

Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren: Einschätzungen und Vorgehensweisen von medizinischen Fachpersonen

Lucy Bayer-Oglesby¹
Jan Willem Nieuwenboom¹
Peter Frey²
Holger Schmid¹

¹Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW

²Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM)

Diese Studie wurde mit Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit, Vertragsnr. 12.008019, erarbeitet.

24. April 2015

© Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit

Danksagung

Wir möchten uns an dieser Stelle bei allen Personen bedanken, die uns bei der Konzipierung und Durchführung dieses Forschungsprojektes unterstützt haben. Dem Bundesamt für Gesundheit, das die Studie in Auftrag gegeben und finanziert hat, danken wir für das uns entgegengebrachte Vertrauen und den Projektverantwortlichen der Sektionen Alkohol, Drogen und Grundlagen des Bundesamtes für Gesundheit für die konstruktive und effiziente Zusammenarbeit, insbesondere Francesca Bosisio, Elise de Aquino, Thomas Gentil, Markus Jann, Pia Oetiker, Gabriela Scherer, Sabina Schwarz und Salomé Steinle. Ein Dank für die Unterstützung und die wertvollen Rückmeldungen geht an das Berner Institut für Hausarztmedizin - dort insbesondere an Peter Frey und Mireille Schaufelberger - sowie an Sucht Schweiz - dort insbesondere an Irene Abderhalden, Sabine Dobler und Matthias Wicki. Wir danken Reto Bolliger und Jasmine Rüfenacht von der Sektion Gesundheitsberuferegister des Bundesamtes für Gesundheit für die Lieferung der Adressen aus dem Medizinalberuferegister sowie Bernhard Wegmüller, H+ Die Spitäler der Schweiz, für die Lieferung der Kontaktinformationen der Spitäler. Ein weiteres Dankeschön geht an Simon Süsstrunk, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, für seine Mitarbeit bei der Umsetzung der Online-Befragung und an Roland Baur, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, für seine technische Unterstützung bei der Programmierung. Für die Übersetzungsarbeiten ins Französische, Italienische und Englische geht unser Dank an Christelle Benz, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Silvio di Giulio, ZHAW Angewandte Linguistik, Mario Molinari, Arzt, sowie Margaret Oertig, Hochschule für Wirtschaft FHNW. Barbara Weil von der FMH, Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention, danken wir für wertvolle Hinweise zum Feldzugang und Carlo Fabian, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, danken wir für seinen Input bei Projektbeginn. Nicht zuletzt möchten wir uns herzlich bei allen Teilnehmenden der Pilotstudie, der Online-Befragung und der Delphi-Feedbackrunde für ihre Zeit und ihre Rückmeldungen bedanken, ebenso bedanken wir uns herzlich bei den Leitungspersonen der Spitäler für die interne Weiterleitung der Online-Befragung.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen	9
Abstract (Deutsch)	10
Abstract (English)	11
Abstract (Français)	12
Executive Summary (Deutsch)	13
Executive Summary (English)	15
Executive Summary (Français)	17
1 Einleitung	19
1.1 Problematik des Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen	19
1.2 Massnahmen des Bundes	19
1.3 Auftrag und Zielsetzungen der Studie	20
2 Methodik	22
2.1 Literaturrecherche	22
2.2 Entwicklung der Online-Befragung	23
2.3 Rekrutierung der Teilnehmenden der Online-Befragung	23
2.3.1 Zugang zu den Zielgruppen	23
2.3.2 Sampling-Prozess	24
2.3.3 Repräsentativität der Stichprobe	26
2.4 Online-Feedbackrunde (Delphi-Befragung)	27
2.5 Datenaufbereitung und -auswertung	27
3 Ergebnisse	28
3.1 Literaturübersicht	28
3.1.1 Prävalenzen	28
3.1.2 Prädiktoren	32
3.1.3 Folgen	42
3.1.4 Frühinterventionen in Schweizer Spitälern	46
3.1.5 Fazit	49
3.2 Resultate der Online-Befragung	52
3.2.1 Arbeitskontext und Demografie der Teilnehmenden	52
3.2.2 Häufigkeit Kontakt mit der Thematik	54
3.2.3 Rangfolge der Substanzen	58
3.2.4 Beantwortung der vertiefenden Fragen	60
3.2.5 Abklärung und Vorgehen	62
3.2.6 Charakterisierung der Kinder und Jugendlichen - subjektive Sicht	71
3.2.7 Hindernisse bei der Früherkennung und Frühintervention	72
3.2.8 Eigene Rolle und therapeutisches Engagement	74
3.2.9 Zusammenfassung der Resultate der Online-Befragung	78
3.3 Feedback-Runde zur Online-Befragung (Delphi-Befragung)	80
3.3.1 Schlussfolgerungen zur Stellungnahme	80
3.3.2 Ergebnisse der Feedbackrunde (Delphi-Befragung)	81
4 Diskussion	84
4.1 Zugang zur Ärzteschaft und zum Pflegepersonal	84

4.2	Auftreten der Problematik im medizinischen Kontext	84
4.3	Charakteristika der Kinder und Jugendlichen - subjektive Sicht vs. Literatur	85
4.4	Unterschiede in Rollensicherheit und therapeutisches Commitment	86
4.5	Meldebefugnis vs. Berufsgeheimnis	87
5	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	88
5.1	Validierte Schlussfolgerungen	88
5.2	Empfehlungen	89
6	Literaturverzeichnis	91
7	Anhang	97
7.1	Tabellen	97
7.2	Online-Fragebogen Hauptbefragung	109
7.3	Online-Fragebogen Feedbackrunde (Delphi-Befragung)	121

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Direkter Kontakt mit Kindern und Jugendlichen, bei denen problematischer Konsum vermutet wird (oben) sowie Ansprechen der Thematik von einer Bezugsperson (unten) (nach Berufsgruppe). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	55
Abb. 2:	Häufigkeit direkter Kontakt mit Kindern und Jugendlichen, bei denen problematischer Konsum vermutet wird (nach Facharzttitle [Ärztenschaft], Arbeitsort, Sprachregion und Arbeitskontext). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	56
Abb. 3:	Rangfolge der Personen, welche die Thematik Substanzkonsum ansprechen. Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	57
Abb. 4:	Rangfolge der Häufigkeit der Substanzen (nach Arbeitsort). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	59
Abb. 5:	Häufigkeit der Abklärung problematischen Konsums bei Auffälligkeiten. Frage wurde nur der Ärzteschaft gestellt. Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	63
Abb. 6:	Nutzung von Instrumenten, um problematischen Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren abzuklären (nach Berufsgruppe). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	65
Abb. 7:	Vorgehen bei Feststellung eines problematischen Konsums - Patientinnen/Patienten (nach Berufsgruppe). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	66
Abb. 8:	Vorgehen bei Feststellung eines problematischen Konsums - Kontaktnahme und Informierung (nach Berufsgruppe). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	68
Abb. 9:	Vorgehen bei Feststellung eines problematischen Konsums - Einholen von Informationen oder Empfehlungen (nach Berufsgruppe). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	69
Abb. 10:	Welche Methode wird angewandt, wenn Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren mit problematischem Substanzkonsum selber beraten oder behandelt werden (nach Berufsgruppe). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	70
Abb. 11:	Charakterisierung der Kinder und Jugendlichen unter 16 Jahren mit problematischem Konsum. Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	71
Abb. 12:	Wahrgenommene Hindernisse bei der Früherkennung und Frühintervention . Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	73
Abb. 13:	Einstellungen und Haltungen bezüglich Früherkennung und Frühintervention. Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	75
Abb. 14:	Rollensicherheit (rechts) und therapeutisches Engagement (links). Oben: Gesamtsample (N=356); Mitte: Ärztinnen/Ärzte (N=251); Unten: Pflegefachleute (N=88). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	77
Abb. 15:	Einverständnis mit den Schlussfolgerungen. Online-Delphi-Befragung "Substanzkonsum", 2014	81

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Sampling Prozess für die Rekrutierung der Ärzteschaft. Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	25
Tabelle 2:	Sampling Prozess der Rekrutierung des Spitalpersonals. Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	26
Tabelle 3:	Arbeitskontext der teilnehmenden medizinischen Fachpersonen (nach Berufsgruppe). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	53
Tabelle 4:	Demografische Merkmale der teilnehmenden medizinischen Fachpersonen (nach Berufsgruppe). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	54
Tabelle 5:	Beantwortung der vertiefenden Fragen (nach Häufigkeit Kontakt mit der Thematik, Arbeitskontext, Funktion, Berufsgruppe, Fachgebiet und Berufsabschluss). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	61
Tabelle 6:	Beantwortung der vertiefenden Fragen (nach demografischen Merkmalen). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	62
Tabelle 7:	Systematisches Vorgehen (nach Berufsgruppe, Arbeitskontext, Häufigkeit Kontakt mit Thematik und Arbeitsort). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	64
Tabelle 8:	Systematisches Vorgehen nach Substanz. Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	64
Tabelle 9:	Pädiatrischer Kontext (Modell A) und Häufigkeit Kontakt mit Kindern und Jugendlichen (Modell B) als Prädiktoren für Rollensicherheit (rechts) und therapeutisches Engagement (links), adjustiert für demografische Covariaten. Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	78

Tabellenverzeichnis Anhang 7.1

Tabelle A 1:	Erreichbarkeit, Antwort- und Teilnahmeraten (nach Sprachregion und Kanton sowie nach Geschlecht, Alter, Nationalität und Facharzttitel). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	97
Tabelle A 2:	Repräsentativität der Teilnehmenden (nach Sprachregion und Kanton sowie nach Geschlecht, Alter, Nationalität und Facharzttitel). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	98
Tabelle A 3:	Häufigkeit der Abklärung problematischen Konsums bei Auffälligkeiten (nach pädiatrischem Kontext und Häufigkeit Kontakt mit der Thematik). Die Frage wurde nur der Ärzteschaft gestellt. Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	99
Tabelle A 4:	Wie häufig nutzen Sie folgende Instrumente, um problematischen Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren abzuklären? (Nach pädiatrischem Kontext und Häufigkeit Kontakt mit der Thematik). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	100
Tabelle A 5:	Vorgehen bei Feststellung eines problematischen Konsums - Patientinnen/Patienten (nach pädiatrischem Kontext und Häufigkeit Kontakt mit der Thematik). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	101
Tabelle A 6:	Vorgehen bei Feststellung eines problematischen Konsums - Kontaktaufnahme und Informierung (nach pädiatrischem Kontext und Häufigkeit Kontakt mit der Thematik). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	102
Tabelle A 7:	Vorgehen bei Feststellung eines problematischen Konsums - Beschaffung von Informationen und Empfehlungen (nach pädiatrischem Kontext und Häufigkeit Kontakt mit der Thematik). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	103
Tabelle A8:	Welche Methoden wenden Sie an, wenn Sie Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren mit problematischem Substanzkonsum selber beraten oder behandeln? (Nach pädiatrischem Kontext und Häufigkeit Kontakt mit der Thematik). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	104
Tabelle A9:	Charakterisierung der Kinder und Jugendlichen mit problematischem Konsum (nach pädiatrischem Kontext und Häufigkeit Kontakt mit der Thematik). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	105
Tabelle A10:	Wahrgenommene Hindernisse bei der Früherkennung und Frühintervention (nach pädiatrischem Kontext und Häufigkeit Kontakt mit der Thematik). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	106
Tabelle A11:	Einstellung und Haltung bezüglich Früherkennung und Frühintervention (nach pädiatrischem Kontext und Häufigkeit Kontakt mit der Thematik). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014	108

Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BetmG	Betäubungsmittelgesetz
BIHAM	Berner Institut für Hausarztmedizin
CRAFFT	Acronym für "car, relax, alone, forget, family, and friends"
CUDIT	Cannabis Use Disorder Identification Test (Adamson et al. 2003)
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
DMQ-R	Drinking Motivation Questionnaire Revised (Cooper 1994)
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
EFS-Survey	Enterprise Feedback Suite, Unipark QuestBack (Umfragesoftware)
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
FHNW	Fachhochschule Nordwestschweiz
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GHB/GBL	Gamma-Hydroxybutyrat/Gamma-Butyrolacton; bekannt als "K.O.-Tropfen"
GLN	Global Location Number
GREA	Groupement Romand d'Etudes des Addictions
H+	Die Spitäler der Schweiz (Verband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen)
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HEADS	Klinisches psychosoziales Interview für Adoleszenten
HSA	Hochschule für Soziale Arbeit
ICD 10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision
IMAGEN	Imaging Genetics-Studie
ISAGE	Institut Soziale Arbeit und Gesundheit
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
Kinder-Dips	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (Schneider et al. 2009)
MaPaDro III	Drittes Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme
MedReg	Medizinalberufe-Register, Bundesamt für Gesundheit
MRI	Magnet Resonanz Imaging
NHSDA	National Household Survey of Drug Abuse, USA
NPA	Nationales Programm Alkohol
NUK	Notunterkunft Hohe Promenade, Zürich
SAPPQ	Short Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire (Anderson et al. 1987)
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SCAS	Children's Anxiety Scale (Spence 1997)
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch
UKBB	Universitätskinderspital beider Basel
WHO	World Health Organization
ZAPPS	Zürich Adolescent Psychology and Psychopathology Study
ZAS	Zentrale Ausnüchterungszelle, Zürich
ZFA	Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme
ZHNW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Abstract (Deutsch)

Im Kindes- und Jugendalter werden wichtige Weichen für die Gesundheit im Erwachsenenalter gestellt. Gerade in diesem Alter kann der Substanzkonsum schwerwiegende Folgen für die Gesundheit haben. Ziel der Studie war es, den aktuellen Wissensstand zum Vorkommen des problematischen Substanzkonsums bei unter 16-Jährigen darzustellen sowie Einschätzungen von medizinischen Fachpersonen zum Auftreten dieser Problematik im medizinischen Kontext in der Schweiz zu erhalten. Die Online-Befragung von 1'200 medizinischen Fachpersonen zeigt, dass diese vor allem beim schulärztlichen Dienst, in pädiatrischen Kliniken und Abteilungen, auf Notfallstationen und in Psychiatrieabteilungen mit der Problematik konfrontiert sind. Tabak, Alkohol und Cannabis sind die wichtigsten Substanzen, die zur Sprache kommen. Die Studie kommt zum Schluss, dass medizinische Fachpersonen die Früherkennung von problematischem Substanzkonsum als ihre Aufgabe wahrnehmen und gleichzeitig eine Verantwortung bei den Eltern und den Lehrpersonen sehen. Kooperationen mit anderen Professionen, wie dies von Fachkreisen in der Oltner Charta gefordert wird, werden von den Befragten kaum thematisiert und könnten mit einer Tagung gefördert werden. Die Studie zeigt einen Bedarf an Aus- und Weiterbildung auf, welche die Vor- und Nachteile des systematischen Vorgehens thematisiert, die Effektivität entsprechender Massnahmen aufzeigt, spezifische Instrumente vorstellt und medizinische Fachpersonen darauf sensibilisiert, dass neben psychischen Störungen und Verhaltensstörungen auch Gewalterfahrungen, schulische Probleme und elterlicher Substanzkonsum mit einem erhöhten Risiko für problematische Konsummuster assoziiert sind.

Abstract (English)

Health behaviour during childhood and adolescence has a significant impact on health in adulthood. Substance abuse at such a young age can have serious consequences for later health. The aim of this study is to provide an overview of the current state of knowledge regarding the occurrence of problematic substance use among children and adolescents under the age of 16 and to gain insight into the way professionals in the Swiss medical services deal with these issues. An online survey among 1,200 health care providers (medical doctors and nurses) has revealed that problematic substance use was an issue faced mainly by health care professionals in school medical services, paediatric clinics and departments, emergency services and psychiatric departments. Common substances used are tobacco, alcohol and cannabis. Health care professionals perceive themselves as responsible for the early detection and intervention of problematic substance use but also assign responsibility to parents and teachers. Cooperation with other professions is rarely mentioned by the respondents, but has been declared as a fundamental requirement of experts in the so-called "Oltner Charta". The study also shows a need for education and training, e.g. in the pros and cons of systematic procedures, the effectiveness of measures as well as the use of specific instruments for early detection and intervention. Health care professionals are aware of the importance of mental and behavioural disorders linked to problematic substance use; however, there is little awareness of other risk factors, such as the experience of violence, school and learning difficulties, or substance use by parents. We propose a conference to deepen the discussion on best practice in early detection and intervention.

Abstract (Français)

Pendant l'enfance et l'adolescence d'importants jalons se posent concernant la santé durant l'âge adulte. Justement durant ce jeune âge une consommation de substances peut avoir des suites graves pour la santé. Le but de cette étude est d'obtenir l'état actuel des connaissances concernant la présence de la consommation problématique de substances chez les enfants et adolescents de moins de 16 ans ainsi que de récolter les estimations du personnel médical concernant la survenue de cette problématique dans le contexte médical en Suisse. Le sondage en ligne, rempli par 1'200 personnes du personnel médical, a montré que la consommation problématique de substances est surtout un sujet dans les services médicaux scolaires, les cliniques et services pédiatriques, aux urgences et dans les services psychiatriques. Le tabac, l'alcool et le cannabis sont les substances le plus souvent nommées. L'étude conclut que le personnel médical se perçoit responsable pour l'intervention précoce et qu'il voit de même une certaine responsabilité chez les parents et enseignants. Des coopérations d'autres professions, recommandées dans la prétendue "Oltner Charta", sont rarement nommées par les sondés, elles pourraient alors être favorisées dans le contexte d'un congrès. L'étude pointe un besoin de formations (continues), qui prendraient pour sujets les avantages et préjudices d'une procédure systématique et l'efficacité de mesures conformes, qui présenteraient des instruments spécifiques et qui sensibiliseraient le personnel médical qu'en plus des troubles psychiques et du comportement, des expériences de violence, des problèmes scolaires et la consommation de substances par les parents sont également associés avec un risque élevé d'une consommation problématique.

Executive Summary (Deutsch)

Ausgangslage

Im Kindes- und Jugendalter werden wichtige Weichen für die Gesundheit im Erwachsenenalter gestellt. Aus verschiedenen Studien geht hervor, dass gerade in diesem Alter der Konsum von Alkohol und anderen Substanzen schwerwiegende Folgen für die Gesundheit haben kann. Im Jahr 2012 wurde das dritte Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) und das Nationale Programm Alkohol (NPA) bis 2016 verlängert. In beiden Programmen werden Kinder und Jugendliche als wesentliche Zielgruppe definiert und es wird insbesondere ein Schwerpunkt auf die Früherkennung und Frühintervention bei suchtgefährdeten Kindern und Jugendlichen gelegt. Früherkennung und Frühintervention beinhalten laut der Oltner Charta das Zusammenspiel verschiedener Akteure mit einer gemeinsamen Haltung, einem geteilten Wissen bis hin zu geregelten Abläufen (Prozessen) im Umgang mit problematischem Konsumverhalten. Medizinische Fachpersonen haben hier eine Schlüsselrolle inne und ihre Einbindung in ein komplexes System der Früherkennung und Frühintervention mit verschiedenen Akteurinnen und Akteuren ist fundamental.

Zielsetzungen

Mit der Studie soll der aktuelle Wissensstand zum Vorkommen des problematischen Substanzkonsums bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren dargestellt werden sowie die Faktoren, die bei der Entstehung problematischer Konsummuster in dieser Altersgruppe eine Rolle spielen, identifiziert werden. Das Hauptziel der Studie ist es, mit einer Befragung von medizinischen Fachpersonen Einschätzungen zum Auftreten der Problematik im medizinischen Kontext in der Schweiz zu erhalten. Dabei soll geklärt werden, in welchem Kontext und wie häufig medizinische Fachpersonen mit der Problematik konfrontiert sind, wann und mit welchen Instrumenten problematischer Substanzkonsum abgeklärt wird und wie die verfügbaren Ressourcen von der Ärzteschaft und dem Pflegefachpersonal eingeschätzt werden. Die Schlussfolgerungen sollen durch eine Feedbackrunde bei Teilnehmenden der Befragung breit abgestützt sein.

Methodik

In einer Literaturrecherche wurde der aktuelle Wissensstand zur Prävalenz, zu den Prädiktoren und zu den Folgen des Substanzkonsums bei unter 16-Jährigen aufgearbeitet und Frühinterventionen in Schweizer Spitälern dokumentiert. Kernstück der Studie ist eine gesamtschweizerische Online-Befragung von 1'200 medizinischen Fachpersonen zwischen Februar und September 2014. Der Zugang zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erfolgte über das Medizinalberufesregister, für die Rekrutierung von Pflegefachpersonen und Spitalärztinnen/Spitalärzten wurden die Direktionen, ärztliche Leitungen sowie Pflegeleitungen von Schweizer Spitälern kontaktiert und um spitalinterne Weiterleitung gebeten. Die Schlussfolgerungen aus der Online-Befragung wurden mittels Delphi-Befragung den Teilnehmenden zur Diskussion gestellt und damit validiert.

Ergebnisse

Literaturübersicht. Die internationale Literatur zeigt auf, dass das Alter zwischen 11 und 16 Jahren eine kritische Zeitspanne für den Einstieg in den Substanzkonsum ist. Bei den 11-Jährigen weist die grosse Mehrheit noch keine Konsumerfahrungen auf, bei den 15-Jährigen hat hingegen die Mehrheit erste Erfahrungen mit Alkohol und Tabak gemacht und ein Drittel mit Cannabis. Beim Einstieg in den Substanzkonsum wie auch bei der Entwicklung von problematischen Konsummustern in der Adoleszenz spielen gemäss der analysierten Literatur viele Faktoren zusammen. Im Wesentlichen können drei Kategorien von Prädiktoren unterschieden werden: (i) die

persönliche Vulnerabilität, (ii) Umwelteinflüsse sowie (iii) die Droge selbst. Zur persönlichen Vulnerabilität tragen genetische und neurobiologische Faktoren, das Temperament und Persönlichkeitsmerkmale sowie Trinkmotive bei. Zu den Umweltfaktoren zählen familiäre und soziale Faktoren wie der Substanzkonsum von Freunden und der Eltern, die elterliche Beaufsichtigung, die Qualität der Beziehungen, die Familienstruktur, aber auch Lebensereignisse und Gewalterfahrungen. Bei der Droge selbst spielen neben dem Abhängigkeits- und Wirkungspotenzial auch die Verfügbarkeit sowie die Kosten und Konsummuster eine Rolle. Zu den Folgen des problematischen Konsums zählen Gewalterfahrungen (als Täter und Opfer), sexuelles Risikoverhalten, Spitaleinweisungen wegen Alkoholintoxikation, Abnahme der Schulleistungen, Suizidalität sowie Veränderungen der Gehirnstruktur mit Auswirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit.

Online-Befragung medizinischer Fachpersonen. Als Erstes zeigt sich, dass bei weitem nicht alle Arbeitsorte und Fachgebiete gleichermassen mit dem problematischen Substanzkonsum bei unter 16-Jährigen konfrontiert sind. Vor allem beim schulärztlichen Dienst und in pädiatrischen Kliniken und Abteilungen sowie auf Notfallstationen und auf Psychiatrieabteilungen stösst das Thema auf Interesse. In den Arztpraxen kommt nur eine Minderheit mit diesen Kindern und Jugendlichen in Kontakt. Im Kontext der Arztpraxis sind Tabak, Alkohol und Cannabis - in dieser Reihenfolge - die wichtigsten Substanzen, die zur Sprache kommen, im stationären Kontext steht Alkohol an erster Stellen, gefolgt von Tabak und Cannabis. Am häufigsten führen psychische Auffälligkeiten oder Verhaltensauffälligkeiten sowie eine offensichtliche Alkoholvergiftung zu einer Abklärung. Ein systematisches Vorgehen zur Abklärung kennt die Mehrheit der Befragten nicht. Die häufigsten Massnahmen bestehen bei den Ärztinnen und Ärzten aus eigener Beratung sowie Verweisen an Fachspezialisten/Fachspezialistinnen oder Fachstellen. Pflegefachpersonen beraten nur selten selber und verweisen am häufigsten an eine Beratungs- oder Fachstelle. Von den Personen, die nur selten mit diesen Kindern Kontakt haben, finden 80 Prozent, dass ihnen eine spezielle Ausbildung fehlt. Von den Personen, die mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakte zu diesen Kindern und Jugendlichen haben, stimmen 53 Prozent dieser Aussage zu. Fehlende Screening-Instrumente nimmt eine Mehrheit der Pflegefachpersonen als Hindernis der Früherkennung und Frühintervention wahr. Sowohl die Ärzteschaft wie Pflegefachpersonen fühlen sich in grosser Mehrheit berechtigt und haben wenige Hemmungen, den Substanzkonsum anzusprechen. Zudem glauben sie mehrheitlich an einen Erfolg. Die Mehrheit der Ärzteschaft schätzt ihr Wissen als genügend ein, während eine Mehrheit der Pflegefachpersonen ihr Wissen als ungenügend beurteilt.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Aus der Studie resultieren vier Schlussfolgerungen, die in der Delphi-Befragung breite Zustimmung fanden: Erstens ist die Früherkennung von problematischem Substanzkonsum bei einem Kind/Jugendlichen eine Aufgabe von medizinischen Fachpersonen, für welche diese auch eine Verantwortung bei Eltern und Lehrpersonen sehen. Zweitens braucht es für die Früherkennung im medizinischen Kontext mehr systematische Vorgehensweisen, wobei v.a. bei der Ärzteschaft gewisse Widerstände bestehen. Drittens sind spezifische Instrumente zur Abklärung von problematischem Konsum zu wenig bekannt und werden zu selten eingesetzt. Viertens besteht für die Frühintervention im medizinischen Kontext ein Bedarf nach Ausbildung. Es wurden vier Empfehlungen formuliert: Erstens soll die Kooperation zwischen medizinischen Fachpersonen und anderen Professionen des Gesundheits- und Sozialbereiches gefördert werden. Zweitens sollen systematische Vorgehensweisen und spezifische Instrumente mit geeigneten Mitteln bekannt gemacht werden. Drittens soll ein Angebot für die Ausbildung von medizinischen Fachpersonen zur Thematik geschaffen werden. Viertens soll ein Fachdiskurs zur Meldebefugnis initiiert werden, damit bei einer gesetzlichen Regelung einerseits den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen Rechnung getragen wird und andererseits eine niederschwellige Früherkennung und Frühintervention unter Einbezug der relevanten Professionen gewährleistet wird.

Executive Summary (English)

Background / State of Affairs

Health behaviour during childhood and adolescence has a significant impact on health in adulthood. Several studies show that for children and adolescents in particular, problematic substance use can have serious consequences for health in later life. In 2012, the federal government extended the third package of measures to reduce drug-related problems (MaPaDro III) and the National Program Alcohol (NPA) until 2016. Both programmes include children and adolescents as an essential target group and have their main focus on early detection and early intervention among those who are at risk of becoming addicted. According to the declaration of Swiss experts, in the so-called "Oltner Charta", early detection and early intervention comprise a wide range of cooperative interactions among various players, which include a shared attitude and sharing of knowledge as well as coordinated procedures to deal with problematic substance use. Medical doctors and nurses play an important role as part of a complex system of early detection and intervention for problematic substance use in young people. The integration of different care systems is fundamental.

Aims

One aim of this study is to present an overview of the current state of knowledge regarding the occurrence of problematic substance use among children and adolescents under the age of 16 as well as to identify risk factors related to problematic substance use in this group. A further aim is to gain insight into the way doctors and nurses in the Swiss medical services encounter problematic substance use by young people. We were interested in how often and in which context health care professionals encounter problematic substance use, when and with which instruments users are detected and how medical doctors and nurses perceive the resources available to them. We aimed to obtain broad support of our conclusions from participants by means of a Delphi style feedback survey.

Methods

In a literature review, the current state of knowledge regarding the prevalence, predictors and consequences of substance use among under 16-year-olds was summarized and early interventions in Swiss hospitals were documented. The core of the study was an online survey among 1,200 health care professionals (medical doctors and nurses) that was conducted from February to September 2014. Access to general practitioners was gained by using the Swiss federal register of medical doctors. In order to recruit nurses and medical doctors working at hospitals, we contacted the management of the Swiss hospitals, including administrative, medical and nursing directors, and asked them to forward the link to the online survey internally. The conclusions drawn from the online survey were validated by the participants by means of a Delphi style feedback survey.

Results

Literature review. The international literature showed that the age range of 11 to 16 years is a critical period for the initiation of substance use. Among 11-year-olds, the vast majority has no experience with substance use; however, by the age of 15 the majority has tried alcohol as well as tobacco and one third has tried cannabis. According to the literature analysed, a complex interplay of factors explain the development from initiation to problematic substance use in adolescence. Three categories of predictors can be distinguished: (i) personal vulnerability, (ii) environmental influences and (iii) the drug itself. Genetic and neurobiological factors, tempera-

ment and individual traits as well as drinking motives constitute personal vulnerability. Environmental influences comprise family and social factors such as substance use by friends and parents, parental monitoring, the quality of relationships, family structure, but also critical life events and experiences of violence. Availability, costs, consumption patterns, the effects as well as the addictive potential of the drug itself also play an important role. The consequences of problematic substance use include experience of violence (whether as an offender or as a victim), sexual risk behaviour, hospital admission for alcohol intoxication, decrease in school performance, suicidal tendencies as well as changes in the brain structure that have negative effects on cognitive performance.

Online survey among health care professionals. Not all doctors and nurses encounter problematic substance use by young people in their medical field or work place. Those who do work mainly for: school medical services, paediatric clinics and departments, emergency departments and psychiatric departments. In private practices, a minority have contact with children and adolescents with problematic substance use. In private practices, firstly tobacco, secondly alcohol and then cannabis were reported as the most important substances encountered, whereas in hospital settings alcohol ranked first, followed by tobacco and cannabis. Mental disorders and behavioural problems as well as alcohol intoxication were the most common reasons for further investigation. Systematic procedures for detection and intervention were unknown to most of the respondents. Among medical doctors, the most common measures consisted of counselling and referral to specialists or specialised agencies. Nurses rarely provided counselling themselves and referred patients most often to medical specialists or agencies. Eighty percent of those who seldom had contact with affected children or young people and 53 percent of those who had contact several times a month or more, found they lacked specific training. A majority of nurses perceived the lack of screening instruments as an obstacle to early detection and intervention. The majority of the medical doctors and of the nurses viewed addressing substance use as a legitimate aspect of their professional role and did not feel reluctant to address it. Most of them also believed that addressing substance use with affected youngsters was effective. While a majority of the medical doctors thought they had sufficient knowledge in this field, most of the nurses believed their knowledge to be insufficient.

Conclusions and recommendations

We proposed the following four conclusions in the Delphi style survey, and these were broadly supported by the participants: Firstly, health care professionals perceive themselves to be responsible for the early detection of and early intervention for problematic substance use but they also assign responsibility to teachers and parents. Secondly, more systematic procedures are needed for early detection in a medical context, however, medical doctors in particular have reservations about systematic procedures. Thirdly, specific instruments for the detection of problematic substance use are not well known and are rarely used. Fourthly, there is a need for education and training in early intervention in the medical context. Four recommendations were formulated: (i) Cooperation between health care professionals and other professions in the system of health and social services should be encouraged. (ii) Systematic procedures and specific instruments should be promoted with the appropriate means. (iii) Education and training should be offered to health care professionals in the field. (iv) A professional standpoint should be developed, to address regulating of the field of early detection and intervention. It is necessary to consider both the obligation to notify the authorities and the assurance of low-threshold early detection and intervention. Regulation has to take into account the involvement of all relevant professionals, and has to meet the needs of the concerned children and adolescents.

Executive Summary (Français)

Situation initiale

Pendant l'enfance et l'adolescence d'importants jalons se posent concernant la santé durant l'âge adulte. Plusieurs études ont pu montrer que justement à cet âge la consommation d'alcool et d'autres substances peuvent avoir des suites graves pour la santé. En 2012, le troisième programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro III) et le programme national alcool ont été prolongés jusqu'en 2016. Les enfants et adolescents sont définis dans les deux programmes comme un groupe-cible essentiel et on accentue sur l'intervention précoce chez les enfants et adolescents avec un risque de toxicomanie. L'intervention précoce contient selon la "Oltner Charta" une coopération de plusieurs acteurs avec une attitude commune, une connaissance partagée jusqu'à des déroulements (procès) réglés. Le personnel médical a un rôle pivot et son intégration dans un système complexe d'interventions précoces avec plusieurs acteurs est primordiale.

Objectifs

Le but de cette étude est d'obtenir l'état actuel des connaissances concernant la présence de la consommation problématique de substances chez les enfants et adolescents de moins de 16 ans ainsi que d'identifier les facteurs qui influencent la formation d'un modèle de consommation problématique dans ce groupe d'âge. Le but principal de cette étude est de récolter, à l'aide d'un sondage, les estimations du personnel médical concernant la survenue de cette problématique dans le contexte médical en Suisse. Ce faisant, en clarifiant, dans quel contexte et combien souvent le personnel médical est confronté à cette problématique, quand et avec quels instruments une consommation problématique de substances est clarifiée et comment le corps médical et le personnel soignant estiment les ressources disponibles. Les conclusions devraient être soutenues par un échange-feedback des participants du sondage.

Méthodologie

A l'aide d'une recherche de littérature, la connaissance actuelle concernant la prévalence, les prédicteurs et les suites d'une consommation de substances chez les moins de 16 ans a été résumée et les interventions précoces dans les hôpitaux Suisse documentées. La partie essentielle de cette étude est un sondage en ligne dans toute la Suisse avec 1200 personnes (personnel médical) entre février et septembre 2014. L'accès aux médecins établis s'est fait à l'aide du registre des professions médicales et le recrutement du personnel soignant et des médecins dans les hôpitaux en contactant les directions des hôpitaux Suisse et en demandant de faire suivre le lien dans leur hôpital respectif. Les conclusions tirées du sondage en ligne ont été validées par les participants lors d'un échange-feedback selon la méthode Delphi.

Résultats

Aperçu littéraire. La littérature internationale démontre que l'âge de 11 à 16 ans est une période critique pour le début d'une consommation de substances. La plupart des jeunes de 11 ans n'a pas encore d'expérience en consommation, par contre à l'âge de 15 ans, la plupart a déjà fait ses expériences avec l'alcool et le tabac et un tiers avec le cannabis. Selon la littérature analysée, plusieurs facteurs jouent un rôle lors du début d'une consommation de substances ainsi que durant le développement d'un modèle de consommation problématique pendant l'adolescence. En gros peut-on distinguer entre trois catégories de prédicteurs: (i) la vulnérabilité personnelle, (ii) les influences de l'environnement et (iii) la drogue elle-même. Des facteurs génétiques et neurobiologiques, le tempérament, des traits de personnalité ainsi que des motifs à boire for-

ment la vulnérabilité personnelle. Les facteurs familiaux et sociaux ainsi que la consommation de substances par des amis et parents, la surveillance parentale, la qualité des relations, la structure de famille, mais aussi des événements marquants de vie et des expériences de violence sont des facteurs de l'environnement. Le potentiel de dépendance et d'effets, la disponibilité ainsi que les coûts et le modèle de consommation jouent un rôle pour la catégorie de la drogue elle-même. Les suites d'une consommation problématique sont: des expériences de violence (comme coupable et victime), un comportement sexuel à risque, une entrée à l'hôpital suite à une intoxication d'alcool, une diminution des performances scolaires, la suicidalité ainsi que des changements de la structure du cerveau avec des conséquences cognitives.

Sondage en ligne du personnel médical. Tout d'abord il en ressort que toutes les professions et spécialités ne sont pas confrontées au même titre concernant la consommation de substances chez les moins de 16 ans. Concernés sont surtout les services médicaux scolaires, les cliniques et secteurs pédiatriques ainsi que les urgences et les secteurs psychiatriques. Uniquement une minorité de cabinets médicaux est en contact avec de tels enfants et adolescents. Dans le contexte des cabinets médicaux, les plus importantes substances nommées, sont le tabac, l'alcool et le cannabis - dans cet ordre. Dans le contexte stationnaire l'alcool est en première place suivi du tabac et du cannabis. Dans la plupart des cas les troubles psychiques ou du comportement comme une intoxication d'alcool évidente demandent une vérification. La plupart des sondés ne connaît pas de procédure systématique de repérage et d'évaluation. Les médecins utilisent les mesures les plus fréquentes lors de consultations et font suivre les patients par des spécialistes. Le personnel soignant consulte rarement lui-même et le plus souvent fait suivre les patients à un centre d'aide ou à un secteur spécialisé. 80 % des personnes, qui ont de rares contacts avec de tels enfants, trouvent qu'une formation spéciale leur manque. Du même avis sont 53 % des personnes qui ont plusieurs fois par mois ou encore plus contact avec de tels enfants et adolescents. Le manque d'instruments de dépistage est nommé comme un obstacle pour les interventions précoces. Tant les médecins que le personnel soignant se sentent en grande partie autorisés à traiter et n'ont pas peur d'aborder le sujet de la consommation de substances. En outre, ils croient majoritairement à un succès. La plupart des médecins estime ses connaissances comme suffisantes tandis que la plupart du personnel soignant juge ses connaissances comme insuffisantes.

Conclusions et recommandations

Il ressort de l'étude quatre conclusions qui ont été approuvées pendant le sondage avec la méthode Delphi. Premièrement, le dépistage précoce d'une consommation problématique de substances chez un enfant/adolescent est un devoir du corps médical, qui pour lui voit aussi une responsabilité chez les parents et enseignants. Deuxièmement, dans le contexte médical on a besoin de plus de mesures systématiques pour l'intervention précoce, toutefois les médecins s'y opposent un peu. Troisièmement, les instruments spécifiques pour le diagnostic différentiel d'une consommation problématique ne sont pas encore assez connus et utilisés. Quatrièmement, il y a un besoin de formation pour l'intervention précoce dans le contexte médical. Quatre recommandations ont été formulées: (1) Il faut encourager une coopération entre le personnel médical et les autres professions du système de santé et du domaine social. (2) Il faut faire connaître les démarches systématiques et les instruments spécifiques. (3) Une offre pour la formation du personnel médical dans cette thématique doit être réalisée. (4) Un débat spécialisé concernant la compétence en matière d'annonce doit être initié afin que, lors d'un règlement légal, d'une part on prenne en compte les besoins des enfants et des adolescents et que de l'autre part on puisse offrir une intervention précoce qui inclue les professions concernées.

1 Einleitung

1.1 Problematik des Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen

Im Kindes- und Jugendalter werden wichtige Weichen für die Gesundheit im Erwachsenenalter gestellt. Aus verschiedenen Studien geht hervor, dass gerade in diesem Alter der Konsum von Alkohol und anderen Substanzen, wie etwa Cannabis und Designerdrogen, schwerwiegende Folgen für die Gesundheit haben kann (Stolle et al. 2009a; Stolle et al. 2009b). So sind die körperlich schädigenden Auswirkungen durch übermässigen Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen drastisch: die Leber von Kindern (und Jugendlichen) kann Alkohol nur bedingt abbauen, so dass bereits geringe Mengen schwere Vergiftungen verursachen können. Bei 0,5 Promille Alkohol im Blut kann ein kleineres Kind bewusstlos werden und drei Gramm Alkohol pro kg Körpergewicht können bei Kindern zu tödlicher Atemlähmung führen (DHS 2014). Die Gehirnentwicklung ist bei Jugendlichen durch übermässigen Alkoholkonsum stark gefährdet (DHS 2014).

Fast fünf Jugendliche müssen in der Schweiz pro Tag hospitalisiert werden, weil sie zu viel Alkohol und/oder andere Drogen konsumiert haben. Dies unterlag bis im Jahr 2008 einem ansteigenden Trend, wie Analysen der Behandlung aufgrund alkoholbezogener Diagnosen bei Jugendlichen und jungen Erwachsene zwischen 10 und 23 Jahren ergeben haben (Wicki et al. 2009). Seit dem Jahr 2008 zeigen sich jedoch in allen Altersklassen abnehmende Trends, so dass die Raten von 2012 grösstenteils unter denen von 2007 liegen (Wicki et al. 2014a).

Während die alle vier Jahre stattfindenden Befragungen zum Alkoholkonsum bei Jugendlichen¹ in der Schweiz bis 2010 eine relative Stabilität in verschiedenen Konsummustern zeigten (Windlin et al. 2011a), weist die Erhebung 2014 insgesamt auf eine deutliche Abnahme des Alkoholkonsums von Jugendlichen hin (Marmet et al. 2015). Es drängt sich allerdings die Hypothese auf, dass Jugendliche im Vergleich zu früher zwar nicht mehr trinken, dass sie aber härtere Alkoholika trinken, und dass sie schneller trinken. Die Befragung von Schülerinnen und Schülern kann hier ebenfalls Hinweise liefern. Beim Konsum von Spirituosen zeichnete sich bei den 15-Jährigen bis 2010 eine Zunahme des wöchentlichen Konsums ab (Windlin et al. 2011a), jüngst ist ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen (Marmet et al. 2015). Bei der Betrunkenheit und beim Rauschtrinken sind zwar aktuell ebenfalls rückläufige Tendenzen zu beobachten, die absoluten Zahlen geben jedoch keinen Anlass zur Entwarnung: 30 Prozent der 15-Jährigen Jungen gaben 2014 an, bereits einmal betrunken gewesen zu sein und 27 Prozent gaben an, sich mindestens einmal in den letzten 30 Tagen in den Rausch getrunken zu haben², 7 Prozent taten dies 3 Mal oder häufiger (Marmet et al. 2015).

1.2 Massnahmen des Bundes

Von Seiten des Bundes wurde mit verschiedenen Massnahmen auf die oben beschriebenen Entwicklungen reagiert. So wurde 2006 das dritte Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III 2007-2011) lanciert. 2008 hat der Bundesrat das Nationale Programm Alkohol (NPA) 2008-2012 verabschiedet. 2012 wurden diese zwei Programme bis 2016 verlängert. Kinder und Jugendliche werden in diesen Programmen als wesentliche Ziel-

¹ Studie "Health Behaviour in School-Aged Children" (HBSC)

² Rauschtrinken: mindestens fünf alkoholische Getränke pro Gelegenheit)

gruppe definiert und insbesondere wird ein Schwerpunkt auf die Früherkennung und Frühintervention bei suchtgefährdeten Kindern und Jugendlichen gelegt.

Früherkennung und Frühintervention beinhalten laut der Oltner-Charta³ das Zusammenspiel verschiedener Akteure mit einer gemeinsamen Haltung, einem geteilten Wissen bis hin zu geregelten Abläufen (Prozessen) im Umgang mit problematischem Konsumverhalten. Medizinische Fachpersonen haben hier eine Schlüsselrolle inne. Ihre Wahrnehmung und Erfahrungen stellen eine wichtige Basis für verschiedene Massnahmen im Bereich Früherkennung und Frühintervention dar. Ihre Einbindung in ein komplexes System der Früherkennung und Frühintervention mit verschiedenen Akteuren und Akteurinnen erscheint uns fundamental.

Aus den Daten der bisherigen Studien wird noch zu wenig ersichtlich, wie viele Kinder und Jugendliche suchtgefährdet sind bzw. bereits einen problematischen Substanzkonsum aufweisen. Andererseits ist auch die Frage, wie medizinische Fachpersonen adäquat reagieren können, bisher noch ungeklärt. Eine Klärung dieser beiden Fragen schafft eine Orientierung dafür, wie die Massnahmen vom Bund optimal umgesetzt werden können und welche Fachpersonen dabei einzubeziehen sind.

1.3 Auftrag und Zielsetzungen der Studie

Die vorliegende Studie "Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren: Einschätzungen und Vorgehensweisen von medizinischen Fachpersonen" schliesst die oben beschriebene Wissenslücke. Sie wurde im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) vom Institut Soziale Arbeit und Gesundheit (ISAGE) der Hochschule für Soziale Arbeit (HSA) der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) in Kooperation mit dem Berner Institut für Hausärztemedizin (BIHAM) der Universität Bern durchgeführt. Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse dieser Studie dargestellt und diskutiert.

Die Studie stützt sich methodisch einerseits auf Literaturrecherchen und andererseits auf eine Online-Befragung von medizinischen Fachpersonen ab. Zur Erhöhung der Interpretierbarkeit und der Validierung der Ergebnisse wurde zudem eine Delphi-Befragung durchgeführt, bei der ein Teil der befragten medizinischen Fachpersonen in einer Feedbackrunde die Ergebnisse kommentieren konnte.

Drei Zielbereiche werden abgedeckt:

- a) Deskriptive Epidemiologie: Auftreten und Ausbreitung des problematischen Substanzkonsums bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren.
- b) Analytische Epidemiologie: Faktoren, die im Zusammenhang mit dem Auftreten des problematischen Substanzkonsums bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren zu beobachten sind.
- c) Ist-Soll-Vergleich: Welche Prozesse der Früherkennung und Frühintervention werden beschrieben? Welche Rolle spielen medizinische Fachpersonen in diesen Prozessen? Wie sollte der optimale Prozess inklusive Rollenzuweisung in Bezug auf Früherkennung und Frühintervention aussehen?

³ Die *Oltner-Charta*, die von den Teilnehmenden der Tagung «Früherkennung und Frühintervention bei gefährdeten Kindern und Jugendlichen» am 16. Juni 2011 in Olten gemeinsam entwickelt und verabschiedet wurde, dient als Basis für eine nationale Charta, die vom Bundesamt für Gesundheit, Fachverband Sucht, GREA, Infodrog, RADIX und Sucht Schweiz, getragen wird.

Als Grundlage für die deskriptive und analytischen Epidemiologie (Zielbereiche a) und b)) wurde eine Literaturübersicht über aktuelle nationale und internationale wissenschaftliche Studien zum Vorkommen von problematischem Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen erstellt. Zum Zielbereich c) wurden vorhandene Früherkennungs- und Frühinterventionsprojekte in Spitälern in einer Literaturübersicht erfasst und dargestellt.

Bei der Gesamtschweizerischen Befragung medizinischer Fachpersonen, die das Kernstück der Studie ist, stehen folgende Fragen zu den Zielbereichen a), b) und c) im Vordergrund:

- **Inanspruchnahme von medizinischen Angeboten** (Zielbereich a)
 - Inwiefern nehmen Kinder medizinische Angebote (beim Kinder-/Hausarzt; im (Kinder) -spital, in Kinderpsychiatrische Kliniken, etc.) aufgrund von Substanzkonsum in Anspruch?
 - Wird der Substanzkonsum bei einer „anderen“ medizinischen Konsultation thematisiert (z.B. bei einem Arzt- oder Spitalbesuch aufgrund eines Armbruchs)?
- **Häufigkeit** (Zielbereich a)
 - Wie häufig wird problematischer Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen aus Sicht medizinischer Fachpersonen wahrgenommen respektive vermutet?
- **Hintergründe** (Zielbereich b)
 - Wie sieht die Lebenslage von Kindern und Jugendlichen aus, bei denen eine Suchtgefährdung oder problematischer Substanzkonsum vermutet wird (Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Lage, Schulsituation, urbaner vs. ländlicher Lebensraum, etc.)?
- **Massnahmen** (Zielbereich c)
 - Gibt es systematische Vorgehensweisen zur Wahrnehmung einer Suchtgefährdung oder von problematischem Substanzkonsum?
 - Verfügen medizinische Fachpersonen über ausreichend fachliche Kompetenzen, um eine Suchtgefährdung wahrnehmen respektive richtig einschätzen zu können?
 - Wie wird vorgegangen, wenn eine Suchtgefährdung bzw. ein problematischer Substanzkonsum vermutet wird?

Zunächst wird im nachfolgenden Kapitel auf das methodische Vorgehen eingegangen. Die Literaturrecherche mit den verwendeten Suchkriterien, die Entwicklung der Online-Befragung, die Stichprobenziehung und das Vorgehen bei der Delphi-Befragung werden nacheinander beschrieben. Anschliessend folgen in Kapitel 5 die Ergebnisse. Kapitel 5.1 enthält die Ergebnisse der Literaturstudie, während die Ergebnisse der Onlinebefragung in Kapitel 5.2 und diejenigen der Delphi-Befragung, welche sich auf die Online-Befragung beziehen, in Kapitel 5.3 vorgestellt werden. Sämtliche Befunde werden im Kapitel 6 zusammengeführt und diskutiert. In Kapitel 7 runden Schlussfolgerungen und Empfehlungen den Bericht ab.

2 Methodik

2.1 Literaturrecherche

In der vorliegenden Studie geht es um den problematischen Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren, der wie folgt definiert wurde:

«Risikokonsum, bei dem die Probleme zwar nicht sichtbar, aber unterschwellig vorhanden sind sowie gesundheitsschädigender Konsum, bei dem konkrete Probleme auf physischer, psychischer oder sozialer Ebene beobachtbar sind» (Schwarz 2012).

Diese Definition diene als Basis für die Literaturrecherche zur Prävalenz (deskriptive Epidemiologie) sowie zu den Prädiktoren und den Outcomes (analytische Epidemiologie) des Substanzkonsums bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren. Die Recherche erfolgte in PsycInfo, Medline sowie den Annual Reviews mit folgenden Stichwörtern:

- Substanzen: Alkohol, Tabak, Cannabis, harte Drogen (Kokain, Amphetamine, Kokain, Ecstasy, Methadon, Halluzinogene), Medikamente
- Risikokonsum / Gesundheitsschädigender Konsum
- Alkoholintoxikation
- Epidemiologie → Prävalenz, Risikofaktoren
- Ätiologie
- Trends z.B. KO-Tropfen (GHB/GBL) & Alkohol

Für die Recherche zum Ist-Soll Vergleich wurden folgende Stichwörter genutzt:

- Alkoholintoxikation - Notfall - Intervention
- Sucht - Hausarzt - Intervention
- Früherkennung

Folgende A-Priori Einschränkung wurden definiert:

- Altersgruppe: Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren
- Sprache: Englisch, Deutsch oder Französisch

Als Ausschlusskriterien wurden festgelegt:

- Pränatale Exposition
- Studien aus asiatischen, afrikanischen und südamerikanischen Ländern
- Ethnische Unterschiede
- Substanzkonsum in der Adoleszenz als Prädiktor von Konsum im Erwachsenenalter

Auf den Websites des BAG wurden relevanten Forschungsberichte identifiziert, die vom Bundesamt für Gesundheit finanziert worden sind:

- Alkohol: <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00600/04639/index.html?lang=de>
- Tabak: <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00615/02511/index.html?lang=de>
- Drogen: <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00632/04651/index.html?lang=de>

Aus der Literaturrecherche wurden relevante Themenbereiche für die Online-Befragung abgeleitet (vgl. Abschnitt 2.2). Für die Literaturübersicht (vgl. Abschnitt 3.1) wurden Studien mit Schweizer Daten und Review-Arbeiten priorisiert und mit Originalarbeiten der internationalen Literatur ergänzt.

2.2 Entwicklung der Online-Befragung

Ausgehend von den Fragestellungen zu den Zielbereichen a), b) und c) und basierend auf der Literaturrecherche wurde ein detaillierter Fragekatalog erstellt. Dieser wurde dem BIHAM, weiteren Hausärztinnen und Hausärzten⁴, einigen Pflegefachpersonen sowie Expertinnen und Experten von Sucht Schweiz unterbreitet. Aufgrund der Rückmeldungen wurde der Fragekatalog überarbeitet, gekürzt und in EFS Survey⁵ erfasst.

Im November 2013 wurden in einem Pilotversand 128 Berner Hausärztinnen und Hausärzte vom BIHAM per Email zur Teilnahme an der Online-Umfrage eingeladen. Dabei stellte sich heraus, dass ein Grossteil der Ärztinnen und Ärzte lediglich die Startseite aufrufen und danach abbrechen. Aufgrund dieser Erkenntnis und weiterer Rückmeldungen aus der Pilotstudie wurde die Startseite der Online-Umfrage neu gestaltet (erste Frage direkt auf der Startseite), die Reihenfolge der Fragen geändert ((i) Häufigkeiten, (ii) demografischen Angaben, (iii) inhaltliche Fragen) und verschiedene Fragen vereinfacht. Zudem wurde die Möglichkeit geschaffen, die Umfrage vor den vertiefenden Fragen zu beenden. Mit diesen Massnahmen konnte die Abbruchrate von rund 80 Prozent in der ersten Version auf rund 25 Prozent in der definitiven Version deutlich reduziert werden. Ende Januar 2014 wurde der definitive Online-Fragebogen auf Deutsch aufgeschaltet, im Februar 2014 folgte die Französische und im April 2014 die Italienische Version.

Die definitive Version des Online-Fragebogens findet sich im Anhang (Abschnitt 9.2.) Auf der Startseite wurde die Definition des problematischen Substanzkonsums bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren für die Teilnehmenden wie folgt formuliert:

«In dieser Umfrage geht es um den problematischen Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren. Problematischer Substanzkonsum bezieht sich jeweils auf Kinder und Jugendliche mit einem gefährlichen oder schädlichen Konsum bis hin zur Abhängigkeit».

2.3 Rekrutierung der Teilnehmenden der Online-Befragung

Die Studie stand vor der Herausforderung, dass die relevanten medizinischen Fachpersonen adäquat einbezogen werden können. Gemäss Untersuchungsplan war für die Online-Befragung eine Stichprobengrösse von 1'200 Ärztinnen und Ärzten und 1'200 Pflegefachpersonen vorgesehen, um im Bereich der deskriptiven Epidemiologie die Werte mit einer Genauigkeit von +/- 3% (95% Vertrauensintervall) schätzen zu können. Dafür war die Kontaktierung von 3'600 Ärztinnen und Ärzten geplant, um bei einer geschätzten Rücklaufquote von 33% eine genügend grosse Stichprobe zu erzielen.

2.3.1 Zugang zu den Zielgruppen

Der Zugang zu den medizinischen Fachpersonen (Ärztenschaft und Pflegefachpersonen) für die Teilnahme an der Online-Umfrage erwies sich als sehr schwierig. Der vorgesehene Zugang zur Ärzteschaft über die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) stellte sich als unbefriedigend heraus. Die FMH hätte nur Adresstiketten zur einmaligen Verwendung und keine Email-Adressen geliefert, so dass die Kontrolle des Rücklaufs nicht möglich gewesen wäre. Als Alternative wurde deshalb der Zugang über das Medizinalberufe-Register (MedReg) gewählt, bei

⁴ Vermittelt durch Peter Frey, BIHAM, Bern

⁵ Enterprise Feedback Suite von questback

dem Informationen über die Zusammensetzung der Grundgesamtheit vorliegen und in dem, zumindest bei einem Teil der Einträge, Email-Adressen erfasst sind. In Abschnitt 2.3.2 werden die Stichprobenziehung sowie die Erreichbarkeit und die Antwortrate der Ärzteschaft im Detail beschrieben.

Für eine breit angelegte Befragung des Pflegefachpersonals konnte keine Mitwirkung des wichtigsten Berufsverbandes (SBK) erreicht werden. Für diese Gruppe wurde deshalb ein indirekter Zugang über die Spitäler gewählt. Dank der Adressliste, die uns von H+ Die Spitäler der Schweiz⁶ zur Verfügung gestellt wurde, konnten die Spitalleitungen von 229 Mitgliedsspitälern Mitte Februar 2014 per Email kontaktiert werden. Die Kontaktpersonen wurden gebeten, den Link zur Online-Umfrage spitalintern an das Pflegefachpersonal und an die Spitalärztinnen und -ärzte weiterzuleiten. Der Rücklauf auf diese Anfragen war jedoch trotz zweimaliger Erinnerungsschreiben sehr gering. Zwar haben 36 Spitäler den Link zur Umfrage spitalintern weitergeleitet, es haben sich jedoch nur 32 Ärztinnen und Ärzte sowie 34 Pflegefachperson an der Online-Umfrage beteiligt. Beim Pflegefachpersonal konnte mit diesem Vorgehen somit keine genügend grosse Stichprobe erzielt werden.

Eine erste Auswertung der Spitalbefragung zeigte, dass ungefähr die Hälfte aus Spitalärztinnen und -ärzten besteht und die andere Hälfte aus Pflegepersonal. Ausserdem zeigte sich, dass von den antwortenden Fachpersonen die grössten Anteile aus Notfallstationen, aus den Psychiatrischen Kliniken und aus der Pädiatrie herkommen. Deshalb bot sich an, die Abteilungen der Spitäler in diesen Bereichen gezielt anzufragen. Wie bei den Ärztinnen und Ärzten in freier Praxis lässt sich auch bei den Spitaldaten vermuten, dass die Motivation zum Ausfüllen stark mit dem Ausmass zusammenhängt, mit dem die Befragten mit der Problematik in Berührung kommen. Dies wird in den Ergebnissen weiter thematisiert (vgl. Abschnitt 3.2.4). In Abschnitt 2.3.2.2 werden die Rekrutierung sowie die Erreichbarkeit und die Antwortrate des Spitalpersonals im Detail beschrieben.

2.3.2 Sampling-Prozess

2.3.2.1 Niedergelassene Ärzte

Die Sektion Gesundheitsberuferegister des BAG hat dem ISAGE einen Auszug aus dem Medizinberuferegister MedReg zur Verfügung gestellt mit Angaben zu den Ärztinnen und Ärzten mit einer Berufsausübungsbewilligung und mit mindestens einer der folgenden eidg. Weiterbildungen (Facharztstitel): Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Praktische Ärztin / Praktischer Arzt, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Kinderchirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie. Für die Ärztinnen und Ärzte mit diesen Facharzttiteln (d.h. auch für Personen mit fehlender E-Mail-Adresse) wurden vom MedReg die GLN (Global Location Number), Praxisname und -adresse, die Email-Adresse, alle Weiterbildungstitel sowie Geschlecht, Geburtsjahr und Nationalität geliefert (Stichdatum 17.10.2013). Mehrfacheinträge einer Person konnten mittels GLN identifizieren werden.

Bei 28 Prozent der MedReg-Adressen war - nach Ausschluss von Duplikaten - eine Email-Adresse angegeben, wobei grosse Unterschiede zwischen den Kantonen zu verzeichnen waren. Mit einem Matching mit Adressen der Webseite *www.Doktor.ch* konnte der Anteil an Email-Adressen insgesamt um 7 Prozentpunkte auf 35 Prozent erhöht werden, wobei insbesondere

⁶ Verband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen

Kantone mit schlechter Email-Abdeckung im MedReg von den zusätzlichen Email-Adressen aus www.Doktor.ch profitierten.

An insgesamt 5'066 Email-Adressen wurden via EFS-Survey personalisierte Einladungen für die Online-Befragung verschickt (Tabelle 1). Mit einem persönlichen Code wurde der Rücklauf kontrolliert und an die Adressaten, die sich noch nicht beteiligt hatten, im Abstand von ein bis drei Wochen zwei Erinnerungs-Email verschickt.

Tabelle 1: Sampling Prozess für die Rekrutierung der Ärzteschaft. Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

Sample Ärzteschaft (MedReg)	Deutsch		Französisch		Italienisch		Total	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Eingeladen per Email	4'199	100.0%	405	100.0%	462	100.0%	5'066	100.0%
Nicht erreicht/Nicht Zielgruppe	595	14.2%	67	16.5%	79	17.1%	741	14.6%
<i>Email ungültig (Mail Delivery Failed)</i>	575	13.7%	67	16.5%	75	16.2%	717	14.2%
<i>Per Email: Praxis geschlossen/pensioniert</i>	20	0.5%	0	0.0%	4	0.9%	24	0.5%
Bereinigtes Sample ("Erreicht")	3'604	100.0%	338	100.0%	383	100.0%	4'325	100.0%
Teilgenommen	662	18.4%	73	21.6%	75	19.6%	810	18.7%
<i>Beendet (EFS Disposititonscode 31 oder 32)</i>	489	13.6%	49	14.5%	46	12.0%	584	13.5%
<i>Unterbrochen (EFS Disposititonscode 22)</i>	123	3.4%	23	6.8%	23	6.0%	169	3.9%
<i>Per Email: kein Kontakt mit Kindern&Jugendlichen unter 16</i>	50	1.4%	1	0.3%	6	1.6%	57	1.3%
Nicht Teilgenommen	2'942	81.6%	265	78.4%	308	80.4%	3'515	81.3%
<i>Per Email: kein Interesse/keine Zeit/gegen Bezahlung</i>	27	0.7%	2	0.6%	1	0.3%	30	0.7%
<i>Keine Reaktion</i>	2'915	80.9%	263	77.8%	307	80.2%	3'485	80.6%

Rund 15 Prozent der Email-Adressen waren nicht valide (Email "Mail Delivery Failed" oder Info, dass die Praxis geschlossen oder die Person pensioniert ist), so dass davon ausgegangen werden kann, dass 4'325 Emails die Adressaten erreicht haben (Tabelle 1). 810 Personen aus dem MedReg-Sample haben die Online-Umfrage beendet oder unterbrochen oder per Email informiert, dass sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit keinen Kontakt mit Kindern und Jugendlichen haben. Aus Tabelle A 1 geht hervor, dass dies einer Antwortrate von 18.7 Prozent entspricht und einer Teilnahmerate (bezogen auf das gesamte MedReg-Sample) von 5.1 Prozent.

Die Antwortrate unterscheidet sich nicht bezüglich Sprachregion und Nationalität, jedoch zwischen den Kantonen, bezüglich Geschlecht, Alter und Facharztstitel (Tabelle A 1). Frauen und jüngere Ärztinnen und Ärzte antworten etwas häufiger als Männer und über 47-Jährige. Ärztinnen und Ärzte mit dem Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie weisen mit 38 Prozent die höchste Antwortrate auf, ebenso haben Fachärztinnen und Fachärzte der Pädiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie- und psychotherapie überdurchschnittlich häufig geantwortet, während Allgemeinmediziner sowie praktische Ärztinnen und Ärzte zurückhaltender waren.

Neben den Daten der 810 Teilnehmenden aus dem MedReg-Sample wurden für die Auswertungen die Daten von 63 Teilnehmenden aus dem Sample der Berner Pilotstudie⁷ miteinbezogen (vgl. Abschnitt 2.2). Beim Berner Pilot-Sample liegt die Antwortrate bei hohen 49 Prozent.

⁷ Vom BIHAM wurden im November 2013 128 Berner Hausärztinnen und Hausärzte eingeladen

2.3.2.2 Spitalpersonal (Spitalärzte und Pflegefachpersonen)

Wie bereits erwähnt, wurden die Direktionen von 229 Schweizer Spitälern im Februar 2014 per Email angeschrieben und gebeten, die Einladung zur Teilnahme an der Online-Befragung an das Spitalpersonal (Ärztenschaft und Pflegefachpersonen) weiterzuleiten. Da nach dem Versand von zwei Erinnerungsschreiben der Rücklauf mit N=66 Teilnehmenden sehr tief war, wurden im Internet Email-Adressen der ärztlichen Spitalleitungen sowie von Pflegeleitungen, insbesondere der Notfallstationen und der pädiatrischen Abteilungen, recherchiert. Bei 81 Spitälern konnten eine oder mehrere ärztliche Leitungen und/oder Pflegeleitungen angeschrieben werden. Insgesamt wurden 389 Email-Adressen (inkl. Direktionen) kontaktiert. Von 43 Prozent der kontaktierten Spitäler hat mindestens eine Person teilgenommen, wobei der Anteil der teilnehmenden Spitäler in der Deutschschweiz mit 47 Prozent höher liegt als in der französischsprachigen Schweiz (30%) und im Tessin (33%) (Tabelle 2).

Tabelle 2: Sampling Prozess der Rekrutierung des Spitalpersonals. Online-Umfrage "Substanzkonsum, 2014

Sample Spitäler (Liste Hplus bereinigt)	Deutsch		Französisch		Italienisch		Total	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Spitäler per Email eingeladen	170	100.0%	44	100.0%	15	100.0%	229	100.0%
<i>Nicht erreicht (Email ungültig)</i>	2	1.2%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.9%
Spitäler erreicht	168	100.0%	44	100.0%	15	100.0%	227	100.0%
Teilgenommen (mindestens 1 Person)	79	47.0%	13	29.5%	5	33.3%	97	42.7%
<i>Beendet (EFS Dispositionscode 31 oder 32)</i>	65	38.7%	12	27.3%	4	26.7%	81	35.7%
<i>Unterbrochen (EFS Dispositionscode 22)</i>	5	3.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	2.2%
<i>Per Email: kein Kontakt mit Kindern&Jugendlichen unter 16</i>	9	5.4%	1	2.3%	1	6.7%	11	4.8%
Nicht Teilgenommen	89	53.0%	31	70.5%	10	66.7%	130	57.3%
<i>Per Email: kein Interesse/keine Zeit/gegen Bezahlung</i>	1	0.6%	0	0.0%	1	6.7%	2	0.9%
<i>Erste Seite aufgerufen (EFS Dispositionscode 20)</i>	6	3.6%	0	0.0%	1	6.7%	7	3.1%
<i>Keine Reaktion</i>	82	48.8%	31	70.5%	8	53.3%	121	53.3%

2.3.3 Repräsentativität der Stichprobe

Insgesamt haben 1'200 medizinische Fachpersonen an der Befragung teilgenommen. Davon hatten 916 eine Ausbildung als Ärztin/Arzt und 284 als Pflegefachperson. Bei den 810 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten aus dem MedReg-Sample sind die Deutschsprachigen Kantone sowie das Tessin überrepräsentiert, während die Westschweizer Ärzteschaft untervertreten ist (Tabelle A 2). Bei der Frage zur Häufigkeit des Kontaktes mit den Kindern und Jugendlichen, zu der von allen Teilnehmenden Informationen vorliegen (Abb. 2), sowie bei der Frage zur Rangfolge der ansprechenden Person und zur Rangfolge der Substanzen, welche die Mehrheit der Teilnehmenden beantwortet haben, lassen sich keine Unterschiede zwischen den Sprachregionen feststellen, zudem gab es auch bei den Antwortraten keine Unterschiede. Wir gehen deshalb davon aus, dass sich die Ärzteschaft bei ihren Einschätzungen nicht nach Sprachregion unterscheidet. Bei den vertiefenden Fragen ist das N jeweils zu klein für eine Stratifizierung nach Sprachregion. Bezüglich Geschlecht und Nationalität sind die Teilnehmenden mit dem MedReg Sample vergleichbar, was auf eine gute Abdeckung (Repräsentativität) schliessen lässt. Hingegen ist die jüngere Ärzteschaft (29-47 Jahre) über- und die ältere Generation (64 und älter) untervertreten, was mit der grösseren Affinität der jüngeren Generation zu elektronischen Medien erklärt werden könnte. Beim Facharztstitel fällt auf, dass Ärztinnen und Ärzte mit Facharztstitel Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapie in der Stichprobe übervertreten, Allgemeinmediziner sowie praktische Ärztinnen und Ärzte

jedoch untervertreten sind (Tabelle A 2). Dies spiegelt wohl auch das unterschiedliche Interesse der verschiedenen Fachrichtungen am Thema und wird bei den Ergebnissen (Abschnitt 3.2.4) weiter thematisiert. Da beim Spitalpersonal die Grundgesamtheit nicht bekannt ist, sind hier keine Aussagen bezüglich der Repräsentativität möglich.

2.4 Online-Feedbackrunde (Delphi-Befragung)

Aus den Resultaten der Online-Befragung (vgl. Abschnitt 3.2) wurden vier Schlussfolgerungen zu den Themen Zuständigkeit, Vorgehen sowie Ressourcen der medizinischen Fachpersonen im Bereich Früherkennung und Frühinterventionen im medizinischen Kontext abgeleitet (vgl. Abschnitt 3.3.1). Es wurde eine Online-Befragung auf EFS-Survey aufgesetzt, in welcher zu jeder Schlussfolgerung ein bis zwei Kernresultate präsentiert wurden. Zu jeder Schlussfolgerung konnten die Teilnehmenden wie folgt Stellung nehmen:

Sind Sie mit dieser Schlussfolgerung einverstanden?

1. Ja
2. Ja, mit Vorbehalten
3. Nein
4. Keine Stellungnahme

Zudem wurden die Teilnehmenden aufgefordert, ihre Stellungnahme zu kommentieren. Am Schluss der Feedbackrunde hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, eine Zusammenfassung der Resultate der Online-Befragung herunterzuladen. Der Link zur Umfrage wurde in einem personalisierten Email am 9.12.2015 an alle Teilnehmenden der Online-Befragung verschickt, die die Online-Befragung abgeschlossen sowie die vertiefenden Fragen beantwortet hatten. Am 12.12.2015 und am 18.12.2015 wurde jeweils ein Erinnerungsschreiben an diejenigen verschickt, die noch nicht an der Feedbackrunde teilgenommen hatten.

2.5 Datenaufbereitung und -auswertung

Die Befragungsdaten wurden mit dem Statistikpaket IBM SPSS Statistics 20 ausgewertet. Die Daten wurden univariat und multivariat analysiert. Bei den univariaten Analysen werden Anteile in Prozent berichtet. Bei Mehrfachantworten beziehen sich die Prozentangaben auf die Anzahl Nennungen mit entsprechenden Angaben, sodass die Summe mehr als 100 Prozent ergeben kann. Die Resultate wurden nach Berufsgruppe (Ärztin/Arzt vs. Pflegefachpersonen), nach pädiatrischem Kontext und nach der Häufigkeit des Kontaktes mit diesen Kindern und Jugendlichen ausgewertet. Eine Person wurde dem pädiatrischen Kontext zugeordnet, wenn sie einen pädiatrischen Facharztstitel (Kinder- und Jugendmedizin oder Kinder- und Jugendpsychiatrie) und/oder einen pädiatrischen Arbeitsplatz (Spezialklinik Pädiatrie, pädiatrische Abteilung/Klinik/Station, Schulärztlicher Dienst) hat. Je nach Fragestellung wurde zudem nach Facharztstitel, Arbeitsort, Sprachregion und Arbeitskontext stratifiziert. Prädiktoren für die Rollensicherheit und das therapeutische Commitment wurden in multivariaten Regressionsmodellen analysiert.

3 Ergebnisse

Zuerst werden die Resultate der Literaturrecherche zu den Prävalenzen, den Prädiktoren und den Folgen des problematischen Substanzkonsums bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren dargestellt, ergänzt mit einer Dokumentation zu bestehenden Frühinterventionen in Schweizer Spitälern. Es folgen die Resultate der Online-Befragung, u.a. zur Häufigkeit des Kontaktes der medizinischen Fachpersonen mit diesen Kindern und Jugendlichen, zur Rangfolge der Substanzen sowie zu Hindernissen und der Rolle der Ärzteschaft und des Pflegefachpersonals bei Früherkennung und Frühintervention. Die Stellungnahmen der Teilnehmenden zu den vier aus der Online-Befragung abgeleiteten Schlussfolgerungen zur Zuständigkeit, zum Vorgehen sowie zu den Ressourcen für Frühinterventionen im medizinischen Kontext schliessen das Kapitel ab.

3.1 Literaturübersicht

3.1.1 Prävalenzen

Im Rahmen der zwei internationalen Schülerbefragungen ESPAD⁸ und HBSC⁹ wurden Schweizer Jugendliche im Alter von 11-15 Jahren zum Konsum von Tabak, Alkohol, Cannabis und weiteren illegalen Drogen befragt. Die aktuellsten Schweizer ESPAD-Daten wurden im Jahr 2007 erhoben (Gmel et al. 2009), die zum Zeitpunkt der Literaturrecherche aktuellen HBSC-Daten im Jahr 2010 (Windlin et al. 2011a). Neuere Daten liegen vom Suchtmonitoring Schweiz vor, das seit 2011 regelmässig Kernindikatoren zum Konsum psychoaktiver Substanzen und anderer Suchtproblematiken in einem Telefonsurvey erhebt und als jüngste Altersgruppe die 15-19 Jährigen befragt (Gmel et al. 2014). Eine Analyse der HBSC-Daten zum multiplen Substanzkonsum gibt einen differenzierten Einblick in den Einstieg und die Entwicklung von Konsummustern bei Schweizer Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren (Windlin et al. 2013). Die internationalen Resultate der HBSC- und der ESPAD-Studie ermöglichen einen Vergleich auf europäischer Ebene (Currie et al. 2012; Hibell 2013). Mit den kurz vor Drucklegung publizierten Daten der HBSC-Studie 2014 werden die neusten Trends in der Schweiz aufgezeigt (Marmet et al. 2015).

3.1.1.1 Tabak

Gemäss der HBSC-Studie haben die meisten der 11- und der 13-jährigen Jugendlichen in der Schweiz noch nie Tabak geraucht. Bei den 11-Jährigen haben 90 Prozent keine Raucherfahrung, bei den 13-Jährigen 69 Prozent. Bei den 15-Jährigen hingegen überwiegt der Anteil mit Raucherfahrung (56%). Ein Grossteil der Jugendlichen, die bereits geraucht haben, gibt jedoch an, aktuell nicht zu rauchen. Bei den 13-Jährigen geben 9 Prozent an aktuell zu rauchen, 4 Prozent rauchen wöchentlich oder täglich, bei den 15-Jährigen rauchen 25 Prozent aktuell, und 17 Prozent wöchentlich oder täglich, bei den 11-Jährigen liegt der Anteil die wöchentlich oder täglich rauchen unter einem Prozent (Windlin et al. 2011a). Die etwas älteren ESPAD-Daten zeigen insgesamt vergleichbare, aber etwas höhere Anteile bei der Lebenszeitprävalenz und den aktuell sowie täglich Rauchenden (Gmel et al. 2009). Gemäss Suchtmonitoring Schweiz rauchen 11 Prozent der 15-19-Jährigen täglich, 12 Prozent gelegentlich und 75 Prozent gehören zu den Niemals Rauchenden (Gmel et al. 2014). Der höhere Anteil von Niemals Rauchenden beim Suchtmonitoring kann damit erklärt werden, dass bei den Schülerbefragungen nur Personen, die noch überhaupt

⁸ The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)

⁹ Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

nie geraucht haben, zu den Niemals Rauchenden gezählt werden, im Suchtmonitoring hingegen Personen, die in ihrem Leben weniger als 100 Zigaretten geraucht haben.

Im internationalen Vergleich liegt gemäss HBSC der Anteil der 11-Jährigen, der 13-Jährigen, wie auch der 15-Jährigen Schweizer Jugendlichen, die mindestens einmal pro Woche rauchen, im Mittelfeld (Currie et al. 2012). Während bei den Schweizer 11- und 13-Jährigen noch keine Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen beobachtet werden, rauchen gemäss HBSC-Daten die 15-Jährigen Jungs bereits signifikant häufiger mindestens einmal pro Woche als die gleichaltrigen Mädchen (19% vs. 15%) (Currie et al. 2012). Gemäss ESPAD haben in den 36 teilnehmenden Ländern in Europa im Durchschnitt 54 Prozent der 15-16-Jährigen bereits einmal geraucht und 28 Prozent waren aktuelle Raucher (Hibell 2013). Auch diese Zahlen sind vergleichbar mit den aktuellsten Schweizer Prävalenzen dieser Altersgruppe (Windlin et al. 2011a).

Bei den Schweizer Jugendlichen haben die Prävalenzen des wöchentlichen und täglichen Rauchens zwischen 2002 und 2006 abgenommen und haben sich bis 2010 bei den Mädchen stabilisiert und bei den Jungen wieder etwas zugenommen (Windlin et al. 2011a). Gemäss neusten HBSC-Daten hat das wöchentliche und tägliche Rauchen seit 2010 weiter abgenommen und im Jahr 2014 einen Tiefststand erreicht: 12 Prozent der 15-Jährigen Jungen rauchen mindestens einmal pro Woche, bei den gleichaltrigen Mädchen sind es neun Prozent. Sieben Prozent der 15-Jährigen rauchen täglich, wobei es hier keinen Geschlechtsunterschied gibt (Marmet et al. 2015).

3.1.1.2 Alkohol

Obwohl Alkoholische Getränke in der Schweiz nicht an unter 16-jährige abgegeben werden dürfen, konsumiert ein nicht geringer Anteil dieser Altersgruppe regelmässig Alkohol und hat Erfahrungen mit Rauschtrinken. Nach ihrem aktuellen Konsum alkoholischer Getränke gefragt, geben in der HBSC-Studie mit zunehmendem Alter immer weniger Jugendliche an, nie Alkohol zu trinken: 80 Prozent der 11-Jährigen, 57 Prozent der 13-Jährigen und 28 Prozent der 15-Jährigen trinken nie (Windlin et al. 2013). Von den 11-Jährigen trinken nach eigenen Angaben 5 Prozent mindestens einmal pro Monat Alkohol, von den 13-Jährigen 15 Prozent und von den 15-Jährigen bereits 41 Prozent. Mindestens wöchentlichen Alkoholkonsum geben 2 Prozent der 11-Jährigen, 6 Prozent der 13-Jährigen und 20 Prozent der 15-Jährigen an (Windlin et al. 2011a). Gemäss den ESPAD-Daten haben fast 50 Prozent der 13-Jährigen und 74 Prozent der 15-Jährigen in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert (Gmel et al. 2009).

Rauschtrinken (fünf oder mehr alkoholische Standardgetränke bei einer Trinkgelegenheit) haben in den letzten 30 Tagen gemäss HBSC-Studie 33 Prozent der 15-Jährigen Jugendlichen praktiziert, wobei 17 Prozent angeben, dies nicht nur einmal sondern mehrmals getan zu haben (Windlin et al. 2011a). Gemäss ESPAD geben 14 Prozent der 13-Jährigen und 40 Prozent der 16-Jährigen Rauschtrinken an (Gmel et al. 2009). Bei der Altersgruppe der 15-19-Jährigen praktizieren gemäss Suchtmonitoring Schweiz fast 30 Prozent Rauschtrinken, wobei 14 Prozent monatlich mehr als 5 Gläser bei einer Trinkgelegenheit trinken, 8 Prozent wöchentlich und weitere 8 Prozent gar zweimal pro Woche oder häufiger (Gmel et al. 2014).

Im internationalen Vergleich liegt gemäss HBSC der Anteil der 11-Jährigen, der 13-Jährigen, wie auch der 15-Jährigen Schweizer Jugendlichen, die mindestens einmal pro Woche Alkohol konsumieren, leicht unter dem Durchschnitt (Currie et al. 2012). In allen drei Altersgruppen trinken die Schweizer Jungs signifikant häufiger wöchentlich Alkohol als die gleichaltrigen Mädchen. Bei den 15-Jährigen ist der Anteil bei den Jungs doppelt so hoch wie bei den Mädchen (26% vs. 13%) (Currie et al. 2012). In den 36 Ländern, die an ESPAD teilgenommen haben, haben im Durchschnitt 87 Prozent der 15-16-Jährigen bereits einmal Alkohol getrunken. Im Durchschnitt haben

79 Prozent in den letzten 12 Monaten und 57 Prozent in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert. Die Anteile variieren in den ESPAD-Ländern jedoch stark. Während zum Beispiel in Dänemark und in Tschechien 75 Prozent der 15-16-Jährigen in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert haben, haben dies in Island nur 17 Prozent und in Albanien 32 Prozent getan (Hibell 2013). In den 36 europäischen Ländern gaben im Durchschnitt 39 Prozent der 15-16-Jährigen an, in den letzten 30 Tagen Rauschtrinken praktiziert zu haben, was einer vergleichbaren Grössenordnung wie in der Schweiz entspricht, wobei die Anteile zwischen 13 Prozent in Island und 56 Prozent in Dänemark variierten (Hibell et al. 2012).

Beim Alkohol war wie beim Tabak nach 2002 ein Rückgang der Prävalenzen zu verzeichnen, der sich bei den Mädchen jedoch bis 2010 fortgesetzt hat, während sich die Prävalenzen bei den Jungen nach 2006 zu stabilisieren scheinen (Windlin et al. 2011a). Die neusten HBSC-Daten zeigen einen weiteren, deutlichen Rückgang des Alkoholkonsums bei den 15-Jährigen auf. Zehn Prozent der 15-Jährigen Jungen und sechs Prozent der gleichaltrigen Mädchen gaben 2014 an, mindestens einmal pro Woche zu trinken. Im Vergleich zur HBSC-Erhebung 2010 entspricht dies bei den Jungen einem Rückgang um fast zwei Drittel, bei den Mädchen um mehr als die Hälfte. (Marmet et al. 2015).

3.1.1.3 Cannabis und andere illegale Substanzen

Gemäss der HBSC-Erhebung 2010 haben in der Schweiz 29 Prozent der 15-Jährigen bereits einmal Cannabis konsumiert (Windlin et al. 2013). Bei 7 Prozent der 15-Jährigen muss von einem regelmässigen Cannabiskonsum¹⁰ ausgegangen werden, da sie angeben, in den letzten 30 Tagen mindestens dreimal Cannabis konsumiert zu haben (Windlin et al. 2013). Der Konsum von anderen illegalen Substanzen wird in der HBSC von den 15-Jährigen nur in Einzelfällen angegeben (Windlin et al. 2013). Aus den ESPAD-Daten von 2007 geht hervor, dass die Lebenszeit-Prävalenz des Cannabiskonsums von 12 Prozent bei den 13-Jährigen auf 40 Prozent bei den 16-Jährigen zunimmt. Die 12-Monats- und die 30-Tage-Prävalenzen sind in allen Altersgruppen tiefer, nehmen aber zwischen 13 und 16 Jahren ebenfalls deutlich zu (Gmel et al. 2009). In der ESPAD-Erhebung gaben mehr als die Hälfte der Jugendlichen (57%), die im Vormonat Cannabis konsumiert hatten, einen regelmässigen Konsum mit drei oder mehr Gelegenheiten an, 14 Prozent der 15-16-Jährigen Konsumierenden (etwa 2% aller Jugendlichen dieses Alters) gaben mindestens 20 Gelegenheiten an und müssen als Problemkonsumierende bezeichnet werden (Gmel et al. 2009).

Gemäss dem Suchtmonitoring Schweiz weisen die 15-19-Jährigen im Jahr 2013 eine Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums von 29 Prozent auf, die 12-Monatsprävalenz beträgt in dieser Altersgruppe 20 Prozent und die 30-Tagesprävalenz 9 Prozent. 53 Prozent der 15-19-Jährigen mit einem Cannabiskonsum während den letzten 30 Tagen berichten von einem Konsum an 1-3 Tagen, 32 Prozent an 4-19 Tagen und 14 Prozent an 20 Tagen oder häufiger (Gmel et al. 2014). Der Anteil der Problemkonsumierenden stimmt demnach in der Grössenordnung mit der Schweizer ESPAD-Erhebung überein (Gmel et al. 2009). Anhand der Suchtmonitoring-Daten

¹⁰ Im neuen DSM-V wurde der Terminus "Substanzgebrauchsstörung" ("substance use disorder") als neue Kategorie eingeführt und der "Sucht und zugehörigen Störungen" als Obergegriff zugeordnet. Dabei wurde auf die bisherige diagnostische Trennlinie zwischen Substanzmissbrauch (abuse) und Substanzabhängigkeit (dependence) bewusst verzichtet. Die Art und Weise wie "Substanzgebrauch" definiert wurde überschneidet sich weitgehend mit dem was im Kontext dieses Berichtes mit dem Ausdruck "Substanzkonsum" gemeint ist und kann damit als Synonym für "Substanzgebrauch" aufgefasst werden. Aus Gründen der Leserlichkeit und Verständlichkeit auch ausserhalb der Fachwelt wird in diesem Bericht am Ausdruck "Substanzkonsum" festgehalten.

wurde die Prävalenz des problematischen Cannabiskonsums im Jahr 2012 gemäss dem Cannabis Use Disorder Identification Test CUDIT (Adamson et al. 2003) analysiert. Bei den 15-19-Jährigen wurde die Prävalenz des problematischen Konsums insgesamt auf 3.2 Prozent geschätzt, bei den 15-19-Jährigen mit aktuellem Cannabiskonsum in den letzten 6 Monaten auf 22 Prozent. Bei Personen, die jemals Cannabis konsumiert haben, ist der Anteil des problematischen Cannabiskonsums umso höher, je früher mit dem Cannabiskonsum begonnen wurde (Marmet et al. 2013).

Die 15-Jährigen Schweizer Jugendlichen konsumieren im internationalen Ländervergleich überdurchschnittlich häufig Cannabis. Nur Spanien und Frankreich sowie die USA und Canada weisen beim Konsum in den letzten 30 Tagen höhere Prävalenzen auf. Wie in den meisten anderen Ländern sind in der Schweiz bei den Jungs sowohl die Lebenszeitprävalenzen (35% vs. 24%) wie die 30-Tage-Prävalenzen (17% vs. 11%) signifikant höher als bei den Mädchen (Currie et al. 2012). Gemäss ESPAD haben im Europäischen Durchschnitt 17 Prozent der 15-16-Jährigen bereits einmal Cannabis konsumiert, wobei die Prävalenzen zwischen 4 Prozent in Albanien und 42 Prozent in Tschechien variieren (Hibell et al. 2009; Hibell 2013).

In der Schweizer Kohortenstudie cmo3 wurde zwischen 2004 und 2010 sowohl bei den Lebenszeitprävalenzen wie auch beim aktuellen Cannabiskonsum der 13-29-Jährigen in der Schweiz ein Rückgang beobachtet (Annaheim et al. 2012). Am deutlichsten war der Rückgang in der Altersgruppe der 16-24-Jährigen, aber auch bei den 13-15-Jährigen geht der Trend mit einer Abnahme des aktuellen Cannabiskonsums von 5.2 Prozent auf 3.2 Prozent in die gleiche Richtung (Annaheim et al. 2012). Die neusten HBSC-Daten bestätigen bei den 15-Jährigen einen abnehmenden Trend für die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums, nicht aber für den Konsum in den 30 Tagen vor der Befragung. In der Befragung im Jahr 2014 gaben 30 Prozent der 15-Jährigen Jungen und 19 Prozent der gleichaltrigen Mädchen an, schon einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben.

3.1.1.4 Multipler Substanzkonsum

Mit den HBSC-Daten wurde auch der multiple Substanzkonsum, d.h. der Konsum von mehr als einer psychoaktiven Substanz innerhalb eines gegebenen Zeitrahmens, bei Schweizer Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren untersucht (Windlin et al. 2013). Dabei zeigte sich, dass 23 Prozent der 14-Jährigen bisher weder Alkohol, noch Tabak noch Cannabis konsumiert haben, 31 Prozent haben eine dieser Substanzen konsumiert und 45 Prozent haben in ihrem Leben bereits Erfahrungen mit mindestens zwei dieser psychoaktiven Substanzen gemacht. Regelmässiger Substanzkonsum für mehr als eine Substanz ist bei den 11-15-Jährigen jedoch noch wenig verbreitet. Bei den 11-13-Jährigen gibt es kaum Jugendliche, die für die letzten 30 Tage einen zehnmaligen oder häufigeren Alkohol und/oder Zigarettenkonsum angaben. Bei den 14-15-Jährigen beträgt der Anteil, die von den drei Substanzen Alkohol, Zigaretten und Cannabis mindestens zwei in den letzten 30 Tagen regelmässig konsumiert hatten, weniger als 5 Prozent. In dieser Altersgruppe steht der zehnmalige oder häufigere Konsum in den vorangegangenen 30 Tagen meistens in Zusammenhang mit Zigaretten. 80 Prozent der 14- und 15-Jährigen konsumierten keine der drei Substanzen häufiger als neuen Mal innerhalb von 30 Tagen (Windlin et al. 2013).

Die aktuellsten HBSC-Daten geben Hinweise darauf, dass zwischen 2010 und 2014 der Anteil der Jugendlichen, die bisher gar keine psychoaktiven Substanzen konsumiert haben, deutlich zugenommen hat, während der Anteil der Jugendlichen mit multiplem Substanzkonsum abgenommen hat (Marmet et al. 2015).

Daten der Zürcher Kohortenstudie ZAPPS (Zurich Adolescent Psychology and Psychopathology Study) zeigen jedoch auf, dass der problematische Substanzkonsum von Tabak, Alkohol und Cannabis im Verlauf der Adoleszenz (11-18 Jahre) rasch ansteigt und sich dann im frühen Erwachsenenalter stabilisiert. Die Autoren schliessen daraus, dass dieses kurze Zeitfenster wesentlich ist für die Prävention einer weiteren Progression in die Abhängigkeit. (Eschmann et al. 2011)

3.1.2 Prädiktoren

Bei der Entstehung von problematischem Substanzkonsum spielt eine Vielzahl verschiedener Faktoren eine Rolle, so dass von einer multifaktoriellen Ätiologie ausgegangen werden muss (Stolle et al. 2009b). Entsprechend breit ist die Palette an Prädiktoren, die in der internationalen Literatur untersucht werden, um die Entstehung von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit zu erklären und wirksame Ansätze für die Prävention zu entwickeln. Im Wesentlichen können bei den Einflussfaktoren drei Kategorien unterschieden werden: (i) die persönliche Vulnerabilität, (ii) Umwelteinflüsse sowie (iii) die Droge selbst (Karagulle et al. 2010). Zur persönlichen Vulnerabilität tragen genetische und neurobiologische Faktoren, das Temperament und Persönlichkeitsmerkmale sowie Trinkmotive bei. Zu den Umweltfaktoren - auch als psychosoziale Faktoren bezeichnet - zählen familiäre und soziale Faktoren wie der Substanzkonsum von Freunden und der Eltern, die elterliche Beaufsichtigung, die Qualität der Beziehungen, die Familienstruktur, aber auch Lebensereignisse und Gewalterfahrungen. Bei der Droge selbst spielen neben dem Abhängigkeits- und Wirkungspotenzial auch die Verfügbarkeit sowie die Kosten und Konsummuster eine Rolle. In der Literatur werden direkte Effekte, indirekte Effekte (Mediatoren-Effekte) und Interaktionen (Moderatoren-Effekte) zwischen den untersuchten Faktoren und dem Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren beschrieben.

3.1.2.1 Genetische Vulnerabilität und Gen-Umweltinteraktionen

Aus Zwillingsstudien geht hervor, dass es für die Vererbung von substanzbezogenen Störungen kritische genetische und umweltbezogene Komponenten gibt. In einer Übersichtsarbeit legt Meyers et al. (2010) dar, dass es beispielsweise nicht ein „Gen für Alkoholismus“ gibt, sondern eine Vielzahl von Genen, die untereinander wie auch mit ihrer biologischen und externen Umwelt interagieren und so ein Individuum mehr oder weniger anfällig für Suchterkrankungen machen. Der Anteil der Vererbung variiert zwischen Substanzen, Populationen, Alter und Geschlecht (Meyers et al. 2010). Zwillingsstudien weisen auch darauf hin, dass die relative Wichtigkeit genetischer Faktoren und Umweltbedingungen sich im Verlauf der Entwicklung ändern (Meyers et al. 2010; Kendler et al. 2011). Kendler et al. (2011) fanden in einer neueren Zwillingsstudie aus den USA, dass der Einfluss der nicht-spezifischen genetischen Risikofaktoren zwischen früher und mittlerer Adoleszenz rasch zunimmt, mit einem Peak bei 15-17 Jahren. Die Alkoholspezifischen genetischen Risikofaktoren erreichten das Maximum an Einfluss jedoch erst im Erwachsenenalter. Dabei wurden die genetischen Effekte durch Umweltfaktoren moderiert: Der Einfluss der Umweltfaktoren war deutlich stärker in der frühen und mittleren Adoleszenz als in späteren Perioden (Kendler et al. 2011). Dies stimmt mit den Beobachtungen einer finnischen Zwillingsstudie überein, die nahelegen, dass der Alkoholkonsum in der frühen Adoleszenz fast vollständig von Familie, Schule und Nachbarschaft beeinflusst wird, während genetische Faktoren eine zunehmend wichtigere Rolle einnehmen, wenn sich während der Adoleszenz Trinkmuster entwickeln, differenzieren und stabilisieren (Meyers et al. 2010).

Mehrere Zwillingsstudien zeigen übereinstimmend, dass die Überschneidungen von Verhaltensproblemen in der Kindheit und späteren Alkoholproblemen auf gemeinsame genetische Faktoren zurückgeführt werden können (Meyers et al. 2010). Spezifische Gene, die mit Alkoholabhängigkeit im Erwachsenenalter assoziiert sind, sind auch mit Verhaltensproblemen bei jüngeren

Kindern und Jugendlichen assoziiert. Dies legt nahe, dass Verhaltensprobleme in der Kindheit eine frühe Manifestation einer zugrundeliegenden Prädisposition für spätere Alkoholprobleme sein könnten. Der Komorbidität von Abhängigkeitserkrankungen und psychischen Erkrankungen könnte eine gemeinsame genetische Ursache zugrunde liegen (vgl. Abschnitt 3.1.2.5). Die Virginia Twin Registry Studie fand einen gemeinsamen genetischen Faktor für Alkoholabhängigkeit, Drogenabhängigkeit, antisoziale Persönlichkeit und Verhaltensstörungen. Dies lässt auf einen gemeinsamen genetischen Faktor für Substanzmissbrauch/Abhängigkeit und externalisierende Psychopathologien schliessen. Diese Störungen können gemäss Meyers deshalb nicht getrennt betrachtet werden (Meyers et al. 2010).

Verschiedene Studien dokumentieren, wie spezifische Umweltfaktoren die relative Wichtigkeit genetischer Effekte moderieren (Meyers et al. 2010; Kendler et al. 2011). Folgende Umwelt-Moderatoren werden dabei in Betracht gezogen: i) Stressoren in der Kindheit (emotionale, physische, sexueller Missbrauch), ii) Zugang zu Drogen und Alkohol, iii) Peer Group, iv) antisoziales und prosoziales Verhalten, v) Religiosität, vi) Haltung und Aufsicht der Eltern, vii) Eltern-Kind Bindung sowie viii) sozioregionale Faktoren. Es konnte gezeigt werden, dass Religiosität und elterliche Aufsicht genetische Einflüsse verringern. Geringe elterliche Aufsicht begünstigt ein Umfeld, in dem die genetische Prädisposition eher zum Ausdruck kommt. Auch bei Kontakt zu vielen Peers, die Alkohol trinken, kommt die genetische Prädisposition eher zum Ausdruck. Demgegenüber gibt es in einem enger überwachten Umfeld weniger Gelegenheit, dass die Prädisposition zum Ausdruck kommt, so dass der Umwelteinfluss grösser ist (Meyers et al. 2010). Übereinstimmend fanden Kendler et al. (2011), dass der genetische Effekt bei signifikanten Gen-Umweltinteraktionen verstärkt war, wenn soziale Restriktionen minimal waren (tiefe elterliche Aufsicht, tiefes prosoziales Verhalten, tiefe Eltern-Kind Bindung) oder wenn das Umfeld leichteren Zugang zu Alkohol ermöglichte und zum Konsum ermutigte (Kendler et al. 2011).

3.1.2.2 Psychische Vulnerabilität und neurobiologische Faktoren

Neurobiologische Faktoren spielen in verschiedener Hinsicht eine Rolle für den Substanzkonsum von Kindern und Jugendlichen. Sie beeinflussen einerseits das Konsumverhalten und das Risiko für spätere Substanzabhängigkeit. Andererseits sind sie genetisch beeinflusst, entfalten ihr Risikopotential jedoch erst durch Interaktionen mit verschiedenen Umwelteinflüssen (Zimmermann et al. 2008; Paulus et al. 2010; Thatcher et al. 2010). Der Beginn des Substanzkonsums in der Adoleszenz fällt zeitlich zusammen mit einer kritischen Reifungsperiode des Gehirns. Während dieser Zeit finden im Gehirn tiefgreifende Entwicklungsprozesse statt, die von Alkohol- und Drogenmissbrauch beeinflusst werden (Zimmermann et al. 2008; Paulus et al. 2010). Synaptische Verbindungen werden verfeinert und bestehende Verbindungen wieder abgebaut, und zwar unter dem Einfluss von Geschlechts- und Stresshormonen. Dies betrifft Nervenzellen die über Dopamin, Glutamat und GABA kommunizieren. Diese neuronalen Reifungsprozesse können das Risiko für substanzbedingte Veränderungen der Gehirnstruktur erhöhen. Veränderungen betreffen insbesondere den präfrontale Kortex und den Hippocampus. Der präfrontale Kortex ist wichtig für die Kontrolle von impulsivem Handeln, für die Entwicklung von zielgerichtetem Verhalten und für die emotionale Verarbeitung von Erlebtem. Der Hippocampus ist von zentraler Bedeutung für Lernen und Gedächtnis (Zimmermann et al. 2008). In verschiedenen Studien konnte denn auch ein Zusammenhang festgestellt werden zwischen dem Konsum von Alkohol, Cannabis, Ecstasy und Stimulantien während der neuronalen Entwicklungsphase und einer Reihe von strukturellen und funktionellen Beeinträchtigungen des Gehirns (Paulus et al. 2010).

Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend gehören zu den stärksten individuellen Risikofaktoren für Alkoholabhängigkeit (Zimmermann et al. 2008). Die bisherige Forschung zeigt, dass die Manifestation von psychologischer Dysregulation in der Kindheit den Alkohol- und

Drogenkonsum und den Beginn von substanzbedingten Störungen in der Adoleszenz beschleunigt (Thatcher et al. 2010). Adoleszente, die wegen substanzbedingten Störungen behandelt werden, zeigen in der Regel mehr Verhaltensstörungen und erhöhte Irritabilität im Vergleich zu Jugendlichen ohne diese Störungen (Thatcher et al. 2010). Eine mögliche Erklärung für das gleichzeitige Auftreten von Alkohol und Aufmerksamkeits-/Sozialverhaltensstörungen beruht darauf, dass angenommen wird, dass beiden Erkrankungen eine Störung der dopaminergen Signaltransduktion zugrunde liegt (Zimmermann et al. 2008). Es wird vermutet, dass die effektive Behandlung von Verhaltensstörungen im Kindesalter den Einstieg in den Alkohol- und Drogenkonsum verlangsamen könnte (Zimmermann et al. 2008; Thatcher et al. 2010). So zeigen mehrere Untersuchungen, dass bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS das erhöhte Risiko für spätere Alkoholprobleme durch eine rechtzeitige und konsequente medikamentöse Behandlung deutlich verringert werden kann, wobei der präventive Effekt durch eine begleitende Verhaltenstherapie noch verstärkt wird (Zimmermann et al. 2008).

In einer prospektiven Studie zum frühen Konsumbeginn schliessen die Autoren auf eine konsistente Beziehung zwischen einer psychosozialen Neigung zu abweichendem Verhalten im Alter von 10 Jahren und der Wahrscheinlichkeit, mit 14 Jahren oder jünger mit dem Alkoholkonsum zu beginnen (Donovan et al. 2011). In einer Analyse der internationalen HSBC-Daten wurde nicht der frühe Beginn des Alkoholkonsums sondern ein frühes Alter beim ersten Betrinken als Prädiktor für Verhaltensprobleme im Alter von 15 Jahren identifiziert (Kuntsche et al. 2013). In der Zürcher Kohortenstudie ZAPPS (Zurich Adolescent Psychology and Psychopathology Study) wiederum waren externalisierende und internalisierende Verhaltensprobleme im Alter von 13 Jahren Prädiktoren für problematischen Substanzkonsum in der späteren Adoleszenz (Eschmann et al. 2011). In einer weiteren longitudinalen Untersuchung zur Entstehung von Substanzmissbrauch im frühen Erwachsenenalter waren ebenfalls externalisierende Symptome im Alter von acht und 13 Jahren zentrale Prädiktoren für Suchtsymptome im Alter von 18 Jahren. Diese wirkten einerseits direkt auf den Substanzmissbrauch der 18-Jährigen, zum anderen aber auch indirekt über psychosoziale familiäre Belastungen (Esser et al. 2008).

3.1.2.3 Temperament und Persönlichkeitsmerkmale

In der Verhaltenswissenschaft werden unter Temperament Verhaltenseigenschaften und emotionale Charakteristika verstanden, die sich bereits im Alter von zwei bis vier Jahren manifestieren und relativ stabil sind (Wills et al. 2010). Gemäss Wills et al. werden in der Forschung meistens fünf bis sechs Dimensionen des Temperaments unterschieden wie Aktivitätslevel, negative Emotionalität, Rigidität, Aufmerksamkeit, positive Emotionalität, Approach/Sociability (Deutsch: Geselligkeit). Verschiedene Studien zeigten bereits in den 1980er und 1990er Jahren, dass Dimensionen des Temperaments, gemessen im Kleinkindalter, assoziiert sind mit späterem problematischem Substanzkonsum (Wills et al. 2010). Noch nicht vollständig geklärt ist jedoch, wieso diese relativ einfachen Masse früher Charakteristika ein komplexes Verhaltensproblem mit multiplen kognitiven und sozialen Komponenten vorhersagen können. Die Übersichtsarbeit von Wills et al. präsentiert ein theoretisches Modell, das diesen Zusammenhang erklären soll. Nach diesem Modell sind die relativ einfachen Dimensionen des Temperaments die Basis für die Entwicklung der Selbstregulation. Bis zum Alter von 10-13 Jahren sind die komplexen Fähigkeiten der Selbstkontrolle entwickelt (Wills et al. 2010). In weitere Studien konnte aufgezeigt werden, dass die Selbstkontrolle indirekt mit späterem Substanzkonsum assoziiert ist. Eine starke Selbstkontrolle führt zu besseren schulischen Leistungen (Academic Competence) und mehr positiven Lebensereignissen, während eine schwache Selbstkontrolle mit mehr negativen Ereignissen, mehr Kontakten zu Peers mit abweichendem Verhalten sowie Bewältigungsmotiven für Substanzkonsum (vgl. Abschnitt 3.1.2.4) verknüpft ist. Diese sogenannten proximalen Faktoren wiederum sind stark mit jugendlichem Substanzkonsum assoziiert (Wills et al. 2010). D.h. Dimen-

sionen des Temperaments in der frühen Kindheit sind mit der Entwicklung komplexer Selbstkontroll-Fähigkeiten verknüpft, die wiederum den Kontakt mit Risikofaktoren und mit protektiven Faktoren für Substanzkonsum beeinflussen (Wills et al. 2010).

Eine longitudinale Studie mit 12-13 Jahre alten dänischen Schülern untersuchte den Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und dem Konsum von Alkohol und Tabak (Malmberg et al. 2013). Bereits in diesem Alter wurde ein Zusammenspiel von Sensationssuche und Impulsivität mit Alkoholkonsum, Binge Drinking und Tabakkonsum beobachtet. Dabei war Sensationssuche insbesondere relevant für den Beginn des Substanzkonsums, während Impulsivität durch den ersten Konsum beeinflusst wurde und sich als Risikofaktor für den späteren Konsum erwies. Bei den Persönlichkeitsmerkmalen Angstsensitivität und Hoffnungslosigkeit wurde in dieser Altersgruppe hingegen kein Zusammenhang beobachtet (Malmberg et al. 2013).

In der prospektiven Studie von Donovan et al. (2011) wurde kein Zusammenhang gefunden zwischen frühem Konsumbeginn und den Faktoren Sensationssuche, Impulsivität sowie den Erwartungen an Alkohol. Die Autoren schliessen, dass diese Faktoren eher Prädiktoren sein könnten für späteren, intensiveren Alkoholkonsum als für frühen Konsumbeginn. Externalisierendes Verhalten konnte auch nicht als Prädiktor für frühen Konsumbeginn identifiziert werden, die Autoren vermuten hier eine zu geringe Varianz in der Studienpopulation (Donovan et al. 2011).

Einen etwas anderen Blick auf den Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und Alkoholkonsum wirft die Europäische IMAGEN (Imaging Genetics)-Studie (Nees et al. 2012). Mit bildgebenden Verfahren (MRI) wurden bei 14-Jährigen, gesunden Jugendlichen belohnungsabhängige Hirnreaktionen untersucht. Es wurde der relative Beitrag von i) Persönlichkeitsmerkmalen (Neugierde, Sensationssuche, Impulsivität und Extraversion), ii) Indikatoren für riskantes Verhalten und iii) Hirnreaktionen für frühen Konsumbeginn und Abhängigkeit untersucht. Alle drei Prädiktoren waren mit den Indikatoren für Alkoholkonsum assoziiert, wobei der Beitrag der Persönlichkeitsmerkmale grösser war als die Verhaltensmerkmale und die Hirnreaktionen. Aufgrund der differenzierten Resultate vermuten die Autoren, dass für frühen Konsumbeginn Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmale eine wichtigere Rolle spielen, während für die Abhängigkeit belohnungsabhängige Hirnreaktionen wichtiger sind (Nees et al. 2012).

Eine Querschnittsstudie mit 11-16 Jährigen in Nordirland konnte einen Zusammenhang zwischen Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit (nach dem Konzept von Bandura) und Alkoholkonsum aufzeigen (McKay et al. 2012b). Bei der Selbstwirksamkeit wurden akademische, soziale und emotionale Selbstwirksamkeit unterschieden. In der multivariaten logistischen Regression war problematischer Konsum mit tieferem Selbstwertgefühl, tieferer akademischer und emotionaler Selbstwirksamkeit, jedoch mit höherer sozialer Selbstwirksamkeit assoziiert (McKay et al. 2012a).

3.1.2.4 Trinkmotive

Trinkmotive von Kindern und Jugendlichen für den Alkoholkonsum wurden in den zwei Europäischen Schülerbefragungen HBSC¹¹ und ESPAD¹² untersucht (Gmel et al. 2009; Windlin et al. 2011b). In beiden Studien wurde der Drinking Motivation Questionnaire Revised, DMQ-R (Cooper 1994) eingesetzt, der vier Trinkmotive unterscheidet:

¹¹ Health Behaviour in School-aged Children (HBSC 2010)

¹² The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD 2007)

1. Soziale Motive: Alkoholkonsum, um gesellig zu sein, eine Party besser zu geniessen;
2. Verstärkungsmotive: Alkoholkonsum, um eine bestimmte positive Stimmungs- oder Gemütslage hervorzurufen oder zu verstärken (z.B. „um einfach Spass zu haben“);
3. Bewältigungsmotive: Alkoholkonsum, um Probleme zu verdrängen oder Belastungen erträglicher zu machen;
4. Konformitätsmotive: Alkoholkonsum aufgrund von Gruppendruck, oder um Zugang zu einer bestimmten Gruppe zu erhalten.

Beide Studien fanden übereinstimmend, dass Schweizer Jugendliche am häufigsten soziale Motive und Verstärkungsmotive als Gründe für den Alkoholkonsum angeben. In der HBSC Studie gaben deutlich über 50 Prozent der 15-Jährigen an, aus diesen Motiven in den letzten 12 Monaten Alkohol konsumiert zu haben. Bewältigungsmotive folgten an dritter Stelle, wobei diese mit rund 30 Prozent deutlich seltener genannt wurden. Konformitätsmotive werden von den 15-jährigen nur selten angegeben (Gmel et al. 2009; Windlin et al. 2011b). Eine Analyse der internationalen HBSC Daten von 13 Ländern zeigt eine erstaunliche Konsistenz der Trinkmotive innerhalb Europas. In allen Ländern (mit Ausnahme von Finnland) und in allen Altersgruppen der 11-19-Jährigen wurde dieselbe Reihenfolge der Häufigkeit der Trinkmotive beobachtet wie in der Schweiz (Kuntsche et al. 2014). Auch in einer Holländischen Studie, die den DMQ-R einsetzte, wurde bei 13-16-Jahre alten Schülerinnen und Schülern diese Reihenfolge der Trinkmotive beobachtet. Das longitudinale Design dieser Studie erlaubte es zudem, den Zusammenhang zwischen Trinkmotiven und Veränderungen des Alkoholkonsums über einen Zeitraum von einem Jahr zu untersuchen. Dabei waren nur soziale Motive signifikante Prädiktoren für die Zunahme des wöchentlichen Alkoholkonsums und der Frequenz von episodischem Trinken, nicht jedoch Verstärkungs- Bewältigungs- und Konformitätsmotive. Die Trinkmotive blieben über den Untersuchungszeitraum von einem Jahr stabil (Schelleman-Offermans et al. 2011).

Die Rolle von Trinkmotiven als Mediatoren des Zusammenhangs zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und dem Alkoholkonsum wurde in einer weiteren holländischen Studie bei 13-15-Jährigen untersucht (Lammers et al. 2013). Bewältigungsmotive, Verstärkungsmotive und soziale Trinkmotive wurden dabei als Mediatoren zwischen Persönlichkeitsprofilen und Alkoholkonsum identifiziert. Bei den Jungen wurden mehr signifikante Effekte für Verstärkungsmotive gefunden, während bei den Mädchen Bewältigungsmotive eine wichtigere Rolle zu spielen schienen. Die Autoren heben hervor, dass bei diesen jungen Jugendlichen soziale Trinkmotive beim Effekt von Impulsivität und Sensationssuche auf die Frequenz des Alkoholkonsums als Mediatoren wirken. Dies im Gegensatz zu Studien mit älteren Jugendlichen, wo dieser Mediationseffekt nicht festgestellt wurde. Die Autoren vermuten, dass insbesondere junge Adoleszente mit wenig Alkoholerfahrung aus sozialen Gründen trinken (Lammers et al. 2013). Übereinstimmend fand eine belgische Studie, dass Trinkmotive bei 13-20-Jährigen als Mediatoren zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und Alkoholkonsum wirken, wobei Trinkmotive, Persönlichkeitsmerkmale und Alkoholkonsum anders operationalisiert wurden (Willem et al. 2012).

3.1.2.5 Komorbidität von substanzbezogenen Störungen und psychischen Erkrankungen

Substanzmissbrauch und -abhängigkeit tritt gemäss der internationalen Literatur häufig zusammen mit anderen psychischen Störungen auf. Von Komorbidität wird gesprochen, wenn mindestens eine substanzbezogene Störung und eine weitere psychische Störung diagnostiziert werden (Hawkins 2009). In den USA zeigen bevölkerungsbasierte Studien, dass von den Kindern und Jugendlichen im Alter von 14-18 Jahren, bei denen eine substanzbedingte Störung diagnostiziert wird, zwei Drittel bis drei Viertel eine psychiatrische Komorbidität aufweisen (Hawkins 2009;

Stolle et al. 2009b). Gemäss einer Analyse gepoolter Daten von 77 Behandlungsstudien weisen im klinischen Kontext der USA 90 Prozent der unter 15-Jährigen mit Substanzabhängigkeit mindestens ein weiteres psychisches Problem im vorangegangenen Jahr auf (Hawkins 2009). In der Schweiz zeigt die Auswertung der medizinischen Statistik der Krankenhäuser, dass bei rund einem Drittel aller Personen, die mit der Hauptdiagnose Alkohol-Intoxikation in einem Spital behandelt werden, eine Nebendiagnose "Psychische- und Verhaltensstörungen", die nicht mit dem Konsum psychotroper Substanzen zusammenhängen, gestellt wird. Bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 12-15 Jahren weisen rund 10 Prozent eine solche Nebendiagnose auf (Wicki et al. 2014a).

Für Depressionen und Angststörungen ist bei Erwachsenen ein enger Zusammenhang zu Alkoholverstörungen bekannt (Zimmermann et al. 2008). Im Kindes- und Jugendalter bleiben depressive Störungen jedoch häufig unerkannt und gemäss Zimmermann et al. (2008) kann angenommen werden, dass auch in diesem Alter ein Zusammenhang besteht. Neuere Studien zum zeitlichen Zusammenhang zwischen Depression in der Kindheit und der frühen Adoleszenz sowie dem Alkoholkonsum in der Adoleszenz zeigen jedoch noch kein konsistentes Bild. Eine longitudinale US-Studie untersuchte den Zusammenhang zwischen Depression und Alkoholkonsum in der frühen Adoleszenz und befragte Jugendliche im Alter von 14 Jahren und ihre Eltern in vier Assessments innerhalb von vier Jahren zu Symptomen von Depression und Verhaltensstörungen sowie dem Alkoholkonsum (McCarty et al. 2012). Die Selbstangaben der Jugendlichen zu Depressionssymptomen im Alter von 12, 13 und 14 Jahren waren positiv mit dem Alkoholkonsum jeweils ein Jahr später assoziiert. Bei den Angaben der Eltern war dies nur für die depressiven Symptome im Alter von 12 Jahren der Fall, was die Autoren damit erklären, dass ältere Jugendliche einerseits mehr Zeit ausser Haus verbringen und andererseits depressive Symptome eher Gefühle, innere Zustände und Wahrnehmungen betreffen, welche die Eltern weniger wahrnehmen können. Bei den Verhaltensstörungen waren sowohl die Angaben der Jugendlichen wie der Eltern jeweils mit dem Alkoholkonsum ein Jahr später assoziiert. Es wurden keine Geschlechtsunterschiede festgestellt (McCarty et al. 2012; Saraceno et al. 2012). Eine weitere longitudinale Studie, basierend auf den Daten einer britischen Geburtskohorte, fand zwar einen Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen im Alter von 10 Jahren und problematischem Alkoholkonsum im Alter von 14 Jahren, jedoch nur für Mädchen. Wurde für familienbezogene Faktoren und Faktoren des sozialen Umfelds adjustiert, war die Assoziation schwächer und auch bei den Mädchen nicht mehr signifikant.

Auch in Bezug auf Angststörungen ist die Literaturlage noch schmal, sie lässt jedoch vermuten, dass es in der Adoleszenz einen Zusammenhang gibt zwischen Panik- und Angststörungen einerseits und problematischem Alkoholkonsum andererseits (Blumenthal et al. 2011). Eine neuere kanadische Längsschnittstudie konnte aufzeigen, dass Angststörungen im Alter von 14 Jahren, erfasst mit der Children's Anxiety Scale SCAS (Spence 1997), ein unabhängiger Prädiktor sind für das Auftreten von späteren Problemen, die mit dem Substanzkonsum assoziiert sind, wie zum Beispiel Probleme in der Schule, Probleme mit Beziehungen in der Familie oder gesundheitliche Folgen (Fallu et al. 2012). Eine neuere Studie mit Jugendlichen im Alter von 12-17 Jahren, die bereits Alkoholerfahrungen hatten, fand, dass soziale Angststörungen mit stärkeren Bewältigungsmotiven für den Alkoholkonsum assoziiert sind, nicht aber mit Verstärkungsmotiven, sozialen Motiven und Konformitätsmotiven. Die Autoren schliessen daraus, dass Jugendliche mit sozialen Angststörungen Alkohol trinken um ihre Symptome zu lindern (Blumenthal et al. 2010).

3.1.2.6 Umweltfaktoren (psychosoziale Faktoren)

In der internationalen Literatur finden sich zahlreiche Studien, welche die Assoziationen zwischen dem Substanzkonsum von Kindern und Jugendlichen auf der einen Seite und dem Sub-

stanzkonsum der Freunde, dem Substanzkonsum der Eltern, der Familienstruktur, der Beaufsichtigung durch die Eltern, der Qualität der Beziehungen in der Familie und zu Freunden, der Gewaltausübung und -erfahrung sowie der Ausübung von sportliche, kulturelle und religiöse Aktivitäten auf der anderen Seite untersuchten.

Die internationalen HBSC-Daten zeigen für die meisten Länder keinen Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und verschiedenen Indikatoren des Substanzkonsums von 13 und 15-Jährigen. In wenigen Ländern wurden signifikante Assoziationen gefunden, wobei meistens höhere Prävalenzen mit tieferem sozioökonomischem Status assoziiert waren (Currie et al. 2012). Die im Folgenden beschriebenen Assoziationen zwischen psychosozialen Faktoren und Substanzkonsum sind in der Regel für sozioökonomische Unterschiede adjustiert. Im Folgenden werden zuerst Risikofaktoren beschrieben, danach wird auf protektive Faktoren eingegangen.

Risikofaktoren

Einfluss von Peers. Der Einfluss von Peers und Freunden auf den Substanzkonsum von Jugendlichen ist in der internationalen Literatur mehrfach beschrieben (Danielsson et al. 2011; Eschmann et al. 2011; Kendler et al. 2011; Zimmerman et al. 2011; Allen et al. 2012; Hahm et al. 2012; McKay et al. 2012a; Ramirez et al. 2012; Song et al. 2012; Teunissen et al. 2012; van Hoof et al. 2012). Es wurden auch Moderatoren-Effekte beobachtet. In einer longitudinalen Studie in Schweden erwies sich der Anteil der alkoholkonsumierenden Peers im Alter von 13 Jahre als signifikanter Prädiktor für Binge Drinking im Alter von 15 Jahren. Bei den Mädchen war der Anteil der Peers, die Trinken, der stärkste Prädiktor, gefolgt vom Rauchen mit 13, während bei den Jungen das Binge Drinking sowie das Rauchen mit 13 die stärksten Effekte auf das Binge Drinking mit 15 zeigten, gefolgt vom Anteil der alkoholtrinkenden Peers (Danielsson et al. 2011). Übereinstimmend fand eine weitere longitudinale Studie mit 11-17 Jährigen Jugendlichen in den USA, dass alkoholkonsumierende Freunde mit einem erhöhten Risiko für Binge Drinking assoziiert sind, und zwar sowohl unmittelbar zum Zeitpunkt der Ersterhebung wie auch im longitudinalen Verlauf (Hahm et al. 2012). Zudem waren in dieser Untersuchung eine geringe soziale Integration im Klassenverband und ein hohes soziales Prestige (Bonacich centrality) mit einem erhöhten Risiko für Binge Drinking assoziiert. Übereinstimmend fanden Eschmann et al. (2011), dass die Peer Acceptance (Ich fühle mich als einen der akzeptiertesten Schüler der Klasse) ein Risikofaktor für problematischen Substanzkonsum ist (Eschmann et al. 2011).

In einer weiteren longitudinalen Untersuchung aus den USA mit 13-16 Jährigen war der Substanzkonsum der Peers im Alter von 15 ebenfalls ein signifikanter Prädiktor des Substanzkonsums im Alter von 16 Jahren (Allen et al. 2012). Allen et al. untersuchten zudem Moderatoren der Vulnerabilität für den Einfluss von Peers. Ein Mangel an Autonomie, wie auch eine geringere Unterstützung durch die Mutter wirkten verstärkend auf den Einfluss der Peers (Allen et al. 2012). In einer englischen Querschnittstudie mit 11-16 Jährigen erwiesen sich eine erhöhte Anfälligkeit auf Peer Pressure und ein geringerer Wunsch nach Popularität sowie geringere Konformität als signifikante Prädiktoren für problematischen Alkoholkonsum (McKay et al. 2012a). Eine weitere longitudinale Studie mit italienischen Jugendlichen im Alter von 14-20 Jahren untersuchte Selbstwirksamkeit (Self Efficacy) einerseits als Prädiktor für Freundschaft und für Alkoholintoxikation, andererseits als Moderator für Peer-Sozialisationsprozesse in Zusammenhang mit Alkoholintoxikationen (Rabaglietti et al. 2012). Die Studie kam zum Schluss, dass Jugendliche nicht Freunde aussuchen, die ähnliche Trinkmuster oder ähnliche Selbstwirksamkeit zeigen, sondern dass die Jugendlichen die Trinkmuster ihrer Freunde übernehmen. Bei Jugendlichen mit höheren Levels an Selbstwirksamkeit war es jedoch weniger wahrscheinlich, dass sie die Trinkmuster der Freunde übernahmen als bei Jugendlichen mit tieferen Levels an Selbstwirksamkeit (Rabaglietti et al. 2012).

In Übereinstimmung mit den oben erwähnten longitudinalen Studien war in einer Querschnittsanalyse mit Daten aus fünf US-Bundesstaaten die Wahrnehmung von 14-20 Jahre alten Jugendlichen, dass ein grösserer Anteil ihrer Freunde und Peers Alkohol konsumieren, mit einem höheren Alkoholkonsum und häufigerem Betrinken assoziiert. Jugendliche, die angaben, dass die meisten ihrer Freunde bereits einmal betrunken waren, hatten ein zwei- bis dreimal so grosses Risiko für aktuellen Alkoholkonsum und für Binge Drinking (Song et al. 2012). In einem experimentellen Design wurde die Bereitschaft von 14-15 Jährigen Jugendlichen, Alkohol zu trinken, sowohl durch Pro-Alkohol wie durch Anti-Alkohol Normen von Peers beeinflusst. Der stärkste Einfluss auf die Bereitschaft zu trinken wurde für Anti-Alkohol-Normen von Peers mit hoher Popularität beobachtet (Teunissen et al. 2012).

Alkoholkonsum der Eltern. In der internationalen Literatur findet sich übereinstimmende Evidenz, dass der Alkoholkonsum der Eltern mit einem erhöhten Risiko für frühen Konsumbeginn und für problematischen Konsum in der Adoleszenz assoziiert ist. Mit einem repräsentativen Sample des National Household Survey of Drug Abuse (NHSDA, USA) konnten Obot et al. (2011) aufzeigen, dass Kinder mit einem alkoholabhängigen Elternteil früher mit dem Konsum von Alkohol, Tabak und Marihuana beginnen und höhere altersspezifische Raten des Konsumbeginns zeigen als Kinder ohne alkoholabhängigen Elternteil (Obot et al. 2001). Die Differenzen begannen bereits im Alter von 9 Jahren und blieben mindestens bis zum Alter von 17 Jahren bestehen, der ältesten Gruppe der Studie. Da nur ein Elternteil interviewt wurde, besteht gemäss Autoren ein gewisses Risiko für Missklassifikationen, falls der nicht-interviewte Elternteil alkoholabhängig war. Eine weitere Studie fand, dass mütterlicher Alkohol- und Zigarettenkonsum, zum Zeitpunkt als das Kind 5 Jahre alt war, starke Prädiktoren für problematischen Konsum im Alter von 14 Jahren sind (nicht adjustierte Schätzer) (Alati et al. 2010). In einer prospektiven Studie zum frühen Konsumbeginn zeigte sich, dass Kinder, die in Familien aufwuchsen, wo die Eltern trinken, diese selber früh begonnen haben zu trinken und die Eltern den Alkoholkonsum des Kindes befürworten, eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für frühen Alkoholkonsum haben, was auf eine genetische Komponente hinweisen könnte (Donovan et al. 2011).

Familienstruktur. Donovan et al. untersuchten in einer prospektiven Studie im US-Bundesstaat Pennsylvania, welche psychosozialen Risikofaktoren mit dem frühen Beginn von Alkoholkonsum (im Alter von 14 Jahren oder jünger) assoziiert sind (Donovan et al. 2011). An der Studie nahmen 205 Kinder teil, die bei Studienbeginn 8 oder 10 Jahre alt waren und bis zum Alter von 16 resp. 18 Jahren halbjährlich zu ihrem Alkoholkonsum befragt wurden. Die Familienstruktur war ein starker Prädiktor für frühen Konsumbeginn, mit einem erhöhten Risiko für Kinder, die bei allein-erziehenden Müttern aufwuchsen. Das Aufwachsen in einer Einelternefamilie war auch assoziiert mit anderen psychosozialen Risikofaktoren und könnte gemäss den Autoren ein Indikator für grössere soziodemografische Nachteile sein.

Eine longitudinale Studie, welche die Mütter und ihre Kindern von der Schwangerschaft bis zur Adoleszenz der Kinder begleitete, fand, dass der mütterliche Stil der Kindererziehung assoziiert ist mit Konsummustern in der Adoleszenz. Der stärkste Prädiktor für problematischen Substanzkonsum im Alter von 14 Jahren war ein häufiger Partnerwechsel der Mutter kombiniert mit tiefer mütterlicher Kontrolle zum Zeitpunkt als das Kind 5 Jahre alt war (Alati et al. 2010). Die Autoren schliessen daraus, dass die Familienstruktur und der Kontroll-Level der Eltern für die Entwicklung von problematischem Konsum wichtig sind.

Erfahrungen von Gewalt. Während Gewalt als Folge von Alkoholkonsum bei Jugendlichen recht gut belegt ist (vgl. Abschnitt 3.1.3), gibt es nur wenige Studien, welche bei unter 16-Jährigen Gewalterfahrungen als Prädiktor für späteren Substanzkonsum untersuchen. Eine prospektive Studie mit einer repräsentativen Stichprobe von 12-17-jährigen Jugendlichen in den USA hat die

Anzahl interpersonaler Gewalterfahrungen (sexuelle Übergriffe, physische Attacken, Missbrauch durch Betreuungsperson, Zeuge einer Gewalttat) und die Anzahl anderer traumatischer Erfahrungen (Verkehrsunfälle, Feuer, Naturkatastrophen, Hundebisse) als Risikofaktoren für verschiedene psychopathologische Folgen untersucht. Erfahrungen von interpersonaler Gewalt, nicht jedoch andere traumatische Erfahrungen, waren mit einem erhöhten Risiko für Binge Drinking, für posttraumatische Belastungsstörungen, für depressive Symptome sowie für Delinquenz drei Jahre später assoziiert (Cisler et al. 2012). Eine weitere US-Studie untersuchte bei 11-18 Jährigen Jugendlichen, bei denen problematischer Substanzkonsum abgeklärt wurde und die in ihrem Leben bereits physische, sexuelle oder emotionale Gewalt erlebt hatten, die Komorbidität von Substanzmissbrauch und psychischen Erkrankungen (Sabri 2012). Es zeigte sich, dass bei Jugendlichen die Erfahrungen als Opfer mit internalisierenden und externalisierenden Störungen zusammenhängen. Die Autoren schliessen daraus, dass bei Jugendlichen, bei denen eine Komorbidität von Substanzmissbrauch und psychischen Problemen festgestellt wird, auch Opfererfahrungen abgeklärt werden sollten und die Jugendlichen bei der Bewältigung solcher Erfahrungen adäquat unterstützt werden sollten. (Sabri 2012).

Protektive Faktoren:

Elterliche Aufsicht (Parental Monitoring). Mehrere Studien zeigen übereinstimmend auf, dass Jugendliche, die von ihren Eltern stärker beaufsichtigt werden, weniger Tabak, Alkohol oder illegale Drogen konsumieren. So konsumieren 15-jährige Schweizer Jugendliche, die der Meinung sind, ihre Eltern wüssten über ihren Aufenthaltsort am Samstagabend Bescheid, deutlich seltener Tabak, Alkohol, Cannabis sowie anderen illegalen Drogen als Jugendliche, deren Eltern keine Kenntnis von ihrem Aufenthaltsort haben, und dies unabhängig vom Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Status, Familienstruktur, Qualität der Beziehung in der Familie und mit Freunden (Gmel et al. 2009; Tornay et al. 2013). Zudem fanden die Autoren Hinweise darauf, dass Jugendliche mit stärkerer Beaufsichtigung durch die Eltern weniger Peers haben, die konsumieren und so der negative Einfluss von konsumierenden Peers abgeschwächt wird (Tornay et al. 2013). In den USA war das Wissen des Vaters und der Mutter um den Aufenthaltsort ihrer 11-16 Jährigen Töchter und Söhne protektiv für den Konsum von Marihuana (adjustierte Schätzer) (Farhat et al. 2011). Eine australische Querschnittsstudie fand eine signifikante Assoziation zwischen Familienmanagement (Beaufsichtigung und Regeln in Bezug auf Alkoholkonsum) und Alkoholkonsum bei 10-14 Jährigen: Jugendliche mit einem stärkeren Familienmanagement zu Hause gaben signifikant seltener an, je oder in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken zu haben oder Binge Drinking zu praktizieren (Habib et al. 2010). Eine longitudinale schwedische Studie konnte aufzeigen, dass bei Mädchen und Jungen eine stärkere elterliche Beaufsichtigung im Alter von 13 Jahren mit einem geringeren Risiko für Binge Drinking im Alter von 13 und von 15 Jahren assoziiert ist (Danielsson et al. 2011).

In einer Querschnittsanalyse mit Daten aus fünf US-Bundesstaaten waren die Erwartungen von 14-20-jährigen Jugendlichen, wie ihre Eltern auf den Alkoholkonsum reagieren werden, mit dem Alkoholkonsum der Jugendlichen assoziiert. Jugendliche, die erwarten, dass sie von ihren Eltern auf den Alkoholkonsum angesprochen werden oder deswegen bestraft oder angeschrien werden, hatten ein geringeres Risiko für Alkoholkonsum, Binge Drinking und sich Betrinken. Zudem war die Erwartung von Schulsanktionen und von Strafverfahren mit einem reduzierten Risiko für Alkoholkonsum assoziiert (Song et al. 2012).

Familienstruktur. Neben der elterlichen Aufsicht gibt es Hinweise auf weitere familienbezogene protektive Faktoren wie die Familienstruktur oder die Qualität der Beziehungen in der Familie. Es gibt Hinweise darauf, dass die Zeitdauer, welche Jugendliche mit der Familie verbringen sowie die Qualität der Beziehung zu den Eltern eine protektive Wirkung auf das Konsumverhalten der

Jugendlichen haben, insbesondere wenn Risikofaktoren wie konsumierende Peers vorhanden sind (Danielsson et al. 2011). Ein geringeres Risiko, je Alkohol getrunken zu haben wurde auch für eine stärkere emotionale Nähe zum Vater beobachtet (Habib et al. 2010).

Kulturelle, soziale und religiösen Aktivitäten. Eine US-Amerikanische Studie mit 15-17 Jährigen Schülerinnen und Schülern fand Hinweise darauf, dass die Teilnahme an sportlichen, kulturellen, sozialen oder religiösen Aktivitäten mit Abstinenz assoziiert ist, wobei dies bei den Jungs lediglich für sportliche Aktivitäten zutraf, bei den Mädchen hingegen alle Arten dieser Aktivitäten signifikante Prädiktoren für Abstinenz waren (Waterfield 2011). Auch in der Studie von Donovan et al. wurden Religiosität sowie häufigere Kirchenbesuche als protektive Faktoren identifiziert (Donovan et al. 2011). Auch in der Querschnittsstudie in fünf US-Bundesstaaten mit 14-20-Jährigen zur Wahrnehmung von Normen der Peers, der Eltern und der Gemeinde war der regelmässige Kirchenbesuch mit einem geringeren Risiko für Alkoholkonsum assoziiert (Song et al. 2012).

3.1.2.7 Zugang zu Alkohol, Tabak und Drogen

Der Alkoholverkauf an Jugendliche ist in der Schweiz auf Bundesebene gesetzlich geregelt. Der Verkauf von fermentierten alkoholischen Getränken (Bier, Wein und Apfelwein) ist an Jugendliche unter 16 Jahren verboten, für destillierte Alkoholika (Spirituosen, Liköre, Alcopops) gilt eine Altersgrenze von 18 Jahren (Windlin et al. 2011b). Unter 16-Jährige sollten selber also keinen Alkohol in einem Laden oder einer Gaststätte direkt erwerben können. Beim Tabakverkauf fehlt in der Schweiz eine einheitliche Regelung (Kuendig et al. 2013).

In den zwei grossen Europäischen Schülerbefragungen HBSC¹³ und ESPAD¹⁴ wurde u.a. untersucht, wie leicht 13-16-jährige Jugendliche Zugang zu Alkohol haben (Gmel et al. 2009; Windlin et al. 2011b). Die Schweizer HBSC-Daten zeigen, dass 15-Jährige, die bereits Alkohol konsumiert haben, diesen vor allem über einen indirekten Weg erhalten. Über die Hälfte hatte an Partys oder durch Freunde/Freundinnen Zugang zu Alkohol, jeweils rund ein Viertel über die Eltern oder über jemand anderes, der Alkohol für sie gekauft hatte (Windlin et al. 2011b). Auch der eigenhändige Kauf spielte eine wichtige Rolle, da 28 Prozent der 15-Jährigen mit Alkoholerfahrung angegeben haben, alkoholische Getränke in einem Laden und/oder einer Gaststätte gekauft zu haben (Windlin et al. 2011b). Die ESPAD-Daten bestätigen, dass in der Schweiz die unter 16-Jährigen trotz Verkaufsverbot relativ einfachen direkten Zugang zu Alkohol haben. Von den 13-16-Jährigen Jugendlichen, die angaben, in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert zu haben, haben je nach Alter, Geschlecht und Verkaufsstelle zwischen 36 und 82 Prozent Alkohol für den Eigengebrauch erworben (Gmel et al. 2009). Mit zunehmendem Alter hatten die Jugendlichen einfacheren Zugang, zudem war der Zugang einfacher in Verkaufsstellen, in denen der Alkohol vor Ort konsumiert wird (Bars, Restaurants) als in Verkaufsstellen von denen Alkohol mitgenommen wird (Supermärkte und Kioske) (Gmel et al. 2009). In einer Befragung von 15-17-jährigen Jugendlichen in der Westschweiz gab rund die Hälfte an, Alkohol bereits einmal illegal erworben zu haben, und zwar selber oder über eine andere minderjährige Person. Häufig waren auch der kommerzielle Bezug via eine volljährige Person sowie der nicht-kommerzielle Bezug über andere Personen (Kuendig et al. 2014).

Beim Tabakverkauf führte die mangelnde Regelung in der Schweiz zu unterschiedlichen Altersgrenzen in kantonalen Gesetzgebungen (Kuendig et al. 2013). Eine Studie hat nach der Einfüh-

¹³ Health Behaviour in School-aged Children (HBSC 2010)

¹⁴ The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD 2007)

rung von Verkaufsverboten in den Kantonen Waadt und Fribourg die Einhaltung der unterschiedlichen Altersgrenze (Fribourg: 16 Jahre, Waadt: 18 Jahre) mit Testkäufen untersucht. In beiden Kantonen konnten über 70 Prozent der 14-15-jährigen Tester auch ein bis zwei Jahre nach Einführung der Verkaufsverbote Tabakprodukte kaufen. Die Verstösse gegen die Verkaufsverbote nahmen danach zwar weiter ab, aber sechs Jahre nach der Gesetzesänderung konnten von den 14-15 Jährigen Tester im Kanton Waadt immer noch 40 Prozent der Jungs und 60 Prozent der Mädchen Tabakprodukte kaufen (Kuendig et al. 2013).

Im Kanton Genf wurde der Effekt der Einschränkung der Erhältlichkeit von Alkohol auf Alkoholintoxikationen untersucht (Gmel et al. 2010). Anfang 2005 wurde der Verkauf von Alkohol zum Mitnehmen zwischen 21 Uhr und 7 Uhr untersagt (in Supermärkten und Kiosken) und der Verkauf von Alkohol in Tankstellen und Videoläden verboten. Es zeigte sich, dass im Kanton Genf die Intoxikationsraten in der jüngsten Altersgruppe (10-15 Jährig) ab Beginn der Intervention deutlich sanken, während diese in den übrigen Kantonen weiter anstiegen (Gmel et al. 2010). Bei den 16-29-Jährigen waren die Effekte etwas weniger deutlich und bei den über 29-Jährigen zeigten sich keine Effekte. Die Studie steht damit in Einklang mit der internationalen Literatur, die darauf hinweist, dass bei Jugendlichen ein Zusammenhang zwischen der Erhältlichkeit von Alkohol und dem Konsum resp. alkoholbezogenen Problemen bestehen (Gmel et al. 2010; Paschall et al. 2012; Kuendig et al. 2014). Eine Studie in 50 Städten in Kalifornien mit 13-18-jährigen Jugendlichen zeigt auf, dass auch die Dichte an Alkohol-Verkaufsstellen positiv mit dem Alkoholkonsum und dem Binge Drinking der Jugendlichen assoziiert ist, während die Durchsetzung der gesetzlichen Regelungen auf kommunaler Ebene mit einem geringeren Alkoholkonsum assoziiert ist (Paschall et al. 2012). Diese Resultate betonen die Wichtigkeit der Durchsetzung gesetzlicher Verkaufsverbote (Gmel et al. 2010; Paschall et al. 2012; Kuendig et al. 2014).

3.1.3 Folgen

Die Folgen des problematischen Substanzkonsums im Kindes- und Jugendalter hängen stark von den Konsummustern ab (Kuntsche et al. 2006; Baier et al. 2009; Gmel et al. 2009; McNaughton Reyes et al. 2012b; McNaughton Reyes et al. 2012a; Popovici et al. 2012). Insbesondere häufiger Konsum und Rauschtrinken sind mit negativen Konsequenzen assoziiert. Dazu zählen Gewalt (als Täter und Opfer), sexuelles Risikoverhalten, Unfälle, Verletzungen und Spitalweinweisungen, Probleme in der Schule (Schwänzen, Leistungsabfall) sowie Probleme mit Eltern und Freunden. Auch Zusammenhänge zwischen Substanzkonsum und Suizidalität (Pompili et al. 2012), kognitiven Leistungen (Zimmermann et al. 2008; Aden et al. 2011) und psychischer Komorbidität (Aden et al. 2011) werden in der Literatur beschrieben.

3.1.3.1 Gewalt und sexuelles Risikoverhalten

In der Schweizer Erhebung der Schülerbefragung ESPAD wurden die Jugendlichen nach alkoholbedingten Problemen befragt. Dabei zeigte sich, dass episodisch risikoreich Konsumierende (Binge Drinker) deutlich häufiger schwerwiegende alkoholbezogene Folgen (körperliche Gewalt, Unfall/Verletzung, Probleme mit Polizei, sexuelles Risikoverhalten) aufweisen als nicht episodisch risikoreich Konsumierende (Gmel et al. 2009). Beim Cannabiskonsum gibt es einerseits einen sprunghaften Anstieg von Problemen mit einem häufigen Konsum (20 Mal oder häufiger in den letzten 12 Monaten). Andererseits zeigen sich beim Cannabis selbst bei geringer Konsumfrequenz (1-2 Mal) mehr Probleme in den verschiedenen Bereichen. Hier gilt es gemäss den Autoren zu unterscheiden zwischen i) durch den Konsum induzierte Probleme und ii) einer generell zugrundeliegende Vulnerabilität für risikoreiche Verhaltensweisen, für die der (seltene) Cannabiskonsum eher ein Indikator als eine Ursache darstellt (Gmel et al. 2009).

Eine differenzierte Analyse der Schweizer ESPAD Daten zu Konsummustern (Häufigkeit, Menge, Rauschtrinken) und Formen der Gewalt (Schikanen, Kämpfe, Sachbeschädigung) aus Täter- und aus Opferperspektive zeigt auf, dass der durchschnittliche Konsum ein schlechter Indikator für Gewalt ist. Abstinenz und risikoarmer Konsum sind mit der geringsten Wahrscheinlichkeit für Gewalttätigkeit assoziiert, während Jugendliche, die risikoreich Trinken ein deutlich erhöhtes Mass an gewalttätigem Verhalten zeigen und auch häufiger Opfer von Gewalt werden (Kuntsche et al. 2006). Mädchen sind dabei generell weniger in Gewaltakte involviert als Jungen. Anhand der ESPAD Daten wurde zudem der Anteil der alkoholbezogenen Gewalt geschätzt. Dabei zeigte sich, dass je nach Gewaltform zwischen einem Viertel (Gruppenkämpfe) und der Hälfte (Hänseln, Schikane) aller Gewaltakte der Jugendlichen alkoholbezogen sind. Bei Mädchen lagen diese Anteile höher, was darauf hinweist, dass bei Mädchen, wenn sie Gewalt ausüben, häufiger Alkohol im Spiel ist als bei Jungen, die häufig auch ohne Alkohol Gewalt ausüben. Die Studie weist auch darauf hin, dass es bei den Jugendlichen keine klare Trennung zwischen Opfern und Tätern gibt. Vielmehr sind hoch risikoreich Konsumierenden sowohl bei den Tätern wie bei den Opfern überproportional vertreten und erleben vermutlich häufiger Trinkkonstellationen, bei denen es zu Gewalt kommen kann (Kuntsche et al. 2006). In der Schweiz ist rund die Hälfte der Fälle körperlicher oder verbaler Gewalt im öffentlichen Raum, die denen die Polizei eingreifen muss, mit dem Konsum alkoholischer Getränke verbunden, wobei 3 Prozent der Täterinnen und Täter unter 16 Jahre alt sind (Laubereau et al. 2014). Gemäss einer Opfer- und Täterbefragung bei 15-16-jährigen Jugendlichen in der Schweiz standen jeweils rund 20 Prozent der Täter wie der Opfer unter Substanzeinfluss. Bei Raub und sexueller Gewalt war der Anteil der Täter unter Substanzeinfluss deutlich höher als bei Körperverletzungen (30% vs. 13%). Zudem standen sowohl männliche Täter wie männliche Opfer signifikant häufiger unter Substanzeinfluss als weibliche Täter und Opfer (Walser et al. 2014).

Eine repräsentative Befragung von 14-16 Jährigen Schülerinnen und Schülern in Deutschland bestätigt, dass eine enge Beziehung zwischen dem Konsum verschiedener Drogen (Alkohol, Cannabis und harte Drogen) und delinquentem Verhalten besteht (Baier et al. 2009). Jugendliche, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal wöchentlich Alkohol konsumierten, gehören mit 27 Prozent drei- bis viermal häufiger zu Gewalttätern als Jugendliche, die nie (7.5%) oder selten (9.8%) Alkohol konsumieren. Beim Konsum von Cannabis und von harten Drogen ist bereits der seltene Konsum mit häufigerer Gewalttäterschaft assoziiert (34% und 52%), bei den häufigen Konsumenten dieser Drogen ist jeder zweite ein Gewalttäter. Bei den Abstinents sind es mit rund 10% deutlich weniger (Baier et al. 2009). Die Autoren diskutieren als Ursache für den Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und Delinquenz einen persönlichkeitszentrierten Ansatz, wonach sowohl der Drogenkonsum wie die Gewalttätigkeit eine Äusserung problematischer persönlicher Eigenschaften sind, insbesondere von tiefer Selbstkontrolle. Personen mit tiefer Selbstkontrolle sind impulsiv und risikobereit und laufen deshalb stärker Gefahr, sowohl Drogen zu konsumieren wie auch Gewalt anzuwenden (Baier et al. 2009).

Eine US-Amerikanische Studie zeigt in Übereinstimmung mit den oben erwähnten Schweizer und Deutschen Untersuchungen, dass bei 12-17-Jährigen Jugendlichen das Binge Drinking mit der Ausübung von Gewalt assoziiert ist. Ebenso wurden Binge Drinker häufiger Opfer von Gewalt (Popovici et al. 2012). Eine Auswertung der US-amerikanischen HBSC-Daten zum Marihuana-Konsum bei 15-16 Jährigen fand einen Zusammenhang zwischen dem Aggressions-Level (Häufigkeit von Kämpfen, Häufigkeit, Waffen zu Tragen) und dem experimentellen sowie häufigen Konsum von Marihuana. Täter von Bullying wiesen tendenziell ein höheres Risiko für den Konsum von Marihuana auf, während die Opfer von Bullying tendenziell ein geringeres Risiko hatten, Marihuana zu konsumieren (Farhat et al. 2011).

3.1.3.2 Unfälle, Verletzungen und Spitaleinweisungen

Insbesondere Binge Drinking ist mit einem erhöhten Risiko für Unfälle, Verletzungen und für Spitaleinweisungen assoziiert (Gmel et al. 2009; Linakis et al. 2009; Karagulle et al. 2010). In der Schweizer ESPAD Studie wurde im Durchschnitt etwa jeder zweite episodisch risikoreich konsumierende männliche Jugendliche nach eigenen Angaben in den letzten 12 Monaten wegen des Alkoholkonsums ins Krankenhaus oder in die Notaufnahme eingeliefert (Gmel et al. 2009). Bei verletzten Jugendlichen, die in den USA in Zusammenhang mit Alkoholkonsum eingeliefert wurden, wurden häufiger Verletzungen aufgrund von Tötlichkeiten und selbstverschuldete Verletzungen festgestellt als bei Einlieferungen die nicht in Zusammenhang mit Alkohol standen (Linakis et al. 2009), was konsistent ist mit den in der Literatur beschriebenen Assoziationen zwischen Binge Drinking und Gewalt (Kuntsche et al. 2006; Baier et al. 2009; Gmel et al. 2009; Popovici et al. 2012).

Daten der Medizinischen Statistik zeigen auf, dass die Jüngsten, die in der Schweiz wegen Alkoholintoxikationen hospitalisiert werden, 10 Jahre alt sind (Jahre 2010-2012). Die mittlere jährliche Hospitalisierungsrate aufgrund der Hauptdiagnose "Alkohol-Intoxikation" ist bei den 10-11 Jährigen zwar noch sehr gering, nimmt bei den 12-13 Jährigen jedoch deutlich zu und ist bei den 14-15 Jährigen im Vergleich zu allen anderen Altersklassen (inkl. Erwachsene) am höchsten (Wicki et al. 2014a). Bis 15 Jahre zeigen sich noch keine Geschlechtsunterschiede, erst ab 18/19 Jahren liegt die Rate bei den Männern deutlich höher als bei den Frauen, wobei sich der Geschlechtsunterschied mit zunehmendem Alter noch verstärkt. Erste Fälle mit der Diagnose "Alkoholabhängigkeit" treten bereits im Alter von 14/15 Jahren auf. Im Jahr 2012 wurden insgesamt 280 Jugendliche im Alter von 10-15 Jahren wegen einer alkoholbezogenen Diagnose (Haupt- und/oder Nebendiagnose "Alkoholintoxikation" und/oder "Alkoholabhängigkeit") in einem Schweizer Spital stationär behandelt, wobei ambulante Behandlungen oder Betrunkene, die von der Polizei nach Hause gebracht wurden nicht berücksichtigt sind (Wicki et al. 2014a). Langfristig haben die Hospitalisierungen aufgrund der Diagnosen der Gruppe "Alkoholintoxikation" bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (10-23-Jährige) um 57 Prozent zugenommen (Jahre 2003-2012), wobei die Zunahme bei den 14-15 Jährigen mit 190 Prozent besonders markant war. Nach einem Peak im Jahr 2008 zeigen sich seither jedoch in allen Altersklassen abnehmende Trends, so dass die Raten von 2012 grösstenteils unter denen von 2007 liegen (Wicki et al. 2014a).

3.1.3.3 Schule - Schwänzen der Schule und Schulleistungen

Die Schweizer Daten der ESPAD-Studie zeigen, dass 15-Jährige mit hohem Konsum von Alkohol, Tabak oder illegalen Drogen nach eigenen Angaben häufigere Fehlzeiten in der Schule haben als solche ohne oder mit geringem Substanzkonsum, und zwar sowohl bei den Mädchen wie bei den Jungen (Gmel et al. 2009). In Schweden war das Schulschwänzen ein Prädiktor für Binge Drinking bei 13 Jährigen, wobei die Assoziation nur bei den Jungen signifikant war (Danielsson et al. 2011). Ob hier Schulschwänzen ein Risikofaktor für Binge Drinking oder eher eine Folge des übermässigen Alkoholkonsums ist beantwortet die Schwedischen Studie nicht.

3.1.3.4 Suizidalität und psychische Störungen

In der internationalen Literatur findet sich Evidenz für einen starken Zusammenhang zwischen Suizidalität und Substanzmissbrauch in der Adoleszenz (Zimmermann et al. 2008; Pompili et al. 2012). Jugendliche mit Abhängigkeitserkrankungen, die einen Suizidversuch gemacht oder Suizid begangen haben, leiden häufig an affektiven Störungen, hatten negative Lebensereignisse und zwischenmenschliche Probleme und erlebten wenig sozialen Support, Einsamkeit und Gefühle von Hoffnungslosigkeit (Pompili et al. 2012).

Als Folge von Cannabiskonsum werden in der Literatur psychotische Episoden, Motivationsstörungen und neurokognitive Störungen beschrieben. Bei Cannabisabhängigen sind auch komorbide psychische Störungen sehr häufig (Aden et al. 2011). Bei Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen (Cannabis und Alkohol) werden besonders häufig Störungen des Sozialverhaltens, depressive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, Essstörungen, substanzinduzierte Psychosen und schizophrene Psychosen beobachtet (Stolle et al. 2009b). Die Zusammenhänge zwischen Substanzmissbrauch und psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter sind jedoch noch nicht vollständig geklärt. Einerseits sind viele psychopathologische Symptome eine Folgend der substanzbezogenen Störung, andererseits begünstigen andere kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen das Auftreten einer substanzbezogenen Störung und beeinflussen deren Verlauf (Stolle et al. 2009b).

3.1.3.5 Entwicklung des Gehirns und kognitive Leistungsfähigkeit

Verschiedene prospektive Studien, welche die negativen Auswirkungen von Alkoholmissbrauch auf die kognitive Leistungsfähigkeit von Jugendlichen aufzeigen, sind in einer Übersichtsarbeit zusammengefasst (Zimmermann et al. 2008). Alkoholabhängige Jugendliche im Alter von 15 oder 16 Jahren schnitten bei verbalen und nonverbalen Gedächtnisleistungen deutlich schlechter ab als Gleichaltrige ohne Alkoholstörung (Zimmermann et al. 2008). Trinkmuster mit episodischen Trinkexzessen, die häufig bei Jugendlichen auftreten, sind für die kognitive Leistungsfähigkeit besonders schädlich. Untersuchungen zur Gehirnstruktur konnten aufzeigen, dass ein anatomisches Korrelat für das verminderte Lernen und Gedächtnis bei jugendlichen Trinkern vorliegt: je früher im Leben die Alkoholstörung begonnen hatte und je länger diese andauerte, desto geringer war das Volumen des Hippocampus (Zimmermann et al. 2008).

3.1.3.6 Alkohol- und Drogenkonsum im Erwachsenenalter

Ein robustes Resultat in der Alkoholforschung ist, dass bei Personen, die vor dem Alter von 15 Jahren das erste Mal Alkohol konsumieren, im Erwachsenenalter 4 Mal häufiger eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert wird im Vergleich zu Personen, die nach dem Alter von 20 das erste Mal Alkohol probieren (Meyers et al. 2010). Zudem ist Alkoholkonsum vor dem Alter 15 ein Prädiktor für andere Formen adulter enthemmender Psychopathologie, einschliesslich Abhängigkeitserkrankungen und Antisoziale Persönlichkeitsstörungen. Es werden drei Mechanismen diskutiert: (1) Früher Alkoholkonsum verändert den Verlauf der sozialen Entwicklung, dadurch eher Kontakt zu Peers mit abweichendem Verhalten. (2) Direkter Einfluss auf die biologische Entwicklung durch die Wirkung des Alkoholkonsums auf das sich entwickelnde Gehirn. (3) Früher Alkoholkonsum und Alkoholismus sind Ausdruck einer generellen, vererbten Neigung (liability) zu enthemmender Psychopathologie. Evidenz dazu kommt von einer Zwillingsstudie, die zeigte, dass früher Alkoholkonsum vererbbar ist (Meyers et al. 2010). Zudem ist Alkoholkonsum vor 15 assoziiert mit ADHS, Verhaltensstörungen, Impulsivität und Konsum andere Substanzen (McGue 2001). Wie bereits aufgezeigt ist für die Adoleszenz eine starke neuronale Plastizität charakteristisch, sowie Änderungen der Neurotransmitter-Konzentrationen in jenen Gehirnregionen, die essentiell sind für Verhaltens- und Kognitive Funktionen. Deshalb haben Adoleszente Trinker ein erhöhtes Risiko für Veränderungen in der Gehirnentwicklung, die lebenslange Auswirkungen haben können (Meyers et al. 2010).

3.1.4 Frühinterventionen in Schweizer Spitälern

Wie bereits erwähnt, hat in den letzten 10 Jahren die Zahl von Kindern und Jugendlichen, die in Schweizer Spitälern wegen Alkoholintoxikationen behandelt werden, deutlich zugenommen (vgl. Abschnitt 3.1.3.2). Als Reaktion auf diese Entwicklung sind in der Schweiz in den letzten Jahren verschiedene Projekte zu Frühinterventionen in Zusammenhang mit Alkoholintoxikationen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen lanciert worden, so im Zürcher Stadtspital Triemli (StadtZürich 2011), am Ostschweizer Kinderspital in St. Gallen (Hutter 2009; Hutter et al. 2011), in den Notfallstationen der kantonalen Spitäler beider Basel (Bingisser 2008; VGD BL 2013) und am Universitätsspital Genf (Caflisch 2009; Caflisch 2011).

3.1.4.1 Kooperationen bei Frühinterventionen mit Fokus auf Kinder und Jugendliche

In allen beteiligten Spitälern liegt der Fokus der Interventionen auf der Nachbetreuung der Kinder und Jugendlichen, die mit einer Alkoholintoxikation eingeliefert werden. Die Interventionskonzepte stellen auf die Koordination und Kooperation verschiedener Stellen innerhalb und ausserhalb des Spitals ab. So arbeiten in der Stadt Zürich im Rahmen des Nachsorgeangebotes NoTox Zürich die Notfallstation Triemli, die Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme (ZFA) und die Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich zusammen. Seit Silvester 2011 wird das NotTox-Vorgehen zudem von der Notunterkunft NUK eingesetzt (die NUK entlastet an Grossanlässen die Notfallstationen der umliegenden Spitäler) und an der Vernetzung mit der Zentralen Ausnützerungszelle ZAS wird gearbeitet (StadtZürich 2011). Am Ostschweizer Kinderspital in St. Gallen wurden im Auftrag der Krankenhausleitung Richtlinien für das Management von Alkoholintoxikationen erstellt. Noch auf der Notfallstation wird das Psychosomatik-Team beigezogen und das Follow-up erfolgt auf der Jugendmedizinischen Sprechstunde (Hutter 2009; Hutter et al. 2011). In den beiden Basel werden die Jugendlichen von allen Notfallstationen zur Nachkontrollen an die Adolescentensprechstunde des Universitätskinderspitals beider Basel (UKBB) überwiesen. Am Universitätsspital Genf wird auf der Notfallstation der Kinderklinik der Kinderpsychiatrischen Dienst beigezogen und das Follow-up findet in der Jugendmedizinische Sprechstunde des Unispitals statt (Caflisch 2009; Caflisch 2011).

3.1.4.2 Ablauf der Frühinterventionen bei Alkoholintoxikationen

Am Stadtspital Triemli und am Ostschweizer Kinderspital wird auf der Notfallstation als erstes eine Triage in Low-Risk und High-Risk Fälle vorgenommen. Am Triemli erfolgt die Triage nach der medizinischen Versorgung und Stabilisierung durch eine medizinische Fachperson, die mit der/dem Jugendlichen einen Fragebogen (Dauer ca. 10-15 Min.) zur aktuellen Intoxikation, zu allgemeinen Trinkverhalten und zur Lebenssituation durchgeht (StadtZürich 2011). In St. Gallen wird am Tag nach der Notfallaufnahme durch den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin ein ausführliches, Fragebogen-gestütztes Einzelgespräch geführt, in welchem das aktuelle Ereignis, das generelle Risikoverhalten, die Motive sowie das soziale Umfeld erfasst werden. Der Fragebogen wurde in Anlehnung an das CRAFFT-Screening erstellt und mit weiteren Fragen ergänzt. Zudem gehört ein Gespräch zusammen mit den Eltern oder Erziehungsberechtigten zum Vorgehen (Hutter 2009; Hutter et al. 2011).

Sowohl in Zürich wie in St. Gallen wurden unterschiedliche Pfade für Kinder und Jugendliche mit einem Low-Risk und einem High-Risk Profil definiert. In Zürich werden High Risk Fälle einige Tage nach der Intoxikation von einer therapeutisch ausgebildeten Beraterin der Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme (ZFA) eingeladen, Low-Risk Fälle erhalten eine Einladung zu einem Gespräch bei der Suchtpräventionsstelle. Wenn möglich werden die Eltern mit einbezogen (StadtZürich 2011). In St. Gallen wird bei High-Risk Fällen die Hospitalisationsdauer wenn möglich verlängert,

das Psychosomatik-Team beigezogen und das weitere Prozedere individuell festgelegt. Wenn nötig werden ein stationärer Aufenthalt oder die Weiterverweisung an eine geeignete Institution eingeleitet. Low-Risk Fälle werden in St.Gallen zu einer ambulanten Nachkontrolle in die Jugendmedizinische Sprechstunde des Kinderspitals eingeladen (Hutter 2009; Hutter et al. 2011).

In den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft werden alle Jugendlichen unter 18 Jahren, welche aufgrund einer Alkoholintoxikation in einer Notfallstation eingeliefert werden, gemeinsam mit den Erziehungsberechtigten zu einer freiwilligen Nachkontrolle in der Adoleszenten-sprechstunde des UKBB aufgeboten. Zusammen mit dem Nachkontrolltermin erhalten sie einen Informationsbrief an die Erziehungsberechtigten und Informationsmaterial zu verschiedenen Behandlungsangeboten in den beiden Basel (VGD BL 2013). In Genf werden Kinder und Jugendliche mit einer Alkoholintoxikation während ein paar Stunden auf der Notfallstation behalten. In dieser Zeit werden die Jugendlichen vom diensthabenden Pädriater auf psychiatrische oder psychosoziale Pathologien untersucht und, falls nötig, von einem Kinderpsychiater begutachtet. Systematisch werden alle Jugendlichen und ihre Eltern innerhalb von 10 Tagen zu einer Konsultation ausserhalb der Notfallsituation in der Jugendmedizinische Sprechstunde eingeladen und 24 Stunden vor dem Termin telefonisch daran erinnert (Cafilisch 2009; Cafilisch 2011).

3.1.4.3 Methoden der Frühintervention

In der Stadt Zürich basieren die Gespräche im Rahmen des Programms NoTox auf einer Kombination der beiden Methoden "Brief Intervention" und "Motivational Interviewing". Angesprochen werden die Gründe für den Vorfall, der zur Hospitalisation geführt hat, der Stellenwert des Alkohols und Strategien zur Vermeidung zukünftiger Probleme. Falls angebracht, wird der Jugendliche motiviert und dabei unterstützt, ein passendes Angebot der Jugendberatung oder Suchtberatung in Anspruch zu nehmen (StadtZürich 2011).

In St. Gallen werden Jugendliche der Low-Risk Gruppe in der Regel am kommenden Tag nach Hause entlassen. Es wird eine ambulante Nachkontrolle nach rund zwei bis drei Wochen in der Jugendmedizinischen Sprechstunde vereinbart. In der Nachbesprechung wird die Gesamtbeurteilung, die während der Hospitalisation erstellt wurde, ergänzt und die Jugendlichen werden über die Gefahren des Alkoholkonsums aufgeklärt. Es wird darauf eingegangen, ob Lehren gezogen wurden und realistische Vorsätze besprochen sowie auf Beratungsmöglichkeiten hingewiesen. Bei weiterem Bedarf werden Kurse der Stiftung Suchthilfe empfohlen. In schweren Fällen erfolgt eine Information an die Vormundschaftsbehörde, hingegen werden keine Informationen an Schulen oder Lehrbetriebe weitergegeben (Schweigepflicht) (Hutter 2009; Hutter et al. 2011).

Am UKBB beinhaltet die Nachkontroll-Sprechstunde eine Aufarbeitung des Vorfalls und die Information der Jugendlichen zu den Risiken und Gefahren des problematischen Alkoholkonsums. Nach den Erfahrungen der Verantwortlichen ist dies für einen grösseren Anteil der Betroffenen ausreichend. Bei Bedarf einer weiterführenden spezifischen Beratung oder Behandlung – sei es im Bereich Suchtmittelkonsum oder beispielsweise auch bei psychischen oder sozialen Problemen – findet eine Weitervermittlung an eine geeignete Stelle statt. Hierfür ist eine gute Vernetzung zwischen dem UKBB und den spezifischen Beratungs- und Behandlungsstellen etabliert (VGD BL 2013).

Am Unispital Genf besteht das Programm "ado-alcool" aus einer Kurzintervention von 30-45 Minuten, die gemeinsam von einem Pädriater und einem Mitarbeiter der Suchthilfe innerhalb von 10 Tagen nach dem Notfallaufenthalt in der Jugendmedizinische Sprechstunde durchgeführt wird. Dabei werden die Fakten zum Vorfall, die vorhandenen Ressourcen des Jugendlichen, die

soziale, schulische und familiäre Situation sowie die Reaktionen und die Unterstützung der Eltern erfasst. Es werden Informationen zu den Risiken und Gefahren von Alkohol vermittelt und Alternativen zum Alkoholkonsum aufgezeigt. Je nach Resultat werden spezifische Massnahmen eingeleitet (Cafilisch 2009; Cafilisch 2011).

3.1.4.4 Umsetzung und Erfahrungen

Das Programm NoTox in der Stadt Zürich blieb in den ersten 9 Monaten mit 12 Personen, die sich für eine Beratung gemeldet haben, unter den erwarteten fünf Fällen pro Monat. Insbesondere High-Risk Jugendliche nahmen das Beratungsangebot der Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme (ZFA) kaum wahr. Die Klientel war überwiegend zwischen 15 und 18 Jahren alt und stammte aus der Stadt Zürich. Die Projektverantwortlichen erleben die Kooperationen als sehr wertvoll aber zeitintensiv (StadtZürich 2011). In St. Gallen wurden zwischen 2005 und 2008 pro Jahr jeweils rund 16 Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 16 Jahren wegen einer Alkoholin- toxikation im Ostschweizer Kinderspital hospitalisiert. Aufgrund des Screenings wurden 68% in Low-Risk und 32% in High-Risk Adoleszente eingeteilt. Der Einladung zu einer Nachbesprechung sind 88% der Jugendlichen gefolgt, ein Drittel davon hat die Kontrollen in der Jugendmedizini- schen Sprechstunde noch fortgesetzt (Hutter 2009). Am Universitätsspital Genf wurden in den Jahren 2006 bis 2010 rund 350 Kinder und Jugendliche in das Programm "ado-alcol" aufge- nommen. Davon sind 75% der Einladung zu einer ambulanten Intervention gefolgt, 15% wurden an eine andere Stelle verwiesen und 10% haben die Teilnahme verweigert (Cafilisch 2011). Die Verantwortlichen erklären sich die hohe Teilnahmerate mit den systematischen Erinnerungs- Anrufen 24 Stunden vor dem noch während dem Aufenthalt auf der Notfallstation vereinbarten Termin.

3.1.4.5 Rechtliche Aspekte bei Kurzinterventionen nach Alkoholintoxikationen

Im Programm NoTox der Stadt Zürich werden die Personalien der betroffenen Jugendlichen nur mit deren Einwilligung an die Suchtpräventionsstelle (Low-Risk) resp. an die Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme (High-Risk) gemeldet. Der Regierungsrat des Kantons Zürich legt in seiner Antwort auf eine Anfrage aus dem Kantonsrat dar, dass Spitäler bei jenen Fällen von Alkoholin- toxikationen Jugendlicher, bei denen eine Gefährdung von Leib und Leben bejaht werden muss, gestützt auf Art. 17 StGB zur Meldung an geeigneter Stelle berechtigt, aber nicht verpflichtet sind. Ob der neue Art.3c BetmG eine genügende rechtliche Grundlage für eine Gefährdungsmel- dung durch Spitäler darstellt, war zunächst umstritten (KR-Nr. 343/2011). Eine juristische Abklä- rung des BAG hat ergeben, dass die erweiterte Meldebefugnis nur für illegale Drogen Gültigkeit hat (Cueni 2013). Der Bundesrat prüft, ob auf Bundesebene im Rahmen der Erfüllung der Motion Aubert (08.3790) analog zu Art.3c BetmG für Fachpersonen, die einem Berufsgeheimnis unter- stehen, eine allgemeine Meldeberechtigung zur Prävention des Alkoholmissbrauchs Jugendlicher eingeführt werden könnte¹⁵.

3.1.4.6 Effektivität psychosozialer Interventionen im Spital bei Alkohol-Intoxikation

Gemäss Wicki et al. liegen nur wenige Studien vor, welche die Effektivität psychosozialer Inter- ventionen im Spital bei Alkohol-Intoxikation untersuchten. In einer systematischen Literaturana- lyse fanden die Autoren lediglich acht für die Fragestellung relevante Studien, die jedoch Hinwei- se darauf geben, dass Motivierende Gesprächsführung gegenüber einer wie auch immer gearte-

¹⁵ Stellungnahme des Bundesrates vom 29.5.2013 zur Motion Schmid-Federer (13.3154). Umsetzung ist noch nicht erfolgt (Stand März 2015)

ten Standardbehandlung einen Zusatznutzen bringt (Wicki et al. 2014b). Zudem scheint diese bei Jugendlichen zumindest kurzfristig effektiver zu sein, wenn der Familienkontext miteinbezogen wird. Über die Effektivität einer Kurzintervention, die im Gegensatz zur Motivierenden Gesprächsführung auf Ratschlägen oder Tipps fokussiert, lässt sich aufgrund der existierenden Literatur keine Aussage machen, ebenso wenig darüber, welche Elemente der psychosozialen Intervention besonders zur Effektivität beitragen (Wicki et al. 2014b). Es gibt Hinweise darauf, dass bereits das Screening und die Befragung der Teilnehmenden über ihren Alkoholkonsum zu einer Verringerung der Trinkgewohnheiten führen kann (Wicki et al. 2014b).

3.1.5 Fazit

Das Alter zwischen 11 und 16 Jahren ist eine kritische Zeitspanne für den Einstieg in den Substanzkonsum. Bei den 11-Jährigen weist die grosse Mehrheit noch keine Konsumerfahrungen auf, bei den 15-Jährigen hat hingegen die Mehrheit erste Erfahrungen mit dem Alkohol- und Tabakkonsum gemacht und ein Drittel mit dem Konsum von Cannabis (Windlin et al. 2011a). Auch der problematische Substanzkonsum nimmt in dieser Zeitspanne rasch zu (Eschmann et al. 2011). Im Alter von 15 Jahren manifestieren sich zudem Geschlechterunterschiede, wobei die Jungen häufiger regelmässig rauchen, trinken und Cannabis konsumieren als die gleichaltrigen Mädchen (Currie et al. 2012). Beim Cannabiskonsum zeichnet sich bei den Jugendlichen seit 2004 insgesamt ein Rückgang ab (Annaheim et al. 2012; Marmet et al. 2015), während beim Tabak und beim Alkohol die Trends nach einem Rückgang zwischen 2002 und 2006 weniger konsistent waren. Seit 2010 ist jedoch auch beim Alkohol- und Tabakkonsum ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen (Marmet et al. 2015).

Beim Einstieg in den Substanzkonsum und bei der Entwicklung von problematischen Konsummustern in der Adoleszenz spielen viele Faktoren zusammen (Stolle et al. 2009b). Genetische und neurobiologische Faktoren sowie Persönlichkeitsmerkmale und Trinkmotive tragen zur persönlichen Vulnerabilität bei, der problematische Konsum entwickelt sich jedoch in Zusammenspiel mit Umwelteinflüssen, zu denen familiäre und soziale Faktoren, Lebensereignisse sowie Gewalterfahrungen zählen (Stolle et al. 2009b; Karagulle et al. 2010). Die relative Wichtigkeit von genetischen Faktoren und Umweltbedingungen ändert sich im Verlauf der Entwicklung (Meyers et al. 2010; Kendler et al. 2011). Zwillingsstudien kommen zum Schluss, dass gerade in der frühen Adoleszenz das familiäre und soziale Umfeld ausschlaggebend sind für den Einstieg in den Substanzkonsum, während in der späteren Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter, wenn sich Konsummuster entwickeln differenzieren und stabilisieren, der Einfluss der genetischen Risikofaktoren stetig zunimmt (Meyers et al. 2010; Kendler et al. 2011). Evidenz für gemeinsame genetische Komponenten gibt es für Substanzmissbrauch und Verhaltensstörungen sowie für Substanzmissbrauch und psychischen Störungen (Meyers et al. 2010).

In die Adoleszenz fällt eine kritische Periode von neuronalen Reifungsprozessen. Substanzmissbrauch beeinflusst diese Prozesse und kann zu strukturellen und funktionellen Beeinträchtigungen des Gehirns führen (Zimmermann et al. 2008; Paulus et al. 2010). Insbesondere der Hippocampus - von zentraler Bedeutung für Lernen und Gedächtnis - und der präfrontale Kortex - wichtig für die Entwicklung von Impulskontrolle, zielgerichtetem Verhalten und emotionalen Prozessen - sind von substanzbedingten Veränderungen betroffen (Zimmermann et al. 2008). In mehreren longitudinalen Studien wurde die Manifestation von Verhaltensstörungen in der Kindheit und frühen Adoleszenz, insbesondere externalisierende Symptome, übereinstimmend als Prädiktoren für späteren Substanzmissbrauch identifiziert (Esser et al. 2008; Donovan et al. 2011; Eschmann et al. 2011; Kuntsche et al. 2013).

Ein weiterer Aspekt der persönlichen Vulnerabilität ist das Temperament, das sich bereits in der frühen Kindheit manifestiert und indirekt mit späterem problematischem Substanzkonsum assoziiert ist: gemäss theoretischem Modell beeinflusst das Temperament die Entwicklung der komplexen Selbstkontrollfähigkeiten, diese wiederum bestimmen den Kontakt von Adoleszenten mit bekannten Risikofaktoren und protektiven Faktoren für den Substanzkonsum (Wills et al. 2010). Auch für Persönlichkeitsmerkmale wie Sensationssuche und Impulsivität finden sich in der Literatur Hinweise, dass diese beim Beginn des Substanzkonsums eine Rolle spielen, die Evidenz ist jedoch nicht konsistent (Donovan et al. 2011; Nees et al. 2012; Malmberg et al. 2013).

Die Trinkmotive von Jugendlichen sind relevant, weil sie den subjektiven Entscheidungsrahmen für den Alkoholkonsum in einer konkreten Situation bilden, der auf persönlichen Erfahrungen, der jeweiligen Situation und den spezifischen Erwartungen an die Wirkung von Alkohol basiert (Windlin et al. 2011a). Verschiedene Studien fanden übereinstimmend, dass unter 16-jährige Jugendliche am häufigsten aus sozialen Motiven (Geselligkeit) und aus Verstärkungsmotiven (Spass haben) Alkohol konsumieren. Bewältigungsmotive (Probleme verdrängen) werden an dritter Stelle genannt, Konformitätsmotive (Gruppendruck) spielen bei den Jugendlichen praktisch keine Rolle (Gmel et al. 2009; Windlin et al. 2011a). Soziale Motive wurden bei 13-15-Jährigen zudem als Mediatoren zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und dem Alkoholkonsum identifiziert, was darauf hinweist, dass insbesondere jüngere Adoleszente mit wenig Alkoholerfahrung aus sozialen Gründen trinken (Lammers et al. 2013).

Bei den Umwelteinflüssen gibt es sowohl Evidenz für Faktoren, die das Risiko für problematischen Substanzkonsum in der Adoleszenz erhöhen wie auch für Faktoren mit protektiver Wirkung. Der Einfluss der Peers auf den Substanzkonsum in der frühen und mittleren Adoleszenz ist gut belegt. Insbesondere der Anteil alkoholkonsumierender Peers wird als Prädiktor für risikoreichen Konsum wie Binge Drinking beschrieben (Danielsson et al. 2011; Hahm et al. 2012; Song et al. 2012). Auch hohes soziales Prestige innerhalb der Peer-Gruppe ist mit einem erhöhten Risiko für problematischen Substanzkonsum assoziiert (Eschmann et al. 2011; Hahm et al. 2012). Es gibt Hinweise darauf, dass die Erfahrung von interpersonaler Gewalt, nicht aber von anderen traumatischen Ereignissen, mit einem erhöhten Risiko für Binge Drinking und problematischen Substanzkonsum assoziiert ist (Cisler et al. 2012; Sabri 2012).

Bei den familiären Faktoren gibt es Evidenz für ein erhöhtes Risiko für frühen Konsumbeginn und für problematischen Konsum in der Adoleszenz, wenn die Eltern Alkohol und Zigaretten konsumieren oder alkoholabhängig sind (Obot et al. 2001; Alati et al. 2010; Donovan et al. 2011), zudem wenn die Jugendlichen in einer Einelternfamilie aufgewachsen sind (Alati et al. 2010; Donovan et al. 2011). Bei der elterlichen Aufsicht (Parental Monitoring) ist eine protektive Wirkung gut belegt. Die Kenntnis der Eltern über den Aufenthaltsort ihrer Kinder war in mehreren Studien übereinstimmend mit geringerem Substanzkonsum assoziiert (Gmel et al. 2009; Habib et al. 2010; Danielsson et al. 2011; Farhat et al. 2011; Tornay et al. 2013). Als protektiv wird zudem die Teilnahme an sportlichen, kulturellen oder religiösen Aktivitäten beschrieben (Donovan et al. 2011; Waterfield 2011; Song et al. 2012), wobei die protektive Wirkung von Kirchenbesuchen am besten dokumentiert ist (Donovan et al. 2011; Song et al. 2012).

In der Schweiz scheint der Zugang zu Alkohol, Tabak und Cannabis auch für unter 16-Jährige Jugendliche relativ leicht zu sein (Gmel et al. 2009; Windlin et al. 2011a; Kuendig et al. 2013; Kuendig et al. 2014). Nach Angaben der Jugendlichen spielt beim Alkohol der Zugang über Drittpersonen zwar eine wichtige Rolle (Windlin et al. 2011a), viele kaufen diesen aber trotz Verkaufsverbot selber (Gmel et al. 2009; Windlin et al. 2011a; Kuendig et al. 2014). Auch für die Raucherinnen und Raucher ist es gemäss eigenen Angaben kein Problem, Zigaretten selber zu kaufen (Windlin et al. 2011a), was durch Testkäufe in der Westschweiz bestätigt wird (Kuendig et

al. 2013). Cannabis hingegen wird von den Schweizer Jugendlichen mehrheitlich von Freundinnen oder Freunden bezogen (Windlin et al. 2011a).

Die Folgen des problematischen Substanzkonsums bei unter 16-Jährigen werden am direktesten sichtbar in der Form von Gewalt und von Spitaleinweisungen. Insbesondere Jugendliche, die risikoreich trinken, sind häufiger in Gewaltakte involviert, und zwar sowohl als Täter wie als Opfer (Kuntsche et al. 2006; Gmel et al. 2009; Popovici et al. 2012). Beim Cannabis ist bereits der seltene Konsum mit häufigerer Gewalt (Baier et al. 2009) und mehr Problemen (Gmel et al. 2009) assoziiert, was auf eine generell zugrundeliegende Vulnerabilität für risikoreiche Verhaltensweisen bei diesen Jugendlichen hinweisen könnte (Baier et al. 2009; Gmel et al. 2009). Die Hospitalisationsrate aufgrund einer Alkoholintoxikation (Hauptdiagnose) ist in der Schweiz bei den 14-15-Jährigen im Vergleich zu allen anderen Altersklassen am höchsten (Wicki et al. 2014a). Dies könnte damit zusammenhängen, dass Jugendliche in diesem Alter ihre ersten Erfahrungen mit Alkohol machen (Windlin et al. 2011b) und die Wirkung noch nicht einschätzen können.

Als Reaktion auf die Zunahme der Spitaleinweisungen von Kindern und Jugendlichen aufgrund von Alkoholintoxikationen in den letzten 10 Jahren (Wicki et al. 2014a) haben verschiedene Schweizer Spitäler Projekte zu Frühinterventionen lanciert (Bingisser 2008; Caflisch 2009; Hutter 2009; Caflisch 2011; Hutter et al. 2011; StadtZürich 2011; VGD BL 2013). In allen Spitälern liegt der Fokus auf der Nachbetreuung, die in Kooperation mit verschiedenen Stellen inner- oder ausserhalb der Spitäler erfolgt. Teilweise erfolgt eine Triage in Low-Risk und High-Risk Fälle, für die unterschiedliche Pfade für die Nachbetreuung definiert wurden (Hutter 2009; Hutter et al. 2011; StadtZürich 2011). Die Interventionen bestehen mehrheitlich aus einer Nachbesprechung des Vorfalls, der Aufklärung über die Gefahren des Alkoholkonsums und der Information über weitere Beratungsmöglichkeiten. Nur in einem Projekt ist ein "Motivational Interviewing" vorgesehen (StadtZürich 2011). Eine systematische Literaturanalyse fand Hinweise darauf, dass gerade die Motivierende Gesprächsführung gegenüber Standardbehandlungen einen Zusatznutzen bringt, während über die Effektivität einer Kurzintervention, die auf Ratschlägen oder Tipps fokussiert, aufgrund der existierenden Literatur keine Aussagen möglich ist (Wicki et al. 2014b).

3.2 Resultate der Online-Befragung

Insgesamt haben 1'200 medizinische Fachpersonen an der Befragung teilgenommen. Davon hatten 916 eine Ausbildung als Ärztin/Arzt und 284 als Pflegefachperson. Im Folgenden wird zuerst auf den Arbeitskontext der Teilnehmenden eingegangen, danach wird dargestellt wie häufig die medizinischen Fachpersonen in Kontakt mit der Thematik kommen und um welche Substanzen es am häufigsten geht. Da eine Mehrheit der Teilnehmenden die vertiefenden Fragen nicht beantwortet hat, wird zudem dargestellt, in welchem Kontext medizinische Fachpersonen am ehesten an der Thematik interessiert sind. Nach den Resultaten zum konkreten Vorgehen bei Früherkennung und Frühintervention folgt die Charakterisierung der betroffenen Jugendlichen aus subjektiver Sicht der Teilnehmenden. Die wahrgenommenen Hindernisse und die Einschätzungen zur eigenen Rolle und zum therapeutischen Engagement schliessen die Resultate ab. Die Resultate werden getrennt für die Ärzteschaft und das Pflegefachpersonal dargestellt, zudem wird zwischen pädiatrischem¹⁶ und nicht-pädiatrischem Kontext unterscheiden.

3.2.1 Arbeitskontext und Demografie der Teilnehmenden

3.2.1.1 Arbeitskontext der Teilnehmenden

Aus Tabelle 3 geht hervor, dass 20 Prozent der Teilnehmenden in einem pädiatrischen Kontext arbeiten, wobei dies bei den Pflegefachpersonen mit 25 Prozent signifikant häufiger zutrifft als bei der Ärzteschaft. Von den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte arbeiten 77 Prozent in einer Arztpraxis (je die Hälfte in einer Einzelpraxis und in einer Doppel- oder Gruppenpraxis), 19 Prozent in einer stationären Einrichtung und fünf Prozent bei einem Schulärztlichen Dienst. Bei den Pflegefachpersonen arbeitet die grosse Mehrheit (92%) in einer stationären Einrichtung. Universitätsspitäler, andere Zentrumsversorger sowie Grundversorger sind bei den stationären Einrichtungen mit einem Anteil von insgesamt 15-20 Prozent gut vertreten. In einer Spezialklinik Pädiatrie arbeiten 11 Prozent der Teilnehmenden, die in einer stationären Einrichtung tätig sind. Innerhalb der Spitäler arbeiten die Teilnehmenden am häufigsten auf der Notfallstation und in der Pädiatrie. Auffallend ist, dass sowohl in den Spitalern wie auch in anderen (medizinischen) Einrichtungen (z.B. Schulärztlicher Dienst) die Mehrheit der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte eine Leitungsfunktion innehat. Bei den Pflegefachpersonen sind 47 Prozent in leitender Stellung tätig. Bei der Ärzteschaft ist das Fachgebiet Allgemeinmedizin am stärksten vertreten, gefolgt von der Psychiatrie und der Pädiatrie. (Tabelle 3). 56 Prozent der Ärztinnen und Ärzte sind Mitglied eines Ärztenetzwerkes.

3.2.1.2 Demografische Merkmale der Teilnehmenden

Die demografischen Merkmale der Teilnehmenden gehen aus Tabelle 4 hervor. Bei der Ärzteschaft sind gut zwei Drittel der Teilnehmenden Männer und 90 Prozent sind 40 Jahre und älter. Die Pflegefachpersonen sind deutlich jünger und in der Mehrzahl Frauen. Bei beiden Berufsgruppen sind gegen 80 Prozent Schweizer und fast 50 Prozent in einer städtischen Umgebung tätig.

¹⁶ Personen mit pädiatrischen Facharztstitel (Kinder- und Jugendmedizin oder Kinder- und Jugendpsychiatrie) und/oder einem pädiatrischen Arbeitsplatz (Spezialklinik Pädiatrie, pädiatrische Abteilung/Klinik/Station, Schulärztlicher Dienst)

Tabelle 3: Arbeitskontext der teilnehmenden medizinischen Fachpersonen (nach Berufsgruppe). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

	Ärztin/Arzt		Pflegefachperson		Total		p-Wert ¹
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	
Pädiatrischer Kontext	916	100.0%	284	100.0%	1200	100.0%	0.025
Ja	171	18.7%	71	25.0%	242	20.2%	
Nein	745	81.3%	213	75.0%	958	79.8%	
Arbeitsort (Mehrfachantworten möglich)	790	100.0%	282	100.0%	1072	100.0%	N/A
Arztpraxis	611	77.3%	2	0.7%	613	57.2%	
Stationären medizinische Einrichtung	151	19.1%	259	91.8%	410	38.2%	
Schulärztlicher Dienst	37	4.7%	0	0.0%	37	3.5%	
Andere med. Einrichtung/Dienststelle	60	7.6%	16	5.7%	76	7.1%	
Anderer Arbeitsort	85	10.8%	23	8.2%	108	10.1%	
Nicht berufstätig	16	2.0%	0	0.0%	16	1.5%	
Typ stationäre Einrichtung (Mehrfachantworten möglich)	146	100.0%	254	100.0%	400	100.0%	0.158
Universitätsklinik	27	18.5%	33	13.0%	60	15.0%	
Zentrumsversorgung	35	24.0%	81	31.9%	116	29.0%	
Grundversorgung	33	22.6%	47	18.5%	80	20.0%	
Spezialklinik Pädiatrie	15	10.3%	28	11.0%	43	10.8%	
Psychiatrische Klinik	23	15.8%	33	13.0%	56	14.0%	
Rehabilitationsklinik	10	6.8%	21	8.3%	31	7.8%	
Andere stationäre medizinische Einrichtung	21	14.4%	21	8.3%	42	10.5%	
Abteilung/Klinik/Station (Mehrfachantworten möglich)	132	100.0%	236	100.0%	368	100.0%	<0.0001
Notfallstation	38	28.8%	88	37.3%	126	34.2%	
Intensivmedizin (M050)	14	10.6%	31	13.1%	45	12.2%	
Pädiatrie (M400)	23	17.4%	56	23.7%	79	21.5%	
Chirurgie (M200)	4	3.0%	22	9.3%	26	7.1%	
Innere Medizin (M100)/Fachgebiete allgemein (M000)	40	30.3%	22	9.3%	62	16.8%	
Psychiatrie und Psychotherapie (M500)	33	25.0%	38	16.1%	71	19.3%	
Spezialabteilung, andere Abteilung	21	15.9%	39	16.5%	60	16.3%	
Fachgebiet (Ärztin/Arzt)	906	100.0%	N/A	N/A	906	100.0%	N/A
Allgemeinmedizin, Prakt. Arzt/Ärztin	530	58.5%	N/A	N/A	530	58.5%	
Kinder- und Jugendmedizin	88	9.7%	N/A	N/A	88	9.7%	
Kinder- und Jugendpsychiatrie	53	5.8%	N/A	N/A	53	5.8%	
Chirurgie/andere Fachmedizin	43	4.7%	N/A	N/A	43	4.7%	
Psychiatrie	192	21.2%	N/A	N/A	192	21.2%	
Funktion im Spital (Ärztin/Arzt)	138	100.0%	N/A	N/A	138	100.0%	N/A
Chefarzt/ärztin	49	35.5%	N/A	N/A	49	35.5%	
Leitender Arzt/Ärztin	45	32.6%	N/A	N/A	45	32.6%	
Oberarzt/ärztin	20	14.5%	N/A	N/A	20	14.5%	
Spital-, Beleg-, Assistenz-, Konsiliar-Arzt/Ärztin	24	17.4%	N/A	N/A	24	17.4%	
Funktion (Arzt/Ärztin, andere Einrichtung)	90	100.0%	N/A	N/A	90	100.0%	N/A
Leitungsfunktion	52	57.8%	N/A	N/A	52	57.8%	
Keine Leitungsfunktion	38	42.2%	N/A	N/A	38	42.2%	
Berufsabschluss (Pflege)	N/A	N/A	282	100.0%	282	100.0%	N/A
Pflegefachperson mit Spezialisierung	N/A	N/A	145	51.4%	145	51.4%	
Pflegefachperson Diplommiveau I/II	N/A	N/A	109	38.7%	109	38.7%	
Grundbildung/Hilfspersonal	N/A	N/A	8	2.8%	8	2.8%	
Zusatzausbildung (Soziale Arbeit, Beratung/Coaching)	N/A	N/A	20	7.1%	20	7.1%	
Funktion (Pflege)	N/A	N/A	235	100.0%	235	100.0%	N/A
Leitungsfunktion	N/A	N/A	110	46.8%	110	46.8%	
Keine Leitungsfunktion	N/A	N/A	125	53.2%	125	53.2%	

¹ Person Chi-Square (2-sided); continuity correction bei 2x2-Tabellen

Tabelle 4: Demografische Merkmale der teilnehmenden medizinischen Fachpersonen (nach Berufsgruppe).
 Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

	Ärztin/Arzt		Pflegefachperson		Total		p-Wert ¹
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	
Sprachregion*	916	100.0%	284	100.0%	1200	100.0%	<0.0001
Deutschsprachig	758	82.8%	213	75.0%	971	80.9%	
Französischsprachig	81	8.8%	55	19.4%	136	11.3%	
Italienischsprachig	77	8.4%	16	5.6%	93	7.8%	
Geschlecht*	904	100.0%	281	100.0%	1185	100.0%	<0.0001
Männer	617	68.3%	46	16.4%	663	55.9%	
Frauen	287	31.7%	235	83.6%	522	44.1%	
Altersgruppe*	905	100.0%	281	100.0%	1186	100.0%	<0.0001
20-39 Jahre	83	9.2%	134	47.7%	217	18.3%	
40-54 Jahre	430	47.5%	123	43.8%	553	46.6%	
55 Jahre und älter	392	43.3%	24	8.5%	416	35.1%	
Nationalität*	905	100.0%	280	100.0%	1185	100.0%	0.009
Schweiz	719	79.4%	201	71.8%	920	77.6%	
Ausland	186	20.6%	79	28.2%	265	22.4%	
Urbanitätsgrad Arbeitsort	751	100.0%	272	100.0%	1023	100.0%	<0.0001
Städtische Umgebung	361	48.1%	128	47.1%	489	47.8%	
Agglomeration	199	26.5%	46	16.9%	245	23.9%	
Ländliche Umgebung	191	25.4%	98	36.0%	289	28.3%	

*Fehlende Werte des MedReg-Samples in der Online-Befragung wurden mit Angaben aus MedReg ersetzt

¹Person Chi-Square (2-sided); continuity correction bei 2x2-Tabellen

3.2.2 Häufigkeit Kontakt mit der Thematik

Abb. 1 zeigt auf, dass knapp zwei Drittel der Ärztinnen und Ärzte (62%) und knapp die Hälfte der Pflegefachpersonen (48%) nie oder weniger als 1 Mal pro Jahr direkten Kontakt mit Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren haben, bei denen sie problematischen Substanzkonsum vermuten oder feststellen. Bei beiden Berufsgruppen haben lediglich rund fünf Prozent mehrmals pro Woche oder täglich mit der Problematik zu tun. Auch von Bezugspersonen werden die meisten Teilnehmenden nie oder weniger als 1 Mal pro Jahr auf die Thematik angesprochen (Ärztinnen/Ärzte: 59%; Pflegefachpersonen: 58%). Täglich wird niemand der Teilnehmenden von einer Bezugsperson auf die Problematik angesprochen.

Abb. 2 zeigt die Häufigkeit des direkten Kontaktes mit Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren, bei denen problematischer Substanzkonsum vermutet oder festgestellt wird, nach Facharztstitel, Arbeitsort, Sprachregion und pädiatrischem Kontext auf. Personen mit Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie haben am weitaus häufigsten zumindest mehrmals pro Monat direkten Kontakt mit diesen Kindern und Jugendlichen, gefolgt von Personen mit Facharztstitel Kinder- und Jugendmedizin. Personen mit Facharztstitel Chirurgie und anderen Spezialisierungen sowie Psychiatrie haben am wenigsten Kontakt mit diesen Kindern und Jugendlichen. Nur bei den Fachärzten der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat mit 33 Prozent ein relevanter Anteil häufig, das heisst täglich oder mehrmals pro Woche, Kontakt mit der Problematik.

Beim Arbeitsort bringt der schulärztliche Dienst mit 44 Prozent am häufigsten zumindest mehrmals pro Monat Kontakt mit Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren, bei denen problematischer Substanzkonsum vermutet oder festgestellt wird (Abb. 2). In stationären und anderen medizinischen Einrichtungen haben rund ein Viertel zumindest mehrmals pro Monat entsprechende Kontakte. An allen Arten des Arbeitsortes gibt es einen kleinen Anteil der Antwortenden (6 bis 11 Prozent), die täglich oder mehrmals pro Woche Kontakt mit der Problematik haben.

Personen, die in einem pädiatrischen Kontext tätig sind, haben signifikant häufiger Kontakt mit der Problematik im Vergleich zum nicht-pädiatrischen Kontext. Zwischen den Sprachregionen zeigen sich keine Unterschiede bei der Häufigkeit des Kontaktes mit der Thematik.

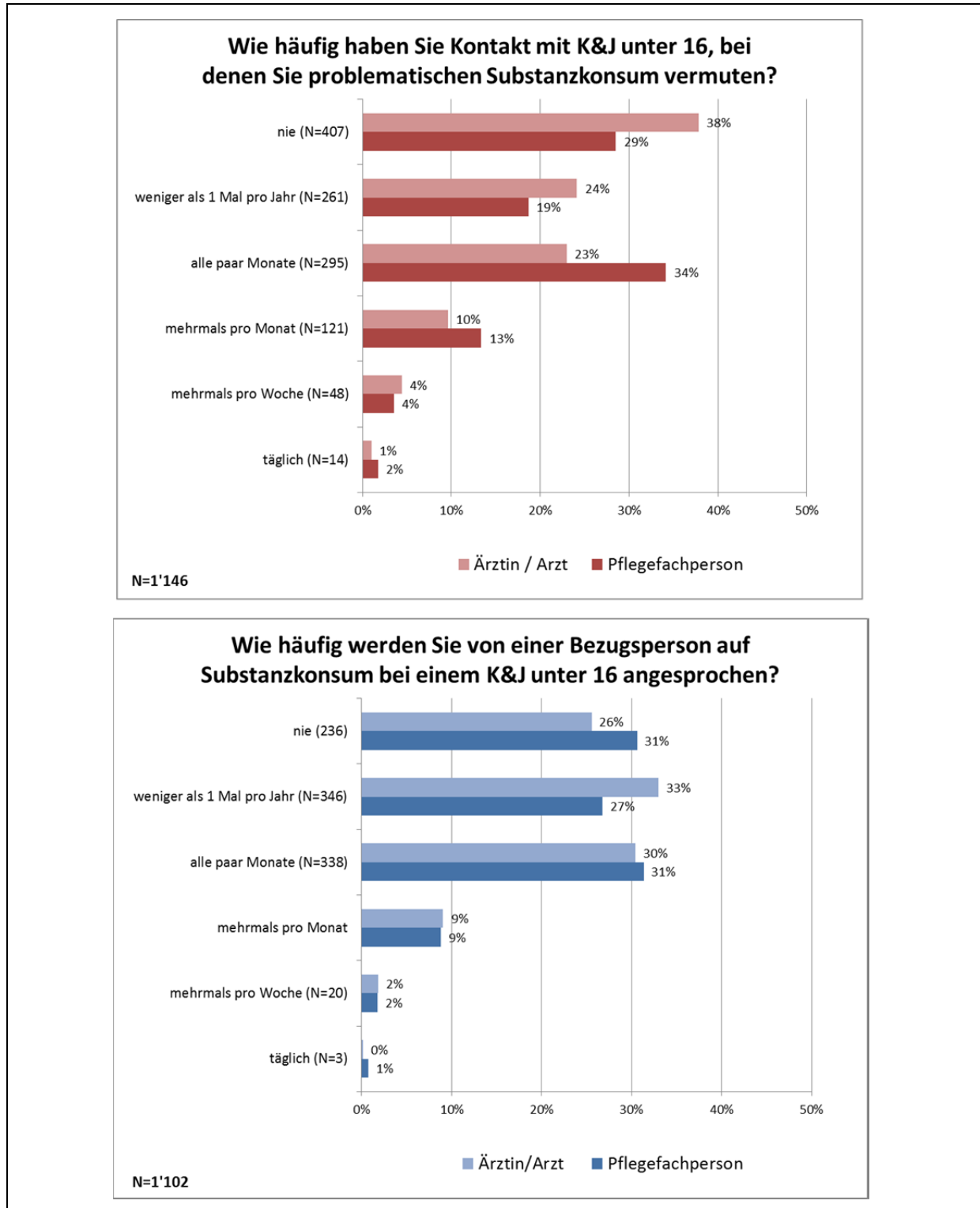


Abb. 1: Direkter Kontakt mit Kindern und Jugendlichen, bei denen problematischer Konsum vermutet wird (oben) sowie Ansprechen der Thematik von einer Bezugsperson (unten) (nach Berufsgruppe). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014
(Person Chi-Square: direkter Kontakt: $p < 0.0001$; Bezugsperson: p nicht valide)

Wie häufig haben Sie Kontakt mit K&J unter 16, bei denen Sie problematischen Substanzkonsum vermuten oder feststellen?

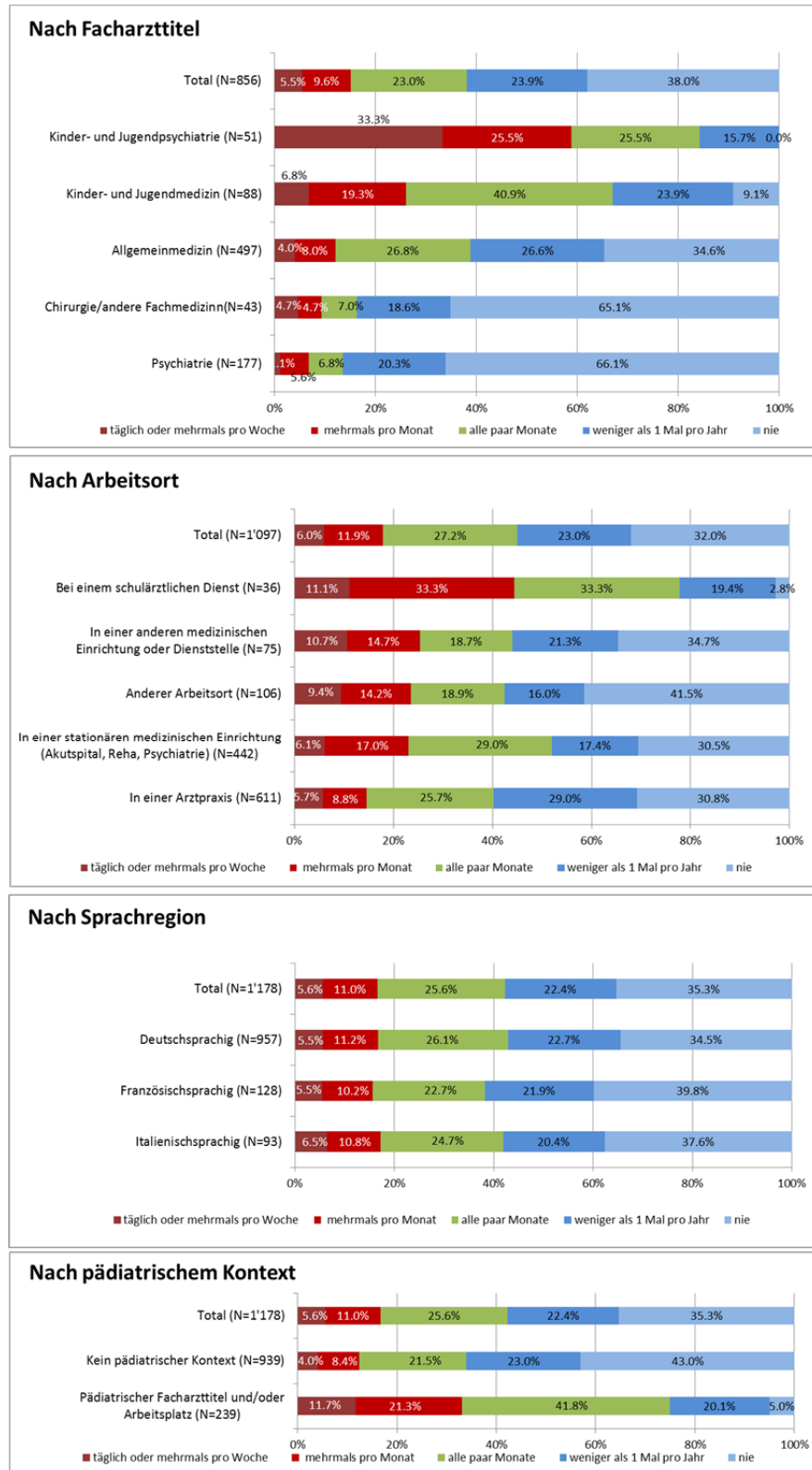


Abb. 2: Häufigkeit direkter Kontakt mit Kindern und Jugendlichen, bei denen problematischer Konsum vermutet wird (nach Facharztzettel [Ärteschaft], Arbeitsort, Sprachregion und Arbeitskontext). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014
(Pearson Chi-Square: Facharztzettel p nicht valide; Arbeitsort: $p < 0.0001$; Sprachregion: $p = 0.978$; pädiatrischer Kontext: < 0.0001)

Aus Abb. 3 geht hervor, welche Personen den problematischen Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen am häufigsten ansprechen. Die Teilnehmenden wurden gebeten, die Ränge eins bis drei zwischen sich, den Bezugspersonen sowie den Kindern und Jugendlichen zu verteilen.

Den 1. Rang hat fast die Hälfte der Teilnehmenden an die Bezugspersonen vergeben, weitere 44 Prozent an sich selber. Nur 7 Prozent der Teilnehmenden gibt an, dass am Häufigsten die Kinder und Jugendlichen die Problematik ansprechen. Der 2. Rang wurde zu 45 Prozent an sich selbst und zu 35 Prozent an die Bezugspersonen vergeben. Von 72 Prozent der Teilnehmenden erhalten die Kinder und Jugendlichen erst den 3. Rang. Weder zwischen den Berufsgruppen noch zwischen den Sprachregionen gibt es Unterschiede bei der Rangfolge des Ansprechens der Thematik (Daten nicht gezeigt).

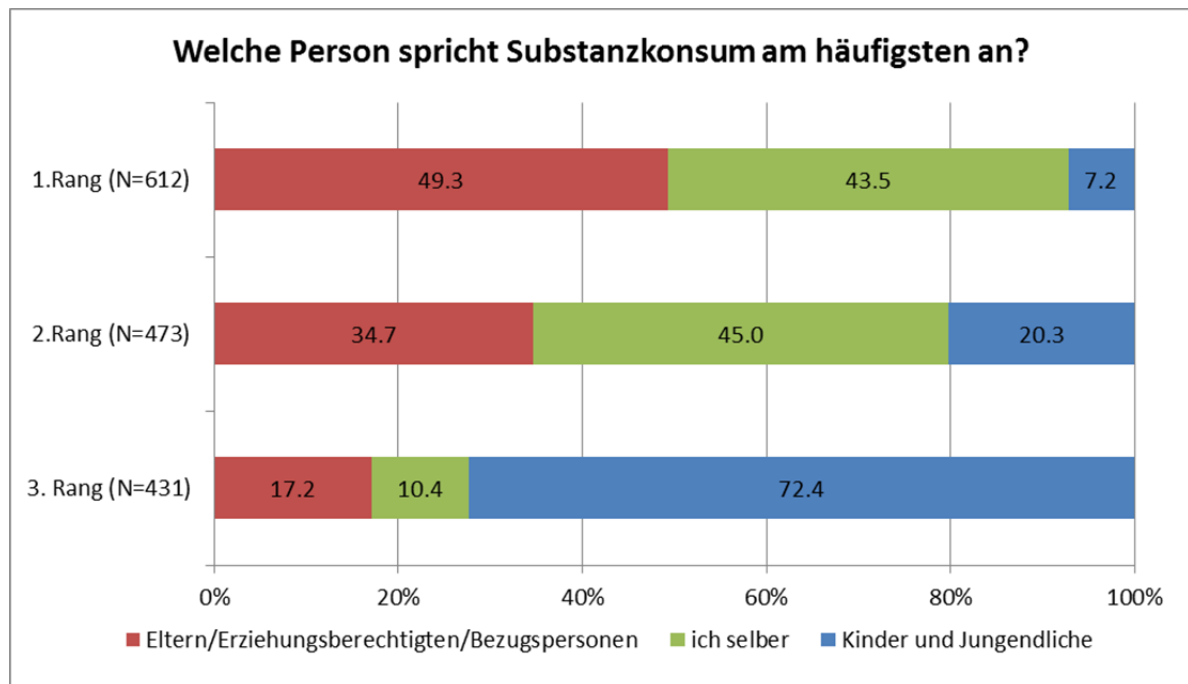


Abb. 3: Rangfolge der Personen, welche die Thematik Substanzkonsum ansprechen. Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

3.2.3 Rangfolge der Substanzen

Die Teilnehmenden wurden gebeten, die Ränge eins bis drei an diejenigen Substanzen zu vergeben, die aufgrund der Literaturrecherche als relevant für die vorliegende Studie identifiziert wurden¹⁷. Damit soll aufgezeigt werden, welche Substanzen bei problematischem Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren im medizinischen Kontext häufig auftreten. Es konnten auch mehr als 3 Ränge vergeben werden, so dass einzelne Teilnehmende bis 10 Substanzen rangierten.

Die Rangfolge der Substanzen aus Sicht der Teilnehmenden geht aus Abb. 4 hervor. Der 1. Rang wurde von 44 Prozent der Teilnehmenden an Tabak vergeben, gefolgt vom Alkohol, der von 37 Prozent der Teilnehmenden als die häufigste Substanz eingestuft wurde und von Cannabis, das von 14 Prozent der Teilnehmenden auf den 1. Rang gesetzt wurde. Andere Substanzen wurden nur selten auf den 1. Rang gesetzt. Auch den 2. Rang machen Tabak, Alkohol und Cannabis praktisch unter sich aus, wobei Alkohol mit 40 Prozent am häufigsten den 2. Rang erhielt, gefolgt von Tabak und Cannabis. Den 3. Rang erhielt am häufigsten Cannabis, und zwar von 48 Prozent der Teilnehmenden. 21 Prozent vergeben den 3. Rang an andere Substanzen. Dabei wurden - in dieser Reihenfolge - Medikamente, Mehrfachkonsum und Designerdrogen am häufigsten gewählt. Den anderen Substanzen die zur Auswahl standen (Opiate/Heroin, Kokain und KO-Tropfen (GHB/GBL)), wurde nur ganz vereinzelt der 1. bis 3. Rang vergeben. Wenn überhaupt, wurden sie erst auf den (fakultativen) Rängen 4 bis 10 genannt (Abb. 4). In der offenen Antwort wurden je einmal Nasentropfen und Pilze und zweimal Haushaltsmittel genannt.

Die Rangfolge der Substanzen unterscheidet sich jedoch nach Arbeitsort (Abb. 4). Während in der Arztpraxis Tabak die dominierende Substanz ist, vergeben in den stationären Einrichtungen sowohl Ärztinnen und Ärzte wie Pflegefachpersonen den 1. Rang am häufigsten dem Alkohol. Im Spitalkontext wird zudem relativ häufig Medikamenten der 1.-3. Rang vergeben. Nach Sprachregion lassen sich keine signifikanten Unterschiede ausmachen, wobei die Aussagekraft aufgrund der kleinen Anzahl Antwortenden aus der Romandie und dem Tessin beschränkt ist (Daten nicht gezeigt).

Wenn im medizinischen Kontext der Substanzkonsum von Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren thematisiert wird, sind demzufolge Tabak, Alkohol und Cannabis sowie, in deutlich geringerem Ausmass, Medikamente die wichtigsten Substanzen, die zur Sprache kommen. In den Arztpraxen geht es dabei am häufigsten um Tabakkonsum, im stationären Kontext hingegen um Alkoholkonsum. Andere Substanzen spielen beim problematischen Substanzkonsum von unter 16-Jährigen offensichtlich nur eine untergeordnete Rolle.

¹⁷ In randomisierter Reihenfolge standen folgende Substanzen zur Auswahl: Alkohol, Tabak/Nikotin, Cannabis, Designerdrogen, Medikamente, Opiate/Heroin, Kokain, KO-Tropfen (GHB/GBL), Mehrfachkonsum und andere Substanzen mit einer offenen Antwortmöglichkeit.

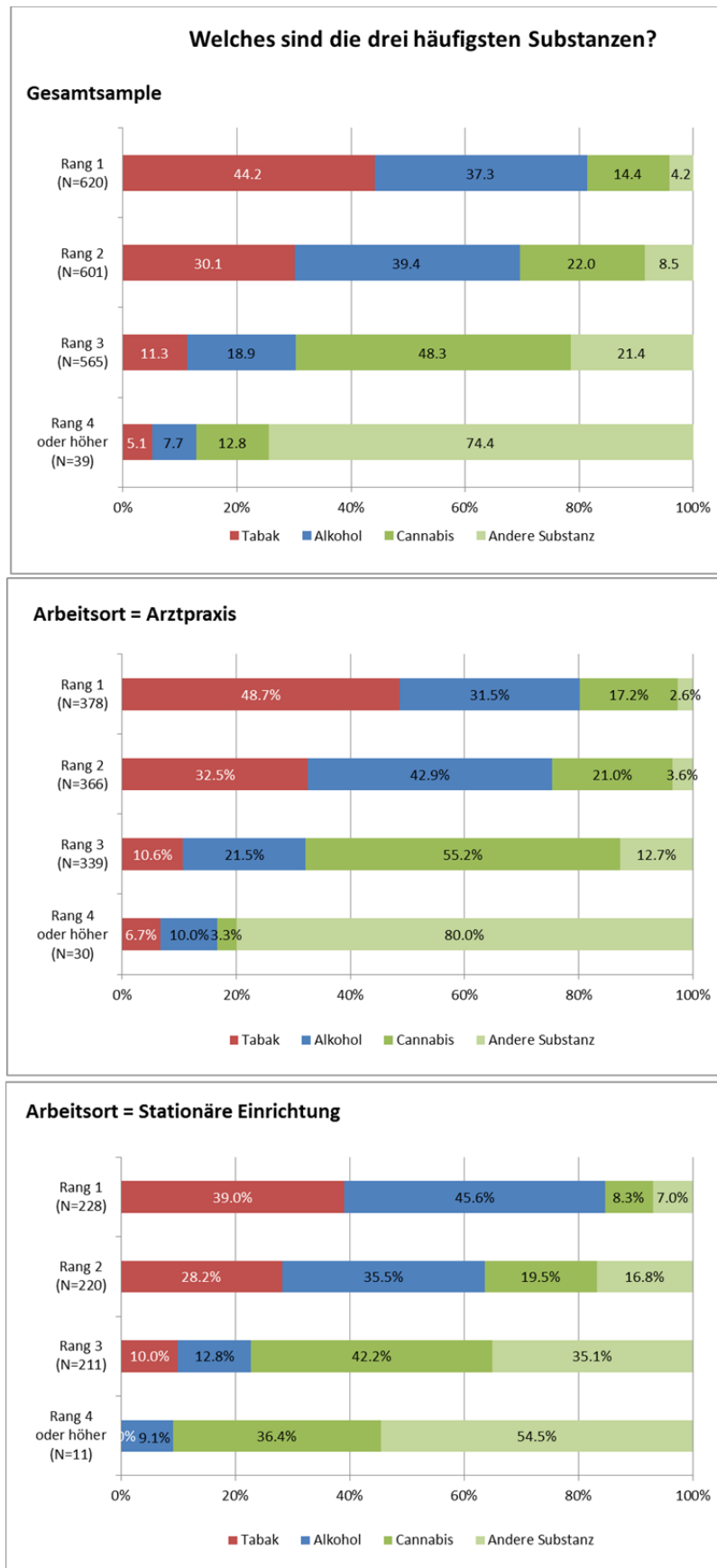


Abb. 4: Rangfolge der Häufigkeit der Substanzen (nach Arbeitsort). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

3.2.4 Beantwortung der vertiefenden Fragen

Nach dem Einstieg in die Online-Befragung mit eher allgemeinen Fragen zur Häufigkeit des Kontakts mit der Thematik, zu den Personen, welche die Thematik ansprechen sowie zur Rangfolge der Substanzen folgten im Online-Fragebogen vertiefende Fragen zu Früherkennung und Frühintervention in Bezug auf Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren. Personen, die zu Beginn angaben, keinen Kontakt mit der Thematik zu haben, wurden automatisch ans Ende der Umfrage geleitet. Den übrigen Teilnehmenden wurde vor den vertiefenden Fragen eine Ausstiegsoption angeboten¹⁸. Rund 70 Prozent der Teilnehmenden haben spätestens bei dieser Option die Online-Befragung beendet. Die Charakteristika der Teilnehmenden, welche zumindest einen Teil der vertiefenden Fragen beantwortet haben, kann somit Informationen darüber liefern, in welchem medizinischen Kontext die Fachpersonen am ehesten an der Thematik interessiert und wohl auch am häufigsten damit konfrontiert sind.

Insgesamt hat rund ein Drittel der Teilnehmenden die vertiefenden Fragen beantwortet. Es zeigen sich jedoch signifikante Unterschiede nach Häufigkeit des Kontaktes mit der Thematik, nach den Arbeitsplatzcharakteristika und nach der Berufsgruppe (Tabelle 5). Vier Fünftel der Personen, die mindestens mehrmals pro Monat Kontakt mit der Thematik haben, beantworteten vertiefende Fragen, während dies bei Personen, die nur selten mit der Thematik konfrontiert sind, deutlich seltener zutrifft. Wie bereits erwähnt, wurden Personen, die nie Kontakt mit der Thematik haben, nach der Frage zur Häufigkeit automatisch ans Ende der Befragung weitergeleitet. An folgenden Arbeitsorten haben mehr als 50 Prozent der Teilnehmenden die vertiefenden Fragen beantwortet: Schulärztlicher Dienst (70%), Spezialklinik Pädiatrie (68%) und pädiatrische Abteilung in einem Spital (57%), Notfallstation (55%) sowie Universitätsspital (51%). Ebenfalls überdurchschnittlich häufig haben Ärztinnen und Ärzte mit dem Facharztstitel Kinder- und Jugendmedizin (49%) oder Kinder- und Jugendpsychiatrie (66%) die vertiefenden Fragen beantwortet. Ganz allgemein wurde in einem pädiatrischen Arbeitskontext (pädiatrischer Facharztstitel und/oder Arbeitsort) die vertiefenden Fragen signifikant häufiger beantwortet als in anderen Arbeitsumfeldern (58% vs. 25%). Hingegen gibt es keine signifikanten Unterschiede nach demografischen Merkmalen, ausser dass die jüngeren medizinischen Fachpersonen etwas häufiger vertiefende Fragen beantwortet haben (Tabelle 6).

¹⁸ Diese Option wurde nach dem Pilotlauf bei den Berner Hausärzten implementiert

Tabelle 5: Beantwortung der vertiefenden Fragen (nach Häufigkeit Kontakt mit der Thematik, Arbeitskontext, Funktion, Berufsgruppe, Fachgebiet und Berufsabschluss). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

	Vertiefende Fragen nicht beantwortet		Vertiefende Fragen beantwortet		Total		p-Wert ¹⁾
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	
Häufigkeit Kontakt mit der Thematik	788	66.9%	390	33.1%	1178	100.0%	<0.0001
täglich oder mehrmals pro Woche	13	19.7%	53	80.3%	66	100.0%	
mehrmals pro Monat	23	17.7%	107	82.3%	130	100.0%	
alle paar Monate	144	47.7%	158	52.3%	302	100.0%	
weniger als 1 Mal pro Jahr	194	73.5%	70	26.5%	264	100.0%	
nie	414	99.5%	2	.5%	416	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	842	68.3%	390	31.7%	1232	100.0%	<0.0001
Ja	101	41.7%	141	58.3%	242	100.0%	
Nein	741	74.8%	249	25.2%	990	100.0%	
Aktueller Arbeitsort	710	64.6%	389	35.4%	1099	100.0%	<0.0001
In einer Arztpraxis	390	63.6%	223	36.4%	613	100.0%	
In einer stat. med. Einrichtung	294	66.5%	148	33.5%	442	100.0%	
Bei einem schulärztlichen Dienst	11	29.7%	26	70.3%	37	100.0%	
In einer anderen medizinischen Einrichtung oder Dienststelle	46	60.5%	30	39.5%	76	100.0%	
Anderer Arbeitsort	67	62.0%	41	38.0%	108	100.0%	
Arbeitsort stationär: Typ	288	66.7%	144	33.3%	432	100.0%	<0.0001
Universitätsklinik	30	49.2%	31	50.8%	61	100.0%	
Zentrumsversorgung	89	70.6%	37	29.4%	126	100.0%	
Grundversorgung	67	72.8%	25	27.2%	92	100.0%	
Psychiatrische Klinik	40	62.5%	24	37.5%	64	100.0%	
Rehabilitationsklinik	29	93.5%	2	6.5%	31	100.0%	
Spezialklinik Pädiatrie	14	31.8%	30	68.2%	44	100.0%	
Andere stat. med. Einrichtung	33	78.6%	9	21.4%	42	100.0%	
Arbeitsort stationär: Klinik/Abteilung/Station	228	62.0%	140	38.0%	368	100.0%	<0.0001
Notfallstation	57	45.2%	69	54.8%	126	100.0%	
Intensivmedizin (M050)	31	68.9%	14	31.1%	45	100.0%	
Pädiatrie (M400)	34	43.0%	45	57.0%	79	100.0%	
Chirurgie (M200)	19	73.1%	7	26.9%	26	100.0%	
Innere Medizin (M100) oder Medizinische Fachgebiete allgemein (M000)	50	80.6%	12	19.4%	62	100.0%	
Psychiatrie und Psychotherapie (M500)	39	54.9%	32	45.1%	71	100.0%	
Spezialabteilung, andere Abteilung	53	88.3%	7	11.7%	60	100.0%	
Funktion: Ärztin/Arzt im Spital	99	71.7%	39	28.3%	138	100.0%	0.237
Chefärzt/ärztin	30	61.2%	19	38.8%	49	100.0%	
Leitender Arzt/Ärztin	35	77.8%	10	22.2%	45	100.0%	
Oberarzt/ärztin	15	75.0%	5	25.0%	20	100.0%	
Spital-, Beleg-, Assistenz-, Konsiliar-Arzt/Ärztin	19	79.2%	5	20.8%	24	100.0%	
Funktion: Pflege; Ärztin/Arzt andere Einrichtung	180	55.4%	145	44.6%	325	100.0%	0.692
Leitungsfunktion	92	56.8%	70	43.2%	162	100.0%	
Keine Leitungsfunktion	88	54.0%	75	46.0%	163	100.0%	
Berufsgruppe	810	67.5%	390	32.5%	1200	100.0%	0.001
Ärztin/Arzt	641	70.0%	275	30.0%	916	100.0%	
Pflegefachperson	169	59.5%	115	40.5%	284	100.0%	
Ärztenschaft: Fachgebiet	634	70.0%	272	30.0%	906	100.0%	<0.0001
Allgemeinmedizin, Prakt. Arzt/Ärztin	368	69.4%	162	30.6%	530	100.0%	
Kinder- und Jugendmedizin	45	51.1%	43	48.9%	88	100.0%	
Kinder- und Jugendpsychiatrie	18	34.0%	35	66.0%	53	100.0%	
Chirurgie/andere Fachmedizin	35	81.4%	8	18.6%	43	100.0%	
Psychiatrie	168	87.5%	24	12.5%	192	100.0%	
Pflegefachpersonal: Berufsabschluss	167	59.2%	115	40.8%	282	100.0%	0.792 ²⁾
Pflegefachperson mit Spezialisierung	84	57.9%	61	42.1%	145	100.0%	
Pflegefachperson Diplommiveau I/II	64	58.7%	45	41.3%	109	100.0%	
Grundbildung/Hilfspersonal	6	75.0%	2	25.0%	8	100.0%	
Zusatzausbildung (Soziale Arbeit, Beratung/Coaching)	13	65.0%	7	35.0%	20	100.0%	

¹⁾ Person Chi-Square (2-sided), ausser ²⁾ Fisher's Exact Test (2-sided); continuity correction bei 2x2 Tabellen

Tabelle 6: Beantwortung der vertiefenden Fragen (nach demografischen Merkmalen). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

	Vertiefende Fragen nicht beantwortet		Vertiefende Fragen beantwortet		Total		p-Wert ¹⁾
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	
Geschlecht	799	67.4%	386	32.6%	1185	100.0%	0.954
Männer	448	67.6%	215	32.4%	663	100.0%	
Frauen	351	67.2%	171	32.8%	522	100.0%	
Altersgruppe	799	67.4%	387	32.6%	1186	100.0%	0.011
20-39 Jahre	137	63.1%	80	36.9%	217	100.0%	
40-54 Jahre	359	64.9%	194	35.1%	553	100.0%	
55 Jahre und älter	303	72.8%	113	27.2%	416	100.0%	
Nationalität	798	67.3%	387	32.7%	1185	100.0%	0.101
Schweiz	608	66.1%	312	33.9%	920	100.0%	
Ausland	190	71.7%	75	28.3%	265	100.0%	
Urbanitätsgrad Gemeinde	641	62.7%	382	37.3%	1023	100.0%	0.577
Städtische Umgebung	314	64.2%	175	35.8%	489	100.0%	
Agglomeration	148	60.4%	97	39.6%	245	100.0%	
Ländliche Umgebung	179	61.9%	110	38.1%	289	100.0%	
Sprachregion	842	68.3%	390	31.7%	1232	100.0%	0.211
Deutschsprachig	668	67.2%	326	32.8%	994	100.0%	
Französischsprachig	102	73.4%	37	26.6%	139	100.0%	
Italienischsprachig	72	72.7%	27	27.3%	99	100.0%	

¹⁾ Person Chi-Square (2-sided); continuity correction bei 2x2 Tabellen

3.2.5 Abklärung und Vorgehen

3.2.5.1 Bei welchen Auffälligkeiten klären Ärztinnen und Ärzte ab?

Den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten wurde eine Liste möglicher Auffälligkeiten bei den Kindern und Jugendlichen unter 16 vorgelegt und sie wurden gebeten, zu jeder Auffälligkeit anzugeben, wie häufig sie den problematischen Substanzkonsum abklären. Abb. 5 zeigt, dass die meisten Befragten angeben, dass eine solche Abklärung bei der Feststellung von psychischen Auffälligkeiten oder Verhaltensauffälligkeiten (immer oder manchmal) stattfindet. 77.5 Prozent der Befragten klären den Substanzkonsum immer bei Alkoholintoxikation, 68.6 Prozent immer bei Rauschtrinken ab. Dies heisst aber auch, dass 22.5 Prozent bei einer Alkoholintoxikation und 31.5 Prozent bei Rauschtrinken immer oder manchmal keine weiteren Abklärungen bezüglich problematischen Konsum treffen. Am wenigsten wird im Falle einer Verletzung der Substanzkonsum abgeklärt; 23.7 Prozent gibt an, in so einem Fall niemals eine Abklärung vorzunehmen. Probleme in der Familie oder in der Schule, oder bekannter Substanzkonsum der Eltern bilden einen weiteren Grund zur Abklärung. In diesen Fällen geben ungefähr zwei Drittel der Befragten an, den problematischen Konsum nur manchmal abzuklären. In einer anschliessenden offenen Frage wurden als weitere Gründe für eine Abklärung genannt: Vorsorgekontrolle, Tabakgeruch, schlechte körperliche Verfassung, Verwahrlosung und Genderidentität.

Alle Ärztinnen und Ärzte in einem pädiatrischen Kontext klären problematischen Substanzkonsum bei psychischen Auffälligkeiten entweder manchmal (60%) oder immer (40%) ab (Tabelle A 3). Bei Verhaltensauffälligkeiten klären sie seltener nie (2.5%), etwas häufiger manchmal (69%) und seltener immer (28.4%) ab als Ärztinnen und Ärzte in einem anderen Arbeitsumfeld (7.1%, 49.8%, 43.1%). Bei Binge-Drinking wird im pädiatrischen Kontext häufiger immer abgeklärt (80%) als in einem anderen Arbeitsumfeld (65%). Bei den anderen Auffälligkeiten unterscheiden sich die Antworten der Ärzteschaft mit einem pädiatrischen Hintergrund nicht signifikant von den Antworten ihrer Berufskollegen- und kolleginnen, die in einem anderen Umfeld tätig sind (Tabelle A 3).

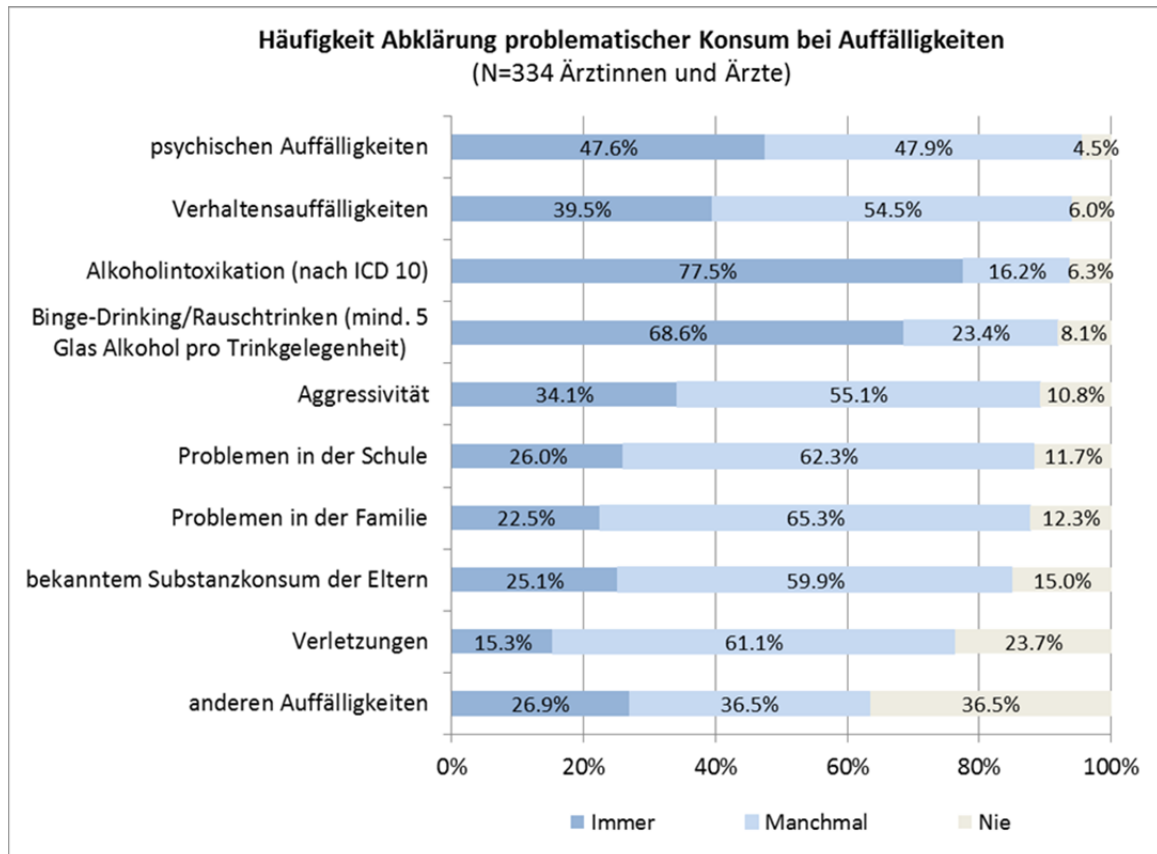


Abb. 5: Häufigkeit der Abklärung problematischen Konsums bei Auffälligkeiten. Frage wurde nur der Ärzteschaft gestellt. Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

3.2.5.2 Gibt es ein systematisches Vorgehen?

Zwei Drittel der Teilnehmenden geben an, dass es in ihrer Einrichtung kein systematisches Vorgehen gibt, um Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren mit problematischem Substanzkonsum zu identifizieren (Tabelle 7). Dabei gibt es je nach Arbeitsort deutliche Unterschiede: Während in stationären medizinischen Einrichtungen je rund 20 Prozent ein einheitliches Vorgehen resp. ein substanzspezifisches Vorgehen kennen, sind es in den Arztpraxen mit 5 resp. 11 Prozent deutlich weniger. Pflegefachpersonen kennen signifikant häufiger als Ärztinnen/Ärzte ein systematisches Vorgehen, was sehr wahrscheinlich mit dem hauptsächlichen Arbeitsort der Pflegefachpersonen im Spital resp. der Ärztinnen/Ärzte in einer Arztpraxis erklärt werden kann. Auch Personen, die berichten, mehrmals pro Monat oder häufiger mit der Problematik konfrontiert zu sein, kennen signifikant häufiger systematische Vorgehensweisen als Personen, die höchstens alle paar Monate mit dieser Thematik in Kontakt kommen. Personen mit einem pädiatrischen Arbeitskontext kennen häufiger einheitliche, nicht aber substanzspezifische Vorgehensweisen.

Von den Personen, die substanzspezifische systematische Vorgehensweisen kennen, werden am häufigsten spezifische Vorgehensweisen für Alkohol genannt, gefolgt von spezifischen Vorgehensweisen für Cannabis, Medikamente sowie Tabak/Nikotin (Tabelle 8). Dass für Alkohol häufiger substanzspezifische Vorgehensweisen bekannt sind als für Tabak könnte damit zusammenhängen, dass Alkohol im stationären Kontext, wo es überdurchschnittlich häufig ein systematisches Vorgehen gibt, die wichtigste Substanz ist, während in den Arztpraxen, wo fast 80 Prozent kein systematisches Vorgehen kennen, Tabakkonsum an erster Stelle steht. Die kleinen Fallzahlen erlauben keine Aufschlüsselung nach Berufsgruppe (Arzt: N=37; Pflege: N=22).

Tabelle 7: Systematisches Vorgehen (nach Berufsgruppe, Arbeitskontext, Häufigkeit Kontakt mit Thematik und Arbeitsort). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

	Ja, es gibt ein einheitliches Vorgehen für alle Substanzen		Ja, es gibt substanzspezifische Vorgehensweisen		Nein, es gibt kein systematisches Vorgehen		Weiss nicht		Total		p-Wert ¹
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	
Berufsgruppe	46	11.8%	56	14.4%	257	65.9%	31	7.9%	390	100.0%	<0.0001
Ärztin / Arzt	24	8.7%	33	12.0%	205	74.5%	13	4.7%	275	100.0%	
Pflegefachperson	22	19.1%	23	20.0%	52	45.2%	18	15.7%	115	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	46	11.8%	56	14.4%	257	65.9%	31	7.9%	390	100.0%	0.020
Nein	20	8.0%	37	14.9%	173	69.5%	19	7.6%	249	100.0%	
Ja	26	18.4%	19	13.5%	84	59.6%	12	8.5%	141	100.0%	
Häufigkeit Kontakt mit Thematik	46	11.8%	56	14.4%	257	65.9%	31	7.9%	390	100.0%	<0.0001
Mehrmals pro Monat oder häufiger	29	18.1%	32	20.0%	91	56.9%	8	5.0%	160	100.0%	
Alle paar Monate oder seltener	17	7.4%	24	10.4%	166	72.2%	23	10.0%	230	100.0%	
Arbeitsort	46	11.8%	56	14.4%	256	65.8%	31	7.8%	389	100.0%	N/A
Arztpraxis	12	5.4%	25	11.2%	175	78.5%	11	4.9%	223	100.0%	
Stationäre med. Einrichtung	31	20.9%	28	18.9%	71	48.0%	18	12.2%	148	100.0%	
Schulärztlicher Dienst	4	15.4%	5	19.2%	17	65.4%	0	0.0%	26	100.0%	
Andere med. Einrichtung/Dienststelle	3	10.0%	5	16.7%	19	63.3%	3	10.0%	30	100.0%	
Anderer Arbeitsort	4	9.8%	7	17.1%	25	61.0%	5	12.2%	41	100.0%	

¹Person Chi-Square (2-sided)

Tabelle 8: Systematisches Vorgehen nach Substanz. Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

Substanz	Ja, es gibt ein systematisches Vorgehen		Nein, es gibt kein systematisches Vorgehen		Weiss nicht		Total	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Alkohol	50	84.7%	7	11.9%	2	3.4%	59	100.0%
Cannabis	44	74.6%	7	11.9%	8	13.6%	59	100.0%
Medikamente	38	64.4%	15	25.4%	6	10.2%	59	100.0%
Tabak/Nikotin	37	61.7%	17	28.3%	6	10.0%	60	100.0%
Opiate, Heroin	32	54.2%	16	27.1%	11	18.6%	59	100.0%
Mehrfachkonsum	31	52.5%	17	28.8%	11	18.6%	59	100.0%
Kokain	29	49.2%	20	33.9%	10	16.9%	59	100.0%
Designerdrogen	20	33.9%	26	44.1%	13	22.0%	59	100.0%
KO-Tropfen (GHB/GBL)	16	27.1%	28	47.5%	15	25.4%	59	100.0%

3.2.5.3 Welche Instrumente werden zur Abklärung genutzt?

In einem nächsten Frageblock wurden die Teilnehmenden gebeten anzugeben, wie häufig sie eine Reihe von Instrumenten resp. Methoden für die Abklärung von problematischem Konsum einsetzen. Abb. 6 zeigt auf, dass bei den Ärztinnen und Ärzten die körperliche (medizinische) Untersuchung an erster Stelle steht, gefolgt von Laboruntersuchungen. Lediglich 16 resp. 17 Prozent nutzen diese beiden Methoden nie. Deutlich seltener wird die Diagnostik nach ICD10, neuropsychologische Tests oder die Diagnostik nach DSM eingesetzt. Ebenfalls recht selten setzen Ärztinnen und Ärzte Checklisten und Ablaufschemen/Prozessbeschriebe ein. Strukturierte Interview-Instrumente resp. Kinder-Dips (Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (Schneider et al. 2009)) kennen 20 resp. 30 Prozent der Ärztinnen und Ärzte nicht und nur 25 resp. 18 Prozent setzten diese beiden Instrumente regelmässig ein.

Nur eine Minderheit der Pflegefachpersonen setzt zur Abklärung von problematischem Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren Instrumente wie Ablaufschemen/Prozessbeschriebe oder Checklisten ein. Mehr als die Hälfte der Pflegefachpersonen kennen strukturierten Interview-Instrumente oder das Kinder-Dips nicht.

Personen, die in einem pädiatrischen Kontext tätig sind oder mindestens mehrmals pro Monat mit der Thematik konfrontiert sind, setzen stärker auf ICD10-Diagnostik, Neuropsychologische

Tests, Checklisten sowie Ablaufschemen, dafür weniger auf körperliche Untersuchungen und Labortest (Tabelle A 4).

Weitere Instrumente, die in einer offenen Antwortkategorie genannt werden, sind bei den Pflegenden: HEADS (klinisches psychosoziales Interview für Adoleszenten), Einbezug von anderen Fachpersonen oder Fachstellen, Triage, Überweisung an Kinderklinik, und ärztlicher Abklärung oder Rücksprache. Bei den Ärzten und Ärztinnen werden weitaus am häufigsten das "Gespräch" oder "freies Gespräch" angegeben, manchmal auch "Familiengespräch" oder "Elterngespräch", gefolgt von Überweisung oder Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten oder (seltener) Kooperation mit einer Fachstelle für Drogen.

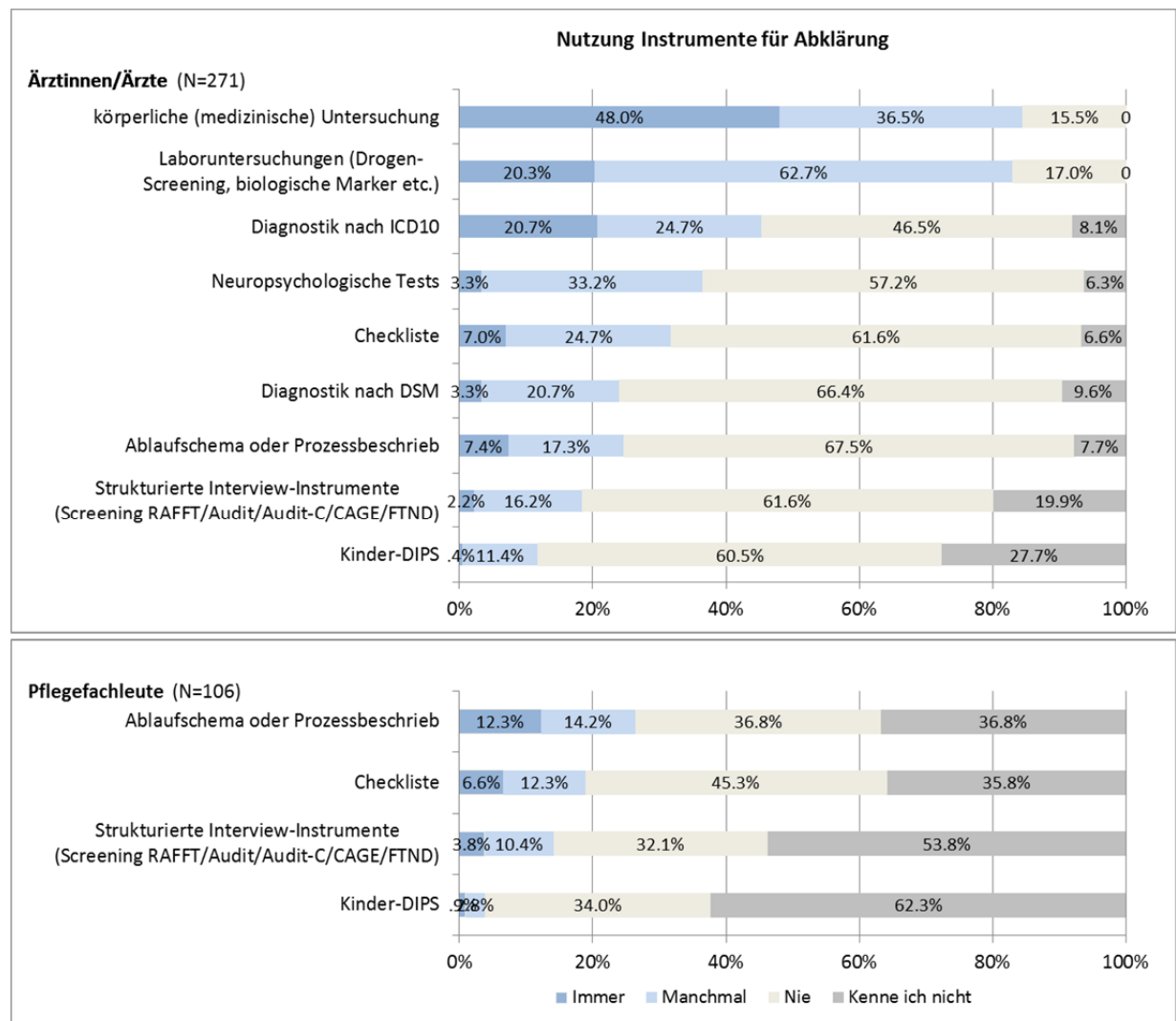


Abb. 6: Nutzung von Instrumenten, um problematischen Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren abzuklären (nach Berufsgruppe). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

3.2.5.4 Vorgehen, wenn problematischer Substanzkonsum festgestellt wird

Die teilnehmenden medizinischen Fachpersonen wurden weiter gebeten Auskunft darüber zu geben, wie sie konkret vorgehen, wenn sie bei einer jugendlichen Person unter 16 Jahren einen problematischen Konsum vermuten oder feststellen. Dazu wurden in drei aufeinanderfolgenden Frageblöcken a) die weitere Behandlung (wie eigene Beratung, Überweisung an Fachstellen, Information), b) die Kontaktaufnahme mit bzw. Benachrichtigung von Drittpersonen oder -Instanzen (wie Dienste, Behörden und Fachstellen), c) die eigene (fachliche) Informationsbeschaffung (etwa bei Kollegen oder Kolleginnen, anderen Fachpersonen oder übers Internet) angesprochen. Die Ergebnisse sind in Abb. 7, Abb. 8 und Abb. 9 ersichtlich.

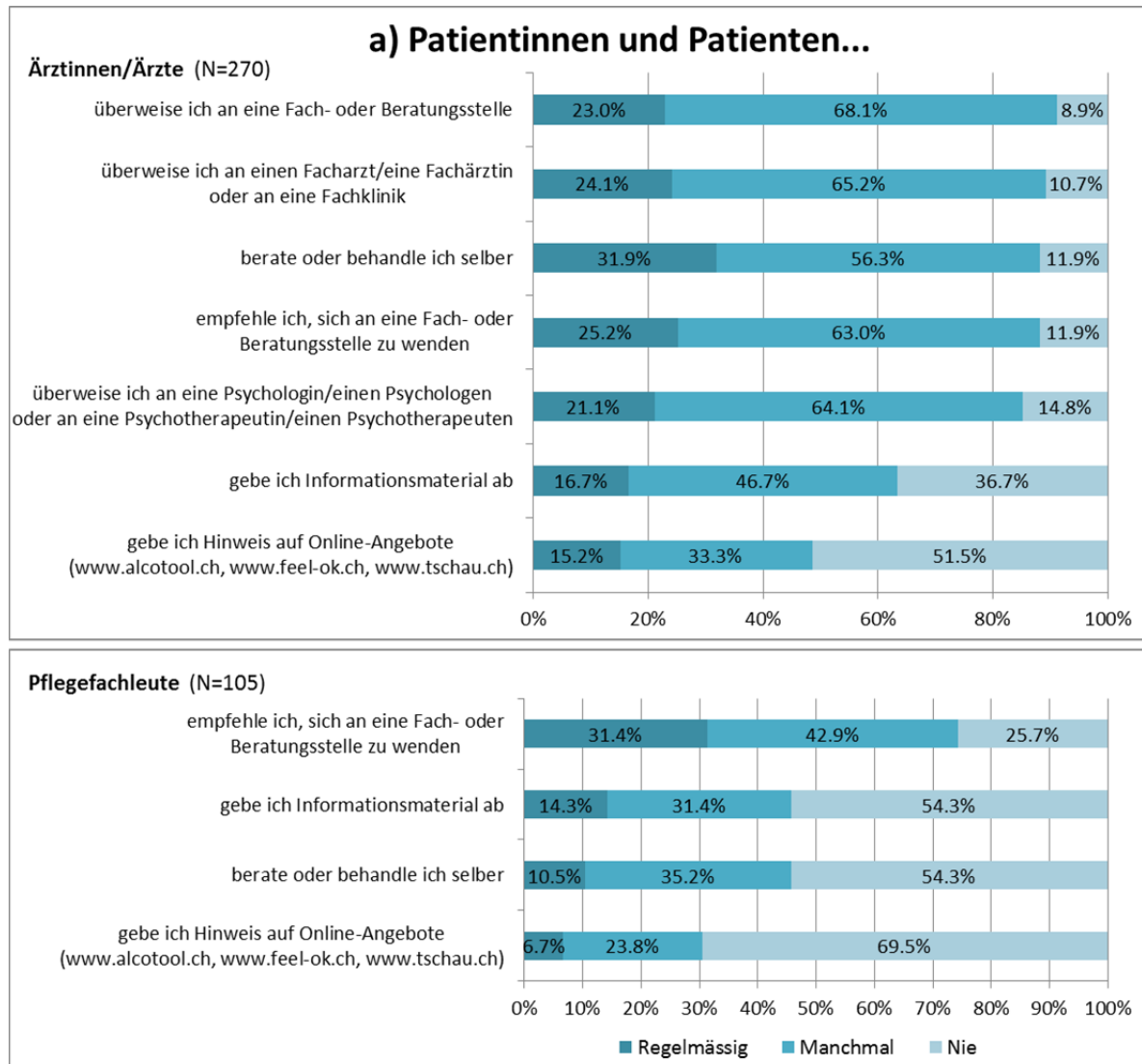


Abb. 7: Vorgehen bei Feststellung eines problematischen Konsums - Patientinnen/Patienten (nach Berufsgruppe). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

Bezüglich der Frage nach der weiteren Behandlung gibt fast ein Drittel der befragten Ärztinnen und Ärzte an, regelmässig selbst eine Beratung oder Behandlung durchzuführen, während bei den Pflegefachpersonen lediglich 10 Prozent regelmässig selber beraten. Die Überweisung an eine Fach- oder Beratungsstelle, eine Empfehlung dazu oder Überweisung an einen Facharzt oder eine Fachärztin oder einen Psychologen oder eine Psychologin, erfolgt jeweils bei etwa einem Viertel der Ärztinnen und Ärzte regelmässig, während bei den Pflegefachpersonen gut ein

Drittel regelmässig empfehlen, sich an eine Fach- oder Beratungsstelle zu wenden. Hinweise auf Online-Angebote werden von beiden Berufsgruppen vergleichsweise seltener gegeben. Die Hälfte der Ärzteschaft und 70 Prozent der Pflegefachpersonen macht solche Hinweise nie (Abb. 7). In der offenen Kategorie geben Pflegende an, sich an den Stationsarzt/die Stationsärztin, an den Notfallarzt/die Notfallärztin oder an das Tox Zentrum zu wenden.

Personen, die in einem pädiatrischen Kontext tätig sind, beraten/behandeln einerseits signifikant häufiger selber, andererseits überweisen sie die jungen Patientinnen und Patienten mit problematischem Substanzkonsum seltener an einen Facharzt/eine Fachärztin oder an eine Psychologin/einen Psychologen und empfehlen auch seltener, sich an eine Fachstelle zu wenden (Tabelle A 5). Auch Personen, die häufiger mit der Thematik konfrontiert sind, beraten oder behandeln die betroffenen Kinder und Jugendliche signifikant häufiger selber als Personen mit keinem oder seltenem Kontakt.

In Bezug auf die Frage nach der Kontaktaufnahme mit Dritten (Abb. 8) zeigt sich, dass bei beiden Berufsgruppen weitaus am häufigsten die Kontaktaufnahme mit den Eltern stattfindet; wobei lediglich 6.4 Prozent der Ärztinnen und Ärzte und fast 40 Prozent der Pflegefachleute angibt, die Eltern niemals zu kontaktieren. Bei der Entscheidung, sich mit den Eltern in Verbindung zu setzen, könnte möglicherweise das Alter der Kinder und Jugendlichen eine Rolle spielen sowie der Umstand, dass die verschiedenen Berufsgruppen mit Kindern und Jugendlichen unterschiedlicher Altersgruppen zu tun haben. Die Kontaktaufnahme mit Fach- und Beratungsstellen findet bei der Ärzteschaft ebenfalls vergleichsweise häufig statt. Pflegefachleute hingegen kontaktieren nach den Eltern am zweithäufigsten den Spitalsozialdienst, was mit deren Arbeitsplatz im Spital zusammenhängen dürfte. Zwischen 20 und 40 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte geben an, regelmässig oder zumindest manchmal den Schulsozialdienst, die Behörden, den kommunalen Sozialdienst oder den Schularztdienst in Kenntnis zu setzen, bei den Pflegefachleuten sind es lediglich zwischen zehn und 23 Prozent. Bei der Interpretation dieses Ergebnisses sollte berücksichtigt werden, dass es bei der Befragung sowohl um legale als auch um illegale Substanzen geht.

Bei der Kontaktaufnahme bezüglich Dritten gibt es kaum Unterschiede nach pädiatrischem Kontext und nach Häufigkeit des Kontakts mit der Problematik (Tabelle A 6). Eine Ausnahme ist der Spitalsozialdienst, der im pädiatrischen Kontext signifikant häufiger "manchmal" oder "regelmässig" informiert wird als in einem nicht-pädiatrischen Arbeitsumfeld (32.6% vs. 19.2%). Dies könnte damit zusammenhängen, dass Personen mit pädiatrischem Arbeitskontext signifikant häufiger in einer stationären Einrichtung arbeiten als Personen ohne einen solchen Hintergrund (49% vs. 38%).

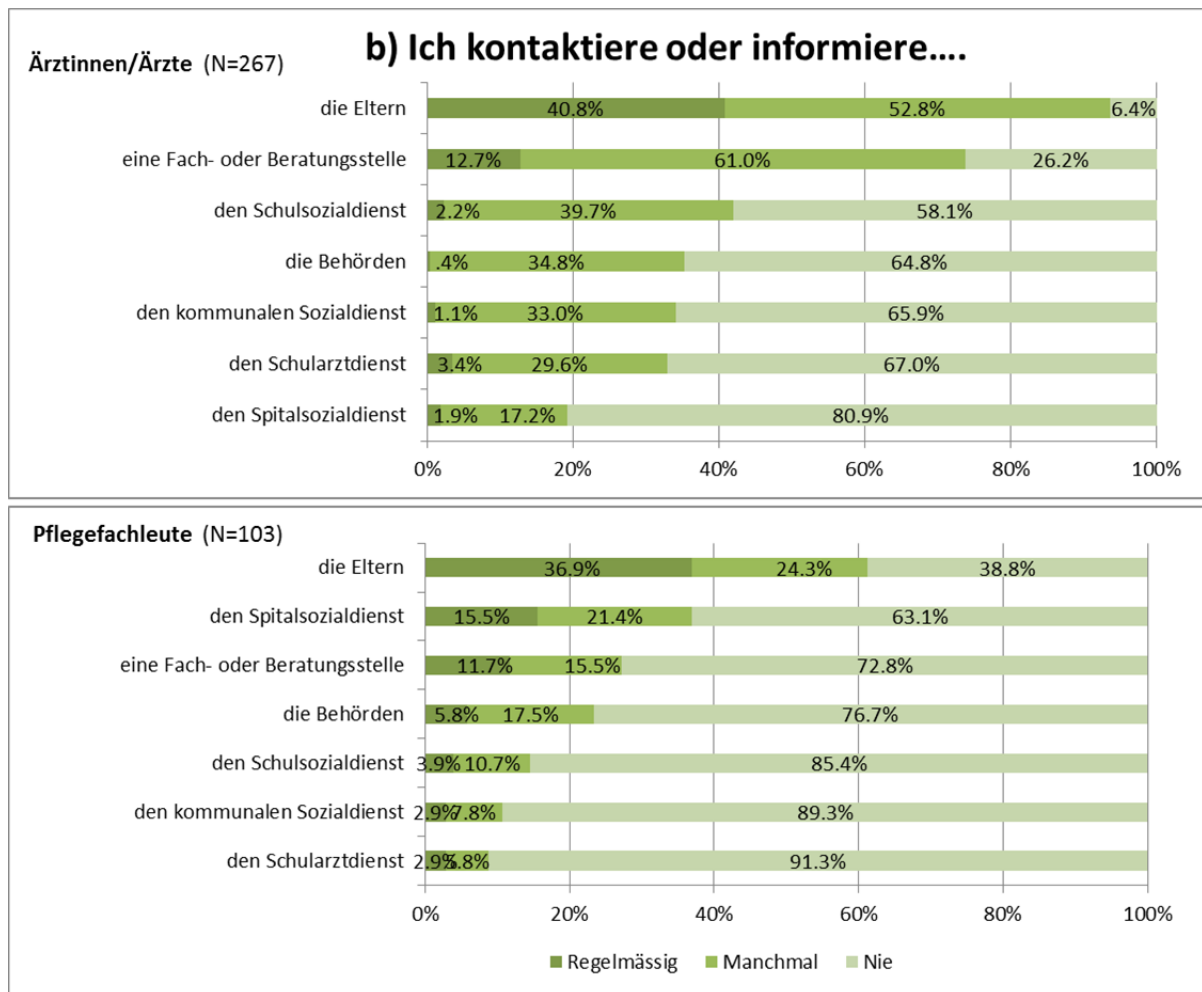


Abb. 8: Vorgehen bei Feststellung eines problematischen Konsums - Kontaktnahme und Informierung (nach Berufsgruppe). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

Die Ergebnisse des dritten Fragenblocks schliesslich (Abb. 9), welcher sich auf die eigene fachliche Informationsbeschaffung bezieht, zeigen, dass bei beiden Berufsgruppen die wichtigsten Informationsquellen Kolleginnen und Kollegen sowie Fachärztinnen oder -ärzte sind. Ebenfalls recht häufig werden von beiden Berufsgruppen Informationen bei Fach- oder Beratungsstellen sowie bei Psychologen/Psychologinnen oder Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen geholt. Wie bei a) zeigt sich auch hier, dass das Internet oder Online-Informationen eine relativ untergeordnete Position einnehmen. Sie werden von allen aufgelisteten möglichen Informationsquellen am wenigsten und nur von einer Minderheit der Befragten genutzt. Weitere mögliche Informationsquellen, die von den Befragten genannt wurden, sind u.a.: Literatur und eine Supervisionsgruppe oder die Informationen zu einem Raucherentzugsprogramm.

Bei der Informationsbeschaffung zur Thematik gibt es keine signifikanten Unterschiede nach pädiatrischem Kontext und nach Häufigkeit des Kontakts mit der Problematik, ausser dass bei Personen mit seltenem Kontakt ein grösserer Anteil regelmässig (19%) und ein kleinerer Anteil manchmal (50%) Informationen bei einer Fach- oder Beratungsstelle einholt als bei Personen mit häufigem Kontakt (9% resp. 61%) (Tabelle A 7).

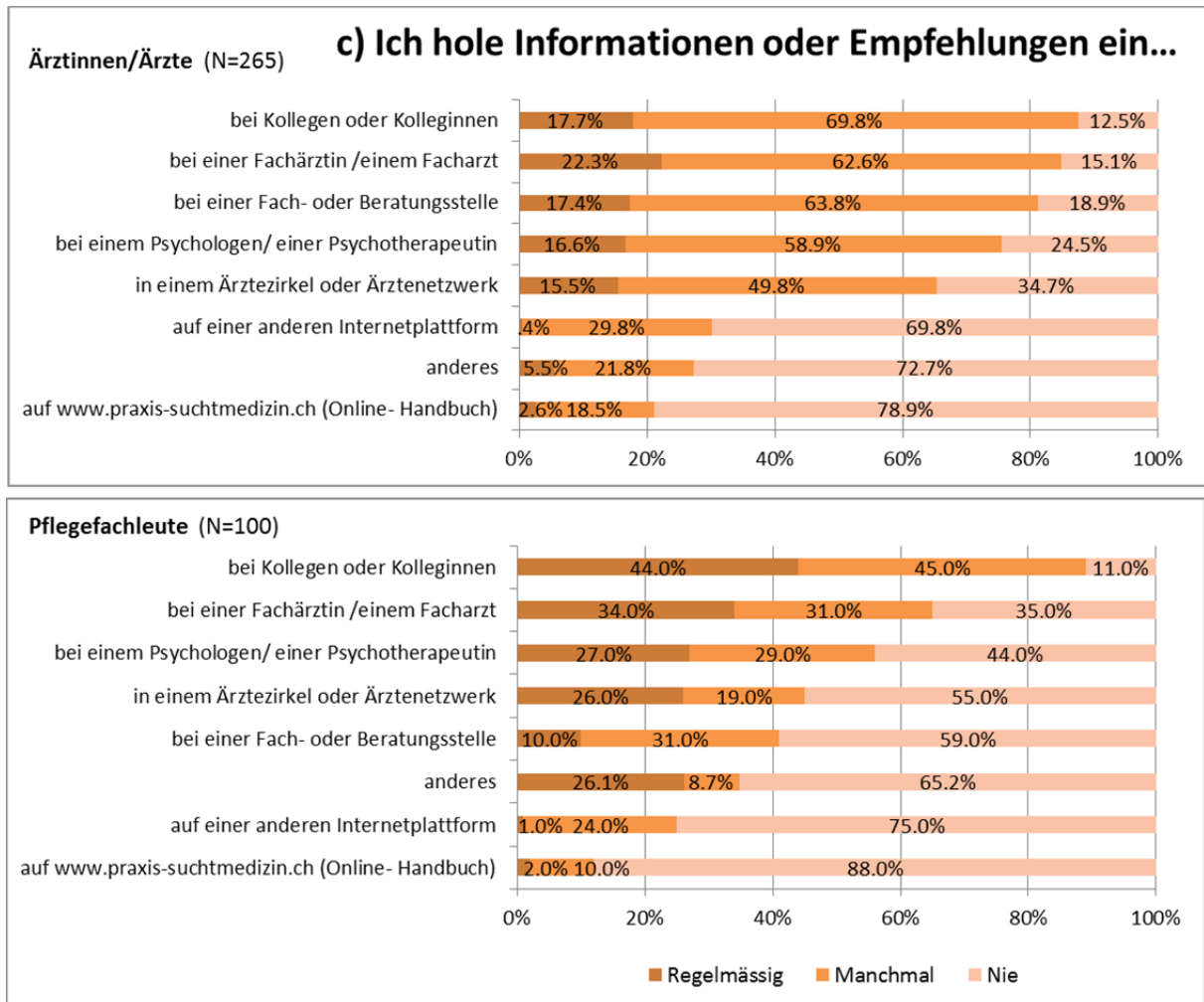


Abb. 9: Vorgehen bei Feststellung eines problematischen Konsums - Einholen von Informationen oder Empfehlungen (nach Berufsgruppe). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

Andere Vorgehensweisen die unter "anderes" genannt werden sind bei den Ärztinnen und Ärzten: Verweis an Fachstellen, lokale Jugendberatung und andere Beratungsstellen. Bei den Pflegefachleuten werden Stationsarzt oder Notfallarzt als Informationsquelle genannt; einmal wird erwähnt, dass meistens die Ärzte das Vorgehen übernehmen.

3.2.5.5 Methode, wenn selber behandelt oder beraten wird

Wenn eine medizinische Fachperson ein Kind oder einen Jugendlichen unter 16 Jahren selber behandelt oder berät, setzen gut 90 Prozent der Ärztinnen und Ärzte und knapp 80 Prozent der Pflegefachpersonen regelmässig oder manchmal auf das Vermitteln von Informationen. An zweiter und dritter Stelle folgen Kurzinterventionen und Motivierende Gesprächsführung, wobei jeweils rund ein Drittel der beiden Berufsgruppen diese beiden Methoden regelmässig einsetzen. Medikamente werden von 3 Prozent der Ärztinnen und Ärzten regelmässig verschrieben; mehr als die Hälfte verschreibt nie Medikamente. Unter "andere Verfahren" werden bei den Ärztinnen und Ärzten Familientherapie, Motivationstechniken und Überweisung in eine Therapie oder Drogenstelle genannt. Bei den Pflegefachleuten werden Überweisung an Arzt, Psychologe oder stationäre Behandlung oder Netzwerkgespräche genannt, oder es wird darauf hingewiesen dass dies der Arzt übernimmt und dass sie nur eine assistierende Funktion haben.

Personen in einem pädiatrischen Umfeld wenden signifikant seltener motivierende Gesprächsführung an, dafür signifikant häufiger Psychotherapie, andere Gesprächstechniken sowie andere Verfahren als Personen in einem nicht-pädiatrischen Umfeld (Tabelle A8). Personen mit häufigerem Kontakt zur Problematik wenden ebenfalls signifikant häufiger Psychotherapie und andere Gesprächstechniken an als andere Befragte, zudem verschreiben sie signifikant häufiger Medikamente (Tabelle A8).

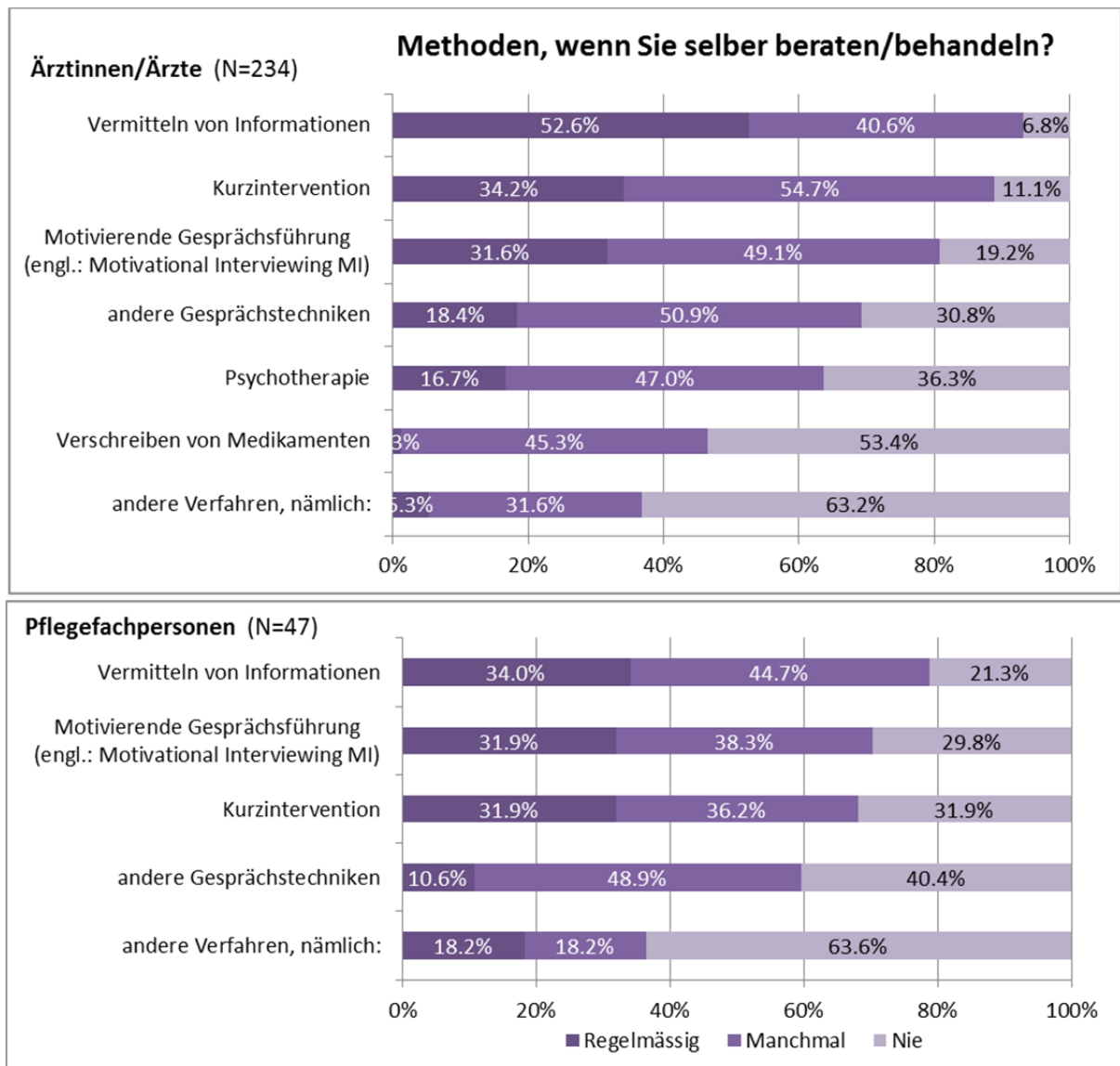


Abb. 10: Welche Methode wird angewandt, wenn Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren mit problematischem Substanzkonsum selber beraten oder behandelt werden (nach Berufsgruppe). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

3.2.6 Charakterisierung der Kinder und Jugendlichen - subjektive Sicht

Um herauszufinden, ob die Kinder und Jugendlichen aus subjektiver Sicht der Teilnehmenden sich von unauffälligen Gleichaltrigen, mit denen sie beruflich Kontakt haben, unterscheiden, wurde den Teilnehmenden eine Liste mit Merkmalen vorgelegt. Die Fragen sind so konstruiert, dass sich die Teilnehmenden jeweils entlang einer Dimension (z.B. "psychische Probleme") entscheiden müssen, ob das - negativ konnotierte - Merkmal (rechts im Diagramm) oder eher dessen positiver Gegenpol (links im Diagramm) zutrifft. Eine eigentliche Mittekategorie gibt es nicht, ausser beim "Migrationshintergrund" bei dem die Befragten zusätzlich die Kategorie "Migrationshintergrund repräsentativ für CH" (im Diagramm grün markiert) auswählen können. Die Teilnehmenden können jedoch auch angeben, dass Sie keine Beurteilung abgeben können (rosa Balken im Diagramm).

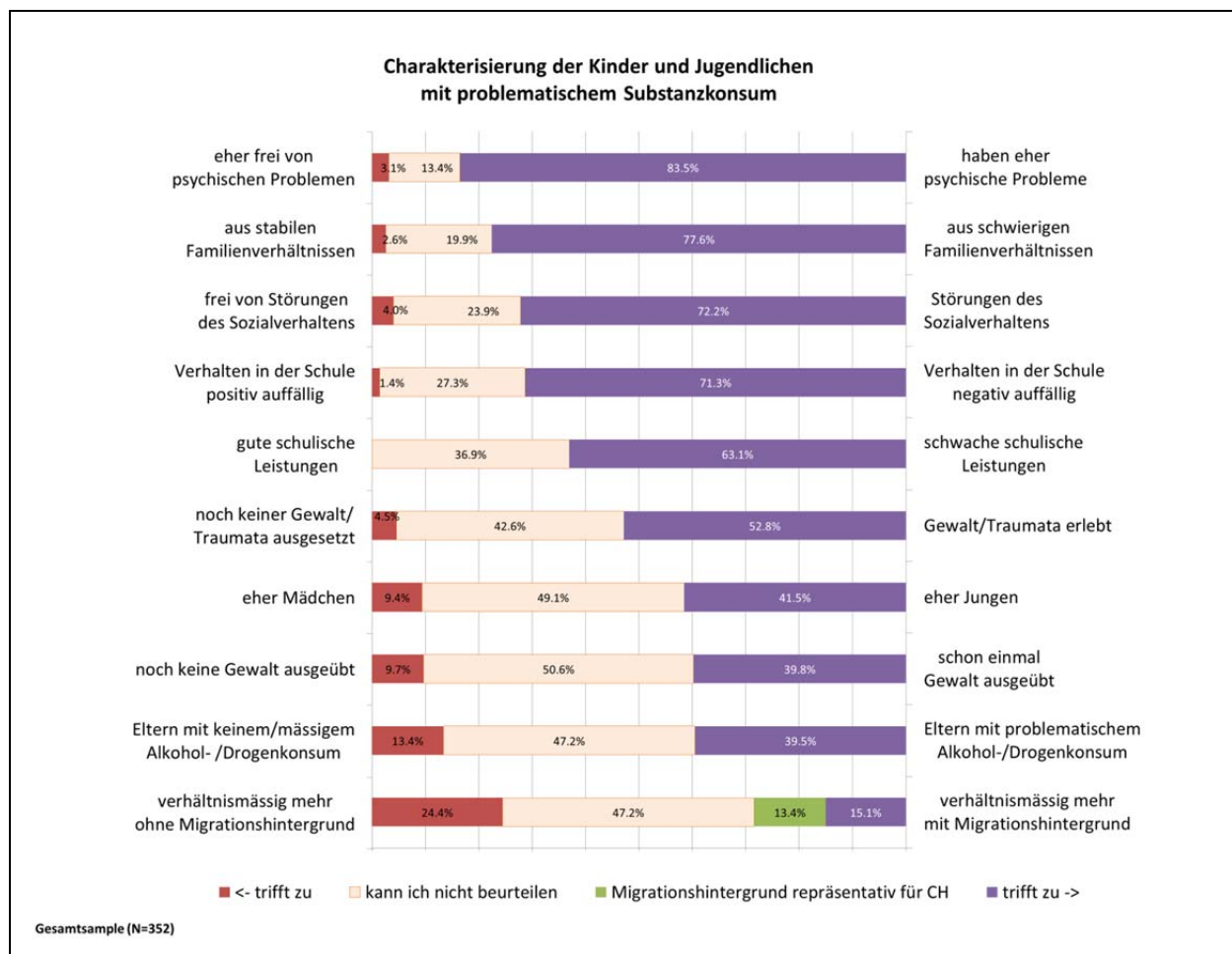


Abb. 11: Charakterisierung der Kinder und Jugendlichen unter 16 Jahren mit problematischem Konsum.
Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

Die Ergebnisse in Abb. 11 zeigen, dass am häufigsten das Vorliegen psychischer Probleme und schwieriger Familienverhältnisse als typisches Merkmal der jugendlichen Patientinnen und Patienten gesehen werden. Mehr als drei Viertel (83.5% respektive 77.6%) gibt an, dass diese Merkmale zutreffen. Etwa zwei Drittel der Befragten sieht Probleme in der Schule als charakteristisch für die auffälligen Jugendlichen an, wobei Personen in einem pädiatrischen Kontext signifikant häufiger schwache schulische Leistungen sowie Verhaltensauffälligkeiten in der Schule als typisch für diese Kinder und Jugendlichen einstufen (Tabelle A9). Ungefähr die Hälfte ist der Meinung, dass es vor allem Jungen und Jugendliche mit einem traumatischen Erlebnis

betrifft. Beim Merkmal Geschlecht gibt jedoch fast die Hälfte (49.0%) an, nicht beurteilen zu können, ob das Auftreten von Substanzkonsum geschlechtsspezifisch ist. Die vorherige Ausübung von Gewalt und das Vorliegen von Alkohol- oder Drogenkonsum in der Herkunftsfamilie wird von einer Minderheit der Befragten als charakteristisch bezeichnet. Am wenigsten häufig wird ein Migrationshintergrund als typisch eingeschätzt, wobei 13.4 Prozent der Meinung ist, dass der Anteil Migrantinnen und Migranten bei den Kindern und Jugendlichen mit problematischem Substanzkonsum deren Anteil in der Gesamtschweizerischen Bevölkerung entspricht und 24 Prozent, dass diese Kinder eher keinen Migrationshintergrund haben. Bei der Interpretation sollte stets beachtet werden, dass es hier um subjektive Einschätzungen der Befragten geht, die nicht notwendigerweise die tatsächlichen Verhältnisse widerspiegeln müssen.

3.2.7 Hindernisse bei der Früherkennung und Frühintervention

Abb. 12 beinhaltet die Antworten der Befragten auf die Frage, welche Aussagen nach ihrer Meinung zutreffen, wenn es um die Frühintervention geht. Die Aussagen beziehen sich auf Schwierigkeiten, die sich bei der Frühintervention ergeben können. An der Spitze der Liste von Hindernissen steht die Aussage, nicht über eine spezielle Ausbildung zu verfügen, um Kinder und Jugendliche mit dieser Problematik beraten zu können, und zwar sowohl bei den befragten Ärztinnen und Ärzten (62.5%) wie auch - noch ausgeprägter - bei den Pflegefachpersonen (83.5%). Bei der Ärzteschaft folgt an zweiter Stelle der Hindernisse die Angabe, dass Frühinterventionen im Tarmed-System ungenügend vergütet werden (56.6%). Von fast zwei Dritteln der Pflegefachpersonen werden an zweiter Stelle fehlende Screening-Instrumente als Hindernis bei Frühinterventionen wahrgenommen. Bei der Ärzteschaft stimmen knapp 40 Prozent dieser Aussage zu. Den sonstigen Aussagen stimmt sowohl bei der Ärzteschaft wie bei den Pflegefachpersonen immer nur eine Minderheit der Teilnehmenden zu. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass diejenigen, die diese Frage beantwortet haben, sich mehrheitlich für das Thema interessieren, dabei keine Scheu haben, das Thema bei den Jugendlichen anzusprechen und sich durchaus Erfolg davon versprechen. Rund ein Viertel bis ein Drittel der Teilnehmenden berichtet von Zeitmangel und von einer schlechten Mitwirkung der Kinder und Jugendlichen.

Bei dieser Frage gab es ebenfalls eine offene Kategorie, bei der die Teilnehmenden weitere Hindernisse nennen konnten. Weitere Schwierigkeiten, die hier mehrmals genannt wurden, sind: Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung mit dem Kind/Jugendlichen, wobei sich u.U. die elterliche Präsenz als unvorteilhaft erweisen kann; ein erschwerter Zugang der hochgefährdeten Jugendlichen zu den Vorsorgeuntersuchungen, da diese gerade im relevanten Alter nicht erscheinen und ein Mangel an Handlungsinstrumenten und Mitwirkung seitens der Jugendlichen. Auch die mangelnde Präsenz, bzw. Bagatellisierung dieses Themas in der Öffentlichkeit und in den Medien wird angesprochen.

Bei den Personen, die nur selten Kontakt mit diesen Kindern und Jugendlichen haben, findet ein signifikant grösserer Anteil (80%), dass ihnen eine spezielle Ausbildung fehlt als bei Personen, die häufiger Kontakte zu diesen Kindern und Jugendlichen haben (53%) (Tabelle A10). Personen mit häufigerem Kontakt zu diesen Kindern und Jugendlichen fühlen sich hingegen signifikant seltener unwohl dabei, ihre jungen Patientinnen und Patienten auf die Thematik anzusprechen als Befragte, die höchstens alle paar Monate Kontakt haben (7.7% vs. 18%), hingegen befürchten sie tendenziell eher, durch das Ansprechen des Themas Substanzkonsum die Kinder und Jugendlichen als Patientin oder als Klient zu verlieren (6.3 vs. 2.0%). Befragte in einem pädiatrischen Kontext sehen das Arzt- resp. Berufsgeheimnis signifikant seltener als Hindernis für Früherkennung und -intervention als Personen ohne pädiatrischen Hintergrund (19.5% vs. 30.5%).

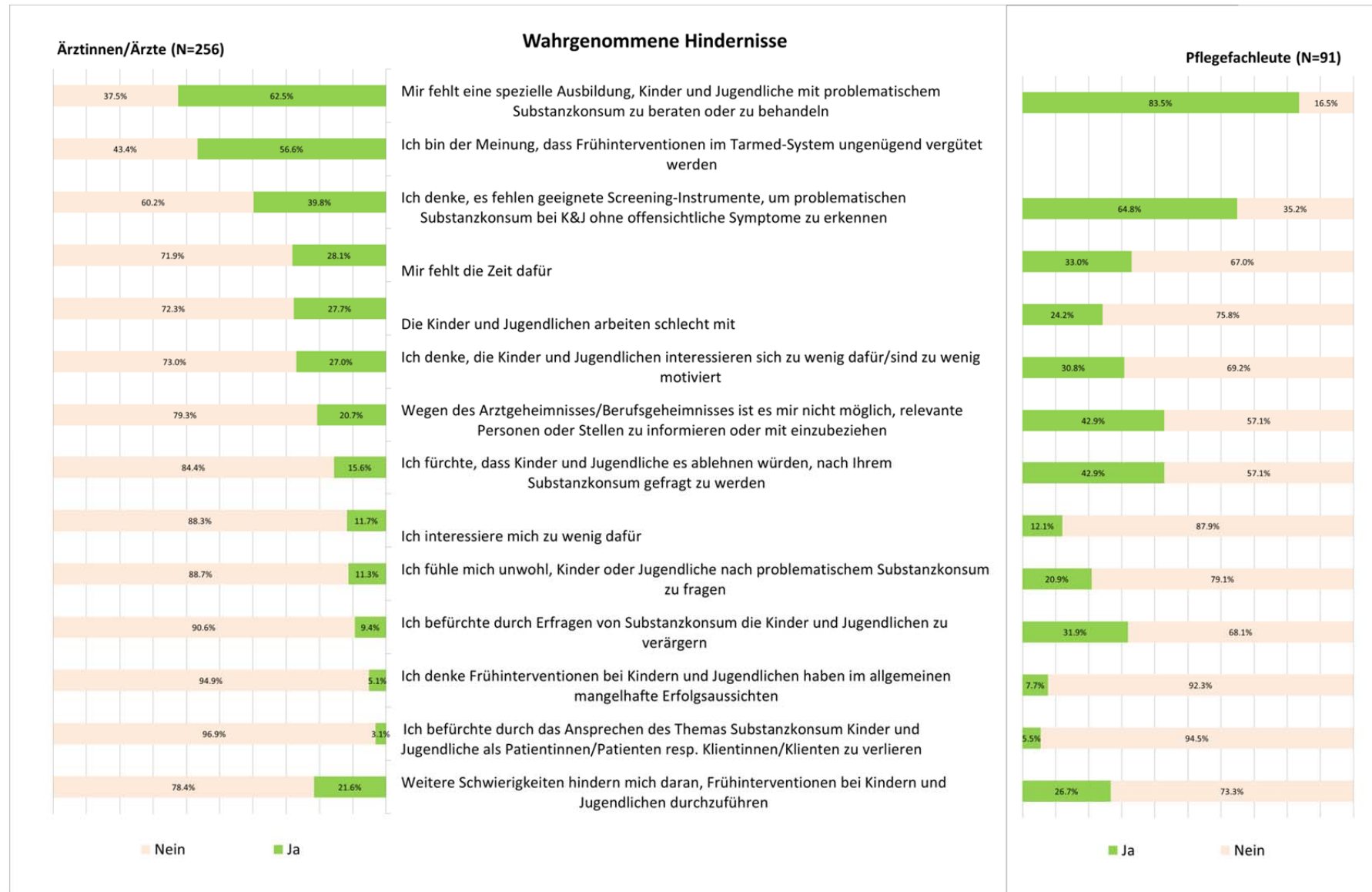


Abb. 12: Wahrgenommene Hindernisse bei der Früherkennung und Frühintervention . Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

3.2.8 Eigene Rolle und therapeutisches Engagement

Bei diesem Frageblock geht es um das Messen der Attitüde der Teilnehmenden in Bezug auf Intervention beim problematischen Konsum. Als Vorlage dient hier der SAAPPQ (Short Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire, (Anderson et al. 1987)). Der SAAPPQ ist eine validierte Skala bestehend aus 10 7-stufigen Likert-Items. Das ursprüngliche Instrument misst zwei Dimensionen. Die erste Dimension lässt sich bezeichnen als die "Rollensicherheit" ("RS"), welche sich aus den beiden Subdimensionen Rollenlegitimität (role legitimacy), abgekürzt "RS/RL", und Rollenadäquatheit (role adequacy), abgekürzt "RS/RA", zusammensetzt. Bei dieser Dimension geht es vor allem um das Ausmass, in denen die Befragten sich einerseits die Berechtigung (oder Verantwortung) und andererseits sich die Kompetenz zum Intervenieren zusprechen. Die zweite Dimension wird als "Therapeutisches Engagement" (=TE) (therapeutical commitment) bezeichnet. Diese setzt sich aus drei Subdimensionen, nämlich erstens der Motivation (abgekürzt "TE/MO") , der medizinischen Fachperson, mit dieser Gruppe zu arbeiten, zweitens der Arbeitszufriedenheit die sich daraus ergibt (abgekürzt "TE/AZ") und schliesslich dem Aufgabenspezifische Selbstwertgefühl (task specific self-esteem) (abgekürzt "TE/SW"). Da die SAAPPQ sich nur auf die Alkoholproblematik bezieht wurde für diese Untersuchung eine adaptierte Version erstellt, welche die Einstellungen gegenüber dem problematischen Konsum aller Substanzen erfassen soll.

3.2.8.1 Einstellungen der Ärzteschaft und Pflegefachpersonen (Einzelitems)

Eine Auswertung der einzelnen Items dieser Skala (die aus Darstellungsgründen zu dreistufigen transformiert wurden) liefert die Abb. 13. Hier fällt auf, dass die übergrosse Mehrheit der Teilnehmenden, die diese Frage beantwortet haben, sich berechtigt fühlt, die Jugendlichen zu dieser Thematik zu befragen (94.0% der Ärzteschaft und 73% der Pflegefachpersonen) und sich davon Erfolge verspricht (90.8% resp. 88.6). Eine Minderheit der Befragten sind der Meinung, dass sie ihren Ansprüchen diesbezüglich nicht gerecht werden können (Ärztinnen/Ärzte: 32.7%; Pflegefachpersonen: 39.8%) bzw. wenige Erfolge erwarten können (Ärztinnen/Ärzte: 25.1%; Pflegefachpersonen: 23.9%). Unsicherheit herrscht bei den Befragten hingegen bezüglich den eigenen Kompetenzen in diesem Bereich: Während mit 55 Prozent etwas mehr als die Hälfte der Ärzteschaft glaubt, genügend über die Ursachen des problematischen Konsums zu wissen, sieht sich nur die Hälfte oder 51.0 Prozent in der Lage, die Jugendlichen in diesem Bereich angemessen beraten zu können. Im Vergleich zur Ärzteschaft schätzt bei den Pflegefachpersonen ein deutlich kleinerer Anteil ihr Wissen als genügend ein, nämlich nur knapp ein Drittel (30.7%) und auch die eigene Kompetenz zu beraten wird von deutlich weniger Pflegefachpersonen als genügend beurteilt (21.6%). Letzteres Ergebnis steht in Einklang mit der Angabe über das Fehlen einer spezialisierten Ausbildung bei der Frühintervention (vgl. Abb. 12)

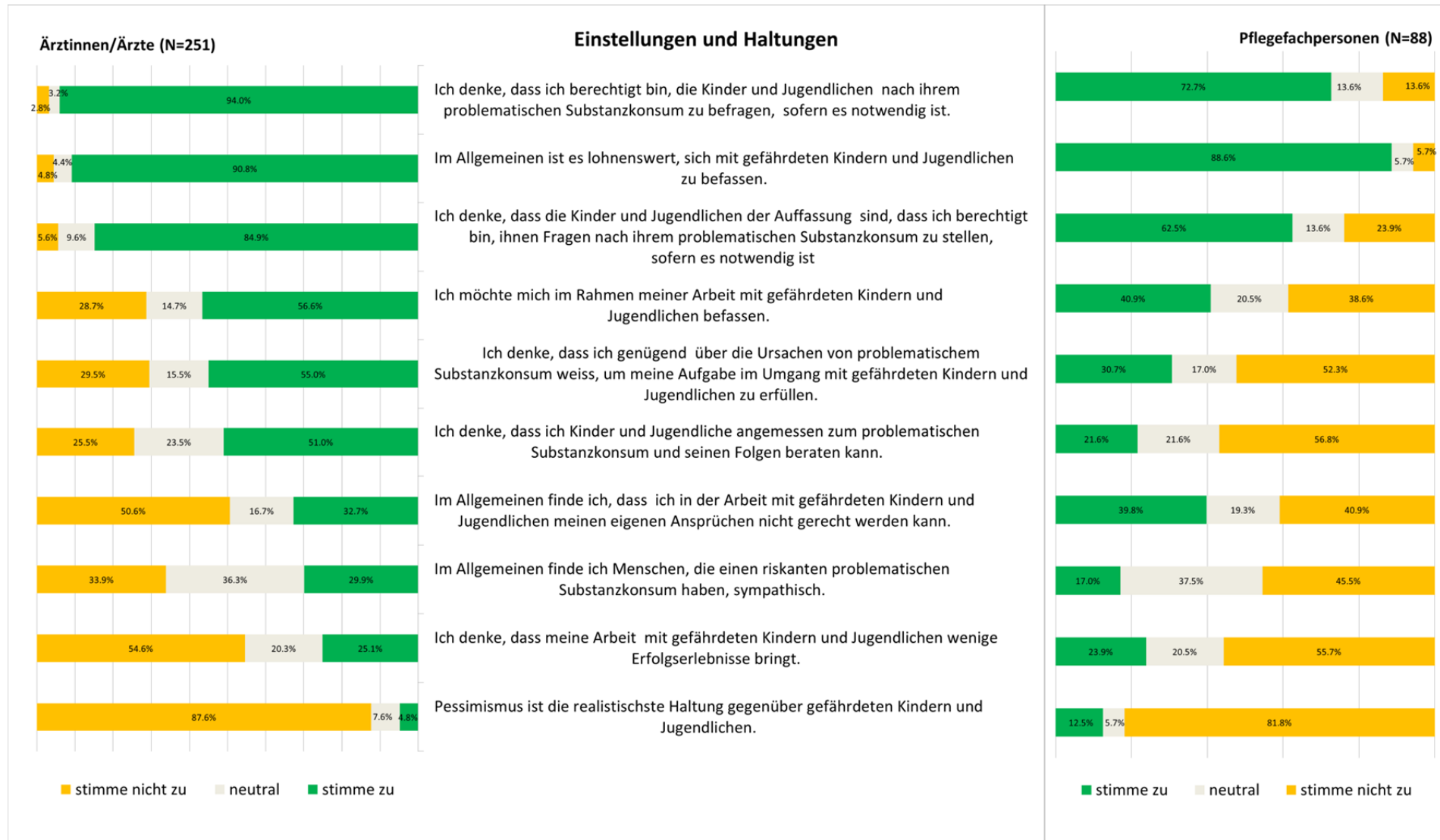


Abb. 13: Einstellungen und Haltungen bezüglich Früherkennung und Frühintervention. Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

Befragte mit einem pädiatrischen Hintergrund unterscheiden sich nicht von den übrigen Teilnehmenden, ausser dass sie Pessimismus signifikant seltener als eine realistische Haltung bezeichnen (1.9% vs. 9.7%) (Tabelle A11). Hingegen unterscheiden sich Personen, die mindestens mehrmals pro Monat Kontakt mit der Problematik haben, in mehreren Aspekten signifikant von Personen, die höchstens alle paar Monate damit konfrontiert sind: Sie möchten sich deutlich häufiger mit gefährdeten Kindern und Jugendlichen befassen (70% vs. 40%), sie schätzen ihr Wissen häufiger als genügend ein (59% vs. 42%), entsprechend häufiger denken sie, dass sie diese Kinder und Jugendlichen angemessen beraten können (54% vs. 36%) und dass sie ihren eigenen Ansprüchen gerecht werden (54% vs. 44%).

3.2.8.2 Rollensicherheit und therapeutisches Engagement

In Abb. 14 sind die Verteilungen der Werte der Hauptdimensionen Rollensicherheit und therapeutisches Engagement abgebildet. Für das Gesamtsample wurde für die Rollensicherheit ein mittlerer Score von 20.04 (SD = 4.637) und für das therapeutische Engagement ein mittlerer Score von 29.35 (SD = 4.859) ermittelt. Für das therapeutische Engagement ergeben sich für beide Berufsgruppen vergleichbare mittlere Scores (Ärztinnen/Ärzte: 29.81, SD = 4.83; Pflegefachpersonen: 28.05, SD 4.70), bei der Rollensicherheit zeigen sich hingegen Unterschiede: Die Pflegefachpersonen erreichen mit einem mittleren Score von 17.15 (SD=5.037) einen deutlich tieferen Wert als die Ärztinnen und Ärzte (21.06, SD=4.032). Das heisst, die Pflegefachpersonen sind zwar gleich stark engagiert als die befragten Ärztinnen und Ärzte, fühlen sich bei der Beratung der Kinder und Jugendlichen in ihrer Rolle jedoch unsicherer als die Ärztinnen und Ärzte.

Personen, die mindestens mehrmals pro Monat Kontakt mit der Problematik haben, zeigen in der univariaten Analyse eine signifikant grössere Rollensicherheit (Mittlerer Score 21.05, 95% CI: 20.30-21.80) als Personen, die höchstens alle paar Monate mit der Thematik konfrontiert sind (Mittlerer Score 19.35, 95% CI 18.70 vs. 20.00) und ebenfalls ein signifikant grösseres Commitment (Mittlerer Score 30.79, 95%CI 30.05-31.56) als weniger involvierte Personen (Mittlerer Score: 28.39, 95% CI 27.7-29.04). Beim pädiatrischen Kontext können in der univariaten Analyse sowohl bei der Rollensicherheit wie beim Commitment Tendenzen in die gleiche Richtung beobachtet werden, wobei die beobachteten Unterschiede keine Signifikanz erreichen.

Da sich die Ärzteschaft und Pflegefachpersonen sowohl in ihren Antworten zur Einstellung und Haltung (Abb. 13) wie auch beim beruflichen Umfeld (Tabelle 3) und der Häufigkeit des Kontaktes zu den Kindern und Jugendlichen (Abb. 1) unterscheiden, besteht bei den univariaten Analysen die Gefahr eines Bias. In einem nächsten Schritt wurden deshalb multivariate lineare Regressionsmodellen berechnet mit Rollensicherheit und therapeutischem Engagement als abhängige Variablen, dem pädiatrischen Kontext (Modell A) und der Häufigkeit des Kontaktes (Modell B) als Prädiktoren sowie demografischen Variablen als Covariaten.

In Tabelle 9 sind die Resultate dieser Analysen ersichtlich. Die Rollensicherheit ist sowohl in einem pädiatrischen Kontext (Modell A) wie auch bei häufigerem Kontakt (Modell B) signifikant erhöht. Hingegen haben Pflegefachleute in beiden Modellen eine signifikant tiefere Rollensicherheit als Ärztinnen und Ärzte und Frauen fühlen sich in ihrer Rolle weniger sicher als Männer. Alter, Nationalität und Sprachregion sind nicht mit der Rollensicherheit assoziiert. Personen, in einem pädiatrischen Kontext zeigen ein signifikant höheres therapeutisches Engagement als Personen in einem anderen Arbeitskontext, ebenso sind Personen mit häufigerem Kontakt zu diesen Kindern und Jugendlichen stärker therapeutisch engagiert. Pflegefachleute tendieren zu einem etwas tieferen Engagement, wobei dies nur im Modell B knapp signifikant ist. Frauen engagieren sich therapeutisch gleich stark wie Männer. In beiden Modellen ist die italienische Sprachregion mit tieferem therapeutischem Engagement assoziiert.

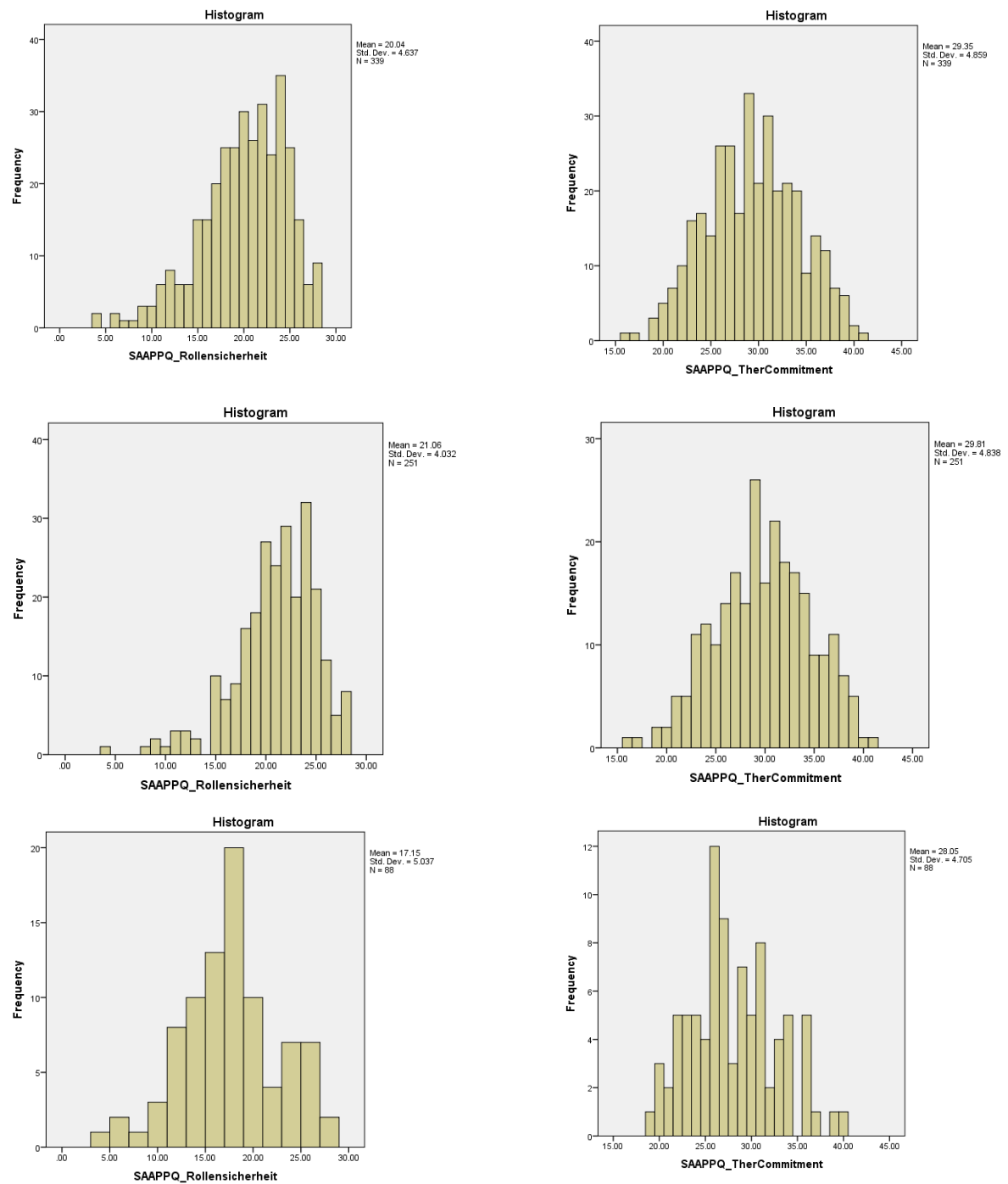


Abb. 14: Rollensicherheit (rechts) und therapeutisches Engagement (links). Oben: Gesamt sample (N=356); Mitte: Ärztinnen/Ärzte (N=251); Unten: Pflegefachleute (N=88). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

Tabelle 9: Pädiatrischer Kontext (Modell A) und Häufigkeit Kontakt mit Kindern und Jugendlichen (Modell B) als Prädiktoren für Rollensicherheit (rechts) und therapeutisches Engagement (links), adjustiert für demografische Covariaten. Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

	SAAPPQ_Rollensicherheit				SAAPPQ_TherapeuticCommitment			
	B	95.0%CI		Sig.	B	95.0%CI		Sig.
		Lower Bound	Upper Bound			Lower Bound	Upper Bound	
Modell A: Pädiatrischer Kontext								
Konstante	25.72	22.65	28.79	.000	31.79	28.41	35.18	.000
Pädiatrischer Kontext (Referenz=Nein)								
Ja	1.11	0.10	2.11	.032	1.21	0.10	2.32	.033
Berufsgruppe (Referenz=Ärztin/Arzt)								
Pflege	-2.90	-4.27	-1.54	.000	-1.40	-2.90	0.11	.070
Geschlecht (Referenz=Männer)								
Frauen	-1.57	-2.69	-0.45	.006	-0.35	-1.58	0.89	.580
Alter (Referenz=20-39 Jahre)								
40-54 Jahre	0.04	-1.34	1.41	.960	-0.58	-2.10	0.94	.454
55 Jahre und älter	0.34	-1.30	1.97	.687	0.07	-1.74	1.87	.943
Nationalität (Referenz=Schweiz)								
Ausland	-0.16	-1.37	1.05	.792	-0.20	-1.53	1.14	.774
Sprachregion (Referenz=Deutschsprachig)								
Französischsprachig	-0.34	-1.97	1.28	.678	1.09	-0.70	2.88	.232
Italienischsprachig	-1.26	-3.09	0.58	.180	-3.36	-5.39	-1.33	.001
Modell B: Häufigkeit Kontakt								
Konstante	25.44	22.42	28.47	.000	31.30	28.01	34.60	.000
Häufigkeit Kontakt (Referenz= selten)								
mehrmals pro Monat oder häufiger	1.79	0.86	2.71	.000	2.43	1.43	3.44	.000
Berufsgruppe (Referenz=Ärztin/Arzt)								
Pflege	-2.99	-4.33	-1.66	.000	-1.47	-2.93	-0.01	.048
Geschlecht (Referenz=Männer)								
Frauen	-1.39	-2.47	-0.31	.012	-0.17	-1.34	1.01	.780
Alter (Referenz=20-39 Jahre)								
40-54 Jahre	0.07	-1.28	1.43	.917	-0.49	-1.97	0.99	.514
55 Jahre und älter	0.25	-1.36	1.85	.763	0.00	-1.75	1.75	.998
Nationalität (Referenz=Schweiz)								
Ausland	-0.34	-1.53	0.85	.574	-0.42	-1.72	0.88	.523
Sprachregion (Referenz=Deutschsprachig)								
Französischsprachig	-0.10	-1.68	1.49	.903	1.35	-0.38	3.07	.125
Italienischsprachig	-1.29	-3.10	0.52	.163	-3.41	-5.38	-1.43	.001

3.2.9 Zusammenfassung der Resultate der Online-Befragung

Im Zeitraum November 2013 bis September 2014 haben 1'200 medizinische Fachpersonen (916 Ärztinnen/Ärzte und 284 Pflegefachpersonen) an der Online-Befragung teilgenommen. In den Ergebnissen zeigt sich als Erstes, dass bei weitem nicht alle Arbeitsorte und Fachgebiete gleichermassen mit dem problematischen Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren zu tun haben. Vor allem beim schulärztliche Dienst und in stationären (medizinischen) Einrichtungen sind Fachpersonen mit der Thematik konfrontiert. Innerhalb des stationären Kontextes stösst das Thema vor allem bei den pädiatrischen Kliniken und Abteilungen sowie auf der Notfallstation und auf Psychiatrieabteilungen auf Interesse. In den Arztpraxen kommt nur eine Minderheit mit diesen Kindern und Jugendlichen in Kontakt. Bei der Ärzteschaft sind es die Spezialisierungen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendmedizin, die am meisten mit diesen Problemen konfrontiert sind.

Beim Ansprechen der Problematik liegt die Initiative am häufigsten bei den Eltern (oder anderen Bezugspersonen), gefolgt von den Ärztinnen und Ärzten selbst; die Kinder und Jugendlichen selbst melden sich eher selten. Im Kontext der Arztpraxis sind Tabak, Alkohol und Cannabis - in dieser Reihenfolge - die wichtigsten Substanzen, die zur Sprache kommen, im stationären Kontext steht Alkohol an erster Stellen, gefolgt von Tabak und Cannabis. Bezüglich der Abklärung zeigt sich, dass am häufigsten psychische Auffälligkeiten oder Verhaltensauffälligkeiten sowie eine offensichtliche Alkoholvergiftung zu einer Abklärung führen.

Ein systematisches Vorgehen zur Abklärung kennt die Mehrheit der Befragten nicht, wobei im stationären Kontext systematische Vorgehensweisen deutlich häufiger vorkommen als in den Arztpraxen. Ärztinnen und Ärzte treffen die Abklärung am häufigsten mit einer körperlichen Untersuchung und mit Labortests. Pflegefachpersonen klären problematischen Substanzkonsum nur selten ab und setzen dann am ehesten ein Ablaufschema oder einen Prozessbeschrieb ein. Die häufigsten Massnahmen bestehen bei den Ärztinnen und Ärzten aus eigener Beratung sowie Verweisen an Fachspezialisten/Fachspezialistinnen oder Fachstellen. Pflegefachpersonen beraten nur selten selber und verweisen am häufigsten an eine Beratungs- oder Fachstelle. Verweise auf Internetangebote finden in beiden Berufsgruppen relativ selten statt. In der Mehrheit der Fälle werden die Eltern kontaktiert. Zur Behandlung wird von den Befragten gegebenenfalls Rat oder Empfehlungen eingeholt bei Kolleginnen und Kollegen oder Fachspezialisten und Fachspezialistinnen. Auch zur eigenen Wissensbeschaffung wird das Internet vergleichsweise selten genutzt. Wenn selber beraten oder behandelt wird, setzen sowohl Ärztinnen und Ärzte wie auch Pflegefachpersonen am häufigsten auf das Vermitteln von Informationen, auf eine Kurzintervention oder auf motivierende Gesprächsführung.

Eine grosse Mehrheit der Befragten charakterisiert die Kinder und Jugendlichen als psychisch auffällig und aus eher schwierigen Familienverhältnissen stammend; auch in der Schule fallen diese Jugendlichen nach der Meinung der Teilnehmenden negativ auf. Dieses Ergebnis scheint konsistent mit dem Befund, dass es gerade die psychischen Auffälligkeiten sind, welche zu einer Abklärung führen. Auffallend ist, dass nur eine Minderheit der Meinung ist, dass diese Kinder aus alkoholbelasteten Familien stammen.

Bezüglich der wahrgenommenen Hindernisse bei der Frühintervention fällt ins Auge, dass die meisten Befragten das Fehlen einer fachspezifischen Ausbildung als Hindernis wahrnehmen. Von den Personen, die nur selten mit diesen Kindern Kontakt haben, finden 80 Prozent, dass ihnen eine spezielle Ausbildung fehlt. Von den Personen, die mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakte zu diesen Kindern und Jugendlichen haben, stimmen 53 Prozent dieser Aussage zu. Fehlende Screening-Instrumente nimmt insbesondere eine Mehrheit der Pflegefachpersonen als Hindernis der Früherkennung und Frühintervention wahr. Weiter fällt auf, dass eine Mehrheit der Ärzteschaft dem strukturellen Aspekt einer ungenügenden Vergütung über das Tarmed-System als Hindernis für das Durchführen einer Frühintervention nennt. Erfreulicherweise ist ein grosser Teil dennoch überzeugt, dass Frühinterventionen Sinn machen und Erfolg versprechen.

Die Ergebnisse des adaptierten SAAPPQ weisen in die gleiche Richtung: Sowohl Ärztinnen und Ärzte wie Pflegefachpersonen fühlen sich in grosser Mehrheit berechtigt und haben wenig Hemmungen, den Substanzkonsum anzusprechen. Zudem glauben sie mehrheitlich an einen Erfolg, jedoch nur die Hälfte der Ärzteschaft und ein Fünftel der Pflegefachpersonen schätzt sich als kompetent ein zur Durchführung einer angemessenen Beratung, wobei die Mehrheit der Ärzteschaft ihr Wissen als genügend einschätzt, während eine Mehrheit der Pflegefachpersonen ihr Wissen als ungenügend beurteilt. Personen, die mindestens mehrmals pro Monat Kontakt mit der Problematik haben unterscheiden sich in mehreren Aspekten von Personen, die höchstens alle paar Monate damit konfrontiert sind: Sie möchten sich deutlich häufiger mit gefährde-

ten Kindern und Jugendlichen befassen (70% vs. 40%), sie schätzen ihr Wissen häufiger als genügend ein (59% vs. 42%), entsprechend häufiger denken sie, dass sie diese Kinder und Jugendlichen angemessen beraten können (53% vs. 36%) und dass sie ihren eigenen Ansprüchen gerecht werden (55% vs. 44%).

Ergänzend zu diesen Ergebnissen ist noch anzumerken, dass es in den offenen Antworten Hinweise dazu gibt, dass die Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen als schwierig erlebt wird, was einerseits einer fehlenden Motivation bei den Kindern und Jugendlichen, andererseits auch (vor allem in der französischen Schweiz) der Anwesenheit der Eltern zugeschrieben wird. Letzteres kann u.U. den Aufbau einer Vertrauensbeziehung der Fachperson mit dem Kind oder dem Jugendlichen beeinträchtigen. Bei den offenen Fragen wird mehrmals erwähnt, dass Vorsorgeuntersuchungen in dieser Hinsicht nicht zweckmässig sind, da sie in diesem Alter oft nicht stattfinden. Eine «jugendärztliche» Vorsorgeuntersuchung mit 14–16 Jahren ist in Tarmed nur als Nichtpflichtleistung der Krankenkassen enthalten¹⁹.

3.3 Feedback-Runde zur Online-Befragung (Delphi-Befragung)

3.3.1 Schlussfolgerungen zur Stellungnahme

Aus den Ergebnissen der Online-Befragung wurden folgende vier Schlussfolgerungen abgeleitet:

Schlussfolgerung 1 - Zuständigkeit für die Früherkennung:

Die Früherkennung von problematischem Substanzkonsum bei einem Kind oder Jugendlichen ist eine Aufgabe von medizinischen Fachpersonen

Schlussfolgerung 2 - Vorgehen bei der Früherkennung:

Für die Früherkennung von Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen im medizinischen Kontext braucht es mehr systematische Vorgehensweisen (z.B. Triage-Instrument, Anleitung, Ablaufschema, Prozessbetrieb etc.).

Schlussfolgerung 3- Vorgehen bei der Abklärung:

Spezifische Instrumente zur Abklärung von problematischem Konsum sind zu wenig bekannt und werden zu selten eingesetzt.

Schlussfolgerung 4 - Ressourcen für die Frühintervention:

Für die Frühintervention im medizinischen Kontext besteht ein Bedarf nach einer speziellen Ausbildung sowie einer angemessenen Vergütung

Diese vier Schlussfolgerungen wurden N=166 Ärztinnen/Ärzten und Pflegefachpersonen, welche die Online-Befragung abgeschlossen sowie die vertiefenden Fragen beantwortet hatten, in einer Delphi-Befragung zur Stellungnahme unterbreitet. Zu jeder dieser vier Schlussfolgerungen konnten die Teilnehmenden der Feedbackrunde angeben, ob sie damit einverstanden sind (Ja, Ja mit Vorbehalt, Nein, Keine Stellungnahme) und ihre Stellungnahme kommentieren (vgl. Abschnitt 2.4).

¹⁹Vgl. <http://www.aerzte-bl.ch/der-arzt-raet/check-up/mit-fuenfzehn-zum-checkup/>

3.3.2 Ergebnisse der Feedbackrunde (Delphi-Befragung)

3.3.2.1 Quantitative Auswertung der Stellungnahmen

In Abb. 15 sind die quantitativen Ergebnisse zu den Stellungnahmen festgehalten. Die Anzahl der Fachpersonen, die zu den vier Schlussfolgerungen Stellung bezogen hat, variiert dabei von 82 bis 92, was einer Rücklaufquote von 49-55 Prozent (auf das bereinigte Gesamtsample von N = 166 bezogen) entspricht. Bezüglich Schlussfolgerung 1 lässt sich der Tabelle entnehmen, dass mehr als die Hälfte der Befragten (58%) dieser ohne Vorbehalt zustimmt, während gut ein Drittel dies mit Vorbehalten macht. Damit ist eine überwältigende Mehrheit von 95 Prozent der Meinung, dass die Zuständigkeit für die Früherkennung bei den medizinischen Fachpersonen liegt; nur 3.5 Prozent lehnt diese Aussage ab und etwas mehr als 1 Prozent nimmt keine Stellung. Die Schlussfolgerung 2, dass es für die Früherkennung mehr systematische Vorgehensweisen braucht, findet weniger Zustimmung; immerhin sind die Hälfte der Befragten ohne Vorbehalt dieser Meinung, während knapp 30 Prozent dieser Aussage mit Vorbehalten zustimmen; 19 Prozent lehnt diese Aussage ab und gut 1 Prozent hat keine Stellung bezogen. Etwas mehr Zustimmung findet die dritte Schlussfolgerung, die sich auf den Einsatz spezifischer Abklärungsinstrumente bezieht: 60 Prozent der Befragten stimmen dieser ohne Vorbehalt zu, 24.1 Prozent mit Vorbehalt, und 12 Prozent lehnen diese Aussage ab. Der Prozentsatz derjenigen, die keine Stellung nehmen wollen, ist bei dieser Aussage mit 3.6 Prozent am höchsten. Bei Schlussfolgerung 4 schliesslich ist der Prozentsatz der Fachpersonen, die diese Aussage ohne Vorbehalt bejahen, mit 62 Prozent am höchsten; knapp 10 Prozent lehnt die Aussage ab. Gerade bei dieser letzten Schlussfolgerung zeigt sich jedoch auch, dass zur Interpretation dieser Ergebnisse eine genauere Analyse der gegebenen Antworten notwendig ist, insbesondere auch von den Kommentaren, die zusätzlich zu den quantifizierbaren Antwortkategorien gegeben wurden. Es muss im Auge behalten werden, dass die Schlussfolgerungen nicht in erster Linie Frage-Items eines standardisierten Fragebogens sind, sondern dass ihre Formulierung die Fachpersonen anregen sollte, möglichst verschiedene Standpunkte einzubringen. Deshalb werden im nächsten Abschnitt diese Kommentare genauer betrachtet.

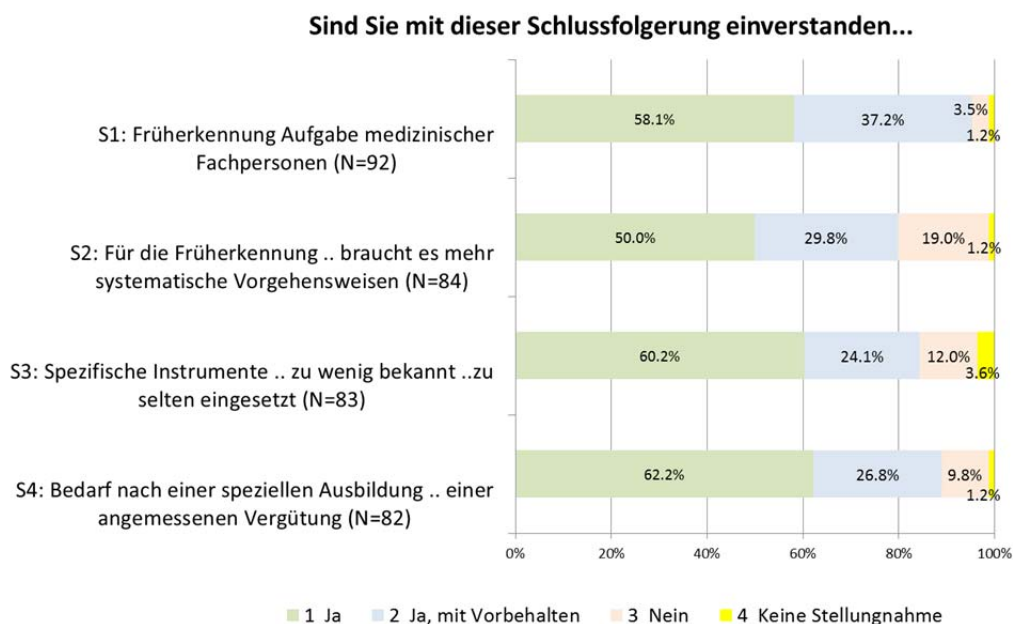


Abb. 15: Einverständnis mit den Schlussfolgerungen. Online-Delphi-Befragung "Substanzkonsum", 2014

3.3.2.2 Kommentare zu den Schlussfolgerungen

Generell lässt sich feststellen, dass die Kommentare zu allen Schlussfolgerungen mehrheitlich in die gleiche Richtung gehen. Die erste Schlussfolgerung, dass die Früherkennung eine Aufgabe der medizinischen Fachpersonen sei, hat im Vergleich zu den anderen Schlussfolgerungen die meisten Kommentare ausgelöst. Diese gehen mehrheitlich in die gleiche Richtung; bei denjenigen die die Kommentare ohne Vorbehalt bejahen, tendieren die Kommentare darauf hin, die Zuständigkeit als selbstverständlich, zum Pflichtenheft der medizinischen Fachperson einzustufen ("Kernaufgabe"), ein kleinerer Teil führt eine besondere Eignung der Fachpersonen (z.B. Vertrauen durch das Arztgeheimnis) auf, weshalb diese sich der Aufgabe annehmen sollen. Vorbehalte gehen häufig in die Richtung, dass medizinische Fachpersonen nicht alleinig für die Früherkennung zuständig sind sondern dass Eltern und Lehrpersonen ebenfalls eine zentrale Rolle spielen. Manchmal wird differenziert nach Zuständigkeitsgrad, beispielsweise mit dem Hinweis, dass nicht alle Ärzte gleich viel mit Jugendliche zu tun haben, beziehungsweise dass Jugendliche in diesem Alter relativ selten einen Arzt sehen. Auf Fachpersonen aus anderen Berufsgruppen (ausser Lehrpersonen) wird kaum Bezug genommen. Eine Äusserung betont die Notwendigkeit einer guten Kooperation mit den Eltern "(...) Eher sind die Eltern gefragt, die Hinweise den Fachpersonen zu geben".

In den Kommentaren, die zur zweiten Schlussfolgerung gegeben werden, dominiert bei denjenigen, die diese Aussage ohne Vorbehalte bejaht haben, die Vermutung, dass mit Hilfe systematischer Vorgehensweisen sich im Bereich Früherkennung wohl noch einiges verbessern liesse und dass solche Vorgehensweisen auch die Hemmschwelle, nach einem Substanzkonsum zu fragen, niedrig halten könnten. Weitaus differenzierter in ihrer Argumentation sind diejenigen, die Vorbehalte sehen. Ein grosser Teil der Argumente relativiert die Wünschbarkeit des Einsatzes spezifischer Vorgehensweisen damit, dass die Menschlichkeit, Natürlichkeit und Ehrlichkeit im Umgang miteinander, Intuition, Achtsamkeit und Sensibilisierung usw. seitens der Fachperson ebenso wichtig, wenn nicht wichtiger sind, als die erwähnten systematischen Vorgehensweisen. In manchen dieser Kommentare ist eine etwas ambivalente Haltung gegenüber Vorgehensweisen im Sinne von vorgegebenen Abläufen spürbar: einerseits wird begrüsst, dass solche Vorgehensweisen Orientierung bieten und hilfreich sein können, andererseits wird befürchtet dass diese zu einer Überreglementierung und damit zur Einschränkung der professionellen Flexibilität führen. Diese Ambivalenz zeigt sich noch stärker bei denjenigen, die diese Schlussfolgerung ablehnen: auch hier werden diese Vorgehensweisen der Beziehung mit dem Patienten und dem "freien Gespräch" gegenübergestellt, in welchem mehr Vertrauen hergestellt wird. Ein Kommentar beinhaltet die Befürchtung, dass die "präventiven Massnahmen" den Eltern und den Lehrpersonen die Verantwortung abnehmen könnten. Auch hier fällt auf, dass andere Berufsgruppen als mögliche Kooperationspartner praktisch nicht erwähnt werden. Hingegen wird auch hier die Wichtigkeit einer Schulung bzw. Sensibilisierung der Fachpersonen, aber auch der Eltern und Lehrpersonen betont. Letztgenannte Argumente finden sich auch in den Kommentaren zur Schlussfolgerung 3 wieder, vor allem bei denjenigen, die systematischem Vorgehen eher skeptisch gegenüberstehen.

Auch bei den Kommentaren zu der dritten Schlussfolgerung wird auf das "offene vertrauensvolle Gespräch", das Engagement und die Einfühlsamkeit seitens der Fachpersonen hingewiesen, interessanterweise auch bei einigen, die dieser Schlussfolgerung sonst zustimmen. Ansonsten werden in den Kommentaren mehrmals der Zeitaspekt und der Aufwand als Hindernis vor dem Einsatz spezialisierter Instrumente erwähnt. Eine dritte Gruppe bestätigt, dass solche Instrumente bei den Fachpersonen noch wenig bekannt sind. Eine Person fände eine Weiterbildung zu diesem Thema in einem ärztlichen Rahmen (einem internistischen Kongress) sinnvoll.

In der vierten Schlussfolgerung schliesslich wird in den meisten Kommentaren der Bedarf nach Ausbildung artikuliert unter gleichzeitiger Feststellung, dass die Tarmed-Vergütung so in Ordnung ist und dass diesbezüglich keine Forderungen gestellt werden müssen. In einem Kommentar (zur vierten Schlussfolgerung) wird eine solche Forderung sogar als beleidigend empfunden. Nur eine kleine Minderheit der Kommentare tendiert in die umgekehrte Richtung und moniert eine ungenügende Vergütung. Eine Person ist der Meinung, dass es keine zusätzliche Spezialisierung braucht, sondern definierte Anlaufstellen, die niederschwellig sein müssen. Hier wird also auf einen strukturellen Aspekt hingewiesen. Sonst wird auch ein mangelndes Interesse vermutet, trotz Ergebnissen, die in eine entgegengesetzte Richtung weisen; eine Fachperson erwähnt die Möglichkeit eines methodischen Bias, welcher durch Selektionseffekte (nur die meist motivierten Fachpersonen haben überhaupt geantwortet) entstanden sein könnte. Einige Personen betont die Notwendigkeit einer allgemeinen Schulung für alle, die nicht an eine Spezialisierung gebunden ist und einige erkundigen sich ihrerseits nach konkreten Weiterbildungsmöglichkeiten.

In der Delphi-Befragung gab es zusätzlich auch eine allgemeine Frage nach Kommentaren zu den Resultaten oder der Feedbackrunde. Einer dieser Kommentare beinhaltete einen Hinweis auf die Komorbidität: "Es darf nicht der Substanzkonsum/-missbrauch allein angeschaut werden. V.a. ist bei Substanzabhängigkeit fast immer eine andere psychiatrische Diagnose vorhanden, diese muss auch gesucht und behandelt werden." Eine Person erkundigt sich danach, wie eine Fortbildung in diesem Bereich aussehen könnte.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Delphi-Befragung auf ein reges Interesse gestossen ist. In den verfassten Kommentaren sind deutliche Trends erkennbar. Mehrheitlich werden die Schlussfolgerungen positiv aufgenommen. Differenzen ergeben sich vor allem bei dem Einbezug anderer Personen (Eltern und Lehrpersonen, weniger andere Fachleute), bei der wahrgenommen Diskrepanz zwischen vorgegebenen Prozeduren oder dem Einsatz von Screening-Instrumenten in Hinblick auf die berufliche Handlungsfreiheit, und bezüglich der Tarmed-Vergütung die mehrheitlich als genügend bewertet wird, was im Widerspruch zum Ergebnis steht, dass in der Online-Befragung eine ungenügende Tarmed-Vergütung an zweiter Stelle als Hindernis für die Früherkennung erwähnt wird (Abbildung 13 dieses Berichts).

4 Diskussion

4.1 Zugang zur Ärzteschaft und zum Pflegepersonal

Der Zugang zur Ärzteschaft und zum Pflegefachpersonal erwies sich als schwieriger als erwartet. Aus dem Medizinalberufe-Register konnte zwar eine Stichprobe von rund 15'000 Adressen gezogen werden, welche bei der Ärzteschaft der Zielgruppe (gemäss Facharztstitel) entspricht und dank der Vollständigkeit des Registers die Grundgesamtheit der anvisierten (niedergelassenen) Ärzteschaft gut abdeckt. Der je nach Kanton sehr unterschiedliche Anteil an Email-Adressen im MedReg führte jedoch zu ungleichen und in einigen Kantonen sehr tiefen Erreichbarkeitsraten. Zwischen den Sprachregionen konnten jedoch keine Unterschiede in den Einschätzungen zur Thematik festgestellt werden. Die Antwortrate der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte ist mit knapp 20 Prozent insgesamt zufriedenstellend, wenn auch tiefer als ursprünglich geschätzt. Aus Reaktionen auf die Einladungen geht ein gewisser Verdruss und Unmut der Ärzteschaft über eine Häufung von Online-Befragungen in den letzten Monaten und Jahren hervor, was, neben einer eher geringen Involviertheit (vgl. Abschnitt 4.2), die geringe Beteiligung erklären kann. Beim Spitalpersonal musste ein indirekter Zugang via Leitungspersonen (Direktion, Pflegeleitung, ärztliche Leitung) gewählt werden, so dass keine repräsentative Stichprobe vorliegt. Mit knapp 300 Pflegefachpersonen wurde die ursprünglich geplante Stichprobengrösse vor allem aufgrund der mangelnden Kooperation der Berufsverbände nicht erreicht, es sind aber dennoch differenzierte Aussagen für die zwei Berufsgruppen möglich.

4.2 Auftreten der Problematik im medizinischen Kontext

Um zu einer richtigen Bewertung der Ergebnisse zu gelangen muss berücksichtigt werden, dass die Problematik nicht alle Befragten gleichermassen betrifft. Aus pragmatischen Gründen wurden in der Online-Befragung bewusst Abbruchmöglichkeiten eingebaut, da sich in Kommentaren der Pilotstudie gezeigt hatte, dass das Ausfüllen der vertiefenden Fragen diejenigen irritiert, die relativ wenig mit der Problematik in Berührung kommen. Dies ist auch ein Hinweis darauf, dass ein Mangel an Involviertheit zu den beobachteten Abbrüchen geführt haben könnte. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist diese mögliche Verzerrung zu berücksichtigen.

Etwas weniger als ein Fünftel aller Befragten sieht sich regelmässig, d.h. zumindest mehrmals pro Monat, mit einem problematischen Substanzkonsum konfrontiert; in einem pädiatrischen Kontext ist dieser Anteil doppelt so hoch (vgl. Abb. 2). Bei denjenigen Befragten, die die vertiefenden Fragen beantwortet haben (ungefähr ein Drittel), zeigt sich, dass die Meisten von der Wichtigkeit der Problematik überzeugt sind und glauben, dass Frühinterventionen angebracht sind und sich damit Erfolge erzielen lassen. Dieser an und für sich erfreuliche Befund wird getrübt durch einen - teilweise strukturell bedingten - Mangel an zeitlichen Ressourcen sowie einen Mangel an spezifischem Wissen. Viele Befragte sind sich ihrer Rolle nicht vollkommen sicher. Obwohl es für die Zielgruppe keine Normierung gibt, zeigt sich im Vergleich zu einer Studie im AMPHORA-Projekt, im Rahmen dessen 102 schweizerische Hausärzte und Hausärztinnen mit dem SAAPPQ befragt wurden (Anderson et al. 2013), dass die Rollensicherheit tendenziell etwas tiefer, das therapeutische Commitment jedoch geringfügig höher ist. Ein relativ hohes therapeutisches Engagement geht hier also mit einer mittelhohen Rollenunsicherheit einher, die nicht so sehr auf einer Unsicherheit bezüglich der Legitimierung beruht, sondern bezüglich der Kompetenz, die Herausforderung, der sich die befragten Ärztinnen und Ärzte gestellt sehen und für die sie Verantwortung übernehmen wollen, angemessen angehen zu können.

Weitere Barrieren sind der berichtete Mangel an Mitwirkung bei den Jugendlichen, das Bedürfnis nach fachlicher Unterstützung und der Bedarf an angemessenen Handlungsinstrumenten. In dieser Hinsicht fällt auch die relativ sparsame Nutzung von Online-Hilfsmitteln auf, und zwar sowohl bei der Behandlung als auch bei der eigenen Wissensbeschaffung. Dies mag auch mit dem relativ hohen Alter der Teilnehmenden zusammenhängen. Dennoch liessen sich hier vermutlich Potenziale ausschöpfen. Ein weiteres Potential liegt in der Kooperation und Koordination mit anderen Berufsgruppen und anderen beteiligten Personen, was in den Kommentaren von den medizinischen Fachpersonen kaum thematisiert wird, gemäss Oltner Charta jedoch wesentlich für eine gelingende Früherkennung und -intervention ist (vgl. Oltner-Charta, Grundhaltung 3, 5 und insbesondere 6).

4.3 Charakteristika der Kinder und Jugendlichen - subjektive Sicht vs. Literatur

Die Teilnehmenden der Online-Befragung nennen aus subjektiver Sicht am häufigsten psychische Probleme, schwierige Familienverhältnisse sowie Verhaltensprobleme als typisch für Kinder und Jugendliche mit problematischem Konsum. Nur eine Minderheit kann bei diesen Auffälligkeiten keine Beurteilung abgeben (vgl. Abb. 11). Dass diese drei Merkmale mit problematischem Substanzkonsum assoziiert sind, kann mit der internationalen Literatur gut belegt werden. Bei den psychischen Problemen sowie den Verhaltensproblemen gibt es Evidenz für eine gemeinsame genetische Komponente mit dem Substanzmissbrauch, so dass diese in der Praxis vermutlich häufig gemeinsam auftreten. Zudem ist die Komorbidität von psychischen Problemen und Substanzmissbrauch bekannt. Bei psychischen Auffälligkeiten und Verhaltensauffälligkeiten klären die antwortenden Ärztinnen und Ärzte denn auch am häufigsten problematischen Konsum ab (vgl. Abb. 5). Das Erkennen von schwierigen Familienverhältnissen ist für die medizinischen Fachpersonen in der Praxis vermutlich nicht in allen Fällen möglich, so dass in diesen Fällen problematischer Konsum seltener abgeklärt wird (vgl. Abb. 5).

Auch bei der schulischen Leistung, der Gewalterfahrung als Täter und Opfer, sowie dem problematischen Substanzkonsum der Eltern, findet sich in der Literatur Evidenz, dass diese Merkmale mit problematischem Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen assoziiert sind. Zwischen 40 und 60 Prozent der Teilnehmenden schätzen diese Merkmale denn auch als typisch für die betroffenen Kinder und Jugendlichen ein (vgl. Abb. 11). Auffallend ist jedoch, dass bei diesen Merkmalen zwischen 40 und 50 Prozent der Teilnehmenden keine Beurteilung abgeben. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass sich diese Problematiken in der Praxis nicht so einfach erschliessen, sondern erst auf Nachfragen und in einer Vertrauensbeziehung von den Jugendlichen thematisiert werden. Bei Aggressivität, schulischen Problemen und Substanzkonsum der Eltern klärt zudem nur ein Drittel bis ein Viertel der Antwortenden beim Kind oder Jugendlichen immer problematischen Konsum ab. Hier könnte eventuell eine Sensibilisierung der medizinischen Fachpersonen, in Bezug auf diese Problematiken aktiv nachzufragen, und, falls eine solche vorliegt, eine entsprechende Abklärung vorzunehmen, zur besseren Früherkennung von problematischem Substanzkonsum bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen beitragen.

Dass viele Teilnehmende nicht beurteilen können, ob eher Jungen oder Mädchen von der Problematik betroffen sind, könnte u.a. damit zusammenhängen, dass es in der frühen Adoleszenz, d.h. im Alter von 11-12 Jahren, in Bezug auf den Substanzkonsum noch keine Geschlechtsunterschiede festgestellt werden. Diese manifestieren sich gemäss internationaler Literatur erst ab 15 Jahren (Currie et al. 2012).

4.4 Unterschiede in Rollensicherheit und therapeutisches Commitment

In diesem Abschnitt geht es zuerst um die Frage, wie sich die Ergebnisse zur Rollensicherheit und zum therapeutischen Commitment der medizinischen Fachpersonen mit den Aussagen aus der Delphi-Befragung abgleichen, bzw. inwieweit sich die Diskrepanz zwischen einerseits hohem Engagement und hoher Arbeitszufriedenheit und andererseits der eher tiefen Ausprägung der Überzeugung, professionell handeln zu können, erklären lässt. Zweitens stellt sich die Frage, inwieweit aus den Ergebnissen abgeleitet werden kann, dass beim Vorliegen eines problematischen Substanzkonsums insbesondere eine Weiterleitung an Stellen mit entsprechender Fachkompetenz zu den Hauptaufgaben der Ärztinnen und Ärzte, ggf. auch des Pflegepersonals zählt. Und drittens fragt sich, wie sich die signifikant grössere Rollensicherheit sowohl in einem pädiatrischen Kontext wie auch bei häufigerem Kontakt sowie die vergleichsweise niedrige Rollensicherheit bei Pflegenden und bei Frauen erklären lässt.

Bei der Rollensicherheit wurde festgestellt, dass weniger die Legitimierung der Rolle in Frage gestellt wird, sondern die Angemessenheit, mit der diese Rolle ausgeübt werden kann. Die Meinungen in der Delphi-Befragung stimmen insofern mit diesem Ergebnis überein, dass die Zuständigkeit für die Problematik allgemein als gegeben eingestuft wird. Eine Unterscheidung nach Fachrichtung wird dabei nur von einigen erwähnt. Diejenigen die der Meinung sind, dass nicht nur die Ärzte zuständig sind, erwähnen mehrheitlich die Familie (oder Eltern) und die Schule (konkret: die Lehrpersonen) als ebenfalls zuständig für die Früherkennung. Andere Berufsgruppen, die eventuell eine solche Rolle übernehmen könnten, werden kaum erwähnt. Der zweite Aspekt der Rollensicherheit, bei einem festgestellten problematischen Konsum adäquat reagieren zu können, wird als deutlich tiefer eingestuft; in der Delphi-Befragung wird klar der Bedarf an Weiterbildung und Schulung (ggf. auch in der Grundausbildung) artikuliert. Viel weniger eindeutig wird in der Delphi-Befragung der Bedarf nach systematischen Vorgehensweisen (darunter Triage) und Screening-Instrumenten eingestuft. Diese werden einerseits als Hilfe wahrgenommen, andererseits von vielen als einschränkend für das berufliche Handeln und das Vertrauensverhältnis zu den Patientinnen und Patienten betrachtet. In manchen Aussagen findet sich das traditionelle Bild der Ärztin oder des Arztes als die beste Vertrauensperson wieder. Die Kooperation mit anderen Berufsgruppen und die Zusammenarbeit mit spezialisierten Beratungsstellen werden kaum als Möglichkeit wahrgenommen. Eine Weiterbildung des medizinischen Fachpersonals könnte auch dazu beitragen, Kooperationen zu thematisieren bzw. die Sensibilität für strukturelle Lösungen zu erhöhen. Durch entsprechende Inhalte könnten Berührungspunkte abgebaut, die Vertrautheit mit Ablaufplänen und spezifischen Instrumenten erhöht und die professionelle Kompetenz bei Früherkennung und Frühintervention gesichert werden.

Dass Befragte, die von der Fachrichtung her vergleichsweise häufig mit Substanzkonsum zu tun haben, sicherer sind bezüglich ihrer Rolle, lässt sich leicht damit erklären, dass diese Personen mehr mit dem Problem konfrontiert sind und entsprechend mehr Erfahrungen sammeln können. Die Kinder- und Jugendmedizin ist gemäss den Angaben in der Delphi-Befragung (aber auch gemäss den offenen Angaben in der Hauptbefragung) häufig die Stelle, an die eine Jugendliche bzw. ein Jugendlicher weiterverwiesen wird. Das Antwortverhalten wie auch Kommentare der Personen mit pädiatrischem Hintergrund weisen darauf hin, dass sich diese Gruppe effektiv für die Problematik zuständig fühlt und motiviert ist, sich mit dem Thema zu beschäftigen. Die niedrigere Rollensicherheit beim Pflegepersonal könnte damit zu tun haben, dass diese formell nicht für Abklärungen zuständig sind und damit auch nicht häufig mit Früherkennung und -intervention zu tun haben. Bezüglich des therapeutischen Commitments gibt es Unterschiede, die in eine ähnliche Richtung gehen, wie sie bei der Rollensicherheit beschrieben wurden. Hier könnte also ebenfalls argumentiert werden, dass die Häufigkeit des Kontaktes mit der Problematik und das Gefühl, für Früherkennung und Frühintervention zuständig zu sein, ein stärkeres

Engagement zur Folge haben. Frauen sind gleichermassen wie die Männer therapeutisch Engagiert, gleichzeitig zeigen sie eine tiefere Rollensicherheit, die nicht mit der Zugehörigkeit zu einer der beiden Berufsgruppen (Arzt oder Pflegepersonal) oder der Involviertheit erklärt werden kann.

4.5 Meldebefugnis vs. Berufsgeheimnis

Gut ein Viertel der Teilnehmenden sehen das Arzt- resp. Berufsgeheimnis als Hindernis, um relevante Personen oder Stellen in die Beratung und Behandlung von gefährdeten Kinder und Jugendlichen miteinzubeziehen, wobei Pflegefachpersonen und Personen ohne pädiatrischen Kontext sich stärker daran gehindert sehen. In der Delphi-Befragung kam zudem zum Ausdruck, dass Anlaufstellen mit Vorteil niederschwellig sein sollten (vgl. 3.3.2.2). Mit der aktuellen Gesetzgebung sind sowohl Meldebefugnis resp. Meldepflicht wie auch Überweisungsmöglichkeiten nicht klar und einheitlich geregelt. Art. 3c BetmG enthält nur eine Meldebefugnis in Bezug auf illegale Drogen, während eine Meldung in Bezug auf legale Drogen - je nach Auslegung der Gesetzgebung - von den Kantonen unterschiedlich gehandhabt wird (Bundesamt für Gesundheit 2014). In verschiedenen Kantonen gibt es Bestrebungen, im Rahmen des Art. 3c BetmG die Möglichkeit einer Meldung an Fachstellen niederschwellig zu gestalten, z.B. durch die Ansiedlung einer Meldestelle bei den Suchtberatungsstellen, während andere Kantone mit der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) als Meldestelle eher hohe Hürden schaffen (Bundesamt für Gesundheit 2014).

Aus den Kommentaren in der Online-Befragung geht hervor, dass der Substanzkonsum nur angesprochen werden kann, wenn eine Vertrauensbasis zwischen der Fachperson und dem Kind/Jugendlichen besteht. Dies steht in Einklang mit Untersuchungen der WHO, wonach für Jugendliche die Vertraulichkeit - neben einem respektvollen Umgang - das Schlüsselcharakteristikum für sogenannte "Youth Friendly Services" ist (WHO 2012). Eine Meldepflicht könnte diese Vertrauensbasis jedoch beeinträchtigen. Hier besteht offenbar ein Zielkonflikt zwischen Vertrauen schaffen einerseits und adäquatem Einbezug weiterer Stellen für die Früherkennung und Frühintervention, der nicht gelöst ist.

Es besteht demnach ein Bedarf nach einem Fachdiskurs, in dem erörtert wird, wie eine gesetzliche Regelung einerseits den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen Rechnung tragen könnte und andererseits eine niederschwellige Früherkennung und Frühintervention durch Fachpersonen ermöglichen würde. Gemäss WHO ist die Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche effizienter, wenn der Gesundheitssektor, der Soziale Sektor und weitere relevante Partner zusammenarbeiten (WHO 2012). In einen solchen Diskurs sollten deshalb neben den medizinischen Fachpersonen, die im Fokus der vorliegenden Studie standen, weitere Professionen des Gesundheits- und Sozialbereiches, die mit gefährdeten Kindern und Jugendlichen in Kontakt kommen, miteinbezogen werden.

5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Nur ein relativ kleiner Teil der Ärztinnen und Ärzte und des Pflegefachpersonals kommt mit der Problematik des Substanzkonsums bei unter 16-Jährigen regelmässig in Kontakt. Diejenigen, die regelmässig mit der Problematik zu tun haben und motiviert waren, alle Fragen zu beantworten, sind vor allem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, auf dem Schulärztlichen Dienst, in der Pädiatrie und auf dem Notfalldienst tätig. Allgemeinmediziner in eigener Praxis geben an, weniger betroffen zu sein.

Im Folgenden wird zuerst den vier Schlussfolgerungen nachgegangen, die anhand der Delphi-Befragung validiert wurden, danach werden vier Empfehlungen formuliert.

5.1 Validierte Schlussfolgerungen

Schlussfolgerung 1. Die Früherkennung von problematischem Substanzkonsum bei einem Kind oder Jugendlichen ist eine Aufgabe von medizinischen Fachpersonen

Früherkennung des problematischen Substanzkonsums ist - zumindest in der Wahrnehmung der Befragten - eine Aufgabe, die die medizinischen Fachpersonen mit den Eltern und den Lehrpersonen teilen. Damit wird (insbesondere bei den Ärztinnen und Ärzten) deutlich, dass sie sich, falls sie mit der Problematik konfrontiert werden, dafür nicht alleine zuständig sehen. In verschiedenen Kommentaren im offenen Teil der Befragung und in der Delphi-Befragung wird zudem signalisiert, dass es gewisse Hemmschwellen gibt in Bezug auf die Befragung von Kindern und Jugendlichen, was die Thematisierung des Substanzkonsums erschwert. Auffallend ist, dass andere Berufsgruppen weniger genannt werden, obwohl verschiedene Aussagen auch darauf hinweisen, dass eine Kooperation mit anderen Professionen grundsätzlich wünschenswert wäre und dies von Fachkreisen nachdrücklich gefordert wird (vgl. Oltner-Charta).

Schlussfolgerung 2. Für die Früherkennung von Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen im medizinischen Kontext braucht es mehr systematische Vorgehensweisen (z.B. Triage-Instrument, Anleitung, Ablaufschema, Prozessbetrieb, etc.).

Auch wenn, wie bereits oben erwähnt, gewisse Widerstände bestehen (vor allem bei den Ärztinnen und Ärzten, weniger beim Pflegepersonal), sprechen die Ergebnisse bei genauerer Betrachtung für den Einsatz einer solchen Vorgehensweise. Es kommt allerdings sehr auf den Arbeitskontext an (Allgemeinpraxis, Spital, Notfalldienst etc.), welche konkrete Vorgehensweise am meisten geeignet erscheint. Mit Hinblick auf den Kontext erscheint das Ergebnis, dass Pflegende häufiger systematische Vorgehensweisen anwenden als frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte plausibel. Pflegende wenden sich in der Regel an den Stationsarzt oder -ärztin oder psychologischen Dienst wenn sie einen problematischen Substanzkonsum feststellen.

In den offenen Kommentaren der Umfrage gab es mehrmals die Bitte um Hinweise auf entsprechende Weiterbildungsangebote. Weiterbildungsangebote sollten einen besseren Überblick über die Möglichkeiten vermitteln bzw. auch die Vor- und Nachteile und die Effektivität entsprechender Massnahmen aufzeigen. Nicht zuletzt könnten die Möglichkeiten der neuen Informations- und Kommunikationstechnologie genutzt werden, um bestimmte Abläufe zu vereinfachen; diese Möglichkeit ist offenbar selten im Bewusstsein der medizinischen Fachpersonen.

Schlussfolgerung 3. Spezifische Instrumente zur Abklärung von problematischem Konsum sind zu wenig bekannt, und werden zu selten eingesetzt.

In der Delphi-Befragung wird dieser Schlussfolgerung weitgehend zugestimmt. Von ärztlicher Seite werden die Zeit und der Aufwand als wichtiger Grund angegeben, diese Instrumente nicht einzusetzen, und es wird der Wert dieser Instrumente für die Früherkennung angezweifelt. Solche Reaktionen bestätigen jedoch eine relative Unkenntnis über spezifische Instrumente.

Schlussfolgerung 4. Für die Frühintervention im medizinischen Kontext besteht ein Bedarf nach einer speziellen Ausbildung sowie einer angemessenen Vergütung.

Die Ergebnisse der Delphi-Befragung relativieren diese Schlussfolgerung. Während der Bedarf nach einer speziellen Aus- oder Weiterbildung wiederholt geäußert wird und in den Kommentaren nicht in Frage gestellt wird, wird die Tarmed-Vergütung mehrheitlich als genügend eingestuft. Eine mögliche Erklärung für dieses auf den ersten Blick widersprüchliche Ergebnis ergibt sich daraus, dass die zeitlichen Ressourcen für eine Früherkennung und eine angemessene Behandlung relativ knapp sind. Mehrmals geben Ärztinnen und Ärzte an, Personen an spezialisierte Ärzte oder Dienste zu überweisen, da ihnen selber die Zeit für eine Behandlung fehlt. Auf diese Weise ist es nicht die Vergütung selbst, die die Behandlung erschwert, sondern die zur Verfügung stehende Zeit.

5.2 Empfehlungen

Empfehlung 1. Förderung der Kooperation zwischen medizinischen Fachpersonen und anderen Professionen des Gesundheits- und Sozialbereichs

Mit einer Tagung, die sich an die Ärzteschaft und an andere Fachpersonen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen richtet, könnte der Oltner Charta Nachdruck zu verliehen werden. In dieser wird festgehalten, dass Früherkennung und Frühintervention eine Gemeinschaftsaufgabe ist und nur gelingt auf der Grundlage einer engagierten und verbindlichen Kooperation zwischen den verschiedenen Bezugs- und Fachpersonen (Oltner Charta 2011).

Empfehlung 2. Systematische Vorgehensweisen und spezifische Instrumente sollten mit geeigneten Mitteln bekannt gemacht werden

In Form einer Broschüre oder eines Leitfadens könnten geeignete systematische Vorgehensweisen und spezifische Instrumente für die Früherkennung und Frühintervention bei Kindern und Jugendlichen aufbereitet und dargestellt werden. Dies analog zum eben erschienenen Leitfaden "Kurzinterventionen bei Patienten mit risikoreichen Alkoholkonsum", der auf den Erwachsenenbereich ausgerichtet ist und neben der Zielgruppe der Ärztinnen und Ärzten auch bei anderen Fachleuten aus dem Sozial- und Gesundheitswesen auf Interesse stösst (Loeb 2015).

Empfehlung 3. Schaffung eines Angebotes für die Ausbildung von medizinischen Fachpersonen zur Thematik Früherkennung und Frühintervention von Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen

In einer spezifischen Ausbildung könnten die Vor- und Nachteile des systematischen Vorgehens thematisiert, die Effektivität entsprechender Massnahmen aufzeigt, und spezifische Instrumente vorgestellt werden. Zudem könnten die medizinischen Fachpersonen auch auf die Problematiken Gewalterfahrungen, schulische Probleme und Substanzkonsum der Eltern sensibilisiert werden, die von einigen Fachpersonen nicht als typisch für problematischen Substanzkonsum wahrgenommen werden und oft kein Anlass für eine Abklärung sind, aber mit einem erhöhten Risiko für problematischen Substanzkonsum assoziiert sind.

Empfehlung 4. Initiierung eines Fachdiskurses zur gesetzlichen Regelung der Meldebefugnis resp. Meldepflicht bei Feststellung eines problematischen Substanzkonsums

In einem Fachdiskurs sollte erörtert werden, wie eine gesetzliche Regelung zur Meldebefugnis resp. Meldepflicht sowohl den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen Rechnung tragen könnte als auch eine niederschwellige Früherkennung und Frühintervention durch Fachpersonen ermöglichen würde. In diesen Diskurs sollten einerseits die Professionen des Gesundheits- und Sozialbereiches miteinbezogen werden, die mit gefährdeten Kindern und Jugendlichen in Kontakt kommen, andererseits Vertreterinnen und Vertreter von Behörden und Institutionen, die an der Ausgestaltung und Umsetzung der entsprechenden gesetzlichen Regelungen beteiligt sind. Die WHO (WHO 2012) fordert, für die Versorgung an internationalen Erfahrungen anzuknüpfen, um deren Qualität und deren Reichweite in Bezug auf Jugendliche zu gewährleisten. "Best Practice"-Empfehlungen liegen bereits vor, unter anderem für die Schweigepflicht, eine respektvolle Behandlung, die integrierte Versorgung, die kulturelle Kompetenz und den niederschweligen, kostenfreien Zugang (Advocates for Youth 2008).

6 Literaturverzeichnis

- Adamson, S. J. and Sellman, J. D. (2003). "A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample." *Drug Alcohol Rev* 22(3): 309-315.
- Aden, A., Stolle, M. and Thomasius, R. (2011). "Cannabis - Consumption patterns and cannabis-related disorders in adolescents and young adults - epidemiology, diagnostics, comorbidity, and treatment." *Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis* 57(3): 215-230.
- Advocates for Youth (2008) "Best Practices for Youth Friendly Clinical Services."
- Alati, R., Maloney, E., Hutchinson, D. M., Najman, J. M., Mattick, R. P., Bor, W. and Williams, G. M. (2010). "Do maternal parenting practices predict problematic patterns of adolescent alcohol consumption?" *Addiction* 105(5): 872-880.
- Allen, J. P., Chango, J., Szewedo, D., Schad, M. and Marston, E. (2012). "Predictors of susceptibility to peer influence regarding substance use in adolescence." *Child Development* 83(1): 337-350.
- Anderson, P. and Clement, S. (1987). "The AAPPQ Revisited: the measurement of general practitioners' attitudes to alcohol problems."
- Anderson, P., Braddick, F., Reynolds, J. and Gual, A. (2013). "Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA." Retrieved 19.05.2014, from http://amphoraproject.net/w2box/data/e-book/AM_E-BOOK_2nd%20edition%20-%20final%20Sept%202013_c.pdf.
- Annaheim, B., Müller, M., Inglin, S., Wicki, M., Windlin, B. and Gmel, G. (2012). *Ergebnisse des Schweizerischen Cannabismonitorings. Kohortenstudie cmo3*. Lausanne, Sucht Schweiz. IBSF Schweiz Institut für Begleit-und Sozialforschung.
- Baier, D., Pfeiffer, C., Simonson, J. and Rabold, S. (2009). *Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt. Erster Forschungsbericht zum gemeinsamen Forschungsprojekt des Bundesministeriums des Innern und des KFN Hannover, KRIMINOLOGISCHES FORSCHUNGSINSTITUT NIEDERSACHSEN E.V.*
- Bingisser, R. (2008). *Alkoholintoxikierte Patienten auf der Notfallstation*. N. USB. Basel, Gesundheitsdienste BS.
- Blumenthal, H., Leen-Feldner, E. W., Frala, J. L., Badour, C. L. and Ham, L. S. (2010). "Social anxiety and motives for alcohol use among adolescents." *Psychol Addict Behav* 24(3): 529-534.
- Blumenthal, H., Leen-Feldner, E. W., Badour, C. L. and Babson, K. A. (2011). "Anxiety psychopathology and alcohol use among adolescents: A critical review of the empirical literature and recommendations for future research." *Journal of Experimental Psychopathology* 2(3): 318-353.
- Bundesamt für Gesundheit. (2014). "Meldebefugnis (Art. 3c BetmG) - Stand der kantonalen Umsetzung des Artikel 3c BtmG (PDF)." Retrieved 27.03.2015, 2015, from <http://www.bag.admin.ch/jugendprogramme/10043/10045/index.html?lang=de>
- Caflisch, M. (2009). *Alcoolisation chez l'adolescent. Urgences 2009*. Genève.
- Caflisch, M. (2011). *Alcool et jeunesse*. Dialogtage Alkohol, Bern
- Cisler, J. M., Begle, A. M., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Danielson, C. K., Saunders, B. E. and Kilpatrick, D. G. (2012). "Exposure to interpersonal violence and risk for PTSD, depression, delinquency, and binge drinking among adolescents: Data from the NSA-R." *Journal of Traumatic Stress* 25(1): 33-40.
- Cooper, M. L. (1994). "Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model." *Psychological Assessment* 6(2): 117-128.
- Cueni, C. J. B. (2013). *Auslegung des Geltungsbereichs des Betäubungsmittelgesetzes (BetmG) und Artikel 3c BetmG. Austausch- und Wissensplattform zur Umsetzung der erweiterten Meldebefugnis gemäss Art.3c (BetmG)*. Bern, Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O. R. F. and Barnekow, V. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the*

- 2009/2010 Survey. Health Policy for Children and Adolescents. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Danielsson, A.-K., Romelsjö, A. and Tengstrom, A. (2011). "Heavy episodic drinking in early adolescence: Gender-specific risk and protective factors." Substance Use & Misuse **46**(5): 633-643.
- DHS (2014). Alkohol. Basisinformationen. Hamm, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
- Donovan, J. E. and Molina, B. S. (2011). "Childhood risk factors for early-onset drinking." Journal of Studies on Alcohol and Drugs **72**(5): 741-751.
- Eschmann, S., Zimprich, D., Metzke, C. W. and Steinhausen, H.-C. (2011). "A developmental trajectory model of problematic substance use and psychosocial correlates from late adolescence to young adulthood." Journal of Substance Use **16**(4): 295-312.
- Esser, G., Wyschkon, A., Schmidt, M. H., Blanz, B. and Ihle, W. (2008). "Ein Entwicklungsmodell des Substanzmissbrauchs im frühen Erwachsenenalter." Kindheit und Entwicklung **17**(1): 31-45.
- Fallu, J.-S., Charron, M.-C., Briere, F. N. and Janosz, M. (2012). "Substance use among adolescents: Moderating effects of anxiety." Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement **44**(4): 319-329.
- Farhat, T., Simons-Morton, B. and Luk, J. W. (2011). "Psychosocial correlates of adolescent marijuana use: Variations by status of marijuana use." Addictive Behaviors **36**(4): 404-407.
- Gmel, G., Kuntsche, E., Wicki, M. and Labhart, F. (2009). Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz: Wichtigste Ergebnisse im Vergleich 2003 und 2007. Lausanne, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme sfa/ispa.
- Gmel, G. and Wicki, M. (2010). Effekt der Einschränkung der Erhältlichkeit von Alkohol auf Alkohol-Intoxikationen im Kanton Genf. Abschlussbericht. Lausanne, Sucht Info Schweiz.
- Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L. and Gmel, C. (2014). Suchtmonitoring Schweiz. Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2013. Lausanne, Sucht Schweiz.
- Habib, C., Santoro, J., Kremer, P., Toumbourou, J., Leslie, E. and Williams, J. (2010). "The importance of family management, closeness with father and family structure in early adolescent alcohol use." Addiction **105**(10): 1750-1758.
- Hahm, H. C., Kolaczyk, E., Jang, J., Swenson, T. and Bhindarwala, A. M. (2012). "Binge drinking trajectories from adolescence to young adulthood: The effects of peer social network." Substance Use & Misuse **47**(6): 745-756.
- Hawkins, E. H. (2009). "A Tale of Two Systems: Co-Occurring Mental Health and Substance Abuse Disorders Treatment for Adolescents." Annual Review of Psychology **60**(1): 197-227.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. and Kraus, L. (2009). The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 European countries. Stockholm, Sweden, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. and Kraus, L. (2012). The 2011 ESPAD report. Substance use among students in 36 European countries. Stockholm, Sweden, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.
- Hibell, B. (2013). The 2012 ESPAD impact survey. Lissabon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Hutter, I. (2009). "Alkoholintoxikationen bei Jugendlichen." SuchtMagazin **35**(1): 22-23.
- Hutter, I. and Würth, N. (2011). Alkohol im Jugendalter. «sicher!gesund!». St. Gallen, Bildungsdepartement, Gesundheitsdepartements, Departements des Innern, Sicherheits- und Justizdepartements des Kantons St. Gallen. Ostschweizer Kinderspital, St.Gallen. Schule und Gesundheit, Amt für Gesundheitsvorsorge.
- Karagulle, D., Donath, C., Grasel, E., Bleich, S. and Hillemacher, T. (2010). "Binge drinking in adolescents and young adults." Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie **78**(4): 196-202.
- Kendler, K., Gardner, C. and Dick, D. (2011). "Predicting alcohol consumption in adolescence from alcohol-specific and general externalizing genetic risk factors, key environmental exposures and their interaction." Psychological Medicine **41**(7): 1507-1516.

- Kuendig, H. and Astudillo, M. (2013). "Learning from the chaos: Heterogeneous age limits of bans on tobacco sales to young people in Switzerland." Drugs: Education, Prevention, and Policy **20**(6): 482-487.
- Kuendig, H., Georges, A. and Labhart, F. (2014). "Investigating underage youth access to alcohol in Switzerland: inventory of modes of access and association with youth characteristics." Alcohol Alcohol **49**(5): 586-592.
- Kuntsche, E., Gmel, G. and Annaheim, B. (2006). Alkohol und Gewalt im Jugendalter Gewaltformen aus Täter- und Opferperspektive, Konsummuster und Trinkmotive – Eine Sekundäranalyse der ESPAD-Schülerbefragung. Lausanne, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme sfa/ispa.
- Kuntsche, E., Rossow, I., Simons-Morton, B., Bogt, T. T., Kokkevi, A. and Godeau, E. (2013). "Not early drinking but early drunkenness is a risk factor for problem behaviors among adolescents from 38 European and North American countries." Alcohol Clin Exp Res **37**(2): 308-314.
- Kuntsche, E., Gabhainn, S. N., Roberts, C., Windlin, B., Vieno, A., Bendtsen, P., Hublet, A., Tynjala, J., Valimaa, R., Dankulincova, Z., Aasvee, K., Demetrovics, Z., Farkas, J., van der Sluijs, W., de Matos, M. G., Mazur, J. and Wicki, M. (2014). "Drinking motives and links to alcohol use in 13 European countries." J Stud Alcohol Drugs **75**(3): 428-437.
- Lammers, J., Kuntsche, E., Engels, R. C. M. E., Wiers, R. W. and Kleinjan, M. (2013). "Mediational relations of substance use risk profiles, alcohol-related outcomes, and drinking motives among young adolescents in the Netherlands." Drug and Alcohol Dependence **133**(2): 571-579.
- Laubereau, B., Niederhauser, A. and Bezzola, F. (2014). Alkohol und Gewalt im öffentlichen Raum. Forschungsbericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit. . Luzern, Interface Politikstudien Forschung Beratung und Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Linakis, J. G., Chun, T. H., Mello, M. J. and Baird, J. (2009). "Alcohol-related visits to the emergency department by injured adolescents: A national perspective." Journal of Adolescent Health **45**(1): 84-90.
- Loeb, P. (2015). "Alkoholbehandlung in der Hausarztmedizin. Durch Kurzinterventionen zur "harm reduction". ." Schweizerische Ärztezeitung **96**(13): 475-476.
- Malmberg, M., Kleinjan, M., Overbeek, G., Vermulst, A. A., Lammers, J. and Engels, R. C. M. E. (2013). "Are there reciprocal relationships between substance use risk personality profiles and alcohol or tobacco use in early adolescence?" Addictive Behaviors **38**(12): 2851-2859.
- Marmet, S., Notari, L. and Gmel, G. (2013). Suchtmonitoring Schweiz-Themenheft zum problematischen Cannabisgebrauch im Jahr 2012. Suchtmonitoring Schweiz. Lausanne, Sucht Schweiz.
- Marmet, S., Archimi, A., Windlin, B. and Delgrande Jordan, M. (2015). Substanzkonsum bei Schülerinnen und Schülern in der Schweiz im Jahr 2014 und Trend seit 1986. Resultate der Studie "Health Behaviour in School-aged Children" (HBSC). Lausanne, Sucht Schweiz.
- McCarty, C. A., Wymbs, B. T., King, K. M., Mason, W., Vander Stoep, A., McCauley, E. and Baer, J. (2012). "Developmental consistency in associations between depressive symptoms and alcohol use in early adolescents." Journal of Studies on Alcohol and Drugs **73**(3): 444-453.
- McKay, M. T. and Cole, J. C. (2012a). "The relationship between alcohol use and peer pressure susceptibility, peer popularity and general conformity in Northern Irish school children." Drugs: Education, Prevention, and Policy **19**(3): 213-222.
- McKay, M. T., Sumnall, H. R., Cole, J. C. and Percy, A. (2012b). "Self-esteem and self-efficacy: Associations with alcohol consumption in a sample of adolescents in Northern Ireland." Drugs: Education, Prevention & Policy **19**(1): 72-80.
- McNaughton Reyes, H. L., Foshee, V. A., Bauer, D. J. and Ennett, S. T. (2012a). "Developmental associations between adolescent alcohol use and dating aggression." Journal of Research on Adolescence **22**(3): 526-541.
- McNaughton Reyes, H. L., Foshee, V. A., Bauer, D. J. and Ennett, S. T. (2012b). "Heavy alcohol use and dating violence perpetration during adolescence: Family, peer and neighborhood violence as moderators." Prevention Science **13**(4): 340-349.

- Meyers, J. L. and Dick, D. M. (2010). "Genetic and environmental risk factors for adolescent-onset substance use disorders." Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America **19**(3): 465-477.
- Nees, F., Tzschoppe, J., Patrick, C. J., Vollstadt-Klein, S., Steiner, S., Poustka, L., Banaschewski, T., Barker, G. J., Buchel, C., Conrod, P. J., Garavan, H., Heinz, A., Gallinat, J., Lathrop, M., Mann, K., Artiges, E., Paus, T., Poline, J.-B., Robbins, T. W., Rietschel, M., Smolka, M. N., Spanagel, R., Struve, M., Loth, E., Schumann, G. and Flor, H. (2012). "Determinants of early alcohol use in healthy adolescents: The differential contribution of neuroimaging and psychological factors." Neuropsychopharmacology **37**(4): 986-995.
- Obot, I. S., Wagner, F. and Anthony, J. C. (2001). "Early onset and recent drug use among children of parents with alcohol problems: Data from a national epidemiologic survey." Drug and Alcohol Dependence **65**(1): 1-8.
- Oltner Charta (2011). Oltner-Charta. Tagung «Früherkennung und Frühintervention bei gefährdeten Kindern und Jugendlichen» am 16. Juni 2011, Olten
- Paschall, M. J., Grube, J. W., Thomas, S., Cannon, C. and Treffers, R. (2012). "Relationships between local enforcement, alcohol availability, drinking norms, and adolescent alcohol use in 50 California cities." Journal of Studies on Alcohol and Drugs **73**(4): 657-665.
- Paulus, M. P. and Tapert, S. F. (2010). Neurocognition and social cognition in adolescent drug users: Vulnerability and consequences. Mental capital and wellbeing, Wiley-Blackwell: 119-128.
- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Biondi, M., Siracusano, A., Di Giannantonio, M., Giupponi, G., Amore, M., Lester, D., Girardi, P. and Moller-Leimkuhler, A. M. (2012). "Substance abuse and suicide risk among adolescents." European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience **262**(6): 469-485.
- Popovici, I., Homer, J. F., Fang, H. and French, M. T. (2012). "Alcohol use and crime: Findings from a longitudinal sample of U.S. adolescents and young adults." Alcoholism: Clinical and Experimental Research **36**(3): 532-543.
- Rabaglietti, E., Burk, W. J. and Giletta, M. (2012). "Regulatory self-efficacy as a moderator of peer socialization relating to Italian adolescents' alcohol intoxication." Social Development **21**(3): 522-536.
- Ramirez, R., Hinman, A., Sterling, S., Weisner, C. and Campbell, C. (2012). "Peer Influences on Adolescent Alcohol and Other Drug Use Outcomes." Journal of Nursing Scholarship **44**(1): 36-44.
- Sabri, B. (2012). "Severity of victimization and co-occurring mental health disorders among substance using adolescents." Child & Youth Care Forum **41**(1): 37-55.
- Saraceno, L., Heron, J., Munafo, M., Craddock, N. and van den Bree, M. B. (2012). "The relationship between childhood depressive symptoms and problem alcohol use in early adolescence: Findings from a large longitudinal population-based study." Addiction **107**(3): 567-577.
- Schelleman-Offermans, K., Kuntsche, E. and Knibbe, R. A. (2011). "Associations between drinking motives and changes in adolescents' alcohol consumption: A full cross-lagged panel study." Addiction **106**(7): 1270-1278.
- Schneider, S., Unnewehr, S. and Margraf, J., Eds. (2009). Kinder-DIPS für DSM-IV-TR. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter Heidelberg, Springer.
- Schwarz, S. (2012). Substanzkonsum bei Kindern bis 16 Jahren: Einschätzungen und Vorgehensweisen von medizinischen Fachpersonen. Abteilung Nationale Präventionsprogramme, Sektion Grundlagen, Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Song, E.-Y., Smiler, A. P., Wagoner, K. G. and Wolfson, M. (2012). "Everyone says it's ok: Adolescents' perceptions of peer, parent, and community alcohol norms, alcohol consumption, and alcohol-related consequences." Substance Use & Misuse **47**(1): 86-98.
- Spence, S. H. (1997). "Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study." J Abnorm Psychol **106**(2): 280-297.
- StadtZürich (2011) "Infoblatt. Die Zeichen der Zeit: härter und schneller."

- Stolle, M., Sack, P.-M. and Thomasius, R. (2009a). "Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter: Epidemiologie, Auswirkungen und Intervention." Dtsch Arztebl International **106**(19): 323-328.
- Stolle, M., Sack, P.-M. and Thomasius, R. (2009b). "Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter: Früherkennung und Intervention." Dtsch Arztebl International **1**(2): -38-.
- Teunissen, H. A., Spijkerman, R., Prinstein, M. J., Cohen, G. L., Engels, R. C. and Scholte, R. H. (2012). "Adolescents' conformity to their peers' pro-alcohol and anti-alcohol norms: The power of popularity." Alcoholism: Clinical and Experimental Research **36**(7): 1257-1267.
- Thatcher, D. L. and Clark, D. B. (2010). Neurodevelopmental liability for adolescent substance use disorders. Handbook of drug use etiology: Theory, methods, and empirical findings. Washington, DC, American Psychological Association; US: 209-224.
- Tornay, L., Michaud, P. A., Gmel, G., Wilson, M. L., Berchtold, A. and Suris, J. C. (2013). "Parental monitoring: a way to decrease substance use among Swiss adolescents?" Eur J Pediatr **172**(9): 1229-1234.
- van Hoof, J. J., Mulder, J., Korte, J., Postel, M. G. and Pieterse, M. E. (2012). "Dutch adolescent private drinking places: Prevalence, alcohol consumption, and other risk behaviors." Alcohol **46**(7): 687-693.
- VGD BL. (2013). "Intervention bei Alkoholintoxikationen in den kant. Spitälern BL/BS." Retrieved 23.01.2014, from <http://www.baselland.ch/Newsdetail-Volkswirtschaft-Gesundheit.309169+M58f9dbdf7bc.0.html>.
- Walser, S., Biberstein, L. and Killias, M. (2014). Alkohol und Gewalt. Sekundäranalyse von Daten aus Opfer- und Täterbefragungen in der Schweiz. Lenzburg, Killias Research & Consulting.
- Waterfield, E. A. (2011). "Social resiliency factors and abstinence from substance abuse in Lucas county, Ohio adolescents." Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering **71**(8-B): 5166.
- WHO (2012). Making health services adolescent friendly. Developing national quality standards for adolescent-friendly health services. Geneva, WHO, Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health.
- Wicki, M. and Gmel, G. (2009). Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener. Ein Update der Sekundäranalyse der Daten Schweizer Spitäler bis 2007. Lausanne, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Wicki, M. and Stucki, S. (2014a). Hospitalisierungen aufgrund von Alkohol-Intoxikation oder Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen. Eine Analyse der Schweizerischen "Medizinischen Statistik der Krankenhäuser" 2003-2012. Prävention Hilfe Forschung. Lausanne, Sucht Schweiz.
- Wicki, M., Wurdak, M. and Kuntsche, E. (2014b). Effektivität psychosozialer Interventionen im Spital bei Alkohol-Intoxikation: Eine systematische Literaturübersicht. Lausanne, Sucht Schweiz.
- Willem, L., Bijttebier, P., Claes, L. and Uytterhaegen, A. (2012). "Temperament and problematic alcohol use in adolescence: An examination of drinking motives as mediators." Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment **34**(2): 282-292.
- Wills, T. A. and Ainette, M. G. (2010). Temperament, self-control, and adolescent substance use: A two-factor model of etiological processes. Handbook of drug use etiology: Theory, methods, and empirical findings. Washington, DC, American Psychological Association; US: 127-146.
- Windlin, B., Delgrande Jordan, M. and Kuntsche, E. (2011a). Konsum psychoaktiver Substanzen Jugendlicher in der Schweiz - Zeitliche Entwicklungen und aktueller Stand, Resultate der internationalen Studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC). Revidierte und aktualisierte Fassung. Lausanne, Sucht Info Schweiz.
- Windlin, B., Delgrande Jordan, M. and Kuntsche, E. (2011b). Konsum psychoaktiver Substanzen Jugendlicher in der Schweiz - Zeitliche Entwicklungen und aktueller Stand, Resultate der internationalen Studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC). Lausanne, Sucht Info Schweiz.

- Windlin, B. and Delgrande Jordan, M. (2013). Multipler Substanzkonsum - Systematische Zusammenstellung von Prävalenzen bei 11-bis 15-jährigen Jugendlichen in der Schweiz. Lausanne, Sucht Schweiz.
- Zimmerman, G. M. and Vasquez, B. E. (2011). "Decomposing the peer effect on adolescent substance use: Mediation, nonlinearity, and differential nonlinearity." Criminology: An Interdisciplinary Journal **49**(4): 1235-1273.
- Zimmermann, U. S., Mick, I. and Mann, K. F. (2008). "Neurobiological implications of child and adolescent alcohol consumption." Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis **54**(6): 335-345.

7 Anhang

7.1 Tabellen

Tabelle A 1: Erreichbarkeit, Antwort- und Teilnahmeraten (nach Sprachregion und Kanton sowie nach Geschlecht, Alter, Nationalität und Facharzttitel). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

	MedReg-Sample	Erreicht (Email valid)		p-Wert ¹⁾	Antwortrate (AW)		p-Wert ²⁾	Teilnahmerate (TR)		p-Wert ³⁾
	N	N	% MedReg		N	% Erreicht		N	% MedReg	
	15822	4325	27.3%		810	18.7%		810	5.1%	
Total										
Sprachregion				<0.0001			0.314			<0.0001
Deutschsprachig	10936	3604	33.0%		662	18.4%		662	6.1%	
Französischsprachig	4192	338	8.1%		73	21.6%		73	1.7%	
Italienischsprachig	694	383	55.2%		75	19.6%		75	10.8%	
Kanton				N/A			N/A			N/A
Aargau	836	368	44.0%		72	19.6%		72	8.6%	
Appenzell Ausserrhoden	97	28	28.9%		10	35.7%		10	10.3%	
Appenzell Innerrhoden	13	4	30.8%		0	0.0%		0	0.0%	
Basel-Land	568	126	22.2%		24	19.0%		24	4.2%	
Basel-Stadt	700	183	26.1%		43	23.5%		43	6.1%	
Bern	2681	986	36.8%		212	21.5%		212	7.9%	
Freiburg	387	21	5.4%		2	9.5%		2	0.5%	
Genf	1301	125	9.6%		22	17.6%		22	1.7%	
Glarus	44	34	77.3%		8	23.5%		8	18.2%	
Graubünden	392	99	25.3%		18	18.2%		18	4.6%	
Jura	83	1	1.2%		0	0.0%		0	0.0%	
Luzern	571	382	66.9%		65	17.0%		65	11.4%	
Neuenburg	310	54	17.4%		12	22.2%		12	3.9%	
Nidwalden	47	20	42.6%		5	25.0%		5	10.6%	
Obwalden	36	26	72.2%		5	19.2%		5	13.9%	
Schaffhausen	131	77	58.8%		11	14.3%		11	8.4%	
Schwyz	170	127	74.7%		19	15.0%		19	11.2%	
Solothurn	340	112	32.9%		15	13.4%		15	4.4%	
St. Gallen	754	201	26.7%		30	14.9%		30	4.0%	
Tessin	694	383	55.2%		75	19.6%		75	10.8%	
Thurgau	397	183	46.1%		23	12.6%		23	5.8%	
Uri	33	10	30.3%		1	10.0%		1	3.0%	
Waadt	1654	120	7.3%		36	30.0%		36	2.2%	
Wallis	457	17	3.7%		1	5.9%		1	0.2%	
Zug	167	66	39.5%		8	12.1%		8	4.8%	
Zürich	2959	572	19.3%		93	16.3%		93	3.1%	
Geschlecht				<0.0001			0.001			0.71
Männer	10590	3120	29.5%		547	17.5%		547	5.2%	
Frauen	5232	1205	23.0%		263	21.8%		263	5.0%	
Altersklassen				<0.0001			0.001			<0.0001
29-47 Jahre (1. Quartil)	3750	1107	29.5%		253	22.9%		253	6.7%	
48-55 Jahre (2. Quartil)	4123	1244	30.2%		211	17.0%		211	5.1%	
56-63 Jahre (3. Quartil)	4203	1203	28.6%		204	17.0%		204	4.9%	
64 und älter (4. Quartil)	3746	771	20.6%		142	18.4%		142	3.8%	
Nationalität				0.474			0.32			0.231
Schweiz	13079	3560	27.2%		657	18.5%		657	5.0%	
Ausland	2743	765	27.9%		153	20.0%		153	5.6%	
Facharzttitel				0.001			0.001			0.002
Allgemeine Innere Medizin	9194	2742	29.8%		450	16.4%		450	4.9%	
Kinder-/Jugendmedizin/ Kinderchirurgie	1351	338	25.0%		72	21.3%		72	5.3%	
Kinder-/Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie	446	102	22.9%		39	38.2%		39	8.7%	
Praktische(r) Ärztin/Arzt	1652	373	22.6%		71	19.0%		71	4.3%	
Psychiatrie/Psychotherapie	3179	770	24.2%		178	23.1%		178	5.6%	

¹⁾ Pearson Chi-Square (2-sided) für den Vergleich Ärzteschaft "Erreicht" vs. Ärzteschaft "Nicht erreicht" (vgl. Tabelle 1). Kanton: einzelne Zellen zu kleines N

²⁾ Pearson Chi-Square (2-sided) für den Vergleich Teilnehmende vs. Ärzteschaft "Erreicht". Kanton: einzelne Zellen zu kleines N

³⁾ Pearson Chi-Square (2-sided) für den Vergleich Teilnehmende vs. Nicht-Teilnehmende (bezogen auf MedReg-Sample). Kanton: einzelne Zellen zu kleines N

Tabelle A 2: Repräsentativität der Teilnehmenden (nach Sprachregion und Kanton sowie nach Geschlecht, Alter, Nationalität und Facharztztitel). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

	Total		Nicht Teilgenommen		Teilgenommen ¹⁾		p-Wert ²⁾
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	
MedReg Sample	15822	100.0%	15012	100.0%	810	100.0%	
Sprachregion							<0.0001
Deutschsprachig	10936	69.1%	10274	68.4%	662	81.7%	
Französischsprachig	4192	26.5%	4119	27.4%	73	9.0%	
Italienischsprachig	694	4.4%	619	4.1%	75	9.3%	
Kanton							N/A
Aargau	836	5.3%	764	5.1%	72	8.9%	
Appenzell Ausserrhoden	97	0.6%	87	0.6%	10	1.2%	
Appenzell Innerrhoden	13	0.1%	13	0.1%	0	0.0%	
Basel-Land	568	3.6%	544	3.6%	24	3.0%	
Basel-Stadt	700	4.4%	657	4.4%	43	5.3%	
Bern	2681	16.9%	2469	16.4%	212	26.2%	
Freiburg	387	2.4%	385	2.6%	2	0.2%	
Genf	1301	8.2%	1279	8.5%	22	2.7%	
Glarus	44	0.3%	36	0.2%	8	1.0%	
Graubünden	392	2.5%	374	2.5%	18	2.2%	
Jura	83	0.5%	83	0.6%	0	0.0%	
Luzern	571	3.6%	506	3.4%	65	8.0%	
Neuenburg	310	2.0%	298	2.0%	12	1.5%	
Nidwalden	47	0.3%	42	0.3%	5	0.6%	
Obwalden	36	0.2%	31	0.2%	5	0.6%	
Schaffhausen	131	0.8%	120	0.8%	11	1.4%	
Schwyz	170	1.1%	151	1.0%	19	2.3%	
Solothurn	340	2.1%	325	2.2%	15	1.9%	
St. Gallen	754	4.8%	724	4.8%	30	3.7%	
Tessin	694	4.4%	619	4.1%	75	9.3%	
Thurgau	397	2.5%	374	2.5%	23	2.8%	
Uri	33	0.2%	32	0.2%	1	0.1%	
Waadt	1654	10.5%	1618	10.8%	36	4.4%	
Wallis	457	2.9%	456	3.0%	1	0.1%	
Zug	167	1.1%	159	1.1%	8	1.0%	
Zürich	2959	18.7%	2866	19.1%	93	11.5%	
Geschlecht							0.710
Männer	10590	66.9%	10043	66.9%	547	67.5%	
Frauen	5232	33.1%	4969	33.1%	263	32.5%	
Altersklassen							<0.0001
29-47 Jahre (1. Quartil)	3750	23.7%	3497	23.3%	253	31.2%	
48-55 Jahre (2. Quartil)	4123	26.1%	3912	26.1%	211	26.0%	
56-63 Jahre (3. Quartil)	4203	26.6%	3999	26.6%	204	25.2%	
64 und älter (4. Quartil)	3746	23.7%	3604	24.0%	142	17.5%	
Nationalität							0.231
Schweiz	13079	82.7%	12422	82.7%	657	81.1%	
Ausland	2743	17.3%	2590	17.3%	153	18.9%	
Facharztztitel							0.002
Allgemeine Innere Medizin	9194	58.1%	8744	58.2%	450	55.6%	
Kinder-/Jugendmedizin/	1351	8.5%	1279	8.5%	72	8.9%	
Kinder-/Jugendpsychiatrie/	446	2.8%	407	2.7%	39	4.8%	
Praktische(r) Ärztin/Arzt	1652	10.4%	1581	10.5%	71	8.8%	
Psychiatrie und Psychotherapie	3179	20.1%	3001	20.0%	178	22.0%	

¹⁾ beendet, unterbrochen oder Info per email: kein Kontakt mit Kinder- und Jugendlichen unter 16

²⁾ Pearson Chi-Square (2-sided) für den Vergleich Teilnehmende vs. Nicht-Teilnehmende (bezogen auf MedReg-Sample). Kanton: einzelne Zellen zu kleines N

Tabelle A 3: Häufigkeit der Abklärung problematischen Konsums bei Auffälligkeiten (nach pädiatrischem Kontext und Häufigkeit Kontakt mit der Thematik). Die Frage wurde nur der Ärzteschaft gestellt. Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

Auffälligkeit	Nie		Manchmal		Immer		Total		p-Wert ¹⁾
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	
Verletzungen	79	23.7%	204	61.1%	51	15.3%	334	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	19	23.5%	52	64.2%	10	12.3%	81	100.0%	0.680 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	60	23.7%	152	60.1%	41	16.2%	253	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	0	0.0%	5	83.3%	1	16.7%	6	100.0%	0.491 ^F
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	79	24.1%	199	60.7%	50	15.2%	328	100.0%	
Alkoholintoxikation (nach ICD 10)	21	6.3%	54	16.2%	259	77.5%	334	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	4	4.9%	8	9.9%	69	85.2%	81	100.0%	0.155 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	17	6.7%	46	18.2%	190	75.1%	253	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	0	0.0%	0	0.0%	6	100.0%	6	100.0%	0.726 ^F
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	21	6.4%	54	16.5%	253	77.1%	328	100.0%	
Binge-Drinking/Rauschtrinken	27	8.1%	78	23.4%	229	68.6%	334	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	5	6.2%	11	13.6%	65	80.2%	81	100.0%	0.030 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	22	8.7%	67	26.5%	164	64.8%	253	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	0	0.0%	2	33.3%	4	66.7%	6	100.0%	0.787 ^F
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	27	8.2%	76	23.2%	225	68.6%	328	100.0%	
Psychische Auffälligkeiten	15	4.5%	160	47.9%	159	47.6%	334	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	0	0.0%	49	60.5%	32	39.5%	81	100.0%	0.005 ^F
Kein pädiatrischer Kontext	15	5.9%	111	43.9%	127	50.2%	253	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	0	0.0%	3	50.0%	3	50.0%	6	100.0%	1.000 ^F
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	15	4.6%	157	47.9%	156	47.6%	328	100.0%	
Verhaltensauffälligkeiten	20	6.0%	182	54.5%	132	39.5%	334	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	2	2.5%	56	69.1%	23	28.4%	81	100.0%	0.008 ^F
Kein pädiatrischer Kontext	18	7.1%	126	49.8%	109	43.1%	253	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	0	0.0%	4	66.7%	2	33.3%	6	100.0%	1.000 ^F
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	20	6.1%	178	54.3%	130	39.6%	328	100.0%	
Aggressivität	36	10.8%	184	55.1%	114	34.1%	334	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	10	12.3%	47	58.0%	24	29.6%	81	100.0%	0.593 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	26	10.3%	137	54.2%	90	35.6%	253	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	0	0.0%	3	50.0%	3	50.0%	6	100.0%	0.838 ^F
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	36	11.0%	181	55.2%	111	33.8%	328	100.0%	
Bekannter Substanzkonsum der Eltern	50	15.0%	200	59.9%	84	25.1%	334	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	13	16.0%	48	59.3%	20	24.7%	81	100.0%	0.952 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	37	14.6%	152	60.1%	64	25.3%	253	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	0	0.0%	4	66.7%	2	33.3%	6	100.0%	0.728 ^F
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	50	15.2%	196	59.8%	82	25.0%	328	100.0%	
Probleme in der Familie	41	12.3%	218	65.3%	75	22.5%	334	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	14	17.3%	49	60.5%	18	22.2%	81	100.0%	0.278 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	27	10.7%	169	66.8%	57	22.5%	253	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	0	0.0%	5	83.3%	1	16.7%	6	100.0%	1.000 ^F
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	41	12.5%	213	64.9%	74	22.6%	328	100.0%	
Probleme in der Schule	39	11.7%	208	62.3%	87	26.0%	334	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	11	13.6%	49	60.5%	21	25.9%	81	100.0%	0.824 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	28	11.1%	159	62.8%	66	26.1%	253	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	0	0.0%	5	83.3%	1	16.7%	6	100.0%	0.846 ^F
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	39	11.9%	203	61.9%	86	26.2%	328	100.0%	

¹⁾Chi-Square Tests. P: Pearson Chi-Square (2-sided); F: Fisher's Exact Test (2-sided)

Tabelle A 4: Wie häufig nutzen Sie folgende Instrumente, um problematischen Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren abzuklären? (Nach pädiatrischem Kontext und Häufigkeit Kontakt mit der Thematik). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

Instrument	Nie		Manchmal		Immer		Kenne ich nicht		Total		p-Wert ¹⁾
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	
Laboruntersuchungen ²⁾	46	17.0%	170	62.7%	55	20.3%	0	0.0%	271	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	23	23.7%	57	58.8%	17	17.5%	0	0.0%	97	100.0%	0.083 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	23	13.2%	113	64.9%	38	21.8%	0	0.0%	174	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	20	17.5%	74	64.9%	20	17.5%	0	0.0%	114	100.0%	0.631 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	26	16.6%	96	61.1%	35	22.3%	0	0.0%	157	100.0%	
körperliche (medizinische) Untersuchung	42	15.5%	99	36.5%	130	48.0%	0	0.0%	271	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	26	26.8%	23	23.7%	48	49.5%	0	0.0%	97	100.0%	0.000 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	16	9.2%	76	43.7%	82	47.1%	0	0.0%	174	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	19	16.7%	48	42.1%	47	41.2%	0	0.0%	114	100.0%	0.156 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	23	14.6%	51	32.5%	83	52.9%	0	0.0%	157	100.0%	
Diagnostik nach ICD10	126	46.5%	67	24.7%	56	20.7%	22	8.1%	271	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	35	36.1%	22	22.7%	33	34.0%	7	7.2%	97	100.0%	0.001 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	91	52.3%	45	25.9%	23	13.2%	15	8.6%	174	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	48	42.1%	27	23.7%	36	31.6%	3	2.6%	114	100.0%	0.000 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	78	49.7%	40	25.5%	20	12.7%	19	12.1%	157	100.0%	
Diagnostik nach DSM	180	66.4%	56	20.7%	9	3.3%	26	9.6%	271	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	62	63.9%	23	23.7%	4	4.1%	8	8.2%	97	100.0%	0.694 ^F
Kein pädiatrischer Kontext	118	67.8%	33	19.0%	5	2.9%	18	10.3%	174	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	79	69.3%	27	23.7%	5	4.4%	3	2.6%	114	100.0%	0.004 ^F
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	101	64.3%	29	18.5%	4	2.5%	23	14.6%	157	100.0%	
Neuropsychologische Tests	155	57.2%	90	33.2%	9	3.3%	17	6.3%	271	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	52	53.6%	35	36.1%	8	8.2%	2	2.1%	97	100.0%	0.001 ^F
Kein pädiatrischer Kontext	103	59.2%	55	31.6%	1	0.6%	15	8.6%	174	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	56	49.1%	49	43.0%	7	6.1%	2	1.8%	114	100.0%	0.000 ^F
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	99	63.1%	41	26.1%	2	1.3%	15	9.6%	157	100.0%	
Strukturierte Interview-Instrumente	167	61.6%	44	16.2%	6	2.2%	54	19.9%	271	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	54	55.7%	20	20.6%	2	2.1%	21	21.6%	97	100.0%	0.401 ^F
Kein pädiatrischer Kontext	113	64.9%	24	13.8%	4	2.3%	33	19.0%	174	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	72	63.2%	23	20.2%	4	3.5%	15	13.2%	114	100.0%	0.041 ^F
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	95	60.5%	21	13.4%	2	1.3%	39	24.8%	157	100.0%	
Kinder-DIPS	164	60.5%	31	11.4%	1	0.4%	75	27.7%	271	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	50	51.5%	24	24.7%	0	0.0%	23	23.7%	97	100.0%	0.000 ^F
Kein pädiatrischer Kontext	114	65.5%	7	4.0%	1	0.6%	52	29.9%	174	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	71	62.3%	22	19.3%	1	0.9%	20	17.5%	114	100.0%	0.000 ^F
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	93	59.2%	9	5.7%	0	0.0%	55	35.0%	157	100.0%	
Checkliste	167	61.6%	67	24.7%	19	7.0%	18	6.6%	271	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	53	54.6%	25	25.8%	16	16.5%	3	3.1%	97	100.0%	0.000 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	114	65.5%	42	24.1%	3	1.7%	15	8.6%	174	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	65	57.0%	33	28.9%	13	11.4%	3	2.6%	114	100.0%	0.006 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	102	65.0%	34	21.7%	6	3.8%	15	9.6%	157	100.0%	
Ablaufschema oder Prozessbeschrieb	183	67.5%	47	17.3%	20	7.4%	21	7.7%	271	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	63	64.9%	17	17.5%	15	15.5%	2	2.1%	97	100.0%	0.000 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	120	69.0%	30	17.2%	5	2.9%	19	10.9%	174	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	72	63.2%	26	22.8%	12	10.5%	4	3.5%	114	100.0%	0.011 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	111	70.7%	21	13.4%	8	5.1%	17	10.8%	157	100.0%	
¹⁾ Chi-Square Tests. P: Pearson Chi-Square (2-sided); F: Fisher's Exact Test (2-sided)											
²⁾ Drogen-Screening, biologische Marker etc.											

Tabelle A 5: Vorgehen bei Feststellung eines problematischen Konsums - Patientinnen/Patienten (nach pädiatrischem Kontext und Häufigkeit Kontakt mit der Thematik). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

Patientinnen und Patienten...	Nie		Manchmal		Regelmässig		Total		p-Wert ¹⁾
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	
berate oder behandle ich selber	32	11.9%	152	56.3%	86	31.9%	270	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	8	8.2%	49	50.5%	40	41.2%	97	100.0%	0.034 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	24	13.9%	103	59.5%	46	26.6%	173	100.0%	
Mehrere Male pro Monat oder häufiger Kontakt	8	7.1%	52	46.0%	53	46.9%	113	100.0%	<0.0001 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	24	15.3%	100	63.7%	33	21.0%	157	100.0%	
überweise ich an einen Facharzt/eine Fachärztin oder an eine Fachklinik	29	10.7%	176	65.2%	65	24.1%	270	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	15	15.5%	72	74.2%	10	10.3%	97	100.0%	<0.0001 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	14	8.1%	104	60.1%	55	31.8%	173	100.0%	
Mehrere Male pro Monat oder häufiger Kontakt	14	12.4%	80	70.8%	19	16.8%	113	100.0%	0.058 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	15	9.6%	96	61.1%	46	29.3%	157	100.0%	
überweise ich an eine Psychologin/einen Psychologen oder an eine Psychotherapeutin/einen Psychotherapeuten	40	14.8%	173	64.1%	57	21.1%	270	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	22	22.7%	62	63.9%	13	13.4%	97	100.0%	0.005 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	18	10.4%	111	64.2%	44	25.4%	173	100.0%	
Mehrere Male pro Monat oder häufiger Kontakt	20	17.7%	74	65.5%	19	16.8%	113	100.0%	0.240 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	20	12.7%	99	63.1%	38	24.2%	157	100.0%	
überweise ich an eine Fach- oder Beratungsstelle	24	8.9%	184	68.1%	62	23.0%	270	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	13	13.4%	65	67.0%	19	19.6%	97	100.0%	0.120 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	11	6.4%	119	68.8%	43	24.9%	173	100.0%	
Mehrere Male pro Monat oder häufiger Kontakt	9	8.0%	84	74.3%	20	17.7%	113	100.0%	0.163 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	15	9.6%	100	63.7%	42	26.8%	157	100.0%	
empfehle ich, sich an eine Fach- oder Beratungsstelle zu wenden	32	11.9%	170	63.0%	68	25.2%	270	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	16	16.5%	66	68.0%	15	15.5%	97	100.0%	0.011 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	16	9.2%	104	60.1%	53	30.6%	173	100.0%	
Mehrere Male pro Monat oder häufiger Kontakt	12	10.6%	76	67.3%	25	22.1%	113	100.0%	0.463 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	20	12.7%	94	59.9%	43	27.4%	157	100.0%	
gebe ich Informationsmaterial ab	99	36.7%	126	46.7%	45	16.7%	270	100.0%	0.0026 ^P
Pädiatrischer Kontext	30	30.9%	58	59.8%	9	9.3%	97	100.0%	
Kein pädiatrischer Kontext	69	39.9%	68	39.3%	36	20.8%	173	100.0%	
Mehrere Male pro Monat oder häufiger Kontakt	31	27.4%	68	60.2%	14	12.4%	113	100.0%	0.001 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	68	43.3%	58	36.9%	31	19.7%	157	100.0%	
gebe ich Hinweis auf Online-Angebote (www.alcotool.ch, www.feel-ok.ch, www.tschau.ch)	139	51.5%	90	33.3%	41	15.2%	270	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	42	43.3%	44	45.4%	11	11.3%	97	100.0%	0.007 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	97	56.1%	46	26.6%	30	17.3%	173	100.0%	
Mehrere Male pro Monat oder häufiger Kontakt	52	46.0%	48	42.5%	13	11.5%	113	100.0%	0.021 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	87	55.4%	42	26.8%	28	17.8%	157	100.0%	

¹⁾Chi-Square Tests. P: Pearson Chi-Square (2-sided); F: Fisher's Exact Test (2-sided)

Tabelle A 6: Vorgehen bei Feststellung eines problematischen Konsums - Kontaktaufnahme und Information
(nach pädiatrischem Kontext und Häufigkeit Kontakt mit der Thematik). Online-Umfrage "Substanzkonsum",
2014

Ich kontaktiere oder informiere...	Nie		Manchmal		Regelmässig		Total		p-Wert ¹⁾
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	
die Eltern	57	15.4%	166	44.9%	147	39.7%	370	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	23	16.9%	53	39.0%	60	44.1%	136	100.0%	0.220 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	34	14.5%	113	48.3%	87	37.2%	234	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	23	15.2%	68	45.0%	60	39.7%	151	100.0%	0.997 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	34	15.5%	98	44.7%	87	39.7%	219	100.0%	
den Schularztendienst	273	73.8%	85	23.0%	12	3.2%	370	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	97	71.3%	34	25.0%	5	3.7%	136	100.0%	0.677 ^F
Kein pädiatrischer Kontext	176	75.2%	51	21.8%	7	3.0%	234	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	111	73.5%	37	24.5%	3	2.0%	151	100.0%	0.505 ^F
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	162	74.0%	48	21.9%	9	4.1%	219	100.0%	
den Schulsozialdienst	243	65.7%	117	31.6%	10	2.7%	370	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	82	60.3%	51	37.5%	3	2.2%	136	100.0%	0.171 ^F
Kein pädiatrischer Kontext	161	68.8%	66	28.2%	7	3.0%	234	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	96	63.6%	52	34.4%	3	2.0%	151	100.0%	0.556 ^F
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	147	67.1%	65	29.7%	7	3.2%	219	100.0%	
den Spitalsozialdienst	281	75.9%	68	18.4%	21	5.7%	370	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	92	67.6%	34	25.0%	10	7.4%	136	100.0%	0.017 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	189	80.8%	34	14.5%	11	4.7%	234	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	114	75.5%	28	18.5%	9	6.0%	151	100.0%	0.977 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	167	76.3%	40	18.3%	12	5.5%	219	100.0%	
den kommunalen Sozialdienst	268	72.4%	96	25.9%	6	1.6%	370	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	93	68.4%	41	30.1%	2	1.5%	136	100.0%	0.395 ^F
Kein pädiatrischer Kontext	175	74.8%	55	23.5%	4	1.7%	234	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	106	70.2%	43	28.5%	2	1.3%	151	100.0%	0.643 ^F
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	162	74.0%	53	24.2%	4	1.8%	219	100.0%	
eine Fach- oder Beratungsstelle	145	39.2%	179	48.4%	46	12.4%	370	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	50	36.8%	68	50.0%	18	13.2%	136	100.0%	0.759 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	95	40.6%	111	47.4%	28	12.0%	234	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	54	35.8%	78	51.7%	19	12.6%	151	100.0%	0.513 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	91	41.6%	101	46.1%	27	12.3%	219	100.0%	
die Behörden	252	68.1%	111	30.0%	7	1.9%	370	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	89	65.4%	45	33.1%	2	1.5%	136	100.0%	0.628 ^F
Kein pädiatrischer Kontext	163	69.7%	66	28.2%	5	2.1%	234	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	94	62.3%	55	36.4%	2	1.3%	151	100.0%	0.086 ^F
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	158	72.1%	56	25.6%	5	2.3%	219	100.0%	

¹⁾Chi-Square Tests. P: Pearson Chi-Square (2-sided); F: Fisher's Exact Test (2-sided)

Tabelle A 7: Vorgehen bei Feststellung eines problematischen Konsums - Beschaffung von Informationen und Empfehlungen (nach pädiatrischem Kontext und Häufigkeit Kontakt mit der Thematik). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

Ich hole Informationen und Empfehlungen ein...	Nie		Manchmal		Regelmässig		Total		p-Wert ¹⁾
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	
bei Kollegen oder Kolleginnen	44	12.1%	230	63.0%	91	24.9%	365	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	11	8.2%	85	63.4%	38	28.4%	134	100.0%	0.165 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	33	14.3%	145	62.8%	53	22.9%	231	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	15	10.1%	94	63.1%	40	26.8%	149	100.0%	0.550 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	29	13.4%	136	63.0%	51	23.6%	216	100.0%	
in einem Ärztezirkel oder Ärztenetzwerk	147	40.3%	151	41.4%	67	18.4%	365	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	57	42.5%	47	35.1%	30	22.4%	134	100.0%	0.124 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	90	39.0%	104	45.0%	37	16.0%	231	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	64	43.0%	57	38.3%	28	18.8%	149	100.0%	0.587 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	83	38.4%	94	43.5%	39	18.1%	216	100.0%	
bei einer Fachärztin /einem Facharzt	75	20.5%	197	54.0%	93	25.5%	365	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	29	21.6%	71	53.0%	34	25.4%	134	100.0%	0.922 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	46	19.9%	126	54.5%	59	25.5%	231	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	33	22.1%	80	53.7%	36	24.2%	149	100.0%	0.783 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	42	19.4%	117	54.2%	57	26.4%	216	100.0%	
bei einem Psychologen/ einer Psychotherapeutin	109	29.9%	185	50.7%	71	19.5%	365	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	34	25.4%	69	51.5%	31	23.1%	134	100.0%	0.231 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	75	32.5%	116	50.2%	40	17.3%	231	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	43	28.9%	70	47.0%	36	24.2%	149	100.0%	0.162 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	66	30.6%	115	53.2%	35	16.2%	216	100.0%	
bei einer Fach- oder Beratungsstelle	109	29.9%	200	54.8%	56	15.3%	365	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	41	30.6%	75	56.0%	18	13.4%	134	100.0%	0.743 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	68	29.4%	125	54.1%	38	16.5%	231	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	44	29.5%	91	61.1%	14	9.4%	149	100.0%	0.022 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	65	30.1%	109	50.5%	42	19.4%	216	100.0%	
auf www.praxis-suchtmedizin.ch (Online- Handbuch)	297	81.4%	59	16.2%	9	2.5%	365	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	111	82.8%	20	14.9%	3	2.2%	134	100.0%	0.908 ^F
Kein pädiatrischer Kontext	186	80.5%	39	16.9%	6	2.6%	231	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	120	80.5%	25	16.8%	4	2.7%	149	100.0%	0.913 ^F
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	177	81.9%	34	15.7%	5	2.3%	216	100.0%	
auf einer anderen Internetplattform	260	71.2%	103	28.2%	2	0.5%	365	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	95	70.9%	38	28.4%	1	0.7%	134	100.0%	1.000 ^F
Kein pädiatrischer Kontext	165	71.4%	65	28.1%	1	0.4%	231	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	98	65.8%	50	33.6%	1	0.7%	149	100.0%	0.110 ^F
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	162	75.0%	53	24.5%	1	0.5%	216	100.0%	

¹⁾Chi-Square Tests. P: Pearson Chi-Square (2-sided); F: Fisher's Exact Test (2-sided)

Tabelle A8: Welche Methoden wenden Sie an, wenn Sie Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren mit problematischem Substanzkonsum selber beraten oder behandeln? (Nach pädiatrischem Kontext und Häufigkeit Kontakt mit der Thematik). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

Methode, wenn Sie selber beraten/behandeln?	Nie		Manchmal		Regelmässig		Total		p-Wert ¹⁾
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	
Kurzintervention	26	11.1%	128	54.7%	80	34.2%	234	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	9	10.3%	50	57.5%	28	32.2%	87	100.0%	0.806 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	17	11.6%	78	53.1%	52	35.4%	147	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	10	9.9%	54	53.5%	37	36.6%	101	100.0%	0.743 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	16	12.0%	74	55.6%	43	32.3%	133	100.0%	
Motivierende Gesprächsführung	45	19.2%	115	49.1%	74	31.6%	234	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	22	25.3%	45	51.7%	20	23.0%	87	100.0%	0.047 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	23	15.6%	70	47.6%	54	36.7%	147	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	15	14.9%	54	53.5%	32	31.7%	101	100.0%	0.294 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	30	22.6%	61	45.9%	42	31.6%	133	100.0%	
Andere Gesprächstechniken	72	30.8%	119	50.9%	43	18.4%	234	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	22	25.3%	42	48.3%	23	26.4%	87	100.0%	0.040 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	50	34.0%	77	52.4%	20	13.6%	147	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	20	19.8%	56	55.4%	25	24.8%	101	100.0%	0.003 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	52	39.1%	63	47.4%	18	13.5%	133	100.0%	
Verschreiben von Medikamenten	125	53.4%	106	45.3%	3	1.3%	234	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	48	55.2%	36	41.4%	3	3.4%	87	100.0%	0.062 ^F
Kein pädiatrischer Kontext	77	52.4%	70	47.6%	0	0.0%	147	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	43	42.6%	55	54.5%	3	3.0%	101	100.0%	0.002 ^F
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	82	61.7%	51	38.3%	0	0.0%	133	100.0%	
Vermitteln von Informationen	16	6.8%	95	40.6%	123	52.6%	234	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	3	3.4%	31	35.6%	53	60.9%	87	100.0%	0.082 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	13	8.8%	64	43.5%	70	47.6%	147	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	7	6.9%	39	38.6%	55	54.5%	101	100.0%	0.863 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	9	6.8%	56	42.1%	68	51.1%	133	100.0%	
Psychotherapie	85	36.3%	110	47.0%	39	16.7%	234	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	24	27.6%	42	48.3%	21	24.1%	87	100.0%	0.022 ^P
Kein pädiatrischer Kontext	61	41.5%	68	46.3%	18	12.2%	147	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	24	23.8%	51	50.5%	26	25.7%	101	100.0%	0.000 ^P
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	61	45.9%	59	44.4%	13	9.8%	133	100.0%	

¹⁾Chi-Square Tests. P: Pearson Chi-Square (2-sided); F: Fisher's Exact Test (2-sided)

Tabelle A9: Charakterisierung der Kinder und Jugendlichen mit problematischem Konsum (nach pädiatrischem Kontext und Häufigkeit Kontakt mit der Thematik). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

Kinder und Jugendliche mit problematischem Konsum...	Pädiatrischer Kontext							Häufigkeit Kontakt								
	Nein		Ja		Total			p-Wert ¹⁾	Mehr als pro Monat oder häufiger		Alle paar Monate oder seltener		Total		p-Wert ¹⁾	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent			N	Prozent	N	Prozent	N			Prozent
Total	222	100.0%	130	100.0%	352	100.0%		142	100.0%	210	100.0%	352	100.0%			
Geschlecht							0.004 ^P							0.377 ^P		
...sind eher Mädchen	12	5.4%	21	16.2%	33	9.4%		17	12.0%	16	7.6%	33	9.4%			
...sind eher Jungen	97	43.7%	49	37.7%	146	41.5%		56	39.4%	90	42.9%	146	41.5%			
kann ich nicht beurteilen	113	50.9%	60	46.2%	173	49.1%		69	48.6%	104	49.5%	173	49.1%			
Migrationshintergrund							0.063 ^P							0.034		
...sind bezüglich Migrationshintergrund repräsentativ für die Schweizer Bevölkerung	45	20.3%	41	31.5%	86	24.4%		46	32.2%	40	19.1%	86	24.4%			
...sind verhältnismässig mehr Personen mit Migrationshintergrund	39	17.6%	14	10.8%	53	15.1%		19	13.3%	34	16.3%	53	15.1%			
...sind verhältnismässig mehr Personen ohne Migrationshintergrund	29	13.1%	18	13.8%	47	13.4%		20	14.0%	27	12.9%	47	13.4%			
...kann ich nicht beurteilen	109	49.1%	57	43.8%	166	47.2%		58	40.6%	108	51.7%	166	47.2%			
Psychische Probleme							0.214 ^F							0.047 ^F		
...sind eher frei von psychischen Problemen	5	2.3%	6	4.6%	11	3.1%		8	5.6%	3	1.4%	11	3.1%			
...haben eher psychische Probleme	183	82.4%	111	85.4%	294	83.5%		120	83.9%	174	83.3%	294	83.5%			
kann ich nicht beurteilen	34	15.3%	13	10.0%	47	13.4%		15	10.5%	32	15.3%	47	13.4%			
Verhalten in der Schule							0.000 ^F							0.036 ^F		
...fallen durch ihr Verhalten in der Schule eher positiv auf	0	0.0%	5	3.8%	5	1.4%		4	2.8%	1	0.5%	5	1.4%			
...fallen durch ihr Verhalten in der Schule eher negativ auf	149	67.1%	102	78.5%	251	71.3%		108	75.5%	143	68.4%	251	71.3%			
kann ich nicht beurteilen	73	32.9%	23	17.7%	96	27.3%		31	21.7%	65	31.1%	96	27.3%			
Schulische Leistungen							0.003 ^P							0.527 ^P		
...zeigen eher schwache schulische Leistungen	127	57.2%	95	73.1%	222	63.1%		93	65.0%	129	61.7%	222	63.1%			
...zeigen gute schulische Leistungen	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%			
kann ich nicht beurteilen	95	42.8%	35	26.9%	130	36.9%		50	35.0%	80	38.3%	130	36.9%			
Familienverhältnisse							0.089 ^F							0.415 ^F		
...kommen eher aus stabilen Familienverhältnissen	4	1.8%	5	3.8%	9	2.6%		2	1.4%	7	3.3%	9	2.6%			
Familienverhältnisse	167	75.2%	106	81.5%	273	77.6%		115	80.4%	158	75.6%	273	77.6%			
kann ich nicht beurteilen	51	23.0%	19	14.6%	70	19.9%		26	18.2%	44	21.1%	70	19.9%			
Substanzkonsum der Eltern							0.473 ^P							0.854 ^P		
...haben eher Eltern mit keinem oder mässigem Alkohol- oder Drogenkonsum	26	11.7%	21	16.2%	47	13.4%		20	14.0%	27	12.9%	47	13.4%			
...haben eher Eltern mit problematischem Alkohol- oder Drogenkonsum	88	39.6%	51	39.2%	139	39.5%		54	37.8%	85	40.7%	139	39.5%			
kann ich nicht beurteilen	108	48.6%	58	44.6%	166	47.2%		69	48.3%	97	46.4%	166	47.2%			
Störungen Sozialverhalten							0.084 ^P							0.360 ^P		
...sind eher frei von Störungen des Sozialverhaltens	7	3.2%	7	5.4%	14	4.0%		7	4.9%	7	3.3%	14	4.0%			
...zeigen eher Störungen des Sozialverhaltens (z.B. Delinquenz)	154	69.4%	100	76.9%	254	72.2%		107	74.8%	147	70.3%	254	72.2%			
kann ich nicht beurteilen	61	27.5%	23	17.7%	84	23.9%		29	20.3%	55	26.3%	84	23.9%			
Ausübung von Gewalt							0.781 ^P							0.167 ^P		
...haben eher noch keine Gewalt ausgeübt	20	9.0%	14	10.8%	34	9.7%		11	7.7%	23	11.0%	34	9.7%			
ausgeübt	87	39.2%	53	40.8%	140	39.8%		65	45.5%	75	35.9%	140	39.8%			
kann ich nicht beurteilen	115	51.8%	63	48.5%	178	50.6%		67	46.9%	111	53.1%	178	50.6%			
Gewalterfahrungen							0.770 ^P							0.044 ^P		
...waren eher noch keiner Gewalt oder Traumata ausgesetzt	9	4.1%	7	5.4%	16	4.5%		5	3.5%	11	5.3%	16	4.5%			
...haben eher Gewalt oder Traumata erlebt	116	52.3%	70	53.8%	186	52.8%		87	60.8%	99	47.4%	186	52.8%			
kann ich nicht beurteilen	97	43.7%	53	40.8%	150	42.6%		51	35.7%	99	47.4%	150	42.6%			

¹⁾Chi-Square Tests. P: Pearson Chi-Square (2-sided); F: Fisher's Exact Test (2-sided)

Tabelle A10: Wahrgenommene Hindernisse bei der Früherkennung und Frühintervention (nach pädiatrischem Kontext und Häufigkeit Kontakt mit der Thematik). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

Hindernisse	Ja		Nein		Total		p-Wert ¹⁾
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	
Mir fehlt die Zeit dafür	102	29.4%	245	70.6%	347	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	32	25.2%	95	74.8%	127	100.0%	0.237
Kein pädiatrischer Kontext	70	31.8%	150	68.2%	220	100.0%	
Mehr als pro Monat oder häufiger Kontakt	36	25.4%	106	74.6%	142	100.0%	0.209
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	66	32.2%	139	67.8%	205	100.0%	
Ich interessiere mich zu wenig dafür	41	11.8%	306	88.2%	347	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	11	8.7%	116	91.3%	127	100.0%	0.226
Kein pädiatrischer Kontext	30	13.6%	190	86.4%	220	100.0%	
Mehr als pro Monat oder häufiger Kontakt	11	7.7%	131	92.3%	142	100.0%	0.074
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	30	14.6%	175	85.4%	205	100.0%	
Ich denke, die Kinder und Jugendlichen interessieren sich zu wenig dafür/sind zu wenig motiviert dafür	97	28.0%	250	72.0%	347	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	33	26.0%	94	74.0%	127	100.0%	0.619
Kein pädiatrischer Kontext	64	29.1%	156	70.9%	220	100.0%	
Mehr als pro Monat oder häufiger Kontakt	40	28.2%	102	71.8%	142	100.0%	1.000
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	57	27.8%	148	72.2%	205	100.0%	
Die Kinder und Jugendlichen arbeiten schlecht mit	93	26.8%	254	73.2%	347	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	36	28.3%	91	71.7%	127	100.0%	0.713
Kein pädiatrischer Kontext	57	25.9%	163	74.1%	220	100.0%	
Mehr als pro Monat oder häufiger Kontakt	42	29.6%	100	70.4%	142	100.0%	0.396
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	51	24.9%	154	75.1%	205	100.0%	
Ich denke Frühinterventionen bei Kindern und Jugendlichen haben im allgemeinen mangelhafte Erfolgsaussichten	20	5.8%	327	94.2%	347	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	4	3.1%	123	96.9%	127	100.0%	0.178
Kein pädiatrischer Kontext	16	7.3%	204	92.7%	220	100.0%	
Mehr als pro Monat oder häufiger Kontakt	10	7.0%	132	93.0%	142	100.0%	0.538
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	10	4.9%	195	95.1%	205	100.0%	
Mir fehlt eine spezielle Ausbildung, Kinder und Jugendliche mit problematischem Substanzkonsum zu beraten oder zu behandeln	236	68.0%	111	32.0%	347	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	80	63.0%	47	37.0%	127	100.0%	0.160
Kein pädiatrischer Kontext	156	70.9%	64	29.1%	220	100.0%	
Mehr als pro Monat oder häufiger Kontakt	75	52.8%	67	47.2%	142	100.0%	<0.0001
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	161	78.5%	44	21.5%	205	100.0%	
Wegen des Arztgeheimnisses/Berufsgeheimnisses ist es mir nicht möglich, relevante Personen oder Stellen zu informieren oder mit einzubeziehen	92	26.5%	255	73.5%	347	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	25	19.7%	102	80.3%	127	100.0%	0.039
Kein pädiatrischer Kontext	67	30.5%	153	69.5%	220	100.0%	
Mehr als pro Monat oder häufiger Kontakt	39	27.5%	103	72.5%	142	100.0%	0.833
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	53	25.9%	152	74.1%	205	100.0%	
Ich denke, es fehlen geeignete Screening-Instrumente, um problematischen Substanzkonsum bei Kindern oder Jugendlichen ohne offensichtliche Symptome zu erkennen	161	46.4%	186	53.6%	347	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	54	42.5%	73	57.5%	127	100.0%	0.323
Kein pädiatrischer Kontext	107	48.6%	113	51.4%	220	100.0%	
Mehr als pro Monat oder häufiger Kontakt	63	44.4%	79	55.6%	142	100.0%	0.602
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	98	47.8%	107	52.2%	205	100.0%	
Ich bin der Meinung, dass Frühinterventionen im Tarmed-System ungenügend vergütet werden	145	56.6%	111	43.4%	256	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	49	53.8%	42	46.2%	91	100.0%	0.590
Kein pädiatrischer Kontext	96	58.2%	69	41.8%	165	100.0%	
Mehr als pro Monat oder häufiger Kontakt	56	53.3%	49	46.7%	105	100.0%	0.446
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	89	58.9%	62	41.1%	151	100.0%	
Fortsetzung auf nächster Seite							

¹⁾ Perason Chi-Square (2-sided), continuity correction for 2x2 table¹⁾ Perason Chi-Square (2-sided), continuity correction for 2x2 table

Tabelle A11: Einstellung und Haltung bezüglich Früherkennung und Frühintervention (nach pädiatrischem Kontext und Häufigkeit Kontakt mit der Thematik). Online-Umfrage "Substanzkonsum", 2014

Einstellung und Haltung	Stimme nicht zu		Neutral		Stimme zu		Total		p-Wert ¹⁾
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	
Ich denke, dass ich genügend über die Ursachen von problematischem Substanzkonsum weiss, um meine Aufgabe im Umgang mit gefährdeten Kindern und Jugendlichen zu erfüllen.	120	35.4%	54	15.9%	165	48.7%	339	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	40	32.8%	21	17.2%	61	50.0%	122	100.0%	0.729
Kein pädiatrischer Kontext	80	36.9%	33	15.2%	104	47.9%	217	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	33	23.9%	24	17.4%	81	58.7%	138	100.0%	0.001
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	87	43.3%	30	14.9%	84	41.8%	201	100.0%	
Ich denke, dass ich Kinder und Jugendliche angemessen zum problematischen Substanzkonsum und seinen Folgen beraten kann.	114	33.6%	78	23.0%	147	43.4%	339	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	40	32.8%	27	22.1%	55	45.1%	122	100.0%	0.890
Kein pädiatrischer Kontext	74	34.1%	51	23.5%	92	42.4%	217	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	31	22.5%	33	23.9%	74	53.6%	138	100.0%	0.001
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	83	41.3%	45	22.4%	73	36.3%	201	100.0%	
Ich denke, dass meine Arbeit mit gefährdeten Kindern und Jugendlichen wenige Erfolgserlebnisse bringt.	186	54.9%	69	20.4%	84	24.8%	339	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	63	51.6%	28	23.0%	31	25.4%	122	100.0%	0.599
Kein pädiatrischer Kontext	123	56.7%	41	18.9%	53	24.4%	217	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	85	61.6%	26	18.8%	27	19.6%	138	100.0%	0.094
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	101	50.2%	43	21.4%	57	28.4%	201	100.0%	
Pessimismus ist die realistischste Haltung gegenüber gefährdeten Kindern und Jugendlichen.	292	86.1%	24	7.1%	23	6.8%	339	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	112	91.8%	8	6.6%	2	1.6%	122	100.0%	0.016
Kein pädiatrischer Kontext	180	82.9%	16	7.4%	21	9.7%	217	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	119	86.2%	7	5.1%	12	8.7%	138	100.0%	0.276
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	173	86.1%	17	8.5%	11	5.5%	201	100.0%	
Im Allgemeinen finde ich, dass ich in der Arbeit mit gefährdeten Kindern und Jugendlichen meinen eigenen Ansprüchen nicht gerecht werden kann.	163	48.1%	59	17.4%	117	34.5%	339	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	58	47.5%	23	18.9%	41	33.6%	122	100.0%	0.866
Kein pädiatrischer Kontext	105	48.4%	36	16.6%	76	35.0%	217	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	75	54.3%	27	19.6%	36	26.1%	138	100.0%	0.026
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	88	43.8%	32	15.9%	81	40.3%	201	100.0%	
Ich möchte mich im Rahmen meiner Arbeit mit gefährdeten Kindern und Jugendlichen befassen.	106	31.3%	55	16.2%	178	52.5%	339	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	30	24.6%	19	15.6%	73	59.8%	122	100.0%	0.095
Kein pädiatrischer Kontext	76	35.0%	36	16.6%	105	48.4%	217	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	27	19.6%	14	10.1%	97	70.3%	138	100.0%	<0.0001
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	79	39.3%	41	20.4%	81	40.3%	201	100.0%	
Ich denke, dass ich berechtigt bin, die Kinder und Jugendlichen nach ihrem problematischen Substanzkonsum zu befragen, sofern es notwendig ist.	20	5.9%	19	5.6%	300	88.5%	339	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	6	4.9%	10	8.2%	106	86.9%	122	100.0%	0.266
Kein pädiatrischer Kontext	14	6.5%	9	4.1%	194	89.4%	217	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	7	5.1%	9	6.5%	122	88.4%	138	100.0%	0.734
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	13	6.5%	10	5.0%	178	88.6%	201	100.0%	
Ich denke, dass die Kinder und Jugendlichen der Auffassung sind, dass ich berechtigt bin, ihnen Fragen nach ihrem problematischen Substanzkonsum zu stellen, sofern es notwendig ist	35	10.3%	36	10.6%	268	79.1%	339	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	9	7.4%	13	10.7%	100	82.0%	122	100.0%	0.405
Kein pädiatrischer Kontext	26	12.0%	23	10.6%	168	77.4%	217	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	12	8.7%	11	8.0%	115	83.3%	138	100.0%	0.263
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	23	11.4%	25	12.4%	153	76.1%	201	100.0%	
Im Allgemeinen ist es lohnenswert, sich mit gefährdeten Kindern und Jugendlichen zu befassen.	16	4.7%	17	5.0%	306	90.3%	339	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	2	1.6%	7	5.7%	113	92.6%	122	100.0%	0.126
Kein pädiatrischer Kontext	14	6.5%	10	4.6%	193	88.9%	217	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	2	1.4%	6	4.3%	130	94.2%	138	100.0%	0.053
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	14	7.0%	11	5.5%	176	87.6%	201	100.0%	
Im Allgemeinen finde ich Menschen, die einen riskanten problematischen Substanzkonsum haben, sympathisch.	125	36.9%	124	36.6%	90	26.5%	339	100.0%	
Pädiatrischer Kontext	46	37.7%	46	37.7%	30	24.6%	122	100.0%	0.828
Kein pädiatrischer Kontext	79	36.4%	78	35.9%	60	27.6%	217	100.0%	
Mehrmals pro Monat oder häufiger Kontakt	45	32.6%	58	42.0%	35	25.4%	138	100.0%	0.206
Alle paar Monate oder seltener Kontakt	80	39.8%	66	32.8%	55	27.4%	201	100.0%	
¹⁾ Pearson Chi-Square (2-sided)									

7.2 Online-Fragebogen Hauptbefragung

Fragebogen

1 Startseite

Herzlich Willkommen bei der Online-Befragung Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren

Ihre Angaben werden selbstverständlich anonym verarbeitet und ausgewertet.
Bitte füllen Sie die Umfrage nur einmal aus.



In dieser Umfrage geht es um den **problematischen Substanzkonsum** bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren.

Problematischer Substanzkonsum bezieht sich jeweils auf Kinder und Jugendliche mit einem **gefährlichen oder schädlichen Konsum bis hin zur Abhängigkeit**.

Wie häufig haben Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit **mit Kindern und Jugendlichen** unter 16 Jahren Kontakt, bei denen Sie **problematischen Substanzkonsum** vermuten oder feststellen?

Bitte kreuzen Sie die Aussage an, die am ehesten zutrifft

- ☐ täglich
- ☐ mehrmals pro Woche
- ☐ mehrmals pro Monat
- ☐ alle paar Monate
- ☐ weniger als 1 Mal pro Jahr
- ☐ nie

2 03.20 Häufigkeit Bezugsperson

03.20 **Wie häufig** werden Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit **von einer Bezugsperson** auf **problematischen Substanzkonsum** eines Kindes oder Jugendlichen unter 16 Jahren angesprochen?

Bitte kreuzen Sie die Aussage an, die am ehesten zutrifft

- ☐ täglich
- ☐ mehrmals pro Woche
- ☐ mehrmals pro Monat
- ☐ alle paar Monate
- ☐ weniger als 1 Mal pro Jahr
- ☐ nie

3.1 Intro Demographie

Herzlichen Dank, wenn Sie noch ein paar wenige Fragen zu Ihnen und Ihrem beruflichen Umfeld beantworten.

4.1 Hinweis 10-15min

Vielen Dank, wenn Sie sich 10-15 Minuten Zeit nehmen, um die Umfrage zu beantworten.

5 00.10 Beruf

00.10 **Welche Ausbildung haben Sie?**

- ☐ Ärztin / Arzt
- ☐ Pflegefachperson

6.1 21.10 Fachgebiet

21.10 **Was ist Ihr Fachgebiet** (gemäss FMH-Titel)?

Mehrere Antworten möglich.

- ☐ Allgemeine innere Medizin, Allgemeinmedizin
- ☐ Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie)
- ☐ Kinder- und Jugendpsychiatrie
- ☐ Kinderchirurgie
- ☐ Gynäkologie und Geburtshilfe

- ☐ Chirurgie / Fachmedizin mit oder ohne chirurg. Tätigkeit / andere Fachmedizin
- ☐ Psychiatrie
- ☐ Noch kein FMH-Titel

7.1 21.20 Bildungsabschluss

21.20 Was ist Ihr höchster Berufsabschluss?

- ☐ Dipl. Pflegefachperson mit Spezialisierung
- ☐ Dipl. Pflegefachperson (FH, HF, AKP, KWS, PSY, IKP, Diplomniveau I / II)
- ☐ Pflegepersonal Sekundarstufe II (Berufliche Grundbildung)
- ☐ Pflegepersonal Assistenzstufe (Berufliche Grundbildung)
- ☐ Anderes Pflegepersonal (Hilfspersonal)
- ☐ Anderes, nämlich:

8 01.00 Arbeitsort/Arbeitstätigkeit

01.00 Wo arbeiten Sie aktuell?

Mehrere Antworten sind möglich.

- ☐ In einer Arztpraxis
- ☐ In einer stationären medizinischen Einrichtung (Akutspital, Reha, Psychiatrie)
- ☐ Bei einem schulärztlichen Dienst
- ☐ Bei einem Spitex-Dienst
- ☐ Als selbstständige Pflegefachperson
- ☐ Als Schulkrankenschwester
- ☐ In einer anderen medizinischen Einrichtung oder Dienststelle
- ☐ Nicht in einer medizinischen Einrichtung tätig
- ☐ Nicht berufstätig
- ☐ Anderes

9 24.00 Geschlecht

24.00 Ihr Geschlecht?

- ☐ Weiblich ☐ Männlich

10 23.00 Alter

23.00 Wie alt sind Sie?

Jahre

11 25.00 Nationalität

25.00 Welche Nationalität haben Sie?

Mehrere Antworten sind möglich.

- ☐ Schweiz
- ☐ EU-Staaten
- ☐ übriges Europa
- ☐ übrige Staaten

12.1 15.00 Praxisform

15.00 In welcher Praxisform arbeiten Sie?

- ☐ Einzelpraxis
- ☐ Doppel- oder Gruppenpraxis

13.1 16.10 Stationäre Einrichtung

16.00 In welchem Typ stationärer medizinischer Einrichtung arbeiten Sie?

- ☐ Universitätsspital (Zentrumsversorgung K111)
- ☐ Andere Zentrumsversorgung (K112)
- ☐ Grundversorgung (K12)
- ☐ Psychiatrische Klinik (K21)
- ☐ Rehabilitationsklinik (K22)

- ☐ Spezialklinik Pädiatrie (K233)
☐ Andere Spezialklinik (K23)
☐ Geburtshaus
☐ Sozialmedizinische Institution

☐ Andere stationäre medizinische Einrichtung, nämlich:

14.1 16.20 Klinik, Abteilung, Station

16.20 Auf welcher Klinik, Abteilung oder Station arbeiten Sie?

- ☐ Notfallstation
☐ Intensivmedizin (M050)
☐ Pädiatrie (M400)
☐ Chirurgie (M200)
☐ Innere Medizin (M100) oder Medizinische Fachgebiete allgemein (M000)
☐ Gynäkologie und Geburtshilfe (M300)
☐ Psychiatrie und Psychotherapie (M500)
☐ Spezialabteilung:
☐ Ophthalmologie (M600) / Otorhinolaryngologie (ORL) (M700) / Dermatologie und Venerologie (M800) / Geriatrie und subakute Pflege (M900)
weitere Tätigkeitsgebiete (M990) / Medizinische Radiologie (M850)
☐ Rehabilitation und physikalische Medizin (M950)
☐ Beratungs- und Sozialdienste (T600)

15.1 16.30 Funktion

16.30 Welche Funktion üben Sie in der stationären medizinischen Einrichtung aus?

- ☐ Chefärztin / Chefarzt
☐ Leitende Ärztin / Leitender Arzt
☐ Spitalärztin / Spitalarzt
☐ Oberärztin / Oberarzt
☐ Belegärztin / Belegarzt
☐ Assistenzärztin / Assistenzarzt in Weiterbildung
☐ Anderes, nämlich:

16.1 17.00 Leitungsfunktion

17.00 Welche Funktion üben Sie aus?

(beim schulärztlichen Dienst, beim Spitex-Dienst oder in einer anderen Einrichtung oder Dienststelle)

- ☐ Leitungsfunktion
☐ Keine Leitungsfunktion

17.1 18.00 Mitglied Ärztenetzwerk

18.00 Sind Sie Mitglied in einem Ärztenetzwerk?

- ☐ Ja
☐ Nein

18.1 19.00 Spitex-Organisation

19.00 In welcher Art Spitex-Organisation arbeiten Sie?

- ☐ Spitex allgemein
☐ Kinder-Spitex
☐ Onkologie-Spitex

19.1 20.10 Charakter Gemeinde

20.10 Welche Charakterisierung trifft am ehesten auf den Standort Ihrer (medizinischen) Einrichtung zu?

- ☐ Städtische Umgebung
☐ Agglomeration
☐ Ländliche Umgebung

20 20.15 Kanton

20.15 In welchem Kanton liegt Ihr Arbeitsplatz?

Falls Sie **nicht berufstätig** sind, geben Sie bitte Ihren **Wohnkanton** an.

- ☐ Aargau
- ☐ Appenzell A.Rh.
- ☐ Appenzell I.Rh.
- ☐ Basel-Landschaft
- ☐ Basel-Stadt
- ☐ Bern
- ☐ Freiburg
- ☐ Genf
- ☐ Glarus
- ☐ Graubünden
- ☐ Jura
- ☐ Luzern
- ☐ Neuenburg
- ☐ Nidwalden
- ☐ Obwalden
- ☐ Schaffhausen
- ☐ Schwyz
- ☐ Solothurn
- ☐ St.Gallen
- ☐ Tessin
- ☐ Thurgau
- ☐ Uri
- ☐ Waadt
- ☐ Wallis
- ☐ Zug
- ☐ Zürich

21.1 20.20 Gemeinde Arbeitsplatz

20.20 In welcher Gemeinde liegt Ihr Arbeitsplatz?

Freiwillige Angabe

PLZ:

Gemeinde-
Namen:

22.1 22.00 Nicht berufstätig

22.00 Aus welchem Grund sind Sie zur Zeit nicht berufstätig?

- ☐ Weiterbildung
- ☐ Mutterschaftsurlaub
- ☐ unbezahlter Urlaub
- ☐ Pensioniert
- ☐ Arbeitslos
- ☐ Anderer Grund

23.1 02.30 Pflege Patienten

02.30 Wie viele Patientinnen und Patienten pflegen oder beraten Sie **pro Woche** in Ihrer aktuellen Tätigkeit?

Anzahl Patientinnen und Patienten insgesamt pro Woche:

> davon Anzahl Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren:

24.1 02.10 Behandlungen

02.10 Wie viele Patientinnen und Patienten behandeln oder beraten Sie **pro Woche** in Ihrer aktuellen Tätigkeit?

Anzahl Patientinnen und Patienten insgesamt pro Woche:

> davon Anzahl Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren:

25 04.00 Intro

Im Folgenden geht es um die **Kinder und Jugendlichen unter 16 Jahren**, mit denen Sie **in Ihrer beruflichen Tätigkeit direkten Kontakt haben**.

26 04.00 Rang Substanzen

04.00 **Welches sind die drei häufigsten Substanzen** für problematischen Substanzkonsum bei den Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren in Ihrer beruflichen Tätigkeit?

Bitte ordnen sie nur diese drei Substanzen von oben nach unten nach der Häufigkeit des Vorkommens. Ziehen Sie dazu die drei von Ihnen ausgewählten Kästen ins rechte Feld.

Rang 1= am häufigsten, Rang 2= am zweithäufigsten, Rang 3= am dritthäufigsten.

Alkohol	
Tabak / Nikotin	
Cannabis	
Designerdrogen	
Medikamente	
Opiate, Heroin	
Kokain	
KO-Tropfen (GHB/GBL)	
Mehrfachkonsum	
andere Substanzen	

27.1 04.10 Andere Substanzen

04.10

Andere Substanzen, nämlich:

28 05.00 Rang Personen

05.00 **Welche der folgenden Personen** sprechen problematischen Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren in Ihrer beruflichen Tätigkeit am häufigsten an?

Bitte ordnen sie diese Personen von oben nach unten nach der Häufigkeit des Ansprechens.

Rang 1=am häufigsten, Rang 2= am zweithäufigsten, Rang 3= am dritthäufigsten.

Falls eine Person NIE problematischen Substanzkonsum anspricht, lassen sie den Kasten auf der linken Seite.

Der Substanzkonsum wird angesprochen...

von den Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren	
von mir selber	
von Eltern, Erziehungsberechtigten, oder anderen Bezugspersonen	

29.1 07.00 Abklärung Substanzkonsum

07.00 **Wenn Sie Folgendes** bei einem Kind oder Jugendlichen unter 16 Jahren **feststellen, wie häufig klären Sie problematischen Substanzkonsum ab?**

Bitte geben Sie jeweils die Aussage an, die am ehesten zutrifft

Problematischen Substanzkonsum kläre ich ab bei...

	Nie	Manchmal	Immer
Verletzungen	☐	☐	☐
Alkoholintoxikation (nach ICD 10)	☐	☐	☐
Binge-Drinking/Rauschtrinken (Konsum von mindestens 5 Glas Alkohol pro Trinkgelegenheit)	☐	☐	☐
psychischen Auffälligkeiten	☐	☐	☐
Verhaltensauffälligkeiten	☐	☐	☐
Aggressivität	☐	☐	☐
bekanntem Substanzkonsum der Eltern	☐	☐	☐
Problemen in der Familie	☐	☐	☐
Problemen in der Schule	☐	☐	☐
anderen Auffälligkeiten, nämlich:	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

30.1 Ausstiegsoption

Im Folgenden geht es um **Ihr konkretes Vorgehen** und abschliessend um **Ihre persönlichen Einschätzungen bezüglich Frühinterventionen** bei Verdacht auf problematischen Substanzkonsum bei einem Kind oder Jugendlichen.

Sind Sie bereit, dazu ein paar vertiefenden Fragen zu beantworten?

- ☐ Ja, ich möchte die vertiefenden Fragen beantworten
- ☐ Nein, ich möchte die Umfrage hier beenden

31 06.00 Systematisches Vorgehen

06.00 Gibt es in Ihrer Einrichtung (Arztpraxis/Spital/Dienststelle) ein **systematisches Vorgehen** um Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren mit problematischem Substanzkonsum zu identifizieren?

Unter systematischem Vorgehen verstehen wir Checkliste, Triage-Instrument, Anleitung, Ablaufschema, Prozessbeschreibung etc.

- ☐ Ja, es gibt substanzspezifische Vorgehensweisen
- ☐ Ja, es gibt ein einheitliches Vorgehen für alle Substanzen
- ☐ Nein
- ☐ Weiss nicht

32 06.10 Systematisches Vorgehen für

06.10 **Gibt es ein systematisches Vorgehen für....**

	Ja	Nein	Weiss nicht
Alkohol	☐	☐	☐
Tabak/Nikotin	☐	☐	☐
Cannabis	☐	☐	☐
Designerdrogen	☐	☐	☐
Medikamente	☐	☐	☐
Opiate, Heroin	☐	☐	☐
Kokain	☐	☐	☐
KO-Tropfen (GHB/GBL)	☐	☐	☐
Mehrfachkonsum	☐	☐	☐

33 08.00 Nutzung Instrumente

08.00 Wie häufig **nutzten Sie folgende Instrumente**, um problematischen Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren abzuklären?

Bitte geben Sie jeweils die Aussage an, die am ehesten zutrifft

Für die Abklärung nutze ich....

	Nie	Manchmal	Immer	Kenne ich nicht
Laboruntersuchungen (Drogen-Screening, biologische Marker etc.)	☐	☐	☐	☐
körperliche (medizinische) Untersuchung	☐	☐	☐	☐
Diagnostik nach ICD10	☐	☐	☐	☐
Diagnostik nach DSM	☐	☐	☐	☐
neuropsychologische Tests	☐	☐	☐	☐
Strukturierte Interview-Instrumente, z.B. - Screening Test RAFFT - Screening Tests Audit / Audit-C / CAGE - Screening Test FTND	☐	☐	☐	☐
Kinder-DIPS	☐	☐	☐	☐
Checkliste	☐	☐	☐	☐
Ablaufschema oder Prozessbeschreibung	☐	☐	☐	☐
anderes Vorgehen, nämlich: 	☐	☐	☐	☐

34 09.10 Vorgehen

09.10 **Wie gehen Sie konkret vor**, wenn Sie bei einem Kind oder Jugendlichen unter 16 Jahren problematischen Substanzkonsum vermuten oder feststellen?

Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwiefern diese für Sie zutrifft

Patientinnen und Patienten ...

	Nie	Manchmal	Regelmässig
berate oder behandle ich selber	☐	☐	☐
überweise ich an einen Facharzt/eine Fachärztin oder an eine Fachklinik	☐	☐	☐
überweise ich an eine Psychologin/einen Psychologen oder an eine Psychotherapeutin/einen Psychotherapeuten	☐	☐	☐
überweise ich an eine Fach- oder Beratungsstelle	☐	☐	☐
empfehle ich, sich an eine Fach- oder Beratungsstelle zu wenden	☐	☐	☐
gebe ich Informationsmaterial ab	☐	☐	☐
gebe ich Hinweis auf Online-Angebote (www.alcotool.ch, www.feel-ok.ch, www.tschau.ch)	☐	☐	☐

35 09.20

09.20 **Wie gehen Sie konkret vor**, wenn Sie bei einem Kind oder Jugendlichen unter 16 Jahren problematischen Substanzkonsum vermuten oder feststellen?

Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwiefern diese für Sie zutrifft

Ich kontaktiere oder informiere...

	Nie	Manchmal	Regelmässig
die Eltern	☐	☐	☐
den Schularztdienst	☐	☐	☐
den Schulsozialdienst	☐	☐	☐
den Spitalsozialdienst	☐	☐	☐
den kommunalen Sozialdienst	☐	☐	☐
eine Fach- oder Beratungsstelle	☐	☐	☐
die Behörden	☐	☐	☐

36 09.30

09.30 **Wie gehen Sie konkret vor**, wenn Sie bei einem Kind oder Jugendlichen unter 16 Jahren problematischen Substanzkonsum vermuten oder feststellen?

Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwiefern diese für Sie zutrifft

Ich hole Informationen oder Empfehlungen ein...

	Nie	Manchmal	Regelmässig
bei Kollegen oder Kolleginnen	☐	☐	☐
in einem Ärztezirkel oder Ärztenetzwerk	☐	☐	☐

bei einer Fachärztin / einem Facharzt	☐	☐	☐
bei einem Psychologen/ einer Psychotherapeutin	☐	☐	☐
bei einer Fach- oder Beratungsstelle	☐	☐	☐
auf www.praxis-suchtmedizin.ch (Online-Handbuch)	☐	☐	☐
auf einer anderen Internetplattform	☐	☐	☐
anderes, nämlich:	☐	☐	☐

37.1 10.00 Methodik

10.00 **Wenn Sie** Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren mit problematischem Substanzkonsum **selber beraten oder behandeln, was wenden Sie an?**

Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, ob diese für Sie zutrifft oder nicht.

Ich wende an...

	Nie	Manchmal	Regelmässig
Kurzintervention	☐	☐	☐
Motivierende Gesprächsführung (engl.: Motivational Interviewing MI)	☐	☐	☐
andere Gesprächstechniken	☐	☐	☐
Verschreiben von Medikamenten	☐	☐	☐
Vermitteln von Informationen	☐	☐	☐
Psychotherapie	☐	☐	☐
andere Verfahren, nämlich:	☐	☐	☐

38 11.00 Charakterisierung

11.00 Wenn Sie an die Kinder und Jugendlichen unter 16 Jahren denken, bei denen Sie problematischen Substanzkonsum vermuten oder feststellen, **wie würden Sie diese im Vergleich zu den anderen Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren charakterisieren**, mit denen Sie beruflich Kontakt haben?

Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, ob diese für Sie zutrifft oder nicht.

Die Kinder und Jugendlichen mit problematischem Substanzkonsum...

- ☐ ...sind eher Mädchen
- ☐ ...sind eher Jungen
- ☐ kann ich nicht beurteilen
- ☐

Die Kinder und Jugendlichen mit problematischem Substanzkonsum...

- ☐ ...sind bezüglich ihrem Migrationshintergrund repräsentativ für die Schweizer Bevölkerung
- ☐ ...sind verhältnismässig mehr Personen mit Migrationshintergrund
- ☐ ...sind verhältnismässig mehr Personen ohne Migrationshintergrund
- ☐ ...kann ich nicht beurteilen

Die Kinder und Jugendlichen mit problematischem Substanzkonsum...

- ☐ ...sind eher frei von psychischen Problemen
- ☐ ...haben eher psychische Probleme
- ☐ kann ich nicht beurteilen

Die Kinder und Jugendlichen mit problematischem Substanzkonsum...

- ☐ ...fallen durch ihr Verhalten in der Schule eher positiv auf
- ☐ ...fallen durch ihr Verhalten in der Schule eher negativ auf
- ☐ kann ich nicht beurteilen

Die Kinder und Jugendlichen mit problematischem Substanzkonsum...

- ☐ ...zeigen eher gute schulische Leistungen
- ☐ ...zeigen eher schwache schulische Leistungen
- ☐ kann ich nicht beurteilen

39 11.00 Charakterisierung Fortsetzung

11.00 Wenn Sie an die Kinder und Jugendlichen unter 16 Jahren denken, bei denen Sie problematischen Substanzkonsum vermuten oder feststellen, **wie würden Sie diese im Vergleich zu den anderen Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren charakterisieren**, mit denen Sie beruflich Kontakt haben?

Die Kinder und Jugendlichen mit problematischem Substanzkonsum...

- ☐ ...kommen eher aus stabilen Familienverhältnissen
- ☐ ...haben eher schwierige Familienverhältnisse
- ☐ kann ich nicht beurteilen

Die Kinder und Jugendlichen mit problematischem Substanzkonsum...

- ☐ ...haben eher Eltern mit keinem oder mässigem Alkohol- oder Drogenkonsum
- ☐ ...haben eher Eltern mit problematischem Alkohol- oder Drogenkonsum
- ☐ kann ich nicht beurteilen

Die Kinder und Jugendlichen mit problematischem Substanzkonsum...

- ☐ ...sind eher frei von Störungen des Sozialverhaltens
- ☐ ...zeigen eher Störungen des Sozialverhaltens (z.B. Delinquenz)
- ☐ kann ich nicht beurteilen

Die Kinder und Jugendlichen mit problematischem Substanzkonsum...

- ☐ ...haben eher noch keine Gewalt ausgeübt
- ☐ ...haben eher schon einmal Gewalt ausgeübt
- ☐ kann ich nicht beurteilen

Die Kinder und Jugendlichen mit problematischem Substanzkonsum...

- ☐ ...waren eher noch keiner Gewalt oder Traumata ausgesetzt
- ☐ ...haben eher Gewalt oder Traumata erlebt
- ☐ kann ich nicht beurteilen

40 12.00 Netzwerke

12.00 Sind Sie Mitglied, kennen und/oder nutzen Sie ein **Netzwerk für die Behandlung und Beratung von Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren mit problematischem Substanzkonsum**?

Wenn ja, welche Netzwerke?

41 13.00 Frühintervention

13.00 **Treffen folgende Aussagen auf Sie zu**, wenn es um die **Frühintervention** bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren mit problematischem Substanzkonsum geht?

	Ja	Nein
Mir fehlt die Zeit dafür	☐	☐
Ich interessiere mich zu wenig dafür	☐	☐
Ich denke, die Kinder und Jugendlichen interessieren sich zu wenig dafür/sind zu wenig motiviert dafür	☐	☐
Die Kinder und Jugendlichen arbeiten schlecht mit	☐	☐
Ich denke Frühinterventionen bei Kindern und Jugendlichen haben im allgemeinen mangelhafte Erfolgsaussichten	☐	☐
Mir fehlt eine spezielle Ausbildung, Kinder und Jugendliche mit problematischem Substanzkonsum zu beraten oder zu behandeln	☐	☐
Wegen des Arztgeheimnisses/Berufsgeheimnisses ist es mir nicht möglich, relevante Personen oder Stellen zu informieren oder mit einzubeziehen	☐	☐

42 13.00 Frühintervention Fortsetzung

13.00 **Treffen folgende Aussagen auf Sie zu**, wenn es um die **Frühintervention** bei Kindern und Jugendlichen unter 16

Jahren mit problematischem Substanzkonsum geht?

	Ja	Nein
Ich denke, es fehlen geeignete Screening-Instrumente, um problematischen Substanzkonsum bei Kindern oder Jugendlichen ohne offensichtliche Symptome zu erkennen	☐	☐
Ich bin der Meinung, dass Frühinterventionen im Tarmed-System ungenügend vergütet werden	☐	☐
Ich fühle mich unwohl, Kinder oder Jugendliche nach problematischem Substanzkonsum zu fragen	☐	☐
Ich fürchte, dass Kinder und Jugendliche es ablehnen würden, nach Ihrem Substanzkonsum gefragt zu werden	☐	☐
Ich befürchte durch Erfragen von Substanzkonsum die Kinder und Jugendlichen zu verärgern	☐	☐
Ich befürchte durch das Ansprechen des Themas Substanzkonsum Kinder und Jugendliche als Patientinnen/Patienten resp. Klientinnen/Klienten zu verlieren	☐	☐
Weitere Schwierigkeiten hindern mich daran, Frühinterventionen bei Kindern und Jugendlichen durchzuführen, nämlich:	☐	☐

43 14.00 Skala Einschätzung

14.00 Bitte geben Sie zu jeder der folgenden Aussagen an, **inwieweit Sie** dieser in Bezug auf den Umgang mit **gefährdeten Kindern und Jugendlichen zustimmen oder nicht zustimmen**.

Der Begriff "problematischer Substanzkonsum" bezieht sich jeweils auf Kinder und Jugendliche mit einem gefährlichen oder schädlichen Substanzkonsum bis hin zur Abhängigkeit.

1 = Stimme ich gar nicht zu; 7 = Stimme ich voll zu

	1	2	3	4	5	6	7
Ich denke, dass ich genügend über die Ursachen von problematischem Substanzkonsum weiss, um meine Aufgabe im Umgang mit gefährdeten Kindern und Jugendlichen zu erfüllen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich denke, dass ich Kinder und Jugendliche angemessen zum problematischen Substanzkonsum und seinen Folgen beraten kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich denke, dass meine Arbeit mit gefährdeten Kindern und Jugendlichen wenige Erfolgsergebnisse bringt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Im Allgemeinen finde ich, dass ich in der Arbeit mit gefährdeten Kindern und Jugendlichen meinen eigenen Ansprüchen nicht gerecht werden kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich möchte mich im Rahmen meiner Arbeit mit gefährdeten Kindern und Jugendlichen befassen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

44 14.00 Skala Einschätzung Fortsetzung

14.00 Bitte geben Sie zu jeder der folgenden Aussagen an, **inwieweit Sie** dieser in Bezug auf den Umgang mit **gefährdeten Kindern und Jugendlichen zustimmen oder nicht zustimmen**.

Der Begriff "problematischer Substanzkonsum" bezieht sich jeweils auf Kinder und Jugendliche mit einem gefährlichen oder schädlichen Substanzkonsum bis hin zur Abhängigkeit.

1 = Stimme ich gar nicht zu; 7 = Stimme ich voll zu

	1	2	3	4	5	6	7
Pessimismus ist die realistischste Haltung gegenüber gefährdeten Kindern und Jugendlichen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich denke, dass ich berechtigt bin, die Kinder und Jugendlichen nach ihrem problematischen Substanzkonsum zu befragen, sofern es notwendig ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich denke, dass die Kinder und Jugendlichen der Auffassung sind, dass ich berechtigt bin, ihnen Fragen nach ihrem problematischen Substanzkonsum zu stellen, sofern es	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Substanzkonsum zu steuern, sofern es notwendig ist

Im Allgemeinen ist es lohnenswert, sich mit gefährdeten Kindern und Jugendlichen zu befassen.

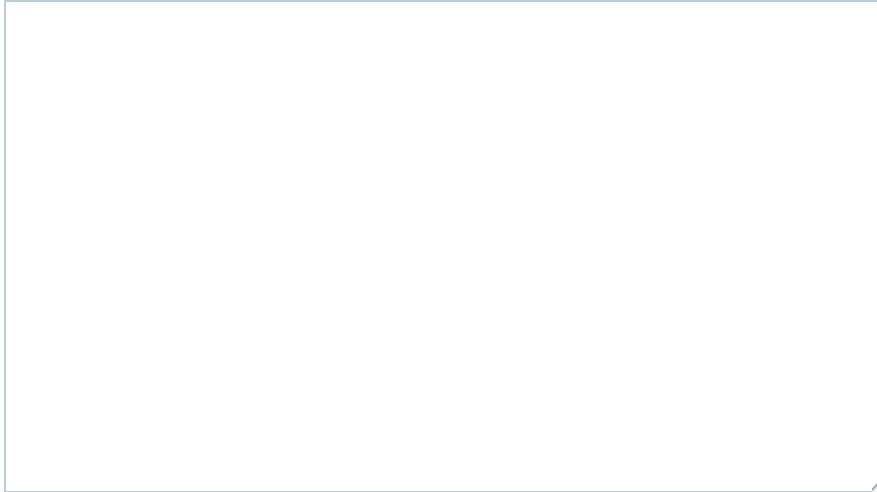
☐☐☐☐☐☐☐

Im Allgemeinen finde ich Menschen, die einen riskanten problematischen Substanzkonsum haben, sympathisch.

☐☐☐☐☐☐☐

45 26.00 Bemerkungen

26.00 Falls Sie noch **Anmerkungen zu unserer Befragung** haben oder falls Sie uns sonst noch etwas mitteilen möchten, können Sie das hier tun:



46 Endseite

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Um die Umfrage abzuschliessen und die Daten zu senden, klicken Sie bitte auf den "Fenster schliessen" Button oder schliessen Sie das Browserfenster.

Fenster schließen

7.3 Online-Fragebogen Feedbackrunde (Delphi-Befragung)

9.3 Online-Fragebogen Feedbackrunde (Delphi-Befragung)

Umfrage - Mozilla Firefox

https://ww3.unipark.de/uc/CH_Olten_FHNW_HSA_ISAGE_Substanz/2d8e/ospe.php?SE5=82e618837119e17ac912604c59debd3a&syid=475002&sid=475003&act=start&preview_mode=1

Previewmode

Fachhochschule
Nordwestschweiz

Feedbackrunde

Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren



Im Folgenden finden Sie einige Resultate und vier Schlussfolgerungen aus der Online-Befragung, an der Sie im Verlaufe dieses Jahres teilgenommen haben.

Wir möchten Sie gerne einladen, zu den Schlussfolgerungen Stellung zu nehmen und diese zu kommentieren. Ihr Feedback wird in den Schlussbericht z.Hd. des BAG einfließen.

Am Schluss können Sie eine Zusammenfassung der Umfrage-Resultate herunterladen.

Es haben 1'200 medizinische Fachpersonen an der Befragung teilgenommen. Ein Drittel hat die vertiefenden Fragen beantwortet. Die Resultate beziehen sich auf die Antworten dieser 390 Personen (275 Ärztinnen/Ärzte, 115 Pflegefachpersonen).

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Weiter

DE 16:59 06.01.2015

1. Zuständigkeit für die Früherkennung

Die **grosse Mehrheit** der Ärztinnen und Ärzte (94%) wie auch der Pflegefachpersonen (73%) **findet, sie seien berechtigt**, Kinder und Jugendliche nach problematischem Substanzkonsum zu fragen.

Zudem denkt eine Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte (85%) wie auch der Pflegefachpersonen (63%), dass **die betroffenen Kinder und Jugendlichen damit einverstanden sind**, gefragt zu werden.

Schlussfolgerung 1:

Die Früherkennung von problematischem Substanzkonsum bei einem Kind oder Jugendlichen ist eine Aufgabe von medizinischen Fachpersonen.

Sind Sie mit dieser Schlussfolgerung einverstanden?

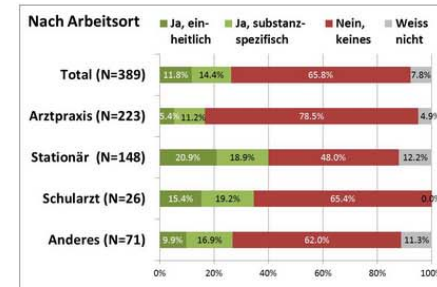
- ☐ Ja
☒ Ja, mit Vorbehalten
☐ Nein
☐ Keine Stellungnahme

Bitte kommentieren Sie Ihre Antwort:

Zurück Weiter

2. Vorgehen bei der Früherkennung

Gibt es in Ihrer Einrichtung ein systematisches Vorgehen?



Nur ein Viertel der Antwortenden gibt an, dass es in ihrer Einrichtung ein systematisches Vorgehen gibt, um Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren mit problematischem Substanzkonsum zu identifizieren.

40 Prozent der Ärztinnen und Ärzte und 65 Prozent der Pflegefachpersonen nehmen **fehlende Screening-Instrumente** denn auch als **Hindernis für die Früherkennung** wahr.

Schlussfolgerung 2:

Für die Früherkennung von problematischem Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen im medizinischen Kontext braucht es mehr systematische Vorgehensweisen (z.B. Triage-Instrument, Anleitung, Ablaufschema, Prozessbeschreibung etc.).

Sind Sie mit dieser Schlussfolgerung einverstanden?

- ☐ Ja
- ☒ Ja, mit Vorbehalten
- ☐ Nein
- ☐ Keine Stellungnahme

Bitte kommentieren Sie Ihre Antwort:

Zurück Weiter

3. Vorgehen bei der Abklärung

Ärztinnen und Ärzte setzen für die Abklärung **am häufigsten eine körperliche Untersuchung** (85%) **und Laboruntersuchungen** (83%) ein.

Deutlich seltener wird die Diagnostik nach ICD10 (45%), neuropsychologische Tests (36%), Checklisten (32%), Ablaufschemen/Prozessbeschriebe (25%) sowie die Diagnostik nach DSM (24%) benutzt.

Strukturierte Interview-Instrumente kennen 20% der Ärztinnen und Ärzte nicht, 28% kennen Kinder-Dips nicht. Rund 60% setzen diese beiden Instrumente **nie** ein.

Bei den Pflegefachpersonen setzen 26% der Antwortenden Ablaufschemen/Prozessbeschriebe ein und 19% Checklisten. **Strukturierte Interview-Instrumente kennen 54% der Pflegefachpersonen nicht, 62% kennen Kinder-Dips nicht.**

Schlussfolgerung 3:

Spezifische Instrumente zur Abklärung von problematischem Konsum sind zu wenig bekannt, insbesondere bei den Pflegefachpersonen, und werden zu selten eingesetzt.

Sind Sie mit dieser Schlussfolgerung einverstanden?

- ☐ Ja
- ☒ Ja, mit Vorbehalten
- ☐ Nein
- ☐ Keine Stellungnahme

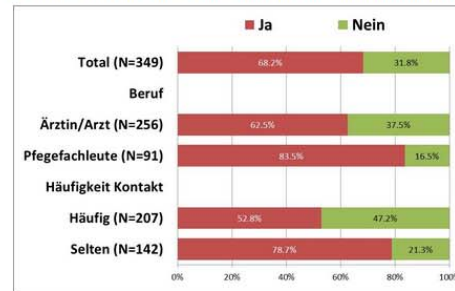
Bitte kommentieren Sie Ihre Antwort:

Zurück

Weiter

4. Ressourcen für die Frühintervention

Mir fehlt eine spezielle Ausbildung für die Frühintervention



63 Prozent der Ärztinnen und Ärzte sowie 84 Prozent der Pflegefachpersonen geben an, dass ihnen eine **spezielle Ausbildung** zur Behandlung oder Beratung von Kindern und Jugendlichen mit problematischem Substanzkonsum **fehlt**.

Von der **Ärztenschaft** wird mit 57 Prozent am Zweithäufigsten eine **ungenügende Vergütung in Tarmed** als Hindernis genannt.

Fehlende Zeit oder mangelndes Interesse wird nur von einer deutlichen **Minderheit** als Hindernis aufgeführt.

Schlussfolgerung 4:

Für die Frühintervention im medizinischen Kontext besteht ein Bedarf nach einer speziellen Ausbildung sowie einer angemessenen Vergütung.

Sind Sie mit dieser Schlussfolgerung einverstanden?

- ☐ Ja
☐ Ja, mit Vorbehalten
☐ Nein
☐ Keine Stellungnahme

Bitte kommentieren Sie Ihre Antwort:

Text input field for comments

Zurück Weiter



Herzlichen Dank für Ihr Feedback!

Wenn sie an weiteren Resultaten der Online-Befragung interessiert sind, können Sie unter folgendem Link die Zusammenfassung herunterladen:

[Zusammenfassung_Resultate_Substanzkonsum](#)

Zum Übermitteln Ihrer Daten und eines allfälligen Kommentars bitte nach dem Download unbedingt zur Umfrage-Seite zurückkehren und den "Weiter-Button" nutzen!

Haben Sie noch Kommentare zu den Resultaten oder der Feedbackrunde?

Sie können diese im Kommentarfeld einfügen oder per Email an lucy.bayer@fhnw.ch schicken (Betreff "Umfrage Substanzkonsum")

[Zurück](#) [Weiter](#)



Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit! Ihr Feedback wird in den Schlussbericht zuhanden des BAG einfließen.

Um die Umfrage abzuschliessen und die Daten zu senden, klicken Sie bitte auf den "Fenster schliessen" Button oder schliessen Sie das Browserfenster.

Fenster schließen