

**Starzer, A.; Uhl, A.; Puhm, A.; Strizek, J.; Auracher, U.; Kampusch, A.**

# Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen in Oberösterreich

2009



Ludwig Boltzmann Institut  
für Suchtforschung  
am Anton Proksch Institut

Auftraggeber der Studie:



Projektverantwortliche: Dr. Rainer Schmidbauer, Mag. Franz Gschwandtner, Mag. Richard Paulik, Mag. Seifried Seyer

Diese Studie wurde gefördert von:



FONDS **GESUNDES**  
ÖSTERREICH

# Inhaltsverzeichnis

1	Danksagungen .....	6
2	Executive Summary .....	7
3	Einleitung .....	9
4	Theoretische Grundlagen .....	11
4.1	Relevante Begriffe und Konzepte.....	11
4.1.1	„Alkoholrausch“ bzw. „Betrunken sein“.....	11
4.1.2	Binge-drinking .....	11
4.1.3	Komatrinken .....	12
4.1.4	Alkoholmissbrauch und schädlicher Gebrauch von Alkohol.....	12
4.1.5	Abhängigkeit .....	13
4.1.6	Alkoholintoxikation .....	14
4.2	Jugend und Alkohol .....	14
4.2.1	Einstiegsalter.....	14
4.2.2	Alkoholkonsum bei Jugendlichen .....	16
4.2.2.1	Methoden zur Erfassung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen.....	17
4.2.2.1.1	Befragungen .....	17
4.2.2.1.2	Alkoholbedingte Spitalsaufnahmen .....	17
4.3	Relevante Variablen für den Alkoholkonsum Jugendlicher .....	19
4.3.1	Familiäre Einflussfaktoren .....	19
4.3.2	Gleichaltrige .....	21
4.4	Jugendschutz .....	21
5	Beschreibung der Untersuchung .....	22
5.1	Ziele der Untersuchung.....	22
5.2	Untersuchungsdesign .....	22
5.2.1	Leitfadengestützte Interviews mit betroffenen Jugendlichen .....	22
5.2.1.1	Auswahl der Stichprobe .....	22
5.2.2	Leitfadengestützte Interviews mit ExpertInnen.....	23
5.2.3	Erhebung relevanter Sekundärdaten .....	24
5.3	Durchführung der Studie.....	24
5.3.1	Leitfadenentwicklung .....	24
5.3.2	Kooperation mit den Krankenhäusern .....	25
5.3.3	Durchführung im Krankenhaus.....	26
6	Auswertung der empirischen Daten - Strukturelle Rahmenbedingungen in Oberösterreich .....	27
6.1	Rettungswesen .....	28
6.1.1	Organisation und Administration der Rettungseinsätze .....	28
6.1.2	Kontakt mit anderen Stellen .....	29
6.2	Krankenhaus .....	30
6.2.1	Vorgehensweisen der Abteilungen bei alkoholintoxikierten Jugendlichen .....	31
6.2.2	Problemkonstellationen im Zusammenhang mit der Versorgung alkoholintoxikierter Jugendlicher.....	32
6.2.3	Spezialfall Jugendpsychiatrie in der Landesnervenklinik Wagner-Jauregg ....	33
6.2.4	Zusätzlich relevante rechtliche Aspekte .....	33
6.3	Exekutive.....	35
6.3.1	Aspekte im Umgang mit intoxikierten Jugendlichen.....	35
6.3.2	Ablauf und Prozedere.....	35
6.3.3	Kooperation zwischen Polizei und Gastronomie.....	36
6.4	Sozialversicherungsträger .....	36
6.5	Gastronomie und Veranstalter .....	37
6.5.1	Relevante rechtliche Aspekte .....	37
6.6	JugendbetreuerInnen .....	37

7	Forschungsfragen, Kernthesen, zentrale Aussagen .....	39
7.1	Ablauf des Alkoholkonsums – Motive, Rahmenbedingungen, medizinische Intervention und Möglichkeiten der Prävention .....	39
7.1.1	Inwieweit lag ein Vollrausch von Jugendlichen in deren eigener Motivation? .....	39
7.1.2	Gruppendynamik im Rahmen des Alkoholkonsums.....	42
7.1.3	Die Rolle von Spirituosen .....	42
7.1.4	Trinkzeitraum .....	44
7.1.5	Trinkort .....	44
7.1.5.1	Beschreibung des Trinkortes.....	45
7.1.6	Zusammenfassende Darstellung von Faktoren am Anlasstag .....	47
7.1.7	Wie kommt es zur medizinischen Intervention.....	47
7.1.7.1	Wie gelangten die Jugendlichen zu einer medizinischen Behandlung? ...	47
7.1.7.2	Die Rolle von Personal in Lokalen .....	48
7.1.7.3	Jugendliche Skepsis gegenüber dem Rettungsnotruf .....	49
7.1.7.4	Die Rolle der Polizei.....	49
7.1.7.5	Ein strengerer Jugendschutz als Allheilmittel? .....	49
7.2	Medizinische und physische Aspekte der Alkoholintoxikation bei den interviewten Jugendlichen .....	50
7.2.1	Relevanz des Begriffs „Komatrinken“ .....	50
7.2.2	Zustand und Grad der Alkoholisierung der Jugendlichen bei Einlieferung und illegal konsumierte Substanzen .....	51
7.2.3	Die Relevanz des Blutalkoholgehaltes (Promillespiegel) .....	53
7.2.4	Probleme bei der Erhebung der konsumierten Alkoholmenge.....	53
7.3	Einschätzung psychosozialer Risikofaktoren (soziales Umfeld und sonstiges Konsumverhalten).....	54
7.3.1	Allgemeiner Alkoholkonsum und bisherige Erfahrungen mit starker Beraus- schung .....	54
7.3.1.1	Konsumfrequenz.....	54
7.3.1.2	Erfahrungen mit starker Beraus- schung .....	55
7.3.2	Mögliche psycho-soziale Risikofaktoren .....	56
7.3.2.1	Auffälligkeiten in der Eltern-Kind Beziehung? .....	57
7.3.2.2	Elterliche Reglementierung des Alkoholkonsums.....	57
7.3.2.3	Konsum der Eltern .....	58
7.3.2.4	Auffälligkeiten hinsichtlich der schulischen/beruflichen Situation? .....	59
7.3.2.5	Wohlbefinden in der Ausbildung .....	60
7.3.2.6	Auffälligkeiten im Einfluss von Gleichaltrigen? .....	61
7.3.2.7	Auffälligkeiten hinsichtlich der psychischen Befindlichkeit .....	63
7.3.2.8	Zusammenfassende Darstellung.....	63
7.4	Versuch einer Klassifizierung der intoxikierten Jugendlichen.....	64
7.4.1	Einschätzung der Jugendlichen.....	64
7.4.2	Zusätzlich relevante Aspekte in den Gruppen .....	68
7.4.2.1	Einlieferungswochentag .....	68
7.4.2.2	Bildungs- bzw. Arbeitsplatzsituation in den Gruppen .....	68
7.4.3	Einschätzungen von PsychiaterInnen für die einzelnen Gruppen.....	68
7.5	Interventionsbedarf: Reaktionen und Konsequenzen einer Alkoholintoxikation bei den Betroffenen .....	69
7.5.1	Finanzielle Folgen der Alkoholintoxikation .....	69
7.5.1.1	Gesetzliche Situation – OGH-Urteil .....	69
7.5.1.2	Nicht-Übernahme der Transportkosten (Rettung) in Oberösterreich .....	70
7.5.1.3	Stationäre Behandlungskosten (Krankenhaus) .....	71
7.5.1.4	Regressforderungen .....	71
7.5.2	Einschätzung der möglichen finanziellen Konsequenzen durch die Jugendli- chen.....	72
7.5.3	Emotionale/soziale Konsequenzen einer Alkoholintoxikation .....	73
7.5.3.1	Geplante Konsequenzen in Bezug auf das eigene Verhalten .....	74
7.5.4	Vorschlag für eine an die PatientInnen angepasste stationäre Intervention..	75
8	Zusammenfassende Diskussion .....	78

9	Quantitative Studierweiterung zur Prüfung ausgewählter Forschungsergebnisse....	81
9.1	Forschungsdesign .....	81
9.1.1	Erstellung der Fragebögen.....	84
9.2	Forschungsrelevante Bereiche.....	84
9.2.1	Diagnoseerstellung in den Spitälern .....	85
9.2.2	Einschätzungen und Erklärungsansätze des Klinikpersonals gegenüber jugendlichen Alkoholintoxikationen.....	86
9.2.3	Für das Spitalspersonal auffällige PatientInnencharakteristika .....	93
9.2.4	Einschätzungen über den Ausbildungsstand bzw. die berufliche Situation der jugendlichen PatientInnen .....	96
9.2.5	Relevanz der öffentlichen Komatrinken-Diskussion beim Spitalspersonal ....	100
9.2.6	Stationäre Interventionsmöglichkeiten und Einschätzungen des Personals..	102
9.3	Zusammenfassung der quantitativen Studierweiterungsergebnisse .....	106
10	Verzeichnis der InterviewpartnerInnen.....	108
11	Literaturverzeichnis .....	110
12	Gesetzestexte .....	113

## **1 Danksagungen**

Für die vorliegende Studie wurde seitens des Auftraggebers (Institut Suchtprävention) ein Beirat ins Leben gerufen. Dieser Beirat fungierte als fachliche Unterstützung für das Forschungsteam. Im Rahmen von zwei Präsentationen wurden die MitgliederInnen des Beirates auch über den Fortgang der Studie aus erster Hand informiert und gaben wertvolles Feedback.

Die Autoren der Studie möchten sich recht herzlich für die ehrenamtlichen Bemühungen bei folgenden Personen bedanken:

- Univ.-Prof. Mag. Dr. Johann Bacher (Johannes-Kepler-Universität Linz)
- MR Primar Dr. Felix Fischer (Landesnervenklinik Wagner-Jauregg)
- Dr.<sup>in</sup> Elisabeth Mayr-Frank (Oberösterreichische Gebietskrankenkasse)
- Dr. Stefan Meusburger, MSc. (Landessanitätsdirektion OÖ)
- Thomas Schwarzenbrunner (Sucht- und Drogenkoordinator des Landes OÖ)
- Univ.-Prof. Mag. Dr. Meinrad Ziegler (Johannes-Kepler-Universität Linz)

## 2 Executive Summary

Alkoholintoxikationen bei Jugendlichen werden in der öffentlichen Diskussion, und auch unter ExpertInnen sowohl hinsichtlich ihrer Häufigkeit, als auch Problematik sehr unterschiedlich bewertet. Die vorliegende Studie lieferte dazu erstmals fundierte Daten für das Bundesland Oberösterreich. Die Studie war qualitativ ausgelegt und umfasste sowohl Interviews mit 50 wegen Alkoholisierung stationär in Krankenhäuser aufgenommenen Jugendlichen, als auch 26 ExpertInneninterviews mit ProfessionistInnen aus den Bereichen Krankenhaus, Rettungsdienst, Exekutive, Gastronomie, Sozialversicherung, sowie JugendbetreuerInnen.

Im Hauptteil der Studie wurden 50 Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren, die zwischen Juli 2008 und Dezember 2008 aufgrund einer Alkoholintoxikation in einem der teilnehmenden Krankenhäuser (Klinikum der Kreuzschwestern Wels, Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz, Landesnervenklinik Wagner-Jauregg Linz, LKH Steyr, LKH Vöcklabruck) stationär behandelt wurden, interviewt. Diese wurden vor der Entlassung aus der Spitalspflege von einem Projektmitarbeiter ausführlich befragt. Im Rahmen eines weiteren Teils der Studie wurden 30 ÄrztInnen und 30 MitarbeiterInnen aus dem Pflegebereich von 15 Krankenhäusern in Oberösterreich interviewt.

Die Ergebnisse der Studie machen deutlich, dass das in jüngerer Vergangenheit oftmals gezeichnete Bild über jugendliche Alkoholintoxikationen nicht mit der Realität übereinstimmt. Zum einen war der Anteil jener in Spitälern behandelter Jugendlicher, auf die der Ausdruck „KomatrinkerInnen“ zutrifft und bei denen erheblich Lebensgefahr bestand, in der Studie verschwindend gering (1 von 50), und zum anderen handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle um „Unfälle“ in dem Sinn, dass die Kinder und Jugendlichen infolge geringer Erfahrung mit Alkohol und geringer Alkoholtoleranz, ungewollt in einen Zustand stärkerer Intoxikation gekommen sind.

Dass Alkohol, der in unserem Kulturkreis ja eine zentrale Rolle im sozialen und kulturellen Leben der meisten Erwachsenen spielt, auch bei Kindern und Jugendlichen, die beginnen ihr Sozialleben nach den Vorgaben der Erwachsenenwelt zu organisieren, Bedeutung hat, ist an und für sich nicht verwunderlich. Dass in der Anfangsphase, solange im Umgang mit Alkohol Erfahrungswissen fehlt, in diesem Lernprozess auch immer wieder ungewollte Räusche passieren können, ist zu erwarten. Handelt es sich nun um Jugendliche, deren übliches Alkoholkonsumverhalten keinen Anlass zur Sorge gibt, bei denen keine ernstesten psycho-sozialen Grundprobleme im Hintergrund stehen und wo anzunehmen ist, dass sich derartige Vorfälle in Zukunft kaum wiederholen werden – was bei immerhin 60% der im Rahmen der Studie erfassten Jugendlichen der Fall war –, so besteht nach der akuten Behandlung der Alkoholintoxikation kein weiterer Behandlungsbedarf.

Anders stellt sich die Situation bei knapp 30% der Jugendlichen dar, die psychosoziale Auffälligkeiten aufwiesen und bei 8%, die zwar psycho-sozial eher unauffällig waren, aber wiederholt „aus Spaß“ schwere Räusche geplant hatten. Letztere Jugendliche sind hinsichtlich ihres Alkoholkonsums als problematisch zu sehen. Sind Auffälligkeiten im eben genannten Sinn erkennbar, ist die Einbeziehung von klinischen PsychologInnen und PsychiaterInnen zu empfehlen. Sind diese an einem Wochenende nicht erreichbar, so ist ev. eine Verlängerung des Aufenthaltes oder eine Zuweisung zu einer Einrichtung mit einer jugendpsychiatrischen Abteilung empfehlenswert. Auch über die verstärkte Einbeziehung von SozialarbeiterInnen oder der Jugendwohlfahrt könnte nachgedacht werden. Welche Interventionen zweckmäßig und möglich sind, sollte dabei unter Berücksichtigung der jeweiligen Einzelfälle und deren Behandlungsbedarf entschieden werden.

Auch wenn das kein unmittelbares Ergebnis der vorliegenden Studie ist – dazu haben MitarbeiterInnen des Forschungsteams bereits zuvor wiederholt referiert und publiziert –, sollte hier betont werden, dass die immer wieder veröffentlichten Zahlen über mit Alkoholintoxikation in Krankenanstalten behandelten Kinder und Jugendlichen, kein realisti-

sches Bild der tatsächlichen Zahl zulassen, und dass es absolut unzulässig ist aus diesen Zahlenreihen Rückschlüsse auf das Auftreten von schweren Rauschen unter Kindern und Jugendlichen zu ziehen. Um nur einige Gründe dafür zu nennen: Sowohl die ICD-9 als auch die ICD-10 Kriterien sind bezüglich des uns hier interessierenden Kriteriums „Alkoholintoxikation“ viel zu unscharf und widersprüchlich. Die Motivation bei der Diagnoseerstellung zielt nicht auf wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn, sondern auf Abrechnung der Krankenhausleistungen ab. Bezüglich des Kodierungsverhaltens in den Krankenanstalten gibt es massive Modeströmungen, die einen systematischen Bias erzeugen. Dazu kommen noch eine Reihe anderer Faktoren, die die Interpretierbarkeit dieser Zahlen einschränken und auf die im Bericht genauer eingegangen wird.

Eine in Zusammenhang mit der Behandlung von Alkoholisierten in Krankenanstalten wichtige Frage ist auch, wer für die dadurch entstehenden Kosten aufkommt. Im Rahmen der gegenwärtigen Studie zeigte sich, dass anders als z.B. in Wien, wo die Betroffenen für hohe Krankentransport- und Behandlungskosten aufkommen müssen, die finanzielle Belastung der Betroffenen in Oberösterreich zum Zeitpunkt der Erhebung nur gering ist. Den PatientInnen werden zwar die Kosten für den Krankentransport, nicht aber die Behandlungskosten in der Krankenanstalt verrechnet. Da hier aber bloß der Kassentarif zur Anwendung kommt, liegt die finanzielle Belastung für die PatientInnen in Oberösterreich zwischen 27 Euro und 100 Euro. Eine oberösterreichische Spezialität ist, dass die Spitalskosten unter gewissen Umständen von Gastronomiebetrieben, denen von der Krankenkasse ein Mitverschulden angelastet wurde, am Regressweg eingetrieben werden.

Die Frage wie hier rechtskonform vorzugehen ist, ist angesichts der moderaten Kosten für die PatientInnen in Oberösterreich nicht so zentral wie in Wien, wo die Kosten durchwegs vierstellige Eurobeträge ausmachen. Seit einem OGH-Urteil, das recht eindeutig festlegt, dass alle Kosten von den Krankenkassen zu übernehmen sind, gewinnt die Frage aber auch für Oberösterreich an Bedeutung.



### 3 Einleitung

Trotz zunehmender Fokussierung des öffentlichen und wissenschaftlichen Interesses auf das Phänomen des problematischen Alkoholkonsums bei Jugendlichen, liegen nur wenige fundierte Erkenntnisse zu relevanten Fragen wie z.B. den Trinkmotiven, den Konsummustern und den epidemiologisch-demographischen Ausprägungen des problematischen Konsums vor. Das gegenständliche Projekt hat sich daher zum Ziel gesetzt, die im Zusammenhang mit Alkoholintoxikationen bei Jugendlichen erkennbaren Schwierigkeiten zu beschreiben und zur Klärung einiger relevanter Aspekte beizutragen.

Die Art und Weise, wie der problematische Alkoholkonsum von Jugendlichen in den letzten Jahren medial aufbereitet wurde (Stichwort „Komatrinken“), reduziert die Thematik auf zwei Kernaussagen: (1) Es gibt eine starke Zunahme von Alkoholintoxikationen bei Jugendlichen und (2) die Alkoholintoxikation eines Jugendlichen ist häufig der Beginn eines problematischen Alkoholkonsums. Diese Darstellung ist in so fern kritisch zu betrachten, als sie – sowohl was den Anstieg der Problematik, als auch deren Bewertung betrifft – nicht den Wahrnehmungen vieler ProfessionistInnen im Behandlungssektor entsprechen.

Interessant ist die Frage nach den Ursachen für diese gegenläufigen Einschätzungen. Denkbar ist, dass zwar – nicht zuletzt durch die Darstellung der Medien – die Sensibilität für die Thematik in der Bevölkerung gestiegen ist, gleichzeitig aber sowohl die Häufigkeit als auch die Ausprägung der starken Berausungen bei Jugendlichen tatsächlich nicht gestiegen sind. Ein gesteigertes Problembewusstsein kann des Weiteren auch als Ursache dafür betrachtet werden, dass häufiger und auch „schneller“ die Rettung gerufen wird als dies vor dem Einsetzen der medialen Diskussion um das „Komatrinken“ bei Jugendlichen der Fall war. Ebenso ist denkbar, dass die Verständigung der Rettung durch die Verbreitung von Mobiltelefonen erleichtert wurde und somit professionelle Hilfeleistung durch den vergleichsweise schnellen Griff zum Handy häufiger angefordert wird. Als weitere Ursache ist denkbar, dass es vermehrt zu Spitalseinweisungen kommt, weil Jugendliche heute häufiger bei anonymen Großveranstaltungen Alkohol konsumieren, wo im Falle einer starken Berausung oft keine engen Bekannten in der Nähe sind, die die betreffenden Personen nach Hause bringen.

Es ist nicht die Intention der AutorInnen der Studie, Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen zu bagatellisieren. Für die meisten Jugendlichen und deren Eltern stellt eine Alkoholintoxikation und eine damit verbundene stationäre Behandlung eine mehr oder weniger starke Belastung dar. Es ist auch nicht von der Hand zu weisen, dass eine Alkoholintoxikation bei einigen Jugendlichen tatsächlich Ausdruck eines höchst problematischen Alkoholkonsummusters bzw. Ausdruck einer psychischen und/oder sozialen Problematik ist. Dennoch muss eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Problem gewährleistet sein.

Als Reaktion auf das in den Medien stark thematisierte „Komatrinken“ bei Jugendlichen entstand der Wunsch vieler ExpertInnen aus dem Gesundheitssektor und der Politik, zielführende Präventions- bzw. Interventionsmaßnahmen für betroffene Jugendliche zu entwickeln bzw. zu etablieren. Um diese Angebote bedarfsgerecht planen zu können, bedarf es notwendiger Informationen wie z.B. über Trinkmotive bzw. Konsummuster von Jugendlichen, die im vorliegenden Projekt erhoben wurden.

Kapitel 4 setzt sich mit einigen theoretischen Grundlagen der Thematik auseinander. Relevante Begriffe und Konzepte werden ebenso dargestellt und diskutiert wie einzelne Aspekte des jugendlichen Alkoholkonsums, sowie Möglichkeiten und Schwierigkeiten bei der Erfassung der Problematik.

In Kapitel 5 erfolgt eine Darstellung des Projekts, dessen Zielsetzungen, Methodik und praktische Durchführung.

Eine zielführende Auseinandersetzung mit dem Problem der Alkoholintoxikationen bei Jugendlichen ist ohne Kenntnis der Rahmenbedingungen, wie z.B. Rettungswesen, Vorgehensweisen der Krankenhäuser oder auch den finanziell/rechtlichen Aspekten, nicht möglich. Eine Beschreibung dieser strukturellen Gegebenheiten in Oberösterreich, in erster Linie basierend auf ExpertInneninterviews bzw. auf Recherchen, erfolgt in Kapitel 6.

Die Ergebnisse der Interviews mit den Jugendlichen werden in Kapitel 7 ausführlich dargestellt. Es erfolgen Beschreibungen und Risikofaktorenanalysen von Jugendlichen, die im Untersuchungszeitraum von Juli – Dezember 2008 aufgrund einer Alkoholintoxikation stationär behandelt wurden.

Zusätzlich zur qualitativen Studie wurde vom Hauptautor der Studie, in Zusammenarbeit mit dem Auftraggeber (Institut Suchtprävention), eine Erweiterung vorgenommen. Diese Erweiterung umfasste weitere qualitative ExpertInneninterviews und eine quantitativ ausgelegte Überprüfung ausgesuchter qualitativer Forschungsergebnisse. Die Ergebnisse dieser quantitativen Studiene Erweiterung werden im Kapitel 9 dargestellt. Die zusätzlichen ExpertInneninterviews wurden in den qualitativen Studienteil eingearbeitet.

## 4 Theoretische Grundlagen

### 4.1 Relevante Begriffe und Konzepte

In den Medien wird der problematische Alkoholkonsum insbesondere von Jugendlichen häufig mit den Schlagworten „Komatrinken“ oder „Binge-Drinking“ versehen. Die zahlreichen unterschiedlichen Definitionen dieser Begriffe (vgl. Binge-Drinking, Kap. 4.1.2) bzw. deren unreflektierte Verwendung tragen eher zur Verwirrung bei und stellen ein Hindernis für eine sinnvolle Auseinandersetzung mit der Thematik dar. Aus diesem Grund erfolgt nachstehend eine Präzisierung jener Begriffe, die im Kontext der Thematik relevant sind.

#### 4.1.1 „Alkoholrausch“ bzw. „Betrunken sein“

„Rausch“ ist ein sehr mehrdeutiger Begriff, er umschreibt im allgemeinen Sprachgebrauch in Zusammenhang mit Alkohol ein breites Spektrum von durch dessen Konsum verursachter Beeinträchtigungen; diese reichen von geringfügigen, kaum merkbaren Beeinträchtigungen („leichter Schwips“) über eine deutlich merkbare Berausung bis hin zu einer starken Berausung („Vollrausch“). Im engeren Sinn wird Rausch oft aber auch mit Vollrausch gleichgesetzt.

Will man daher z.B. die Häufigkeit von Rauschen erfassen, dann muss unbedingt explizit präzisiert werden, in welchem Sinn die Person „Rausch“ bzw. „betrunken sein“ versteht. (vgl. Kap. 4.2.2.1.1).

Bei der Interpretation von Daten zu Alkoholräuschen von Jugendlichen ist ferner zu bedenken, dass alkoholunerfahrene Personen schon bei geringen Mengen Alkohol einen mehr oder weniger starken Schwips verspüren, also nach allgemeiner Auffassung berauscht sind. Diesem Gedankengang folgend ist es daher eher unbedenklich, wenn ein alkoholunerfahrener Jugendlicher bereits nach einem Glas berauscht ist, aber bedenklich, wenn bei Jugendlichen bereits eine so hohe Alkoholtoleranz vorhanden ist, dass auch bei größeren Alkoholmengen keine merkliche Berausung auftritt.

#### 4.1.2 Binge-drinking

In den letzten Jahren ist der Begriff „Binge-Drinking“ im Zusammenhang mit Alkoholkonsum bei Jugendlichen immer populärer geworden, wobei zahlreiche sehr unterschiedliche Bedeutungen zu beschreiben sind. Uhl et al. (2005, 2008) stellen einige Definitionen dar:

- „Binge“ wird im Langenscheidt Handwörterbuch Englisch (Messinger, 1994) mit „Gelage“ übersetzt, also mit „über mehrere Tage andauernde Feiern mit starkem Alkoholkonsum“ sowie mit „einen Draufmachen“, also mit einer „Sauftour“.
- Schuckit (2006) definiert den Begriff „Binge“ als Richtlinie für die von ihm als Herausgeber betreute Zeitschrift *Journal of Studies on Alcohol* folgendermaßen:

*„... According to the policy, the term „binge“ should only be used to describe an extended period of time (usually two or more days) during which a person repeatedly administers alcohol or another substance to the point of intoxication, and gives up his/her usual activities and obligations in order to use the substance. It is the combination of prolonged use and the giving up of usual activities that forms the core of the definition of a „binge“.*

1. Davon unterscheidet sich die Definition von Wechsler et al. (1994), die „Binge-Drinking“ als „Konsum von mindestens 5 Gläsern Alkohol ohne zeitliche Begrenzung“<sup>1</sup> bezeichneten, eine Alkoholmenge, die in zwei Falschen Bier oder zwei Viertellitern Wein enthalten ist. An dieser Definition orientieren sich auch die Autoren von ESPAD<sup>2</sup> und das US-amerikanische National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Gemäß der ursprünglichen Definition stellt „Binge-Drinking“ eine relativ seltene Form exzessiven Alkoholkonsums dar, während „Binge-Drinking“ nach der Definition von Wechsler et al. ein weit verbreitetes und im unterem Bereich wenig dramatisches Phänomen beschreibt.
2. Die auf Wechsler et al. zurückgehende Definition war aufgrund des Umstandes, dass beim Konsum derartiger Alkoholmengen – vor allem über längere Zeiträume hinweg – oft nicht einmal eine leichte Berausung auftritt, häufiger Kritik ausgesetzt. NIAAA (2004) hat daraufhin die Definition dahingehend geändert, dass unter „Binge-Drinking“ nur jener Alkoholkonsum zu verstehen ist, der eine Blutalkoholkonzentration von mindestens 0,8 Promille erzeugt.
3. Medial wird der Begriff „Binge-Drinking“ häufig wieder mit anderen, teils mit erheblich anderen Bedeutungen gleichgesetzt, wie z.B. „Kampf- und Wetttrinken“, „Komasaufen“ oder „bewusstes Rauschtrinken“.

Die unterschiedlichen Definitionen von „Binge-Drinking“ gestalten sich vor allem dann bedenklich, wenn in einer Ausführung eine Begriffsbestimmung impliziert wird, die „Binge-Drinking“ als sehr extreme Konsumform definiert und anschließend bei der Messung Konsumformen berücksichtigt werden, die teilweise nicht einmal einen Rausch verursachen, was z.B. nach der Definition von Wechsler et al. möglich ist.

#### **4.1.3 Komatrinken**

Der Begriff „Koma“ bezeichnet eine Form der Bewusstlosigkeit, bei der das Individuum auch durch starke Reize, wie z.B. wiederholte Schmerzreize nicht erweckt werden kann. Bei einem derart schweren Rauschzustand kann akute Lebensgefahr bestehen, wodurch eine intensivmedizinische Versorgung notwendig wird. Bei nicht an Alkohol gewöhnten Personen, damit auch bei Kindern, kann ein komatöser Zustand bereits bei vergleichsweise niedrigeren Blutalkoholkonzentrationen auftreten. Wie die gegenständliche Untersuchung zeigt, sind komatöse Zustände bei wegen einer Alkoholintoxikation stationär aufgenommen Jugendlichen eine seltene Ausnahme und keinesfalls die Regel.

#### **4.1.4 Alkoholmissbrauch und schädlicher Gebrauch von Alkohol**

Der Begriff „Alkoholmissbrauch“ ist in der Alltagsprache stark verankert und war ursprünglich in den beiden wichtigsten Diagnoseschemen DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) und ICD (International Classification of Diseases) enthalten. In der aktuellen Fassung von DSM (Revision IV TR) wird Alkoholmissbrauch weiterhin mit Konsumweisen gleichgesetzt, die zu unterschiedlichen Problemen führen, wobei eine tatsächliche Gefährdung der Gesundheit nicht erfolgt sein muss. In der aktuellen ICD-Fassung (Revision 10) wurde der Begriff „Alkoholmissbrauch“ durch „schädlichen Gebrauch“ ersetzt, was in den deutschen Erläuterungen zwar weiterhin mit „Missbrauch“ gleichgesetzt wird (inkl. Alkoholmissbrauch), im Gegensatz zu DSM allerdings nun explizit

---

<sup>1</sup> Ein Glas wird in diesem Zusammenhang mit 0,1 Liter Wien, 0,3 Liter Bier oder 0,02 Liter Spirituosen quantifiziert, was mit ca. 8 Gramm Reinalkohol gleichzusetzen ist.

<sup>2</sup> The European School Survey Project an Alcohol and Other Drugs; eine alle 4 Jahre in zahlreichen europäischen Ländern durchgeführte Erhebung über den Alkohol- und Drogenkonsum von 15- und 16-jährigen SchülerInnen.

ein Konsummuster definiert, das zu einer tatsächlichen Gesundheitsschädigung führen muss. Dies kann neben einer Organschädigung auch eine psychische Störung, z.B. eine depressive Episode nach massivem Alkoholkonsums, sein. Die explizite Gleichsetzung von „Alkoholmissbrauch“ im Sinne von ICD-9 mit „schädlichem Gebrauch“ im Sinne von ICD-10 ist inhaltlich inadäquat und trägt erheblich zur Verwirrung bei. (vgl. dazu auch Kap. 4.2.2.1.2)

In der Forschungspraxis wird Missbrauch im Gegensatz zu ICD-9 und DSM-4 oft auch mit dem Konsum von Alkoholmengen gleichgesetzt, die als gesundheitsgefährdend eingestuft werden. Im Sinne des britischen Health Education Council (1994) und auch über WHO-Publikationen (z.B. Anderson, 1990) international popularisiert, wird in Österreich Alkoholmissbrauch oft mit einem Durchschnittskonsum pro Tag von 40 Gramm Alkohol bei Frauen und von 60 Gramm Alkohol bei Männern gleichgesetzt, was in etwa der Alkoholmenge entspricht, die in 2 Krügeln Bier bzw. 3 Krügeln Bier enthalten ist (Uhl et. al, 2009).

#### **4.1.5 Abhängigkeit**

Das Klassifikationsschema ICD-10 definiert das Abhängigkeitssyndrom als eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betreffende Person Vorrang gegenüber anderen Verhaltensweisen hat, die früher höher bewertet wurden.

Die Diagnose „Abhängigkeit“ soll nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren:

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen oder Alkohol zu konsumieren.
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanz- oder Alkoholkonsums.
- Substanzgebrauch, mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern und der entsprechenden positiven Erfahrung.
- Ein körperliches Entzugssyndrom.
- Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
- Ein eingegengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol oder der Substanz, wie z.B. die Tendenz, Alkohol an Werktagen wie an Wochenenden zu trinken und die Regeln eines gesellschaftlich üblichen Trinkverhaltens außer Acht zu lassen.
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zu Gunsten des Substanzkonsums.
- Anhaltender Substanz- oder Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Die schädlichen Folgen können körperlicher Art sein (wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken), sozialer Art (wie Arbeitsplatzverlust durch eine substanzbedingte Leistungseinbuße) oder psychischer Art (wie bei depressiven Zuständen nach massivem Substanzkonsum).

Die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit erfolgt in der Regel über den Zeitraum von mehreren Jahren, weswegen Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen nur selten vorkommt.

### 4.1.6 Alkoholintoxikation

Die ICD-10 beschreibt eine Alkoholintoxikation als ein vorübergehendes Zustandsbild nach Aufnahme von Alkohol mit Störungen des Bewusstseins, kognitiver Funktionen, der Wahrnehmung, des Affekts, des Verhaltens oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen. Nach den Kriterien der ICD-10 sind Verhaltensmerkmale wie Enthemmung, Streitbarkeit, Aggressivität, Affektlabilität, Aufmerksamkeitsstörung, Einschränkung der Urteilsfähigkeit und eine Beeinträchtigung der persönlichen Leistungsfähigkeit Merkmale einer akuten Alkoholintoxikation (F10.0). Daneben muss auch mindestens eines der folgenden Merkmale erfüllt sein: Gangunsicherheit, Standunsicherheit, verwaschene Sprache, Nystagmus (Augenzittern), Bewusstseinsstörung (z.B. Somnolenz, Koma), Gesichtsröte (Erröten) und konjunktivale Injektion (Bindehautrötung).

Die unterschiedlichen Klassifikationen von Alkoholintoxikation finden sich in Tab. 1.

**Tab. 1: Klassifikation der Alkoholintoxikation**

Schulz et al.	Reed, modifiziert von Clarmann
I = exzitatives Stadium	1 = etwas trunken, leichte Gangstörung 2 = müde, erweckbar, starke Gangstörung
II = hypnotisches Stadium	3 = bewusstlos, Reaktion auf Schmerzreize, Abwehrreflexe erhalten
III = narkotisches Stadium	4 = bewusstlos, reflexlos
IV = asphyktisches Stadium	5 = bewusstlos, reflexlos oder/und Kreislaufinsuffizienz

Quelle: Soyka & Küfner, 2008

## 4.2 Jugend und Alkohol

Lange Jahre stand der Konsum von illegalen Substanzen unter Jugendlichen im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses, während in den letzten Jahren das Thema ‚Alkohol und Jugend‘ zunehmend an Bedeutung gewann. Es steht außer Frage, dass das Thema Alkohol ein aus vielerlei Hinsicht problematisches ist, dennoch steht meist der Alkoholkonsum von Jugendlichen im Mittelpunkt, und das trotz der Tatsache, dass die meisten Personen mit einem problematischen Alkoholkonsum bzw. mit dem höchsten Alkoholdurchschnittskonsums nicht bei den Jugendlichen, sondern in der Gruppe der 30-39 Jährigen zu finden sind (Uhl et al., 2008).

Im Kontext ‚Jugend und Alkohol‘ ist einerseits die Frage nach dem *Ausmaß* des (problematischen) Alkoholkonsums unter Jugendlichen und andererseits die Frage nach dem *Einstiegsalter* von Bedeutung.

### 4.2.1 Einstiegsalter

In Zusammenhang mit der Frage nach dem Einstiegsalter sind ‚Akzeleration‘, und ‚Angleichung der Geschlechterrollen‘ relevante Begriffe.

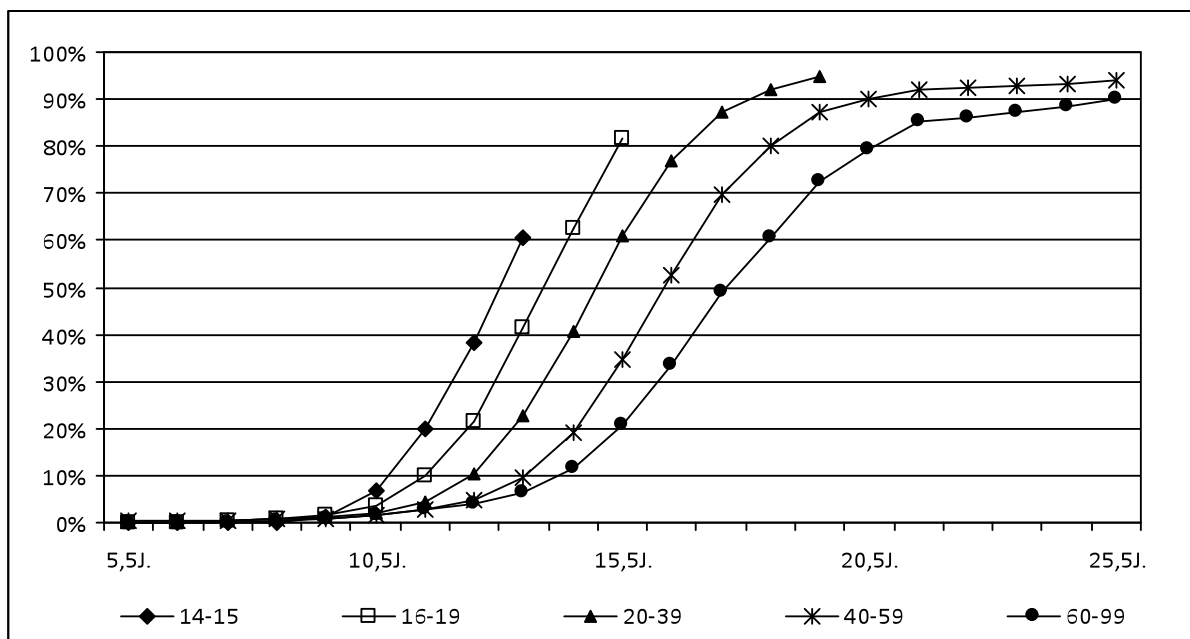
Unter Akzeleration versteht man, dass Jugendliche immer früher in die Pubertät kommen, sich früher körperlich entwickeln und früher zu relativ selbständigen Jugendlichen werden. Dadurch machen Jugendliche auch früher erste relevante Erfahrungen mit Alkohol.

Unter ‚Angleichung der Geschlechterrollen‘ ist zu verstehen, dass Frauen immer aktiver am öffentlichen Leben teilnehmen und sich – teilweise durch diese Entwicklung bedingt - an die Substanzgewohnheiten der Männer angleichen. Da der Gesamtalkoholkonsum seit

Jahrzehnten rückläufig ist, bedeutet das eine Zunahme des Alkoholkonsums bei Frauen, bei gleichzeitiger Abnahme des Alkoholkonsums bei Männern.

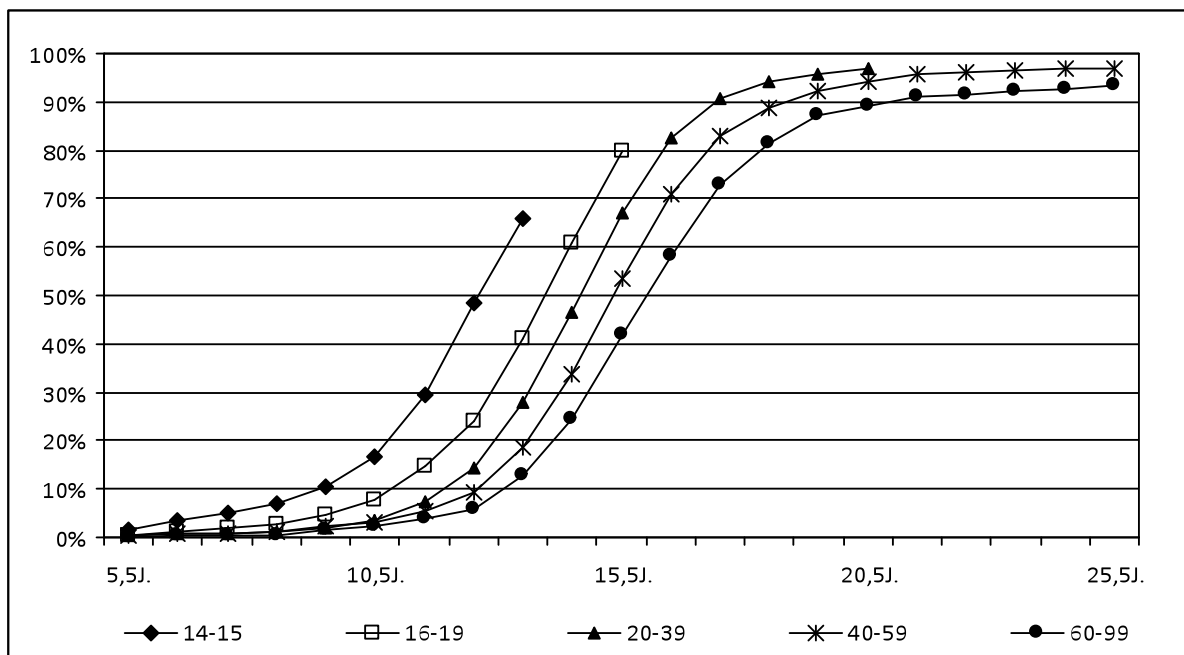
Wie man Abb. 1 und Abb. 2 entnehmen kann, ist in den letzten Jahrzehnten das Alter, in dem die ersten Jugendlichen beginnen Erfahrungen mit Alkohol zu machen, so etwa um das 10. Lebensjahr, im Wesentlichen konstant geblieben (Uhl et al., 2005), d.h. es kam zu keiner erheblichen Verschiebung des Anfangspunktes der Einstiegskurve. In den darauf folgenden Altersgruppen ist in den jüngeren Geburtsjahrgängen die Zahl jener, die bereits mit dem regelmäßigen Konsum begonnen haben weit höher als das bei früheren Generationen der Fall war; d.h. es hat sich der Anstieg der Einstiegskurve geändert. (Akzelerationshypothese, Uhl, 2003).

**Abb. 1: Alkoholeinstiegsalter: Das erste ganze Glas Alkohol getrunken – Frauen**



Quelle: „Repräsentativerhebung 2004“, Uhl et al. (2005b)

**Abb. 2: Alkoholeinstiegsalter: Das erste ganze Glas Alkohol getrunken – Männer**



Quelle: „Repräsentativerhebung 2004“, Uhl et al. (2005b); eigene Berechnungen

Die Akzeleration beim Alkoholkonsum über die letzten Jahrzehnte, d.h. die kontinuierliche Zunahme des regelmäßigen Alkoholkonsums bei Jugendlichen – korrespondiert nicht mit einer Zunahme des Alkoholkonsums in der Gesamtbevölkerung. Dieser ist seit fast drei Jahrzehnten deutlich rückläufig (Uhl et al., 2009). Die These, dass ein früher Einstieg in den Alkoholkonsum zwangsläufig zu stärkerem Konsum im Erwachsenenalter und zu mehr Problemen in Zusammenhang mit Alkohol führt, erscheint dadurch widerlegt. Uhl (2003) spricht in diesem Zusammenhang vom „Early Onset Mythos“.

#### 4.2.2 Alkoholkonsum bei Jugendlichen

Kinder und Jugendliche unter dem Schutzalter von 16 Jahren sollten eigentlich keinen Alkohol trinken. In einer Kultur in der Alkohol unter Erwachsenen eine große Rolle im sozialen Leben spielt und überall verfügbar ist, ist davon auszugehen, dass der Großteil der Kinder und Jugendlichen bereits erheblich früher mit Alkohol Erfahrungen machen, und sofern es sich bloß um gelegentlichen Probiertkonsum handelt, muss man das auch nicht enorm problematisieren. Damit steht man vor der Frage, ab welcher Frequenz und welchem Ausmaß bei Kindern und Jugendlichen problematischer Alkoholkonsum beginnt. Um diese Frage nicht diskutieren zu müssen ist es von Vorteil, zwischen gelegentlichem und regelmäßigem Alkoholkonsum zu differenzieren, wobei hier oft mindestens wöchentliches Trinken als „regelmäßig“ bezeichnet wird. So auch bei den in Tab. 2 ausgewiesenen Erhebungen.

**Tab. 2: Regelmäßiges Trinken (mind. wöchentlich) bei Kindern und Jugendlichen**

Untersuchung	Alter	männlich	weiblich	Gesamt
„HBSC Schülerbefragung 1997/1998“	11 Jährige	3%	1%	2%
„HBSC Schülerbefragung 1997/1998“	13 Jährige	8%	4%	6%
„HBSC Schülerbefragung 1997/1998“	15 Jährige	39%	23%	31%
„Repräsentativerhebung 2004“	14-15 Jährige	33%	33%	33%
„Repräsentativerhebung 1993/1994“	16-17 Jährige	46%	20%	34%



„Repräsentativerhebung 2004“	16-17 Jährige	61%	59%	60%
„Repräsentativerhebung 1993/1994“	18-20 Jährige	66%	33%	49%
„Repräsentativerhebung 2004“	18-20 Jährige	69%	61%	64%

Quellen: „Repräsentativerhebung 1993/94“ (Uhl & Springer, 1996); „HBSC Schülerbefragung 1997/98“ (Currie et al., 2000); „Repräsentativerhebung 2004“ (Uhl et al., 2005); zusätzliche Auswertung

#### 4.2.2.1 Methoden zur Erfassung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen

Zur Erfassung des Alkoholkonsums (von Jugendlichen) bzw. der Häufigkeit von extremen Berausungen existieren mehrere Zugänge, die alle gravierende Schwächen haben.

##### 4.2.2.1.1 Befragungen

Befragungen zu Alkoholkonsum sind – ebenso wie bei anderen als „heikel“ betrachtete Thematiken – einer starken Verzerrung durch den Faktor der sozialen Erwünschtheit unterworfen. Mit Underreporting wird der Umstand bezeichnet, dass insbesondere in persönlich durchgeführten Face-To-Face Befragungen der angegebene Alkoholkonsum häufig deutlich unter dem tatsächlichen liegt, da eine soziale Erwünschtheit in Richtung Alkoholabstinenz antizipiert wird. Eine gegenläufige Tendenz (=Overreporting) wird hingegen oft bei Fragebogenerhebungen im Klassensetting beobachtet: die Anonymität einer schriftlichen Befragung im Zusammenspiel mit dem sozialen Umfeld einer Schulklasse lässt Jugendliche dazu tendieren, durch gegenseitiges „Hochstacheln“ und Imponiergehabe den eigenen Alkoholkonsum teilweise deutlich zu überschätzen. Diese beiden Effekte bieten Erklärungsansätze für teilweise enorme Unterschiede in den Prävalenzraten von Jugendlichen (Uhl et al. 2005b).

Weitere Verzerrung bei Befragungen zum Thema Alkohol betreffen das Vergessen von Konsummengen und Konsumfrequenz, wenn diese über einen länger zurückliegenden Zeitraum abgefragt werden. Insbesondere bei schriftlichen Befragungen stellt sich – da zumeist keine Möglichkeit des Nachfragens besteht – das Problem von falschen Angaben aufgrund mangelnden Verständnisses: Missverständnisse können dabei etwa die Art des konsumierten Alkohols (z.B. Alkopops vs. Spirituosen) oder die konsumierte Menge (etwa bei der Angabe von Standardglaseinheiten oder der Berechnung von Durchschnittswerten) betreffen.

Mündliche Befragungen wie in der gegenständlichen Untersuchung bieten den Vorteil, dass bei unklaren Angaben oder offensichtlichen Fehlinterpretationen nachgefragt werden kann. Andererseits ist anzunehmen, dass der Faktor der sozialen Erwünschtheit auch in dieser Erhebung einen großen Einfluss ausgeübt hat und eventuell durch das Setting des Interviews (die Gespräche haben alle im Krankenhaus stattgefunden) verstärkt wurde.

##### 4.2.2.1.2 Alkoholbedingte Spitalsaufnahmen

Neben den in Kapitel 4.2.2.1.1 beschriebenen Schwierigkeiten, verlässliche Daten über den Alkoholkonsum bei Jugendlichen zu gewinnen, scheinen Spitalsaufenthalte aufgrund von Alkoholisierung (erhoben über die „leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“ [LKF]) ein zuverlässiger Indikator für extreme Berausungen zu sein. Aber auch in diesem Kontext lassen einige Argumente diese Ansicht als unzutreffend erscheinen:

- Auch schwere Berausungen führen meist nicht zu einer stationären Behandlung; damit finden in den LKF-Daten jene Jugendliche keinen Niederschlag, die keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen.

- Die Tatsache, dass ein Jugendlicher aufgrund einer Alkoholintoxikation stationär behandelt wird, sagt nicht zwangsläufig etwas über die Ausprägung des Berausung bzw. der Gefährdung aus. So werden auch Jugendliche mit vergleichsweise geringen Beeinträchtigungen bzw. Blutalkoholkonzentrationen stationär behandelt, wie auch die Auswertung der gegenständlichen Studie verdeutlicht (Kap. 7.2.2)
- In den letzten Jahren ist eine erhöhte Sensibilität der Öffentlichkeit für Alkoholintoxikationen bei Jugendlichen zu beobachten. Denkbar ist, dass dadurch einerseits alkoholisierte Jugendliche ins Behandlungssystem zugewiesen werden und dass andererseits bei Eingewiesenen häufiger die Diagnose Alkoholintoxikation gestellt wird. Aus beiden Gründen muss man annehmen, dass die LKF-Daten weit stärker ansteigen als die Problematik tatsächlich zunimmt.
- Früher haben viele Ärzte bei Alkoholisierungen generell neutrale Diagnosen gewählt, um ihre PatientInnen zu schützen. Seit „Aufnahmen in Zusammenhang mit Alkoholisierung“ zum Medienthema geworden sind, haben sich aber die Diagnosepraktiken in vielen Spitälern geändert, was zu einer vollständigeren Erfassung der Fälle und damit zu einer zumindest teilweise artifiziellen Zunahme führt.
- Dazu kommt: Die Zahl der Diagnosen hat, seit diese in Zusammenhang mit der leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) aus finanzieller Sicht relevant wurde, generell erheblich zugenommen.
- Und abschließend: Die Diagnosekategorien bezüglich der Alkoholisierung sind keinesfalls eindeutig (Uhl et al. 2009), wie in den nächsten Absätzen gezeigt werden wird.

Bis 2000 war ICD-9 für die Spitalsentlassungsdiagnose relevant, seit 2001 ist ICD-10 zu verwenden.

Nach ICD-9 waren berauschte Personen entweder mit den Diagnosen „305.0“ (Alkoholmissbrauch bei Nicht-Abhängigen) oder „303.0“ (Alkoholrausch bei Alkoholikern) zu kodieren. Stand nach Ansicht der diagnostizierenden Ärzte eine Alkoholabhängigkeit im Zentrum des Geschehens wurde allerdings oft auch „303.1“ (chronischer Alkoholismus), oder unpräzise „303“ kodiert. Auch der Code „980.0“ (toxische Wirkung durch Methylalkohol) war möglich – auch wenn dieser Code eigentlich nur dann gewählt werden sollte, wenn der Betreffende nicht wissentlich oder willentlich Alkohol getrunken hatte – etwas das in der Praxis außer bei Kleinkindern und geistig verwirrten Menschen kaum vorkommt. Erschwerend kommt dazu, dass oft einfach „305“ kodiert wurde, was den Missbrauch illegaler Drogen einschließt, dass „305“ (Alkoholmissbrauch) grundsätzlich auch bei Personen mit Alkoholproblemen, die nüchtern ein Spital aufsuchen, gegeben werden konnte und dass oft undifferenziert der Code „980“ gegeben wurde, was Vergiftungen mit toxischen Alkoholen einschließt. Die einzigen ICD-9 Diagnosen, die eindeutig als „Alkoholisierung“ zu interpretieren sind, sind demnach „303.0“ und „980.0“. Bei „303.1“, „303“, „305.0“, „305“ und „980“ kann man eine „Alkoholisierung“ zwar nicht ausschließen, umgekehrt aber eine solche auch nicht mit Sicherheit annehmen.

Nicht besser ist die Situation seit der Umstellung auf ICD-10: Eindeutig ist hier der Code „F10.0“ (Akute Intoxikation) der laut Dilling et al. (2006) unter „F10.05“ (akute Alkoholintoxikation mit Koma) auch bewusstlose Fälle einschließt. Die beiden Codes „F10.1“ (Schädlicher Alkoholgebrauch) und F10.2 (Alkoholabhängigkeitssyndrom) sollten bei Aufnahmen von berauschten PatientInnen nicht gewählt werden. Da in den Erläuterungen zu „F10.1“ allerdings „inkl. Alkoholmissbrauch“ angegeben wird und zu „F10.2“ inkl. chron. Alkoholismus, und da beide Begriffe in ICD9 teilweise mit Alkoholrausch assoziiert wurden, sind auch hier Fehlkodierungen sehr wahrscheinlich. Auch der einfache Code „F10“ stellt in Zusammenhang mit dieser Fragestellung ein Problem dar. Der Code „T51.0“ (to-

xische Wirkung von Alkohol) sollte analog zum ICD-9 Code 980.0 nur dann gewählt werden, wenn der/die Betreffende nicht wissentlich oder willentlich Alkohol getrunken hatte. Dieser Sachverhalt ist vielen Diagnostikern aber nicht bekannt. Dazu kommt, dass auch hier oft einfach „980“ kodiert wird, was Vergiftungen mit toxischen Alkoholen einschließt.

Die einzigen ICD-10 Diagnosen, die eindeutig als „Alkoholisierung“ zu interpretieren sind, sind demnach „F10.0“ und „T51.0“. Bei „F10.1“, „F10.2“, „F10“ und „T51“ kann man eine „Alkoholisierung“ zwar nicht ausschließen, umgekehrt aber eine solche auch nicht mit Sicherheit annehmen.

Aus all den genannten Gründen sind Statistiken über Alkoholaufnahmen, die auf der offiziellen Spitalsentlassungsdiagnostik basieren, inhaltlich kaum sinnvoll interpretierbar.

### **4.3 Relevante Variablen für den Alkoholkonsum Jugendlicher**

Die Antworten auf die Fragen, warum Jugendliche Alkohol konsumieren und warum sich bei Manchen daraus ein missbräuchlicher Konsum bzw. eine Abhängigkeit entwickelt, sind ganz zentral für Prävention und Behandlung. Als Ursache wird übereinstimmend eine multifaktorielle Genese angenommen, d.h. der Einfluss zahlreicher Faktoren bzw. deren Wechselwirkung spielen hier eine Rolle. Unterschiedliche Entstehungsmodelle versuchen, die vielfältigen Interaktionen zu veranschaulichen.

Ein Ziel der vorliegenden Studie ist, die Alkoholintoxikationen der befragten Jugendlichen und der Faktoren, die das Auftreten dieser begünstigten, zu bewerten. (Kap. 7.4.1) Nicht alle Faktoren, die als Einflussfaktoren für problematisches Alkoholkonsumverhalten identifiziert wurden (Jordan & Sack, 2009), lassen sich durch Interviews im Zuge dieser Studie zuverlässig erheben. Daher liegt der Fokus in dieser Studie auf einigen spezifischen Einflussfaktoren speziell aus dem Bereich des sozialen Nahraums (Familie, Gleichaltrige und Schule/Ausbildung); diese wurden bei der Gestaltung des Interviewleitfadens für die Jugendlichen berücksichtigt.

#### **4.3.1 Familiäre Einflussfaktoren**

Viele Probleme/Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen werden mit verschiedenen Aspekten des familiären Umfelds in Zusammenhang gebracht.

##### *Elterlicher Alkoholkonsum bzw. elterliche Alkoholerkrankung*

Der elterliche Alkoholkonsum ist im Zusammenhang mit dem Problem der Alkoholintoxikation bei Jugendlichen aus zweierlei Gründen relevant: (1) prägen die elterlichen Alkoholkonsummuster die Alkoholkonsummuster ihrer Kinder (Frank et al., 1999) und (2) sind Kinder von alkoholabhängigen Eltern *die* Hochrisikogruppe für die Entwicklung einer eigenen Alkoholerkrankung (Sher, 1991). In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass bei vielen Jugendlichen (Farke, 2008, gibt 30%-40% an) der Erstkontakt mit Alkohol im familiären Rahmen stattfindet.

Kinder aus alkoholbelasteten Familien sind einer Vielzahl unterschiedlicher Belastungen ausgesetzt, die als Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung identifiziert werden konnten, wie z.B. Komorbidität der Eltern, elterliche Disharmonie, sozioökonomische Nachteile oder Gewalt. Trotz dieser Risikofaktoren gibt es Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien, die – entgegen den Erwartungen – eine unauffällige Entwicklung durchlaufen; dieses Phänomen wird als Resilienz, als psychische Widerstandskraft, bezeichnet.

Das um das 4- bis 6-fach erhöhte Risiko von Kindern alkoholkranker Eltern selbst eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln, ist auf das komplexe Zusammenspiel sehr unter-

schiedlicher Einflussfaktoren aus den Bereichen Anlage und Umwelt zurückzuführen (Klein, 2008, Puhm et al., 2008, Sher, 1991, Zobel, 2006). Durch dieses Risiko kommt dem Alkoholkonsum von Jugendlichen aus suchtselasteten Familien eine besondere Bedeutung zu.

Unterschiedliche Mechanismen bzw. deren Interaktion spielen in diesem Zusammenhang eine bedeutende Rolle:

- *Biologische Aspekte:* Bei Personen mit alkoholkranken Eltern lässt sich im Vergleich zu Personen ohne elterliche Alkoholbelastung eine stärkere Stressdämpfung durch Alkohol nachweisen, d.h. die beruhigenden Effekte des Alkohols werden stärker wahrgenommen und diesbezügliche positive Erfahrungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, Alkohol bewusst zum Abbau von Spannungen einzusetzen (Sayette, 1999, Sher, 1991).
- *Stressbelastung:* Kinder alkoholkranker Eltern sind häufiger als Kinder unbelasteter Eltern unterschiedlichen Stressoren ausgesetzt (Chassin et al., 1993, Frank, 2002, Klein, 2002, Zobel, 2006). Alkohol kann hier die Funktion einer inadäquaten Coping-Strategie erfüllen.
- *Modelllernen:* Kinder aus alkoholbelasteten Familien erfahren am Modell der Eltern, dass Alkohol teils bewusst eingesetzt wird um mit aversiv erlebten Zuständen (z.B. Anspannung und Ärger) umzugehen. Gleichzeitig stehen dem Kind bzw. Jugendlichen mit geringerer Wahrscheinlichkeit positive Modelle zum adäquaten Umgang mit dergleichen Belastungen zur Verfügung.

#### *Familienstrukturen und Familienklima*

Bestimmte Familienstrukturen, die sich aufgrund von Scheidung bzw. Tod eines Elternteils ergeben (sog. „broken-homes“) werden im Allgemeinen als Risikofaktor für die kindliche Entwicklung gesehen, aber auch mit problematischem Substanzkonsum in Zusammenhang gebracht. Einschränkend ist hier allerdings festzuhalten, dass nicht die Strukturveränderungen per se ausschlaggebend sind, sondern jene Konflikte die den Trennungen vorausgehen bzw. sie begleiten. In den letzten Jahrzehnten waren die Familienstrukturen einem Wandel unterworfen; folgende Tabelle zeigt die Familienformen in Österreich im Jahr 2007 (vgl. Tab. 3, Tab. 4).

**Tab. 3: Familienformen in Österreich (2007)**

Familienformen	Anzahl	Prozent
Ehepaare ohne Kinder im Haushalt	695.433	30,6%
Lebensgemeinschaft ohne Kinder im Haushalt	151.700	6,7%
Ehepaare mit Kindern im Haushalt	928.643	40,8%
Lebensgemeinschaft mit Kindern im Haushalt	126.752	5,6%
Alleinerzieher	371.455	16,3%
Familien gesamt	2.273.983	100,0%

Quelle: Statistik Austria (2009)

**Tab. 4: Anteil Kinder aus unterschiedlichen Familienformen**

	Anzahl	Prozent
Kinder bei Ehepaaren	1.718.683	71,0%
Kinder in Lebensgemeinschaften	168.233	6,9%

Kinder bei Alleinerziehern	534.732	22,1%
Kinder gesamt	2.421.648	100,0%

Quelle: Statistik Austria (2009)

### 4.3.2 Gleichaltrige

Die Bedeutung von Gleichaltrigen in der Entwicklung von Jugendlichen ist gut belegt. Auch in Bezug auf den Konsum von Alkohol sind relevante Einflüsse von Gleichaltrigen zu beschreiben. Einerseits ist dies durch das *Einflussmodell* zu erklären, das besagt, dass die Beeinflussung der Alkoholkonsummuster in erster Linie über das Modelllernen und den Gruppendruck erfolgt, wodurch unter anderem erklärt werden kann, dass ursprüngliche alkoholabstinente Jugendliche durch den Kontakt mit konsumierenden Freunden ebenfalls mit dem Alkoholkonsum beginnen. Die *Selektionshypothese* andererseits sagt, dass sich Jugendliche aktiv Gruppen aussuchen, die ähnliche Vorstellungen bzw. Motive, so auch in Bezug auf den Alkoholkonsum, haben (Farke, 2008).

### 4.4 Jugendschutz

Jugendschutzgesetze sind Landesgesetze und haben aufgrund dessen, nur im betreffenden Bundesland Gültigkeit. Das oberösterreichische Jugendschutzgesetz enthält in der aktuell gültigen Form auch Bestimmungen zum Thema Alkohol und Jugend. Bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres ist dabei der Erwerb und Konsum von sämtlichen alkoholhaltigen Getränken verboten. Jugendlichen über 16 Jahren ist der übermäßige Alkoholkonsum, sowie der Erwerb und der Konsum von gebrannten alkoholischen Getränken, auch in der Form von Mischgetränken, verboten (Oö JSchG 2001).

## **5 Beschreibung der Untersuchung**

### **5.1 Ziele der Untersuchung**

Primäres Ziel der gegenständlichen Studie war die systematische Erfassung des Phänomens der Alkoholintoxikation bei Jugendlichen und eine darauf basierende Definition von Rahmenbedingungen für geeignete Informations- und Beratungsangebote für Betroffene bzw. deren Eltern.

Ausgangspunkt für die Entwicklung geeigneter Präventionsmaßnahmen bzw. für die Optimierung des Beratungs- und Betreuungsangebots für betroffene Jugendliche und deren Eltern war:

- (1) die systematische Erfassung der Hintergründe des Phänomens der Alkoholintoxikation bei Jugendlichen (unterschiedliche Motive, Alkoholintoxikation als singuläres Ereignis vs. problematischer Alkoholkonsum),
- (2) die systematische Erfassung der Rahmenbedingungen (Abläufe bei der Rettung, gesetzliche Regelungen, Kostenfrage etc.) und wie ProfessionistInnen aktuell mit dem Phänomen der Alkoholintoxikation bei Jugendlichen umgehen und
- (3) die Erhebung des Informations-, Beratungs- und Betreuungsbedarfs bei Betroffenen (sowohl Jugendliche als auch deren Eltern).

### **5.2 Untersuchungsdesign**

Für diese Studie wurden die relevanten Daten durch folgende Zugänge gewonnen:

- leitfadengestützte Interviews mit betroffenen Jugendlichen (vgl. Kap. 5.2.1),
- leitfadengestützte Interviews mit ExpertInnen (vgl. Kap. 5.2.2) und
- die Erhebung relevanter Sekundärdaten (vgl. Kap. 5.2.3).

#### **5.2.1 Leitfadengestützte Interviews mit betroffenen Jugendlichen**

Jugendliche, die im Zeitraum von Juli 2008 bis Dezember 2008 aufgrund einer Alkoholintoxikation in einem der teilnehmenden Krankenhäuser stationär behandelt wurden, nahmen vor der Entlassung aus der Spitalspflege an einem Gespräch mit einer ProjektmitarbeiterIn teil. Neben der Erfassung des Hintergrunds des Alkoholkonsums wurde auch der Informations-, Beratungs- und Behandlungsbedarf bei den Betroffenen erhoben.

##### **5.2.1.1 Auswahl der Stichprobe**

Die Zahl der zu interviewenden Kinder bzw. Jugendlichen wurde mit insgesamt 50 Probanden im Alter von 9-17 Jahren, die aufgrund einer Alkoholintoxikation stationär behandelt wurden, festgesetzt. Diese Stichprobengröße ist ausreichend, um Informations-, Beratungs- und Betreuungsbedürfnisse bei der Zielgruppe eruieren zu können und darauf aufbauend Maßnahmenvorschläge zu entwickeln. Besonders durch die Ergänzung mit nicht-personen- sondern problembezogenen ExpertInneninterviews mit ÄrztInnen, Rettungspersonal und anderen befassten ProfessionistInnen ist es möglich, einen guten Überblick über das Phänomen der Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen zu erhalten.

Folgende *Einschlusskriterien* wurden gewählt:

- Männliche und weibliche Kinder und Jugendliche zwischen 9 und 17 Jahren
- Stationäre Aufnahme wegen Alkoholintoxikation
- Schriftliche Einverständniserklärung des Patienten und seines gesetzlichen Vertreters

Folgende *Ausschlusskriterien* wurden gewählt:

- Fehlende Einverständniserklärung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters
- Mangelnde Deutschkenntnisse

### **5.2.2 Leitfadengestützte Interviews mit ExpertInnen**

Der Status eines/r Experte/in ist allgemein eine zugeschriebene Eigenschaft von Personen, die sich aus dem jeweiligen Forschungsinteresse ergibt. Als ExpertInnen wurden von uns Personen angesprochen, die der Einschätzung des Forschungsteams nach in irgendeiner Weise Verantwortung für relevante Prozesse tragen oder einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Abläufe besitzen. Im Gegensatz zu anderen Formen der qualitativen Befragung steht im ExpertInneninterview allerdings nicht die Gesamtheit der interviewten Person im Mittelpunkt der Analyse, sondern der organisatorische oder institutionelle Zusammenhang, in dem diese Person agiert, und für den sie als Repräsentant betrachtet wird (vgl. Meuser und Nagel, 2005).

Zur systematischen Beschreibung der Abläufe im Zusammenhang mit Alkoholintoxikationen bei Jugendlichen sind ExpertInneninterviews mit jenen Berufsgruppen unerlässlich, die mit dem Phänomen beruflich konfrontiert sind. Im Rahmen dieses Projekts wurden ExpertInnen aus folgenden Bereichen interviewt:

- MitarbeiterInnen der teilnehmenden Krankenhäuser in den Bereichen Medizin, Psychiatrie, Pflege,
- Rettungswesen,
- Exekutive,
- JugendbetreuerInnen,
- Sozialversicherungen und
- Gastronomie

Entsprechend der oben getroffenen Definition können die aus den ExpertInneninterviews gewonnenen Informationen zunächst in zwei wesentliche Bereiche geteilt werden: (1) technisches Wissen bezieht sich auf Expertise bezüglich administrativer Kompetenzen, rechtlicher Rahmenbedingungen und ähnliches, während sich (2) prozess-orientiertes Wissen auf Interaktionen und Organisationsabläufe auf der Handlungsebene bezieht. Anzunehmen ist, dass die interviewten ExpertInnen über ihre Rolle in einer Institution (Exekutive, Rettung, Krankenhaus, ...) auch ihre persönlichen Meinungen in die Interviews einfließen lassen, welches als subjektive Deutungs- oder Wertungsinformation die beiden oben genannten („objektiven“) Dimensionen ergänzt.

### 5.2.3 Erhebung relevanter Sekundärdaten

Die ProjektpartnerInnen wurden gebeten, für jeden Kontakt eines alkoholintoxikierten Jugendlichen mit der Abteilung einen kurzen Dokumentationsbogen (Kap. 7.2) mit einigen relevanten Informationen auszufüllen. Durch die Erhebung dieser Sekundärdaten sollten jene Jugendlichen erfasst werden, die nicht stationär sondern ambulant versorgt wurden, sowie jene Jugendlichen, die nicht an einem Interview teilnahmen. Damit war eine systematische Erfassung der Zielgruppe möglich. Die aus den Dokumentationsbögen gewonnenen Daten ermöglichten zusätzliche, relevante Erkenntnisse (z.B. Blutalkoholkonzentrationsangaben) über jene Jugendliche, mit denen ein Interview geführt wurde. Die Daten standen in anonymisierter Form für die Auswertung zur Verfügung.

### 5.3 Durchführung der Studie

Tab. 5: Projektzeitraum

PROJEKTPHASEN	PROJEKTZEITRAUM
Phase 1: Recherche	Juni 2008
Phase 2: Datenerhebung (Jugendliche & ExpertInnen)	Juli 2008 – Dezember 2008
Phase 3: Auswertung der Daten und Erstellung des inhaltlichen Endberichts	Jänner 2009 – Mai 2009

#### 5.3.1 Leitfadententwicklung

Die grundlegende Herangehensweise an die Studie war bestimmt von einem formativ-explorativen Zugang. Dabei wurden zuerst empirische Daten erhoben, diese analysiert und daraus schließlich Hypothesen und Theorien gewonnen (explorative Theoriebildung). Diese Herangehensweise ist vor allem dann von Vorteil, wenn man einen Teil der sozialen Wirklichkeit abbilden will, zu dem bisher erst wenige empirische Ergebnisse vorliegen, auf die man aufbauen könnte. Dabei kann man von Beginn weg auch nicht sagen, welche Forschungsmethoden durchweg sinnvoll einzusetzen sind. Der formativ-explorative Zugang ermöglicht auch, dass die verwendeten Forschungsmethoden an die jeweilige Problemlage während des Erhebungszeitraumes angepasst werden können. (formative Methodenwahl)

Zu Beginn der Forschungsarbeit wurden mehrere Interviewleitfäden entwickelt:

- Interviewleitfaden für betroffene Jugendliche
- Interviewleitfaden für Spitalspersonal (ÄrztInnen/PsychiaterInnen/Pflege)
- Interviewleitfaden für Rettungsdienstpersonal
- Interviewleitfaden für Sozialversicherung
- Interviewleitfaden für Gastronomie
- Interviewleitfaden für Exekutive
- Interviewleitfaden für JugendbetreuerInnen

Ein Vorteil des formativ-explorativen Ansatzes ist wie erwähnt, dass man bereits verwendete Leitfäden auch während der Erhebungsphase noch verändern kann.



Im der vorliegenden Studie lag deshalb der Schwerpunkt auf der Gewinnung von umfangreichen empirischen Daten. Um von diesen ein möglichst breites Spektrum erheben zu können, wurden die Leitfäden einer zweimaligen Adaption unterzogen.

In ersten Interviews hat sich sowohl bei den Leitfäden für Jugendliche, als auch bei jenen für ExpertInnen gezeigt, dass Adaptionen der Fragenkomplexe noch genauere Informationsgewinnung ermöglichen würden. Die Leitfäden wurden damit ein erstes Mal angepasst.

Eine weitere Anpassung wurde aufgrund eines Inputs des Teams des Institut Suchtprävention vorgenommen. Ab diesem Zeitpunkt wurden speziell Fragen in Hinblick auf den Freundeskreis der Jugendlichen intensiviert.

### 5.3.2 Kooperation mit den Krankenhäusern

Die Auswahl der Projektpartner wurde mit Hilfe der Statistik der Rettungseinlieferungen für das Jahr 2007 in Oberösterreich getroffen. Folgende Krankenhäuser wurden kontaktiert:

- Klinikum der Kreuzschwestern Wels
- Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz
- Landesnervenklinik Wagner-Jauregg Linz
- LKH Steyr
- LKH Vöcklabruck

Mit der Auswahl dieser Krankenhäuser sollte ein möglichst systematischer Überblick gewährleistet sein, ohne gleichzeitig die ökonomischen Ressourcen des Projekts zu überschreiten. Nach Zustimmung für die Projektbeteiligung durch die LeiterInnen der Spitäler bzw. der jeweils zuständigen Abteilungen, wurden mit den genannten AnsprechpartnerInnen vor Ort erste Gespräche geführt. In diesen wurde einerseits das Projekt vorgestellt und andererseits das spitalstypische Procedere im Umgang mit alkoholintoxikierten Jugendlichen erhoben bzw. die Umsetzung des Projekts auf die Gegebenheiten vor Ort abgestimmt. Hier wurden die verschiedenen Vorgangsweisen im Umgang mit der Zielgruppe der alkoholintoxikierten Jugendlichen deutlich, die in Kap. 6.2 noch detaillierter dargestellt werden.

Insgesamt zeigte sich bei den MitarbeiterInnen der kontaktierten Krankenhäuser großes Interesse an der Thematik des Projektes. Es konnten in allen Krankenhäusern ExpertInneninterviews durchgeführt werden, bei denen das Procedere der jeweiligen Abteilung erhoben wurde.

**Tab. 6: Projektbeteiligte Krankenhäuser**

Krankenhaus bzw. Abteilung	Abteilungsvorstand bzw. Ärztlicher Direktor
Klinikum der Kreuzschwestern Wels <i>Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde</i>	Abteilungsvorstand: Prim. Dr. Franz Eitelberger
Landes- Frauen- und Kinderklinik <i>Interne Abteilungen II und III</i>	Ärztlicher Leiter: Univ. Prof. Prim. Dr. Klaus Schmitt

Landesnervenklinik Wagner-Jauregg <i>Jugendpsychiatrie</i>	Abteilungsvorstand: Prim. Dr. Werner Leixnering
LKH Steyr <i>Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde</i>	Abteilungsvorstand: Prim. Dr. Josef Emhofer
LKH Vöcklabruck <i>Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde</i>	Abteilungsvorstand: Prim. Dr. Franz Paky

### 5.3.3 Durchführung im Krankenhaus

In jedem der projektbeteiligten Krankenhäuser standen mehrere MitarbeiterInnen als AnsprechpartnerInnen zur Verfügung. Diese waren auch maßgeblich für die organisatorische Umsetzung des Projekts in der jeweiligen Abteilung zuständig.

Die Interviews mit den alkoholintoxikierten Jugendlichen wurden vor deren Entlassung aus dem Krankenhaus durchgeführt, um den Einfluss durch Verzerrungen, wie z.B. durch einen großen zeitlichen Abstand zum Ereignis, möglichst gering zu halten. Die ProjektmitarbeiterInnen wurden durch den jeweils Diensthabenden telefonisch von der Aufnahme eines alkoholintoxikierten Jugendlichen informiert. Unter Rücksichtnahme auf den Zustand des Jugendlichen und den Entlassungszeitpunkt wurde ein Zeitpunkt für das Interview vereinbart. Die Interviews wurden überwiegend am Wochenende durchgeführt, da die meisten Einlieferungen spät am Freitag und Samstag stattfanden.

Eine besondere Situation ergab sich in einer projektbeteiligten Abteilung: Dort nehmen PsychologInnen eine Gefährdungseinschätzung der alkoholintoxikierten Jugendlichen vor, auf deren Grundlage dann das weitere Procedere (wie z.B. Entlassung, Meldung an die Jugendwohlfahrt, ...) erfolgt. Stellen PsychologInnen Beratungsbedarf bei den Jugendlichen fest, aber keine physiologische Indikation für eine stationäre Behandlung, so werden die Jugendlichen zwar entlassen, jedoch an die örtliche Alkoholberatungsstelle des Landes Oberösterreich gemeldet. Innerhalb von zwei Wochen sollen die betreffenden Jugendliche diese dann wegen eines Beratungsgesprächs kontaktieren. In 3 solcher Fälle wurde das Interview im Rahmen der vorliegenden Studie bei diesem Treffen durchgeführt. Bekannt war dies den Jugendlichen im Vorfeld aber nicht. So konnte man den Einfluss der sozialen Erwünschtheit bei Interviewantworten so gering wie möglich halten.

Bei Eintreffen der Erziehungsberechtigten wurden diese durch die ProjektmitarbeiterInnen über das Projekt informiert bzw. wurde ihnen eine schriftliche Information und eine Einverständniserklärung ausgehändigt. Voraussetzung für die Durchführung der Interviews war die Einverständniserklärung sowohl der Eltern, als auch der Jugendlichen.

Neben der Gewinnung relevanter Informationen von den Jugendlichen und deren Eltern war die Beratung der Betroffenen ein weiteres wichtiges Ziel des Projekts.

Den Erziehungsberechtigten/Eltern wurde ein Informations- bzw. Beratungsgespräch angeboten. Ebenso wurde auf die Möglichkeit verwiesen, mit dem/der ProjektmitarbeiterIn weiteren telefonischen Kontakt aufzunehmen, mit dem Ziel eines weiteren Beratungsgesprächs oder einer Weitervermittlung an eine andere Stelle.

## 6 Auswertung der empirischen Daten - Strukturelle Rahmenbedingungen in Oberösterreich

Als primäre Grundlage für die im folgenden Kapitel dargestellten Rahmenbedingungen in Oberösterreich dienen zahlreiche ExpertInneninterviews<sup>3</sup> (Tab. 7).

Bei den Interviews in den relevanten Bereichen Rettungswesen, Krankenhaus, Exekutive, Sozialversicherung, JugendbetreuerInnen und VeranstalterInnen/Gastronomie wurde auf eine breite Streuung sowohl in Bezug auf die Professionen der ExpertInnen als auch auf den Ort ihres Arbeitsplatzes (z.B. verschiedene Gemeindebezirke bei Exekutive, Gastronomie) geachtet, um möglichst viele unterschiedliche Sichtweisen und Erfahrungen erfassen zu können.

Die Interviews haben nicht nur bei Aspekten, die eine persönliche Einschätzung der/des Expertin/en erfordern, sondern auch bei objektivierbaren Informationen zu unterschiedlichen, teilweise auch widersprechenden Aussagen geführt. Diesen Widersprüchlichkeiten wurden im Zuge zusätzlicher Recherchen nachgegangen.

Bei den PflegerInnen in den teilnehmenden Krankenhäusern bzw. den JugendbetreuerInnen wurden ausschließlich Gruppeninterviews durchgeführt.

Im Rahmen der in der Einleitung beschriebenen Studienerweiterung wurde kurzfristig beschlossen, auch psychiatrisches Personal zu befragen. Interviewt wurden 5 Psychiater in folgenden Spitälern:

- Landesnervenklinik Wagner-Jauregg (Prim. Dr. Leixnering, OA Dr. Schwarzbach, Dr. Klinglmayr)
- Landesfrauen- und Kinderklinik Linz (OA Dr. Merl)
- LKH Steyr (Dr. Zegermacher)

**Tab. 7: ExpertInneninterviews**

Setting	Anzahl der Interviews	Anzahl der ExpertInnen <sup>4</sup>	Professionen Tätigkeitsbereiche
Rettungswesen	4	4	SanitäterInnen, Verrechnungsangestellte, GeschäftsführerInnen ...
Krankenhaus	10	16	ÄrztInnen, Pflegepersonen
Exekutive	3	3	Präventionsbeamte
Sozialversicherungsträger	2	2	JuristIn, PressesprecherIn
Veranstalter/Gastronomie	4	4	EigentümerInnen, KellnerInnen
JugendbetreuerInnen	3	10	JugendbetreuerInnen in Jugendclubs

<sup>3</sup> vgl. auch Kap. 5.2.2, S. 23

<sup>4</sup> Einige der Interviews wurden im Gruppensetting durchgeführt

## 6.1 Rettungswesen

In Oberösterreich wird der Rettungs- und Krankentransport durch die Bestimmungen des Rettungs- und Krankentransportgesetzes von 1988 geregelt. Es handelt sich hierbei um ein Landesgesetz, das die Gemeinden verpflichtet, entweder selbst Hilfs- und Rettungsdienste bereit zu stellen, oder aber privatrechtliche Verträge mit vom Gesetz anerkannten Rettungsorganisationen abzuschließen.

Derzeit betreibt keine Gemeinde in Oberösterreich einen eigenen Rettungsdienst. Die drei anerkannten Rettungsorganisationen, welche die Versorgung mit Hilfs- und Rettungsmitteln sicherstellen, sind folgende:

- Arbeiter-Samariterbund Oberösterreich
- Grünes Kreuz Luftenberg
- Rotes Kreuz Oberösterreich

### 6.1.1 Organisation und Administration der Rettungseinsätze

Es gibt in Oberösterreich keine gemeinsame Einsatzleitstelle, die alle Notrufe und Einsätze bearbeitet. Jede Rettungsorganisation hat außerdem eigene Regelungen und Prozeduren. Im Stadtgebiet von Linz arbeiten der Arbeiter-Samariterbund und das Rote Kreuz aber einer Art und Weise zusammen, dass, wenn ein akutes Notfallgeschehen nicht mit einem freien Rettungsmittel bedient werden kann, der Einsatz an die jeweils andere Organisation abgegeben wird.

Es kann auch vorkommen, dass kurzzeitig ein Einsatz/Notfall nicht gefahren werden kann, wenn gerade kein Rettungswagen zur Verfügung steht. Deswegen werden Einsätze nach ihrer Dringlichkeit abgestuft, wobei dringende Fälle vorrangig bearbeitet werden.

Innerhalb der Belegschaft der Rettungsorganisationen sind berufliche sowie ehrenamtliche MitarbeiterInnen sind im selbem Ausmaß mit alkoholintoxikierten Jugendlichen befasst. Ehrenamtliche MitarbeiterInnen kommen vor allem durch ihre Wochenenddienste mit diesen PatientInnen in Kontakt. Interviews mit ehrenamtlichen RettungssanitäterInnen ergaben, dass die Einsatzhäufigkeit an Freitagen und Samstagen ab 22:00 am höchsten ist, was durch berufliche SanitäterInnen bestätigt wurde. Dadurch, dass es fast nicht immer möglich ist, an Wochenenden oder Nachtdiensten alle Rettungsmittel mit ehrenamtlichen KollegInnen zu besetzen, müssen auch berufliche MitarbeiterInnen regelmäßig Wochenenddienste machen. Somit trifft auch diese Mitarbeitergruppe dann vermehrt auf intoxikierte Jugendliche.

Nach organisationsinternen Datenerhebungen über die Entwicklung der Fahrtenanzahl aufgrund von jugendlichen Alkoholisierten in den letzten 10 Jahren, meinen sowohl der Arbeiter-Samariterbund als auch das Rote Kreuz Oberösterreich, dass es in diesem Zeitraum keine signifikante Steigerung der Anzahl an Fahrten mit alkoholisierten Jugendlichen gegeben hat.

#### *Notarztindikation*

Die Kriterien für die Herbeiziehung eines Notarztes/einer Notärztin – dem/der die größte Kompetenz im Rettungsdienst zukommt – beziehen sich auf Notfallsymptome. Im Rettungsdienst gibt es unterschiedliche Ausbildungsstufen mit unterschiedlichen Kompetenzen bezüglich des Transportes von NotfallpatientInnen. Es gibt aber keinen einheitlichen Kriterienkatalog - gültig für alle Rettungsorganisationen und Ausbildungsstufen - wann ein Notarzt/eine Notärztin hinzuzuziehen ist oder nicht.

Die überwiegende Mehrheit der RettungsdienstmitarbeiterInnen in Oberösterreich befindet sich in der Ausbildungsstufe des Rettungssanitäters/der Rettungssanitäterin. Diese Qualifikation erlaubt keinen eigenständigen Transport von NotfallpatientInnen. Eine Notarztanforderung ist in Abhängigkeit von organisationsspezifischen Kriterien zu veranlassen. Diese können z.B. Nicht-Erweckbarkeit, Krampfanfälle, Zuckerschokk und andere durch SanitäterInnen nicht alleine beherrschbare lebensbedrohliche Zustände sein.

Allgemein dürfen und sollen SanitäterInnen Vitalfunktionen erhalten, jedoch nur solange bis der Notarzt eintrifft und die Patienten von einem Arzt/einer Ärztin übernommen worden sind.

Wie dringend Hilfe benötigt wird oder welche Notfallsymptomatiken vorliegen, wird von der Leitstelle registriert und entsprechend administriert. Dabei kann es sein, dass es zu einer „gleichzeitigen Berufung“ kommt, nämlich dass NotärztInnen mit einem Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) und der Rettungswagen zugleich bei dem Patienten/der Patientin eintreffen. Laut einem Leitstellenbediensteten des Arbeiter-Samariterbundes ist eine parallele NEF-Verständigung aber bei alkoholisierten Jugendlichen nicht die Regel. Meist wird zuerst ein Rettungstransportwagen entsandt, dessen Besatzung dann aufbauend auf ihrer Qualifikation die Entscheidung für oder gegen eine NEF-Verständigung trifft. Laut Samariterbund machen aber Einsätze zu ausschließlich intoxikierten Jugendlichen nur etwa ein Drittel aller Fahrten zu betrunkenen Jugendlichen aus. Zwei Drittel der Einsätze erfolgen aufgrund Verletzungen, die im Rauschzustand passiert sind.

### **6.1.2 Kontakt mit anderen Stellen**

#### *Polizei*

Rettungsdienste und Polizei kommen im Rahmen von Einsätzen zu intoxikierten Jugendlichen sehr häufig miteinander in Kontakt. Oftmals sind es PolizeibeamtInnen selbst, die den Rettungsnotruf wählen. Die Zusammenarbeit zwischen Rettung und Polizei wird in den Interviews durchwegs als gut bezeichnet. Nach Aussagen von interviewten SanitäterInnen gehen die PolizeibeamtInnen bei der Daten- und Situationserhebung im Falle von intoxikierten Jugendlichen immer sehr genau vor. Da die Eltern von Minderjährigen auch für deren Taten haftbar gemacht werden können, wird speziell bei Körperverletzungen immer genau auf Details geachtet, so eine SanitäterIn.

Ein weiterer Berührungspunkt entsteht, wenn sich die SanitäterInnen vor Ort selbst gefährdet fühlen. Ein Sanitäter nennt als Beispiel Schlägereien mit Beteiligung von betrunkenen Jugendlichen. SanitäterInnen haben im Einsatz nur Notwehrrechte. Es würde allerdings nur selten vorkommen, dass Rettungsdienstpersonal die Polizei zum eigenen Schutz beziehen muss.

#### *KH/Eltern*

Welches Krankenhaus angefahren wird, entscheidet entweder die Leitstelle oder die SanitäterInnen vor Ort. Laut dem Roten Kreuz Oberösterreich, ist dies bei intoxikierten Jugendlichen generell das nächstgelegene Aufnahmehospital. Sollten Verletzungen vorliegen, wird meist eine erreichbare Unfallambulanz angefahren. In der Landeshauptstadt Linz gibt es eine Sonderregelung: Hier existiert ein sich wiederholender Aufnahmeturnus, d.h. nicht jedes Spital hat immer Aufnahme.

Die PatientInnenübergabe im Spital erfolgt immer über ein so genanntes Übergabegespräch zwischen AufnahmeärztInnen, SanitäterInnen oder NotärztInnen. Die AufnahmeärztInnen werden über alle erhobenen Daten und gesetzten Maßnahmen informiert. Sollte die Identität des Patienten/der Patientin bis dahin noch nicht geklärt worden sein, werden durch das Spital für die Rettung relevante Daten, wie z.B. die Sozialversicherungsnummer eruiert.

## 6.2 Krankenhaus

In den projektbeteiligten Krankenhäusern lassen sich unterschiedliche Vorgehensweisen im Zusammenhang mit alkoholintoxikierten Jugendlichen beschreiben.

Die Beschreibung der *Procedere* basiert auf den Angaben der interviewten ExpertInnen über die *allgemeine* Vorgehensweise in der jeweiligen Abteilung im Umgang mit alkoholintoxikierten Jugendlichen. Zahlreiche Faktoren wie die eigenen Einstellungen zum Alkoholkonsum im Allgemeinen, bzw. zu Jugendlichen Alkoholkonsumenten im Speziellen haben Einfluss darauf, wie die interviewten ExpertInnen die *Procedere* der jeweiligen Abteilung wahrnehmen, bewerten und letztlich auch berichten. So lässt sich bei den SpitalsmitarbeiterInnen ein breites Spektrum an Sichtweisen über das Phänomen der Alkoholintoxikationen bei Jugendlichen beschreiben: Einerseits Unverständnis darüber, dass in den letzten Jahren so stark auf diese PatientInnengruppe fokussiert werde, da es immer schon starke Alkoholisierungen in dieser Altersgruppe gegeben habe. „Neu“ sei nur der Umstand, dass die Jugendlichen nun damit ins Krankenhaus eingeliefert werden. Mit dieser Einstellung verbunden ist eine „nicht problematisierende“ Haltung. Die Meinung, dass Alkoholintoxikationen bei Jugendlichen nichts Neues und in vielen Fällen bloß recht unbedenkliche Einzelfälle seien, wird von einem Großteil der ExpertInnen in den Krankenanstalten geteilt. Allerdings schließt diese Haltung nicht aus, dass gleichzeitig eine Fokussierung auf jene Jugendlichen, die aufgrund psycho-sozialer Auffälligkeiten oder wegen eines auffälligen Alkoholkonsums als problematischer eingeschätzt werden, als notwendig erachtet wird.

In einer anderen Sichtweise wird von einzelnen InterviewpartnerInnen betont, dass Jugendliche heutzutage einer großen „Verführung“ durch „Happy-Hour“ Angebote und stark alkoholhaltigen, aber süßen Mischgetränken ausgesetzt sind. Diese Sichtweise inkludiert weiters die Einschätzung, dass die Fallzahlen von jugendlichen Alkoholintoxikationen leicht steigen, die Akzelerationshypothese bei dieser PatientInnengruppe zutrifft und ein steigender sozialer Druck auf Familien im Rahmen der Begründung für steigende Fallzahlen genannt wird. Dieser Druck zwingt die Eltern dazu, mehr Zeit in Erwerbstätigkeit zu investieren und weniger in Erziehungsarbeit. Speziell in der Pubertät würde so die Erziehungsfunktion der Eltern verringert werden, so die SpitalsmitarbeiterInnen.

Bezüglich Unterschiede in der sozialen Herkunft, der Bildungssituation, oder der psychosozialen Befindlichkeit der Jugendlichen wollte sich niemand der befragten ExpertInnen festlegen. Die InterviewpartnerInnen betonten vielmehr, dass man keine pauschalen Aussagen treffen könne. Ein Arzt betonte, dass man eigentlich nur zwischen Erst- und Wiederholungsfällen unterscheiden könne. Während bei Erstfällen Jugendliche aus allen Schichten und jeder Form der psycho-sozialen Befindlichkeit zu finden seien, so sei es doch auffällig, dass bei Wiederholungsfällen eher jene Jugendlichen überwiegen würden, die psycho-soziale Auffälligkeiten aufweisen. Die Anzahl der Wiederholungsfälle im Vergleich zu den Erstfällen wurde vom Großteil der InterviewpartnerInnen auf unter 10% eingeschätzt.

Um trotz dieser persönlich geprägten Informationen ein möglichst genaues Bild der tatsächlichen Vorgehensweise zu gewinnen bzw. auch, um auf unterschiedliche Aspekte des Phänomens der Alkoholintoxikationen aus unterschiedlichen Perspektiven aufmerksam zu werden, wurden in den Abteilungen jeweils mehrere ExpertInnen aus unterschiedlichen Professionen interviewt.

Berücksichtigt werden sollte zudem, dass letztlich nur ein *allgemeines* *Procedere* einer Abteilung beschrieben werden kann; bei jedem alkoholintoxikierten Jugendlichen wird im Einzelfall entschieden, welche Art der Versorgung notwendig und sinnvoll ist. Dadurch kann das *Procedere* im Einzelfall vom allgemeinen Vorgehen abweichen.

### **6.2.1 Vorgehensweisen der Abteilungen bei alkoholintoxikierten Jugendlichen**

Das routinemäßige Vorgehen in Diagnostik und Versorgung von alkoholintoxikierten Jugendlichen beinhaltet eine Bestimmung des Bewusstseinszustands und des Promillewertes. Die Bestimmung des Blutzuckers (u.U. mit einer weiteren Blutuntersuchung vor der Entlassung für die Verlaufskontrolle) zählt in den meisten Abteilungen ebenfalls zum Routinevorgehen, während nicht überall automatisch auch ein Drogenscreening durchgeführt wird. Die Durchführung eines EKGs bzw. einer intensivmedizinischen Behandlung ist nur vereinzelt zu beschreiben. Die medizinische Versorgung beinhaltet im Allgemeinen eine Infusion mit einer Elektrolyt-Zuckerlösung, da aufgrund der Alkoholisierung die Gefahr einer Hypoglykämie besteht.

Bei minderjährigen Alkoholintoxikierten werden in jedem Fall die Eltern von der stationären Aufnahme informiert. Diese Information erfolgt in allen Spitälern unmittelbar nach der Aufnahme. Sollte die Aufnahme in der Nacht erfolgt sein, so werden auch in diesem Fall die Eltern sofort verständigt.

Die Messung der Blutalkoholkonzentration ist in allen Abteilungen ebenfalls ein Teil der Diagnostik. Nach Aussage der interviewten ExpertInnen sei der Promillegehalt allerdings für sich genommen nicht sehr aussagekräftig, da er nichts über die individuelle Beeinträchtigung aussage. Zudem seien sowohl die Ansprechbarkeit als auch der Promillewert letztlich nur eine Momentaufnahme; um den Zustand eines alkoholisierten Jugendlichen richtig einschätzen zu können, sei eine längere Beobachtung nötig. Dies sei vor allem dann relevant, wenn unmittelbar zuvor Alkohol konsumiert wurde und die höchste Blutalkoholkonzentration noch nicht erreicht ist.

Neben den Gemeinsamkeiten in der Vorgehensweise lassen sich aber auch einige Unterschiede darstellen:

#### *Wo wird behandelt – Kriterien für eine stationäre bzw. intensivmedizinische Behandlung*

Wenn ein Jugendlicher mit einer Alkoholintoxikation ins Krankenhaus eingeliefert wird, wird die Notwendigkeit einer stationären bzw. intensivmedizinischen Behandlung anhand bestimmter Kriterien – in erster Linie sind das die Vitalzeichen und der klinische Eindruck – geklärt. Die Bestimmung der Vitalzeichen wird von den ExpertInnen der Abteilungen übereinstimmend als *der* zentrale Parameter zur Einschätzung des Zustandes eines alkoholisierten Jugendlichen genannt; dennoch werden die Grenzen, die für eine intensivmedizinische Behandlung ausschlaggebend sind, von verschiedenen Abteilungen unterschiedlich definiert. Generell stellen die intensivpflichtigen Fälle in den beteiligten Spitälern nur Einzelfälle dar.

#### *In welchen Abteilungen wird behandelt – Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde oder andere Stationen*

Wie aus den Gesprächen mit AbteilungsleiterInnen der beteiligten Spitäler erhoben werden konnte, werden in den Krankenhäusern alkoholintoxikierte Jugendliche sowohl in Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde, als auch auf anderen Stationen behandelt. Die Entscheidung darüber wird krankenhausesintern, meist in der Aufnahmestation getroffen. Entscheidend hierfür ist unter anderem der Umstand, dass vor allem in Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde mit einer geringen Bettenkapazität, seitens des Spitalpersonals die Unterbringung von alkoholisierten Jugendlichen in einem Zimmer gemeinsam mit anderen (ev. jüngeren) Kindern als teilweise nicht unproblematisch betrachtet wird. Speziell im Falle von intoxikierten Jugendlichen, die erhöhten Pflegebedarf während der Ausnüchterungsphase hätten.

## *Wer versorgt – Verschiedene Berufsgruppen in der Behandlung alkoholintoxizierter Jugendlicher*

Die Versorgung von alkoholintoxizierten Jugendlichen erfolgt in allen projektbeteiligten Abteilungen primär durch MitarbeiterInnen aus Medizin und Pflege. In allen Abteilungen können auch klinische PsychologInnen und teilweise PsychiaterInnen miteinbezogen werden, deren primäre Aufgabe eine Einschätzung der längerfristigen Gefährdung ist.

Auch in Bezug auf das Einbeziehen dieser ExpertInnen lassen sich unterschiedliche Vorgehensweisen beschreiben:

- PsychologInnen werden entweder automatisch bei *allen* Jugendlichen mit einer Alkoholintoxikation hinzugezogen oder nur bei jenen Jugendlichen, die aufgrund eines hohen Promillegehalts, einer wiederholten Intoxikation und/oder aufgrund von Hinweisen auf psycho-soziale Probleme risikoreich eingeschätzt werden.
- Die Gespräche mit den PsychologInnen haben eine unterschiedliche Verbindlichkeit. Ein beteiligtes Spital entlässt die Jugendlichen nicht, bevor ein psychologisches Gespräch stattgefunden hat. Jene alkoholintoxizierten Jugendlichen, bei denen ein Gespräch vor der Entlassung nicht möglich ist (z.B. weil die Aufnahme/Entlassung am Wochenende erfolgte und PsychologInnen nicht erreichbar waren) werden dazu angehalten, dieses innerhalb der folgenden zwei Wochen nachzuholen. Eine Kooperation mit der örtlichen Alkoholberatungsstelle des Landes Oberösterreich wurde zu diesem Zweck ins Leben gerufen.

Ausschlaggebend dafür, ob PsychologInnen in die Versorgung von alkoholintoxizierten Jugendlichen miteinbezogen werden oder nicht, sind verschiedene Überlegungen bzw. Rahmenbedingungen:

- PsychologInnen werden als wichtiger Bestandteil in der Versorgung von alkoholintoxizierten Jugendlichen gesehen und bei vorhandenen Ressourcen wird dies auch entsprechend umgesetzt.
- Ein automatisches Einbeziehen von PsychologInnen in die Versorgung aller alkoholintoxizierten Jugendlichen verleihe der Alkoholintoxikation eines Jugendlichen eine unnötige Bedeutung und sei in vielen Fällen nicht nötig.

Die Entlassung der alkoholintoxizierten Jugendlichen handhaben alle Abteilungen sehr ähnlich. Die PatientInnen müssen vollständig orientiert sein und es darf keine medizinische Begründung für einen stationären Aufenthalt mehr vorliegen. Weiters ist in allen beteiligten Spitälern bei Jugendlichen unter 18 Jahren eine Entlassung nur möglich, wenn diese von einem Erziehungsberechtigten abgeholt werden.

### **6.2.2 Problemkonstellationen im Zusammenhang mit der Versorgung alkoholintoxizierter Jugendlicher**

#### *Unterbringung von alkoholintoxizierten Jugendlichen*

Schwierigkeiten werden in Bezug auf die Unterbringung von alkoholisierten Jugendlichen beschrieben. Vor allem in Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde, die über wenige Zimmer bzw. Betten verfügen, ist es nicht immer unproblematisch wenn alkoholisierte Jugendliche im gleichen Zimmer mit anderen (kleineren) Kindern untergebracht werden. Das kann zu Spannungen führen. In den meisten Abteilungen stehen zudem nur wenige spezielle Monitoring-Betten zur Verfügung. Dies kann in einem der beteiligten Spitäler auch dazu führen, dass aufgrund der ständigen Überwachungspflicht Jugendliche vorübergehend am Gang untergebracht werden.



Weiters betont das Pflegepersonal übereinstimmend, dass viele Jugendliche einen erhöhten Pflegebedarf hätten. Speziell in Nachtschichten mit enger Personalsituation bedeute diese Tatsache auch eine Mehrbelastung für das Pflegepersonal.

#### *Verhalten alkoholintoxizierter Jugendlicher*

Eine Herausforderung an das gesamte Personal stellt zudem auch das manchmal auftretende aggressive Verhalten alkoholisierter Jugendlicher dar bzw. deren ebenfalls alkoholisierte und/oder laute Freunde, die die Aufnahme begleiten.

### **6.2.3 Spezialfall Jugendpsychiatrie in der Landesnervenklinik Wagner-Jauregg**

Neben den an der Studie beteiligten Kinderstationen konnte auch eine Kooperation mit der Jugendpsychiatrie der Landesnervenklinik Wagner-Jauregg vereinbart werden.

Bezogen auf Alkoholintoxikationen finden sich auf dieser Station in der Regel jene Jugendliche wieder, die aufgrund des Unterbringungsgesetzes von der Polizei und der Rettung eingeliefert werden. Diese Jugendlichen werden dann so lange auf einer „geschlossenen“ Station untergebracht, bis die Kriterien der Unterbringung nicht mehr gegeben sind.

Es kommt jedoch auch vor, dass alkoholintoxizierte Jugendliche wegen eines allgemein auffälligen psychischen Verhaltens oder Multisubstanzkonsum eingeliefert werden.

Eine Unterbringung gegen den Willen des Betroffenen ist nach §3 Unterbringungsgesetz nur zulässig, wenn der Betreffende:

*§3...*

*1. an einer psychischen Krankheit leidet und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet und*

*2. nicht in anderer Weise, insbesondere außerhalb einer Anstalt, ausreichend ärztlich behandelt oder betreut werden kann.*

Liegen keine Unterbringungskriterien vor, werden die Jugendlichen auf offenen Abteilungen der Jugendpsychiatrie behandelt.

### **6.2.4 Zusätzlich relevante rechtliche Aspekte**

Die im Zusammenhang mit stationären Aufhalten von alkoholisierten Jugendlichen relevanten rechtlichen Vorschriften sind die Verschwiegenheitspflicht, die Anzeigepflicht und die Meldepflicht an die Jugendwohlfahrt. Auch das bereits erwähnte Unterbringungsgesetz spielt hier eine Rolle.

ÄrztInnen und deren Hilfspersonen unterliegen laut Ärztesgesetz einer allgemeinen Verschwiegenheitspflicht. Diese wird jedoch durch den §54 durchbrochen. Die dort vorhandenen Vorschriften besagen, dass strafrechtliche Anzeigepflicht an die Sicherheitsbehörde nur unter ganz eingeschränkten Bedingungen besteht.

*§ 54. (1) Der Arzt und seine Hilfspersonen sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet.*

*(2) 4. ... die Offenbarung des Geheimnisses nach Art und Inhalt zum Schutz höherwertiger Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege unbedingt erforderlich ist.*

*(4) ... durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder eine schwere*

*Körperverletzung herbeigeführt wurde, ...*

*(5)..., dass ein Minderjähriger misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist, ... Richtet sich der Verdacht gegen einen nahen Angehörigen (§ 166 StGB), so kann die Anzeige so lange unterbleiben, als dies das Wohl des Minderjährigen erfordert und eine Zusammenarbeit mit dem Jugendwohlfahrtsträger und gegebenenfalls eine Einbeziehung einer Kinderschutzeinrichtung an einer Krankenanstalt erfolgt.*

Da eine Alkoholisierung im Einzelfall keine Mitteilung aus Gründen der höheren Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege und Rechtspflege erfordert, da Alkoholisierung nicht als „schwere Körperverletzung“ gilt und da ein Alkoholangebot an Minderjährige nicht unter „Misshandlung“ subsumierbar ist, dürfen Ärzte wegen der Verschwiegenheitspflicht eigentlich auch bei Verdacht auf Fremdverschulden keine Anzeige bei der Sicherheitsbehörde machen. Auch der Verdacht einer strafbaren Handlung, der vom Patienten mitgeteilt wird oder im Zuge der Behandlung bekannt wird, (z.B. illegaler Drogenbesitz, Waffenbesitz) darf nur dann an die Sicherheitsbehörde angezeigt werden, wenn das im Sinne höherer Interessen „unbedingt“ notwendig erscheint, also wenn die Umstände wirklich gravierend sind.

Das Pflegepersonal, als Hilfspersonen der Ärzte, ist von diesen Verordnungen ebenfalls betroffen. Darüber hinaus besteht für diese Personengruppe auch noch eine direkte Verschwiegenheitspflicht. Diese begründet sich durch den §20 des oberösterreichischen Krankenanstaltengesetzes, wo auch Ausnahmen geregelt werden. Im Gegensatz zu den ÄrztInnen besteht hier laut Absatz 2 niemals eine MUSS-Bestimmung, sondern immer nur eine KANN-Möglichkeit der Anzeige:

*(2) Die Verschwiegenheitspflicht besteht nicht, soweit die Offenbarung des Geheimnisses durch Gesetz geboten ist oder soweit die öffentlichen Interessen an der Offenbarung des Geheimnisses, insbesondere die Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder deren Rechtspflege die privaten Interessen an der Geheimhaltung überwiegen.*

*(Oö. Krankenanstaltengesetz 1997, §20, Abs. 2)*

Die Rechtsinterpretation der Bundespolizeidirektion Linz in Bezug auf diese Regelung ist, dass eine Pflegeperson selbst entscheiden kann, ob sie gewisse Verdachtsfälle anzeigen will oder nicht. Verpflichtet dazu ist sie nach dem Krankenanstaltengesetz nie.

Für eine Meldung an die Jugendwohlfahrtsbehörden sind die Vorschriften im Ärztegesetz und Jugendwohlfahrtsgesetz maßgeblich. Demnach ist die Schweigepflicht laut Ärztegesetz und Krankenanstaltengesetz dann durchbrochen, wenn:

*(2) sich für in der Begutachtung, Betreuung, und Behandlung Minderjähriger tätige Angehörige eines medizinischen Gesundheitsberufes sowie für die in der Jugendwohlfahrt tätige oder beauftragte Personen, die auf Grund berufsrechtlicher Vorschriften zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, der Verdacht, dass Minderjährige misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden sind, haben sie, sofern dies zur Verhinderung einer weiteren erheblichen Gefährdung des Kindeswohles erforderlich ist, dem Jugendwohlfahrtsträger Meldung zu erstatten.*

*(Jugendwohlfahrtsgesetz, §37, Abs. 2)*

Besonders die Jugendpsychiatrie in der Landesnervenklinik Wagner-Jauregg kommt mit dem bereits näher beschriebenen Unterbringungsgesetz in Kontakt. Entsteht bei SanitärInnen oder der Polizei der begründete Verdacht, dass eines dieser Kriterien zutreffen könnte, so kann ein „im öffentlichen Sanitätsdienst stehender Arzt“ eine Einweisung (auch Parere genannt) auch gegen den Willen des/der PatientIn erwirken.

Die Unterbringung hat dann in einer dem Unterbringungsgesetz entsprechenden Einrich-

tion zu erfolgen. Weiters muss das Vorliegen der Kriterien in regelmäßigen Abständen überprüft werden. Fallen diese nach ärztlicher Untersuchung weg, so verfällt ab diesem Zeitpunkt auch die Unterbringungspflicht (UbG 1991).

## **6.3 Exekutive**

### **6.3.1 Aspekte im Umgang mit intoxikierten Jugendlichen**

Alle Interviewpartner der Exekutive haben langjährige Erfahrungen mit Einsätzen zu alkoholisierten Jugendlichen und geben an, dass reine Alkoholintoxikationen sehr selten zu Polizeieinsätzen führen. Weiters merkten alle PolizistInnen an, dass ganz selten Jugendliche wirklich komatös anzutreffen seien.

Übereinstimmend geben alle Interviewpartner an, dass der überwiegende Großteil der Polizeieinsätze nicht zu ausschließlich alkoholintoxikierten Jugendlichen führt, sondern dass oft zusätzlich Sach- und Personenschaden vorliegt. Bei Alkoholisierung ohne zusätzliche Probleme wird meist bloß die Rettung gerufen. Die Beamten geben weiters an, dass in fast allen Fällen die Jugendlichen emotionell sehr aufgebracht seien. Die Einsätze finden fast ausschließlich im öffentlichen Raum statt und es kommt fast immer zu einer Art Rudelbildung von anderen Jugendlichen rund um die Polizisten. Ein deeskalierender Ansatz sei dabei besonders wichtig.

Eine Besonderheit bei der Datenerhebung von Jugendlichen ist, dass auch die Daten der Eltern miterhoben werden. Es bestehe laut BeamtInnen die Möglichkeit, dass die Eltern für das Verhalten des Jugendlichen haftbar gemacht werden.

Es wurde von allen interviewten Beamten verneint, dass im Verhalten von intoxikierten Jugendlichen und Erwachsenen grundlegende Unterschiede zu bemerken seien.

### **6.3.2 Ablauf und Prozedere**

Im Zusammenhang mit alkoholisierten Jugendlichen wird die Exekutive meist von AnruferInnen oder anderen Unbeteiligten gerufen, wobei Lärmbelästigung häufig als Grund genannt wird.

Werden Behörden wegen Lärmbelästigung involviert, so ist es häufig der Fall, dass die Polizei zuerst alarmiert wird und erst später die Rettung hinzugezogen wird. So verläuft es auch, wenn die Polizei wegen eines anderen Deliktes (Sachbeschädigung, Körperverletzung, Gewaltdelikte, aggressives Verhalten) verständigt wird, wobei die anwesenden Jugendlichen in einem solchen Fall meist alkoholisiert sind, bewusstlose/nicht ansprechbare Jugendliche hier aber eher die Ausnahme bilden. Dass die Polizei alleine auf Grund des körperlichen Zustandes der Jugendlichen angerufen wird, ist eher auf Missverständnisse zurück zu führen: Entweder sollte eigentlich die Rettung gerufen werden oder das Aufgabengebiet der Exekutive wird falsch eingeschätzt. So werde häufig die Polizei gerufen, in der Hoffnung, dass diese lärmende oder auffallende Jugendliche nach Hause bringen. Aufgrund fehlender Befugnisse sei dies aber meist weder möglich noch zweckmäßig, so dass entweder keine Handlung zu setzen sei oder – im Falle einer entsprechenden medizinischen Indikation – ohnehin die Rettung verständigt werden müsse. Sollte es notwendig sein, eine/n intoxikierte/n Jugendliche/n festzunehmen, muss ein/e diensthabende/r „JournalärztIn“ der Polizei entscheiden, ob eine Hafttauglichkeit vorliegt oder nicht. Ist dies nicht der Fall, kann die verhaftete Person in einem Spital behandelt werden. „Ausnüchterungszellen“ gibt es in keiner Form mehr.

Zudem kommt es vor, dass Polizisten „zufällig“ auf Streife etwa in Parks oder anderswo im öffentlichen Raum alkoholisierte Jugendliche antreffen.

Der körperliche Zustand der Jugendlichen wird unterschiedlich beschrieben: das Auffinden von Jugendlichen in komatösen Zuständen wird aber insgesamt als sehr selten beschrieben. Hingegen kann es durchaus der Fall sein so die BeamtInnen, dass Jugendliche so stark alkoholisiert sind, dass eine geringe Kooperationsbereitschaft zu erwarten ist.

### **6.3.3 Kooperation zwischen Polizei und Gastronomie**

Alle interviewten ExekutivbeamtInnen versehen ihren Dienst in der Nähe von sogenannten Hotspots, d.h. in von Jugendlichen stark frequentierten Fortgebereichen.

Die interviewten PolizistInnen betonen, dass es wichtig sei, Jugendliche bei leichten Verstößen gegen das Jugendschutzgesetz nicht zu kriminalisieren. Meist bleibe es daher bei einer Abmahnung. Ziel des polizeilichen Interesses sind eher jene Lokale, bei denen der Verdacht besteht, dass sie gegen das Jugendschutzgesetz verstoßen.

Übereinstimmend meinen alle InterviewpartnerInnen, dass die Beziehungen zwischen den LokalbetreiberInnen und der Polizei sehr schlecht seien. Ein Beamter gibt an, dass alle GastronomInnen, die Alkohol an nicht berechnete Jugendliche ausschenken, sehr genau über gesetzliche Schlupflöcher Bescheid wüssten.

Eines der angesprochenen Schlupflöcher betrifft das oberösterreichische Jugendschutzgesetz. Dieses Gesetz ist ein personenbezogenes Gesetz, d.h. sämtliche darin vorgesehene Strafbestimmungen beziehen sich nur auf natürliche Personen. §12 spricht dabei explizit von „Erwachsenen“. Diese Tatsache mache es sehr schwer, aufgrund des Jugendschutzgesetzes gegen Lokale vorzugehen, bei denen der Verdacht eines Verstoßes gegen das Jugendschutzgesetz besteht, so ein Beamter. Anzeigen könne man nach dem Jugendschutzgesetz nur eine konkrete, verdächtige Person (also z.B. bestimmte KellnerInnen), aber nicht das Lokal oder pauschal die BetreiberInnen. Glaubhafte ZeugInnen werde man in einem Lokal aber in der Regel fast nie finden.

Will man ein Lokal pauschal anzeigen, muss man dies auf Grundlage des Gewerberechtes tun, dass dann aber wiederum ermittlungstechnisch nichts mehr mit der Polizei zu tun hat, merkt ein Beamter an. Die Ermittlungen führe dann die zuständige Gewerbebehörde und diese informiere die Polizisten nicht über den Fortgang.

## **6.4 Sozialversicherungsträger**

Die oberösterreichische Gebietskrankenkasse hat sich intensiv mit den versicherungstechnischen Konsequenzen einer Alkoholintoxikation (Nichtübernahme der Behandlungskosten sowie Regress) befasst. Details zu den Kosten und zum Regress sind in Kap. 7.5.1 zu finden.

Laut der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse gab es 2007 u.a. einen Fall, wo Eltern durch Weitergabe von Spirituosen an ihre unter 16-jährigen Kinder gegen das Jugendschutzgesetz verstoßen haben. Dies führte zu einer Alkoholintoxikation der Jugendlichen, die stationär behandelt wurde. Die Oberösterreichischen Nachrichten machten diesen Anlassfall zum medialen Thema und setzten damit eine öffentliche Diskussion über die Kostenübernahme durch die Sozialversicherung in Gange. Als zentralen Aspekt der damaligen Diskussion bezeichnet die Gebietskrankenkasse die Tatsache, dass man unbedingt vermeiden wollte, dass betroffene Jugendliche bzw. deren Eltern für die angefallenen Behandlungskosten aufkommen müssen. Zugrundeliegend war die Angst, eine Situation heraufzubeschwören, in der im Notfall keine Rettung mehr gerufen würde, nur um anfallende Kosten zu vermeiden. Eine Lösung dieser Problematik hätte schlussendlich das erwähnte Regressverfahren dargestellt, welches im Kap. 7.5.1 noch näher erläutert wird.

## **6.5 Gastronomie und Veranstalter**

Alle an der Studie beteiligten Gastronomiebetriebe sind stark durch Jugendliche frequentierte Nachtlokale oder bekannte Diskotheken. Die InterviewpartnerInnen können außerdem jahrelange Erfahrung im Barbetrieb vorweisen.

Von den InterviewpartnerInnen wurde übereinstimmend festgestellt, dass Alkoholintoxikationen bei Jugendlichen dem Gefühl nach weder zu- noch abnehmen. Einzig ein gewisser Akzelerationseffekt sei feststellbar.

Die InterviewpartnerInnen wurden außerdem nach dem Verhältnis zwischen Alkoholintoxikationen bei Jugendlichen und bei Erwachsenen befragt. Obwohl das Durchschnittsalter der Gäste durchgängig unter 20 Jahren lag, betonten alle GastronomInnen, dass starke Intoxikationen generell sehr selten vorkommen. Die wenigen Fälle würden mehrheitlich Erwachsene, speziell Personen über 25 Jahre betreffen, so die InterviewpartnerInnen.

Ein Interviewpartner gibt an, bereits Erfahrungen mit dem Regressverfahren der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse gemacht zu haben. In einem konkreten Fall seien fünf Lokale gleichzeitig zur Regressleistung aufgefordert worden. Beweise für die Schuldhaftigkeit habe es laut Aussage des Interviewpartners nicht gegeben, dennoch sei der Betrag von in etwa 1000 Euro bezahlt worden, wobei hier die Angst vor einem noch viel teureren Rechtsstreit mit der Krankenkasse als Grund angegeben wurde.

### **6.5.1 Relevante rechtliche Aspekte**

Alle InterviewpartnerInnen betonten, das Jugendschutzgesetz genau zu kennen und in ihren Lokale entsprechende Maßnahmen getroffen zu haben. In allen an der Studie beteiligten Betrieben ist der Einlass erst ab dem vollendeten 16. Lebensjahr gestattet. Das Alter wird durch einen Türsteher per Ausweiskontrolle überprüft. In den Lokalen selbst würde es dann in der Verantwortung der KellnerInnen liegen, ob eine weitere Ausweiskontrolle in Zusammenhang mit Spirituosen durchgeführt wird. Die tatsächliche lückenlose Überprüfbarkeit des Alters sei jedoch nicht immer möglich. (Siehe Kap. 7.1.7) In einer bestimmten Diskothek müssen alle SchankmitarbeiterInnen auch eine Jugendschutzschulung absolvieren und die Belehrung per Unterschrift bezeugen.

## **6.6 JugendbetreuerInnen**

Im Rahmen der Studie wurden Gruppeninterviews in 3 Jugendclubs in verschiedenen Stadtteilen von Linz durchgeführt. Die Stadtteile unterschieden sich bezüglich der demographischen Struktur der Jugendszene. Während sich ein Jugendclub in einem Stadtteil mit geringem MigrantInnenanteil und gehobener Mittelschicht befand, waren die anderen beiden Jugendclubs in Stadtteilen mit hohen migrantischen Bevölkerungsanteilen und eher niedrigerer sozialer Schichtzugehörigkeit der BewohnerInnen zu finden.

Laut Aussage der JugendbetreuerInnen aus den beiden Stadtteilen mit hohem MigrantInnenanteil, sei intensiver Alkoholkonsum nach wie vor eine Domäne der „einheimischen“ Jugend. Vor allem muslimische Jugendliche würden, auch wenn sie in Österreich geboren sind, oft stark in den Traditionen der Herkunftsländer erzogen. Im jugendlichen Alter bis 18 Jahre würden daher bloß wenige stärkeren Kontakt mit Alkohol haben. Muslime die Alkohol trinken seien vor allem jene, die mehr in die österreichische Jugendkultur sozialisiert seien.

2 Jugendbetreuer aus jenem Jugendclub, der sich in dem Stadtteil mit gehobener Mittelschicht befindet vertraten die Ansicht, dass es in den letzten 10 Jahren keine relevanten Veränderungen bezüglich des Alkoholkonsums von österreichischen Jugendlichen gegeben habe. Sie vermuteten, was sich geändert hätte, sei eine aktuell höhere gesellschaftli-

che Sensibilität dem Phänomen gegenüber. Die Einschätzung der beiden JugendbetreuerInnen deckte sich im Wesentlichen mit der Auffassung des Großteils der interviewten SpitalsmitarbeiterInnen.

## **7 Forschungsfragen, Kernthesen, zentrale Aussagen**

Im aktuellen Kapitel erfolgt die Darstellung der Interviews mit den Jugendlichen. Die Schwerpunkte der Auswertung der qualitativen Ergebnisse liegen in folgenden Bereichen:

- Beschreibung des Ablaufs des Alkoholkonsums am Anlasstag vom ersten Schluck bis zur Spitalseinlieferung
- Ablauf der medizinischen Intervention
- Medizinische und physische Aspekte der Alkoholintoxikation
- Allgemeine psycho-soziale Risikofaktoren außerhalb des Ablaufs des Alkoholkonsums am Anlasstag
- Versuch einer Klassifizierung der Jugendlichen
- Abklärung des Interventionsbedarfs

### **7.1 Ablauf des Alkoholkonsums – Motive, Rahmenbedingungen, medizinische Intervention und Möglichkeiten der Prävention**

In den nächsten Absätzen wird versucht, anhand verschiedener Fragestellungen zu klären, ob das Ziel der Jugendlichen ein Vollrausch gewesen ist, bzw. ob Faktoren identifiziert werden können, die die Intoxikationen im Ablauf des Trinkgeschehens am Anlasstag begünstigt haben.

Weiters wird dargestellt, wie es nach der erlittenen Intoxikation zur medizinischen Intervention am Anlasstag gekommen ist und welche ProfessionistInnen beteiligt waren.

Schlussendlich soll auch noch die Frage diskutiert werden, ob einige Intoxikationen durch entsprechende Interventionen verhindert werden hätten können, oder nicht.

Zur Klärung der Frage, ob das Ziel der Jugendlichen ein Vollrausch war, wurde nach vermeintlichen Ursachen sowohl in der eigenen Motivation der betroffenen Jugendlichen (z.B. Vollrausch als geplantes Ereignis, instrumenteller Konsum von Alkohol), als auch nach möglichen anderen intoxikationsfördernden Einflüssen (Gruppendynamik, Trinkspiele, etc.) gefragt.

#### **7.1.1 Inwieweit lag ein Vollrausch von Jugendlichen in deren eigener Motivation?**

Die erste diesbezügliche Fragestellung beschäftigte sich damit, ob ein Vollrausch durch die Jugendlichen geplant war oder nicht.

*Völlig ungeplant, leichte Berausung geplant, oder geplanter Vollrausch?*

Eines der wesentlichsten Kriterien im Hinblick auf die Hintergründe des Alkoholkonsums war die Frage, in wie weit die Jugendlichen ihre Alkoholintoxikation geplant hatten – also bewusst anstrebten – oder diese „passierte“ – sei es mangels besseren Wissens oder auf Grund anderer Einflüsse. Diese Frage zielt im Unterschied zur Frage nach dem generellen Anlass des Konsums ganz konkret auf einen geplanten intensiven Rauschzustand ab.

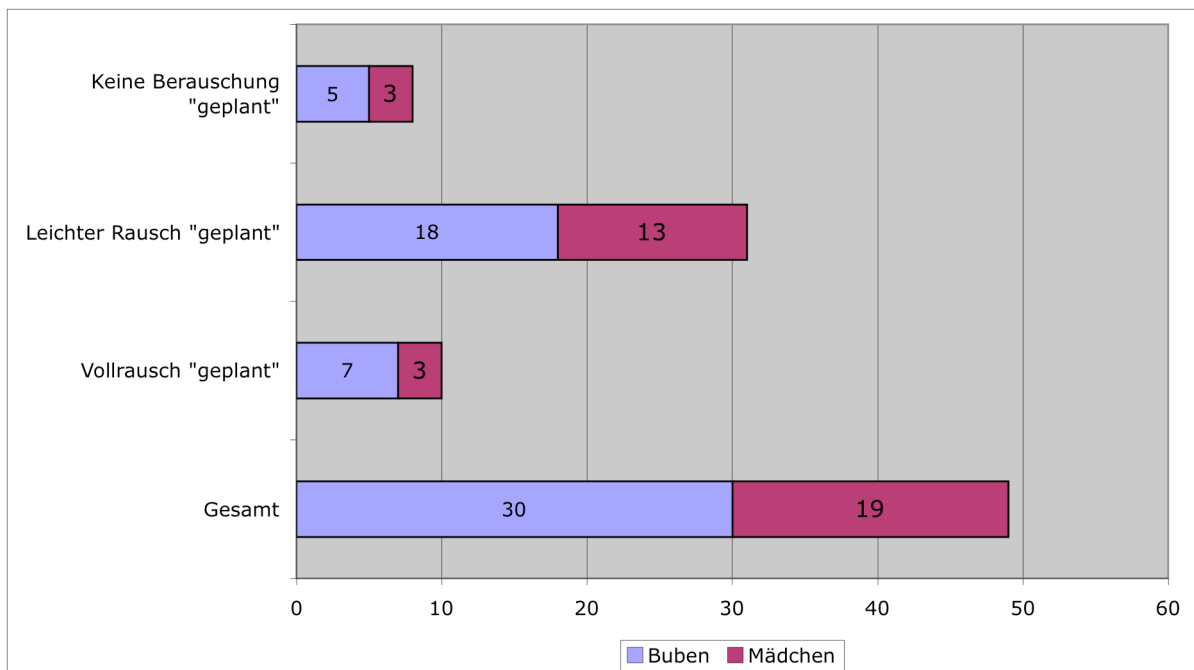
Knapp zwei Drittel der Befragten (31 Jugendliche) machte auf die Frage in wie weit ein Rausch geplant war Angaben, die in der Kategorie „leichte Berausung geplant“ zusammengefasst wurden. Diese Personen erzählten etwa, dass sie zwar eine gewisse berau-

schende Wirkung geplant hatten, diese sich aber in gewissem Rahmen halten sollte.

8 andere Jugendliche gaben an, dass sie nicht einmal eine solche Wirkung geplant hatten, sondern den Alkohol nur tranken, weil es zum Fortgehen dazu gehören würde.

Weitere 10 PatientInnen hingegen gaben – mehr oder weniger direkt – an, dass sie einen Vollrausch durchaus geplant haben: Diesem Plan wurde etwa durch Formulierungen wie „extra Gas geben“ Ausdruck verliehen.

**Abb. 3: Keine Berausung geplant, leichter Rausch geplant, oder geplanter Vollrausch?**



*Anmerkung: Auswertung der Angaben zu Frage F2.5 "War dein Rausch gestern geplant oder ist das „einfach passiert“?"; Angaben von 30 Buben und 19 Mädchen getrennt dargestellt; 49 gültige Angaben, 1 fehlende Angabe*

Es kann also klar festgehalten werden, dass in der Mehrzahl aller Fälle (39), die Jugendlichen keine intensive Berausung geplant hatten. Dabei ist aber zu beachten, dass ein ungeplanter Rausch nicht bedeutet, dass am Anlasstag generell kein Alkoholkonsum geplant gewesen sei, wie der nächste Absatz ausführt.

#### *Genannte Anlässe oder Gründe für den Alkoholkonsum*

Der Anlass für den jeweiligen Alkoholkonsum kann als Rahmen jener Erlebnisse betrachtet werden, die letztlich in einer Alkoholintoxikation des betroffenen Jugendlichen endeten: Eine zentrale Frage für das Forschungsteam war, ob es nach Angaben der Jugendlichen einen bestimmten Anlass gegeben hatte Alkohol zu konsumieren, oder nicht.

Etwas mehr als die Hälfte aller befragten Jugendlichen (26 Personen) konnte einen bestimmten Anlass nennen, in dessen weiterer Folge der Alkoholkonsum stattfand. Am häufigsten wurden dabei Feierlichkeiten (z.B. Geburtstage oder Schulschluss) genannt (16 Jugendliche). 4 Personen nannten ein negatives Erlebnis (Streit mit FreundInnen oder Eltern, Probleme in der Arbeit) als Anlass für den Konsum von Alkohol. Weitere 5 Nennungen beziehen sich auf eine bestimmte soziale Konstellation – etwa das Treffen von selten zu sehenden FreundInnen - als Auslöser für die Entscheidung Alkohol zu konsumieren.

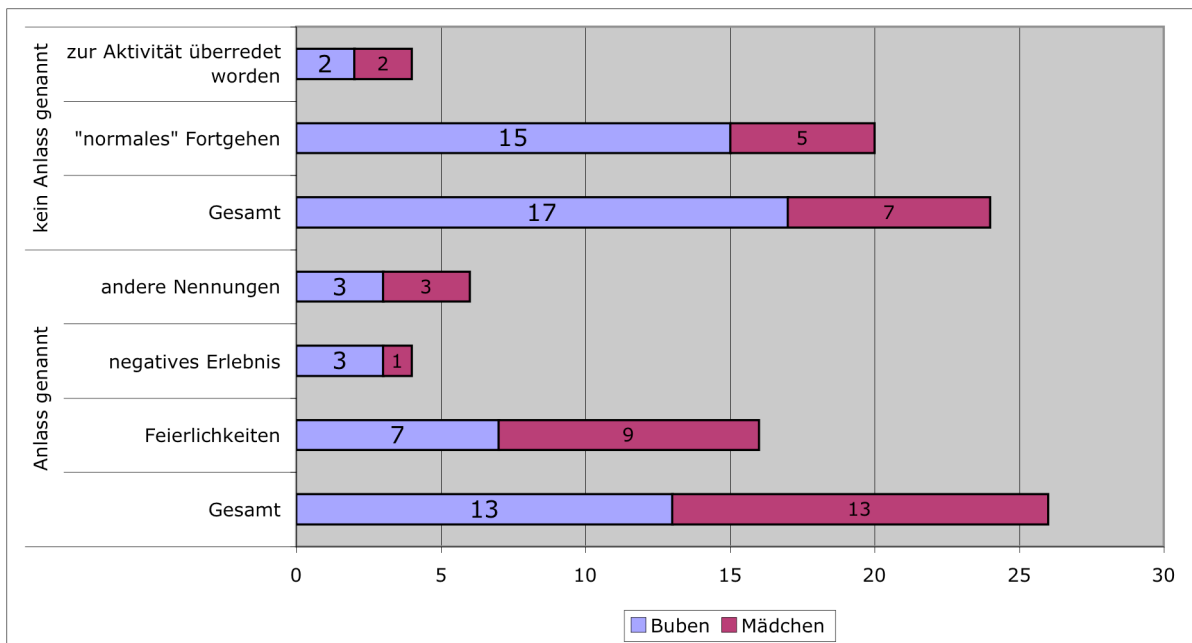
Etwas weniger als die Hälfte der befragten Jugendlichen (24 Personen) meinte, dass es keinen bestimmten Grund für den Alkoholkonsum gegeben habe. Von diesen 24 Personen



gaben 20 an, im Rahmen des „normalen Fortgehens“ Alkohol konsumiert zu haben. 4 Jugendliche gaben an, dass sie nicht einmal geplant hatten fort zu gehen und von anderen Personen dazu überredet worden seien.

Mädchen gaben öfter Gründe für den Alkoholkonsum an als Burschen: von den 20 befragten Mädchen konnten fast 2/3 (13 Jugendliche) einen Trinkanlass nennen. Nur 5 Mädchen erklärten, dass die Intoxikation im Rahmen des „normalen“ Fortgehens stattgefunden hatte. Bei den 30 Burschen hingegen konnte nur knapp weniger als die Hälfte einen konkreten Grund für den Alkoholkonsum nennen. Die verbleibende Hälfte der männlichen Patienten (15 Personen) gab an, dass der exzessive Konsum im Rahmen eines „normalen Fortgehens“ stattgefunden habe.

**Abb. 4: Rahmen des Alkoholkonsums: Nennung von Anlass oder nicht?**



Anmerkung: Auswertung der Angaben zu Frage F1.2 "Gibt es einen bestimmten Anlass warum Du betrunken warst (Trinkspiele, Feier,...) oder gab es einen speziellen Grund (Liebeskummer,...)"; Dimension "Anlass genannt?"; Angaben von 30 Buben und 20 Mädchen in zwei Gruppen getrennt dargestellt; keine Mehrfachnennung möglich; 50 gültige Angaben, keine fehlenden Angaben

Es lässt sich zusammenfassend für die Ergebnisse dieser Frage festhalten, dass verschiedenste Anlässe genannt wurden, die in weiterer Folge zu einer Berausung geführt haben, wobei der Anteil jener Jugendlichen, die gar keinen Alkoholkonsum geplant hatten und dazu überredet wurden, mit 4 Fällen sehr gering ist. Auch negative Erlebnisse als Anlass für Alkoholkonsum sind bloß gering (4 Fälle) vertreten. Eine von individuell empfundenen Problemen oder negativem Stress ausgehende Instrumentalisierung von Alkohol trifft scheinbar nur für eine kleine Gruppe von Jugendlichen zu.

Die beiden häufigsten Nennungen sind „normales Fortgehen“ und „Feierlichkeiten“. Obwohl Alkohol in jedem Rahmen funktional verwendet werden kann, (z.B. um Schüchternheit zu reduzieren), steht diese Motivation in der Regel nicht im Vordergrund.

#### Zusammenfassende Darstellung

Wie für Erwachsenen ist auch für die Mehrzahl der Jugendlichen Alkoholkonsum eine in vielen Situationen selbstverständliche kulturell und sozial etablierte Verhaltensweise, bei der zwar eine gewisse Alkoholwirkung erwünscht ist, starke Alkoholisierung aber nur in wenigen Fällen bewusst angestrebt wird. Nur 10 der befragten Jugendlichen hatten einen Vollrausch geplant und nur in 2 Fällen hat es sich um Wiederholungsfälle gehandelt.

### 7.1.2 Gruppendynamik im Rahmen des Alkoholkonsums

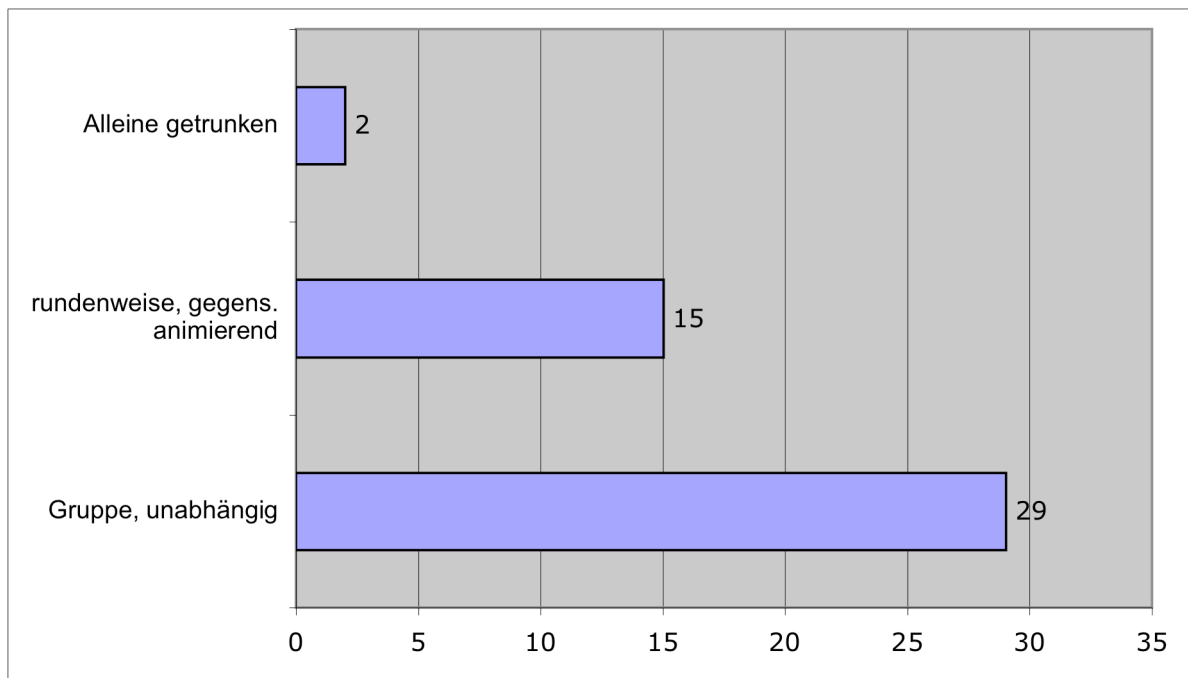
Um den Einfluss gruppendynamischer Aspekte sichtbar zu machen, gab es eine Frage die darauf abzielte zu ergründen, ob der Alkoholkonsum ausschließlich selbstmotiviert war, bzw. falls in der Gruppe getrunken wurde, ob es von den anderen anwesenden Jugendlichen Bestrebungen gab, den Alkoholkonsum der/des Interviewten zu fördern oder zu begrenzen.

Der überwiegende Teil der Jugendlichen (29) gab an, dass sie zwar in einer Gruppe getrunken hatten, dass die Anderen aber keinen Einfluss auf das eigene Trinkverhalten nahmen. Inwieweit diese Selbsteinschätzung zutrifft bzw. wie weit eine indirekte Beeinflussung durch anwesende Personen stattgefunden hat, konnte im Rahmen dieser Untersuchung nicht festgestellt werden.

15 Jugendliche gaben an, rundenweise getrunken zu haben, sich also gegenseitig animiert zu haben, wobei 2 Personen angaben, ein Trinkspiel gespielt zu haben. 2 weitere Jugendliche tranken alleine. Kein Einziger berichtete vom Einschreiten anderer beteiligter Jugendlicher mit dem Ziel, den Alkoholkonsum der Interviewten zu begrenzen.

Die meisten Jugendlichen gaben an, so gut wie nie alleine zu trinken und dass sich Jugendliche mehrheitlich nicht in den Alkoholkonsum der Anderen einmischen.

**Abb. 5: Gruppendynamik**



*Anmerkung: Auswertung der Angaben zu Frage F1.7 "Wie haben sich die anderen Personen im Laufe deines Alkoholkonsums/bei der Alkoholvergiftung verhalten (zum Trinken animiert, am Konsum gehindert,...)"; 46 gültige Angaben, 4 fehlende Angaben*

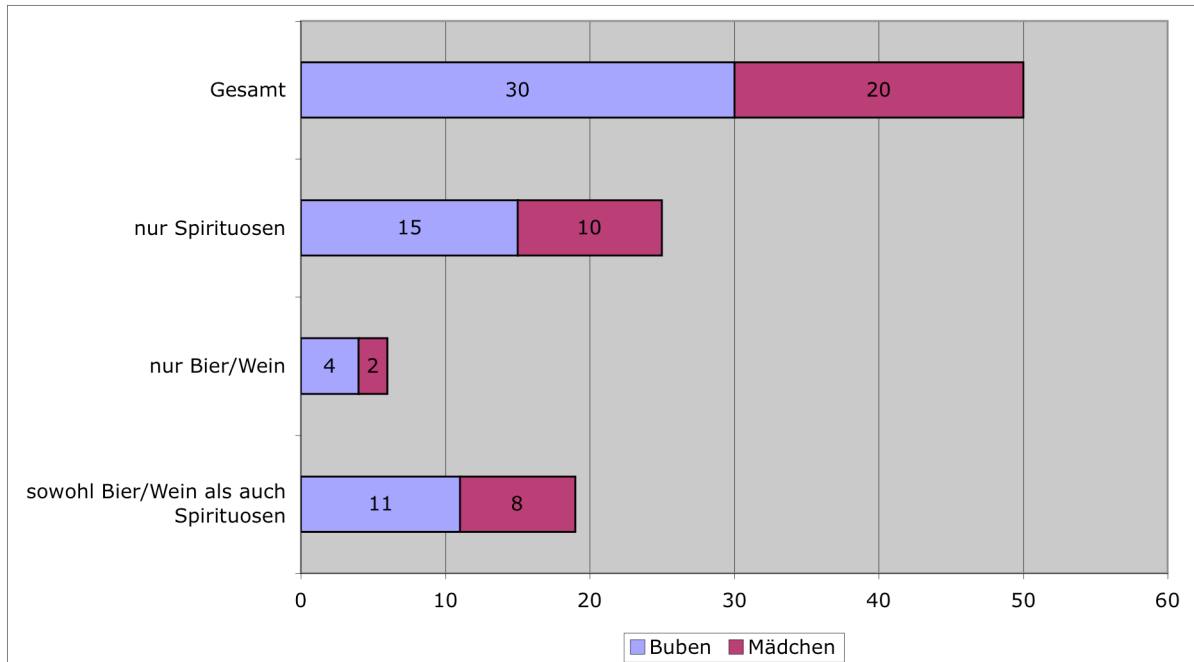
### 7.1.3 Die Rolle von Spirituosen

Von großem Interesse für das Forschungsteam war auch, wie weit sich die Art der konsumierten Getränke auf die Entstehung von jugendlichen Alkoholintoxikationen auswirkt. Zu diesem Zweck wurden den Jugendlichen mehrere Fragen gestellt und diese diskutiert.

### Art des konsumierten Alkohols

In Abb. 6 wird - aufgeteilt nach Geschlecht - dargestellt, welche Getränkearten von den PatientInnen am Anlasstag konsumiert worden waren. Hierzu konnten von allen 50 befragten Jugendlichen Informationen bezogen werden. Genau die Hälfte der Befragten (25 Personen) gab an, dass sie ausschließlich Spirituosen – in gemischter oder ungemischter Form – konsumiert hatten. 19 Jugendliche gaben an, sowohl Wein/Bier als auch Spirituosen getrunken zu haben. Die Gruppe von Jugendlichen, die ausschließlich Bier oder Wein tranken, besteht nur aus 6 Personen. Ein relevanter Geschlechterunterschied ist hier nicht zu erkennen.

**Abb. 6: Welche Getränke wurden konsumiert?**



Anmerkung: Auswertung der Angaben zu Frage F2.1 "Was wurde konsumiert in welchen Mengen?"; Dimension "Art des konsumierten Alkohols"; Angaben von 30 Buben und 20 Mädchen getrennt dargestellt; 50 gültige Angaben, keine fehlenden Angaben

Nachdem 44 von 50 Jugendlichen zumindest teilweise Spirituosen konsumiert hatten und der Geschmack von Spirituosen von alkoholunerfahrenen Personen durchwegs negativ beurteilt wird, war es von Interesse zu sehen, in welchem Umfang süße Mischgetränke konsumiert wurden, bei denen die Wirkung von Spirituosen leicht unterschätzt werden kann (Tab. 8). Insgesamt stehen zu dieser Frage nur Aussagen von 46 Personen zur Verfügung. Die restlichen 4 Jugendlichen gaben zwar an Spirituosen getrunken zu haben, wobei aber nicht geklärt werden konnte, ob sie diese pur oder in gemischter Form konsumierten.

Von den Jugendlichen die Spirituosen konsumiert haben, gibt die Mehrzahl (18 Personen) an, diese in Form von Mischgetränken konsumiert zu haben, 12 Personen haben diese ausschließlich unverdünnt getrunken und 10 Jugendliche haben Spirituosen sowohl gemischt, als auch pur getrunken. In der Subgruppe von Jugendlichen die zumindest teilweise Spirituosen pur tranken (22 Personen), findet sich ein leichtes Übergewicht an Burschen (15 Patienten=52%) gegenüber Mädchen (7 Patientinnen=41%).

**Tab. 8: Rolle von Spirituosen am Anlasstag**

	Burschen	Mädchen	Gesamt
pur	8 (28%)	4 (24%)	12 (26%)
sowohl pur als auch gemischt	7 (24%)	3 (18%)	10 (22%)
gemischt	10 (34%)	8 (47%)	18 (39%)
keine Spirituosen konsumiert	4 (14%)	2 (12%)	6 (23%)
<b>Gesamt</b>	<b>29 (100%)</b>	<b>17 (100%)</b>	<b>46 (100%)</b>

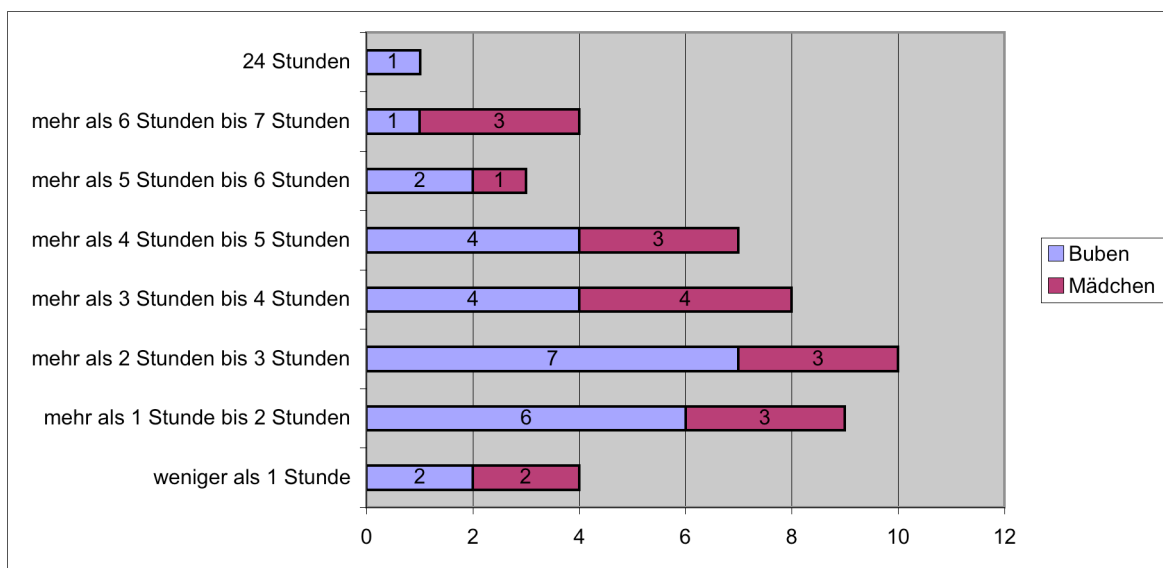
Darstellung der Angaben zur Frage F2.1 „Was wurde konsumiert in welchen Mengen?"; Dimension „Spirituosen genau"; 46 gültige Antworten, 4 fehlende Angaben

Die Annahme des Forschungsteams, dass Spirituosen vor allem gemischt konsumiert werden, kann demnach nicht bestätigt werden.

### 7.1.4 Trinkzeitraum

Wie in Abb. 7 ersichtlich ist, haben die meisten Jugendlichen den Alkohol in einem Zeitraum von 2 bis 3 Stunden konsumiert. Nur zwei männliche und zwei weibliche Jugendliche haben den Alkohol in weniger als einer Stunde konsumiert, wobei hier einmal 20 Min., zweimal 30 Min. und einmal knapp eine Stunde als Zeitraum angeführt wurde. Auf der anderen Seite gab es auch eine Person, die den Trinkzeitraum mit etwa 24 Stunden angab (Kap. 7.2.3).

**Abb. 7: Angaben zur Trinkdauer**



Anmerkung: Darstellung der Angaben zu Frage F2.4 In welchem Zeitraum wurde der Alkohol konsumiert? Wann wurde der erste Alkohol getrunken ohne eine Pause zu machen bis zur Spitalseinlieferung?"; Buben und Mädchen getrennt dargestellt; 46 gültige Angaben, 4 fehlende Angaben

### 7.1.5 Trinkort

Die von den Jugendlichen angeführten Trinkorte lassen sich in die Kategorien „Lokale“, „öffentlicher Raum“ und „privater Raum“ einteilen. Nachdem die Jugendlichen oft die Trinkorte wechselten, also an mehreren Orten tranken, waren Mehrfachnennungen möglich. Die Auswertung der Ergebnisse zeigt, dass es keine deutlich überwiegenden Orte gab. So erwähnten 20 Personen, sie hätten in Lokalen getrunken, 19 Jugendliche führten

den öffentlichen Raum als Trinkort an und 20-mal wurde der private Bereich als Ort des Trinkens angegeben. Im Folgenden werden die Trinkorte beschrieben und Begründungen der Jugendlichen für die Wahl des Trinkortes angeführt. Es ist zu beachten, dass hier Mehrfachnennungen möglich waren.

#### **7.1.5.1 Beschreibung des Trinkortes**

Wie man Abb. 8 entnehmen kann, gaben 20 Jugendliche ausschließlich die Kategorie „Lokal“ als Trinkort an. Von diesen berichteten 15 Personen, im Laufe des Abends lediglich ein Lokal besucht zu haben; die anderen 5 Jugendlichen erzählten, dass sie in mehreren Lokalen gewesen seien. Es wurden hauptsächlich „Altstadtlokale“, „Innenstadtlokale“ und „Discos“ angeführt.

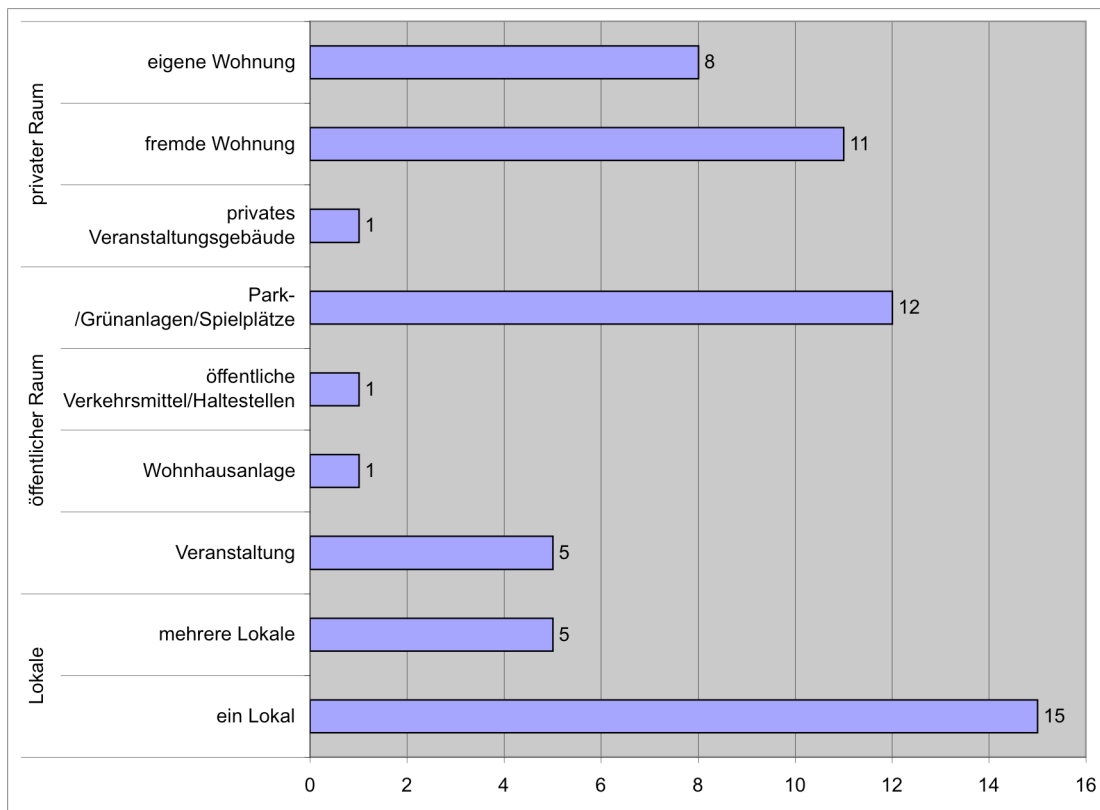
Bezüglich des öffentlichen Raumes wurden am häufigsten Park- bzw. Grünanlagen oder Spielplätze angegeben (12 Nennungen). Als konkrete Plätze betreffend Park- und Grünanlagen wurden oftmals „auf der Linzer Donaulände“, „am Ufer des Traunflusses“ oder „im Schlosspark“ erwähnt. In 5 Fällen wurde bei öffentlichen Veranstaltungen (z.B. Konzerte, Zeltfeste) getrunken, in einem Fall wurde der Hof einer Wohnanlage angegeben und in einem weiteren Fall ein Zug genannt.

11 der 20 Jugendlichen die im privaten Raum getrunken haben, befanden sich in fremden Wohnungen, 8 in ihrer eigenen Wohnung und eine Person gibt an, auf einem privaten Veranstaltungsgelände getrunken zu haben.

Von 28 Jugendlichen wurde erwähnt, dass sie den angeführten Trinkort regelmäßig aufsuchen. 6 Personen gaben an, dass sie das erste Mal an diesem Ort gewesen wären.

37 erwähnten, den Ort nicht gewechselt zu haben, 12 Jugendliche gaben mindestens einen Ortswechsel an, wobei mit 5 Nennungen die Abfolge „privater Raum, dann Lokal“ am häufigsten genannt wurde.

**Abb. 8: Beschreibung der Trinkorte**



Anmerkung: Auswertung der Angaben zur Frage F1.3 "Wo wurde getrunken?"; Auswertung getrennt nach öffentlichem und privatem Raum sowie Lokale; jeweils nur gültige Angaben angeführt, Nennungen zu mehreren Dimensionen möglich

### Die Rolle des Vorglühens

Insgesamt 21 Jugendliche (12 Burschen und 9 Mädchen) gaben auf Nachfrage an, „vorgegliht“ zu haben. Vorglühen bedeutet hier, dass diese 21 Jugendlichen geplant hatten Lokale zu besuchen, zuvor aber noch privat, oder im öffentlichen Raum (z.B. Donaulände) Alkohol konsumierten. In 2 Fällen fand das Vorglühen auch in einem deutlich billigeren Lokal statt. Letzterer Gastronomiebetrieb hätte sich darauf spezialisiert, Spirituosen zu Supermarktpreisen anzubieten, so die InterviewpartnerInnen. Die beiden Jugendlichen erzählen weiter, dass dieses Lokal nur dazu da sei, billigen Alkohol zu konsumieren um schnell eine enthemmende Wirkung herbeizuführen. Das eigentliche Ziellokal des „Fortgehens“ werde erst nach dem Vorglühen besucht.

4 interviewte JugendbetreuerInnen merkten dazu an, dass es ihren Beobachtungen nach einen großen Unterschied machen würde, ob Jugendliche nach privatem „Zusammensitzen“ auch noch planen in Lokale zu gehen (also Vorglühen), oder privat bleiben. Ist ein solcher Lokalbesuch geplant (Zentraler Punkt des Vorglühens) liege der Fokus immer auf einer schnellen, billigen Enthemmung mit Hilfe von Alkohol. Würden die Jugendlichen jedoch nicht planen nach einem privaten Treffen noch Lokale zu besuchen, so würde fast immer langsamer getrunken. Auch der Anteil an konsumierten Spirituosen würde dann stark sinken, während vorallem männliche Jugendliche zum Vorglühen auch pure Spirituosen zu sich nehmen würden.

Die Erklärung der JugendbetreuerInnen passt zu der Tatsache, dass 13 dieser 21 Jugendlichen erzählten, dass sie aufgrund übermäßigen Alkoholkonsums beim Vorglühen gar nicht mehr in der Lage gewesen seien den geplanten Ortswechsel zu vollziehen. Die starke Berausung als Folge des Vorglühens, hatte bereits zur Spitalseinlieferung geführt. Die 8 „VorglüherInnen“, die es in ein Lokal geschafft hatten, waren dort nur sehr kurz,

weil der Grad der Alkoholisierung vor dem Lokal bereits so groß war, dass etwas zusätzlicher Alkohol ausreichte um die Spitalseinlieferung zu bewirken.

### **7.1.6 Zusammenfassende Darstellung von Faktoren am Anlasstag**

Nachdem in Kap. 7.1.1 geklärt werden konnte, dass Vollräusche nur bei einer kleinen Gruppe von Jugendlichen (10 Fälle) tatsächlich geplant waren, konnten schlussendlich zwei Faktoren im Rahmen des Alkoholkonsums am Anlasstag identifiziert werden, die möglicherweise das Auftreten von Alkoholintoxikationen begünstigten. Spirituosenkonsum bei Personen, die damit noch nicht ausreichende Erfahrungen haben und „Vorglücken“ bevor der eigentliche gastronomische Zielort aufgesucht wird.

### **7.1.7 Wie kommt es zur medizinischen Intervention**

Während das vorherige Kapitel zu klären versuchte, wie es zu der Intoxikation der Jugendlichen gekommen war, beschäftigt sich das aktuelle Kapitel mit der Frage, wie die Jugendlichen als Folge der Intoxikation in stationäre Behandlung gelangten und wer daran beteiligt war. Weiters ist von Interesse, ob die Alkoholintoxikation alleiniger Einlieferungsgrund war, oder ob auch noch andere Gründe (wie z.B. Verletzungen oder Gewalttätigkeiten) zur Einlieferung führten.

#### **7.1.7.1 Wie gelangten die Jugendlichen zu einer medizinischen Behandlung?**

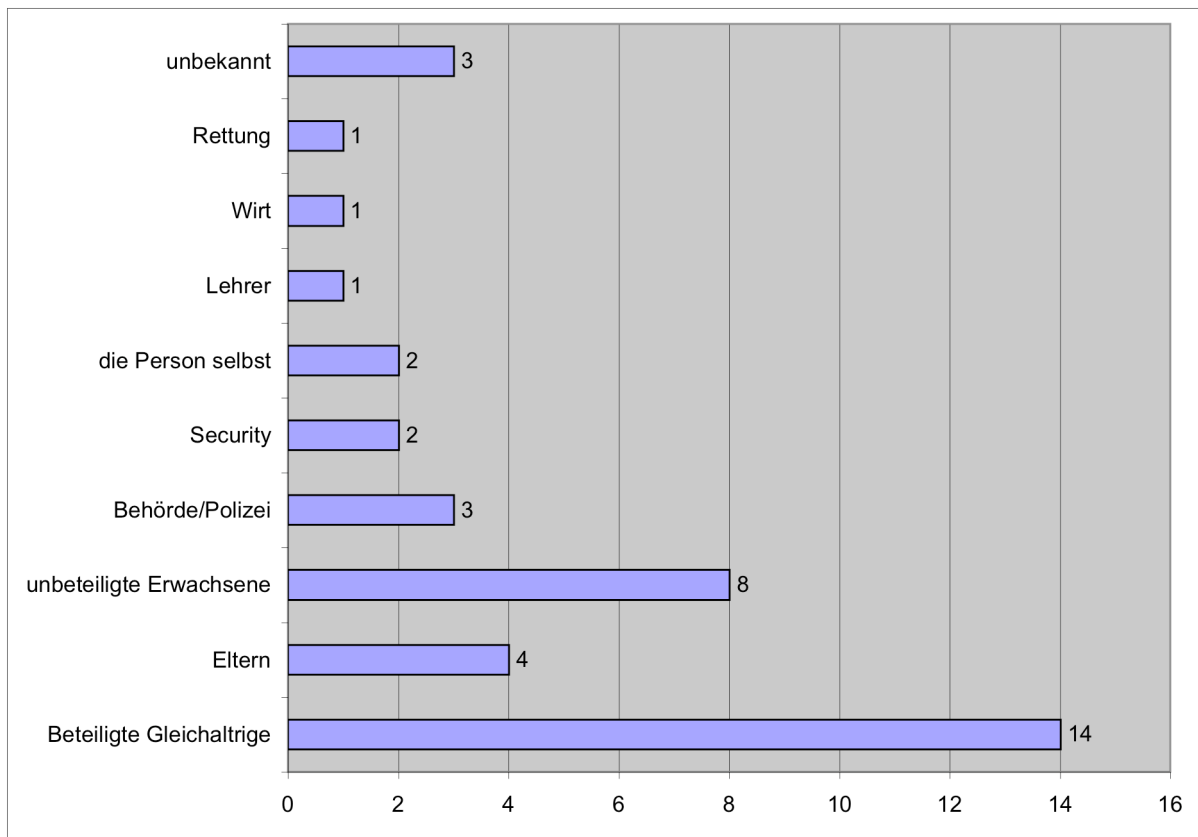
Einerseits wird in diesem Kapitel erläutert, wie die Jugendlichen ins Krankenhaus transportiert wurden, und andererseits soll eine Übersicht darüber geboten werden, wer die Einlieferung initiierte.

Am häufigsten (in 39 Fällen) wurden die Jugendlichen mit der Rettung ins Krankenhaus gebracht, 8-mal mit einem Privatauto, (wobei hier in 6 Fällen die Eltern ihre Kinder ins Spital brachten und in zwei Fällen FreundInnen den PKW lenkten) und bei 3 Jugendlichen wurde die Einlieferung ins Krankenhaus von der Polizei durchgeführt.

Die Rettung wurde 14-mal von jenen Jugendlichen gerufen, die mit dem/der betroffenen Jugendlichen zusammen unterwegs waren. In 4 Fällen haben Eltern die Einlieferung mittels Rettung veranlasst und 8-mal riefen unbeteiligte Erwachsene die Rettung. In einem Fall wurde ein Rettungswagen der zufällig vorbeifuhr aktiv, und in drei weiteren Fällen kontaktierten hinzugezogene PolizeibeamtInnen den Rettungsdienst. In zwei Fällen wurde die Security eines Gastronomiebetriebes aktiv und einmal der Wirt eines Lokals. Zwei Jugendliche gaben an, selbst die Rettung gerufen zu haben (Abb. 9).

Man kann festhalten: Nur in 1/3 der Fälle riefen beteiligte Jugendliche die Rettung oder brachten die Betroffenen ins Spital, und lediglich in 3 Fällen übernahmen MitarbeiterInnen der Gastronomie die Initiative; letzteres obwohl viele der Jugendlichen angaben, in Lokalen getrunken zu haben. Mit der Interpretation dieses Sachverhalts sollte man allerdings vorsichtig sein, da man die ganz genauen Umstände oft nicht explorieren konnte. Wenn jemand aktiv die Rettung ruft, muss es ein anderer es ja nicht mehr tun, und wenn Jugendliche sich an Erwachsene wenden und diese dann die Rettung rufen, kann man nicht sagen diese hätten den Betroffenen im Stich gelassen.

**Abb. 9: Wer hat die Rettung gerufen?**



Anmerkung: Auswertung der Angaben zur Frage F1.4 "Weißt du wer gestern die Rettung gerufen hat?"; Rekonstruiert mit Hilfe der Angaben aus dem Dokumentationsbogen; 39 gültige Angaben, 11 fehlenden Angaben

### 7.1.7.2 Die Rolle von Personal in Lokalen

Die geringe Zahl an Lokalpersonal, das die Einlieferung veranlasst hat, geht mit der Aussage von 3 interviewten RettungssanitäterInnen konform, dass der Kontakt zu diesem Personenkreis als meist nur sehr kurz beschrieben wird. Sowohl die BetreiberInnen von Lokalen selbst, als auch Security oder KellnerInnen würden fast immer versuchen, sich so unauffällig wie möglich zu verhalten, so die SanitäterInnen. Eine Interviewpartnerin merkte dazu an, dass es immer wieder vorkäme, dass Jugendliche am Boden liegend vor einem Lokal gefunden werden. FreundInnen der betroffenen Jugendlichen würden in dieser Situation oft angeben, von TürsteherInnen oder KellnerInnen angehalten worden seien das Lokal mit dem Betrunkenen zu verlassen, so die Sanitäterin.

2 interviewte GastronomInnen antworteten auf dieses Thema angesprochen mit dem Argument: „Uniformen im Lokal sind nicht gut für das Image.“ Die Rettung werde daher nur gerufen, wenn Jugendliche nicht mehr ansprechbar sind oder blutige Verletzungen erlitten hätten, so die InterviewpartnerInnen. Das Verhältnis mit der Polizei wurde in den beiden Fällen als sehr schlecht bezeichnet. Eine Kooperation würde es so gut wie nicht geben.

Weitere InterviewpartnerInnen stellten die Situation aber auch anders dar. Es handelt sich um 2 Diskotheken, die die Zusammenarbeit mit der Polizei und mit der Rettung als gut beschrieben. Allerdings betonten sie, dass die Polizei die Diskothek in der Regel nicht betritt. Der Sicherheitsdienst bringt die betroffenen Personen in die Vorräume und übergibt sie dort der Polizei oder der Rettung.

Da nur wenige GastronomInnen, SanitäterInnen und PolizistInnen befragt wurden, soll-



ten diese Urteile nicht überbewertet werden. Außer Frage steht jedoch, dass man durch gezielte Maßnahmen, die Gastronomie, Rettung und Polizei einander näher bringen, die Gesamtsituation erheblich verbessern könnte und sollte.

### **7.1.7.3 Jugendliche Skepsis gegenüber dem Rettungsnotruf**

Die Tatsache, dass lediglich in 14 Fällen Jugendliche die Einlieferung der betroffenen FreundInnen veranlasst haben lässt den Schluss zu, dass Jugendliche Hemmungen haben, im Falle von Alkoholintoxikationen die Rettung zu rufen.

14 Jugendliche gaben an, bei schweren Intoxikationen von Freunden in der Zukunft die Rettung zu rufen, 20 Jugendliche gaben an, dass sie erst dann die Rettung rufen würden, wenn er/sie nicht mehr ansprechbar wäre, und in 12 Fällen schlossen die Jugendlichen ganz aus, in derartigen Fällen die Rettung zu rufen. In 4 Fällen liegt dazu keine Aussage vor.

Dass man in Fällen, wo die Beeinträchtigung ein Ausmaß hat bei dem man sich selbst um die Betroffenen kümmern kann, nicht gleich die Rettung ruft, ist gut nachvollziehbar. Man will den FreundInnen nicht unnötig mit den Eltern oder den Behörden Schwierigkeiten machen. Dass 12 Jugendliche nach ihrer eigenen Einlieferung angaben auch in Extremfällen die Rettung nicht rufen zu wollen, ist jedoch bedenklich. Diese Jugendlichen berichteten, dass sie eine Alarmierung der Rettung bei einer Alkoholintoxikation generell für unnötig halten würden und daher konkret ablehnen. Dies hätte auch auf ihre eigene „schwere“ Intoxikation zugetroffen.

### **7.1.7.4 Die Rolle der Polizei**

In den 5 Fällen in denen PolizistInnen an der Einlieferung beteiligt waren, ist gewalttätiges Verhalten aufgetreten. 3 dieser Fälle transportierte die seitens der Exekutive verständigte Rettung aber ohne Polizeibegleitung.

Übereinstimmend gaben alle InterviewpartnerInnen an, dass Aggression, sowohl gegen Sachen als auch gegen Personen, der häufigste Grund für Polizeieinsätze bei jugendlichen Alkoholisierten sei. Liege Selbst- oder Fremdgefährdung vor, so komme das Unterbringungsgesetz zur Anwendung (Kap. 6.2.4). Nach diesem können Jugendliche auch ohne Verstoß gegen ein Gesetz zum „Journalarzt“ gebracht werden, der dann eine Unterbringung anordnen kann. Zwei Stationen die an der Studie beteiligt waren, gelten als Unterbringungseinrichtung: Die Jugendpsychiatrie der Landesnervenklinik Wagner-Jauregg und eine Station des LKH Vöcklabruck.

Im Rahmen der Studie mussten 6 Jugendliche eine oder mehrere Nächte unter Unterbringungskriterien in der Landesnervenklinik Wagner-Jauregg verbringen. 5 Fälle übten wie erwähnt aktiv Gewalt aus, und ein Patient hatte im Alkoholrausch einen Suizidversuch unternommen. Dieser wurde von seinen Eltern eingeliefert.

### **7.1.7.5 Ein strengerer Jugendschutz als Allheilmittel?**

Da in 46 von 50 Fällen die eingelieferten Jugendlichen Getränke getrunken hatten, die sie laut Jugendschutzgesetz (siehe Kap. 4.4) nicht trinken hätten dürfen (44 konsumierten Spirituosen, 2 unter 16-jährige Bier/Wein), stellt sich die Frage, ob eine strengere Kontrolle in Lokalen und Supermärkten die schwere Alkoholisierung in einigen Fällen verhindern hätte können?

- Angesichts des Umstandes, dass oft ältere Personen/Bekannte (über 18), die die Getränke kaufen,

- gefälschte Ausweise zum Einsatz kommen,
- Bänder, die das Alter kennzeichnen, oft getauscht werden
- und oft vor dem Lokalbesuch bereits im kaum kontrollierbarem privaten und öffentlichen Raum getrunken wurde

ist naheliegend, dass nur sehr umfassende und konsequente Kontrollen einen Teil der erheblichen Alkoholisierungen bei Jugendlichen verhindern könnten. Das würde zu einer massiven Mehrbelastung des Handels und der Gastronomie führen und Jugendliche würden wahrscheinlich mehrheitlich in den kaum kontrollierbaren Privatbereich ausweichen.

Versuche von Gastronomiebetrieben, mit der Hilfe farbiger Bänder die Jugendschutzrichtlinien effektiver und effizienter kontrollieren zu können, galten bei einer befragten Gastronomin als gescheitert, da die Jugendlichen die Bänder untereinander getauscht hätten, oder sich schlichtweg Getränke von älteren Bekannten besorgen ließen. Da die Bänderausgabe eine erhebliche Mehrbelastung für die Security bedeutet hatte, aber sich keine Vorteile für die Einhaltung des Jugendschutzes ergaben, habe man das Projekt wieder eingestellt, so die Interviewpartnerin.

Nicht vergessen werden sollte auch, dass Nachtlokale oder Altstadtlokale oft sehr unübersichtlich sind und eine vollständige Kontrolle durch KellnerInnen kaum möglich ist. Eine ähnliche Problematik haben die KassiererInnen in Supermärkten. Es ist bedenklich, von KassiererInnen zu verlangen in einer Stresssituation mit langer Kundenschlange an der Kasse, gefälschte Ausweise zu erkennen.

Die von uns befragten 5 PsychiaterInnen meinten dazu, dass strenge Alkoholverbote alleine, für Jugendliche aus entwicklungspsychologischer Sicht generell nicht sinnvoll seien. Viel sinnvoller fanden es die InterviewpartnerInnen, die Prävention stärker auszubauen und Kompetenzen für einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu fördern.

## **7.2 Medizinische und physische Aspekte der Alkoholintoxikation bei den interviewten Jugendlichen**

Das vorliegende Kapitel beschäftigt sich mit medizinisch relevanten Aspekten der Alkoholintoxikationen. Die Informationen stammen dabei in erster Linie von den Dokumentationsbögen, welche von den Spitalsabteilungen bei der Aufnahme von alkoholintoxikierten Jugendlichen ausgefüllt wurden.

### **7.2.1 Relevanz des Begriffs „Komatrinken“**

Der Ausdruck „Komatrinken“ wurde 2007 von der Forschungsstelle für Österreichisches Deutsch der Karl-Franzens-Universität in Graz zum Unwort des Jahres gewählt.

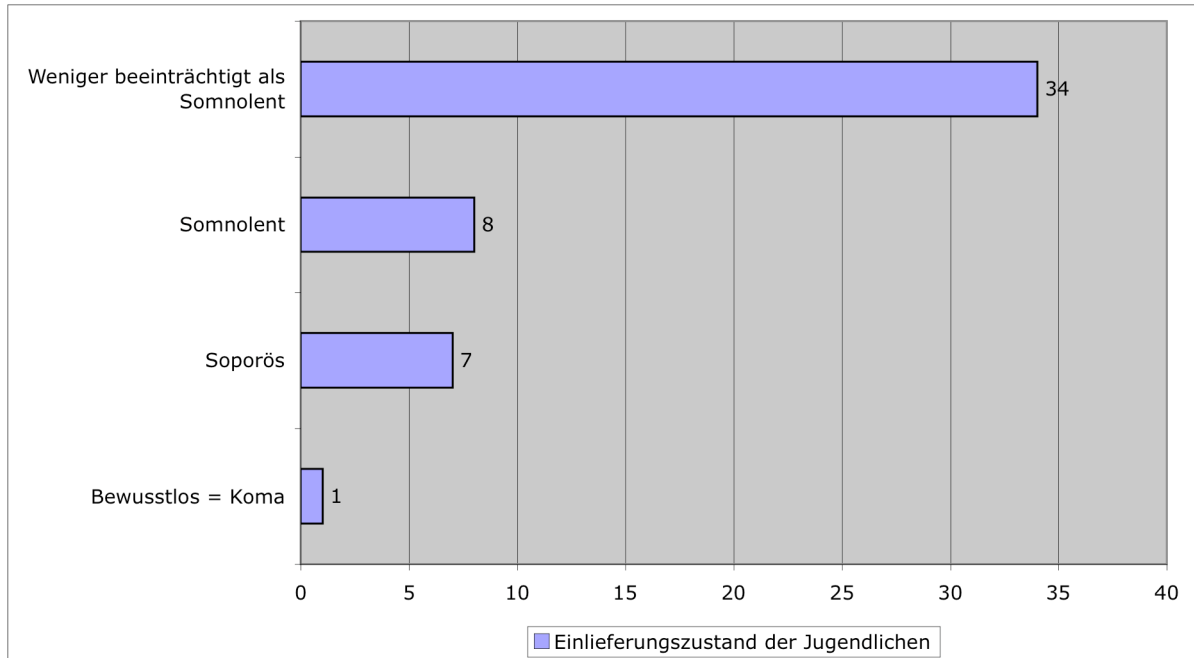
„Komatrinken“ beschreibt dem Wortsinn entsprechend ein Alkoholkonsumverhalten, das zu einem Koma, also einer schweren Bewusstlosigkeit, führt. Von den 50 in die Studie einbezogenen Jugendlichen war allerdings bloß **ein einziger Jugendlicher** in bewusstlosem (komatösem) Zustand in ein Spital eingeliefert worden. „Komatrinken“ ist also eine sehr seltene Form des Rauschtrinkens und sollte keinesfalls unüberlegt mit alkoholbedingter Einlieferung in ein Krankenhaus gleichgesetzt werden.

Wir haben den Zustand der Jugendlichen bei der Spitalseinlieferung nach der Einteilung nach Redelsteiner et al. (2005) folgendermaßen eingeteilt (vgl. Abb. 10):

- bewusstlos (komatös; Keine Reaktion auf äußere Reize)

- soporös (Nicht ansprechbar bzw. keine Reaktion auf Berührung, nur Reaktion auf schwere Schmerzreize)
- somnolent (Ansprechbar, aber verzögerte, schläfrige Reaktion)
- weniger beeinträchtigt als somnolent (34 von 50 Jugendlichen)

**Abb. 10: Zustand der Jugendlichen bei der Einlieferung**



Auch der Großteil der interviewten ÄrztInnen und PflegerInnen aus den in die Studie einbezogenen Spitälern beurteilten die mediale Darstellung des jugendlichen „Komatrinkens“ als übertrieben und war großteils auch der Meinung, dass Alkoholaufnahmen von Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren, wenn überhaupt, nur wenig zugenommen hätten. Lediglich einzelne PflegerInnen aus den Gruppeninterviews berichteten, dass ihren Erfahrungen nach, die Anzahl der jugendlichen Alkoholaufnahmen sich in den letzten Jahren stärker erhöht habe, als in weiter entfernterer Vergangenheit.

### 7.2.2 Zustand und Grad der Alkoholisierung der Jugendlichen bei Einlieferung und illegal konsumierte Substanzen

In den nachfolgenden Tabellen (Tab. 9 und Tab. 10) werden die Promillewerte der intoxikierten Jugendlichen zum Zeitpunkt der Aufnahme für Mädchen und Burschen getrennt dargestellt. Die Angaben in Tab. 9 erfolgen in absoluten sowie kumulierten Häufigkeiten in Klammer, die Streu- und Lagemaße in Tab. 10 wurden für Burschen und Mädchen, sowie für zwei Altersgruppen berechnet. Da die Rettung nicht immer zum Zeitpunkt des höchsten Alkoholisierungsgrades gerufen wird und einige Zeit bis zum Eintreffen im Spital vergeht, muss man damit rechnen, dass in einigen Fällen zum Höhepunkt des Geschehens deutlich höhere Promillewerte vorgelegen haben können, als in der Tabelle angegeben. In einigen Fällen muss man auch damit rechnen, dass der Blutalkoholspiegel nach der Messung noch etwas weiter gestiegen ist. Letzteres ist denkbar, wenn bis zu letzt getrunken wurde, die Rettung rasch eintrifft und diese das Spital rasch erreicht.

Die Spannweite der Promillewerte reicht bei den Jugendlichen der Interviewstichprobe von unter 1,0 bis über 3,5 Promille. Knapp mehr als die Hälfte der Befragten (26) hatten einen Alkoholspiegel von unter 2,0 Promille. 20 PatientInnen hatten einen Wert zwischen

2,0 und 3,0 Promille, 3 Jugendlichen lagen über 3,0 Promille. Für eine Person kann kein Alkoholspiegel angegeben werden, da keine Messung erfolgte (Tab. 10).

**Tab. 9: Promille Kategorien nach Geschlecht**

	männlich (kum.)	weiblich (kum.)	gesamt (kum.)
über 0,50 bis 1,00	1 (1)	1 (1)	2 (2)
über 1,00 bis 1,50	7 (8)	4 (5)	11(13)
über 1,50 bis 2,00	7 (15)	6 (11)	13 (26)
über 2,00 bis 2,50	9 (24)	6 (17)	15 (41)
über 2,50 bis 3,00	3 (27)	2 (19)	5 (46)
über 3,00 bis 3,50	2 (29)	0 (19)	2 (48)
über 3,50 bis 4,00	0 (29)	1 (20)	1 (49)
<b>Gesamt</b>	<b>29</b>	<b>20</b>	<b>49</b>

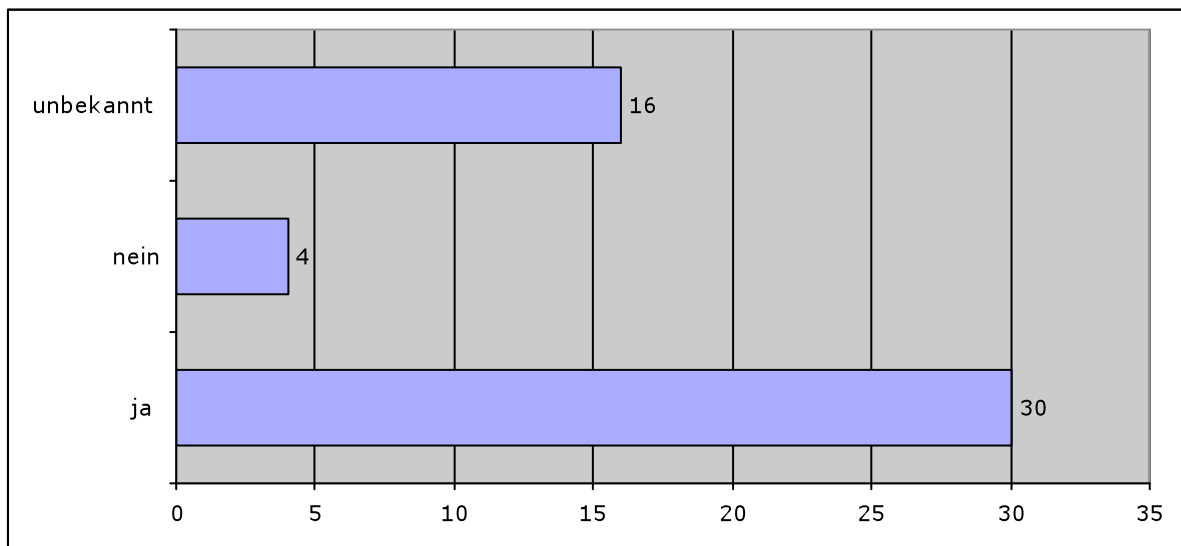
0,7 Promille war der niedrigste und 3,7 der höchste gemessene Wert. Es ergaben sich diesbezüglich keine nennenswerten Unterschiede nach Geschlecht und Altersgruppen (Tab. 10).

**Tab. 10: Promille nach Geschlecht und Alter: Lage und Streumaße**

	Anzahl	Minimum	Maximum	Mittelwert	Quartil 25	Median	Quartil 75
Buben	29	1,0	3,2	2,0	1,4	1,9	2,3
Mädchen	20	0,7	3,7	2,0	1,5	1,9	2,4
13-15 Jahre	12	0,7	3,7	1,9	1,4	1,8	2,5
16-17 Jahre	37	1,0	3,2	2,0	1,6	2,0	2,2
<b>Gesamt</b>	<b>49</b>	<b>0,7</b>	<b>3,7</b>	<b>2,0</b>	<b>1,4</b>	<b>1,9</b>	<b>2,3</b>

Neben der Blutalkoholmessung wurde bei den meisten Jugendlichen (34 Personen) zusätzlich ein Drogen-Screening durchgeführt. In 30 von 34 Fällen war das Ergebnis des Drogen-Screenings negativ, in vier Fällen wurde der Konsum von illegalen Substanzen festgestellt: 2 PatientInnen hatten Ecstasy und 2 PatientInnen Marihuana konsumiert (vgl. Abb. 11).

**Abb. 11: Konsum von illegalen Substanzen**



Darstellung der Angaben aus dem Dokumentationsbogen zum Konsum von illegalen Substanzen; 50 gültige Angaben

### 7.2.3 Die Relevanz des Blutalkoholgehaltes (Promillespiegel)

Der Alkoholisierungsgrad sollte nicht primär auf Basis des Promillespiegels beurteilt werden, da die Beeinträchtigung bei einem konkreten Promillespiegel maßgeblich vom Ausmaß der Alkoholgewöhnung und von konstitutionellen Faktoren abhängt. So wurde einerseits ein Jugendlicher mit 0,7 Promille Alkohol im Blut *soporös* eingeliefert und andererseits waren 2 Jugendliche mit über 3 Promille Alkohol im Blut noch *ansprechbar*.

Darauf, dass der Promillespiegel im Rahmen der Diagnostik kein geeigneter Indikator für die Beurteilung der Gefährlichkeit einer Alkoholintoxikation bei Jugendlichen sei, wiesen auch die befragten ÄrztInnen hin. Wie im Kap. 6.2.1 beschrieben, gehört die Messung der Blutalkoholkonzentration zwar in allen an der Studie beteiligten Spitälern zum Standardprozedere, doch deren Ergebnis spielt für den praktischen Umgang mit den PatientInnen keine Rolle, da das Ergebnis der Blutanalyse oft erst nach Stunden vorliegt. Das Behandlungsprozedere der Jugendlichen wird auf Grundlage anderer Indikatoren (in erster Linie auf den Vitalfunktionen Bewusstsein-Atmung-Kreislauf) festgelegt. Außerdem wisse man oftmals nicht genau, ob bis zuletzt getrunken wurde und sich die Blutalkoholkonzentration nach der Spitalsaufnahme noch etwas erhöht, wodurch der Zustand erst verspätet ein vital bedrohliches Ausmaß annehmen kann.

### 7.2.4 Probleme bei der Erhebung der konsumierten Alkoholmenge

Es ist generell nicht leicht für AlkoholkonsumentInnen die konsumierte Alkoholmenge anzugeben, wenn unterschiedliche Getränke in unterschiedlichen Gläsern getrunken wurden. Noch schwerer ist es die Konsummengänge zu objektivieren, wenn ein Teil des Konsums in eine schwere Rauschphase fällt bzw. über die letzte Zeit vor der Einlieferung gar keine Erinnerung mehr vorliegt. Bei Jugendlichen kommt oft noch erschwerend dazu, dass gemeinsam mit anderen Personen aus einer Flasche, (beim Konsum im privaten oder öffentlichen Rahmen) oder einem Kübel (beim Konsum in Lokalen) getrunken wird. Aus all diesen Gründen wurde auf eine Darstellung der berichteten Mengenangaben sowie auf eine Umrechnung auf die konsumierte Reinalkoholmenge verzichtet. Im Kap. 7.1.3 wird auf die Art des konsumierten Alkohols näher eingegangen und der diagnostizierte Promillespiegel in Kap. 7.2.3 mit dem Einlieferungszustand der Jugendlichen in Relation gesetzt.

### **7.3 Einschätzung psychosozialer Risikofaktoren (soziales Umfeld und sonstiges Konsumverhalten)**

Kap. 7.1 versuchte herauszufinden, in wie weit die Intoxikationen der Jugendlichen geplant waren und Faktoren zu identifizieren, die am Anlasstag beim Alkoholkonsum Einfluss auf die erlittene Intoxikation hatten. Das aktuelle Kapitel setzt sich mit dem Auftreten spezifischer Risikofaktoren bei den befragten Jugendlichen auseinander.

#### **7.3.1 Allgemeiner Alkoholkonsum und bisherige Erfahrungen mit starker Berausung**

Das übliche Alkoholkonsumverhalten der hospitalisierten Jugendlichen wurde im Datenerhebungsgespräch in zwei aufeinander folgenden Fragen direkt angesprochen. Zudem wurden immer wieder Informationen aus beiläufigen Bemerkungen zu dieser Thematik festgehalten und Anmerkungen zur Glaubwürdigkeit des Gesagten notiert. Die beiden dezidiert auf den sonstigen Alkoholkonsum zielenden Fragen lauteten „Warst du schon einmal so betrunken wie gestern Abend?“ und „Wie häufig trinkst du sonst Alkohol?“. Die Jugendlichen wurden dabei gebeten, ihren gestrigen Konsum in Relation zu ihrem sonstigen Konsum zu setzen und andererseits letzteren in absoluten Einheiten (wie oft, wie viel, welche Getränke trinkst du?) anzugeben.

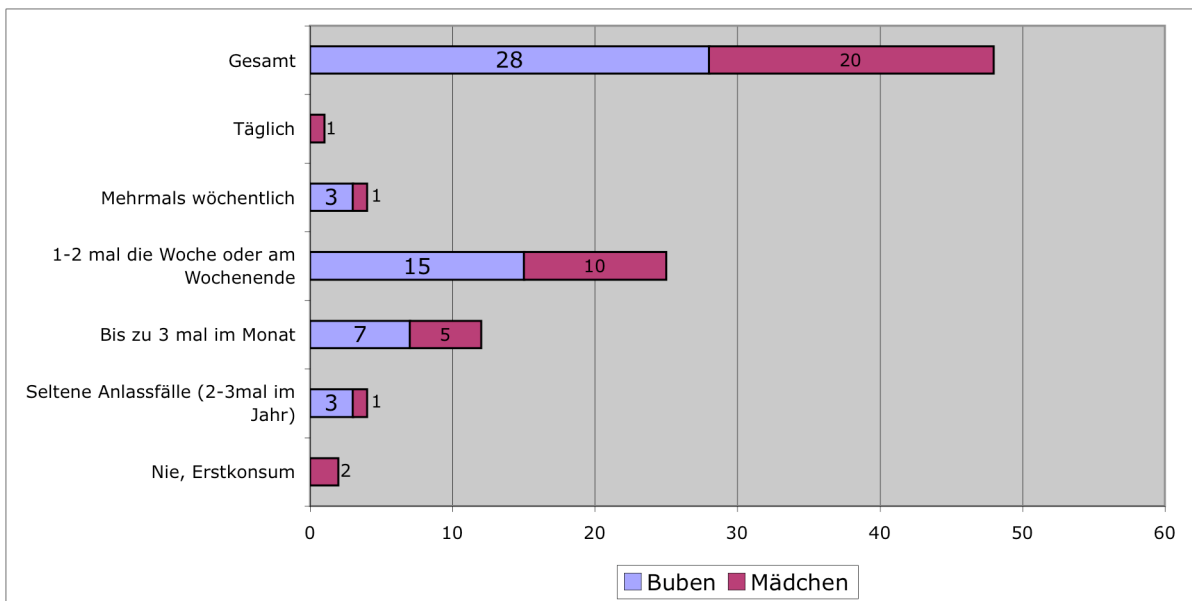
##### **7.3.1.1 Konsumfrequenz**

Die Antworten zum üblichen Alkoholkonsumverhalten umfassen verschiedene Dimensionen. Nahezu alle Jugendlichen (48) haben Angaben über die Frequenz oder Häufigkeit ihres üblichen Alkoholkonsums gemacht (Abb. 12). Am häufigsten (25 Personen) wurden Antworten gegeben, die sich in die Kategorie „1-2mal die Woche“ bzw. „am Wochenende“ zusammenfassen lassen. Nur 5 Jugendliche gaben häufiger als 3-mal pro Woche Alkoholkonsum an, wobei ein Mädchen täglichen Alkoholkonsum und häufiges „betrunken sein“ angab. Bei dieser Interviewpartnerin ist Alkohol eines von mehreren gravierenden Problemen: Sie ist arbeitslos, schläft in einer Notschlafstelle und hat keinen Kontakt zu ihren Eltern.

In zwei Fällen war der zur Einlieferung führende Alkoholkonsum der Erstkonsum.

2 Personen finden sich nicht in der Graphik wieder, da sie nicht eindeutig einer Kategorie zugewiesen werden konnten. Beide Jugendliche (17 Jahre bzw. 15 Jahre, beides Burschen) gaben an, dass sie zu einem früheren Zeitpunkt deutlich mehr Alkohol konsumiert hätten als sie dies zur Zeit tun, wodurch eine klare Einteilung in Bezug auf ihr übliches Trinkverhalten nicht möglich war. Ein Patient meinte, dass er derzeit, mit Ausnahme des Anlasstages, gar keinen Alkohol trinke, früher jedoch oft einmal unter der Woche und einmal am Wochenende betrunken war. Ein zweiter Jugendlicher berichtet, dass er in letzter Zeit seinen Alkoholkonsum reduziert habe, nachdem er seinen Moped-Führerschein nach einem Alkohol-Unfall abgeben musste. Früher habe er jeden Tag Alkohol getrunken und sei mehrmals pro Woche betrunken gewesen.

**Abb. 12: Frequenz des sonstigen Alkoholkonsums**



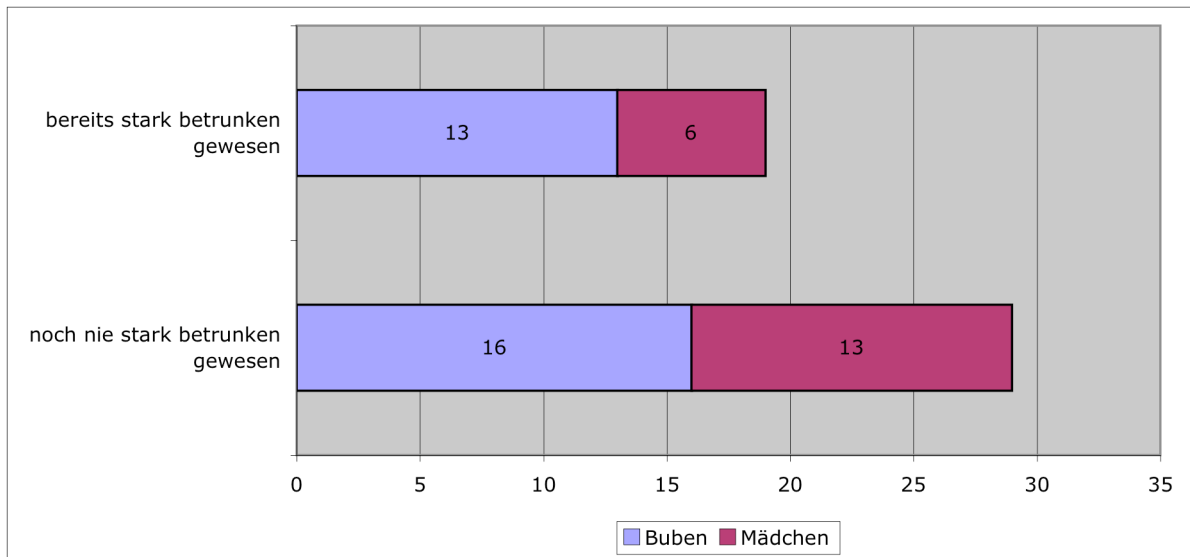
Anmerkung: Auswertung der Angaben zur Frage F2.8 "Wie häufig trinkst Du sonst Alkohol (durchschnittliche Drinks pro Trinktag, durchschnittlicher Wochenkonsum in Drinks)"; Dimension "Konsumfrequenz"; Angaben von 28 Buben und 20 Mädchen getrennt dargestellt; 48 gültige Angaben, 2 nicht eindeutig zuordenbare Angaben

### 7.3.1.2 Erfahrungen mit starker Berausung

Die Jugendlichen wurden auch gefragt, ob sie – abgesehen von diesem Anlassfall – bereits einmal in ihrem Leben stark betrunken waren.

In Abb. 13 wurden die Angaben in zwei Kategorien zusammengefasst: Die Mehrzahl der Jugendlichen (31) kann der Kategorie „noch nie stark betrunken gewesen“ zugewiesen werden. 19 Jugendliche gaben an, zumindest schon einmal in ihrem Leben schwer betrunken gewesen zu sein. Burschen unterschieden sich diesem Kriterium entsprechend von Mädchen: 45% der Burschen und 32% der Mädchen gaben an, bereits zuvor stark berauscht gewesen zu sein.

**Abb. 13: bisherige Erfahrung mit starker Alkoholisierung**



Anmerkung: Auswertung der Angaben zur Frage F2.7 "Warst Du selber schon einmal so betrunken wie gestern Abend?"; Angaben von 29 Buben und 19 Mädchen getrennt dargestellt; 48 gültige Angaben, 2 fehlende Angaben

Die Trennung zwischen diesen beiden Gruppen erfolgte anhand des Kriteriums „sehr starke Berausung“, wie etwa starke körperliche Beeinträchtigung, Erbrechen oder deutliche Einschränkung des Bewusstseins. Ein Jugendlicher (16 Jahre, männlich) aus der Gruppe der „Rauscherfahrenen“ berichtet etwa hinsichtlich körperlicher Beeinträchtigung, dass er bereits einmal schwere Kreislaufprobleme aufgrund einer schweren Alkoholisierung gehabt hatte, damals aber von der Mutter abgeholt und nachhause gebracht wurde. Wie bereits erwähnt, sind nur zwei der befragten Jugendlichen bereits zuvor wegen Alkoholisierung stationär im Spital behandelt worden.

Die Kategorie „noch nie stark betrunken gewesen“ umfasst sowohl ErstkonsumentInnen als auch Jugendliche, die bereits Erfahrungen mit Alkohol gesammelt haben und teilweise auch weniger dramatische Rausche erlebt hatten. Eine 15-jährige Interviewpartnerin gab z.B. an, dass sie zwar schon öfters betrunken war, aber noch nie in diesem Ausmaß. Abgesehen vom aktuellen Anlassfall hatte sie noch nie die Kontrolle über ihren Körper verloren. Diese Jugendliche wurde in die Kategorie „noch nie stark betrunken“ zugeordnet.

Nach Ansicht mancher befragter Jugendlicher ist die Spitalseinlieferung wegen ihrer Alkoholisierung eigentlich nicht notwendig gewesen. So bemerkte z.B. ein Jugendlicher (17 Jahre, männlich), dass er schon mehrmals betrunken gewesen sei und dass auch dieser Rausch bloß ein „Standardrausch“ war. Eine andere Jugendliche meinte sich am Anlagentag gar nicht so betrunken gefühlt zu haben. In der Vergangenheit sei sie bereits schwerer betrunken gewesen, deswegen jedoch nie ins Spital gekommen. Das in manchen Fällen die stationäre Behandlung nicht unbedingt notwendig war, ist durchaus denkbar. In welchem Umfang hier übervorsichtig agiert wurde, konnte das Forschungsteam aufgrund des Untersuchungsdesigns allerdings nicht beurteilen.

### 7.3.2 Mögliche psycho-soziale Risikofaktoren

Im vorliegende Kapitel beschäftigt sich mit Risikofaktoren im psycho-sozialen Bereich, wie z.B. Probleme und Beeinträchtigungen in wichtigen Lebensbereichen, wie Schule (Beruf), Familie und Freundeskreis. Im Kap. 4.3 wurden diese Risikofaktoren auf einer theoretischen Ebene diskutiert.

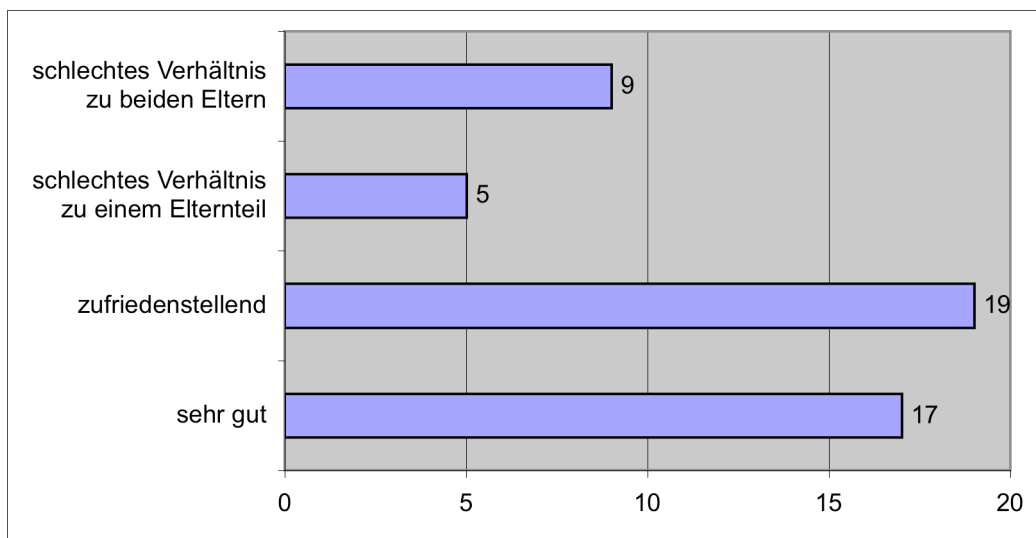


### 7.3.2.1 Auffälligkeiten in der Eltern-Kind Beziehung?

Zunächst geht es um die Eltern-Kind-Beziehung. Auf die Frage nach ihrem Verhältnis zu den Elternteilen beschrieben 17 Jugendliche ihre Beziehung als „sehr gut“ und untermauerten dies mit Aussagen wie „Ich habe einen guten Draht zu ihnen“, „Ich fühle mich verstanden“ oder „Es herrscht ein Vertrauensverhältnis“. Bei jenen 19, deren Beziehung als „relativ gut“ klassifiziert wurde, finden sich Phrasen wie „die Beziehung ist gut, aber nicht vertrauensvoll“, „Die Beziehung passt, aber ich rede mit ihnen nicht über alles“. Insgesamt 14 Jugendliche gaben dezidiert Probleme mit einem Elternteil (5) oder auch mit beiden Elternteilen (9) an. Hierbei kam es zu Aussagen wie „Die Eltern mischen sich zu sehr ein“, „Es gab viel Gewalt“, „Sie können nicht zuhören“ und dem Wunsch, dass die Eltern einen „besseren Zugang“ finden würden.

Es zeigt sich also, dass annähernd doppelt so viele Jugendliche von einem relativ problemlosen Verhältnis zu ihren Eltern sprechen als jene, die dezidiert von Spannungen mit einem oder beiden Elternteile berichten. Bei der Mehrzahl der interviewten Jugendlichen liegt also kein belastetes Familienverhältnis vor, wobei Probleme, die von den Jugendlichen bloß als übliche Pubertätsstreitigkeiten gesehen wurden, hier nicht berücksichtigt sind.

**Abb. 14: Einschätzung des Verhältnisses zu den Eltern**



Anmerkung: Auswertung der Angaben zu der Fragen F3.7 "Wie schätzt Du dein Verhältnis zu deinen Eltern ein?"; 50 gültige Angaben, keine fehlenden Angabe

### 7.3.2.2 Elterliche Reglementierung des Alkoholkonsums

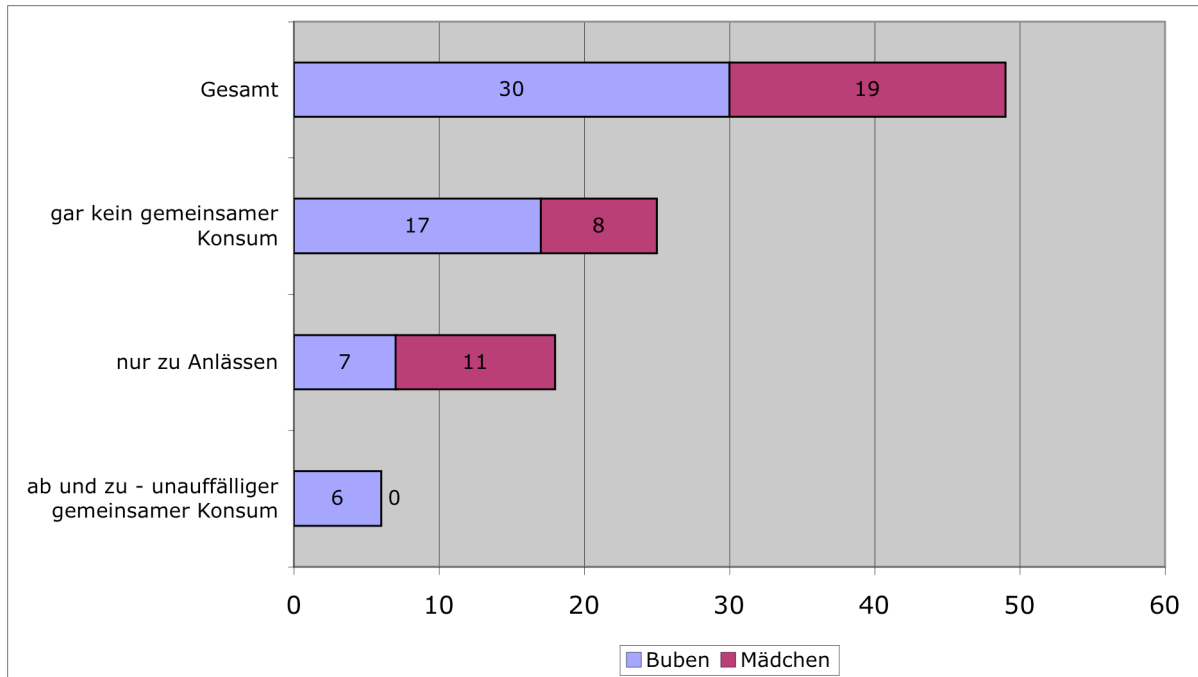
Insgesamt 27 Jugendliche äußern sich dazu, ob und wie die Eltern den Alkoholkonsum ihrer Kinder einschränken: 7 Personen gaben an, dass ihnen der Konsum von Alkohol von den Eltern generell verboten wurde und 20 Jugendliche erzählten, dass Alkoholkonsum mit Einschränkungen von den Eltern toleriert wird.

Bei 2 Jugendlichen, die von einem generellen Alkoholverbot erzählen, handelt es sich um Jugendliche, die nicht bei ihren Eltern wohnen, sondern in einer betreuten Wohnung untergebracht sind.

25 Jugendliche geben an, dass sie überhaupt nie gemeinsam mit ihren Eltern konsumieren – sei es weil es nicht erlaubt ist, oder die Jugendlichen selber es nicht wollen. Eine zweite große Gruppe (18 Personen) gibt an, dass sie mit ihren Eltern nur zu bestimmten Anlässen wie Geburtstagen oder zu Silvester Alkohol trinken. Eine letzte Gruppe bilden

Jugendliche (6 Personen), die zwar hin und wieder mit ihren Eltern gemeinsam Alkohol konsumieren, dies aber als nicht bedenklich einschätzen. In dieser Gruppe befinden sich ausschließlich männliche Jugendliche. Von einem Jugendlichen liegt zu dieser Frage keine Antwort vor.

**Abb. 15: Alkoholkonsum mit Eltern**

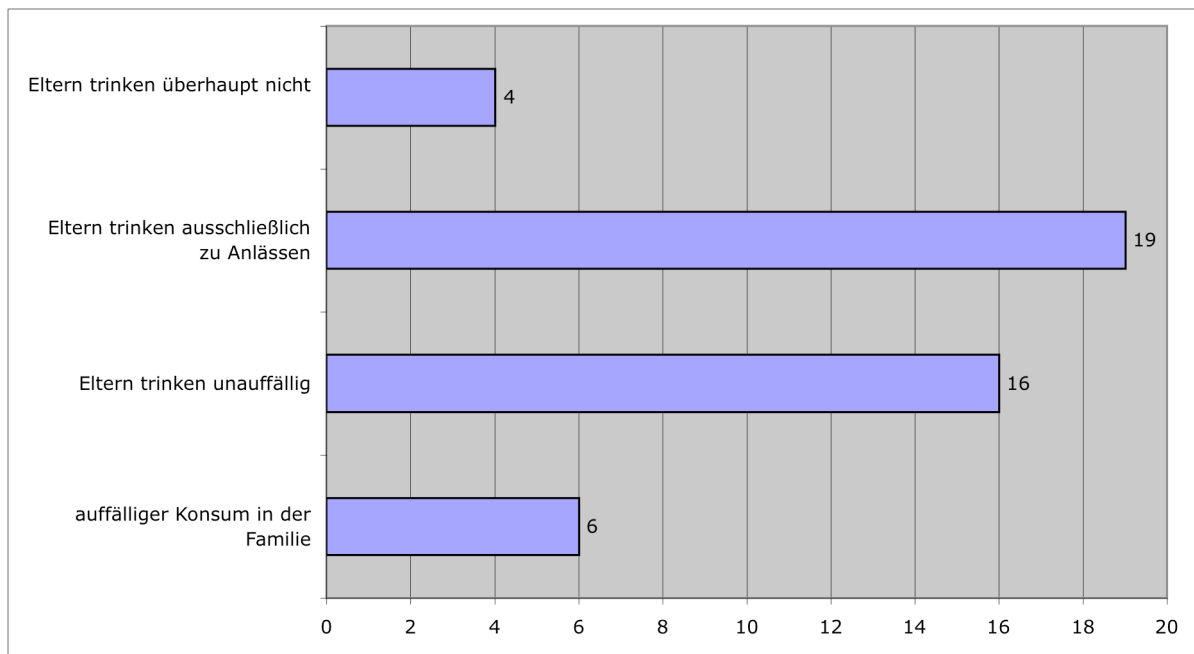


Anmerkung: Auswertung der Angaben zur Frage F3.8 "Wie gehen deine Eltern mit Alkohol um?"; Dimension "gemeinsamer Konsum"; Angaben von 30 Buben und 19 Mädchen getrennt dargestellt; 49 gültige Angaben, 1 fehlende Angabe

### 7.3.2.3 Konsum der Eltern

45 Jugendliche haben Angaben zum Alkoholkonsum ihrer Eltern gemacht. Insgesamt 23 Jugendliche meinen, dass ihre Eltern überhaupt keinen Alkohol trinken bzw. nur zu bestimmten Anlässen. 16 Jugendliche beurteilten das Alkoholkonsumverhalten als regelmäßig, aber unauffällig. 6 Jugendliche schätzten den Alkoholkonsum ihrer Eltern als auffällig ein. Unterschiedlich ist auch, in welcher Weise sich dieser problematische Konsum auf die Familienverhältnisse auswirkt. Ein 17-jähriger Patient, der den elterlichen Alkoholkonsum als problematisch einschätzte berichtete, dass seine Mutter zwar gar nichts trinke, der Vater aber ein langjähriger Alkoholiker sei, weswegen es keinen Kontakt zwischen Sohn und Vater gebe.

**Abb. 16: Konsum der Eltern allgemein**



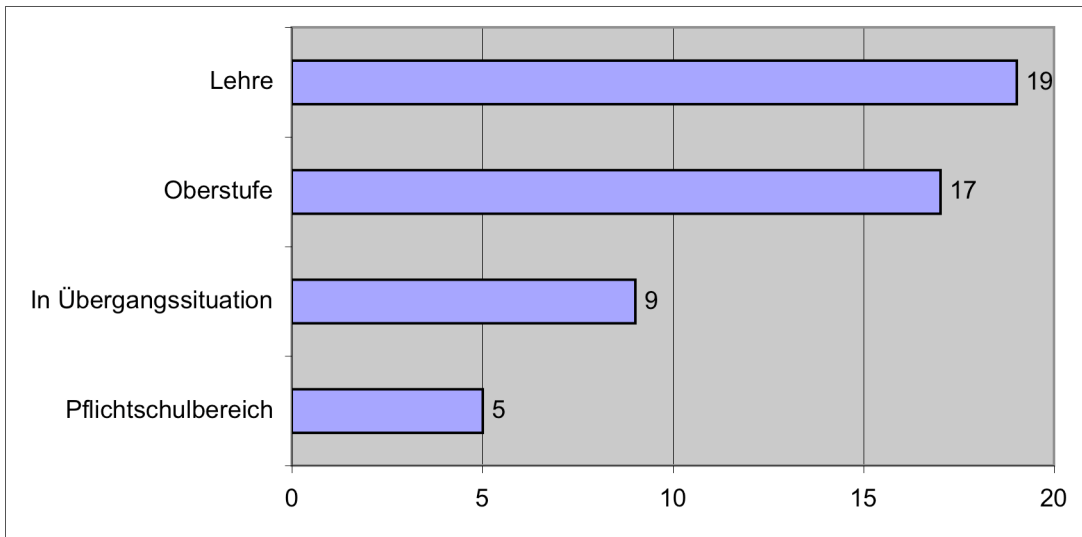
Anmerkung: Auswertung der Angaben zur Frage F3.8 "Wie gehen deine Eltern mit Alkohol um?"; Dimension "Einschätzung Kostenübernahme"; 45 gültige Angaben, 5 fehlende Angaben

Auffälliger Alkoholkonsum in der Familie ist ohne Frage als Risikofaktor anzusehen, kam aber bei 50 betroffenen Jugendlichen „lediglich“ in 6 Fällen vor.

#### **7.3.2.4 Auffälligkeiten hinsichtlich der schulischen/beruflichen Situation?**

Das Verhältnis Lehrlinge (19) vs. höhere Schüler (17), die in Oberösterreich eine Alkohollintoxikation erlitten haben, ist annähernd ausgewogen. (Das Verhältnis *Lehrlinge* vs. *Schüler höherer Schulen* betrug im Schuljahr 2008/09 in Oberösterreich 29.525 vs. 37.472, Landesschulrat OÖ, eigene Berechnungen). Neun Jugendliche geben an, sich in einer Übergangssituation zu befinden; das heißt sie befinden sich im Wechsel von einer Schule zu einer anderen (2), sind aktiv auf Lehrstellensuche (3) oder sind arbeitslos (4). Fünf der Interviewten befinden sich noch in der Pflichtschule.

**Abb. 17: Gegenwärtige Ausbildungssituation**



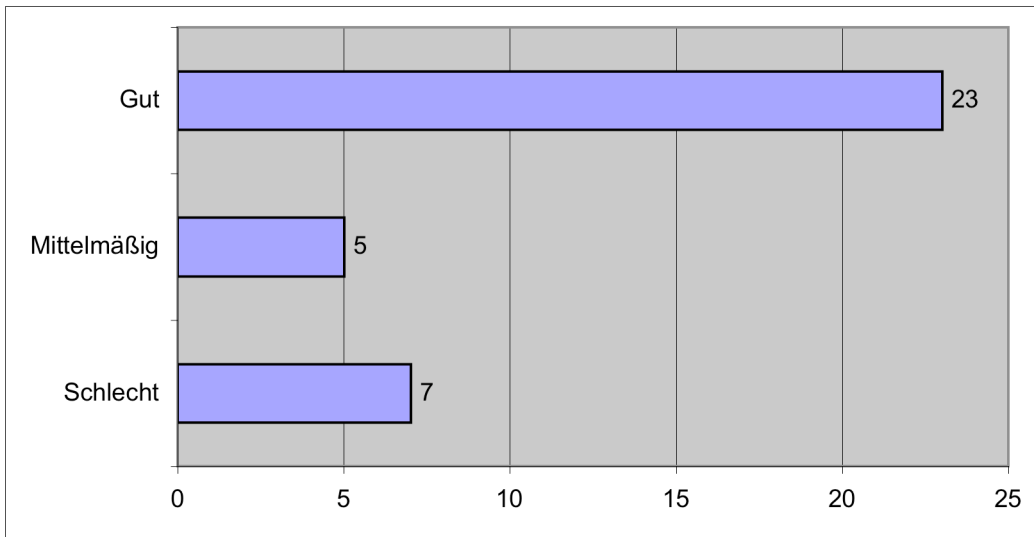
*Anmerkung: Auswertung der Angaben zur Fragen F7.14 "Ausbildungs-/Berufssituation aktuell?"; 50 gültige Angaben, keine fehlenden Angabe*

### **7.3.2.5 Wohlbefinden in der Ausbildung**

Auf die Frage nach ihrem Befinden in der gegenwärtigen Ausbildungs- bzw. Arbeitssituation antworten 23 Jugendliche mit gut (z.B. „Ich fühle mich gut und habe keine Probleme“). Von den 7 Jugendlichen, die ihre Situation als schlecht bezeichnen sind 3 arbeitslos, 2 berichten schlechte schulische Leistungen und jeweils eine Schülerin und ein Lehrling langweilen sich bei ihrer Tätigkeit. Die fünf, die ihr Befinden als mittelmäßig angeben, beschreiben sich auch als „durchschnittlich“ auf der schulischen bzw. Lehrlingsebene. Bei 15 Personen liegen zu dieser Dimension keine Aussagen vor.

Ernste Probleme in Schule oder Arbeitsplatz liegen also nur bei 7 Personen vor.

**Abb. 18: Wohlbefinden in der Ausbildung**



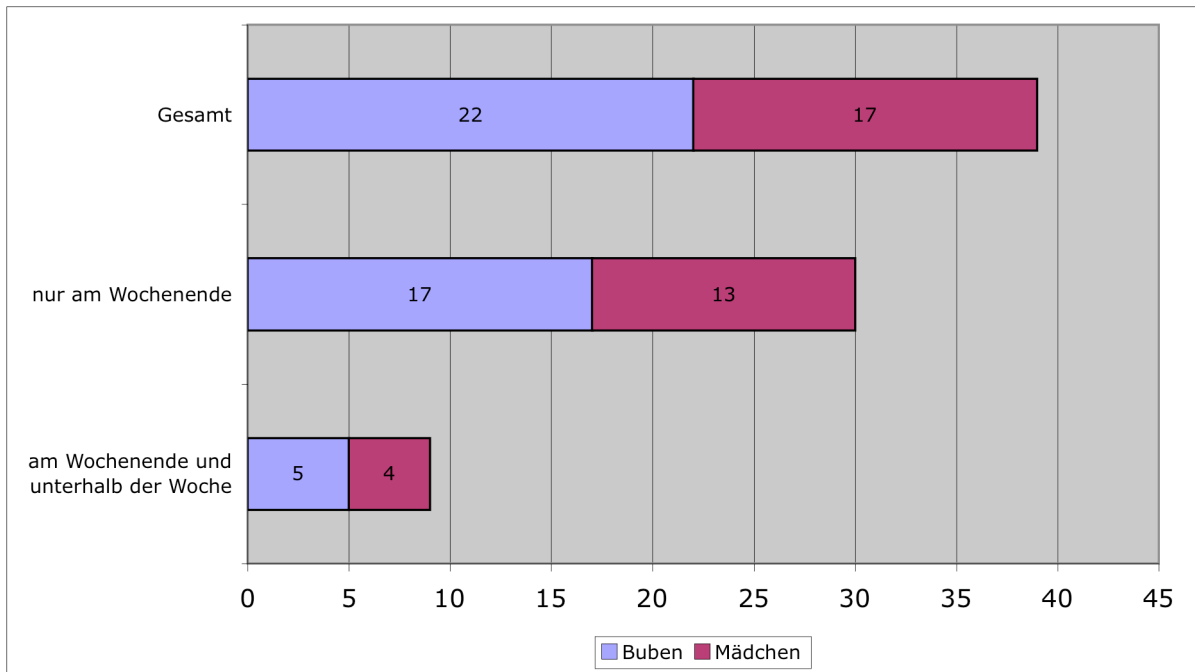
Anmerkung: Auswertung der Angaben zur Fragen F3.18 "Ganz allgemein, wie geht es Dir in der Schule (Lehrberuf)?"; 35 gültige Angaben, 15 fehlende Angabe

### 7.3.2.6 Auffälligkeiten im Einfluss von Gleichaltrigen?

39 Jugendliche (22 Burschen, 17 Mädchen) haben sich dazu geäußert, wann in ihrem Freundeskreis Alkohol getrunken wird (Abb. 19). Mehr als 3/4 der Befragten (17 Burschen und 13 Mädchen) gaben an, dass der Freundeskreis primär am Wochenende Alkohol konsumiert. So berichtete z.B. ein 16-jähriger, dass er seine Freunde zwar jeden Tag sehe, aber da viele mit dem Moped fahren, wird fast nie Alkohol getrunken. An den Wochenenden allerdings bleiben die Mopeds dann stehen und es wird Alkohol konsumiert.

9 Personen (5 Burschen, 4 Mädchen) erklärten, dass sie auch unter der Woche Alkohol trinken, wobei hier eine enorme Bandbreite von seltenem über geringen Konsum bis hin zu starkem Alkoholkonsum beschrieben wurde. Ein 17-Jähriger berichtete, dass Alkohol in seinem Freundeskreis eine sehr große Rolle spiele, und dass seiner Meinung nach viele seiner Freunde ein schweres Alkoholproblem hätten.

**Abb. 19: Konsumaufteilung in Freundeskreis nach Wochentag**

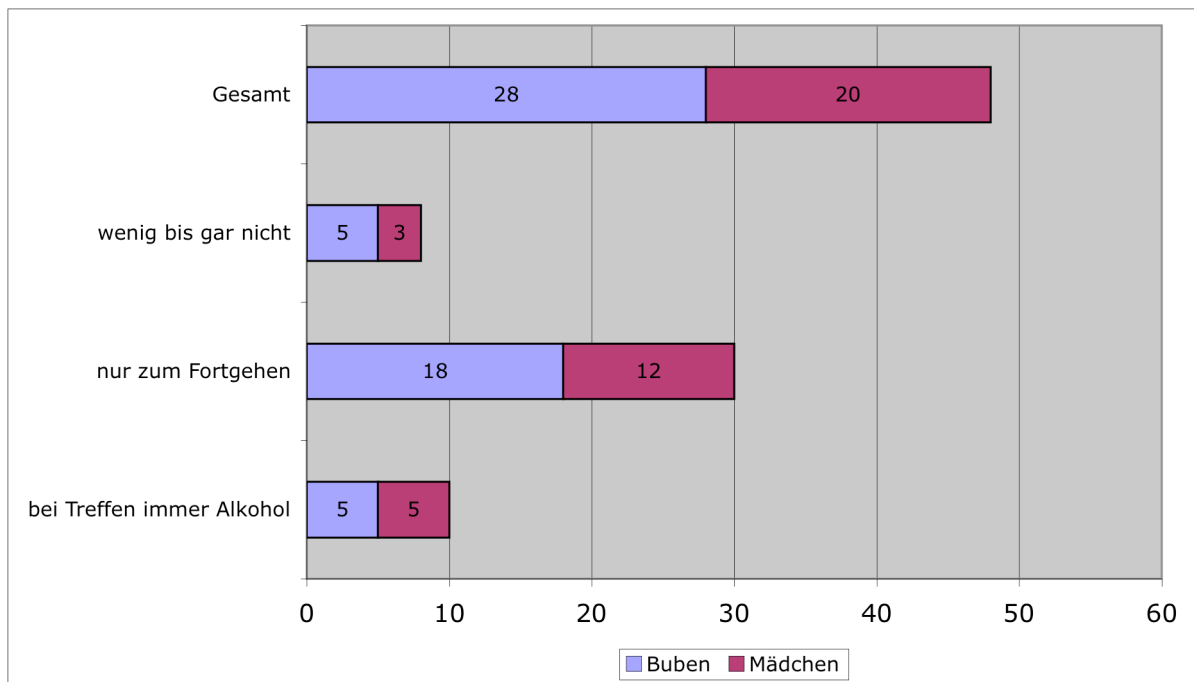


*Anmerkung: Auswertung der Angaben zur Frage F3.12 "Welchen Stellenwert hat Alkohol in deiner Clique?"; Dimension "Aufteilung in der Woche"; Angaben von 22 Buben und 17 Mädchen getrennt dargestellt; 39 gültige Angaben, 11 fehlende Angabe.*

Als weiteres Kriterium wurde auch erhoben, wie häufig Alkohol im Spiel ist, wenn Jugendliche ihre FreundInnen treffen (Abb. 20).

Nur 10 der befragten Jugendlichen berichteten, bei Treffen mit FreundInnen immer Alkohol zu konsumieren. In Zusammenhang mit Fortgehen wird aber fast durchwegs Alkohol konsumiert (30 Personen). Nur 8 Jugendliche gaben an, selten bis kaum Alkohol zu trinken wenn sie Freunde treffen.

**Abb. 20: Häufigkeit des Trinkens bei Treffen**



Anmerkung: Auswertung der Angaben zur Frage F3.12 "Welchen Stellenwert hat Alkohol in deiner Clique?"; Dimension "Konsumfrequenz"; Angaben von 28 Buben und 20 Mädchen getrennt dargestellt; 48 gültige Angaben, 2 fehlende Angabe.

Die Beurteilung des Stellenwerts von Alkohol im Freundeskreis ist allerdings nicht so einfach wie es zunächst scheint. Implizit wird davon ausgegangen, dass Jugendliche sich konstant in einem relativ stabilen Freundeskreis bewegen, was oft nicht zutrifft. Ein 17-Jähriger berichtete z.B. dass sich in seinem alten Freundeskreis alles um Alkohol gedreht habe. Nun habe er sich von diesen Freunden „losgesagt“ und einen neuen Freundeskreis, in dem Alkohol meist eine geringe Rolle spielt, gefunden. Am Anlasstag war er jedoch wieder mit Personen aus seinem alten Freundeskreis unterwegs.

Aus den Aussagen der Jugendlichen geht auch hervor, dass das Verhalten von „Peers“ nicht zwangsläufig mit dem Verhalten aller betroffenen Jugendlichen korrespondiert. Teilweise trinken - vor allem Mädchen - auch dann keinen Alkohol, wenn dieser beim Fortgehen im Freundeskreis „dazu gehört“. Es gibt aber auch Einzelne, die in einem Freundeskreis der wenig Alkohol konsumiert, zu starkem Alkoholkonsum tendieren.

### **7.3.2.7 Auffälligkeiten hinsichtlich der psychischen Befindlichkeit**

In den Gesprächen wurde den Jugendlichen Platz geboten, auch persönliche Probleme anzusprechen. 14 Jugendliche nannten dabei private Probleme. Unter diesen nehmen Stress in der Partnerschaft und das Verhältnis zu den Eltern eine zentrale Stellung ein. In Einzelfällen wird der eigene Alkoholkonsum bzw. illegale Drogenkonsum als eine Quelle von Sorgen genannt. Zwei Jugendliche sorgen sich aufgrund des aktuellen Ereignisses, da sie befürchten, dass der Krankenhausaufenthalt negative Auswirkungen auf eine spätere Beschäftigung haben könnte.

### **7.3.2.8 Zusammenfassende Darstellung**

Da die meisten risikobehafteten Situationen bzw. Verhaltensweisen jeweils nur einer kleineren Gruppe von wegen Alkoholisierung stationär behandelten Jugendlichen aufgetreten sind, erscheint es sinnvoll diese nicht isoliert zu betrachten, sondern daraus ein individu-

elles Gesamtbild für die einzelnen Jugendlichen zu erstellen. Im folgenden Kapitel wird das umgesetzt.

## 7.4 Versuch einer Klassifizierung der intoxikierten Jugendlichen

### 7.4.1 Einschätzung der Jugendlichen

Tab. 11 bietet einen Überblick über Risikofaktoren, die zur Beurteilung der Gesamtsituation der von uns befragten Jugendlichen relevant sind. Die Beurteilung, in welchem Ausmaß diese Faktoren im Einzelfall gegeben sind, erfolgte nicht basierend auf klar abgegrenzten objektivierten Scores, sondern ist die subjektive Einschätzung durch die InterviewerInnen und das Forschungsteam aufbauend auf Aussagen der befragten Personen. Spezielle Verhaltensauffälligkeiten der Jugendlichen in den Interviewsituation oder auch im Zusammentreffen mit den Eltern, spielen dabei eine nicht unwesentliche Rolle.

**Tab. 11: Kriterien für eine Problemeinschätzung**

Kriterium	Hohes Risiko (Risikofaktoren)	Geringes Risiko
Aktuelle Alkoholintoxikation	geplant, wiederholt	ungeplant, 1.Mal
Sonstiger Alkoholkonsum	regelmäßig	selten
Konsum anderer Substanzen	Wiederholter Konsum psychoaktiver Substanzen	Kein oder maximal einmaliger Konsum psychoaktiver Substanzen
Psych. Situation im Rahmen der Alkoholintoxikation	aggressiv, suicidal, depressiv	unauffällig
Familie inkl. Eltern-Kind Beziehung	Suchterkrankung der Eltern, nicht altersadäquate Probleme, Fremdunterbringung, auffällig schlechtes Wohlbefinden in der Familie, Interaktionsstörungen zwischen Eltern und Kind	Keine Suchtbelastung, Gutes Wohlbefinden in der Familie, altersgerechte Interaktion zwischen Eltern und Kind
Gleichaltrige	hohes Risikoverhalten in der Peer Group, Delinquenz, Gewalt	integriert in Gruppe unauffälliger Freunde
Schule bzw. Beruf	Mobbing, Isolation, schlechtes Wohlbefinden in Schule/Arbeit	Wohlbefinden in der Schule/Arbeit

Die in Tab. 11 dargestellten Kriterien ergaben sich im Zuge der Studie aus den Aussagen der befragten Personen und stellen die Grundlage für das Forschungsteam dar, die Jugendlichen einzuteilen. Dabei ergaben sich folgende drei Gruppen:

- Unauffällige Jugendliche (29 Fälle)
- Psycho-sozial problematischere Jugendliche (17 Fälle)
- Jugendliche mit risikobehaftetem Alkoholkonsum, ohne psycho-soziale Auffälligkeiten (4 Fälle)

#### „Unauffällige“ Jugendliche

Bei diesen 29 Jugendlichen gab es keinerlei Hinweise, die für eine psycho-sozial, oder alkoholverhaltensspezifisch auffällige Situation sprechen würden (*unauffällige Jugendliche*). Bei diesen Fällen ist die stationär behandelte Alkoholintoxikation als ungeplantes Ereignis im Sinne eines „Unfalls“ zu interpretieren. Weder die Vorgeschichte, noch die Rahmenbedingungen bieten Hinweise dafür, dass die Alkoholisierung mehr als ein singuläres, ungeplantes Ereignis darstellte.

Angesichts des Umstandes, dass bei relativ alkoholunerfahrenen Personen bereits geringe Alkoholmengen einen Zustand bewirken, in dem der eigene Zustand und die Folgen wei-



teren Alkoholkonsums nicht mehr realistisch abschätzbar sind, ist es eigentlich nicht verwunderlich, dass auch bei Personen ohne größere Probleme, in der Phase, in der sie den Umgang mit Alkohol erlernen, derartige Unfälle recht wahrscheinlich sind.

#### *Psycho-sozial auffälligere Jugendliche*

In 17 Fällen klassifizierte das Forschungsteam Jugendliche als psycho-sozial auffällig, wobei hier sowohl die Sichtweise der Befragten selbst, deren Eltern und der BetreuerInnen, als auch die Urteile der InterviewerInnen und des gesamten Forschungsteams ausschlaggebend waren. PatientInnen dieser Gruppe weisen durchwegs mehrere der in Tab. 11 ausgewiesenen Risikofaktoren auf. 6 der als „psycho-sozial problematisch“ beurteilten Befragten wurden in der Jugendpsychiatrie der Landesnervenklinik Wagner-Jauregg interviewt, wo 5 wegen aggressivem Verhalten und einer wegen eines Suizidversuchs behandelt wurden. (vgl. Kap. 7.1.7.4) Eine weitere Jugendliche, die einen gewalttätigen Ausbruch hatte, jedoch vor der Einlieferung noch beruhigt werden konnte, wurde in der Alkoholberatungsstelle Vöcklabruck interviewt.

Bei weiteren 5 Jugendlichen hat das Spital bereits vor Eintreffen der InterviewerInnen unabhängig einen Termin mit PsychologInnen vereinbart.

Unter *den psycho-sozial auffälligen Jugendlichen* finden sich auch beide Wiederholungsfälle, die bereits einmal einen Aufenthalt wegen Alkoholintoxikation erlebt haben, wieder.

Es kam bei den 17 Jugendlichen wiederholt zu ähnlichen psycho-sozialen Problemlagen, sodass eine Gruppierung der Jugendlichen vernünftig erschien.

#### Gewaltausbrüche

6 Jugendliche begangen am Anlasstag gewalttätige Handlungen. Ein Jugendlicher etwa, ging auf seine Eltern mit einem Schwert los. Auslöser war ein erneut aufgeflammter, schon lange andauernder Streit mit den Eltern und der Freundin. Eine andere Jugendliche wurde somnolent in das Spital eingeliefert, wo sie jedoch plötzlich wieder voll erwachte, wild um sich schlug und nicht beruhigt werden konnte. Im Nachhinein stellte sich heraus, dass die Jugendliche in einer rechtsradikal orientierten Straßenbande aktiv war und sich von ihrer Familie völlig abgekoppelt habe.

Diese beiden Beispiele machen bereits deutlich, dass psycho-soziale Grundproblematiken das Auftreten gewalttätiger Handlungen bei den 6 Jugendlichen begünstigte und die Gewaltausbrüche nicht als zufällige, spontane Handlungen zu bewerten sind. Im Zentrum standen bei allen 6 Jugendlichen familiäre und psychische Problematiken. In Fall des genannten aggressiven Mädchens kommt noch ein problematischer Freundeskreis hinzu, der sich durch Gewalt definiert.

Die familiären und psychischen Problematiken waren in bei allen 6 Jugendlichen sehr offensichtlich. 2 der Jugendlichen lebten z.B. in einer betreuten Wohnrichtung für Jugendliche. Deren BetreuerInnen berichteten, dass beide Jugendliche ein großes Gewaltpotential aufweisen würden und aus zerrütteten Familien kommen würden. Eine andere Jugendliche berichtet, dass der Vater die Mutter oft im Streit geschlagen hätte. Aktuell hätte sie ein großes Problem, auch nur kleinste Meinungsverschiedenheiten auszutragen. Sie würde dabei sofort aggressiv werden, so die Jugendliche. Der im Rahmen dieser Studie dokumentierte Spitalsaufenthalt aufgrund einer Alkoholintoxikation war bereits ihr zweiter.

#### Suizidversuch

Ein Jugendlicher verübte in alkoholisiertem Zustand einen Suizidversuch. Der Jugendliche gab an, schon länger suizidale Gedanken gehabt zu haben, aber nie den Mut aufbrachte,

die Handlung wirklich zu vollziehen. Genau wie in jenen Fällen, die aktiv Gewalt ausgeübt hatten, scheinen auch bei diesem Jugendlichen familiäre und psychische Probleme schon länger vorhanden zu sein. Am Anlasstag hatte er heftigen Streit mit seinen Eltern, von denen er sich bereits länger abkapselte und sehr schlecht verstanden fühlte. Es schloss sich daraufhin in seinem Zimmer ein und trank eine Flasche Spirituosen. Im Alkohorrausch wollte er sich die Pulsadern aufschneiden, verletzte sich aber dabei nicht lebensgefährlich. Der Bursch wurde von seinen Eltern Stunden später schwer alkoholisiert gefunden und ins Spital gebracht. Neben den familiären Problemen habe er ein schon länger ein großes Problem mit seinem Selbstvertrauen, gab der Jugendliche zusätzlich an.

#### Langjähriges Problem mit harten Drogen

2 der 17 Jugendlichen weisen seit Jahren einen sehr problematischen Umgang mit chemischen bzw. harten Drogen auf. Die beiden Jugendlichen gaben an, dass sie Alkohol eigentlich nur konsumieren würden, um „ruhig“ genug für den Genuss der härteren Drogen zu werden. Aus der Sichtweise psycho-sozialer Risikofaktoren kommt erschwerend hinzu, dass der gesamte Freundeskreis, in dem sich die Jugendlichen bewegen, ebenfalls von harten Drogen abhängig ist. Auch mit den Eltern verstehen sich die beiden immer schlechter, da diese die Jugendlichen sehr stark in Richtung therapeutischer Maßnahmen drängen würden, so die Jugendlichen. Am Anlasstag hatten beide Jugendlichen jeweils eine große Menge Spirituosen und eine Ecstasy-Tablette konsumiert.

#### Ausgeprägte soziale Problematik

Eine Jugendliche wies eine soziale Notsituation auf. Das 17-jährige Mädchen war arbeits- und obdachlos. Sie lebte zeitweilig in einer Notschlafstelle oder auf der Strasse. Das einzige, was ihr den Tag versüßen könnte sei der Alkohol, so das Mädchen. Sie berichtete auch, dass sie jeden Tag trinken würde. Auch ihr Freund und der gesamte Freundeskreis seien arbeits- und obdachlos. Mit ihren Eltern habe sich die Jugendliche vor Jahren zerstritten und seit dem überhaupt keinen Kontakt mehr gehabt, so das Mädchen.

#### Gezielte Problemlösungsmuster

4 Jugendliche berichteten, dass sie mittels intensivem Alkoholkonsum subjektiv erlebte Probleme oder schwere Enttäuschungen „runterspülen“ wollten. Die seitens der Jugendlichen subjektiv erlebten Problemlagen waren dabei unterschiedlich.

2 Jugendliche berichten in diesem Zusammenhang davon, dass ihr Arbeitsplatz sie überhaupt nicht interessiere und sie am Anlasstag mehrere Zurechtweisungen von Vorgesetzten erhielten. Beiden Jugendlichen liegen neben den arbeitsspezifischen auch einmal mehr familiäre und psychische Problematiken zugrunde. Sie leben in betreuten Wohneinrichtungen für Jugendliche. Bei einem der beiden Jugendlichen ist die Mutter alkoholabhängig und konnte der Erziehungsarbeit nicht mehr nachkommen. Im zweiten Fall handelt es sich um ein Mädchen, dass von zuhause wegrannte weil der Vater sie wiederholt geschlagen hatte.

Bei einer anderen Jugendlichen gestaltete sich die Situation ähnlich, nur weniger dramatisch. Das Mädchen berichtete, dass sie in letzter Zeit starke Probleme mit ihrem Selbstvertrauen hatte, weil die Eltern sehr großen Druck bezüglich der Schulnoten machen würden. Als sich die Noten verschlechterten, verschlechterte sich auch die familiäre Situation zusehends. Am Anlasstag ist sie von zuhause weggelaufen und hat sich bei einem Konzertbesuch stark betrunken.

Eine Problemlage hauptsächlich psychischer Natur beschreibt ein weiterer Jugendlicher. Er gibt an, seit jeher sehr schlecht belastbar zu sein. Jede kleinste Herausforderung stresse ihn immer sehr. Der Bursch berichtete im Interview über eine für ihn sehr stressige Berufsschulwoche. Seit kurzen würde er sein Stressproblem mit Alkohol „behandeln“.

deln“, so der Jugendliche. Am Anlasstag traf er einige Bekannte, die er länger nicht gesehen hatte. Er beschloss die anderen zum Fortgehen zu überreden, damit er in Gesellschaft beim „Kübel-Trinken“ auf einem öffentlichen Fest „abschalten“ könne.

Unauffälliges Verhalten am Anlasstag, jedoch psycho-sozial problematischer Hintergrund

3 Jugendliche wiesen im Vergleich zu den anderen 14, ebenfalls als *psycho-sozial problematisch* beurteilten Jugendlichen, am Anlasstag ein *unauffälliges* Verhalten auf. Sie waren weder gewalttätig oder suizidal, noch wollten sie Probleme mit Alkohol „wegspülen“. Dennoch waren bei 2 dieser Jugendlichen familiäre Risikofaktoren im Hintergrund vorhanden, und bei einem war ein risikobehafteter sozialer Umgang, sowie eine auffällige psychische Situation zu erkennen.

2 Jugendliche gaben an, dass der Vater langjähriger Alkoholiker wäre und es dadurch im Elternhaus oft zu Gewalt gekommen sei. Eine 17-jährige Jugendliche hatte bereits eine eigene Wohnung. Sie berichtete, dass der Vater im Rausch oft aggressiv gegenüber ihr geworden wäre und sie einfach nur von zuhause weg wollte. Das Mädchen sagte auch, sie habe in der Vergangenheit mit Essstörungen zu kämpfen gehabt. Am Anlasstag wollte sie mit FreundInnen privat ihren Geburtstag feiern. Dabei wurden mehrere Trinkspiele mit Spirituosen gespielt, so das Mädchen. Sie sei zunehmend somnolent geworden und die FreundInnen hätten die Rettung gerufen.

Ein anderer Jugendlicher berichtete, dass er aktuell zwischen den elterlichen Fronten im Scheidungskrieg stehen würde. Auch in diesem Fall sagt der Jugendliche, dass sein Vater Alkoholiker sei. Am Anlasstag war er mit seinem besten Freund zum wochenendlichen Fortgehen unterwegs und besuchte mehrere Lokale. Plötzlich musste er sich stark übergeben und wurde zunehmend somnolent, so der Jugendliche. Der Freund hätte daraufhin die Rettung verständigt.

Der dritte Jugendliche berichtete, dass er sich lange in einem Freundeskreis bewegt hätte, in dem sich immer alles um Alkohol gedreht habe. Obwohl er aktuell weniger Kontakt zu diesen Personen hätte, sei er am Anlasstag der Alkoholintoxikation dennoch wieder auf die alten Bekannten getroffen, trank mit ihnen und erlitt eine Alkoholintoxikation. Er wollte ursprünglich seinen letzten Urlaubstag feiern. Es handelte sich dabei um einen Wiederholungsfall. Der Jugendliche wurde bereits einmal aufgrund von intensivem Alkoholkonsum eingeliefert. Auch äußerte dieser Jugendliche, auf Stress oder Probleme sehr schlecht adäquat reagieren zu können. Er berichtete davon, dass er in jüngerer Vergangenheit ein Problem eine Woche lang mit täglichem Alkoholkonsum zu „behandeln“ versuchte.

*Jugendliche mit risikobehaftetem Alkoholkonsum, ohne psycho-soziale Auffälligkeiten*

Es konnten auch 4 Jugendliche identifiziert werden, bei denen keine relevanten psychosozialen Probleme vorlagen, deren Alkoholkonsum aber als risikobehaftet zu beurteilen war.

Gemein hatten alle 4 Jugendlichen, dass sie 17 Jahre alt und männlich waren. Weiters gaben sie an, bereits sehr viel Erfahrung im Umgang mit verschiedenen Alkoholika und schweren Berausungen zu besitzen.

Ein Jugendlicher berichtete, dass er regelmäßig schwere Rausche plant. Dazu würde er in der Regel mit FreundInnen rundenweise Spirituosen konsumieren. Auch im Falle des Anlasstages wäre eine intensive Berausung geplant gewesen, so der Jugendliche. Auf die Frage nach einer Begründung dafür, antwortete er mit „einfach so aus Spaß“.

Eine ähnliche Beschreibung gibt ein zweiter Jugendlicher. Er würde regelmäßig Diskotheken mit Happy-Hour Aktionen besuchen, um zu sehen in welcher Geschwindigkeit er wie

viele Getränke vertragen würde. Der Jugendliche gab an, mehrmals pro Woche auf diese Art und Weise fortzugehen. Er sei dabei immer schwer berauscht.

Alkohol würde in seinem Leben eine sehr große Rolle spielen, so ein dritter Jugendlicher. Auch er plane gerne schwere Berausungen. Zusätzlich kommt noch dazu, dass er Mitglied einer Stammtischrunde sei, die sich mehrmals wöchentlich treffe. Auch bei diesen Treffen könne ein schwerer Rausch nie ausgeschlossen werden, so der Jugendliche.

Ein vierter Jugendlicher berichtete, dass er „Happy-Hour“ Angebote fast schon langweilig finde, da in jüngerer Zeit die Menge an Alkohol in den offenen Schankmixgetränken abgenommen habe. Er sei so auf die Idee gekommen, mit Freunden eine 24-Stunden Party mit einem 25-Liter Fass Cola-Rum zu feiern. Als Begründung dafür, wurde einmal mehr „der Spaß“ genannt.

#### **7.4.2 Zusätzlich relevante Aspekte in den Gruppen**

Zwischen den drei erwähnten Gruppen existieren einige Unterschiede, die über die genannten Risikofaktoren hinaus gehen. Auf diese wird in der Folge eingegangen.

##### **7.4.2.1 Einlieferungswochentag**

Ein interessanter Aspekt ist, dass Jugendliche, die nach Alkoholkonsum unter der Woche (Montag bis Donnerstag) eingeliefert worden waren, öfters als *psycho-sozial problematisch* eingeschätzt wurden, als Personen, deren Alkoholkonsum auf das Wochenende (Freitag bis Sonntag) fiel. Von den 8 Jugendlichen, die im Zeitraum zwischen Montag bis Donnerstag exzessiv getrunken hatten, wurden 6 (75%) als *psycho-sozial auffällig* beurteilt. Von den 42 exzessiven „Wochenendtrinkern“ wurden nur 11 (26%) als *psycho-sozial auffällig* beurteilt.

In diesem Ergebnis spiegelt sich wider, dass Alkoholkonsum am Wochenende im Freundeskreis auch unter unauffälligen Jugendlichen ein weit verbreitetes Verhalten ist, während regelmäßiger Alkoholkonsum an Schul- und Arbeitstagen bei unauffälligen Jugendlichen weniger häufig vorkommt.

##### **7.4.2.2 Bildungs- bzw. Arbeitsplatzsituation in den Gruppen**

Unter den *unauffälligen Jugendlichen* gibt es relativ mehr SchülerInnen und weniger Lehrlinge, sowie Personen in Übergangssituationen. (Lehrstellensuche, arbeitslos, etc. siehe Kap. 7.3.2.4) 18 von 22 SchülerInnen (82 %), 8 von 19 Lehrlingen (42%) und 3 von 9 Personen in Übergangssituation (33%) wurden als unauffällig klassifiziert. (Für die Verteilung in der Gesamtstichprobe siehe Abb. 17)

#### **7.4.3 Einschätzungen von PsychiaterInnen für die einzelnen Gruppen**

Nachdem das Forschungsteam die Jugendlichen hinsichtlich ihrer Auffälligkeit beurteilt worden waren, wurden mit Psychiatern aus den beteiligten Spitälern ExpertInneninterviews geführt. Den Ärzten wurden dabei die Zuordnungen präsentiert und diese stimmten der Beurteilung in der Regel zu.

Ein Arzt vertrat in diesem Zusammenhang die Ansicht, dass das exzessive Alkoholkonsumverhalten der psycho-sozial auffälligen Jugendlichen eher als Folge, statt als Ursache der psycho-sozialen Grundproblematik zu interpretieren sei, und dass bei diesen Jugendlichen erheblicher Handlungsbedarf bestehe.

Die Ärzte betonten auch, dass ihrer Einschätzung nach die Zahl der Rausche bei Jugendli-

chen nicht zugenommen habe. Ein Arzt kritisierte besonders, dass das Phänomen Alkohorräusche bei Jugendlichen als Folge der medial-öffentlichen „Komatrinken“-Diskussion erheblich überschätzt würde.

## **7.5 Interventionsbedarf: Reaktionen und Konsequenzen einer Alkoholintoxikation bei den Betroffenen**

Neben der Frage, wie es zu einer Alkoholvergiftung kommt, welche möglichen Ursachen dafür verantwortlich gemacht werden könnten, bzw. welche Risikofaktoren eine Alkoholintoxikation begünstigt haben, war es ein zentraler Punkt des Forschungsprojektes, Informationen darüber zu sammeln, welche Reaktionen und Konsequenzen eine Alkoholintoxikation mit Spitalsaufenthalt für die Jugendlichen mit sich bringt. Dabei sollten sowohl finanzielle Aspekte der medizinischen Intervention (Erwartungshaltung bezüglich der Übernahme von Behandlungskosten), als auch psycho-soziale Reaktionen der betroffenen Jugendlichen und ihnen nahestehenden Personen (Eltern und FreundInnen) berücksichtigt werden. Zusätzlich wurde auch erhoben, ob es abgesehen von der Alkoholvergiftung auch andere Geschehnisse gab, die von den Jugendlichen als Belastung empfunden werden. Auch – und speziell für die Prävention von besonderer Bedeutung – stellte sich die Frage, ob die von den Jugendlichen gesammelten Erfahrungen einen Einfluss darauf haben, ob sie in Zukunft eine medizinische Intervention in Anspruch nehmen würden oder nicht.

### **7.5.1 Finanzielle Folgen der Alkoholintoxikation**

Bei der Betrachtung der finanziellen Folgen einer Alkoholintoxikation ist zu allererst auf die gesetzliche Situation hinzuweisen.

#### **7.5.1.1 Gesetzliche Situation – OGH-Urteil**

Manche Gebietskrankenkassen – wie z.B. die Wiener Gebietskrankenkasse – vertreten die Ansicht, dass die Behandlung von alkoholisierten Personen nicht als Krankenbehandlung im Sinne des § 133 ASVG zu verstehen sei, sondern als kontrollierte Ausnüchterung, ohne dass dabei eine Heilbehandlung durchgeführt werde. Auch Infusionen zur Linderung eines Rauschzustandes seien nicht als Krankenbehandlung anzusehen. Aus diesem Grund wurde die Kostenübernahme für Krankentransport und Behandlung in der Mehrzahl der Fälle von der Krankenkasse verweigert.

Nachdem der Vater eines alkoholisiert ins Spital eingelieferten Mädchens die Kasse auf Kostenübernahme klagte und den Rechtsweg bis zum Höchstgericht beschritt, ist seit dem Urteil (OGH, 2009) ziemlich eindeutig klar, dass die Kostenübernahme auch bei reiner Alkoholisierung von der Kasse übernommen werden muss. Aus dem Höchstgerichtsurteil lässt sich folgendes ableiten (Originaltext der OGH Begründung kursiv):

- Die Krankenkasse muss die Kosten für Behandlungen unabhängig von der Frage einer Selbstverschuldung übernehmen (*„Auf die Ursache der Krankheit kommt es nicht an“*),
- Für die Beurteilung der Frage, ob eine Behandlung notwendig ist, ist die ex ante Beurteilung und nicht die ex post Beurteilung relevant (*„Die Notwendigkeit der Krankenbehandlung ist dabei stets losgelöst vom Erfolg bzw. Nichterfolg der tatsächlichen Krankenbehandlung ex ante zu beurteilen“*).
- Solange die Diagnose noch nicht erfolgt ist und man Behandlungswürdigkeit nicht ausschließen kann und solange Ärzte der Meinung sind, dass eine ambulante oder stationäre Behandlung notwendig werden könnte, sind die Kosten für eine ambulante oder stationäre Behandlung von der Krankenkasse zu übernehmen. (*„weshalb dem Arzt eine wesentliche Rolle bei der Abgrenzung des Krankheitsbegriffs zukommt. Ihm obliegt es, festzustellen, wann eine Störung ein“*

*solches Ausmaß erreicht hat, dass Behandlungsbedürftigkeit „medizinisch geboten ist“)*

- Leistungen werden nur übernommen, wenn nicht auszuschließen ist, dass Behandlungsbedürftigkeit vorliegt (*„wird in der Krankenversicherung ein Leiden nur bei Behandlungsbedürftigkeit als Krankheit anerkannt“*) also nicht im Falle einer reinen Asylierung. Diese läge nur dann vor, wenn ÄrztInnen Behandlungsbedürftigkeit im weiteren Verlauf mit Sicherheit ausschließen könnten, bzw. wenn ärztliche Maßnahmen zu setzen nicht zweckmäßig sei. (*„Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“*)
- Eine Infusion um Schmerzen oder sonstige Beschwerden zu lindern ist bereits als Krankenbehandlung zu werten. (*„Voraussetzung der Behandlungsbedürftigkeit nach herrschender Ansicht dann erfüllt ist, ... oder wenn die ärztliche Behandlung erforderlich ist, um Schmerzen oder sonstige Beschwerden zu lindern.“*)
- Können die ÄrztInnen spätere behandlungsbedürftige Probleme nicht ausschließen, so ist eine Entlassung nicht möglich und die Kasse muss daher die Kosten übernehmen (*„weil die Ärzte zu diesem Zeitpunkt nicht wissen konnten, was die Minderjährige alles eingenommen hatte und nachträglich zu einem kritischen behandlungsbedürftigen Zustand hätte führen können [wie z.B. Opiate oder ähnliches], kann am Vorliegen eines objektivierten Krankheitsverdachts, der bereits als regelwidriger und behandlungsbedürftiger Zustand der Versicherten anzusehen war, nämlich kein Zweifel bestehen.“*)

ÄrztInnen, die einen Patienten in häusliche Behandlung entlassen könnten, ihn aber bloß aufnehmen um ein Bett zu füllen – also ohne medizinische Indikation – können nach Erachten des Forschungsteams die dadurch entstehenden Kosten, die die Kasse zu Recht nicht übernimmt, nicht von PatientInnen einfordern.

In Oberösterreich sieht die Situation in der Praxis so aus, dass Transportkosten (Rettung) und stationäre Behandlungskosten (Krankenhaus) unterschiedlichen Prozederen unterliegen.

#### **7.5.1.2 Nicht-Übernahme der Transportkosten (Rettung) in Oberösterreich**

Wird im Rahmen einer Alkoholintoxikation ein Rettungswagen mittels Notruf herbeigerufen, so wird von den RettungssanitäterInnen oder den NotärztInnen ein Rettungsbericht ausgefüllt, in dem die vorläufige Arbeitsdiagnose vermerkt ist. Dieses Prozedere ist sowohl beim Arbeiter-Samariterbund, als auch beim Roten Kreuz ein Standardverfahren. Mit Hilfe dieser genannten Berichte wird auch die Verrechnung für den durchgeführten Rettungstransport abgewickelt. Diese Verrechnung läuft bei beiden Organisationen unterschiedlich.

Der Arbeiter-Samariterbund beantragt bei der Gebietskrankenkasse eine Übernahme der Transportkosten. Dazu muss der ausgefüllte Rettungsbericht an eben jene weitergeleitet werden. Laut der Gebietskrankenkasse, ist die entscheidende Diagnose für die Abrechnung aber jene aus dem Krankenhaus. Enthält diese ausschließlich die Diagnose einer Alkoholintoxikation, ohne dass Begleitverletzungen oder Erkrankungen vorhanden waren, so wird dem Samariterbund die Kostenübernahme seitens der Kasse verweigert. Der Samariterbund fordert die Kosten dann vom transportierten Jugendlichen über eine Privatrechnung direkt ein; laut der Geschäftsführung des Rettungsvereins gilt für einen Transport im Stadtbereich von Linz eine Pauschale von 26,69 Euro.

Die Verrechnung beim Roten Kreuz Oberösterreich (RKOÖ) verläuft etwas anders. Es wird betont, dass die Organisation einen Vertrag mit der Gebietskrankenkasse habe, der die Kostenübernahme aller Transporte beinhalte. Es sei also im Falle der Verweigerung einer Kostenübernahme Sache der Krankenkasse, sich das Geld bei den PatientInnen zurück-

zuholen. Die Pauschalen für das Rote Kreuz variieren von Bezirk zu Bezirk, bewegen sich aber immer im Bereich zwischen 40 Euro und 100 Euro, letztes wenn zusätzlich ein Notarzteinsatzfahrzeug verständigt wurde. Somit tragen die Kosten auch bei dieser Prozedur, sofern es sich ausschließlich um eine Alkoholintoxikationsdiagnose handelt, die PatientInnen bzw. deren Familien.

Zu erwähnen ist die Tatsache, dass die Pauschalen sowohl beim Samariterbund als auch beim Roten Kreuz nicht kostendeckend für einen Einsatz sind, da ein Großteil der Rettungskosten vom Land direkt getragen wird und außerdem Ehrenamtlichkeit bei beiden Vereinen eine große Rolle spielt. (siehe Kap. 0) Anders als z.B. in Wien, wo bei Privatrechnungen ein Vielfaches der Kassensätze für Krankentransporte verrechnet wird, zahlen die PatientInnen in Oberösterreich grundsätzlich nur die Kassensätze für derartige Transporte.

### **7.5.1.3 Stationäre Behandlungskosten (Krankenhaus)**

Die stationären Behandlungskosten bei Alkoholintoxikationen werden von den Krankenkassen in Oberösterreich grundsätzlich immer übernommen, unter Umständen wird aber Regress von WirtInnen gefordert, denen eine Schuld am Zustandekommen der Alkoholisierung angelastet wird. Es wurde seitens der Krankenkasse erklärt, dass sich die Regressforderungen gegen jene GastronomInnen richten würden, die gegen die OÖ. Jugendschutzbestimmungen verstoßen und widerrechtlich Alkohol an laut dem Gesetz nicht berechnigte Jugendliche ausschenken. (Unter 16 kein Alkohol, bis 18 keine Spirituosen, sondern nur Bier oder Wein; siehe Kap. 4.4)

### **7.5.1.4 Regressforderungen**

Laut der Gebietskrankenkasse wird in Fällen, wo eine Alkoholintoxikation von unter 16-jährigen Jugendlichen als Hauptdiagnose an die Gebietskrankenkasse gemeldet wird, die Krankengeschichte angefordert. Es wurde erklärt, dass man sich nur unter 16-jährige Fälle genauer anschauen, da hier das Jugendschutzgesetz eindeutig die Abgabe von Alkohol an Jugendliche verbietet. Bei über 16-Jährigen hätte man oft das Problem, dass sich Jugendliche bei einer Befragung nicht genau erinnern können oder wollen, ob sie auch Spirituosen konsumiert haben, was bis zum 18. Geburtstag nach dem oberösterreichischen Jugendschutzgesetz verboten ist.

Es wurde auch angemerkt, dass aus Sicht der Gebietskrankenkasse eine durch Dritte verursachte Alkoholintoxikation als Körperverletzung zu werten sei. Sie sollte daher auch so behandelt werden wie alle anderen rechtswidrigen Körperverletzungen. (z.B. Verkehrsunfälle, Schlägereien, usw.) Diese Fälle würden ohnehin routinemäßig regressiert werden. Diese Gleichbehandlung wurde von der OÖGKK auch als vorrangiges Motiv für die Vorgehensweise des Regresses gegen GastronomInnen genannt.

Basierend auf der angeforderten Krankengeschichte würde dann ein Team aus SachbearbeiterInnen entscheiden, ob Ermittlungen für den Regress aufgenommen werden. Ein Regressverfahren ermöglicht es der Krankenkasse, die Forderung der entstandenen Kosten von einem verschuldenden Dritten einzufordern.

Die Entscheidung bezüglich einer Einleitung von Ermittlungen wird auch davon abhängig gemacht, ob aus der Krankengeschichte erkennbar ist, dass bei den Jugendlichen keine psycho-sozialen Grundproblematiken festzustellen sind, sondern einzig und allein die Alkoholintoxikation festgestellt wurde, so die Krankenkasse. Es wurde erläutert, dass die Gebietskrankenkasse Jugendliche in problematischen Situationen nicht durch unangenehme Befragungen zusätzlich belasten wolle.

Fällt eine Entscheidung zugunsten von Ermittlungen aus, so würde der Jugendliche zu ei-

ner Befragung in die Gebietskrankenkasse vorgeladen. In einem Gespräch wird dann versucht, so viele Details wie möglich über den Anlassfall in Erfahrung zu bringen.

Wird aufgrund der Befragung Regress gefordert, so würde den betroffenen GastronomInnen eine Rechnung in der Höhe der angefallenen Spitalskosten zugesandt. Die Rettungskosten blieben davon aber unberührt, da diese ja bereits von den PatientInnen selbst getragen werden würden.

Wie weit die Regressforderungen vor Gericht halten würden, kann die Gebietskrankenkasse aber nicht beurteilen. Es gibt bis dato noch keinen Präzedenzfall in Österreich, da laut der Gebietskrankenkasse bisher alle GastronomInnen immer bezahlt hätten. Seit 2007 wurden bis zum Erhebungszeitpunkt im Herbst 2008 nach diesem Verfahren 50 LokalbetreiberInnen von der Gebietskrankenkasse regressiert. Die Beträge lagen immer zwischen 100 Euro und rund 1000 Euro.

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung für die Studie war laut der Gebietskrankenkasse auch geplant, dass Regressverfahren auf solche Eltern und Geschwister auszuweiten, die jugendlichen Familienmitgliedern Alkohol in hoher Stärke und/oder Menge zugänglich machen, die diese laut Jugendschutzgesetz noch nicht konsumieren hätten dürfen.

Dieses geplante Vorgehen ist allerdings keinesfalls unproblematisch. Im Zuge der Anhörung wären Jugendliche gezwungen, gegen ihre eigenen Eltern oder Familienmitglieder auszusagen, was gerade in Fällen, in denen ohnehin ein gespanntes bzw. problematisches Familienverhältnis vorherrscht, die Familiensituation weiter belasten kann. Auch der Umgang mit eventuellen zukünftigen Alkoholintoxikationen, z.B. von FreundInnen, wäre davon mit hoher Wahrscheinlichkeit negativ beeinflusst, weil Hemmungen entstünden den Notruf zu tätigen. (Jugendliche Skepsis vor dem Rettungsnotruf; siehe Kap. 7.1.7.3)

#### *Wissen der Krankenhäuser über das Verrechnungsprozedere*

Das Thema der anfallenden Kosten in Zusammenhang mit einer stationär behandelten Alkoholintoxikation ist in den Spitälern selbst nur selten ein Thema. In ExpertInneninterviews mit den Abteilungsleitern der an dem Projekt beteiligten Jugendstationen wurde einhellig angegeben, dass die Frage der Kostenübernahme durch die Gebietskrankenkasse bisher keinerlei Probleme verursacht habe. In keinem der beteiligten Krankenhäuser ist ein Fall bekannt, wo die Übernahme der Spitalskosten bis dato verweigert worden wäre.

### **7.5.2 Einschätzung der möglichen finanziellen Konsequenzen durch die Jugendlichen**

Die überwiegende Mehrzahl der befragten Jugendlichen (28 Personen) hatte keine Ahnung, ob aus der Spitalsbehandlung konkrete, für sie privat zu zahlende Kosten entstehen könnten. 12 gingen davon aus die Kosten selber tragen zu müssen, wobei zwei von der Rettung und eine Person von der Mutter über auf sie zukommende Kosten informiert wurden. Eine Person ging davon aus, dass alle Kosten von der Krankenkasse übernommen werden würden. In 9 Fällen konnte im Rahmen der Interviewsituation zwar nach vermuteten Folgen der Aufnahme, aber nicht spezifisch genug nach der Kostenübernahme gefragt werden.

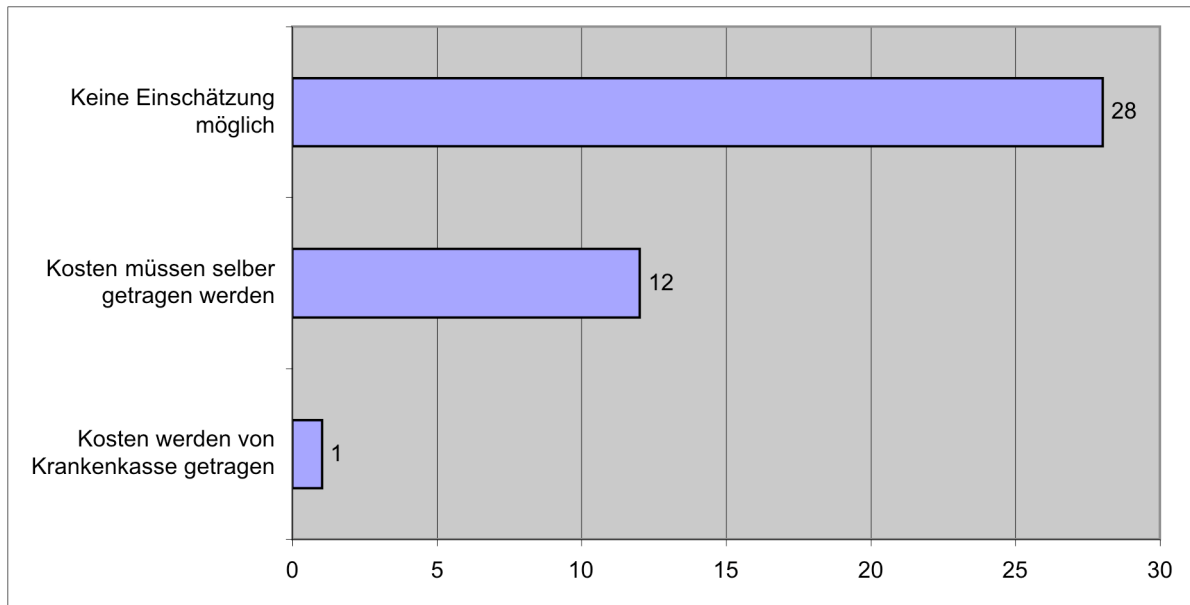
Da, wie bereits ausgeführt, in Oberösterreich nur die Kosten für den Krankentransport an alkoholisierte Patienten verrechnet werden und die Krankenkassen die Spitalsbehandlung ausnahmslos tragen, können tatsächlich ja nur geringe Kosten anfallen.

Wieweit vermutete hohe Kosten eine relevante Hemmschwelle darstellen, die davon abhält im Anlassfall die Rettung zu informieren, kann aufgrund der vorliegenden Daten nur



gemutmaßt werden (vgl. Kap. 7.1.7 und 7.4.2).

**Abb. 21: Erwartungshaltung bezüglich der Übernahme von Behandlungskosten**



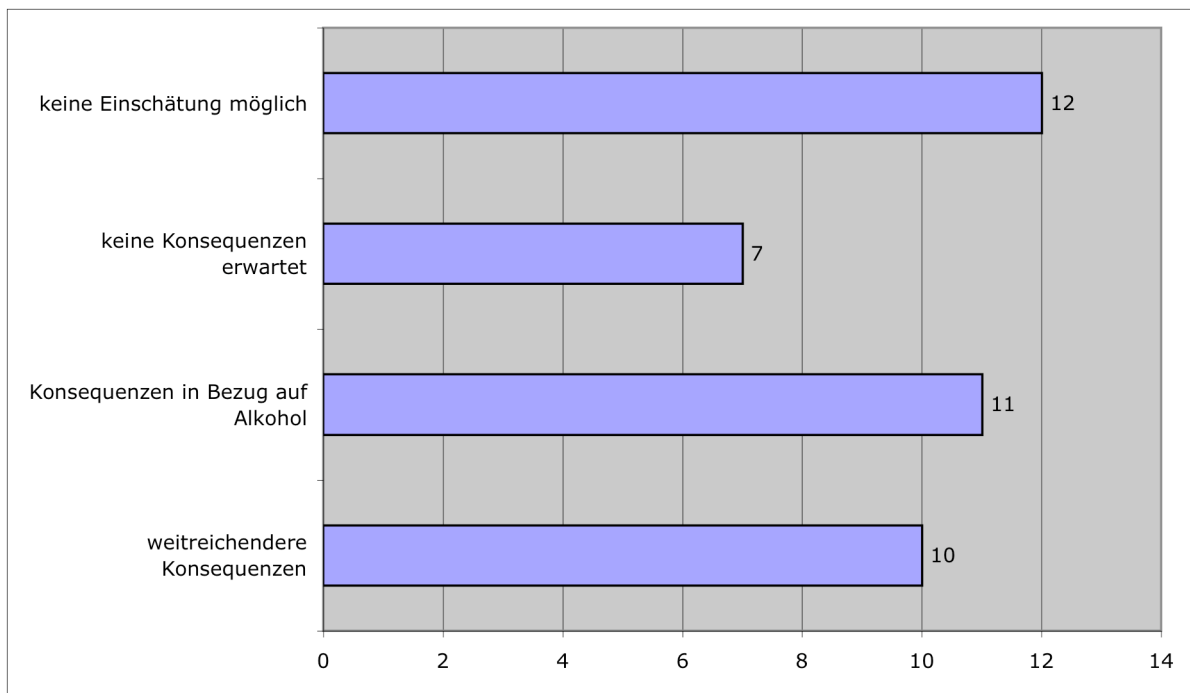
*Anmerkung: Auswertung der Angaben zur Frage F4.2 "Was glaubst Du, welche Konsequenzen dieser Spitalsaufenthalt für dich hat (finanziell, rechtlich), und wer hat dich darüber informiert?"; Dimension "Einschätzung Kostenübernahme"; 41 gültige Angaben, 9 fehlende Angaben*

### 7.5.3 Emotionale/soziale Konsequenzen einer Alkoholintoxikation

Die Gespräche fanden größtenteils zu einem Zeitpunkt statt, zu dem die Jugendlichen bereits mit einem Elternteil gesprochen haben bzw. die Eltern bereits im Spital persönlich anwesend waren. Die Einschätzung der Jugendlichen in Bezug auf die Reaktion ihrer Eltern beruht somit meist auf dem ersten Eindruck eines kurzen Treffens bzw. Telefonats bevor das Gespräch mit den Interviewern stattfand.

Die Jugendlichen wurden befragt, ob sie mit relevanten Konsequenzen von Seiten ihrer Eltern aufgrund des Spitalsaufenthalts rechnen (Abb. 22). 10 machten dazu keine Angaben. 12 meinten, dass sie das zum jetzigen Zeitpunkt nicht einschätzen könnten. 7 Jugendliche waren der Meinung, dass die Intoxikation und der darauf folgende Krankenhausaufenthalt für sie keinerlei relevante Konsequenzen haben werden. 11 Jugendliche rechneten damit, dass es primär Konsequenzen den Alkoholkonsum betreffend geben werde, wobei in den meisten Fällen ein Ausgeh-Verbot gemeint war. In einem Fall aber auch das Versprechen, keinen harten Alkohol mehr zu konsumieren. Weitere 10 Jugendliche rechneten mit darüber hinausgehenden Konsequenzen. Das reichte von der Erwartung einige Einschränkungen in den Freiheiten hinnehmen zu müssen, bis hin zum Wunsch der Eltern, eine Psychotherapie zu beginnen.

**Abb. 22: Erwartungshaltung bezüglich Konsequenzen von Seiten der Eltern**



Anmerkung: Auswertung der Angaben zur Frage F4.8 "Was glaubst du, wie deine Eltern auf diesen Spitalsaufenthalt reagieren?"; Dimension "Konsequenzen"; 40 gültige Angaben, 10 fehlende Angaben.

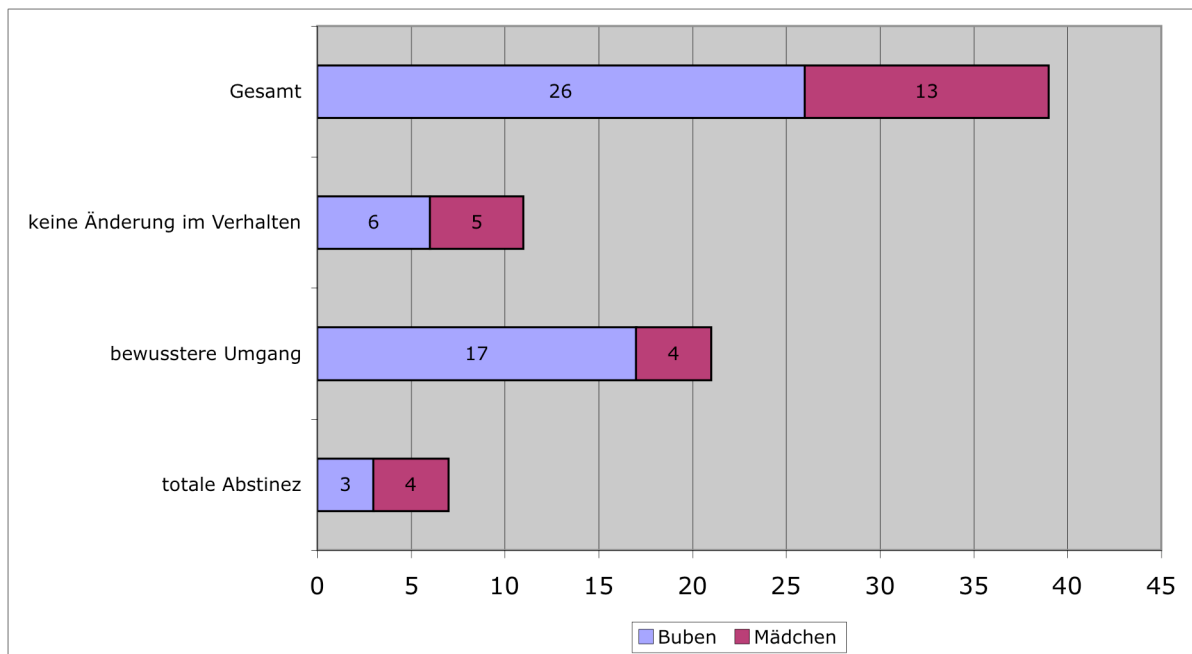
### 7.5.3.1 Geplante Konsequenzen in Bezug auf das eigene Verhalten

Mit den Jugendlichen wurde auch darüber gesprochen, in wie weit das Erlebnis der Alkoholintoxikation mit Spitalsaufenthalt Konsequenzen auf ihr eigenes Verhalten haben werde. Bei der Auswertung wurde versucht zwischen Angaben, die sich alleine auf den Konsum von Alkohol beziehen (Abb. 23) und Angaben, die auf allgemeine und weiter reichende Verhaltensänderungen abzielen, zu trennen.

Bezüglich des zukünftigen Alkoholkonsum äußern sich 39 Jugendliche (26 Burschen und 13 Mädchen): mehr als die Hälfte dieser Personen (21) gibt an, zu planen in Zukunft bewusster Alkohol zu konsumieren. In diese Kategorie fallen Angaben wie „weniger und langsamer trinken“, „Verzicht auf harte Alkoholika“, „keine Getränke von fremden Personen annehmen“, „vermehrt auf Warnsignale des Körpers hören“ oder „auf das Vorglühen“ verzichten.

11 Jugendliche sahen keinen Grund wegen der Alkoholaufnahme ihr Verhalten maßgeblich zu verändern und 7 vertraten die Absicht in Zukunft total alkoholabstinent leben zu wollen.

**Abb. 23: Änderungen im Bezug auf den Konsum von Alkohol**



Anmerkung: Auswertung der Angaben zur Frage "F4.7 Was glaubst du, wie du mit diesem Erlebnis umgehen wirst?"; Dimension "eigenes Verhalten in Bezug auf Alkohol"; Angaben von 26 Buben und 13 Mädchen getrennt dargestellt; 39 gültige Angaben, 11 fehlende Angaben

13 Jugendliche machten umfassendere Angaben die geplanten Konsequenzen betreffend, die über den Alkoholkonsum hinausgehen. So wollte ein 16-jähriger Bursch nach diesem Erlebnis den Kontakt mit seiner Ex-Freundin abbrechen, eine gleichaltrige Patientin wollte versuchen die Beziehung zu ihrem Freund kicken, ein anderer Jugendlicher (16 Jahre, männlich) gab an, mehr Zeit mit seiner Mutter verbringen zu wollen und drei Jugendliche erklärten sich bereit, eine Psychotherapie zu beginnen.

Wieweit diese unmittelbar nach der Hospitalisierung gemachten Aussagen mit tatsächlichen Verhaltensänderungen korrelieren, kann aber nur spekuliert werden.

#### **7.5.4 Vorschlag für eine an die PatientInnen angepasste stationäre Intervention**

Basierend auf einem zentralen Ergebnis der Studie, nämlich der Tatsache, dass sich Jugendliche mit einer Alkoholintoxikation anhand vorhandener Risikofaktoren unterscheiden, wurden Interventionsvorschläge erarbeitet. Die positiven Erfahrungen der MitarbeiterInnen aus den Gesprächen mit den Eltern unterstützen die Annahme, dass für *alle* Jugendlichen und ihre Eltern, also auch für jene Gruppe der Jugendlichen die als *unauffällig* eingestuft wurden, Interventionen sinnvoll sind.

Die folgenden Empfehlungen sollen als Unterstützung dafür verstanden werden, zielführende Maßnahmen zu implementieren, wobei bereits vorhandene Maßnahmen und krankenhausspezifische Rahmenbedingungen zu berücksichtigen sind.

Wie bereits ausgeführt, scheinen Interventionen für *alle* alkoholintoxikierten Jugendlichen bzw. deren Eltern sinnvoll, wobei hier eine Berücksichtigung der individuellen Gefährdung wichtig wäre. Das setzt voraus, dass zuvor eine diesbezügliche Einschätzung erfolgt, wobei sich hier das Krankenhaussetting, wo der erste Kontakt mit den betroffenen Jugendlichen stattfindet, anbietet. In diesem Zusammenhang stellen sich allerdings mehrere Probleme dar:

- (1) Nicht in allen Abteilungen sind die zeitlichen/personellen Ressourcen vorhanden, um neben der medizinischen Versorgung der alkoholintoxikierten Jugendlichen auch eine Einschätzung der Gefährdung vorzunehmen, bzw. eine weitere Unterstützung in die Wege leiten.
- (2) Auch in Abteilungen, die über PsychologInnen verfügen, stellt sich angesichts der knappen Zeitressourcen die Frage, wer die Einschätzung der Gefährdung der Jugendlichen vornehmen sollte bzw. könnte: Einerseits vertreten ExpertInnen die Meinung, dass hierfür ausschließlich PsychologInnen geeignet seien, andererseits wird auch vertreten, dass eine Beurteilung anhand einiger weniger Kriterien innerhalb kurzer Zeit auch durch andere Professionen durchführbar sein müsse; ein längeres Gespräch sei vor allem angesichts der knappen Ressourcen unrealistisch. Wichtig scheint, krankenhausintern eine passende Lösung zu finden, wer für diese Einschätzung zuständig ist.
- (3) Die Einlieferung von alkoholintoxikierten Jugendlichen erfolgt in erster Linie an den Wochenenden, d.h. zu einem Zeitpunkt, wo in der Regel keine PsychologInnen anwesend sind, denen unter der Woche die Aufgabe zukommt, die Jugendlichen bzgl. ihrer Gefährdung einzuschätzen bzw. darauf aufbauend bei Bedarf weitere Interventionen in die Wege zu leiten. Die Vorgehensweisen, wie darauf reagiert wird, gestalten sich von Abteilung zu Abteilung sehr unterschiedlich: von einer Verlängerung des stationären Aufenthalts bei jenen Jugendlichen, die einer ersten Einschätzung zufolge besonders gefährdet scheinen, über die Entlassung der Jugendlichen ohne weitere Intervention, bis hin zu verpflichtenden Kontakten nach der Entlassung, die wenn sie nicht wahrgenommen werden, eine Meldung beim zuständigen Amt für Jugend und Familie nach sich ziehen.

Aufgrund der unterschiedlichen Merkmale von alkoholintoxikierten Jugendlichen, können unterschiedliche Interventionen als zielführend beschrieben werden:

#### *„Unauffällige“ Jugendliche*

Als „unauffällig“ werden jene Jugendlichen bezeichnet, bei denen weder der Alkoholkonsum, noch verschiedene psychosoziale Aspekte problematisch erscheinen (vgl. Kap. 7.4.1). Trotz der Einschätzung dieser Jugendlichen als „unauffällig“, bleibt die Alkoholintoxikation ein Ereignis, dass einerseits nicht bagatellisiert werden sollte, andererseits aber auch nicht zu einer Problematisierung führen sollte. Die Erfahrungen aus den Gesprächen mit den Eltern zeigen, dass bei diesen große Unsicherheiten bestehen, wie sie dieses Ereignis einschätzen bzw. damit umgehen sollen. Zentraler Aspekt für dieses Gespräch scheint zu sein, durch entsprechende Information eine Deeskalation der Situation zu erreichen. In einer Gesellschaft, in der Alkohol eine wichtige Rolle einnimmt, gehört es mit zu den Aufgaben der Jugendlichen, einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol zu erlernen. Daher ist der Konsum von größeren Mengen Alkohol im Sinne einer Alkoholintoxikation oft ein Teil dieses Lernprozesses, ohne damit dieses Ereignis bagatellisieren zu wollen.

Zu bedenken gilt auch, dass bei Jugendlichen mit vergleichsweise geringem Risiko ohne Deeskalation der Situation eine Belastung entstehen kann, die Schwierigkeiten bei den Jugendlichen begünstigen. Hilfreich erleben Eltern auch Informationen, die es ihnen erleichtern, „unproblematische“ Alkoholkonsummuster ihrer Kinder von problematischeren Mustern zu unterscheiden. Als Unterstützung dafür sollten schriftliche Materialien wie z.B. Broschüren zur Verfügung stehen.

#### *Jugendliche mit psycho-sozialen Auffälligkeiten*

Diese Personengruppe ist laut der interviewten PsychiaterInnen jene Gruppe, mit dem höchsten Beratungs- und auch Betreuungsbedarf.

Sind Auffälligkeiten erkennbar, wird die Beiziehung von klinischen PsychologInnen oder PsychiaterInnen empfohlen. Sind diese an einem Wochenende nicht erreichbar, so ist ev. eine Verlängerung des Aufenthaltes, oder eine Zuweisung zu einer Einrichtung mit einer jugendpsychiatrischen Abteilung empfehlenswert. Auch über die Einbeziehung von SozialarbeiterInnen oder der Familienwohlfahrt könnte nachgedacht werden. Die genauen Interventionen richten sich natürlich nach den jeweiligen Einzelfällen und deren Behandlungsbedarf.

*Jugendliche mit „risikobehaftetem Alkoholkonsum“ ohne psycho-soziale Auffälligkeiten*

Jugendliche die keine psycho-sozialen Auffälligkeiten zeigen, aber über risikobehaftete Alkoholkonsummuster verfügen, sollten an entsprechende Angebote, wie z.B. an Alkoholberatungsstellen, überwiesen werden. Es geht dabei in erster Linie um Beratung und Information über ihren Alkoholkonsum.

Auch bei diesen PatientInnen sollten die bereits erwähnten schriftlichen Materialien zum Einsatz kommen. Sie sollte Adressen von Beratungsstellen in ganz Oberösterreich enthalten, sodass sie auch wiederum in jedem Bezirk verwendet werden können.

## 8 Zusammenfassende Diskussion

Alkoholintoxikationen bei Jugendlichen werden unterschiedlich bewertet. Sowohl in der öffentlichen Diskussion, als auch von ExpertInnen existieren verschiedenste Einschätzungen bezüglich Häufigkeit, als auch Problematik. In den letzten Jahren ließ sich beobachten, dass die gesellschaftliche Befassung mit der Thematik zugenommen hat.

Die vorliegende Studie war von einem explorativ-qualitativen Forschungszugang bestimmt, der es dem Forschungsteam ermöglichen sollte, so viele soziale Daten über das Forschungsfeld zu gewinnen, wie möglich. Ein sehr offener Zugang war nötig, da über jugendliche Alkoholintoxikationen bis dato in Oberösterreich keine umfangreichen empirischen Daten vorhanden waren.

Die Ergebnisse der Forschungsarbeit lassen den Schluss zu, dass sich Jugendliche im Alkoholverhalten kaum von Erwachsenen unterscheiden. Alkoholkonsum scheint bei Jugendlichen genauso Kultur- und Sozialverhalten darzustellen, wie es bei Erwachsenen der Fall ist. Dies erscheint auch logisch, wachsen die Jugendlichen doch in einer Gesellschaft heran, die sich als Alkoholpermissivkultur bezeichnen lässt. Das heißt, dass Alkohol auf allen gesellschaftlichen und sozialen Ebenen in Österreich eine große Rolle spielt. Das Jugendliche jedoch bezüglich ihres Umgangs mit Alkohol noch nicht soviel Erfahrung haben können wie Erwachsene, liegt dabei auf der Hand.

Eine zentrale Aussage der Studie dazu ist, dass der Großteil der interviewten Jugendlichen (60%) psycho-sozial unauffällige Jugendliche sind, bei denen die Alkoholintoxikation als „Unfall“ zu beurteilen ist. Weder die Vorgeschichte, noch die Rahmenbedingungen bieten bei diesen Jugendlichen Hinweise dafür, dass die Alkoholisierung mehr als ein singuläres, ungeplantes Ereignis dargestellt hat.

Dem gegenüber steht eine Gruppe von Jugendlichen (32%), die psycho-soziale Auffälligkeiten in verschiedensten Faktoren zeigten. In erster Linie spielten dabei psychische, familiäre und Peer-Group Effekte eine Rolle. Bei diesen Jugendlichen stellte der intensive Alkoholkonsum am Anlasstag ein Symptom der zugrundeliegenden Problematik dar.

Lediglich bei einer kleinen Gruppe von Jugendlichen (8%) gab es Auffälligkeiten NUR im Alkoholverhalten; Diese basierten dabei nicht auf psycho-sozialen Grundproblematiken. Viel mehr wurden intensive Berausungen „aus Spaß“ seitens der Jugendlichen wiederholt angestrebt.

Es ist also wichtig, in der Analyse von jugendlichen Alkoholintoxikationen jeden Fall im Einzelnen zu betrachten und keine pauschalisierenden Aussagen, bzw. Beurteilungen zu treffen. In der Studie interviewte ProfessionistInnen aus dem Spitalsbereich unterstützten dabei durchgängig diese Schlussfolgerung. Man dürfe nie von beispielhaften Einzelfällen auf die Allgemeinheit schließen, so deren Grundtenor.

Bei den 3 von den AutorInnen eingeschätzten Gruppen, gab es jedoch auch Auffälligkeiten über die besprochenen Risikofaktoren hinaus. Jugendliche die unter der Woche, und/oder alleine konsumierten, wurden dabei öfter als *psycho-sozial auffällig* bewertet, als Jugendliche, die im Freundeskreis nur am Wochenende tranken. Bei diesen Jugendlichen dominierten klar die *Unauffälligen*. Ein weiterer Unterschied bestand in der Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatzsituation der Jugendlichen. Lehrlinge, Jobsuchende, oder arbeitslose Jugendliche wurden öfters psycho-sozial auffällig eingeschätzt als SchülerInnen. Betrachtete man hingegen die Gesamtstichprobe ohne Gruppeneinteilung, so war kein Bildungsgefälle erkennbar.

Aufbauend auf die 3 eingeschätzten Gruppen schlägt das Forschungsteam vor, angepasst-

te stationäre Interventionsmöglichkeiten für Jugendliche zu schaffen, die aufgrund einer Alkoholintoxikation stationär behandelt werden. Es ist dabei von hoher Wichtigkeit, für jede Gruppe spezifisch-passende Interventionen durchzuführen, um nicht einerseits die Alkoholintoxikation bei *unauffälligen Jugendlichen* überzubewerten und andererseits für betreuungsbedürftige Jugendliche einen möglichst niederschweligen Beratungs- oder Behandlungszugang zu schaffen. Ein genaues Prozedere dafür zu entwickeln, muss jedoch den Institutionen selbst überlassen werden, da die Rahmenbedingungen für eine Bewertung und Behandlung der Jugendlichen in oberösterreichischen Spitälern durchaus unterschiedlich sind.

Bezogen auf mediale Darstellungen der öffentlichen „Komatrinken“-Diskussion in jüngerer Vergangenheit kann man festhalten, dass problematisierende und sensationsgierige Darstellungen an der sozialen Realität vorbeigehen. Der Ausdruck „Komatrinken“ für die Beschreibung von jugendlichen Alkoholintoxikationen scheint für die Mehrheit der Jugendlichen äußerst unpassend. In der Studie war lediglich ein einziger Jugendlicher von 50 in einem komatösen Zustand! Auch alle interviewten SpitalsmitarbeiterInnen merkten an, dass komatöse Jugendliche nur Einzelfälle darstellen würden.

Generell ließen sich verschiedene Einstellungen zu jugendlichen Alkoholintoxikationen durch die SpitalsmitarbeiterInnen beschreiben. Einerseits Unverständnis darüber, dass in den letzten Jahren so stark auf diese PatientInnengruppe fokussiert werde, da es immer schon starke Alkoholisierungen in dieser Altersgruppe gegeben habe. „Neu“ sei nur der Umstand, dass die Jugendlichen nun damit ins Krankenhaus eingeliefert werden. Mit dieser Einstellung verbunden ist eine „nicht problematisierende“ Haltung, die beim Großteil der InterviewpartnerInnen zu beobachten war. Nicht auszuschließen seien dabei jedoch Jugendliche, die sehr wohl psycho-sozialen Behandlungsbedarf hätten, so der Großteil der InterviewpartnerInnen.

Andererseits gab es einzelne SpitalsmitarbeiterInnen, die die Situation problematisierender darstellten. Es wurde betont, dass Jugendliche heutzutage einer großen „Verführung“ durch „Happy-Hour“ Angebote und stark alkoholhaltigen, aber süßen Mischgetränken ausgesetzt seien. Diese Sichtweise inkludiert weiters die Einschätzung, dass die Fallzahlen von jugendlichen Alkoholintoxikationen leicht steigen würden, die Akzelerationshypothese bei dieser PatientInnengruppe zutrefte und ein steigender sozialer Druck auf Familien zu beobachten sei. Dieser Druck würde dazu führen, dass die Eltern mehr Zeit in Erwerbstätigkeit, und weniger in Erziehungsarbeit investieren würden.

Im Rahmen der Studie konnte letztere Argumentationslinie nicht bestätigt werden. Es konnte weder beobachtet werden, dass vor allem süße Mischgetränke mit „Happy Hour“ Angeboten konsumiert worden wären, noch dass ein eindeutiger Akzelerationseffekt zu beobachten gewesen wäre. Der jüngste Jugendliche war 14 Jahre alt, der älteste 17. Der Altersschnitt lag bei knapp 16 Jahren.

Problematisierende mediale Darstellungen jugendlicher Alkoholintoxikationen werden weiters meist auf vermeintlich gestiegenen Fallzahlen aufgebaut. Diese Fallzahlen sind das Ergebnis der Diagnoseerstellung (Schema ICD-10) im Spital. Die Diagnosen werden im Rahmen des Systems der leistungsorientierten Krankenversicherung (LKF) gespeichert und sind statistisch auswertbar. Die Studie hat als Ergebnis einer Analyse des ICD-10 Diagnoseschemas ergeben, dass diese Zahlen sehr unzuverlässig sind. Im Diagnoseschema sind mehrere Codes für die Wirkung von Alkohol vorgesehen. (F10.0, F10.1, F10.2, T.51) Die Kategorien bei den Diagnosen sind jedoch keineswegs in ihrer Definition trennscharf voneinander abgrenzbar und deren Beschreibungen oft missverständlich. Fehlkodierungen in der Praxis sind daher wahrscheinlich. Es konnte im Rahmen der Studie erhoben werden, dass in der Spitalspraxis verschiedenste Kodierungen bei Alkoholintoxikationen verwendet werden, sodass verlässliche, vergleichende Statistiken schlichtweg nicht möglich sind. Nebenbei sagen die Codierungen auch nichts über den Schweregrad einer Alkoholintoxikation aus. In der gegenständlichen Studie wurden auch Jugend-

liche mit vergleichsweise geringen Beeinträchtigungen einer stationären Behandlung zugeführt. Auch sollte man sich immer vor Augen halten, dass die Codierungen in erster Linie für den Zweck der Verrechnung erstellt wurden und nicht für wissenschaftliche Analysen.

Im Rahmen von ExpertInneninterviews konnte zusätzlich die Erkenntnis gewonnen werden, dass der Promillespiegel von alkoholintoxikierten Jugendlichen im Rahmen der Aufnahme in einem Spital kaum eine Rolle spielt. Der Spiegel wird zwar mittels eines Bluttests bestimmt, dieser benötigt aber mehrere Stunden für die Auswertung. Im Vordergrund dagegen stehen bei der Aufnahme die Vitalwerte des Jugendlichen. Nicht Forschungsergebnis, sondern bekanntes Faktum dazu ist, dass der Promillespiegel generell kein brauchbarer Indikator für eine Gefährdungsbeurteilung von Alkoholintoxikationen ist. Die Auswirkungen von Alkohol auf den Körper bei unterschiedlichen Promillewerten sind von vielerlei Faktoren abhängig und nicht eindeutig bestimmbar.

Es stellte sich im Rahmen der Studie auch die Frage, in wie weit ein strengerer Jugendschutz dazu beitragen hätte können, einige Alkoholintoxikationen zu vermeiden.

Es steht dabei außer Frage, dass das Jugendschutzgesetz, wie alle Gesetze, eingehalten werden sollte und dass Maßnahmen zweckmäßig sind, die Einhaltung zu gewährleisten. Die Diskussion der letzten Jahre über den Jugendschutz hat auch dazu geführt, dass die Jugendschutzbestimmungen in Handel und Gastronomie erheblich ernster genommen werden, als davor. In vielen Supermärkten machen Klingeltöne die KassiererInnen darauf aufmerksam, bei jungen AlkoholeinkäuferInnen Ausweise zu kontrollieren und in manchen Lokalen verhindern inzwischen Türsteher konsequent, dass Unter-16-Jährige das Lokal betreten können. Der relativ aufwendige Versuch, durch farbige Armbänder Jugendliche, die noch nicht 18 Jahre alt sind und in Oberösterreich keine spirituosenhaltigen Getränke erwerben dürfen von älteren abzugrenzen, wird allerdings von einigen GastronomInnen als gescheitert angesehen, da sich immer ältere finden, die die Getränke erwerben und die jüngeren mittrinken lassen. Auch seien viele Nachtlokale dunkel und verwinkelt, sodass eine lückenlose Kontrolle gar nicht möglich sei. Auch Jugendliche selbst bestätigen, dass es viele Möglichkeiten für sie gäbe, in Lokalen oder Supermärkten an Alkohol heranzukommen. Es ist also wahrscheinlich, dass nur mit viel Mehraufwand Kontrollen möglich gewesen wären, die eventuell einige jugendliche Alkoholintoxikationen verhindern hätten können. Dieser Mehraufwand hätte aber auch mit großer Wahrscheinlichkeit die Jugendlichen lediglich in noch schlechter kontrollierbare Orte für den Alkoholkonsum verdrängt und ihn nicht verhindert.

Seit in jüngerer Vergangenheit Medien die Diskussion um jugendliche Alkoholintoxikationen als problematisch dargestellt haben, gibt es wiederholt die Diskussion um die Übernahme der Behandlungskosten seitens der Krankenkassen. Mit Hilfe eines Urteils des obersten Gerichtshofes zu diesem Thema ist es der Studie abschließend gelungen einen rechtlichen Standpunkt zu erarbeiten, der eine Nicht-Übernahme der Kosten bei Alkoholintoxikationen als nicht möglich erscheinen lässt. In Oberösterreich sind dabei primär die Kosten für den Rettungseinsatz betroffen. Diese müssen im Falle einer Alkoholintoxikation bei Jugendlichen ohne Zusatzdiagnose (z.B. Verletzung im Rausch), von den PatientInnen derzeit selbst getragen werden. Laut unserer Interpretation des OGH-Urteils ist ein solches Vorgehen aber rechtlich nicht haltbar.

Im Anschluss an die Studie erfolgt nun im folgenden Kapitel eine quantitative Überprüfung ausgewählter qualitativer Forschungsergebnisse. In dessen Zentrum stehen repräsentative Befragungen von oberösterreichischen SpitalsmitarbeiterInnen. Diese Studierweiterung wurde vom Hauptautor des qualitativen Teils, in Zusammenarbeit mit dem Auftraggeber (Institut Suchtprävention) alleine durchgeführt.



## 9 Quantitative Studierweiterung zur Prüfung ausgewählter Forschungsergebnisse

Im Dezember 2008, der Endphase der Erhebungsarbeit für den qualitativen Studienteil, wurden erste Ergebnisse sichtbar. Aufgrund des qualitativen Charakters dieser Ergebnisse erschien es vernünftig, eine Erweiterung (u.a. quantitativ) der Forschungsarbeit vorzunehmen. Diese Erweiterung wurde vom Hauptautor des qualitativen Studienteils und dem Institut Suchtprävention in beratender Form durchgeführt.

Das dabei verfolgte Ziel war:

- Bereits bekannte Ergebnisse der durchgeführten qualitativen Forschungsarbeit sollten mit einer quantitativen Befragung weiter überprüft werden und damit auch ihre Validität erhöht werden. Weiters sollten die überprüften Ergebnisse generalisierbare Aussagen ermöglichen.

### 9.1 Forschungsdesign

Für die quantitative Befragung erschien es sinnvoll, die InterviewpartnerInnen aus dem ganzen Bundesland heranzuziehen um die geplante Generalisierbarkeit der Forschungsergebnisse herzustellen. Die zu interviewenden Personengruppen ergaben sich einmal mehr aus den vorliegenden qualitativen Ergebnissen.

Der Großteil der Daten konnte dabei im hospitalisierten Setting generiert werden. Sowohl im Rahmen der Interviews mit den Jugendlichen selbst, als auch in den Gesprächen mit ÄrztInnen und dem Pflegepersonal. Es erschien dem Forschungsteam daher am naheliegendsten, folgende Personengruppen heranzuziehen:

- ÄrztInnen in oberösterreichischen Spitälern
- PflegerInnen in oberösterreichischen Spitälern

Die Befragung selbst sollte über ein kurzes, (5-7 Min.) telefonisches Interview durchgeführt werden.

Es war geplant, alle Spitäler die Erfahrungen mit jugendlichen Alkoholintoxikationen haben, in die telefonische Befragung miteinzubinden. Die Auswahl erfolgte mit Hilfe der Statistik der "Leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung" (Kurz: LKF).

#### *Diagnoseerstellung im Krankenhaus und die Sinnhaftigkeit der LKF-Daten*

Im Kapitel 4.2.2.1.2 wurde bereits das Diagnoseschema ICD-10 beschrieben und die darin enthaltenen Diagnosemöglichkeiten, aber auch die vorhandenen Problemfelder diskutiert.

Obwohl mehrere Codierungen für Alkoholintoxikationen vorgesehen sind, ist dennoch nur eine einzige eindeutig. Dies ist die F10.0 Diagnose (Akute Alkoholintoxikation; siehe Kap. 4.2.2.1.2)

In Vorerhebungen konnte jedoch festgestellt werden, dass im Spitalsalltag auch andere Diagnosen für eine „akute Alkoholintoxikation“ verwendet werden. (Vorallem T51: „Toxische Wirkung von Alkohol“ und F10.1 „schädlicher Gebrauch“) Eine einheitliche Strategie der Diagnoseverwendung war aber nicht erkennbar.

Aufgrund dieser herrschenden Unsicherheit entschied man sich bei der Auswahl der Spitäler für eine Diagnose, bei der eine Alkoholintoxikation der Definition nach immer vorgekommen sein muss und diese Definition auch widerspruchsfrei ist. (F10.0) Das Risiko, dass man ev. nicht alle eingelieferten Fälle berücksichtigen wird können, (weil z.B. mittels T.51 codiert wurde) wurde dabei in Kauf genommen. Als relevanten Zeitraum einigte man sich auf die letzten 3 Jahre (2005-2007). Die mittlerweile vorhandenen LKF-Daten für 2008 waren zum Zeitpunkt der Analysen noch nicht verfügbar.

Folgende Tabelle zeigt eine Auswertung der F10.0 Diagnose von unter 18-jährigen Jugendlichen in oberösterreichischen Spitälern im Zeitraum von 2001-2008.

**Tab. 12: Auswertung oberösterreichischer Spitäler nach F10.0 Diagnose und unter 18-jährigen Jugendlichen 2001-2008**

Spital / Jahr	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Aggr. Fallzahl
Braunau	16	10	19	7	2	5	5	5	<b>69</b>
Freistadt	4	2	4	3	0	3	2	1	<b>19</b>
Gmunden	15	6	6	7	8	9	8	8	<b>67</b>
Grieskirchen	2	7	9	4	1	11	17	0	<b>51</b>
Kirchdorf	11	8	1	8	5	3	3	1	<b>40</b>
LFKK Linz	9	6	7	1	3	2	3	7	<b>38</b>
Wagner Jauregg Linz	9	8	7	6	10	10	14	14	<b>78</b>
Ried i. Innkreis	0	0	7	12	11	7	3	4	<b>44</b>
Rohrbach	2	3	9	5	1	2	1	4	<b>27</b>
Scharding	10	5	5	4	1	6	3	6	<b>40</b>
Steyr	14	22	18	32	26	30	32	32	<b>206</b>
Vocklabruck	21	16	31	23	8	18	20	8	<b>145</b>
Wels	6	34	26	22	30	28	28	70	<b>244</b>
AKH Linz	5	2	6	20	11	5	9	3	<b>61</b>
Barmh. Bruder Linz	18	8	11	12	13	6	8	4	<b>80</b>
Barmh. Schwestern Linz	2	5	20	11	9	8	8	11	<b>74</b>
Elisabethinen Linz	3	6	3	4	1	0	2	0	<b>19</b>
Psych. Wels	1	2	1	0	3	3	3	0	<b>13</b>
Enns	4	2	8	1	0	0	0	0	<b>15</b>
Bad Ischl	8	10	4	3	2	1	0	1	<b>29</b>
<b>Gesamt:</b>	<b>160</b>	<b>162</b>	<b>202</b>	<b>185</b>	<b>145</b>	<b>157</b>	<b>169</b>	<b>179</b>	<b>1359</b>
Jahresveranderung		01-02	02-03	03-04	04-05	05-06	06-07	07-08	
Veränderung in Dezimal		1,012	1,246	0,915	0,783	1,082	1,076	1,059	
Veränderung in % (gerundet)		<b>1,9</b>	<b>24,9</b>	<b>-8,4</b>	<b>-21,6</b>	<b>8,3</b>	<b>7,6</b>	<b>5,9</b>	

Die Auswertung ergab, dass in Oberösterreich neben Spitälern mit sehr vielen Einlieferungen (z.B. Steyr, Vöcklabruck, Wels) und einem breiten „Mittelfeld“ (z.B. Schärding, Ried i. Innkreis), es auch Spitäler gibt, wo Erfahrungen mit alkoholintoxikierten Jugendlichen weniger gut ausgeprägt sind, bzw. nicht vorhanden sind. (z.B. Freistadt, Enns, Bad Ischl) Ebenfalls sind in der Tabelle Einrichtungen vertreten, in denen in der Vergangenheit Erfahrungen mit alkoholintoxikierten Jugendlichen gemacht wurden, aber in den letzten 3 Jahren diese aufgrund weniger, bzw. fehlender Einlieferungen zurückgegangen sind. (z.B. Enns, Bad Ischl)

Schlussendlich wurde auch telefonisch mit den Spitälern selbst geklärt, ob Erfahrungen mit alkoholintoxikierten Jugendlichen vorhanden sind. Es stellte sich dabei heraus, dass es für die Datenerhebung nicht sinnvoll wäre, in allen Spitälern Interviews durchzuführen. Der Grund lag in der Gefahr der Generierung von Antwortartefakten. Dies sind Antworten, die im gegebenen Fall nicht aufgrund von Erfahrungswissen gegeben werden. Einige Abteilungsleiter haben dabei in Vorgesprächen signalisiert, dass aufgrund verschiedenster Gründe, die aktuelle Erfahrung mit alkoholintoxikierten Jugendlichen gering sei. Um „nicht die Realität beschreibende Daten“ zu vermeiden, entschloss man sich daher in folgenden 5 Krankenhäusern keine Interviews durchzuführen:

Rohrbach, Elisabethinen Linz, Psychiatrische Klinik Wels, Enns und dem AKH Linz.

Dass das AKH Linz trotz einer eher hohen Einlieferungszahl (61 Fälle im Zeitraum 2001-2008) von der Befragung ausgenommen wurde, lässt sich folgendermaßen erklären: Seit Juni 2008 existiert ein Abkommen im Rahmen einer Spitalskooperation zwischen dem AKH und der Landesfrauen- und Kinderklinik, wonach alle unter 18-jährigen alkoholintoxikierten Jugendlichen in die Kinderklinik einzuliefern seien. Im Rahmen einer Klärung der Situation mit dem Leiter der Aufnahmestation im AKH Linz wurde dieses Prozedere bestätigt. Es wurden daher aktuell im AKH seit Juni 2008 kaum Erfahrungen mit alkoholintoxikierten Jugendlichen gemacht. Im Sinne der angesprochenen Vermeidung von Antwortartefakten, wurde als Konsequenz auf eine Befragung im AKH Linz verzichtet.

Zusammenfassend wurden nun in folgenden 15 Spitälern Interviews durchgeführt:

KH Braunau, LKH Freistadt, LKH Gmunden, KH Grieskirchen, LKH Kirchdorf, LFKK Linz, LNK Wagner-Jauregg Linz, BHS Ried i. Innkreis, LKH Schärding, LKH Steyr, LKH Vöcklabruck, KH Wels, BHS Linz, BHB Linz, LKH Bad Ischl.

#### *Konkrete Auswahl der InterviewpartnerInnen*

Bei der Auswahl der Personen in den Spitälern wurde, wie bereits erläutert, besonders darauf geachtet, dass die jeweiligen InterviewpartnerInnen auch wirklich Erfahrung in der Arbeit mit intoxikierten Jugendlichen haben.

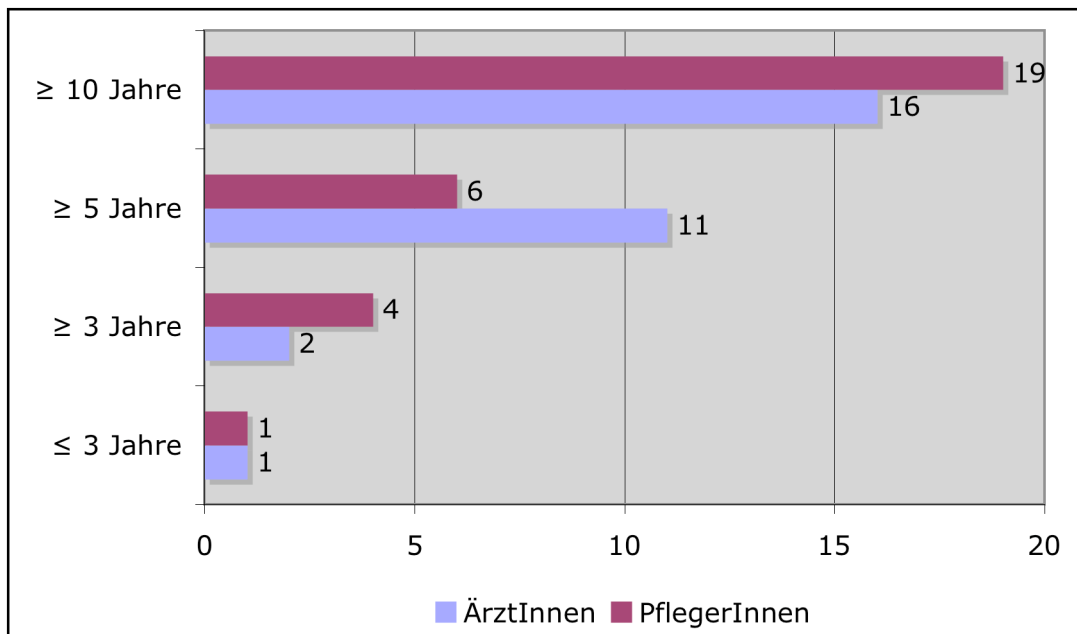
Man entschied sich seitens des Forschungsteams, dass für eine valide generalisierbare Stichprobe jeweils 2 ÄrztInnen, sowie 2 PflegerInnen aus jedem Spital interviewt werden sollten. Primär wandte man sich, analog zum qualitativen Teil, erneut an die Kinder- und Jugendabteilungen.

Dabei ergaben sich aus den bereits durchgeführten Voranalysen der LKF-Daten und der telefonischen Abklärung mit den Spitälern, sowohl für die Gruppe der ÄrztInnen, als auch für die der PflegerInnen, eine Anzahl von jeweils 30 Telefoninterviews in 15 Spitälern.

Als weitere Einschränkung der Personengruppe wurde hinzugefügt, dass die InterviewpartnerInnen bereits länger als 3 Jahre auf der aktuellen Station tätig sein sollten. Damit sollte gewährleistet werden, dass die getätigten Aussagen auch wirklich die Situation im jeweiligen Spital betreffen. Mit jeweils einer Ausnahme bei den ÄrztInnen, als auch bei den PflegerInnen, konnte diese Einschränkung eingehalten werden. Die angesprochenen Personen wurden dennoch interviewt, da es sich nach eigenen Angaben, als auch nach den der jeweiligen AbteilungsleiterInnen, um jene MitarbeiterInnen handelt, die aktuell auf eine hohe Erfahrung mit alkoholintoxikierten Jugendlichen im jeweiligen Spital zurückgreifen können. Gründe dafür waren z.B. regelmäßige Wochenenddienste.

Die Dienstzeit der interviewten Personen auf den jeweiligen Abteilungen präsentiert sich folgendermaßen:

**Abb. 24: Dienstzeit der interviewten Personen auf den jeweiligen Stationen**



In der Grafik lässt sich gut erkennen, dass der überwiegende Großteil der interviewten Personen viel Erfahrung in der Arbeit auf der jeweiligen Station hat.

#### *Vorgangsweise im Rahmen der Interviews*

Seitens des Forschungsteams wurde nach der ersten Projektinformation das Einverständnis der verantwortlichen Abteilungsleiter eingeholt. Des Weiteren wurde in dieser Erstinformation auch abgeklärt, welche InterviewpartnerInnen in Frage kommen würden. (Betrifft die genannten Kriterien Erfahrungen, Dienstalter) Die Auswahl der InterviewpartnerInnen selbst war in den Spitälern unterschiedlich, erfolgte aber immer auf freiwilliger Basis. Schlussendlich wurde mit den betreffenden Personen ein telefonischer Termin vereinbart, bei dem die Befragung durchgeführt wurde.

#### **9.1.1 Erstellung der Fragebögen**

Die Fragebögen basieren auf zum Erstellungszeitpunkt bekannten Ergebnissen des qualitativen Teils (Zeitpunkt war die Endphase der qual. Erhebung). Es wurde konkret versucht, mit der quantitativen Befragung bereits bekannte qualitative Ergebnisse zu überprüfen und keine neuen Forschungsfelder zu öffnen, außer diese würden sich im Rahmen der Datenerhebung von selbst ergeben. Wichtig ist an dieser Stelle anzumerken, dass die im qualitativen Teil durchgeführte psycho-soziale Bewertung der Jugendlichen in der quantitativen Befragung noch nicht berücksichtigt werden konnten.

Der Fragebogen umfasste den Umfang von 13 inhaltsbezogenen Fragen bei den ÄrztInnen und 12 beim Pflegepersonal. Er umfasste sowohl geschlossene, als auch teilweise offene Fragen, die in Stichworten zu beantworten waren. Die Dauer eines telefonischen Interviews war auf 5-7 Minuten ausgelegt.

#### **9.2 Forschungsrelevante Bereiche**

Die folgenden Bereiche sind jene, die den Kern der Befragung bildeten:

- Diagnoseerstellung in den Spitälern

- Einschätzungen und Einstellungen des Klinikpersonals bezüglich jugendlichen Alkoholintoxikationen
- Für das Spitalspersonal auffällige Charakteristika der Jugendlichen
- Einschätzungen über den Ausbildungsstand der Jugendlichen
- Einschätzungen und Erklärungsansätze des Klinikpersonals gegenüber der medialen Darstellung der öffentlichen „Komatrinken“-Diskussion
- Einschätzungen des Klinikpersonals über stationäre Interventionsmöglichkeiten

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der telefonischen Befragung für jeden Bereich dargestellt. Außerdem werden diese in Relation mit den qualitativen Ergebnissen diskutiert.

### 9.2.1 Diagnoseerstellung in den Spitälern

Im Rahmen des qualitativen Teils wurde die Annahme aufgestellt, dass aufgrund einer in den letzten Jahren angestiegenen Sensibilität für jugendliche Alkoholintoxikationen, ÄrztInnen aktuell mehr dazu neigen könnten, Alkoholdiagnosen bei Jugendlichen zu vergeben. (Siehe Kap. 4.2.2.1.2)

Die angesprochene erhöhte Sensibilisierung bezieht sich in diesem Kontext vor allem auf die in den letzten 3 Jahren stark intensivierete öffentliche Diskussion über jugendlichen Alkoholkonsum („Komatrinken“-Diskussion, siehe Kap. 7.2.1)

Im Fragebogen wurde in diesem Rahmen den ÄrztInnen folgende Frage gestellt:

*Frage 1: Gab es in den letzten 3 Jahren Änderungen bei der Diagnoseerstellung?*

Darüber hinaus wurde seitens des Forschungsteams angestrebt, im Falle einer positiven Beantwortung der Frage, Begründungen für die geänderte Diagnoseerstellung im angesprochenen Zeitraum zu erhalten. Folgende Frage wurde zu diesem Zweck in den Fragebogen für ÄrztInnen integriert:

*Frage 2: Wenn ja, warum?*

- *Umstellung des Finanzierungsschemas (LKF, ICD)*
- *Technisch / medizinisches Vorgehen*
- *(Order von Vorgesetzten, anderes Vorgehen bei Diagnose und Behandlung)*
- *Erhöhte Sensibilität für das Phänomen vs. Schützen der PatientInnen vor Stig.*
- *Sonstiges... ⇒*

Die Auswertung der Befragungsergebnisse ergab, dass lediglich ein einziger Interviewpartner angab, nicht immer automatisch Alkoholdiagnosen zu stellen. Als Begründung wurde die Antwort *Erhöhte Sensibilität für das Phänomen vs. Schützen der PatientInnen vor Stigmatisierung* gewählt. Auf eine Nachfrage antwortete der Arzt genauer und erklärte, dass er die öffentlich-mediale Diskussion über „Komatrinken“ überzogen finde und im Falle einer medizinisch nicht schwerwiegenden Intoxikation auch auf eine alkoholbezogene Diagnose verzichten könne.

Sämtliche anderen InterviewpartnerInnen gaben im Gegensatz dazu an, dass es auch außerhalb des gefragten Zeitraumes von 3 Jahren keine Situation gegeben hätte, wo Alkohol nicht in der Diagnose erschienen sei, wenn die Substanz maßgeblich am stationären Aufenthalt der Jugendlichen beteiligt gewesen sei. Handle es sich um eine reine Alkoholintoxikation, würde die Alkoholdiagnose auch durchgängig als Hauptdiagnose geführt

werden, so die InterviewpartnerInnen. Würden Zusatzerkrankungen bzw. Verletzungen im Rauschzustand vorliegen, die in erster Linie vor der Alkoholisierung zu einer Einlieferung geführt hätten, so würde die Alkoholdiagnose eine Nebendiagnose darstellen.

Dieses Ergebnis entspricht sehr genau dem, was zu erwarten war. Ärztliche InterviewpartnerInnen gaben dabei auch an, dass die beschriebenen möglichen Begründungen für die Nichtvergabe von Alkoholdiagnosen aus ihrer Sichtweise in den eigenen Handlungsweisen nie eine Rolle gespielt hätten.

### **9.2.2 Einschätzungen und Erklärungsansätze des Klinikpersonals gegenüber jugendlichen Alkoholintoxikationen**

Im Rahmen der ExpertInneninterviews wurden SpitalsmitarbeiterInnen nach persönlichen Einschätzungen und Einstellungen gegenüber jugendlichen Alkoholintoxikationen befragt.

Kapitel 6.2.1 zeigt dabei, dass sowohl eine nicht-problematisierende Haltung jugendlicher Alkoholintoxikationen gegenüber beschrieben werden kann, als auch eine problematisierendere Darstellung beim Spitalpersonal existiert. Über eine Änderung der Fallzahlen ließen sich ebenfalls divergierende Meinungen und Erklärungsansätze feststellen.

Im Rahmen der telefonischen Befragung sollte nun geprüft werden, wie oberösterreichische SpitalsmitarbeiterInnen die Fallzahlen einschätzen und welche Begründungen sie für die getätigte Einschätzung angeben können.

Dazu wurden einleitend sowohl ÄrztInnen, als auch das Pflegepersonal befragt, wie sie die Fallzahlen einschätzen würden.

*Frage 3: Wie haben sich in den letzten 3 Jahren die Fallzahlen (wurden mehr/weniger Jugendliche eingeliefert) in ihrem Spital verändert?*

- *Mehr*
- *Weniger*
- *Gleichbleibend*
- *Nicht zu beantworten* ⇒ *Frage 5*

Diese Frage wurde im Rahmen der Datenerhebung konkret so gestellt, dass nicht eine Erhebung aus Statistiken geplant war, sondern die persönliche Wahrnehmung der interviewten Personen im Mittelpunkt stand. Wiederum ist die Zeitspanne von 3 Jahren interessant, da hier seitens des Forschungsteams, analog zu den interviewten ExpertInnen, die Annahme bestand, dass beim Spitalpersonal aufgrund der öffentlichen „Komatrinken“-Diskussion ein gesteigertes Bewusstsein für jugendliche Alkoholintoxikationen vorhanden sein konnte.

#### *ÄrztInnen*

Die Auswertung der Ergebnisse stellt sich bei den befragten ÄrztInnen wie folgt dar:

- 43,3% der ÄrztInnen gaben an, dass die Fallzahlen steigen.
- 56,7% der ÄrztInnen gaben an, dass die Fallzahlen gleichbleibend sind.

Niemand von den interviewten ÄrztInnen gab dabei an, dass die Fallzahlen gesunken seien.

Interessanterweise gab es auch keine Nennung in dem Punkt, dass die Fallzahlen nicht einschätzbar sind. Diese Tatsache könnte einerseits sowohl dafür sprechen, dass die Auswahl der InterviewpartnerInnen gut gelungen ist und mit tatsächlichem Erfahrungswissen geantwortet wird, als auch andererseits die Annahme korrekt war, dass aktuell

beim Spitalspersonal ein hohes Bewusstsein für jugendliche Alkoholintoxikationen vorhanden ist.

#### *Pflegepersonal*

Die Einschätzung des Pflegepersonals erbrachte genau umgekehrte Ergebnisse. Bei dieser Personengruppe gaben 43,3% der InterviewpartnerInnen an, dass die Fallzahl gleichbleibend sei, während 56,7% angaben, dass sie steigen. Erneut gab niemand an, dass die Fallzahlen fallen würden, oder nicht einschätzbar seien.

Im Anschluss an die Einschätzung der Fallzahlen wurden die InterviewpartnerInnen gebeten, in eigenen Worten zu erklären aus welchen Gründen sie angeben, dass die Fallzahlen steigen oder gleichbleibend sind. Folgende Fragestellung wurde dabei verwendet:

*Frage 4: Wodurch erklären sie sich das in ihrem Spital?*

- *Bei Veränderung*
- *Bei Nicht-Veränderung*

#### *ÄrztInnen*

Die Antworten der ÄrztInnen auf diese offene Frage betrafen verschiedenste gesellschaftliche Ebenen und Argumentationslinien. Es wurde deshalb sowohl für Erklärungsansätze die steigende Fallzahlen betreffen, als auch für jene, die gleichbleibende Fallzahlen erklären zu versuchen, ein eigenes Kategoriensystem entwickelt.

**Tab. 13: Kategorien für Einschätzungen der ÄrztInnen betreffend die Fallzahlen**

Kategorien bei Veränderung	Kategorien bei Nicht-Veränderung
Familiäre Gründe	
Einfluss der „Peer Group“	
Generelle Änderungen in jugendlicher Trinkkultur	Keine generellen Änderungen in jugendlicher Trinkkultur
Zugang zu Alkohol und Verfügbarkeit	
Allgemeine gesellschaftliche Veränderungen	
Keine Erklärung	Keine Erklärung
	Funktionierende Suchtprävention

Um das Verständnis für die Kategoriensysteme zu erhöhen, werden im Folgenden jene Kategorien die nicht selbsterklärend sind, anhand der Argumentationslinien der ÄrztInnen verdeutlicht.

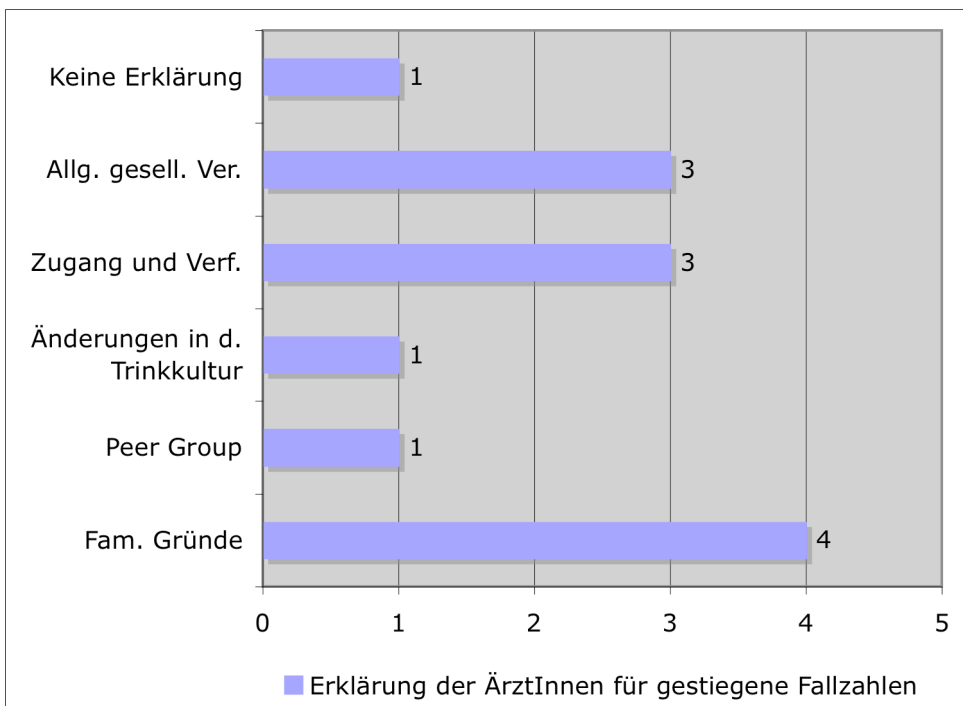
**Tab. 14: Argumentationslinien der ÄrztInnen betreffend die Fallzahlen**

Kategorien	Argumentationslinien der ÄrztInnen
Familiäre Gründe	Fehlende Zeit der Eltern für Erziehung durch steigenden sozialen Druck.

Einfluss der Peer Group	Steigende Orientierungslosigkeit der Jugendlichen und deshalb steigender Einfluss von Peer Group Effekten.
Änderung in jugendlicher Trinkkultur	Trend zu härteren Getränken (Spirituosen)
Zugang und Verfügbarkeit von Alkohol	Leichter Zugang zu Alkohol, billigere Getränke
Allg. gesellsch. Veränderungen	Akzelerationseffekt bei Jugendlichen

Folgende Grafik zeigt nun die Mehrheitsverteilung der Kategorien:

**Abb. 25: Erklärungen der ÄrztInnen für gestiegene Fallzahlen**



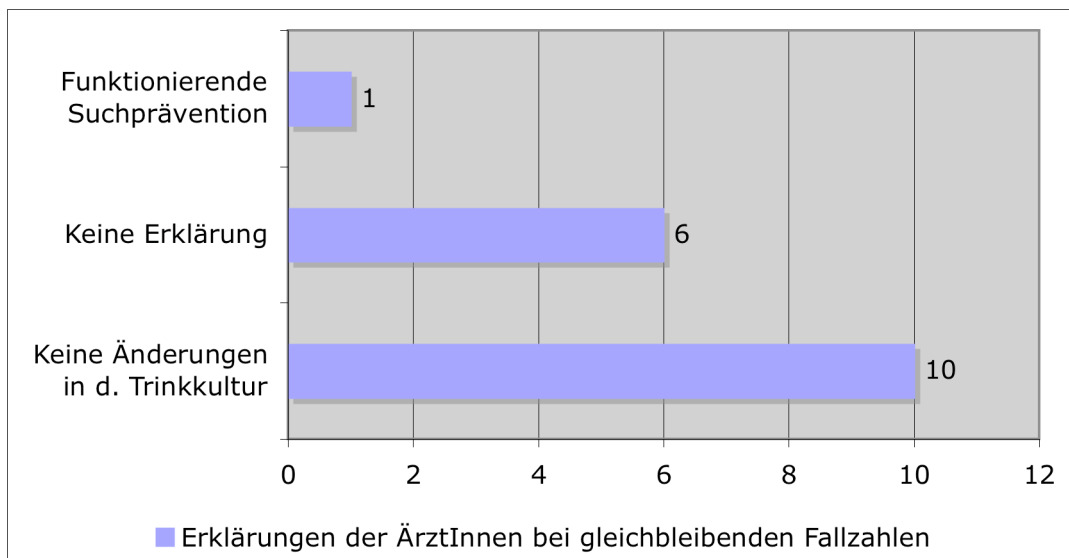
Die Grafik zeigt deutlich, dass familiäre Gründe, allgemeine gesellschaftliche Veränderungen (Akzeleration), sowie die Argumentation eines leichten Zugangs und einer leichten Verfügbarkeit von Alkohol bei den ÄrztInnen dominierten.

Bei den familiären Gründen ist es aber wichtig anzumerken, dass die ÄrztInnen damit nicht automatisch schlechte Familienverhältnisse meinten, sondern wie bei obigen den Kategorieerklärungen beschrieben, auf einen steigenden sozialen Druck auf die Familien abzielten. Dieser Druck führe dazu, dass Eltern immer weniger Zeit für die Erziehung ihrer Kinder aufbringen könnten. Mit Zugang und Verfügbarkeit zielten die Ärzte einerseits darauf ab, dass es Jugendlichen aktuell recht einfach möglich sei sich Alkohol zu besorgen. Andererseits argumentierten sie mit zu billigen Getränken und Angeboten seitens der Gewerbebetriebe.

Betrachtet man die Ergebnisse jener ÄrztInnen, die gleichbleibende Fallzahlen einschätzten, so sieht die Verteilung folgendermaßen aus:



**Abb. 26: Erklärungen der ÄrztInnen bei gleichbleibenden Fallzahlen**



59% jener ÄrztInnen, die gleichbleibende Fallzahlen einschätzten, (10 von 17) sehen keine grundlegende Änderung im Alkoholverhalten von Jugendlichen. Ein Gesprächspartner betonte, dass seiner Erfahrung nach professionell organisierte Suchtprävention mittlerweile sehr gute Ansätze hätte und auch bereits Erfolge vorweisen könne. 35% der ÄrztInnen (6 von 17) konnten jedoch keine Begründung angeben, warum aus ihrer Sicht die Fallzahlen sich nicht verändern.

#### *Pflegepersonal*

Auch im Pflegebereich waren die Argumentationslinien unterschiedlich. Wiederum wurden Kategorien erstellt, in die die Antworten eingeordnet wurden. Die Kategorien ähneln grundsätzlich denen der ÄrztInnen.

Neu ist die Kategorie des Einflusses der medialen Berichterstattung als Argument für gleichbleibende Fallzahlen. Es wurde dabei argumentiert, dass die Medien einen Anstieg suggerieren, den es in Wirklichkeit aber gar nicht geben soll. Weiters wird eine ebenfalls neue Kategorie „Schwankungen“ als Begründung „für“ eine Veränderung der Fallzahlen verwendet. Die Argumentation von PflegerInnen dahinter lautete, dass in den letzten 3 Jahren die Fallzahlen zwar leicht gestiegen seien, diese jedoch in einem größeren Zeitfenster betrachtet gleichbleibend wären.

**Tab. 15: Kategorien für Einschätzungen des Pflegepersonals bezüglich der Fallzahlen**

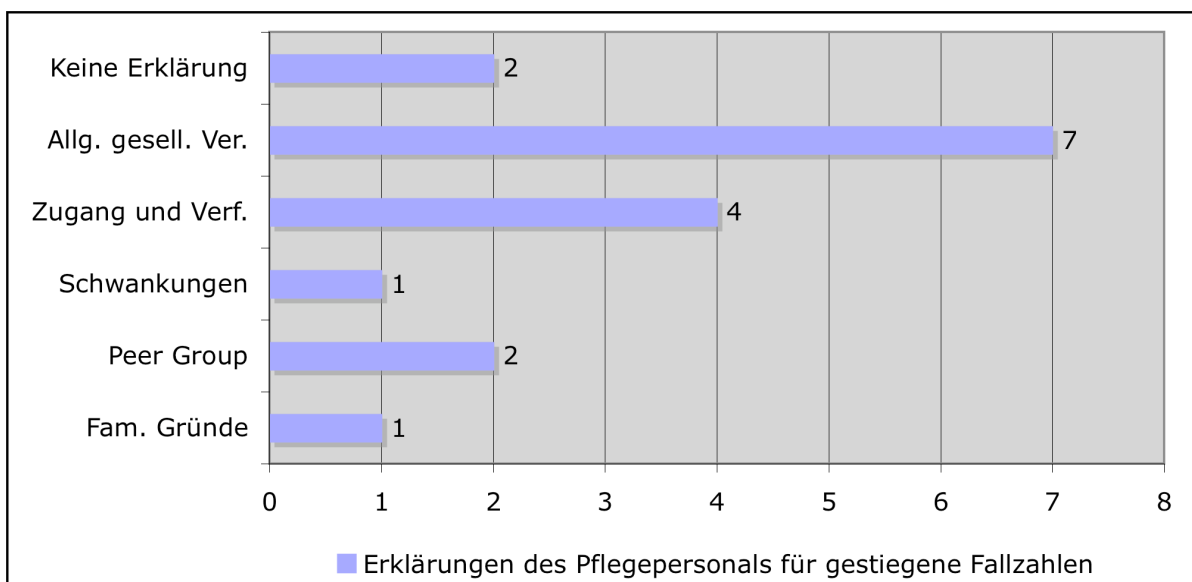
Kategorien bei Veränderung	Kategorien bei Nicht-Veränderung
Mediale Berichterstattung	
Familiäre Gründe	
Einfluss der „Peer Group“	
	Keine generellen Änderungen in jugendlicher Trinkkultur
Zugang und Verfügbarkeit von Alkohol	

Allgemeine gesellschaftliche Veränderungen	
Keine Erklärung	Keine Erklärung
Schwankungen	
	Funktionierende Suchtprävention

Mit einer Ausnahme decken sich die einzelnen Erklärungsansätze innerhalb der Kategorien zwischen den ÄrztInnen und dem Pflegepersonal. Diese erwähnte Ausnahme steckt in der Kategorie „Allgemeine gesellschaftliche Veränderungen“. War bei den ÄrztInnen hier noch der Akzelerationseffekt unter den Jugendlichen der am Häufigsten genannte, so ist es bei den Pflegebediensteten die „höhere Sensibilität“. Damit argumentierten die InterviewpartnerInnen, dass aktuell auch viele jugendliche PatientInnen mit der Rettung eingeliefert werden, die keine medizinisch schwerwiegende Alkoholintoxikation erlitten haben. Es gäbe laut PflegerInnen aktuell den Trend, dass sehr leicht und auch ohne starke Vergiftungszeichen die Rettung gerufen würde. Akzeleration wurde in diesem Kontext zwar ebenfalls genannt, jedoch nur in 2 Fällen.

Die Häufigkeitsverteilung der Kategorien setzt sich dabei wie folgt zusammen:

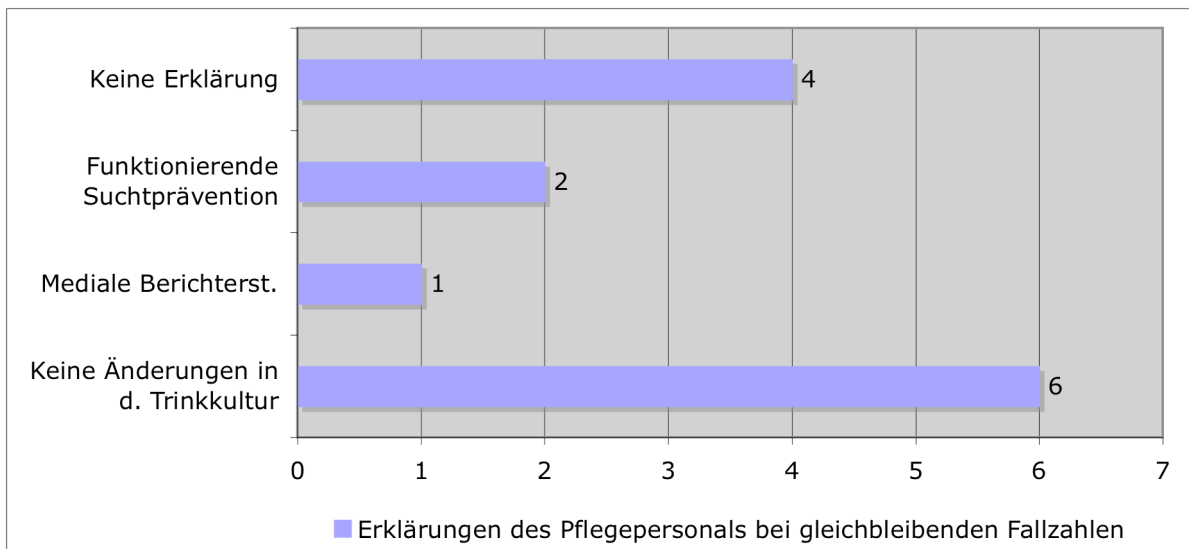
**Abb. 27: Erklärungen des Pflegepersonals für gestiegene Fallzahlen**



Die Grafik verdeutlicht, dass das Pflegepersonal vor allem allgemein gesellschaftliche Veränderungen (hohe Sensibilität, Akzeleration) und wiederum die familiäre Situation als meistgenannte Begründungen für gestiegene Fallzahlen angab. Erneut wurde unter fam. Situation ein steigender sozialer Druck verstanden.

Die Verteilung bei einer Argumentation für gleichbleibende Fallzahlen bei den Pflegebediensteten stellt sich folgendermaßen dar:

**Abb. 28: Erklärungen des Pflegepersonals bei gleichbleibenden Fallzahlen**

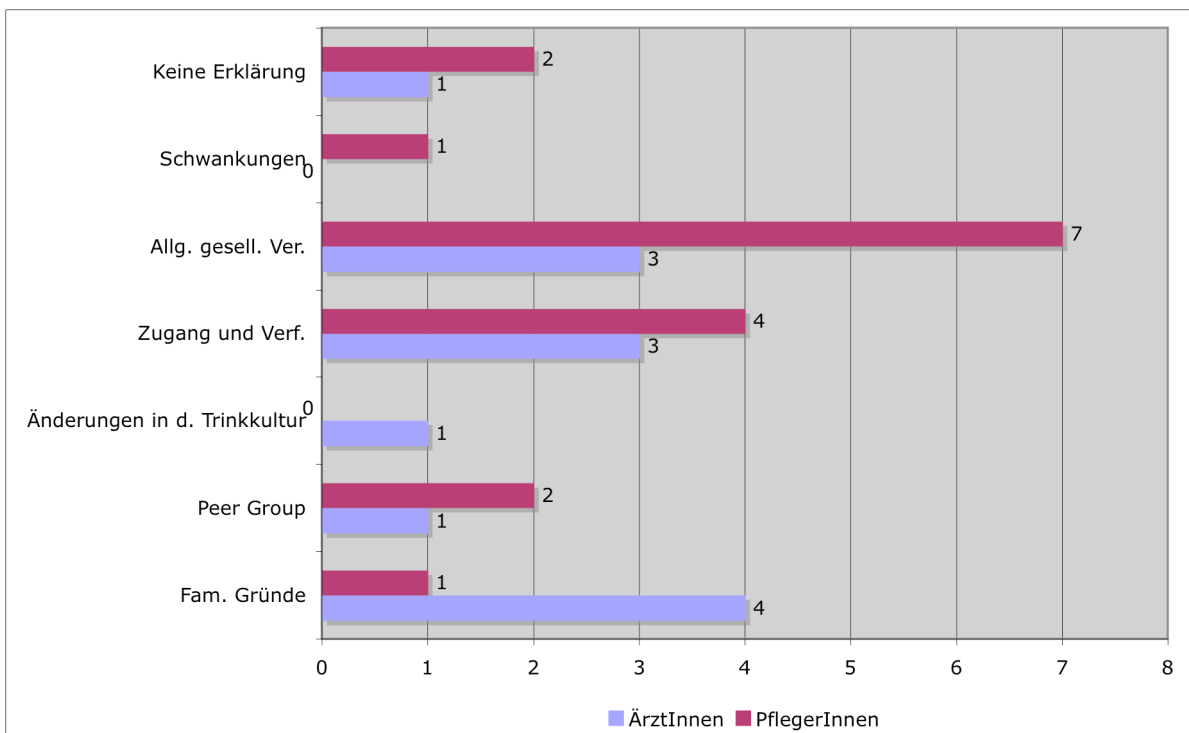


Ähnlich den ÄrztInnen gab es eine Tendenz dahingehend, keine Änderungen in jugendlichem Trinkverhalten feststellen zu können. Auch jene Personen, die angaben keine Erklärung für gleichbleibende Fallzahlen geben zu können, bilden wieder die zweitgrößte Häufigkeit.

*Gemeinsame Darstellung der Ergebnisse*

Stellt man die Antwortkategorien von ÄrztInnen und PflegerInnen jeweils nach Einschätzung der Fallzahlen sortiert gemeinsam dar, so ergibt sich ein aussagekräftiges Bild über die Einschätzungen der gesamten Stichprobe an Spitalsbediensteten in Oberösterreich.

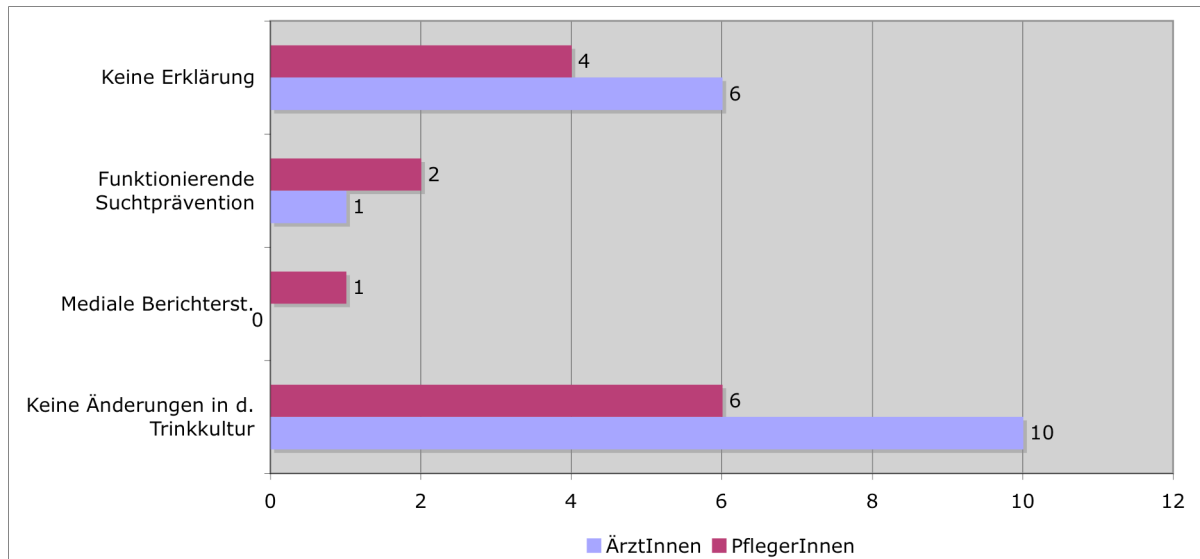
**Abb. 29: Erklärungen des Spitalspersonals für steigende Fallzahlen**



Das Spitalspersonal schien die Begründung für gestiegene Fallzahlen nicht bei den Jugendlichen selbst zu suchen. Allgemeine gesellschaftliche Veränderungen, im Speziellen der Akzelerationseffekt, sowie eine hohe Sensibilität einer Intoxikation gegenüber, bildeten neben dem Aspekt von billigeren Getränken und einer leichteren Verfügbarkeit dieser, die Mehrzahl der Antworten. Auch der steigende soziale Druck auf Familien sei an dieser Stelle einmal mehr erwähnt.

Folgende Grafik zeigt die gemeinsamen Erklärungen für gleichbleibende Fallzahlen von ÄrztInnen und PflegerInnen.

**Abb. 30: Erklärungen des Spitalspersonals für gleichbleibende Fallzahlen**



Es geht aus den Befragungsergebnissen hervor, dass viele SpitalsmitarbeiterInnen (58% ÄrztInnen / 46% PflegerInnen) keine geänderte Trinkkultur von Jugendlichen erkennen.

Weiters auffällig war die relativ hohe Zahl von jenen Antworten, die keine Erklärung für gleichbleibende Fallzahlen abgeben konnten (35% ÄrztInnen / 30% PflegerInnen). Betrachtet man diese Tatsache gemeinsam mit der Erkenntnis, dass jene InterviewpartnerInnen sich aber zutrauten eine gleichbleibende Fallzahl gut einschätzen zu können, so könnte ein möglicher Schluss sein, dass diese Spitalsbediensteten wenig Erfahrung damit haben, jugendliche Alkoholintoxikationen zu hinterfragen. Dies wiederum könnte ein Indiz dafür sein, dass „*psycho-sozial unauffällige Jugendliche*“, die Mehrheit der PatientInnen bilden.

Diese Annahme kann sowohl durch den Einschätzungsversuch der Jugendlichen in der qualitativen Stichprobe, (siehe Kap. 7.4.1), als auch durch weitere Ergebnisse der telefonischen Befragung in Kap. 9.2.3 gestützt werden.

In Relation gesetzt mit den Erkenntnissen aus den ExpertInneninterviews, stützen die mit Hilfe der telefonischen Befragung erbrachten Ergebnisse der besprochenen Fragekomplexe die qualitative Untersuchung.

Die Argumente jener ExpertInnen mit nicht problematisierender Haltung trugen im Kern die Aussagen, dass oft nicht die Zahl der Intoxikationen steigt, sondern eine höhere Sensibilisierung dem Phänomen gegenüber in der Gesellschaft vorherrschen würde. Weiteres wurde betont, dass jugendliche Alkoholintoxikationen in Österreich nichts Neues seien, sondern immer existiert haben.

Bei jenen ExpertInnen im Spitalsbereich, die jugendliche Alkoholintoxikationen problem-

bezogener betrachten, stand neben steigenden Fallzahlen auch durchgängig die Argumentation eines existierenden Akzelerationseffektes, sowie eines steigenden Drucks auf die Familien im Vordergrund. Auch wurde in einigen Interviews betont, dass „Happy Hour“-Angebote für Jugendliche einen zu einfachen Zugang zu hohen Mengen Alkohol ermöglichen würden.

Die gewonnenen Einschätzungen aus den ExpertInneninterviews des qualitativen Teils konnten durch die quantitative Häufigkeitsverteilung der Antwortkategorien gestützt werden. Die Tatsache, dass sich die genannten Argumente der qualitativen Interviews inhaltlich beinahe vollständig mit jenen der quantitativen Befragung decken, erhöht die Validität der qualitativen Ergebnisse umso mehr, als man sich erneut vor Augen führt, dass die telefonische Frage offen gestellt wurde und die Antwortkategorien nicht vorgegeben waren.

### **9.2.3 Für das Spitalspersonal auffällige PatientInnencharakteristika**

Aus dem qualitativen Teil konnte sowohl im Rahmen der ExpertInneninterviews in den Spitälern, als auch noch vor Abschluss der Erhebungsphase bei den Interviews mit Jugendlichen die Einschätzung gewonnen werden, dass keine pauschalen Beschreibungen und Einschätzungen bei Erstfällen von jugendlichen Alkoholintoxikationen möglich seien. Zu unterschiedlich seien die PatientInnen in verschiedensten Charakteristika wie z.B. sozialer Herkunft oder psychische Situation. (Siehe Kap. 6.2)

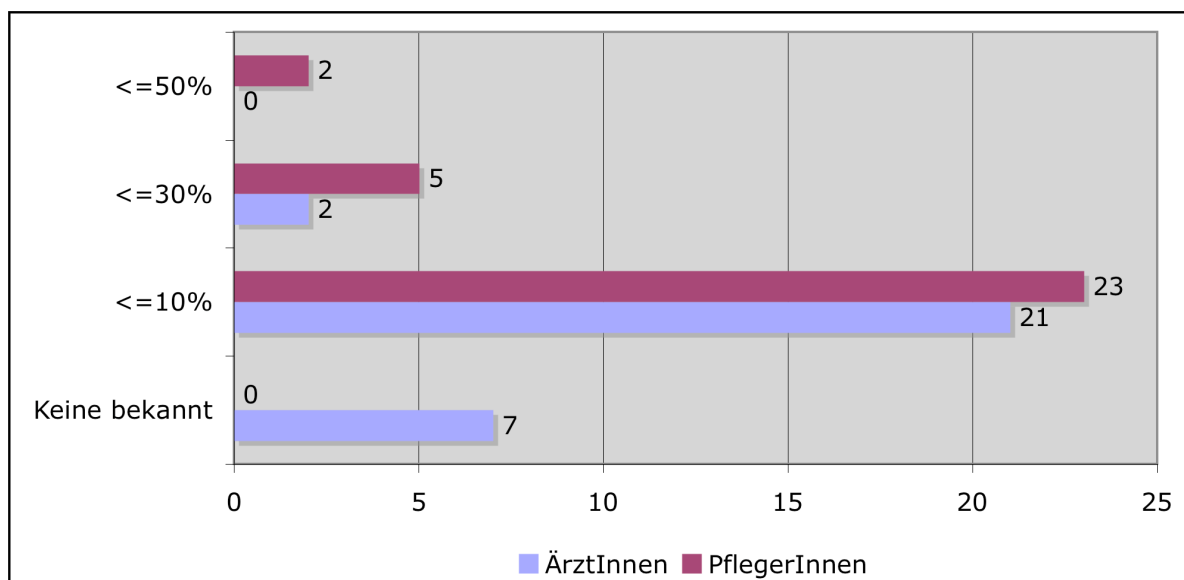
Die einzig mögliche konkrete Einschätzung seitens einem Großteil der ExpertInnen, betraf die Gruppe der Wiederholungsfälle. Damit sind jene Jugendlichen gemeint, die einen zweiten, oder mehrere stationäre Aufenthalte aufgrund einer Alkoholintoxikation vorweisen können.

Diese Einschätzungen des Spitalspersonals sollten im Rahmen der telefonischen Befragung überprüft werden. Für die Überprüfung wurden mehrere Fragen herangezogen. Die erste beschäftigte sich mit dem Anteil der Wiederholungsfälle an der GesamtpatientInnenzahl.

*Frage 6: Wie würden sie den prozentuellen Anteil an Wiederholungsfällen einschätzen?*

Die Einschätzung der befragten ÄrztInnen und PflegerInnen zeigt folgendes Diagramm:

**Abb. 31: Prozentuelle Einschätzungen von ÄrztInnen und PflegerInnen über Wiederholungsfälle**



Das Diagramm lässt klar erkennen, dass der überwiegende Anteil der Antworten (70% ÄrztInnen / 76% PflegerInnen) Wiederholungsfälle unter 10% aller Fallzahlen einschätzte. Es gab jedoch auch einzelne Aussagen, die die Häufigkeit als relativ hoch einschätzten. Diese Aussagen stammten in 7 Fällen von ÄrztInnen und nur in 2 von PflegerInnen. Umgekehrt gab es 7 PflegerInnen, welche angeben, dass ihnen keine Wiederholungsfälle bekannt seien.

Mit den Einschätzungen der ExpertInneninterviews in Relation gesetzt, ähneln sich einmal mehr die Antworten stark. Kap. 6.2 zeigt, dass die ExpertInnen die Zahl der Wiederholungsfälle in etwa gleich einschätzten, wie die telefonischen InterviewpartnerInnen. Auch die geringe Zahl von 2 Wiederholungsfällen in der qualitativen Stichprobe spricht dafür, dass die Einschätzungen sich sehr realistisch präsentieren.

Wie eingangs erläutert, war es den ExpertInnen nicht möglich, einheitliche Charakteristika für Erstfälle von jugendlichen AlkoholintoxikationspatientInnen zu geben. Nur bei Wiederholungsfällen sei diese eher möglich. Mit Hilfe der folgenden Frage, sollte diese Nicht-Einschätzbarkeit von Erstfällen geprüft werden.

*Frage 7: Wie würden Sie die Gruppe der Erstfälle charakterisieren?*

Die Frage wurde erneut bewusst sehr offen gestellt. Die InterviewpartnerInnen sollten die Chance haben, soviel persönliche Einschätzungen wie möglich in der Antwort unterzubringen.

Wieder waren die Antworten für eine erkennbare Charakteristik vielschichtig und erforderten eine Kategorisierung. Wichtig dabei ist zu erwähnen, dass mit „Alkohol-Unfall“ kein Unfall im Sinne körperlicher Verletzungen zu verstehen ist, sondern darunter eine ungeplante bzw. ungewollte Alkoholintoxikation zu verstehen ist.

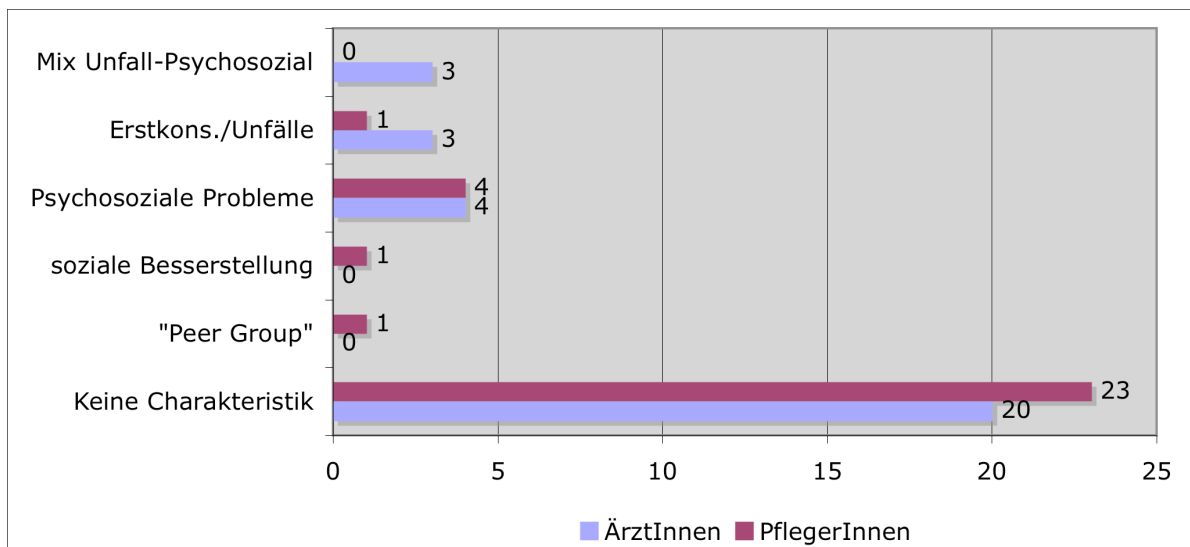
**Tab. 16: Für das Spitalpersonal auffällige Charakteristika von Erstfällen**

ÄrztInnen	PflegerInnen
Keine einheitliche Charakteristik erkennbar	Keine einheitliche Charakteristik erkennbar

Familiäre Probleme	
Starker Einfluss der „Peer Group“ (überredet worden)	
Sozial „besser“ gestellt	
Psycho-soziale Probleme	Psycho-soziale Probleme
ErstkonsumentInnen	ErstkonsumentInnen bzw. Alkohol- „Unfälle“
	Nicht quantifizierbarer Mix aus „Unfall“ und psycho-sozialen Auffälligkeiten

Die Häufigkeitsverteilung der Kategorien präsentiert sich dabei wie folgt:

**Abb. 32: Charakterisierung von Erstfällen durch das Spitalpersonal**



Die absolute Mehrheit des befragten Spitalpersonals (66% ÄrztInnen / 76% PflegerInnen) erkannte keine gemeinsame Charakteristik für ErstpatientInnen. Oft wurde in den Telefonaten betont, dass alle Altersgruppen, alle sozialen Schichten und sowohl Mädchen, als auch Burschen vertreten seien. Quantitativ abschätzen konnte diese Anmerkungen aber niemand der befragten Personen. Dennoch sollte an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass einige ÄrztInnen (35%) und PflegerInnen (20%) auch psychosozial *problematische Fälle* in der Gruppe der Erstfälle feststellen konnten.

In Relation zum qualitativen Teil stimmen nicht nur die Aussagen aus den ExpertInneninterviews mit den hier präsentierten Daten überein, sondern auch die Analyse der psychosozialen Risikofaktoren in Kap. 7.3.2 ergab, dass nicht einzelne Risikofaktoren für den Großteil der jugendlichen Alkoholintoxikationen innerhalb der qualitativen Stichprobe maßgeblich waren. Aus diesem Grund wurde in Kap. 7.4.1 ein umfassenderer Einschätzungsversuch der Jugendlichen durchgeführt. Dieser brachte unter anderem als Erkenntnis, dass auch ca. 32% *psycho-sozial problematische Fälle* unter den Erstfällen waren. 60% waren *unauffällige Jugendliche*, bei denen nichts dafür sprach, dass die Intoxikation mehr als nur ein singuläres Ereignis war. 8% hingegen hatten einen problematischen Umgang mit Alkohol (Geplanter, wiederholter schwerer Rausch), aber keine psychosozialen Auffälligkeiten.

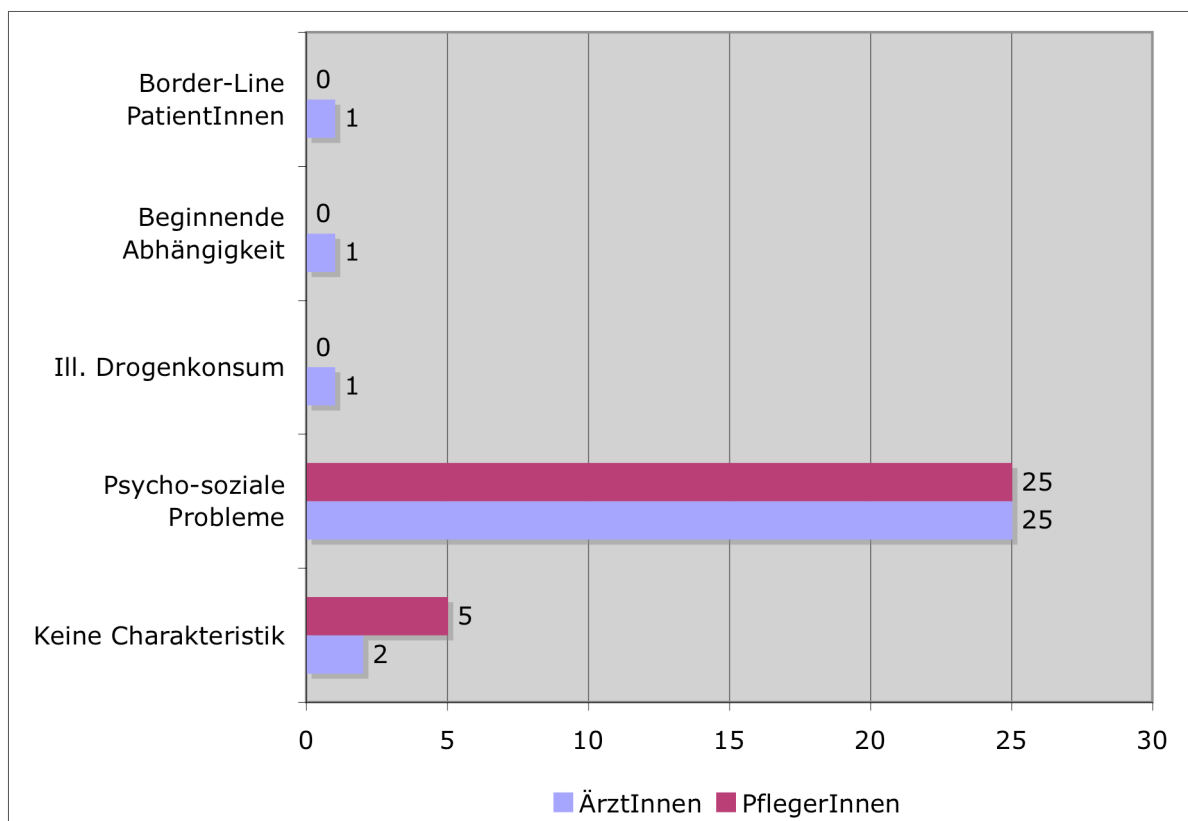
Nachfolgend auf die Frage nach der Charakteristik der Erstfälle, erfolgte jene bezogen auf Wiederholungsfälle. Aus dem genannten Einschätzungsversuch des qualitativen Teils ging hervor, dass sich alle bekannt gewordenen Wiederholungsfälle als „*psycho-sozial problematische*“ Fälle beschreiben lassen. Für eine genaue Definition und Durchführung der Bewertung wird an dieser Stelle erneut auf das Kapitel 7.4.1 verwiesen. Auch die ExpertInnen aus dem Spitalsbereich bewerteten Wiederholungsfälle durchgehend als „*psycho-sozial auffällig*“.

Folgende Frage wurde im Fragebogen für die Einschätzung der Charakteristika verwendet.

*Frage 8: Wie würden Sie die Gruppe der Wiederholungsfälle kategorisieren?*

Die Antworten präsentierten sich recht eindeutig. Die Häufigkeitsverteilung zeigt eine deutliche Tendenz auf, wie man in folgender Grafik erkennen kann:

**Abb. 33: Charakterisierung von Wiederholungsfällen durch das Spitalpersonal**



Aus den Antworten ergab sich, dass die am häufigsten genannte Charakteristik jene der psycho-sozialen Probleme ist. Über 80% beider befragter Personengruppen antworteten in dieser Art und Weise.

Dieses Befragungsergebnis deckt sich sowohl mit dem Einschätzungsversuch der qualitativen Stichprobe im Kap. 7.4.1, als auch mit den eingangs erwähnten Ergebnissen der ExpertInneninterviews in Kap. 6.2.

#### **9.2.4 Einschätzungen über den Ausbildungsstand bzw. die berufliche Situation der jugendlichen PatientInnen**

Interviewte ExpertInnen gaben an, dass ein Bildungsgefälle von jugendlichen Alkoholin-



toxikationspatientInnen nicht zu erkennen sei. Wie bereits im Rahmen der *Frage 8* ausgeführt, gaben sowohl ÄrztInnen, als auch PflegerInnen im Rahmen der qualitativen Interviews an, dass alle Bildungsschichten betroffen seien. Quantifiziert konnte dies jedoch seitens der ExpertInnen nicht werden.

Auch innerhalb der qualitativen Stichprobe war ein Bildungsgefälle nicht erkennbar. (Siehe Kap. 7.3.2)

Die Einschätzung der ExpertInnen und die Ergebnisse der qualitativen Stichprobe sollte einmal mehr überprüft werden. Die telefonischen InterviewpartnerInnen sollten diesbezüglich in einem vorgegebenem Kategoriensystem Häufigkeiten bei Erstfällen, als auch bei Wiederholungsfällen einschätzen. Die Frage für die Wiederholungsfälle lautete wie folgt:

*Frage 9: Berufliche Tätigkeit von Erstfällen?*

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| 1. SchülerInnen                | Sehr häufig – häufig - eher wenig - sehr wenig |
| 2. Lehrlinge                   | Sehr häufig – häufig - eher wenig - sehr wenig |
| 3. HilfsarbeiterInnen          | Sehr häufig – häufig - eher wenig - sehr wenig |
| 4. Beschäftigungslos, AMS-Kurs | Sehr häufig – häufig - eher wenig - sehr wenig |

Die getroffenen Einschätzungen präsentieren sich folgendermaßen:

**Tab. 17: Häufigkeitseinschätzungen des Spitalspersonals über die berufliche Situation von Erstfällen**

	ÄrztInnen	Pflegepersonal	Summe
<b>SchülerInnen</b>			
<i>Sehr häufig</i>	3	6	9
<b>Häufig</b>	<b>22</b>	<b>15</b>	<b>37</b>
<i>Eher wenig</i>	4	9	13
<i>Sehr wenig</i>	0	0	0
<i>Keine Einschätzung</i>	1	0	1
<b>Lehrlinge</b>			
<i>Sehr häufig</i>	2	0	2
<b>Häufig</b>	<b>19</b>	<b>17</b>	<b>36</b>
<i>Eher wenig</i>	6	12	18
<i>Sehr wenig</i>	0	1	1
<i>Keine Einschätzung</i>	3	0	3

<b>HilfsarbeiterInnen</b>			
<i>Sehr häufig</i>	2	3	5
<i>Häufig</i>	7	9	16
<i>Eher wenig</i>	7	5	12
<b><i>Sehr wenig</i></b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>21</b>
<i>Keine Einschätzung</i>	4	2	6
<b>Beschäftigungslos/AMS</b>			
<i>Sehr häufig</i>	4	3	7
<i>Häufig</i>	6	9	15
<i>Eher wenig</i>	5	3	8
<b><i>Sehr wenig</i></b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>24</b>
<i>Keine Einschätzung</i>	4	2	6

Die Häufigkeiten unterscheiden sich bei beiden befragten Personengruppen nicht grundlegend. Jene mit den meisten Nennungen wurden in der Tabelle **fett** markiert. Demnach würden SchülerInnen und Lehrlinge die Mehrzahl der Alkoholintoxikations-Erstfälle bilden, während bei HilfsarbeiterInnen und beschäftigungslosen Jugendlichen jeweils die Kategorie *sehr wenig* die meisten Nennungen hatte.

Die InterviewpartnerInnen wurden weiters gebeten, selbige Einschätzung nun auch für Wiederholungsfälle zu tätigen.

#### Frage 10: Berufliche Tätigkeit von Wiederholungsfällen?

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1. SchülerInnen                | <i>Sehr häufig – häufig - eher wenig - sehr wenig</i> |
| 2. Lehrlinge                   | <i>Sehr häufig – häufig - eher wenig - sehr wenig</i> |
| 3. HilfsarbeiterInnen          | <i>Sehr häufig – häufig - eher wenig - sehr wenig</i> |
| 4. Beschäftigungslos, AMS-Kurs | <i>Sehr häufig – häufig - eher wenig - sehr wenig</i> |

**Tab. 18: Häufigkeitseinschätzungen des Spitalspersonals über die berufliche Situation von Wiederholungsfällen**

	<b>ÄrztInnen</b>	<b>Pflegepersonal</b>	<b>Summe</b>
<b>SchülerInnen</b>			
<i>Sehr häufig</i>	0	1	1
<i>Häufig</i>	6	3	9

<i>Eher wenig</i>	13	10	23
<i>Sehr wenig</i>	0	3	3
<b>Keine Einschätzung</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>24</b>
<b>Lehrlinge</b>			
<i>Sehr häufig</i>	1	1	2
<i>Häufig</i>	8	8	16
<i>Eher wenig</i>	10	7	17
<i>Sehr wenig</i>	0	0	0
<b>Keine Einschätzung</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>25</b>
<b>HilfsarbeiterInnen</b>			
<i>Sehr häufig</i>	3	3	6
<i>Häufig</i>	8	8	16
<i>Eher wenig</i>	2	2	4
<i>Sehr wenig</i>	6	3	9
<b>Keine Einschätzung</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>25</b>
<b>Beschäftigungslos/AMS</b>			
<i>Sehr häufig</i>	4	3	7
<i>Häufig</i>	7	7	14
<i>Eher wenig</i>	1	1	2
<i>Sehr wenig</i>	7	6	13
<b>Keine Einschätzung</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>24</b>

Die dargestellten Häufigkeiten zeigen, dass die InterviewpartnerInnen mit der Einschätzung bei den Wiederholungsfällen große Probleme hatten. Die meisten Antworten findet man durchgängig in der Kategorie *Keine Einschätzung*. Bei den SchülerInnen fiel das Ergebnis jedoch knapp aus. (23 Antworten für die Kategorie „eher wenig“, 24 bei „keine Einschätzung“)

Die InterviewpartnerInnen gaben als Begründung für die vorhandenen Einschätzungsprobleme an, dass die Erfahrung mit Wiederholungsfällen zu gering sei, um sich an die Bil-

derungssituation der Jugendlichen erinnern zu können. Das Befragungsergebnis in Relation gesetzt mit Abb. 31 (Einschätzungen über die Fallzahl von Wiederholungsfällen) zeigt, dass die Ergebnisse übereinstimmen. Die große Mehrheit gibt eine Häufigkeit von unter 10% an Wiederholungsfällen an. Es scheint realistisch, dass eine derart geringe PatientInnenzahl keine ernstzunehmenden Zuteilungen aus dem Gedächtnis der InterviewpartnerInnen zulässt.

Zusammengefasst bilden im Rahmen der Erstfälle SchülerInnen, sowie Lehrlinge beinahe gleichauf die Mehrheit der Zuteilungen, während bei Wiederholungsfällen keine eindeutigen Zuteilungen möglich waren.

Zu beachten ist in diesem Kontext aber, dass die Wahrscheinlichkeit SchülerInnen und Lehrlinge in der Gruppe der Erstfälle am häufigsten anzutreffen unter anderem auch daran liegt, dass es demographisch gesehen in der Altersgruppe unter 18 Jahren viel mehr SchülerInnen und Lehrlinge gibt, als HilfsarbeiterInnen und beschäftigungslose Jugendliche. (Siehe Kap. 7.3.2) In diesem Rahmen sei zusätzlich erwähnt, dass ca. 20% der telefonisch interviewten SpitalsmitarbeiterInnen HilfsarbeiterInnen und auch arbeitslose Jugendliche als *häufig* im Rahmen der Erstfälle kategorisiert haben. Bedenkt man dabei, dass deren Wahrscheinlichkeit unter den Erstfällen weit unter jener der SchülerInnen bzw. Lehrlingen liegt, so relativiert sich die große Mehrheit zum Teil.

Auch die Einschätzung der ExpertInnen im qualitativen Teil bestätigte wie eingangs erwähnt, dass alle Bildungsschichten von jugendlichen Alkoholintoxikationen betroffen seien. Auch in der Gruppe der Erstfälle. Ein Bildungsgefälle würde nicht erkennbar sein, so die ExpertInnen. Analog dazu präsentiert sich auch die Bildungssituation der gesamten qualitativen Stichprobe. (Siehe Kap. 7.3.2)

### **9.2.5 Relevanz der öffentlichen Komatrinken-Diskussion beim Spitalspersonal**

Aus den Gesprächen mit ExpertInnen im Spitalsbereich ging hervor, dass verschiedene persönliche Standpunkte zu jugendlichen Alkoholintoxikationen existieren. Darauf wurde bereits mehrmals eingegangen. (Siehe Kap. 6.2.1)

Es wurde darüber hinaus aber auch in den ExpertInneninterviews konkret nach einer Einschätzung die öffentlich-mediale „Komatrinken“ Diskussion betreffend gefragt. (siehe Kapitel 7.2.1) Es ließen sich zwei durchgängige Trends beschreiben. Zum Ersten wurde das Wort „Koma“ als in der Mehrheit der Fälle unzutreffend kritisiert, und zum Zweiten wurde die pauschale mediale Darstellung anhand von ausgesuchten *problematischeren* Einzelfällen als übertrieben empfunden. Ein Interviewpartner merkte diesbezüglich an, dass man einzelnen Fällen niemals die Gesamtsituation ableiten könne. Unter „Koma“ wurde dabei jene medizinische Definition herangezogen, wie sie auch im Kap. 7.2.1) Verwendung fand.

Die telefonische Befragung sollte nun helfen, diese beiden Argumentationslinien zu überprüfen. Folgende Frage wurde gestellt.

*Frage 11: Existieren Unterschiede zwischen persönlicher Erfahrung und der medialen Darstellung (Komatrinken) von jugendlichen Alkoholintoxikations-PatientInnen?*

Die Frage wurde erneut bewusst offen gestellt. Es sollte dem Spitalspersonal ermöglicht werden, eigene Beurteilungen anzugeben um auch ev. auftretende, über die qualitativen Ergebnisse hinausgehende Argumentationslinien erfassen zu können.

Es kann jedoch vorweggenommen werden, dass sich die Ergebnisse weitgehend mit den Erwartungen des Forschungsteams decken und keine „neuen“ Argumentationslinien hervorgebracht wurden. Die Antworten der ÄrztInnen und des Pflegepersonals waren darüber hinaus den gleichen Antwortdimensionen zuzuordnen und ermöglichten deshalb eine

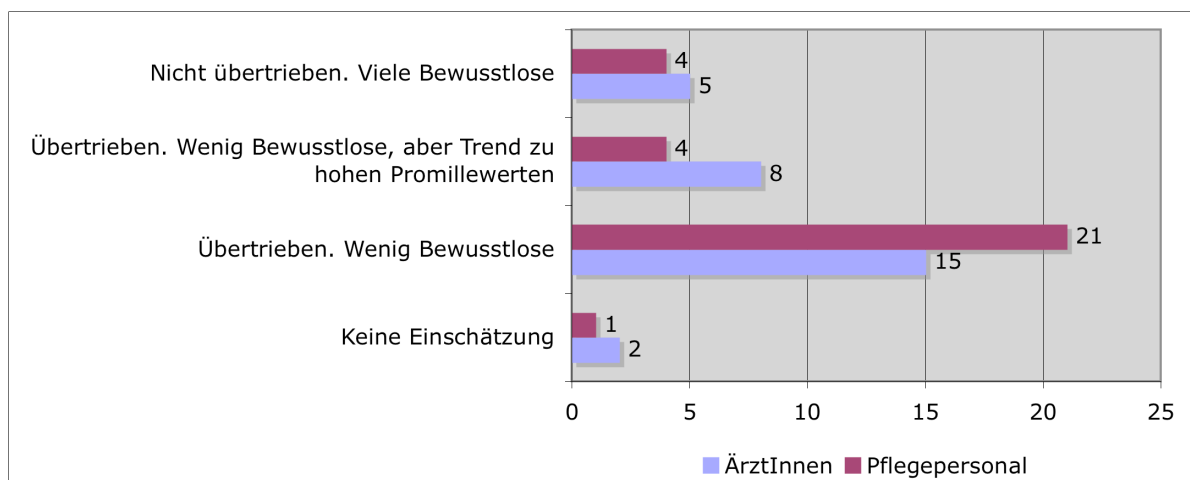
gemeinsame Kategorisierung.

**Tab. 19: Antwortkategorien des Spitalspersonals für die Einschätzung der öffentlichen Diskussion**

ÄrztInnen und Pflegepersonal
Übertrieben. Wenig bewusstlose Fälle.
Übertrieben. Wenig bewusstlose Fälle, aber in Einzelfällen Trend zu hohen Promillewerten erkennbar.
Nicht übertrieben. Viele bewusstlose PatientInnen.
Nicht einschätzbar.

Wie in der Tabelle zu erkennen ist, argumentierte das Spitalspersonal von sich aus in ähnlichen Dimensionen, wie auch bereits die InterviewpartnerInnen in den ExpertInneninterviews. Die Häufigkeiten der Antworten passend zu den einzelnen Kategorien ließen sich folgendermaßen darstellen:

**Abb. 34: Häufigkeitsverteilung des Spitalspersonals für die Einschätzung der öffentlichen Diskussion**



Analysiert man die Ergebnisse anhand der von ExpertInnen angeführten Argumentationslinie, dass die öffentliche Diskussion stark übertrieben sei, so ist anhand der Grafik gut zu erkennen, dass auch der Großteil der telefonisch befragten Personen (76% ÄrztInnen / 83% PflegerInnen) die öffentliche „Komatrinken“ Diskussion für übertrieben hielt. Weiters wurde einmal mehr argumentiert, dass es nicht möglich sei, Alkoholintoxikationen von Jugendlichen pauschal zu diskutieren und darüber zu urteilen.

20% der GesprächspartnerInnen gaben auch an, dass aktuell zwar ein Trend zu höheren Promillewerten bei einer Gruppe von Jugendlichen erkennbar sei, diese jedoch nicht die Mehrheit der Jugendlichen darstellte.

Die zweite Argumentationslinie der ExpertInnen besagte, dass die Zahl komatöser Personen gering sei, und deshalb der Begriff „Komatrinken“ als Synonym für jugendliche Alkoholintoxikationen unpassend sei. Auch dieses Argument wurde durch die telefonische Befragung bestätigt. Dieselbe Mehrheit (76% ÄrztInnen / 83% PflegerInnen), die bereits die Diskussion für generell übertrieben hielt, bestätigte auch eine geringe Zahl von komatösen PatientInnen.

Die Argumentationslinien der befragten Personen decken sich aber nicht nur mit jenen

der ExpertInnen, sondern spiegeln sich auch in der qualitativen Stichprobe wieder. Lediglich einer von 50 Jugendlichen wurde komatös in ein Spital eingeliefert. (Siehe Kap. 7.2.1)

### 9.2.6 Stationäre Interventionsmöglichkeiten und Einschätzungen des Personals

Die im Rahmen des qualitativen Teils vorgeschlagene Intervention (Siehe Kap. 7.5.4) kann durch 2 Fragekomplexe in mehreren Hinsichten überprüft werden:

- Gibt es in oberösterreichischen Spitälern psychologische Hilfsmöglichkeiten?
- Wie steht das Personal selbst zu einem Ausbau der vorhandenen Maßnahmen?

Zur Beantwortung der ersten Fragestellung wurde folgende Frage im Rahmen der quantitativen Erhebung verwendet:

*Frage 12: Gibt es Hilfsangebote für Jugendliche mit Alkoholproblemen in Ihrem Spital?*

- *Wenn ja, welche... ?*
- *Nein*

Die Frage baut auf Informationen aus den ExpertInneninterviews auf. Die InterviewpartnerInnen gaben dabei an, dass stationär ausschließlich durch spitalseigene klinische PsychologInnen oder PsychiaterInnen eine Intervention erfolgt. In einem einzigen Fall existierte eine vereinbarte Kooperation mit einer externen Alkoholberatungsstelle zu der verwiesen werden kann, wenn stationär gerade keine freien Ressourcen zur Verfügung stehen.

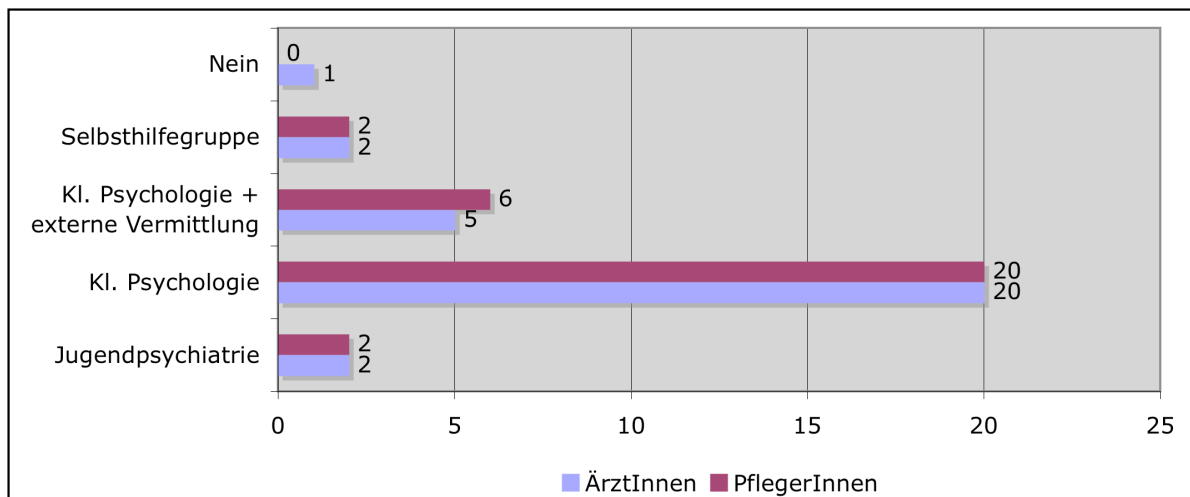
Aus der telefonischen Befragung konnten für diese Frage folgende Kategorien, wiederum für beide interviewte Personengruppen, gebildet werden:

**Tab. 20: Kategorien für Hilfsangebote in den Spitälern laut Spitalspersonal**

<b>ÄrztInnen und Pflegepersonal</b>
Vorhandene jugendpsychiatrische Abteilung
Klinische Psychologie
Klinische Psychologie + externe Vermittlung
Selbsthilfegruppe

Die Kategorien bilden alle vorhandenen Interventionsmöglichkeiten in den oberösterreichischen Spitälern ab. Die Häufigkeitsverteilung sieht folgendermaßen aus:

**Abb. 35: Häufigkeitsverteilung der Hilfsangebote in Spitälern laut Spitalspersonal**



57% der interviewten Personen gaben an, dass sämtliche Interventionen bezogen auf problematischen jugendlichen Alkoholkonsum seitens klinischer PsychologInnen erfolgte. GesprächspartnerInnen merkten dabei an, dass diese PsychologInnen aber an Wochenenden nicht immer erreichbar seien. Als Konsequenz lassen sich 3 Strategien bei den befragten Personengruppen beschreiben:

- Entlassung ohne psychologisches Gespräch
- Verlängerung des stationären Aufenthaltes (wenn möglich)
- Weitervermittlung an externe Beratungsstellen

Dazu gaben aber nur 15% der InterviewpartnerInnen an, dass im Bedarfsfall auch an externe Stellen weitervermittelt würde. Ob eine Verlängerung des stationären Aufenthaltes möglich sei, lasse sich laut ÄrztInnen nicht pauschal sagen. Dieses Vorgehen sei in erster Linie vom Zustand (physisch, sowie psychisch) der Jugendlichen abhängig. Es erfolgte daher keine quantitative Einschätzung. Ein einzelner Arzt konnte zu den Hilfsmöglichkeiten generell keine Auskunft geben.

In 2 Spitälern zeigt sich eine besondere Situation. In der Landesnervenklinik Wagner-Jauregg befindet sich eine voll ausgestattete jugendpsychiatrische Abteilung. Hier werden in der Regel keine rein physiologischen Alkoholintoxikationen behandelt. Der Schwerpunkt liegt auf *psycho-sozial auffälligen* Jugendlichen. Diese können im Rahmen einer Alkoholintoxikation auch auf dieser Station behandelt werden.

Der zweite Spezialfall bezieht sich auf das LKH Gmunden. Dort hat es sich eine Gruppe von ÄrztInnen zum Ziel gesetzt, eine stationäre Alkohol-Selbsthilfegruppe unter Anleitung und Moderation von ExpertInnen zu installieren. An dieser könnten auch Jugendliche teilnehmen.

Die vorgeschlagene Intervention aus dem qualitativen Teil (siehe Kap. 7.5.4) und ihre Realisierbarkeit basierte auf der aus ExpertInneninterviews gewonnenen Einschätzung, dass in oberösterreichischen Spitälern psychologische Hilfsmöglichkeiten durchgängig vorhanden sind. Diese Annahme kann durch die quantitative Erhebung bestätigt werden.

Für die Beantwortung der Frage, wie das Spitalspersonal selbst zu einem Ausbau der Intervention bei jugendlichen Alkoholintoxikationen steht, wurde folgende Fragestellung gewählt:

Frage 13: Welche unterstützenden Maßnahmen würden Sie sich als ProfessionalistIn in ihrem Spital wünschen, um besser mit der Situation einer Alkoholintoxikation von Jugendlichen umgehen zu können?

Diese Frage baut auf der vorangegangenen auf. Nachdem mit Frage 12 der „Status Quo“ in den Spitälern erhoben wurde, wird mit dieser offenen Frage dem Personal die Chance eingeräumt, Verbesserungsvorschläge und wünschenswerte Maßnahmen selbst bekannt zu geben. Weiters kann mit Hilfe dieser Fragestellung erhoben werden, welcher Bedarf an Intervention aus der Sicht des Personals von Nöten ist und wie die Situation selbst beurteilt wird.

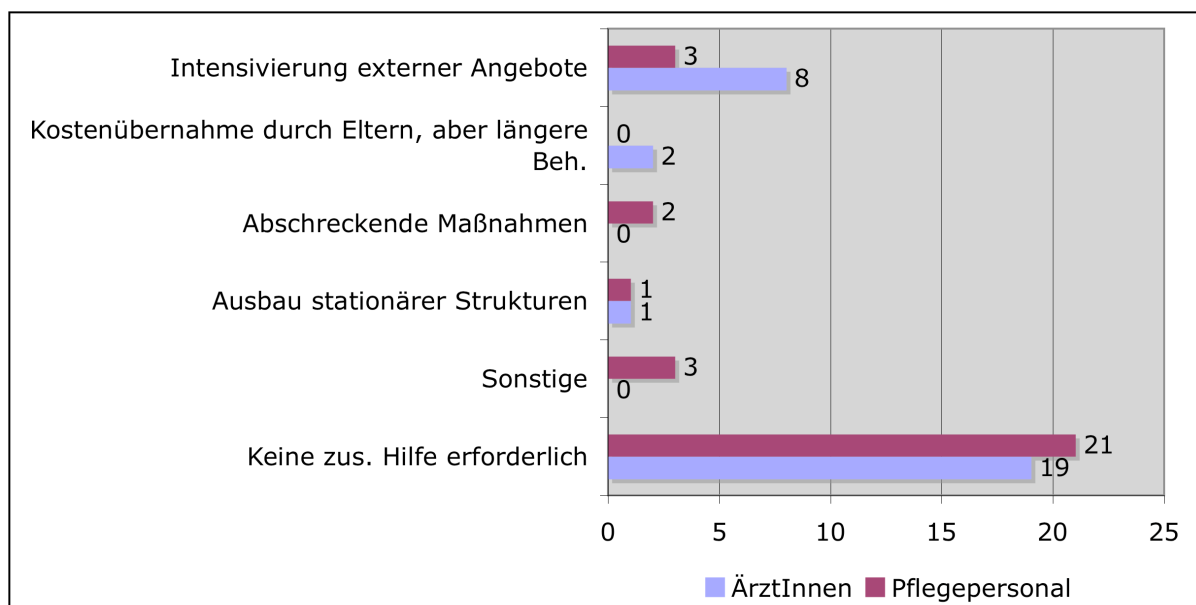
Folgende Antwortkategorien wurden erstellt:

**Tab. 21: Wünschenswerte Hilfsangebote des Spitalpersonals**

ÄrztInnen	PflegerInnen
Mehr Infos und Weiterleitungsmöglichkeiten an externe Hilfsstellen	Mehr Infos und Weiterleitungsmöglichkeiten an externe Hilfsstellen
Keine zusätzliche Hilfe erforderlich	Keine zusätzliche Hilfe erforderlich
Behandlungskostenübernahme durch Eltern, dafür aber längere und intensivere psychologische Behandlung	
Ausbau der therapeutischen Strukturen im Spital (Erreichbarkeit von PsychologInnen)	Ausbau des therapeutischen Netzes im Spital (Erreichbarkeit von PsychologInnen)
	Intensivierung abschreckender Maßnahmen
	Sonstige Vorschläge

Die Häufigkeitsverteilung stellt sich wie folgt dar:

**Abb. 36: Häufigkeitsverteilung der wünschenswerten Hilfsangebote des Spitalpersonals**





Der überwiegende Großteil der befragten Personen (63% ÄrztInnen / 70% Pflegepersonal) gab an, dass sie keine zusätzliche Hilfe benötigen würden. Die Begründungen dafür waren sowohl bei den ÄrztInnen, als auch bei PflegerInnen jeweils ident.

Es wurde entweder argumentiert, dass die Mehrzahl der Fälle unauffällige ErstpatientInnen seien, die laut den interviewten Personen keinen, über die physiologische Intoxikation hinausgehenden Behandlungsbedarf hätten, oder aber die Hilfe schlecht angenommen werden würde.

Zwei ÄrztInnen sahen einen Vorteil darin, dass Eltern die Behandlung der Kinder selbst zahlen sollten, dafür aber ein längerer Aufenthalt mit intensiverer psychologischer Behandlung möglich wäre. Abschreckende Maßnahmen (z.B. verpflichtende Windel) konnten sich zwei PflegerInnen vorstellen.

Die Diskussion der Ergebnisse erfolgt nun anhand der vorgeschlagenen Intervention des qualitativen Teils.

Für die Gruppe „*psycho-sozial unauffälliger*“ Jugendlicher, bei denen die Intoxikation als „Unfall“ anzusehen ist, wird in erster Linie eine deeskalierende Information vorgeschlagen. Der Spitalsaufenthalt als belastende Situation für Eltern, sowie deren Kinder soll entproblematisiert werden.

Die Argumentation jener Personen, die im telefonischen Interview angaben, dass keine zusätzliche Hilfe von Nöten sei, war neben der Nicht-Annahme von Hilfsangeboten auch durch die angegebene hohe Zahl von *unauffälligen* Jugendlichen bestimmt.

Diese Darstellung widerspricht der vorgeschlagenen Intervention in keiner Weise. Wie ausgeführt, macht es den Ergebnissen des qualitativen Teils nach Sinn, auch bei *unauffälligeren Jugendlichen* mit Information und Deeskalation zu intervenieren. Diese „neue“ Form einer Intervention sollte in den Alltag des Klinikpersonals Eingang finden.

Das zweite Argument dieser Personengruppe war, dass angebotene Hilfe nicht angenommen werden würde. Genau in diesem Punkt setzt wiederum die vorgeschlagene Intervention ein. Diese ist auf verschiedene Typen von jugendlichen PatientInnen ausgerichtet, da pauschale Hilfsangebote an jugendliche AlkoholintoxikationspatientInnen nicht für jede Gruppe von Jugendlichen gleich angemessen erscheinen. Sogesehen bestätigt die telefonische Befragung die qualitativen Erkenntnisse einmal mehr.

Der vorgeschlagenen Intervention nach, sollte zuerst eine Einschätzung der Jugendlichen erfolgen. Erst dann kann eine entsprechend „niederschwellige“ Intervention angepasst an die Situation der Jugendlichen stattfinden. Die Wahrscheinlichkeit einer positiven Annahme könnte auf diese Art und Weise stark vergrößert werden.

Selbiges Argument behält seine Gültigkeit auch im Rahmen der Aussage jener beiden ÄrztInnen, dass Eltern den stationären Aufenthalt der Jugendlichen selbst zahlen sollten, dafür aber eine längere psychologische Behandlung möglich sei. Jene Jugendliche, die aufgrund einer durchgeführten Einschätzung als psycho-sozial behandlungsbedürftig erscheinen, werden weitere Therapien ohnehin seitens der Krankenkassen übernommen bekommen. Bei jenen, die diese Behandlung nicht benötigen, wäre sie unangebracht und widerspräche der Deeskalationsstrategie bei *psycho-sozial unauffälligen* Jugendlichen.

Zuletzt seien noch jene 18% der InterviewpartnerInnen genannt die angaben, dass eine Intensivierung der Information über externe Hilfsstellen und Weiterleitungsmöglichkeiten wünschenswert wäre.

Die Weiterleitung an externe Stellen spielt ebenso in der vorgeschlagenen Intervention eine große Rolle. Es betrifft vorallem die Gruppe der Jugendlichen mit „*risikobehaftetem*“

*Alkoholkonsum, aber keinen psycho-sozialen Auffälligkeiten". Für diese Jugendlichen wird vorgeschlagen eine gezielte Beratung für den Umgang mit Alkohol durchzuführen. Diese sollte durch externe ExpertInnen durchgeführt werden. Dem Wunsch nach Intensivierung der Information über derartige Angebote wird mit dem Vorschlag der Erstellung einer Informationsbroschüre für Spitäler Rechnung getragen.*

#### *Zusammenfassende Darstellung*

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass die vorgeschlagene Intervention sowohl was die Voraussetzungen betrifft möglich ist, als auch passend erscheint für die Situations-schilderung des Stationspersonals.

### **9.3 Zusammenfassung der quantitativen Studierenerweiterungsergebnisse**

Generell kann über alle Ergebnisse hinweg gesagt werden, dass keine einzige Frage Ergebnisse hervorbrachte, mit denen das Forschungsteam absolut nicht gerechnet hatte. Überraschungen blieben aus. Selbst in Fragen die bewusst offen gestellt wurden, unterschieden sich die Argumentationslinien des Spitalspersonals kaum von jenen, die bereits aus den ExpertInneninterviews bekannt waren. Gänzlich neue Forschungsfelder wurden durch keine der InterviewpartnerInnen eröffnet.

Setzt man die Befragungsergebnisse in Relation zu der qualitativen Stichprobe von 50 Jugendlichen, so kann auch in diesem Zusammenhang geschlussfolgert werden, dass die Einschätzungen des Spitalspersonals in den einzelnen Punkten in hohem Maße der im qualitativen Teil erhobenen Realität entsprechen. Zu beachten ist allerdings, dass die Bewertung der Jugendlichen nach psycho-sozialen Risikofaktoren, sowie sie in der qualitativen Studie durchgeführt wurde, in der quantitativen Befragung nicht berücksichtigt werden konnte. Die Befragungsergebnisse beziehen sich deshalb immer auf die gesamte Stichprobe.

Als Konsequenz bedeutet dies, dass die überprüften qualitativen Ergebnisse durch die quantitative Überprüfung einerseits an Validität dazu gewonnen haben und dass andererseits nun eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse für ganz Oberösterreich in den überprüften Punkten möglich erscheint.

In den folgenden Absätzen werden die Kernergebnisse der einzelnen Befragungspunkte noch einmal zusammengefasst dargestellt:

#### *Diagnoseerstellung in den Spitälern*

Die Befragung hat ergeben, dass aktuell unter den befragten ÄrztInnen keinen Hemmschwellen zu existieren scheinen, Alkoholdiagnosen bei jugendlichen PatientInnen zu stellen. Lediglich ein Arzt konnte sich vorstellen, in besonderen Fällen bei einer leichten Alkoholintoxikation, auf eine Alkoholdiagnose zu verzichten. Als Grund wurde eine gesellschaftliche Stigmatisierungsgefahr für Jugendliche angegeben. Alle übrigen befragten ÄrztInnen gaben darüber hinaus an, dass sich ihrer Sichtweise nach in der Frage ob Alkoholdiagnosen gestellt werden oder nicht, keine Veränderungen auch außerhalb der für die Befragung relevanten Zeitspanne der letzten 3 Jahre (2005-2007) erkennen ließen.

#### *Einschätzungen und Einstellungen des Klinikpersonals gegenüber jugendlichen Alkoholintoxikationen*

Die Einschätzungen aus den ExpertInneninterviews konnten durch die telefonische Befragung entsprechend bestätigt werden. Beschrieben wurden sowohl leicht steigende, als auch gleichbleibende Fallzahlen. Das Verhältnis stellt sich 50:50 dar. Auch konnten sowohl eine nicht problematisierende Haltung gegenüber jugendlichen Alkoholintoxikationen beschrieben werden, als auch eine teilweise problematisierendere Darstellung. Ärz-

tInnen und PflegerInnen die angaben, dass die Fallzahlen steigen suchten die Begründungen mehrheitlich nicht bei den Jugendlichen selbst, sondern im gesellschaftlichen Umfeld (Akzelerationseffekt, höhere gesellschaftliche Sensibilisierung für jugendliche Alkoholintoxikationen). Bei jenen SpitalsmitarbeiterInnen die gleichbleibende Fallzahlen einschätzten, stand im Mittelpunkt der Argumentation, dass sich das Trinkverhalten der Jugendlichen nicht grundlegend ändert und jugendliche Alkoholintoxikationen immer schon aufgetreten seien. Das besondere an der aktuellen Situation sei, dass das Thema ein öffentlich diskutiertes sei.

#### *Für das Spitalpersonal auffällige Charakteristika der Jugendlichen*

Auch in diesem Punkt decken sich sowohl die qualitativen Ergebnisse, als auch jene aus der telefonischen Befragung.

Befragte Personen gaben in der großen Mehrheit an, dass die Zahl der Wiederholungsfälle äußerst gering sei. In der Gruppe der Erstfälle war es dem Spitalpersonal unmöglich, gemeinsame Charakteristika zu identifizieren. Zu unterschiedlich würden sich die PatientInnen in dieser Gruppe präsentieren. Bei Wiederholungsfällen stand als Charakteristikum in der Mehrheit aller Einschätzungen ein psycho-sozial auffälliger Hintergrund. Diese Einschätzungen konnten auch durch die qualitative Stichprobe von 50 Jugendlichen gestützt werden.

#### *Einschätzungen über den Ausbildungsstand der Jugendlichen*

Die befragten Personen gaben in diesem Punkt an, dass kein Bildungsgefälle im Rahmen der Erstfälle erkennbar sei. Sowohl SchülerInnen, als auch Lehrlinge seien im Rahmen der Erstfälle die am häufigsten betroffenen Personengruppen. Dies war zu erwarten, da in der Altersgruppe der unter 18-jährigen diese Bildungswege auch die überwiegende Mehrheit bilden. Die Erfahrung mit Wiederholungsfällen war bei den Befragten mehrheitlich zu gering, um dabei valide Aussagen treffen zu können.

#### *Einschätzungen und Erklärungsansätze des Klinikpersonals gegenüber der medialen Darstellung der öffentlichen „Komatrinken“-Diskussion*

Die Argumentationslinien des Spitalsspersonals aus den ExpertInneninterviews konnten auch in diesem Punkt bestätigt werden. Oberösterreichische SpitalsmitarbeiterInnen sahen die medial-öffentliche „Komatrinken“-Diskussion als übertrieben an. Weiters war die Mehrheit aller Befragten der Meinung, dass das Wort „Komatrinken“ an sich als Synonym für jugendliche Alkoholintoxikationen unpassend sei, da es nur wenig bewusstlose Fälle geben würde. Auch in der qualitativen Stichprobe von 50 Jugendlichen war nur ein einziger bewusstloser Fall zu verzeichnen.

#### *Einschätzungen des Klinikpersonals über stationäre Interventionsmöglichkeiten*

Die in Kap. 7.5.4 vorgeschlagenen Interventionen für verschiedene Gruppen von jugendlichen AlkoholintoxikationspatientInnen konnten nach der telefonischen Befragung sowohl in der Durchführung grundsätzlich möglich, als auch sinnvoll beurteilt werden. Psychologische Hilfsmöglichkeiten sind in den oberösterreichischen Spitälern grundsätzlich vorhanden, doch zeigten sich, wie bereits aufgrund der ExpertInneninterviews vermutet wurde, ein Problem an Wochenenden. Der Großteil der Jugendlichen in der qualitativen Stichprobe wurde an Samstagen und Sonntagen eingeliefert. Psychologisches Personal sei hier in den Spitälern aber oft schwer zu erreichen. Die vorgeschlagene Intervention aus Kap. 7.5.4, geht unter anderem auch auf diese Problematik ein. Vorgeschlagen werden, nach unterschiedlichen PatientInnengruppen geordnet, abgestufte Vorgehensweisen.

## 10 Verzeichnis der InterviewpartnerInnen

Folgende Liste enthält alle Personen, mit denen ein qualitatives Interview geführt wurde, nach Arbeitsbereichen sortiert. Innerhalb der Bereiche erfolgte eine alphabetische Sortierung.

### *SpitalsmitarbeiterInnen:*

Dr. Ariane Biebl	Dr. Michael Merl
Prim. Dr. Franz Eitelberger	Elisabeth Muggenhuber
Prim. Dr. Josef Emhofer	Lenka Ramadanovska
Evelyne Falwickl	Elisabeth Schauer
Dr. Wolfgang Haunschmidt	Univ.-Prof. Prim. Dr. Klaus Schmitt
Dr. Martin Klinglmair	OA Dr. Heinz Schwarzbach
Karin Koderhold	Martina Schwarzenlander
Ulrike Köpplmayer	Doris Wöhrer
Prim. Dr. Rudolf Leixnering	Kathrin Zahn
Claudia Mayer	Dr. Markus Zegermacher

### *MitarbeiterInnen des Rettungsdienstes:*

Christoph Bogner  
Florian Gerard  
Astrid Kramer  
Andreas Heinz

### *MitarbeiterInnen der OÖ. Gebietskrankenkasse:*

Dr. Johann Huber  
Mag. Harald Schmadlbauer

### *GastronomInnen:*

Elmar Augustin  
Johannes Hofer  
Joachim Natschläger  
Andrea Wunder

### *Polizeibeamte:*

GrInsp. Alexander Geyrhofer  
GrInsp. Christoph Hackl  
RevInsp. Markus Watzinger

*JugendbetreuerInnen:*

Tanja Aschauer

Anita Bumberger

Tamara Fraßl

Thomas Langer

Tatjana Mehovic

Ikechukwu Okafor

Stefan Petereder

Lisa Planck

Roderich Winkler

Lisa Zirsky

## 11 Literaturverzeichnis

- Anderson, P. (1990): Management of Drinking Problems. WHO Regional Publications, European Series, 32, Copenhagen
- Chassin, L., Pillow, D.R., Curran, P.J., Molina, B.S.G., Barrera, M. (1993): Relation of Parental Alcoholism to Early Adolescent Substance Use: A Test of Three Mediating Mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 102, 1, 3-19
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (2006): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Diagnostische Kriterien für die Praxis 4., überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber, Hogrefe
- Farke, W. (2008): Alkohol – Einflüsse der Peergroup. In: Klein, M. (2008)(Hrsg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken – Prävention – Hilfen. Stuttgart: Schattauer
- Fasching, G. (2002): Kinderschutzgruppen. In: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (Hrsg.): Leitfaden für Kinderschutzgruppen [http://www.kinderrechte.gv.at/home/upload/50%20thema/tm\\_0704\\_leitfaden\\_fuer\\_kinderschutzgruppen.pdf](http://www.kinderrechte.gv.at/home/upload/50%20thema/tm_0704_leitfaden_fuer_kinderschutzgruppen.pdf) (Stand: 03.09)
- Frank, H. (2002): Risikokinder. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 25, 1/2, 83-92
- Frank, H., Puhm, A., Bauer, W., Mader, R. (1999): Alkohol-bezogene Erwartungen, Einstellungen und Alkoholkonsum bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 22, 4, 3-10
- Health Education Council (1994): That's the Limit. London
- Hutter, I. (2009): Alkoholintoxikationen bei Jugendlichen. *SuchtMagazin*, 1, 22-23
- Jordan, S. Sack, P.-M. (2009). Schutz- und Risikofaktoren. In: Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U.J., Riedesser, P. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Schattauer
- Klein, M. (2002): Die besondere Gefährdung für Kinder aus Suchtfamilien – Präventive Ansätze. In: Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKD (Hrsg.): Handbuch der Suchtkrankenhilfe, 1-6. Wuppertal: Blaukreuz
- Klein, M. (Hrsg.) (2008): Kinder und Suchtgefahren. Risiken – Prävention – Hilfen. Stuttgart: Schattauer
- Kraus, L., Bloomfield, K., Augustin, R., Reese, A. (2000): Prevalence of Alcohol Use and the Association Between Onset of Use and Alcohol-Related Problems in a General Population Sample in Germany. *Addiction*, 95 (9), 1389-1401
- Messinger, H. (1994): Langenscheidts Handwörterbuch Englisch. Berlin: Langenscheidt
- Meuser, M., Nagel, U. (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W.: Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Müller, W. (2002): Alkoholintoxikation im Kindes- und Jugendalter. Persönliche Mitteilung, Graz

- NIAAA (2004): NIAAA Council Approves Definition of Binge Drinking. NIAAA Newsletter, Winter 2004,3,3
- OGH (2009): Kostenübernahme bei Spitalbehandlung von Alkoholisierten. Wien, Urteil vom 27.1.2009, Geschäftszahl: 10ObS99/08v
- Puhm, A., Gruber, C., Uhl., A., Grimm, G., Springer, N., Springer, A. (2008): Kinder aus suchtbelasteten Familien – Theorie und Praxis der Prävention. Forschungsstudie 2004-2006 des Ludwig Boltzmann Instituts für Suchtforschung und der AlkoholKoordinations- und Informationsstelle (AKIS)  
<http://www.api.or.at/lbi/pdf/08%20encare%20studie.pdf> (Stand: 03.09)
- Redelsteiner, C. et al. (2005): Das handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter, Patientenbetreuung nach Leitsymptomen, Braumüller Verlag,
- Sack, P.-M., Thomasius, R. (2009): Familiäre Einflüsse. In: Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U.J., Riedesser, P. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Schattauer
- Sayette, M.A. (1999): Does Drinking Reduce Stress? Alcohol Research & Health, 23, 4, 250-255
- Schneider, A., Haas, S.L., Teyssen, S., Singer, M.V.(2008): Alkoholvergiftungen bei Kindern. In: Klein, M. (Hrsg.) (2008): Kinder und Suchtgefahren. Risiken – Prävention – Hilfen. Stuttgart: Schattauer
- Schuckit, M.A. (ed.) (2006): Guidance for the authors on the policy of the Journal of Studies on Alcohol regarding the appropriate use of the term ‚binge‘. San Diego: Center of Alcohol Studies Rutgers  
<http://alcoholstudies.rutgers.edu/journal/Binge.html> (Stand: 03.06)
- Sher, K.J. (1991): Children of alcoholics: a critical appraisal of theory and research. Chicago: The University of Chicago Press
- Soyka, M., Küfner, H. (2008): Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme
- Stolle, M., Sack, P.-M., Thomasius, R. (2009): Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter: Epidemiologie, Auswirkungen und Intervention. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, 19, 323-328
- Stolle, M., Thomasius, R. (2009): Akutbehandlung. In: Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U.J., Riedesser, P. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Schattauer
- Strizek, J., Uhl., A., Schmutterer, I., Grimm, G., Bohrn, K., Fenk, R., Kobra, U., Springer, A. (2008): ESPAD Austria 2007: Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band I: Forschungsbericht. Wien: Bundesministerium für Gesundheit
- Uhl, A. (2003): Jugend und Alkohol – mit besonderer Berücksichtigung des rauschhaften Trinkens. Praev.doc, 1, 3-10. <http://www.api.or.at/lbi/download.htm> (Stand: 03.09)
- Uhl, A. (2007): Jugend und Alkohol <http://www.elternbildung.at/eb/themenschwerpunkte/expertenstimme/0711.php> (Stand: 02.09)

- Uhl, A., Bachmayer, S., Kobrna, U. (2008): Zunahme der alkoholbedingten Spitalsaufnahmen von Kindern und Jugendlichen, LBI-Sucht  
<http://www.api.or.at/akis/jugend%20und%20alkohol/rauschtrinken.htm>  
 (Stand: 03.08)
- Uhl, A., Bohrn, K., Fenk, R., Grimm, G., Kobrna, U., Springer, A., Lantschik, E. (2005a): ESPAD Austria 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band I: Forschungsbericht. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
- Uhl, A., Springer, A., Kobrna, U., Bachmayer, S. (2003): Expertise über alkohol- und nikotinspezifische Jugendschutzbestimmungen in Österreich und international. Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann Instituts für Suchtforschung.  
<http://www.api.or.at/lbi/download.htm> (Stand: 03.09)
- Uhl, A., Springer, A., Kobrna, U., Gnams, T., Pfarrhofer, D. (2005b): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004, Bericht. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
- Uhl, A., Springer, A., Kobrna, U., Matt, B. (2008): Alkohol und erhöhte Vulnerabilität in Kindheit und Jugend? Endbericht des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Suchtforschung zur Expertise „Die Auswirkungen von Alkohol auf Kinder und Jugendliche“ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, Abteilung Jugendpolitik
- Uhl, A.; Bachmayer, S., Kobrna, U., Puhm, A., Springer, A., Kopf, N., Beiglböck, W., Eisenbach-Stangl, I., Preinsperger, W., Musalek, M. (2009): Handbuch: Alkohol - Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2009. Dritte überarbeitete und ergänzte Auflage. Wien: Bundesministerium für Gesundheit
- Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B., Castillo, S. (1994): Health and Behavioral Consequences of Binge Drinking in College. A National Survey of Students at 140 campuses. JAMA, 272, 21, 1672-1677
- Zobel, M. (2006): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen. 2., überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe



## 12 Gesetzestexte

Bundesgesetz (1989): Jugendwohlfahrtsgesetz, Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, Wien

Bundesgesetz (1990): Die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten, Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, Wien

Bundesgesetz (1998): Ärztegesetz, Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, Wien

Landesregierung OÖ (1997): Oberösterreichisches Krankenanstaltengesetz, Linz

Landesregierung OÖ (2001): Landesgesetz über den Schutz der Jugend, Linz

OGH (2009): Kostenübernahme bei Spitalbehandlung von Alkoholisierten. Wien, Urteil vom 27.1.2009, Geschäftszahl: 10ObS99/08v

[http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJT\\_20090127\\_OGH0002\\_010OBS00099\\_08V0000\\_000](http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJT_20090127_OGH0002_010OBS00099_08V0000_000)