 18)
LWL-KS (Titel, S. 11, 12, 22)

1. Auflage: 1.000

© 2011 LWL-Koordinationsstelle Sucht
Warendorfer Straße 27, 48133 Münster

www.lwl-ks.de
www.projekt-take-care.eu

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung sind vorbehalten. Mit schriftlicher Genehmigung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe dürfen Teile des Werkes reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Medien (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.



Inhalt

Vorwort	2
---------------	---

I. Beschreibung der Ausgangssituation 3

1. Die Ausgangssituation	3
2. SeM – die Basis	5
3. euro net	7

II. TAKE CARE: Idee und Ziele 9

1. Projektablauf	10
2. Zielgruppen	11
3. Interventionen	12
4. Mehrebenenansatz	14
5. Wissenschaftliche Begleitung	15

III. TAKE CARE: Erwartungen und erste Ergebnisse 17

1. Ziele und Erwartungen	17
2. Good Practice und RAR	18
3. Homepage und Newsletter	21

IV. TAKE CARE: Projektpartner 22

1. Projektträger	22
2. Projektpartner	23
3. Steuerungsgruppe	25
4. Collaborating Partner	26

Literaturhinweise	28
-------------------------	----



Vorwort

Das Bild von Jugendlichen, die sich in Parks oder auf Spielplätzen aufhalten, laut Musik hören, sich unterhalten und nicht selten dabei auch erhebliche Mengen Alkohol trinken, ist wohl vielen in den letzten Jahr vertraut geworden. Das sogenannte Binge-Drinking oder auch „Komasaufen“, also das Trinken großer Mengen alkoholischer Getränke in einem recht kurzen Zeitraum, ist ebenfalls kein neues, aber gleichfalls sehr ernstzunehmendes Problem. Zumal das Einstiegsalter in den Alkoholkonsum seit Jahren unter 14 Jahren liegt und zunehmend auch Minderjährige mit Alkoholvergiftungen in Krankenhäusern behandelt werden müssen.

Jugendlicher Alkoholmissbrauch beschäftigt viele Länder in Europa, so dass es ausgesprochen sinnvoll ist, voneinander zu lernen und miteinander wirkungsvolle Interventionen zu entwickeln.

Im Rahmen des europäischen Projektes TAKE CARE sollen Strategien für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol bei Jugendlichen befördert werden. Um langfristig den Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu senken und

die Einhaltung des Jugendschutzgesetzes bei Minderjährigen zu erreichen, wird in diesem Projekt methodisch ein Mehrebenenansatz entwickelt und erprobt.

Fachkräfte aus zehn verschiedenen Ländern werden dabei mit vier Zielgruppen (Jugendliche, Eltern, Schlüsselpersonen und Verkaufspersonal) informativ und interventiv arbeiten, um so das gesamte Umfeld des jungen Menschen mit einzubeziehen. Für die Intervention werden überwiegend bereits entwickelte Methoden der Suchtprävention ausgewählt und für die präventive Arbeit mit Jugendlichen und dem sozialen Umfeld angepasst.

Die Erfahrungen und Anpassungswünsche der verschiedenen Projektpartner mit diesem Interventionsansatz werden am Ende der Projektlaufzeit in einem Handbuch zusammengefasst. Dadurch soll der Transfer in andere Städte und Länder ermöglicht und gesichert werden.

Die vorliegende Informationsbroschüre soll Ihnen einen ersten Überblick über die Strukturen, Methoden und bisherigen Erfahrungen vermitteln.

Hans Meyer
Landesrat



I. Beschreibung der Ausgangssituation

1. Die Ausgangssituation

Internationale Studien bescheinigen Europa die zweifelhafte Rolle als Spitzenreiter mit der weltweit höchsten Alkoholkonsumrate. In den meisten EU-Ländern ist der Alkoholkonsum in den Kulturen fest verankert (HBSC-Studie¹ 2005/2006).

So ist es z.B. in den südlichen Ländern Europas üblich, Alkohol zum Mittagessen zu trinken. In den meisten Ländern fallen bis zu 40% der Trinksituationen im Rahmen des Abendessens an (IAS² 2006).

Alkohol ist seit Jahren die Partydroge Nummer eins. Der riskante Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener stellt die Jugend- und die Suchthilfe europaweit vor besondere Herausforderungen. Wie wichtig es ist, sich mit dem Konsum alkoholhaltiger Getränke im Allgemeinen und dem problematischen Trinken im Besonderen zu beschäftigen, wird auf europäischer Ebene klar ersichtlich.

Auch wenn das Trinkverhalten der Jugendlichen von ihren jeweiligen kulturellen, sozialen und politischen Besonderheiten abhängig ist, bleibt der ungebrochene Trend zum exzessiven Trinken, dem sog. „Binge-Drinking“ oder „Rausch-Trinken“ (mehr als fünf Einheiten pro Trinkanlass) besorgniserregend. Um Alkoholverbote oder teuren Kauf von alkoholischen Getränken auf Veranstaltungen zu umgehen, hat sich zu dem das riskante Trinkverhalten des „Vorglühens“ entwickelt.

Der Trend zum problematischen Trinken zeigt sich auch in der steigenden Zahl von jungen Menschen, die mit einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert werden.

Laut Eurobarometer 2010 beträgt der Anteil der Jugendlichen unter den sogenannten "Komatrinkern" bedenkliche 33%. Dabei sind sich die Jugendlichen der Gefahren und Risiken, denen sie sich durch ihren Alkoholkonsum aussetzen, oft nicht bewusst.

Die HBSC-Studie 2005/2006 verzeichnet, dass 5% der 11-Jährigen, 11% der 13-Jährigen und 26% der 15-Jährigen regelmäßig Alkohol trinken. Gravierend ist an dieser Stelle, dass

1 HBSC = Health Behaviour in School-Aged Children

2 IAS = Institute of Alcohol Studies, UK



offenbar geltende (rechtliche) Bestimmungen zur Abgabe von alkoholischen Getränken an Kinder und Jugendliche in vielen Ländern völlig unberücksichtigt bleiben. Neben der individuellen gesundheitlichen Schädigung führt der exzessive Alkoholkonsum nicht selten zu Ruhestörungen, Sachbeschädigungen, körperlicher Gewalt und ungeschützten Sexualkontakten.

Erwachsene (z. B. Eltern, Schlüsselpersonen) sind sich ihrer Verantwortung als Vorbilder nicht immer bewusst. Auch Einzelhändler haben oft Probleme, die Vorgaben des Jugendschutzes beim Verkauf von Alkohol an Minderjährige einzuhalten.

Gemäß der ESPAD-Studie¹ 2007 gaben 82% der Schüler (Durchschnittsalter 15,1 Jahre) an, im Verlauf des letzten Jahres alkoholische Getränke konsumiert zu haben. Durchschnittlich 43% der Schüler berichteten von heftigem episodischem Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen, und die Zahlen sind zwischen 1995 und 2007 deutlich gestiegen.

Auf die Frage an die ESPAD-Schüler, wie leicht es sei alkoholische Getränke

zu kaufen, bestätigten die meisten von ihnen, dass es kaum Schwierigkeiten gebe: 78% der Schüler berichteten, dass es ziemlich leicht sei, Bier zu kaufen, 70% gaben an, das es einfach sei an Wein zu kommen und für Spirituosen lag die entsprechende Zahl bei 56%.

Ein wichtiger Faktor, der den Konsum alkoholhaltiger Getränke bei Jugendlichen fördert, ist neben der Verfügbarkeit auch die Erschwinglichkeit dieser Getränke. In den letzten 12 Jahren fielen – im Gegensatz zu vielen anderen Konsumgütern – die Preise für Alkohol ab (RAND 2009).



¹ ESPAD = European School Survey
Project on Alcohol and other Drugs



Des Weiteren fällt auf, dass die Durchschnittszahlen bzgl. des Alkoholkonsums während der letzten 30 Tage in den verschiedenen Ländern stark voneinander abweichen. Zum Beispiel geben 80% der österreichischen und dänischen Schüler (begrenzte Vergleichbarkeit) an, dass sie in den vergangenen 30 Tagen Alkohol konsumiert haben.

Im Gegensatz dazu haben nur 31% der isländischen und 35% der armenischen Schüler in diesem Zeitraum Alkohol getrunken. Hinzu kommt, dass es wichtig ist zu erwähnen, dass in den Ländern mit niedriger Alkoholkonsumhäufigkeit die Gesamtmenge an konsumiertem Alkohol hoch ist.

Im Vergleich gibt es natürlich Länder, in denen häufiger Alkohol getrunken wird, aber die Menge an konsumiertem Alkohol nicht so hoch ist.

In Österreich und Dänemark trinken die Schüler jedoch sowohl viel als auch oft. Dänemark ist das Land mit den höchsten Durchschnittsmengen: im Schnitt trinkt ein dänischer Schüler 3- bis 4-mal mehr als ein Schüler aus einem Land mit dem geringsten Durchschnittskonsum, z.B. Armenien oder Zypern.



2. SeM – die Basis

Demgegenüber existieren nur wenige sekundärpräventive Konzepte, die wirksam Einfluss auf dieses Phänomen nehmen.

Eine Internet-Recherche¹ der LWL-Koordinationsstelle Sucht zeigte, dass die ermittelten Maßnahmen und Strategien weit überwiegend auf die primäre bzw. universelle Prävention abzielen.

Diese eher zielgruppen-unspezifische Präventionsangebote haben oftmals die Förderung von Ressourcen und Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen, andererseits die Wissensvermittlung zum Thema Sucht und Suchtmittelkonsum als Schwerpunkt.

¹ u.a. bei European Alcohol and Health Forum oder in der EDDRA-Datenbank



In den meisten Fällen richten sie sich zudem nicht an mehrere Zielgruppen („Ebenen“) gleichzeitig.

Im Gegensatz hierzu zielen sekundärpräventive Konzepte konkreter auf Jugendliche ab, die bereits über das Probieren hinaus eher riskant konsumieren. Die Hinführung zu einem eigenverantwortlichen Konsum von Rauschmitteln ist der zentrale Aspekt der Angebote.

Als Ausgangspunkt für das europäische Projekt TAKE CARE diente das Modellprojekt „SeM¹ - Sekundäre Suchtprävention im Mehrebenenansatz“, das die LWL-Koordinationsstelle Sucht gemeinsam mit dem Amt für Kinder, Jugendliche und Familien der Stadt Münster entwickelt und von 2004 bis 2007 durchgeführt und evaluiert hat.

Die primäre Zielgruppe des Projektes waren spätausgesiedelte Jugendliche und Heranwachsende aus den GUS-Staaten, die durch einen riskanten Konsum von Alkohol und illegalen Drogen auffielen. Ziel war es, durch Interventionen auf mehreren Ebenen

ein Abgleiten in eine Abhängigkeit zu vermeiden.

Ein weiteres zentrales Element des SeM-Projektes war die Erprobung dieses Mehrebenenansatzes in einem in sich geschlossenen Stadtteil: Hier wurden neben den Jugendlichen auch die Eltern und Angehörige sowie Schlüsselpersonen in die Interventionskette einbezogen. Zur Vertiefung nahmen die einzelnen Zielgruppen an verschiedenen Schulungen und Trainings teil. Hierbei wurden erprobte und bewährte Methoden und Konzepte berücksichtigt, z.B.:

- Streetwork, um Zugang zu den Jugendlichen an öffentlichen Orten zu finden,
- Risikokompetenztraining „ro.pe©“ (Risiko-Optimierung und Peer Education) für Jugendliche,
- Coaching mittels „Homeparties“ für Eltern (inspiriert durch das Konzept der Tupperparties) und
- MOVE (motivierende Kurzintervention, die die Phase der Entscheidung für eine Änderung des riskanten Verhaltens berücksichtigt) für Schlüsselpersonen.

Das SeM-Projekt wurde von der Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und

1 Ursprünglich war der Name des Projektes „SeM – Sekundäre Suchtprävention im Mehrebenenansatz für spätausgesiedelte Jugendliche“



Sozialbereich - FOGS, Köln begleitet und evaluiert.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass alle drei Zielgruppen (Jugendliche, Eltern und Schlüsselpersonen) mit den Inhalten und der Durchführung der Interventionen sehr zufrieden waren, sowie auch das Risikoverhalten mit Blick auf den Substanzkonsum verbessert und die Haltung zum Alkohol- und Drogenkonsum positiv beeinflusst wurde.

Insgesamt wurde in der Gruppe der Jugendlichen anschließend bewusster und weniger rauschhaft konsumiert. Der Konsum von Cannabis wurde drastisch reduziert. Auch die Zielgruppe der Eltern bestätigte eine Verbesserung ihres Wissenstandes zu Suchtmitteln (61,4%) und die Schlüsselpersonen berichteten von Einstellungsänderungen (45,2%) und einer Veränderung im Konsumverhalten (26,2%) der Jugendlichen.

Durch die gleichzeitige Intervention auf verschiedenen Ebenen im Lebensumfeld der Zielgruppen sollte auch eine Nachhaltigkeit erreicht werden.

Bei zukünftigen Projekten sollte darüberhinaus der Aspekt der Verfügbarkeit von Alkohol berücksichtigt werden.



3. euro net

euro net wurde 1996 gegründet und ist ein europäisches Netzwerk für praxisorientierte Suchtprävention, das Organisationen, Institutionen und Einrichtungen aus ganz Europa umfasst, die in der Suchtprävention tätig sind und an der Entwicklung und Erprobung innovativer Methoden interessiert sind.

Ziele des Netzwerkes sind dabei der Aufbau und die Stabilisierung eines europäischen Netzwerkes für Suchtprävention auf der Basis konkreter Zusammenarbeit in Projekten sowie die Förderung des Austausches von Ideen und Erfahrungen. Die fachliche Verständigung über zentrale Aspekte der Suchtprävention in Europa und die gemeinsame Entwicklung und Implementierung von innovativen Präventionskonzepten und -strategien sind dabei Hauptthemen der Netzwerkmitglieder.

Im Rahmen eines euro net-Workshops in Dortmund, zu dem die LWL-



Koordinationsstelle Sucht im Februar 2009 eingeladen hatte, diskutierten die Netzwerk-Partner über die Situation des jugendlichen Alkoholkonsums und binge drinking in ihren Ländern im Besonderen.

Während des Treffens wurde die Idee der Anpassung des Mehrebenenansatzes nach SeM zur Arbeit mit kritisch Alkohol konsumierenden Jugendlichen umfassend diskutiert und als erfolgsversprechend betrachtet. Hierbei wurden in Kooperation mit den Partnern die Grundzüge aus SeM um bereits bekannte Best Practice Methoden und Bedarfe aus den verschiedenen Ländern ergänzt und erweitert.

Kontakt:

Präsident:

Carlo Baeten
CAD Limburg, Belgien
carlo.baeten@cadlimburg.be

Geschäftsstelle:

Wolfgang Rometsch
LWL-Koordinationsstelle Sucht,
Deutschland
wolfgang.rometsch@lwl.org

Homepage:

www.euronetprev.org





II. TAKE CARE: Idee und Ziele

Die Idee, ein europäisches Projekt zu konzipieren und bei der EAHC¹ im Rahmen des Programms für Öffentliche Gesundheit mit der Bitte um finanzielle Förderung einzureichen, wurde realisiert:

Das Projekt **TAKE CARE - Strategien für einen verantwortungsbewussten Alkoholkonsum bei Jugendlichen in Europa**, möchte u.a. auf das Phänomen des „risikohaften Alkoholkonsums“ eine Antwort geben.

Dem Mehrebenenansatz von TAKE CARE liegt die schon beschriebene Annahme zugrunde, dass Interventionen wirksamer sind und sich gegenseitig verstärken, wenn mit verschiedenen Zielgruppen gleichzeitig präventiv gearbeitet wird. Neben den Jugendlichen selber werden daher weitere Zielgruppen angesprochen, die Einfluss auf das Konsumverhalten Jugendlicher haben: Eltern, Schlüsselpersonen und Verkaufspersonal.

Ein wichtiges Ziel dabei ist die Einhaltung geltender rechtlicher

Bestimmungen zur Abgabe von alkoholischen Getränken im Sinne des Jugendschutzes.

Weiter werden die Jugendlichen trainiert, um sie in ihrer Risikokompetenz zu stärken.

Eltern und sogenannte Schlüsselpersonen bekommen Unterstützung, um eine klare und reflektierte Haltung gegenüber dem Gebrauch von Alkohol zu entwickeln.

Einzelhändler und ihre Beschäftigten im Sozialraum erhalten Schulungen bezüglich alltäglicher Verkaufssituationen und der Einhaltung der gesetzlichen Regeln zum Verkauf von Alkohol.

TAKE CARE ist unter der Projektträgerschaft der LWL-Koordinationsstelle Sucht im März 2010 gestartet und hat eine Laufzeit von 33 Monaten. Gefördert wird das Projekt aus dem Gesundheitsprogramm der Europäischen Kommission, die teilnehmenden Organisationen aus den Ländern beteiligen sich erheblich durch den Einsatz von Eigenmitteln.

Aktuell arbeiten zehn euro net Mitglieder im EU-Projekt „TAKE CARE – Strategien für einen verantwortungsbewussten Alkoholkonsum bei

1 Executive Agency for Health and Consumers, Luxemburg



Jugendlichen in Europa“ zusammen. Wissenschaftlich begleitet wird das Projekt durch die Pädagogische Hochschule Zürich, Schweiz.

1. Projektablauf

Das erste Projektjahr diente der intensiven Recherche und Vorbereitung der Implementierungsphase auf allen vier Ebenen.

Während des Kick Off Meetings in Luxemburg im März 2010 konnten die

Kriterien für die zu berücksichtigenden Best-Practice-Methoden abgestimmt werden. Hierbei wurden die Evaluationskriterien der EMCDDA¹-Richtlinien um projektspezifische Ein- und Ausschluss-Kriterien ergänzt.

Anhand des so entwickelten Kriterienkataloges haben die Fachkräfte in den einzelnen Ländern mit der Recherche nach nationalen guten Praxismethoden begonnen, diese bewertet und Schnittstellen zum TAKE CARE-Ansatz identifiziert. Die Ergebnisse wurden im Rahmen des ersten Workshops in Navan/Irland im Juni 2010 vorgestellt und gemeinsam ausgewertet.

Ebenfalls wurden die Fachkräfte in der Methode des RAR – Rapid Assessment and Response geschult (s.a. Kap. III). Alle gesammelten Ergebnisse dieser Bedarfsanalyse wurden zur Anpassung des Mehrebenenansatzes genutzt und flossen in die Pilotversion des TAKE CARE-Manuals ein.

Ende März 2011 fand das Training der Fachkräfte in Kaltern, Südtirol statt. Die unterschiedlichen Ansätze für die vier Ebenen wurden intensiv geschult.



1 EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction



Fachkräfte beim Workshop I in Irland

Parallel hat es eine Einführung in die Anwendung der Evaluationsinstrumente durch die wissenschaftliche Begleitung geben.

Im Frühsommer 2011 werden alle Projektpartner das ro.pe-Training[©] in Form eines Pilotkurses durchführen, wobei durch eine partizipative Ausrichtung eine Optimierung des Trainings erreicht werden soll.

Konkret bedeutet dies, dass die Jugendlichen aktiv bei der Gestaltung des Risikokompetenztrainings einbezogen werden. Partizipation fördert persönliche Fähigkeiten, wie z.B. kommunikative und soziale Fertigkeiten, und reduziert Risikofaktoren durch die Einbeziehung bei der Gestaltung der eigenen sozialen Umgebung¹.

Am Ende der Implementierungsphase der Interventionen auf den vier Ebenen wird das Entwurfsmanual um die Praxis-Erfahrungen aus den teilnehmenden Partnerländern ergänzt und angepasst. Das so entwickelte Praxis-handbuch TAKE CARE wird den Transfer innerhalb der Partnerländer, aber auch in bisher nicht beteiligte Länder der Europäischen Gemeinschaft, ermöglichen.

2. Zielgruppen

Das Projekt TAKE CARE richtet sich an vier verschiedene Zielgruppen (Ebenen): Jugendliche und junge Erwachsene, Eltern und Angehörige, Schlüsselpersonen sowie Beschäftigte im Einzelhandel.

Hauptzielgruppe sind Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 12 und 21 Jahren, die durch riskanten Alkoholkonsum auffällig geworden sind. Sie ist in zwei Untergruppen zu unterteilen:

- 12 – 16/18-Jährige, denen es von den nationalen Gesetzen her nicht

¹ siehe auch das australische Gatehouse Projekt:
www.gatehouseproject.com



erlaubt ist, alkoholhaltige Getränke zu kaufen und zu konsumieren,

- bis 21-Jährige, denen es zwar gesetzlich erlaubt ist, Alkohol zu trinken, die jedoch aufgrund ihres Alkoholkonsums auffällig geworden sind.

Eine zweite Hauptzielgruppe sind die Eltern und Angehörigen. Sie gehören zu den wichtigsten Menschen im Leben eines Jugendlichen und spielen eine zentrale Rolle. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Familie Einfluss auf den Alkoholkonsum nehmen kann, ist hoch.

Unter Schlüsselpersonen (dritte Zielgruppe) werden die Bezugspersonen verstanden, die einen besonderen Kontakt zu riskant konsumierenden Jugendlichen haben und von ihnen akzeptiert werden. Zu diesen Personen gehören u.a. Mitarbeiter/Innen aus Jugendzentren, Streetworker, ehrenamtlich tätige Schüler/Innen, Trainer/Innen im Sportverein.

Als vierte Zielgruppe sind die Beschäftigten im Einzelhandel zu nennen, die quasi die Verbindung zwischen Jugendlichen und alkoholhaltigen Getränken herstellen, sprich diesen in Supermärkten, in Tankstellen oder Kiosken verkaufen.

3. Interventionen

Für jede Zielgruppe sind spezifische Interventionen entwickelt und/oder angepasst worden, die den Bedürfnissen und Bedarfen entsprechen und zur Zielerreichung im Sinne von TAKE CARE führen sollen.

Jugendliche

Das ro.pe-Training© basiert auf dem risflecting©-Ansatz und den Ergebnissen des österreichischen Risk'n Fun Projektes. Es ist ein suchtpreventives Gruppenangebot für junge Menschen zwischen 12 und 18/21 Jahren, die riskant Alkohol und zum Teil auch andere Suchtmittel konsumieren.

Das mehrtägige Training bringt Jugendliche den Umgang mit Risikosituationen nahe und hat zum Ziel, ihre persönliche Risikokompetenz im Umgang mit Alkohol zu fördern. Dabei





werden als Methoden schwerpunkt-
mäßig Elemente aus der Erlebnis-
pädagogik und der Psychoedukation
eingesetzt.

Eltern

Die Homeparty ist eine Methode, die in
den 90er Jahren in den Niederlanden
für die Arbeit mit Migranteneltern ent-
wickelt wurde. Als niedrigschwellige
Intervention, die auf der Idee der
„Tupperware-Partys“ basiert, bewährte
sich dieser Ansatz auch für Eltern, die
durch herkömmliche Angebote der
Suchtprävention nur schwer zu errei-
chen sind. Eine ähnliche Methode wird
in der Schweiz seit mehr als zehn
Jahren unter dem Namen „Femmes
Tische“¹ eingesetzt.

Die Homeparty findet bei der Familie zu
Hause statt. Eltern laden andere Eltern
ein. Eine Fachkraft der Sucht-
prävention steht als Moderatorin zur
Verfügung. Inhaltlich geht es neben
der Vermittlung von Sachwissen insbe-
sondere um die Stärkung der Hand-
lungskompetenz der Eltern. Ziel ist ein
reflektierter und konstruktiver Umgang
mit der Thematik des jugendlichen
Alkoholkonsums.

1 www.femmestische.ch

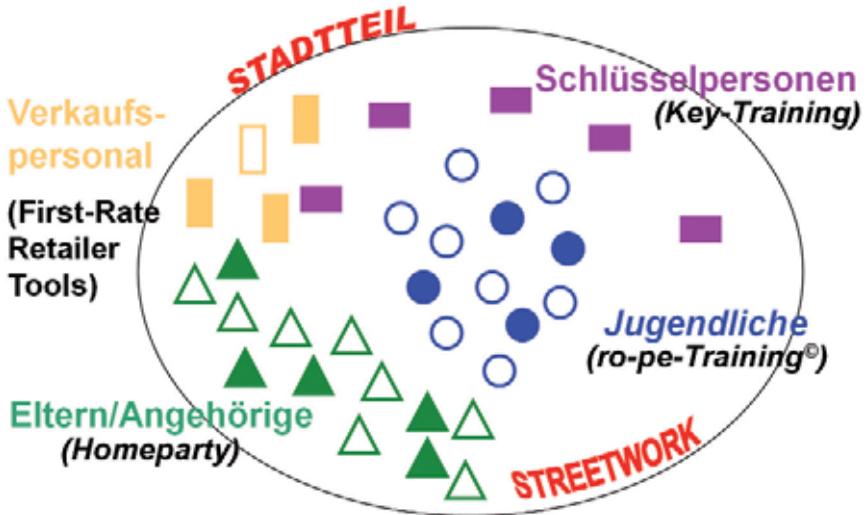
Schlüsselpersonen

Die im Sozialraum identifizierten Schlüs-
selpersonen erhalten ein Multiplika-
toren-Training, mit dem Ziel, sachge-
recht und motivierend auf Jugendliche
einzuwirken, so dass diese sich kritisch
mit dem eigenen Alkoholkonsum aus-
einander zusetzen. Die Schlüsselpersonen sollen nach dem „Key-Training“ in
der Lage sein, junge Menschen bei
Bedarf in das ro.pe-Training® zu vermit-
teln. Neben Sachthemen zu Abhängig-
keit, Rauschmitteln und Recht werden
in diesem Training im Sinne einer moti-
vierenden Gesprächsführung Grund-
haltungen und einzelne ausgewählte
Techniken eingeübt.

Verkaufspersonal

Der CAD Limburg, Belgien entwickelt
für TAKE CARE die Schulung „First-
Rate Retailer Tools“ für Beschäftigte im
Einzelhandel und der Gastronomie.
Dieses Training kann sowohl in
Gruppen als auch im Einzelkontakt
erfolgen. Schwerpunkte liegen hierbei
auf dem Umgang mit der national gel-
tenden Rechtslage zum Verkauf von
alkoholischen Getränken sowie dem
Verhalten in schwierigen Verkaufss-
ituationen mit Jugendlichen.

Alle Aktivitäten in TAKE CARE sind
stadtteil- bzw. sozialraumbezogen
angelegt.



4. Mehrebenenansatz

Der innovative Aspekt des Projekts liegt im Mehrebenenansatz, der es möglich macht, dass verschiedene Zielgruppen mit unterschiedlichen Interventionen in einem ausgewählten räumlichen Setting, z.B. einem Stadtteil oder einer Kleinstadt angesprochen werden. Die Zusammenführung der Methoden ermöglicht die Umsetzung einer gemeindebezogenen selektiv-präventiven Intervention. Es wird davon ausgegangen, dass die verschiedenen Ansätze Synergieeffekte auslösen und damit wirksamer

sind als eindimensional ausgelegte Interventionen/Projekte.

Mit der Sozialraumorientierung wird außerdem verbunden, dass nicht nur eine Veränderung im Hinblick auf das Konsumverhalten der Jugendlichen eintritt, sondern auch die soziale und kulturelle Haltung gegenüber dem Alkoholkonsum im Sinne eines verantwortungsbewussten Umgangs beeinflusst wird.

Die Aktivitäten zielen weiterhin darauf ab, dass sich die Zielgruppe an die nationalen gesetzlichen Vorschriften halten und Alkoholkonsum Jugend-



licher vor dem festgelegten Mindestalter vermieden wird.

Aufgrund der Tatsache, dass das Projekt zehn Länder einbezieht, leistet es einen wichtigen Beitrag zur Schaffung einer gemeinsamen fachlichen Basis auf EU-Ebene, auch für diejenigen Länder, die nicht direkt am Projekt beteiligt sind.

5. Wissenschaftliche Begleitung

Für die externe Evaluation bei TAKE CARE ist die Pädagogische Hochschule Zürich (PHZ), Schweiz, verantwortlich.

Neben den Bereichen Aus- und Weiterbildung verfügt die Hochschule über eine Abteilung Forschung und Entwicklung, die sich, neben einer Evaluationsstelle, aus sieben Forschungsgruppen mit unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten zusammensetzt.

Für das Projekt TAKE CARE gibt es eine Kooperation mit der Forschungsgruppe „Public Health and Special Educational Needs“ der PH Zürich.

Ziel der Evaluation ist es, die spezifische Wirksamkeit des Mehrebenen-

ansatzes TAKE CARE gegenüber einer Einzelintervention zu untersuchen.

Hierzu wird es eine Längsschnittstudie in Form eines Vorher/Nachher-Vergleichs der Interventionen für die Zielgruppen der Jugendlichen und der Schlüsselpersonen inklusive einer Follow-Up-Untersuchung geben. Die Zielgruppen Eltern und Verkaufspersonal sollen nach den Interventionen zu ihren Erfahrungen befragt werden.

Es ist vorgesehen, Daten über die Zahl der erreichten und in den Interventionen verbliebenen Teilnehmer/innen zu erhalten, sowie Informationen über erzielte Veränderungen in Bezug auf Wissenstand, Einstellung und Verhalten bezüglich des Alkoholkonsums zu gewinnen.

Folgende Kernpunkte sind bei dieser Erhebung von besonderem Interesse:

- Änderung in Häufigkeit und Menge des Alkoholkonsums,
- Veränderung der Kompetenz mit risikanten Situationen umzugehen,
- Veränderung des Kenntnisstandes über die rechtlichen Hintergründe bzgl. minderjährigen Trinkens,
- Änderung bzgl. des Wissenstandes gesundheitlicher Folgen des Trinkens,



- Änderung in erfolgreichem Umgang mit Alkoholkonsum und darauf basierenden Problemen.

Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den verschiedenen Interventionen werden zu den Interventionsprozessen und -ergebnissen befragt. Hierbei wird auch die Zufriedenheit mit der Intervention und die Nutzbarkeit des neu erworbenen Standpunktes und Verhaltens erfragt.

Kontakt:

Pädagogische Hochschule Zürich
Department of Research
and Development
Public Health and Special Educational
Needs

Waltersbachstr. 5
CH-8090 Zürich

Ansprechpartner:

Walter Kern-Scheffeldt
walter.kern@phzh.ch
phzh.takecare@phzh.ch



III. TAKE CARE: Erwartungen und erste Ergebnisse

1. Ziele und Erwartungen

Der Evaluationsbericht wird die Wirkung der Maßnahmen im Vergleich zur Ausgangssituation beschreiben. Der Zugang zu Jugendlichen und die Diskussionen über Alkoholkonsum im Allgemeinen und den jugendlichen risikanten Konsum im Besonderen, die damit verbundenen Risiken und die gesetzlichen Rahmenbedingungen werden zunehmen. Diese genannten Aspekte sollen zu einer Verhaltensänderung in Richtung eines reduzierten Alkoholkonsums führen.

Es sollen Ergebnisse bezüglich der gewünschten Effekte bei den Zielgruppen dargestellt werden. Erwartet werden Verbesserungen im Hinblick auf Wissen, Einstellung und Verhaltensänderung im Umgang mit Alkohol. Alle vier Zielgruppen werden in Bezug auf die Gefahren von Konsum von alkoholhaltigen Getränken in jungem Alter sensibilisiert. Fälle von Alkoholkonsum Minderjähriger und Rauschtrinken sollen in der Altersgruppe der bis 16/18-Jährigen abnehmen. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 21 Jahren soll ein verantwortungsbewussterer Umgang mit alkoholischen Getränken erreicht werden.

Der Gruppe der Eltern und Angehörigen sollen die negativen gesundheitlichen Auswirkungen vom Alkoholkonsum im Allgemeinen und in Bezug auf Jugendliche im Besonderen bewusst sein. Sie werden für die rechtliche Grundlage zum Thema Alkoholkonsum Minderjähriger und ihre eigenen Verantwortlichkeiten sensibilisiert. Es wird ihnen ein Einblick in ihre eigenen kulturellen und sozialen Mechanismen vermittelt, die Alkoholmissbrauch nach sich ziehen und die Bedeutung ihrer eigenen Trinkgewohnheiten und ihre Verantwortung als Respektperson und Vorbild für Jugendliche werden reflektiert. Sie werden dahingehend geschult, wie sie mit dem Alkoholgenuß Minderjähriger umgehen sollen.

Schlüsselpersonen sollen nach dem Training in der Lage sein, Jugendliche mit Trinkproblemen zu identifizieren und motivierend auf diese einzuwirken, sich kritisch mit ihrem Alkoholkonsum auseinanderzusetzen.

Als diejenigen, die den Zusammenhang zwischen Jugendlichen und alkoholischen Getränken herstellen, werden Einzelhändler über die gesetzli-



chen Vorschriften in den jeweiligen Ländern und ihre sich daraus ergebenden Verantwortlichkeiten informiert. Ein besonderer Schwerpunkt soll auf junge Einzelhändler und Beschäftigte gelegt werden, die eine entsprechende Schulungsmaßnahme erhalten.

Ein neues, umfassendes und übertragbares Konzept TAKE CARE soll entwickelt werden. Dieses ist idealer Weise auf die jeweils unterschiedlichen kulturellen, sozialen und rechtlichen Gegebenheiten der Partnerländer abgestimmt. Das Abschlussmanual TAKE CARE gewährleistet, dass die praktisch erprobten Interventionsmaßnahmen in gleicher Struktur und Methodik auf andere Länder, Städte oder Stadtteile übertragen werden können.

Die Einbeziehung der Ergebnisse des RAR gewährleistet, dass eine europaweite, der jeweiligen Kultur angepasste



Übernahme dieses Modells und der Transfer des europäischen Wissensstand erfolgen kann.

Die Nachhaltigkeit von TAKE CARE wird bei erfolgreicher Evaluation über Transferveranstaltungen sichergestellt.

2. Good Practice und RAR

Der Mehrebenenansatz wurde unter Auswertung der identifizierten Best Practice Methoden in den zehn Ländern detailliert auf seine Übertragbarkeit für das europäische Projekt TAKE CARE geprüft. Gute Ideen wurden dabei integriert und notwendige Anpassungen der ursprünglichen Ansätze von SeM gemeinsam abgestimmt.

Die in den Ländern identifizierten Beispiele guter Praxis wurden beim Workshop II in Irland von den Präventionsfachkräften vorgestellt und diskutiert. Um die europäischen Ideen und Erfahrungen interessierten Fachkräften zur Verfügung zu stellen, wurden diese für die Homepage von TAKE CARE aufbereitet und dort veröffentlicht.

Die nachfolgende Tabelle bietet einen kurzen Überblick über die positiv bewerteten Projekte aus den Ländern.



Good Practice Projekte

	Projektname	Zielgruppe ¹			
		I	II	III	IV
Belgien	100 days	X			X
Dänemark	Parent – backup		X		
	Safe – Night Life	X			
	Social misunderstandings / Social exaggerations	X			
Deutschland	b. free	X			
	HaLT – Hart am Limit	X			X
	Alkohol? Jetzt lieber nicht!	X			X
Griechenland	Information and sensitisation on the implementation of measures regarding the provision of alcohol (under 18 years)				X
Irland	Club cork project / smart serve				X
	Putting the pieces together	X	X		
	Club4U	X		X	
	Strengthening families program for teens	X	X		
Portugal	Before you get burnt: University Peer Education	X		X	
	Decide yourself	X	X	X	
	Drinks – it's your decision	X			
Slowakei	Age matters				X
	Adventure Way of Upbringing – Manual for parents		X		
Slowenien	Alcohol? The adults can influence!	X	X	X	
Zypern	Safer Clubbing Intervention	X			
	Safe Alcohol Serving / Distribution				X

1 Zielgruppen:

I: Jugendliche, II: Eltern, III: Schlüsselpersonen und IV: Verkaufspersonal



Im Anschluss an diese Recherche haben alle Partnerländer eine Situations- und Bedarfsanalyse in ihren Ländern durch geführt. Als methodische Grundlage für diesen Arbeitsschritt wurde der sozialwissenschaftliche Ansatz des Rapid Assessment and Response – RAR – gewählt, der von Stimson et al. (2003) für die WHO entwickelt wurde. Er dient dazu, komplexe Gesundheitsthemen und Verhalten innerhalb einer kurzen Zeit zu beurteilen. Auf Grundlage der gesammelten Daten können geeignete Programmmethoden und Interventionen erarbeitet werden.

In TAKE CARE folgt der RAR-Prozess verschiedenen Schritten: Sammlung bestehender Informationen, semi-strukturierte Interviews mit verschiedenen Vertretern der vier Zielgruppen über die Situation und ihre Vorstellung über effektive Interventionen, Fokusgruppen für die Diskussion inkonsistenter Informationen.

Das Ziel besteht darin zielgruppenspezifische Informationen zu erhalten, wie die Projektidee von TAKE CARE für den nationalen Gebrauch in den teilnehmenden Ländern angepasst werden muss.

Der große Vorteil dieses sozialwissenschaftlichen Ansatzes besteht darin,

dass durch die Durchführung von Befragungen erste Netzwerkstrukturen geschaffen werden, die später für die Implementierung der Interventionsmaßnahme genutzt werden können. Dieser Ansatz dient aber auch dazu, den Bedarf der Zielgruppen zu erfahren, von den guten Ideen der Interviewpartner zu profitieren und sich abzeichnende Stolpersteine im Blick zu halten.

Als Ergebnis des RARs¹ in TAKE CARE ist festzuhalten, dass grundsätzlich für alle Projektpartner eine Übernahme des entwickelten Mehrebenenansatzes (unter Berücksichtigung einiger weniger landes- und kulturspezifischen Anpassungen) möglich ist.

Zu den empfohlenen Anpassungen zählen insbesondere folgende Hinweise:

1. Alkoholkonsum ist in allen beteiligten Ländern fest verankert. Daher ist es bei der Implementierung von TAKE CARE notwendig, dass sich die am Projekt beteiligten Personen die individuellen, gesellschaftlichen,

1 Der komplette Bericht über die Ergebnisse des RARs steht als Download unter www.project-take-care.eu zur Verfügung.



sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Aspekte bewusst machen und sensibel damit umgegangen wird.

2. Der belgische Partner hat die Einrichtung von lokalen Steuerungsgruppen empfohlen, die den Prozess vor Ort begleiten. Hierbei sollten Präventionsexperten, Vertreter der Schlüsselpersonen und politische Entscheidungsträger beteiligt werden.
3. Besondere Bedeutung soll der lokalen Öffentlichkeitsarbeit als Anreiz zur Teilnahme am TAKE CARE-Projekt besonders für Verkaufsstellen und Schlüsselpersonen beigemessen werden.

Unter Berücksichtigung dieser und einiger weiterer kleiner landesspezifischen Anpassungen wird in der Pilotphase 2011 der Mehrebenenansatz TAKE CARE erprobt und evaluiert.

3. Homepage und Newsletter

Um alle Projekt- und Collaborating Partner und interessierten Fachkräfte über den aktuellen Stand des Projektes TAKE CARE zu informieren, wird sowohl die Homepage **www.project-take-care.eu** als auch der vierteljährlich erscheinende TAKE CARE-Newsletter angeboten. Hier sind neben den aktuellen Entwicklungen auch Berichte aus den Projektstandorten zu finden, die einen guten Einblick in die europäische Dimension der Arbeit im Mehrebenenansatz bieten. Der Newsletter kann kostenfrei über die Homepage abonniert werden.

Auf der Homepage sind darüber hinaus Berichte wie z.B. über die Ergebnisse des RARs und die für TAKE CARE relevanten Good Practice Projekte als Download verfügbar.



IV. TAKE CARE: Projektpartner

1. Projektträger

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht (LWL-KS) ist ein Teil des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe mit Sitz in Münster/Deutschland. Sie versteht sich als zentraler Knotenpunkt und Kompetenzzentrum rund um das Thema Sucht und Prävention in Westfalen-Lippe.



Ihr Leitgedanke ist, die vorhandenen Rahmenbedingungen für die gesellschaftliche Wiedereingliederung suchtkranker und gefährdeter Menschen optimal zu nutzen und stetig weiter zu entwickeln. Hierzu zählt neben der Beratung, Information und Weiterbildung im Bereich der Sucht- und Jugendhilfe insbesondere die Entwicklung von innovativen Projekten zu Prävention, Frühintervention, Sucht und Migration, Peer-Arbeit, Qualitätsentwicklung u.a.m.. Modellprojekte tragen zur Weiterentwicklung und Differenzierung der Drogen-, Sucht- und Jugendhilfe bei und werden

grundsätzlich wissenschaftlich begleitet und bewertet.

Die LWL-KS hat seit ihrer Gründung 1982 mehr als 35 regionale, nationale und internationale Modellprojekte initiiert und durchgeführt.

Kontakt:

LWL-Koordinations-
stelle Sucht
Warendorfer Str. 27
48145 Münster



Projektleitung:

Wolfgang Rometsch
wolfgang.rometsch@lwl.org

Projektkoordination:

Nadja Wirth
nadja.wirth@lwl.org

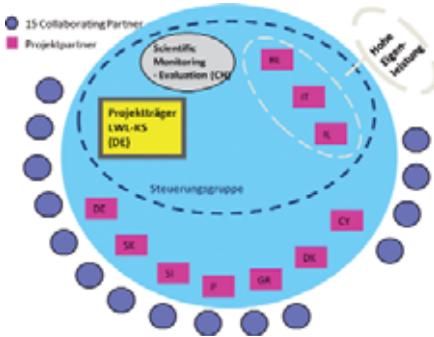


Projektassistenz:

Kathrin Horre
kathrin.horre@lwl.org



Im Projekt arbeiten mehr als 25 Einrichtungen aus Europa mit, die unterschiedliche Aufgaben erfüllen.



Im Folgenden werden die Partner in ihren Funktionen und mit entsprechenden Kontaktdaten aufgeführt.

2. Projektpartner

Die zehn assoziierten Partner im Projekt TAKE CARE sind ausgewiesene Träger der Präventionsarbeit, die auf einen großen Erfahrungsschatz auch in der Projektarbeit zurückgreifen können. Sie sind aufgrund dieser Fachkenntnisse und ihrer Arbeit in ihrem Land qualifiziert, den Mehrebenenansatz TAKE CARE zu implementieren und zu erproben. Darüber hinaus sind nahezu alle Projektpartner auch Mitglieder im europäischen Präventionsnetzwerk euro net.



Belgien

Centra voor Alcohol en andere Drugsproblemen vzw
 CAD Limburg vzw
 Weg naar AS 54/12
 B-3600 Genk
 Carlo Baeten, Projektmanager
 carlo.baeten@cadlimburg.be



Dänemark

SSP & Forebyggelse
 Skolegarde 39
 DK-6700 Esbjerg
 Steen Bach, Projektmanager
 seb@esbjergkommune.dk



Diakonie

Deutschland

Diakonisches Werk im
Kirchenkreis Herford
Fachstelle für Suchtvorbeugung
Hämeling Str. 10
D-32052 Herford
Barbara Geisler-Hadler,
Projektmanagerin
barbara.geisler-hadler@dw-herford.de



Griechenland

Organisation against drugs
OKANA
21, Averof str.
Gr-10433 Athens
Nikoletta Georgala, Projektmanagerin
ngeorgala@okana.gr



Irland

Health Service Executive
Health Promotion Department
Railway Street
IE-N/A Navan Co. Meath
Dr. Nazih Eldin, Projektmanager
nazih.eldin@hse.ie



Italien/Südtirol

Autonome Provinz Bozen-Südtirol
Amt für Jugendarbeit
Andreas-Hofer-Str. 18
IT-30100 Bozen
Klaus Nothdurfter, Projektmanager
klaus.nothdurfter@provinz.bz.it



Portugal

Instituto Europeu para o Estudo
dos Factores des Risco nas nas
Crianças e nos Adolescents
IREFREA Portugal
Urbanizacao Construr
lote 6-7° B
PT-3030-218 Coimbra
Fernando Mendes, Projektmanager
irefrea.pt@gmail.com



Slowakei

Prevenca V&P
c/o Research Institute of Child
Psychology and Pathopsychology
Sút'ažná 18
SK-821 08 Bratislava
Stefan Matula, Projektmanager
stefan.matula@gmail.com



Slowenien

Regional Public Health
Insitute Maribor
Prvomajska No 1
SI-2000 Maribor
Dr. Igor Krampac, Projektmanager
igor.krampac@zzv-mb.si



Zypern

Centre of Education about
Drugs and Treatment of
Drug Addicted Persons
KENTHEA
41 Eleftherias Avenue
CY-7107 Aradippou-Larnaka
Gavriella Gavriel, Projektmanagerin
psykana@cytanet.com.cy

3. Steuerungsgruppe

Um bei der Entwicklung und Umsetzung des Mehrebenenansatzes TAKE CARE allen kulturellen und nationalen Gegebenheiten gerecht zu werden, wurde eine Steuerungsgruppe mit Vertretern aus vier Ländern gegründet. Diese Gruppe dient u.a. dazu, verschiedene Sichtweisen, Meinungen und Standpunkte zu relevanten Entwicklungen und Entscheidungen bei der Projektumsetzung eng miteinander zu diskutieren und abzustimmen.

Die Steuerungsgruppe TAKE CARE setzt sich zusammen aus:

- Projektträger LWL, Deutschland:
Wolfgang Rometsch (Projektleiter)
Nadja Wirth (Projektkoordinatorin)
- CAD Limburg, Belgien
Carlo Baeten (Projektmanager)
- Amt für Jugendarbeit, Südtirol
Klaus Nothdurfter (Projektmanager)
- PHZH, Schweiz
Walter Kern-Scheffeldt (Evaluator)



4. Collaborating Partner

Zur fachlichen Unterstützung haben sich mehrere Einrichtungen und Organisationen aus ganz Europa bereit erklärt, im Projekt TAKE CARE den Status der Collaborating Partner einzunehmen.

Dies bedeutet in erster Linie, dass sie als Kooperationspartner beratend und unterstützend im Projektverlauf und u.U. bei einzelnen Workshops einbezogen werden.

Eine besondere Rolle spielen diese Collaborating Partner auch bei der Verbreitung und dem Transfer von TAKE CARE in die nicht im Projekt beteiligten Länder Europas.

Nachfolgend die Liste der Kooperationspartner:

Deutschland

Gesellschaft für technische
Zusammenarbeit – GTZ
Merle Achten
Potsdamer Platz 10
D-10785 Berlin

MISTEL SPI Forschung gGmbH
Prof. Dr. Wolfgang Heckmann
Wilhelm-Külz-Str. 8
D-39108 Magdeburg

Bundesministerium für Gesundheit
Gaby Kirschbaum
Friedrichstr. 108
D-10117 Berlin

Finnland

Prevnet Network
c/o A-Clinic Foundation
Teuvo Peltoniemi
Paasivuorenkatu 2a
FI-00530 Helsinki

The Mannerheim League for
Child Welfare
Seppo Soine-Rajanummi
Toinen Linja 17
FI-00530 Helsinki



Frankreich

Observatoire franc. des drogues
et des toxicomanies
Abdalla Toufik
3 Avenue du Stade de France
FR-93218 Saint Denis la Plaine Cedex

Luxemburg

Centre de prevention des toxicomanies
Thérèse Michaelis
8-10, rue de la Fonderie
L-1531 Luxembourg

Lettland

Educational Centre for Families and
Schools
Solvita Lazdina
Aizkraukles 14
LV-1006 Latvia

Niederlande

Tactus – Instelling voor
Verslavingszorg
Hans Keizer
Institutenweg 1
NL-7521 PH Enschede

Netherlands Institute of Mental Health
and Addiction (Trimbos-Instituut)
Franz Trautmann
Da Costakade 45
NL-3521 VS Utrecht

Österreich

Österreichische ARGE
Suchtvorbeugung
Christoph Lagemann
c/o Institut Suchtprävention pro mente
Hirschgasse 44
A-4020 Linz

Institut Suchtprävention pro mente
Herbert Baumgartner
Hirschgasse 44
A-4020 Linz

Polen

State Agency for Prevention of
Alcohol-Related Problems, Families
and Youth Department
Krzysztof Brzoska
Ul. Szancowa 25
PL-01-458 Warszawa

Rumänien

National Anti-Drug Agency
Catalina Niculae
Bvd. Unirii 37
RO-030823 Bucharest

Schweden

Stockholms Läns Landsting
Stefan Sparring
SE-11281 Stockholm



V. Literaturhinweise

DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (DHS), (2010):

1. Factsheet: Alkohol und Jugendliche
2. Factsheet: Binge-Drinking und Alkoholvergiftung

HIBELL, B., GUTTORMSSON, U. et al., (2007):

The 2007 ESPAD Report
Substance Use Among Students in
35 European Countries.

KOLLER, G., RÖGL, N. (o.J.)

Risflecting. Grundlagen, State-
ments und
Modelle zur Rausch- und Risiko-
pädagogik.

*LANDSCHAFTSVERBAND WESTFA-
LEN-LIPPE, (2007):*

LWL-Koordinationsstelle Sucht
SeM – Sekundäre Suchtprävention
im Mehrebenenansatz für ausge-
siedelte Jugendliche - Handbuch

RABINOVICH, L., BRUTSCHER, P. et al., (2009):

RAND Europe

The affordability of alcoholic beve-
rages in the European Union
Understanding the link between
alcohol affordability, consumption
and harms.

*STIMSON, G.V. et al., Hrsg. WHO,
(2003):*

RAR-Review

an international review of rapid
assessments conducted on drug
use

*WORLD HEALTH ORGANIZATION
(WHO), (2008):*

Inequalities in young people's
health. HBSC international report
from the 2005/2006 survey

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht (LWL-KS) des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) begegnet dem wachsenden Suchtmittel- und Drogenmissbrauch und der großen Zahl von Abhängigkeitserkrankungen durch Information, Beratung, Qualifizierung und richtungsweisende, präventive Modellprojekte. Ihren Service nutzen vor allem die rund 900 Einrichtungen und Initiativen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe.



Die LWL-KS ist als Beraterin und Koordinatorin der Suchthilfe zentrale Ansprechpartnerin für Kommunen, Fach-einrichtungen, LWL-Kliniken, Elternkreise oder Gremien – insbesondere auf regionaler aber auch auf Bundes- und Europaebene. Die LWL-KS schult die Fachkräfte, erstellt praxistaugliche Arbeitshilfen, informiert über Forschungsergebnisse, aktuelle Gesetzgebung und moderiert die Kommunale Suchthilfeplanung.

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht qualifizierte seit ihrer Gründung 1982 mehr als 18.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfeeinrichtungen und -initiativen in Fort- und Weiterbildungen. Dazu gehören Workshops und Fachtagungen sowie die berufsbegleitende Vermittlung von Fachwissen: Die LWL-KS

bildet Beschäftigte in der Suchthilfe und angrenzenden Arbeitsfeldern unter anderem zu Suchtberatern oder Sozial-/Suchttherapeuten aus.

Die von der LWL-KS konzipierten und erprobten Modellprojekte sind ein Motor für die Weiterentwicklung der Suchthilfe und Prävention – nicht nur in Westfalen-Lippe. Die Projekte bringen fortschrittliche Impulse in Prävention, Beratung und Behandlung.



Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) arbeitet als Kommunalverband mit 13.000 Beschäftigten für die 8,5 Millionen Menschen in der Region. Der LWL betreibt 35 Förderschulen, 19 Krankenhäuser, 17 Museen und ist einer der größten deutschen Hilfezahler für Menschen mit Behinderung. Er erfüllt damit Aufgaben im sozialen Bereich, in der Behinderten- und Jugendhilfe, in der Psychiatrie und in der Kultur, die sinnvollerweise westfalenweit wahrgenommen werden. Die neun kreisfreien Städte und 18 Kreise in Westfalen-Lippe sind die Mitglieder des LWL. Sie tragen und finanzieren den Landschaftsverband, den ein Parlament mit 100 Mitgliedern aus den Kommunen kontrolliert.

LWL-KOORDINATIONSSTELLE

Sucht Fragen Sie uns
doch einfach.