



Health Programme
2008-2013

Together for Health



Strategien für einen
verantwortungsbewussten
Alkoholkonsum
bei Jugendlichen in Europa

PH Zürich



Pädagogische Hochschule Zürich
Abteilung Forschung und Entwicklung
Gesundheit und besondere pädagogische Bedürfnisse

Evaluation

TAKE CARE

Strategien für einen verantwortungsbewussten Alkoholkonsum bei Jugendlichen in Europa

Walter Kern-Scheffeldt
Esther Kirchhoff
Liliane Pfister
Michael Fraiss

November 2012

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

Dieses Dokument repräsentiert nicht die Sicht der Europäischen Kommission. Die Interpretationen und Meinungen sind ausschliesslich die der Autoren.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	5
Executive Summary	6
1 Ausgangslage	9
1.1 Gegenstand der Evaluation	9
1.2 Aufgabe der Evaluation	10
1.3 Fragestellungen	11
1.4 Struktur des Berichts	11
2 Praxis-Projekt TAKE CARE	12
2.1 Mehrebenenansatz mit Sozialraum-Orientierung	12
2.2 Interventionen	13
2.2.1 Jugendliche: ro.pe-Training©	13
2.2.2 Eltern: Homeparty	14
2.2.3 Schlüsselpersonen: Key-Training	14
2.2.4 Verkaufspersonal: First-Rate Retailer Tools	15
2.3 Umsetzung der Interventionen in den einzelnen Ländern	15
3 Methoden der Evaluation	17
3.1 Theoretische Fundierung und Ansatzpunkte	17
3.2 Quantitative Datenerhebung	17
3.3 Entwicklung des Instrumentariums und Ablauf der Datenerhebung	19
3.4 Evaluationsinstrumente	19
3.5 Datenauswertung	20
4 Evaluationsdesign und Stichprobenbeschreibungen	21
4.1 Ro.pe-Training©: Zielgruppe der Jugendlichen/ jungen Erwachsenen	21
4.1.1 Zugangswege zu den Jugendlichen	24
4.1.2 Die Selbstangaben der Jugendlichen bei Trainingsbeginn	24
4.1.3 Haupttätigkeit/Bildungsstand der Jugendlichen	25
4.1.4 Migrationshintergrund der Jugendlichen	26
4.1.5 Alkoholkonsum: Einteilung der Jugendlichen in Konsumgruppen, Summenwerte	26

4.2	Teilnehmende der Homeparties: Zielgruppe der Eltern	32
4.2.1	Zugangswege zu den Eltern	33
4.3	Teilnehmende der Key-Trainings: Zielgruppe der Schlüsselpersonen	33
4.4	First-Rate Retailer Tools: Zielgruppe Verkaufspersonal	37
4.5	Gesamthafte Beurteilung der Zielgruppenerreichung	39
4.5.1	Jugendliche	39
4.5.2	Eltern, Schlüsselpersonen und Verkaufspersonal	40
5	Ergebnisse	41
5.1	Reduziert sich bei den Jugendlichen der Alkoholkonsum in der Folge der ro.pe-Trainings®?	41
5.2	Wird die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen zum Alkohol gefördert? ...	45
5.2.1	Ist die Gesetzgebung bezüglich Alkoholkonsums bekannt und wird das Wissen gefördert?	46
5.2.2	Persönliche Haltung und Verpflichtung gegenüber dem Gesetz	47
5.3	Wird das Wissen über die Wirkungen und Risiken von Alkohol gefördert?	49
5.4	Wird die Kompetenz der Jugendlichen im Umgang mit riskanten Situationen, speziell im Umgang mit riskantem Alkoholkonsum, gefördert?	50
5.5	Werden die Eltern, Schlüsselpersonen und das Verkaufspersonal im effektiven Umgang mit riskantem Alkoholkonsum der Jugendlichen gestärkt?	51
5.6	Wie ist die Zufriedenheit der Trainingsteilnehmenden mit den Interventionen? ...	53
6	Länderspezifische Ergebnisse	54
6.1	Reduziert sich bei den Jugendlichen der Alkoholkonsum in der Folge der ro.pe-Trainings®?	55
6.2	Wird die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen zum Alkohol gefördert? ...	57
6.2.1	Ist die Gesetzgebung bezüglich Alkoholkonsums bekannt und wird das Wissen gefördert?	57
6.2.2	Persönliche Haltung und Verpflichtung gegenüber dem Gesetz	59
6.3	Wird das Wissen über die Wirkungen und Risiken von Alkohol gefördert?	62
6.4	Wird die Kompetenz der Jugendlichen im Umgang mit riskanten Situationen, speziell im Umgang mit riskantem Alkoholkonsum, gefördert?	63
6.5	Werden die Eltern, Schlüsselpersonen und das Verkaufspersonal im effektiven Umgang mit riskantem Alkoholkonsum der Jugendlichen gestärkt?	65
6.6	Wie ist die Zufriedenheit der Trainingsteilnehmenden mit den Interventionen? ...	67

7 Eckwerte und Empfehlungen	69
8 Anhang	73
8.1 Detaillierte Angaben zur Auswertung des Alkoholkonsums bei den Jugendlichen ..	73
8.1.1 Konsumgruppen	73
8.1.2 Summenwert	75
8.1.3 Differenzwerte und zusätzliche Auswertungen	76
8.2 Skalen und Item-Wortlaute	78
Impressum	83

Danksagung

Diese Veröffentlichung bezieht sich auf das Projekt TAKE CARE, das finanziell von der Europäischen Union im Rahmen des Programms Öffentliche Gesundheit 2008-2013 gefördert wurde. Für die Ermöglichung der vorliegenden Evaluationsarbeit danken wir der Europäischen Union und der Pädagogischen Hochschule Zürich.

Der Projekt-Steuerungsgruppe TAKE CARE danken wir für die inhaltliche Begleitung, insbesondere Herrn Klaus Nothdurfter, Amt für Jugendarbeit, Autonome Provinz Bozen-Südtirol, für die praxisorientierten Rückmeldungen.

Ein besonderer Dank für die organisatorische Unterstützung und die konstruktiv-fachlichen Diskussionen gilt der zentralen Projektkoordination der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Herrn Wolfgang Rometsch und Frau Nadja Wirth sowie ihrem Team.

Wir danken allen beteiligten Länderpartnern aus Belgien, Dänemark, Deutschland, Griechenland, Irland, Italien, Portugal, Slowakei, Slowenien und Zypern für die fruchtbare Zusammenarbeit.

Für die sorgfältige mündliche und schriftliche Übersetzungsarbeit danken wir Carsten Hinz und seinem Team.

Executive Summary

Ausgangslage

Im Verlaufe der letzten 15 Jahre hat sich in europäischen Ländern eine eigenständige jugendliche Trinkkultur ausgebildet, die sich von den Trinkkulturen der Erwachsenen unterscheidet. Während in der Welt der Erwachsenen Alkoholkonsum im Allgemeinen in den Alltag integriert ist, zeigen sich die Trinkmuster bei einem Teil der Jugendlichen in Form eines episodisch risikoreichen Alkoholkonsums.

Diese Form des risikohaften Trinkverhaltens im vulnerablen Entwicklungsalter von Kindern und Jugendlichen ist mit einer Vielzahl von negativen Konsequenzen assoziiert. Aus diesem Grund empfohlen sowohl die Weltgesundheitsorganisation anlässlich der Ministerkonferenz zu Jugend und Alkohol im Februar 2001 als auch der EU-Gesundheitsministerrat in seinen Empfehlungen zum Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen im Juni 2001, die Verbreitung und Häufigkeit von hoch risikoreichen Trinkgewohnheiten unter jungen Menschen deutlich zu verringern, Jugendliche über Alkohol besser aufzuklären und ein stützendes Umfeld zu schaffen.

Das europäische Modellprojekt TAKE CARE

Das Praxisprojekt TAKE CARE, das finanziell von der Europäischen Union im Rahmen des Programms Öffentliche Gesundheit 2008-2013 gefördert wurde, nimmt diese Problematik auf. Das Projekt richtet sich an junge Menschen der Altersgruppe 12 bis 21 Jahren, die durch riskanten Alkoholkonsum auffällig werden. Sie sollen sich ihres Trinkverhaltens bewusst werden, lernen Risiken abzuschätzen und damit umzugehen und motiviert werden, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren und sich an die jeweiligen nationalen Vorschriften, z.B. das Jugendschutzgesetz, zu halten. Die leitende These des Projekts ist es, dass Interventionen in einem umschriebenen sozialen Raum (Stadtteil, Kleinstadt, ...) mit einem systemischen Ansatz auf vier Ebenen und einem zeitlich erlebbaren Zusammenhang die präventive Wirkung verstärken. Daher werden die riskant konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Eltern und Schlüsselpersonen, die in besonderer Beziehung zu Jugendlichen stehen, sowie Angestellte in Geschäften, die Alkoholika verkaufen, einbezogen. Zur Erreichung des generellen Ziels sollen Jugendliche in ihrer Risikokompetenz geschult und Eltern durch eine Reflexion ihrer Haltung und die Vermittlung von Wissen in ihrer Erziehungskompetenz gestärkt werden. Schlüsselpersonen sollen unterstützt werden, den Alkoholkonsum Jugendlicher zu thematisieren und konstruktive Gespräche dazu zu führen. Das Verkaufspersonal soll informiert, motiviert und geschult werden, damit das Problem erkannt und den gesetzlichen Vorgaben entsprechend konsequent gehandelt wird. TAKE CARE setzt dabei schwerpunktmäßig verhaltensbezogene Maßnahmen um, insbesondere bei den Jugendlichen selber. Gleichzeitig werden durch die Interventionen beim Verkaufspersonal auch strukturelle, verhältnisbezogene Massnahmen integriert.

Mit einer Laufzeit von März 2010 bis November 2012 wurde dieser Ansatz modellhaft in zehn Ländern der Europäischen Union umgesetzt.

Daten und Methoden der Evaluation

Die Evaluation dieses Modellprojektes fokussierte die Wirkung des Projektes mit seinen vier Interventionen bei Jugendlichen, Eltern, Schlüsselpersonen und Verkaufspersonal. Messgrößen, die die Zielerreichung darlegen sollten, waren die Anzahl der erreichten Teilnehmerinnen und Teilnehmer, ihre Zufriedenheit mit den Interventionen sowie – als wichtigste Aussage – die Änderung von Einstellungen und Verhalten.

Die Evaluation stützte sich auf Fragebogen-Erhebungen in allen vier Zielgruppen der zehn beteiligten Länder¹. Die teilnehmenden Jugendlichen als Hauptzielgruppe wurden zu Beginn und zum Ende des ro.pe-Trainings[®] sowie rund drei Monate später befragt. Auch die Schlüsselpersonen wurden ungefähr drei Monate nach dem Key-Training nochmals befragt. Nachbefragungen wurden durchgeführt, um auf diese Weise mögliche Veränderungen zu erfassen. Eltern und das Verkaufspersonal wurden jeweils zum Abschluss der Intervention befragt.

Ergebnisse

Gemäss Projektantrag war vorgesehen insgesamt 1.550 Personen (400 Jugendliche, 500 Eltern, 150 Schlüsselpersonen und 500 Alkoholverkäufer) für die Teilnahme an den Interventionen zu gewinnen. Mit 1.690 erreichten Teilnehmenden (440 Jugendliche, 474 Eltern, 176 Schlüsselpersonen und 600 Verkäufer) konnten 9% mehr Personen für die Teilnahme am Projekt gewonnen werden als ursprünglich geplant.

Bei den Jugendlichen konnte der Alkoholkonsum insbesondere in der Gruppe der zu Trainingsbeginn als riskant konsumierend eingestuften Jugendlichen deutlich gesenkt werden. 45% von ihnen reduzierte Alkoholmenge und/oder Häufigkeit des Trinkens. Bei 33.6% blieb der Konsum auf meist niedrigem Niveau stabil. 21.5% tranken mehr, dies waren u.a. 12.8% unter 16-Jährige, die zum Nachbefragungszeitpunkt z.B. überhaupt mal 1-2 Gläser getrunken hatten.

Die Akzeptanz der nationalen Jugendschutzregelungen konnte bei den Jugendlichen verbessert werden. Die Bereitschaft, die Gesetze einzuhalten, war bei den anderen Zielgruppen nach den Interventionen auf einem hohen Niveau.

Die Zufriedenheit der Jugendlichen, der Eltern, der Schlüsselpersonen und des Verkaufspersonals mit den Interventionen war hoch.

Eltern, Schlüsselpersonen und das Verkaufspersonal konnten durch die Interventionen ihre Kompetenz im Umgang mit dem Alkoholkonsum Jugendlicher steigern.

1 Belgien, Dänemark, Deutschland, Griechenland, Irland, Italien, Portugal, Slowakei, Slowenien, Zypern.

Diskussion

Die Evaluation zeigte insgesamt, dass die entwickelten Interventionen und eingesetzten Methoden geeignet sind, um die Zielgruppen zu erreichen und sie in ihrer Kompetenz bezüglich des Umgangs mit jugendlichem Alkoholkonsum zu stärken. Die Interventionen konnten erfolgreich umgesetzt werden, teilweise mit kleinen Anpassungen der durchführenden Fachstellen. Der Mehrebenenansatz von TAKE CARE ist anspruchsvoll und komplex. Er fordert eine sorgsame Situations- und Bedarfsanalyse im gewählten Sozialraum und gute Kooperationen vor Ort. Ein fundiertes Projektmanagement und ausreichend personelle Ressourcen sind Grundvoraussetzungen. Durch die hohe Zufriedenheit mit den Interventionen ist zu erwarten, dass positive Mund-zu-Mund-Propaganda in der Folge der Interventionen unter Jugendlichen und Erwachsenen in dem definierten Sozialraum Einstellungen und Verhalten zum Alkoholkonsum im Sinne eines gesundheitsbewussteren Umgangs weiter fördern kann. Dazu ist jedoch eine nachhaltige Implementierung der Maßnahmen als kontinuierliches Angebot erforderlich. Vor diesem Hintergrund wurden im Manual gemeinsame Standards und Qualitätsleitlinien für TAKE CARE festgehalten.

1 Ausgangslage

1.1 Gegenstand der Evaluation

Der vorliegende Schlussbericht umfasst die Erkenntnisse, die während der wissenschaftlichen Begleitung des Praxis-Projekts „TAKE CARE – Strategien für einen verantwortungsbewussten Alkoholkonsum bei Jugendlichen in Europa“² durch das Evaluationsteam der Forschungsgruppe Gesundheit und besondere pädagogische Bedürfnisse der Pädagogischen Hochschule Zürich/Schweiz gewonnen wurden.

Der Ursprung des Praxisprojektes TAKE CARE liegt in einer mehrjährigen Entwicklung im Rahmen des EU-Aktionsplans zur Reduktion alkoholbedingter Schädigungen. Zwei grosse internationale Studien belegen diese Problematik des Alkoholkonsums im Jugendalter epidemiologisch: Die HBSC-Studie (2009/2010)³ zeigte, dass 21% der 15-Jährigen wöchentlich Alkohol konsumierten. Im ESPAD-Report (2011)⁴ gaben 45% der 15-Jährigen an, in den letzten 30 Tagen erhebliche Mengen Alkohol konsumiert zu haben.

Hinter diesen epidemiologischen Zahlen stehen konkrete Probleme: So konsumieren Kinder und Jugendliche im öffentlichen Raum und es entstehen Ruhestörungen, Vandalismus und Gewalt. Des Weiteren folgen erhebliche akute gesundheitliche Beeinträchtigungen durch den riskanten Alkoholkonsum. Der Konsumanstieg hat verschiedene Gründe: U.a. sind in den meisten europäischen Ländern die Preise für Alkoholika massiv gesunken, so dass eine grössere Menge Alkohol auch für Jugendliche erschwinglich ist (RAND, 2009)⁵. Die ungenügende Einhaltung der gesetzlichen Altersgrenzen von Seiten der Alkohol-Verkaufsstellen macht es den Jugendlichen zusätzlich leicht zu Alkohol zu kommen. So gaben 73% der Schüler an, es sei einfach Bier zu kaufen; bei Schnaps waren es 53% der Schüler (ESPAD, 2011).

Die konkrete Idee des Praxisprojektes TAKE CARE entstand an einem Arbeitstreffen im Rahmen des Europäischen Netzwerkes für praxisorientierte Suchtprävention euro net⁶. Die Grundidee war, auf der Basis bereits erprobter Einzelinterventionen bei verschiedenen Zielgruppen, durch eine Bündelung ein Mehrebenenprojekt zu planen. Diese Bündelung der Zielgruppen in einem gemeinsamen Sozialraum versprach eine höhere Wirksamkeit. Die Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverband Westfalen-Lippe übernahm als Projektträgerin die zentrale Leitung des internationalen Pilotprojektes, an dem sich zehn europäische Länderpartner beteiligten. Nebst ländereigenen Finanzmitteln wurde das Pilotprojekt vom Gesundheitsprogramm 2008-2013 der Europäischen Kommission gefördert.

2 siehe www.project-take-care.eu (Zugriff am 21.09.2012).

3 WHO European strategy for child and adolescent health and development. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009/2010.

4 ESPAD-Report, Substance Use Among Students in 36 European Countries, 2011.

5 RAND Europe (2009). The affordability of alcoholic beverages in the European Union. Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms. Verfügbar unter: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_rand_en.pdf (Zugriff am 26.09.2012).

6 siehe <http://www.euronetprev.org> (Zugriff am 21.09.2012).

In der Laufzeit von März 2010 bis November 2012 wurde das Projektmanual TAKE CARE erstellt, von den Länderpartnern erprobt, aufgrund der Rückmeldungen aus den Ländern und Zwischenergebnissen aus der Evaluation überarbeitet und schliesslich auf Projektende hin fertiggestellt. Die internationale Zusammenarbeit mit zehn Länderpartnern machte es möglich, im Projekt eine gemeinsame Basis auf EU-Ebene zu schaffen, um den Projektansatz nach der Pilotphase auch in anderen EU-Staaten umsetzen zu können.

Das Gesamtziel des Praxis-Projekts TAKE CARE ist die Reduzierung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Europa.

Diese Ziele sollen durch einen, wie oben erwähnt, sozialraumbezogenen Mehrebenenansatz erreicht werden. Die entwickelten Interventionen wenden sich einerseits an Jugendliche, aber auch an Eltern, an Schlüsselpersonen, die in bedeutsamer Beziehung zu den Jugendlichen stehen, sowie an Beschäftigte im Einzelhandel desselben Sozialraumes (kleinere Stadt, Stadtteil u.ä.). Hauptzielgruppe sind Jugendliche im Alter von 12 bis 21 Jahren, die vor dem gesetzlich festgelegten Mindestalter Alkohol konsumieren oder nach dem gesetzlich festgelegten Mindestalter durch riskanten Alkoholkonsum auffallen. TAKE CARE zielt darauf, den Alkoholkonsum vor dem festgelegten Mindestalter zu verhindern und einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol ab dem festgelegten Mindestalter zu fördern, um so das Risiko einer Alkoholabhängigkeit und damit verbundener gesundheitlicher Schädigungen sowie abweichenden Verhaltens zu minimieren. Jugendliche werden geschult, um ihre Risikokompetenz zu stärken. Eltern und Schlüsselpersonen erhalten Unterstützung, um eine klare und reflektierte Haltung gegenüber dem Alkoholkonsum der jungen Menschen zu entwickeln. Einzelhändler, Gastronomen und Kioskbesitzer sowie ihre Beschäftigten erhalten Informationen und Schulungen bezüglich alltäglicher Verkaufssituationen. Ein solcher Ansatz soll nicht nur den kritischen Alkoholgebrauch bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen selber senken, sondern auch Einfluss nehmen auf die sozialen und kulturellen Haltungen des Umfeldes der jungen Menschen gegenüber dem Alkoholkonsum, um das Hauptziel nachhaltiger zu erreichen.

1.2 Aufgabe der Evaluation

Das Evaluationsteam begleitete das Pilotprojekt ab Juni 2010 bis zum Schluss im November 2012. Die Aufgabe der Evaluation bestand darin, neben einer wissenschaftlichen Begleitung des Projektes, die Wirkung des umgesetzten Ansatzes zu erfassen und bestimmte Fragestellungen zu beantworten (siehe Kapitel 1.3).

Bei der Entwicklung des Befragungsdesigns und der Fragebögen wurden – gemäss einem partizipativen Ansatz – sowohl die Fachstellen der zehn Länder, die das Projekt umsetzten, einbezogen, wie auch die Interventionsteilnehmenden. Die folgenden Ausführungen stützen sich dementsprechend auf Gesprächsinhalte und Rückmeldungen der zehn Länderpartner wie auch auf die Auswertungen zu schriftlichen Fragebogenerhebungen in allen vier Zielgruppen aller zehn Länder.

Im Zentrum der Evaluation stehen die im Praxisprojekt formulierten Zielsetzungen sowie eine allgemeine Beurteilung der Zufriedenheit mit den Interventionen und dem Interventionsansatz. Daraus resultieren folgende Fragestellungen:

1.3 Fragestellungen

Die Fragestellungen, die für die Evaluation wichtig wurden, ergaben sich aus dem EU-Antrag des Praxisprojektes und lauteten wie folgt:

1. Wurden die Zielgruppen erreicht? Inwiefern und durch welche Zugangswege konnten die im TAKE CARE-Handbuch vorgesehenen Personen für die Interventionen gewonnen werden? (vgl. Kapitel 4.5)
2. Reduziert sich bei den Jugendlichen der Alkoholkonsum in der Folge der ro.pe-Trainings[©]? (vgl. Kapitel 5.1)
3. Wird die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen zum Alkohol gefördert? (vgl. Kapitel 5.2)
4. Wird das Wissen über die Wirkungen und Risiken von Alkohol gefördert? (vgl. Kapitel 5.3)
5. Wird die Kompetenz der Jugendlichen im Umgang mit riskanten Situationen, speziell im Umgang mit riskantem Alkoholkonsum, gefördert? (vgl. Kapitel 5.4)
6. Werden die Eltern, Schlüsselpersonen und das Verkaufspersonal im effektiven Umgang mit riskantem Alkoholkonsum der Jugendlichen gestärkt? (vgl. Kapitel 5.5)
7. Wie ist die Zufriedenheit der Trainingsteilnehmenden mit den Interventionen? (vgl. Kapitel 5.6)

1.4 Struktur des Berichts

Nach einem ausführlicheren Beschrieb des Praxisprojektes Take Care (Kapitel 2) und den Methoden der Evaluation (Kapitel 3), wird in der Stichprobenbeschreibung (Kapitel 4) bereits die erste Fragestellung beantwortet.

Die Darstellung der Evaluationsergebnisse wird anschliessend in zwei Teile gegliedert: Kapitel 5 beleuchtet die Ergebnisse aus einer übergeordneten Perspektive. In diesem Kapitel werden die zehn Länder als eine Gesamtgruppe betrachtet. Damit sind Antworten auf die Frage möglich, welche Wirkung durch das Projekt TAKE CARE aus der Gesamtsicht über alle zehn Länder hinweg erzielt werden konnten. Das Kapitel ist nach den oben dargestellten Fragestellungen gegliedert und fasst in den einzelnen Unterkapiteln die Antworten aus der Sicht aller jener Zielgruppen, die spezifisch bezüglich der entsprechenden Inhalte befragt worden waren.

Ein internationales Projekt wie TAKE CARE lebt davon, dass die Erprobung in verschiedenen länderspezifischen Kontexten stattfindet. Diese Unterschiede drücken sich auch in den länderspezifischen Ergebnissen aus. In Kapitel 6 werden die länderspezifischen Werte, die teilweise statistisch bedeutsam variierten, aufgeführt. Da es für die Evaluation jedoch nicht möglich war systematisch Voraussetzungs- und Umsetzungsunterschiede zu eruieren, werden diese Ergebnisse nicht interpretiert sondern für die interessierte Leserin und den interessierten Leser aufgeführt.

Empfehlungen und eine Schlussbilanz werden in Kapitel 7 formuliert.

2 Praxis-Projekt TAKE CARE

Das Praxisprojekt TAKE CARE besteht aus Interventionen für Jugendliche, Eltern, Schlüsselpersonen und Verkaufspersonal. Innovativ im europäischen Raum ist die Zusammenführung der verschiedenen Ebenen (sog. Mehrebenenansatz), die zeitlich nahe und konzentrierte Abfolge der einzelnen Interventionen und deren Anwendung in einem umschriebenen Sozialraum, mit dem Hauptziel, dadurch einen stärkeren und nachhaltigen Einfluss auf problematischen Alkoholkonsum junger Menschen zu haben.

2.1 Mehrebenenansatz mit Sozialraum-Orientierung

Das Projekt TAKE CARE ist als Mehrebenenansatz bezogen auf den Sozialraum eines jungen Menschen konzipiert⁷.

- **Mehrebenenansatz:** Im vorliegenden Projekt wird das Konzept des Mehrebenenansatzes verstanden als das gleichzeitige Umsetzen von Interventionen auf vier verschiedenen Ebenen bzw. in vier Zielgruppen – bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Eltern, Schlüsselpersonen der jungen Menschen und beim Verkaufspersonal. Dieser Ansatz bedient sich der Ergebnisse aus dem evaluierten deutschen Projekt ‚SeM – Sekundäre Suchtprävention im Mehrebenenansatz‘. Dabei wurde die Umsetzung durch eine qualitative ‚Best Practice‘ Analyse in allen teilnehmenden Ländern den lokalen Erfordernissen angepasst. Durch das Zusammenwirken der vier Ebenen ist beabsichtigt, eine möglichst hohe Effektivität bezüglich verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol und Reduktion riskanten Alkoholkonsums bei den teilnehmenden Aussiedlerjugendlichen zu erreichen. Es wird davon ausgegangen, dass die gleichzeitige Umsetzung verschiedener Ansätze mit gleicher Botschaft auf verschiedenen Ebenen Synergieeffekte auslöst und damit eine höhere Wirkung erreicht, als wenn ein Projekt nur auf eine Zielgruppe ausgelegt und umgesetzt wird⁸.
- **Sozialraum-Orientierung:** Um diese Wirkung zu erreichen, wird für das Projekt ein bestimmter Sozialraum ausgewählt – ein Stadtteil, ein Quartier oder eine Gemeinde/Kleinstadt. Es wird versucht, die Zielgruppen innerhalb dieses gewählten Sozialraumes zu erreichen, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass sich erreichte Wirkungen in den einzelnen Zielgruppen gegenseitig positiv beeinflussen.

7 Die unter 2.1 folgenden Textstellen stammen teilweise aus dem Endmanual zu TAKE CARE. Zum Zeitpunkt der Berichterlegung dieses Evaluationsberichts war nicht bekannt, in welcher Form das Manual TAKE CARE zugänglich sein wird. Wir bitten die Leserin/den Leser um Recherche.

8 Vgl. Beispiel für ein gut evaluiertes Projekt mit Mehrebenenansatz: <http://www.esski.ch/esski-1> (Zugriff am 08.10.2012).

2.2 Interventionen

TAKE CARE setzt sowohl verhaltensbezogene Interventionen als auch, strukturelle, verhältnisbezogene Massnahmen um.

Die verhaltensbezogenen Massnahmen zielen auf eine Sensibilisierung der Zielgruppen für problematische Anteile eines Verhaltens, auf das Vermitteln von Sachwissen, aufgrund dessen sich die eigene Haltung verändern kann, sowie auf die Unterstützung einer bewussten und verantwortungsvollen Entscheidungsfindung bezüglich eigener herausfordernder oder gar riskanter Situationen. Hauptziel ist es, bezogen auf den Alkoholkonsum die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen auf allen Ebenen (in allen Zielgruppen) zu stärken sowie eine Haltung zu unterstützen, die Alkoholkonsum ab dem gesetzlich festgelegten Mindestalter respektiert, aber auf verantwortungsbewussten und genussorientierten statt schädlichen Umgang zielt.

Im Folgenden werden die Interventionen in Anlehnung an das Manual in kurzen Zügen beschrieben.

2.2.1 Jugendliche: ro.pe-Training[©]

Das ro.pe-Training[©] ist ein suchtpreventives Gruppenangebot für junge Menschen zwischen 12 und 21 Jahren, die riskant Alkohol konsumieren. Das viertägige Training (in besonderen Fällen 2x2 Tage) mit Übernachtung, bringt Jugendlichen erlebnisbezogen den Umgang mit Risikosituationen nahe und hat zum Ziel, deren persönliche Kompetenz im Umgang mit Alkohol zu fördern. Dabei werden folgende Methoden eingesetzt:

- **Erlebnispädagogischer Teil/Risikokompetenztraining:** Wie der Name ro.pe-Training[©] schon andeutet, wird Klettern als erlebnispädagogisches Element eingesetzt. Nach dem Konzept des Erwerbs von Rausch- und Risikokompetenzen nach Koller (2007)⁹, sollen Risikoerfahrungen enttabuisiert und für die Alltags- und Lebensgestaltung nutzbar gemacht werden. Die Jugendlichen in Risikosituationen (mit Übungen auf dem Boden und beim Klettern, z.B. durch Abseilen von Felsen oder Klippen) angeleitet, bewusst ihre Gefühle zu erleben, die eigenen Grenzen kennenzulernen und dadurch sensibilisiert zu werden, ab welchem Punkt ein „kalkulierbares Risiko“ in eine „Gefahr“, in ein „unkalkulierbares Risiko“ umschlägt. Diese Erfahrungen werden reflektiert und in einem nächsten Schritt auf Situationen des risikohaften Alkoholkonsums übertragen. Damit beabsichtigt die Intervention, die Selbststeuerung bezüglich des Alkoholkonsums zu stärken sowie alternative Risikoerfahrungen zugänglich zu machen. Für diesen Teil des Trainings muss mit einem zertifizierten Klettertrainer zusammen gearbeitet werden (u.a. wegen der Haftung). Wenn Klettern nicht möglich ist, kann eine andere Risikosituation gewählt werden (z.B. Tauchen).

9 Koller, Gerald (2007). Erkenntnisse und Konsequenzen für die Praxis. In: Einwanger, Jürgen (Hrsg.) (2007). Mut zum Risiko. Herausforderungen für die Arbeit mit Jugendlichen. München.

- Psychoedukativer Teil: Mithilfe unterschiedlicher, möglichst interaktiver Vermittlungsmethoden setzen sich die Jugendlichen zunächst mit Sachthemen auseinander (z. B. Wissen zu Wirkungen und Risiken von Alkohol und gesetzlichen Regelungen). Dann werden Verbindungen zu ihrem persönlichen Umgang mit Alkohol hergestellt. Mittels dieser Informationen und Reflexion sollen Bewusstseinsprozesse bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen initiiert werden, die sich auf der Verhaltensebene des Alkoholkonsums positiv auswirken können.
- Wahrnehmung der Umwelt (handlungsorientierte Wahrnehmungsübung): Über selbst gemachte Fotos und/oder Kurzvideos zeigen Jugendliche einander Entdeckungen zum Thema „Dies in meiner Umgebung hat mit Alkoholkonsum zu tun“. Wenn es die technischen Voraussetzungen erlauben, können die Fotos bzw. kurzen Filme bei YouTube oder Facebook eingestellt werden.

Der zentrale Kern des methodischen Ansatzes liegt darin, dass mit den Jugendlichen und jungen Erwachsenen über das Thema Alkohol nicht in moralisierender Art kommuniziert wird, sondern das Bedürfnis nach Risikoerleben im Klettertraining aufgenommen und in offenen Gesprächen in der Gruppe in Bezug auf Alkohol reflektiert wird.

2.2.2 Eltern: Homeparty

Bei der Homeparty laden Eltern andere Eltern (Freunde, Bekannte, Nachbarn) und eine Fachkraft der Suchtprävention zu sich nach Hause ein. Neben der Vermittlung von Sachwissen (Wirkungen und Risiken von Alkoholkonsum, Gründe für Konsum, gesetzliche Regelungen zum Jugendschutz) geht es unter Zuhilfenahme interaktiver Methoden darum, die Haltung der Eltern zum Thema Konsum und ihre Vorbildrolle zu reflektieren sowie die Handlungskompetenz zu fördern, um mit dem Alkoholkonsum Jugendlicher konstruktiv und effektiv umzugehen (Gesprächsführung über Alkoholkonsum, Grenzen setzen). Als niedrigschwellige Intervention, die auf der Idee der Tupperware-Partys basiert, bewährte sich diese Methode auch für Eltern, die durch herkömmliche Ansätze der Suchtprävention schwer zu erreichen waren.

2.2.3 Schlüsselpersonen: Key-Training

Das Key-Training ist ein Training für sogenannte „Schlüsselpersonen“. Schlüsselpersonen sind Personen, die Kontakt mit riskant konsumierenden Jugendlichen haben und von ihnen akzeptiert werden. Zu dieser Gruppe können Personen gehören wie z.B. Mitarbeiter aus Jugendzentren, Streetworker, Lehrer, ehrenamtlich tätige Schüler oder Trainer und Experten mit besonderem Schwerpunkt auf Jugendschutz. Das Ziel des Key-Training ist, dass die Schlüsselpersonen bei jungen Menschen eine kritische Auseinandersetzung mit Alkoholkonsum initiieren können und Jugendliche aus der Zielgruppe des ro.pe-Trainings[©] erkennen und ins Training vermitteln können.

Neben Sachthemen zu Abhängigkeit, Rauschmittel und Recht werden im Key-Training Grundzüge der Gesprächsführungsmethode Motivational Interviewing vermittelt. Für das vorliegende Projekt wurde diese Methode an die Bedürfnisse der Schlüsselpersonen angepasst.

2.2.4 Verkaufspersonal: First-Rate Retailer Tools

“First-Rate Retailer Tools” ist ein Training für Einzelhändler, die alkoholische Getränke verkaufen, und deren Verkaufspersonal. Dieses Training kann in Gruppen in Form einer Langintervention von 1-2 Stunden erfolgen, z.B. in Fachschulen oder Kursen für das Verkaufspersonal. Das Training kann aber auch individuell in Form von Kurz-Interventionen von 5 bis 30 Minuten für Besitzer oder Angestellte vor Ort in den Geschäften erfolgen.

Das Training vermittelt den Einzelhändlern Informationen über die Gesetzgebung sowie Werkzeuge zum Umgang mit Situationen, in denen Jugendliche alkoholische Getränke kaufen möchten. Die Verkäufer werden als Partner betrachtet, um die Ziele des Projekts zu erreichen: den Missbrauch von alkoholischen Getränken unter Jugendlichen zu reduzieren. Die Basishaltung gegenüber Verkäufern ist, dass dies nur mit ihrer Hilfe erreicht werden kann.

2.3 Umsetzung der Interventionen in den einzelnen Ländern

Das Praxis-Projekt TAKE CARE wurde in zehn europäischen Ländern durchgeführt.

Dies waren:

- Belgien: Centra voor Alcohol- en andere Drugsproblemen (CAD), Limburg.
- Dänemark: SSP & Forebyggelse, Esbjerg Kommune.
- Deutschland: Diakonisches Werk im Kirchenkreis Herford.
- Griechenland: Organisation Against Drugs OKANA, Athen/Kos.
- Irland: Health Service Executive Health Promotion Department, Navan/Co. Meath.
- Italien: Amt für Jugendarbeit, Autonome Provinz Bozen-Südtirol, Bozen/Brixen.
- Portugal: Instituto Europeu para o Estudo dos Factores de Riscos nas Crianças e nos Adolescentes IREFREA, Coimbra.
- Slowakei: Research Institute for Child Psychology and Pathopsychology, Prevencia V & P, Bratislava.
- Slowenien: Regional Centre of Public Health and Health Promotion, Maribor.
- Zypern: Centre of Education about Drugs and Treatment of Drug Addicted Persons, Kentheia, Paphos.

Für das Modellprojekt wurde von der Projektkoordination unter Beteiligung der Länderpartner ein erster Entwurf des Handbuchs erarbeitet. Darin waren das Konzept des TAKE CARE-Projektes und dessen Umsetzung beschrieben. In Workshops wurden die Fachpersonen der Länderpartner in den verschiedenen Methoden der Interventionen geschult. Um das Projekt jedoch an den Bedingungen vor Ort anzupassen und erfolgreich umzusetzen wurden mittels der Methode RAR (Rapid Assessment and Response) Interviews geführt. RAR ist ein Instrumentarium geeignet im Bereich der öffentlichen Gesundheit Problemstellungen rasch zu untersuchen, um Grundlagen für mögliche Interventionen zu erlangen.

Durch das Manual und die gemeinsame Schulung wurde eine gemeinsame Basis geschaffen, um das Projekt in ähnlicher Weise umzusetzen.

Aus verschiedenen Gründen gab es in der Umsetzung der Interventionen in den einzelnen Ländern jedoch auch Unterschiede. Auffallende Unterschiede in der strukturellen Umsetzung der Interventionen, z.B. bezüglich der Zeiteinteilungen für bestimmte Interventionsteile oder bezüglich des Ortes, wo die Interventionen durchgeführt wurden, werden in der Stichprobenbeschreibung in Kapitel 4 dargestellt.

Daneben wurden aber auch Unterschiede deutlich, die durch die Komplexität des Projektes und die begrenzten Ressourcen der Evaluation nicht systematisch erfasst werden konnten. Im Folgenden werden einige Unterschiede dargestellt, welche die Umsetzung der Interventionen beeinflusst haben dürften:

- In einigen Ländern bestanden bereits zu Beginn von TAKE CARE Instrumente und Kampagnen, die weitgehend die gleichen Ziele verfolgten wie z.B. das Firstrate Retailertool.
- Die Wahl des Sozialraumes machte bedeutsame Unterschiede für die Merkmale der rekrutierten Zielpersonen.
- Die Reihenfolge in der Umsetzung der Interventionen begründete teilweise die Unterschiede in der Rekrutierung der einzelnen Zielgruppen. Dies betrifft die Frage, welche bereits erreichte Zielgruppe den Zugang zu welcher anderen Zielgruppe eröffnete.
- Innerhalb jedes Gruppenkurses entsteht eine spezifische und teilweise nicht vorhersehbare Dynamik. Diese Gruppendynamik beeinflusst die Umsetzung der Intervention mit. Beispielsweise waren einige Länder mit der Situation konfrontiert, dass Jugendliche im ro.pe-Training[©] Alkohol konsumierten. Wie die Präventionsexpertinnen und -experten mit dieser Situation umgingen, war beeinflusst von deren unterschiedlichen Haltungen und dem professionellem Hintergrund, insbesondere welche fachlichen Konsequenzen daraus gezogen wurden (z.B. Thematisierung, Verarbeitung, Abbruch des Trainings u.w.)

Fazit für die vorliegenden Auswertungen ist, dass durch diese Variation in der Umsetzung der Projektteile wie des Gesamtprojekts für die vorliegende Evaluation nicht von einem kontrollierten bzw. kontrollierbaren Design ausgegangen werden kann (siehe Kapitel 3.2).

3 Methoden der Evaluation

3.1 Theoretische Fundierung und Ansatzpunkte

Für die Evaluation werden zum einen etablierte Methoden sozialwissenschaftlicher Forschung berücksichtigt, um dem Anspruch an eine hohe Datenqualität gerecht werden und somit eine angemessene Beschreibung des evaluierten Gegenstandes erreichen zu können. Zum anderen ist die Evaluation TAKE CARE jedoch „praxisbezogen“ ausgerichtet, um den Gegebenheiten der teilnehmenden Länder sowie den Erfordernissen der unterschiedlichen Sozialräume angemessen Rechnung zu tragen.

Die Evaluation von TAKE CARE hat folgende Ansatzpunkte bzw. Funktionen¹⁰:

- Den zielorientierten Ansatz, bei dem der Fokus auf der Identifizierung von Programmzielen und einer Beurteilung der Zielerreichung liegt.
- Den partizipativen Ansatz, der durch den Einbezug der beteiligten/betroffenen Interessensgruppen (Stakeholder) charakterisiert ist.

Der Evaluationsprozess war durch die partizipative Gestaltung so angelegt, dass beispielsweise die Länderpartner einbezogen wurden in die Zusammenstellung der Fragebögen. Die Evaluation gab ihrerseits während des Projektverlaufs Rückmeldung, inwiefern die Zielgruppen erreicht wurden. In diesem interaktiven Prozess zeigte sich u.a. das Fehlen einer verbindlichen Definition des ‚riskanten Konsums‘ bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren und eine gewisse Beliebigkeit in der Auslegung dieses für die Zielgruppendefinition zentralen Begriffs.

3.2 Quantitative Datenerhebung

Wie soeben dargestellt, war die Herausforderung, ein Erhebungsdesign zu wählen, das trotz allem eine möglichst systematische Datenerfassung über die zehn Länder hinweg erlaubte. Es wurde deshalb entschieden, eine quantitative Erhebung von relevanten Informationen über eine Fragebogenbefragung durchzuführen. Diese Fragebogenerhebung ist die Grundlage der in diesem Evaluationsbericht dargestellten Ergebnisse¹¹.

Die Erhebung fand bei allen vier Zielgruppen des Projekts TAKE CARE in allen zehn beteiligten Ländern statt: Es wurden Jugendliche befragt, die das ro.pe-Training[®] besuchten, Eltern, die an einer Homeparty teilnahmen, Schlüsselpersonen mit besonderer Beziehung zur ortsansässigen Jugend, die im Key-Training geschult wurden und schliesslich Verkaufspersonal, welches mit den Materialien und Inhalten des First Rate Retailer Tools bekannt gemacht worden waren. Einzelne Zielgruppen gaben durch wiederholte Befragung im Längsschnitt Auskunft.

10 Vgl. Stockmann, 2007; sowie Fitzpatrick, J.L., Sanders, J.R., & Worthen, B.R. (2004). Program Evaluation: Alternative Approaches and Practical Guidelines. Boston u.a.: Pearson/Fitzpatrick.

11 Ein Zusatzprojekt mit qualitativer Erhebungsmethode wurde zusätzlich durch die PH Zürich finanziert, ist aber nicht Gegenstand dieses Evaluationsberichts und fliesst deshalb auch nicht ein.

Diese Methodologie wurde aus mehreren Gründen gewählt:

- Das quantitative, d.h. durch geschlossene Fragen in Fragebogenformat abgestützte Vorgehen erlaubte eine Informationserhebung in die Breite. Die Wirkung der Interventionen konnte so aus den unterschiedlichen Perspektiven der verschiedenen Zielgruppen untersucht werden. Die geschlossenen Fragen erlaubten einen relativ standardisierten und damit zwischen den Ländern vergleichbaren Gehalt der Aussagen.
- Die Komplexität des Projektansatzes, dessen Wirkung bezüglich aller vier Interventionen hatte untersucht werden wollen, verlangte nach einem einerseits schlanken und informativen Instrumentarium, das andererseits administrativ einfach handhabbar und sprachlich einfach umsetzbar war (z.B. hätte auch eine Rückübersetzung von offenen Textantworten den Aufwand und die Komplexität stark erhöht).
- Die Datenerhebung konnte nur durch Beteiligung der Interventionsleitenden durchgeführt werden. Diese „indirekte“ Erhebungsart erforderte es, ein Instrumentarium zu erstellen, das möglichst „testleiterunspezifisch“ ist, um zwischen den Standorten vergleichbare Aussagen zu erhalten.
- Eine offenere, weniger systematisierte Vorgehensweise in der Datenerhebung hätte die Kontrollierbarkeit des Erhebungsvorgangs und dadurch unter Umständen die Vergleichbarkeit nochmals geschmälert. Entscheidender war aber, dass der personelle bzw. finanzielle Aufwand für die Sprachübersetzung den finanziellen Rahmen gesprengt hätte. Die vorhandenen Mittel für die Evaluation verlangten nach einem möglichst kostengünstigen Verfahren, das möglichst wenig personalaufwändig sowohl in der Datenerhebung in zehn Ländern wie in der Datenauswertung war.

Insofern wird mit diesem Design und der Umsetzung der Datenerhebung (siehe folgendes Kapitel 3.3) deutlich, dass es sich bei der Evaluation TAKE CARE um die wissenschaftliche Begleitung eines Praxisprojektes, nicht aber um ein reines Forschungsprojekt mit solidem wissenschaftlichem Design handelt. So war es insbesondere aufgrund der beschränkten finanziellen und personellen Mitteln sowohl im Evaluationsteam wie vor allem bei den Länderpartnern vor Ort nicht möglich, ein Kontrollgruppen-Design besonders für die Stichprobe der jugendlichen Trainingsteilnehmenden umzusetzen.

Diese teilweise unkontrollierbare Ausgangslage wird in der Interpretation insbesondere der länderspezifischen Werte stets der Grundton sein. Um diese Interpretationsspielräume auszuloten, war es ein grosses Anliegen des Evaluationsteams, im kontinuierlichen Kontakt mit den Länderpartnern und der zentralen Steuerungsgruppe auf qualitativer Ebene vielfältige Rückmeldungen zu erhalten.

3.3 Entwicklung des Instrumentariums und Ablauf der Datenerhebung

Für den quantitativen Evaluationsteil wurden für alle Zielgruppen Fragebögen erstellt. Der partizipative Ansatz der Evaluation machte es zur Bedingung, diese Instrumente unter Mitsprache der beteiligten Länderpartner zu entwickeln. In einem der Projektworkshops vor Beginn der Projektimplementierung wurde deshalb ein Instrumentarium vorgeschlagen und besprochen sowie Ideen und Vorschläge der Länderpartner aufgegriffen. Gleichzeitig ermöglichte dieses Vorgehen es auch, die Länderpartner in der Organisation und Durchführung der Erhebung vor Ort zu schulen. Die entwickelten Fragebögen wurden anschliessend durch die Länderpartner in die jeweiligen Landessprachen übersetzt und in den Interventionen eingesetzt. Nach dem anonymisierten Ausfüllen wurden die Fragebögen durch die Teilnehmenden selber in Briefumschläge gesteckt und verschlossen, diese Briefumschläge von den Interventionsleitenden eingesammelt und an das Evaluationsteam der PH Zürich zur Auswertung gesandt.

Die Zusammenarbeit mit den Länderpartnern wie auch mit der zentralen Projektkoordination erwies sich als äusserst konstruktiv und produktiv. Es ist dem Einsatz der Länderpartner vor Ort zu verdanken, dass der Rücklauf insgesamt, insbesondere aber auch der Rücklauf in der Nachbefragung zufriedenstellend hoch ausgefallen ist.

3.4 Evaluationsinstrumente

Das Erhebungsdesign sah vor, die Auskünfte über Verhalten, Einstellungen und Wissen der Interventionsteilnehmenden und deren Veränderung per Selbstbericht zu erhalten.

Es war das Ziel, wo immer möglich theoretisch gestützte und empirisch validierte Instrumente auszuwählen, die zudem für alle Zielgruppen vergleichbar eingesetzt werden konnten. Die Instrumente sollten zu einem Kurzfragebogen zusammengefügt sein, der im Praxis-Alltag einfach einsetzbar war und nicht viel Zeit beanspruchte. Ein weiterer Anspruch lag darin, Instrumente auszuwählen, die verhaltensnah formuliert sind und dadurch ermöglichen, das tatsächliche Verhalten und insbesondere auch eine potentielle Verhaltensänderung sensibel abzubilden. Bei allem war wichtig, in der Sprache möglichst einfach zu bleiben, um auch den vermutlich stark variierenden Sprachfähigkeiten der Interventionsteilnehmenden gerecht zu werden.

Die ausgewählten und für diesen Evaluationsbericht relevanten Instrumente werden im Anhang, in Kapitel 8.1, im Detail vorgestellt, wobei sowohl die Herkunft der Instrumente wie auch deren Wortlaut und Antwortvorgaben dargestellt werden. Die entwickelten Kurzfragebögen wurden in den Längsschnitt-Befragungen zu grossen Teilen identisch eingesetzt.

Über die Aussagekraft und Validität solcher Selbstauskünfte besteht eine grosse Diskussion. Diese aufzugreifen würde jedoch den Rahmen dieses Evaluationsberichts sprengen. An einzelnen Stellen der Ergebniskapitel werden aber Argumente aufgenommen, die die Validität der Aussagen und mögliche Einschränkungen erwägen. Diese Sichtweise ist für die Interpretation der Ergebnisse unverzichtbar und betrifft in diesem Bericht v.a. die Selbstaussagen der Jugendlichen bezüglich deren Alkoholkonsums.

3.5 Datenauswertung

Bezüglich jeder Fragestellung wurde die Auswertung und Interpretation des quantitativen Datenmaterials in drei Schritten vorgenommen. Dieser Ablauf wird auch in der Darstellung der Ergebnisse im vorliegenden Bericht sichtbar:

- Die Datenlage wird zuerst bezüglich Mittelwertsausprägung und Streuung (Standardabweichung) bzw. bezüglich prozentualer Anteile über alle Länder hinweg deskriptiv dargestellt und verbal ausformuliert. Diese Ergebnisse und deren Interpretation finden sich hauptsächlich im Kapitel 5.
- Für Fragestellungen bezüglich Veränderungswerten zwischen Trainingsbeginn und Trainingsende (T1 zu T2) bzw. zwischen Training und Nachbefragung (T1 oder T2 zu T3) werden χ^2 -Tests und Varianzanalysen mit Messwiederholung beigezogen. Varianzanalytisch überprüfte Veränderungen werden im vorliegenden Evaluationsbericht dann berichtet und als praktisch bedeutsam gedeutet, wenn die Veränderung sowohl die inferenzstatistische Signifikanz ($\alpha < .05$) wie auch einen mittleren Grad der Effektstärke ($\eta^2 \geq .06$, vgl. Bortz, 2005, S. 259)¹² erreicht. Diese Ergebnisse und deren Interpretation finden sich ebenfalls hauptsächlich im Kapitel 5.
- In weiteren Auswertungsschritten werden die länderspezifischen Werte deskriptiv dargestellt. Teilweise wird mithilfe mehrfaktorieller Varianzanalysen untersucht, ob die Länderzugehörigkeit oder das Geschlecht (Zwischensubjektfaktoren), das Alter (Kovariate) oder andere Faktoren die Varianz in den Mittelwertsausprägungen bzw. in den Veränderungswerten ausmachen. Diese Ergebnisse und deren Interpretation finden sich für die Frage der Erreichung der Zielgruppen im Kapitel 4, für die weiteren Fragestellungen in den Kapiteln 5 und 6.

¹² Bortz, J. (2005). Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler (6.Aufl.). Heidelberg: Springer.

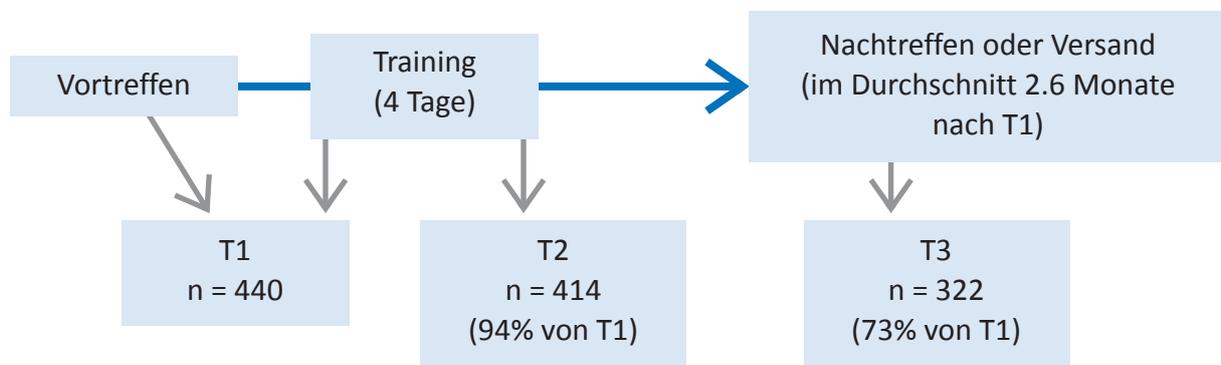
4 Evaluationsdesign und Stichprobenbeschreibungen

Im Folgenden wird das Erhebungsdesign jeder Zielgruppe aufgezeigt, Rücklaufzahlen und Stichproben beschrieben. Die Stichprobenbeschreibung wird bereits in diesem Kapitel detailliert für die einzelnen Länder aufgezeigt.

Mit diesen Angaben wird gleichzeitig die Frage beantwortet, inwieweit es den Länderpartnern gelungen ist, sowohl quantitativ wie auch bezüglich gewisser Stichprobenmerkmale die Zielgruppen zu erreichen, wie sie im Handbuch zum Praxisprojekt genannt wurden. Das Kapitel 4.5 zieht dazu Fazit.

4.1 Ro.pe-Training[©]: Zielgruppe der Jugendlichen/jungen Erwachsenen

Abbildung 1. Erhebungsdesign und Rücklaufzahlen in der Zielgruppe der Jugendlichen/jungen Erwachsenen¹³.



Die quantitative Zielgrösse gemäss Projektantrag bei der EU betrug 40 Jugendliche je Land, d.h. insgesamt 400 Jugendliche über alle 10 Länder. Diese Zahl wurde gesamthaft und in sieben von zehn Ländern erreicht oder überschritten (insgesamt 440 retournierte Evaluationsbögen zu Trainingsbeginn = 10% über der Zielgrösse), in drei Ländern knapp unterschritten (38 bzw. 39 Teilnehmende, vgl. Tabelle 1).

Die 440 Jugendlichen wurden gesamthaft in 38 Trainings betreut (vgl. Tabelle 1). Dies ergab eine durchschnittliche Teilnehmerzahl von 12 Personen je Training (Minimum: 4 Teilnehmende, Maximum: 20 Teilnehmende). Im Gesamttotal sowie in sieben der zehn Länder nahmen mehr junge Männer als junge Frauen an den Trainings teil. In Belgien waren die beiden Geschlechter recht gleichmässig vertreten, in Griechenland und Portugal überwiegen dagegen die jungen Frauen in den Trainings.

¹³ T1 = Fragebogenerhebung bei Trainingsbeginn oder Vortreffen;
T2 = Fragebogenerhebung bei Trainingsende;
T3 = Fragebogen-Nacherhebung, durchschnittlich 2.6 Monate nach Trainingsbeginn oder Vortreffen.

Tabelle 1. ro.pe-Trainings®: Anzahl durchgeführte Kurse und Rücklauf der Fragebögen bei T1, nach Land und Geschlecht.

Land	Anzahl Kurse	Verwertbare Fragebögen	Rücklauf T1	
			weiblich	männlich
Belgien	4	39	20	19
Dänemark	5	43	19	24
Deutschland	3	40	14	26
Griechenland	3	43	26	17
Irland	6	60	22	38
Italien	2	38	9	29
Portugal	5	49	29	20
Slowakei	3	43	15*	27*
Slowenien	4	46	15	31
Zypern	3	39	10*	25*
Gesamt	38	440	179*	256*

Hinweis: *Fehlende Angaben zum Geschlecht: Zypern 4 Personen, Slowakei 1 Person.

Gesamthaft war rund die Hälfte der Teilnehmenden jünger als 16 Jahre, also in allen beteiligten Ländern noch vor dem gesetzlichen Mindestalter für Alkoholkonsum. Über ein Drittel der Teilnehmenden war 16 bis 17 Jahre alt; in sechs der zehn Länder durften diese Jugendlichen bereits zumindest niederprozentigen Alkohol konsumieren. Rund ein Fünftel war 18 Jahre alt oder älter; ab diesem Alter durfte in allen beteiligten Ländern auch hochprozentiger Alkohol konsumiert werden. In allen drei Altersgruppen waren gesamthaft die jungen Männer stärker vertreten als die jungen Frauen (vgl. Tabelle 2).

Die Länder unterschieden sich allerdings darin, welche Altersgruppen in den Trainings vertreten waren (vgl. Tabelle 2, nicht inferenzstatistisch ausgewertet):

- Eher jüngere Teilnehmende: In Zypern, Deutschland, Griechenland, Italien und der Slowakei ist die Altersgruppe unter 16 Jahren anteilmässig höher vertreten als die andern Altersgruppen. In Zypern, Deutschland, Griechenland und Italien ist teilweise auch die Altersgruppe der 16 bis 17 Jährigen anteilmässig hoch vertreten; einzig in Italien nahmen auch wenige junge Erwachsene von 18 und mehr Jahren teil.
- relativ gleichverteilt über das Alter: In Portugal sind die beiden jüngeren Altersgruppen gleich stark vertreten, die älteste Gruppe etwas weniger stark. Dänemark konnte etwas mehr 16 bis 17 Jährige ansprechen als unter 16-Jährige sowie einen kleineren Anteil über 18-Jährige.
- eher ältere Teilnehmende: Belgien, Irland und Slowenien sind vor allem mit der Altersgruppe der 16- bis 17 Jährigen sowie der über 18-Jährigen vertreten.

Tabelle 2. Anzahl Jugendliche bei T1, nach Altersgruppe und Land.

Land	Gesetzliches Mindestalter für				
	jünger als 16 Jahre	16 bis 17 Jahre	18 Jahre und älter	niedrig-prozentigen Alkohol	hoch-prozentigen Alkohol
Belgien (n=39)	3	17	19	16	18
Dänemark (n=42)	13	21	8	16	18
Deutschland (n=40)	31	9	0	16	18
Griechenland (n=43)	28	15	0	18	18
Irland (n=60)	15	24	21	18	18
Italien (n=36)	22	8	6	16	16
Portugal (n=48)	19	18	11	16	18
Slowakei (n=42)	41	1	0	18	18
Slowenien (n=46)	8	23	15	18	18
Zypern (n=38)	22	16	0	17	17
Gesamt (n=434)	202 (47%)	152 (35%)	80 (18%)		

Hinweis: Bei 6 Jugendlichen konnte das Alter nicht eruiert werden.

Die Jugendlichen wurden zu drei Messzeitpunkten befragt. Eine erste Erhebung (T1) erfolgte bei Trainingsbeginn (teilweise auch an einem Vortreffen), eine zweite Erhebung (T2) unmittelbar am Ende der ro.pe-Trainings®. Die Nachbefragung (T3) erfolgte ein bis drei Monate nach Trainingsende (vgl. oben, Abbildung 1). Zur Zeitspanne der Nachbefragung ist Folgendes anzumerken: Der Beginn der Implementierungsphase lag im September 2011, mit einer Laufzeit bis Juni 2012. Dies schuf die Situation, dass die meisten Länder die ro.pe-Trainings® aufgrund der beginnenden kalten Jahreszeit auf die zweite Hälfte der Projektzeit verlegten, nämlich auf Frühjahr/Sommer 2012. Diese Zeitplanung verunmöglichte es, das ursprünglich auf 6 Monate geplante Zeitintervall zwischen T2 und T3 aufrechtzuerhalten. Der Längsschnitt verkürzte sich damit in der Regel auf eine zeitliche Distanz von ein bis drei Monaten zwischen Trainingsende und Nachbefragung.

Die Rücklaufquote von verwertbaren Evaluationsbögen war mit 94% bei Trainingsende (T2) und 73% in der Nachbefragung (T3) hoch (vgl. Tabelle 3).

Die insgesamt 26 fehlenden Evaluationsbögen bei T2 waren meist tatsächliche Abbrüche und nur in wenigen Fällen waren die erhaltenen Evaluationsbögen nicht verwertbar.

Die Rückläufe in der Nachbefragung variierten teilweise stark zwischen den Ländern. Dies war gemäss Aussagen der Länderpartner insbesondere auf die beginnende Ferienzeit zurückzuführen.

Tabelle 3. Jugendliche: Rücklauf der Fragebögen bei T2 und T3.

Land	Rücklauf T2		Rücklauf T3		männlich	weiblich
	verwertbare Fragebögen	Anteil im Vergleich zu T1	verwertbare Fragebögen	Anteil im Vergleich zu T1		
Belgien	38	97%	25	64%	15	10
Dänemark	40	93%	37	86%	19	18
Deutschland	39	98%	25	63%	8	17
Griechenland	43	100%	39	91%	25	14
Irland	54	90%	45	75%	13	32
Italien	37	97%	29	76%	7	22
Portugal	41	84%	36	73%	21	15
Slowakei	43	100%	41	95%	15*	25*
Slowenien	40	87%	39	85%	15	24
Zypern	39	100%	6	15%	4	2
Gesamt	414	94%	322	73%	142*	179*

Hinweis: *Fehlende Angaben zum Geschlecht: Slowakei 1 Person.

4.1.1 Zugangswege zu den Jugendlichen

Im Entwurfsmanual wurde vorgeschlagen, über Schlüsselpersonen den Zugang zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die durch ihren Alkoholkonsum auffielen, zu finden, z.B. über Streetworker, die die Jugendlichen in der Öffentlichkeit/in deren Freizeit ansprachen; über Institutionen wie (Kinder-)Krankenhäuser, Schulen oder Beratungsstellen; über einzelne, im Key-Training geschulte Menschen, die in besonderem Kontakt mit Jugendlichen standen (z.B. Trainer im Sportverein, Vertreter von (Kirch-)Gemeinden, Mitarbeiter in Freizeiteinrichtungen für Jugendliche); über Eltern, die über Öffentlichkeitsarbeit vom Angebot erfahren hatten.

4.1.2 Die Selbstangaben der Jugendlichen bei Trainingsbeginn (vgl. Tabelle 4)

machten nun deutlich, dass ein bedeutsamer Anteil der Jugendlichen über den institutionell-professionellen Zugang vermittelt worden war: Eine Mehrheit der Teilnehmenden (n=280) erfuhr durch ihre Schule vom Angebot, ein weiterer Teil über „andere Erwachsene“ (n=98), unter denen auf der einen Seite ebenfalls institutionell tätige Schlüsselpersonen zu vermuten sind, andererseits aber auch weitere Schlüsselpersonen außerhalb fester Institutionen, die u.U. an einem Key-Training geschult werden konnten. Offenbar zeigte aber auch die Mund-zu-Mund-Propaganda durch die teilnehmenden Jugendlichen bereits Wirkung, denn 58 Teilnehmende gaben an, durch Freunde oder andere junge Menschen vom Training erfahren zu haben. Eine kleine Minderheit gab an, durch die Eltern (n=14) oder Medien (Flyers, Zeitung, TV, ..., n=2) vom Angebot erfahren zu haben.

Tabelle 4. Wie die Jugendlichen vom ro.pe-Training[®] erfahren haben (Selbstangabe, Mehrfachnennungen möglich).

Land	über die Schule/am Arbeitsplatz	über andere Erwachsene*	über Freunde/ Gleichaltrige	über meine Eltern	durch Flyer, Facebook, Internet, TV, Zeitung, ...
Belgien	37	2	0	0	0
Dänemark	22	25	1	0	0
Deutschland	36	0	3	0	0
Griechenland	19	7	15	2	0
Irland	29	23	6	2	0
Italien	31	3	3	0	1
Portugal	37	10	2	0	0
Slowakei	35	2	1	4	0
Slowenien	17	19	6	4	0
Zypern	17	5	21	2	1
Gesamt	280	96	58	14	2

Hinweis: *Namentlich: Streetworker, Präventionsstelle, Sporttrainer, etc.

4.1.3 Haupttätigkeit/Bildungsstand der Jugendlichen

Von rund vier Fünftel der Jugendlichen-Stichprobe war die Haupttätigkeit bekannt. Angesichts der bedeutsamen Vermittlung über Schulen war nicht erstaunlich, dass fast alle Jugendlichen bei Trainingsbeginn angaben, eine Schule zu besuchen (allgemeinbildende Schule oder berufsbegleitende Berufsschule, in wenigen Fällen auch Universität): Dies traf für 191 Teilnehmende der Gesamtstichprobe unter 16 Jahre (94.6% dieser Altersgruppe), 127 Teilnehmende der Altersgruppe 16-17 Jahre (83.6%) sowie 61 junge Erwachsene über 18 Jahre (76.3%) zu. Nur sehr wenige Jugendliche, nämlich 8 Teilnehmende, verteilt über alle drei Altersgruppen, gaben an arbeitslos zu sein. Von einem Fünftel fehlte die Angabe über den aktuellen schulischen bzw. beruflichen Hintergrund.

Das Bildungsniveau während der obligatorischen Schulzeit konnte leider aufgrund des Frageformates nicht genügend eruiert werden. Für die nachobligatorische Schulzeit würden die Kategorienvorgaben zwar in einzelnen Ländern eine Unterscheidung von beruflicher Bildung (Berufslehre, Berufsschule) vs. allgemeinbildende Schule (Gymnasium) zulassen; angesichts dieser nicht durchgängigen Unterscheidungsmöglichkeit wurde im vorliegenden Evaluationsbericht aber auf die Bildungsvariable als Auswertungskriterium verzichtet.

4.1.4 Migrationshintergrund der Jugendlichen

Nur eine kleine Minderheit gab an, zuhause nebst der vorherrschenden Landessprache eine weitere Sprache zu sprechen (n = 31, d.h. 7% der Teilnehmenden bei T1; 8 Ländern betreffend, keine Personen aus Portugal und Slowakei). Mit diesem gewählten Frageformat konnte nicht abschließend entschieden werden, ob der Migrationshintergrund der Stichprobe valide abgebildet war und damit tatsächlich nur dieser geringe Anteil der Teilnehmenden von fremdländischer Herkunft war, oder ob ein anderes Frageformat einen andern Anteil aufgezeigt hätte. Im vorliegenden Evaluationsbericht wurde deshalb auf die Herkunftsvariable als Auswertungskriterium verzichtet.

4.1.5 Alkoholkonsum: Einteilung der Jugendlichen in Konsumgruppen, Summenwerte

An dieser Stelle wird der Alkoholkonsum der teilnehmenden Jugendlichen beschrieben, da dieser ein Kriterium darstellt, welche und inwiefern die Zielgruppe erreicht wurde. Diese Beschreibung erfolgt anhand von einer Einteilung in Konsumgruppen und der Auswertung von sogenannten Summenwerten (Beschreibung folgt weiter unten).

Die Zielgruppe der Jugendlichen wurde im Entwurfsmanual beschrieben als „Jugendliche, die durch riskanten Alkoholkonsum auffällig geworden sind“. Dies entspricht dem selektiv-präventiven Interventionsansatz des Projektes. Im Laufe des Projekts wurde jedoch klar dass sowohl auf Projekt- und Umsetzungsebene (d.h. im Manual) als auch auf wissenschaftlicher Ebene ungeklärt war, wie ‚riskanter Konsum‘ definiert ist¹⁴. Darauf legte die Projekt-Koordination altersspezifische Grenzen für risikoarmen bzw. riskanten Konsum vor¹⁵. Die Details finden sich im Anhang, Kapitel 8.1.1).

Die Evaluation übernahm diesen Definitionsvorschlag und teilte die an den ro.pe-Trainings[®] teilnehmenden Jugendlichen auf der Grundlage zweier Selbstangaben zu Trinkmenge und -häufigkeit¹⁶ in die drei Konsumgruppen abstinent lebende, risikoarm konsumierende und riskant konsumierende Jugendliche ein. Die Angaben zur Einteilung sind im Anhang, Kapitel 8.1.1 aufgeführt¹⁷. Abbildung 2 präsentiert die Häufigkeiten der drei Konsummuster bei Trainingsbeginn (T1), getrennt für die drei Altersgruppen.

14 Zum Zeitpunkt der Projektdurchführung bestand insbesondere für die Altersgruppen der 12 - 16/18 jährigen Jugendlichen keine Angaben seitens der WHO oder einer anderen Organisation, was ‚risikoarmer‘ oder ‚riskanter‘ Konsum bedeutete.

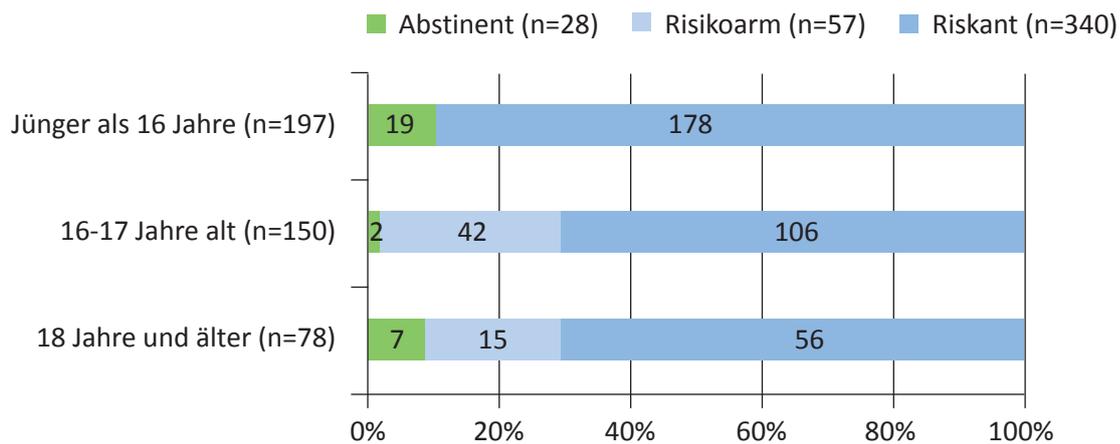
15 Im Laufe des Projekts wurde die Zielgruppen-Definition für die Jugendlichen nicht nur bezüglich des Alkoholkonsums präzisiert, sondern auch vorgeschlagen, sowohl das Rauscherleben wie auch weitere bio-psycho-soziale Merkmale (z.B. Schulschwierigkeiten, niedriger sozio-ökonomischer Status, Konsum illegaler Drogen, eigene seelische Erkrankung oder die einer wichtigen Bezugsperson) als Kriterium aufzunehmen. Im Fragebogen an die Jugendlichen wurden diese Merkmale nicht erfragt, weshalb sie in der vorliegenden Evaluation nicht berücksichtigt werden konnten.

16 Items aus: Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001). AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.

17 Einige Jugendliche konnten nicht zugeteilt werden, auf Grund fehlender nicht interpretierbarer Daten.

Es wurde deutlich, dass es den Interventionsleitenden der zehn Länder zu grossen Teilen gelungen war, riskant konsumierende Jugendliche für das ro.pe-Training[®] zu gewinnen: In der Altersgruppe der unter 16-Jährigen berichtete ein grosser Anteil von 90% der Jugendlichen ein Trinkverhalten, das als riskant definiert wurde. In der Altersgruppe der 16- bis 17-jährigen Teilnehmenden lag dieser Anteil bei 71%, bei den über 18-jährigen Teilnehmenden bei 72%. Gesamthaft ergab sich mit 340 Jugendlichen ein Anteil von 80% riskant konsumierender Jugendlicher in den Trainings.

Abbildung 2. Anzahl Jugendliche/junge Erwachsene der drei Konsumgruppen je Altersgruppe, Gesamtstichprobe bei T1 (n=425)¹⁸.



Hinweis: Wenige Jugendliche konnten aufgrund fehlender oder nicht interpretierbarer Angaben nicht zugewiesen werden.

Weitere teilnehmende Jugendliche berichteten bei Trainingsbeginn ein Trinkverhalten, das als risikoarm definiert wurde. Diese Konsumgruppe wurde für die beiden Altersgruppen ab 16 Jahren gebildet und umfasste bei den 16- bis 17-Jährigen 28% der Teilnehmenden, bei den über 18-Jährigen einen Anteil von 19%. Schliesslich war ein kleiner Anteil von Teilnehmenden zu verzeichnen, der bei Trainingsbeginn angab, keinen Alkohol zu trinken. Dies betraf 10% der unter 16-Jährigen, 1% der 16- bis 17-Jährigen sowie 9% der über 18-Jährigen. So wurden also insgesamt 20% der Teilnehmenden ins Training aufgenommen, obwohl sie gemäß Selbstan-gaben gar nicht durch riskanten Alkoholkonsum hätten aufgefallen sein sollen¹⁹.

18 Gesamtstichprobe = Alle Jugendlichen, die an der entsprechenden Fragebogenerhebung teilgenommen haben.
Längsschnittstichprobe = Alle Jugendliche, die an beiden Fragebogenerhebungen T1 und T3 teilgenommen haben.;
Stichprobe der riskant trinkenden Jugendlichen = Reduktion der Gesamtstichprobe auf jene Jugendliche, die bei Trainingsbeginn (T1) ein riskantes Konsummuster aufwiesen.

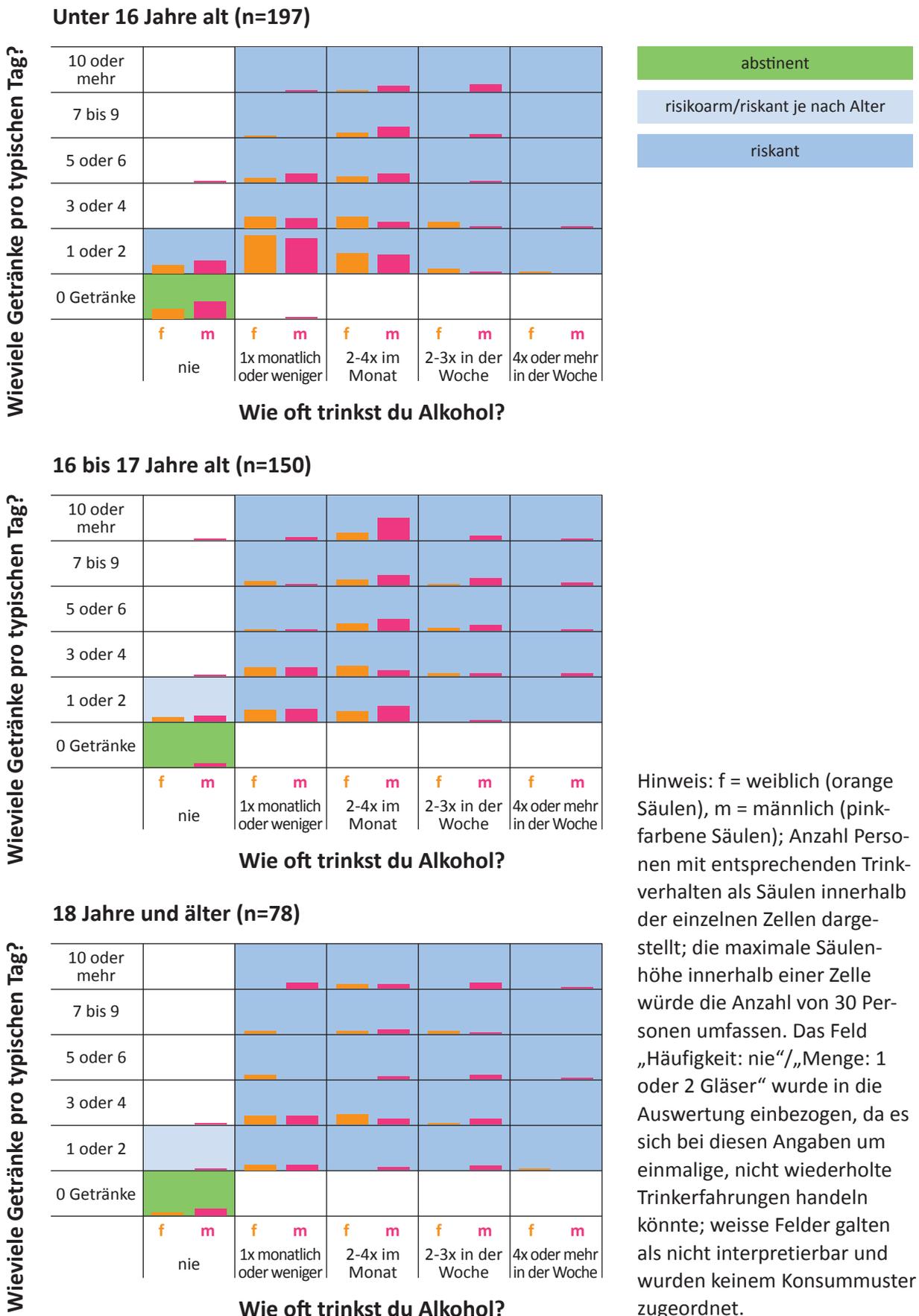
19 Die prozentualen Anteile der Längsschnitt-Stichprobe entsprachen bei T1 fast identisch den Anteilen in der Gesamtstichprobe. Somit konnte die Längsschnitt-Stichprobe bezüglich Alkoholkonsums bei Trainingsbeginn als repräsentativ für die Gesamtstichprobe betrachtet werden.

Kritisch bezüglich solcher Selbstangaben zum Alkoholkonsum ist anzumerken, dass Falschantworten vorkommen können, sowohl in Richtung von zu tiefen oder auch von zu hohen Angaben. Daraus können inkonsistente, sich widersprechende Aussagen entstehen. Solche Verzerrungen sind durch unterschiedliche Faktoren erklärbar, sei es aufgrund unklarer Vorstellungen über die eigenen Trinkmenge, aus Jux oder weil aufgrund eines persönlichen Hintergrundes (z.B. Religionszugehörigkeit) die Angabe von Alkoholkonsum selbst im Rahmen einer anonymisierten Umfrage in den Kontext eines streng geahndeten Regelverstosses gesetzt wird.

Die Länderpartner berichteten auf Nachfrage, dass es ihnen teilweise bewusst war oder im Verlaufe des Trainings klar geworden war, dass Jugendliche am Training teilnahmen, die wenig oder keinen Alkohol tranken, also nicht zur eigentlichen Zielgruppe gehörten. Die Interventionsleitenden entschieden sich aber diese Jugendlichen im Training zu behalten, da sich dahinter oft ein Peer-Effekt versteckte: Ein Freund oder eine Freundin des Jugendlichen hatte sie/ihn mitgenommen.

Abbildung 3 zeigt die Häufigkeiten einzelner Trinkverhalten bei Trainingsbeginn in detaillierter Form für die drei Altersgruppen und differenziert nach Geschlecht. Es wird sichtbar, dass die jungen Männer über alle Länder gesehen höheres Trinken berichten als die jungen Frauen: Die Felder in den Bereichen riskanten Konsums sind stärker von Männern (höhere pinkfarbene Säulen) als von Frauen (orange Säulen) besetzt. Die Darstellung zeigt auch den Befund, dass der Konsum bei den Trainingsteilnehmenden in den älteren Altersgruppen höher ist als bei den unter 16-Jährigen: Die Teilnehmenden über 16 Jahren verteilen sich relativ gleichmäßig über alle vorhandenen Felder; die Teilnehmenden unter 16 Jahren haben höhere Anteile in den Feldern links unten.

Abbildung 3. Selbstberichtete Trinkhäufigkeit und Trinkmenge an einem typischen Tag bei Trainingsbeginn (T1): Häufigkeit der Nennungen, für Gesamtstichprobe, getrennt nach Altersgruppe und Geschlecht.



Die folgende Tabelle 5 zeigt auf, wie sich die Teilnehmenden innerhalb der Länder auf die drei Konsumgruppen verteilten.

Tabelle 5. Häufigkeit der Konsumgruppen bei Trainingsbeginn (T1), nach Land.

Land	abstinent	risikoarm	riskant
Belgien	2 (5%)	10 (27%)	25 (68%)
Dänemark	0 (0%)	2 (5%)	41 (95%)
Deutschland	5 (14%)	4 (11%)	28 (76%)
Griechenland	0 (0%)	2 (5%)	40 (95%)
Irland	1 (2%)	6 (10%)	52 (88%)
Italien	13 (42%)	2 (7%)	16 (52%)
Portugal	2 (4%)	7 (14%)	40 (82%)
Slowakei	5 (12%)	0 (0%)	37 (88%)
Slowenien	0 (0%)	19 (41%)	27 (59%)
Zypern	1 (3%)	5 (13%)	33 (85%)
Gesamt	29 (7%)	57 (13%)	339 (80%)

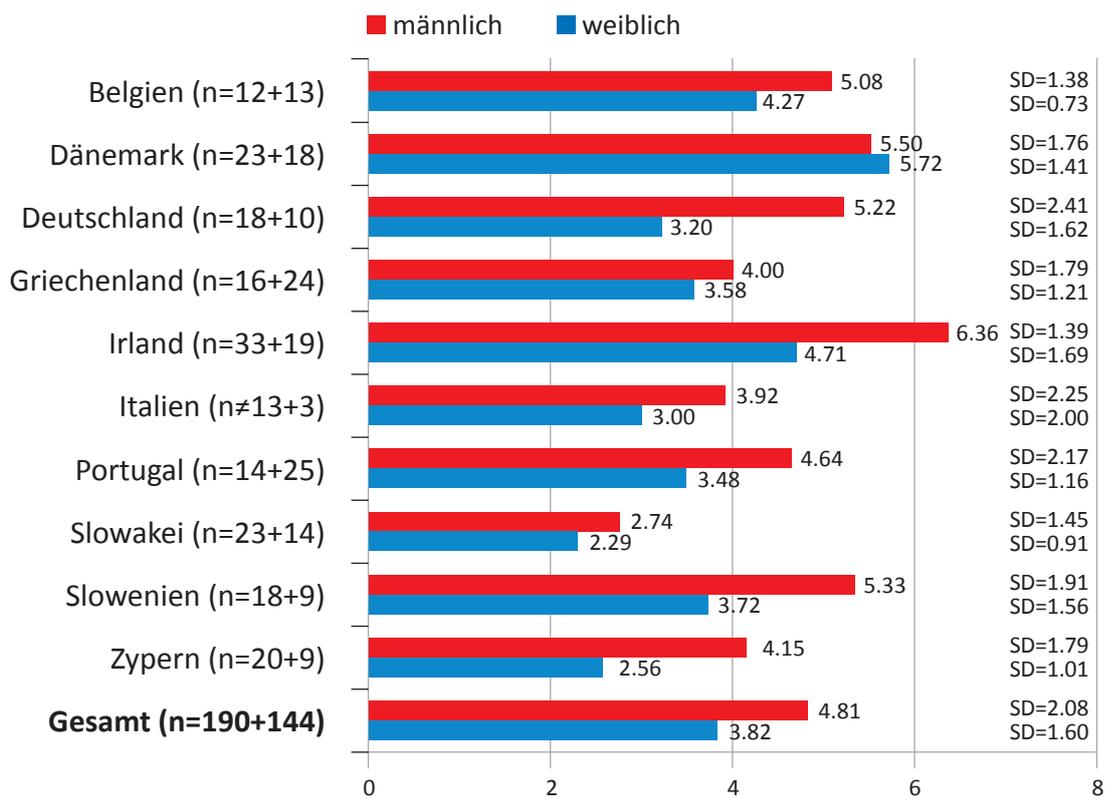
Hinweis: fett = korrigierte Residuen im χ^2 -Test über +2/unter -2 als Hinweise für bedeutsame Abweichungen einzelner Länder vom Gesamt-Prozentanteil.

Die Länder wichen bezüglich der Anteile der drei Konsummuster bei Trainingsbeginn signifikant voneinander ab (Gesamtstichprobe T1: $\chi^2(18) = 127.811$, $p < .001$): Mit sehr hohen Anteilen riskant trinkender Jugendlicher fielen Dänemark und Griechenland auf. Diese Konsumgruppe war hingegen in Italien und Slowenien vergleichsweise wenig vertreten. Belgien und Slowenien fielen ihrerseits mit vergleichsweise hohen Anteilen an Jugendlichen mit risikoarmen Konsum auf, Italien schließlich durch den vergleichsweise hohen Anteil an abstinent lebenden Jugendlichen. Somit gelang es den Ländern unterschiedlich gut, die Zielgruppe der riskant trinkenden Jugendlichen für das ro.pe-Training[©] zu gewinnen. Mögliche Gründe dafür sind in Kapitel 2.3 formuliert.

Es wird im Folgenden noch eine letzte Auswertungsweise des Trinkverhaltens eingeführt. Es geht um den sog. Summenwert des Trinkausmasses der pro Person über die beiden Items der Trinkhäufigkeit und Trinkmenge pro typischen Tag berechnet wurde (genauere Angaben im Anhang, Kapitel 8.1.2). Dieser Summenwert erlaubte es, das Ausmass des Trinkens in einem einzigen Wert zu beziffern und so ein einfaches Mass zu haben um die Variation zu erfassen und die Veränderung zu messen.

In der folgenden Abbildung 4 werden für die Hauptzielgruppe die riskant konsumierenden Jugendlichen die länderspezifischen Werte, getrennt für die jungen Frauen und die jungen Männer, dargestellt.

Abbildung 4. Summenwerte des Trinkverhaltens der riskant konsumierenden Jugendlichen (n=334), bei T1, nach Land und Geschlecht.



Hinweis: Die erste Zahl in Klammer ist die Stichprobengröße der jungen Männer, gefolgt von der Stichprobengröße der jungen Frauen.

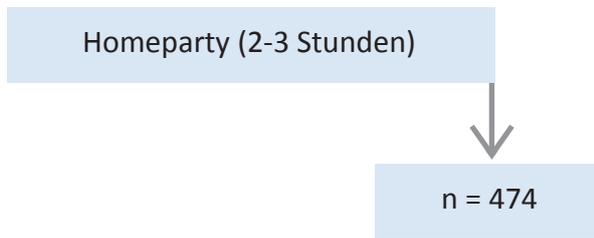
Die Mittelwerte und ihre Standardabweichungen in Abbildung 4 zeigen die relativ grosse Variation des Trinkausmasses, die bei Trainingsbeginn für die riskant trinkenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Vergleich der Länder untereinander und auch innerhalb der Länder bestand^{20,21}. Die varianzanalytische Auswertung ergab einen signifikanten und starken Haupteffekt der Länderzugehörigkeit ($F(9,313) = 7.199, p < .001, \text{partielles } \eta^2 = .171$) sowie einen signifikanten und aufgerundet mittleren Haupteffekt des Geschlechts ($F(1,313) = 19.005, p < .001, \text{partielles } \eta^2 = .057$): Es waren Dänemark und Irland, deren riskant trinkenden Trainingsteilnehmende durch höhere Trinkmengen hervorstachen. Die jungen Männer berichteten gesamthaft signifikant höheres Trinken als die jungen Frauen (dies auch innerhalb der einzelnen Ländern, mit Ausnahme von Dänemark). Die Kovariate Alter zeigt ebenfalls einen signifikanten Effekt mittlerer Stärke ($F(1,313) = 41.465, p < .001, \text{partielles } \eta^2 = .117$): Der Summenwert des Trinkens nahm mit dem Alter zu, d.h. die älteren Teilnehmenden tranken zu Trainingsbeginn bedeutsam mehr als die jüngeren Teilnehmenden.

20 Die Werte der Längsschnittstichprobe bei Trainingsbeginn sind im folgenden Kapitel abgebildet, das die Verhaltensveränderung zwischen Trainingsbeginn und Nachbefragung aufzeigt. In sieben der zehn Länder blieben bei Trainingsbeginn die Summen-Mittelwerte ähnlich hoch wie hier dargestellt, auch wenn man nur die Längsschnitt-Stichprobe einbezog. Einzig in Deutschland und Griechenland lagen für die Längsschnitt-Stichprobe die Summen-Mittelwerte bei Trainingsbeginn etwas tiefer. Dies lag daran, dass die Jugendlichen dieser Länder, die an der Nachbefragung teilnahmen, statistisch signifikant niedrige Summenwerte aufwiesen als deren Kolleg/innen, die nicht mehr teilnahmen.

21 Zusätzlicher Hinweis: Die Höhe des Summenwertes muss für die Einteilung in die Konsumgruppen altersspezifisch betrachtet werden. So berichteten beispielsweise die Teilnehmenden aus Slowenien durchschnittlich einen vergleichsweise hohen Summenwert; diese Teilnehmenden sind zu einem bedeutenden Anteil aber 18-jährig und älter; damit gilt das berichtete Trinkverhalten bei einem wesentlichen Anteil jungen Erwachsenen als risikoarm.

4.2 Homeparties: Zielgruppe Eltern

Abbildung 5. Erhebungsdesign und Rücklaufzahlen in der Zielgruppe der Eltern.



Die angestrebte quantitative Zielgröße der Eltern von 50 Eltern und anderer Angehöriger pro Land bzw. 500 Eltern gesamthaft wurde mit 474 Personen über alle Länder um 5% unterschritten. Die Anzahl Teilnehmenden pro Land variierte zwischen 26 und 80 Personen (vgl. Tabelle 6). Die durchschnittliche Teilnehmerzahl pro Homeparty betrug dabei 8 Personen.

Tabelle 6. Eltern an Homeparties: Anzahl durchgeführte Treffen und Rücklauf Fragebögen, je Land.

Land	Treffen		Rücklauf Fragebögen		
	Anzahl Homeparties	davon auf Einladung der Eltern in privaten Räumlichkeiten	Bögen	verwertbare Frauen	Männer
Belgien	5	0	50	31	19
Dänemark	5	3	50	36*	11*
Deutschland	8	5	80	63	17
Griechenland	7	5	52	46	6
Irland	6	0	36	31*	4*
Italien	6	0	26	20	6
Portugal	5	0	33	28	5
Slowakei	6	2	50	36	14
Slowenien	7	5	54	39	15
Zypern	4	4	43	43	0
Gesamt	59	24	474	373*	97*

Hinweis: *Fehlende Angaben zum Geschlecht: Dänemark 3 Personen, Irland 1 Person.

Das Durchschnittsalter der anwesenden Eltern betrug 44 Jahre (SD = 6 Jahre; Min. = 21 Jahre, Max. = 72 Jahre). 85% der anwesenden Eltern gaben an, in Partnerschaft zu leben, 10% sagten explizit, sie lebten nicht in Partnerschaft (beide Geschlechter in vergleichbaren Anteilen; 20 fehlende Antworten).

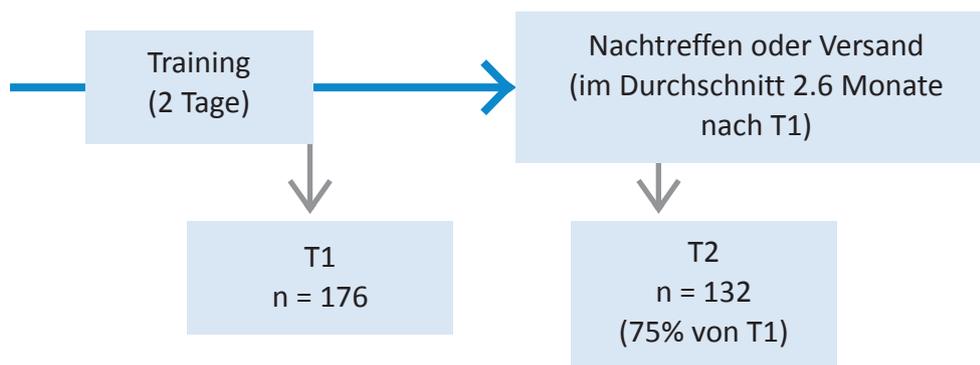
4.2.1 Zugangswege zu den Eltern

Gemäss Entwurfsmanual und entsprechend des Mehrebenenansatzes bestand die Zielgruppe aus Eltern, deren Kinder/Jugendliche am ro.pe-Training[®] teilnahmen. Die Hälfte der Länderpartner gab diesbezüglich eine Rückmeldung. Bei diesen Ländern gelang es es 27% Eltern von am ro.pe-Training[®] teilnehmenden Jugendlichen zu gewinnen.

Tabelle 6 zeigt ebenfalls die Häufigkeit, wie oft die Intervention originalgetreu gemäss Handbuch umgesetzt wurde, nämlich als Treffen, das auf Einladung von Eltern in deren privaten Räumen stattfand. Dies gelang insgesamt an 24 Treffen. In den andern 35 Treffen wurde zumindest ein strukturelles Element nicht eingehalten, sei es, dass die Einladung nicht von den beteiligten Eltern, sondern von der Fachstelle ausgesprochen worden war, oder sei es, dass die Durchführung an einem öffentlichen Ort war (z.B. Schulsaal, Räumlichkeiten der Fachstelle).

4.3 Teilnehmende der Key-Trainings: Zielgruppe der Schlüsselpersonen

Abbildung 6. Erhebungsdesign und Rücklaufzahlen in der Zielgruppe der Schlüsselpersonen.



Die angestrebte Zahl von 150 Teilnehmenden gesamthaft bzw. 15 Teilnehmenden je Land wurde mit 176 Personen über alle Länder um 17% übertroffen. Die Anzahl der Teilnehmenden je Land betrug minimal 14 Personen, wobei diese teilweise auf zwei Kurse verteilt am Key-Training teilnahmen.

Tabelle 7. Schlüsselpersonen im Key-Training: Anzahl durchgeführte Kurse und Rücklauf Evaluations-Fragebögen je Land, für Ende Training (T1).

Land	Anzahl Kurse	Rücklauf Evaluations-Fragebögen		
		Verwertbare Bögen	Frauen	Männer
Belgien	1	15	15	0
Dänemark	1	16	5*	10*
Deutschland	2	30	26	4
Griechenland	2	16	9*	6*
Irland	1	19	11	8
Italien	1	15	7*	7*
Portugal	2	19	17	2
Slowakei	1	15	9	6
Slowenien	1	14	14	0
Zypern	2	17	15	2
Gesamt	14	176	128*	45*

Hinweis: *Fehlende Angaben zum Geschlecht: Dänemark, Griechenland, Italien je 1 Person.

Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden betrug 37 Jahre (SD = 11 Jahre). Es bestand kein Altersunterschied zwischen Frauen und Männern.

Eine grosse Mehrheit der Teilnehmenden erfuhr durch eine Empfehlung an ihrem Arbeitsort vom Key-Training (vgl. Tabelle 8), während rund ein Drittel der Teilnehmenden (teilweise zusätzlich auch) über andere Personen ihres Umfeldes darauf aufmerksam gemacht wurden. Eine Minderheit lernte das Angebot über elektronische Medien wie Internet oder Facebook bzw. über TV oder Zeitung kennen.

Tabelle 8. Schlüsselpersonen: Ort der Kenntnisnahme vom Key-Training, je Land.

Land	Empfehlung am Arbeitsplatz	Empfehlung durch andere Personen	Internet, Facebook, TV, etc.	Zeitung, Zeitschrift	anderes
Belgien	12	3	0	1	0
Dänemark	10	2	0	1	2
Deutschland	6	16	0	2	2
Griechenland	8	7	2	2	1
Irland	18	0	0	1	0
Italien	5	8	0	2	4
Portugal	17	2	1	0	0
Slowakei	7	7	0	0	1
Slowenien	7	2	4	0	1
Zypern	15	1	0	0	0
Gesamt	105	48	7	9	11

Eine Mehrheit von 75% (n=134) gab in gleichem Sinne an, in beruflicher Funktion mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Kontakt zu kommen. Wesentlich kleiner war der Anteil von 27% (n=48) der Personen, die im Rahmen einer freiwilligen Tätigkeit mit Jugendlichen zu tun hatten.

In einer Nachbefragung (T2) wurde erhoben, welche Erfahrungen die Schlüsselpersonen mit der Umsetzung der gelernten Technik gemacht hatten. Diese Nachbefragung wurde im Durchschnitt 2.6 Monate nach dem Training (SD = 1.6 Monate, n =121) durchgeführt. Tabelle 9 zeigt die Rücklaufzahlen für die Nachbefragung, getrennt für die Länder.

Tabelle 9. Schlüsselpersonen im Key-Training: Rücklauf Fragebögen in der Nachbefragung (T2), je Land.

Land	Verwertbare Bögen	Rücklauf im Vergleich zu T1	Frauen	Männer
Belgien	11	73%	11	0
Dänemark	13	81%	4	9
Deutschland	23	77%	19	4
Griechenland	16	100%	9*	6*
Irland	12	63%	7	5
Italien	6	40%	2	4
Portugal	19	100%	17	2
Slowakei	13	87%	8	5
Slowenien	13	93%	13	0
Zypern	6	35%	5	1
Gesamt	132	75%	95*	36*

Hinweis: *Fehlende Angaben zum Geschlecht: 1 Person aus Griechenland.

Die Antworten in der Nachbefragung bestätigen nochmals das Bild, dass die im Modellprojekt geschulten Schlüsselpersonen hauptsächlich über den professionellen Rahmen mit jungen Menschen ins Gespräch über Alkoholkonsum kamen (vgl. Tabelle 10): Rund zwei Drittel der Antwortenden berichteten, dass sie im Rahmen ihrer Arbeitstätigkeit, und dabei eher im Rahmen von Einzelgesprächen, mit jungen Menschen in Kontakt kamen, um die Techniken des Motivational Interviewing anzuwenden. Rund ein Fünftel bis ein Viertel gab an, junge Menschen auch draussen auf der Strasse, im Park oder im Rahmen einer grösseren Freizeit-Veranstaltung angesprochen zu haben. Auch diese offenen, ungeplanten Begegnungen sind Teil des Konzepts von TAKE CARE, nämlich die Jugendlichen und jungen Erwachsenen im nicht-institutionellen Rahmen anzusprechen und wenn möglich den Alkoholkonsum zu thematisieren.

Tabelle 10. Erfahrungen der Schlüsselpersonen im Feld: Wo und wie kamen Sie nach dem Key-Training ins Gespräch mit jungen Menschen? (n=132 für 100%).

Ort der Begegnung	Häufigkeit
einzel, an meinem Arbeitsplatz	87 (66%)
draussen in kleinen Gruppen (2-4 Personen)	36 (27%)
draussen in grösseren Gruppen (> 4 Personen)	27 (20%)
draussen, einzeln (z.B. im Park, auf der Strasse)	22 (17%)
an einer Veranstaltung mit vielen Leuten (z.B. Party, Disco)	21 (16%)

Hinweis: Es waren mehrere Antworten möglich.

Weitere Analysen zeigen (hier nicht im Detail dargestellt), dass über die Hälfte der antwortenden Schlüsselpersonen im Zeitraum zwischen dem Key-Training und der Nachbefragung mit bis zu fünf jungen Menschen über deren Alkoholkonsum sprechen konnten, ein Viertel mit bis zu 10 jungen Personen und ein weiterer Viertel mit mehr als zehn jungen Personen. Gesamthaft wurde mehr mit jungen Männern denn mit jungen Frauen das Gespräch gesucht. Über drei Viertel der Schlüsselpersonen gaben an, Jugendliche angesprochen zu haben, die das Mindestalter für Alkoholkonsum noch nicht erreicht hatten; über ein Drittel der Schlüsselpersonen sprachen aber auch mit jungen Menschen, die dieses Alter bereits überschritten hatten.

Für rund die Hälfte der Schlüsselpersonen fielen die jungen Gesprächspartner nur zum Teil durch riskanten Alkoholkonsum auf.

Für die andere Hälfte der Schlüsselpersonen war zumindest in der Hälfte der Begegnungen oder sogar häufiger der riskante Alkoholkonsum der jungen Menschen Anlass zum Gespräch. Rund drei Viertel der Schlüsselpersonen konnten schliesslich bei bis zu fünf jungen Menschen das Interesse für das ro.pe-Training[®] wecken, ein Viertel sogar bei mehr als fünf jungen Menschen.

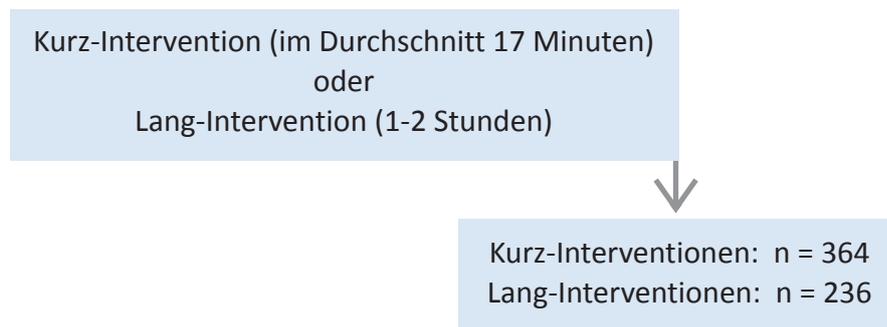
Leider wurde das Key-Training in den Ländern oft erst in der Mitte oder gegen Ende der Praxisphase durchgeführt, nachdem ein Teil der ro.pe-Trainings[®] bereits stattgefunden hatte. Somit konnten die Schlüsselpersonen zumindest für diese Projektlaufzeit nur zum Teil für die Rekrutierung von Jugendlichen genutzt werden.

4.4 First-Rate Retailer Tools: Zielgruppe Verkaufspersonal

Die Interventionen konnten als Kurz-Intervention direkt in den Geschäften vor Ort (kleine Geschäfte, Kioske, Gaststätten, Supermärkte, ...) oder als Lang-Intervention, im Rahmen eines ca. zweistündigen organisierten Trainings im Sinne einer Weiterbildung durchgeführt werden. Für diese beiden Interventionen wurden zwei Fragebogen-Formate entwickelt und von den Präventionsfachleuten unterschiedlich eingesetzt:

- Bei der Lang-Intervention füllten die Teilnehmenden per Selbstbericht die Langform des Fragebogens aus.
- Bei der Kurz-Intervention wurde eine Kurzform des Fragebogens verwendet. Dabei stellte die Präventionsfachperson die Fragen mündlich und notierte die Antworten der Teilnehmenden auf dem Bogen.
- War es aufgrund der Interventionssituation nicht möglich oder zumutbar, die Fragen zu stellen, füllten die Präventionsfachleute einzig das Formular aus, in welchem sie die besuchten Standorte beschrieben (Art des Geschäfts, Inhalt und Dauer der Intervention).

Abbildung 7. Erhebungsdesign und Rücklaufzahlen in der Zielgruppe der Einzelhändler bzw. des Verkaufspersonals.



Die angestrebte Zahl von 500 Teilnehmenden gesamthaft bzw. 50 Teilnehmenden je Land wurde mit 364 Personen per Kurz-Intervention und 236 Personen per Lang-Intervention um 20% übertroffen. Die Länder variierten darin, ob sie sich auf Lang- oder Kurz-Interventionen konzentrierten oder beides durchführten.

Tabelle 11 zeigt den Rücklauf der Fragebögen, getrennt für die Länder und für die beiden vorgegebenen Formate. Die Zielgruppe wurde etwas häufiger über Kurz-Interventionen denn über Lang-Interventionen erreicht. Die Länder unterschieden sich allerdings darin, welchen Typ von Interventionen sie durchführten: Deutschland und Zypern fokussierten hauptsächlich die Organisation von Lang-Interventionen in Gruppen. Belgien, Portugal und die Slowakei organisierten Lang-Interventionen und suchten die Zielgruppe auch in Kurz-Interventionen in den Geschäften auf. Dänemark, Griechenland, Irland, Italien und Slowenien suchten die Einzelhändler und das Verkaufspersonal hauptsächlich in Kurz-Interventionen direkt in den Geschäften auf.

Das Durchschnittsalter der weiblichen Teilnehmer lag in Lang-Interventionen bei 30 Jahren (SD = 12 Jahre), in Kurz-Interventionen bei 36 Jahren (SD = 12 Jahre). Das Durchschnittsalter der männlichen Teilnehmer lag in Lang-Interventionen bei 23 Jahren (SD = 9 Jahre), in Kurz-Interventionen bei 33 Jahren (SD = 12 Jahre).

Lang-Interventionen wurden in der Regel im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen in Geschäften oder von Schulstunden an Berufsschulen durchgeführt. In diesen Trainings konnte ein grosser Teil des Manual-Repertoires umgesetzt werden. In Lang-Interventionen war hauptsächlich Verkaufspersonal aus grösseren Einkaufszentren anwesend (über alle Länder: n = 131) sowie aus Pubs, Night clubs oder anderen Gaststätten (n = 81), vergleichsweise wenig aber Verkaufspersonal aus kleinen Geschäften wie Kiosken oder Tankstellen (n = 20).

Tabelle 11. Interventionen zu First-Rate Retailer Tools: Anzahl durchgeführte Trainings (im Sinne von Lang-Interventionen) und Rücklauf Evaluations-Fragebögen. Lang- und Kurz-Intervention, je Land.

Land	Anzahl	Verwertbare Evaluationbögen		Frauen*		Männer*	
		Lang-I.	Kurz-I.	Lang-I.	Kurz-I.	Lang-I.	Kurz-I.
Belgien	3	49	30	13*	11	35*	19
Dänemark	0	0	51**	0	--**	0	--**
Deutschland	2	72	0	41*	0	30*	0
Griechenland	1	7	44	3	12	4	32
Irland	0	0	51	0	25	0	26
Italien	1	4	57	2	30*	2	16*
Portugal	6	38	36	8	8	30	28
Slowakei	2	22	31	21	19	1	12
Slowenien	1	5	51	2	30*	3	20*
Zypern	2	39	13	30	3	9	10
Gesamt	18	236	364*	120	138*	114	164*

Hinweis: Lang-I. = Lang-Interventionen von 1 bis 2 Stunden; Kurz-I. = Kurz-Interventionen von 5 bis 30 Minuten. *Teilweise fehlende Angaben zum Geschlecht. **Leider auf der Post verloren gegangen, deshalb auch fehlende Angaben zum Geschlecht.

Kurz-Interventionen dauerten im Durchschnitt 17 Minuten (SD = 8 Minuten, Min. = 7 Minuten, Max. = 45 Minuten). Eher über Kurz-Interventionen erreicht wurde das Verkaufspersonal aus kleinen Geschäften (n = 69) sowie aus Gaststätten der diversen Art (n = 149); das Verkaufspersonal aus grösseren Einkaufszentren konnte ebenfalls teilweise noch über Kurz-Interventionen erreicht werden (n = 56). Dabei konnte das TAKE CARE-Repertoire aus dem Handbuch unterschiedlich häufig erläutert werden, nämlich das eigens geschaffene TAKE CARE-Material in 94% der Begegnungen (n=283), die Information über die länderspezifische Gesetzgebung bezüglich Alkoholkonsum in 85% der Begegnungen (n=257), und Informationen über Gesundheitsrisiken des Alkoholkonsums im Jugendalter und über Konsumtrends der Jugendlichen in

75% der Begegnungen ($n = 226$). Mögliche Umgangsweisen in schwierigen Verkaufssituationen konnten in 64% der Begegnungen erläutert ($n = 192$), allerdings nur bei 8 Personen (3%) in einem Rollenspiel exploriert und geübt werden. In 47% der Begegnungen schliesslich ($n = 143$) konnten alternative Massnahmen zur Vermeidung schwieriger Verkaufssituationen vorgestellt werden (Veränderung der Raumaufteilung, Preispolitik, Werbung u.s.w.).

Angestellte und Aushilfspersonen konnten relativ gleichverteilt in Kurz- wie Lang-Interventionen geschult werden ($n_{\text{Kurz}} = 185$, $n_{\text{Lang}} = 208$). Mit Eigentümern und Filialleiter/innen wurden zum grössten Teil Kurz-Interventionen durchgeführt (über alle Länder: $n_{\text{Kurz}} = 117$, $n_{\text{Lang}} = 17$).

4.5 Beurteilung der Zielgruppenerreichung

Den Interventionsleitenden der zehn Länder gelang es in drei von vier Zielgruppen, die im Modellprojekt angestrebte Zielgrösse zu erreichen und teilweise gar zu übertreffen. Bei der Zielgruppe der Eltern wurde die angestrebte Anzahl leicht unterschritten. Die quantitativen Zielsetzungen wurden also mehrheitlich erreicht, teilweise mit grossen Anstrengungen.

Innerhalb einzelner Zielgruppen bestanden verschiedene Kriterien, welche Personen vorzugsweise für die Interventionen gewonnen werden sollten. Zu diesen Kriterien werden im Folgenden ein paar Zwischenfazite gezogen:

4.5.1 Jugendliche

Gemäss des selektiv-präventiven Projektansatzes sollten für das ro.pe-Training[®] riskant trinkende Jugendliche und junge Erwachsene gewonnen werden. Im Verlauf des Projekts wurde der Begriff dafür geschärft, welcher Alkoholkonsum, bezogen auf Menge und Häufigkeit, in verschiedenen Altersstufen der Jugend und des jungen Erwachsenenalters als riskant bezeichnet werden könnte. Zu Projektende konnte festgestellt werden, dass es gemäss der vorläufigen Definition zu 80% gelungen war, riskant trinkende Jugendliche für das Training zu gewinnen. Die Angaben zum Alkoholkonsum beruhten dabei auf dem Selbstbericht der Jugendlichen.

In Vorgesprächen können sich die Interventionsleitenden ein besseres Bild über die Ausgangslage der Jugendlichen machen.

Gemäss Projektansatz sollten die Jugendlichen über verschiedene institutionelle wie nicht-institutionelle Wege für das Training gewonnen werden. Mithilfe des Mehrebenenansatzes, in dessen Rahmen auch Eltern und Schlüsselpersonen im Umgang mit dem Alkoholkonsum der Jugendlichen geschult werden, soll insbesondere der nicht-institutionelle Zugang gestärkt werden. Es begann sich zwar abzuzeichnen, dass Jugendliche zunehmend über Begegnungen in der Freizeit, z.B. an Abendveranstaltungen, im Jugendklub oder auf der Strasse für das Training gewonnen werden konnten, wie auch durch Mund-zu-Mund-Propaganda der Jugendlichen selbst. Dennoch überwog im Rahmen des Modellprojekts gesamthaft die Vermittlung über die Schule.

Das Praxisprojekt TAKE CARE zielt darauf, gemeindebezogen nicht nur die Institutionen wie Schulen und Fachstellen, sondern auch freiwillig Tätige und weitere Schlüsselpersonen im Umfeld der Jugendlichen in die Verantwortung zu nehmen und ihnen eine aktive Rolle in der Sensibilisierung für die Folgen des Alkoholkonsums zu geben. Damit ist das Projekt TAKE CARE auch dem Ansatz der Partizipation und des Empowerments verpflichtet. Dies ist in verschiedenen Kontexten noch ungewohnt und neuartig. Eine klarere Ablaufplanung innerhalb des Projekts, vor allem mit frühem Einsatz der Key-Trainings, dürfte mithelfen, diese Haltung bekannt zu machen und damit auch die Gewinnung der riskant trinkenden Jugendlichen über nicht-institutionelle Wege zu stärken.

4.5.2 Eltern, Schlüsselpersonen und Verkaufspersonal

Für die Homeparties sollen gemäss Projektansatz vor allem Eltern, deren Kinder Alkohol konsumieren, und hierin explizit auch Eltern, deren Kinder an den ro.pe-Trainings[©] teilnehmen, gewonnen werden. Für das Key-Training seinerseits besteht das Ziel, Schlüsselpersonen aus dem konkreten Umfeld der alkoholkonsumierenden Jugendlichen zu gewinnen, die, wie oben beschrieben, unter Umständen auch im nicht-institutionellen Rahmen mit den Jugendlichen in Kontakt kommen. Die Alkohol-Verkaufsstellen, die mit Hilfe der First-Rate-Retailer-Tools geschult werden, sollen schliesslich wenn möglich jene Orte sein, in welchen die Alkohol konsumierenden Jugendlichen verkehren. Diese Ausrichtung auf den Mehrebenenansatz mit Sozialraum-Orientierung ermöglicht es, dass die Jugendlichen nach dem Training in ein Umfeld zurückkehren, das die Botschaft des verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol – was auch Abstinenz vor dem Mindestalter für Alkoholkonsum bedeutet –, aber auch das Verständnis für Herausforderung und Risiko mitträgt. Die Evaluation ergab, dass zumindest für die Ebene der Eltern eine solche engere Verlinkung innerhalb des Sozialraumes stückweise gelungen war. Über die Verlinkung der anderen Ebenen bestehen nur mündliche Aussagen der Fachstellen: Durch teilweise explizite Nachfragen bei den Jugendlichen konnten diese Personen und Verkaufsstellen eruiert werden und diese wiederum teilweise durch Interventionen erreicht werden.

Die Innovation des Projekts TAKE CARE besteht im Mehrebenenansatz. Dabei soll über verschiedene Wege und Informationen eine Verdichtung der zu vermittelnden Haltung und Einstellung im Umfeld der Alkohol konsumierenden Jugendlichen erreicht werden. Diese veränderte Haltung dürfte es den Jugendlichen erleichtern, ihren Konsum verantwortungsbewusst zu regulieren und wenn nötig zu reduzieren.

Eine sorgfältige und fortlaufende Situationsanalyse ist Bedingung dafür, dass dieser Mehrebenenansatz gelingt, nämlich um im gewählten Sozialraum die tatsächlich bedeutsamen Personen zu finden. Das Nachfragen bei den Jugendlichen selber und die Vernetzung mit anderen lokalen Institutionen, Vereinen, Jugendverbänden und Peergruppen erleichtern das Auffinden und die Motivierung der Schlüsselpersonen, der Eltern und des Verkaufspersonals.

5 Ergebnisse

Die Hauptaufgabe der Evaluation bestand darin, die Wirkungen aller Massnahmen im Vergleich zum Ausgangspunkt zu beschreiben. Dies wird im Folgenden im Blick auf die Gesamtgruppe aller zehn Länder dargestellt. Die Ergebnisse beziehen sich dabei auf Einschätzungen der Interventionsteilnehmenden unmittelbar am Ende der Interventionen. Für die Zielgruppe der Jugendlichen und der Schlüsselpersonen lagen aber auch Veränderungswerte für die Zeit zwischen der Intervention bis zur Nachbefragung vor. Die Ergebnisse sind nach den oben angeführten Fragestellungen geordnet. Wenn nicht anders erwähnt, beziehen sich angeführte Mittelwerte auf ein vierstufiges Antwortformat von 1 (stimme gar nicht zu) bis 4 (stimme voll und ganz zu).

5.1 Reduziert sich bei den Jugendlichen der Alkoholkonsum in der Folge der ro.pe-Trainings[©]?

Ob das zentrale Projektziel, riskant trinkende Jugendliche zu einer Reduktion des Alkoholkonsums zu bewegen, erreicht werden konnte, wird im Folgenden anhand des selbstberichteten Trinkverhaltens der Jugendlichen bei Trainingsbeginn im Vergleich zum Trinkverhalten bei der Nachbefragung untersucht.

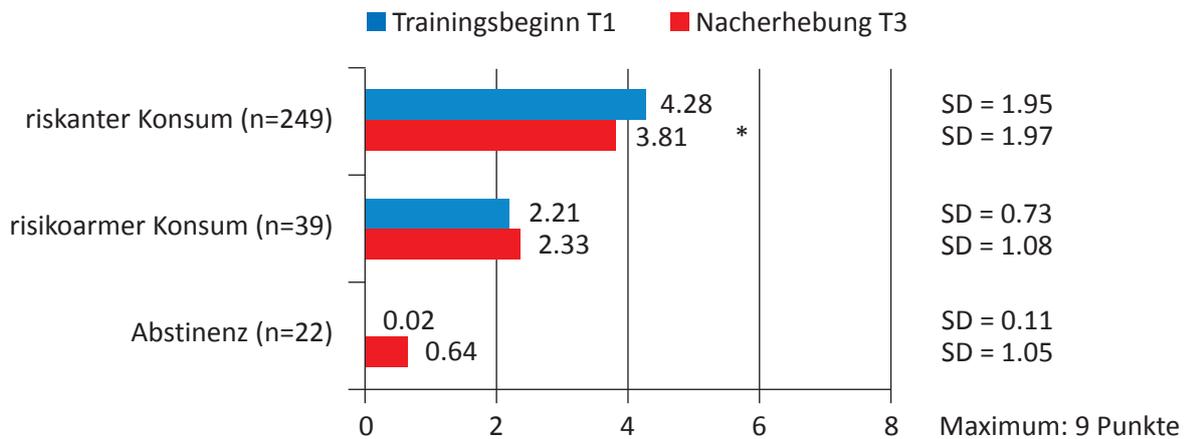
Vergleich des selbstberichteten Trinkverhaltens bei Trainingsbeginn und in der Nachbefragung

310 Jugendlichen berichteten in einer Nacherhebung, die im Durchschnitt 2.6 Monate nach dem ro.pe-Training[©] stattfand, über ihren aktuellen Alkoholkonsum. 249 dieser Jugendlichen (80%) gehörten bei Trainingsbeginn zu der in Kapitel 4.1 definierten Gruppe riskant konsumierender Jugendlicher.

Folgend wird aufgezeigt, inwiefern zum Zeitpunkt der Nachbefragung eine Veränderung des Trinkverhaltens der Jugendlichen gegenüber dem Zeitpunkt des Trainingsbeginns festgestellt werden konnte. Dabei werden die bereits eingeführten Darstellungsarten (Konsumgruppen, Summenwerte) zu Hilfe genommen.

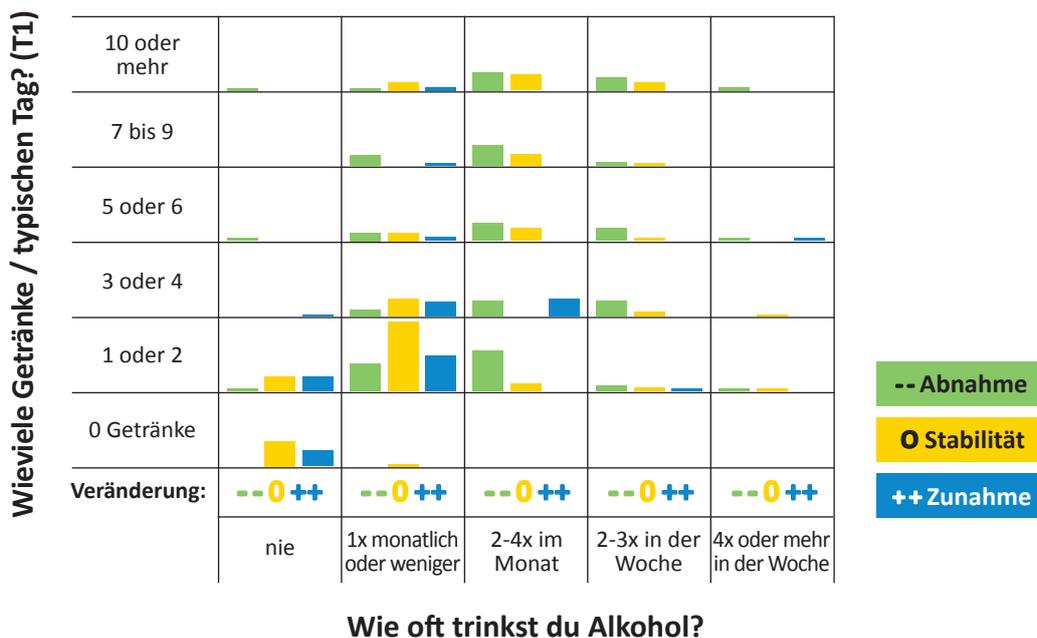
Abbildung 8 zeigt die durchschnittliche Veränderung des Trinkverhaltens in den drei Konsumgruppen. Statistisch bedeutsam war die durchschnittliche Reduktion des Alkoholkonsums bei den zu Trainingsbeginn riskant konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Der Summenwert nahm in dieser Gruppe zwischen Trainingsbeginn und der Nachbefragung signifikant und bedeutsam ab ($F(1,248) = 21.352, p < .001, \eta^2 = .079$). Die Reduktion betraf die Trinkhäufigkeit oder auch die Trinkmenge, oder beides zusammen. Die durchschnittlichen Zunahmen bei den Jugendlichen, die bei Trainingsbeginn risikoarmen Alkoholkonsum berichteten bzw. abstinent lebten, wurden statistisch nicht bedeutsam.

Abbildung 8. Alkoholkonsum der Jugendlichen bei Trainingsbeginn (T1) und in der Nacherhebung (T3), berechnet als Summenwert über die Trinkhäufigkeit und Trink-menge, getrennt für die drei Konsumgruppen.



Hinweis: * = $p < 0.05$

Abbildung 9. Häufigkeit der Abnahme (--, grüne Säulen), Stabilität (0, gelbe Säulen) bzw. Zunahme (++ , blaue Säulen) im Summenwert des selbstberichteten Trinkverhaltens, geordnet nach Trinkverhalten bei Trainingsbeginn (T1), Längsschnitt-Stichprobe (n=310).



Hinweis: Die Säulenhöhen entsprechen der Anzahl Personen mit entsprechendem Veränderungsstatus; die maximale Säulenhöhe innerhalb einer Zelle würde die Anzahl von 34 Personen umfassen.

Mithilfe des Summenwertes wurde pro Jugendliche zusätzlich ein Differenzwert zwischen Trainingsbeginn und Nachbefragung gebildet²² und daran differenziert bestimmt, wie viele Jugendliche ihr Trinken gemäss Selbstangaben reduzierten, wie viele darin stabil blieben bzw. wie viele Jugendliche in der Nachbefragung einen höheren Konsum auswiesen (bezogen auf Trinkmenge und/oder Trinkhäufigkeit). Diese Analyse verfeinert also die oben dargestellte Mittelwertanalyse vor allem bezüglich der Aussage, welche Jugendlichen ihr Trinken reduzierten. Abbildung 9 zeichnet dieses differenziertere Bild in Bezug auf die Ursprungsmenge und -häufigkeit des Trinkens²³. Tabelle 12 zeigt die Häufigkeit der drei möglichen Veränderungsrichtungen differenziert für die drei ursprünglichen Konsumgruppen.

Beide Abbildungen machen deutlich, dass die Abnahmen vor allem in der Gruppe der ursprünglich riskant trinkenden Jugendlichen auftraten, die als eigentliche Zielgruppe des Projekts von besonderem Interesse war. In dieser Gruppe übertraf der Anteil von 45% Abnahmen deutlich den Anteil von 22% Zunahmen. Die 112 Jugendlichen der ursprünglich riskant konsumierenden Gruppe, die ihr Trinkverhalten reduzierten, machten also über einen Drittel der Stichprobe in der Nachbefragung aus. Wie eine Zusatzanalyse zeigte, wechselten 16 dieser ursprünglich riskant konsumierenden Jugendlichen in die Zone des risikoarmen Konsums; zwei dieser Jugendlichen berichteten in der Nachbefragung Abstinenz. Die weiteren 94 der ursprünglich riskant konsumierenden Jugendlichen, die ihr Trinken reduzierten, verblieben mit dem neuen Trinkmuster allerdings immer noch in der risikoreichen Zone. Bemerkenswert innerhalb der Gruppe der ursprünglich riskant trinkenden Jugendlichen war ebenfalls der Anteil von 34% berichteter Stabilitäten.

Tabelle 12. Stabilität bzw. Veränderung des Trinkverhaltens zwischen T1 und T3, in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zu den drei Konsumgruppen bei Trainingsbeginn, Längsschnitt-Stichprobe (n=310).

	Zugehörigkeit Konsumgruppe bei Trainingsbeginn		
	riskanter Konsum	risikoarmer Konsum	Abstinenz
Abnahme des Trinkens (n=120, 39%)	112 (45%)	8 (21%)	0 (0%)
Stabilität des Trinkens (n=120, 39%)	84 (34%)	23 (59%)	13 (62%)
Zunahme des Trinkens (n=70, 23%)	54 (22%)	8 (21%)	8 (38%)
Gesamt	250 (100%)	39 (100%)	21 (100%)

Bei Jugendlichen, die ursprünglich einen risikoarmen oder gar keinen Alkoholkonsum berichteten, waren Zunahmen zu berichten. Die Höhe des Konsumzuwachses ist jedoch statistisch nicht bedeutsam, wie die Abbildung 8 zeigt.

22 Die genaue Bildung dieses Differenzwertes wird in Kapitel 8.1.3 beschrieben.

23 Allerdings zeigen diese Darstellungen nicht auf, in welcher Höhe diese Abnahmen bzw. allfällige Zunahmen ausfielen.

Angesichts der Tatsache, dass Menge und Häufigkeit des Alkoholkonsums bei Jugendlichen mit steigendem Alter und querschnittlich erhoben durchschnittlich zunimmt (vgl. Resultate der HBSC-Studie 2009/2010 in Tabelle 13)²⁴, sind sowohl die berichtete Reduktion wie auch die Stabilität – im Sinne einer Nicht-Zunahme – als positiv zu werten.

Tabelle 13. Zunahme des Alkoholkonsums bei Jugendlichen, Resultate aus der HBSC-Studie 2009/2010.

	11-Jährige	13-Jährige	15-Jährige
Alkoholkonsum mindestens einmal pro Woche	2%	8%	21%
Mindestens zweimaliges starkes Betrunkensein	2%	9%	32%

Liess sich die Veränderung des Trinkens bei den ursprünglich riskant konsumierenden Jugendlichen durch weitere Merkmale der Jugendlichen vorhersagen? Zusätzliche Analysen sollten darauf Antwort geben. Mit linearen Regressionen unter schrittweisem Einbezug verschiedener unabhängiger Variablen wurde nach bedeutsamen Variablen gesucht. Dabei wurde der Differenzwert des Trinkverhaltens als abhängige Variable gewählt.

Es ergaben sich folgende praktisch bedeutsamen Effekte und Tendenzen:

- Je höher der Summenwert bei Trainingsbeginn war (d.h. je mehr der/die Jugendliche bei Trainingsbeginn getrunken hatte), desto grösser war die Abnahme ($r = -.398$, korrigiertes $r^2 = 15.5\%$, $F(1,247) = 46.469$, $p < .001$). Zwar hatten Jugendliche, die mehr tranken, natürlich auch das grössere „Potential“ abzunehmen, aber dennoch: Stärker trinkende Jugendliche reduzierten ihr Trinken stärker als weniger stark (aber immer noch riskant) trinkende Jugendliche.
- Gab es zusätzlich einen saisonalen Anstieg des Trinkens bzw. saisonal niedrigere Abnahme, erklärbar dadurch, dass die Nachbefragung im Sommer bzw. bereits in der Ferienzeit lag? Rund ein Drittel der Jugendlichen absolvierten das Training im Sommer bis September 2011; ein weiteres Drittel im Oktober 2011 bis März 2012, das letzte Drittel im April bis Juni 2012. Entsprechend lagen die Nachbefragungen für das erste Drittel der Jugendlichen versetzt zwischen Herbst 2011 und Juni-Juli 2012, einige davon in der Sommer-Ferienzeit. Die zusätzliche Variable „Ausfülldatum der Nachbefragung“ ergab einen schwachen signifikanten Effekt ($\Delta r^2 = .014$, $\Delta F(1,244) = 4.230$, $p < .05$) dahingehend, dass das spätere Ausfüllen zu höheren Zunahmen bzw. niedrigeren Abnahmen führte ($\beta = .120$).

24 WHO European strategy for child and adolescent health and development. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009/2010.

- Machten Persönlichkeitsvariablen oder Einstellungen und Haltungen einen zusätzlichen Unterschied aus? Unter zusätzlichem Einbezug verschiedener Variablen zu unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten (Risikokompetenz, Selbstwirksamkeit und Selbstwert²⁵ bei T1, T2 und T3; Einstellung zum Gesetz bei T2; Trainingszufriedenheit und Selbsteinschätzung des Kompetenzzuwachses im Umgang mit Alkoholkonsum bei T2) erklärten einzig zwei Variablen zusätzliche Varianz der Trinkveränderung bei schwacher Effektstärke: Je höher der Selbstwert bei Trainingsende (T2) war, desto stärker war die Abnahme ($\Delta r^2=.023$, $\Delta F(1,222)=6.322$, $p < .05$, $\beta=-.128$), und je stärker die Bereitschaft zur Einhaltung der Gesetze bei Trainingsende war, desto stärker war die Abnahme ($\Delta r^2=.036$, $\Delta F(1,221)=10.419$, $p= .001$, $\beta=-.196$).

Fazit: Zwischen Trainingsbeginn und Nachbefragung nahm der selbstberichtete Alkoholkonsum insgesamt ab, insbesondere bei den ursprünglich riskant trinkenden Jugendlichen. Es kann davon ausgegangen werden, dass das ro.pe-Training[®] zu dieser erwünschten Veränderung bei einem Teil der Jugendlichen beigetragen hat. Die Zahl der stabilen Trinkmuster war insbesondere bei den risikoarm bzw. gar nicht konsumierenden Jugendlichen relativ hoch.

Rund ein Fünftel der Jugendlichen steigerte ihren Alkoholkonsum. Es wäre verfehlt den Anspruch an das Projekt zu haben jeglichen Anstieg des Alkoholkonsums zu verhindern – zumal wie oben erwähnt mit zunehmendem Alter mehr Alkohol getrunken wird und eine Wirkung der Interventionen sein könnte, dass der Anstieg nicht so stark ausfällt wie ohne Intervention. Das Projekt ist explizit für risikohaft konsumierende Jugendliche angelegt. Abstinente Jugendliche, die in die Gruppe gelangt sind, können im Sinne einer unerwünschten Nebenwirkung, animiert werden Alkohol zu konsumieren.

5.2 Wird die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen zum Alkohol gefördert?

Das Projekt TAKE CARE bewegt sich in einem öffentlich-politischen Rahmen. Es unterstützt mit seiner Zielrichtung die staatlichen Bemühungen, die Gesetzesbestimmungen zum Alkoholkonsum durchzusetzen. Bedingung für die Einhaltung der Gesetze ist es, dass diese in der Bevölkerung einerseits bekannt sind, andererseits aber auch, dass die Menschen eine zustimmende Haltung gegenüber dem Inhalt der Gesetze einnehmen und sich ihnen verpflichtet fühlen. Ein weiterer Aspekt, wie die Einhaltung dieser Gesetze von aussen gefördert werden kann, ist das Verbot des Alkoholverkaufs an Jugendliche unter dem Mindestalter, verbunden mit Kontrollen der Verkaufsstellen. Die folgenden Auswertungen nehmen aus der Sicht aller beteiligten Zielgruppen das Wissen bezüglich der gesetzlichen Bestimmungen sowie deren Haltung im Sinne einer persönlichen Verpflichtung und Verantwortung zur Einhaltung des Gesetzes in den Fokus^{26,27}.

25 Item-Wortlaut siehe Kapitel 8.2.

26 Man beachte dabei die länderspezifischen Regelungen, zusammengetragen in Kapitel 4.1, Tabelle 2.

27 Item-Wortlaut siehe Kapitel 8.2.

5.2.1 Ist die Gesetzgebung bezüglich Alkoholkonsums bekannt und wird das Wissen gefördert?

Die Frage nach den länderspezifischen Altersbestimmungen zum Alkoholkonsum wurde in allen Zielgruppen gestellt. Tabelle 14 zeigt die Häufigkeiten korrekter oder teilkorrekturer Antworten. Für die Jugendlichen konnte zusätzlich aufgrund der Befragung bei Trainingsende die Veränderung des Wissens untersucht werden. Die Prozentzahlen zeigen, dass das korrekte und teilkorrekte Wissen bei den Jugendlichen zunahm²⁸. Bei den Eltern, den Schlüsselpersonen sowie beim Verkaufspersonal, das an einer Lang-Intervention teilnahm, lag der Anteil der vollständig korrekt antwortenden Personen zu Trainingsende bei 86 bis 90%. Das Verkaufspersonal, das mit einer Kurz-Intervention geschult werden konnte, fiel dagegen bei Interventionsende mit nur 74% vollständig korrekten Antworten vergleichsweise ab und bewegte sich damit auf einem Niveau, das ähnlich hoch wie das Wissen der Jugendlichen zu Trainingsbeginn war.

Tabelle 14. Wissen aller Zielgruppen bezüglich der Gesetzesbestimmungen zum Alkoholkonsum.

		bekannt	teilweise bekannt*	nicht bekannt
Jugendliche	T1	303 (74%)	66 (16%)	39 (10%)
	T2	328 (85%)	41 (11%)	18 (5%)
Eltern		407 (88%)	45 (10%)	11 (2%)
Schlüsselpersonen		153 (88%)	14 (8%)	6 (3%)
Verkaufspersonal	Lang-I.	213 (95%)	7 (3%)	5 (2%)
	Kurz-I.	223 (77%)	51 (18%)	14 (5%)

Hinweis: *In Ländern, in denen zwei unterschiedliche Altersgrenzen für den Konsum niedrig- bzw. hochprozentigen Alkohols bestanden, mussten zwei Antworten gegeben werden.

Das Wissen beim Verkaufspersonal um die länderspezifischen gesetzlichen Altersbestimmungen zum Alkoholkonsum konnte durch Interventionen, die mindestens 1-2 Stunden dauerten, im Vergleich zu kürzeren Interventionen deutlich auf rund 90% gesteigert werden.

Zur nachhaltigen Wissensvermittlung eignen sich Zeitgefäße und Rahmenbedingungen des Settings, die eine ungestörte Erläuterung und Wiederholung der Informationen ermöglichen.

28 Umgerechnet zu einem kontinuierlichen Maß korrekter Antworten, konnte in einer Varianzanalyse mit Messwiederholung gezeigt werden, dass dieser Wissensanstieg statistisch bedeutsam war (T1: M=0.83, SD=0.32, T2: M=0.90, SD=0.25, F(1,382)=26.718, p < .001, $\eta^2 = .065$).

5.2.2 Persönliche Haltung und Verpflichtung gegenüber dem Gesetz

Für die Jugendlichen konnten diese Analysen auf die Antworten vor und nach dem Training abstützen. In den andern Zielgruppen wurde die Haltung einmal, jeweils am Ende der Interventionen, erhoben²⁹. Tabelle 15 zeigt die deskriptive Statistik zu allen Zielgruppen.

Das ro.pe-Training[®] vermochte die persönliche Haltung der Jugendlichen gegenüber dem Gesetz in erwünschter Weise zu verändern: Zwischen Trainingsbeginn und Trainingsende nahm sowohl die Zustimmung, dass die Gesetze für den Alkoholkonsum bei Jugendlichen angemessen sind ($F(1, 406)=41.579, p<.001, \eta^2=.093$), als auch die Bereitschaft, sich um die Einhaltung der Gesetze zu bemühen ($F(1,395)=26.199, p < .001, \eta^2=.062$), signifikant und bedeutsam zu. Die Intervention vermochte also insgesamt eine höhere Zustimmung und verpflichtendere Haltung gegenüber dem Gesetz zu fördern.

Die Zustimmung insbesondere bezüglich des Bemühens um die Einhaltung der Gesetze war bei den Jugendlichen auch bei Trainingsende teilweise zögerlich (man beachte die Streuung der Antworten, erkennbar am Mittelwert zuzüglich der Standardabweichung). Angesichts des (teilweise gesetzeswidrigen) Alkoholkonsums der Jugendlichen ist dieser Befund aber nicht erstaunlich.

Mit Effektstärken unter .06 waren die Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern, den Konsumgruppen sowie für das Alter zu klein und zu wenig bedeutsam, um hier berichtet zu werden. Oder anders gesagt und hier besonders von Interesse: Auch Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum bei Trainingsbeginn wechselten durch das Training von einer eher zögerlichen Zustimmung bezüglich der Angemessenheit der Gesetze zu einer überzeugteren Haltung gegenüber dem Gesetz und äusserten einen stärkeren Willen, die Gesetze einzuhalten.

Die teilweise zögerliche Zustimmung zur Angemessenheit der Gesetze zeigte sich interessanterweise auch bei allen anderen Zielgruppen: Die Mittelwerte bei Trainingsende zuzüglich der Standardabweichungen zeigten bei den Eltern, den Schlüsselpersonen und dem Verkaufspersonal in Lang-Intervention relativ grosse Streuungen auch in Richtung der Nicht-Zustimmung; ebenso war die Zustimmung beim Verkaufspersonal mit Kurz-Intervention nicht überaus hoch.

²⁹ Item-Wortlaute siehe Anhang, Kapitel 8.2.

Tabelle 15. Einschätzung zur Angemessenheit der Gesetze bezüglich Alkoholkonsums, sowie zur Bereitschaft das Gesetz einzuhalten, für alle Zielgruppen.

		Gesetze sind angemessen			Bereitschaft, die Gesetze einzuhalten bzw. Jugendliche darin zu unterstützen, die Gesetze einzuhalten		
		M	SD	n	M	SD	n
Jugendliche	T1	3.04	0.68	391	2.81	0.85	401
	T2	3.27	0.67	391	3.00	0.74	401
Eltern		3.04	0.89	416	3.55	0.60	413
Schlüsselpersonen		3.12	0.76	161	3.56*	0.42	173
Verkaufspersonal	Lang-I.	3.14	0.82	234	3.28	0.67	232
	Kurz-I.	85%		307	98%		307

Hinweis: Antwortvorgabe war in allen Zielgruppen ausser Verkaufspersonal in Kurz-Interventionen von 1 bis 4, vgl. Anhang Kapitel 8.2; für Verkaufspersonal in Kurz-Interventionen war das Antwortformat ja/nein, deshalb ist hier der Anteil der ja-Antworten vermerkt. *Der Wortlaut für die Schlüsselpersonen bezog auch die Projektziele von TAKE CARE und ihre Rolle als Schlüsselpersonen mit ein.

Deutlicher zustimmend verhielten sich die Eltern und das Verkaufspersonal bezüglich der Frage, wie sehr sie sich bemühten, die Gesetze einzuhalten (d.h. die Kinder anzuleiten, keinen Alkohol vor dem gesetzlich bestimmten Alter zu trinken bzw. keinen Alkohol an Jugendliche im nicht gesetzlichen Alter zu verkaufen): Diese Mittelwerte zuzüglich Streuungen bei den Eltern und dem Verkaufspersonal in Lang-Interventionen bzw. der Ja-Anteil beim Verkaufspersonal in Kurz-Interventionen lagen im deutlich zustimmenden Bereich. Beide Zielgruppen drückten also ihre Bereitschaft, für die Einhaltung der Gesetze Verantwortung zu übernehmen.

Bei den Schlüsselpersonen wurde die Frage leicht anders gestellt, nämlich inwiefern sie den Projektzielen von TAKE CARE und der Rolle als Schlüsselperson zustimmen³⁰. Die Zustimmung zu diesem Projektziel war bei den Schlüsselpersonen sowohl bei Trainingsende und – hier nicht genauer dargestellt, auch in der Nachbefragung – hoch. Damit drückten die Schlüsselpersonen ein hohes Engagement für das Projekt aus, das auch nach Trainingsende anhielt.

Zwei zusätzliche Fragestellungen beziehen sich auf das Spannungsfeld, in dem die Geschäfte die Alkohol verkaufen stehen. So besteht auf der einen Seite die gesundheitspolitische Gesetzgebung, die unter Strafandrohung eingehalten werden sollte, auf der anderen das Eigeninteresse eines möglichst hohen Geschäftsumsatzes. Mit zwei Fragen an die Teilnehmenden in Lang-Interventionen wurde erhoben, inwiefern das Verkaufspersonal im Einhalten der Gesetze einen Vorteil für das Geschäft sah (M = 3.36, SD = 0.72) bzw. wie stark es vermutete, dass Geschäfte durch die Teilnahme am Projekt TAKE CARE einen besseren Ruf aufbauen könnten (M = 3.15, SD = 0.79)³¹.

30 Diese Wortlaute bezogen sich auf die Projektziele, bei den Jugendlichen unter dem gesetzlichen Mindestalter Abstinenz, bei den Jugendlichen über dem Mindestalter einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol anzustreben, und dies als Schlüsselperson über konstruktive Gesprächsführung zu fördern.

31 Genauer Item-Wortlaut siehe Kapitel 8.2.

Die beiden dargestellten Durchschnittswerte über alle Länder drücken eine deutliche Zustimmung aus, die aber auch durch relativ hohe Streuungen auch in Richtung einer zögerlichen Haltung auffiel. Bei den Teilnehmenden von Kurz-Interventionen, welche mit Ja oder Nein auf dieselben Fragen antworteten, zeigte sich eine noch deutlichere Zustimmung, mit einem Ja-Anteil von 84% für die Einschätzung, dass das Geschäft durch das Einhalten der Gesetze einen Vorteil hätte, vor allem aber mit 96% Ja-Antworten für die Einschätzung eines verbesserten Rufs, wenn das Geschäft am Projekt TAKE CARE teilnähme.

Fazit: Über alle Zielgruppen fiel auf, dass die Haltung gegenüber dem Gesetz, das den Alkoholkonsum regelt, im Durchschnitt zustimmend, aber doch auch mit einem beachtlichen Anteil skeptischer Stimmen ausgestattet war.

Unklar bleibt, ob die Skeptiker unter den Eltern, den Schlüsselpersonen und dem Verkaufspersonal eher eine strengere oder eine weniger strenge Gesetzgebung befürworten würden.

Deutlich hoch trat der Befund in den Zielgruppen der Eltern und des Verkaufspersonals zutage, dass man sich darum bemühe, die Gesetze bei den Jugendlichen durchzusetzen. Bei den Jugendlichen konnte die persönliche Haltung, sich um die Einhaltung der Gesetze zu bemühen, gesteigert werden. In ähnlicher Art stimmten die Schlüsselpersonen den diesbezüglichen Projektzielen von TAKE CARE zu.

Insgesamt zeichnete sich also vor allem in den Zielgruppen der Eltern, der Schlüsselpersonen und des Verkaufspersonals eine von Verantwortung und Verbindlichkeit gegenüber dem Gesetz geprägte Haltung. Diese dürfte durch die Interventionen wesentlich gestärkt worden sein, wie es die Zunahme bei den Jugendlichen sichtbar macht.

5.3 Wird das Wissen über die Wirkungen und Risiken von Alkohol gefördert?

Gemäss gesundheitspsychologischen Konzepten wie dem transtheoretischen Modell³² ist das Wissen über ein Sachgebiet (Risiken, Prozesse, Mechanismen...) eine notwendige und günstige Voraussetzung für Verhaltensänderung. Damit werden Menschen überhaupt erst in die Lage gebracht, wirklich Entscheide über ihr Verhalten zu treffen, und sie erhalten Argumente, um sich selber im Prozess der Verhaltensänderung zu ermutigen. Im psychoedukativen Teil aller TAKE CARE-Interventionen wird deshalb ein fachliches Wissen zum Alkoholkonsum im Jugendalter vermittelt.

In den Fragebögen an die Jugendlichen und an die Eltern wurden sechs Wissensfragen gestellt³³. Tabelle 16 fasst die durchschnittliche Anzahl korrekter Antworten, für die Jugendlichen sowohl zu Trainingsbeginn und Trainingsende erfragt, bei den Eltern nur am Trainingsende.

32 vgl. Naidoo, J., & Wills, J. (2010), Lehrbuch der Gesundheitsförderung (2. Aufl. der dt. Ausgabe): Amberg: Frischmann, S. 227ff.

33 Item-Wortlaute siehe Kapitel 8.2.

Bei den Jugendlichen konnte zwischen Trainingsbeginn und Trainingsende ein signifikanter und bedeutsamer Zuwachs des Wissens aufgezeigt werden ($F(1, 395)=24.963$, $p < .001$, $\eta^2 = .059$). Bei den Eltern wurden im Durchschnitt rund fünf Fragen korrekt beantwortet.

Tabelle 16. Wissen über Wirkungen und Risiken des Alkohols, bei Jugendlichen und Eltern.

		M	SD	n
Jugendliche	T1	4.43	1.05	390
	T2	4.69	0.90	390
Eltern		4.92	0.76	402

Hinweis: je korrekte Antwort 1 Punkt, max. 6 Punkte.

Fazit: Verhaltensänderung kann durch Wissenszuwachs mitbeeinflusst werden. Die bei den Jugendlichen über das Training hinweg beobachtbare Steigerung und das bei den Eltern bei Trainingsende zufriedenstellende Ausmass an Wissen lässt vermuten, dass diesem gesundheitspsychologisch wichtigen Aspekt in den Interventionen genügend Beachtung geschenkt wird. Das Wissen bezüglich Wirkungen und Risiken des Alkoholkonsums wird gefördert.

5.4 Wird die Kompetenz der Jugendlichen im Umgang mit riskanten Situationen, speziell im Umgang mit riskantem Alkoholkonsum, gefördert?

Das Projekt TAKE CARE stützt sich auf ein Menschenbild, welches das Risiko-Erleben und die Leidenschaft für Herausforderungen als ein menschliches Bedürfnis erkennt, das auch mit Spass verbunden ist. Das Projekt ist deshalb unter anderem darauf ausgerichtet, den Alkohol konsumierenden Jugendlichen alternative Erlebnisteile zu bieten, die gefahrlosen Herausforderungs- und Risikocharakter haben, um daran exemplarisch den Umgang mit riskanten Situationen zu thematisieren. Ziel ist, dass die Interventionsteilnehmenden die reflektierten Erkenntnisse und Erlebnisse aus dem erlebnispädagogischen Teil des Trainings auf die Situation des Alkoholkonsums übertragen und diese Erkenntnisse und Erlebnisse handlungsleitend für das eigene Verhalten werden.

Verschiedene Fragestellungen in den Evaluationsbögen für die Jugendlichen thematisierten den Umgang mit riskanten Situationen, insbesondere auch mit Situationen des (riskanten) Alkoholkonsums.

Erstens wurde die Risikokompetenz erfragt, die, wie in Kapitel 2.2 beschrieben, von einem Ansatz abgeleitet wird, der Risikoerfahrungen enttabuisiert und versucht diese Erfahrungen für die Alltags- und Lebensgestaltung nutzbar zu machen. Anhand von vier Fragen³⁵ wurde je Person ein Skalenwert allgemeiner Risikokompetenz berechnet und dessen Verlauf von Trainingsbeginn (T1) über Trainingsende (T2) bis zur Nachbefragung (T3) untersucht.

35 Item-Wortlaute in Kapitel 8.2.

Die Auswertungen zeigten, dass sich in der Folge des Trainings diese allgemeine Risikokompetenz signifikant und bedeutsam steigerte (T1: $M = 3.03$, $SD = 0.59$, T2: $M = 3.29$, $SD = 0.56$) und anschliessend auf einem Niveau bei T3 verblieb ($M = 3.22$, $SD = 0.57$), das immer noch höher war als ursprünglich bei T1 ($F(1, 305) = 31.038$, $p < .001$, $\eta^2 = .092$).

Zweitens wurden bei Trainingsende über drei Fragen bzw. in der Nachbefragung über eine Einzelfrage um weitere Selbsteinschätzungen gebeten, die den Kompetenzzuwachs im Umgang mit (riskantem) Alkoholkonsum thematisierten³⁶. Die drei angesprochenen Ebenen der Bewusstwerdung bezüglich des Trinkverhaltens und des Zuwachses von Wissen über und Strategien im Umgang mit Alkoholkonsum sind wesentliche Elemente eines verantwortungsvollen und gelingenden Umgangs mit Alkohol und einer bewussteren Haltung gegenüber risikohaften Trinksituationen. Die Jugendlichen stimmten bei Trainingsende zu, in diesen Kompetenzen gestärkt worden zu sein – wenn auch teilweise, wie im Mittelwert zuzüglich seiner Streuung sichtbar, eher zögerlich ($M = 3.18$, $SD = 0.70$). Auch in der Nachbefragung erhält sich im Durchschnitt diese positive Einschätzung, mit einem gewissen zögerlichen Anteil, dass die Jugendlichen seit dem Training besser mit riskantem Alkoholkonsum umgehen konnten ($M = 3.27$, $SD = 0.85$).

Das Projektziel, die Risikokompetenz zu steigern, konnte sowohl bezüglich allgemein riskanter Situationen (z.B. Klettern) wie auch bezüglich des eigenen Alkoholkonsums positiv beeinflusst werden. Insbesondere bezüglich des Umgangs mit Alkohol drückte ein Teil der Jugendlichen allerdings auch noch Skepsis aus.

5.5 Werden die Eltern, Schlüsselpersonen und das Verkaufspersonal im effektiven Umgang mit riskantem Alkoholkonsum der Jugendlichen gestärkt?

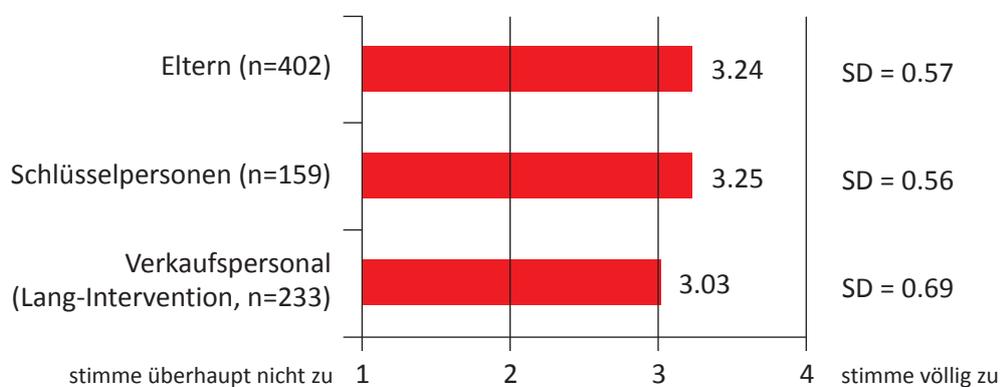
Ziel von TAKE CARE ist es, den Menschen aus dem Umfeld der Jugendlichen Kompetenzen im Umgang mit Alkoholkonsum der Jugendlichen zu vermitteln. Nebst dem Wissen über Wirkungen und Risiken des Alkoholkonsums im Jugendalter wurden die Eltern, Schlüsselpersonen und das Verkaufspersonal darin unterstützt, eine Haltung zu entwickeln, die ihnen ermöglicht, in konstruktiven und wertschätzenden Gesprächen und im Verständnis für das Bedürfnis nach Risiko und Herausforderung die Jugendlichen zu einem weniger riskanten Alkoholkonsum anzuregen. Dies meint der Begriff des „effektiven Umgangs“ mit den alkoholkonsumierenden Jugendlichen (z.B. in Erziehungssituationen für Eltern, in Verkaufssituationen für das Verkaufspersonal, in der Begegnung mit riskant trinkenden Jugendlichen im Beruf und in der Freiwilligenarbeit).

36 Item-Wortlaute in Kapitel 8.2.

Um zu erfahren, ob sich die Eltern, die Schlüsselpersonen und das Verkaufspersonal in der Gesprächsführung mit ihren Kindern bzw. den jungen Menschen insbesondere bezüglich des Alkoholkonsums gestärkt fühlten, wurden mehrere Fragen gestellt und diese Antworten zu einem Skalenwert je Person umgerechnet³⁷. Ähnlich wie im vorausgehenden Kapitel bei den Jugendlichen ging es darum zu berichten, ob das Wissen über Alkoholkonsum gesteigert und die Strategien bezüglich des Umgangs und der Gesprächsführung mit Alkohol konsumierenden Jugendlichen verbessert werden konnten.

Die Auswertungen in Abbildung 10 zeigen, dass die Eltern und Schlüsselpersonen recht deutlich zustimmten, dass die Interventionen ihnen geholfen hätten, sich der Situation gewachsener zu fühlen. Etwas weniger deutlich ist die Zustimmung von Seiten des Verkaufspersonals der Lang-Interventionen.

Abbildung 10. Einschätzung der Zielgruppen bezüglich eines Zugewinns an Strategien und Vorgehensweisen für einen effektiven Umgang mit dem Alkoholkonsum von Jugendlichen.



Das Verkaufspersonal nahm noch zu einem weiteren Element der Intervention Stellung, nämlich zum eigens für die Intervention entwickelten Material, das über die Gesetzgebung und über Strategien im Umgang mit schwierigen Situationen informierte. Die Teilnehmenden der Interventionen schätzten ein, inwieweit dieses Material ihnen helfen dürfte, um im Arbeitsalltag, insbesondere in schwierigen Situationen besser zurechtzukommen³⁸. Während die Teilnehmenden der Lang-Intervention mit einem Durchschnittswert von 3.09 bei relativ grosser Streuung (SD = 0.76) teilweise eher zögerlich diesem Nutzen zustimmten, kamen die Materialien in den Kurz-Interventionen mit einer positiven Bewertung in rund 90% der Begegnungen relativ gut an.

Auch die Eltern, die Schlüsselpersonen und das Verkaufspersonal fühlten sich durch die Intervention gestärkt, durch Wissen und verbesserte Strategien effektiver mit alkoholbezogen schwierigen Situationen mit Jugendlichen umgehen zu können. Für das Verkaufspersonal fiel diese Einschätzung etwas weniger deutlich aus als für die andern beiden Zielgruppen.

37 Item-Wortlaute in Kapitel 8.2.

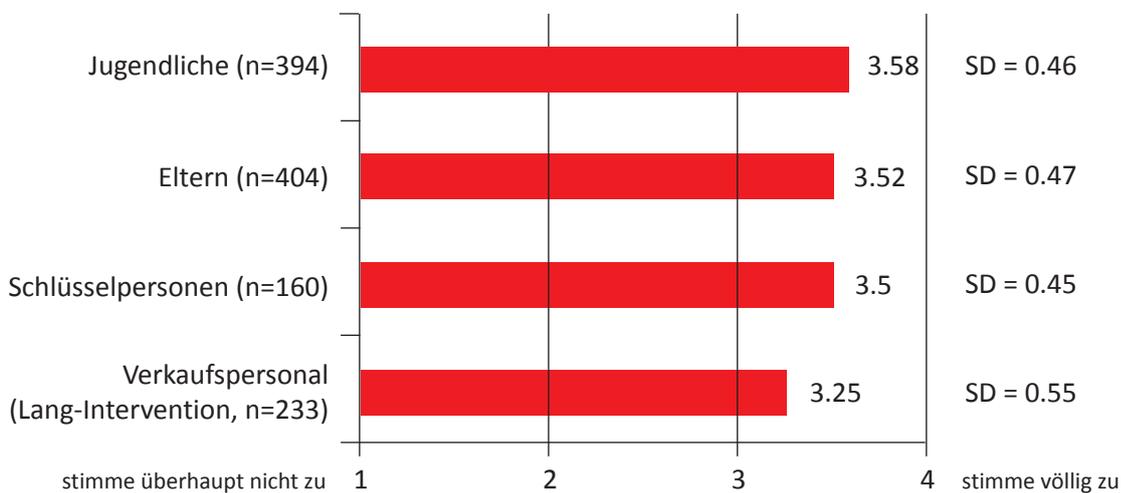
38 Item-Wortlaute in Kapitel 8.2.

5.6 Wie ist die Zufriedenheit der Trainingsteilnehmenden mit den Interventionen?

Unmittelbar am Ende der Interventionen gaben die Jugendlichen, Eltern, Schlüsselpersonen und das Verkaufspersonal bzw. die Geschäftsführer allgemeine Rückmeldung zur Intervention. Die hier interessierenden Fragen umfassten die allgemeine Einschätzung, wie stark die Teilnehmenden von der Intervention profitiert und Vertrauen zum Leitungsteam bzw. den anwesenden Fachleuten hatten, und wie sehr sie die Intervention den Freunden und Bekannten bzw. andern Berufsleuten und freiwillig mit Jugendlichen Tätigen empfehlen würden. Die Antworten wurden wiederum zu einem Skalenwert je Person umgerechnet³⁹.

Die Zustimmung in allen Zielgruppen bewegte sich bei relativ kleiner Streuung im deutlich zustimmenden Bereich, wie Abbildung 11 zeigt.

Abbildung 11. Einschätzung bezüglich der allgemeinen Zufriedenheit mit den Interventionen, für alle Zielgruppen bei Trainingsende.



Weitere Hinweise machen die hohe Trainingszufriedenheit zusätzlich deutlich.

Ebenso wies der hohe Rücklauf in der Nachbefragung bei den Jugendlichen und den Schlüsselpersonen auf eine hohe Verbundenheit mit dem Projekt hin (73% Rücklauf bei den Jugendlichen bzw. 75% Rücklauf bei den Schlüsselpersonen).

250 Jugendliche (77%) gaben in der Nachbefragung zudem an, dass das ro.pe-Training[®] Gesprächsthema in ihrem Freundeskreis war. Es war angesichts der hohen Zufriedenheiten zu vermuten, dass das Training ein positiv konnotiertes Gesprächsthema wurde.

Die Schlüsselpersonen, die nach dem Key-Training in Kontakt mit Teilnehmenden des ro.pe-Trainings[®] waren, stimmen der Frage, ob die Jugendlichen positiv über die ro.pe-Trainings[®] gesprochen hätten, deutlich zu (M = 3.36, SD = 0.55).

³⁹ Item-Wortlaute in Kapitel 8.2.

Der hohe Rücklauf in der Nachbefragung bei den Jugendlichen und den Schlüsselpersonen weist auf eine hohe Verbundenheit mit dem Projekt hin (73% Rücklauf bei den Jugendlichen bzw. 75% Rücklauf bei den Schlüsselpersonen).

Die allgemeine Zufriedenheit mit den Interventionen war in allen Zielgruppen als sehr hoch zu bezeichnen.

6 Länderspezifische Ergebnisse

Im diesem Kapitel werden die länderspezifischen deskriptiven Statistiken zu den in Kapitel 5 diskutierten Fragestellungen dargestellt und teilweise varianzanalytisch auf bedeutsame Unterschiede geprüft. Wenn nicht anders erwähnt, beziehen sich die Mittelwerte wiederum auf ein vierstufiges Antwortformat von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 4 (stimme völlig zu).

Die Beschreibung der bedeutsamen Unterschiede wird sehr schematisch und kurz gehalten: In den Tabellen werden die deskriptiven Kennwerte angegeben; in den Legenden zu den Tabellen werden die Kennwerte zu allfälligen bedeutsamen Effekten notiert. Welche Länder in den Posthoc-Tests durch besonders hohe oder tiefe Werte aufgefallen waren, wird innerhalb der Tabellen mit fetter Schrift markiert. In der Regel werden diese Unterschiede nicht weiter kommentiert.

In der Zielgruppe der Schlüsselpersonen sowie teilweise auch in den einzelnen Interventionsformen beim Verkaufspersonal (Lang- vs. Kurz-Interventionen) wurden je Land nur eine kleine Anzahl von Teilnehmenden rekrutiert. Im Folgenden werden zwar auch diese länderspezifischen Werte aufgezeigt; es wäre aber nicht vertretbar, inferenzstatistische Auswertungen über Unterschiede zwischen diesen kleinen Ländergruppen durchzuführen.

Diese Darstellungen zeigen also die Variation zwischen den Ländern innerhalb der einzelnen Fragestellungen auf. Allfällige statistisch bedeutsame Unterschiede bezüglich der Länder konnten allerdings nur schwer interpretiert werden: Wie in Kapitel 2.3 dargestellt, gab es in den einzelnen Ländern trotz der gemeinsamen Basis des Manuals und der Schulungen der Fachpersonen teilweise Unterschiede in der Umsetzung des Projektes. Diese Unterschiede konnten aufgrund der begrenzten finanziellen Mittel der Evaluation nur zu kleinen Teilen systematisch erfasst und geordnet werden. Traten in den Auswertungen, die in diesem Kapitel berichtet werden, Länderunterschiede auf, gelang es nicht, sie einer der wenigen systematisch erhobenen Merkmale der Länderumsetzungen eindeutig zuzuordnen und damit relativ eindeutige Hinweise auf Interpretationen zu bieten. Vielmehr müssten diese Aussagen relativ hypothetisch bleiben, weshalb im Folgenden ausser der Darstellung der bedeutsamen Unterschiede auf Interpretationen verzichtet wird.

6.1 Reduziert sich bei den Jugendlichen der Alkoholkonsum in der Folge der ro.pe-Trainings©?

Tabelle 17. Deskriptive Statistik zu den Summenwerten des Trinkverhaltens (Trinkhäufigkeit und -menge) der ursprünglich riskant konsumierenden Jugendlichen, für Trainingsbeginn (T1) und Nachbefragung (T3), nach Ländern.

Land	n	Trainingsbeginn (T1)		Nachbefragung (T3)	
		M	SD	M	SD
Belgien	16	4.91	1.13	3.94	1.12
Dänemark	36	5.53	1.59	5.69	1.45
Deutschland	15	4.00	2.62	3.73	2.22
Griechenland	36	3.47	1.23	2.58	1.16
Irland	40	5.76	1.71	5.23	1.66
Italien	11	3.27	1.74	4.18	3.34
Portugal	31	3.77	1.65	3.00	1.37
Slowakei	36	2.61	1.27	2.50	1.40
Slowenien	22	4.98	1.87	3.34	1.58
Zypern	6	2.67	1.21	3.33	1.03
Gesamt	249	4.28	1.95	3.81	1.97

Hinweis: Interaktion für Messzeitpunkt *Land: $F(9,228) = 3.282$, $p = .001$, partielles $\eta^2 = .115$; fett = bedeutsame Unterschiede zwischen den Mittelwerten innerhalb des Landes (d.h. keine Überschneidung der Konfidenzintervalle).

Während insbesondere die Jugendlichen aus Griechenland, Portugal und Slowenien eine bedeutsame Reduktion des Alkoholkonsums berichteten, war in den andern Ländern die Variabilität der individuellen Verläufe grösser oder die Länder-Stichprobe zu klein, so dass die festzustellenden Abnahmen statistisch nicht bedeutsam wurden. Ebenfalls waren die festzustellenden Zunahmen in drei Ländern entweder zu gering (Dänemark) oder stützten sich auf zu kleine Stichproben (Zypern und Italien), so dass sich auch diese als statistisch nicht bedeutsam erwiesen.

Tabelle 18. Häufigkeit der Stabilitäten und Veränderungen des Trinkverhaltens, nach Ländern.

Land	-- Abnahme Trinkmenge und -häufigkeit	- Abnahme Trinkmenge und/oder -häufigkeit	0 Stabilität	+ Zunahme Trinkmenge und/oder -häufigkeit	++ Zunahme Trinkmenge und -häufigkeit
Belgien	4	8	9	1	1
Dänemark	2	3	23	6	3
Deutschland	1	4	12	3	3
Griechenland	6	18	11	2	1
Irland	6	14	9	13	2
Italien	1	4	12	4	3
Portugal	4	17	10	5	
Slowakei	0	14	15	9	2
Slowenien	7	8	16	5	3
Zypern	0	0	2	4	0
Gesamt	31	90	119	52	18

Hinweis: Wegen der teilweise kleinen Stichprobengrößen in den Untergruppen wurden keine inferenzstatistischen Analysen durchgeführt.

6.2 Wird die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen zum Alkohol gefördert?

6.2.1 Ist die Gesetzgebung bezüglich Alkoholkonsums bekannt und wird das Wissen gefördert?

Tabelle 19. Wissen der Jugendlichen bezüglich der Gesetzesbestimmungen zum Alkoholkonsum, bei Trainingsbeginn (T1) und Trainingsende (T2), nach Ländern.

Land	Trainingsbeginn (T1)			Trainingsende (T2)		
	bekannt	teilweise bekannt*	nicht bekannt	bekannt	teilweise bekannt*	nicht bekannt
Belgien	34 (90%)	4 (11%)	-	37 (97%)	1 (3%)	-
Dänemark	24 (60%)	9 (25%)	7 (18%)	23 (72%)	2 (6%)	7 (22%)
Deutschland	32 (82%)	4 (10%)	3 (8%)	35 (90%)	3 (8%)	1 (3%)
Griechenland	43 (100%)	-	-	43 (100%)	-	-
Irland	52 (100%)	-	-	46 (98%)	-	1 (2%)
Italien	6 (16%)	27 (73%)	4 (11%)	10 (29%)	22 (65%)	2 (6%)
Portugal	22 (54%)	17 (42%)	2 (5%)	32 (78%)	9 (22%)	-
Slowakei	37 (88%)	5 (12%)	-	38 (91%)	4 (10%)	-
Slowenien	40 (100%)	-	-	37 (100%)	-	-
Zypern	13 (36%)	-	23 (64%)	27 (79%)	-	7 (21%)
Gesamt	303 (74%)	66 (16%)	39 (10%)	328 (85%)	41 (11%)	18 (5%)

Hinweis: *In Ländern, in denen zwei unterschiedliche Altersgrenzen für den Konsum niedrig- bzw. hochprozentigen Alkohols bestanden, mussten zwei Antworten gegeben werden. Interaktion für Messzeitpunkt *Land: $F(9,358)=10.283$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .205$; fett = bedeutsame Unterschiede zwischen den Mittelwerten innerhalb des Landes (d.h. keine Überschneidung der Konfidenzintervalle).

Tabelle 20. Wissen der Eltern und Schlüsselpersonen bezüglich der Gesetzesbestimmungen zum Alkoholkonsum, nach Ländern.

Land	Eltern			Schlüsselpersonen		
	bekannt	teilweise bekannt*	nicht bekannt	bekannt	teilweise bekannt*	nicht bekannt
Belgien	49 (98%)	1 (2%)	-	14 (100%)	-	-
Dänemark	36 (74%)	12 (24%)	1 (2%)	9 (60%)	6 (40%)	-
Deutschland	62 (78%)	18 (22%)	-	23 (77%)	4 (13%)	3 (10%)
Griechenland	50 (98%)	-	1 (2%)	16 (100%)	-	-
Irland	34 (94%)	-	2 (6%)	19 (100%)	-	-
Italien	23 (92%)	1 (4%)	1 (4%)	11 (73%)	4 (27%)	-
Portugal	18 (67%)	9 (33%)	-	19 (100%)	-	-
Slowakei	47 (94%)	3 (6%)	-	15 (100%)	-	-
Slowenien	53 (98%)	1 (2%)	-	14 (100%)	-	-
Zypern	35 (85%)	-	6 (15%)	13 (81%)	-	3 (19%)
Gesamt	407 (88%)	45 (10%)	11 (2%)	153 (88%)	14 (8%)	6 (3%)

Hinweis: *In Ländern, in denen zwei unterschiedliche Altersgrenzen für den Konsum niedrig- bzw. hochprozentigen Alkohols bestanden, mussten zwei Antworten gegeben werden. Effekt der Länderzugehörigkeit bei den Eltern: $F(9,390)=3.525$, $p < .001$, partielles $\eta^2 = .075$); fett = im Ländervergleich statistisch bedeutsam hohe Werte. Schlüsselpersonen: Wegen der teilweise kleinen Stichprobengrößen in den Untergruppen wurden keine inferenzstatistischen Analysen durchgeführt.

Tabelle 21. Wissen des Verkaufspersonals bezüglich der Gesetzesbestimmungen zum Alkoholkonsum, nach Ländern.

Land	Lang-Interventionen			Kurz-Interventionen		
	bekannt	teilweise bekannt*	nicht bekannt	bekannt	teilweise bekannt*	nicht bekannt
Belgien	48 (98%)	1 (2%)	-	25 (86%)	3 (10%)	1 (4%)
Dänemark	-	-	-	-	-	-
Deutschland	67 (96%)	3 (4%)	-	-	-	-
Griechenland	6 (100%)	-	-	44 (100%)	-	-
Irland	-	-	-	51 (100%)	-	-
Italien	3 (75%)	1 (25%)	-	13 (28%)	31 (68%)	2 (4%)
Portugal	34 (90%)	2 (5%)	2 (5%)	15 (42%)	17 (47%)	4 (11%)
Slowakei	22 (100%)	-	-	31 (100%)	-	-
Slowenien	5 (100%)	-	-	40 (100%)	-	-
Zypern	28 (90%)	-	3 (10%)	4 (36%)	-	7 (64%)
Gesamt	213 (95%)	7 (3%)	5 (2%)	223 (77%)	51 (18%)	14 (5%)

Hinweis: *In Ländern, in denen zwei unterschiedliche Altersgrenzen für den Konsum niedrig- bzw. hochprozentigen Alkohols bestanden, mussten zwei Antworten gegeben werden. Wegen teilweise kleinen Stichprobengrößen wurden die Länderunterschiede nicht inferenzstatistisch ausgewertet.

6.2.2 Persönliche Haltung und Verpflichtung gegenüber dem Gesetz

Tabelle 22. Einschätzung der Jugendlichen zur Angemessenheit der Gesetze bezüglich Alkoholkonsums, für T1 und T2, nach Ländern.

Land	n	T1		T2	
		M	SD	M	SD
Belgien	38	3.24	0.43	3.45	0.55
Dänemark	40	3.05	0.56	3.13	0.52
Deutschland	38	2.84	0.89	3.13	0.74
Griechenland	43	3.28	0.45	3.56	0.59
Irland	53	2.91	0.69	3.19	0.59
Italien	32	2.56	0.96	2.88	0.90
Portugal	41	3.27	0.59	3.46	0.55
Slowakei	42	3.02	0.64	3.17	0.62
Slowenien	40	3.10	0.63	3.30	0.56
Zypern	34	3.09	0.67	3.35	0.85
Gesamt	401	3.04	0.68	3.27	0.67

Hinweis: Effekt der Länderzugehörigkeit: $F(9,380)=3.201$, $p < .001$, $\eta^2 = .070$; fett = im Ländervergleich statistisch bedeutsam hohe Werte.

Tabelle 23. Bereitschaft der Jugendlichen, sich zu bemühen das Gesetz einzuhalten, für T1 und T2, nach Ländern.

Land	n	T1		T2	
		M	SD	M	SD
Belgien	38	2.84	0.86	3.13	0.78
Dänemark	40	2.70	0.94	2.80	0.82
Deutschland	38	2.50	0.98	2.68	1.02
Griechenland	42	2.95	0.66	3.12	0.50
Irland	52	2.56	0.85	2.87	0.63
Italien	30	2.88	0.78	2.97	0.80
Portugal	41	3.02	0.79	3.34	0.57
Slowakei	42	2.93	0.87	2.98	0.56
Slowenien	38	2.86	0.74	3.07	0.70
Zypern	30	2.93	0.91	3.12	0.85
Gesamt	391	2.81	0.85	3.00	0.74

Hinweis: Effekt der Länderzugehörigkeit: $F(9,370)=2.414$, $p < .05$, $\eta^2 = .055$; fett = im Ländervergleich statistisch bedeutsam hohe Werte.

Tabelle 24. Einschätzung der Eltern zur Angemessenheit der Gesetze bezüglich Alkoholkonsums und zur Bereitschaft sich einzusetzen, dass die eigenen Kinder diese Gesetze einhalten, nach Ländern.

Land	Gesetze sind angemessen			Bereitschaft sich einzusetzen, dass Kinder die Gesetze einhalten		
	M	SD	n	M	SD	n
Belgien	3.73	0.51	40	3.54	0.51	39
Dänemark	2.51	0.73	45	3.18	0.81	44
Deutschland	3.15	0.73	72	3.76	0.43	72
Griechenland	3.19	0.73	48	3.47	0.65	49
Irland	2.97	0.93	30	3.46	0.58	28
Italien	2.00	1.07	22	3.73	0.70	22
Portugal	2.78	0.89	27	3.44	0.51	27
Slowakei	2.95	0.85	40	3.51	0.51	39
Slowenien	3.52	0.62	48	3.80	0.41	49
Zypern	2.91	1.01	44	3.48	0.66	44
Gesamt	3.04	0.89	416	3.55	0.60	413

Hinweis: Effekt der Länderzugehörigkeit für Angemessenheit der Gesetze:

$F(9,396)=7.373$, $p < .001$, $\eta^2 = .144$; Effekt der Länderzugehörigkeit für Bereitschaft, sich für die Einhaltung der Gesetze einzusetzen: $F(9,393)=3.827$, $p < .001$, $\eta^2 = .081$. Fett = im Ländervergleich statistisch bedeutsam hohe bzw. tiefe Werte.

Tabelle 25. Einschätzung der Schlüsselpersonen zur Angemessenheit der Gesetze bezüglich Alkoholkonsums, sowie zur Angemessenheit der Projektziele von TAKE CARE und der Rolle der Schlüsselpersonen, bei Trainingsende (T1), nach Ländern.

Land	Gesetze sind angemessen			Projektziele von TAKE CARE und Rolle der Schlüsselperson machen Sinn		
	M	SD	n	M	SD	n
Belgien	3.64	0.50	14	3.49	0.40	15
Dänemark	2.73	0.70	15	3.49	0.53	15
Deutschland	3.07	0.69	30	3.46	0.39	30
Griechenland	3.40	0.63	15	3.69	0.37	15
Irland	3.21	0.63	19	3.38	0.46	19
Italien	2.93	0.47	14	3.29	0.41	14
Portugal	2.00	0.59	18	3.44	0.39	19
Slowakei	3.80	0.45	5	3.82	0.28	15
Slowenien	3.93	0.27	14	3.93	0.19	14
Zypern	3.29	0.47	17	3.78	0.29	17
Gesamt	3.12	0.76	161	3.56	0.42	173

Hinweis: Wegen der kleinen Stichprobengrößen wurden keine inferenzstatistischen Auswertungen für den Ländereffekt dargestellt.

Tabelle 26. Einschätzung des Verkaufspersonals (Lang-Intervention) zur Angemessenheit der Gesetze bezüglich Alkoholkonsums, sowie zur Bereitschaft das Gesetz einzuhalten, nach Ländern.

Land	Gesetze sind angemessen			Bereitschaft, die Gesetze einzuhalten		
	M	SD	n	M	SD	n
Belgien	3.23	0.63	48	2.79	0.72	47
Dänemark	--	--	--	--	--	--
Deutschland	2.97	0.79	71	3.53	0.61	70
Griechenland	3.14	0.38	7	3.57	0.53	7
Irland	--	--	--	--	--	--
Italien	1.50	0.58	4	4.00	0.00	4
Portugal	3.11	0.83	38	3.08	0.49	38
Slowakei	3.32	0.65	22	3.09	0.68	22
Slowenien	3.60	0.55	5	3.60	0.55	5
Zypern	3.36	1.04	39	3.59	0.50	39
Gesamt	3.14	0.82	234	3.28	0.67	232

Hinweis: Wegen teilweise kleinen Stichproben wurden die Länderunterschiede nicht inferenzstatistisch ausgewertet.

Tabelle 27. Einschätzung des Verkaufspersonals (Lang-Intervention) zum Vorteil für das Geschäft, wenn das Gesetz eingehalten bzw. das Projekt TAKE CARE unterstützt wird, nach Ländern.

Land	Vorteil für Geschäft, wenn Gesetze eingehalten werden			Besserer Ruf für Geschäft, wenn TAKE CARE unterstützend		
	M	SD	n	M	SD	n
Belgien	3.15	0.75	3.15	2.91	0.63	45
Dänemark	--	--	--	--	--	--
Deutschland	3.55	0.61	65	2.99	0.94	67
Griechenland	3.14	0.69	7	3.29	0.49	7
Irland	--	--	--	--	--	--
Italien	4.00	0.00	4	3.00	0.82	4
Portugal	3.42	0.72	38	3.19	0.70	37
Slowakei	2.95	0.38	22	3.05	0.49	22
Slowenien	2.20	0.45	5	2.60	1.52	5
Zypern	3.58	0.76	3.58	3.79	0.41	38
Gesamt	3.36	0.72	226	3.15	0.79	225

Hinweis: Wegen teilweise kleinen Stichproben wurden die Länderunterschiede nicht inferenzstatistisch ausgewertet.

Tabelle 28. Verschiedene persönliche und geschäftsbezogene Einschätzungen des Verkaufspersonals (Kurz-Interventionen) bezüglich der Gesetze zum Alkoholkonsum, Prozentanteil der Ja-Stimmen, nach Ländern.

Land	Gesetze sind angemessen	Bereitschaft, die Gesetze einzuhalten	Vorteil für Geschäft, wenn es Gesetze einhält	Beserer Ruf für Geschäft, wenn es TAKE CARE unterstützt
Belgien (n=29)	97%	100%	90%	86%
Dänemark (n=1)	100%	100%	100%	100%
Deutschland	--	--	--	--
Griechenland (n=35-44)	89%	100%	68%	97%
Irland (n=50-51)	100%	100%	98%	100%
Italien (n=44-46)	54%	100%	83%	98%
Portugal (n=36)	78%	97%	94%	97%
Slowakei (n=28-31)	84%	90%	82%	86%
Slowenien (n=49-51)	100%	100%	80%	96%
Zypern (n=13)	69%	77%	62%	100%
Gesamt	85%	98%	84%	96%

Hinweis: Wegen teilweise kleinen Stichproben wurden die Länderunterschiede nicht inferenzstatistisch ausgewertet.

6.3 Wird das Wissen über die Wirkungen und Risiken von Alkohol gefördert?

Tabelle 29. Wissen der Jugendlichen über Wirkungen und Risiken des Alkohols, bei T1 und T2, nach Ländern.

Land	n	T1		T2	
		M	SD	M	SD
Belgien	36	4.67	1.12	4.94	0.79
Dänemark	40	4.08	1.02	4.43	0.75
Deutschland	36	4.14	0.72	4.17	0.94
Griechenland	42	4.43	1.04	4.79	0.87
Irland	52	4.71	1.00	4.58	0.89
Italien	31	4.06	1.03	4.42	1.03
Portugal	41	4.61	1.07	4.95	0.63
Slowakei	42	4.45	0.89	4.67	0.95
Slowenien	38	4.53	1.18	4.84	1.05
Zypern	32	4.44	1.24	5.13	0.75
Gesamt	390	4.43	1.05	4.69	0.90

Hinweis: Je korrekte Antwort 1 Punkt, max. 6 Punkte. Interaktion Land *Messzeitpunkt: $F(9, 369)=2.389$, $p < .05$, $\eta^2 = .055$; fett = bedeutsame Unterschiede zwischen den Mittelwerten innerhalb des Landes (d.h. keine Überschneidung der Konfidenzintervalle).

Tabelle 30. Wissen der Eltern über Wirkungen und Risiken des Alkohols, nach Ländern.

Land	M	SD	n
Belgien	5.13	0.76	40
Dänemark	4.68	1.01	44
Deutschland	5.01	0.40	71
Griechenland	4.90	0.78	48
Irland	5.11	0.79	28
Italien	4.62	0.59	21
Portugal	4.44	1.05	27
Slowakei	4.82	0.73	38
Slowenien	5.09	0.51	45
Zypern	5.08	0.86	40
Gesamt	4.92	0.76	402

Hinweis: Je korrekte Antwort 1 Punkt, max. 6 Punkte. Keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Ländern.

6.4 Wird die Kompetenz der Jugendlichen im Umgang mit riskanten Situationen, speziell im Umgang mit riskantem Alkoholkonsum, gefördert?

Tabelle 31. Deskriptive Statistik zur Allgemeinen Risikokompetenz, für T1, T2 und T3, nach Ländern.

Land	n	T1		T2		T3	
		M	SD	M	SD	M	SD
Belgien	25	3.11	0.48	3.51	0.52	3.39	0.48
Dänemark	34	3.05	0.49	3.35	0.42	3.08	0.60
Deutschland	22	3.08	0.59	3.35	0.44	3.23	0.45
Griechenland	38	2.69	0.61	3.13	0.76	3.24	0.65
Irland	41	3.18	0.48	3.18	0.49	3.16	0.55
Italien	25	3.03	0.71	3.17	0.63	3.07	0.66
Portugal	36	3.15	0.65	3.33	0.60	3.16	0.70
Slowakei	39	2.82	0.49	3.15	0.51	3.15	0.43
Slowenien	38	3.20	0.64	3.49	0.44	3.49	0.43
Zypern	6	3.17	0.38	3.58	0.41	3.50	0.42
Gesamt	304	3.03	0.59	3.29	0.56	3.22	0.57

Hinweis: Interaktion Messzeitpunkt *Land: $F(9,284)=2.602$, $p < .01$, partielles $\eta^2 = .076$;
 fett = bedeutsame Unterschiede zwischen den Mittelwerten innerhalb des Landes
 (d.h. keine Überschneidung der Konfidenzintervalle).

Tabelle 32. Kompetenzzuwachs der Jugendlichen im Umgang mit (riskantem) Alkoholkonsum, T2 und T3, nach Ländern.

Land	Skalenwert (3 Items) bei T2			Einzelitem bei T3		
	M	SD	n	M	SD	n
Belgien	3.13	0.69	36	3.40	0.58	25
Dänemark	2.80	0.67	31	3.00	1.00	35
Deutschland	2.74	0.88	38	3.35	0.73	24
Griechenland	3.74	0.42	43	3.92	0.27	39
Irland	3.15	0.45	54	2.98	0.94	43
Italien	3.05	0.70	35	2.93	1.04	27
Portugal	3.71	0.44	41	3.69	0.47	36
Slowakei	2.92	0.58	42	2.92	0.90	39
Slowenien	2.91	0.65	39	3.18	0.79	39
Zypern	3.55	0.67	33	3.67	0.52	6
Gesamt	3.18	0.70	392	3.27	0.85	313

Hinweis: Effekt der Länderzugehörigkeit für Skalenwert T2: $F(9, 371)=14.411$, $p < .001$, $\eta^2 = .259$; für Einzelitem T3: $F(9, 292)=6.251$, $p < .001$, $\eta^2 = .16$. Fett = im Ländervergleich statistisch bedeutsam hohe Werte.

6.5 Werden die Eltern, Schlüsselpersonen und das Verkaufspersonal im effektiven Umgang mit riskantem Alkoholkonsum der Jugendlichen gestärkt?

Tabelle 33. Einschätzung der Eltern und der Schlüsselpersonen zum Kompetenzzuwachs im Umgang mit Jugendlichen und deren Alkoholkonsum, nach Ländern.

Land	Eltern: Kompetenzzuwachs im Umgang mit den Kindern und deren Alkoholkonsum			Schlüsselpersonen: Kompetenzzuwachs bezüglich Gesprächsführung mit Jugendlichen		
	M	SD	n	M	SD	n
Belgien	3.18	0.58	40	3.00	0.52	15
Dänemark	3.06	0.57	45	3.04	0.41	14
Deutschland	3.07	0.55	64	2.86	0.52	21
Griechenland	3.49	0.47	48	3.57	0.30	14
Irland	3.37	0.63	28	3.33	0.44	18
Italien	2.83	0.69	21	2.82	0.45	12
Portugal	3.42	0.42	27	3.74	0.38	19
Slowakei	3.02	0.56	38	3.04	0.50	15
Slowenien	3.48	0.47	49	3.33	0.49	14
Zypern	3.44	0.49	42	3.63	0.62	17
Gesamt	3.24	0.57	402	3.25	0.56	159

Hinweis: Für Eltern Effekt der Landeszugehörigkeit: $F(9,382) = 5.508$, $p < .001$, $\eta^2 = .115$. Fett = im Ländervergleich statistisch bedeutsam hohe Werte. Für Schlüsselpersonen: Wegen der kleinen Stichprobengrößen wurden keine inferenzstatistischen Auswertungen für den Ländereffekt gerechnet.

Tabelle 34. Einschätzung des Verkaufspersonals (Lang-Intervention) zum Kompetenzzuwachs im Umgang mit Alkohol trinkenden Jugendlichen, nach Ländern.

Land	M	SD	n
Belgien	2.84	0.57	49
Dänemark	--	--	--
Deutschland	2.72	0.75	71
Griechenland	3.07	0.61	7
Irland	--	--	--
Italien	2.50	0.41	4
Portugal	3.33	0.50	38
Slowakei	2.93	0.51	21
Slowenien	3.80	0.27	5
Zypern	3.54	0.55	38
Gesamt	3.03	0.69	233

Hinweis: Wegen teilweise kleinen Stichproben werden die Länderunterschiede nicht inferenzstatistisch ausgewertet.

Tabelle 35. Verkaufspersonal: Feedback zum Nutzen des TAKE CARE-Materials im Arbeitsalltag, getrennt für Lang- und Kurz-Interventionen: „Diese Materialien helfen mir ...“

Land	Lang-Intervention			Kurz-Intervention		
	Mittelwert aus den zwei Items*			Anteil ja - Antworten		
	M	SD	n	Item 1*	Item 2*	n
Belgien	2.91	0.59	49	86%	69%	29
Dänemark	--	--	--	--	--	(verloren)
Deutschland	2.61	0.84	68	--	--	--
Griechenland	3.29	0.49	7	98%	93%	42
Irland	--	--	--	94%	98%	50/48
Italien	2.75	0.50	4	59%	51%	41
Portugal	3.33	0.60	38	100%	100%	36
Slowakei	3.55	0.53	22	100%	97%	29
Slowenien	3.50	0.87	5	90%	94%	51
Zypern	3.59	0.55	39	85%	54%	13
Gesamt	3.09	0.76	232	89%	85%	297/295

Hinweis: *Item-Wortlaut: 1) „... bei meiner Arbeit“; 2) „... in schwierigen Situationen besser klarzukommen“. Wegen teilweise kleinen Stichproben werden die Länderunterschiede nicht inferenzstatistisch ausgewertet.

6.6 Wie ist die Zufriedenheit der Trainingsteilnehmenden mit den Interventionen?

Tabelle 36. Allgemeine Zufriedenheit der Jugendlichen (bei T2) und der Eltern mit den Interventionen, nach Ländern.

Land	Jugendliche (T2)			Eltern		
	M	SD	n	M	SD	n
Belgien	3.74	0.28	37	3.52	0.43	40
Dänemark	3.60	0.50	31	3.33	0.59	45
Deutschland	3.42	0.51	39	3.59	0.41	64
Griechenland	3.80	0.30	43	3.61	0.38	48
Irland	3.37	0.39	54	3.49	0.46	29
Italien	3.51	0.57	35	3.32	0.65	21
Portugal	3.79	0.37	41	3.56	0.45	27
Slowakei	3.48	0.50	42	3.43	0.49	39
Slowenien	3.48	0.46	39	3.66	0.43	49
Zypern	3.74	0.49	33	3.53	0.44	42
Gesamt	3.58	0.46	394	3.52	0.47	404

Hinweis: Für Jugendliche: Effekt der Landeszugehörigkeit ($F(9, 373)=6.346$, $p < .001$, $\eta^2 = .133$; fett = im Ländervergleich statistisch bedeutsam hohe Werte; zusätzlicher Effekt für Interaktion Geschlecht *Land: $F(9, 373)=3.457$, $p < .001$, $\eta^2 = .077$; in Deutschland und Slowakei waren die jungen Männer mit dem Training zufriedener als die jungen Frauen, in Slowenien war dies dagegen gerade umgekehrt der Fall. Für Eltern: keine statistisch bedeutsamen Effekte festgestellt.

Tabelle 37. Allgemeine Zufriedenheit der Schlüsselpersonen (T1) und des Verkaufspersonals (Lang-Intervention) mit den Interventionen, nach Ländern.

Land	Schlüsselpersonen (T1)			Verkaufspersonal		
	M	SD	n	M	SD	n
Belgien	3.09	0.48	15	2.99	0.48	49
Dänemark	3.31	0.56	14	--	--	--
Deutschland	3.55	0.30	21	3.00	0.55	71
Griechenland	3.60	0.37	14	3.26	0.56	7
Irland	3.52	0.46	18	--	--	--
Italien	3.49	0.38	13	3.50	0.19	4
Portugal	3.86	0.26	19	3.57	0.40	38
Slowakei	3.40	0.38	15	3.30	0.41	21
Slowenien	3.64	0.44	14	3.87	0.18	5
Zypern	3.45	0.50	17	3.60	0.50	38
Gesamt	3.50	0.45	160	3.25	0.55	233

Hinweis: Wegen der kleinen Stichprobengrößen wurden keine inferenzstatistischen Auswertungen für den Ländereffekt durchgeführt.

Tabelle 38. Aussage der Schlüsselpersonen in der Nachbefragung zu den Rückmeldungen der Jugendlichen nach dem ro.pe-Training[©].

Sie sprachen ziemlich positiv über ihre Erfahrungen im ro.pe-Training [©]			
Land	M	SD	n
Belgien	3.00		1
Dänemark	3.27	0.47	11
Deutschland	2.75	0.71	8
Griechenland	3.64	0.50	11
Irland	3.25	0.45	12
Italien	3.00	0.00	6
Portugal	3.85	0.38	13
Slowakei	3.38	0.52	8
Slowenien	3.20	0.42	10
Zypern	3.67	0.52	6
Gesamt	3.36	0.55	86

Hinweis: Wegen der kleinen Stichprobengrößen wurden keine inferenzstatistischen Auswertungen für den Ländereffekt durchgeführt.

7 Eckwerte und Empfehlungen

Die empirischen Ergebnisse der vorangegangenen Kapitel zeigen die erfreulichen Wirkungen des Projekts TAKE CARE. Alle im Projekt formulierten Ziele wurden erreicht. TAKE CARE trägt zu einer Abnahme des Alkoholkonsums und einer Zunahme der Kompetenz im Umgang mit Risiko und eigenem Alkoholkonsum bei risikohaft konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen bei. Das Projekt bewirkt eine Förderung der personalen und sozialen Kompetenzen von jungen Menschen und der beteiligten Eltern. Es fördert das Wissen und führt zu teilweisen Einstellungs- und Verhaltensänderungen bei Schlüsselpersonen und beim Personal, das im Verkauf von Alkoholika tätig ist.

Diese folgenden abschliessenden Gedanken nennen einige wichtige Eckwerte des Projekts TAKE CARE, die das Projekt unverkennbar machen, die aber ebenso herausfordernden Charakter haben. Jedem Eckwert werden Empfehlungen zugeordnet, deren Beachtung zum Gelingen des Projekts beitragen.

Grundlagen der Aussagen sind einerseits die aufgezeigte Wirkungsanalyse, Rückmeldungen im Rahmen von telefonischen Interviews mit den beteiligten Fachpersonen andererseits Erkenntnisse aus der gesamten Projektbeobachtung im Verlaufe der Implementierungsphase des Modellprojekts.

TAKE CARE ist ein anspruchsvolles und komplexes Projekt.

- Dem Profil der projektverantwortlichen Personen ist grosse Aufmerksamkeit zu schenken. Die Kompetenzen dieser Personen müssen einerseits in der Vernetzung liegen, andererseits im Projektmanagement über die verschiedenen Ebenen hinweg. Sie sollten über ausreichend Praxiswissen und -erfahrung verfügen. Zudem ist es hilfreich, wenn die Projektverantwortlichen im sozialen Kontext des Projektstandortes strukturell verortet sind.
- Zur Kompetenzerweiterung sowie zum Lobbying ist es empfehlenswert, eine Begleit- bzw. Lobbygruppe zu bilden, die sich aus Schlüsselpersonen der Behörden und der Praktiker/innen und Expert/innen aus dem Gesundheits- und Präventionsbereich zusammensetzt. Vertretungen der Elternvereinigungen, Jugendverbände, Gewerbeverbände und anderer beteiligten Stakeholder sind für das Gelingen des Projekts hilfreich.
- Die Planungsphase im Vorlauf vor Start des Projektes soll möglichst konkret und mit einem Terminplan verbindlich gestaltet werden, um die Energien zu bündeln bzw. Synergien nutzen zu können.

Der Mehrebenenansatz bietet den Praktiker/innen einen spürbaren und erheblichen Mehrwert.

- TAKE CARE verfolgt einen sozialraumbezogenen Mehrebenen-Ansatz. In der sozialraumorientierten sozialen Arbeit konzentrieren sich die Aktivitäten auf einen bestimmten lebensweltlich orientierten Raum. Dabei werden mehrere Zielgruppen (Ebenen) gleichzeitig angesprochen. Diese Vorgehensweise hat sich in TAKE CARE als effektiv herausgestellt, da sich wichtige Synergieeffekte erzeugen lassen. Mehrere Rückmeldungen von Partnerländern zeigen, dass der Mehrebenenansatz nach den Kriterien von Best Practice Wirkung zeitige.

Eine Situations- und Bedarfsanalyse bezüglich des gewählten Sozialraumes ist unabdingbar für eine erfolgreiche Konzipierung und Umsetzung des Projekts im spezifischen Kontext.

- Diese Situations- und Bedarfsanalyse ist die Basis bzw. Gestaltungsgrundlage für die gesamte Planung und Durchführung des Projekts.
- Eine Analyse dient der Überprüfung, ob und inwieweit der gewählte Sozialraum für das Projekt TAKE CARE geeignet ist.
- Die Analyse bietet die Informationen zur Identifikation der angestrebten Zielgruppen. Wer ist es? Wo treffen wir diese Menschen an? Wie können sie angesprochen werden?
- Ebenso generieren sich aus dieser Analyse die Indikatoren, an denen eine erfolgreiche Umsetzung gemessen werden kann. Diese Indikatoren sind eine Orientierungshilfe, um im Projektverlauf bezüglich Weiterführung oder allfälligem Abbruch umsichtige Entscheidungen zu treffen.
- In einem Gesamtkonzept werden Überlegungen dargelegt, wie die Zielgruppen gewonnen werden sollen. Dieses Gesamtkonzept enthält konsistente Haltungen und Botschaften, die in den verschiedenen Zielgruppen deponiert werden können und zur Teilnahme an den Interventionen bewegen.

TAKE CARE weist Aspekte auf, die bei Teilen der Bevölkerung und der Fachwelt nicht einfach vermittelbar sind, wie bspw. das Konzept der Risikokompetenz bezüglich des Alkoholkonsums. Das Projekt TAKE CARE unternimmt den Schritt, sozial und kulturell verankerte Meinungen bezüglich des Alkohols und Alkoholkonsums zu korrigieren und zu differenzieren; es versucht Wissen zu vermitteln und die Sensibilität für potentiell schädigende Folgen des riskanten Alkoholkonsums zu fördern. Die Sichtweisen und Haltungen sind teilweise neuartig und können deshalb auf Widerstand stossen. Mit dem Mehrebenenansatz macht das Projekt TAKE CARE das ‚individuelle Problem riskanter Alkoholkonsum‘ zu einem ‚gesellschaftlichen Problem‘, das alle Beteiligten im Umfeld der Jugendlichen und jungen Erwachsenen angeht.

- Um die Akzeptanz des Projekts in der Bevölkerung und in der Fachwelt aufzubauen und gezielt zu fördern, ist eine kontinuierliche, langfristige, proaktive Kommunikation und die Beteiligung der betroffenen Öffentlichkeit erforderlich.
- Die Medienarbeit soll möglichst professionell unter Einbeziehung der sozialen Netzwerke durchgeführt werden.

Die Planung und Durchführung erfordert verbindliche Zeitstrukturen, die allerdings entsprechend des Projektverlaufs unter Berücksichtigung der Einhaltung des Gesamtkonzepts flexibel angepasst werden können.

- Bei Beginn der operativen Phase des Projekts soll ein verbindlicher Terminplan vorliegen.
- Teil dieser Terminplanung ist ein begründeter Vorschlag, in welcher Reihenfolge die Zielgruppen angesprochen werden sollen.
- Um die Prozessqualität des Projekts zu gewährleisten, eignet sich ein Kick Off Meeting. Kontinuierliche Gesamttreffen aller beteiligten Interventionsleitenden ermöglichen die fortlaufende gemeinsame Weiterentwicklung von Haltung und Ideen.

TAKE CARE bedarf der Qualitätskontrolle. Damit TAKE CARE sich als Programm im Bereich der Suchtprävention behaupten kann, ist es empfehlenswert eine Qualitätskontrolle sicherzustellen.

- Zu prüfen ist die Einrichtung einer Plattform zur Kommunikation und zum Erfahrungsaustausch auf internationaler Ebene. Dies könnte über Facebook oder eine andere bestehende Plattform kostengünstig geschehen. Dies wäre auch der Ort, wo Tipps und Tricks ausgetauscht werden könnten.
- Es ist zu prüfen, ob TAKE CARE im Rahmen des europäischen Präventionsnetzwerkes euro net eine langfristige Qualitätssicherung erfährt⁴⁰.
- Diese Qualitätssicherung schützt den Projektansatz insbesondere vor Vereinfachungen in der Praxis, die z.B. den innovativen Charakter des Mehrebenenansatzes aushöhlen.
- Unter Umständen ist auf internationaler Ebene eine Zertifizierung anzustreben oder eine andere Form von Label, das die Verpflichtung gegenüber dem Projektansatz sicherstellt.
- Es braucht eine professionelle Einführung in den Projektansatz und die einzelnen Interventionen. Da z.B. die Interventionsleitenden dort selber zu Vermittler/innen der Projektziele und der spezifischen Projekthaltung werden, darf die Schulung dieser Interventionsleitenden nicht zu kurz kommen.

40 Siehe <http://www.euronetprev.org> (Zugriff am 21.09.2012)

TAKE CARE kann auch mit kleineren strukturellen Anpassungen innerhalb einer Intervention erfolgreich durchgeführt werden.

Das Modellprojekt zeigt, dass die Änderungen nicht den Kern des Konzepts und der zu vermittelnden Haltungen tangieren dürfen.

- Eine Qualitätssicherung des Projekts muss sich allerdings eingehend mit der Frage beschäftigen, welche Elemente der Interventionen und der strukturellen Umsetzungsvorgaben tatsächlich die eigentlichen Kernmerkmale sind, die nicht vernachlässigt oder umgangen werden dürfen.
- Es liegt zurzeit kein empirisches Wissen vor, wie lokale und nationale Unterschiede und konzeptuelle Abweichungen in der Umsetzung wirken. Um dies angemessen überprüfen zu können, müsste ein kontrollierteres Projekt- und Evaluationsdesign umgesetzt werden, das den wissenschaftlichen Anforderungen stärker entspricht.

Die engere Verzahnung⁴¹ zwischen den verschiedenen Ebenen des Ansatzes bedingt einen erheblich grösseren Aufwand bereits im Vorfeld des Projekts, ist aber lohnenswert. In der vorliegenden Evaluation erlaubte das Design keine Erhebung von Daten, die empirisch belegt einen Synergieeffekt aufzeigen. Gemäss Rückmeldungen von Partnerländern, macht der Mehrebenenansatz ihrer professionellen Erfahrung nach Sinn. Zur Sicherung ist weiterer Forschungsbedarf angezeigt.

- Ein gut strukturierter, den lokalen Gegebenheiten angepasster Terminplan optimiert das geplante Vorgehen ebenfalls.
- Diese Zielerreichung wird erleichtert, wenn die Schlüsselpersonen ihre Funktionen insbesondere auch bezüglich des Ansprechens und der Gewinnung von Jugendlichen zu Beginn des Projekts wahrnehmen können.

Es ist zu wünschen, dass die zukünftigen Interventionsleitenden des Projektes TAKE CARE einen langen Atem aufrechtzuerhalten vermögen, um diesen vielfältigen Herausforderungen auf so unterschiedlichen Ebenen kreativ zu begegnen.

Dieser Evaluationsbericht schliesst mit der Feststellung, dass das Projekt TAKE CARE mit seinem Anspruch, aktuelle Public Health-Anliegen aufzunehmen, für Fachpersonen attraktiv ist, und dass die angestrebten Wirkungen erreicht werden können. Wir wünschen TAKE CARE eine erfolgreiche Zukunft.

41 Beispielsweise finden sich Hinweise in einem Projekt mit Mehrebenenansatz: <http://www.esski.ch/esski-1> (Zugriff am 08.10.2012).

8 Anhang

8.1 Detaillierte Angaben zur Auswertung des Alkoholkonsums bei den Jugendlichen

8.1.1 Konsumgruppen

Die Einteilung in die drei Konsumgruppen ‚abstinent lebend‘, ‚risikoarmer Konsum‘ und ‚riskanter Konsum‘ beruht auf einem Definitionsvorschlag der zentralen Projekt-Koordination. Diese ist in der Toolbox auf der Projekthomepage www.project-take-care.eu zu finden. Die Abgrenzung dieser drei Konsumgruppen für verschiedene Altersstufen beruht auf einer Veröffentlichung der belgischen Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw (VAD)⁴² und der internationalen Definition der WHO aus dem Jahr 2010⁴³. Es werden die folgenden Schwellenwerte für risikoarmen bzw. riskanten Konsum definiert:

- Unter 16 Jahren gilt jeglicher Alkoholkonsum als riskant. Es gibt kein risikoarmes Mass des Alkoholkonsums für diese Altersgruppe.
- Im Alter von 16- und 17 Jahren gilt bei Jungen als risikoarm konsumierend, wer maximal zwei alkoholische Standardgetränke pro Tag konsumiert, bei Mädchen, wer maximal ein bis zwei Standardgetränke pro Tag konsumiert; diese Mengen gelten dann als risikoarm, wenn sie nicht häufiger als an zwei Tagen pro Woche zu sich genommen werden und dies auch dann nur, wenn es nicht wöchentlich geschieht. Wer diese Schwellenwerte überschreitet, sei es in der Menge oder der Häufigkeit des Alkoholkonsums, gilt als riskant trinkend.
- für die 16- und 17-Jährigen wird der Konsum von Spirituosen als riskant eingestuft.
- Ab 18 Jahren gilt in Anlehnung an die WHO bei jungen Männern als risikoarm konsumierend, wer bis maximal 24 g Reinalkohol (ungefähr zwei bis drei Standardgetränke) pro Tag trinkt, bei jungen Frauen, wer maximal 12 g Reinalkohol (ungefähr ein bis einhalb Standardgetränk) pro Tag trinkt; diese Mengen gelten dann als risikoarm, wenn sie nicht häufiger als an drei Tagen pro Woche zu sich genommen werden⁴⁴. Wer diese Schwellenwerte überschreitet, sei es in der Menge oder der Häufigkeit des Alkoholkonsums, gilt als riskant trinkend.

42 Siehe: <http://www.vad.be/media/38169/richtlijnen%20voor%20aanvaardbaar%20alcoholgebruik%20%20definitie%20binge%20drinken%20finaal.pdf> (Zugriff am 04.10.2012).

43 WHO (2010): mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health-settings. Mental Health Gap Action Programme. Version 1.0., S. 60.

44 Die Richtlinien der WHO gehen für die Definition von risikoarmem Konsum von maximal fünf Tagen pro Woche aus, an denen die genannten Mengen gelten. Der vorgelegte Definitionsvorschlag setzt die Höchstschwelle der Häufigkeit tiefer an, um der im jungen Erwachsenenalter noch andauernden physischen und psychischen Entwicklung Rechnung zu tragen.

Die Evaluation operationalisierte den Definitionsvorschlag auf der Grundlage zweier Angaben zu Trinkmenge und -häufigkeit aus dem WHO-Instrumentarium AUDIT⁴⁵.

Dabei zeigte sich, dass das Antwortformat des in der Alkoholismusforschung verbreiteten Instruments AUDIT die Definition der Projektkoordination nicht äquivalent abbildet. Um die Projektziele zu operationalisieren, musste die Evaluation eine Zuteilung der Antworten zu den AUDIT-Fragen in risikoarmen bzw. risikoreichen Konsum vornehmen, um die Zielgruppe der riskant trinkenden Jugendlichen zu identifizieren. Aufgrund der Antwortformate musste sich die Evaluation für eine der folgenden Auswertungsvarianten entscheiden: Entweder Jugendliche mit riskantem Konsum in die risikoarm konsumierende Gruppe oder risikoarm trinkende Jugendliche in die risikoreich konsumierende Gruppe einschliessen. Die Evaluation entschied sich für letzteres, so dass möglicherweise einige Jugendliche in der riskant trinkenden Gruppe mit eingeschlossen sind, die im Sinne der Projektdefinition zur risikoarm konsumierenden Gruppe zählen.

Die Abbildung 12, Konsumgruppen-Bildung auf der Grundlage der Angaben zu Trinkmenge und -häufigkeit und des Alters der Jugendlichen, zeigt diese Einteilung in die drei Konsumgruppen schematisch mit den drei Farben Grün, Hellblau und Blau⁴⁶. Man beachte die altersabhängig unterschiedliche Abgrenzung von risikoarmem gegenüber riskantem Konsum in den hellblauen Feldern⁴⁷.

Abbildung 12. Konsumgruppen-Bildung auf der Grundlage der Angaben zu Trinkmenge und -häufigkeit und des Alters der Jugendlichen.

Wieviele Getränke pro typischen Tag?	10 oder mehr						
	7 bis 9						
	5 oder 6						
	3 oder 4						
	1 oder 2	<16: riskant; 16+: risikoarm	<16: riskant; 16+: risikoarm	<16: riskant; 16+: risikoarm	<16: riskant; 16+: risikoarm		
	0 Getränke	abstinent					
	nie	1x monatlich oder weniger	2-4x im Monat	2-3x in der Woche	4x oder mehr in der Woche		

riskant

risikoarm/riskant
je nach Alter

abstinent

Hinweis: <16/<18 = für Jugendliche unter 16/18 Jahren;
16+/18+ = für Jugendliche im Alter von 16/18 Jahren und mehr.

45 AUDIT: Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001). AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.

46 Die weissen Felder enthalten nicht interpretierbare Angaben und werden deshalb keinem Konsummuster zugeordnet, mit einer Ausnahme: Das Feld „Häufigkeit: nie“ / „Menge: 1 oder 2 Gläser“ wird interpretiert als einmalige, nicht wiederholte Trinkerfahrung und deshalb in die Auswertung mit einbezogen.

47 Die unterschiedlichen Grenzen für junge Frauen bzw. junge Männer über 18 Jahre konnte nicht genau berücksichtigt werden, da das gewählte Frageformat des AUDIT diese Unterscheidung nicht zulässt.

8.1.2 Summenwert

Um einen Gesamtwert und gleichzeitig ein kontinuierliches Mass bezüglich des Trinkverhaltens zur Verfügung zu haben, wurde pro Person der sog. Summenwert über die beiden AUDIT-Items der Trinkhäufigkeit und Trinkmenge pro typischen Tag⁴⁸ berechnet.

Der Summenwert ergab sich mithilfe der Kodierung der Antwortvorgaben, die summiert wurden. Die Kodierung der Antwortvorgaben zur Häufigkeit des Trinkens wurde übereinstimmend mit dem AUDIT-Manual vorgenommen und begann jeweils mit dem Wert 0. Die selbstberichtete Mengenangabe pro typische Trinkgelegenheit enthält gemäss Manual (und der sprachlichen Formulierung angemessen) keine Antwortvorgabe „0 Gläser“, sondern beginnt mit „1-2 Gläser“. Im Unterschied zum Manual wurde für diese Antwortvorgaben nicht die Kodierung 0 bis 4, sondern 1 bis 5 verwendet: 1 = 1-2 Gläser, 2 = 3-4 Gläser, 3 = 5-6 Gläser, 4 = 7-9 Gläser, 5 = 10 Gläser und mehr. Damit erhält jede Antwortvorgabe eine Zahl, die bei der Summenwertberechnung des Trinkverhaltens ‚einen Unterschied macht‘. Die mögliche Minimal-Summe betrug Null⁴⁹, die mögliche Maximal-Summe Neun (vgl. Abbildung 13. Mögliche Summenwerte bezogen auf Trinkhäufigkeit und Trinkmenge).

Abbildung 13. Mögliche Summenwerte bezogen auf Trinkhäufigkeit und Trinkmenge.

Wieviele Getränke pro typischen Tag?	10 oder mehr		6	7	8	9
	7 bis 9		5	6	7	8
	5 oder 6		4	5	6	7
	3 oder 4		3	4	5	6
	1 oder 2	1	2	3	4	5
	0 Getränke	0				
	nie	1x monatlich oder weniger	2-4x im Monat	2-3x in der Woche	4x oder mehr in der Woche	
		Wie oft trinkst du Alkohol?				

48 Item-Wortlaut siehe Kapitel 8.2.

49 Es gab Personen, die gemäss Selbstangabe „nie“ tranken und die Frage nach der Trinkmenge pro typische Trinkgelegenheit (in sich logisch) nicht beantworteten, sondern leer liessen. Diesen Personen wurde von Hand der Summenwert 0 vergeben und die leer gelassene Antwort als „0 Getränke“ interpretiert.

8.1.3 Differenzwerte und zusätzliche Auswertungen

Um die individuellen Verläufe des Konsumverhaltens noch differenzierter zu erfassen, wurden die einzelnen Bewegungen noch genauer betrachtet. Dabei wurde festgehalten, wie viele Jugendliche ihren Konsum reduzierten, wie viele Jugendliche stabil blieben und wie viele Jugendliche den Konsum erhöhten. Dies wurde wie folgt gebildet (siehe Abbildung 14):

- Abnahme: Trinkhäufigkeit bzw. Trinkmenge bei T3 war kleiner als bei T1, hellgrün bzw. grün markiert⁵⁰
- Stabilität: Trinkhäufigkeit bzw. Trinkmenge war bei T1 und T3 gleich gross, gelb markiert⁵¹
- Zunahme: Trinkhäufigkeit bzw. Trinkmenge war bei T3 grösser als bei T1, hellblau bzw. blau markiert⁵²
- Einige vorkommenden Antwortmuster sind schwierig zu deuten, inwiefern sie nun Stabilitäten oder Veränderungen abbilden (weiss markiert). Sie werden in den weiteren Auswertungen nicht mehr einbezogen.

Abbildung 14 zeigt, dass über ein Drittel der Jugendlichen (35%), die bei Trainingsbeginn und in der Nachbefragung antworteten, in ihrem Antwortverhalten stabil blieben, d.h. an beiden Befragungszeitpunkten ein vergleichbares Trinkmuster berichteten. 21% berichteten Zunahmen auf einer oder beiden erhobenen Dimensionen der Trinkhäufigkeit oder der Trinkmenge, 38% Abnahmen auf einer oder beiden Dimensionen. Der gesamte Anteil jener Jugendlichen, die ihr Trinken reduzierten, und ebenso der Anteil der stabilen Trinkmuster waren damit je grösser als der Anteil jener Jugendlichen, die ihr Trinken im Beobachtungszeitraum in der Folge der Intervention steigerten.

50 Abnahmen werden über negative Zahlen in den Achsenbeschriftungen abgebildet.

51 Stabilitäten werden über die Zahl Null in den Achsenbeschriftungen abgebildet.

52 Zunahmen werden über positive Zahlen in den Achsenbeschriftungen abgebildet.

Abbildung 14. Häufigkeit der Zunahmen, Stabilitäten und Abnahmen des Trinkverhaltens, berechnet als Differenzen der Antworten aus T1 und T3. Für Erklärungen siehe Text.

Differenz T3 minus T1, in Veränderung des "Antwortfeldes im Fragebogen"

Differenz: Wieviele Getränke/typischen Tag?	Differenz: Wie oft trinkst du Alkohol?									Total (n = 310)	
	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3			
+4	0	0	0	1	0	1	0	1			
+3	0	0	0	1	0	2	0	0			
+2	0	0	0	1	3	3	1	0	6% n = 18	++ Zunahme auf beiden Seiten	
+1	0	0	0	5	21	10	0	0	15% n = 47	+ Zunahme auf einer Dimension	
0	0	2	8	42	110	23	0	0	35% n = 110	Stabilität	
-1	0	0	2	12	22	3	2	0	28% n = 87	- Abnahme auf einer Dimension	
-2	0	0	2	11	10	2	1	0	10% n = 31	-- Abnahme auf beiden Dimensionen	
-3	0	0	0	2	2	1	0	0	5% n = 17	schwierig zu interpretieren: + Zunahme auf einer Dimension - Abnahme auf der anderen Dimension	
-4	1	0	0	1	1	0	0	0			

Tabelle 39. Häufigkeit der Stabilitäten und Veränderungen des Trinkverhaltens, nach Konsumgruppen bei Trainingsbeginn.

Konsumgruppe bei Trainingsbeginn	-- Abnahme Trinkmenge und -häufigkeit	- Abnahme Trinkmenge und/oder -häufigkeit	0 Stabilität	+ Zunahme Trinkmenge und/oder -häufigkeit	++ Zunahme Trinkmenge und -häufigkeit
riskant (n=250, 100%)	31 (12%)	82 (33%)	83 (33%)	43 (17%)	11 (4%)
risikoarm (n=39, 100%)	0	8 (21%)	23 (59%)	5 (13%)	3 (8%)
abstinent (n=21, 100%)	--	--	13 (62%)	4 (19%)	4 (19%)
Gesamt (n=310, 100%)	31 (10%)	90 (29%)	119 (38%)	52 (17%)	18 (6%)

Hinweis: fett = deskriptiv hervorgehobene Anteile. In Kapitel 5 und 6 sind die Prozentwerte dieser Tabelle vereinfacht ausgewiesen für die einzelnen Konsumgruppen.

8.2 Skalen und Item-Wortlaute

Tabelle 40. Übersicht über die im Evaluationsbericht verwendeten Frage-Items aus den Fragebögen aller Zielgruppen.

Skala	Item-Wortlaut	Antwortformat (inkl. Antwortwerte)	Quelle
Trinkverhalten. Jugendliche. (T1, T3)	<p>„*Ein „Getränk“ hier ist ungefähr ein Glas oder eine Flasche Bier oder Most (25-33 cl), eine Flasche Alcopops (27 cl), ein Glas Wein (10-12.5 cl) oder ein Glas Schnaps (4 cl).“</p> <p>„Wie oft nimmst du ein alkoholhaltiges Getränk* zu dir?“</p> <p>„Wie viele alkoholhaltige Getränke* nimmst du an einem typischen Tag, an dem du trinkst?“</p>	<p>nie (0) 1x monatlich oder weniger (1) 2-4x im Monat (2) 2-3x in der Woche (3) 4x oder mehr in der Woche (4)</p> <p>1 oder 2 (1) 3 oder 4 (2) 5 oder 6 (3) 7 bis 9 (4) 10 oder mehr (5)</p>	AUDIT: Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G.(2001). AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.
Selbstwirksamkeit. Alle Zielgruppen, gleicher Wortlaut.	<p>„Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.“</p> <p>„Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.“</p> <p>„Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurecht kommen kann.“</p> <p>„Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.“</p> <p>„Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.“</p>	<p>stimmt genau (4) stimmt eher (3) stimmt kaum (2) stimmt nicht (1)</p>	Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung, von Matthias Jerusalem und Ralf Schwarzer, reduziert auf fünf Items, deutsche und englische Version zugänglich auf http://userpage.fu-berlin.de/health/germscal.htm bzw. http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfscal.htm (Zugriff am 08.10.2012).

Skala	Item-Wortlaut	Antwortformat (inkl. Antwortwerte)	Quelle
<p>Selbstwert. Jugendliche. Alle Zielgruppen, gleicher Wortlaut.</p>	<p>„Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden.“ „Hin und wieder denke ich, dass ich gar nichts wert bin.“ „Ich besitze eine Reihe guter Eigenschaften.“ „Ich kann vieles genauso gut wie die meisten anderen Menschen auch.“ „Ich fürchte, es gibt nicht viel, worauf ich stolz sein kann.“ „Ich fühle mich von Zeit zu Zeit zu nichts zu gebrauchen.“ „Ich halte mich für einen wertvolle Menschen, jedenfalls bin ich nicht weniger wertvoll als andere auch.“ „Ich wünschte, ich könnte vor mir selbst mehr Achtung haben.“ „Alles in allem neige ich dazu, mich für einen Versager zu halten.“ „Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden.“</p>	<p>stimme voll und ganz zu (4) stimme zu (3) stimme nicht zu (2) stimme überhaupt nicht zu (1)</p>	<p>In Deutsch: Von Collani, G., & Herzberg, P.Y. (2003). Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 24(1), 3-7. In Englisch: Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press.</p>
<p>Wissen bezüglich Gesetzesbestimmungen zum Alkoholkonsum. Alle Zielgruppen, gleicher Wortlaut.</p>	<p>In Ländern mit einer Altersgrenze für den Konsum von Alkohol: „In Land XY* ist das Kaufen und Trinken von Alkohol ab dem Alter von Jahren erlaubt.“ In Ländern mit zwei unterschiedlichen Altersgrenzen für den Konsum niedrig- bzw. hochprozentigen Alkohols: „In Land XY* ist das Kaufen und Trinken von Alkohol wie Bier, Wein und Schaumwein ab dem Alter von Jahren erlaubt.“ „In Land XY* ist das Kaufen und Trinken von Alkohol wie Spirituosen und Alkopops ab dem Alter von Jahren erlaubt.“ *Fragebogen an jedes Land angepasst.</p>	<p>Alter wurde handschriftlich in Zahlen angegeben.</p>	<p>Eigenentwicklung</p>
<p>Einschätzung zur Angemessenheit der Gesetze bezüglich Alkoholkonsums, Alle Zielgruppen, gleicher Wortlaut.</p>	<p>„Diese Gesetze für den Alkoholkonsum bei Jugendlichen sind angemessen.“</p>	<p>stimme voll und ganz zu (4) stimme zu (3) stimme nicht zu (2) stimme überhaupt nicht zu (1)</p>	<p>Eigenentwicklung</p>

Skala	Item-Wortlaut	Antwortformat (inkl. Antwortwerte)	Quelle
Bereitschaft, die Gesetze einzuhalten bzw. Jugendliche darin zu unterstützen, die Gesetze einzuhalten. Alle Zielgruppen, z.T. unterschiedlicher Wortlaut.	<p>Jugendliche: „Ich bemühe mich darum, diese Gesetze einzuhalten.“</p> <p>Eltern: „Ich bemühe mich darum, dass mein Kind/ meine Kinder diese Gesetze einhalten.“</p> <p>Schlüsselpersonen: „Die Ziele des Projektes TAKE CARE sind: (1) verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol ab dem Alter, ab welchem der Alkoholkonsum gesetzlich erlaubt ist. (2) Abstinenz vor diesem gesetzlich festgelegten Alter. Diese Ziele des Projekts TAKE CARE machen für mich Sinn.“ „Meine Rolle als „Key“-Person ist: direkte, empathische und motivierende Gespräche mit Alkohol trinkenden jungen Menschen zu führen. Dieses Ziel macht für mich Sinn.“ „Meine Rolle als „Key“-Person ist: junge Menschen zu motivieren, über ihren Alkoholkonsum nachzudenken. Dieses Ziel macht für mich Sinn.“</p> <p>Verkaufspersonal (Kurz- und Lang-Intervention): „Ich bemühe mich sehr darum diese Gesetze einzuhalten.“</p>	<p>stimme voll und ganz zu (4) stimme zu (3) stimme nicht zu (2) stimme überhaupt nicht zu (1)</p>	Eigenentwicklung
Wissen bezüglich Risiken und Wirkung von Alkohol Alle Zielgruppen, gleicher Wortlaut.	<p>„Treffen folgende Aussagen zu oder nicht? „Alkoholische Getränke enthalten gewichtssteigernde Kalorien.“* „Regelmässiger Alkoholkonsum im Jugendalter kann zu rascher Abhängigkeit und Entzugserscheinungen führen.“* „Alkoholkonsum kann die Lernfähigkeit verringern.“* „Alkoholkonsum fördert die körperliche Fitness.“** „Alkoholkonsum hilft gegen schüchtern und gehemmt sein.“* „Viele Leute trinken, um Problemen wie Einsamkeit oder Depression zu entfliehen.“* Richtige Antwort: *Ja/ **Nein“.</p>	<p>ja (1) nein (0)</p>	Eigenentwicklung

Skala	Item-Wortlaut	Antwortformat (inkl. Antwortwerte)	Quelle
Risikokompetenz. Jugendliche.	In den letzten drei Monaten... (T1, T3) / Im ro.pe© Training... (T2). „Ich stellte mich gerne risikohaften Situationen, weil sie mich herausforderten.“ „Ich schaffte es, risikohafte Situationen zu bewältigen.“ „Ich bewältigte risikohafte Situationen besser, als ich gedacht habe.“ „Ich hatte Spass mit risikohaften Situationen klarzukommen.“	stimmt genau (4) stimmt eher (3) stimmt kaum (2) stimmt nicht (1)	Eigenentwicklung
Kompetenz im Umgang mit eigenem Alkoholkonsum. Jugendliche.	„Im Verlauf des Trainings wurde ich mir stärker meiner Trinkgewohnheiten bewusst.“ „Die Erlebnisse und Informationen des Trainings verhalfen mir zu besseren Strategien im Umgang mit Alkohol.“ „Durch die Erlebnisse und Informationen des Trainings erweiterte ich mein Wissen über Alkohol.“	stimme voll und ganz zu (4) stimme zu (3) stimme nicht zu (2) stimme überhaupt nicht zu (1)	Eigenentwicklung
Kompetenzen im Umgang mit riskantem Alkoholkonsum der Jugendlichen. Eltern, Schlüsselpersonen und Verkaufspersonal, z.T. unterschiedlicher Wortlaut.	Eltern: „Die Gespräche verhalfen mir zu besseren Strategien für den Umgang mit meinem Kind/meinen Kindern.“ „Ich erweiterte mein Wissen über Alkohol.“ „Das Treffen bewegte mich dazu, meine Haltung gegenüber Alkohol und Alkoholkonsum zu überdenken.“ Schlüsselpersonen: „Das Training verhalf mir zu Informationen und Strategien für erfolgreiche Gespräche mit jungen Menschen.“ „Ich erweiterte mein Wissen über Alkohol.“ „Durch das Training habe ich mehr Vertrauen gefasst, das Thema Alkohol/Alkoholkonsum bei jungen Menschen anzusprechen.“ In der Nachbefragung: „Das Training verhalf mir zu Informationen und Strategien für erfolgreiche Gespräche mit jungen Menschen.“ „Das Training ermöglichte mir, das Thema Alkohol/Alkoholkonsum bei jungen Menschen anzusprechen“ „Die Technik „Key“ ermöglichte es mir, die jungen Menschen zum Nachdenken über Ihren Alkoholkonsum anzuregen“. Verkaufspersonal (Lang-Intervention): „Das Training verhalf mir, besser mit schwierigen Situationen in meiner Arbeit klarzukommen.“ „Das Training verhalf mir, besser mit schwierigen Situationen in meiner Arbeit klarzukommen.“	stimme voll und ganz zu (4) stimme zu (3) stimme nicht zu (2) stimme überhaupt nicht zu (1)	Eigenentwicklung

Skala	Item-Wortlaut	Antwortformat (inkl. Antwortwerte)	Quelle
Nutzen der Materialien für Verkaufspersonal.	<p>„Diese Materialien helfen mir bei meiner Arbeit.“</p> <p>„Diese Materialien helfen mir, in schwierigen Situationen besser klarzukommen.“</p>	<p>stimme voll und ganz zu (4)</p> <p>stimme zu (3)</p> <p>stimme nicht zu (2)</p> <p>stimme überhaupt nicht zu (1)</p>	Eigenentwicklung
Zufriedenheit mit den Interventionen. Alle Zielgruppen, z.T. unterschiedlicher Wortlaut.	<p>Jugendliche:</p> <p>„Ich habe vom ro.pe® Training profitiert.“</p> <p>„Ich hatte Vertrauen in die Leitung des Trainings.“</p> <p>„Es war cool im Training dabei zu sein.“</p> <p>„Ich würde das ro.pe® Training Freunden empfehlen.“</p> <p>Eltern:</p> <p>„Ich habe von der Homeparty für den Umgang mit meinem Kind/meinen Kindern profitiert.“</p> <p>„Ich hatte Vertrauen in die anwesende Fachperson.“</p> <p>„Ich würde die Homeparty Freunden und Bekannten empfehlen.“</p> <p>Schlüsselpersonen:</p> <p>„Ich habe vom Key-Training für den Umgang mit jungen Menschen profitiert.“</p> <p>„Ich hatte Vertrauen in die anwesenden Fachpersonen.“</p> <p>„Ich würde das Training andern Berufsleuten/Freiwilligen empfehlen, die mit ähnlichen Zielgruppen arbeiten.“</p> <p>Verkaufspersonal (Lang-Intervention):</p> <p>„Ich habe vom Training profitiert und kann jetzt besser mit schwierigen Situationen in meiner Arbeit umgehen.“</p> <p>„Ich hatte Vertrauen in die anwesende Fachperson.“</p> <p>„Ich würde das Training andern Leuten empfehlen, die eine ähnliche Arbeit wie ich haben.“</p>	<p>stimme voll und ganz zu (4)</p> <p>stimme zu (3)</p> <p>stimme nicht zu (2)</p> <p>stimme überhaupt nicht zu (1)</p>	Eigenentwicklung

Impressum

Autoren:

Walter Kern-Scheffeldt, Esther Kirchhoff, Liliane Pfister, Michael Frais.

Pädagogische Hochschule Zürich, Abteilung Forschung und Entwicklung,
Gesundheit und besondere pädagogische Bedürfnisse.

http://www.phzh.ch/de/Forschung/Gesundheit_und_besondere_paedagogische_Beduerfnisse

Projektleitung:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), Dezernat 50, Koordinationsstelle Sucht

https://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Praxis-Projekte/Take_Care_Start/take-care

Gefördert durch:

Health Programme 2008 - 2013, European Commission, Directorate-General for Health
and Consumer Protection.

http://ec.europa.eu/health/index_en.htm

Layout:

Susanne M. Reimann, Graphic-Art-Design.

<http://www.graphic-art-design.ch>

Herstellung:

Adobe-PDF.

Copyright:

© November 2012.

Walter Kern-Scheffeldt, Esther Kirchhoff, Liliane Pfister, Michael Frais.

Pädagogische Hochschule Zürich, Abteilung Forschung und Entwicklung,
Gesundheit und besondere pädagogische Bedürfnisse.