

GKV-Bündnis für  
**GESUNDHEIT**



Weiterentwicklung der kommunalen Alkoholprävention in Deutschland:  
Ein neues Qualitätsmanagement- und Förderkonzept für HaLT

**HALT-RAHMENKONZEPTION**

## Impressum

Weiterentwicklung der kommunalen Alkoholprävention in Deutschland: Ein neues Qualitätsmanagement- und Förderkonzept für HaLT

HaLT-Rahmenkonzeption

Bearbeitungszeitraum: 15. März 2018 bis 11. November 2019

Autorinnen/Autoren:

Heidi Kuttler,

Cooptima – Prävention und Gesundheitskommunikation, Talweg 44, 79540 Lörrach

Peter Eichin,

Villa Schöpflin gGmbH, Franz-Ehret-Straße 7, 79541 Lörrach

Katja Miriam Kiefer,

HaLT Service Center der Villa Schöpflin gGmbH, Franz-Ehret-Straße 7, 79541 Lörrach

Zuwendungsgeberin: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V Abs. 3 und 4

Herausgeber: GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft

Fotonachweise: S. 1 und S. 128 kleine Titelbilder: Tobias Vollmer, Köln;

S. 1 und S. 128 große Titelbilder: © Cathrine Stukhard/Villa Schöpflin gGmbH

Berlin, 2019

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

## Weiterentwicklung der kommunalen Alkoholprävention in Deutschland: Ein neues Qualitätsmanagement- und Förderkonzept für HaLT

### Über das **GKV-Bündnis für Gesundheit**:

Das GKV-Bündnis für Gesundheit ist eine gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Das Bündnis fördert dabei u. a. Strukturaufbau und Vernetzungsprozesse, die Entwicklung und Erprobung gesundheitsfördernder Konzepte, insbesondere für sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen, sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation. Der GKV-Spitzenverband hat gemäß § 20a Abs. 3 und 4 SGB V die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung damit beauftragt, die Aufgaben des GKV-Bündnisses für Gesundheit mit Mitteln der Krankenkassen umzusetzen.

Weitere Informationen: [www.gkv-buendnis.de](http://www.gkv-buendnis.de)

Gefördert durch die BZgA im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V

Wir danken herzlich den im HaLT-Bundesnetzwerk zusammengeschlossenen Landeskoordinatio-  
nen, welche uns bei der Standortanalyse und der Entwicklung dieser HaLT-Rahmenkonzeption  
maßgeblich unterstützt haben. Ebenso bedanken wir uns bei den Mitgliedern des Begleitkreises,  
des Expertenkreises sowie des Wissenschaftlichen HaLT-Netzwerkes für ihre wertvollen Beiträge.  
Unser Dank geht auch an die engagierten Fachkräfte der HaLT-Standorte, insbesondere:

- Fachambulanz für Suchtprävention und Rehabilitation des Caritasverbandes für die Stadt und den Landkreis Osnabrück
- Fachstelle Sucht Rastatt/Baden-Baden des Baden-Württembergischen Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation gGmbH (bwlV)
- Lukas-Werk Gesundheitsdienste GmbH, Northeim
- Caritasverband Darmstadt e. V.
- Stadt Münster, Amt für Kinder, Jugendliche und Familien, Fachdienst Suchtprävention
- Diakonisches Werk des Evangelischen Kirchenkreises Lennep, Fachstelle Sucht, Remscheid

# INHALTSVERZEICHNIS

Tabellenverzeichnis	8
Abbildungsverzeichnis	9
<b>1 Zusammenfassung</b>	<b>10</b>
<b>2 Übersicht mit Erläuterung zentraler Begriffe und Funktionen</b>	<b>12</b>
<b>3 Ausgangssituation mit Ergebnissen der Standortanalyse</b>	<b>21</b>
<b>4 Ziel I – Ein neues modulares Rahmenkonzept zur Qualitätssicherung und -entwicklung</b>	<b>28</b>
4.1 HaLT wird zu einem modularen Konzept mit Förderindikatoren ausgebaut	32
4.2 Ein HaLT-spezifisches Datenmonitoring wird entwickelt	33
4.3 Instrumente des professionellen Netzwerkmanagements werden umgesetzt	35
4.4 Umsetzung des Public Health Action Cycles	36
4.5 Neue Module und Präventionsmaßnahmen werden standardisiert aufgenommen	42
4.6 Die Implementierung des neuen Konzepts erfolgt qualitätsgesichert	44
<b>5 Ziel II – Das HaLT-Programm wird fachlich-inhaltlich weiterentwickelt</b>	<b>45</b>
5.1 Bestehende und bereits operationalisierte Module und Präventionsmaßnahmen	45
5.2 Operationalisierung neuer Module und Präventionsmaßnahmen	45
5.2.1 Weiterentwicklung der Sofort-Intervention für 18- bis 21-Jährige (HaLT-reaktiv)	50
5.2.2 Weiterentwicklung der Sofort-Intervention bei Mischkonsum (HaLT-reaktiv)	52
5.2.3 Qualitätsentwicklung im Netzwerkmanagement – Erkennen und Einbinden entwicklungsgefährdeter Jugendlicher in das Hilfesystem (HaLT-reaktiv)	55
5.2.4 Präventionsmaßnahme für die Zielgruppe der 18- bis 21-Jährigen (HaLT-proaktiv)	58
5.2.5 Prävention der Fetalen Alkoholspektrumstörung (FASD) und des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) (HaLT-proaktiv)	59
5.2.6 Alkoholpolitische Lobbyarbeit/Öffentlichkeitsarbeit (HaLT-proaktiv)	63
5.2.7 Qualitätsentwicklung im Netzwerkmanagement – Verweis auf wirksame Lebenskompetenzprogramme (HaLT-proaktiv)	64
5.2.8 Qualitätsmanagement und -entwicklung: Standards, Instrumente und Steuerung von HaLT im Bundesland	66

<b>6 Die Umsetzung der modularisierten Rahmenkonzeption</b>	<b>69</b>
6.1 Die Umsetzung des modularisierten Konzepts auf Landesebene	69
6.1.1 Implementierungsphase: Modul „Qualitätsgesicherte Implementierung der neuen HaLT-Rahmenkonzeption“ (Landesebene, einmalig)	69
6.1.2 Präventionsbaustein 1: Modul „Klassische Koordinations- und Vernetzungsaufgaben“ (Landesebene)	71
6.1.3 Präventionsbaustein 2: Modul a „QM-Modul pauschal“ (Landesebene)	72
6.1.4 Präventionsbaustein 2: Modul b „QM-Modul flexibel“ (Landesebene)	73
6.2 Die Umsetzung des modularisierten Konzepts auf regionaler Ebene – bausteinübergreifend (reaktiv und proaktiv)	74
6.2.1 Implementierungsphase: Modul „Qualitätsgesicherte Implementierung der neuen Rahmenkonzeption“ (Standortebene, bausteinübergreifend, einmalig)	75
6.3 Die Umsetzung der modularisierten Rahmenkonzeption auf regionaler Ebene – HaLT-reaktiv	77
6.3.1 Präventionsbaustein 1: Modul „Klassische Koordinations- und Vernetzungsaufgaben HaLT-reaktiv“ (regionale Ebene)	78
6.3.2 Präventionsbaustein 2: Modul a „QM-Modul HaLT-reaktiv pauschal“ (regionale Ebene)	78
6.3.3 Präventionsbaustein 2: Modul b „QM-Modul HaLT-reaktiv flexibel“ (regionale Ebene)	80
6.3.4 Präventionsbaustein 3: Modul „Einzelne Präventionsmaßnahmen/ Module HaLT-reaktiv“ (regionale Ebene)	81
6.3.4.1 Sofort-Intervention für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit/ohne Elternintervention	81
6.3.4.2 Vertiefungsintervention Risiko-Check (Einzel)	84
6.3.4.3 Vertiefungsintervention Risiko-Check (Gruppe)	85
6.3.4.4 Multiplikator/-innen-Schulung HaLT-reaktiv	86
6.4 Die Umsetzung des modularisierten Konzepts auf regionaler Ebene – HaLT-proaktiv	87
6.4.1 Präventionsbaustein 1: Modul „Klassische Koordinations- und Vernetzungsaufgaben“ und Modul „Multiplikator/-innen-Schulungen HaLT-proaktiv“ (regionale Ebene)	88
6.4.2 Präventionsbaustein 2: Modul a „QM-Modul HaLT-proaktiv pauschal“ (regionale Ebene)	89
6.4.3 Präventionsbaustein 2: Modul b „QM-Modul HaLT-proaktiv flexibel“ (regionale Ebene)	90
6.4.4 Präventionsbaustein 3: Modul „Einzelne Präventionsmaßnahmen HaLT-proaktiv“ (regionale Ebene)	91

6.4.4.1 Präventionsmaßnahmen/Module für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene	92
6.4.4.2 Präventionsmaßnahmen/Module für Eltern	92
6.4.4.3 Umfassende Jugendschutzmaßnahmen	93
6.4.4.4 Kommunale Öffentlichkeitsarbeit/alkoholpolitische Lobbyarbeit	93
<b>7 Die Ausbildung der Fachkräfte basiert auf dem neuen HaLT-Qualifizierungskonzept</b>	<b>95</b>
7.1 Wissen und Handlungskompetenzen der HaLT-Landeskoordinationen	95
7.2 Qualifikationsvoraussetzungen der Präventionsfachkräfte an den Standorten	98
7.3 Das Seminarkonzept	99
7.4 Ausbau des Train-the-Trainer-Konzepts	101
<b>8 Die Förderung</b>	<b>102</b>
8.1 Fördervoraussetzungen auf Landesebene	102
8.1.1 Der Letter of Intent	102
8.1.2 Die HaLT-Landeskooperationsvereinbarung oder ein anderes rechtsgültiges Dokument	102
8.2 Fördervoraussetzungen auf kommunaler Ebene	103
8.2.1 Die aktualisierten HaLT-Standards	103
8.2.2 Die Selbstauskunft der Kommune oder eines anderen Förderers	105
8.2.3 Checkliste: Förderung als HaLT-Standort	106
8.3 Struktur und Systematik der Förderung	107
<b>9 Literaturverzeichnis</b>	<b>109</b>
<b>10 Anhang</b>	<b>112</b>
Anhang 1: Übersicht HaLT-Studien	113
Anhang 2: Letter of Intent Landesebene	117
Anhang 3: Letter of Intent Standortebene	119
Anhang 4: Aufgaben des HaLT-Service Centers der Villa Schöpflin gGmbH	121
Anhang 5: Selbstauskunft Kommune	123

## TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Wie viel Stellenprozent stehen den HaLT-Standorten in den jeweiligen Bereichen zur Verfügung _____	25
Tabelle 2: Antworten zur Frage aus der Standortanalyse: Wie haben Sie bisher zusätzliche Bedarfe in der Alkoholprävention/HaLT erkannt? ____	26
Tabelle 3: Dimensionen der Suchtpräventionsforschung zur Evidenzgenerierung _____	31
Tabelle 4: Bestehende und bereits operationalisierte Module und Präventionsmaßnahmen _____	46
Tabelle 5: Neue Module und Präventionsmaßnahmen _____	47
Tabelle 6: Präventionsbausteine und -module auf Landesebene (LKO) _____	70
Tabelle 7: Unterscheidung der Tätigkeiten der Koordinator/-innen _____	76
Tabelle 8: Präventionsbausteine und -module HaLT-reaktiv auf kommunaler Ebene (Standorte) _____	77
Tabelle 9: Operationalisierte Präventionsmaßnahmen/Module HaLT-reaktiv _____	81
Tabelle 10: Präventionsbausteine und -module HaLT-proaktiv auf regionaler Ebene (Standorte) _____	87
Tabelle 11: Operationalisierte Präventionsmaßnahmen/Module HaLT-proaktiv _____	91



## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Struktur des HaLT-Programms in Deutschland	14
Abbildung 2: Aufgaben und Funktionen der in HaLT tätigen Fachkräfte	19
Abbildung 3: Siedlungsstruktur der betreuten Regionen	24
Abbildung 4: Finanzierung der HaLT-Standorte	27
Abbildung 5: Stufen der Evidenz	29
Abbildung 6: Public Health Action Cycle	37
Abbildung 7: Aufnahme neuer Module/Leistungen in das HaLT-Programm	42
Abbildung 8: Strukturiertes Ablauf zur Implementierung neuer Module/ Leistungen am Standort	43
Abbildung 9: Verbreitung des Zigarettenrauchens in Abhängigkeit von Alter und Alkoholkonsum	52
Abbildung 10: Verbreitung des Cannabiskonsums in Abhängigkeit von Alter und Alkoholkonsum	53
Abbildung 11: Häufigkeit von Belastungen alkoholintoxizierter Jugendlicher im Krankenhaus im Vergleich mit Gleichaltrigen in der Querschnittsbevölkerung	55
Abbildung 12: Beurteilung der Präventionseinheit durch Präventionsfachkräfte	61
Abbildung 13: Beurteilung der Präventionseinheit durch Schüler/-innen	62
Abbildung 14: Übersicht Qualifizierung der HaLT-Fachkräfte	100
Abbildung 15: Struktur für Qualitätssicherung und Zuwendungsverfahren	107

# 1 ZUSAMMENFASSUNG

Diese HaLT-Rahmenkonzeption stellt die Basis für ein neues Qualitätsmanagement- und Förderkonzept für HaLT auf fachlich-inhaltlicher, prozessbezogener und struktureller Ebene dar. Sie beschreibt HaLT als modulares Präventionsprogramm im kommunalen Setting mit zahlreichen Verantwortlichen, Partnerinnen und Partnern und definiert qualitative und quantitative Indikatoren als Basis einer zukünftigen Förderung.

- In Kapitel 2 werden zentrale Begriffe erklärt.
- Kapitel 3 erläutert die Ausgangssituation und die Hintergründe für die konzeptionelle Weiterentwicklung von HaLT unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Standortanalyse.
- Kapitel 4 beschreibt die Ziele der Weiterentwicklung des HaLT-Programms hinsichtlich des modularen Aufbaus und der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung.
- Kapitel 5 beschreibt die Ziele hinsichtlich der fachlich-inhaltlichen Weiterentwicklung, zunächst die Einbettung bestehender Module in das neue Qualitätsmanagementkonzept, anschließend die Aufnahme und Operationalisierung neuer Module.
- Kapitel 6 beschreibt die Umsetzung des modularisierten Rahmenkonzepts auf der Landesebene und der regionalen Ebene.
- Kapitel 7 konkretisiert die Voraussetzungen und Qualifizierungsanforderungen an die im HaLT-Programm tätigen Fachkräfte und beschreibt das neue Schulungskonzept von HaLT.
- In Kapitel 8 werden die Voraussetzungen für eine Förderung als HaLT-Landeskoordinationsstelle und HaLT-Standort definiert. Dies schließt eine Checkliste mit ein, welche den Standorten einen raschen Überblick bieten soll, ob sie alle Voraussetzungen und Qualitätsstandards erfüllen. Zudem fasst es die wesentlichen Informationen zum Zuwendungsverfahren zusammen.
- Das Konzept endet mit den verwendeten Literaturquellen und den Anhängen in Kapitel 9 und 10.

Diese Rahmenkonzeption berücksichtigt

- bewährte Inhalte und Strukturen sowie Erfolgsfaktoren des HaLT-Programms,
- die Voraussetzungen für eine Förderfähigkeit möglicher Leistungen durch die BZgA im Auftrag und mit Mitteln der Krankenkassen gemäß § 20a SGB V im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit,
- Erfahrungen und wahrgenommene Entwicklungsbedarfe aus der Sicht der HaLT-Akteurinnen und Akteure, welche vom 30. Juli bis 14. September 2018 im Rahmen einer bundesweiten Befragung (Standortanalyse) durch Univation – Institut für Evaluation Dr. Beywl & Associates GmbH erhoben wurden,
- Ergebnisse von mehreren Arbeitstreffen mit dem HaLT-Bundesnetzwerk, in dem sich die Koordinationen auf Ebene der Bundesländer zusammengeschlossen haben,
- Anregungen und Anforderungen aus dem Begleitkreis, dem Wissenschaftlichen HaLT-Netzwerk und einem Expertenkreis,

welche die Konzeptionsentwicklung unterstützen sowie

- strukturelle Rahmenbedingungen und gesetzliche Vorgaben.

Mit der Zuwendung zur Weiterentwicklung von HaLT im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit sind vielfältige Chancen für die Verbesserung der kommunalen Alkoholprävention in Deutschland verbunden, die nicht nur den Kommunen und der breiten Öffentlichkeit zugutekommen, sondern insbesondere auch Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Sie alle werden von einer qualitätsgesicherten und sich kontinuierlich weiterentwickelnden Alkoholprävention profitieren. Diese Rahmenkonzeption bedeutet einen Meilenstein in der Implementierung evidenzbasierter, strukturell verankerter und nachhaltig finanzierter qualitätsgesicherter Prävention.

## 2 ÜBERSICHT MIT ERLÄUTERUNG ZENTRALER BEGRIFFE UND FUNKTIONEN

Aufgrund der Komplexität des Programms mit den unterschiedlichen Ebenen (Bundesebene, Landesebene, Regionen bzw. kommunaler Ebene) und den jeweiligen Aufgaben und Funktionen werden nachfolgend die Programmstruktur und die relevanten Akteurinnen und Akteure zusammenfassend vorgestellt.

### **GKV-Spitzenverband und GKV-Bündnis für Gesundheit**

Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) ist die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland sowie auf europäischer und internationaler Ebene. Er gestaltet die Rahmenbedingungen für den Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Seine abgeschlossenen Verträge und sonstigen Entscheidungen gelten für alle Krankenkassen der Landesverbände und damit praktisch für alle 70 Millionen gesetzlich Versicherten.

Das GKV-Bündnis für Gesundheit ist eine gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Das Bündnis fördert dabei u. a. Strukturaufbau und Vernetzungsprozesse, die Entwicklung und Erprobung gesundheitsfördernder Konzepte, insbesondere für sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen, sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation. Der GKV-Spitzenverband hat gemäß § 20a Abs. 3 und 4 SGB V die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) damit beauftragt, die

Aufgaben des GKV-Bündnisses für Gesundheit mit Mitteln der Krankenkassen umzusetzen. (GKV-Bündnis für Gesundheit, o. J.)

### **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Ihre übergreifende Aufgabe ist es seit ihrer Gründung im Juli 1967, Gesundheitsrisiken vorzubeugen und gesundheitsfördernde Lebensweisen zu unterstützen. Als Fachinstitution auf dem Feld der Prävention und Gesundheitsförderung unterstützt die BZgA den Transfer und Austausch von Wissenschaft und Praxis. Sie entwickelt Qualitätskriterien, gibt Studien und Expertisen in Auftrag, führt Kongresse und Workshops durch, dokumentiert und publiziert die Ergebnisse, z. B. in Form von Fachheften.

Darüber hinaus sind der BZgA Aufgaben im Rahmen der Umsetzung des im Juli 2015 verabschiedeten Präventionsgesetzes (PrävG) nach § 20a SGB V zugewiesen.

Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer dem PrävG nach zu erfüllenden Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen, und zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen beauftragt der Spitzenverband Bund der

Krankenkassen die BZgA ab dem Jahr 2016 insbesondere mit der Entwicklung der Art und der Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation. Übergeordnetes Ziel des Auftrages ist die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen sowie eine gezielte Stärkung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (entsprechend § 20 Abs. 1 des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit) (BZgA, o.J.).

Wenn in dieser Rahmenkonzeption die Funktion der BZgA im weiterentwickelten QM- und Förderkonzept genannt wird, geht es um Leistungen durch die BZgA im Auftrag und mit Mitteln der Krankenkassen gemäß § 20a SGB V im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit.

#### **Das HaLT Service Center der Villa Schöpflin gGmbH**

Das HaLT Service Center der Villa Schöpflin gGmbH wurde von der BZgA gefördert, um das von ihr im Jahr 2002 entwickelte und seitdem koordinierte HaLT-Programm weiterzuentwickeln. Die in dieser Konzeption an der jeweiligen Stelle beschriebenen Aufgaben sind in Anhang 4 in einer Übersicht aufgeführt.

#### **Förderphase I:**

##### **1. Juli 2019 bis 31. Dezember 2022**

Die Förderphase I umfasst die Förderung von Einzelmaßnahmen in HaLT-reaktiv, wie in Kapitel 6.3.4 „Modul 3 Einzelne Präventionsmaßnahmen (HaLT-reaktiv)“ dargestellt.

#### **Förderphase II:**

##### **Anfang Januar 2020 bis 31. Dezember 2022**

Die Förderphase II umfasst die Förderung einiger Module von HaLT-reaktiv (siehe Kapitel 5.2 sowie Kapitel 6.3.) sowie einiger Module HaLT-proaktiv (in Kapitel 5.2 und 6.4 beschrieben) und einiger Module auf Landesebene (Kapitel 6.1). Inkludiert sind die Qualitätsmanagement-Module (Landes- und regionale Ebene) sowie die Konzeptimplementierung, klassische Koordinations- und Vernetzungsaufgaben liegen weiter in der Verantwortung der Kommune bzw. der Länder. Ab Januar 2020 startet die Förderung, abhängig vom Antrags- bzw. Bewilligungsdatum kann der Starttermin variieren.

Mit dem neuen QM- und Förderkonzept werden die Strukturen auf Landesebene und damit auch die Rollen und Aufgaben der HaLT-Landeskoordinationen gestärkt und ausgebaut. Die HaLT-Landeskoordinationen sichern den Informationsfluss und die Abstimmungsprozesse mit den Standorten in ihrem Bundesland, dem HaLT Service Center (Konzept und Fachfragen), den Landesministerien, ggf. den auf Landesebene für die zuwendungsrechtliche Abwicklung verantwortlichen Institutionen sowie mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Förderkriterien, Dokumentationspflichten, Zuwendungsverfahren). Zudem stellen sie die Qualitätsentwicklung sicher und wirken somit wesentlich an der alkoholpräventiven Strategie von HaLT an den Standorten sowie im jeweiligen Bundesland mit.

Abbildung 1: Struktur des HaLT-Programms in Deutschland



Darstellung: Villa Schöpflin

### Die beiden Bausteine von HaLT: HaLT-reaktiv und HaLT-proaktiv

HaLT besteht aus einem reaktiven Baustein (Sofort-Intervention bei Jugendlichen mit schädlichem Alkoholkonsum) und einem proaktiven Baustein (kommunal verankerte und abgestimmte alkoholpräventive Maßnahmen zur Verhinderung von schädlichem Alkoholkonsum im Vorfeld). Die Praxis hat gezeigt, dass sich die Aufgaben in der Standortkoordination und im proaktiven Baustein von HaLT stark überschneiden bzw. deckungsgleich sind (kommunale Alkoholprävention). Nur einzelne, sehr große Standorte verfügen über ausreichend Personal, um für die Standortkoordination eine zusätzliche Kraft einzusetzen. Aus diesem Grund werden diese beiden Aufgaben

in der Rahmenkonzeption in der Regel gemeinsam aufgeführt.

An wenigen Standorten werden keine HaLT-reaktiv-Maßnahmen, sondern nur proaktiv-Maßnahmen vorgehalten. Dies ist insbesondere der Fall, wenn sich kein kooperierendes Krankenhaus (mehr) findet. Im Zuge der geplanten Qualitätsentwicklung sollen in solchen Fällen zukünftig neue Zugangswege zu Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit riskantem Alkoholkonsum aufgebaut werden (z. B. über Schulen, Jugendsozialarbeit, Jugendhilfe, Jugendstaatsanwaltschaft).

An manchen Standorten werden kommunal verankerte, koordinierte Maßnahmen der Alkoholprävention von anderen Trägern oder

unter einem anderen Namen als HaLT umgesetzt. Dies ist historisch gewachsen, da zum Zeitpunkt des Starts von HaLT in manchen Regionen bereits etablierte Alkoholpräventionsprogramme bestanden. Diese Standorte erfüllen dennoch die Förderkriterien, da für die Qualität der kommunalen Alkoholprävention nicht entscheidend ist, unter welchem Namen ein Programm durchgeführt wird, sondern dass kommunal verankerte und koordinierte Maßnahmen der Alkoholprävention umgesetzt werden.

#### **Die Förderstruktur des modularisierten HaLT-Programms**

Die in dieser Rahmenkonzeption verwendeten Begriffe für die Tätigkeiten der HaLT-Landeskoordinationen (LKO) und der HaLT-Standorte auf den verschiedenen Ebenen lauten wie folgt:

1. Präventionsbausteine: zwei bei den Landeskoordinationen, drei bei den Standorten
2. Module: Aufgaben innerhalb eines Präventionsbausteins
3. Einzelne Präventionsmaßnahmen, welche Bestandteil eines Moduls (Ebene 2) sind

#### **Auf der Ebene des Bundeslandes:**

HaLT-Landeskoordination

HaLT-Landeskoordination

1. Präventionsbaustein „Netzwerkmanagement/Koordination“ durch Land gefördert; Eigenleistung
2. Präventionsbaustein „Qualitätsmanagement und -entwicklung“

- a) „QM-Modul pauschal“, alle aufgeführten Maßnahmen verpflichtend
- b) „QM-Modul flexibel“, je nach Bedarf/Aufwand

#### **Auf der kommunalen Ebene: Baustein HaLT-proaktiv und Baustein HaLT-reaktiv**

HaLT-Standort: bausteinübergreifend/  
HaLT-proaktiv und Baustein HaLT-reaktiv

1. Präventionsbaustein „Netzwerkmanagement/Koordination“ durch Kommune, Landkreis, Stiftung, Spenden etc. finanziert; Eigenleistung
2. Präventionsbaustein „Qualitätsmanagement und -entwicklung“
  - a) „QM-Modul pauschal“, alle aufgeführten Maßnahmen verpflichtend
  - b) „QM-Modul flexibel“, je nach Bedarf Aufwand
3. Präventionsbaustein „Einzelne Präventionsmaßnahmen“

Die hier vorgenommene Strukturierung im Zuge der Modularisierung von HaLT ist nicht immer trennscharf, da es Module gibt, die wiederum aus Einzelmodulen (Präventionsmaßnahmen) bestehen. Die als „Indikatoren“ bezeichneten Tätigkeiten beschreiben Bestandteile einzelner Module bzw. Teilmodule.

#### **Das HaLT Service Center (Bundesebene)**

Das HaLT Service Center der Villa Schöpfung GmbH ist für das HaLT-Programm auf Bundesebene verantwortlich und sorgt für die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des HaLT-Programms in enger Zusammenarbeit und Abstimmung mit dem HaLT-Bundesnetzwerk,

dem Wissenschaftlichen HaLT-Netzwerk und dem HaLT-Trainer/-innen-Netzwerk, welche vom HaLT Service Center koordiniert werden. Ziel ist es, die Alkoholprävention in Deutschland im Rahmen von HaLT durch qualitätsgesicherte und evidenzbasierte Maßnahmen nachhaltig zu verbessern und durch die Koordination und Zusammenarbeit verschiedener Partner/-innen und Angebote Synergien zu schaffen.

Als Bundeskoordination bildet das HaLT Service Center die zentrale Schnittstelle zwischen den Netzwerken und organisiert regelmäßige Netzwerktreffen. Dadurch fördert das HaLT Service Center

- die Umsetzung von Forschungsvorhaben,
- die Integration neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis und
- einen permanenten Austausch zwischen Praxis und Wissenschaft.

Das HaLT Service Center organisiert Schulungen für die Fachkräfte an den Standorten und führt diese entweder selbst durch oder beauftragt Fachkräfte und Institutionen inner- und außerhalb des HaLT-Netzwerkes, welche über die erforderliche fachliche Kompetenz verfügen. Das HaLT Service Center entwickelt und überarbeitet Materialien für die Arbeit vor Ort, wie z. B. das HaLT-Handbuch (Grundlage für die standardisierte Umsetzung an den Standorten), Präsentationen für Schulungen, Handreichungen für verschiedene HaLT-Zielgruppen, Druckvorlagen für Poster etc.

Das HaLT Service Center baut die Bekanntheit von HaLT als größtes kommunales Alkoholpräventionsprogramm für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Deutschland weiter aus und vertritt das Programm auf Bundesebene in Fachgremien, auf Fachtagungen, in Arbeitsgruppen sowie auf politischer Ebene.

#### **Das Wissenschaftliche HaLT-Netzwerk (Bundesebene)**

Das HaLT Service Center organisiert Treffen des Wissenschaftlichen HaLT-Netzwerkes mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die zum HaLT-Programm oder im Bereich der Alkoholprävention allgemein geforscht haben bzw. noch forschen. Ferner sind ausgewählte Vertreter/-innen aus der Praxis Mitglieder des Netzwerkes. Im Wissenschaftlichen HaLT-Netzwerk werden aktuelle Erkenntnisse diskutiert und Forschungsbedarfe erörtert. Die Expertise aus der Wissenschaft fließt darüber in die HaLT-Praxis ein und Praxiserfahrungen befruchten die wissenschaftliche Diskussion.

Die besondere Struktur von HaLT und die enge Verzahnung von Praxis und Wissenschaft erlauben einen in anderen Ländern nicht möglichen Zugang zur Zielgruppe alkoholintoxizierter Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener als Voraussetzung für die Gewinnung neuer Erkenntnisse. Seit Programmstart konnten innerhalb des HaLT-Netzwerkes bereits eine Vielzahl von Studien durchgeführt werden, die teilweise auch in internationalen Fachzeitschriften publiziert wurden. Eine Übersicht findet sich im Anhang 1 sowie im HaLT-Handbuch (Villa Schöpflin, 2017).



Im Zuge der konzeptionellen Weiterentwicklung von HaLT sind für das Wissenschaftliche HaLT-Netzwerk neue Aufgaben vorgesehen. Unter anderem soll das Wissenschaftliche Netzwerk prüfen, ob für neue Module wissenschaftliche Evidenz vorliegt und ob es bereits wissenschaftlich fundierte evaluierte Programme zur entsprechenden Thematik oder Zielgruppe gibt.

2017 hat das Wissenschaftliche HaLT-Netzwerk einen Verbundantrag aus vier verschiedenen Teilprojekten (TP) zur Verbesserung der Qualität von Maßnahmen und Strukturen der Alkoholprävention in den Lebenswelten Kommune und Schule im Rahmen des HaLT-Programms bei der BZgA eingereicht:

- TP 1 – Setting Schule: Weiterentwicklung evidenzbasierter Handlungsempfehlungen für Eltern im Umgang mit dem Alkoholkonsum ihrer Kinder
- TP 2 – Setting Kommune: Evidenz und Implementierung wirksamer kommunaler Suchtprävention
- TP 3 – Setting Kommune/Krankenhaus: Entwicklungsgefährdungen bei Kindern und Jugendlichen verlässlich erkennen und professionell managen
- TP 4 – Setting Kommune/Krankenhaus: Smartphone-basierte Nachsorge von Jugendlichen mit einer HaLT-App

Die Teilprojekte 1 und 2 wurden 2018 in einem ersten Schritt bewilligt und befinden sich bereits in der Umsetzung. Wie die Ergebnisse in die HaLT-Praxis Eingang finden, wird an der jeweiligen Stelle erläutert.

Wie die beiden Teilprojekte 3 und 4 in die fachliche Weiterentwicklung einfließen und zur Qualitätssteigerung beitragen, wird im Prozess der konzeptionellen Weiterentwicklung von HaLT noch abgestimmt.

#### **Das HaLT-Bundesnetzwerk (Bundesebene)**

Im HaLT-Bundesnetzwerk haben sich die HaLT-Landeskoordinationen zusammenschlossen. Die Treffen, die etwa zweimal pro Jahr stattfinden, werden vom HaLT Service Center organisiert und moderiert.

#### **Die HaLT-Landeskoordination (Landesebene)**

Die Landeskoordination koordiniert und steuert die Präventionsmaßnahmen im Rahmen von HaLT im jeweiligen Bundesland. Sie pflegt einen engen Austausch mit dem Landesministerium, um bestmöglich die landesbezogene Strategie zur Suchtprävention den Standortkoordinationen zu vermitteln und für deren Umsetzung mit Hilfe von HaLT zu sorgen bzw. entsprechende Schnittstellen zu bilden. Darüber hinaus unterstützen die HaLT-Landeskoordinationen die Standorte bei der Umsetzung des HaLT-Konzepts, qualifizieren diese (bzw. organisieren Zertifizierungsschulungen) und bringen Impulse zur kontinuierlichen Weiterentwicklung von den Standorten an das HaLT-Service Center bzw. von der Bundesebene an die HaLT-Standorte. Die HaLT-Landeskoordinationen bilden damit eine informativ-kommunikative sowie fachlich unterstützende Schnittstelle zwischen Bundesebene und regionaler Ebene.

### **Das HaLT-Trainer/-innen-Netzwerk (Bundesebene)**

Das HaLT Service Center hat ein Netzwerk aus HaLT-Trainerinnen und HaLT-Trainern aufgebaut. Jährlich findet ein Treffen des Netzwerkes statt. Diese Treffen stellen einen Raum für den Erfahrungsaustausch zwischen den Trainerinnen und Trainern zur Verfügung, in dem etwa neue Trends oder veränderte Bedarfe bei den HaLT-Schulungen diskutiert werden.

Das Trainer/-innen-Netzwerk wird im Zuge der Qualitätsentwicklung ausgebaut. Neben HaLT-Fachkräften mit spezifischer Expertise zu bestimmten Themen (z. B. zum Thema Mischkonsum und zur Sofort-Intervention mit 18- bis 21-Jährigen in HaLT-reaktiv) werden zusätzlich externe Fachleute miteinbezogen, die Schulungen zu weiteren neuen Modulen in der Rahmenkonzeption durchführen (z. B. Präventionsmaßnahmen für 18- bis 21-Jährige in HaLT-proaktiv, Maßnahmen der Prävention von FASD, Systematisierung und Ausbau von Qualitätsmanagement und -entwicklung im Bundesland und auf kommunaler Ebene).

### **Die Standort-Koordination (kommunale Ebene)**

Die Standort-Koordination ist die zentrale Ansprechperson für alle Fragen und Aufgaben, welche den HaLT-Standort als Gesamtes (bausteinübergreifend) betreffen, und zwar sowohl auf regionaler Ebene als auch gegenüber der Landeskoordination. Es handelt sich dabei nicht um eine von der HaLT-Praxis losgelöste, unabhängige Funktion, sondern durch die Benennung einer HaLT-Fachkraft als Koordination soll sichergestellt werden, dass

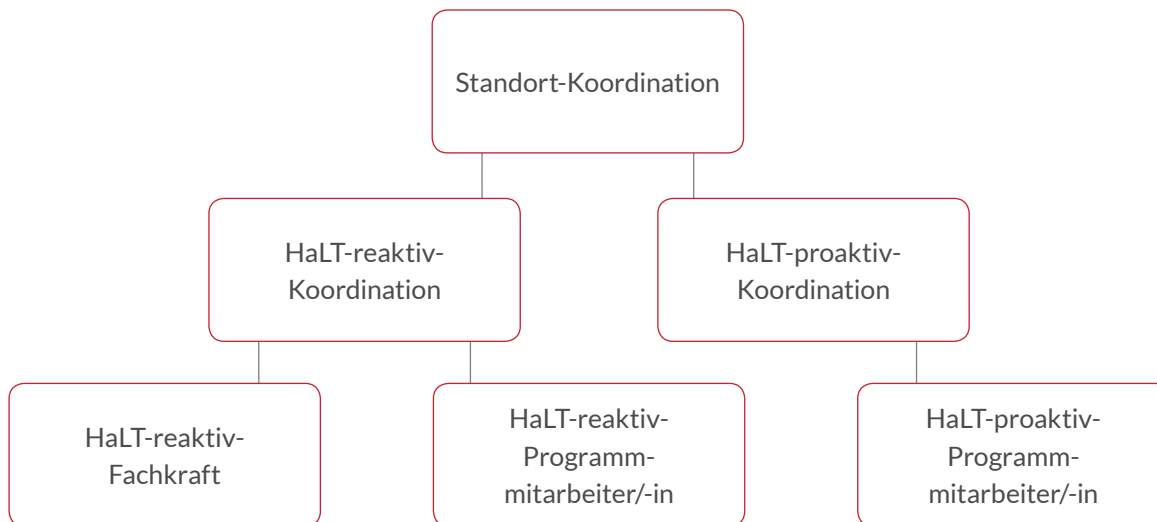
den Landeskoordinationen eine Ansprechperson zur Verfügung steht (siehe Abbildung 2).

Es gehörte von Anfang an zu den HaLT-Standards, dass in der Region eine verbindliche Ansprechperson für HaLT benannt ist und das Programm regional vertritt. Dies konnte aufgrund knapper Ressourcen an einigen Standorten bisher jedoch nicht umgesetzt werden.

Auf regionaler Ebene koordiniert die Standort-Koordination die in der Rahmenkonzeption beschriebenen Aufgaben des Qualitätsmanagements und der Qualitätsentwicklung und beachtet, dass diese in den Bausteinen HaLT-reaktiv und HaLT-proaktiv umgesetzt werden und den HaLT-Fachkräften und Programmmitarbeiterinnen und -mitarbeitern die dafür notwendigen Informationen und Materialien zur Verfügung stehen. Er/sie ist verantwortlich für die Abstimmung und ggf. Kooperation zwischen HaLT-reaktiv und HaLT-proaktiv und vertritt die Interessen und Anliegen des HaLT-Standortes in regionalen Gremien.

Gegenüber der Landeskoordination und – sofern in getrennter Hand – der für die Förderanträge relevanten Stelle auf Landesebene verantwortet die Standort-Koordination das vollständige und fristgerechte Bearbeiten des Datenmonitorings, des Antragsverfahrens und des Verwendungsnachweises; zudem sichert sie den Informationsfluss zwischen der Landeskoordination und allen HaLT-Fachkräften und Programmmitarbeiter/-innen des Standortes.

**Abbildung 2: Aufgaben und Funktionen der in HaLT tätigen Fachkräfte**  
Diskutiert und beschlossen im Bundesnetzwerk HaLT am 7. und 8. Februar 2019



Darstellung: Villa Schöpflin

Die Standort-Koordination ist als HaLT-Fachkraft tätig und ist ggf. gleichzeitig Koordination entweder des proaktiven oder des reaktiven Bausteins.

#### **Die HaLT-reaktiv-Koordination und HaLT-proaktiv-Koordination (kommunale Ebene)**

Im Zuge der neuen Rahmenkonzeption benennt jeder Standort, der beide Bausteine umsetzt, eine Koordination jeweils für HaLT-reaktiv und für HaLT-proaktiv (siehe Abbildung 2). Diese sind im jeweiligen Baustein tätig und stehen mit der Standort-Koordination im regelmäßigen Kontakt, um sich über Aktuelles aus den Bereichen HaLT-reaktiv (z. B. aktueller Stand

der Anzahl der Sofort-Interventionen) und HaLT-proaktiv (z. B. neue regionale Kooperationspartner/-innen) auszutauschen. Die HaLT-reaktiv- bzw. proaktiv-Koordinationen sind erste/r Ansprechpartner/-in für die Standort-Koordination, wenn sich Fragen zu einem der Bausteine ergeben oder ein Abstimmungsbedarf besteht (z. B. mit der Landeskoordination). Aus fachlichen Gründen wird empfohlen, die Tätigkeit in den beiden Bausteinen auf zwei unterschiedliche Personen zu verteilen, da sie unterschiedliche Kompetenzen, Aufgaben und Netzwerke umfasst. Es steht den Standorten jedoch frei, wen sie mit welcher Funktion betrauen. Wichtig ist die

Einhaltung der geforderten Qualifikationen bzw. Zertifizierungen (siehe Kapitel 7).

**Die HaLT-reaktiv-Fachkraft (kommunale Ebene)**

Die HaLT-reaktiv-Fachkraft ist verantwortlich für die frühzeitige Ansprache und Beratung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit schädlichem Alkoholkonsum und ihren Eltern bzw. anderen Sorgeberechtigten. An zahlreichen Standorten sind mehrere HaLT-reaktiv-Fachkräfte tätig, um insbesondere die zeitnahe Sofort-Intervention von alkoholbedingt behandelten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen an Wochenenden und Feiertagen zu gewährleisten. Die Voraussetzungen für diese Tätigkeit und der Qualifizierungsbedarf sind unter Kapitel 7.2 beschrieben.

**Der/die HaLT-reaktiv-Programmmitarbeiter/-in (kommunale Ebene)**

HaLT-reaktiv-Programmmitarbeiter/-innen sind Personen, welche bei HaLT-reaktiv mit tendenziell geringem zeitlichem Umfang mitarbeiten und vorwiegend auf Honorarbasis eng definierte Teilaufgaben wahrnehmen (siehe Abbildung 2). Die HaLT-reaktiv-Programmmitarbeiter/-innen unterstützen beispielsweise bei der Umsetzung der Intervention „Risiko-Check Gruppe“. Sie sind, je nach Teilaufgabe, nicht verpflichtet, an einer HaLT- Zertifizierungsschulung teilzunehmen. Die Standort-Koordination ist jedoch dafür verantwortlich, dass sie für ihre Tätigkeit in HaLT-reaktiv ausreichend qualifiziert sind.

**Der/die HaLT-proaktiv-Programmmitarbeiter/-in (kommunale Ebene)**

Programmmitarbeiter/-innen bei HaLT-proaktiv leiten beispielsweise Tom & Lisa-Workshops, zweiteilige Präventionsworkshops für Schulklassen. Sie sind nicht verpflichtet, an einer HaLT-Zertifizierungsschulung teilzunehmen. Die Standort-Koordination ist jedoch verantwortlich für ihre ausreichende Qualifizierung zur Durchführung der jeweiligen Teilaufgabe (in diesem Falle eine Schulung zum/zur Tom & Lisa-Trainer/-in).

### 3 AUSGANGSSITUATION MIT ERGEBNISSEN DER STANDORTANALYSE

Das Alkoholpräventionsprogramm HaLT – Hart am Limit wurde im Jahr 2001 vom Suchtpräventionszentrum Villa Schöpflin gGmbH in Lörrach entwickelt, im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums als Bundesmodellprojekt erprobt und danach bundesweit verbreitet. Mittlerweile gibt es in elf Bundesländern HaLT-Landeskoordinationen, welche die aktuell 152 Standorte (Ergebnis der Standortanalyse, Stropfel, Flatters & Schobert, 2018) in ihrem jeweiligen Bundesland unterstützen. HaLT besteht aus zwei Bausteinen, die sich gegenseitig ergänzen und verstärken (Steiner, Knittel & Zweers, 2008):

- HaLT-proaktiv (kommunal verankerte Präventionsstrategie)
- HaLT-reaktiv (selektive bzw. indizierte Prävention, Frühintervention)

Der **proaktive Baustein** setzt auf kommunaler Ebene an und baut strategische Präventionsnetzwerke auf, die sich aus Verantwortlichen bei Kommunen, Polizei, Vereinen, Festveranstaltungen, Schulen, Einzelhandel, Gastronomie, Jugendarbeit etc. zusammensetzen. Ziel dieses Bausteins ist die Verhinderung des riskanten Alkoholkonsums durch Verantwortung und Vorbildverhalten von Erwachsenen, insbesondere durch:

1. konsequente Einhaltung des Jugendschutzgesetzes bei Abgabe und Verkauf von alkoholischen Getränken, wie beispielsweise das Verbot, Alkohol an Betrunkene abzugeben,
2. verbindliche Etablierung von Präventionsstandards in Kommunen und bei Festen, insbesondere über Schulungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (etwa des

- Verkaufspersonals), systematische Alterskontrollen, Kooperationen mit der Polizei,
3. eine breite Öffentlichkeitsarbeit und Nutzung kommunaler Strukturen zur Beeinflussung sozialer Normen im Umgang mit Alkohol gemeinsam mit verschiedenen regionalen Netzwerkpartnerinnen und -partnern.

Der **reaktive Baustein** des Konzepts zielt auf Früherkennung und ggf. Frühintervention auf individueller Ebene ab. Hierbei werden Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit riskantem Alkoholkonsum und ihre Eltern<sup>1</sup> als direkte Reaktion auf einen Vorfall in Verbindung mit schädlichem Alkoholkonsum kontaktiert und Hilfe für betroffene Jugendliche und Beratung für ihre Eltern angeboten. Ein Großteil dieser Jugendlichen wird nach einer schweren Alkoholvergiftung im Krankenhaus angesprochen, aber auch Zugangswege aus weiteren kommunalen Institutionen sind verbreitet, insbesondere über Schulen, Jugendfreizeiteinrichtungen, Einrichtungen der Jugendhilfe, Kinderärztinnen und -ärzte, die Polizei etc. Ziele dieses Bausteines:

1. Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum in engem zeitlichem Zusammenhang zur Intoxikation erreichen, ihnen relevante Informationen vermitteln und sie zur Reflexion anregen.
2. Durch eine Sofort-Intervention auf der Grundlage des Beratungsansatzes der Motivierenden Gesprächsführung das Wissen und die Risikokompetenz der Jugendlichen im Umgang mit Alkohol erhöhen.

---

<sup>1</sup> Mit „Eltern“ sind immer die Erziehungsberechtigten und/oder die Personen mit der Ausführung der Aufgabe der elterlichen Sorge gemeint.

3. Durch „Risiko-Checks“ als Einzel- oder Gruppenintervention ihren Widerstand gegen Gruppendruck erhöhen und alkohol-kritische Normen verstärken.
4. Durch die Einbindung von Freundinnen bzw. Freunden beim „Risiko-Check“ auch den Freundeskreis zur Reflexion des Alkoholkonsumverhaltens anregen und soziale Normen in der Peergroup beeinflussen.
5. Durch Elternberatung soziale Normen (Vorbildverhalten), elterliche Regeln im Umgang mit Alkohol, Kommunikation und elterliches Monitoring fördern.
6. In ihrer gesunden Entwicklung gefährdete Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in umfassende und nachhaltige Unterstützungsangebote in der Kommune einbinden (in der Regel gemeinsam mit ihren Eltern), um problematischen Verläufen erfolgreich entgegenzuwirken. Da die erreichten Jugendlichen im Durchschnitt etwa 15 Jahre alt sind (Kraus et al., 2013; Kuttler, Schwendemann, Reis & Bitzer, 2016; Wurdak, Kuntsche, Kraus & Wolstein, 2015), bildet die frühzeitige Ansprache (alkohol-)gefährdeter Jugendlicher und die Einbindung der Eltern einen wichtigen Ansatzpunkt für erfolgreiche Prävention und Frühintervention.

Nach Auslaufen der Bundesförderung für die Pilot-, Modell- und Transferphase wurde das kontinuierlich anwachsende HaLT-Netzwerk in Deutschland zunächst durch die Programm-Initiatorinnen in der Villa Schöpflin gGmbH geleitet. Im Laufe der Jahre wurden in vielen Bundesländern sogenannte „HaLT-Landesrahmenvereinbarungen“ geschlossen, in denen die Krankenkassen gemeinsam mit den

Verantwortlichen im jeweiligen Bundesland die Voraussetzungen und Vorgehensweise bezüglich einer Förderung von Maßnahmen der Frühintervention (HaLT-reaktiv) durch fallbezogene Einzelabrechnungen von Sofort-Interventionen, Einzel- und Gruppenangeboten (Risiko-Checks) und Elternberatung festlegten. Präventionsmaßnahmen im kommunalen Setting (HaLT-proaktiv) werden vorwiegend von den Kommunen (teilweise unterstützt durch Landesmittel) finanziert, wobei sich die finanzielle Ausstattung der Standorte je nach Region und Bundesland sehr unterschiedlich darstellt. Die Standortanalyse (Flatters et al., 2018) ergab, dass die HaLT-Standorte vor allem durch öffentliche Gelder (Mittel von Landkreisen, Kommunen und Landesmitteln) finanziert werden. Weitere Finanzierungsquellen sind Eigenmittel (Spenden, Bußgelder etc.) und zu knapp 10 % Fallpauschalen über die oben erwähnten fallbezogenen Abrechnungen mit den Krankenkassen. Die Co-Finanzierung des reaktiven Bausteins über die Krankenkassen endete am 30. Juni 2019 und wird seit dem 1. Juli 2019 mit Start von Förderphase I (Kapitel 1) neu organisiert.

Um dem enormen Koordinationsaufwand des bundesweiten HaLT-Netzwerkes Rechnung zu tragen, wurde im September 2014 unter dem Dach der Villa Schöpflin gGmbH und finanziert durch die Schöpflin Stiftung das HaLT Service Center gegründet. Das HaLT Service Center arbeitet eng mit den HaLT-Landeskoordinationen zusammen und verantwortet die Umsetzung von HaLT und seine stetige Weiterentwicklung. Durch die HaLT-Landeskoordinationen, die bei Landesministerien, Landesstellen für

Suchtfragen, Stiftungen oder Trägern der freien Wohlfahrt angesiedelt sein können, ist der Bezug zur Praxis gegeben, und Erfahrungen und Wissen der Bundesländer fließen zurück an das HaLT Service Center. HaLT stellt damit ein lernendes Netzwerkprogramm dar.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat im Auftrag und mit Mitteln der Krankenkassen gemäß § 20a SGB V im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit Ende 2017 beschlossen, das HaLT Service Center der Villa Schöpfung GmbH – Zentrum für Suchtprävention mit der Weiterentwicklung des HaLT-Konzepts zu betrauen und dadurch die Prävention des Alkoholmissbrauchs von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im kommunalen Setting zu stärken.

Die vorliegende Rahmenkonzeption wurde in dem Zeitraum vom 15.03.2018 bis 11.11.2019 entwickelt. Die Rahmenkonzeption wurde vom HaLT Service Center der Villa Schöpfung GmbH, Peter Eichin (Geschäftsführung) und Katja Kiefer (Projektsteuerung, Leitung) sowie Dr. Heidi Kuttler, Cooptima – Prävention und Gesundheitskommunikation (wissenschaftliche und fachliche Beraterin des HaLT Service Centers) entwickelt. Sie wäre nicht möglich gewesen ohne die Einbindung des bundesweiten HaLT-Netzwerkes sowie weiterer Organisationen und Institutionen. Die fortlaufende Abstimmung mit den HaLT-Akteurinnen und -Akteuren und ihre Beratung sind für das Gelingen des Vorhabens, die Praktikabilität, die Effizienz, die Effektivität und die Akzeptanz unverzichtbar. Wir danken an dieser Stelle allen Beteiligten für ihr unermüdliches Engagement,

ihre Zeit, den intensiven Austausch und für die wertvollen Rückmeldungen zu den Inhalten dieser Rahmenkonzeption:

1. GKV-Bündnis für Gesundheit, vertreten durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Dr. Volker Wanek und Merle Wiegand vom GKV-Spitzenverband sowie Andrea Neid, Sonja Claßen und Eva Ballhaus von der BZgA
2. Mitglieder des HaLT-Bundesnetzwerkes mit den HaLT-Landeskoordinationen
3. Mitglied des Wissenschaftlichen HaLT-Netzwerkes
4. Mitglieder des BZgA-Bund-Länder-Koordinationskreises
5. Mitglieder des Begleitkreises: Kerstin Berszuck (AOK NORDWEST), Kim Ebert (BKK-Landesverband NORDWEST), Theresia Kempf (IKK classic) sowie einige HaLT-Landeskoordinationen
6. Vertreter der Kommunen
7. Vertreter/-innen der Länder: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Referat Sucht, Drogen und AIDS, München

Zentrale Inhalte dieser Rahmenkonzeption leiten sich aus einer vom Bündnis für Gesundheit im Rahmen der Weiterentwicklung finanzierten und vom HaLT Service Center koordinierten Befragung der HaLT-Standorte und HaLT-Landeskoordinationen in Deutschland ab, an der sich zwischen dem 1. August und 14. September 2018 alle elf HaLT-Landeskoordinationen (100 %) sowie 114 der 152 Standorte (75 %) beteiligt haben. Dabei wurden die Präventionsfachkräfte zu den von ihnen durchgeführten Maßnahmen der Prävention und

Qualitätssicherung, zu bestehenden Strukturen, Abläufen und zur Finanzierung ihres Standortes befragt. Ebenfalls wurden Bedarfe der Weiterentwicklung von HaLT und aktuelle Themen und Herausforderungen erhoben. Die HaLT-Landeskoordinationen wurden zu den von ihnen durchgeführten bzw. koordinierten Maßnahmen, bestehenden Rahmenvereinbarungen mit Krankenkassen, Absprachen und Kooperationen mit den Beteiligten der Landesrahmenvereinbarungen, zur Finanzierung der Landeskoordination und zu den Entwicklungsbedarfen von HaLT befragt (vgl. Flatters et al., 2018).

Die von einem HaLT-Standort betreuten Regionen sind vorwiegend (Land-)Kreise (77 Nennungen), danach folgen kreisfreie Städte (40 Nennungen) und kreisangehörige Städte (13 Nennungen). Sieben Standorte sind in einer Region mit sonstigem Zuschnitt tätig. Die betreuten Gebiete haben vorwiegend ländlichen oder kleinstädtischen Charakter, 30 Standorte

arbeiten (auch) für eine Großstadt (Mehrfachnennungen) (siehe Abbildung 3).

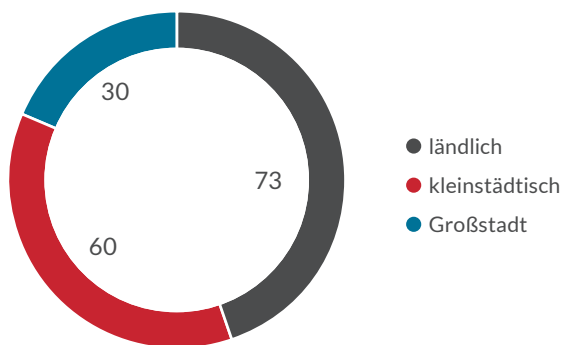
Dieser Zuschnitt kann dazu führen, dass „gebietsfremde“ Jugendliche in ein mit HaLT kooperierendes Krankenhaus eingeliefert werden, von ihrem Wohnort her jedoch nicht in den Zuständigkeitsbereich der dortigen HaLT-Fachstelle oder Kommune fallen. In der Standortanalyse berichten die Fachkräfte an mehreren Stellen, dass sie diese Jugendlichen dennoch betreuen und ggf. mit Fachstellen in Nachbarregionen kooperieren bzw. Jugendliche überleiten.

Die Standortanalyse macht die geringe personelle Ausstattung der HaLT-Standorte deutlich (siehe Tabelle 1). An 60 % der Standorte stehen den Fachkräften jeweils nur 1–10 Stellenprozent für HaLT zur Verfügung, nur an 7,4 % der Standorte arbeiten Fachkräfte mit einem Deputat von über 50 % für HaLT.

Ein Großteil der in HaLT tätigen Fachkräfte ist bei einem Träger der freien Wohlfahrtspflege angestellt (56 %). Bei 20 % der Fachkräfte sind öffentliche Träger, insbesondere Kommunen und Landkreise, die Anstellungsträger. Die hier angestellten Fachkräfte sind insbesondere im Bereich der Standort-Koordination und HaLT-proaktiv tätig. Die drittgrößte Gruppe (14,8 %) bilden freie Mitarbeiter/-innen, welche vor allem im Baustein HaLT-reaktiv tätig sind.

Der Ausbildungsstand der HaLT-Mitarbeiter/-innen ist sehr hoch: 93 % verfügen über einen fachspezifischen Hochschulabschluss wie etwa Soziale Arbeit, Sozial- oder Diplompädagogik und Psychologie. Bei drei viertel der Fachkräfte

**Abbildung 3: Siedlungsstruktur der betreuten Regionen**  
n=112



vgl. Flatters et al., 2018; Darstellung: Villa Schöpflin



**Tabelle 1:****Wie viel Stellenprozent stehen den HaLT-Standorten in den jeweiligen Bereichen zur Verfügung?**

Beispielsweise können sich auf die Koordination von HaLT die meisten Standorte (53,2 %) mit nur 1-10 Stellenprozenten konzentrieren.

HaLT-Bereich	Stellenprozente				
	k. A.	1-10 %	11-30 %	31-50 %	>50 %
Keine Angabe (k. A.)		50,0 %	50,0 %		
HaLT-Koordination	7,4 %	53,2 %	16,0 %	12,8 %	10,6 %
HaLT-proaktiv	8,0 %	55,7 %	20,5 %	9,1 %	6,8 %
HaLT-reaktiv	15,4 %	63,6 %	10,1 %	4,5 %	6,5 %
<b>Gesamt</b>	<b>12,1 %</b>	<b>59,6 %</b>	<b>13,7 %</b>	<b>7,2 %</b>	<b>7,4 %</b>

Flatters et al., 2018  
Darstellung: Villa Schöpfung

liegt eine HaLT-spezifische Weiterbildung vor (Fachkräfte HaLT-reaktiv: 78 %; Fachkräfte HaLT-proaktiv: 68 %). Über 60 % der Fachkräfte haben zudem außerhalb von HaLT Weiterbildungen absolviert, welche die Qualität ihrer Tätigkeit in der HaLT-Praxis erhöhen: Verbreitet sind Qualifizierungen in Motivierender Gesprächsführung, als Sozial- oder Suchttherapeut/-in oder in Systemischer Familienberatung.

Die Standortanalyse unterstreicht den hohen Praxisbezug beim Erkennen neuer Bedarfe. Der überwiegende Anteil der Standorte greift Erkenntnisse aus der Praxis und von Kooperationspartnerinnen und -partnern formulierte Bedarfe auf. Viele berücksichtigen zudem regionale und überregionale Daten. Fast ein Viertel führt eigene systematische Erhebungen durch, etwa die Befragung von Kooperationspartnerinnen und -partnern (siehe Tabelle 2).

Die Ausstattung, Aufgaben und Tätigkeitsbereiche der Standorte sind sehr heterogen. Als hemmende Faktoren und Herausforderungen wurden insbesondere drei Themenbereiche genannt:

1. Die unzureichende finanzielle Ausstattung der Standorte: Den meisten Fachkräften steht maximal eine 10 %-Stelle explizit für HaLT zur Verfügung. Vielfach sind gar keine zusätzlichen Personalressourcen explizit für HaLT vorhanden, sondern die Fachkräfte leisten die Arbeit in der Alkoholprävention aus ihrem allgemeinen Deputat für die Prävention. Dies spricht einerseits für die gute strukturelle Verankerung von HaLT als Teil der regulären Arbeit in der Prävention, andererseits fehlen die Ressourcen, um sich über die Bearbeitung der drängendsten Aufgaben hinaus, etwa im Bereich Weiterbildung, Qualitätssicherung, Aufbau neuer Kooperationen

**Tabelle 2:**  
**Antworten zur Frage aus der Standortanalyse: Wie haben Sie bisher zusätzliche Bedarfe in der Alkoholprävention/HaLT erkannt?**

Erkennen zusätzlicher Bedarfe	ja	nein
Erkenntnisse aus der praktischen Arbeit	102	10
Von Kooperationspartnerinnen/-partnern formulierte Bedarfe aufgreifen	78	34
Regionale Daten	49	63
Daten des Statistischen Bundesamtes, BZgA etc.	27	85
Eigene Evaluationsmaßnahmen (z. B. systematische Befragung von Kooperationspartnerinnen/-partnern oder Zielgruppen)	25	87
(Regionale) Medien	18	94
Sonstiges	7	105
Keine zusätzlichen Bedarfe erkannt	5	107

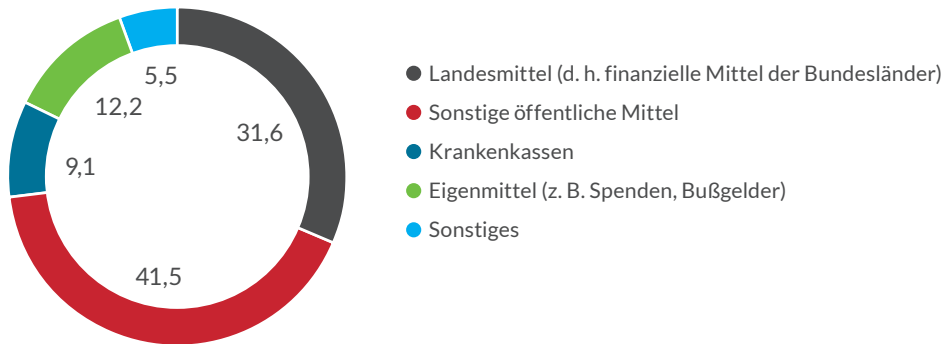
Flatters et al., 2018; Darstellung: Villa Schöpflin

- oder Angebote für neue Zielgruppen, zu engagieren.
- 2. Die große Komplexität des HaLT-Programms mit vielen Kooperationspartnerinnen und -partnern: Personalwechsel und Umstrukturierungen erfordern einen sehr hohen Koordinationsaufwand und fortlaufend den Neuaufbau und Erhalt von Kooperationen und Pflege des Netzwerkes.
- 3. Der große Stellenwert von Alkohol in unserer Gesellschaft: Alkoholkonsum und auch -missbrauch werden vonseiten der (Kommunal-)Politik, der Vereine und anderer Kooperationspartner/-innen häufig sehr unkritisch bewertet. Zudem hat in den vergangenen Jahren das Interesse am Thema Alkoholmissbrauch bei Politik und Medien nachgelassen, was es oft schwierig macht, Verbündete zu

gewinnen oder bestehende Kooperationen fortzuführen.

Die Arbeit an den HaLT-Standorten wird aus verschiedenen Quellen finanziert, der größte Anteil der Fördermittel stammt aus „Sonstigen öffentlichen Mitteln“, das sind in der Regel die Landkreise und Kommunen (41,5 %). Zu einem knappen Drittel erfolgt die Finanzierung durch Landesmittel (31,6 %), zu 12,2 % durch Eigenmittel der durchführenden Beratungsstellen (Spenden, Bußgelder etc.) und zu 5,5 % durch Sonstige. Zudem finanzieren die Krankenkassen reaktive Leistungen, was einem knappen Zehntel der Gesamtfinanzierung entspricht (siehe Abbildung 4).

**Abbildung 4: Finanzierung der HaLT-Standorte**  
n=89, in Prozent



Flatters et al., 2018; Darstellung: Villa Schöpflin

Die Ergebnisse der Standortanalyse legen nahe, dass die angestrebte Standardisierung von HaLT in Deutschland, verbunden mit einer Weiterentwicklung und dem Ausbau hinsichtlich Qualität und Quantität, angezeigt ist. Dadurch gelingt es, das Potenzial des gewachsenen HaLT-Netzwerkes mit seinen etablierten Strukturen und den hochqualifizierten Fachkräften auch auszuschöpfen.

## 4 ZIEL I – EIN NEUES MODULARES RAHMENKONZEPT ZUR QUALITÄTSSICHERUNG UND -ENTWICKLUNG

Neben der Modularisierung des HaLT-Programms auf Landesebene und regionaler Ebene ist der Ausbau der Qualität ein Kernziel der neuen HaLT-Rahmenkonzeption. Die Aufgaben Qualitätsmanagement und Qualitätsentwicklung werden zukünftig in einem eigenen neuen Qualitätsmanagement-Modul (QM-Modul) für die Arbeit im Bundesland und in den Regionen organisiert und umgesetzt.

Die Operationalisierung dieser neuen Module wird derzeit vorbereitet, die Schulungen dazu finden ab dem ersten Quartal 2020 unter Einbeziehung externer Fachkräfte bzw. Organisationen statt. In diesem Bereich ausgewiesene Expertinnen und Experten werden den Landeskoordinationen und Fachkräften an den HaLT-Standorten Informationen und Handlungskompetenzen zu wirksamen Steuerungsinstrumenten des Qualitätsmanagements und der Qualitätsentwicklung vermitteln. Gleichzeitig wird ein neues Kapitel hierzu im HaLT-Handbuch aufgenommen.

Qualitätsmanagement umfasst den gesamten Prozess von der Planung und Konzeptentwicklung über die Durchführung von Maßnahmen bis hin zur Ergebnismessung bzw. Evaluation. Während sich Qualitätsmanagement auf gegenwärtige Strukturen und Prozesse bezieht, ist Qualitätsentwicklung auf die Zukunft hin ausgerichtet. Sie soll insbesondere die fortlaufende Integration neuer fachlicher Erkenntnisse sowie fachlich fundierte Antworten auf neu entstehende Problematiken und Bedarfe innerhalb von HaLT gewährleisten. Angesichts begrenzter Ressourcen im Gesundheitswesen kommt zudem der „Betonung des Bedarfs als legitimen und

wichtigen Teil der Evaluation von Gesundheitsleistungen [...]“ eine große Bedeutung zu (Bitzer, Schwartz, Dörning & Walter, 2012, S. 1127).

Mit Hilfe von Qualitätsmanagement und -entwicklung sollen gezielt strukturierte Prozesse angestoßen und umgesetzt werden, um eine fortlaufende Optimierung der Präventionsmodule und -maßnahmen innerhalb des HaLT-Programms zu ermöglichen.

Grundsätzlich wird es darum gehen, das HaLT-Programm zukünftig systematischer als bisher hinsichtlich der vier Qualitätsdimensionen zu messen: Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität und – vor einigen Jahren neu aufgenommen – Assessmentqualität (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2014).

Die **Strukturqualität** umfasst die Ausstattung eines Angebotes, etwa die Art der Trägerschaft, der Umfang von Personal- und Sachmitteln und die Qualifikation der Mitarbeiter/-innen.

Die **Prozessqualität** bezieht sich auf alle Maßnahmen, die zur Erreichung der definierten Ziele umgesetzt werden, etwa den Informationsfluss, die Partizipationsmöglichkeit der Zielgruppe und anderer, die Berücksichtigung von Feedback im Projektverlauf, die Dokumentation der umgesetzten Maßnahmen mit Erfolgsfaktoren und Stolpersteinen und die Motivation der Beteiligten.

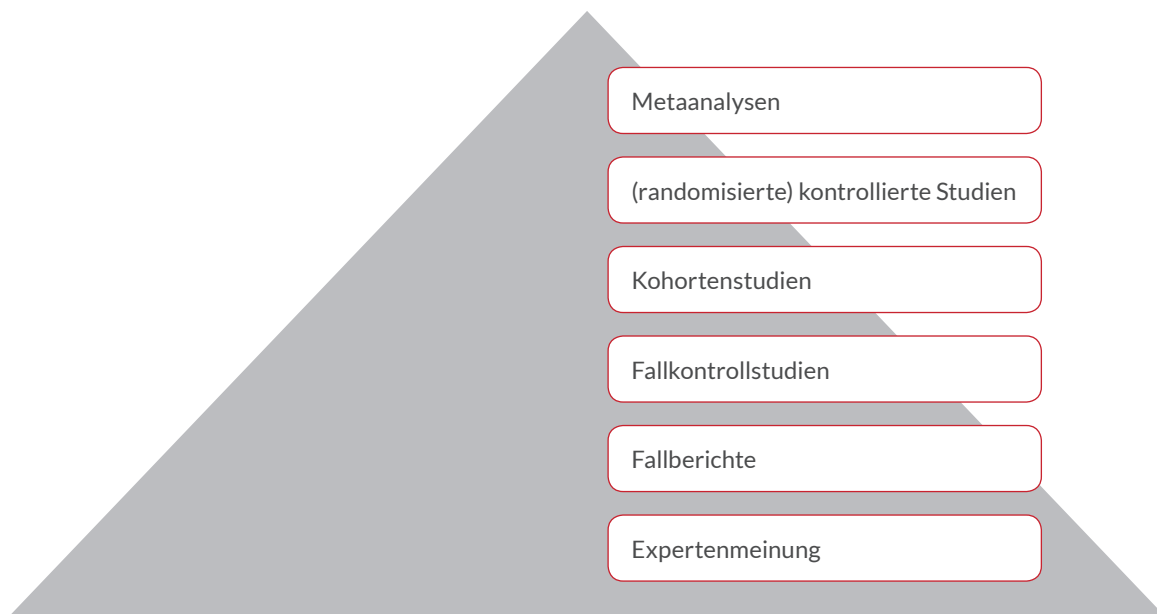
Bei der **Ergebnisqualität** schließlich geht es um die messbaren Aspekte der durchgeführten Maßnahme:

1. Output: Wie viele Schulungen für Festveranstalter wurden durchgeführt bzw. konnten alle geplanten Maßnahmen umgesetzt werden? Welche Materialien wurden neu erstellt? An wie viele Personen wurden sie ausgeteilt?
2. Outcome: Wie viele Teilnehmer/-innen nahmen an den Multiplikatorenschulungen teil? Wie zufrieden waren sie mit der Maßnahme?
3. Impact: Verzeichneten die Festveranstalter weniger Probleme durch betrunkene Jugendliche? Sind Beschwerden wegen Lärmbelästigung durch die Anwohner/-innen zurückgegangen?

Bei der neu integrierten **Assessmentqualität**, der systematischen Ermittlung des Bedarfs, geht es darum, vor Beginn des Projektes objektive Problemlagen und subjektive Bedürfnisse der Zielgruppe valide zu erfassen und zu überprüfen, ob eine Veränderung wirklich notwendig und von ausreichend großer Relevanz ist.

Ein weiteres Qualitätskriterium ist die Berücksichtigung der vorhandenen Evidenz zu einem (neuen) HaLT-Modul bzw. einer neuen HaLT-Präventionsmaßnahme. Aus der evidenzbasierten Medizin kennen wir die folgenden Stufen von Evidenz:

Abbildung 5: Stufen der Evidenz



Darstellung: Villa Schöpflin

Allerdings lassen sich in einem umfassenden kommunalen Präventionsprogramm wie HaLT nicht alle Wirkfaktoren verlässlich erheben bzw. ausschließen, sodass viele Ergebnisse nicht über den höchsten Evidenzgrad verfügen. Faktoren wie beispielsweise der Anstieg der Jugendarbeitslosigkeit, die Eröffnung eines neuen Clubs oder die Schließung eines Supermarkts mit langen Öffnungszeiten beeinflussen vermutlich den Alkoholkonsum von Jugendlichen in einer Kommune, können aber häufig nicht vorhergesehen oder mit den bestehenden Evaluationsinstrumenten valide erfasst werden. Bitzer et al. schlagen angesichts dieser Problematik vor, dass man sich „bei der Evaluation von Bestandteilen komplexer gesundheitlicher Technologien auf zentrale Elemente der Technologie beschränkt bzw. versucht, im Rahmen mehrstufiger Evaluationskonzepte und unter Nutzung unterschiedlicher methodischer Zugänge zu einer dem Komplexitätsgrad der Intervention angemessenen Evaluation zu gelangen.“ (Bitzer

et al., 2012. S. 1131) Im Kölner Memorandum zur Evidenz in der Suchtprävention werden die Grenzen der Übertragung der evidenzbasierten Medizin auf die Suchtprävention und Suchtpräventionsforschung aufgezeigt: „Nicht alles relevante Wissen für eine wirkungsvolle Suchtprävention kann empirisch erfasst werden, und nicht alles, was empirisch erfasst werden kann, ist für eine wirkungsvolle Suchtprävention relevant“ (Experten- und Expertinnengruppe der Kölner Klausurwoche, 2014). „Die Praxis ist angehalten, auf der Basis des verfügbaren Wissens zu handeln, während die Forschung neben der Erforschung der Grundlagen für das Praxishandeln (z. B. zu Risiko- und Schutzfaktoren) die Wirkungen von suchtpreventiven Maßnahmen überprüft und so neues Wissen zur Effektivität und deren Bedingungen generiert“ (ebd.). Im Kölner Memorandum (ebd. S. 18) werden folgende Dimensionen der Evidenzgenerierung genannt:

**Tabelle 3:**  
**Dimensionen der Suchtpräventionsforschung zur Evidenzgenerierung**

<b>Dimensionen der Suchtpräventionsforschung</b>	<b>Inhalte</b>	<b>Forschungsmethodik</b>
Relevanz	Vorhandenes Wissen aus Forschung (Theorie, Empirie), Praxis, Zielgruppe zu Fragestellung und Kontext	Literaturanalyse, Fokusgruppen, Expertengespräche, Feldanalyse
Machbarkeit	Akzeptanz, Zielgruppenerreichung, Menge und Güte der Umsetzung, Qualifikation der Akteurinnen und Akteure, Finanzierung	Pilotstudie, Machbarkeitsstudie, quantitative und qualitative Methoden
Wirksamkeit	Kurz-, mittel- und langfristige Effekte auf <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhalten (suchtbezogenes Konsum- und/oder Risikoverhalten)</li> <li>• Empirisch begründete Schutz- und Risikofaktoren für eine Suchtentwicklung Erfassung von möglichen „Nebeneffekten“</li> </ul>	Für Maßnahmen: Quantitative Einzelstudien mit Vor- und Nachtest und Vergleichsgruppe (in Anlehnung an „Level of Evidence“)  Für Methoden und Konzepte: Meta-Analysen und systematische Reviews, Forschungsprogramm
Übertragbarkeit	Machbarkeit und Wirksamkeit außerhalb des Forschungssettings: für die Gesamtpopulation bedeutsame Ergebnisparameter, Erreichbarkeit, Zugangsmöglichkeiten und Durchführungsbedingungen in der Praxis	Feldstudien mit Balance zwischen interner und externer Validität
Verbreitung und Nachhaltigkeit	Entscheidungsprozesse, wesentliche Rahmenbedingungen evidenzbasierten Handelns; langfristiger individueller Nutzen; Verankerung der Maßnahme in den Strukturen	Versorgungsstudien

Kölner Memorandum 2014, S. 18; Darstellung: Villa Schöpflin

#### 4.1 HaLT wird zu einem modularen Konzept mit Förderindikatoren ausgebaut

Um HaLT zu einem förderfähigen Programm umzugestalten, werden alle Maßnahmen in 1) Präventionsbausteine und 2) Module übersetzt, welche wiederum 3) einzelne Präventionsmaßnahmen beinhalten. Damit ist es möglich, Präventionsbausteine und Module, die beispielsweise als Eigenleistung der Länder oder Kommunen bereitgestellt werden, von solchen abzugrenzen, die zukünftig im Rahmen der Weiterentwicklung des HaLT-Programms über das GKV-Bündnis für Gesundheit bzw. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) finanziert werden.

Auf der Ebene der Länder bedeutet dies konkret, dass bestehende und zusätzliche Aufgaben der HaLT-Landeskoordinationen modularisiert und Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung (und Förderung) definiert werden. Diese Aufgaben beziehen sich auf:

1. Präventionsbaustein Klassische Koordinations- und Vernetzungsaufgaben im Bundesland (Netzwerkmanagement und Koordination)
2. Präventionsbaustein Qualitätsmanagement und -entwicklung, unterteilt in ein definiertes verpflichtendes QM-Modul und in flexibel umzusetzende, einzelne QM-Module bzw. Präventionsmaßnahmen, die sich am jeweiligen Bedarf und den Rahmenbedingungen im Land orientieren

Eine genaue Darstellung und Beschreibung dieser Präventionsbausteine, Module und Präventionsmaßnahmen auf der Landesebene findet sich in Kapitel 6.1.

Des Weiteren werden bestehende und neue Aufgaben der HaLT-Standorte im Bereich HaLT-proaktiv und HaLT-reaktiv als Module beschrieben sowie Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung (und Förderung) definiert. Diese Maßnahmen beziehen sich auf:

1. Präventionsbaustein Klassische Koordinations- und Vernetzungsaufgaben am HaLT-Standort, bausteinübergreifend sowie den proaktiven und reaktiven Baustein betreffend (Netzwerkmanagement und Koordination)
2. Präventionsbaustein Qualitätsmanagement und -entwicklung, unterteilt in ein definiertes QM-Leistungspaket sowie in optional zusätzlich einzelne QM-Leistungen, die der Standort je nach regionaler Situation und Bedarf auswählt
3. Präventionsmaßnahmen HaLT-reaktiv, bzw. -proaktiv (bestehende und neu zu entwickelnde Präventionsmaßnahmen, bausteinübergreifend)

Eine Aufschlüsselung dieser Präventionsbausteine sowie der untergliederten Module und Präventionsmaßnahmen auf regionaler Ebene findet sich in den Kapiteln 6.2 und 6.3.



## 4.2 Ein HaLT-spezifisches Datenmonitoring wird entwickelt

Durch die Entwicklung eines HaLT-spezifischen Datenmonitorings in den Bundesländern und an allen HaLT-Standorten wird es zukünftig möglich sein, aussagekräftige Kennzahlen und einen Datenbestand für die zukünftige konzeptionelle Weiterentwicklung und die Evaluation zu generieren. Das heißt, dem bundesweit einheitlichen Datenmonitoring kommt eine Dokumentationsfunktion zu, mit der erstmals alle bundesweiten Aktivitäten von HaLT kontinuierlich und einheitlich erfasst werden können. Zudem bildet es gleichzeitig ein hochwertiges Steuerungsinstrument für die Qualitätsentwicklung. Das

HaLT-Bundesnetzwerk kann somit gemeinsam mit dem GKV-Bündnis für Gesundheit immer wieder Schwerpunktthemen festlegen (z. B. Inhalte, Zielgruppen, Qualitätsziele) und mittels definierter Items den Grad und die Qualität der praktischen Umsetzung überprüfen.

Die Inhalte des neuen Datenmonitorings leiten sich aus den Ergebnissen der Standortanalyse ab. Da das Monitoring mit dem Antrags- und Verwendungsnachweisverfahren verknüpft wird, beinhaltet es zudem alle förderfähigen Module. Geplante bzw. durchgeführte Module und Präventionsmaßnahmen werden mit den Fördersätzen des GKV-Bündnisses für Gesundheit verknüpft.

### Konzept zur Entwicklung des Datenmonitorings

#### 1. Planungs- und Vorbereitungsphase

- Die Villa Schöpflin erstellt ein Pflichtenheft mit den Eckpunkten des zukünftigen Datenmonitorings und sendet es zur Abstimmung an die BZgA.
- Die Villa Schöpflin holt Angebote bei geeigneten Unternehmen ein und stimmt sich mit der BZgA ab.
- Die Villa Schöpflin erstellt eine Entscheidungsmatrix, prüft die vorliegenden Angebote und wählt das am besten geeignete Unternehmen aus.

---

<b>2. Erstellung Pflichtenheft und Einholung neuer Angebote auf Basis des ausführlicheren Pflichtenheftes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Die Villa Schöpflin erteilt den Auftrag zur Anfertigung eines ausführlichen Pflichtenheftes als Grundlage des zukünftigen Datenmonitorings (in Abstimmung mit GKV-Bündnis für Gesundheit, da eine Vielzahl an Muss-Kriterien zu berücksichtigen ist).</li><li>• In einem Arbeitstreffen von Villa Schöpflin, BZgA und dem beauftragten Unternehmen werden die Strukturen, Prozesse und z. T. inhaltliche Items des zukünftigen Datenmonitorings diskutiert (10. Juli 2019).</li><li>• Das Unternehmen stellt das ausgearbeitete Pflichtenheft zur Verfügung.</li><li>• Die Villa Schöpflin holt auf dieser Grundlage weitere Angebote zur Programmierung ein und arbeitet sie in die Entscheidungsmatrix ein.</li></ul>
<b>3. Programmierung Datenmonitoring</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Die Villa Schöpflin entscheidet auf der Grundlage der Matrix und in Abstimmung mit dem GKV-Bündnis für Gesundheit und erteilt den Auftrag zur Programmierung des Datenmonitorings.</li></ul>
<b>4. Stufe I der Testphase: Pilottest</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ausgewählte HaLT-Standorte und Landeskoordinationen erproben eine vom Unternehmen zur Verfügung gestellte Testversion.</li><li>• Sie dokumentieren Erfahrungen, Schwächen, Verbesserungsbedarfe, kommunizieren dies an das programmierende Unternehmen und wirken an Problemlösungen mit.</li><li>• Das Unternehmen arbeitet das Feedback in das Programm ein.</li></ul>

---

### 5. Stufe II der Testphase: Praxiseinsatz mit Feedbackschleifen

- Mitwirkende aus dem Pilottest dokumentieren systematisch ihre Erfahrungen mit dem Datenmonitoring und kommunizieren diese an das programmierende Unternehmen.
- Alle HaLT-Standorte und Landeskoordinationen haben die Möglichkeit, Verbesserungsbedarf an das HaLT Service Center zu melden. Das HaLT Service Center sammelt das Feedback und stellt es aufbereitet dem programmierenden Unternehmen zur Verfügung.
- Das beauftragte Unternehmen arbeitet Änderungen ein und überarbeitet das Nutzerhandbuch.
- Das HaLT Service Center kommuniziert und erläutert die vorgenommenen Änderungen.

### 4.3 Instrumente des professionellen Netzwerkmanagements werden umgesetzt

Vernetzung und Kooperation sind wichtige Qualitätsmerkmale und Erfolgsfaktoren für eine wirkungsvolle und effiziente Prävention in den Bundesländern und auf kommunaler Ebene. Diese Aufgaben sollen daher im Rahmen der Qualitätsentwicklung ausgebaut und weiter professionalisiert werden.

#### Stärkung und Ausbau von Strukturen auf Landesebene

Die zentrale Aufgabe der HaLT-Landeskoordinationen ist die Unterstützung und das Management der HaLT-Standorte in ihrem Bundesland. Qualität und Qualitätsentwicklung von HaLT profitieren dabei vom direkten persönlichen

Kontakt und in der Regel seit vielen Jahren bestehenden Arbeitsbeziehungen. Die Begleitung der Standorte hinsichtlich Strukturaufbau, Prozessen und fachlich-inhaltlicher Weiterentwicklung durch die Landeskoordinationen erfolgt „aus einer Hand“. Die Landeskoordinationsstellen beraten die Standorte in ihrem Bundesland bei der Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung und -entwicklung und definieren ggf. landesspezifische Ziele und inhaltliche Schwerpunkte. Dabei steht es ihnen frei, neue Programmpartner/-innen zu gewinnen und einzubinden. Durch die Landeskoordinationen wird es zudem möglich, Synergien zu anderen Angeboten im Bundesland herzustellen. Weiterhin übernehmen die Landeskoordinationen zentrale Aufgaben in der Steuerung und Unterstützung der Standorte bei der Umsetzung der suchtpreventiven Landesstrategie, bei der Einführung

neuer Module und sie leisten methodische Unterstützung bei deren Koordinationsaufgaben in den Kommunen.

Die Aufgabe der Landeskoordinationen ist es weiterhin, Institutionen mit ähnlicher Thematik, Zielsetzung und mit vergleichbaren Zielgruppen im jeweiligen Bundesland zu informieren und die Weiterentwicklung von HaLT mit ihnen und anderen Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention abzustimmen.

Ein neues Aufgabenfeld für die Landeskoordinationsstellen in Zusammenhang mit der neuen Rahmenkonzeption ist die Abstimmung mit den in den Bundesländern ggf. vorhandenen verantwortlichen zuwendungsrechtlichen Stellen (siehe 8.3).

Die Landeskoordinationsstellen informieren die Fachöffentlichkeit über das neue QM- und Förderkonzept von HaLT (etwa in einem landesweiten Newsletter oder Fachblatt) und berichten dazu in Gremien und Arbeitskreisen in ihrem Bundesland, um neben Transparenz auch Synergien und ggf. neue Kooperationen zu schaffen.

#### **Stärkung und Ausbau von Strukturen auf kommunaler Ebene**

Die Kooperation mit anderen Anbieterinnen und Anbietern für Prävention in der Region sowie mit anderen Anbieterinnen und Anbietern in der Region, welche die gleiche Zielgruppe ansprechen, soll – wo sinnvoll und möglich – ausgebaut werden. Schriftliche Kooperationsvereinbarungen vertiefen die bestehende Zusammenarbeit und gewährleisten eine eindeutige Ansprechperson und Kontinuität, etwa bei

Personalfluktuations. Um die Standorte zu unterstützen, werden vom HaLT Service Center Vorlagen für solche Vereinbarungen zur Verfügung gestellt, die regional angepasst werden. Zudem werden gegenwärtig durch die BZgA im Auftrag und mit Mitteln der Krankenkassen gemäß § 20a SGB V im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit Erkenntnisse zur erfolgreichen Implementierung wirksamer kommunaler Strukturen erarbeitet und in einem Kriterienkatalog zusammengefasst. Die Ergebnisse werden Ende 2020 vorliegen.

Die Zusammenarbeit zwischen dem reaktiven und proaktiven Baustein auf der regionalen Ebene wird intensiviert. U. a. wurde ein Ablaufplan zur engen Verzahnung des reaktiven und proaktiven Bausteins neu im HaLT-Handbuch aufgenommen. Der Ablaufplan zeigt auf, wie HaLT-Fachkräfte, die im reaktiven Baustein im Zuge der Sofort-Intervention von Verstößen gegen das Jugendschutzgesetz erfahren, Fachkräfte des proaktiven Bausteins informieren, welche die betreffenden Verkaufsstellen kontaktieren und Jugendschutzschulungen anbieten.

#### **4.4 Umsetzung des Public Health Action Cycles**

Um eine kontinuierliche Prüfung der Qualität des HaLT-Programms zu gewährleisten, stellen die Landeskoordinationsstellen einzelne Module bzw. Präventionsmaßnahmen während der Förderphase II (z. B. vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2022) mindestens einmal mithilfe des Public Health Action Cycles (Gold, 2012; Rosenbrock & Gerlinger, 2006) auf den Prüfstand

oder beteiligen sich an einer vom HaLT Service Center initiierten bzw. koordinierten bundesweiten Maßnahme der Qualitätsüberprüfung und -entwicklung. Die HaLT-Standorte setzen den Public Health Action Cycle mindestens im fünfjährigen Abstand um.

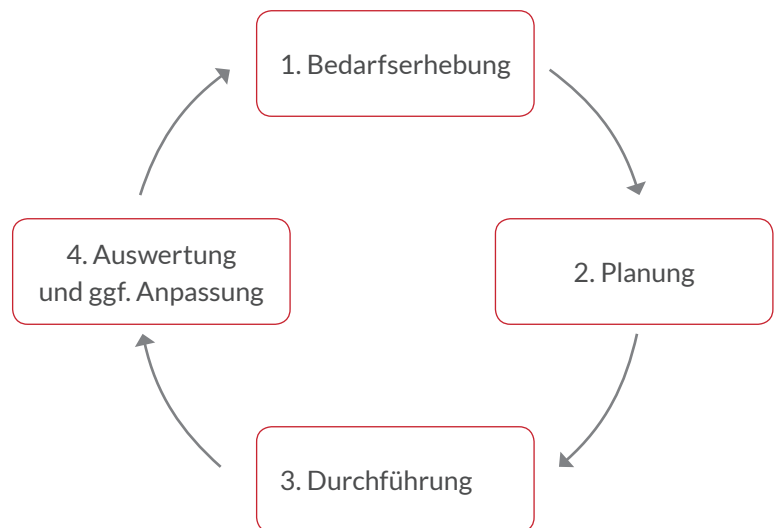
Der Public Health Action Cycle eignet sich sehr gut für die kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung eines bereits implementierten Programms, wie HaLT es darstellt. Er bildet ein Instrument der Selbstevaluation, in den alle relevanten Akteurinnen und Akteure miteinbezogen werden können. Beim Public Health Action Cycle (siehe Abbildung 6) werden in einem vierstufigen zirkulären Prozess in regelmäßigen Abständen

1. Bedarfe erhoben,
2. daraus ableitend Maßnahmen geplant,
3. Maßnahmen umgesetzt sowie
4. die Ergebnisse ausgewertet und bezüglich ihrer Eignung zur Behebung der erkannten Bedarfe geprüft.

#### 1. Bedarfe an den HaLT-Standorten oder im Bundesland erheben

Bei der Bestimmung der Bedarfe geht es darum, Herausforderungen und Bedarfe im kommunalen Setting oder dem Bundesland zu verstehen und in geeigneter Form zu erheben. Die Bedarfe lassen sich einerseits aus vorhandenen „objektiven“ Daten ableiten, z. B. die Anzahl von Krankenhauseinlieferungen von jungen Menschen in der betreffenden Region oder die erfassten Verstöße gegen das Jugendschutzgesetz bei Testkäufen. Auch Expertinnen und Experten bilden eine wichtige Quelle für das Erkennen

Abbildung 6: Public Health Action Cycle



Darstellung: Villa Schöpflin

von Bedarfen, z. B. von der Polizei berichtete alkoholassoziierte Probleme an bestimmten Treffpunkten in der Stadt/im Quartier oder von Fachkräften in der Jugendarbeit erkannte neue problematische Trends im Umgang mit Alkohol. Auch die zukünftigen Zielgruppen oder Kooperationspartner/-innen selbst können in die Bedarfserhebung miteinbezogen werden.

Zusammen mit den Bedarfen werden gleichzeitig die vorhandenen Ressourcen erfasst, etwa, ob Akteurinnen und Akteure des bürgerchaftlichen Engagements bereit sind, sich in der Alkoholprävention einzubringen oder ob es

bereits im Rahmen von HaLT geschulte Jugendschutzteams gibt, die in einem neuen Setting eingesetzt werden könnten.

## 2. Planung von Maßnahmen im Rahmen von HaLT

Der erste Schritt der Maßnahmenplanung stellt die Definition von Zielen und ihre Operationalisierung dar, um später überprüfen zu können, ob die Maßnahme zum erwünschten Erfolg geführt hat.

Die Ziele sollten dafür „SMART“ definiert werden.

1. S für spezifisch (d. h. konkret),
2. M für messbar,
3. A für attraktiv bzw. akzeptiert,
4. R für realistisch und
5. T für terminiert.

1. Spezifisch: „Alkoholmissbrauch in unserer Kommune reduzieren“ wäre als Ziel zu allgemein formuliert. Welche Zielgruppe soll ihren missbräuchlichen Konsum reduzieren? Welche alkoholassoziierten Probleme sollen reduziert werden (alkoholisierendes Fahren, Gewalt oder Verschmutzung von lokalen Plätzen in Zusammenhang mit Alkohol)? Bis wann soll das Ziel erreicht sein?
2. Messbar: Hier geht es darum, eindeutige Parameter für das Messen der Ziele zu definieren, um die Zielerreichung überhaupt überprüfen zu können.
3. Attraktiv: Das Ziel sollte ausreichend ambitioniert und attraktiv sein und für einzelne Zielgruppen, die Kommune und/oder die Gesellschaft spürbare Vorteile bringen, sonst

wird es nicht gelingen, ausreichend Motivation und Ausdauer für die Zielerreichung zu aktivieren.

4. Realistisch: Das Ziel, dass Alkoholmissbrauch unter Jugendlichen nicht mehr stattfindet, ist zwar ein attraktives erstrebenswertes Ziel, ist aber mit einem kommunalen Präventionsprogramm allein nicht zu erreichen. Es ist die Aufgabe der in HaLT tätigen Fachkräfte, Kooperationspartner/-innen, Geldgeber und politische Entscheidungsträger in ihren Regionen realistisch über die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen eines Präventionsprogramms wie HaLT zu informieren. Weiterhin ist im Vorfeld zu überprüfen, ob ein von vielen gewünschtes und damit attraktives Ziel überhaupt realistisch ist und in der Hand der Akteurinnen und Akteure liegt?
5. Terminiert: Allen Zielen liegt ein Zeitplan zugrunde, der realistisch sein muss. Bei umfassenden und längerfristigen Zielen ist es sinnvoll, Meilensteine zu definieren.

Meilensteine sind ein wichtiges Steuerungsinstrument, um die für die Zielerreichung notwendigen Zwischenziele fortlaufend im Blick zu haben und bei Bedarf rechtzeitig nachsteuern zu können. Erfolgreiche Maßnahmen der kommunalen Alkoholprävention binden in der Regel viele unterschiedliche Akteurinnen und Akteure, Professionelle aus unterschiedlichen Berufskulturen und Ehrenamtliche mit ein. Die Erfahrung zeigt, dass der Zeitbedarf für die notwendigen Kommunikations-, Abstimmungs- und Partizipationsprozesse oft unterschätzt wird und daher von Anfang an ausreichend Zeit einzuplanen ist.

Da Alkoholprävention im kommunalen Setting durch hohe Komplexität und durch eine Interaktion unterschiedlicher Einflussfaktoren geprägt ist, empfiehlt es sich, zur Erreichung des definierten Ziels eine Wirkungslogik mit Wirkungsketten (Teilzielen) zu erarbeiten. Die konkrete Vorgehensweise wird im Zuge der Operationalisierung des QM-Moduls geschult werden.

Bei dem definierten Ziel, nächtliche Ruhestörung und Müll an einem informellen Jugendtreffpunkt zu reduzieren, kann es empfehlenswert sein, als erstes Ziel in der Wirkungskette die Verursacher/-innen anzusprechen und in die Planung und Umsetzung von Maßnahmen einzubinden oder eine Zusammenarbeit mit Institutionen der Jugendsozialarbeit im Quartier und der Polizei aufzubauen.

### 3. Durchführung der HaLT-Maßnahmen

In dieser Phase werden die Präventionsbausteine umgesetzt, die sich aus der Bedarfserhebung, Zieldefinition und Planung ergeben haben. Dabei werden Fortschritte in der Umsetzung

und auftretende Hindernisse fortlaufend dokumentiert.

### 4. Auswertung und ggf. Anpassung

Anhand der vorher definierten Indikatoren werden die Wirkungen der umgesetzten Maßnahmen gemessen, und auf der Basis der festgelegten Indikatoren wird überprüft, ob die gesetzten Ziele erreicht wurden.

Die Evaluation zeigt, ob die umgesetzte Maßnahme wirksam ist. Sie zeigt auch, was gut funktioniert hat und was weniger gut. Häufig werden im Projektverlauf neue Aspekte sichtbar, die zum Zeitpunkt der Bedarfserhebung und Planung noch nicht bekannt waren. Die gemachten Erfahrungen fließen in die Anpassung der Maßnahme mit ein, der Qualitätszirkel beginnt von neuem.

Exemplarisch werden nachfolgend Beispiele für einen Public Health Action Cycle für eine Präventionsmaßnahme im reaktiven und proaktiven Baustein skizziert.

## Phasen des Public Health Action Cycles

### Beispiel im proaktiven Baustein

Bedarfserhebung

Im jährlichen Abstimmungstreffen informiert die Polizei die HaLT-proaktiv-Fachkraft, dass die Beschwerden von Anwohner/-innen eines informellen Jugendtreffpunktes aufgrund von Müll (u. a. leere Alkoholflaschen) und Lärm im vergangenen Jahr stark zugenommen haben. Die HaLT-proaktiv-Fachkraft bittet die Polizei um eine zahlenmäßige Auswertung. Demnach wurde die Polizei 19-mal von Anwohnerinnen und Anwohnern kontaktiert, vorwiegend in den Sommermonaten und an Samstagen bzw. in den Schulferien.

<b>Phasen des Public Health Action Cycles</b>	<b>Beispiel im proaktiven Baustein</b>
Planung	<p>Gemeinsam mit der Polizei und der/dem für das betreffende Quartier verantwortlichen Jugendsozialarbeiter/-in (Mitglied des regionalen HaLT-Netzwerkes) legt die HaLT-Fachkraft Ziele fest. Grundsätzlich ist man sich einig, dass der informelle Treffpunkt den Jugendlichen weiterhin zur Verfügung stehen soll, dass allerdings Regeln einzuhalten sind. Die Zahl der Ruhestörungen und Beschwerden soll im Jahr 2020 in den Monaten Mai bis September auf unter fünf sinken. HaLTNetzwerkpartner/-innen werden von der Kommune informiert.</p> <p>Ein erster Schritt ist die Einbeziehung von Anwohnerinnen und Anwohnern in unmittelbarer Nachbarschaft des Treffpunktes und von Jugendlichen der Gruppe, die sich regelmäßig dort trifft.</p>
Durchführung	<p>Die geplanten Maßnahmen und die beim Treffen mit den Beteiligten weiterhin geplanten Aktivitäten werden umgesetzt. Die Polizei führt zusätzlich regelmäßige Vor-Ort-Kontrollen (Alkoholkonsum, Alter der Jugendlichen, Verantwortliche für den Müll) durch.</p>
Auswertung und ggf. Anpassung	<p>Nach sechs Monaten wird Zwischenbilanz gezogen. Die/der Jugendsozialarbeiter/-in spricht daraufhin neu zur Gruppe hinzugekommene Jugendliche an und informiert sie über die Vereinbarungen zur Vermeidung von Lärm und Müll.</p> <p>Nach einem Jahr wird die Erreichung der Ziele überprüft. Die Beschwerden sind auf zehn zurückgegangen. Die Polizei wird im Frühjahr wieder verstärkt Präsenz zeigen, um die Erfolge längerfristig zu sichern. Im Sommer findet ggf. ein weiteres Treffen mit Anwohnerinnen und Anwohnern, Jugendlichen und den HaLT-Netzwerkpartnerinnen und -partnern statt.</p>



## Phasen des Public Health Action Cycles

## Beispiel im reaktiven Baustein

Bedarfserhebung	Die HaLT-reaktiv-Fachkraft hat den Eindruck, dass der Anteil der Elterngespräche (als Bestandteil der Sofort-Intervention bei Kindern und Jugendlichen) im Vergleich zu den Vorjahren zurückgegangen ist. Sie erstellt eine zahlenmäßige Übersicht und sieht, dass 2019 nur bei 50 % der Jugendlichen eine Elternberatung stattgefunden hat. In den Vorjahren waren es zwischen 65 und 80 %.
Planung	Die HaLT-reaktiv Fachkraft formuliert für sich als Ziel, mehr Eltern von betroffenen Jugendlichen zu erreichen und präzisiert in Abstimmung mit ihrer Ansprechperson in der betreffenden Kinderklinik das Ziel: Bis zum Ende des Jahres 2020 sollen bei mindestens 75 % der Jugendlichen Elterngespräche nach dem HaLT-Konzept erfolgen. Es wird vereinbart, eine 20-minütige Schulung für das Klinikpersonal zur Ansprache von Eltern und Motivierung zur Teilnahme am Elterngespräch durchzuführen. Die Informationsflyer für Eltern sollen aktualisiert werden.
Durchführung	In die Elternflyer werden die Kontaktdaten der neuen HaLT-reaktiv-Fachkraft eingearbeitet. An der Schulung für das Klinikpersonal nehmen 14 Personen teil. Ein graphisch aufbereiteter Ablaufplan zur Überleitung von Jugendlichen und Eltern in HaLT wird auf der Station aufgehängt.
Auswertung und ggf. Anpassung	Ende Dezember 2020 prüft die HaLT-reaktiv-Koordination, ob der Anteil der Elterngespräche angestiegen ist und sieht eine Erhöhung auf 70 %. In Absprache mit ihrer Ansprechperson in der Klinik wird eine weitere Schulung auf das Frühjahr 2021 terminiert. Dabei soll auch das bereits Erreichte gewürdigt werden.

### 4.5 Neue Module und Präventionsmaßnahmen werden standardisiert aufgenommen

Bevor ein HaLT-Standort ein neues Modul/eine neue Leistung in die Praxis implementiert, sollten einige Schritte beachtet werden (siehe Abbildung 8).

Um neue Module und Präventionsmaßnahmen standardisiert und transparent aufzunehmen, wurde folgender Ablauf aufgestellt.

**Abbildung 7: Aufnahme neuer Module/Leistungen in das HaLT-Programm**

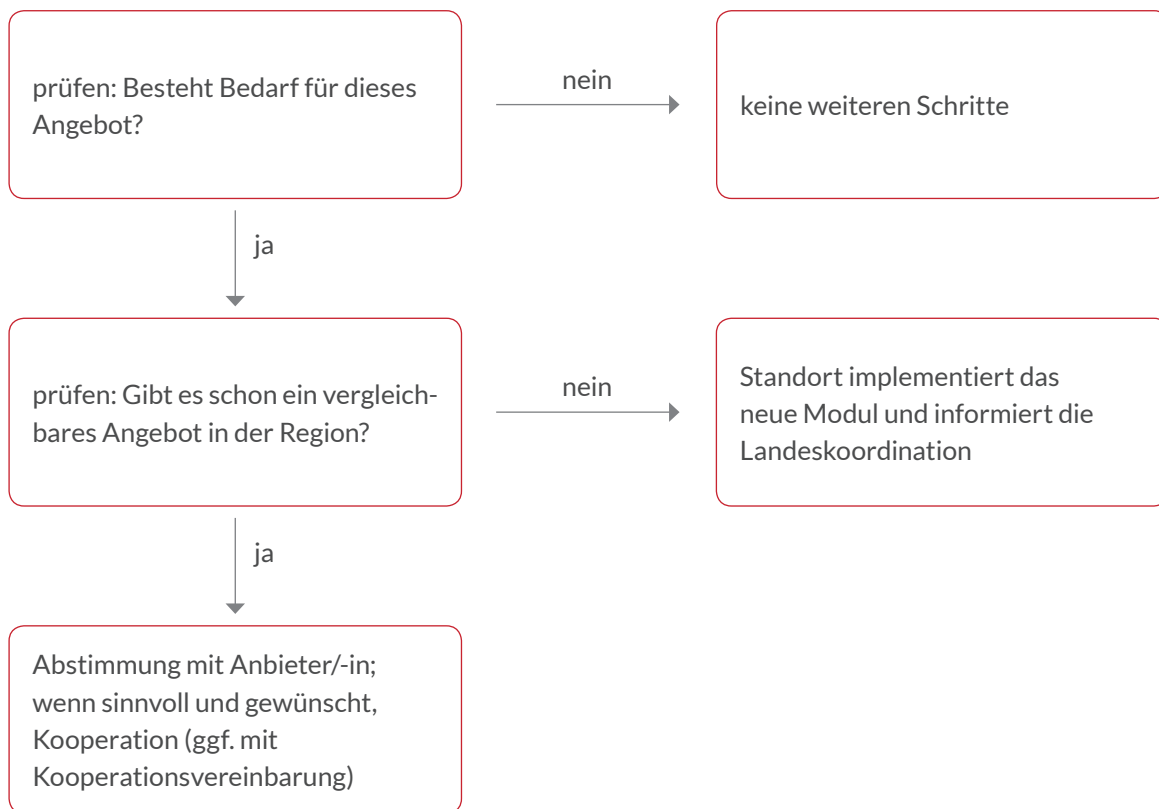
I Vorschlag	<ul style="list-style-type: none"> <li>durch einen HaLT-Standort</li> <li>durch eine Landeskoordination</li> <li>durch das Wissenschaftliche HaLT-Netzwerk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>durch das HaLT Service Center</li> <li>durch GKV-Bündnis für Gesundheit (&gt; direkt Stufe III)</li> </ul>
II Vorabprüfung	<ul style="list-style-type: none"> <li>BZgA/GKV-Bündnis prüfen Förderfähigkeit,</li> <li>falls Förderfähigkeit gegeben ist: Stufe III</li> </ul>	
III Information	<ul style="list-style-type: none"> <li>Villa Schöpflin informiert LKO und Wissenschaftliches HaLT-Netzwerk</li> <li>LKO geben schriftliche Rückmeldung (Relevanz/Bedarf in ihrem Bundesland, bereits bestehende Programme etc.)</li> <li>Wissenschaftliches HaLT-Netzwerk gibt Einschätzung</li> </ul>	
IV Aufbereitung/ Projektskizze*	<ul style="list-style-type: none"> <li>Initiatoren/-innen, interessierte LKO, HaLT-Standorte und ggf. HaLT Service Center bilden Arbeitsgruppe --&gt; Anfertigung einer Projektskizze*</li> <li>Versand durch HaLT Service Center an BZgA</li> </ul>	
V Entscheidung	<ul style="list-style-type: none"> <li>BZgA informiert Arbeitsgruppe und HaLT Service Center über die Entscheidung (Förderfähigkeit, Förderhöhe)</li> <li>falls bestätigt: Stufe VI</li> </ul>	
VI Integration in die Praxis	<ul style="list-style-type: none"> <li>HaLT Service Center:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Aufnahme in die Rahmenkonzeption</li> <li>Aufnahme in das HaLT-Handbuch</li> <li>Vermittlung über Schulungen oder schriftliche Unterlagen</li> </ul> </li> </ul>	

\* Die in Abbildung 7 unter Punkt IV genannte Projektskizze ist wie folgt aufgebaut:

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Bedarf</li> <li>Ziel und Zielgruppe</li> <li>Thema</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Methodik</li> <li>Erste Ideen zur Umsetzung mit Einschätzung des Aufwandes</li> <li>Zeitplan</li> </ul> |
|--|--|

Darstellung: Villa Schöpflin

**Abbildung 8: Strukturierter Ablauf zur Implementierung neuer Module/Leistungen am Standort**  
 Prüfung der bestehenden Angebotssituation in der Region



Darstellung: Villa Schöpflin

Zunächst ist zu prüfen, ob im betreuten Gebiet Bedarf für ein neues Angebot besteht. Die Standortanalyse hat gezeigt, dass die Standorte bereits ein breites Instrumentarium zur Bedarfsanalyse nutzen (Kapitel 3). Ergibt sich aus der Prüfung, dass Bedarf besteht, klärt die verantwortliche Fachkraft, ob durch eine/n andere/n Anbieter/-in von Prävention und

Gesundheitsförderung in der Region bereits ein vergleichbares Angebot vorgehalten wird. Ist dies der Fall, erfolgt eine Abstimmung mit dieser Anbieterin oder diesem Anbieter. Existiert noch kein vergleichbares Angebot, bringt der HaLT-Standort das Modul in das HaLT-Bundesnetzwerk wie in Abbildung 7 dargestellt ein.

#### 4.6 Die Implementierung des neuen Konzepts erfolgt qualitätsgesichert

Die Implementierung des neuen HaLT-Konzepts für die Landeskoordinationsstellen bzw. für die Standorte erfolgt strukturiert im Rahmen einer sechsmonatigen „Implementierungsphase“.

Die HaLT-Landeskoordinationen bauen in Kooperation bzw. Abstimmung mit verschiedenen Partnerinnen und Partnern (z. B. Landesgesundheitsamt, Fachreferate in den Ministerien, Suchthilfeverbände, landesweite Arbeitsgruppen Suchtprävention) die wesentlichen Prozesse und Strukturen in ihrem Bundesland auf. Begleitend besuchen sie einen Workshop des HaLT Service Centers, in dem sie über die neue HaLT-Rahmenkonzeption informiert werden. Auf dieser Grundlage leiten sie anschließend in ihrem Bundesland die notwendigen Schritte ein, um die Umstellung auf die neue Rahmenkonzeption vorzubereiten und führen eine Informationsveranstaltung für ihre Standorte durch.

Auch die Standorte werden sich gemeinsam mit ihren kommunalen Partnerinnen und Partnern (z. B. aus der Kommunalverwaltung und dem kommunalen Jugendschutz, Ordnungsamt, Jugendhilfe, Jugendsozialarbeit, Familien- und Suchtberatungsstellen, Initiativen bürgerschaftlichen Engagements) auf die neue Rahmenkonzeption vorbereiten. Falls ein HaLT-Standort noch keine Landeskoordinationsstelle hat (dies ist derzeit in vier Bundesländern der Fall)<sup>2</sup>, übernimmt das HaLT Service Center die Schulung.

Der zeitliche Zusatzaufwand für die Implementierung der neuen Rahmenkonzeption in den Bundesländern und auf regionaler Ebene soll im Rahmen einer einmaligen „Implementierungspauschale“ honoriert werden. Die dabei zu erbringenden Leistungen sind in den Kapiteln 6.1.1, 6.2.1 und 6.3.1 definiert.

---

<sup>2</sup> Stand: Oktober 2019

## 5 ZIEL II – DAS HALT-PROGRAMM WIRD FACHLICH-INHALTLICH WEITERENTWICKELT

Neben der neuen modularen Struktur des HaLT-Programms in Verbindung mit einer Strategie des Qualitätsmanagements und der Qualitätsentwicklung (Kapitel 4) werden im Rahmen der konzeptionellen Weiterentwicklung neue Module und Präventionsmaßnahmen in das HaLT-Programm integriert. Im Rahmen des Auftrags des GKV-Bündnisses für Gesundheit/ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und anhand der Ergebnisse der Standortanalyse wurden neue Themenfelder und Zielgruppen festgelegt, die in das HaLT-Programm aufgenommen werden sollen. Dieser Prozess der fachlich-inhaltlichen Weiterentwicklung ist damit nicht abgeschlossen, sondern es soll auch zukünftig immer wieder auf neue Bedarfe und fachliche Entwicklungen eingegangen werden, und es sollen, wie in Abbildung 7 dargestellt, neue Angebote der Alkoholprävention in der kommunalen Lebenswelt aufgenommen werden.

Im Folgenden werden zunächst die bereits vorhandenen Präventionsmaßnahmen in modularisierter Form vorgestellt. Anschließend werden die in Abstimmung mit dem GKV-Bündnis und den HaLT-Fachkräften definierten neuen Module und Präventionsmaßnahmen beschrieben. Die Praxiseinführung der bereits definierten neuen Module und Maßnahmen findet in Form von Modulschulungen statt, parallel dazu werden neue Kapitel in das HaLT-Handbuch eingepflegt.

### 5.1 Bestehende und bereits operationalisierte Module und Präventionsmaßnahmen

Bestehende, im HaLT-Handbuch (11/2017) operationalisierte Präventionsmaßnahmen, werden in die neuen Maßnahmen der Qualitätssicherung und -entwicklung eingebettet und im Zuge dessen auf eine neue Stufe der Qualität gehoben.

### 5.2 Operationalisierung neuer Module und Präventionsmaßnahmen

Die Auswahl neuer Module basiert auf Anforderungen des GKV-Bündnisses für Gesundheit und auf Ergebnissen der Standortanalyse. Die genannten Bedarfe waren in vielen Bereichen deckungsgleich.

Die im Zuge der Standortanalyse befragten Fachkräfte sahen Entwicklungsbedarf zu neuen Inhalten (n=54) und Zielgruppen (n=43), insbesondere

- die Berücksichtigung anderer Substanzen in Zusammenhang mit einer Alkoholintoxikation, insbesondere Cannabis, Ecstasy und Neue Psychoaktive Substanzen NPS (n=35),
- die stärkere oder andersartige Miteinbeziehung der Eltern, u. a. in Bezug auf illegale Drogen oder im Anschluss an das Klinikgespräch (n=6) und
- eine bessere Schulung von Lehrkräften und anderen pädagogischen Fachkräften sowie die Überarbeitung des Angebotes „Risiko-Check“ für Gruppen (Einzelnennungen).

**Tabelle 4:**  
Bestehende und bereits operationalisierte Module und Präventionsmaßnahmen

Bestehende Module und Präventionsmaßnahmen	Art der Operationalisierung	Datum der Operationalisierung	Starttermin
<b>HaLT-reaktiv</b>			
Sofort-Intervention mit/ohne Elternintervention*	HaLT-Handbuch	November 2017	Juli 2019
Risiko-Check Einzel	HaLT-Handbuch	November 2017	Juli 2019
Risiko-Check Gruppe	HaLT-Handbuch	November 2017	Juli 2019
Multiplikatorenschulungen	HaLT-Handbuch	November 2017	Juli 2019
<b>HaLT-proaktiv</b>			
Elternabende	HaLT-Handbuch	November 2017	Januar 2020
Tom & Lisa-Workshops	HaLT-Handbuch	November 2017	Januar 2020
Alkoholtestkäufe	HaLT-Handbuch	November 2017	Januar 2020
Einsatz von Jugendschutzteams	HaLT-Handbuch	November 2017	Januar 2020
Zertifizierung von Vereinen	HaLT-Handbuch	November 2017	Januar 2020
Umfassende alkoholbezogene Präventionsmaßnahmen in der Lebenswelt Kommune	Abhängig von Träger/organisierender Institution	Abhängig von der jew. Maßnahme	Januar 2020

\* Die Elternintervention im Rahmen der Sofort-Intervention bezieht sich auf ein Elterngespräch mit den Eltern/Sorgeberechtigten eines Jugendlichen mit einem schädlichen Alkoholkonsum. Der Zugang erfolgt über die Zuweisung einer Institution. Darstellung: Villa Schöpflin

Zielgruppen, die zukünftig stärker berücksichtigt werden sollen, sind:

- Jugendliche, bei denen auch illegale Drogen eine Rolle spielen (n=13)
- junge Erwachsene, 18- bis 21-Jährige (n=11)
- erwachsene Bezugspersonen von Jugendlichen, insbesondere Lehrkräfte und Bezugspersonen in Vereinen (n=7)
- junge Menschen mit Migrationshintergrund und teilweise geringen Deutschkenntnissen (kulturelle Unterschiede, Sprachbarrieren) (n=5)

Aus den Anforderungen des GKV-Bündnisses für Gesundheit ergab sich Weiterentwicklungsbedarf der HaLT-Standorte in folgenden Bereichen bzw. für folgende Zielgruppen:

1. Weiterentwicklung der Sofort-Intervention für 18- bis 21-Jährige (HaLT-reaktiv)
2. Weiterentwicklung der Sofort-Intervention bei Mischkonsum (HaLT-reaktiv)
3. Qualitätsentwicklung im Netzwerkmanagement: Erkennen und Einbinden entwicklungsgefährdeter Jugendlicher in das regionale Hilfesystem (HaLT-reaktiv)

- |   |  |
|---|--|
| <p>4. Präventionsangebote für die Zielgruppe der 18- bis 21-Jährigen (HaLT-proaktiv)</p> <p>5. Prävention der Fetalen Alkoholspektrumsstörung (FASD) bzw. des Fetalen Alkohol-Syndroms (FAS) (HaLT-proaktiv)</p> <p>6. Alkoholpolitische Lobbyarbeit/Öffentlichkeitsarbeit kommunal (HaLT-proaktiv)</p> | <p>7. Qualität im Netzwerkmanagement: Verweis auf wirksame Lebenskompetenzprogramme; HaLT-Fachkräfte bilden eine „Brücke“ zu bestehenden Programmen (HaLT-proaktiv)</p> <p>Daraus ergab sich der in Tabelle 5 aufgeführte Qualifizierungsbedarf:</p> |
|---|--|

**Tabelle 5:**  
**Neue Module und Präventionsmaßnahmen**

Neue Module und Präventionsmaßnahmen	Art der Operationalisierung	Datum der Operationalisierung	Starttermin
<b>HaLT-reaktiv</b>			
Weiterentwicklung der Sofort-Intervention für 18- bis 21-Jährige (HaLT-reaktiv) (siehe 5.2.1)	HaLT-Fachkräfte mit Erfahrung in dieser Zielgruppe führen eine Schulung durch und verfassen ein Kapitel im HaLT-Handbuch.	1. Halbjahr 2020	Falls solche Fälle auflaufen: ab 1. Juli 2019; systematisch nach Schulungsteilnahme
Weiterentwicklung der Sofort-Intervention bei Mischkonsum (HaLT-reaktiv) (siehe 5.2.2)	HaLT-Fachkräfte mit Erfahrung in dieser Zielgruppe führen eine Schulung durch und verfassen ein Kapitel im HaLT-Handbuch.	1. Halbjahr 2020	Falls solche Fälle auflaufen: ab 1. Juli 2019; systematisch nach Schulungsteilnahme
Qualitätsentwicklung im Netzwerkmanagement – Erkennen und Einbinden entwicklungsgefährdeter Jugendlicher in das Hilfesystem (HaLT-reaktiv) (siehe 5.2.3)	HaLT-Fachkräfte und externe Fachkräfte führen gemeinsam einen Workshop und eine Schulung dazu durch. Ein Kapitel im HaLT-Handbuch wird erstellt.	Noch offen	Nach Schulungsteilnahme
<b>HaLT-proaktiv</b>			
Präventionsmaßnahmen für die Zielgruppe der 18- bis 21-Jährigen (HaLT-proaktiv) (siehe 5.2.4)	Trainer/-innen des sog. „PEER-Projektes“, einem evaluierten Programm an Fahrschulen, führen eine Schulung für HaLT-Fachkräfte durch und verfassen ein neues Kapitel im HaLT-Handbuch.	1. Halbjahr 2020	Nach Schulungsteilnahme

Neue Module und Präventionsmaßnahmen	Art der Operationalisierung	Datum der Operationalisierung	Starttermin
Prävention der Fetalen Alkoholspektrumstörung (FASD) und des Fetalen Alkoholsyndroms (HaLT-proaktiv) (siehe 5.2.5)	Zu diesem Programm geschulte Fachkräfte führen eine Schulung für die Standorte durch und erstellen ein neues Kapitel im HaLT-Handbuch.	1. Halbjahr 2020	Nach Teilnahme an einer HaLT-Schulung
Alkoholpolitische Lobbyarbeit/Öffentlichkeitsarbeit (HaLT-proaktiv) (siehe 5.2.6)	Keine Priorität, liegt vorwiegend in der Verantwortung der Kommunen und wird nicht in die GKV-Förderung einbezogen.	Ab Ende 2020, wenn die kommunalen Strukturen ausgebaut sind, gemeinsame Ziele definiert werden können etc.	
<b>HaLT-reaktiv und proaktiv</b>			
Qualitätsentwicklung im Netzwerkmanagement – Verweis auf wirksame Lebenskompetenzprogramme (HaLT- proaktiv) (siehe 5.2.7)	HaLT-Fachkräfte stellen eine Brücke zu bestehenden Programmen her (ggf. in Abstimmung mit regionalen Krankenkassen, welche solche Programme fördern); Ergänzung im HaLT-Handbuch; wird Bestandteil der QM-Schulung.	Noch offen	Nach einer QM-Schulung zum Netzwerkmanagement (ggf. mit E-Learning-Einheit)
Instrumente und Methoden von Qualitätsmanagement und -entwicklung an den HaLT-Standorten (siehe 5.2.8)	Schulung und Kapitel im HaLT-Handbuch wird in Absprache mit den Landeskoordinationen geplant, wenn diese ihrerseits an den vom HaLT Service Center organisierten QM-Schulungen teilgenommen haben.	Noch offen	Noch offen



Neue Module und Präventionsmaßnahmen	Art der Operationalisierung	Datum der Operationalisierung	Starttermin
<b>HaLT-Landeskoordinationen</b>			
Qualitätsmanagement und -entwicklung: Standards, Instrumente und Steuerung von HaLT im Bundesland (siehe 5.2.8)	<p>Eine im Bereich Qualitätsmanagement spezialisierte externe Organisation führt für die Landeskoordinationen eine mehrteilige Schulung durch</p> <p>Teil 1: gemeinsames Verständnis und Ziele.</p> <p>Teil 2: Instrumente und Methoden von QM, Wirkungsmessung von HaLT etc.</p> <p>Teil 3: Reflexion der praktischen Umsetzung.</p> <p>Ein neues Kapitel wird in das Handbuch integriert.</p> <p>Die LKO erhalten abschließend ein Methodenkompendium für Qualitätsmanagement und -entwicklung in HaLT, das u. a. als Basis der Implementierung des QM-Konzepts an den Standorten dient.</p>	Im Laufe des Jahres 2020	Ab 2020

### Beschreibung der Einführung der neuen Module in die Praxis/Operationalisierung

Im Rahmen von neuen Modulschulungen werden HaLT-Fachkräfte von Expertinnen und Experten inner- und außerhalb des HaLT-Netzwerkes in Abstimmung und Zusammenarbeit mit dem HaLT Service Center (Festlegung der Anzahl der Teilnehmenden, Ort der Fortbildung, Anmeldeverfahren, Programmversand,

Ausstellen von Fortbildungsbescheinigungen etc.) geschult. Gegebenenfalls finden auch Schulungen statt, die Expertinnen und Experten gemeinsam mit einer Fachkraft des HaLT Service Centers durchführen. Parallel wird jeweils ein ergänzendes Kapitel im HaLT-Handbuch erstellt, das wie folgt strukturiert ist.

- Ausgangssituation/Bedarf und fachlicher Hintergrund (ggf. Evaluationsergebnisse)

- Ziele und Zielgruppe des neuen Präventionsangebotes
- Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung
- Konzept/Methodik des neuen Moduls zur Erreichung der Ziele (und ggf. der Zielgruppe)
- ggf. Ablaufplan mit den einzelnen Handlungsschritten
- ggf. Materialien

Hierzu werden ausgewiesene Fachkräfte kontaktiert, die Ziele einer Schulung (Wissen, Handlungskompetenzen) definiert und ein Angebot eingeholt. Das Angebot sollte umfassen:

1. Inhalte der Fortbildung mit fachlich-wissenschaftlicher Begründung und ggf. Evaluationsergebnissen
2. Aufbau und Methodik der Fortbildung zur Erreichung der in der Leistungsbeschreibung erörterten Ziele (Programmskizze)
3. Dauer der Fortbildung in Unterrichtseinheiten à 45 Minuten
4. Inhalte und ggf. Materialien des neuen Kapitels im HaLT-Handbuch
5. Kosten, aufgeschlüsselt in Kosten der Vorbereitung und Umsetzung der Fortbildung und Kosten der Erstellung des Handbuchkapitels und ggf. der neuen Materialien

Nachfolgend wird der Prozess der Operationalisierung der einzelnen Module vorgestellt.

### 5.2.1 Weiterentwicklung der Sofort-Intervention für 18- bis 21-Jährige (HaLT-reaktiv)

#### Ausgangssituation/Bedarf und fachlicher Hintergrund

Die Zielgruppe für die Sofort-Intervention bei HaLT-reaktiv umfasste bisher fast ausschließlich Minderjährige. Im bisherigen Verfahren der Einzelabrechnungen konnte auch nur die Präventionsarbeit mit diesen Kindern und Jugendlichen mit den Krankenkassen abgerechnet werden.

Das GKV-Bündnis für Gesundheit wünscht die Weiterentwicklung der Sofort-Intervention für 18- bis 21-Jährige. Dies deckt sich mit den Ergebnissen aus der Standortanalyse, wonach wiederholt Entwicklungsbedarf für diese Zielgruppe genannt wurde, da in der Praxis HaLT-Fachkräfte über verschiedene Zugänge immer wieder junge Erwachsene erreichen. Viele Aspekte der Sofort-Intervention mit jungen Erwachsenen sind deckungsgleich, einige jedoch nicht. Die Unterschiede sind u. a.:

- 18- bis 21-Jährige finden sich häufig in einer anderen Lebenssituation (z. B. Ausbildung und Studium) und wohnen häufig nicht mehr bei ihren Eltern, was andere motivierende Faktoren für eine Verhaltensänderung mit sich bringt.
- Insbesondere dann, wenn junge Erwachsene nicht mehr mit ihren Eltern zusammenwohnen, ist die Einbindung der Eltern als integraler Bestandteil der Sofort-Intervention fraglich. Zudem können sich 18- bis 21-Jährige gegen die Einbeziehung ihrer

Eltern entscheiden, während diese bei Minderjährigen fester Bestandteil ist.

- Für 18- bis 21-Jährige gelten die Beschränkungen des Jugendschutzgesetzes zur Abgabe von Alkohol nicht.

Auch der Zugang zur Zielgruppe stellt sich bei jungen Erwachsenen anders dar als bei Minderjährigen:

- Die Kooperationen mit den Krankenhäusern müssen über die pädiatrischen Abteilungen und Kinderkliniken hinaus erweitert bzw. neu aufgebaut werden.
- Schnittstellen wie Jugendsozialarbeit, Jugendhilfe oder allgemeinbildende Schulen als mögliche Zugangswege zu jungen Menschen mit schädlichem Alkoholkonsum sind für Volljährige nicht mehr relevant, hier müssen neue Kooperationsinstitutionen identifiziert und Schnittstellen aufgebaut werden.

Und schließlich werden sich auch die Rahmenbedingungen und Kooperationspartner/-innen bei der ggf. notwendigen Weitervermittlung in das regionale Hilfesystem verändern.

- Es ist denkbar, dass der Anteil von entwicklungsgefährdeten und suchtgefährdeten Personen bei den Volljährigen höher ist, da manche der Ursachen, die bei Kindern und Jugendlichen eine Rolle spielen, wegfallen, etwa Fehldosierungen aufgrund von Unerfahrenheit im Umgang mit Alkohol oder starke körperliche Reaktionen auf geringe Alkoholgengen, da von den Betroffenen noch keine Toleranz aufgebaut wurde.

- Den im reaktiven Baustein tätigen HaLT-Fachkräften müssen nicht nur die regionalen Hilfeangebote für Kinder und Jugendliche bekannt sein, sondern auch die Angebote für junge Erwachsene, neue Kooperationen müssen aufgebaut werden, etwa zum Jobcenter.

#### **Geplante Einbettung in das HaLT-Programm und Zielgruppe der Fortbildung**

Das neue Modul ist Bestandteil von HaLT-reaktiv und die Zielgruppe der Fortbildung sind HaLT-Fachkräfte und Programmmitarbeiter/-innen, die in diesem Bereich arbeiten.

#### **Ziele der Fortbildung (Wissen und Handlungskompetenzen)**

Die Ziele der Fortbildung beziehen sich auf das Wissen und die Handlungskompetenzen der Teilnehmenden (TN).

##### **Wissen**

- Die TN kennen die Prävalenz von Alkoholkonsum und -missbrauch in dieser Zielgruppe.
- Die TN kennen die spezifischen Gefahren durch Alkoholkonsum und -missbrauch für diese Zielgruppe (etwa in Zusammenhang mit dem Fahren eines PKW, Alkoholkonsum in Zusammenhang von Gewalttäterschaft und Gewaltopferschaft etc.).
- Die TN sind informiert über die entwicklungspsychologischen Aspekte und Herausforderungen in dieser Altersgruppe (als Motivationsfaktoren im Rahmen der Sofort-Intervention anzusprechen).
- Die TN kennen weitere Schnittstellen, um 18- bis 21-Jährige zu erreichen, bzw. wissen, wie sie diese Zielgruppe über die

Zusammenarbeit mit Krankenhäusern erreichen können. Zudem kennen sie Möglichkeiten der Gestaltung der neuen Zugangswege.

- Die TN kennen Unterstützungsmöglichkeiten und geeignete Institutionen, in welche die jungen Erwachsenen bei Bedarf eingebunden werden können.

**Handlungskompetenzen**

- Die TN verfügen über Handlungskompetenz in der altersgerechten Ansprache dieser Zielgruppe.
- Die TN können die Sofort-Intervention unter Einbeziehung der altersentsprechenden Motive und Veränderungsmotivation führen.
- Den TN steht ein angepasster Gesprächsleitfaden zur Verfügung, dessen Einsatz im Zuge der Fortbildung geübt und reflektiert wurde.
- Die TN sind in der Lage, die Kooperation mit neuen Partnerinnen und Partnern

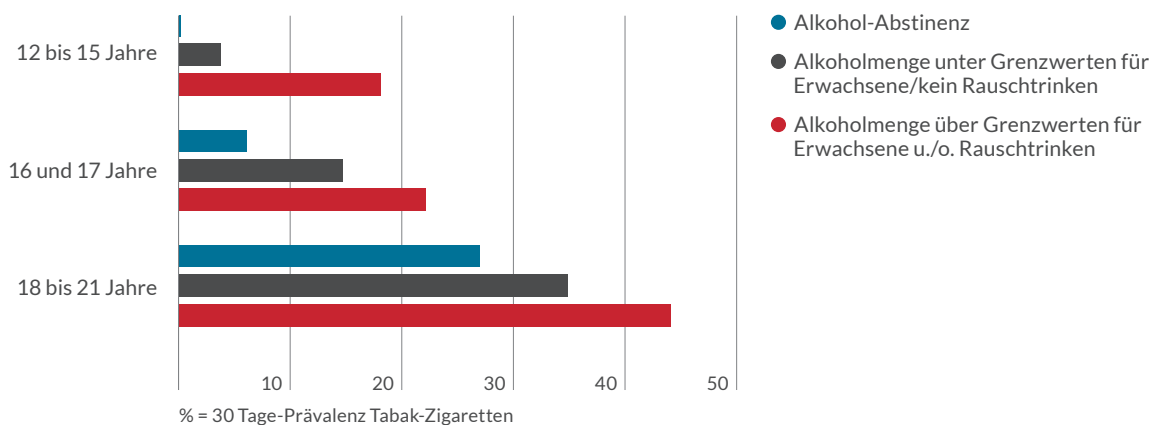
(Zugangswege und weitergehende Unterstützung) aufzubauen und zu pflegen.

**5.2.2 Weiterentwicklung der Sofort-Intervention bei Mischkonsum (HaLT-reaktiv)**

**Ausgangssituation/Bedarf und fachlicher Hintergrund**

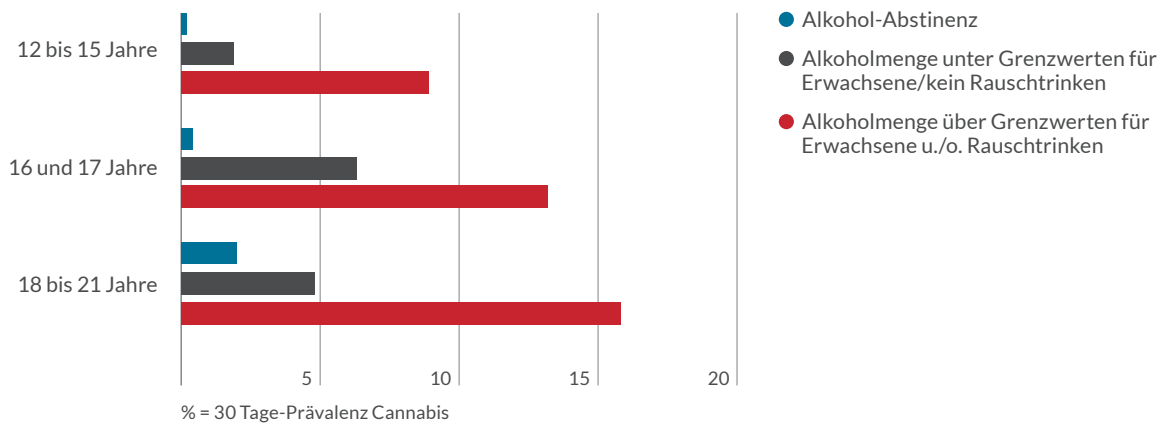
Die Daten des Alkoholsurveys der BZgA von 2016 belegen, dass mit der Intensität des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (12 bis 25 Jahre) auch der Konsum von Tabak und Cannabis steigt (siehe Abbildungen 9 und 10). Es hat sich gezeigt, dass vor allem diejenigen rauchen oder Cannabis konsumieren, welche Alkoholmengen konsumieren, die oberhalb der Grenzwerte für risikoarmen Konsum bei Erwachsenen liegen (Frauen: 12 g/Tag, Männer: 24 g/Tag) oder die Rauschtrinken betreiben (BZgA, 2017).

**Abbildung 9: Verbreitung des Zigarettenrauchens in Abhängigkeit von Alter und Alkoholkonsum in Prozent**



Darstellung: Villa Schöpflin, vgl. BZgA 2017

**Abbildung 10: Verbreitung des Cannabiskonsums in Abhängigkeit von Alter und Alkoholkonsum in Prozent**



Darstellung: Villa Schöpflin, vgl. BZgA 2017

Dieser Zusammenhang könnte erklären, warum der Anteil der regelmäßigen Tabakraucher/-innen unter den alkoholbedingt behandelten Jugendlichen im Krankenhaus signifikant höher liegt (42 bzw. 50 %) (Steiner et al., 2008; Reis, Pape & Häßler, 2009) als in der gleichaltrigen Durchschnittsbevölkerung (unter 20 %) (BZgA, 2011b). Auch der Anteil der Cannabiskonsumierenden lag unter den alkoholbedingt behandelten Jugendlichen bei einer weiteren Studie dreimal so hoch wie im Bundesdurchschnitt (Kuttler et al., 2016). Diese Studien sowie die wachsende Zahl Neuer Psychoaktiver Substanzen (NPS) erklären die zunehmende Relevanz weiterer Substanzen bei einer alkoholassoziierten Krankenhausbehandlung, wie sie von HaLT-Fachkräften in den vergangenen Jahren immer häufiger berichtet werden.

Die Sofort-Intervention bei HaLT-reaktiv fokussierte bisher fast ausschließlich den

Alkoholkonsum. Der Konsum weiterer psychoaktiver Substanzen wird gemäß dem Leitfaden für die Sofort-Intervention nur mit einer Frage abgefragt, jedoch, falls er bestätigt wird, nicht weiter vertieft.

Bei der im Einführungsteil beschriebenen Standortanalyse (n=112) gaben die HaLT-Fachkräfte an, dass bei den alkoholbedingt behandelten Jugendlichen immer wieder Cannabiskonsum (n=86; 77 %) eine Rolle spielt. Auch Ecstasy (n=38; 34 %), Neue Psychoaktive Substanzen (n=23; 20 %) sowie LSD, Amphetamine und Methamphetamine wurden von den HaLT-Fachkräften genannt (Flatters et al., 2018).

Da durch die Kombination von Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum das Risiko für Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen steigt (BZgA, 2017) und die Einnahme von Ecstasy und NPS mit schwerwiegenden und unkalkulierbaren

Risiken verbunden sein kann (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2016), sollten Konsumentinnen und Konsumenten dabei unterstützt werden, nicht nur über ihr Trinkverhalten, sondern auch über ihren Tabak-, Cannabis-, Ecstasy- und NPS-Konsum nachzudenken mit dem Ziel, den Konsum einzustellen.

Nachdem HaLT-Fachkräfte einen Mischkonsum bei einem Kind, einem Jugendlichen oder einem jungen Erwachsenen feststellen, sollte sich die Intervention auf die folgenden Bereiche beziehen:

- die Motive erfragen
- ggf. fehlende Informationen geben oder „Mythen“ zur konsumierten Substanz aufdecken
- die Betroffenen motivieren, geeignete Hilfsangebote anzunehmen, um sich intensiver mit den Motiven und Begleiterscheinungen des Konsums auseinanderzusetzen und den Konsum zu beenden
- ggf. in geeignete Unterstützungsangebote des regionalen Hilfesystems einbinden

Dieses Modul (Schulungen, Handbuch-Kapitel) wird in Zusammenarbeit mit erfahrenen HaLT-Fachkräften aus Bayern entwickelt.

#### **Geplante Einbettung in das HaLT-Programm und Zielgruppe der Fortbildung**

Das neue Modul ist Bestandteil von HaLT-reaktiv, und die Zielgruppe der Fortbildung sind HaLT-Fachkräfte und Programm-Mitarbeiter/-innen, die in diesem Bereich arbeiten.

#### **Ziele der Fortbildung (Wissen und Handlungskompetenzen)**

Die Ziele der Fortbildung beziehen sich auf das Wissen und die Handlungskompetenzen der Teilnehmenden (TN).

##### **Wissen**

- Die TN kennen die Prävalenz von Mischkonsum in dieser Zielgruppe.
- Die TN kennen die spezifischen Gefahren durch Mischkonsum für diese Zielgruppe (akute und chronische Schädigungen und Erkrankungen).
- Die TN sind über die verbreitetsten Substanzen, insbesondere Tabak, Cannabis, Ecstasy und NPS informiert.
- Die TN wissen, welche unterstützenden Angebote für diese Zielgruppe geeignet sind.

##### **Handlungskompetenzen**

- Die TN verfügen über die Handlungskompetenz, Mischkonsum bzw. einzelne Konsummittel gezielt anzusprechen.
- Die TN können die Sofort-Intervention unter der Berücksichtigung weiterer konsumierter Substanzen führen.
- Den TN können einen hierfür entwickelten Gesprächsablauf kompetent in der Praxis umsetzen.

### 5.2.3 Qualitätsentwicklung im Netzwerkmanagement – Erkennen und Einbinden entwicklungsgefährdeter Jugendlicher in das Hilfesystem (HaLT-reaktiv)<sup>3</sup>

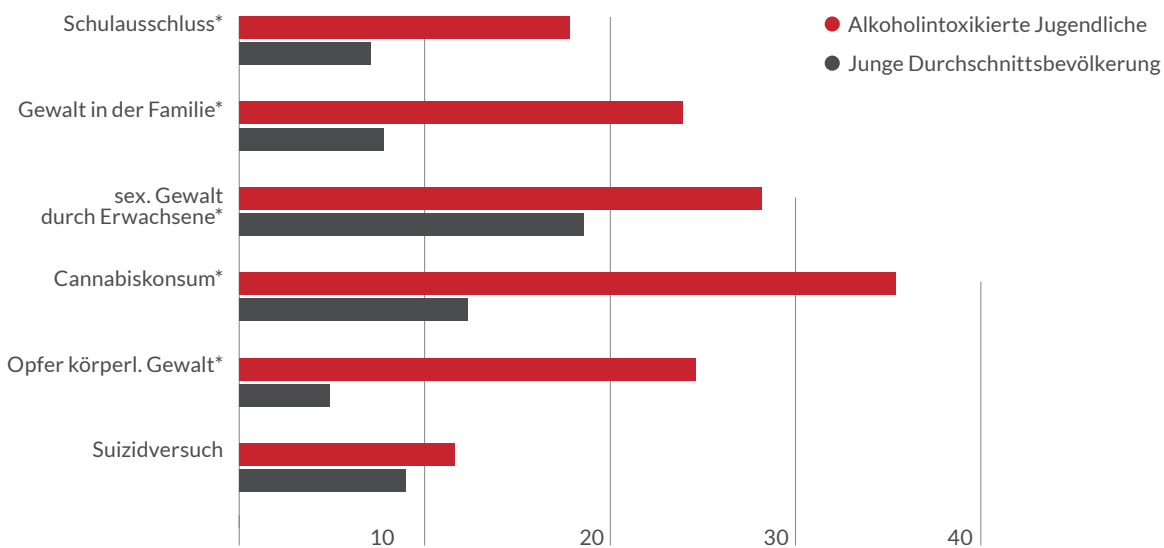
#### Ausgangssituation/Bedarf und fachlicher Hintergrund

Jugendliche, die aufgrund einer Alkoholintoxikation im Krankenhaus behandelt werden,

<sup>3</sup> Die Implementierung dieses Moduls ist noch offen. Beratungen diesbezüglich werden im Laufe des Jahres 2020 aufgenommen.

weisen in vielen Bereichen signifikant häufiger psychosoziale Belastungen und Risikofaktoren auf als Gleichaltrige in der Querschnittsbevölkerung (Kuttler et al. 2016) (siehe Abbildung 11). Diese Daten verdeutlichen, dass das Erkennen von Jugendlichen mit einer hohen psychosozialen Belastung eine große Chance darstellt und von großer Bedeutung für eine erfolgreiche Frühintervention ist. Um diese besonders belastete Teilgruppe unter stationär behandelten Jugendlichen zukünftig sicherer und systematischer als bisher zu erkennen, ist der Einsatz eines kurzen Erhebungsinstrumentes sinnvoll. Dabei hat sich ein bereits bestehendes, mit

**Abbildung 11: Häufigkeit von Belastungen alkoholintoxizierter Jugendlicher im Krankenhaus im Vergleich mit Gleichaltrigen in der Querschnittsbevölkerung n=342, in Prozent**



\* Unterschied signifikant

Kuttler et al., 2016, Darstellung: Villa Schöpflin

Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit entwickeltes Instrument mit dem Namen RiScA (Risiko- und Schutzfaktoren bei alkoholintoxikierten Jugendlichen) (Zimmermann et al., 2015; Kuttler, Schwendemann & Bitzer, 2019) im Praxistest als gut geeignet erwiesen. Neben diversen Entwicklungsgefährdungen erhebt der RiScA-Fragebogen auch familiäre Schutzfaktoren als Ansatzpunkte für eine ressourcenorientierte Beratung durch die HaLT-Fachkraft unter Einbeziehung der Eltern. Der dreiseitige papiergestützte Fragebogen (Selbstauskunft der Jugendlichen) wurde im Zuge einer Machbarkeitsstudie mit gutem Erfolg getestet. Positive Ergebnisse ergaben sich hinsichtlich

- der Akzeptanz des Fragebogens bei Klinikpersonal, Eltern und Jugendlichen,
- der einfachen Einbindung in die bestehenden HaLT-Routinen im Krankenhaus,
- der Mitwirkungsbereitschaft der Jugendlichen sowie
- dem Mehrwert für die HaLT-Fachkräfte beim Erkennen von Gefährdungen.

Das Erkennen von Jugendlichen mit multiplen Risikofaktoren bildet die Voraussetzung, um ihnen über die alkoholbezogene Kurzintervention hinaus (Sofort-Intervention und Risiko-Check) angemessene Unterstützung anzubieten.

Der Bedarf nach einer systematischeren Einbindung von in ihrer Entwicklung gefährdeten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurde durch die Ergebnisse der Standortanalyse unterstrichen. Von 62 Fachkräften, welche von notwendigen Maßnahmen für alkoholbedingt behandelte Jugendliche berichten, gab fast die

Hälfte (n=30) an, dass es vorgekommen ist, dass eine nachhaltige Einbindung in weiterführende Hilfen, obwohl erforderlich, nicht gelungen ist. Zwei Drittel der Fachkräfte berichteten von Fällen, bei denen ihnen nicht bekannt ist, ob die als notwendig eingeschätzte Weitervermittlung auch gelungen ist.

Um die von den Praktikerinnen und Praktikern gewünschte und unter Qualitätsgesichtspunkten angezeigte systematischere Einbindung von belasteten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in das regionale Hilfesystem zukünftig verlässlicher zu gestalten, kann interessierten HaLT-Fachkräften eine Schulung dazu angeboten werden.

In einem Vorbereitungsworkshop sollen die Kooperationsstrukturen der HaLT-Fachstellen mit geeigneten Einrichtungen der Psychotherapie, Familientherapie, den Jugendberatungsstellen, und Jugendämtern (z. B. bei Anbahnung einer Erziehungsbeistandschaft) (Villa Schöpflin gGmbH, 2017) diskutiert, strukturiert und Abläufe auf der Grundlage von aktuellen Studien standardisiert werden. Besondere Aufmerksamkeit wird auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene gelegt, bei denen Präventionsfachkräfte eine Gefährdung des Kindeswohls vermuten (Villa Schöpflin gGmbH, 2017). Um eine systematischere Einbindung betroffener Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener in das regionale Hilfesystem zu ermöglichen, bedarf es zudem neuer Ablaufpläne und Materialien, welche ebenfalls vorab und gemeinsam mit erfahrenen HaLT-Standorten entwickelt werden. Diese finden Eingang in das neu zu formulierende Handbuch-Kapitel.



In der Schulung selbst werden darüber hinaus Kenntnisse über förderliche Vernetzungsstrukturen der kommunalen Suchtprävention vermittelt mit dem Ziel einer reibungslosen Einbindung entwicklungsgefährdeter Jugendlicher in das regionale Hilfesystem. Derlei förderliche Vernetzungsstrukturen werden zurzeit im Rahmen einer Interventions- und Machbarkeitsstudie zur kommunalen Suchtprävention identifiziert. Diese Studie ist Teil des Verbundantrages „Verbesserung der Qualität von Maßnahmen und Strukturen der Alkoholprävention in den Lebenswelten Kommune und Schule im Rahmen des HaLT-Programms“ des Wissenschaftlichen HaLT-Netzwerkes (siehe Kapitel 2). Neue Erkenntnisse hieraus könnten beispielsweise in den Leitfaden zur Weitervermittlung in das regionale Hilfesystem integriert und für die Weiterentwicklung eines bestehenden Netzwerkes im reaktiven Baustein genutzt werden.

#### **Geplante Einbettung in das HaLT-Programm und Zielgruppe der Fortbildung**

Das neue Modul ist Bestandteil von HaLT-reaktiv, und die Zielgruppe der Fortbildung sind HaLT-Fachkräfte und Programm-Mitarbeiter/-innen, die in diesem Bereich arbeiten.

#### **Ziele der Fortbildung (Wissen und Handlungskompetenzen)**

Die Ziele der Fortbildung beziehen sich auf das Wissen und die Handlungskompetenzen der Teilnehmenden (TN).

##### **Wissen**

- Die TN kennen die Prävalenz von psychosozialen Belastungen und Risikofaktoren in der Zielgruppe, welche eine über die

alkoholbezogene Sofort-Intervention und Risiko-Check hinausgehende Unterstützung der Betroffenen nahelegen.

- Die TN kennen den RiScA-Fragebogen, der neben Entwicklungsgefährdungen auch Skalen zu den familiären Schutzfaktoren umfasst, und wissen, wie er eingesetzt und ausgewertet wird.
- Die TN wissen, wie der Fragebogen in die Abläufe im Krankenhaus eingebettet werden kann.
- Die TN kennen geeignete Hilfsangebote in Abhängigkeit von den von den Jugendlichen jeweils genannten Entwicklungsgefährdungen.
- Die TN kennen die rechtlichen Rahmenbedingungen, in denen – i. d. R. in Zusammenarbeit mit den Eltern – die Einbindung in regionale Hilfsangebote erfolgt.
- Die TN kennen die Vorgehensweise bei einer vermuteten Kindeswohlgefährdung, die relevanten Kooperationspartner/-innen und die rechtlichen Rahmenbedingungen.

##### **Handlungskompetenzen**

- Die TN sind in der Lage, den RiScA-Fragebogen auf einer Station im Krankenhaus vorzustellen und in Abstimmung mit den dort tätigen medizinischen Fachkräften einzuführen.
- Die TN können den RiScA-Fragebogen einsetzen und die Antworten einordnen.
- Die TN können Jugendliche und Eltern hinsichtlich geeigneter regionaler Unterstützungsangebote informieren und motivieren.
- Die TN sind in der Lage, ihr regionales Netzwerk hinsichtlich der Einbindung von entwicklungsgefährdeten Jugendlichen weiter auszubauen.

### **Rahmenbedingungen der Fortbildung**

Der Fortbildung vorangeschaltet ist ein Workshop mit fünf bis sechs erfahrenen HaLT-Fachkräften. In diesem Workshop werden Erfolgsfaktoren für die erfolgreiche Einbindung entwicklungsgefährdeter Jugendlicher in das regionale Hilfesystem diskutiert und systematisiert. Daraus ableitend konzipiert die Workshopleitung in Abstimmung mit dem HaLT Service Center Ablaufdiagramme und Materialien (z. B. eine Präsentation zur Vorstellung und Einführung des RiScA-Fragebogens auf einer Station im Krankenhaus, der RiScA-Fragebogen mit Auswertungsschablone).

#### **5.2.4 Präventionsmaßnahme für die Zielgruppe der 18- bis 21-Jährigen (HaLT-proaktiv)**

##### **Ausgangssituation/Bedarf und fachlicher Hintergrund**

Aufgrund der hohen Bedeutung für Mortalität und Morbidität bei jungen Menschen ist es sinnvoll, dem Umgang mit Alkohol in dieser Gruppe besondere Beachtung zu schenken. Fahrenfänger sind eine große Risikogruppe für Verkehrsunfälle in Zusammenhang mit Alkohol und – seltener – mit illegalen Drogen. Besonders am Wochenende ereignen sich Unfälle in Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen, umgangssprachlich auch „Diskounfälle“ genannt (Schaller, Kahnert & Mons, 2017; SPI Forschung gGmbH, 2019). Oft gehen diese Unfälle mit schweren gesundheitlichen Folgen für die Fahrer/-innen, Mitfahrer/-innen und weitere Personen einher (ebd.). 18- bis 25-jährige Fahrenfänger/-innen und junge Fahrer/-innen verursachen ca. 17 % aller alkoholbedingten

Verkehrsunfälle mit Personenschaden und ca. 30 % aller Verkehrsunfälle mit Personenschaden unter dem Einfluss von Drogen und dies, obwohl ihr Bevölkerungsanteil nur bei etwa 8–9 % liegt (SPI Forschung gGmbH, 2019).

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, junge Erwachsene über die diesbezüglichen Risiken zu informieren, in Zusammenhang mit der Teilnahme am Straßenverkehr für den Konsumverzicht zu motivieren und sie dabei zu unterstützen, in diesem Kontext eigene Handlungskompetenzen zu entwickeln.

Gemäß Aussagen mehrerer HaLT-Landeskoordinationen eignet sich hierfür das PEER-Projekt an Fahrschulen, welches bereits in einigen Bundesländern erfolgreich umgesetzt wird (SPI Forschung gGmbH, 2019). Als Peers werden vor Ort junge Erwachsene eingebunden, die selbst Fahrenfänger/-innen sind und sich in der Region auskennen.

Nachdem HaLT-Fachkräfte im Zuge der angebotenen Schulungen zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ausgebildet worden sind, akquirieren und schulen sie Peers in ihrer Region, welche – fachlich begleitet durch die HaLT-Fachkräfte – in Fahrschulen Präventionsarbeit zum Thema „Kein Alkohol/keine illegalen Drogen im Straßenverkehr“ leisten.

Neue Kooperationen zu Fahrschulen in den Regionen müssen hierzu aufgebaut werden.

### **Geplante Einbettung in das HaLT-Programm und Zielgruppe der Fortbildung**

Das neue Modul ist Bestandteil von HaLT-proaktiv, und die Zielgruppe der Fortbildung sind HaLT-Fachkräfte und Programm-Mitarbeiter/-innen, die in diesem Bereich arbeiten.

### **Ziele der Fortbildung (Wissen und Handlungskompetenzen)**

Die Ziele der Fortbildung beziehen sich auf das Wissen und die Handlungskompetenzen der teilnehmenden HaLT-Fachkräfte (TN), welche dieses in einem nächsten Schritt dann an Peers in ihrer Region weitergeben.

#### **Wissen**

- Die TN kennen Motive, Gefahren und Fakten zu Alkohol im Straßenverkehr in dieser Zielgruppe (etwa Gruppendruck, Informationen zum Abbau von Alkohol und Ausfallerscheinungen nach Alkoholkonsum).
- Die TN sind über Gesetze und Regeln bezüglich des Alkoholkonsums im Straßenverkehr informiert.
- Die TN kennen die Ziele, Abläufe und Inhalte des Peer-Projektes an Fahrschulen.

#### **Handlungskompetenzen**

- Die TN sind in der Lage, Zugangswege zu Fahrschulen aufzubauen.
- Die TN sind in der Lage, Peers (junge Erwachsene) für ihre zukünftige Aufgabe zu schulen.
- Die TN sind in der Lage, die geschulten Peers fachliche zu begleiten (Umsetzungstreue und Umsetzungsqualität, Motivation, Ansprechperson bei Fragen und Problemen).
- Die TN können die Nachhaltigkeit des neuen Programms gewährleisten.

### **5.2.5 Prävention der Fetalen Alkoholspektrumstörung (FASD) und des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) (HaLT-proaktiv)**

#### **Ausgangssituation/Bedarf und fachlicher Hintergrund**

Ein für Jugendliche und junge Erwachsene relevantes Thema ist „Alkohol in der Schwangerschaft und Stillzeit“. Alkohol kann zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft und Stillzeit dem Kind schaden, und nach wie vor unterschätzen viele Mädchen und Frauen im gebärfähigen Alter das Risiko (BZgA, 2011a; Landgraf, Hilgendorff & Heinen, 2014). In Deutschland kommen jährlich etwa 10.000 Neugeborene mit alkoholbedingten Schädigungen, der sogenannten fetalen Alkoholspektrumstörung (FASD), auf die Welt. Unter diesen Säuglingen sind ungefähr 2.000, die das Vollbild des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) zeigen (Äggf, 2015; BZgA, 2015; DHS, 2015; Kramer, 2015). Dabei handelt es sich um eine lebenslange sowohl körperliche als auch geistige und psychische Behinderung, die vermeidbar gewesen wäre. Das Syndrom zählt zu der häufigsten Ursache für eine nicht genetisch bedingte Behinderung (DHS, 2015; Kramer, 2015).

Kinder mit FAS weisen folgende Symptome auf (BZgA, 2012; Landgraf M. N., Heinen F.; o. J.):

- Wachstumsstörungen (z. B.: geringes Körpergewicht)
- Körperliche Missbildungen (z. B. Herzfehler, Nierenschäden)
- Fasciale Auffälligkeiten (z. B. kurze Lidspalte, schmale Oberlippe)

- Verhaltensstörungen (z. B. Aufmerksamkeitsstörungen)
- Defizitäre geistige Entwicklung (z. B. Intelligenzminderung)

Um dieser sehr verbreiteten Behinderung entgegenzuwirken, sollen über das HaLT-Programm neben den Mädchen und Frauen auch die (zukünftigen) Partner/-innen über die Risiken des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft informiert werden. Partner/-innen können die Schwangere beim Verzicht auf Alkohol unterstützen.

Präventionsmaßnahmen für diese Zielgruppe umfassen Information, Sensibilisierung und die Förderung von Handlungskompetenzen. In Kooperation mit der niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen wird das evaluierte Programm „Stop FAS“ an das HaLT-Programm angepasst und als neues Modul integriert. Kern der 90-minütigen Präventionseinheit ist ein Wissensquiz, welches mit variablen Gruppengrößen im Plenum durchgeführt werden soll.

Der Praxisleitfaden von „Stop FAS“ (Vermanl & Holterhoff-Schulte, 2017) definiert die Programmziele wie folgt:

- Informationen zu den relevanten Aspekten des Alkoholkonsums, insbesondere des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft angemessen und verständlich vermitteln
- Verdeutlichen, dass der Konsum von Alkohol zu bestimmten Zeiten im Leben ein deutlich erhöhtes Risikopotenzial birgt
- Über die schwerwiegende Folge des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft, das

Fetale Alkoholsyndrom (FAS), informieren und verdeutlichen, was FAS für die Betroffenen bedeutet

- Ursachen und Funktionen des Alkoholkonsums sowie alternative Kompetenzen/Strategien ergründen und reflektieren
- Folgen von schädlichem Alkoholkonsum reflektieren
- Für einen eigenständigen und verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol (insbesondere im Hinblick auf die Phase der Schwangerschaft) sensibilisieren und diesen fördern (Normenbildung)
- Weiterführende Information auch zu Beratungsangeboten zur Verfügung stellen

Im Rahmen einer Prozess- und Ergebnisevaluation von „Stop FAS“ (Holterhoff-Schulte & Borchert, 2017) wurden zehn durchführende Fachkräfte sowie 630 teilnehmende Schülerinnen und Schüler befragt. Die Fachkräfte für Suchtprävention füllten im Anschluss an die jeweilige Intervention einen Fragebogen zu folgenden Themen aus:

- Konnten die Präventionseinheiten gut umgesetzt werden (u. a. Zeitumfang)?
- Fokussiert das Projekt die richtige Zielgruppe?
- Waren die Schüler/-innen interessiert, haben sie sich aktiv beteiligt?
- Gab es Unterschiede in der Arbeit mit geschlechtergemischten Klassen oder reinen Mädchengruppen?
- Was sollte an dem Projekt verändert werden, damit es effektiver wird?

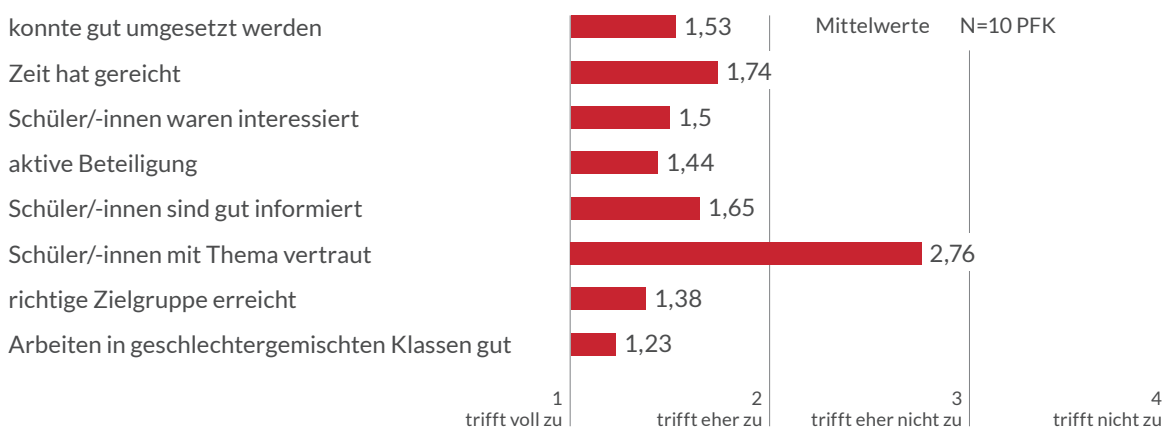
Die Schüler/-innen wurden im Anschluss an die 90-minütige Präventionseinheit mittels eines papiergestützten Fragebogens befragt. Dieser erhebt, ob sie mit dem Thema Alkohol in der Schwangerschaft und damit zusammenhängenden Problemen bereits vor der Schulung vertraut waren und ob sie sich nach der Einheit gut informiert fühlen. Außerdem wurde die Motivation erfragt, ihr Wissen über Alkohol in der Schwangerschaft und FASD weiterzugeben. Die unterschiedlichen Parameter wurden auf einer Skala von 1 (trifft voll zu) bis 4 (trifft nicht zu) bewertet.

Von den 630 erreichten Schüler/-innen aus 12 Schulen bzw. 34 Klassen waren 445 weiblich (70 Prozent), 185 männlich. Im Durchschnitt waren die Schüler/-innen 18,5 Jahre alt (bei einer Altersspanne von 14 bis 49 Jahren), die Gruppe der 15- bis 19-Jährigen stellte rund 73 Prozent

der Stichprobe dar. Von den insgesamt 34 teilnehmenden Klassen wurde die Einheit mit 25 Klassen am häufigsten an Berufsfachschulen durchgeführt. Außerdem haben fünf Gymnasialklassen, zwei Klassen der Kooperativen Gesamtschule sowie jeweils eine Klasse einer Oberschule und einer Hauptschule teilgenommen.

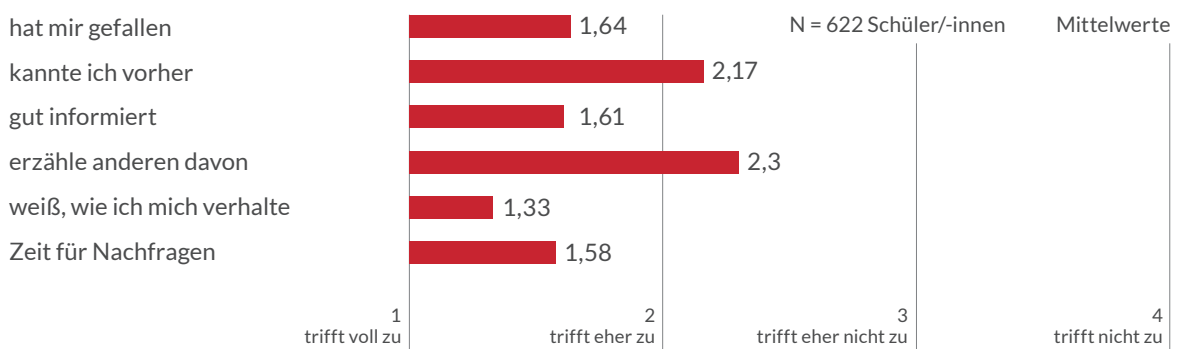
Die Ergebnisse des Evaluationsberichts zeigen, dass sich alle der zehn durchführenden Fachkräfte an der Befragung beteiligt haben. Sie beurteilten die Maßnahme als sehr gelungen, kaum ein Mittelwert erreicht den Wert zwei, die meisten Antworten befinden sich im Skalenbereich von „trifft voll zu“ und „trifft eher zu“ (siehe Abbildung 12). Laut Aussagen der Fachkräfte verfügten die Schüler/-innen vor der Präventionseinheit – im Vergleich zu danach – nur geringe Vorkenntnisse zum Thema.

**Abbildung 12: Beurteilung der Präventionseinheit durch Präventionsfachkräfte**



Holterhoff-Schulte & Borchert, 2017, S. 14; Darstellung: Villa Schöpflin

**Abbildung 13: Beurteilung der Präventionseinheit durch Schüler/-innen**



Holterhoff-Schulte & Borchert, 2017, S. 16; Darstellung: Villa Schöpflin

Es haben 628 Schüler/-innen an der Befragung teilgenommen. Die Beurteilungen fielen weitgehend positiv aus (siehe Abbildung 2). So gaben fast 62 Prozent der Schüler/-innen an, anderen von ihrem erworbenen Wissen zu FASD berichten zu wollen.

Es wird empfohlen, das Programm in Berufsfachschulklassen, insbesondere im ersten Ausbildungsjahr, einzusetzen. Bei weiteren Zielgruppen und Settings sollten die Inhalte in Abstimmung mit den Modulverantwortlichen angepasst bzw. erweitert werden.

Der Zugang zur Zielgruppe im Rahmen von HaLT soll über weiterführende Schulen geschaffen werden. Hier können die HaLT-Standorte bereits aufgebaute Kooperationen nutzen und themenspezifisch ausbauen.

### Geplante Einbettung in das HaLT-Programm und Zielgruppe der Fortbildung

Das neue Modul ist Bestandteil von HaLT-proaktiv, und die Zielgruppe der Fortbildung sind HaLT-Fachkräfte und Programm-Mitarbeiter/-innen, die in diesem Bereich arbeiten.

### Ziele der Fortbildung (Wissen und Handlungskompetenzen)

Die Ziele der Fortbildung beziehen sich auf das Wissen und die Handlungskompetenzen der an einer Schulung teilnehmenden HaLT-Fachkräfte.

#### Wissen

- Die TN kennen die spezifischen Risiken und Gefahren von Alkohol in der Schwangerschaft (FASD).
- Die TN sind über Prävalenz, Symptome, Folgen, Vermeidung von FASD informiert.
- Die TN kennen die Antworten des Wissensquiz des Moduls und verfügen über ausreichendes zusätzliches Hintergrundwissen.

### Handlungskompetenzen

- Die TN verfügen über die Handlungskompetenz, trotz eventuell fehlender momentaner Relevanz für die jungen Erwachsenen das Interesse der Zielgruppe zu wecken.
- Die TN können die Zielgruppe zur Vermeidung von FASD motivieren.
- Die TN können die Zielgruppe motivieren, in ihrem Umfeld über die Thematik zu sprechen.
- Die TN können den Praxisleitfaden zur Umsetzung des Moduls kompetent anwenden und die Intervention durchführen.

Die Schulung zu diesem Modul wird von in der Thematik erfahrenen und qualifizierten Fachkräften, u.a. von der Drobs Hannover, angeboten. Das neue Handbuch-Kapitel wird vom HaLT Service Center in Zusammenarbeit mit den externen Fachkräften entwickelt.

#### 5.2.6 Alkoholpolitische Lobbyarbeit/ Öffentlichkeitsarbeit (HaLT-proaktiv)

Ein weiteres Modul beinhaltet Maßnahmen der alkoholpolitischen Lobbyarbeit mit dem Ziel, die politisch Verantwortlichen, Kooperationspartner/-innen, pädagogische Bezugspersonen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie ihre Eltern über wirksame verhältnispräventive Maßnahmen zu informieren und alkoholkritische Normen zu fördern. Dieses Modul trägt der Tatsache Rechnung, dass politische bzw. strukturelle Maßnahmen signifikant höhere und nachhaltigere Effekte erzielen als pädagogisch orientierte Maßnahmen. Mit solchen übergreifenden Maßnahmen könnten einerseits die Effekte bisheriger HaLT-Maßnahmen in der Region verstärkt und verstetigt und

andererseits die Akzeptanz in der Bevölkerung für wirksame verhältnispräventive Maßnahmen auf politischer Ebene erhöht werden.

Der Bedarf nach solch einem Modul wird durch die Rückmeldungen der HaLT-Fachkräfte in der Standortanalyse gestützt (n=112), wonach die Selbstverständlichkeit von Alkoholkonsum/-missbrauch in unserer Gesellschaft die Ziele von HaLT vielfach konterkariert: „Erwachsene leben den Konsum vor – politische Entscheidungen wie das nächtliche Alkoholverkaufsverbot werden rückgängig gemacht [...] Es geht um Haltungen – vor allem um Haltungen Erwachsener“ (Flatters et al., 2018, S. 92).

Bei der Frage nach zukünftigen Schwerpunkten und Entwicklungsbedarfen werden in der Standortanalyse vielfach gesetzliche Maßnahmen der Alkoholpolitik genannt: Verzicht auf Alkoholwerbung im Kino bei Filmen für Jugendliche oder Familien (37 Nennungen), die Einschränkung von Verkaufszeiten von Alkohol (26 Nennungen) oder das Heraufsetzen der Altersgrenze für die Abgabe von Alkohol auf 18 Jahre (19 Nennungen). Weitere Vorschläge der Fachkräfte betreffen u. a. Warnhinweise auf Flaschen, die Preisgestaltung sowie die Organisation von Alkoholverkauf in abgetrennten Verkaufsbereichen im Supermarkt. Auch die direkte Ansprache von Politiker/-innen wird vorgeschlagen (Flatters et al., 2018).

Ein sehr hoher Anteil der HaLT-Standorte wünscht den Ausbau von Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit, um das positive Vorbild von Erwachsenen zu betonen. So schreibt ein/-e Teilnehmer/-in der Standortanalyse zu den

Themen, die den Standort aktuell beschäftigen: „Alkoholmissbrauch von Erwachsenen und die daraus resultierende negative Vorbildfunktion [...]“ (Flatters et al., 2018, S. 94).

Der von den Standorten gesehene Bedarf im Bereich Öffentlichkeit betrifft die Sensibilisierung von Eltern (n=78), von erwachsenen Bezugspersonen von Jugendlichen wie Trainer/-innen (n=65) sowie Informationen für politische Entscheidungsträger/-innen (n=41).

Ein Modul in diesem Bereich wird momentan nicht als prioritär gesehen. Es wird als sinnvoll erachtet, den anzustrebenden Strukturaufbau in den Kommunen abzuwarten, um dann gemeinsam übergreifende Strategien zu entwickeln.

### 5.2.7 Qualitätsentwicklung im Netzwerkmanagement – Verweis auf wirksame Lebenskompetenzprogramme (HaLT-proaktiv)<sup>4</sup>

#### Ausgangssituation/Bedarf und fachlicher Hintergrund

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hebt in seiner Publikation „Nationales Gesundheitsziel. Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ die zentrale Bedeutung von Lebenskompetenz für die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen hervor (BMG, 2010). Lebenskompetenzen sind Fähigkeiten, die es Menschen ermöglichen, Anforderungen und Herausforderungen des

täglichen Lebens konstruktiv zu bewältigen (WHO, 1997). Sie umfassen die folgenden zehn Kernkompetenzen („Life Skills“) (BZgA, 2005; Hallmann, 2015):

- 1) Selbstwahrnehmung
- 2) Empathie
- 3) kreatives Denken
- 4) kritisches Denken
- 5) Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen
- 6) Problemlösefertigkeit
- 7) kommunikative Kompetenz
- 8) interpersonale Beziehungsfertigkeiten
- 9) Gefühlsbewältigung
- 10) Fähigkeit zur Stressbewältigung

Lebenskompetenzförderung hat zum Ziel, Lebensweisen und Lebensbedingungen zu verbessern, die Einfluss auf die Gesundheit haben, sowie körperlichen und psychischen Erkrankungen vorzubeugen. Demnach kann Lebenskompetenzförderung als Strategie der Gesundheitsförderung und als Strategie der Prävention angesehen werden. Zentrales Merkmal der Lebenskompetenzförderung ist es, nicht nur einzelne Fähigkeiten und Fertigkeiten wie beispielsweise Strategien zum Stressabbau zu trainieren, sondern, dass die ganze Bandbreite aus den genannten Kernkompetenzen trainiert wird (BZgA, 2005).

Das HaLT-Programm weist bereits an mehreren Stellen Merkmale eines Lebenskompetenzprogramms auf. Bei HaLT-proaktiv beispielsweise im Schulklassenworkshop „Tom & Lisa“ und bei HaLT-reaktiv in der Vertiefungsintervention „Risiko-Check“. Im Rahmen des Workshops wird z. B. durch ein Rollenspiel das richtige Handeln in Notsituationen eingeübt, wodurch

<sup>4</sup> Die Implementierung dieses Moduls ist noch offen. Beratungen diesbezüglich werden im Verlauf der Förderphase II aufgenommen.



die Kernkompetenz Problemlösefertigkeit gefördert wird (vgl. HaLT-Handbuch, 2017, S. C9). Beim „Risiko-Check“ als Gruppenintervention können Jugendliche gemeinsam mit Mitgliedern ihrer Peergroup teilnehmen und werden angeleitet, sich mit diesen über mögliche Konsummotive auszutauschen. Weiterhin setzen sie sich im Rahmen einer interaktiven Methode gemeinsam mit ihren Zielen im Umgang mit Alkohol auseinander, wodurch Selbstwahrnehmung und kommunikative Kompetenz gefördert werden (vgl. HaLT-Handbuch, 2017, S. B6).

Das BMG (BMG, 2010) fordert zudem die Beachtung geschlechtsspezifischer und soziokulturelle Aspekte bei der Entwicklung zukünftiger Programme, die in bisherigen Lebenskompetenzprogrammen häufig vernachlässigt werden. Das HaLT-Programm bietet bereits im reaktiven und im proaktiven Baustein an vielen Stellen Raum, um auf geschlechtsspezifische und soziokulturelle Aspekte eingehen zu können. Sowohl bei der Sofort-Intervention, dem Elterngespräch, als auch dem „Risiko-Check“ ist es elementar, auf die individuellen Bedürfnisse der Kinder, Jugendlichen, jungen Erwachsene und deren Eltern einzugehen und die Maßnahme inhaltlich-didaktisch auf die sogenannten Endadressatinnen und Endadressaten auszurichten.

Im Rahmen der kommenden Überarbeitungen verschiedener Dokumente wie dem HaLT-Handbuch, den HaLT-Materialien und dem Leitfaden des „Tom & Lisa“-Workshops werden deshalb zukünftig geschlechtsspezifische und soziokulturelle Aspekte stärker berücksichtigt und entsprechende Ergänzungen vorgenommen. Konkret bedeutet dies, dass beispielsweise innerhalb

der Methodenbeschreibungen von „Tom & Lisa“ die aufgeführten Leitfragen überarbeitet und der Gesprächsleitfaden für die Sofort-Intervention und den Risiko-Check durch Hinweise zur gendergerechten Gestaltung ergänzt werden.

Um den Ausbau des Lebenskompetenzansatzes auch außerhalb des HaLT-Programms zu fördern, ist es sinnvoll, dass HaLT-Fachkräfte gegenüber ihren Multiplikatorinnen und Multiplikatoren oder in den von ihnen besuchten Settings (z. B. Schulen, Vereine) Empfehlungen für evaluierte bestehende Lebenskompetenzprogramme abgeben, z. B. in Form einer Weitergabe ausgewählter Informationsmaterialien, damit diese in den Regionen häufiger als bisher umgesetzt werden.

#### **Geplante Einbettung in das HaLT-Programm und Zielgruppe der Fortbildung**

Der Verweis auf Lebenskompetenzansätze ist Teil des neuen Moduls Qualitätsentwicklung im Netzwerkmanagement für HaLT-Fachkräfte und Programm-Mitarbeiter/-innen, die in HaLT-reaktiv und -proaktiv arbeiten.

#### **Ziele der Fortbildung (Wissen und Handlungskompetenzen)**

Die Ziele der Fortbildung beziehen sich auf das Wissen und die Handlungskompetenzen der Teilnehmenden (TN).

### **Wissen**

- Die TN kennen die zentralen Elemente des Lebenskompetenzansatzes.
- Die TN kennen die wissenschaftlichen und konzeptionellen Grundlagen von Lebenskompetenzprogrammen.
- Die TN kennen empfehlenswerte Lebenskompetenzprogramme (Grundzüge, Ziele, Evaluationsergebnisse).
- Die TN wissen, wer auf regionaler Ebene ggf. Lebenskompetenzprogramme anbietet bzw. wo man sich über potenzielle Anbieter/-innen informieren kann.
- Die TN wissen, woher sie Informationsmaterialien zu empfehlenswerten Programmen beziehen können.
- Die TN wissen, welche Krankenkassen die Umsetzung von Lebenskompetenzprogrammen fördern.

### **Handlungskompetenzen**

Die TN sind in der Lage, aktuelle und zukünftige Kooperationsinstitutionen im proaktiven Baustein von HaLT in der von ihnen betreuten Region auf wirksame Lebenskompetenzprogramme hinzuweisen und für die Umsetzung zu motivieren.

### **Rahmenbedingungen der Fortbildung**

Die Fortbildung für interessierte HaLT-Fachkräfte wird vom HaLT Service Center organisiert und geleitet. Da schwerpunktmäßig Informationen vermittelt werden, ist die Fortbildung als E-Learning-Einheit geplant.

## **5.2.8 Qualitätsmanagement und -entwicklung: Standards, Instrumente und Steuerung von HaLT im Bundesland**

### **Ausgangssituation/Bedarf und fachlicher Hintergrund**

Auf der Grundlage des Präventionsgesetzes sowie im Auftrag und mit Mitteln des GKV-Bündnisses für Gesundheit sollen das HaLT-Programm ab dem Jahr 2020 fachlich-inhaltlich ausgebaut und das Qualitätsmanagement und die Qualitätsentwicklung weiter professionalisiert werden.

Im Zuge der Einführung der neuen HaLT-Rahmenkonzeption sollen nicht nur die Strukturen und die Abstimmung auf Landes- und Bundesebene, sondern auch die steuernde Rolle der HaLT-Landeskoordinationen in Zusammenarbeit mit den Regionen weiterentwickelt und ausgebaut werden. Ein Ansatz ist dabei die Definition von gemeinsamen landesspezifischen Zielen oder inhaltlichen Schwerpunkten der Landeskoordinationen in Abstimmung mit den HaLT-Standorten und die sich daraus ableitende Prozesssteuerung. So sieht die neue Konzeption vor, dass die HaLT-Landeskoordinationen die HaLT-Standorte bei der Umsetzung des weiterentwickelten HaLT-Konzepts mit neuen Modulen und unter Ausbau der bisherigen Maßnahmen des Qualitätsmanagements und -entwicklung in ihrer Region unterstützen.

### **Die geplante Einbettung der Fortbildung in das HaLT-Programm und Zielgruppe der Fortbildung**

Die Zielgruppe der geplanten Fortbildung „Ausbau von Qualitätsmanagement und

-entwicklung im HaLT-Programm“ sind zwölf Landeskoordinationen. Sie sind angestellt bei freien Trägern (z. B. Landesstellen für Suchtfragen), Landesministerien oder anderen Institutionen auf Landesebene. Die meisten haben einen Hochschulabschluss in Sozialpädagogik, Pädagogik, Soziologie oder Psychologie. Die Mehrzahl ist hoch qualifiziert und verfügt über langjährige Berufserfahrung, es sind jedoch auch Berufseinsteiger/-innen dabei. Es ist davon auszugehen, dass einige bereits über fundierte Kompetenzen im Qualitätsmanagement verfügen, das im Zuge einer Schulung vertieft und durch aktuelle Erkenntnisse und Entwicklungen in diesem Feld erweitert werden sollte.

Die Schulung umfasst drei Teile:

### **Teil 1: Definition eines einheitlichen Verständnisses von Qualitätsmanagement und -entwicklung und den HaLT-bezogenen Zielen**

#### **Ziele**

- Ein einheitliches Verständnis zum neuen Qualitätsmanagement im Rahmen der Weiterentwicklung von HaLT liegt vor.
- Es werden von den LKO gemeinsam Schwerpunkte und Ziele für das Jahr 2020 und für die Förderphase II diskutiert und festgelegt.
- Es wird in Zusammenarbeit mit dem HaLT Service Center ein Prozess der kollegialen Beratung und Abstimmung zu diesem Thema in Gang gesetzt.

### **Teil 2: Informationen und Handlungskompetenzen zu geeigneten Verfahren und Instrumenten**

#### **Ziele**

- Die TN kennen wirksame Instrumente der Qualitätssicherung und -entwicklung zur Definition und Messung von Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität und Assessmentqualität und können sie adäquat einsetzen.
- Die TN kennen Instrumente zur Planung von neuen Programm-Modulen unter Berücksichtigung von Input, Output, Outcome, Impact und ihre praktische Umsetzung.
- Die TN kennen Verfahren zur regelmäßigen systematischen Reflexion unter Einsatz des Public Health Action Cycles oder vergleichbarer Verfahren und können es auf ihr Aufgabenfeld übertragen.
- Die TN kennen Instrumente der Programmsteuerung auf den Ebenen Interventionen, Policy, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit und können sie in der Praxis einsetzen.
- Die TN kennen Instrumente der Steuerung und Analyse von Wirkungen (Wirkungstreppe) und Kommunikation von Ergebnissen und Erfolgen und sind in der Lage, diese umzusetzen.
- Die TN können kompetent auftretende Hindernisse umgehen und entwickeln Lösungsmöglichkeiten.

### **Teil 3: Reflexion von Erfolgen, Herausforderungen und Hindernissen in der Praxis**

#### **Ziele**

- Die TN tauschen Good-Practice-Erfahrungen aus.
- Die TN tauschen Herausforderungen und Fragen aus und entwickeln gemeinsam Lösungsansätze.
- Die TN bringen sich in die fortlaufende Weiterentwicklung des QM-Prozesses in HaLT ein.

#### **Rahmenbedingungen der Fortbildung**

Der Auftaktworkshop, die Schulung und der Auswertungsworkshop werden in Abstimmung mit dem HaLT Service Center von ausgewiesenen Expertinnen und Experten im Bereich des Qualitätsmanagements, der Qualitätsentwicklung und Wirkungsorientierung durchgeführt.

Nachdem der partizipative Prozess zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätsentwicklung auf Bundesebene begonnen hat, soll gemeinsam mit den Landeskoordinationen der Prozess auf Standortebene weitergeführt werden. Hierzu soll im Laufe des Jahres 2021 das Modul „Instrumente und Methoden von Qualitätsmanagement und -entwicklung“ an den HaLT-Standorten entwickelt und operationalisiert werden.

## 6 DIE UMSETZUNG DER MODULARISIERTEN RAHMENKONZEPTION

Das folgende Kapitel beschreibt HaLT als Ganzes als modularisiertes Präventionsprogramm und wie bestehende und neue Präventionsbausteine ineinandergreifen. Das HaLT-Programm ist in 1) Präventionsbausteine, 2) Module und 3) Präventionsmaßnahmen (einzelne Leistungen als Bestandteile eines Moduls) gegliedert. Sie sind wie folgt strukturiert:

1. Name
2. Zielsetzung
3. Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung und Förderung

Bei Modulen bzw. einzelnen Präventionsmaßnahmen, die bereits Bestandteil von HaLT sind, wird auf die entsprechenden Seiten im HaLT-Handbuch (Villa Schöpflin, 2017) verwiesen. Darin werden der fachliche Hintergrund und die Vorgehensweise bei der Umsetzung im Einzelnen dargestellt und ggf. erforderliche Materialien zur Verfügung gestellt.

Neue HaLT-Module und Maßnahmen werden im Zuge der Weiterentwicklung von HaLT zusammen mit den begleitenden Materialien nach und nach in das HaLT-Manual integriert und den Standorten zur Verfügung gestellt.

### 6.1 Die Umsetzung des modularisierten Konzepts auf Landesebene

In diesem Kapitel werden die Präventionsbausteine, Module und deren einzelne Präventionsmaßnahmen dargestellt, die auf der Landesebene von den HaLT-Landeskoordinationen umgesetzt werden. Nach der Übersicht (s. Tabelle 6) werden für jedes Modul bzw. für jede

Präventionsmaßnahme die Inhalte, Ziele und Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung beschrieben.

#### 6.1.1 Implementierungsphase: Modul „Qualitätsgesicherte Implementierung der neuen HaLT-Rahmenkonzeption“ (Landesebene, einmalig)

##### Ziele

Die Landeskoordination wirkt in ihrem Bundesland, gemeinsam mit den relevanten Partnerinnen und Partnern, am Ausbau der neuen Prozesse und Strukturen mit, um die Umstellung auf die neue Rahmenkonzeption zu gewährleisten.

##### Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung

Verpflichtende Maßnahmen der Landeskoordinationen im Modul *Qualitätsgesicherte Implementierung des neuen Konzepts*:

- Teilnahme an einem Workshop des HaLT Service Centers zum neuen HaLT-QM- und Förderkonzept inklusive Vor- und Nachbereitung
- Abstimmung mit der relevanten Institution auf Landesebene bezüglich des Aufbaus von Strukturen und Verwaltungsabläufen zum Zuwendungsverfahren; die Landeskoordination hat an dem Workshop des HaLT Service Centers zum neuen HaLT-QM- und Förderkonzept teilgenommen und die notwendige Vor- und Nachbereitung erbracht
- Abstimmung mit den relevanten Akteurinnen und Akteuren auf Landesebene bezüglich einer neuen HaLT-Landeskooperationsvereinbarung oder einem anderen rechtsgültigen Dokument (z. B. eine Leistungsvereinbarung)

**Tabelle 6:**  
**Präventionsbausteine und -module auf Landesebene (LKO)**

**Modul (einmalig)**

**Qualitätsgesicherte Implementierung der neuen Rahmenkonzeption**

**Präventionsbausteine**

1. Basis der Arbeit:  
**Netzwerkmanagement/Koordination**  
Finanzierung: Bundesland

2. **Qualitätsmanagement und -entwicklung**  
Finanzierung: BZgA  
Label: GKV-zertifizierte Qualität

**Module (fortlaufend)**

**Klassische Koordinations- und Vernetzungsaufgaben** von HaLT im Bundesland: Fortführung bisheriger Aufgaben und ihrer Finanzierung (Eigenleistung)

- a) neu: **QM-Modul verpflichtend** (pauschal)
- b) neu: **QM-Modul flexibel und optional** bzw. **Präventionsmaßnahmen flexibel und optional** gemäß der jeweils umgesetzten Anzahl

Darstellung: Villa Schöpflin

- Organisation und Durchführung einer Schulung zum neuen HaLT-QM- und Förderkonzept für die HaLT-Standorte im Bundesland
  - Unterstützung und Beratung der Standorte bei der Gestaltung von Kooperationsvereinbarungen mit der Kommune und/oder Drittmittelgebern
  - Implementierung des Datenmonitorings sowie des Antrags- und Verwendungsnachweisverfahrens inkl. Support der Standorte bei der Implementierung, Teilnahme an der diesbezüglichen Evaluation
  - Beratung und Unterstützung der HaLT-Standorte zum neuen HaLT-QM- und Förderkonzept (telefonisch, per E-Mail)
  - Kommunikation der Konzeptänderungen an die Fachöffentlichkeit, z. B. in Gremien auf Landesebene
  - Durchführung von landesweiter Öffentlichkeitsarbeit zum neuen HaLT-Konzept
  - Korrespondenz und Abstimmung zum neuen HaLT-Konzept mit dem HaLT Service Center
- Optionale Leistung**
- Teilnahme der Landeskoordination am Pilottest des Datenmonitorings und Mitwirkung bei der Verbesserung des Monitorings in Zusammenarbeit mit dem programmierenden Unternehmen.

### 6.1.2 Präventionsbaustein 1: Modul „Klassische Koordinations- und Vernetzungsaufgaben“ (Landesebene)

#### Ziele

Die Landeskoordination koordiniert das HaLT-Programm auf der Ebene des jeweiligen Bundeslandes. Sie ist erste Ansprechpartnerin für die HaLT-Standorte in ihrem Bundesland. Sie steht im ständigen Austausch mit dem HaLT Service Center der Villa Schöpflin gGmbH (Bundeskoordination) und – insbesondere über die Treffen des Bundesnetzwerkes HaLT – mit den anderen Landeskoordinationen.

Im Zuge der Umsetzung des neuen QM- und Förderkonzepts verpflichtet sich das Bundesland, die im Präventionsbaustein 1 „Basis der Arbeit, Netzwerkmanagement/Koordination“ genannten Aufgaben zu finanzieren.

#### Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung

Die Landeskoordination steht als Ansprechpartnerin für die HaLT-Standorte in ihrem Bundesland zur Verfügung und unterstützt diese bei Fragen zur Umsetzung der neuen Rahmenkonzeption. Die Landeskoordination tauscht sich regelmäßig mit dem HaLT Service Center aus und besucht die HaLT-Bundesnetzwerktreffen. Sie kommuniziert alles Relevante an die HaLT-Standorte in ihrem Bundesland:

- Information, Kommunikation und Abstimmung mit den Standorten im Bundesland: Die Landeskoordination steht im regelmäßigen Austausch mit den Standorten (Telefonate, E-Mails und persönliche Treffen).
- Die Landeskoordination pflegt eine aktuelle Liste der HaLT-Standorte mit Kontaktdaten der Verantwortlichen (Standort-Koordination, HaLT-proaktiv-Koordination und HaLT-reaktiv-Koordination).
- Die Landeskoordination organisiert mindestens ein Landesnetzwerktreffen pro Jahr für die HaLT-Standorte im Bundesland und leitet dieses.
- Die Landeskoordination steht in regelmäßigem Kontakt zum Informationsaustausch mit Kooperationspartnerinnen und -partnern im Bundesland (Fachreferate der Ministerien, Gremien, Institutionen) und stimmt sich mit diesen ab.
- Die Landeskoordination führt HaLT-bezogene Öffentlichkeitsarbeit für die Fachöffentlichkeit im Bundesland durch (eigenständig oder – je nach Struktur im jeweiligen Land – durch Weitergabe der Aufgaben an HaLT-Standorte), u. a. durch die Mitwirkung in den relevanten Gremien und bei Tagungen.
- Die Landeskoordination führt Öffentlichkeitsarbeit im Bundesland für die allgemeine Öffentlichkeit durch (eigenständig oder – je nach Struktur im jeweiligen Land – durch Weitergabe der Aufgaben an HaLT-Standorte).
- Die Landeskoordination nimmt an den Treffen des HaLT-Bundesnetzwerkes, dem Zusammenschluss aller Landeskoordinationen, teil. Die hierfür erforderliche Arbeitszeit wird über das Bundesland finanziert.
- Die Landeskoordination stimmt sich fortlaufend mit dem HaLT Service Center ab und informiert es über relevante Änderungen an den Standorten und im Bundesland.

### 6.1.3 Präventionsbaustein 2: Modul a „QM-Modul pauschal“ (Landesebene)

#### Ziele

Die Landeskoordination baut die vom Bundesland geförderten Aufgaben des Netzwerkmanagements und der Koordination aus und gewährleistet in ihrem Bundesland die Qualitätssicherung und -entwicklung von HaLT auf der Grundlage der neuen Rahmenkonzeption.

Hinweis: Modul a des Präventionsbausteins 2 umfasst die grundlegenden Tätigkeiten im Rahmen von Qualitätsmanagement und -entwicklung, die verbindlich zu erbringen sind. Es kann daher mit einer Pauschale gefördert werden.

#### Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung

- Die Landeskoordination hat an der unter 6.1.1 Punkt 1 aufgeführten Schulung zur neuen Rahmenkonzeption und Datenmonitoring teilgenommen.
- Die Landeskoordination verpflichtet sich, an der unter 5.2.8 aufgeführten Schulung zu Qualitätsmanagement und -entwicklung teilzunehmen.
- Die Landeskoordination nimmt am systematischen Datenmonitoring teil und dokumentiert die eigenen Aktivitäten im Rahmen des neuen Konzepts. Das Tool für das Datenmonitoring steht den Landeskoordinationen und den HaLT-Standorten im Laufe des Jahres 2020 zur Verfügung.
- Die Landeskoordination sammelt die von den HaLT-Standorten dokumentierten Maßnahmen und nimmt eine fachliche Prüfung vor.
- Die Landeskoordination führt die Dokumentation der Maßnahmen der Standorte zusammen. Sie/Er prüft die Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und sichert die Qualität der Daten, welche die Grundlage für das Datenmonitoring des jeweiligen Bundeslandes bilden und in das bundesweite Datenmonitoring einfließen.
- Die Landeskoordination wertet die Daten fristgerecht aus und erstellt den Sachbericht für das jeweilige Bundesland. Der Sachbericht bildet neben der Dokumentation der geleisteten Arbeit ein zentrales Instrument der Qualitätsentwicklung von HaLT in Deutschland.
- Die Landeskoordination prüft die Qualifikation der HaLT-Standorte bzw. der HaLT-Fachkräfte im Bundesland und weist diese ggf. auf notwendige (Re-) Zertifizierungsschulungen hin.
- Die Landeskoordination koordiniert die Qualitätsentwicklung im Bundesland und berät die Standorte in Fragen zur Qualitätssicherung und -entwicklung.
- Die Landeskoordination berät und unterstützt die HaLT-Standorte in den Bereichen Datenmonitoring, Antragsverfahren, Verwendungsnachweis.
- Die Landeskoordination stimmt sich – falls vorhanden – mit der im Bundesland zuständigen Stelle für das zuwendungsrechtliche Verfahren ab (diese kann auch die Trägerinstitution der Landeskoordinationsstelle sein).
- Die Landeskoordination setzt mindestens einmal pro Förderzeitraum II (ab Start des individuellen Förderzeitraums und nach Teilnahme an einer entsprechenden Schulung) den Public Health Action Cycle um und stellt



in Abstimmung mit den relevanten Akteurinnen und Akteuren eine HaLT-Maßnahme in ihrem Bundesland auf den Prüfstand.

- Die Landeskoordination informiert mindestens einmal jährlich die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände im Land (als Träger des GKV-Bündnisses für Gesundheit) über die geförderten und umgesetzten Aktivitäten/Maßnahmen/Module durch das GKV-Bündnis für Gesundheit im Land und an den jeweiligen Standorten. Die Ausgestaltung des Informationsflusses stimmt die Landeskoordination mit den benannten Ansprechpartnerinnen und -partnern der gesetzlichen Krankenkassen ab. Bereits bestehende Steuerungskreise können als Austauschformat genutzt und im Sinne der Vernetzung durch weitere Förderer ergänzt werden. Die gesetzlichen Krankenkassen sowie weitere Förderer können Anregungen zur Umsetzung und Schwerpunktlegung einbringen.
- Landeskoordinationen informieren das HaLT Service Center fortgehend über Personaländerungen und aktuelle Kontaktdaten

#### 6.1.4 Präventionsbaustein 2: Modul b „QM-Modul flexibel“ (Landesebene)

##### Ziele

Die Landeskoordination setzt sich in ihrem Bundesland dafür ein, dass weitere QM-Leistungen identifiziert und bedarfsgerecht und passgenau umgesetzt werden. Der Bedarfsanalyse wird dabei großes Augenmerk geschenkt, etwa Hinweisen von Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern bzw. HaLT-Standorten,

Daten zu problematischen Entwicklungen oder neuen Zielgruppen etc.

Hinweis: Die einzelnen Maßnahmen, die in Modul 2 b des Präventionsbausteins 2 aufgeführt sind, können umgesetzt werden, ihre Umsetzung ist jedoch nicht verpflichtend. Die Landeskoordination entscheidet flexibel und stets auf der Grundlage des vorhandenen Bedarfes, ob bzw. zu welchem Zeitpunkt sie ein Modul bzw. eine Präventionsmaßnahme durchführt.

##### Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung

- Die Landeskoordination nimmt an HaLT-Schulungen teil, um über Neuerungen zu Problematik, fachlichen Weiterentwicklungen in der Prävention und neuen Modulen im HaLT-Programm informiert zu bleiben.
- Die Landeskoordination organisiert HaLT-Schulungen oder Fachtage für die Fachkräfte im Bundesland (wo sinnvoll mit externen Vortragenden) und lädt ggf. HaLT-Fachkräfte aus anderen Bundesländern dazu ein. Die Schulungen können auch gemeinsam bzw. in Abstimmung mit anderen Landeskoordinationen organisiert werden.
- Wo es sinnvoll ist, beteiligt sich die Landeskoordination an bundesweit koordinierten Maßnahmen der Alkoholprävention in Abstimmung mit dem GKV-Bündnis für Gesundheit, z. B. die Umsetzung einer Aktion zur Thematik des Fetalen Alkoholsyndroms, die Teilnahme an der Aktionswoche Alkohol der DHS, einer vom HaLT Service Center initiierten Aktion oder an bundesweiten Kampagnen im Bereich der Alkoholprävention. Falls angezeigt, organisiert die Landeskoordination eigene Maßnahmen der

Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel der alkoholpolitischen Lobbyarbeit im Bundesland. Die Landeskoordinationsstelle informiert dazu politisch Verantwortliche, Kooperationspartner/-innen, pädagogische Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen sowie ihre Eltern über wirksame verhältnispräventive Maßnahmen und fördert alkoholkritische Normen.

- Die Landeskoordination bringt in Eigenregie oder in Abstimmung mit HaLT-Standorten ein neues Modul/eine neue Maßnahme ein, für das Bedarf gesehen wird (mit Kurzkonzept).
- Das HaLT Service Center unterstützt weiterhin den Aufbau einer HaLT-Landeskoordination in Bundesländern ohne Landeskoordination. Auf dieser Basis unterstützt die durch das Land eingerichtete Landeskoordination wiederum die Gründung von neuen HaLT-Standorten.

## 6.2 Die Umsetzung des modularisierten Konzepts auf regionaler Ebene – bausteinübergreifend (reaktiv und proaktiv)

Nachdem die Module auf Landesebene vorgestellt wurden, werden nun die einzelnen Module auf der Standortebene aufgeführt, beginnend mit dem bausteinübergreifenden Modul der Implementierung der neuen Rahmenkonzeption an einem HaLT-Standort.

Die Standort-Koordination wirkt gemeinsam mit den relevanten Partnerinnen und Partnern in der Region am Ausbau der neuen Prozesse und Strukturen mit, die mit der Umstellung auf die neue Rahmenkonzeption in Verbindung stehen.

Die Standort-Koordination wird üblicherweise durch eine HaLT-Präventionsfachkraft wahrgenommen. Da das Aufgabengebiet der HaLT-Fachkraft im proaktiven Bereich stärker im Netzwerkmanagement und in der Prozesssteuerung liegt als bei einer HaLT-Fachkraft im reaktiven Bereich, werden die Tätigkeiten der HaLT-Standort-Koordination und im proaktiven Bereich nachfolgend gemeinsam aufgeführt. Dies bedeutet nicht, dass nicht auch eine Fachkraft in HaLT-reaktiv die Standort-Koordination wahrnehmen kann (dies wird insbesondere an den Standorten der Fall sein, an denen der proaktive, kommunale Baustein durch einen anderen Träger oder unter einem anderen Namen umgesetzt wird).

### 6.2.1 Implementierungsphase: Modul „Qualitätsgesicherte Implementierung der neuen Rahmenkonzeption“ (Standortebene, bausteinübergreifend, einmalig)

Der HaLT-Standort schafft die Voraussetzungen für die Umsetzung von HaLT nach dem neuen QM- und Förderkonzept (Teilnahme an einer Schulung zu Qualitätsmanagement und -entwicklung, Schulungen zu neuen Modulen und Präventionsmaßnahmen, Aufbau von Strukturen und Abläufen, Information an Kooperationspartner/-innen).

Die Leistungen der Implementierungsphase gelten bausteinübergreifend und müssen meist sowohl von HaLT-reaktiv als auch von HaLT-proaktiv geleistet werden. Einzelne Leistungen sind ausschließlich von der HaLT-Standort-Koordination zu erbringen (s. tabellarische Übersicht).

#### Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung

- Die HaLT-Fachkräfte mit einer Koordinierungsfunktion am Standort (Standort-Koordination, HaLT-reaktiv- und -proaktiv-Koordination) nehmen an einem von den Landeskoordinationen angebotenen Workshop zur neuen Rahmenkonzeption teil.
- Die HaLT-Standort-Koordination implementiert das Datenmonitoring sowie das Antrags- und Verwendungsnachweisverfahren am Standort, inkl. der Abstimmung mit den HaLT-Partnerinstitutionen (wenn HaLT-proaktiv und -reaktiv von unterschiedlichen Institutionen umgesetzt werden).
- Die HaLT-Standort-Koordination informiert die in HaLT tätigen weiteren Fachkräfte, die nicht an der Schulung teilgenommen haben

und sorgt dafür, dass ihnen alle relevanten Informationen und Materialien zur Verfügung stehen.

- Die HaLT-Standort-Koordination stimmt sich mit den relevanten Akteurinnen und Akteuren auf regionaler bzw. kommunaler Ebene bezüglich der Förderung des HaLT-Standes ab.
- Die HaLT-Standort-Koordination sorgt für den Aufbau von Strukturen und Verwaltungsabläufen zur Umsetzung der neuen Rahmenkonzeption am Standort.
- Die HaLT-Standort-Koordination stimmt sich mit den relevanten Institutionen auf Landesebene (LKO, verantwortliche Stelle für das zuwendungsrechtliche Verfahren) bezüglich des Aufbaus von Strukturen und Verwaltungsabläufen ab.
- Die HaLT-Standort-Koordination hält in fachlich-inhaltlichen Fragen Kontakt zur Landeskoordination.
- Die HaLT-Standort-Koordination kommuniziert die Konzeptänderungen an die Fachöffentlichkeit, z. B. in Gremien auf regionaler/kommunaler Ebene.
- Die HaLT-reaktiv- und -proaktiv-Koordinationen informieren regionale Kooperationspartner/-innen über die Veränderungen.

#### Optionale Leistung

- Teilnahme der HaLT-reaktiv- und HaLT-proaktiv-Koordinationen am Pilottest des Datenmonitorings und Mitwirkung bei der Verbesserung.

**Tabelle 7:**  
**Unterscheidung der Tätigkeiten der Koordinator/-innen**

<b>Tätigkeit</b>	<b>HaLT- proaktiv- koordination</b>	<b>HaLT- reaktiv- Koordination</b>	<b>HaLT- Standort- Koordination</b>
Teilnahme an einer Schulung zum neuen HaLT-QM- und Förderkonzept inklusive Vor- und Nachbereitung	✓	✓	✓
Abstimmung mit der LKO bzw. mit der für das Zuwendungsverfahren relevanten Institution auf Landesebene bzgl. der Anforderungen für den Aufbau von standortbezogenen Strukturen und Verwaltungsabläufen zum Förderverfahren			✓
Infomieren und Einarbeiten aller HaLT-Fachkräfte und Mitarbeiter/-innen des Standortes			✓
Abstimmung mit den relevanten Akteurinnen und Akteuren auf regionaler und kommunaler Ebene bezüglich des neuen HaLT-Konzepts und der Förderung des HaLT-Standortes			✓
Aufbau von Strukturen und Verwaltungsabläufen in der Einrichtung/am Standort			✓
Implementierung des Datenmonitorings sowie des Antrags- und Verwendungsnachweisverfahrens inkl. Abstimmung mit HaLT-Partnerinstitutionen (wenn proaktiv und reaktiv in verschiedenen Institutionen)			✓
Fortlaufende Abstimmung mit der Landeskoordination (in Ergänzung zu bisherigen Abstimmungen)			✓
Kommunikation der Konzeptänderungen an die Fachöffentlichkeit, z. B. in Gremien auf regionaler/kommunaler Ebene			✓
Informieren der regionalen Kooperationspartner/-innen über die Veränderungen (u. a. Neuentwicklung der Schweigepflichtentbindung, Absprachen mit Klinik)		(✓)	✓
Teilnahme an der Datenmonitoring-Testphase und Mitwirkung bei der Evaluation; Feedback an die Landeskoordination			✓

Darstellung: Villa Schöpflin

### 6.3 Die Umsetzung der modularisierten Rahmenkonzeption auf regionaler Ebene – HaLT-reaktiv

Die Umsetzung des modularisierten Konzepts von HaLT-reaktiv auf der regionalen Ebene wird in Tabelle 8 dargestellt.

#### Übersicht HaLT-reaktiv

**Tabelle 8:**  
Präventionsbausteine und -module HaLT-reaktiv auf kommunaler Ebene (Standorte)

#### Modul (einmalig)

**Qualitätsgesicherte Implementierung der neuen Rahmenkonzeption:** Die damit verbundenen Einzelmaßnahmen unterscheiden sich in den Funktionen HaLT-proaktiv-Koordinator/-in, HaLT-reaktiv-Koordinator/-in und HaLT-Standort-Koordinator/-in (siehe 6.2.1)

#### Präventionsbausteine

1. Basis der Arbeit:  
**Netzwerkmanagement/Koordination**  
Finanzierung: Kommune, Landkreis, Stiftung, Spenden etc.

2. **Qualitätsmanagement und -entwicklung**  
Label: GKV-zertifizierte Qualität

3. **Einzelne Präventionsmaßnahmen/ Module HaLT-reaktiv**  
Label: GKV-zertifizierte Qualität

#### Module (fortlaufend)

**Klassische Koordinations- und Vernetzungsaufgaben** von HaLT im Bundesland: Fortführung bisheriger Aufgaben und ihrer Finanzierung (Eigenleistung)

- a) neu: **QM-Modul HaLT-reaktiv pauschal** (verpflichtend)
- b) neu: **QM-Modul HaLT-reaktiv flexibel** (optionale Präventionsmaßnahmen)
- Sofort-Intervention für Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene mit/ohne Elternintervention
- Vertiefungsintervention Risiko-Check (Einzelsetting)
- Vertiefungsintervention Risiko-Check (Gruppensetting)
- Multiplikatoren/-innen-Schulungen HaLT-reaktiv

Darstellung: Villa Schöpflin

### 6.3.1 Präventionsbaustein 1: Modul „Klassische Koordinations- und Vernetzungsaufgaben HaLT-reaktiv“ (regionale Ebene)

#### Ziele

Der HaLT-Standort baut Kooperationen mit Einrichtungen auf, die Kontakte zu (riskant konsumierenden) Kindern, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen haben (z. B. mit Kinderkliniken, Schulen, Jugendfreizeiteinrichtungen, Polizei). Zudem werden Kooperationen mit anderen Hilfeinrichtungen in der Region geschlossen, um beispielsweise gefährdete Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (ggf. mit Mischkonsum) in geeignete weitere Hilfen einzubinden. HaLT-Fachstellen verfügen nicht über eine fachliche Expertise zu allen Problematiken und Störungen im Kindes- und Jugendalter. Sie kennen jedoch die relevanten Institutionen in ihrer Region und können bei Bedarf betroffene Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene beim Zugang zu diesen Einrichtungen unterstützen. Zur Vertiefung und Nachhaltigkeit von Kooperationen können schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit den Partnerinnen und Partnern erstellt werden, welche die Überleitung von besonders belasteten Jugendlichen in das HaLT-Programm oder auch in andere Hilfen/Maßnahmen festlegen. Die HaLT-Fachkraft pflegt die Schnittstellen mit den kooperierenden Einrichtungen durch regelmäßige Telefonate oder Treffen (vgl. HaLT-Handbuch, 2017, S. B11 ff.).

#### Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung

Die frühzeitige Kontaktaufnahme zu Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit riskantem Alkoholkonsum ist entscheidend für

eine erfolgreiche Frühintervention bezüglich Risikokompetenz im Umgang mit Alkohol, ebenso die umfassendere Unterstützung von Jugendlichen mit hohen psychosozialen Belastungen. Die Vernetzung mit Anbieterinnen und Anbietern von HaLT-proaktiv sowie anderen relevanten Akteurinnen und Akteuren auf regionaler Ebene ist ebenso entscheidend für die Qualität wie die Vernetzung mit der Koordinationsstelle auf der Ebene des Bundeslandes.

- Es besteht eine systematische Vernetzung mit mindestens einer Einrichtung, die Kontakte zur Zielgruppe hat (idealerweise Klinik).
- Der/die HaLT-reaktiv-Koordination steht in regelmäßigem Austausch mit den (neuen) Kooperationseinrichtungen, welche den Zugang zu riskant Alkohol konsumierenden Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ermöglichen.
- Die HaLT-reaktiv-Koordination stimmt sich regelmäßig mit der HaLT-proaktiv-Koordination ab.
- Der/die HaLT-reaktiv-Koordination steht im Austausch mit der HaLT-Standort-Koordination.

### 6.3.2 Präventionsbaustein 2: Modul a „QM-Modul HaLT-reaktiv pauschal“ (regionale Ebene)

#### Ziele

Das neue Qualitätsmanagement-Modul ist zentral für die Qualitätssicherung und -entwicklung von HaLT-reaktiv. Dem neuen Datenmonitoringsystem kommt dabei nicht nur eine Dokumentationsfunktion zu, sondern es bildet gleichzeitig

ein Steuerungsinstrument für die inhaltliche Weiterentwicklung des HaLT-Programms und für die Qualitätsentwicklung auf regionaler, Landes- und Bundesebene.

Der Auf- und Ausbau von Strukturen, um Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum oder mit Mischkonsum früher als bisher zu erreichen, bildet ein zentrales Element der Qualitätsentwicklung. Um Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in geeignete Hilfeinrichtungen/ Maßnahmen weiterleiten zu können, sind gute Kontakte zu verschiedenen Einrichtungen in der Region notwendig. Um diese Weiterleitung zu systematisieren, sollen HaLT-Standorte ihre Kooperationen mit anderen Einrichtungen (z. B. psychologische Beratungsstelle, Mädchenberatungsstelle, Jugend- und Drogenberatungsstelle) ausbauen und, wo sinnvoll, intensivieren. Schriftliche Kooperationsvereinbarungen gewährleisten Kontinuität in der Zusammenarbeit, etwa bei Personalfuktuation, und werden daher empfohlen.

HaLT-reaktiv-Fachkräfte tragen zur angestrebten Qualitätsentwicklung des Gesamtprogramms bei, wenn sie neue HaLT-Module/-Leistungen erproben und ihre Erfahrungen teilen.

#### Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung

- Die HaLT-reaktiv-Fachkräfte nehmen verpflichtend an einer QM-Modulschulung zum Netzwerkmanagement teil (Art und Inhalte dieser Schulung werden in Zusammenarbeit mit den Landeskoordinationen festgelegt).
- Die HaLT-reaktiv-Fachkräfte nehmen verpflichtend am systematischen Datenmonitoring für HaLT-reaktiv teil und senden die

ausgefüllte Dokumentation zu den vereinbarten Terminen an ihre Landeskoordinationsstelle (in Ländern ohne Landeskoordinationsstelle an die hierfür verantwortliche Institution).

- Die HaLT-reaktiv-Fachkräfte intensivieren ihre Kooperationen und bauen bestehende Strukturen und Kooperationen in der Kommune aus. Sie regeln ihre Zusammenarbeit in einer gemeinsamen Kooperationsvereinbarung, entweder mit einer Partnerinstitution oder mit allen für HaLT relevanten Partnerinstitutionen<sup>5</sup>. Das kontinuierliche Schnittstellenmanagement erfolgt mittels Korrespondenz, telefonischer Abstimmung und persönlichen Abstimmungsgesprächen.
- Die Fachkräfte stellen für ihre Kooperationspartner/-innen geeignete HaLT-Materialien bereit, z. B. „Was ist HaLT“-Flyer für Eltern und Jugendliche (kostenlos verfügbar im Login-Bereich der HaLT-Website [www.halt.de](http://www.halt.de)).
- Zur Schnittstellenpflege wird mind. jährlich ein Feedback an die Kooperationspartner/-innen zu den betreuten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen gegeben. Weiterhin wird zur Pflege der Zusammenarbeit der Einsatz von kleinen Aufmerksamkeiten wie Botschaftenkarten empfohlen (vgl. HaLT-Handbuch, 2017, S. B21).

<sup>5</sup> Es gibt Standorte, an denen eine schriftliche Kooperationsvereinbarung die regionale Zusammenarbeit hochschwierig machen würde, oder sie könnte zu einer Konkurrenz mit anderen Präventionsanbieterinnen und -anbietern führen. In diesem Fall wird der Standort gebeten, schriftlich zu erläutern, warum keine Vereinbarung geschlossen wird.

- Die Fachkräfte wirken bei der landesweiten Strategie der Qualitätsentwicklung mit, z. B. bei der Umsetzung und Erprobung neuer Module.
- Systematische Abstimmung mit HaLT-proaktiv (E-Mails, Telefonate, Treffen): Bei Verstößen gegen das Jugendschutzgesetz sollte z. B. eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen HaLT-reaktiv und HaLT-proaktiv erfolgen (siehe Kapitel 4.2.2.2).

### 6.3.3 Präventionsbaustein 2: Modul b „QM-Modul HaLT-reaktiv flexibel“ (regionale Ebene)

#### Ziele

Jeder HaLT-Standort setzt unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten alle zusätzlichen Maßnahmen der Qualitätssicherung und -entwicklung um, welche den neuen Qualitätsanforderungen Rechnung tragen.

Ist der/die HaLT-reaktiv-Koordination gleichzeitig Standort-Koordination, ist er/sie verantwortlich für die Umsetzung der nachfolgend aufgeführten Leistungen, ihre korrekte und fristgerechte Dokumentation und die Qualität der dokumentierten Daten bzw. Leistungen. Die Pauschale hierfür kann pro Standort nur einmal abgerufen werden.

Alle für HaLT-reaktiv tätigen Fachkräfte und Programm-Mitarbeiter/-innen sind für ihren jeweiligen Aufgabenbereich ausreichend qualifiziert und lassen sich in den definierten Abständen rezertifizieren.

#### Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung

- Der/die HaLT-Standort-Koordination (verbindlich) und ggf. weitere HaLT-Fachkräfte (optional) nehmen an den von der Landeskoordinationsstelle angebotenen Landesnetzwerktreffen teil.
- Der/die HaLT-Standort-Koordination und/oder der/die HaLT-reaktiv-Koordination stellt einmal in fünf Jahren eine der Maßnahmen im reaktiven Baustein mittels des Public Health Action Cycles auf den Prüfstand.
- Sind die Bereiche HaLT-reaktiv und HaLT-proaktiv räumlich getrennt, nimmt die HaLT-reaktiv-Koordination an einem von der Standort-Koordination organisierten Abstimmungstreffen teil (mindestens einmal jährlich).
- Ein weiteres Qualitätsmerkmal ist das frühzeitige Aufnehmen von neuen Bedarfen und Lösungsansätzen. Hierzu ist die HaLT-reaktiv-Koordination aufgerufen, bei Bedarf neue Module mit Kurzkonzept einzubringen (siehe Kapitel 4.5).
- Es wird als wichtiges Qualitätsmerkmal die Einrichtung einer Rufbereitschaft am Wochenende vorgehalten, wenn mit Krankenhäusern kooperiert wird. Die Erfahrung zeigt, dass die kontinuierliche Zusammenarbeit nur möglich ist, wenn pro Jahr mindestens 25 Jugendliche und junge Erwachsene alkoholbedingt eingeliefert werden.



### 6.3.4 Präventionsbaustein 3: Modul „Einzelne Präventionsmaßnahmen/Module HaLT-reaktiv“ (regionale Ebene)

**Tabelle 9:**  
**Operationalisierte Präventionsmaßnahmen/Module HaLT-reaktiv**

Präventionsmaßnahmen/Module	Operationalisierung	Datum	Start
Sofort-Intervention für Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene mit/ ohne Elternintervention*	HaLT-Handbuch S. B1 ff	November 2017	Juli 2019
Vertiefungsintervention Risiko-Check (Einzel)	HaLT-Handbuch S. B1 ff	November 2017	Juli 2019
Vertiefungsintervention Risiko-Check (Gruppe)	HaLT-Handbuch S. B35 ff	November 2017	Juli 2019
Multiplikator/-innen-Schulungen HaLT-reaktiv	HaLT-Handbuch S. B11 ff	November 2017	Juli 2019

\* Für eine Förderung der Sofort-Intervention (ebenso wie Sofort-Intervention 18- bis 21-Jährige/Mischkonsum) vom GKV-Bündnis für Gesundheit ist eine Zuweisung durch eine Institution notwendig. Bisher werden folgende Institutionen als Zugangswege genutzt und sind zuweisungsberechtigt: Kliniken, Kinder- und Jugendpsychiatrie, niedergelassene Ärzte, offene Jugendarbeit, Ausbildungsbetriebe, Sanitäter/in, DRK, Schulsozialarbeit, Lehrer/in, Schulen, Jugendgerichte, Polizei, Jugendamt. Zukünftig werden weitere Institutionen, die den Zugang zu der Zielgruppe 18- bis 21-Jährige ermöglichen, hinzukommen.  
Darstellung: Villa Schöpfli

#### 6.3.4.1 Sofort-Intervention für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit/ohne Elternintervention

##### Ziele

Der HaLT-Standort etabliert Kooperationen mit Institutionen, über die der Zugang zu jungen Menschen mit riskantem Alkoholkonsum gelingt. Im HaLT-Programm sind dies bisher insbesondere Krankenhäuser mit einer pädiatrischen Abteilung oder Kinderkliniken, aber auch andere Institutionen und Organisationen wie Schulen, Einrichtungen der Jugendhilfe

und Jugendsozialarbeit oder die Jugendstaatsanwaltschaft. Im Zuge der konzeptionellen Weiterentwicklung von HaLT sollen zudem Kooperationsinstitutionen gewonnen werden, über welche junge Erwachsene im Alter von 18 bis 21 Jahren, die einen schädlichen Alkoholkonsum aufweisen, erreicht werden können. Zum Aufbau neuer Strukturen für diese Zielgruppe werden ab 2020 Modulschulungen angeboten.

Es ist anzustreben, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit riskantem Alkoholkonsum möglichst zeitnah anzusprechen und hierfür

geeignete Wege der Ansprache aufzubauen. Junge Menschen, die alkoholbedingt im Krankenhaus behandelt werden, sollten bevorzugt noch während ihres Krankenhausaufenthaltes kontaktiert werden. Aus Studien ist bekannt, dass Menschen in einer Krankenhaussituation sehr offen gegenüber Gesprächen, Informationen und Anregungen für Verhaltensänderungen sind („teachable moment“) (vgl. HaLT-Handbuch, 2017, S. B1).

Die Intervention soll Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sensibilisieren und unterstützen, ihr Konsumverhalten zu reflektieren. Dabei sollen Gründe für den riskanten Alkoholkonsum identifiziert und im Gespräch Regeln für einen risikokompetenten Alkoholkonsum entwickelt werden, für manche Jugendliche kann das auch Abstinenz bedeuten. Dies ist besonders der Fall, wenn es sich um Kinder und sehr junge Jugendliche handelt und wenn gesundheitliche Einschränkungen gegeben sind, welche jeglichem Alkoholkonsum entgegenstehen (z. B. Vorliegen von Typ-1-Diabetes, regelmäßige Medikamenteneinnahme).

Ferner passt die HaLT-Fachkraft die Intervention an, wenn neben Alkohol weitere Substanzen (insbesondere Cannabis, Ecstasy, NPS) konsumiert werden. Hierzu werden ab 2020 Modulschulungen angeboten und das HaLT-Handbuch ergänzt. Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer hohen psychosozialen Belastung und weitergehendem Unterstützungsbedarf initiiert die HaLT-reaktiv-Fachkraft ihre Einbindung in das regionale Hilfesystem. Da auch dies ein wichtiges Merkmal

der Qualitätssicherung darstellt, sollen hierzu perspektivisch Schulungen angeboten werden.

Eltern<sup>6</sup>, deren Kind aufgrund einer akuten Alkoholvergiftung im Krankenhaus behandelt werden muss, oder die sich aufgrund anderer Vorkommnisse Sorgen um den Alkoholkonsum ihres Kindes machen, haben einen hohen Bedarf an Information und Unterstützung. In der Regel sind sie in dieser Phase sehr offen, ihr Verhalten zu reflektieren und hilfreiche Strategien in ihr Erziehungshandeln zu integrieren.

Die Elternintervention im Rahmen der Sofort-Intervention unterstützt die Eltern dabei, ihre Erziehung so auszurichten, dass von präventiven Effekten auf den Alkoholkonsum ihres Kindes auszugehen ist, insbesondere durch elterliches Monitoring, durch das Aufstellen von Regeln, durch Vorbildverhalten und durch die Gestaltung einer fairen Kommunikationskultur in der Familie (vgl. HaLT-Handbuch, 2017, S. B15). Im Zuge der Elternintervention erhalten Eltern/ Erziehungsberechtigte:

- Informationen zur großen Bedeutung des Elternhandelns und ihrer Möglichkeiten, den Alkoholkonsum ihres Kindes in positiver Weise zu beeinflussen
- Unterstützung zur Förderung ihrer Erziehungskompetenz, wie z. B. Hinweise zur Gestaltung der elterlichen Aufsichtspflichten und der Eltern-Kind-Kommunikation

<sup>6</sup> Mit „Eltern“ sind immer die Erziehungsberechtigten und/ oder die Personen mit der Ausführung der Aufgabe der elterlichen Sorge gemeint.

- Informationen zur protektiven Funktion von sozialen Normen im Umgang mit Alkohol in der Familie (Regeln im Umgang mit Alkohol, Vorbildverhalten der Eltern/Erziehungsberechtigten)
- Ein Gesprächsleitfaden für das Elterngespräch steht HaLT-Fachkräften zur Verfügung.

Die Elternintervention im Rahmen der Sofort-Intervention wird vom GKV-Bündnis für Gesundheit gefördert, wenn eine zuweisende Institution die Eltern/Erziehungsberechtigten aufgrund eines Alkoholmissbrauchs ihres Kindes an das HaLT-Programm vermittelt. Eine Zuweisung kann durch unterschiedliche Institutionen, welche im HaLT-Handbuch aufgeführt sind, erfolgen (2017, S. B 11).

Im Zuge der Qualitätsentwicklung soll perspektivisch die Heterogenität der Zielgruppe – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit schädlichem Alkoholkonsum – stärker als bisher berücksichtigt werden. Neben der geplanten Anpassung der Sofort-Intervention an die 18- bis 21-Jährigen soll im Rahmen des zukünftigen Qualitätsmanagements der Strukturaufbau für die Einbindung von entwicklungsgefährdeten jungen Menschen in das regionale Hilfesystem gestärkt werden.

Mittelfristig soll systematischer als bisher geprüft werden, ob die gesprächsgestützte Sofort-Intervention, die zum Teil eine hohe Introspektionsfähigkeit und ein differenziertes verbales Ausdrucksvermögen verlangt, für alle der Erreichten optimal ist.

#### **Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung**

- Die HaLT-reaktiv-Fachkräfte bauen Zugangswege auf bzw. aus, um Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit riskantem Alkoholkonsum zeitnah mit einem Präventionsangebot zu erreichen.
- HaLT-reaktiv-Fachkräfte führen Beratungsgespräche mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen.
- Bei Minderjährigen werden die Eltern, wann immer möglich, von den HaLT-reaktiv-Fachkräften miteinbezogen.
- Bei einer Krankenhauseinlieferung wird von den HaLT-reaktiv-Fachkräften angestrebt, die Betroffenen zeitnah und bevorzugt noch in der Klinik zu erreichen.
- Zur Strukturierung der Gespräche dienen mindestens Inhalte der HaLT-Gesprächsleitfäden der Villa Schöpflin. Die Gesprächsführung im Rahmen der Intervention basiert auf dem Konzept der Motivierenden Gesprächsführung (vgl. HaLT-Handbuch, 2017, S. B15 ff).
- Die Gespräche werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen dokumentiert.
- Die HaLT-reaktiv-Fachkräfte leiten Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie ihre Eltern bei Bedarf in geeignete Angebote innerhalb des regionalen Hilfesystems weiter.
- Die Dauer beträgt pro Gespräch 45–90 Minuten.

### 6.3.4.2 Vertiefungsintervention Risiko-Check (Einzel)

#### Ziele

Der Risiko-Check Einzel wird empfohlen, wenn sich im Zuge der Sofort-Intervention weiterer Unterstützungsbedarf ergibt. Im Vergleich zum Risiko-Check Gruppe eignet er sich für Kinder und Jugendliche, die im Vergleich zu den Teilnehmenden am Gruppenangebot besonders jung (13 oder jünger) oder besonders alt sind (17 oder älter) und sich daraus andere Schwerpunkte und Zielsetzungen des Risiko-Checks ergeben. Das Einzelsetting eignet sich auch für Jugendliche, die im Rahmen der Sofort-Intervention schambesetzte oder sehr persönliche Belastungen oder Fragestellungen ansprechen. Es wird empfohlen, dass der Risiko-Check Einzel mindestens zwei Gesprächstermine umfasst. Der Risiko-Check greift die Inhalte der Sofort-Intervention noch einmal auf und vertieft sie. Auch bietet er mehr Zeit für die Vermittlung von Risikokompetenz (vgl. HaLT-Handbuch 2017, S. B1) und die Förderung von Lebenskompetenzen (z. B. soziale Kompetenz, Widerstand gegen Gruppendruck und Problembewältigungskompetenz) als das kurze Zeitfenster während der Sofort-Intervention.

Im Risiko-Check Einzel werden die Ziele, die im Rahmen der Sofort-Intervention von der/dem Jugendlichen erarbeitet wurden, nochmals thematisiert und ihre Erreichung überprüft. Dabei wird individuell auf die erzielten Erfolge eingegangen, und hilfreiche Strategien können identifiziert und gewürdigt werden, auch mögliche Hindernisse bei der Zielerreichung werden diskutiert. Formuliert die/der Jugendliche neue

Ziele, können diese mit Unterstützung der HaLT-Fachkraft konkretisiert werden, etwa durch das Festlegen von einzelnen Schritten zur Erreichung eines umfassenden komplexen Ziels. Auf Wunsch kann die/der Jugendliche eine Freundin/einen Freund zum Risiko-Check Einzel mitbringen. Dies ist sinnvoll, da sich Alkoholintoxikationen laut Studienergebnissen fast ausschließlich in einem sozialen Kontext ereignen. Gleichzeitig wird durch die Begleitung durch Freundinnen und Freunde die Teilnahme am Risiko-Check niedrigschwelliger und Jugendliche können sich gegenseitig bei Verhaltensänderungen motivieren und unterstützen.

Ein zentrales Element des Risiko-Checks Einzel ist das Abschlussgespräch. Hierbei wird die HaLT-Intervention als Ganzes noch einmal gemeinsam reflektiert und überprüft, ob weiterer Unterstützungsbedarf besteht, z. B. in Form einer Einbindung in das professionelle Hilfeangebot in der Region (vgl. HaLT-Handbuch, 2017, S. B35).

Falls die Fachkraft es als sinnvoll erachtet, den Risiko-Check zunächst im Einzelsetting durchzuführen und anschließend die Jugendliche/den Jugendlichen in einen Risiko-Check im Gruppensetting einzubinden, kann dies so umgesetzt (und Förderpauschalen hierzu abgerufen) werden.

#### Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung

- Die HaLT-Fachkräfte vertiefen im Gespräch mit den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die an der Sofort-Intervention teilgenommen haben, die Auseinandersetzung mit ihrem Alkoholkonsumverhalten

noch weiter. Es werden zwei, bei Bedarf auch mehr Gesprächstermine empfohlen.

- Die Vertiefungsintervention sollte mit einem Abschlussgespräch enden. Gemeinsam eruieren die Fachkräfte mit den Jugendlichen, ob weitere Unterstützung notwendig ist. Falls ja, strebt die HaLT-Fachkraft an, die Betroffenen in weitere regionale Hilfen einzubinden.
- Die Vertiefungsintervention wird durch Einzelgespräch/e (ggf. auch gemeinsam mit einer Freundin/einem Freund der/des Betroffenen) gestaltet.
- Der zeitliche Umfang orientiert sich am Bedarf und den Möglichkeiten des Einzelfalls<sup>7</sup>.

#### 6.3.4.3 Vertiefungsintervention Risiko-Check (Gruppe)

Der Risiko-Check Gruppe dauert zwischen 90 und 240 Minuten.<sup>8</sup> Er zielt darauf ab, die Sofort-Intervention zu vertiefen und die Effekte zu verstärken.

Da die allermeisten Jugendlichen den Alkohol, der zur Intoxikation führt, in der Peer-Group konsumierten und soziale Normen und Gruppendruck eine Rolle spielten, eignet sich das

Gruppensetting besonders gut, um an diesen Einflussfaktoren zu arbeiten. Auch bietet es die Möglichkeit, eine eskalierende Gruppendynamik (Wetttrinken, Trinkspiele) zu reflektieren. Das Gruppensetting bietet die Möglichkeit, mit interaktiven und erlebnispädagogischen Elementen die Vermittlung von Risikokompetenz handlungsorientiert und im gemeinsamen Erleben in der Gruppe zu fördern. Gemeinsame Erlebnisse und das angeleitete Eingehen von Risiken (etwa im Klettergarten) machen es einfacher, über Gruppendruck zu sprechen, Entscheidungen zu reflektieren oder Safer-Use-Regeln im Umgang mit Alkohol zu entwickeln.

Die Peergroup ist nicht nur Risikoraum, sondern bietet auch Schutz und ist eine wichtige Ressource für Jugendliche. Die Wirksamkeit des Gruppenangebotes wurde 2016 in einer Studie belegt: Bei Jugendlichen, die an diesem Angebot teilgenommen hatten, blieb die Häufigkeit von Rauschtrinken im weiteren Verlauf konstant, während Nicht-Teilnehmende die Häufigkeit ihres Rauschtrinkens mehr als verdoppelten (HaLT-Handbuch 2017, B 35). Diese positiven Ergebnisse beziehen sich allerdings auf ein umfangreiches Gruppenangebot und können auf die geplante kurze Gruppenintervention nicht ohne weiteres übertragen werden.

Ein zentrales Element des Risiko-Checks Gruppe bildet das Abschlussgespräch. Hierbei wird die HaLT-Intervention als Ganzes noch einmal gemeinsam mit der/dem Jugendlichen reflektiert und überprüft, ob weiterer Unterstützungsbedarf besteht, z. B. in Form einer Einbindung in

<sup>7</sup> Gemäß HaLT-Handbuch: ein bis drei Einzelgespräche à 60 Minuten

<sup>8</sup> Da die Förderpauschale für den Risiko-Check im Gruppensetting im Zuge der neuen Konzeption, unabhängig von seiner Dauer, 200 Euro beträgt, gilt die Empfehlung aus dem HaLT-Handbuch, das Gruppenangebot auf mindestens vier Stunden anzulegen (Villa Schöpflin, 2017), während der Testphase nicht mehr. Mit einer Pauschale von 200 Euro (Personal- und Sachkosten) ist die Durchführung eines mindestens halbtägigen Gruppenangebotes inklusive erlebnispädagogischer Elemente an vielen Standorten vermutlich nicht ohne ein finanzielles Defizit zu erbringen. Erfahrungen aus der Testphase sollen zeitnah berücksichtigt und eingearbeitet werden.

das professionelle Hilfeangebot in der Region (vgl. HaLT-Handbuch, 2017, S. B35).

#### **6.3.4.4 Multiplikator/-innen-Schulung HaLT-reaktiv**

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Kliniksetting, aus der Jugendarbeit und Jugendhilfe sind wichtige Kooperationspartner/-innen, um Jugendliche mit schädlichem Alkoholkonsum zu erreichen. Durch Schulungen für diese Fachkräfte sollen ihre Sensibilität und ihr Wissen zu riskantem Alkoholkonsum im Jugendalter erhöht und das HaLT-Angebote bekannt gemacht werden. Dies soll dazu führen, dass riskant konsumierende Jugendliche möglichst frühzeitig in HaLT eingebunden werden können.

Die Schulungen dienen zunächst der Informationsvermittlung, gleichzeitig bilden sie eine gute Grundlage, um Kontakte zu knüpfen oder zu vertiefen und sinnvolle Kooperationswege zu eruieren und aufzubauen.

Die HaLT-Fachkraft stellt dabei Informationsmaterialien zum Thema Alkohol sowie Materialien, welche eine Überleitung in das HaLT-Programm ermöglichen, zur Verfügung. Präsentationen für Schulungen, Materialien und Verweise zu Schulungskonzepten finden sich im HaLT-Handbuch (vgl. HaLT-Handbuch, 2017, S. B 14).

#### **Ziele**

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, insbesondere Ärztinnen/Ärzte, Pflegepersonal, Lehrkräfte sowie Fachkräfte der Jugendhilfe und Jugendsozialarbeit sind für die Problematik des jugendlichen Alkoholmissbrauchs sensibilisiert, über das HaLT-Programm informiert und wissen, wie sie riskant konsumierende Jugendliche in HaLT-reaktiv ansprechen und einbinden können.

#### **Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung**

- HaLT-reaktiv-Fachkräfte informieren und schulen im Rahmen einer Veranstaltung aktuelle oder potentielle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.
- Sie stellen den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren alle relevanten Informationen zur Verfügung, um eine Einbindung von riskant konsumierenden Jugendlichen in das HaLT-Programm einleiten zu können.
- Die HaLT-Fachkräfte geben unterstützende Materialien an die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren weiter (z. B. Was ist HaLT-Flyer für Eltern) (vgl. HaLT-Handbuch, 2017, S. B13).

## 6.4 Die Umsetzung des modularisierten Konzepts auf regionaler Ebene – HaLT-proaktiv

Die Umsetzung des modularisierten Konzepts von HaLT-proaktiv auf der regionalen Ebene wird in Tabelle 10 dargestellt.

### Übersicht HaLT-proaktiv

**Tabelle 10:**  
Präventionsbausteine und -module HaLT-proaktiv auf regionaler Ebene (Standorte)

#### Modul (einmalig)

**Qualitätsgesicherte Implementierung der neuen Rahmenkonzeption:** Die damit verbundenen Einzelmaßnahmen unterscheiden sich in den Funktionen HaLT-proaktiv-Koordinator/-in, HaLT-reaktiv-Koordinator/-in und HaLT-Standort-Koordinator/-in (siehe 6.2.1)

#### Präventionsbausteine

1. Basis der Arbeit:  
**Netzwerkmanagement/Koordination**  
Finanzierung: Kommune, Landkreis, Stiftung, Spenden etc.

2. **Qualitätsmanagement und -entwicklung**  
Label: GKV-zertifizierte Qualität

3. **Einzelne Präventionsmaßnahmen/ Module HaLT-proaktiv**  
Label: GKV-zertifizierte Qualität

#### Module (fortlaufend)

- **Klassische Koordinations- und Vernetzungsaufgaben** von HaLT am Standort: Fortführung bisheriger Aufgaben und ihrer Finanzierung (Eigenleistung)
- **Multiplikator/-innen-Schulungen HaLT-proaktiv (Vereine, Festveranstalter, Jugendschutz etc.)** (Eigenleistung)
- a) neu: **QM-Modul HaLT-proaktiv pauschal** (verpflichtend)
- b) neu: **QM-Module HaLT-proaktiv flexibel** (optionale Präventionsmaßnahmen)
- Präventionsmaßnahmen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
- Präventionsmaßnahmen für Eltern
- Umfassende Jugendschutzmaßnahmen
- Kommunale Öffentlichkeitsarbeit/alkoholpolitische Lobbyarbeit

Darstellung: Villa Schöpflin

#### 6.4.1 Präventionsbaustein 1: Modul „Klassische Koordinations- und Vernetzungsaufgaben“ und Modul „Multiplikator/-innen-Schulungen HaLT-proaktiv“ (regionale Ebene)

##### Ziele

Dieses Modul zielt auf die Umsetzung der klassischen Koordinationsaufgaben auf regionaler Ebene. Alle relevanten Zielgruppen sollen informiert und, wo sinnvoll, miteinbezogen werden. Ein Kernelement von HaLT seit dem Programmstart ist die Einordnung der kommunalen Alkoholprävention als Querschnittsaufgabe in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung. Die Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements und die häufig daraus sich ableitende Kooperation, z. B. bei Festveranstaltungen, in Vereinen, mit der Kommune (Ordnungsamt, Jugendschutz) oder der Polizei, ermöglicht es, Menschen in den verschiedensten kommunalen Bereichen anzusprechen und als Verantwortliche für die Alkoholprävention in ihrem jeweiligen Wirkungsbereich zu gewinnen.

##### Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung

- Strukturelle Verankerung von HaLT in der Kommune: Politisch verantwortliche Personen sind über (das neue) HaLT-Konzept informiert, die Information hat in einem für die regionale Prävention relevanten politischen Gremium stattgefunden.
- Der/die HaLT-proaktiv-Koordination (ggf. mit Standort-Koordination) informiert in regelmäßigen Abständen in politischen Gremien über das HaLT-Programm.

- Der/die HaLT-proaktiv-Koordination (ggf. mit Standort-Koordination) nimmt an regionalen Gremien und Arbeitsgruppen teil.
- Der/die HaLT-proaktiv-Koordination kommuniziert mit Netzwerkpartnerinnen und -partnern in der Kommune.
- Der/die HaLT-proaktiv-Koordination stimmt sich mit anderen Akteurinnen und Akteuren der Prävention ab, insbesondere mit Trägern, welche sich ebenfalls der Prävention widmen und Trägern, welche die gleiche Zielgruppe ansprechen.
- Der/die HaLT-proaktiv-Koordination stimmt sich regelmäßig mit der HaLT-Landeskoordinationsstelle ab.
- HaLT-Fachkräfte und -Mitarbeiter/-innen führen Multiplikatorinnen- und Multiplikatoren-Schulungen durch, etwa für Vereine und Festveranstalter/-innen.

Die Leistungen der klassischen Koordinationsaufgaben in diesem Präventionsbaustein sind im HaLT-Handbuch operationalisiert (vgl. HaLT-Handbuch, 2017, S. C1 ff). Ebenso ist die Durchführung der Multiplikator/-innen-Schulungen HaLT-proaktiv dargestellt:

- Schulungen für Verkaufspersonal (vgl. HaLT-Handbuch, 2017, S. C11 ff)
- Planung von Festveranstaltungen, welche häufig in Zusammenarbeit mit den Ordnungsämtern oder der Abteilung Jugendschutz der Kommunen durchgeführt wird (vgl. HaLT-Handbuch, 2017, S. C14 ff).



#### 6.4.2 Präventionsbaustein 2: Modul a „QM-Modul HaLT-proaktiv pauschal“ (regionale Ebene)

##### Ziele

Das neue QM-Modul ist zentral für die Qualitätssicherung und -entwicklung, eines der wichtigsten Module ist dabei das neue Datenmonitoringsystem. Diesem kommt dabei nicht nur eine Dokumentationsfunktion zu, sondern es bildet gleichzeitig ein Steuerungsinstrument für die inhaltliche Weiterentwicklung des HaLT-Programms und für Qualitätsmanagement und -entwicklung.

Auch der Auf- und Ausbau von kommunalen Strukturen bilden ein zentrales Element der Qualitätsentwicklung: gegenseitige Information, Abstimmung und ggf. Kooperationen. Es sollen schwerpunktmäßig Kooperationen zu Anbieterinnen und Anbietern, welche ebenfalls Prävention leisten oder welche ebenfalls mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen arbeiten, eingegangen oder ausgebaut, gefestigt und intensiviert werden. Wo es sinnvoll ist, soll die Intensivierung der Zusammenarbeit über schriftliche Kooperationsvereinbarungen erfolgen, da diese die erforderliche Kontinuität bei einem Personalwechsel gewährleisten und zu einer Verstärkung beitragen.

Da bei Verstößen gegen das Jugendschutzgesetz positive Praxiserfahrungen hinsichtlich einer strukturierten Zusammenarbeit zwischen HaLT-reaktiv und HaLT-proaktiv vorliegen, sollte diese, falls regional sinnvoll und möglich, umgesetzt werden. In einem definierten Ablaufplan wird zwischen den HaLT-reaktiv- und

-proaktiv-Fachkräften geregelt, wie Verkaufsstellen, die gegen das Jugendschutzgesetz verstoßen haben, im Zusammenhang mit einer akuten Alkoholintoxikation einer/eines Jugendlichen kontaktiert werden mit dem Ziel, die Einhaltung des Jugendschutzgesetzes zu verbessern und ggf. Verkaufsstellen zu schulen. Ein Ablaufplan und eine Briefvorlage für die Verkaufsstellen wurden im Zuge der konzeptionellen Weiterentwicklung neu auf der HaLT-Homepage zum Download zur Verfügung gestellt.

##### Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung

- Die HaLT-proaktiv-Fachkräfte nehmen verpflichtend an einer QM-Modulschulung zum Netzwerkmanagement teil (Inhalte und Art der Durchführung wird in Zusammenarbeit mit den Landeskoordinationen geplant).
- Die HaLT-proaktiv-Fachkräfte nehmen verpflichtend am systematischen Datenmonitoring für HaLT-proaktiv teil und senden die ausgefüllte Dokumentation zu den vereinbarten Terminen an ihre Landeskoordinationsstelle (in Ländern ohne Landeskoordination an die hierfür verantwortliche Institution).
- Die HaLT-proaktiv-Fachkräfte unterstützen den/die Standort-Koordination beim systematischen Datenmonitoring für die Tätigkeiten in ihrem Arbeitsfeld, sodass die ausgefüllte Dokumentation fristgerecht an die jeweilige Landeskoordinationsstelle verschickt werden kann (in Ländern ohne Landeskoordination an die hierfür verantwortliche Institution).
- Die HaLT-proaktiv-Fachkräfte intensivieren bestehende Strukturen und Kooperationen in der Kommune und bauen neue auf. Wo

immer möglich, konkretisieren die regionalen Netzwerkpartner/-innen ihre Zusammenarbeit in einer gemeinsamen Kooperationsvereinbarung. Das kontinuierliche Schnittstellenmanagement erfolgt mittels Korrespondenz, telefonischer Abstimmung und persönlichen Abstimmungsgesprächen.

- Die Fachkräfte stellen für ihre Kooperationspartner/-innen geeignete HaLT-Materialien bereit, z. B. Tipps für Festveranstaltungen und Sportvereine oder Materialien für die Schulen (kostenlos verfügbar im Login-Bereich der HaLT-Website; [www.halt.de](http://www.halt.de)).
- Die HaLT-proaktiv-Fachkräfte wirken bei der landesweiten Qualitätsentwicklung mit, z. B. bei der Umsetzung und Erprobung neuer Module.
- Ggf. ist die HaLT-proaktiv-Fachkraft auch für die Standortkoordination verantwortlich und sorgt in dieser Funktion für den Austausch zwischen HaLT-reaktiv- und HaLT-proaktiv.

#### 6.4.3 Präventionsbaustein 2: Modul b „QM-Modul HaLT-proaktiv flexibel“ (regionale Ebene)

##### Ziele

Jeder HaLT-Standort setzt unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten alle zusätzlichen Maßnahmen der Qualitätssicherung und -entwicklung um, welche aufgrund der neuen Qualitätsanforderungen sinnvoll sind.

Der/die Standort-Koordination verantwortet die Umsetzung der nachfolgend aufgeführten Leistungen, ihre korrekte und fristgerechte Dokumentation und die Qualität der dokumentierten

Daten bzw. Leistungen. Die Pauschale hierfür kann pro Standort nur einmal abgerufen werden.

Alle für HaLT tätigen Fachkräfte und Programmmitarbeiter/-innen sind für ihren jeweiligen Aufgabenbereich ausreichend qualifiziert und lassen sich in den definierten Abständen rezertifizieren.

##### Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung

- Der/die HaLT-Standort-Koordination (verbindlich) und ggf. weitere HaLT-Fachkräfte (optional) nehmen an den von der Landeskoordinationsstelle angebotenen Landesnetzwerktreffen teil.
- Sind die Bereiche HaLT-reaktiv und HaLT-proaktiv räumlich getrennt, organisiert der/die Standort-Koordination einmal jährlich ein Abstimmungstreffen.
- Der/die HaLT-Standort-Koordination und/oder der/die HaLT-proaktiv-Koordination stellt mindestens einmal im Förderzeitraum eine der proaktiv-Maßnahmen mittels des Public Health Action Cycles auf den Prüfstand.
- Für eine praxisnahe und bedarfsgerechte Weiterentwicklung von HaLT bringt der/die Standort-Koordination ein neues HaLT-Modul bzw. eine neue HaLT-Leistung (bausteinübergreifend oder HaLT-proaktiv) mit einem Kurzkonzept ein (bei Bedarf) (siehe Kapitel 4.5).

#### 6.4.4 Präventionsbaustein 3: Modul „Einzelne Präventionsmaßnahmen HaLT-proaktiv“ (regionale Ebene)

im HaLT-Handbuch aufgeführt, ergänzende Materialien werden im Handbuch oder über die HaLT-Homepage zur Verfügung gestellt.

Seit Programmstart bilden im proaktiven Baustein Alkoholpräventionsmaßnahmen für unterschiedliche Zielgruppen im kommunalen Setting einen Schwerpunkt von HaLT. Diese richten sich sowohl an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren als auch an Eltern und an Jugendliche direkt. Inhalte und Methoden dieser Maßnahmen sind

**Tabelle 11:**  
Operationalisierte Präventionsmaßnahmen/Module HaLT-proaktiv

Präventionsmaßnahmen/Module	Operationalisierung	Datum	Start
Präventionsmaßnahmen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene: <b>Planung von Klassenfahrten und Schulfesten, Lehrerfortbildungen</b>	HaLT-Handbuch, S. C32 f	November 2017	Januar 2020
Präventionsmaßnahmen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene: <b>Tom &amp; Lisa-Workshops</b>	HaLT-Handbuch, S. C34 ff	November 2017	Januar 2020
Präventionsmaßnahmen für Eltern: <b>Elternabende</b>	HaLT-Handbuch, S. C34 ff	November 2017	Januar 2020
Umfassende Jugendschutzmaßnahmen: <b>Alkoholtestkäufe*</b>	HaLT-Handbuch, S. B1 ff	November 2017	Januar 2020
Umfassende Jugendschutzmaßnahmen: <b>Einsatz von Jugendschutzteams*</b>	HaLT-Handbuch, S. C17 ff	November 2017	Januar 2020
Umfassende Jugendschutzmaßnahmen: <b>Zertifizierung von Vereinen; Alkoholpräventionsworkshops*</b>	HaLT-Handbuch, S. C25 ff; HaLT-Handbuch, S. C29 ff	November 2017	Januar 2020
Kommunale Öffentlichkeitsarbeit/alkoholpolitische Lobbyarbeit: <b>Umfassende alkoholbezogene Maßnahmen</b>	Abhängig von der jew. organisierenden Institution	Abhängig von der jew. Maßnahme	Januar 2020

\* Verantwortung: Kommune

Darstellung: Villa Schöpflin

#### 6.4.4.1 Präventionsmaßnahmen/Module für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

##### Ziele

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene erhalten im Rahmen der universellen Prävention:

- Information zu Wirkung und Gefahren von Alkohol
- Anregung zur Selbstreflexion (Trinkmotive, Trinkmengen)
- Beeinflussung sozialer Normen, Stärkung alkoholkritischer Haltungen
- Stärkung von Widerstand gegen Gruppendruck
- Vermittlung von Risikokompetenz

HaLT-Fachkräfte führen zur Erreichung der Ziele unterschiedliche universelle Präventionsmaßnahmen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene durch. Dazu zählt beispielsweise der evaluierte Alkoholpräventionsworkshop „Tom & Lisa“, welcher auch Lebenskompetenzansätze beinhaltet (vgl. HaLT-Handbuch, 2017, S. C35). In Zukunft zählen hierzu auch die neu zu entwickelnden Programme für 18- bis 21-Jährige in Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol im Straßenverkehr (siehe Kapitel 5.2.4) oder die Maßnahme zur Prävention von FASD und FAS (siehe Kapitel 5.2.5).

##### Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung

- Es wird eine mindestens 90-minütige Veranstaltung für Kinder, Jugendliche und/oder junge Erwachsene, basierend auf einem evaluierten Konzept, organisiert und durchgeführt. Die Maßnahme kann auch ein

mehrteiliger Kurs sein wie z. B. der „Tom & Lisa“-Workshop für die Alkoholprävention in Schulklassen.

- Die Veranstaltung wird mit anderen Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung für die Zielgruppe abgestimmt bzw. in bestehende umfassende Konzepte eingebettet.
- Gegebenenfalls vorhandene HaLT-Materialien für die Zielgruppe werden weitergegeben.

#### 6.4.4.2 Präventionsmaßnahmen/Module für Eltern<sup>9</sup>

##### Ziele

Eltern/Erziehungsberechtigte erhalten:

- Informationen zur großen Bedeutung des Elternhandelns bezüglich des Alkoholkonsums ihres Kindes
- Unterstützung zur Förderung ihrer Erziehungskompetenz, wie z. B. Hinweise zur Gestaltung der elterlichen Aufsichtspflichten und der Eltern-Kind-Kommunikation
- Informationen zur protektiven Funktion von sozialen Normen im Umgang mit Alkohol in der Familie (Regeln im Umgang mit Alkohol, Vorbildverhalten der Eltern/Erziehungsberechtigten)

<sup>9</sup> Die Präventionsmaßnahmen/Module für Eltern finden im Rahmen des proaktiven Bausteins von HaLT statt und verfolgen das Ziel, schädlichen Alkoholkonsum bei Heranwachsenden präventiv zu vermeiden. Die Präventionsmaßnahmen/Module umfassen Kleingruppenformate für die Eltern.

**Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung**

- Es wird eine mindestens 90-minütige Veranstaltung/E-Intervention für Eltern bzw. Erziehungsberechtigte geplant, organisiert und umgesetzt. Die Veranstaltung kann auch ein mehrteiliger Elternkurs (nach einem evaluierten Konzept) sein.
- Gegebenenfalls vorhandene HaLT-Materialien für die Zielgruppe werden ausgeteilt.

Mit der Weiterentwicklung von evidenzbasierten Handlungsempfehlungen für Eltern im Umgang mit dem Alkoholkonsum ihrer Kinder befasst sich zurzeit eine explorative Studie im Rahmen des Verbundantrages „Verbesserung der Qualität von Maßnahmen und Strukturen der Alkoholprävention in den Lebenswelten Kommune und Schule im Rahmen des HaLT-Programms“ des Wissenschaftlichen HaLT-Netzwerkes. Ergebnisse der Studie können zur Weiterentwicklung bestehender HaLT-Materialien bzw. zur Überarbeitung von Präventionsmaßnahmen für Eltern verwendet werden, da bei bestehenden Handlungsempfehlungen relevante Konsumsettings wie das so genannte Vorglühen zu Hause noch nicht berücksichtigt worden sind. Die auf der Grundlage der explorativen Studie weiterentwickelten Handlungsempfehlungen können anschließend im Rahmen eines Elternkurses ausgeteilt werden sowie beim bereits bestehenden Elterninterview im Klassenworkshop „Tom & Lisa“ inhaltlich berücksichtigt werden.

**6.4.4.3 Umfassende Jugendschutzmaßnahmen<sup>10</sup>****Ziele**

Einhaltung des Jugendschutzgesetzes in verschiedenen kommunalen Settings:

- Verkaufsstellen: Alkoholtestkäufe
- Festveranstaltungen, Freizeitsetting: Einsatz von Jugendschutzteams
- Vereine: Zertifizierung von Vereinen, Trainerrinnen und Trainern etc.

**Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung**

- Es wird eine zeitlich umfassende Jugendschutzmaßnahme (ab vier Stunden bis mehr-tägig) durchgeführt.
- Dazu zählen z. B. die Planung und Durchführung von Alkoholtestkäufen (vgl. HaLT-Handbuch, 2017, S. C6), die Organisation und der Einsatz von Jugendschutzteams bei Festen und die Zertifizierung von Vereinen als jugendfreundlicher Verein (vgl. HaLT-Handbuch, 2017, S. C17, 25).

**6.4.4.4 Kommunale Öffentlichkeitsarbeit/ alkoholpolitische Lobbyarbeit<sup>11</sup>****Ziele**

Die HaLT-Fachkräfte informieren politische Verantwortliche, Kooperationspartner/-innen, pädagogische Bezugspersonen von Kindern und

<sup>10</sup> Jugendschutzmaßnahmen sind eine Kernaufgabe der Kommune und werden daher nicht über das GKV-Bündnis für Gesundheit gefördert.

<sup>11</sup> Kommunale Öffentlichkeitsarbeit ist eine Kernaufgabe der Kommune und wird daher nicht über das GKV-Bündnis für Gesundheit gefördert.

Jugendlichen sowie ihre Eltern über wirksame verhältnispräventive Maßnahmen und fördern alkoholkritische Normen.

Die Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit zu strukturellen und politischen Maßnahmen der Alkoholprävention führt zu gewachsenem Hintergrundwissen in der Bevölkerung und kann die Akzeptanz für strukturelle und politische Maßnahmen zur Reduktion von problematischem Alkoholkonsum erhöhen. Damit werden übergeordnete präventionspolitische Maßnahmen auf die kommunale Ebene getragen. Damit soll den vielfältigen Studienergebnissen Rechnung getragen werden, dass strukturelle und politische Maßnahmen eine hohe Wirksamkeit entfalten.

#### **Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung**

Der Standort organisiert und veranstaltet eine öffentlichkeitswirksame Präventionsmaßnahme mit kommunalem Bezug. Dies sind beispielsweise Aktionen und Kampagnen, die darauf abzielen, dass Kinos auf Alkoholwerbung bei Kinder-, Jugend- und Familienfilmen verzichten, oder Informationsstände/Aktionen zur Sensibilisierung der breiten Öffentlichkeit für einen risikoarmen Alkoholkonsum/Abstinenz, die in landes- oder bundesweite Aktionen (z. B. Aktionswoche Alkohol der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen oder Aktivitäten im Rahmen der Aktionswoche für Kinder suchtkranker Eltern) eingebettet sind.

## 7 DIE AUSBILDUNG DER FACHKRÄFTE BASIERT AUF DEM NEUEN HALT-QUALIFIZIERUNGSKONZEPT

Qualitativ hochwertige Prävention braucht gut qualifizierte Fachkräfte. „Für Präventionsfachkräfte [...] sind verbindliche Aus-, Weiter- und Fortbildungen einzuführen, die zu dieser anspruchsvollen Tätigkeit befähigen“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2014, S. 7). Dabei scheint die primäre Berufsausbildung, beispielsweise ein Studium der Psychologie oder Pädagogik, nicht allein entscheidend zu sein, sondern auch eine gezielte Weiterbildung zum Präventionsprogramm selbst, ein systematisches Monitoring oder gezielte Supervisionen während der Programmdurchführung. Solche Maßnahmen sichern neben dem Aufbau der notwendigen programmspezifischen Kompetenzen offenbar auch die Aufrechterhaltung der Motivation und des Commitments (Beelmann, 2014).

Das bestehende HaLT-Qualifizierungskonzept soll ausgebaut und stärker standardisiert werden, um die Qualifizierung der Programmverantwortlichen und ihre fortlaufende fachliche Begleitung zu gewährleisten. HaLT-Schulungen können auf einer insgesamt sehr hohen Qualifikation der Präventionsfachkräfte aufbauen, 93 % verfügen über einen fachspezifischen Hochschulabschluss (Flatters et al., 2018).

Zukünftige Anforderung an alle neuen Fachkräfte, die im HaLT-Programm arbeiten, ist deren Teilnahme an einer HaLT-Zertifizierungsschulung (bisher haben nur 75 % eine HaLT-Schulung absolviert) (Flatters et al., 2018). Alle neuen HaLT-Fachkräfte sind verpflichtet, innerhalb eines Jahres nach Beginn ihrer Tätigkeit an einer solchen Schulung teilzunehmen. Studierende aus Studiengängen mit psychosozialen Gesundheitsbezug können im Ausnahmefall, sofern sie

bereits vor dem 1. Januar 2020 für Wochenend-rufbereitschaften eingesetzt wurden, interimswise bis maximal zum 31. Dezember 2020 weiterhin eingesetzt werden.

Um Aus- und Weiterbildungen zukünftig als Voraussetzung für eine Förderung durch das GKV-Bündnis für Gesundheit definieren zu können, werden die diesbezüglichen Leistungen der Standorte und Landeskoordinationen als integrale Bestandteile von Qualitätssicherung und -entwicklung modularisiert.

### 7.1 Wissen und Handlungskompetenzen der HaLT-Landeskoordinationen

#### HaLT-Landeskoordination

Im Rahmen des neuen Konzepts erwerben alle neuen HaLT-Landeskoordinationen die nachfolgend beschriebenen Kenntnisse und Handlungskompetenzen, vermittelt durch eine HaLT-Zertifizierungsschulung für neue HaLT-Fachkräfte sowie durch eine daran angliedernde ca. dreistündige Schulung speziell für die Landeskoordination:

1. Kenntnis der Rahmenkonzeption „Ein neues QM- und Förderkonzept für HaLT“ in der jeweils gültigen Fassung
2. Wissen zur neuen Struktur und zum Fördersystem (Beteiligte, Abläufe etc.) von HaLT in Deutschland und im eigenen Bundesland
3. Gute Kenntnisse über das neue Datenmonitoring
4. Allgemeine Kenntnisse zur Entwicklung von HaLT in Deutschland seit 2003 (HaLT-Handbuch, 2017, S. A7–A12)

5. Kenntnisse zur wissenschaftlichen Begründung von HaLT im reaktiven und proaktiven Baustein (u. a. HaLT-Handbuch, 2017, S. D1 ff)
6. Kenntnisse zu den wissenschaftlich fundierten Konzepten der kommunalen Alkoholprävention und die diesbezüglichen Programmelemente von HaLT (HaLT-reaktiv und HaLT-proaktiv)
7. Kenntnisse zur Prävalenz und Entwicklung von Alkoholkonsum, Rauschtrinken und stationär behandelten Alkoholintoxikationen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (u. a. HaLT-Handbuch, 2017, S. A1–A6) und die Einordnung dieses Phänomens
8. Kenntnis und Einordnung der Studien im Rahmen von HaLT bzw. Studien zu Jugendlichen nach stationär behandelter Alkoholintoxikation und zur kommunalen Alkoholprävention (Übersicht und Kurzdarstellung im HaLT-Handbuch, 2017, S. D1–D54)
9. Kenntnis von aktuell laufenden Studien innerhalb des bundesweiten HaLT-Netzwerkes
10. Kenntnis der aktiven HaLT-Standorte im eigenen Bundesland mit Kontaktdaten der Standort-Koordinatoren
11. Kompetenzen im Netzwerkmanagement und in der Organisation und Moderation von Netzwerktreffen für die HaLT-Standorte
12. Kenntnisse über die Aktivitäten von HaLT bundesweit und die Aktivitäten der Alkoholprävention im eigenen Bundesland
13. Grundlegende Kenntnisse im Bereich Öffentlichkeitsarbeit und die zum HaLT-Programm vorliegenden Materialien

**HaLT-Standort-Koordination sowie jeweils Koordination des reaktiven und proaktiven Bausteins:**

Die im Folgenden beschriebenen Kenntnisse und Handlungskompetenzen erwerben die HaLT-Koordinatoren der Standorte sowie die HaLT-reaktiv- und proaktiv-Fachkräfte im Rahmen einer HaLT-Zertifizierungsschulung:

1. Kenntnis der Rahmenkonzeption „Ein neues QM- und Förderkonzept für HaLT“ in der jeweils gültigen Fassung
2. Wissen zur neuen Struktur und zum Fördersystem von HaLT in Deutschland und im eigenen Bundesland
3. Anwenderkenntnisse bezogen auf das Datenmonitoring
4. Allgemeine Kenntnisse zur Entwicklung von HaLT in Deutschland seit 2003 (HaLT-Handbuch, 2017, S. A7–A12)
5. Kenntnisse zur wissenschaftlichen Begründung von HaLT im reaktiven und proaktiven Baustein (u. a. HaLT-Handbuch, 2017, S. D1 ff)
6. Kenntnisse zu den wissenschaftlich fundierten Konzepten der kommunalen Alkoholprävention und die diesbezüglichen Programmelemente von HaLT (HaLT-reaktiv und HaLT-proaktiv)
7. Kenntnisse zur Prävalenz und Entwicklung von Alkoholkonsum, Rauschtrinken und stationär behandelten Alkoholintoxikationen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (u. a. HaLT-Handbuch, 2017, S. A1–A6)
8. Kenntnis und Einordnung der Studien im Rahmen von HaLT bzw. Studien zu Jugendlichen nach stationär behandelter Alkoholintoxikation und zur kommunalen



Alkoholprävention (Übersicht und Zusammenfassung im HaLT-Handbuch, 2017, S. D1–D54)

9. Überblick über aktuell laufende Studien sowie suchtpräventive Aktivitäten im eigenen Bundesland
10. Kompetenzen im Netzwerk-/Schnittstellenmanagement, im Strukturaufbau und in der Steuerung von kommunalen Veränderungsprozessen
11. Grundlegende Kenntnisse im Bereich Öffentlichkeitsarbeit und über die zum HaLT-Programm vorliegenden Materialien

**Koordination HaLT-proaktiv zusätzlich:**

1. Kenntnisse zur strukturellen Verankerung des Programms in der Kommune (relevante Partner/-innen, Abläufe, politische Strukturen, Qualitätsentwicklung im Netzwerkmanagement etc.)
2. Umfassende Kenntnisse zu den relevanten Gesetzen, insbesondere zum Jugendschutzgesetz
3. Kenntnisse über die verschiedenen Zielgruppen von HaLT-proaktiv (Gemeinde, Festveranstalter, Gastronomie, Lebensmitteleinzelhandel, Schulen, Vereine etc.), Ansprache und Berücksichtigung der jeweiligen Rahmenbedingungen und des Settings
4. Kenntnisse über verschiedene proaktive Alkoholpräventionsmaßnahmen, z. B. Modul für 18- bis 21-Jährige, FASD-Modul, Alkoholtestkäufe, Schulung von Verkaufspersonal, Einsatz von Jugendschutzteams (vgl. HaLT-Handbuch, 2017, S. C1 ff)
5. Allgemeine Kenntnisse über HaLT-reaktiv (vgl. HaLT-Handbuch, 2017, S. B1 ff)

**Koordination HaLT-reaktiv und HaLT-reaktiv-Fachkräfte zusätzlich:**

1. Kenntnisse zur Zielgruppe von HaLT-reaktiv sowie zu Konzept und Ablauf von HaLT-reaktiv im Detail (Überleitung in HaLT-reaktiv, Aufgaben- und Rollenverteilung)
2. Kenntnisse und Handlungskompetenzen zum Schnittstellenmanagement (Schnittstellenaufbau und -pflege) mit der Klinik und anderen kooperierenden Institutionen
3. Kenntnisse über die Rufbereitschaft am Wochenende (Bedeutung, Einführung und Beibehaltung)
4. Kenntnisse und Handlungskompetenzen in Motivierender Gesprächsführung mit konsumierenden Jugendlichen und deren Eltern und Thematisierung mindestens der im HaLT-Gesprächsleitfaden aufgeführten Themen. Kenntnisse und Handlungskompetenzen mit jungen Erwachsenen und im Fall von Mischkonsum sollen im Zuge der Weiterentwicklung von HaLT über Schulungen vermittelt werden.
5. Grundlegende Kenntnisse und Handlungskompetenzen im Erkennen von in ihrer gesunden Entwicklung gefährdeten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Kenntnis über Risiko- und Schutzfaktoren). Vertiefte Kenntnisse und Kompetenzen sollen im Zuge der Weiterentwicklung von HaLT über Schulungen ausgebaut werden.

6. Kenntnisse über die rechtlichen Grundlagen in Zusammenhang mit der Entbindung von der Schweigepflicht und der Weitergabe von Informationen bei einer vermuteten Kindeswohlgefährdung. Umfassende Informationen hierzu werden im Rahmen der Modularisierung dieses neuen Angebotes ab 2021 zur Verfügung gestellt.
7. Kenntnisse über das regionale Hilfesystem mit den relevanten Ansprechpersonen
8. Grundlegende Kenntnisse über HaLT-proaktiv (vgl. HaLT-Handbuch, S. C1 ff)

## 7.2 Qualifikationsvoraussetzungen der Präventionsfachkräfte an den Standorten

Die Qualifikationsvoraussetzungen orientieren sich an der jeweiligen Rolle und Aufgabe im HaLT-Programm.

### Qualifikationsvoraussetzungen

#### „HaLT-Fachkraft“

HaLT-Fachkräfte sind sozialpädagogische Fachkräfte, welche eine Koordinationsfunktion innehaben oder im Baustein HaLT-reaktiv Sofort-Interventionen mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen und deren Eltern führen. Die Qualifikationsvoraussetzungen, um als HaLT-Fachkraft von einer Förderung zu profitieren, orientieren sich wie bisher am Leitfaden Prävention „Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V“ in der Fassung vom 1. Oktober 2018 sowie an den bewährten HaLT-spezifischen Voraussetzungen: Wer als HaLT-Fachkraft im Programm mitarbeitet, benötigt einen staatlich anerkannten

Studienabschluss im Bereich psychosozialer Gesundheit, etwa einen Abschluss in Psychologie, Pädagogik, Sozialpädagogik bzw. Soziale Arbeit, Gesundheitswissenschaften (Gesundheitsförderung, Gesundheitspädagogik, Public Health) und Sozialwissenschaften.<sup>12</sup>

HaLT-Fachkräfte, die an ihrem Standort als HaLT-Koordination tätig sind, müssen HaLT gut kennen und hierzu an den angebotenen HaLT-Zertifizierungsschulungen teilnehmen. HaLT-Fachkräfte, die im reaktiven Baustein tätig sind und Sofort-Interventionen für Jugendliche und ihre Eltern anbieten, sollen über gute Kenntnisse im Programm und im Bereich der Gesprächsführung verfügen (z. B. Motivierende Gesprächsführung, Ursachen und Motive für riskanten Alkoholkonsum, Kenntnisse des regionalen Hilfesystems). Die Teilnahme an einer HaLT-Zertifizierungsschulung ist daher verpflichtend.

### Qualifikationsvoraussetzungen

#### „HaLT-Programmmitarbeiter/-in“

HaLT-Programmmitarbeiter/-innen sind Fachkräfte, welche in Absprache mit den Koordinationen einzelne Programmmaßnahmen durchführen, z. B. einen „Tom & Lisa“-Workshop mit Schulklassen. Für diese Programmmitarbeiter/-innen ist die Teilnahme an einer HaLT-Zertifizierungsschulung nicht verpflichtend. Allerdings stehen die HaLT-Koordinationen am

<sup>12</sup> Im Zuge des Qualitätsausbaus gelten diese Qualifikationsvoraussetzungen ebenfalls für neu eingesetzte HaLT-Fachkräfte, welche im reaktiven Baustein die Rufbereitschaft am Wochenende wahrnehmen, von HaLT-reaktiv-Koordinationen eingearbeitet und fachlich begleitet werden. Näheres regelt die Fördergrundlage mit Anhang 4.

Standort in der Verantwortung, dass alle Programmmitarbeiter/-innen über das notwendige Wissen und die notwendige Handlungskompetenz verfügen (z. B. für den Einsatz in einem Peerprojekt an Fahrschulen oder die Leitung von „Tom & Lisa“-Workshops).

### 7.3 Das Seminarkonzept

Das Seminarkonzept verfolgt den Ansatz des „Blended Learning“, wobei Präsenz-Schulungen mit Online-Schulungen kombiniert werden. Präsenz-Weiterbildungen bilden weiterhin einen zentralen Bestandteil von HaLT-Schulungen, da sie den wertvollen kollegialen Erfahrungsaustausch fördern. Sie bilden zudem die Grundlage für eine vertiefte Fachdiskussion, sowohl der HaLT-Fachkräfte untereinander als auch der HaLT-Fachkräfte mit den Trainerinnen und Trainern, den HaLT-Landeskoordinationen und dem HaLT Service Center. Online-Schulungen dienen dazu, die HaLT-Fachkräfte zeitnah und mit wenig Zusatzaufwand über Neuerungen zu informieren (Inhalte, Prozesse, Strukturen) oder relevante Informationen im Vorfeld einer Präsenz-Schulung zu vermitteln.

- Erstzertifizierung bestehender Standorte: Erfahrene HaLT-Fachkräfte an bereits bestehenden HaLT-Standorten werden mit Beginn der neuen Konzeption von ihren LKO im Rahmen einer eintägigen Schulung (idealerweise im Rahmen eines Landesnetzwerktreffens) zum neuen Konzept qualifiziert. Das HaLT Service Center stellt den Landeskoordinationen hierzu im ersten Quartal 2020 ein Schulungskonzept (inkl. Powerpoint-Präsentation) zur Verfügung.

Sind Fachkräfte eines Standortes verhindert, kann die Zertifizierungsschulung bilateral innerhalb der Implementierungsphase, maximal binnen 12 Monate nachgeholt werden. Für HaLT-Standorte in Bundesländern ohne Landeskoordination bietet das HaLT Service Center im Jahr 2020 eine HaLT-Erstzertifizierungsschulung an.

Die teilnehmenden HaLT-Fachkräfte erhalten ein vom HaLT Service Center und der Landeskoordination unterzeichnetes Zertifikat, es ist die Grundlage der zukünftigen Förderung ihrer Tätigkeit durch das GKV-Bündnis für Gesundheit.

- Re-Zertifizierung bestehender Standorte im jährlichen Turnus: Die Re-Zertifizierung bestehender Standorte erfolgt durch die Landeskoordinationen, etwa im Rahmen eines Landesnetzwerktreffens. Das HaLT Service Center stellt hierzu jährlich ein aktualisiertes Schulungskonzept zu neuen Entwicklungen, Konzepten, Modulen und ggf. Materialien zur Verfügung. Ist ein Standort verhindert, kann die Schulung bilateral binnen maximal sechs Monaten nachgeholt werden.
- Neue HaLT-Fachkräfte nehmen an einer zweitägigen HaLT-Zertifizierungsschulung teil. Die Teilnehmenden erhalten ein Zertifikat, das Grundlage einer Förderung ihrer Tätigkeit ist. Grundlegende Informationen zu HaLT werden vom HaLT Service Center spätestens ab dem Jahr 2021 vorab als E-Learning-Module zur Verfügung gestellt. Ihre Bearbeitung ist Voraussetzung für die Teilnahme an einer HaLT-Zertifizierungsschulung.

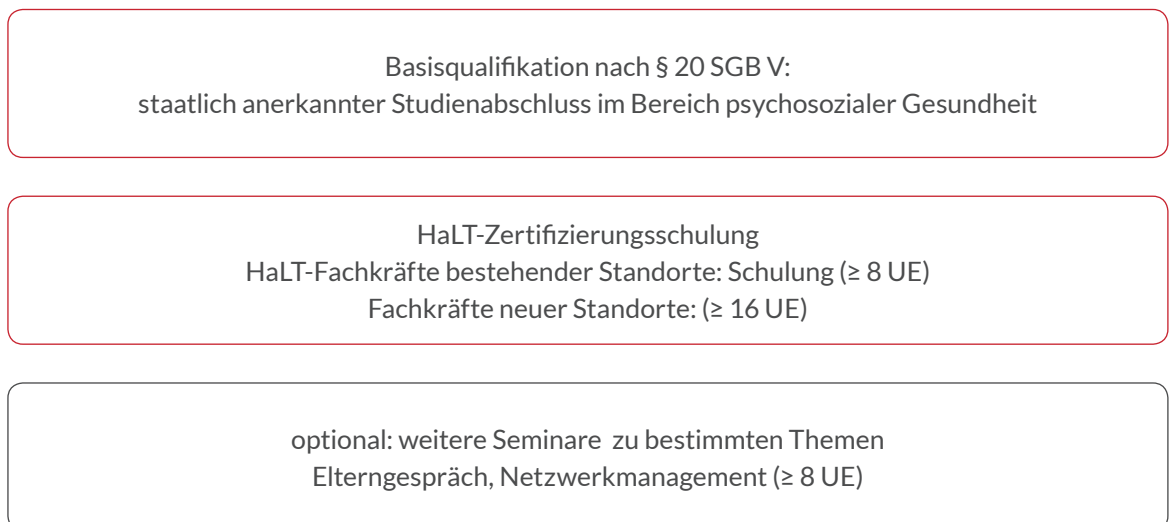
- Die bestehenden Schulungskonzepte und -materialien werden auf der Grundlage der konzeptionellen Weiterentwicklung von HaLT durch das HaLT Service Center sukzessive aktualisiert und bundesweit vereinheitlicht. Die unterschiedlichen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen in den Bundesländern und an den Standorten sind weitestgehend zu berücksichtigen.
- Neue Programmmodule und Materialien, die sich aus der fortlaufenden Weiterentwicklung von HaLT ergeben, werden vom HaLT Service Center in Zusammenarbeit mit den HaLT-Trainerinnen und -Trainern oder anderen HaLT-Fachkräften erarbeitet und den Fachkräften über Präsenz- oder Online-Seminare (über den Login-Bereich der HaLT-Website) vermittelt bzw. zur Verfügung gestellt.

#### **Zertifizierung und Re-Zertifizierung von HaLT-Fachkräften durch (externe) Trainer/-innen**

- Das HaLT Service Center stellt den Trainerinnen und -Trainern (HaLT-Programmtainer/-innen und Modul-Trainer/-innen) die Zertifikate für die geschulten HaLT-Fachkräfte zur Verfügung. Grundlage hierfür sind die Namenslisten der Teilnehmenden. Ein Zertifikat wird von der Leitung des HaLT Service Centers und von dem/der verantwortlichen Trainer/-in unterzeichnet.

Die jeweilige Landeskoordination sichert in Abstimmung mit den Standorten die Qualifikationen und Förderfähigkeit der HaLT-Fachkräfte und teilt Änderungen (ausscheidende Fachkräfte, neue Fachkräfte) dem HaLT Service Center sowie der BZgA mit.

**Abbildung 14: Übersicht Qualifizierung der HaLT-Fachkräfte**



Darstellung: Villa Schöpflin

## 7.4 Ausbau des Train-the-Trainer-Konzepts

Im Zuge der konzeptionellen Weiterentwicklung von HaLT wird das fachliche Knowhow von Trainer/-innen innerhalb des HaLT-Netzwerkes durch die Expertise von Fachleuten und Institutionen außerhalb des Netzwerkes ergänzt. Dies ist immer dann sinnvoll, wenn es um Themen geht, welche bisher nicht elementare Bestandteile von HaLT sind (Prävention FASD, Qualitätsmanagement und -entwicklung auf regionaler und Landesebene). Die Qualifikationsvoraussetzungen für HaLT-Zertifizierungstrainer/-innen werden nachfolgend beschrieben.

### Qualifikationsvoraussetzungen für HaLT-Zertifizierungstrainer/-innen

Wie für die HaLT-Fachkräfte auch, ist für alle HaLT-Zertifizierungstrainer/-innen ein staatlich anerkannter Studienabschluss im Bereich psychosozialer Gesundheit erforderlich. Hierzu zählen insbesondere Abschlüsse in Psychologie, Pädagogik, Sozialpädagogik bzw. Soziale Arbeit, Gesundheitswissenschaften (Gesundheitsförderung, Gesundheitspädagogik, Public Health) und Sozialwissenschaften. Zudem können approbierte Psychotherapeuten HaLT-Zertifizierungstrainer/-innen werden.

Neue HaLT-Zertifizierungstrainer/-innen sollten neben der Teilnahme an einer HaLT-Zertifizierungsschulung bei Schulungsbeginn mindestens ein Jahr HaLT-Praxiserfahrung nachweisen. Diese beiden Kriterien sind die Voraussetzung für die Zulassung zu einer Trainer/-innen-Zertifizierungsschulung.

HaLT-reaktiv-Trainer/-innen müssen für die Zulassung zu einer Zertifizierungsschulung Kenntnisse in Gesprächsführung nachweisen, dazu zählen Zusatzqualifikationen insbesondere in den Bereichen:

- Motivierende Gesprächsführung, z. B. Motivational Interviewing (MI)
- Motivierende Gesprächsführung für konsumierende Jugendliche (MOVE)
- Sozial- oder Suchttherapie
- Personenzentrierte Gesprächsführung
- Systemische Beratung/Therapie

Neue HaLT-proaktiv-Trainer/-innen sollten für die Zulassung zur diesbezüglichen Zertifizierungsschulung über Vorkenntnisse im Projekt- und Netzwerkmanagement verfügen (Studienschwerpunkt oder mindestens ein Jahr Praxiserfahrung).

### Zertifizierung von HaLT-Zertifizierungstrainerinnen/-trainern

Das HaLT Service Center prüft die Voraussetzungen, Qualifikationen und Gültigkeit für eine Zertifizierung und vergibt Zertifikate für HaLT-Zertifizierungstrainer/-innen. Dies findet in Abstimmung mit den Landeskoordinationen statt, welche ihrerseits geeignete Zertifizierungstrainer/-innen vorschlagen können und vom HaLT Service Center über Änderungen (Ausscheiden von Trainer/-innen, neue Trainer/-innen etc.) informiert werden.

## 8 DIE FÖRDERUNG

In diesem Kapitel werden die Voraussetzungen einer Förderung durch das GKV-Bündnis für Gesundheit dargestellt. Zum einen werden die Voraussetzungen auf Landesebene (die Landeskoordination betreffend) erläutert, zum anderen auf der Ebene der Kommune (die Standorte betreffend).

Abschließend wird die Struktur und Systematik des Mitflusses dargestellt, in dem die einzelnen Bundesländer eine wichtige und tragende Rolle einnehmen.

### 8.1 Fördervoraussetzungen auf Landesebene

#### 8.1.1 Der Letter of Intent

Mit dem Letter of Intent bekunden die Bundesländer schriftlich, dass sie planen, in Abstimmung mit den Landeskoordinationsstellen in ihrem Bundesland eine HaLT-Landeskooperationsvereinbarung abzuschließen mit dem Ziel, das bisherige Engagement und die finanzielle Förderung aufrechtzuerhalten oder auszubauen. Der Letter of Intent ist eine Voraussetzung für eine Förderung durch das GKV-Bündnis für Gesundheit. Da die Entwicklung der Landeskooperationsvereinbarung Zeit benötigt, ermöglicht es der unterzeichnete Letter of Intent der jeweiligen Landeskoordination und den HaLT-Standorten, bereits ab dem Programmstart am 1. Juli 2019 bei der BZgA die Zuwendung für HaLT-reaktiv und ab 1. Januar 2020 für weitere Module zu beantragen. Der Entwurf befindet sich im Anhang (siehe Anhang 2).

Der Letter of Intent ist nicht erforderlich, wenn ein anderes rechtsgültiges Dokument belegt,

dass ein Bundesland die Aufgaben der Landeskoordination finanziell unterstützt (Kosten für Personal, Sachkosten, Räume etc.).

#### 8.1.2 Die HaLT-Landeskooperationsvereinbarung oder ein anderes rechtsgültiges Dokument

Die neuen Aufgaben und Rollen der Bundesländer und der Landeskoordinationen in Zusammenhang mit dem neuen QM- und Förderkonzept werden in einer HaLT-Landeskooperationsvereinbarung geregelt. Aus rechtlichen Gründen wird die BZgA hier nicht als Kooperationspartnerin aufgeführt, die Landeskooperationsvereinbarung steht jedoch in unmittelbarem Zusammenhang mit der zukünftigen Förderung durch die BZgA im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a Abs. 3 SGB V. Sie ersetzt die bisherige HaLT-Landesrahmenvereinbarung, in der zumeist die Krankenkassen, Bundesländer und Landeskoordinationen ihre Rollen und Pflichten geregelt hatten.

Die BZgA stellt den Bundesländern für die Gestaltung der Kooperationsvereinbarung unterstützend ein Muster zur Verfügung (siehe Fördergrundlage, Anhang 8). Dieses Muster kann durch die jeweiligen Kooperationspartnerinnen und -partner auf Landesebene individuell angepasst und überarbeitet werden. Alternativ zu einer Kooperationsvereinbarung kann ein andersartiges rechtsgültiges Dokument eingereicht werden, mit dem die Bundesländer ihr bisheriges und zukünftiges Engagement darlegen. Im Rahmen der Förderung ist die Kooperationsvereinbarung bzw. das der Vereinbarung entsprechende Dokument bis spätestens

18 Monate nach Beginn der Förderung bei der BZgA einzureichen.

## 8.2 Fördervoraussetzungen auf kommunaler Ebene

Die nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen definieren die Förderfähigkeit von HaLT-Standorten und basieren auf den aktuellen Erkenntnissen zu den Voraussetzungen einer qualitätsgesicherten Prävention. Bereits aktive HaLT-Standorte, die (noch) nicht alle Voraussetzungen erfüllen, genießen Bestandsschutz. Ob neue Standorte, die (noch) nicht alle Voraussetzungen erfüllen, in das HaLT-Netzwerk und die Förderung aufgenommen werden können, wird im Einzelfall in einem Abstimmungsprozess zwischen der jeweiligen Landeskoordination, dem HaLT Service Center und der BZgA entschieden.

### Basisvoraussetzungen für einen HaLT-Standort

Um als HaLT-Standort anerkannt und förderfähig zu sein, gelten folgende Grundvoraussetzungen:

- öffentliche Trägerschaft oder Trägerschaft eines freien Wohlfahrtsverbandes oder eines gemeinnützigen Vereins, einer Gesellschaft (gGmbH) oder Stiftung
- Teil des regionalen Netzwerkes der Suchthilfe, -prävention, Jugendhilfe und Jugendsozialarbeit

Zusätzlich gilt für die Umsetzung des reaktiven Bausteins:

- Einrichtung der Suchthilfe und -prävention o.ä. mit der entsprechenden fachlichen Kompetenz und regionalen Einbindung und Vernetzung

Die Landeskoordination entscheidet, ob der Standort die Grundvoraussetzungen für eine Förderung erfüllt und pflegt die Liste der in ihrem Zuständigkeitsgebiet anerkannten Standorte.

### 8.2.1 Die aktualisierten HaLT-Standards

Die im Jahr 2003 aufgestellten HaLT-Standards wurden im März 2019 im Zuge eines Treffens des Bundesnetzwerkes HaLT mit den Landeskoordinationen diskutiert und aktualisiert:

#### Die HaLT-Standards mit Erläuterungen

##### **HaLT-Standard 1: HaLT ist ein primär alkoholspezifisches Präventionsprogramm und orientiert sich an der Lebenswelt der Zielgruppen.**

HaLT ist im reaktiven und proaktiven Baustein ein vorwiegend alkoholspezifischer Ansatz. Damit wird das Ziel (Prävention im Umgang mit der legalen Droge Alkohol) für alle Beteiligten konkret. Die dafür notwendigen Methoden und Maßnahmen (insbesondere zum Jugendschutz) sind praxisnah und auch für Kooperationspartner/-innen im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements (Vereine, Festveranstalter) und auch außerhalb des Arbeitsfeldes der (Sozial-) Pädagogik, leichter fass- und umsetzbar als beispielsweise Ansätze der Lebenskompetenzförderung. Das Programm wendet sich an Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene, Eltern, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den verschiedenen Lebenswelten. Dabei gilt es auch, die Lebenskompetenzen der Einzelnen zu stärken.

**HaLT-Standard 2: HaLT verfolgt einen kommunalen Netzwerkansatz zum Aufbau und zur Stärkung von Strukturen mit unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren.**

HaLT nutzt vorhandene Strukturen, baut diese aus und ist dadurch kostengünstig. HaLT erzielt eine sehr hohe Reichweite durch Kooperationsnetzwerke und die systematische Einbindung zahlreicher kommunaler Akteurinnen und Akteure. Die Bewusstmachung der Mitverantwortung aller Beteiligten sichert die Nachhaltigkeit und fördert die Verbundenheit zum Programm.

Die Einbindung kommunaler Entscheidungsträger/-innen und vieler Partner/-innen erhöht die Akzeptanz des Programms. Prävention tritt nicht als isolierte Mahnerin und Spaßverderberin auf, sondern die Ziele werden von vielen Personen im kommunalen Setting getragen.

**HaLT-Standard 3: Ein HaLT-Standort positioniert sich als Kompetenzzentrum in der kommunalen Lebenswelt und verfügt über eine Standort-Koordination.**

Jeder Standort benennt eine Person für die Standort-Koordination und jeweils Koordinationen für den reaktiven und proaktiven Baustein (siehe Abbildung 2). Dabei kann eine Person neben der Standortkoordination gleichzeitig die Koordination des reaktiven oder proaktiven Bausteins verantworten. Wo immer möglich, sollten für den reaktiven und proaktiven Baustein unterschiedliche Koordinationen benannt werden, da die Aufgaben und zu betreuenden Netzwerke sehr unterschiedlich sind. Wie die Aufgaben genau aufgeteilt werden, entscheidet jeder Standort aufgrund der dortigen Rahmenbedingungen.

**HaLT-Standard 4: HaLT ist eine Kombination aus HaLT-reaktiv und HaLT-proaktiv.**

Die Kombination aus verhaltenspräventiven Maßnahmen (HaLT-reaktiv) und verhältnispräventiven/kommunalen Maßnahmen (HaLT-proaktiv) erhöht die Wirksamkeit des Programms, denn beide Bausteine legitimieren und verstärken sich gegenseitig. Die Kombination der beiden Bausteine verhindert zudem die Reduktion der Problematik von Alkoholmissbrauch unter jungen Menschen auf ein individuelles und rein jugendspezifisches Problemverhalten. Und schließlich kann riskanter Alkoholkonsum durch den reaktiven Baustein allein nicht maßgeblich beeinflusst werden.

HaLT-reaktiv: Das Ziel ist es, Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum durch die zielgerichtete Gestaltung von Zugangswegen frühzeitig zu erreichen und im Rahmen einer pädagogischen Intervention präventiv zu handeln. An Standorten, wo keine Kooperation mit einer Klinik möglich ist, sind Kooperationen mit anderen Institutionen (z. B. mit Jugendhilfe, Jugendsozialarbeit, Polizei, Schulen) aufzubauen, in denen Jugendliche sich bewegen. Die Vorhaltung eines Angebotes für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (bis einschließlich 21 Jahre) mit Alkoholmissbrauch wird als verbindliches Qualitätskriterium definiert.

HaLT-proaktiv: Maßnahmen der kommunalen Alkoholprävention können hierbei auch von anderen Anbieterinnen und Anbietern unter einem anderen Programmnamen angeboten werden. Für die Qualität der kommunalen Alkoholprävention ist entscheidend, dass individuumorientierte Angebote mit



Maßnahmen der Verhältnisprävention (Reduzierung der Verfügbarkeit von Alkohol, Beeinflussung sozialer Normen etc.) kombiniert werden.

Aufgrund der im HaLT-Programm gemachten Erfahrungen wird empfohlen, die Umsetzung des reaktiven und proaktiven Bausteins personell auf unterschiedliche Schultern zu verteilen. Sowohl die fachspezifischen Kompetenzen als auch die zu pflegenden Netzwerke in den beiden Bausteinen stellen an die verantwortlichen Fachkräfte höchst unterschiedliche Anforderungen. Eine enge Abstimmung zwischen den Fachkräften des reaktiven und proaktiven Bausteins ist zu gewährleisten.

**HaLT-Standard 5: HaLT-reaktiv ist eine niedrigschwellige, zeitlich begrenzte Frühintervention und bildet bei Bedarf eine Brücke in weiterführende Hilfen.**

Mit HaLT-reaktiv wird eine gefährdete Zielgruppe systematisch, niedrigschwellig und frühzeitig angesprochen. Die aufsuchende Arbeit in der Klinik nutzt ein sensibles Fenster („teachable moment“), in dem die Verunsicherung und Veränderungsmotivation bei den Betroffenen und ihren Bezugspersonen hoch ist.

Die Betonung des Risikoverhaltens und nicht einer möglichen Suchtgefährdung, zusammen mit dem aufsuchenden Ansatz und der zeitlichen Begrenzung, machen das Angebot niedrigschwellig.

Die bisherigen Forschungsergebnisse zeigen, dass bei bis zu einem Drittel der Betroffenen eine alkoholbezogene Kurzintervention nicht ausreichend ist, da der Alkoholmissbrauch im

Kontext einer belasteten Lebenssituation oder akuten Krise steht. In solchen Fällen dient die Sofort-Intervention einer Frühintervention in Form einer „Triage“ und die Intervention zielt auf die Einbindung Betroffener in geeignete Institutionen des regionalen Hilfesystems ab (Kuttler et al. 2019).

**8.2.2 Die Selbstauskunft der Kommune oder eines anderen Förderers**

Die Förderung durch die BZgA im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a Abs. 3 SGB V im Rahmen des neuen HaLT-QM- und Förderkonzepts greift grundsätzlich ergänzend zu bestehenden Förderungen: Aufgaben, die in der Verantwortung anderer Akteurinnen und Akteure, insbesondere der Kommunen, liegen, sollen nicht übernommen und bisherige Förderungen sollen nicht ersetzt werden. Mit einer formlosen Selbstauskunft (siehe Anhang 5) wird dieser Anforderung interimswise auf unbürokratische Weise Rechnung getragen.

Mittelfristig löst der Letter of Intent auf Standortebene (siehe Anhang 3) die Selbstauskunft ab.

### 8.2.3 Checkliste: Förderung als HaLT-Standort

Fördervoraussetzungen im Rahmen des  
GKV-Bündnisses für Gesundheit:

#### Standortbezogene Qualitätskriterien

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Der Standort stellt einen Eigenanteil (gefördert durch Bundesland, Landkreis, Kommune, Stiftungen, Spenden etc.) für HaLT zur Verfügung.  | <input type="checkbox"/> |
| Die fünf aktualisierten HaLT-Standards (s. o.) werden eingehalten.  | <input type="checkbox"/> |
| Es erfolgt eine regelmäßige Abstimmung zwischen HaLT-reaktiv und HaLT-proaktiv.   | <input type="checkbox"/> |
| Der Standort dokumentiert seine Tätigkeiten nach dem HaLT-Datenmonitoring.  | <input type="checkbox"/> |
| Der HaLT-Standort weist in seiner (Öffentlichkeits-)Arbeit auf die Förderung im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit hin. Das Design-Manual der BZgA bzw. des GKV-Bündnisses für Gesundheit wird bei allen Neuauflagen und Neuentwicklungen berücksichtigt. | <input type="checkbox"/> |

#### Mitarbeiterbezogene Qualitätskriterien:

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Alle HaLT-Fachkräfte (Standort-Koordination, Proaktiv-Koordination, Reaktiv-Koordination sowie HaLT-reaktiv-Fachkräfte, die Gespräche mit Jugendlichen und ihren Eltern führen) haben einen staatlich anerkannten Studienabschluss im Bereich psychosozialer Gesundheit, z. B. Psychologie, Pädagogik, Sozialpädagogik/Soziale Arbeit, Gesundheits-, Sozialwissenschaften. | <input type="checkbox"/> |
| Alle neuen HaLT-Fachkräfte nehmen innerhalb eines Jahres nach Beginn ihrer Tätigkeit an einer zweitägigen HaLT-Zertifizierungsschulung teil.   | <input type="checkbox"/> |
| Der/die Standort-Koordination (verpflichtend) und ggf. weitere HaLT-Koordinationen und -Fachkräfte (optional) nehmen mindestens einmal jährlich an einer von der Landeskoordination geleiteten Re-Zertifizierungsschulung teil (die im Zuge eines Landesnetzwerktreffens durchgeführt werden kann).  | <input type="checkbox"/> |
| Alle HaLT-reaktiv-Fachkräfte verfügen über Kenntnisse in Motivierender Gesprächsführung.   | <input type="checkbox"/> |
| Alle HaLT-Fachkräfte und HaLT-Programmmitarbeiter/-innen orientieren sich bei ihrer Arbeit am HaLT-Handbuch in der jeweils aktuellen Version.  | <input type="checkbox"/> |
| Es erfolgt eine Vernetzung mit anderen HaLT-Standorten im Bundesland durch die Teilnahme an HaLT-Landesnetzwerktreffen.  | <input type="checkbox"/> |

### Empfehlungen zu weiteren Maßnahmen der Qualitätssicherung:

- Ein positives Votum eines relevanten politischen Gremiums der Kommune oder des Kreises zur Umsetzung von HaLT liegt vor.
- Eine Liste mit den relevanten Kooperations-einrichtungen (HaLT-reaktiv/HaLT-proaktiv) liegt vor.

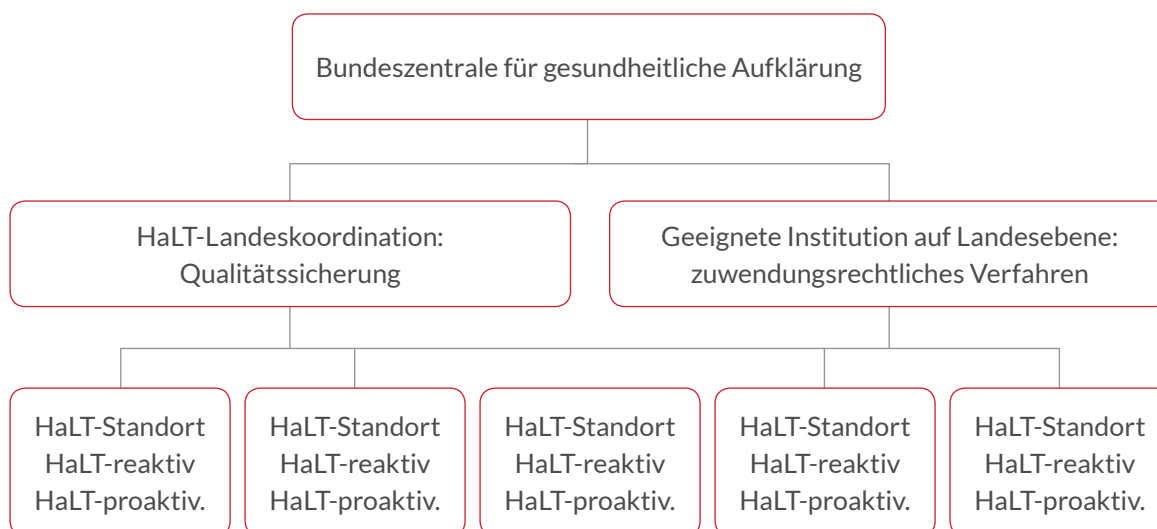
### 8.3 Struktur und Systematik der Förderung

Die Förderung soll auf einheitlichen Qualitätsstandards (Konzeptqualität, Umsetzungsqualität) basieren, quantitative Faktoren

miteinbeziehen und dabei für die HaLT-Standorte transparent und mit geringem administrativem Zusatzaufwand verbunden sein.

Zu beachten ist, dass bestehende Förderungen von Kommunen oder Bundesländern fortgeführt werden und dass keine Aufgaben gefördert werden, die originär in der Verantwortung der Kommunen oder einzelner Träger liegen. Die Förderung durch das GKV-Bündnis für Gesundheit stellt eine Ko-Finanzierung dar und greift nur, wenn Kommunen und Bundesländer einen Eigenanteil erbringen und die bisherige Förderung zumindest in gleicher Höhe aufrechterhalten.

Abbildung 15: Struktur für Qualitätssicherung und Zuwendungsverfahren



Darstellung: Villa Schöpflin

Abbildung 15 bildet die beabsichtigte Stärkung der Strukturen in den Bundesländern ab. Im Laufe der Programm-Implementierung wird geklärt, welche Institution auf Landesebene im jeweiligen Bundesland am besten geeignet ist und Interesse an einer Kooperation hat. Die Fördermittel für die HaLT-Standorte können so von der BZgA an die im jeweiligen Bundesland für das zuwendungsrechtliche Verfahren verantwortliche Institution fließen und werden von dieser an die jeweilige Landeskoordinationsstelle und an die HaLT-Standorte im Bundesland weitergeleitet.

Im Einzelfall können Standorte direkt eine Förderung beantragen, sofern die Landeskoordination/eine geeignete Stelle auf Landesebene die *antragstellenden* Standorte bei der Umsetzung der Rahmenkonzeption und dem damit verbundenen Qualitätsmanagement- und Förderkonzept unterstützt.

Die Landeskoordinationen bewerten die Plausibilität der dokumentierten Maßnahmen und sichern die Qualität der Daten (welche in das bundesweite Monitoring einfließen).

## 9 LITERATURVERZEICHNIS

Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e. V. (Äggf) (2015). *FASD - Ein Leben voller Probleme, Risiken und Einschränkungen*. Zugriff am 28.05.2019 unter [https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/4\\_Presse/3\\_Projekte\\_und\\_Schirmherrschaften/1\\_Projekte/AEGGF\\_FASD\\_Flyer\\_Webversion\\_offen.pdf](https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/4_Presse/3_Projekte_und_Schirmherrschaften/1_Projekte/AEGGF_FASD_Flyer_Webversion_offen.pdf).

Beelmann, A. (2014). Implementationsfaktoren und -prozesse in der Präventionsforschung. *Psychologische Rundschau*, 65, 129-139.

Bitzer, E. M., Schwartz, F. W., Dörning, H. & Walter, U. (2012). Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (Pflege, 5., vollst. überarb. Aufl., S. 1123-1153). Weinheim: Julius Beltz.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010). *Nationales Gesundheitsziel. Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2011a). *Informationen zum Thema Alkohol für Schwangere und ihre Partner*. Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2011b). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum*. Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2012). *Andere Umstände neue Verantwortung. Informationen und Tipps zum Alkoholverzicht während der Schwangerschaft und Stillzeit*. Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2015). *Bewusst verzichten: Alkoholfrei in der Schwangerschaft. Praxismodule für die Beratung Schwangerer*. Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2017). BZgA-Alkoholsurvey: Riskanter Alkoholkonsum steht in Verbindung mit Tabak- und Cannabiskonsum. *Alkoholspiegel. Hintergrundinformationen zur Alkoholprävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*. Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (o. J.). Zugriff am 14.06.2019. unter <https://www.bzga.de>.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2015). *Alkohol in der Schwangerschaft*. Zugriff am 28.05.2019 unter [https://fasd-netz.de/wp-content/uploads/Lernmaterial/DHS\\_Factsheet\\_Alkohol\\_in\\_der\\_Schwangerschaft.pdf](https://fasd-netz.de/wp-content/uploads/Lernmaterial/DHS_Factsheet_Alkohol_in_der_Schwangerschaft.pdf).

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2016). *Neue psychoaktive Substanzen*. Zugriff am 31.07.2019 unter <https://www.drogenbeauftragte.de/themen/suchtstoffe-und-suchtformen/illegale-drogen/nps/neue-psychoaktive-stoffe.html?L=0>.

- Experten- und Expertinnengruppe der Kölner Klausurwoche (2014). *Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen*.
- Flatters, B., Stoppel, S. & Schobert, B. (2018). *Standort-Analyse im Rahmen der konzeptionellen Weiterentwicklung des HaLT-Programmes*. Univention-Institut für Evaluation (Hrsg.). Köln.
- GKV-Bündis für Gesundheit. (o. J.). Zugriff am 14.06.2019 unter <https://www.gkv-buendnis.de>.
- Gold, C. (2012). *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. *Gesundheitsförderung konkret* (Bd. 17). Köln: BZgA.
- Hallmann J. (2015). *Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung*. In BZgA (Hrsg.) (2018). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. Köln.
- Holterhoff-Schulte, I. & Borchert, H. (2017). *Stop FAS! – Projekt zur Prävention des Fetalen Alkoholsyndroms – Evaluationsbericht*. Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.). Hannover.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit c/o Gesundheit Berlin-Brandenburg (2014). *Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 5, Erfahrungen nutzen – Qualität stärken*. Berlin-Brandenburg.
- Kramer, H. (2015). *Schwanger – Mein Kind trinkt mit! Alkohol – Kein Schluck. Kein Risiko!* Zugriff am 28.05.2019 unter [https://www.äggf.de/fileadmin/user\\_upload/content/PDF/presseberichte/Hebammeninfo\\_04-15\\_Kramer\\_Schwanger-mein\\_Kind\\_trinkt\\_mit\\_S12-14.pdf](https://www.äggf.de/fileadmin/user_upload/content/PDF/presseberichte/Hebammeninfo_04-15_Kramer_Schwanger-mein_Kind_trinkt_mit_S12-14.pdf).
- Kraus, L., Hannemann, T.-V., Pabst, A., Müller, S., Kronthaler, F., Grübl, A. et al. (2013). Stationäre Behandlung von Jugendlichen mit akuter Alkoholintoxikation: Die Spitze des Eisbergs? *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 75, 456-464.
- Kuttler, H., Schwendemann, H., & Bitzer, E. M. (2019). Die soziale Dimension akuter Alkoholintoxikationen im Jugendalter. *SuchtMagazin* 3/2019, 37-41.
- Kuttler, H., Schwendemann, H., Reis, O., & Bitzer, E. M. (2016). Developmental Hazards Among Young Alcohol Intoxicated Patients. *The Journal of adolescent health official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 59, 87-95.
- Kurz, B. & Kubek, D. (2015). *Kursbuch Wirkung. Das Praxishandbuch für alle, die Gutes noch besser tun wollen* (3. Auflage). Berlin: Phineo gAG. Zugriff am 31.07.2019 unter [http://www.bne-brandenburg.de/materialien/2015\\_phineo\\_kursbuch\\_wirkung.pdf](http://www.bne-brandenburg.de/materialien/2015_phineo_kursbuch_wirkung.pdf).
- Landgraf, M.N. & Heinen, F. (o.J.). *Think kids. Don't drink. Stop FASD. Fetale Alkoholspektrumstörung*.

- Landgraf, M.N., Hilgendorff, A. & Heinen, F. (2014). Mütterlicher Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und fetales Alkoholsyndrom. Risikofaktoren und ihre Bedeutung in der Prävention und frühen Diagnose. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. 162, 903-910.
- Reis, O., Pape, M., & Häßler, F. (2009). Ergebnisse eines Projektes zur kombinierten Prävention jugendlichen Rauschtrinkens. *Sucht*, 55, 347-356.
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2006). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung* (Programmbereich Gesundheit, 2., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Bern: Huber.
- Schaller, K., Kahnert, S. & Mons, U. (2017). *Alkoholatlas Deutschland 2017*. Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.). Heidelberg: Pabst Science Publishers.
- SPI Forschung gGmbH (Hrsg.) (2019). *Peer-Projekt an Fahrschulen*. Zugriff am 18.07.2018 unter <http://peer-projekt.de/>.
- Steiner, M., Knittel, T., & Zweers, U. (2008). *Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms "HaLT – Hart am Limit" – Endbericht*. Berlin, Basel.
- Vermanl, V. & Holterhoff-Schulte, I. (2017). *Stop FAS! – Projekt zur Prävention des Fetalen Alkoholsyndroms – Praxisleitfaden*. Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (Hrsg.). Hannover.
- Villa Schöpflin gGmbH – Zentrum für Suchtprävention (2017). *HaLT – Hart am Limit. Alkoholprävention für Kinder und Jugendliche. Handbuch für die Praxis*. Lörrach: Villa Schöpflin gGmbH.
- WHO (Hrsg.) (1997). *Life skills education for children and adolescents in schools*. Genf.
- Wurdak, M., Kuntsche, E., Kraus, L., & Wolstein, J. (2015). Effectiveness of a brief intervention with and without booster session for adolescents hospitalized due to alcohol intoxication. *Journal of Substance Use*, 1-6.
- Zimmermann, U. S., Groß, C., Kuttler, H., Bitzer, E., Reis, O., Kraus, L. et al. (Bundesministerium für Gesundheit, Hrsg.) (2015). *Prognostizieren und Erkennen mittel- und langfristiger Entwicklungsgefährdungen nach jugendlichen Alkoholvergiftungen*. Zugriff am 02.11.2015 unter <http://www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/alkohol/alkohol-und-jugendliche.html>.

## 10 ANHANG

Anhang 1: Übersicht HaLT-Studien

Anhang 2: Letter of Intent Landesebene

Anhang 3: Letter of Intent Standortebene

Anhang 4: Aufgaben des HaLT-Service Centers der Villa Schöpflin gmbH

Anhang 5: Selbstauskunft Kommune



## Wissenschaftliche Studien zu HaLT und zur Alkoholprävention im Kindes- und Jugendalter (Studienzusammenfassungen aus dem HaLT-Handbuch)

Kapitel im HaLT-Handbuch	Studienzusammenfassungen zu HaLT-reaktiv
3.1	<p>Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms „HaLT – Hart am Limit“ (H. Kuttler)</p> <p>Zusammenfassung von: Steiner M, Knittel T, Zweers U. Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms „HaLT – Hart am LimiT“ – Endbericht. Basel 2008</p>
3.2	<p>Nimmt riskanter Alkoholkonsum unter Jugendlichen immer mehr zu? (M. Wurdak)</p> <p>Zusammenfassung von: Wurdak M, Ihle K, Stürmer M, Dirnberger I, Fischer UC, Funk T, Kraus L, Wolstein J. Indikatoren für das Ausmaß jugendlichen Rauschtrinkens in Bayern. Sucht 2013; 59: 225-233</p>
3.3	<p>Wie hängen Trinkmotive, Affektivität und Alkoholkonsum bei Jugendlichen zusammen? (M. Wurdak)</p> <p>Zusammenfassung von: Wurdak M, Dörfler T, Eberhard M, Wolstein J. Tagebuchstudie zu Trinkmotiven, Affektivität und Alkoholkonsum bei Jugendlichen. Sucht 2010; 56: 175-182</p>
3.4	<p>Kann das HaLT-Programm von der Berücksichtigung der Trinkmotive profitieren? (M. Wurdak)</p> <p>Zusammenfassung von: Wurdak M, Wolstein J, Kuntsche E. Effectiveness of a drinking-motive-tailored emergency-room intervention among adolescents admitted to hospital due to acute alcohol intoxication – A randomized controlled trial. Preventive Medicine Reports 2016; 3: 83-89</p>
3.5	<p>Trinkmuster von alkoholintoxikierten Jugendlichen im Notfallsetting (S. Diestelkamp, R. Thomasius)</p> <p>Zusammenfassung von: Diestelkamp S, Kriston L, Arnaud N, Wartberg L, Sack P-M, Härter M, Thomasius R. Drinking patterns of alcohol intoxicated adolescents in the emergency department: a latent class analysis [Trinkmuster von alkoholintoxikierten Jugendlichen im Notfallsetting: Eine latente Klassenanalyse]. Addictive Behaviors 2015; 50: 51-59</p>
3.6	<p>Einfluss von Berater/innen- und Interventionsvariablen auf die Veränderungsmotivation von Kindern und Jugendlichen (S. Diestelkamp, R. Thomasius)</p> <p>Zusammenfassung von: Diestelkamp S, Wartberg L, Arnaud N, Thomasius R. Einfluss von Berater/-innen- und Interventionsvariablen auf die Veränderungsmotivation von Kindern und Jugendlichen nach einer motivierenden Kurzintervention zur Reduktion riskanten Alkoholkonsums. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 2016; 65: 534-549</p>
3.7	<p>RiScA: Retrospektive Untersuchung zum Langzeitverlauf (Studienteil A) (U. Zimmermann)</p> <p>Zusammenfassung von: Zimmermann U, Groß C, Kuttler H. Prognostizieren und Erkennen mittel- und langfristiger Entwicklungsgefährdungen nach jugendlichen Alkoholvergiftungen. Abschlussbericht eines durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projektes der Ressortforschung. Dresden: Universitätsklinikum Carl Gustav Carus; 2015. (retrospektiver Studienteil)</p>

<b>Kapitel im HaLT-Handbuch</b>	<b>Studienzusammenfassungen zu HaLT-reaktiv</b>
3.8	<p><b>RiScA: Prognostizieren und Erkennen mittel- und langfristiger Entwicklungsgefährdungen nach jugendlichen Alkoholvergiftungen (Studienteil B) (H. Kuttler)</b></p> <p>Zusammenfassung von:                      Heidi Kuttler, Evamaria Bitzer, Hanna Schwendemann. In: Zimmermann U, Groß C, Kuttler H. Prognostizieren und Erkennen mittel- und langfristiger Entwicklungsgefährdungen nach jugendlichen Alkoholvergiftungen. Abschlussbericht eines durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projektes der Ressortforschung. Dresden: Universitätsklinikum Carl Gustav Carus; 2015. (prospektiver Studienteil)</p>
3.9	<p><b>Entwicklungsgefährdungen bei Jugendlichen mit Alkoholintoxikation prognostizieren (H. Schwendemann)</b></p> <p>Zusammenfassung von:                      Schwendemann H; Kuttler H und Bitzer EM. Entwicklungsgefährdungen bei Jugendlichen mit Alkoholintoxikation prognostizieren. Sucht 2015; 61: 223-236</p>
3.10	<p><b>Vergleich: HaLT-Intervention vs. Standard-Intervention (O. Reis)</b></p> <p>Zusammenfassung von:                      Reis O. Zur Evaluation von Präventionsmaßnahmen des Alkoholmissbrauchs im Kindes- und Jugendalter. In: Höppner J, Schläfke D, Thome J (Hrsg.): Impulse für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in der Lebensspanne. Berlin: Medizinische Verlagsgesellschaft 2011, S.169-178</p> <p>Reis O. Offene Momente - Zur Effektivität und Individualisierung indizierter Suchtprävention. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2012; 4: 7-24</p>
3.11	<p><b>Wirksamkeit von alkoholbezogenen Kurzinterventionen bei Jugendlichen (S. Diestelkamp, R. Thomasius)</b></p> <p>Zusammenfassung von:                      Diestelkamp S et al. Brief in Person Interventions for Adolescents and Young Adults following Alcoholrelated Events in Emergency Care: A Systematic Review and European Evidence Synthesis. European Addiction Research 2016; 22: 17-35</p>
3.12	<p><b>Wirksamkeit einer motivierenden Kurzintervention für Minderjährige nach akuter Alkoholintoxikation (S. Diestelkamp, R. Thomasius)</b></p> <p>Zusammenfassung von:                      Arnaud N, Diestelkamp S, Wartberg L, Sack P-M, Daubmann A., Thomasius R. Short- to Midterm Effectiveness of a Brief Motivational Intervention to Reduce Alcohol Use and Related Problems for Alcohol Intoxicated Children and Adolescents in Pediatric Emergency Departments: A Randomized Controlled Trial. Academic Emergency Medicine 2017; 24: 186-200</p>
3.13	<p><b>Ist der Risiko-Check wirksam? (M. Wurdak)</b></p> <p>Zusammenfassung von:                      Wurdak M, Kuntsche E, Kraus L, Wolstein J. Effectiveness of a brief intervention with and without booster session for adolescents hospitalized due to alcohol intoxication. J Subst Use 2016; 21: 72-77</p>

Tab. 1: Aus dem HaLT-Handbuch (Kapitel D3)

**Kapitel im HaLT-Handbuch**      **Studienzusammenfassungen zu HaLT-reaktiv**

4.1	<p>Effekte der kombinierten Prävention: HaLT-reaktiv und HaLT-proaktiv (O. Reis)</p> <p>Zusammenfassung von: Reis O, Pape M, Häßler F. Ergebnisse eines Projektes zur kombinierten Prävention jugendlichen Rauschtrinkens, Sucht 2009; 55: 347-356</p>
4.2	<p>Kann das Theken- und Sicherheitspersonal die Blutalkoholkonzentration korrekt einschätzen? (M. Wurdak)</p> <p>Zusammenfassung von: Wurdak M, Dörfler T, Mentz J, Schmidt A, Wolstein J. Hazardous alcohol levels in adolescents are underestimated by barkeepers and security personnel. European Journal of Pediatrics 2012; 171 (12): 1787-1792</p>
4.3	<p>Wie kann die Elternarbeit im HaLT-Programm weiterentwickelt werden? (M. Wurdak)</p> <p>Zusammenfassung von: Wurdak M, Wolstein, J. Abschlussbericht: Weiterentwicklung der Elternintervention im Rahmen des Projektes „HaLT – Hart am Limit“ und Weiterentwicklung der Elternintervention im Rahmen des Projektes „HaLT – Hart am Limit“ für den nicht-stationären Bereich (unveröffentlicher Abschlussbericht). Universität Bamberg, Bamberg 2014</p>
4.4	<p>Einsatz einer E-Mail-basierten Elternintervention zur Förderung der Elternkompetenz (M. Wurdak)</p> <p>Zusammenfassung von: Wurdak M, Kuntsche E, Wolstein J. Effectiveness of an email-based intervention helping parents to enhance alcohol-related parenting skills and reduce their children’s alcohol consumption – A randomized controlled trial. Drugs: Education, Prevention &amp; Policy 2017; 24(2): 144-151</p>

Tab. 2: Aus dem HaLT-Handbuch (Kapitel D4)

<b>Kapitel im HaLT-Handbuch</b>	<b>Studienzusammenfassungen zu HaLT-reaktiv</b>
5.1	<p>Die Wirksamkeit von Kurzinterventionen im medizinischen Setting bei Alkoholmissbrauch im Jugendalter – eine Literaturübersicht (H. Kuttler)</p> <p>Mit Auszügen aus: Heidi Kuttler: Stationär behandelte Alkoholintoxikationen bei Jugendlichen im Kontext einer gelingenden oder gefährdeten Persönlichkeitsentwicklung – Erkennen des individuellen Unterstützungsbedarfs unter besonderer Berücksichtigung der Familie. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades einer Doktorin der Philosophie (Dr. phil.), Pädagogische Hochschule, Freiburg 2016</p>
5.2	<p>Stationäre Behandlung von Jugendlichen mit akuter Alkoholintoxikation: Die Spitze des Eisbergs (D. Piontek)</p> <p>Zusammenfassung von: Kraus L, Hannemann T-V, Pabst A, Müller S, Kronthaler F, Grübl A, Stürmer M, Wolstein J. Stationäre Behandlung von Jugendlichen mit akuter Alkoholintoxikation: Die Spitze des Eisbergs. Gesundheitswesen 2013; 75: 456–464</p>
5.3	<p>Alkohol – kein gewöhnliches Konsumgut (H. Kuttler)</p> <p>Zusammenfassung von: Babor T. Alkohol – kein gewöhnliches Konsumgut. Göttingen: Hogrefe-Verlag 2005 (deutsche Übersetzung) Babor T. „Alcohol – no ordinary commodity“. Oxford: Oxford University Press 2003; 2010</p>
5.4	<p>Lokale Alkoholpolitik in drei Gemeinden Baden-Württembergs (M. Laging)</p> <p>Zusammenfassung von: Laging M. Lokale Alkoholpolitik in drei Gemeinden Baden-Württembergs. Prävention 2013; 1(36): 22–25</p>
5.5	<p>„Wegschauen ist keine Lösung“ – ein kommunales Suchtpräventionsprogramm (D. Piontek)</p> <p>Zusammenfassung von: Kraus L, Hannemann T-V, Piontek D, Awolin M. Effects of community-based prevention on alcohol consumption in adolescents. Sucht 2013; 59(5): 269–277</p>
5.6	<p>GigA: Gemeinsam initiativ gegen Alkoholmissbrauch im Kindes- und Jugendalter (H.-J. Hallmann)</p> <p>Zusammenfassung von: Settertobulte W. Bericht zur Evaluation des Projekts GigA. GEFAS – Gesellschaft für angewandte Sozialforschung. Mülheim 2014</p>
5.7	<p>Jugendkultureller Alkoholkonsum – riskante Praktiken in riskanten biografischen Übergängen (G. Stumpp)</p> <p>Zusammenfassung von: John Litau, Barbara Stauber, Gabriele Stumpp, Sibylle Walter, Christian Wißmann. Jugendkultureller Alkoholkonsum. Riskante Praktiken in riskanten biografischen Übergängen. Heidelberg: Springer Verlag 2015</p>

Tab. 3: Aus dem HaLT-Handbuch (Kapitel D5)

[Bitte hier das Logo/die Kennung des Absenders einfügen]

[Adresse Landeskoordination]

[Adresse Landesministerium]

**Förderung und Umsetzung des alkoholpräventiven Programms „HaLT-Hart am Limit  
(Förderphase II)“  
hier: Letter of Intent (LoI)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir beabsichtigen, die im Bundesland XY bestehenden Strukturen und Aktivitäten im Rahmen des alkoholpräventiven Programms HaLT – Hart am Limit aufrechtzuerhalten und weiterzuführen. Wir nehmen zur Kenntnis, dass die Förderung des Programms HaLT auf Basis von Zuwendungen durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Rahmen des gesetzlichen Auftrags nach § 20a Abs. 3 SGB V möglich ist. Der Umfang der Förderung besteht seit 01.07.2019 für einzelne Module in HaLT-reaktiv (sog. „Förderphase I“) und kann ab Anfang Januar 2020 ausgeweitet werden (sog. „Förderphase II“).

Wir begrüßen die konzeptionelle Weiterentwicklung von HaLT, welche durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a Abs. 3 SGB V gefördert wird. Wir beabsichtigen, uns an der Umsetzung des weiterentwickelten Konzepts zu beteiligen.

Folgende Unterstützungsleistungen sichern wir im Rahmen einer Programmteilnahme zu:

- Einsatz von Fachkräften für die Arbeit in HaLT im bisherigen Umfang,
  - die Teilnahme an den HaLT-Bundesnetzwerktreffen,
  - die Koordination und Vernetzung auf Landesebene,
  - die Kooperation mit den HaLT-Landeskoordinationen, ggf. auch dem HaLT Service Center und der BZgA,
  - die systematische Sammlung von Daten bzgl. der Umsetzung von HaLT,
  - die Erstellung von Sachberichten,
- Bereitstellung von Räumlichkeiten und Catering für die Durchführung von Netzwerktreffen der HaLT-Standorte in unserem Bundesland sowie für weitere Abstimmungstreffen,
- Übernahme von Reisekosten für die Teilnahme an regionalen und überregionalen Netzwerktreffen (u. a. HaLT-Bundesnetzwerktreffen),

- Unterstützung bei der Begleitevaluation durch ein externes wissenschaftliches Institut (z. B. Teilnahme an Workshops, Ausfüllen von Fragebögen oder für Interviews bereitstehen),
- die Vorstellung des HaLT-Programms in dem dafür zuständigen politischen Gremium auf Landesebene, ggf. mit einem politischen Beschluss für die Umsetzung,
- die Aufnahme der zuständigen HaLT-Landeskoordinationen als ständige Mitglieder in den auf Landesebene organisierten relevanten Gremien vor Ort (z. B. Landesgesundheitskonferenz etc.),
- Bereitschaft zum Abschluss einer (neuen) HaLT-Kooperationsvereinbarung mit den HaLT-Landeskoordinationen sowie ggf. weiteren relevanten Akteurinnen und Akteuren,
- Mitwirkung/Unterstützung bei der Begleitevaluation, welche durch ein externes wissenschaftliches Institut durchgeführt wird (z. B. Teilnahme an Interviews, Ausfüllen von Fragebögen),
  
- Sonstiges: \_\_\_\_\_.
  
- Benennung einer für die Umsetzung von HaLT verantwortlichen HaLT-Landeskoordinationsstelle im Land (Kontaktdaten)  
Institution/Ministerium  
Anschrift  
Telefon/Fax  
E-Mail

Darüber hinaus wird die bisherige Förderung für das Jahr 2020 ff. mindestens in der Höhe des Vorjahres fortgeführt.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Verantwortlichen

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

[Adresse Kommune/Kreis/Landkreis, etc.]

[Adresse HaLT-Standort]

**Förderung und Umsetzung des alkoholpräventiven Programms „HaLT – Hart am Limit  
(Förderphase II)“  
hier: Letter of Intent (LoI)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir beabsichtigen, die in unserer Kommune XY bestehenden Strukturen und Aktivitäten im Rahmen des alkoholpräventiven Programms HaLT – Hart am Limit aufrechtzuerhalten und weiterzuführen.

Wir nehmen zur Kenntnis, dass die Förderung des Programms HaLT auf Basis von Zuwendungen durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Rahmen des gesetzlichen Auftrags nach § 20a Abs. 3 SGB V möglich ist. Der Umfang der Förderung besteht seit 01.07.2019 für einzelne Module in HaLT-reaktiv (sog. „Förderphase I“) und kann ab Anfang Januar 2020 ausgeweitet werden (sog. „Förderphase II“).

Wir begrüßen die konzeptionelle Weiterentwicklung von HaLT, welche durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a Abs. 3 SGB V gefördert wird. Wir beabsichtigen, uns an der Umsetzung des weiterentwickelten Konzepts zu beteiligen.

Folgende Unterstützungsleistungen sichern wir im Rahmen einer Programmteilnahme zu:

- Einsatz von Fachkräften für die Arbeit in HaLT im bisherigen Umfang
  - Klassische Koordinations- und Vernetzungsaufgaben für die Umsetzung des HaLT-Programms in der Kommune/im Kreis/Landkreis
  - die Durchführung von Schulungen für Multiplikator/-innen
  - die Teilnahme an Netzwerktreffen
  - die Durchführung von Alkoholtestkäufen
  - der Einsatz von Jugendschutzteams
  - die Zertifizierung von Vereinen, Alkoholpräventionsworkshops für Multiplikator/-innen

- Bereitstellung von Räumlichkeiten und Catering für die Durchführung von Netzwerktreffen des HaLT-Standortes sowie für weitere Abstimmungstreffen,
  - Vorstellung des HaLT-Programms in dem dafür zuständigen politischen Gremium am Standort, ggf. mit einem politischen Beschluss für die Umsetzung,
  - Aufnahme der zuständigen HaLT Fachkräfte als ständige Mitglieder in die kommunal organisierten relevanten Gremien vor Ort (Gesundheitskonferenz etc.),
  - Bereitschaft zum Abschluss einer (neuen) HaLT-Kooperationsvereinbarung mit dem HaLT-Standort vor Ort sowie weiteren relevanten Akteurinnen und Akteuren,
  - Mitwirkung/Unterstützung bei der Begleitevaluation durch ein externes wissenschaftliches Institut (z. B. Teilnahme an Interviews, evtl. Ausfüllen von Fragebögen),
  - Bereitschaft, an den Schnittstellen zur kommunalen Suchtprävention/Suchthilfe mitzuwirken,
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Darüber hinaus wird die bisherige Förderung für das Jahr 2020 ff. mindestens in der Höhe des Vorjahres fortgeführt.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Verantwortlichen  
aus dem Landkreis/dem Kreis/der Kommune

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Vertreters/einer Vertreterin  
des HaLT-Standortes

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort



Das HaLT Service Center der Villa Schöpflin verantwortet folgende Aufgaben:

#### **Entwicklung und Fortschreibung der Rahmenkonzeption**

- Erarbeiten der vorliegenden Rahmenkonzeption (Modularisierung, neue QM-Module, neue Präventionsmaßnahmen) unter Beteiligung der relevanten Akteurinnen und Akteure
- Einbinden des Bundesnetzwerkes HaLT (Landeskoordinationen) sowie die gemeinsame Erarbeitung von einzelnen Kapiteln, z. B.
  - Prozess zur Aufnahme neuer Module
  - inhaltliche Ausgestaltung/Operationalisierung der neuen Module
  - Aktualisierung der HaLT-Standards
  - Entwicklung des neuen Qualifizierungskonzepts
- Einbinden des Wissenschaftlichen HaLT-Netzwerkes, des Begleitkreises und des Expertenkreises in den Entwicklungs- und Abstimmungsprozess (Einladung, Programm, Protokollierung), Einarbeitung von Diskussionsergebnissen und Rückmeldungen
- Vorbereiten und Umsetzen der Informationsveranstaltung für die HaLT-Landeskoordinationen zur neuen Rahmenkonzeption
- Fortschreibung der Rahmenkonzeption ab dem Jahr 2020 (weitere Ausarbeitung der Module, Aufnahme neuer Module) und jeweils Versand der aktuellen Version

#### **Abstimmung mit der BZgA bzw. dem GKV-Bündnis für Gesundheit**

- bezüglich inhaltlicher Fragen zu neuen Zielgruppen und Themen
- bezüglich der Gestaltung des zuwendungsrechtlichen Verfahrens unter Einbeziehung von Institutionen auf Landesebene
- bezüglich der Kooperation der HaLT-Landeskoordinationen und HaLT-Standorte mit den Krankenkassen
- Unterstützung der BZgA bei der Entwicklung des Evaluationskonzepts zur neuen HaLT-Rahmenkonzeption

#### **Datenmonitoring**

- Fortlaufende Abstimmung mit der BZgA zur Entwicklung und Gestaltung des Datenmonitorings in Verbindung mit dem Antragsverfahren und dem Verwendungsnachweis
- Erstellung eines Pflichtenheftes für das Datenmonitoring (Eckpunkte) als Grundlage für das Einholen von Angeboten
- Auswahl und Beauftragung eines Unternehmens auf der Basis einer Entscheidungsmatrix zur Erstellung des umfassenden Pflichtenheftes
- Planungstreffen mit dem programmierenden Unternehmen zur Klärung der Strukturen und Prozesse und von inhaltlichen Fragen gemeinsam mit der BZgA
- Festlegen der finalen Items für das Monitoring in Abstimmung mit den Landeskoordinationen
- Vorbereitung und Durchführung der Informationsveranstaltung zum neuen Datenmonitoring für die Landeskoordinationen
- Sichtung der Daten und Sachberichte aus den Bundesländern, Zusammenfügen zum HaLT-Jahresbericht (mit Kurzform)

#### **Operationalisierung der neuen Module**

- Planung und Organisation der Operationalisierung der neuen Module in Form von Schulungen (Referentinnen und Referenten innerhalb und außerhalb des HaLT-Netzwerkes) und der Erstellung neuer Kapitel im HaLT-Handbuch (einschließlich neuer Materialien)
- Für HaLT-Standorte
  - Weiterentwicklung der Sofort-Intervention für 18- bis 21-Jährige (HaLT-reaktiv)
  - Weiterentwicklung der Sofort-Intervention bei Mischkonsum (HaLT-reaktiv)
  - Qualitätsentwicklung im Netzwerkmanagement – Erkennen und Einbinden entwicklungsgefährdeter Jugendlicher in das Hilfesystem (HaLT-reaktiv)
  - Präventionsmaßnahmen für die Zielgruppe der 18- bis 21-Jährigen (HaLT-proaktiv)
  - Prävention der Fetalen Alkoholspektrumstörung (FASD) und des Fetalen Alkoholsyndroms (HaLT-proaktiv)

- Qualitätsentwicklung im Netzwerkmanagement – Verweis auf wirksame Lebenskompetenzprogramme (HaLT-reaktiv und –proaktiv)
- Qualitätsmanagement und -entwicklung: Standards, Instrumente und Steuerung von HaLT auf regionaler Ebene (in Abstimmung mit den Landeskoordinationen und externen Expert/-innen)
- Für die HaLT-Landeskoordinationen
  - Qualitätsmanagement und -entwicklung: Standards, Instrumente und Steuerung von HaLT im Bundesland

**Weiterentwicklung und Ausbau des bestehenden Trainer/-innennetzwerkes**

- Weiterentwicklung der HaLT-Basis-Schulungen nach der neuen Rahmenkonzeption in Zusammenarbeit mit erfahrenen HaLT-Trainer/-innen
- Gewinnung und Qualifizierung neuer Trainer/-innen
- Organisation von Erfahrungsaustausch zwischen HaLT-Trainer/-innen und externen Fachkräften bzw. Organisationen, welche Schulungen durchführen
- Begleitung des Trainer/-innen-Netzwerkes, Organisation von Netzwerktreffen

**Organisation von Treffen des Wissenschaftlichen HaLT-Netzwerkes**

- Information über neue Module und Abgleich mit Erkenntnissen zu vorhandener Evidenz
- Diskussion von neuen Forschungsergebnissen aus dem Wissenschaftlichen HaLT-Netzwerk in das HaLT-Programm (Verbundantrag, Teilprojekt 1 und 2) und Integration in HaLT
- Organisation der Vorstellung von geplanten Evaluationskonzepten durch die BZgA, Einholen von Empfehlungen des Wissenschaftlichen HaLT-Netzwerkes

**Fortlaufende Abstimmung und Kommunikation mit den HaLT-Landeskoordinationen zur neuen Rahmenkonzeption**

- Anlaufstelle bei Fragen, Unklarheiten, Unterstützung in allen Belangen, die mit der neuen Rahmenkonzeption zusammenhängen
- Aufnahme von Problemanzeigen, Bearbeitung und Behebung (selbst oder delegiert), ggf. Abstimmung mit der BZgA

**Informieren der HaLT-Standorte und Landeskoordinationen**

- Pflege der HaLT-Homepage [www.halt.de](http://www.halt.de) (u. a. Veröffentlichung von Neuerungen, Seminarterminen, Forschungsvorhaben, fortlaufende Aufnahme neuer Module und Materialien)
- Verfassen eines regelmäßigen Newsletters
- Antworten auf Anfragen der HaLT-Standorte, welche von den Landeskoordinationen nicht beantwortet werden können

**Betreuung von HaLT-Standorten in Bundesländern ohne Landeskoordination**

- Schulung zur neuen Rahmenkonzeption und zum Datenmonitoring
- Ggf. Beratung des Bundeslandes zur Einrichtung einer Landeskoordination in Zusammenarbeit mit der BZgA
- Unterstützung der Standorte bei auftauchenden Fragen

In unserer Kommune/unserem Kreis/Landkreis \_\_\_\_\_

wird das Alkoholpräventionsprogramm „HaLT – Hart am Limit“ von

\_\_\_\_\_ (Name des HaLT-Standortes) umgesetzt.

Dabei übernehmen wir, in Abstimmung mit dem HaLT-Standort, Koordinations- und Vernetzungsaufgaben vor Ort und informieren sowohl auf politischer Ebene als auch innerhalb unserer Verwaltung (z. B. Gesundheitsamt, Ordnungsamt, etc.) über das HaLT-Programm.

Hiermit bestätigen wir, dass die aktuell bestehenden Aufgaben, Kooperationen sowie finanziellen Leistungen auch in der neuen Förderphase zur Umsetzung von HaLT in unserer Kommune/unserem Kreis/Landkreis bestehen bleiben.

Name, Anschrift der Kommune/des Kreises/Landkreises:

\_\_\_\_\_

Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Ansprechperson:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Verantwortlichen aus dem Datum, Ort  
Landkreis/dem Kreis/der Kommune

## Anlage

### Basis der Arbeit in der Kommune: Koordination und Vernetzung

1. Strukturelle Verankerung von HaLT in der Kommune
2. Regelmäßige Information über HaLT in politischen Gremien
3. Kommunikation und Abstimmung mit der HaLT-Standort-Koordination

### Ziele

Dieses Modul zielt auf die Umsetzung der klassischen Koordinationsaufgaben auf regionaler Ebene ab. Alle relevanten Zielgruppen sollen informiert und bedarfsbezogen miteinbezogen werden. Ein Kernelement von HaLT seit dem Programmstart ist die Einordnung der kommunalen Alkoholprävention als Querschnittsaufgabe in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung.

Die Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Bereich bürgerschaftlichen Engagements und die sich häufig daraus ableitende Kooperation, z. B. mit Festveranstaltern und Vereinen, mit der Kommune (Ordnungsamt, Jugendschutz) oder der Polizei ermöglicht es, Menschen in den verschiedensten kommunalen Bereichen anzusprechen und als Verantwortliche für die Alkoholprävention in ihrem jeweiligen Wirkungsbereich zu gewinnen. Weitere wichtige Zielgruppen sind Verkaufspersonal, sozialpädagogische Fachkräfte in der Jugendarbeit und Lehrkräfte.

### Indikatoren für die erfolgreiche Umsetzung

- Strukturelle Verankerung von HaLT in der Kommune: Politisch verantwortliche Personen sind über (das neue) HaLT-Konzept informiert, die Information hat in einem für die regionale Prävention relevanten politischen Gremium stattgefunden.
- Der/die HaLT-proaktiv-Koordinator/-in (ggf. mit Standort-Koordinator/-in) informiert in regelmäßigen Abständen in politischen Gremien über das HaLT-Programm.

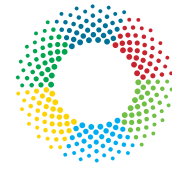
- Der/die HaLT-proaktiv-Koordinator/-in (alternativ Standort-Koordinator/-in) nimmt an regionalen Gremien und Arbeitsgruppen teil.
- Der/die HaLT-proaktiv-Koordinator/-in kommuniziert mit Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern in der Kommune.

### Mögliche weitere Beteiligungen der Kommune

Um die oben genannten Ziele nachhaltig zu gestalten, können die folgenden Maßnahmen perspektivisch von der Kommune/dem Kreis/Landkreis vor Ort umgesetzt bzw. gefördert werden:

1. Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in enger Abstimmung mit lokalen Akteuren (zum Beispiel Festveranstalter, Gastronomie, Gesundheitsamt, etc.)
2. Alkoholtestkäufe im Lebensmitteleinzelhandel und in der Gastronomie
3. Einsatz von Jugendschutzteams bei unterschiedlichsten Festveranstaltungen vor Ort
4. Zertifizierung von Vereinen verbunden mit der Erarbeitung eines Vereiskonzeptes, in dem Suchtprävention nachhaltig verankert ist
5. Durchführung von Alkoholpräventionsworkshops
6. Alkoholpolitische Lobbyarbeit/Öffentlichkeitsarbeit
7. Förderung ausgewählter HaLT-Präventionsmaßnahmen, z. B. Tom & Lisa-Workshops

Weitere Erläuterungen zu den genannten Maßnahmen sowie die dafür benötigten Materialien sind im HaLT-Handbuch aufgeführt.



GKV-Bündnis für  
**GESUNDHEIT**



Gefördert durch die BZgA im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V

