



Bundesmodellprojekt „HaLT - Hart am Limit“

InfoLetter

Nr. 3
August 2007

HaLT-„Hart am Limit“ ist effektiv und effizient

Evaluation empfiehlt Weiterführung des Bundesmodellprogramms HaLT

Die Debatte um Alcopops ist abgeebbt, aber Rauschtrinken von Kindern und Jugendlichen bleibt in der Drogenprävention Thema. Im März 2007 starb in Berlin der 16-jährige Lukas an den Folgen eines Alkoholexzesses.

Aus dem Inhalt:

**Ergebnisse der Begleitforschung
Alkoholvergiftungen treffen Jugendliche aller Bevölkerungsgruppen**

**„Warum tun die das?“ - Motive von
riskantem Alkoholkonsum**

**HaLT - Vorreiter in Europa
Die HaLT-Strategie als Modell
europäischer Prävention**

**Was HaLT eine Stadt kostet
Gemeinden können von dem Modell-
programm profitieren
Rechenbeispiel für eine Kleinstadt**

**Die Wirksamkeit von HaLT
Erkenntnisse aus der
Präventionsforschung**

Das Bundesmodellprogramm HaLT - Hart am Limit erprobt seit 2004 einen gemeindenahen Ansatz. Nach der Pilotphase in Lörrach haben ab Mitte 2004 insgesamt elf Standorte in neun Bundesländern das HaLT-Konzept weiterentwickelt. Seit Anfang 2007 läuft eine dritte Modellphase, die die Weiterfinanzierung sichern soll.

Die Projekte sind bewusst so ausgewählt, dass sie sich in der Trägerschaft, in der Grösse der Gemeinde und in den Schwerpunkten des Programms unterscheiden. Das Bundesprogramm sollte beurteilen, ob das in Lörrach erfolgreich umgesetzte Konzept auch in anderen Gemeinden bundesweit anwendbar ist.

Die Evaluation durch die Prognos AG hat HaLT jetzt ein gutes Zeugnis ausgestellt: „HaLT ist ein effektives und effizientes Konzept für die Alkoholprävention in der Gemeinde. Wir empfehlen die Fortsetzung von HaLT!“, so Michael Steiner, Prognos-Marktfeldleiter.

Die Villa Schöplin - Zentrum für Suchtprävention in Lörrach, Initiatorin des HaLT-Projekts, bietet interessierten

Gemeinden den Transfer des Konzeptes an. Gemeinden können von den Erfahrungen im Bundesprogramm profitieren und auf ein bewährtes und erfolgreiches Präventionsmodell setzen.

Diese Ausgabe des „HaLT“-Infoletters stellt die Erkenntnisse der Begleitforschung dar und beantwortet die Fragen, die die Evaluation gestellt hat:

- Wer profitiert von HaLT?
- Was sind die Ursachen von Rauschtrinken?
- Welche Jugendlichen sind von Rauschtrinken betroffen?
- Für welche Gemeinden und Träger kommt HaLT in Frage?
- Was kostet die Umsetzung?
- Welche Anhaltspunkte gibt es, dass HaLT langfristig wirkt?

Sie finden sämtliche Ansprechpartner auf der letzten Seite des Infoletters.



Grußwort von Sabine Bätzing Drogenbeauftragte der Bundesregierung

„HaLT! Der Name ist Programm“ war der Leitspruch des Projekts und sollte aufgrund der guten Erfolge Programm bleiben. Es bietet Kindern und Jugendlichen Beratung, deren Alkoholkonsum bereits jedes Limit überschritten hat. Das Projekt „Hart am Limit“ - kurz „HaLT“ sensibilisiert Jugendliche mit Beratungs- und Präventionsangeboten zum riskanten Alkoholkonsum, bevor es zu spät ist über den Alkoholkonsum nachzudenken. Zugleich zielt es auf Verantwortliche in der Kommune, geeignete Maßnahmen in der Alkoholprävention zu ergreifen.

HaLT wurde 2004 in Deutschland als Präventionsprogramm im Rahmen eines Bundesmodellprojekts aufgelegt. In einer Zeit, wo der riskante und oftmals exzessive Alkoholkonsum unter jungen Menschen zu einem deutlichen Anstieg von stationär behandelten Alkoholvergiftungen unter Kindern und Jugendlichen führte.

An elf Standorten in neun Bundesländern wurden in den vergangenen drei Jahren wertvolle Erfahrungen gesammelt, wie in den Kommunen gemeinsam der richtige Umgang mit Alkohol gefunden werden kann. Aber auch, dass der Jugendschutz eine Aufgabe vieler ist.

Heute ist die Aufgabe dringender denn je, einen breiten gesellschaftlichen Konsens zu einem zurückhaltenden Alkoholkonsum zu erreichen.

Zuviele Jugendliche trinken exzessiv

In Deutschland trinken 22 Prozent der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren regelmäßig Alkohol. Das heißt, mindestens einmal pro Woche. Sie folgen dabei einer weit verbreiteten unkritisch positiven Einstellung zum Alkohol in der Gesellschaft. Zehn Liter reinen Alkohols werden pro

Kopf der Bevölkerung konsumiert, womit Deutschland international in der oberen Gruppe liegt. Ein Nachdenken über einen zu hohen und riskanten Alkoholkonsum und ein realistischer Blick auf dessen Folgen bleibt den Jugendlichen so verwehrt.

Die Zahl von Kindern und Jugendlichen, die mit einer Alkoholvergiftung stationär behandelt wurden, stieg in Deutschland in den vergangenen Jahren um mehr als das Doppelte. Im Jahr 2000 wurden 9.500 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 10 bis 20 Jahren mit der Diagnose „akute Alkoholintoxikation“ stationär im Krankenhaus behandelt. Im Jahr 2005 waren es 19.400, ein Anstieg um 104 Prozent. Mehr als 3.500 Patientinnen und Patienten waren erst zwischen 10 und 15 Jahre alt.

Die Erfahrungen von HaLT zeigen, dass riskanter Alkoholkonsum unter Kindern und Jugendlichen unabhängig vom sozialen Status ist und in allen Schulformen auftritt.

Die Ergebnisse zum HaLT-Projekt zeigen aber auch, dass wir nicht tatenlos zusehen müssen. Mit dem HaLT-Konzept wurde ein wirksamer und proaktiver Ansatz entwickelt, um mit geringem finanziellen Aufwand betroffenen Jugendlichen zu helfen und die Präventionsarbeit auf kommunaler Ebene zu stärken.

Das HaLT-Handbuch soll den breiten Transfer mit konkreten Fortbildungs- und Umsetzungsangeboten für Städte und Landkreise in ganz Deutschland sichern. Es ist ein wichtiger Baustein in der Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen vor Ort. Der Transfer von HaLT in möglichst viele Kommunen, ist die zentrale Herausforderung. Der Übergang vom Bundesmodellprojekt zum bewährten und erprobten Präventionsbaustein in den Kommunen, kann nur mit Unterstützung der Verantwortlichen in den

„Ich wünsche mir, dass HaLT in möglichst vielen Kommunen Programm bleibt!“

Kommunen gelingen. Eine finanzielle Unterstützung durch die Krankenkassen könnte diesen Erfolg absichern, da er eine nachhaltige Investition in die Gesundheit der Kassenmitglieder darstellt. Ziel ist es, die HaLT-Idee schnell bundesweit zu nutzen. Deshalb wäre die Unterstützung der Krankenkassen wünschenswert.

HaLT ist europäische „Best Practice“

„HaLT“ agiert, um nicht reagieren zu müssen. Und dies mit einer breiten Zustimmung unter Jugendlichen und den Präventionskräften in den Kommunen. Präventionsvereinbarungen für den Ausschank alkoholischer Getränke an Jugendliche zwischen Festveranstaltern und Gastronomiebetreibern gehören ebenso zu den Angeboten des Konzeptes wie die Zusammenarbeit mit den kommunalen Krankenhäusern und Ämtern. Das Miteinander ist der Erfolg des Konzeptes, das großes Interesse findet. HaLT ist Beispiel für „best practice“ der Alkoholprävention, wie sie von der Weltgesundheitsorganisation und der EU empfohlen wird. Es trägt dazu bei, das gesellschaftliche Bewusstsein für einen maßvollen und zurückhaltenden Alkoholkonsum bei den Verantwortlichen im Handel, in Vereinen und bei Festveranstaltern zu schärfen und zur Mitarbeit zu gewinnen.

Denn noch trinken in Deutschland zu viele Menschen zu viel und zu regelmäßig Alkohol. Mit der breiten Verfügbarkeit sind besondere Gefahren verbunden. Schleichend der Prozess, in dem Arbeitskraft und Leistung nachlassen und ein scheinbar undurchdringlicher Suchtkreislauf beginnt. Während eine Mehrheit in der Bevölkerung Alkohol bewusst und mit Genuss konsumiert, überschreiten mehr

als 10 Millionen Menschen in Deutschland regelmäßig empfohlene Konsumgrenzen. Sie betreiben einen riskanten Alkoholkonsum. Etwa 1,6 Millionen Menschen gelten als alkoholabhängig.

Alkohol - das richtige Maß ist das Ziel

Alkohol zu trinken, setzt auch immer eine besondere Verantwortung für Maß, Ort und Zeit voraus. Das ist eine Aufgabe, die im Alltag jeden Einzelnen neu herausfordert. In bestimmten Lebens- und Arbeitssituationen muss das Nichttrinken selbstverständlich sein: Im Kindes- und Jugendalter, im Straßenverkehr, bei der Arbeit oder in der Schwangerschaft.

Die Sensibilisierung dafür muss früh einsetzen, wie der ansteigende Konsum von Alkohol unter Kindern und Jugendlichen zeigt. Jedem muss klar werden - Flatrate-Partys sind kein Spaß. Im Gegenteil - sie sind unzulässig und durch die kommunalen Aufsichtsbehörden zu untersagen. Keinesfalls darf Alkohol ausgegeben werden, wenn jemand schon erkennbar betrunken ist – so das Gaststättengesetz.

In der Alkoholprävention gehören gesetzliche Beschränkungen wie das Alkoholverbot für Fahranfänger und Aufklärungskampagnen über die Gefahren des riskanten Alkoholkonsums zusammen.

Nicht Abstinenz ist das allgemeine Ziel, sondern das richtige Maß. Beim Alkohol muss Verantwortung die Grenze setzen. Dies war auch das Motto der Aktionswoche „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze“, die im Juni 2007 riesigen Anklang gefunden hat.

Deshalb wünsche ich mir, dass HaLT in in möglichst vielen Kommunen Programm bleibt!

Was ist HaLT?

Kurzvorstellung des Bundesmodellprogramms „HaLT - Hart am Limit“

Das Bundesmodellprogramm HaLT – Hart am Limit verfolgt zwei Ziele: **erstens, exzessivem Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen früh und präventiv zu begegnen; zweitens, den verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol auf kommunaler Ebene zu fördern.**

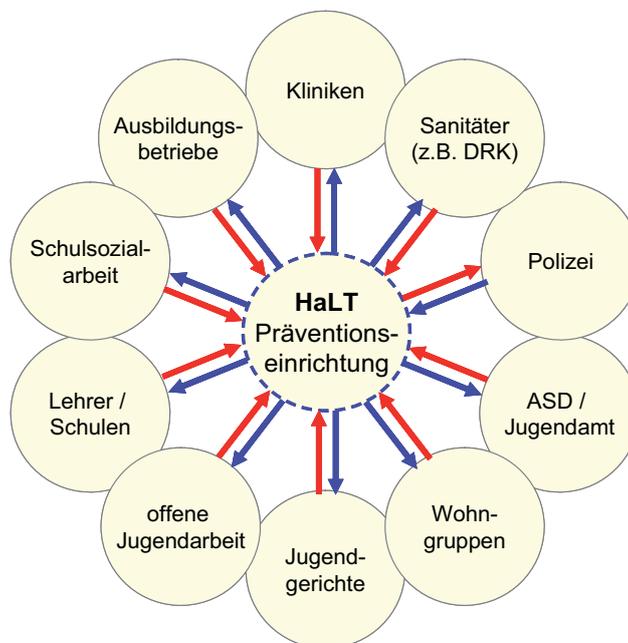


Der proaktive Baustein zielt auf eine Sensibilisierung von Jugendlichen und Erwachsenen ab. Jugendliche lernen, mit Alkohol verantwortungsbewusst umzugehen. Beispielsweise in Informationsstunden und mit Checklisten für Schulfeste werden die Jugendlichen sensibilisiert. In Gaststätten, im Einzelhandel und bei öffentlichen Veranstaltungen wirbt HaLT für eine konsequente Umsetzung des Jugendschutzgesetzes. Dazu erhalten die Kooperationspartner Informations- und Aushangmaterialien. Viele Kooperationspartner akzeptieren eine Selbstverpflichtung, die über den gesetzlichen Jugendschutz hinausgeht. Die Kooperationen im proaktiven Bereich etablieren einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol als sozialen Konsens. Die Einhaltung des Jugendschutzes wird selbstver-

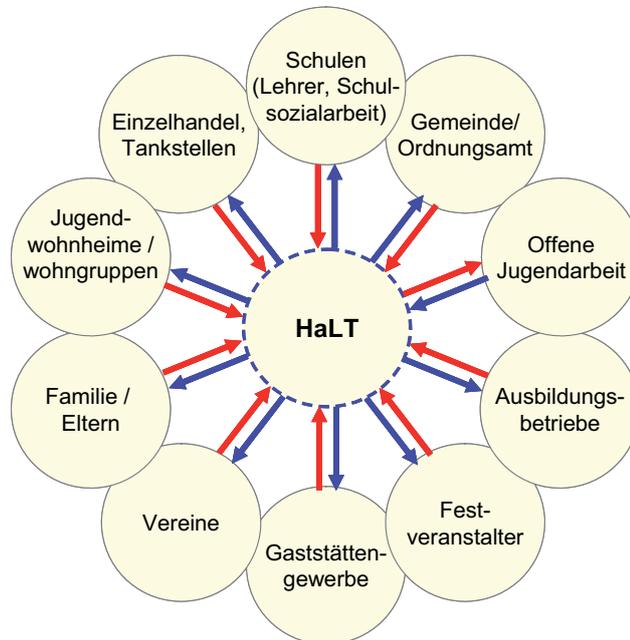
Die HaLT-Projekte haben einen reaktiven und einen proaktiven Baustein. Der reaktive Baustein zielt darauf ab, Kinder und Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum frühzeitig zur Reflexion ihres Verhaltens zu bewegen. Als „riskanter Konsum“ gelten schwere Alkoholvergiftungen. Im Rahmen eines niedrigschwiligen Gruppenangebots sollen die Kinder und Jugendlichen lernen, die Hintergründe des eigenen Trinkverhaltens zu reflektieren. Tauchen oder Klettern als erlebnispädagogische Angebote erhöhen die Selbstwahrnehmung der Jugendlichen. Sie sind gleichermaßen für Mädchen wie für Jungen konzipiert. Wenn es notwendig ist, werden die Jugendlichen in weiterführende Hilfe übergeleitet. Heidi Kuttler, Initiatorin von HaLT, erklärt den Anspruch des Projekts: „Wir mussten neue Wege finden, mit unserer Zielgruppe Kontakt aufzunehmen. Dazu kooperieren wir vor allem mit Akteuren, die nicht im Suchthilfesystem sind“.

Ebenso wichtig wie das reaktive Angebot ist der proaktive Baustein von HaLT.

Kooperationspartner im reaktiven Bereich



Mögliche Kooperationspartner von HaLT im proaktiven Bereich



ständig, ohne Alkohol zum Tabu zu erklären. Deshalb werden möglichst alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens sensibilisiert. Besonderes Augenmerk gilt natürlich den Freizeitaktivitäten, die mit exzessivem Alkoholkonsum verbunden sind. Das HaLT-Konzept setzt in seinem reaktiven Projektbaustein eine indizierte Präventionsstrategie um. Das bedeutet, dass HaLT Risikogruppen anspricht - eine besonders effiziente Form der Prävention. Indem HaLT ein Kooperationsnetzwerk auf lokaler

Ebene aufbaut, erreicht das Projekt riskant konsumierende Jugendliche frühzeitig. Entscheidendes Merkmal des HaLT-Konzepts ist daher die Vernetzung von Kooperationspartnern und Einrichtungen über die Grenzen des Suchthilfesystems hinaus. Das gilt sowohl für den reaktiven als auch für den proaktiven Baustein. Heidi Kuttler: „Wenn ein Jugendlicher nach einer Alkoholvergiftung im Krankenhaus zu sich kommt, informiert uns der Arzt, wenn der Jugendliche und die Eltern einwilligen. Dadurch

können wir ins Gespräch kommen, solange der Eindruck der Alkoholvergiftung und die damit verbundenen Gefahren noch präsent sind“. Weil vielfältige Kooperationspartner eingebunden sind, kann das Präventionsangebot niedrigschwellig gestaltet werden. Durch Zusammenarbeit mit kommunalen Akteuren erzielt HaLT eine hohe Reichweite und Effizienz. Ein Pluspunkt der HaLT-Strategie liegt darin, dass Prävention im sozialen Umfeld integriert wird.

„Mit den Jugendlichen ins Gespräch kommen, solange die Eindrücke frisch sind“

Ergebnisse der Begleitforschung

Alkoholvergiftungen treffen Jugendliche aller Bevölkerungsgruppen

- HaLT setzt an der richtigen Stelle an

Am Anfang des Bundesmodellprogramms war die Vermutung geäußert worden, bei den Alkoholvergiftungen handle es sich möglicherweise um eine „Lörrach Disease“ - einen Trend, der auf eine südbadische Kleinstadt beschränkt ist. Die Begleitforschung von HaLT hat die Erstkontakte mit den Jugendlichen ausgewertet, um herauszufinden, wer diese Jugendlichen sind, die durch exzessives Trinken auffallen. Dabei zeigte sich, dass Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen quer durch alle Schichten zu finden sind. Mit anderen Worten: Alkoholvergiftungen können jede und jeden treffen.

Seit Beginn der Modellphase von HaLT im Jahr 2004 erheben einige Modellstandorte die Erstkontakte mit den Jugendlichen. Meist findet dieser Erstkontakt kurz nach der Alkoholvergiftung in der Klinik statt. Mit einem standardisierten Brückengesprächsbogen werden soziodemografische Merkmale des Jugendlichen, die Vergiftungssituation, das allgemeine Suchtverhalten sowie die Einschätzung des Erlebten erfasst. In den knapp vier Jahren wurden 573 Brückengesprächsbogen aus acht Modellstandorten ausgewertet. Die Begleitforschung zeigte, dass das Bundesmodellprogramm HaLT zur richtigen Zeit am richtigen Ort ist: die betroffenen Jugendlichen trinken zumeist bedrohlich viel, sie trinken häufig draussen und überwiegend Hochprozentiges - Alkohol, den sie von Freunden erhalten oder selbst kaufen. HaLT dämmt diesen riskanten Konsum mit einem lokalen Netzwerk proaktiv und reaktiv ein.

Welche Jugendlichen trinken exzessiv?

Insgesamt sind 41 Prozent der erreichten Kinder und Jugendlichen Mädchen und 59 Prozent sind Jungen. Riskanter Alkoholkonsum ist demnach nicht auf männliche Jugendliche

beschränkt.

HaLT erfüllt seinen Anspruch, die Jugendlichen frühzeitig zu erreichen: Knapp 50 Prozent der erreichten Jugendlichen sind unter 16 Jahren alt. Nach dem angestrebten Schulabschluss gefragt, gaben etwa gleichviel Jugendliche den Realschulabschluss (31 Prozent), und den Hauptschulabschluss (27 Prozent) an. Die Gymnasiasten und Gymnasiastinnen sind mit 18 Prozent der Betroffenen unterrepräsentiert.

Von der Familiensituation her betrachtet, leben 53 Prozent der betroffenen Jugendlichen mit beiden Eltern zusammen. Knapp 80 Prozent der Eltern sind deutsch, bei 16 Prozent der Jugendlichen ist ein oder sind beide Elternteile ausländischer Herkunft. Aussiedler sind etwa 6 Prozent der Eltern.

Damit zeigt sich, dass Alkoholvergiftungen in allen Bevölkerungsgruppen vorkommen.

Wie viel trinken die Jugendlichen?

Die Blutalkoholwerte der Kinder und Jugendlichen wurden bei der Behandlung in der Klinik gemessen. Sie lagen in knapp 60 Prozent der Fälle zwischen 1,5 und 2,5 Promille. Rund 10 Prozent der erreichten Jugendli-

chen hatten einen Blutalkoholwert von über 2,5 Promille. Insgesamt zeigten sich zwischen den Geschlechtern nur geringfügige Unterschiede bei den Blutalkoholwerten.

Wo und wann trinken die Jugendlichen?

Die meisten der behandelten Kinder und Jugendlichen hatten exzessiv in Parks, an Stränden oder auf Spielplätzen getrunken: über 40 Prozent gaben als Ort der Vergiftung „draussen/unterwegs“ an. An zweiter Stelle stehen mit rund 25 Prozent Partys in Privatwohnungen, meist Wohnungen von Freunden. Öffentliche Veranstaltungen sind mit knapp über 15 Prozent der dritthäufigste Ort für Rauschtrinken. Jungs und männliche Jugendliche gaben zumeist an, sich unterwegs/draussen zu betrinken. An zweiter Stelle stehen mit 22 Prozent die Wohnungen von Freunden. Die behandelten Mädchen betranken sich ebenfalls oft draussen/unterwegs (33 Prozent), aber im Gegensatz zu den Jungen tranken sie öfters in Gaststätten (27 Prozent) oder bei öffentlichen Veranstaltungen (16 Prozent). Über 60 Prozent der Alkoholvergiftungen passieren am Wochenende, am Freitag oder Samstag. In den Sommermonaten Juli und Septem-

ber werden mehr Jugendliche in die Kliniken eingeliefert als in den übrigen Monaten. Dies passt zu dem Ergebnis, dass die Vergiftungen häufig im Freien stattfinden.

Was trinken die Jugendlichen und von wem bekommen sie den Alkohol?

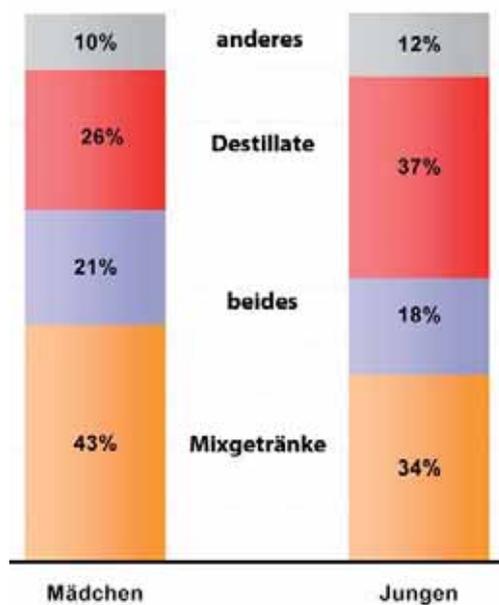
Die Trinkgewohnheiten unterscheiden sich zwischen Mädchen und Jungen. Über 60 Prozent der Mädchen tranken bei der Vergiftung Mixgetränke oder reine Destillate. Nur Destillate tranken 26 Prozent der Mädchen. Die männlichen Jugendlichen tranken mit knapp 40 Prozent öfters Destillate und dafür weniger Mixgetränke (50 Prozent) als die Mädchen.

Alkoholvergiftungen ohne Destillate kamen nur in 10 Prozent der Fälle vor. Als weitaus häufigste Bezugsquelle für Alkohol nennen die Kinder und Jugendlichen ihre Freunde. 70 Prozent geben an, den Alkohol von Freunden bekommen zu haben. An Kinder und Jugendliche, die jünger als 16 Jahre sind, darf gemäss Jugendschutzgesetz überhaupt kein Alkohol verkauft werden. Trotzdem sagen 25 Prozent der unter 16jährigen, sie hätten den Alkohol selbst gekauft. Die Zahl der betroffenen Kinder und Jugendlichen macht deutlich, wie wichtig die Intervention ist - Rauschtrinken und die oft lebensbedrohenden Situationen als Folge der Alkoholvergiftung sind keine vorübergehenden oder lokal begrenzten Phänomene.

HaLT erreicht gefährdete Kinder und Jugendliche

HaLT erreicht sowohl riskant konsumierende als auch gefährdete Kinder und Jugendliche. Der Risikocheck stellt fest, ob ein riskantes Trinkverhalten hinter der Vergiftung steckt oder sogar eine Alkoholsucht. Bei rund Zweidrittel der erreichten Kindern und Jugendlichen handelt es sich um ein riskantes Trinkverhalten. Sie wollen ihre Grenzen kennen lernen und haben wenig Erfahrung mit Alkohol und dessen Wirkungen. Bei diesen Kindern und Jugendlichen ist die Kurzintervention im Rahmen von HaLT wichtig und zielführend. Durch die Sensibilisierung der Kinder und Jugendlichen und die Aufklärung, wie Alkohol auf den Körper wirkt, lernen die Kinder und Jugendlichen den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol. Bei einem Drittel der erreichten Kinder und Jugendlichen reicht die Kurzintervention nicht aus. Sie brauchen weiterführende Hilfen oder eine Therapie. Die Kinder und Jugendlichen, die mehr Hilfe brauchen als die Kurzintervention anbietet, werden von HaLT in weiterführende Hilfen weitergeleitet. HaLT ist deshalb nicht nur ein Interventionskonzept, sondern eröffnet neue Zugangswege zu alkoholkonsumierenden Kindern und Jugendlichen.

Konsum von Mixgetränken und Destillaten



HaLT - zur Nachahmung empfohlen

Warum HaLT für Gemeinden eine gute Sache ist

Die Evaluation des Programms stellt HaLT ein gutes Zeugnis aus: HaLT ist **effizient, effektiv** und **günstig**.

HaLT erzielt eine **grosse Reichweite**, indem es Kooperationsnetzwerke nutzt und kommunale **Akteure** in die Präventionsarbeit **einbindet**. Dadurch werden Kinder und **Jugendliche** mit riskantem Alkoholkonsum **frühzeitig erreicht**.



HaLT **nutzt vorhandene Strukturen** und ist deshalb **günstig**.

Netzwerkpartner übernehmen zahlreiche Aufgaben und einmal **etablierte Kooperationen** können mit **niedrigem Aufwand** nachhaltig **weitergeführt** werden.

© 2007 bei Stiftung SPI

Das **niedrigschwellige reaktive Angebot** ist **attraktiv** und spricht speziell **Risikogruppen** an („indizierte Prävention“).



HaLT als proaktive Präventionsarbeit ist **glaubwürdig**. Der Verweis auf Kinder mit Alkoholvergiftungen **macht deutlich**, dass HaLT ein **schwerwiegendes Problem** angeht - und nicht vor Alkohol ganz allgemein warnt. **Akteure** aus verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen **beteiligen sich**, so dass der Präventionseinrichtung **nicht die Rolle eines isolierten Mahners** zufällt.

HaLT ist **öffentlichkeitswirksam**, da Beispiele von **alkoholvergifteten Kindern und Jugendlichen** alarmieren.

HaLT – Vorreiter in Europa

Die HaLT-Strategie als Modell europäischer Prävention

Die Europäische Union ist weltweit die Region mit dem höchsten Alkoholverbrauch. Die EU-Kommission betrachtet Alkoholmissbrauch als zentrales Problem für die öffentliche Gesundheit und hat aus diesem Grund eine Alkoholstrategie verabschiedet. Das Bundesmodellprojekt HaLT hat die EU-Präventionsstrategie auf ihre Durchführbarkeit im lokalen Raum überprüft - mit Erfolg.

Europaweit steigt die Anzahl alkoholvergifteter Jugendlicher, während das Einstiegsalter für erste Erfahrungen mit Alkohol sinkt. Dieser Entwicklung gilt das besondere Interesse der Europäischen Kommission. Denn je früher die Kinder und Jugendlichen Alkohol trinken, desto eher werden sie in ihrem späteren Leben alkoholabhängig. Auch Verkehrsunfälle, Stürze oder Verbrennungen als Folge eines unkontrollierten Alkoholkonsums treten häufiger bei Personen mit niedrigerem Einstiegsalter auf.

Der Europäische Rat hat 2001 eine Weisung zur Einbettung von Präventionsstrategien in die Gesellschaft gegeben und die EU-Kommission präsentierte 2006 die EU-Strategie zur Alkoholprävention.

In seiner Empfehlung zum Alkoholkonsum von jungen Menschen sprach sich der Europäische Rat dafür aus, „alle gesellschaftlichen Kreise – einschließlich der Eltern, Hersteller und Vertreiber alkoholischer Getränke, für die Gefahren

des Alkoholmissbrauchs von Kindern und Jugendlichen“ zu sensibilisieren. Der Rat empfahl damit, was HaLT seit 2004 bundesweit erprobt.

Der reaktive und der proaktive Baustein von HaLT bilden diese Unterziele ab. Der proaktive Baustein des HaLT-Konzepts entspricht ausserdem dem vierten Schwerpunktbereich der EU-Kommission: Aufklärung und Bewusstseinsbildung nennt die Kommission als wesentliche Faktoren der Prävention.

HaLT ist erfolgreich, weil es lokal verankert ist und das kommunale Netzwerk aktiviert. Damit trägt die Bevölkerung die Prävention nicht nur, sondern setzt sie auch um. Wie HaLT zeigt, ist eine kommunale Netzwerk-Präventionsarbeit effektiv und mit geringem finanziellem Aufwand realisierbar. Das Präventionskonzept HaLT geht über die Weisungen der Europäischen Kommission hinaus, indem es sich an lokalen Gegebenheiten orientiert.

Schwerpunkte der EU-Strategie zur Alkoholprävention

1. Schutz von Jugendlichen und Kindern
2. Senkung der Zahl der Verletzungen und Todesfälle durch alkoholbedingte Autounfälle
3. Vorbeugung alkoholbedingter Schädigung bei Erwachsenen und Verringerung der negativen Auswirkungen auf die Wirtschaft
4. Bewusstseinsbildung in Bezug auf die Auswirkungen schädlichen Alkoholkonsums auf die Gesundheit
5. Sammlung zuverlässiger Zahlenangaben

Was HaLT eine Stadt kostet

Gemeinden können von dem Modellprogramm profitieren

Mit welchen Kosten müssen Gemeinden rechnen, die HaLT bei sich umsetzen möchten? Die Erfahrungen der Modellprojekte und ein Rechenbeispiel für eine Gemeinde von etwa 50.000 Einwohnerinnen und Einwohnern soll Aufschluss geben.

Bisher haben Bund und Länder die elf Standortprojekte im Rahmen des Bundesmodellprogrammes finanziert. Mit der Modellphase endet auch die Förderung durch den Bund.

Die Projektstandorte haben gegenüber anderen Gemeinden einen Vorteil: sie konnten in der Modellphase das nötige Netzwerk in der Kommune aufbauen. Die meisten Standorte haben in den letzten Jahren ein funktionierendes Netzwerk entwickelt und Kooperationen geschaffen. Damit ist der Grundstein gelegt, und die Projekte müssen jetzt die Netzwerke sichern und die Kooperationen wenn nötig ausbauen. HaLT weiterzuführen kostet weniger als der Aufbau der Netzwerke.

Gemeinden, die jetzt einsteigen, profitieren aber ebenfalls: sie können ein erprobtes und wirksames Präventionskonzept kostenlos übernehmen. Die Begleitforschung hat gezeigt, dass HaLT ein günstiges, effektives und öffentlichkeitswirksames Präventionskonzept ist.

Kosten des Aufbaus von HaLT

Während des Modellprogramms arbeiteten an den Modellstandorten in den meisten Fällen zwei Personen. Für den Aufbau der Strukturen standen 120 Stellenprozent zur Verfügung. Beratungsstellen, die schon auf Kooperationspartner zurückgreifen können, benötigen etwas weniger Ressourcen. Im ländlichen Raum ist es teurer, das

Netzwerk zu etablieren, da die Projektleitung weite Wege zurücklegen muss.

Gemeinden, die HaLT neu aufbauen, können auf bewährte Konzepte zurückgreifen. Sie müssten zwei 50-Prozent-Deputate über zwei Jahre finanzieren. Eine Person kann den Aufbau des Kooperationsnetzwerks übernehmen, die andere das reaktive Angebot durchführen. Die Aufteilung auf zwei Stellen ist optimal, da eine Person allein kaum beide Aufgaben koordinieren kann.

Kosten der Umsetzung - der „Präventionscent“

In der Umsetzungsphase muss eine Kommune mit 50.000 Einwohnerinnen und Einwohnern dann mit zwischen 15.000 und 25.000 Euro pro Jahr für den Erhalt des Netzwerkes rechnen. Das entspricht einem Deputat mit 30 bis 50 Stellenprozenten. Ein „Präventionscent“ pro Einwohner könnte den proaktiven Baustein finanzieren.

Das reaktive Angebot kostet pro Jugendlichen etwa 360 Euro. In diesen Kosten enthalten sind das Brückengespräch, das Elterngespräch, das erlebnispädagogische Gruppenangebot und das abschliessende Zielvereinbarungsgespräch.

Bei 28 Jugendlichen pro Jahr kostet HaLT 10.080 Euro, was einem 20-Prozent-Deputat einer Sozialpädagogin oder eines Sozialpädagogen entspricht.

Ist HaLT für meine Kommune geeignet?

Dass das Konzept von HaLT übertragbar ist, hat das Bundesmodellprogramm gezeigt. Am besten funktioniert HaLT in kleinen und mittelgrossen Städten und Gemeinden.

Was bringt HaLT der Kommune?

Zunächst ist HaLT ein effektives, effizientes und kostengünstiges Konzept für die Alkoholprävention. Die Gemeinde vermeidet mit HaLT Kosten, die mit riskantem Alkoholkonsum bei Jugendlichen einhergehen. Alkohol-

vergiftungen können lebensbedrohend sein, wenn Jugendliche dabei unterkühlen. Teilweise tragen die Betroffenen auch organische Schäden davon, verletzt sich oder werden verletzt. Diese Verletzungen verursachen Kosten in Krankenhäusern, die zudem nachts und wochenends personell schlechter ausgestattet sind.

Riskanter Alkoholkonsum bei Jugendlichen wird auch mit schlechteren Schulleistungen bis hin zum Schulversagen oder Abbruch einer Lehre assoziiert.

Die Gemeinde vermeidet ausser den individuellen Schäden auch die unerwünschten Folgen von übermässigem Alkoholkonsum: Sachbeschädigungen, Prügeleien und Randalieren.

Rechenbeispiel für eine Stadt mit 50.000 Einwohnern

HaLT ist im Aufbau etwas teurer und in der Umsetzung günstig

Reaktiver Baustein: Hilfen für Jugendliche nach schwerer Alkoholvergiftung

Brückengespräch (Klinik), 60 Minuten	60 Euro
Elterngespräch (Klinik), 60 Minuten	60 Euro
Gruppenarbeit Risikocheck, pauschal pro Jugendlichenem	180 Euro
Interventionabschluss mit Zielvereinbarung	60 Euro
pro Jugendlichenem/Jugendlicher	<hr style="width: 100px; margin-left: 0;"/> 360 Euro
bei 28 Jugendlichen pro Jahr	10.080 Euro pro Jahr 20-Prozent-Deputat einer sozialpädagogischen Fachkraft

Proaktiver Baustein: Präventionskonzept für Kommunen

Jahr 1 und Jahr 2: Aufbau des proaktiven Netzwerks	pro Jahr 25.000 Euro 50-Prozent-Deputat einer sozialpädagogischen Fachkraft
ab Jahr 3: Pflege des proaktiven Netzwerks	pro Jahr zwischen 15.000 und 25.000 Euro 30 bis 50-Prozent-Deputat einer sozialpädagogischen Fachkraft

Präventionsforschung belegt Wirksamkeit von HaLT

2003 wurde HaLT als Reaktion auf eine steigende Anzahl von Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen konzipiert und ab 2004 als Bundesmodellprogramm bundesweit getestet. Die Evaluation durch die Prognos AG hat die Weiterführung von HaLT empfohlen.

Der proaktive Baustein von HaLT schafft ein kommunales Netzwerk, das den Jugendschutz umsetzt und Jugendliche und Erwachsene im Umgang mit Alkohol sensibilisiert. Der Nutzen für die Kommunen liegt in der proaktiven Primärprävention, die individuelle und gesellschaftliche Schäden von exzessivem Alkoholkonsum vermeidet.

Der reaktive Baustein nutzt Kooperationen ausserhalb des Suchthilfesystems, um riskant konsumierende Jugendliche zu erreichen. Alkoholvergiftete Jugendliche können im Rahmen von HaLT ihr Trinkverhalten reflektieren und in einem erlebnispädagogischen Angebot ihre Selbstwahrnehmung erhöhen. In diesem Baustein liegt der Nutzen für die Krankenkassen.

Die Kurzintervention dient dazu, Kindern und Jugendlichen den verantwortungsbewussten Alkoholkonsum zu vermitteln. Damit wird ein erneuter Klinikaufenthalt aufgrund einer Alkoholvergiftung vermieden. Mittel- bis langfristig wird die Wahrscheinlichkeit einer Alkoholabhängigkeit verringert.

Die Wirksamkeit des proaktiven Bausteins

Wenn das Jugendschutzgesetz in Gaststätten und an Veranstaltungen konsequent umgesetzt wird, kommen Jugendliche weniger leicht oder gar nicht an Alkohol. Die Forschung zeigt, dass bereits eine geringe Zunahme

der Kontrollen den Verkauf von Alkohol an Minderjährige reduziert (Grube, 1997; Wagenaar et al., 2000; in Babor et al., 2005). Ökonomische Analysen deuten außerdem darauf hin, dass die verstärkte Durchsetzung des Jugendschutzgesetzes die anfallenden Kosten übersteigt (Levy D.T. & Miller T. R., 1995; in Babor et al., 2005). Weil die Kosten durch alkoholbedingte Unfälle vermieden werden, werden die Aufwendungen für die Schulung des Ausschankpersonals und für den Druck des Informationsmaterials mehr als kompensiert. Somit ist die Wirksamkeit des proaktiven Bausteins auf den Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen unbestritten.

Die Wirksamkeit des reaktiven Bausteins

Der reaktive Baustein des HaLT-Konzeptes ist eine Kurzintervention, die als Frühintervention (am Beginn alkoholbezogener Probleme) am Klinikbett ansetzt. Die Wirksamkeit dieser Massnahmen wird seit den 1980er Jahren erforscht. Die Ergebnisse sind in verschiedenen Literaturübersichten und Metaanalysen zusammengefasst, beispielsweise bei Bien et al., 1993; Babor, 1994; Kahan et al., 1995; Wilk et al., 1997 und Poikolainen, 1999. Die Ergebnisse von randomisierten klinischen Studien belegen, dass klinisch signifikante Veränderungen im Trinkverhalten und bei alkoholbezogenen Problemen auf Kurzintervention zurückzuführen sind (Babor et al., 2005).

Gemäß Babor et al. stellen Kurzinterventionen eine vorbeugende Massnahme vor oder kurz nach dem Auftreten von alkoholbedingten Problemen dar. Sie nehmen nur wenig Zeit in Anspruch, können von Ärzten und anderen Beteiligten in der Primärver-

sorgung durchgeführt werden und richten sich vor allem an Hochrisikogruppen mit dem Ziel, den problematischen Alkoholkonsum zu reduzieren. Babor et al. weisen jedoch auch darauf hin, dass die Umsetzung der Kurzintervention in Arztpraxen schwierig ist, da die Hausärzte nicht bereit sind, die Methoden nachhaltig anzuwenden (Richmond et al., 1998; in Babor et al., 2005). Demnach sollen Interventionen auch von anderen Berufsgruppen wie Sozialarbeitern durchgeführt werden (Babor et al., 2005). Babor et al. weist auch darauf hin, dass die meisten der Angesprochenen nicht die diagnostischen Kriterien von Alkoholabhängigkeit erfüllen.

Spirito et al. untersuchten Kurzinterventionen bei Kindern und Jugendlichen zwischen 13 und 17 Jahren, die aufgrund einer Alkoholvergiftung in eine Klinik eingeliefert wurden.

Sie testeten, ob eine Kurzintervention im Gegensatz zu einer normalen Behandlung im Krankenhaus einen Einfluss auf folgende vier Variablen hat: Anzahl Trinkepisoden pro Monat, Anzahl Getränke pro Trinkepisode, Häufigkeit von exzessivem Alkoholkonsum pro Monat und Anzahl der Alkoholvergiftungen. Die eingelieferten Kinder und Jugendlichen bekamen zufällig eine Kurzintervention oder eine normale Behandlung. Alle an der Studie teilnehmenden Kinder und Jugendlichen wurden nach drei, sechs und zwölf Monaten interviewt. Die Resultate dieser Studie zeigen, dass die Kurzintervention die Anzahl der Trinkepisoden, die Anzahl der Getränke pro Trinkepisode, die Häufigkeit von exzessivem Alkoholkonsum sowie die Anzahl von Alkoholvergiftungen reduzierte (Spirito et al, 2004). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Wirksamkeit von Kurzinterventionen zur Veränderung des Trink-

Folgende 6 Elemente sind Bestandteil der Kurzintervention bei Spirito et al.: Betonung der persönlichen Verantwortung für die Umstellung des Alkoholkonsums; Thematisierung der Trinkmotivation und der möglichen negativen Konsequenzen des Konsums; Bewertung des persönlichen Alkoholkonsummusters und des Risikos; Aufzeigen der unterschiedlichen Zukunftsaussichten, wenn sie ihr Verhalten ändern; Ziele setzen in Bezug auf den Alkoholkonsum; Aufstellung von Regeln um die Ziele zu erreichen.

verhaltens von Jugendlichen belegt ist, und die Sozialarbeit eine wichtige Rolle spielen kann. Insofern ist das HaLT-Konzept auch durch die Suchtpräventionsforschung abgestützt.

Abschließende Einschätzung

Seit Beginn von HaLT im Jahr 2003 haben HaLT-Mitarbeitende über 500 Kinder und Jugendliche, die mit einer Alkoholvergiftung in die Klinik eingewiesen wurden, zu den Hintergründen ihrer Alkoholvergiftung befragt. Von den von HaLT erreichten Jugendlichen geben rund 25 Prozent an, bereits schon einmal eine Alkoholvergiftung gehabt zu haben. Diese Zahl sagt jedoch nichts darüber aus, ob der Jugendliche bei der früheren Alkoholvergiftung Kontakt zu HaLT hatte oder nicht. Nach Aussage der Projektbeteiligten von HaLT treffen sie nur sehr selten zwei Mal auf denselben Jugendlichen. Deshalb ist anzunehmen, dass Jugendliche durch die Kurzintervention verantwortungsbewusster mit Alkohol umgehen. Grundsätzlich bestätigen die Metaanalysen die Einschätzung der Beteiligten, dass das HaLT-Konzept auch im reaktiven Bestandteil wirkt.

Wie HaLT am besten funktioniert

Tilmann Knittel, Projektleiter der Prognos AG und zuständig für die wissenschaftliche Begleitung, erklärt, welche Ansätze sich bewährt haben.

Wo funktioniert HaLT am besten?

T. Knittel: Der proaktive Baustein ist nur bedingt für Metropolen und wenig für einen sehr ländlichen Raum geeignet. In Großstädten reichen die Ressourcen der Projekte nicht aus, um die vielen möglichen Kooperationspartner und -partnerinnen zu kontaktieren. Deshalb ist es für HaLT in Grossstädten schwierig, eine impulsgebende und koordinierende Funktion innerhalb der Kommune einzunehmen.

In dünn besiedelten Gebieten ist HaLT wenig effizient, da die Kooperationspartner oft und kurzfristig kontaktiert werden müssen. Auf dem Land sind unter Umständen weite Strecken zurückzulegen, und dadurch steigt der Aufwand für Kooperationen. Was Grosstädte angeht, als grobe Orientierung: der proaktive Baustein des HaLT-Konzeptes ist vor allem für Kommunen mit höchstens 200.000 Einwohnern geeignet.

Ist die Fokussierung auf Alkohol sinnvoll?

T. Knittel: HaLT lebt davon, ein Netzwerk zu bilden, um den Jugendschutz zu fördern. Das funktioniert bei Cannabis nicht wie bei Alkohol, denn Cannabis ist illegal. Beispielsweise wären die möglichen Kooperationspartner ganz andere - Strassenfest-Buden und Tankstellen verkaufen ja kein Cannabis. Deshalb finden wir es sinnvoll, HaLT auf Alkohol zu beschränken.

Welche Elemente sind bei HaLT besonders gelungen?

T. Knittel: HaLT ist effizient, weil sich der reaktive Baustein auf Jugendliche konzentriert, die bereits durch eine Alkoholvergiftung aufgefallen sind. Somit werden nur Jugendliche mit riskantem Konsum punktuell betreut. Positiv aufgefallen ist uns, wie gut die Jugendlichen das Angebot annehmen - das liegt daran, dass HaLT erlebnispädagogisch gestaltet ist.

Literatur zur Wirkung von Prävention

- Babor, Thomas et al. 2005: Alkohol - kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik. Hogrefe.
- Babor, Thomas 1994: Avoiding the "horrid and beastly sin of drunkenness": Does dissuasion make a difference? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, 1127-1140.
- Bien, Thomas H. et al. 1993: Brief intervention for alcohol problems: a review. *Addiction* 88, 315-336.
- Grube, Joel W. 1997: Preventing sales of alcohol to minors: results from a community trial. *Addiction* 92, 251-260S.
- Kahan, M. et al. 1995: Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review. *Canadian Medical Association Journal* 152, 851-859.
- Levy David T., Miller Ted R. 1995: A cost-benefit analysis of enforcement efforts to reduce serving intoxicated patrons. *Journal of Studies on Alcohol* 56, 240-247.
- Poikolainen, Kari 1999: Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Preventive Medicine* 28, 503-509.
- Prognos AG 2007: Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms "HaLT-Hart am Limit". Bericht zur Modellphase II.
- Richmond, Robyn L. et al. 1998: Effect of training on general practitioners' use of a brief intervention for excessive drinkers. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 22, 206-209.
- Spirito et al. 2004: A randomised clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *The Journal of Pediatrics* 145, 396-402.
- Wagenaar, Alexander C. et al. 2000: Alcohol policy: gaps between legislative action and current research. *Contemporary Drug Problems* 27, 681-733.
- Wilk, Alev I. et al. 1997: Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine* 12, 274-283.

Standortprojekte

Ahrweiler

Caritasverband f. d. die Region Rhein-Mosel-Ahr e.V.

Andrea Krämer
halt@caritas-ahrweiler.de
Bahnhofstr. 5
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
02641 / 75 98 62

Berlin-Lichtenberg

Stiftung SPI / Integrierte Suchtberatung Lichtenberg

Konstantin Fritsch
fritsch-halt@stiftung-spi.de
Jörg Kreuziger
kreuziger-halt@stiftung-spi.de
Einbecker Str. 32
10317 Berlin
030 / 556 804 19

Berlin-Mitte

Suchtberatung „Große Hamburger“

Susanne Günther
Bettina Stach
halt@caritas-berlin.de
Große Hamburger Str. 18
10115 Berlin
030 / 666 33 434

Erfurt

SiT - Suchthilfe in Thüringen gGmbH

Silke Nöller
noeller@bueroimpuls.de
Arndtstr. 1
99096 Erfurt
0361 / 6 54 88 86

Frankfurt / Main

Jugendberatung und Suchthilfe Am Merianplatz

Joachim Messer
hartamlimit@jj-ev.de
Musikantenweg 39
60316 Frankfurt
069 / 94 33 03 - 0

Greifswald

Johanna-Odebrecht-Stiftung

Ondrej Nemeth
nemeth@hart-am-limit.info
Gützkower Landstrasse 69
17489 Greifswald
03834 / 89 24 40

Hamm

AKJ Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V.

Ronald Meyer
rmeyer@akj-hamm.de
Nassauerstr.33
59065 Hamm
02381 / 3 07 50 23

Lörrach

Villa Schöpflin Zentrum für Suchtprävention

Heidi Kuttler
heidi.kuttler@blv-suchthilfe.de
Sabine Lang
sabine.lang@blv-suchthilfe.de
Franz-Ehret-Str. 7
79541 Lörrach
07621 / 91 49 09-0

Osnabrück

Caritasverband für die Stadt und den Landkreis Osnabrück

Yvonne Meiners
YMeiners@caritas-os.de
Monika Schnellhammer
Johannisstr. 91
49074 Osnabrück
0541 / 34 - 152

Kaltenkirchen

ATS Segeberg im Landesverein für Innere Mission

Susanne Daude
halt@ats-sh.de
Kirchenstr. 2
24568 Kaltenkirchen
04106 / 60 000

Rostock

Klinik für Psychiatrie des Kinder- und Jugendalters

Manuela Pape
manuela.pape@med.uni-rostock.de
Barnstorferweg 48
18057 Rostock
0381 / 4 59 00 86
Olaf Reis
olaf.reis@med.uni-rostock.de
Gehlsheimer Str. 20
18147 Rostock
0381 / 4 94 95 86

Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbereitung Mecklenburg-Vorpommern (LAKOST)

Rainer Siedelberg
siedelberg@lakost-mv.de
0385 / 7 85 15 60
Voßstr. 15a
19053 Schwerin

Bundesministerium für Gesundheit

Referat Drogen und Suchtmittelmissbrauch

Gaby Kirschbaum
Referatsleiterin
gaby.kirschbaum@bmg.bund.de

Peter Larbig
022899 / 441-2719
peter.larbig@bmg.bund.de

Postanschrift:
Am Propsthof 78a
53121 Bonn

Drogenbeauftragte der beteiligten Bundesländer

Drogenbeauftragte/r des Landes Baden-Württemberg

N.N.
Zentrale Koordinierungsstelle für Suchtfragen im Sozialministerium Baden-Württemberg
Schellingstr. 15
70174 Stuttgart
0711 / 1 23 38 10

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz

Matthias Apel
Bereich Drogen und Sucht
Grundsatzangelegenheiten und legale Drogen
Oranienstr. 106
10969 Berlin
030 / 90 28 17 21

Drogenbeauftragte des Landes Hessen

Rosa M. Winheim
Hessisches Sozialministerium
Dostojewskistr. 4
65187 Wiesbaden
0611 / 8 17 36 09

Drogenbeauftragte des Landes Mecklenburg-Vorpommern

Beate Dietrich
Ministerium für Soziales und Gesundheit
Dreescher Str. 2
19061 Schwerin
0385 / 5 88 95 60

Drogenbeauftragter des Landes Niedersachsen

Sabine Brägelmann-Tan
Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit
Postfach 141
30001 Hannover
0511 / 1 20 30 22

Drogenbeauftragter des Landes Nordrhein-Westfalen

Dirk Lesser
Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
0211 / 8 55-35 73

Drogenbeauftragter des Landes Rheinland-Pfalz

Ingo Brennerberger
Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit
Bauhofstr. 9
55116 Mainz
06131 / 16 46 55

Drogenbeauftragter des Landes Schleswig-Holstein

Dr. Wolfgang Kröhn
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein
Adolph-Westphal-Str. 4
24143 Kiel
0431 / 9 88 54 83

Drogenbeauftragter des Landes Thüringen

Winfried Funk
Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit
Postfach 121252
99012 Erfurt
0361 / 3 79 86 80

Prognos AG

Michael Steiner
Marktfeldleiter
Gesundheit&Soziales
Tel. [41] 61 32 73-302
Mob. 0160 8 82 90 28
michael.steiner@prognos.com

Tilman Knittel
Tel. [41] 61 32 73-360
Mob. 0160 8 82 90 02
tilman.knittel@prognos.com

Catherine Comte
Catherine.Comte@prognos.com
Tel. [41] 61 32 73-443

Postanschrift:
Prognos AG
Aeschenplatz 7
CH-4010 Basel

Redaktion und Layout:
Caroline Uhrmann

Das Bundesmodellprogramm HaLT - „Hart am Limit“ wird im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von der Prognos AG wissenschaftlich begleitet. Für Fragen wenden Sie sich bitte an Frau Catherine Comte.