

Alkoholkonsum und Verkehrsunfallgefahren bei Jugendlichen

**Berichte der
Bundesanstalt für Straßenwesen**

Mensch und Sicherheit Heft M 259

bast

Alkoholkonsum und Verkehrsunfallgefahren bei Jugendlichen

von

Rolf Hoppe
Anne Tekaat

Planungsgesellschaft Verkehr Köln
Hoppe & Co. GmbH

**Berichte der
Bundesanstalt für Straßenwesen**

Mensch und Sicherheit Heft M 259

bast

Die Bundesanstalt für Straßenwesen veröffentlicht ihre Arbeits- und Forschungsergebnisse in der Schriftenreihe **Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen**. Die Reihe besteht aus folgenden Unterreihen:

A - Allgemeines
B - Brücken- und Ingenieurbau
F - Fahrzeugtechnik
M - Mensch und Sicherheit
S - Straßenbau
V - Verkehrstechnik

Es wird darauf hingewiesen, dass die unter dem Namen der Verfasser veröffentlichten Berichte nicht in jedem Fall die Ansicht des Herausgebers wiedergeben.

Nachdruck und photomechanische Wiedergabe, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Bundesanstalt für Straßenwesen, Stabsstelle Presse und Öffentlichkeitsarbeit.

Die Hefte der Schriftenreihe **Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen** können direkt bei der Carl Schünemann Verlag GmbH, Zweite Schlachtpforte 7, D-28195 Bremen, Telefon: (04 21) 3 69 03 - 53, bezogen werden.

Über die Forschungsergebnisse und ihre Veröffentlichungen wird in der Regel in Kurzform im Informationsdienst **Forschung kompakt** berichtet. Dieser Dienst wird kostenlos angeboten; Interessenten wenden sich bitte an die Bundesanstalt für Straßenwesen, Stabsstelle Presse und Öffentlichkeitsarbeit.

Ab dem Jahrgang 2003 stehen die **Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen (BAST)** zum Teil als kostenfreier Download im elektronischen BAST-Archiv ELBA zur Verfügung.
<http://bast.opus.hbz-nrw.de>

Impressum

Bericht zum Forschungsprojekt FE 82.0531/2011:
Binge Drinking bei Kindern und Jugendlichen
und die Auswirkungen auf die Verkehrssicherheit

Fachbetreuung:
Nicola Neumann-Opitz

Herausgeber
Bundesanstalt für Straßenwesen
Brüderstraße 53, D-51427 Bergisch Gladbach
Telefon: (0 22 04) 43 - 0
Telefax: (0 22 04) 43 - 674

Redaktion
Stabsstelle Presse und Öffentlichkeitsarbeit

Druck und Verlag
Fachverlag NW in der
Carl Schünemann Verlag GmbH
Zweite Schlachtpforte 7, D-28195 Bremen
Telefon: (04 21) 3 69 03 - 53
Telefax: (04 21) 3 69 03 - 48
www.schuenemann-verlag.de

ISSN 0943-9315
ISBN 978-3-95606-176-9

Bergisch Gladbach, Juni 2015

Kurzfassung – Abstract

Alkoholkonsum und Verkehrsunfallgefahren bei Jugendlichen

Die Feststellung empirisch belegten Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen, aber nur rudimentärer Dokumentation entsprechender Verkehrsunfälle begründete die vorliegende Untersuchung.

Qualitative mündliche Befragungen von Experten und Jugendlichen, Feldbeobachtungen und quantitative schriftliche Befragungen von Jugendlichen führten zu folgenden Ergebnissen:

Etwa 65 % der schriftlich befragten 12- bis 22-Jährigen waren vor dem 18. Lebensjahr mindestens einmal im Monat übermäßig alkoholisiert mobil. Mit durchschnittlich 15 Jahren findet nicht nur der erste übermäßige Alkoholkonsum statt, sondern auch die ersten Situationen alkoholierter Mobilität, vorrangig bei männlichen Jugendlichen. Wenngleich nur rd. 5 % der Befragten eine erlebte gefährliche Verkehrssituation als „echten“ Verkehrsunfall bezeichneten, verwiesen immerhin etwa 27 % auf mindestens eine gefährliche Verkehrssituation unter Alkoholeinfluss vor dem 18. Lebensjahr. Von den insgesamt 349 berichteten gefährlichen Verkehrssituationen gingen 113 mit leichten und 24 mit schweren Verletzungen einher. Aber auch die Nichtverletzten verwiesen auf zahlreiche erlebte Gefahren bei ihrer Mobilität unter Alkoholeinfluss. Vorrangig männliche Jugendliche erleben solche Situationen mit durchschnittlich 15,7 Jahren. In mehr als der Hälfte der gefährlichen Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss waren die Akteure alleine unterwegs. Die alkoholisierten Kinder und Jugendlichen verunfallten zumeist als Fahrradfahrer und Fußgänger. In rd. 40 % der Fälle erfolgte eine medizinische Versorgung, von nur rd. 20 % dieser Alkoholunfälle erlangt die Polizei Kenntnis.

Unterstrichen wird die Notwendigkeit weiterer, differenzierender Untersuchungen, um die explorativ gewonnenen Erkenntnisse zu verifizieren und geeignete Präventionsmaßnahmen zu begründen. Inhaltlich und aufwandsökonomisch wird die ressortübergreifende Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) empfohlen.

Alcohol consumption among children and adolescents and the impacts on traffic safety

The determination of the empirically verified consumption of alcohol on the part of children and young people, but also just the basic documentation of the corresponding traffic accidents were substantiated by this study.

Qualitative oral surveys of experts and young people, field surveys and quantitative written surveys of young people led to the following results:

Approximately 65% of the young people between the ages of 12 and 22 were mobile having consumed an excessive amount of alcohol at least once a month before they reached the age of 18. At an age of 15 years on average young people have not only had their first experience of consuming excessive amounts of alcohol, but also the first frequent situations of travelling having consumed alcohol and this applies particularly young males. Although only approx. 5% of those surveyed described a hazardous traffic situation that they had experienced as a "genuine" traffic accident, approx. 27% still referred to the fact that they had experienced a hazardous traffic situation when under the influence of alcohol at least once under the age of 18. Of the total of 349 dangerous traffic situations reported 113 resulted in slight injuries and 24 with severe injuries. Those who were not injured also referred to numerous hazards they had experienced when travelling under the influence of alcohol. Male young people in particular experience such situations at an age of 15.7 years on average. In more than half the hazardous traffic situations under the influence of alcohol the persons involved were travelling on their own. The children and young people who had consumed alcohol most commonly had accidents as cyclists or pedestrians. In approx. 40% of the cases they received medical care, the police only obtains knowledge of around 20% of these accidents caused by alcohol.

The necessity of additional, differentiated surveys to verify the findings gained in an exploratory manner and substantiate appropriate preventive measures is emphasised. In terms of the content and in terms of the amount of work and expense involved we recommend interdepartmental cooperation with the Federal Centre for Health Education (BZgA).

Inhalt

1	Veranlassung/Begründung	7	3.2.4 Unterscheidung nach Wochentagen und Uhrzeiten	21
2	Übermäßiger Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen	8	3.2.5 Unterscheidung nach Ortslagen	21
2.1	Arten und Mengen konsumierter Alkoholika	8	3.2.6 Unterscheidung nach Unfallursachen	21
2.2	Zur Definition des Binge Drinkings	9	3.3 Hell- und Dunkelfeld	21
2.3	Umfang und Entwicklung des übermäßigen Alkoholkonsums	10	3.4 Zusammenfassung	22
2.4	Motive übermäßigen Alkoholkonsums	12	4 Exploration	22
2.5	Soziodemografische Differenzierung	14	4.1 Expertengespräche	24
2.6	Sozialstrukturelle Merkmale	15	4.2 Qualitative Interviews mit Jugendlichen	25
2.7	Raumstrukturelle Unterschiede, Trinkorte und -zeiten	16	4.3 Feldbeobachtungen	26
2.8	Zusammenfassung	17	4.4 Schriftliche Befragungen	27
			4.4.1 Vergleichbarkeit der Stichprobe	29
			4.4.2 Verifizierung aus Experten- gesprächen und Interviews	31
			4.5 Zusammenfassung	32
3	Alkoholbedingte Straßenverkehrsunfälle	18	5 Mobilität alkoholisierter Kinder und Jugendlicher	33
3.1	Alkoholbedingte Straßen- verkehrsunfälle der 10- bis unter 15-Jährigen	18	5.1 Ausprägungen und Zielgruppenmerkmale	33
3.1.1	Unterscheidung nach Geschlecht	18	5.2 Verkehrssicherheitsförderliche Rahmenbedingungen der Mobilität unter Alkoholeinfluss	34
3.1.2	Unterscheidung nach Art der Verkehrsbeteiligung	18	5.3 Zusammenfassung	37
3.1.3	Unterscheidung nach Jahreszeiten	19	6 Gefährliche Verkehrssituationen und Verkehrsunfälle	38
3.1.4	Unterscheidung nach Wochentagen und Uhrzeiten	19	6.1 Beschreibung gefährlicher Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss	40
3.1.5	Unterscheidung nach Ortslagen	19	6.1.1 Personale Konstellationen	41
3.1.6	Unterscheidung nach Unfallursachen	19	6.1.2 Orte erlebter gefährlicher Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss	41
3.2	Alkoholbedingte Straßenverkehrs- unfälle der 15- bis 17-Jährigen	20	6.1.3 Verletzungsgrade	43
3.2.1	Unterscheidung nach Geschlecht	20	6.2 Institutionelle Unfall-Beteiligung	44
3.2.2	Unterscheidung nach Verkehrs- beteiligung	20		
3.2.3	Unterscheidung nach Jahreszeiten	20		

6.2.1	Rettungsdienstliche bzw. medizinische Versorgung	44
6.2.2	Verkehrspolizeiliche Einbindung	45
6.3	Die Risiken Unverletzter	46
6.4	Zusammenfassung	47
7	Erfassung und Dokumentation der Verkehrsunfälle alkoholisierter Kinder und Jugendlicher	48
7.1	Prozesse informeller Verschleierung	48
7.2	Formale Verfahrens-/ Dokumentationsstrukturen	49
7.2.1	Medizinische Unfall-Versorgung	49
7.2.2	Polizei	50
7.2.3	Versicherer	51
7.2.4	Jugendämter	52
7.2.5	Öffentlicher Personennahverkehr	54
7.3	Zusammenfassung	54
8	Zusammenfassung und Empfehlungen	55
9	Literatur	60
	Anhang	63

1 Veranlassung/Begründung

Alkohol wird gemeinhin als kulturell etabliertes Genussmittel bezeichnet, dessen Konsum zu den normalisierten Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen zählt. Bei den jungen Konsumenten handelt es sich um eine nach soziodemografischen und sozialstrukturellen Merkmalen heterogene Akteursgruppe. Allein die situativen, sozialen und motivationalen Rahmenbedingungen (Peergroup-Erleben, Förderung von Gruppenkohäsionen sowie die sozialen und Risiko-Kompetenzen) weisen hochgradige Übereinstimmungen aus (HBSC, 2007; STUMPP et al., 2009). Gelernt wird der Alkoholkonsum vielfach in Form „kontrollierter Kontrollverluste“ (MARTINIC & MEASHAM, 2008), die in den meisten Fällen ohne unmittelbare negative gesundheitliche oder soziale Folgewirkungen bleiben. Im Sinne der Bewältigung typischer Entwicklungsaufgaben handelt es sich für den Großteil junger Menschen um ein temporäres Phänomen. Für eine Teilgruppe aber stabilisieren sich andauernde Muster regelmäßiger (Voll-)Trunkenheit.

Die öffentliche Diskussion über den Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen ist durch die mediale Berichterstattung über Fälle schwerer Alkoholvergiftung, z. T. mit Todesfolge, infolge Binge Drinkings oder Komasaufens geprägt.¹ In der Tat steigt offensichtlich nach wie vor die Zahl junger Menschen,

die mit Alkoholvergiftungen klinisch behandelt werden müssen (DESTATIS, 2013a). Scheinbar widersprüchlich stellt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BZgA – seit 2004 jedoch einen zahlenmäßigen Rückgang bei den Alkoholkonsumenten im Kindes- und Jugendalter sowie eine relative Konstanz bei der Zahl regelmäßig volltrunkener Jugendlicher (BZgA, 2012) fest, wobei die vermeintlichen Widersprüche bei genauerer Betrachtung im Wesentlichen aus unterschiedlichen Definitionen und Bezugs- bzw. Interpretationsrahmen sowie Präventionsansätzen² resultieren.

Unbesehen der physiologischen und neurologischen Folgewirkungen des Alkoholkonsums geht die Weltgesundheitsorganisation WHO davon aus, dass (altersunabhängig) rd. 1/3 aller Unfälle und Verletzungen auf vorherigen Alkoholkonsum zurückzuführen sind (HBSC, 2007). Zudem belegt das aktuell abgeschlossene EU-Forschungsprojekt DRUID, dass sowohl die Verkehrsunfallrisiken als auch die tatsächlichen Verkehrsunfälle weitaus vorrangig durch Alkoholkonsum geprägt sind (DRUID, 2011). Berücksichtigt man im Weiteren, dass der Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen vielfach außerhalb der eigenen Wohnstandorte stattfindet und/oder die Beschaffung der Alkoholika mit entsprechenden Ortsveränderungen einhergeht, so stellt sich die Frage nach den besonderen Verkehrsunfallgefahren bzw. den tatsächlichen Verkehrsunfällen alkoholisierter junger Menschen.³

Entgegen der plausiblen Erwartung sind Verkehrsunfälle alkoholisierter Kinder und Jugendlicher in der Verkehrsunfallstatistik aber nur in vernachlässigbar geringer Größenordnung dokumentiert (DESTATIS, 2013b). Wenngleich (wiederum altersunabhängig) hohe Dunkelziffern sowohl bei der alkoholisierten Verkehrsteilnahme als auch bei den nicht bekannt gewordenen und nicht aufgeklärten Verkehrsunfällen infolge vorherigen Alkoholkonsums unterstellt werden, fehlen empirische Belege für Art und Umfang alkoholbedingter Verkehrsunfälle bei Kindern und Jugendlichen.

So ist es kaum verwunderlich, dass mittlerweile ein breit gefächertes Spektrum präventiver Maßnahmen zur Minderung/Vermeidung vielfältiger Folgeschäden des Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen (u. a. neurologische Beeinträchtigungen, Organschäden, soziale Ausgrenzung, reduzierte Ausbildungs- und Teilhabechancen)⁴ existiert, vergleichbare Ansätze zur Reduzierung oder Verhinderung etwaiger Verkehrsunfälle infolge

¹ In einer populärwissenschaftlichen Veröffentlichung aus dem Jahre 2011 ist gar von der „Generation Wodka“ die Rede (BÜSCHER et al., 2011).

² Angestrebt wird zumeist die Minderung/Vermeidung multipler Folgeschäden des Alkoholkonsums (soziale Ausgrenzung, reduzierte Bildungs- und Partizipationschancen, neurologische Beeinträchtigungen, Organschäden usw.).

³ Für die Verkehrsunfallprävention sind beide Ausprägungen bedeutsam, die erste in der Form punktueller (u. U. gerade deshalb höherer) Gefährdung durch spontane, unkontrollierte alkoholisierte Verkehrsteilnahmen (einschließlich der Beschaffungsmobilität), die zweite in Form andauernd geübter (und deshalb unauffälliger) alkoholisierter Verkehrsteilnahme. Die zweite Ausprägung betreffend steht im Übrigen zu vermuten, dass der trainierte exzessive Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen späterhin latente neurologische Ausfallerscheinungen begründen kann, die als Verkehrsunfallursachen akut nicht erkannt werden.

⁴ Aktuell schlugen sich die Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie der BZgA wie auch des Statistischen Bundesamtes in parteipolitischen und administrativen Überlegungen zur gesetzlichen Verschärfung des Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen nieder, die bislang allerdings einzig in einen diesbezüglichen Gesetzentwurf des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014) mündeten.

Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen jedoch fehlen.

Vor diesem Hintergrund will die vorliegende Untersuchung einen empirischen Beitrag sowohl zum Thema alkoholisierter Verkehrsteilnahme bzw. den damit einhergehenden Verkehrsunfallgefahren und tatsächlichen Verkehrsunfällen als – soweit belegt – auch zur Begründung entsprechender Präventionsansätze leisten.

Da einerseits der Erstkonsum alkoholischer Getränke biografisch immer früher stattfindet und andererseits dezidierte statistische und empirische Dokumentationen der Alkoholunfälle Pkw-motorisierter Verkehrsteilnehmer ausgewiesen sind, konzentriert sich die vorliegende Untersuchung auf die Altersgruppe der 10- bis 17-Jährigen, im Weiteren als Kinder und Jugendliche bezeichnet.

In den folgenden beiden Kapiteln werden zunächst die Erkenntnisse zum Alkoholkonsum sowie zu den Verkehrsunfällen von Kindern und Jugendlichen referiert. Diesbezüglich ist bereits an dieser Stelle auf ein grundlegendes Problem zu verweisen, das die Vergleichbarkeit der vorgetragenen Ergebnisse, aber auch die Lesbarkeit einschränkt: In den zitierten Untersuchungen und Statistiken beziehen sich die Aussagen zumeist auf unterschiedliche Altersgruppen, einmal auf 10- bis 15-Jährige sowie auf 15- bis 20-Jährige, ein anderes Mal auf 12- bis 17-Jährige usw.

Wenngleich der Projekttitel das Binge Drinking als untersuchungsrelevante Verkehrsunfallursache expliziert, so erwies es sich angesichts uneinheitlicher Definitionen in der Literatur sowie bei der Kontaktierung Dritter im Laufe der Projektbearbeitung als angemessen, eher den Begriff des „übermäßigen“ Alkoholkonsums zu verwenden.

Kapitel 4 zeigt das methodische Vorgehen der vorliegenden Untersuchung. Der bislang lediglich plausibel anmutende, keineswegs jedoch empirisch belegte Zusammenhang zwischen übermäßigem Alkoholkonsum und Verkehrsunfallgefährdung bzw. tatsächlicher Verkehrsunfallbeteiligung von Kindern und Jugendlichen bedingte ein exploratives Untersuchungsdesign. Nach Schneeballverfahren und Zugangsmöglichkeiten im Forschungsfeld wurden verschiedene qualitative und quantitative Methoden eingesetzt.

In Kapitel 5 werden die Ergebnisse der eigenen Erhebungen zur Mobilität alkoholisierter Kinder und

Jugendlicher und in Kapitel 6 die Ergebnisse zu den damit einhergehenden Verkehrsunfällen vorgetragen. Über die Gründe für die erwartbaren Abweichungen zwischen Hell- und Dunkelfeld wird in Kapitel 7 berichtet.

Jedes Kapitel beinhaltet eine Zusammenfassung, deren Bündelung sowie die daraus resultierenden Empfehlungen den Bericht abschließen.

Aus Gründen verkürzter Lesbarkeit wird im Folgenden zumeist allein das Maskulinum verwendet; diskriminierungsfrei und anonymisiert sind damit stets auch Mädchen bzw. Frauen bezeichnet. Da sich die vorliegende Untersuchung allein auf den übermäßigen Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen sowie die damit korrespondierenden Verkehrsunfallgefahren und Verkehrsunfälle konzentriert, wird aus demselben Grund besserer Lesbarkeit in den Kapitelüberschriften darauf verzichtet, stets den Annex „Kinder und Jugendliche“ zu ergänzen.

Forschungsethisch selbstverständlich wurde schließlich allen Beteiligten Anonymität zugesichert.

2 Übermäßiger Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen

Will man – wie mit dem vorliegenden Forschungsprojekt angestrebt – das Phänomen der Verkehrsunfallgefahren und tatsächlichen Verkehrsunfallbeteiligung bei Kindern und Jugendlichen infolge übermäßigen Alkoholkonsums untersuchen, so ist es zunächst angezeigt, sich des zusammenfassenden Erkenntnisstandes zum Binge Drinking junger Menschen zu vergegenwärtigen. Vorab bedarf es dazu einer definitorischen Klärung. Denn der Begriff „Binge Drinking“ (synonym auch Rauschtrinken oder Komasaufen) findet mittlerweile zwar selbstverständliche Verwendungen sowohl in der öffentlichen als auch in der fachwissenschaftlichen Diskussion, eine einheitliche Definition liegt jedoch nicht vor.

2.1 Arten und Mengen konsumierter Alkoholika

Favorisierte Alkoholika bei den Kindern und Jugendlichen sind Wodka (pur oder gemixt) und Bier. In den nachfolgend zitierten Untersuchungen

variiert das Mengenspektrum pro Person von einem Cola-Weizen bis zu einem Kasten Bier plus ein bis zwei Flaschen Spirituosen. STUMPP et al. (2009) stellen eine Angleichung bei den Trinkmengen von Mädchen und Jungen fest (ebd., S. 30). Bei Mädchen besonders beliebt sind Alkopops bzw. Getränkekombination aus Wodka und Cola: „... trinkt sich leicht und verursacht in kürzester Zeit ein angenehmes Rauschgefühl“ (BÜSCHER et al., 2011, S. 21). Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen – DHS (2010) – weist darauf hin, dass Binge Drinking mit Spirituosen plötzliche, unkontrollierbare Ausfallerscheinungen bis hin zu Vergiftungen bei den jugendlichen Konsumenten auslöst, „... süße Cocktails (werden) als Turbobeschleuniger für die Alkoholabhängigkeit“ eingestuft (vgl. ebd., S. 3; BÜSCHER et al., 2011).

Wenngleich nach dem Jugendschutzgesetz (§ 9 JuSchG) Bier und Wein- bzw. Sektgetränke erst an 16-jährige Jugendliche (in Anwesenheit Sorgeberechtigter auch bereits an 14-Jährige) und Brandwein erst an Heranwachsende ab 18 Jahren verkauft werden dürfen, gaben 23 % der unter 16-Jährigen in der ESPAD-Studie an, Bier, 8,2 % Wein/Sekt, 16,0 % alkoholische Mixgetränke und 8,7 % Spirituosen in Geschäften, Getränkemärkten, Kiosken oder Tankstellen erworben zu haben.⁵ Gleichermaßen „unkontrolliert“ gestaltet sich offensichtlich die Verfügbarkeit von Alkoholika in Kneipen, Bars, Discos oder auch Restaurants. 35,1 % der Befragten konsumierten an diesen Orten Bier, 16,7 % Wein/Sekt, 31,5 % alkoholische Mixgetränke und 20,5 % Spirituosen (vgl. ESPAD, 2011, S. 81).

2.2 Zur Definition des Binge Drinkings

Bei insgesamt offensichtlich hochgradiger assoziativer Übereinstimmung reichen die mehr oder weniger explizierten Erklärungen des Binge Drinkings vom Konsum hochprozentiger Alkoholika in kurzer Zeit bis hin zum episodischen, aber starken Alkoholkonsum in bestimmten Zeiträumen zu bestimmten Trinkgelegenheiten. So führt die DHS zum Binge Drinking u. a. folgende Definitionen an: „ ...

1. In der Bundesrepublik Deutschland wird für das Binge Drinking gemeinhin von „einer Trinkmenge von fünf oder mehr Gläsern eines alkoholischen Getränks in einem bestimmten Zeitraum“ ausgegangen. Zugrunde gelegt wird

dabei eine Alkoholmenge von ca. 10-12 g pro Glas, die sich in den hierzulande typischen Glasgrößen bei einem kleinen Glas Wein (0,125 l), einem Glas Bier (0,33 l) oder einem Schnapsglas (0,04 l) findet.

2. In einigen angelsächsischen Ländern wird mit ausgewiesenen „Standarddrinks“ (= 10 g reiner Alkohol je Drink) je Flasche bzw. Dose operiert, wobei die für das Binge Drinking geltenden (Mindest-) Mengen nach Ländern variieren.
3. Das National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA 2004) spricht vom Binge Drinking, wenn bei den Konsumenten Blutalkoholkonzentrationen von 0,8 ‰ erreicht sind. Für männliche Erwachsene wird dabei der Konsum von fünf und mehr, für Frauen hingegen vier und mehr alkoholische Getränke innerhalb von zwei Stunden angenommen.
4. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) führt zur Definition des Rauschtrinkens schließlich die Erfüllung mindestens zweier Bedingungen an, zum einen den Konsum großer Alkoholmengen und zum anderen den Vorsatz, sich auch betrinken zu wollen“ (vgl. DHS, 2010, S. 2).

Den Ansätzen gemeinsam ist die relative Ungenauigkeit der Bestimmung, zumal die individuellen und situativen Einflussfaktoren beim Alkoholkonsum (Geschlecht, Körperbau, psychische und körperliche Verfassung) nicht ausreichend berücksichtigt werden.⁶

Für den Gegenstand der vorliegenden Untersuchung kommt hinzu, dass sich die Berechnungen der für das Binge Drinking maßgeblichen Alkoholisierungsgrade durchweg auf die Konstitution erwachsener Menschen beziehen. Die physiologischen und neurologischen Spezifika bei Kindern und Jugendlichen sind bislang außer Betracht. Ganz allgemein wird diesbezüglich seitens der Suchtforschung/-prävention darauf verwiesen, dass

⁵ In den letzten 30 Tagen.

⁶ Nach der sog. Widmarkschen Formel errechnet sich die Blutalkoholkonzentration $c = A/p \cdot r$, wobei „A“ die Alkoholmenge in g, „p“ das Körpergewicht in kg und „r“ den s.g. Reduktionsfaktor (demgemäß sich Alkohol nur in wasserhaltigem Körpergewebe verteilt, für Männer = 0,7, für Frauen = 0,6) bezeichnen. Präzisierend sind noch Körpergröße/Statur, Alter, Resorptionsdefizit (10 % bis 30 %, je nach forensischer oder physiologischer Berechnung) und die Abbauezeit ($\geq 1 \text{ ‰/h}$) zu berücksichtigen (vgl. www.alkohollexikon.de).

Rauschzustände nach FEUERLEIN et al. 1998	
Leichte Rauschzustände (BAK 0,5-1,5 Promille) Gang- und Standunsicherheit, verwaschene Sprache, Verminderung der Kritikfähigkeit und der Selbstkontrolle, erhöhte Bereitschaft zu sozialen Kontakten	Exzitatives Stadium Geringe Trunkenheit, leichte Gangstörung, Entspannung, Sorglosigkeit, Gesprächigkeit, Enthemmung, Selbstüberschätzung, Kritikschwäche, unpräzise Reaktionen
Mittelgradige Rauschzustände (BAK 1,5-2,5 Promille) Zunahme der neurologischen und motorischen Störungen, affektive Enthemmung, unangemessenes Sexualverhalten, gehobene Stimmungslage bis hin zur Euphorie, Benommenheit, schneller Wechsel der Intentionen, primitive, vorwiegend explosive Reaktionsweisen	Hypnotisches Stadium Schlafneigung, aber noch weckbar, beim Gehen zeigen sich schwere Gleichgewichtsstörungen, Verlangsamung von Auffassung, Gedankengang und Assoziationen, verminderte Geschicklichkeit, deutliche, oft aggressive Verstimmung
Schwere Rauschzustände (BAK über 2,5 Promille) Zunehmende Bewusstseins- und Orientierungsstörungen, Benommenheit, Angst, Erregung und illusionäre Verknennung, Sprach-, Gleichgewichtsstörungen und Krampfanfälle können auftreten	Narkotisches Stadium (BAK über 2,5 Promille) Tiefe Bewusstlosigkeit, Reflexe setzen aus, verminderte Schmerzempfindlichkeit, Schwerbesinnlichkeit und spätere Erinnerungslücken, Muskeler schlaffheit, Schock
Alkoholisches Koma (BAK über 4 Promille) Dämpfung der Atmung und des Atmungszentrums, gefährlich ist die Aspiration von Erbrochenem (Erstickungstod); möglicher Tod durch Kreislauf- und/oder Atemstörungen	Asphyktisches Stadium (BAK über 4 Promille) Kreislauf- und/oder Atemstörungen, rasche Auskühlung, Auskühlung in der Kälte (möglicher Erfrierungstod); möglicher Tod durch Kreislauf und/oder Atemstörungen
Quelle: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, 2010)	

Tab. 1: Klassifikation von Rauschzuständen

die Alkoholverträglichkeit mit dem Lebensalter korreliert: Je jünger ein Kind ist, desto geringer die Alkoholverträglichkeit. Bereits sehr geringe Mengen von Alkohol im Blut eines Kindes oder Jugendlichen können zu einem komatösen Zustand führen (PSYCHENET, 2013).

Die mengenmäßige Festlegung des Alkoholkonsums als forschungsseitige Bewertungsgrundlage für eine sicherheitsabträgliche Verkehrsteilnahme bei Kindern und Jugendlichen erweist sich insofern als ungeeignet.

Im Übrigen zeigen Klassifizierungen von Rauschzuständen, dass bereits Blutalkoholwerte ab 0,5 Promille körperliche Unsicherheiten und Beeinträchtigungen (bei Erwachsenen) im Gehverhalten bedingen (DHS, 2010).

In der Tat geht es in der vorliegenden Untersuchung weniger um die (zuvor) konsumierten Alkoholmengen, sondern vorrangig um die damit einhergehenden Ausfallerscheinungen. Im Kontext erlebter gefährlicher Verkehrssituationen oder Verkehrsunfälle gilt es, just diese Beeinträchtigungen der ansonsten als normal zu unterstellenden Wahrnehmungs-, Verarbeitungs- und motorischen Fähigkeiten zugrunde zu legen.⁷ Die jeweilige Alkoholmenge und

die Rahmenbedingungen des Konsums dienen bestenfalls der deskriptiven Ergänzung.

Vor diesem Hintergrund ist es angezeigt, die zunächst gewählte Fokussierung auf das Binge Drinking bzw. Rauschtrinken oder Komasaufen durch die Formulierung „übermäßiger Alkoholkonsum“ bei Kindern und Jugendlichen zu ersetzen. Die Verwendung der vorgenannten Bezeichnungen wird soweit als möglich auf den Referenzkontext entsprechender Literatur, Forschung usw. reduziert.

2.3 Umfang und Entwicklung des übermäßigen Alkoholkonsums

Wertungsfrei ist einleitend festzustellen, dass der Alkoholkonsum nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland zu den selbstverständlichen, kulturell normalisierten Bestandteilen des Alltagslebens zählt (vgl. WARC, 2005). Den Umgang damit zu erlernen, ist folglich Bestandteil der gesellschaftlichen Sozialisation bzw. der Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen (REINL, 2008). Aus Drogen- und Suchtforschung, Alkoholprävention und Gesundheitsprophylaxe liegen zahlreiche empirische Belege vor, die den Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen dokumentieren sowie die möglichen und nachgewiesenen physiologischen, neurologischen und sozialen Folgewirkungen beschreiben und vielfältige Präventionsansätze begründen.

⁷ Der bei Ordnungsbehörden zur standardisierten Erfassung Alkoholauffälliger verwendete sog. „Torkelbogen“ kann hierbei zweckdienlich sein.

Abgesehen von marginalen Anteilen sehr junger Alkohol konsumierender Jugendlicher (BAUMANN & GÜNTHER, 2008) findet der erste willentliche Alkoholkonsum bei Kindern zumeist im 11. Lebensjahr statt (vgl. u. a. LAMPERT & HAMM, 2007⁸; STUMPP et al., 2009; BÜSCHER, 2011)⁹, als diesbezügliches Durchschnittsalter wird seitens der BZgA (2012) 14,5 Jahre festgestellt. Im Alter von 14 Jahren mehren sich aber auch deutlich die Anteile regelmäßiger Alkoholkonsumenten (mindestens einmal pro Woche; vgl. LAMPERT & HAMM, 2007; BZgA, 2012). Der erste Vollrausch wird im Durchschnittsalter von 15,9 Jahren erlebt (BZgA, 2012).

In der bereits zitierten Drogenaffinitätsstudie der BZgA (2012) gaben 42 % der 12- bis 17-Jährigen an, in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken zu haben. Für immerhin 14 % in dieser Altersgruppe wird gar der regelmäßige (mindestens einmal pro Woche) Alkoholkonsum festgestellt.

Rd. 15 % der Befragten gaben an, sich mindestens einmal im Monat übermäßig zu betrinken. Ein ähnlich hoher Wert (17 %) wird in der ESPAD-Studie¹⁰ (2011) für die 15- bis 16-jährigen Jugendlichen ausgewiesen, die ein- oder zweimal im Monat betrunken waren.

Gleichwohl konstatiert die BZgA, dass die Entwicklung des Binge Drinkings bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland seit 2004 rückläufig ist (s. Bild 1). Noch 2004 gaben 23 % der 12- bis 17-Jährigen an, sich mindestens einmal im Monat übermäßig zu betrinken („30-Tage-Prävalenz des Binge Drinking¹¹“); 2011 waren es – wie oben angeführt – (nur) noch ca. 15 %.

Auch der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die viermal und öfter im Monat übermäßig Alkohol konsumieren („häufiges Rauschtrinken“), sank in dem ausgewiesenen Zeitraum von etwa sieben Prozent auf vier Prozent (BZgA, 2012). Dennoch – so resümiert die BZgA –, dürfe dies nicht im Sinne allgemeiner Entwarnung missinterpretiert werden.

Dies gilt umso weniger als u. a. in der Hamburger SCHULBUS-Studie aktuell deutlich höhere Zahlen und steigende Tendenzen beim Binge Drinking festgestellt werden (BAUMGÄRTNER & KESTLER,

⁸ Bei der KiGGS-Studie handelt es sich um eine repräsentative Langzeitstudie des Robert-Koch-Instituts (RKI) zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen (unter 18 Jahren) in Deutschland.

⁹ Weil für die vorliegende Untersuchung von besonderer Bedeutung, wird bereits an dieser Stelle darauf verwiesen, dass sich auch die geografischen Raumorientierungen in dieser biografischen Phase grundlegend ändern. Bedingt durch längere Schulwege zum Besuch der Sekundarstufen nehmen die Häufigkeiten und Distanzen aushäusiger Aktivitäten deutlich zu. Folglich verlagern sich auch die Alltagsaktivitäten weg vom privaten Außenraum hin zum öffentlichen Verkehrsraum (vgl. KLEINERT et al., 2006). Allein die zunehmenden Verkehrsexpositionen mehren die Verkehrsunfallrisiken. Jugendtypische Risikoorientierungen (Mutproben) und Alkoholisierung tragen zur weiteren Potenzierung bei.

¹⁰ In dieser Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD) wurden insgesamt 6.192 Schülerinnen und Schüler der 9. und 10. Klassen aus fünf Bundesländern schriftlich befragt. Die Befragung wurde erstmalig 2003 durchgeführt und 2007 wiederholt.

¹¹ Die „30-Tage-Prävalenz“ bildet den prozentualen Anteil der Personen ab, die in den letzten 30 Tagen vor Befragungsbeginn an mindestens einem Tag größere Mengen Alkohol bei einer Gelegenheit konsumiert haben (mind. fünf alkoholische Getränke).

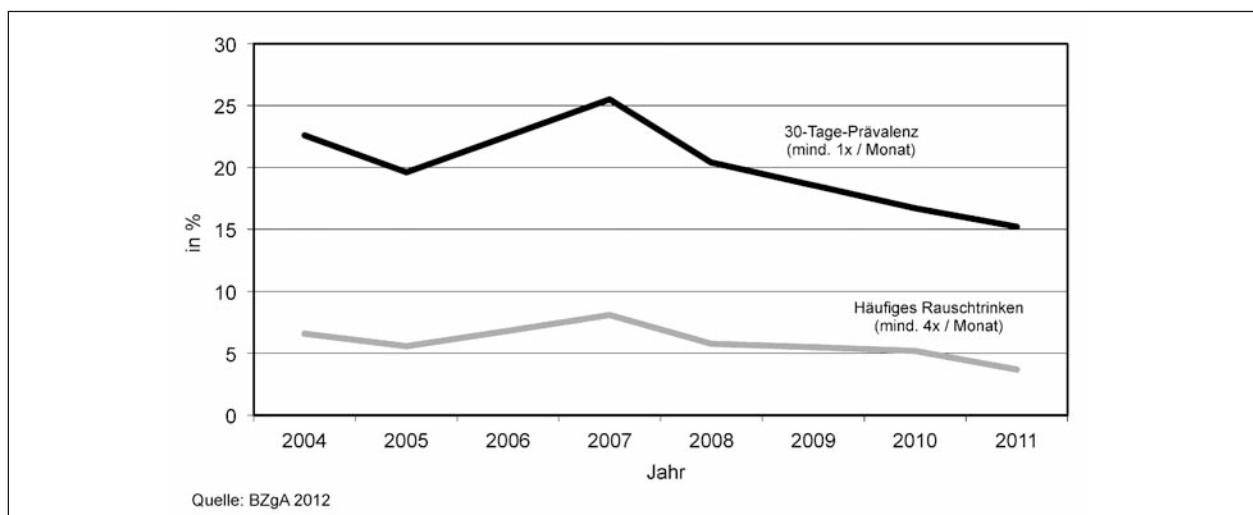


Bild 1: Binge Drinking von 12- bis 17-Jährigen, 2004 bis 2011

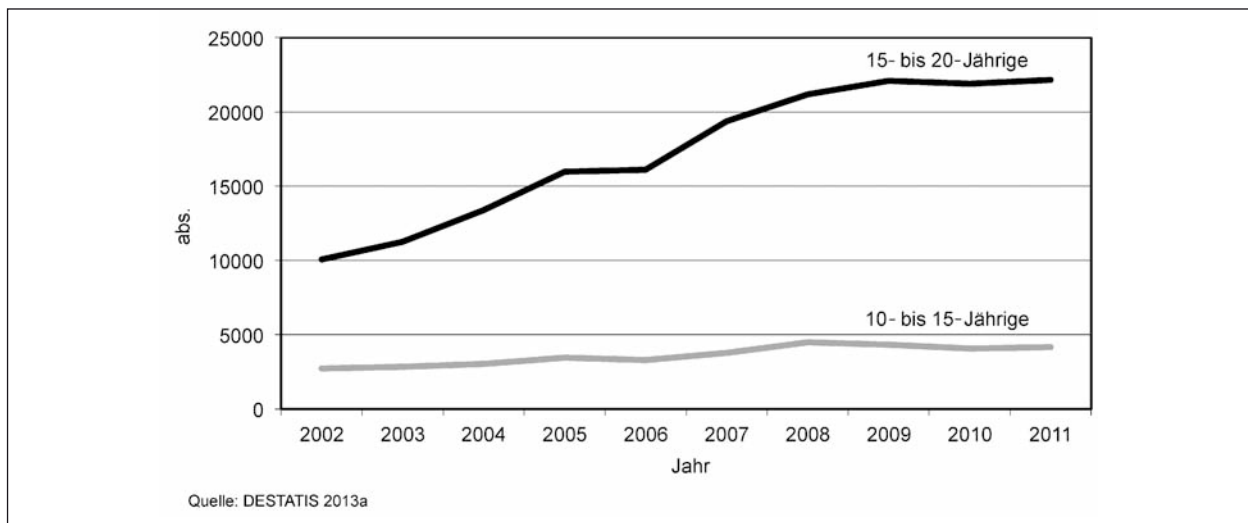


Bild 2: Zahl vollstationärer Patienten mit Alkoholvergiftungen nach Altersgruppen, 2002-2011

2013).¹² Hier verzeichnet man bei den 14- bis 17-Jährigen von 2007 bis 2012 einen Anstieg von etwa 25 % auf 31 % (ebd., S. 11).

Zudem stellt auch das Statistische Bundesamt (DESTATIS, 2013a) einen erheblichen Anstieg der Zahlen stationär behandelter Alkoholvergiftungen bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden fest. Danach wurden 2010 insgesamt 26.346 alkoholvergiftete 10- bis 20-Jährige in Krankenhäusern stationär behandelt; gegenüber 2001 entspricht dies einem prozentualen Anstieg von 127 % (s. Bild 2).

Bei knapp 20 % aller stationär behandelten Alkoholvergifteten handelt es sich um 15- bis 20-Jährige. Wenngleich sich die durch akuten Rausch belegten Patientenzahlen 10- bis 15-Jähriger geringer darstellen (= 3,6 %), so ist doch auch dabei seit 2002 ein Anstieg um 50 % zu verzeichnen (DESTATIS, 2013a).

Aus Teilen der Suchtforschung werden insbesondere die von medizinischer Seite geäußerten Verlautbarungen zur Zunahme des Binge Drinkings als zumindest „interpretationswürdig“ bezeichnet. Denn – so wird WOLSTEIN in einer Veröffentlichung des Nachrichtenmagazins *Der Spiegel*

(2012) zitiert – der Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen sowie die konsumierten Alkoholmengen seien auch bei den eingelieferten Jugendlichen (zumeist 14- bis 15-Jährige) deutlich gesunken. Die steigende Rate klinisch behandelter Alkoholvergiftungen sei vielmehr auf eine gesellschaftliche Sensibilisierung infolge intensiver Medienberichterstattung und Anti-Alkohol-Kampagnen zurückzuführen.

2.4 Motive übermäßigen Alkoholkonsums

Der Zeitpunkt des erstmaligen Alkoholkonsums korrespondiert mit dem Einsetzen vielfältiger und gravierender biologischer und neurologischer Veränderungen sowie zahlreichen sozialen und raumstrukturellen Neuorientierungen. Die als Pubertät bezeichnete hormonelle Umstellung des gesamten Organismus bei Kindern und Jugendlichen beginnt, sukzessive werden außerfamiliäre Bezüge gesucht, die Schulwege werden länger, die aushäusigen Aktivitäten nehmen zu und verlagern sich mehr und mehr vom Wohnumfeld in weiter entfernt gelegene Räume, die kindlichen Entwicklungsaufgaben geraten subjektiv und objektiv zur multiplen Entwicklungsarbeit junger Menschen.

In diesem Prozess des versuchten Erwachsenwerdens – dies suggerieren nicht nur Werbung (vgl. DHS, 2008-2), Beobachtungen und zumeist familiär angeleitete Erstkontakte – fungiert der Alkohol als ein gesellschaftlich legitimes Hilfsmittel. In sozialen Interaktionen wird gelernt, ritualisiert und verbreitet, dass es mittels Alkohol subjektiv leichter fällt, Langeweile zu überwinden, lockerer und

¹² Mit dem Ziel einer verbesserten drogenpolitischen Steuerung suchtpreventiver Maßnahmen werden an dortigen Schulen seit 2004 regelmäßig Schüler und Lehrer zum Suchtmittelkonsum befragt. 2012 nahmen 1.148 Schüler zwischen 14 und 17 Jahren teil. Über ein Modellprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit wird aktuell die Adaption des Datenerhebungsverfahrens auf andere Untersuchungsräume geprüft.

mutiger zu werden, Spaß zu haben, Stress abzubauen, Frustrationen zu kompensieren etc. Über die Gewöhnung an bzw. das Vertragenkönnen zunehmend größerer Alkohol-Mengen entwickelt und stabilisiert sich sukzessive eine soziale und biologische „Alkohol-Toleranz“ (STUMPP et al., 2009, S. 50). Diesbezüglich geradezu ideale Rahmenbedingungen bieten Peergroups (außerfamiliäre soziale Bezugsgruppen). Intentional und faktisch helfen sie, sich der familiären Kontrolle zu entziehen, eigene und normative Grenzen zu testen, statussichernde bzw. -mehrende Strategien auszuprobieren, Zusammensein und Zugehörigkeit zu fördern usw.

Folglich verlagern sich sowohl der Erstkonsum von Alkohol als auch das Rauschtrinken mehr und mehr von familiären Kontexten in die Peergroups (STUMPP et al., 2009; BÜSCHER et al., 2011; BAUMGÄRTNER & KESTLER, 2013). „Damit entfällt (...) die familiäre Obhut, die eine Regelfunktion übernimmt“ (DHS, 2010, S. 7).

STUMPP (et al., 2009) identifizieren diesbezüglich eine große Bandbreite. Das Spektrum reicht von kleineren Gruppen (vier bis zehn vorrangig jüngere Personen) mit eher alters- und geschlechtshomogenen Strukturen sowie moderatem Alkoholkonsum bis hin zu sehr großen, alters- und geschlechtsheterogenen Gruppen (zwölf bis 20 Jahre), in denen Alkohol in großen Mengen und hoher Frequenz konsumiert wird. Negative Folgewirkungen des Alkoholkonsums resultieren vorrangig aus Gruppenstrukturen, „... bei denen Trinkmengen und Konsumfrequenz sehr hoch sind, die Gruppenkohärenz sehr stark über den Konsum hergestellt wird und wo, etwa aufgrund der Gruppengröße und eher loser Gruppenstruktur, die Regeln und Vorsichtsmaßnahmen bezogen auf das Trinken nicht sehr eng sind bzw. nicht immer durchgesetzt und angewendet werden“ (ebd., S. 40).

Vor diesem Hintergrund korrespondieren die Motive sowohl für das Ausprobieren alkoholischer Getränke als auch für den übermäßigen Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen weitgehend mit den multiplen jugendtypischen Intentionen und Strategien der Entwicklungsarbeit von Kindern und Jugendlichen.

Unzweifelhaft spielen dabei auch Mutproben eine Rolle (KLEINERT et al., 2006, S. 7/Expertenhearing). Wie RAITHEL (2003) im Rahmen einer Sonderauswertung zu den Ergebnissen der „Panoramastudie NRW-Kids 2001“ (ZINNECKER

et al., 2002)¹³, betont, sind Mutproben als „entwicklungsspezifisches Abgrenzungsverhalten“, im Sinne eines symbolischen Ritus, der den Übergang vom Kind zum Jugendlichen kennzeichnet, zu verstehen. RAITHEL (ebd., S. 663 ff.) unterscheidet vier Mutproben-Formen. Mit etwa 50 % nannten die Kinder und Jugendlichen Verletzungs- und Schmerzmutproben. Dabei wird zwar nicht ausgeführt, inwieweit Alkohol als stimulierendes Mittel zur Durchführung dieser Mutproben Relevanz besitzt, allerdings ein Zusammenhang vermutet. Als eigenständige Unterform werden Ungewissheitsmutproben (etwa 20 %) mit der Ausrichtung reiner Drogenmutproben (Hauptsubstanzen „Alkohol“ und „Nikotin“) festgestellt.

Als weitere Ergebnisse RAITHELs (2003) lassen sich zusammenfassen:

- Ca. 25 % der 9- bis 17-Jährigen begingen „in letzter Zeit“ mindestens eine Mutprobe.
- „Mutproben-aktivste Altersgruppe“ waren 11-jährige Kinder.
- Nach Geschlecht begehen etwa doppelt so viele Jungen wie Mädchen Mutproben.
- Bei Mädchen nimmt die Mutprobenhäufigkeit mit etwa 13 Jahre ab, bei Jungen sind auch mit 14 bis 16 Jahren noch hohe Anteile zu verzeichnen.
- Jungen wählen eher verletzungsrisikante sowie rechtsnormverstoßende Mutproben, Mädchen eher konventionsbrechende und Scham-Mutproben.
- Nach Schulformen differenziert üben Grund-, Haupt- und Gesamtschüler etwa 30 % mehr Mutproben aus als die Schüler anderer Schulformen.

Entgegen der bewusst herbeigeführten Besäufnisse bewerteten in einer 2009 in Oberösterreich durchgeführten Untersuchung 29 von insgesamt 50 Kindern und Jugendlichen,¹⁴ die aufgrund einer Alkoholvergiftung im Krankenhaus behandelt

¹³ Befragt wurden insgesamt 1.050 Schüler/-innen zwischen 9 und 17 Jahren.

¹⁴ Die Altersgruppe setzte sich aus 14- bis 17-Jährigen aus fünf Spitälern zusammen. Es fand eine Vollerhebung über einen ½-jährlichen Erhebungszeitraum statt (Institut Suchtprävention Linz 2009).

wurden, den Anlass als „Trinkunfall“ bzw. als eher singuläres, ungeplantes Ereignis („...nicht die Absicht gehabt, sich zu betrinken“). Insgesamt 42 Befragte gaben jedoch an, bis zu dreimal im Monat und öfter Alkohol zu konsumieren. „Nur“ zehn Jugendliche nannten den „Vorsatz“ zum Vollrausch.

In dieser Untersuchung erfolgte zudem der Hinweis auf das Phänomen „Vorglühen“, wonach 21 Befragte angaben, vor dem geplanten Ereignis Alkohol getrunken zu haben. 13 waren danach aufgrund ihres übermäßigen Alkoholkonsums nicht mehr in der Lage, den ursprünglich geplanten Ortswechsel vorzunehmen (Krankenhaus-Einlieferung). Acht der Patienten vollzogen offensichtlich einen nicht näher beschriebenen Ortswechsel. Eine Verkehrsunfallgefährdung bei diesen „Ortswechseln“ kann nur vermutet werden. Allerdings wird der Tatbestand mobiler alkoholisierter Kinder und Jugendlicher unterstrichen.

2.5 Soziodemografische Differenzierung

Weder der vermeintlich normale Alkoholkonsum noch das Binge Drinking lassen sich als gleich verteilte Phänomene im Kindes- und Jugendalter verstehen. Insbesondere nach Alter und Geschlecht sind vielmehr deutliche Unterschiede zu verzeichnen.

Zwar stellt die BZgA (2012) weder beim Erstkonsum alkoholischer Getränke (männliche Jugendliche = 14,4 Jahre, weibliche Jugendliche = 14,6 Jahre)

noch beim ersten Vollrausch (Jungen = 15,8 Jahre, Mädchen = 16,0 Jahre) nennenswerte Unterschiede nach Geschlecht fest, findet in der Kategorie regelmäßig konsumierter Alkoholika jedoch nahezu doppelt so viele Jungen (= 18 %) wie Mädchen (= 9,9 %).

Wie in Bild 3 zu ersehen ist, konsumierten in 2011 rd. 7 % der 12- bis 15-jährigen Jungen und ca. 5 % der gleichaltrigen Mädchen mindestens 1 mal im Monat hochdosiert Alkohol.

Im selben Bezugsjahr betrug der Anteil bei den 16- bis 17-jährigen Jungen fast 45 %, bei den weiblichen Jugendlichen derselben Altersgruppe rd. 22 %. Zudem zeichnet sich bei den Jungen diesbezüglich ein leichter Anstieg von 2010 (= 43,1 %) auf 2011 (= 45,0 %) ab, wohingegen bei den weiblichen Jugendlichen dieser Altersgruppe eine Rückgang von 28 % in 2010 auf 22 % in 2011 zu verzeichnen ist.

Beim häufigen Rauschtrinken stellen sich die Anteile der 15- bis 16-jährigen Jungen mit etwa 12 % und die der Mädchen mit nur 4 % insgesamt wesentlich geringer dar (BZgA, 2012). Und noch einmal deutlich weniger 12- bis 15-jährige Jungen (= 4 %) und Mädchen (= 2 %) berauschen sich häufig mit Alkohol. Im Zeitverlauf (2004 bis 2011) sinken bei beiden Geschlechtern die Anteile (s. Bild 4).

Sowohl in der Schulbus-Studie (BAUMGÄRTNER & KESTLER, 2013) als auch in der KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts – RKI – (2013) werden

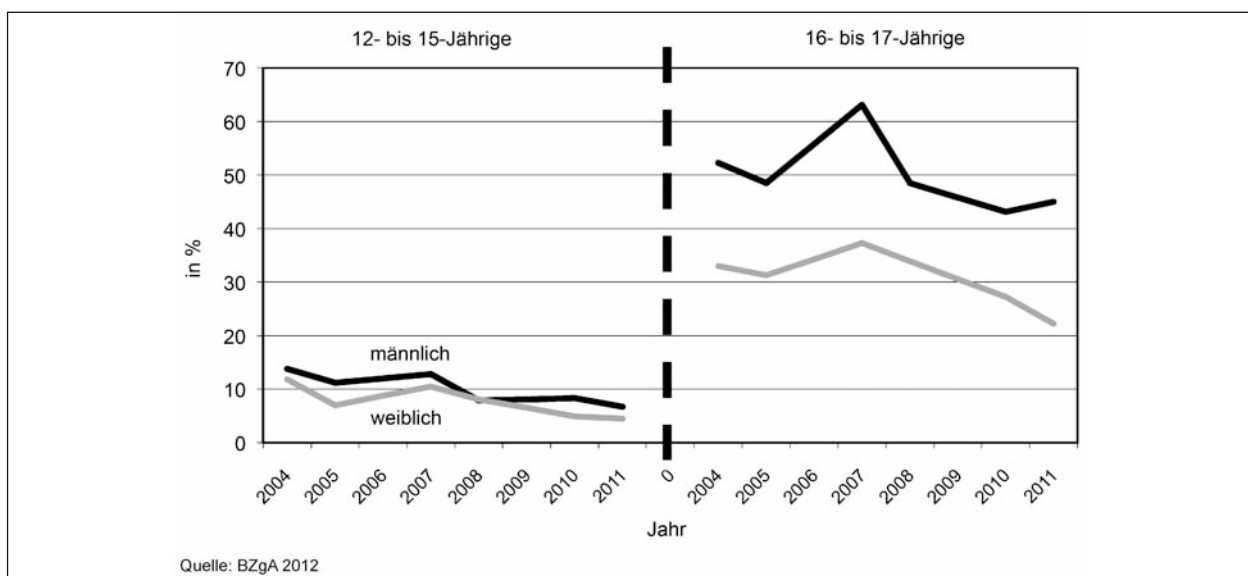


Bild 3: 30-Tage Prävalenz von Binge Drinking nach Alter und Geschlecht, 2004 bis 2011

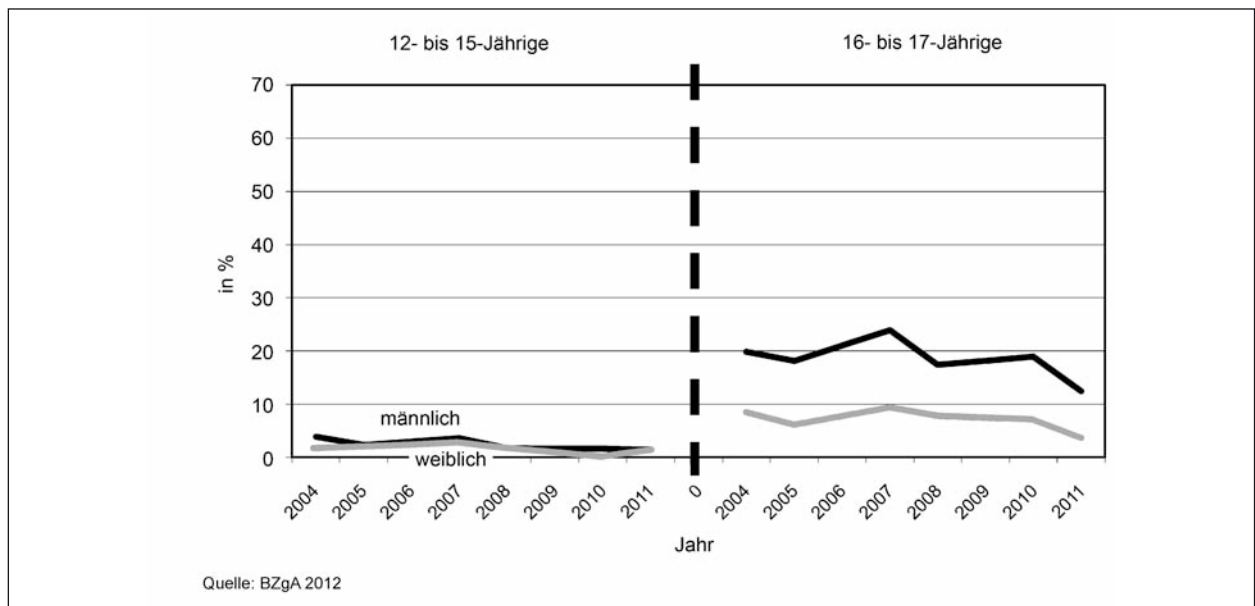


Bild 4: Häufiges Rauschtrinken nach Alter und Geschlecht, 2004 bis 2011

die alters- und geschlechtsspezifischen Unterschiede beim Binge Drinking bestätigt. „...unter männlichen und weiblichen Jugendlichen ist dieses Trinkverhalten noch unterschiedlich stark verbreitet, wobei sich die Mädchen und jungen Frauen zunehmend dem Konsumverhalten ihrer männlichen Altersgenossen anpassen“ (ebd., S. 11).

Auch wird in der KiGGS-Studie hervorgehoben, dass das Rauschtrinken ab einem Alter von 14 Jahren für die Jugendlichen an Bedeutung gewinnt. Der Anteil der männlichen Jugendlichen, die Rauschtrinken praktizieren liegt hier bei 8,1 % (mit 13 Jahren noch bei 2,0 %) sowie der Mädchen bei 4,0 % (mit 13 Jahren noch bei 0,3 %).

Begründet werden die höheren Anteile exzessiv Alkohol konsumierender männlicher Jugendlicher u. a. mit einer höheren geschlechtsspezifischen Risikoakzeptanz bzw. Risikodisposition (vgl. u. a. LIMBOURG et al., 2000; KLEINERT et al., 2006).

2.6 Sozialstrukturelle Merkmale

Für den alltagstheoretischen Gemeinplatz, nach dem der Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen vorrangig in unteren sozialen Schichten anzutreffen sei, finden sich in der vorliegenden Forschung keine Belege. Im Gegenteil: Laut SCHULBUS-Studie (BAUMGÄRTNER & KESTLER, 2013) fällt der Alkoholkonsum in dieser

Altersgruppe „... umso höher aus (...), je höher die soziale Lage ihres Wohnortstadtteils (der Befragten, d. Aut.) ist“ (ebd., S. 28). Wenngleich ohne statistische Belege – wird zudem aus der Sozialarbeit ergänzt, dass „es (...) keineswegs nur junge Menschen aus der so genannten Unterschicht (sind), die der ‘Generation Wodka’ angehören. Im Bürgertum oder bei der gesellschaftlichen Elite besteht erst recht die Neigung, vor diesen Problemen die Augen zu verschließen“ (BÜSCHER et al., 2011, S. 10). Diese Aussage wird in der vorliegenden Untersuchung seitens der weiter unten zitierten Mitarbeiter von Polizei und Ordnungsbehörden unterstrichen.

Auch nach besuchten Schulen bzw. Schulformen stellt die BZgA (2012) bei der Alkoholkonsumhäufigkeit keine signifikanten Unterschiede fest (vgl. auch PFEIFFER, 2011; in BÜSCHER et al., 2011, S. 28). Allerdings gilt dies nicht für die Verbreitung des häufigen Rauschtrinkens. Insbesondere Realschüler zeigen diesbezüglich signifikant höhere Werte als Gymnasiasten (vgl. BZgA, 2012; ESPAD, 2011).

In Bezug auf das Merkmal „Migration“ verweisen BÜSCHER et al. (2011) darauf, dass sich im Hinblick auf den Konsum von Alkohol und Drogen zwar bei vielen Jugendlichen streng religiöse und kulturelle Überzeugungen niederschlagen, allerdings „(...) sollte (man) dennoch nicht den voreiligen Schluss ziehen, dass Jugendliche mit muslimischem Hintergrund keine Probleme mit Drogen hätten“ (ebd., S. 38). Vielmehr lassen Jugendkrimina-

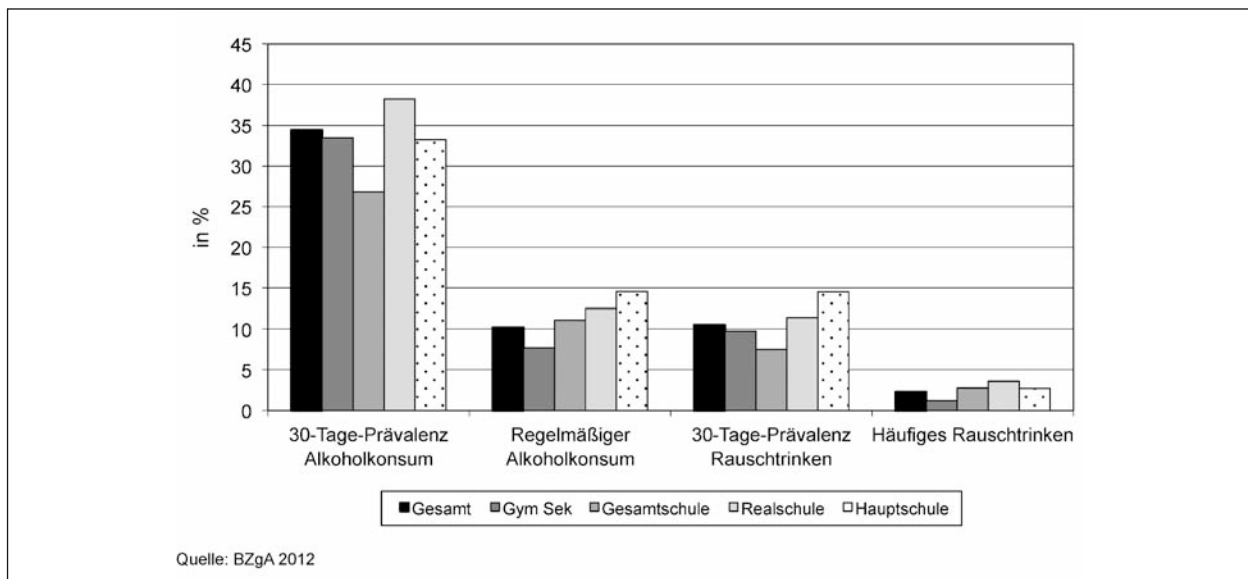


Bild 5: Indikatoren des Alkoholkonsums nach Bildungsunterschieden für Befragte der Sekundarstufe I in 2011

litätsstatistiken wie der „sichtbar“ öffentliche Umgang/Handel mit Drogen in Großstädten eine andere Folgerung zu.¹⁵

BAUMGÄRTNER & KESTLER (2013) konstatieren, dass 14- bis 17-jährige Jugendliche ohne Migrationshintergrund zu etwa 34 %, Jugendliche mit osteuropäischem Familienbezug zu etwa 29 % und muslimische Jugendliche zu etwa 17 % Binge drinking praktizieren. Ergänzend stellt PFEIFFER (zit. n. BÜSCHER et al. 2011, S. 38) in seiner Untersuchung fest, dass übermäßiger Alkohol- und Drogenkonsum überdurchschnittlich häufig bei Jugendlichen aus den früheren Ostblock-Staaten sowie aus Nordamerika zu verzeichnen sind.

So scheint der Migrationshintergrund eine eher nachrangige Rolle im Alkoholkonsumverhalten der Jugendlichen zu spielen. Denn BAUMGÄRTNER & KESTLER (2013) folgern, dass „... (es) nicht der Migrationshintergrund als solcher (ist), der kausal und unmittelbar auf das Konsumverhalten der Jugendlichen wirkt. Entscheidend sind vielmehr die Zugehörigkeit zu bestimmten ethnischen Gruppen und die dort jeweils vorherrschenden kollektiven Identitäten“ (ebd., S. 23).

2.7 Raumstrukturelle Unterschiede, Trinkorte und -zeiten

In Baden-Württemberg wurde in 2008 eine Sonderauswertung zu alkoholbedingten Krankenhausaufenthalten von Kindern und Jugendlichen durchgeführt (vgl. BAUMANN & GÜNTHER, 2008), in der es u. a. auch um die Frage ging, inwieweit sich das Phänomen des Rauschtrinkens nach Raumstrukturen unterscheidet. Danach lassen sich beim Koma-saufen Stadt- und Landkreise¹⁶ mit höheren und niedrigeren Raten ausweisen, gleichwohl aber keine raumstrukturellen Gründe identifizieren, die ein ungünstigeres Abschneiden eines Stadt- oder Landkreises erklären. „Ebenso wenig lassen sich die Spitzenwerte nach schlechten ländlichen und guten urbanen Räumen trennen“ (ebd., S. 9). Eine raumtypologische Bewertung wird dadurch erschwert, dass die Behandlungsfälle nach dem Wohnortprinzip, nicht aber nach den (prinzipiell erwartbar näher zu einem diesbezüglichen Unfallort gelegenen) Krankenhausstandorten erfasst wurden. Insofern – so BAUMANN & GÜNTHER (2008) – bleibt die Frage nach einem Wohnort und der Art des Freizeit bezogenen Angebots offen.

Allerdings sind in der zitierten Untersuchung für den Stadtkreis Stuttgart sowohl bei den männlichen wie auch den weiblichen Alkoholpatienten die höchsten Raten (unter den 10 ungünstigsten Rängen) ausgewiesen. Auch zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede in der regionalen Verteilung, wonach insbesondere weibliche Alkoholpatienten übermäßig häufig in den Stadtkreisen Baden-Baden, Pforzheim und Stuttgart verzeichnet wurden.

¹⁵ Hier wird ohne weitere Differenzierung allein der Sammelbegriff „Drogen“ verwendet.

¹⁶ Bei der Auswertung nach regionalen Schwerpunkten wurden die absoluten Patientenzahlen mit der zugehörigen Bevölkerungsgröße korreliert.

In der KiGGS-Studie (2007) wird darauf hingewiesen, dass „... Unterschiede nach Wohnregion (...) nur bei Mädchen (bestehen) und (...) sich an einem etwas geringeren Zuspruch zum Alkohol in den neuen Bundesländern festmachen (lassen)“ (ebd., S. 605).

Für die vorliegende Untersuchung ist die bloße Feststellung etwaiger Unterschiede beim Alkoholkonsum nach Stadt und Land allerdings weniger bedeutsam. Wichtiger sind vielmehr die mit dem Alkoholkonsum einhergehenden Ortswechsel. Und diese unterscheiden sich sehr wohl nach Stadt und Land. Denn die jugendtypischen Orientierungswechsel von der Familie in die Peer groups bzw. die damit einhergehenden vielfältigen Raumerkundungsprozesse bedingen unterschiedliche Expositionsrisiken der Mobilität (unter Alkoholeinfluss). Diese sind in den Zentren potenziell geringer, weil hohe Konzentrationen der Ereignisorte gemeinsamen Alkoholkonsums, relativ gute Fahrtenangebote im öffentlichen Nahverkehr und universell nutzbare (Schüler-)Tickets potenziell mit geringeren Verkehrsunfall-Risiken einhergehen, wohingegen in eher ländlich strukturierten Räumen räumlich verteilte Ereignisstandorte, größere Distanzen und geringe bzw. fehlende öffentliche Verkehrsangebote die Expositionsrisiken der (alkoholisierten) Verkehrsteilnahme erhöhen.

Inhäusig findet Binge Drinking zumeist nur dann bzw. dort statt, wo bzw. wenn Erziehungsberechtigte oder andere Institutionen sozialer Kontrolle abwesend sind oder getäuscht werden können. In privaten Räumen sind die Situationen zutreffend mit der sogenannten „sturmfreien Bude“ charakterisiert. Nicht zuletzt aufgrund hoher Konsumpreise findet der übermäßige Alkoholkonsum bei kommerziellen Veranstaltungen im Vorlauf (Vorglühen), begleitend (temporäres Frischluftsaufen an zuvor angelegten Depots) und oder auf dem Heimweg (Nachglühen) statt. In öffentlichen Räumen – so STUMPP et al. (2009) – verfügt „... jede Gruppe (...) über ihre eigenen Plätze zum Vorglühen oder dem abendlichen Aufenthalt“ (ebd., S. 26). Bevorzugt sind öffentliche Plätze, Supermarktparkplätze, Bushaltestellen, Bushaltestellen, Plätze vor Discotheken und Jugendtreffs, Half-Pipes oder Parks. Die Autoren sprechen von „relativ festen sozialräumlichen Choreografien“, die mit spezifischen Intentionen verbunden sind. Es gibt Orte der Planung eines Trinkgelages, der Beschaffung, des Vorglühens, des Feierns und des Verbleibens (ebd., S. 27). Öffentliche Räume werden gezielt danach ausgesucht, dass Lärm und Vandalis-



Bild 6: Trinkort mit „Fluchtwegen“ (nach Information eines Straßensozialarbeiters, Quelle: PGV Köln)

mus keine soziale Kontrolle induzieren und – wenn doch – Einsehbarkeit in die Zugangswege sowie verschiedene Fluchtmöglichkeiten bestehen.

Gleichermaßen aufschlussreich sind die in verschiedenen Untersuchungen ausgewiesenen Hinweise zu Trinkzeiten. Insgesamt gehört bei den meisten Jugendlichen Alkoholkonsum zum festen Bestandteil der Wochenendgestaltung sowie der Fest- und Freizeitkultur (STUMPP et al., 2009). Neben den Wochenendtagen wird in den Schulferien auch in der Woche getrunken. „Schlüssel-tage“ für zahlreiche Kinder und Jugendliche mit Alkoholvergiftungen sind Silvester, Karneval, Halloween, 1. Mai. Auch regionale Feste, wie Schützenfeste, Kirchweihfeste, Oktoberfeste sowie der Schulferienbeginn, sind für das Rauschtrinken auslösende Anlässe (BÜSCHER et al., 2011, S. 115).

2.8 Zusammenfassung

Zusammenfassend ist die empirisch hinlänglich belegte Feststellung zu unterstreichen, dass Kinder und Jugendliche immer früher und intensiver Alkoholika konsumieren. Die aktuellen Entwicklungen sind rückläufig. Und die aus der vermehrten klinischen Behandlung junger Menschen mit Alkoholvergiftungen hergeleitete Zunahme komatöser Besäufnisse wird u. a. auf eine erhöhte Sensibilität der informell und institutionell Beteiligten zurückgeführt.

Motiviert ist der übermäßige Alkoholkonsum zumeist durch jugendtypische Strategien zur subjektiv erleichterten Bewältigung der Entwicklungsaufgaben. Die diesbezüglichen geschlechtsspezifischen Risikoorientierungen bedingen deutlich höhere Anteile übermäßig Alkohol konsumierender männlicher Jugendlicher. Nach sozialstrukturellen Merkmalen ist von einer Gleichverteilung auszugehen. Des Gleichen sind systematische Unterschiede nach Stadt

und Land nicht nachgewiesen. Raumstrukturelle Spezifika resultieren vielmehr aus der Wahl möglichst bzw. weitgehend kontrollfreier Konsumräume. Und je größer die Distanzen zwischen diesen Räumen und den Wohnstandorten sind, desto stärker ist die Verkehrsexposition und desto höher sind die Risiken einer Verkehrsunfall-Beteiligung, ob der vorherigen Alkoholisierung eben auch infolge dessen.

3 Alkoholbedingte Straßenverkehrsunfälle

Dass Alkoholkonsum bei Kindern/Jugendlichen die Grundlage für risikoförderndes bzw. verkehrsdelinquentes Verhalten darstellt, zeigen u. a. KRAMPE & SACHSE (2002), zit. nach KLEINERT et al. (2006).¹⁷ Danach sind „ein Drittel der befragten (...) gelegentlich oder wiederholt ohne Fahrerlaubnis Moped, Motorrad oder Auto gefahren und ca. 13 % haben gelegentlich oder wiederholt unter Alkoholeinfluss am Straßenverkehr teilgenommen“ (ebd., S. 13). Auch in der ESPAD-Studie (2011) antworteten etwa 20 % der Jungen und 16 % der Mädchen, dass sie bereits ein- bis zweimal alkoholisiert am Straßenverkehr teilgenommen hatten. Etwa 15 % der Jungen und 5 % der Mädchen bestätigten eine (noch) häufigere alkoholisierte Mobilität (ebd., S. 83). Weitergehende Ausführungen heben hervor, dass insbesondere die 15- bis 17-jährigen Jungen beim Fahren ohne Führerschein in Erscheinung treten und die Verkehrsteilnahme unter Alkoholeinfluss vorrangig bei den über 18-Jährigen zu beobachten sei (ebd., S. 19).¹⁸

Zur weiteren Differenzierung des Sachverhaltes unterscheidet die Verkehrsunfallstatistik bei Kindern und Jugendlichen die 10- bis unter 15-Jährigen von den 15- bis unter 18-Jährigen. An dieser Differenzierung orientieren sich die folgenden Ausführungen. Zur Vermeidung steter begrifflicher Wiederholungen ist im Weiteren alternativ auch von Kindern (für die Altersgruppe der 10- bis unter 15-Jährigen) und von Jugendlichen (für die 15- bis unter 18-Jährigen) die Rede.

3.1 Alkoholbedingte Straßenverkehrsunfälle der 10- bis unter 15-Jährigen

Laut Verkehrsunfallstatistik verunglückten in der Bundesrepublik Deutschland 2012 insgesamt 15.887 Kinder im Alter von 10 bis unter 15 Jahren. Dabei wurden 2.365 schwer und 13.400 leicht verletzt, 32 verunglückten tödlich (DESTATIS, 2013c).

Gegenüber 2011 ist ein Rückgang bei den Verunglücktenzahlen in dieser Altersgruppe zu verzeichnen (2011 = 16.769). Bei den tödlich verunglückten 10- bis unter 15-jährigen reduzierten sich die Zahlen von 2011 = 41 auf 2012 = 32.

Bei „schwerwiegenden Unfällen mit Sachschaden“ waren es vier alkoholisierte (ausschließlich männliche) Beteiligte.

In Bezug auf eine alkoholisierte Unfallbeteiligung von Kindern unter 15 Jahren wurden für das Jahr 2012 insgesamt zehn Opfer bei „Unfällen mit Personenschaden“ statistisch erfasst. Auch im Vergleich zu den Vorgängerjahren 2011 und 2010 zeigen sich hier keine deutlichen Abweichungen. 2011 waren es fünf und 2010 vier alkoholisierte Beteiligte bei „Unfällen mit Personenschaden“ aus dieser Altersgruppe.

Für die im Folgenden ausgewiesenen Differenzierungsmerkmale existieren keine durchgehenden Hinweise zur Alkoholisierung der unfallbeteiligten Kinder.

3.1.1 Unterscheidung nach Geschlecht

Von den 15.887 in 2012 verunglückten 10- bis unter 15-Jährigen liegen für 15.063 Kinder Angaben zum Geschlecht vor (vgl. Tabelle 2). Danach waren 56,6 % männlichen und 43,4 % weiblichen Geschlechts.

Von den insgesamt zehn alkoholisierten Unfallopfern waren fünf männlichen und fünf weiblichen Geschlechts (DESTATIS, 2013c).

3.1.2 Unterscheidung nach Art der Verkehrsbeteiligung

Wie im Weiteren aus Tabelle 2 zu ersehen ist, verunglückten die Kinder hauptsächlich mit dem Fahrrad (49,9 % von insgesamt 15.063¹⁹). Elf der 10- bis unter 15-Jährigen verunglückten bei den Fahrradunfällen tödlich, davon acht Jungen.

¹⁷ Bezug genommen wird auf eine landesrepräsentative Schülerbefragung im Bundesland Brandenburg aus 2001 (9. und 10. Klassen aller Schultypen, n = 962; 11. bis 13. Klassen von Gymnasien; n = 287).

¹⁸ Inwieweit der Alkoholkonsum in dieser Altersgruppe beim Fahren ohne Führerschein eine Rolle spielt, bleibt offen.

¹⁹ Gesamtzahl der Kinder mit Angaben zum Geschlecht.

Verunglückte gesamt	2012			
	m	w	n	%
Fußgänger	1.772	1.584	3.356	22,3
Fahrräder	4.894	2.619	7.513	49,9
Mofa/Moped	89	64	153	1,0
Motorräder	75	52	127	0,8
Pkw	1.699	2.215	3.914	26,0
Gesamt	8.529	6.534	15.063	100,0

Quelle: DESTATIS 2013c

Tab. 2: 10- bis unter 15-jährige Verunglückte bei Straßenverkehrsunfällen in 2012 nach Art der Verkehrsbeteiligung

3.914 bzw. 26 % der verunglückten Kinder aus dieser Altersgruppe waren als Pkw-Mitfahrer involviert. Nur dabei ist ein höherer Anteil bei den Mädchen zu verzeichnen. Insbesondere die 14-jährigen Mädchen verunglücken überproportional häufig als Mitfahrerinnen in privaten Pkw (DESTATIS, 2013c). Darüber hinaus betont die Unfallkasse NRW (2008) eine besondere Verkehrsunfallgefährdung „junger Mitfahrerinnen“ in privaten Pkw (vgl. u. a. auch HOPPE & TEKAAT, 1995; SCHULZE, 1996).

Etwa 22 % der 10- bis unter 15-Jährigen verunglückten als Fußgänger (n = 3.356), ca. 2 % als motorisierte Zweirad(-Mit-)fahrer (n = 280).

3.1.3 Unterscheidung nach Jahreszeiten

Der jahreszeitliche Schwerpunkt der Radfahrungsunfälle von Kindern lag 2012 in den Monaten von April bis September bei 69,7 %²⁰; höchste Werte wurden in den Monaten Mai, Juni und September erreicht.

Nur geringe saisonale Unterschiede lassen sich bei Fußgänger-Unfällen unter Beteiligung von Kindern erkennen. Höchste Anteile zeitigen diese im Mai (10,1 %) sowie im Januar (9,8 %).

3.1.4 Unterscheidung nach Wochentagen und Uhrzeiten

Verkehrsunfallträchtigster Wochentag bei Kinderunfällen in 2012 war der „Freitag“ (etwa 17 %; DESTATIS, 2013c).

Zeitliche Schwerpunkte des Unfallgeschehens bei Kindern²⁰ lagen zwischen 07:00 und 08:00 Uhr (10,4 %) und 15:00 und 18:00 Uhr (34,1 %) (DESTATIS, 2013c). Seitens der Versicherer wer-

den die Zeiträume zwischen 07:00 und 08:00 Uhr sowie zwischen 13:00 und 14:00 Uhr als Unfallschwerpunkte für Schulwegunfälle ausgewiesen, wobei über den Ausbau des Ganztags schulbetriebs eine tageszeitliche Verschiebung in die Nachmittagsstunden erfolgte (DGUV, 2013). 16 Kinder (= 41,1 %) verunglückten tödlich zwischen 13:00 und 17:00 Uhr.

3.1.5 Unterscheidung nach Ortslagen

Dreiviertel aller Unfälle mit Kindern²⁰ fanden innerhalb geschlossener Ortschaften statt. Tödlich verunglückten Kinder allerdings vorrangig außerhalb geschlossener Ortschaften (innerhalb von Ortschaften = 28/außerhalb = 45, DESTATIS 2013c, S. 24).

Im ersten Kinderunfallatlas (NEUMANN-OPITZ et al., 2008) wird das Unfallrisiko (Altersgruppe = unter 15 Jahren) auf Gemeindeebene nach Art der Verkehrsbeteiligung differenziert. Demnach steigt das Risiko, als Fußgänger zu verunglücken, mit der Größe der Stadt. Radfahrer verunglücken vor allem in Mittelstädten und als Pkw-Unfallopfer sind Kinder in besonderem Maße in sehr kleinen Orten betroffen (ebd., S. 7 ff.).

Im Weiteren verweisen NEUMANN-OPITZ et al. (2008) auf eine Untersuchung von FUNK aus 2006, in der festgestellt wird, dass ca. 50 % aller Kinderunfälle mit einer Entfernung von etwa 500 m und etwa 90 % mit einer Entfernung von ca. 1.000 m vom Wohnstandort passieren (ebd., S. 9).

3.1.6 Unterscheidung nach Unfallursachen

Als Fußgänger verunglücken Kinder²⁰ hauptsächlich beim fehlerhaften Überqueren der Fahrbahn (= ca. 89 %).

Als häufigste Unfallursache im Fahrradverkehr werden mit 23 % die falsche Straßen- bzw. Fahrbahnbenutzung sowie das „Abbiegen, Wenden, Rückwärtsfahren, Ein- und Anfahren“ (= 21 %) ausgewiesen (DESTATIS, 2013c). Bei insgesamt 7.090 Unfallursachen beteiligter Fahrradfahrer ausgewiesen werden, wurde in fünf Fällen Alkohol festgestellt (DESTATIS, 2013d).

²⁰ Die Verkehrsunfallstatistik weist diesbezüglich die Altersgruppe der 6- bis unter 15-Jährigen aus (DESTATIS, 2013c).

Mofa-/Moped- sowie Motorradfahrer verunglückten vorrangig durch eine „nicht angepasste Geschwindigkeit“ als Unfallursache (Fehlverhalten der Mofa-/Mopedfahrer: insgesamt 59 davon 11 mal „nicht angepasste Geschwindigkeit“, Motorradfahrer: insgesamt 9 davon 3 mal „nicht angepasste Geschwindigkeit“; DESTATIS, 2013d). In zwei Fällen wurde bei den beteiligten Mofa-/Mopedfahrern eine Alkoholisierung festgestellt; bei den Motorradfahrern sind keine alkoholbedingten Unfallursachen angeführt.

3.2 Alkoholbedingte Straßenverkehrsunfälle der 15- bis 17-Jährigen

Erst bei den im Straßenverkehr verunglückten 15- bis 17-Jährigen wird vermehrt der Bezug zur Alkoholisierung der Beteiligten hergestellt.

Ganz allgemein verunglückten in 2012 insgesamt 19.023 15- bis 17-Jährige im Straßenverkehr, davon 113 tödlich; 3.224 wurden schwer und 15.686 leicht verletzt (DESTATIS, 2013e). Gegenüber 2011 reduzierten sich die Zahlen der Verunglückten von 20.398 um 1.375 (= 6,7 %) und bei den Getöteten von 116 (2011) auf 113 (2012). 51 % der Unfallbeteiligten aus dieser Altersgruppe (= 14.220) waren Hauptunfallverursacher, etwa 75 % männlichen Geschlechts.

Bei den Straßenverkehrsunfällen, bei denen mindestens einer der Beteiligten alkoholisiert war, verunglückten in 2012 insgesamt 19.321 Personen. Davon wurden 5.393 schwer und 13.590 leicht verletzt, 338 verunglückten tödlich (DESTATIS, 2013e).

Bei der Differenzierung nach Alter sind allein die Unfälle mit Personenschäden ausgewiesen. Diesbezüglich wurden in 2012 insgesamt 15.259 alkoholisierte Beteiligte identifiziert, davon im Alter von 15 bis unter 18 Jahren = 351; das sind 2,3 % von allen alkoholisierten Unfallbeteiligten. (DESTATIS, 2013b). Auch diese Zahl ist gegenüber 2011 (= 409) rückläufig.

Bei 21,0 % der jugendlichen Beteiligten betrug die gemessenen Blutalkoholkonzentrationen (BAK) bis 0,8 ‰ (n = 72), bei 31,4 % (n = 108) lagen die BAK-Werte zwischen 0,8 ‰ und 1,4 ‰ und bei 37,3 % (n = 128) zwischen 1,4 ‰ und 2,0 ‰. Bei immerhin 9,4 % der alkoholisierten jugendlichen Verkehrsunfallbeteiligten (n = 32) betrug die BAK-Werte zwischen 2,0 ‰ und 3,0 ‰, bei weite-

ren 3 Jugendlichen sogar über 3,0 ‰ (DESTATIS, 2013b).

3.2.1 Unterscheidung nach Geschlecht

Von den genannten 351 alkoholisierten Unfallbeteiligten im Alter von 15 bis unter 18 Jahren waren über 90 % (= 322) männlichen Geschlechts (DESTATIS, 2013d).

Während die gemessenen BAK bei den ohnehin zahlenmäßig gering vertretenen weiblichen Jugendlichen relativ gleichverteilt das Spektrum zwischen 0,1 ‰ und 2,0 ‰ abbilden, konzentrieren sich die BAK-Werte bei den männlichen Jugendlichen auf den Bereich zwischen 0,8 ‰ und 2,0 ‰; allein darauf entfallen 70,8 % der alkoholisierten Beteiligten.

3.2.2 Unterscheidung nach Verkehrsbeteiligung

Besonders häufig – dies zeigt Tabelle 3 – verunglückten 2012 alkoholisierte Unfallbeteiligte im Alter von 15 bis unter 18 Jahren mit den Verkehrsmitteln, die ihnen in dem Lebensalter typischerweise zur Verfügung stehen; dies sind überwiegend motorisierte Zweiräder (ca. 35 %) und Fahrräder (ca. 30 %). Als Pkw-(Mit-)Fahrer treten sie diesbezüglich immerhin bereits zu einem Viertel in Erscheinung.

3.2.3 Unterscheidung nach Jahreszeiten

In der Verkehrsunfallstatistik finden sich keine nach Lebensalter differenzierten Auswertungen zu Verkehrsunfällen der 15- bis 17-jährigen Jugendlichen nach jahreszeitlicher Verteilung.

Alkoholisierte Unfallbeteiligte	2012		2011	
	abs.	%	abs.	%
Fußgänger	35	10,0	34	8,3
Fahrräder	99	28,4	121	29,6
Mofa/Moped	93	26,7	132	32,3
Leichtkrafträder	24	6,8	23	5,6
Roller	6	1,7	5	1,2
Pkw	90	25,8	91	22,3
Sonstige	2	0,6	3	0,7
Gesamt	349	100,0	409	100,0

Quellen: DESTATIS 2012, 2013d

Tab. 3: 15- bis 17-jährige alkoholisierte Beteiligte an Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden nach Verkehrsmittelnutzung 2011-2012

Wenngleich ohne Altersdifferenzierung, wurden in 2012 die meisten Alkoholunfälle in den Monaten Mai und Juli verursacht, die meisten Alkoholunfälle mit Getöteten in den Monaten Oktober und Juli (DESTATIS, 2013d).

3.2.4 Unterscheidung nach Wochentagen und Uhrzeiten

Auch für diese Kategorien finden sich in der Verkehrsunfallstatistik keine differenzierten Auswertungen zu Verkehrsunfällen alkoholisierter 15- bis 17-jähriger Jugendlicher.

Differenziert nach Wochentagen verunglückten die 15- bis 17-Jährigen vorrangig an einem „Freitag“ (DESTATIS, 2013e). Diese Feststellung korrespondiert mit den bereits in Kapitel 2.4 getroffenen Aussagen zu den jugendtypisch zunehmenden aushäusigen Freizeitaktivitäten.

Insgesamt konzentrieren sich die Unfälle mit Getöteten auf die Wochenendnächte Freitag/Samstag und Samstag/Sonntag zwischen 18:00 Uhr abends und 06:00 Uhr morgens; in diesem Zeitraum verunglückte etwa jeder dritte Jugendliche im Straßenverkehr tödlich.

Den Tagesverlauf betreffend liegen die Unfallspitzenzeiten der 15- bis 17-Jährigen zwischen 07:00 und 08:00 Uhr, sowie 15:00 und 19:00 Uhr. Als „gefährlichste Stunden“ werden die Zeiträume zwischen 07:00 und 08:00 Uhr sowie zwischen 17:00 und 18:00 Uhr ausgewiesen (DESTATIS, 2013e).

3.2.5 Unterscheidung nach Ortslagen

Etwa 73 % der alkoholisierten Beteiligten im Alter von 15 bis unter 18 Jahren (= 256 von 351) verunglückten 2012 innerhalb geschlossener Ortschaften (DESTATIS, 2013b).

3.2.6 Unterscheidung nach Unfallursachen

Die 12.364 15- bis 17-jährigen Fahrzeugführer verursachten insgesamt 8.904 Fehlverhalten bei Unfällen mit Personenschaden (DESTATIS, 2013e). Hauptunfallursachen waren zu hohe Geschwindigkeiten (17,3 %), falsche Straßenbenutzung (15,4 %), Vorfahrt-/Vorrangfehler (11,4 %) sowie Fehler beim Abbiegen, Wenden, Rückwärtsfahren, Ein- und Anfahren (10,8 %).

Die „nicht angepasste Geschwindigkeit“ dominierte als Unfallursache mit 18,3 % bei männlichen

Jugendlichen deutlich vor den weiblichen mit 14,0 %. 15- bis 17-jährige weibliche Jugendliche verursachten Unfälle häufiger durch eine „falsche Straßenbenutzung“ (= 18,6 %/männliche Jugendliche = 14,4 %).

Bei den insgesamt 4.833 beteiligten jugendliche Fahrradfahrern (= 39,1 % von 12.364) dominierte das Fehlverhalten „falsche Straßenbenutzung“ (944 von 3.386 Fehlverhalten = 27,9 %). Ein die Verkehrstüchtigkeit einschränkender Alkoholeinfluss wurde 99 mal festgestellt (= 2,9 %, DESTATIS, 2013f).

Mofa-/Moped- (4.463 = 36,1 %) sowie Motorradfahrer (2.396 = 19,4 %) verursachten vorrangig durch die „nicht angepasste Geschwindigkeit“ Unfälle mit Personenschaden. Bei den Mofa-/Mopedfahrern wurde diese Unfallursache in 617 Fällen (von 3.253 = 19 %) und bei den Motorradfahrern in 487 Fällen (von 1.613 = 30,2 %) festgestellt. Ein Alkoholeinfluss wurde bei den Mofa-/Mopedfahrern in 93 Fällen (= 2,9 %) und bei den Motorradfahrern in 30 Fällen (= 1,9 %) als Unfallursache aufgeführt (DESTATIS, 2013f).

1996 wurde eine Sonderauswertung bei der Polizei NRW zu „Mutproben-Unfällen“ mit der Begründung angestellt, dass deren Größenordnung aufgrund fehlender Klassifizierungen in der Verkehrsunfallstatistik nicht bekannt ist (LIMBOURG et al., 2000). Die Mutproben-Unfälle im Straßenverkehr (Überqueren der Autobahn bei herannahenden Fahrzeugen, Autorennen, Car-Rafting/Auto-Surfen, Fahren ohne Führerschein usw.) sowie bei der Bahn (Gleis-Roulette, S-/U-Bahn-Surfen, Airbagging) wiesen eine Altersstruktur der Teilnehmer zwischen 9 und 17 Jahren aus. Auch hier blieb der Alkoholkonsum der Kinder/Jugendlichen ungeklärt, wenngleich einem Unfall ein privater Partybesuch vorgelagert war.

3.3 Hell- und Dunkelfeld

In der Fachdiskussion wird davon ausgegangen, dass „nur“ etwa 20 % aller Straßenverkehrsunfälle von Kindern und Jugendlichen in der amtlichen Unfallstatistik dokumentiert sind (vgl. HAUTZINGER et al., 1993).²¹

²¹ Die Untersuchung bezieht sich auf die Altersgruppen der 6- bis 20-Jährigen.

Je nach Unfallschwere variiert die Dunkelziffer. Während HAUTZINGER et al. (ebd., S. 62 ff.) bei Schwerverletzten von ca. 30 % ausgehen, wird bei den Leichtverletzten eine besonders hohe Quote (von über 80 %) angenommen. Zumindest bei den im Straßenverkehr getöteten Kindern und Jugendlichen – so die Autoren – ist jedoch von einer vollständigen Erfassung in der amtlichen Statistik auszugehen (ebd., S. 62 ff.).

Nach Verkehrsbeteiligung sind die Dunkelziffern bei jungen Fahrradfahrern – unabhängig von der Verletzungsschwere – überdurchschnittlich hoch. Insbesondere deren Alleinunfälle sind mit gerade einmal 5 % ausgewiesen, wobei die Dunkelziffer bei 10- bis 14-jährigen Fahrradfahrern den höchsten Wert erreicht. (ebd., S. 64). Eine Recherche bei Gemeindeunfallversicherungsverbänden zu Fahrrad(wege-)unfällen von Kindern im Jahr 2004 ergab, dass die Anzahl der dort gemeldeten Unfälle nicht einmal annähernd mit denen der amtlichen Unfallstatistik übereinstimmt (NEUMANN-OPITZ et al., 2008, S. 8).

Selbst bei Unfällen mit motorisierten Zweirädern wird eine Dunkelziffer von über 80 % angenommen, bei Fremdbeteiligung liegt die Quote bei „nur“ etwa 50 % (HAUTZINGER et al., 1993, S. 64).

Bei Unfällen mit Objektkollisionen liegt die Dunkelziffer bei minderjährigen Pkw-Insassen bei über 40 %, bei Pkw-Pkw-Kollisionen unter 20 % (ebd., S. 64).

Die Dunkelziffer bei Unfällen mit Fußgängern wird auf etwa 65 % bemessen. Mit zunehmender Verletzungsschwere gleichen sich die Dunkelziffern der Fußgänger und motorisierten Zweiradfahrer den Pkw-Unfall Dunkelziffern (etwa 30 %) an (ebd., S. 64).

Darüber hinaus wird in der amtlichen Verkehrsunfallstatistik ausgeführt, dass von einer unzureichenden Dokumentationslage der Alkoholunfälle auszugehen ist.

In der Tat handelt es sich bei den vorgetragenen Aussagen um plausible Annahmen. Ein genaueres Bild zu den Verkehrsunfällen von Kindern und Jugendlichen – dies haben GERLACH et al. (2012) ausgeführt – würde zumindest ein Verschneiden der Unfallstatistiken von Polizei und Unfallversicherungsträgern bedingen. Unterschiedliche Zielsetzungen und Erfassungsmodalitäten machen dies jedoch derzeit (noch) unmöglich.

3.4 Zusammenfassung

Fasst man die vorgetragenen Daten und Aussagen zusammen, so wird ersichtlich, dass sich die Verkehrsunfälle alkoholierter Kinder und Jugendlicher in der amtlichen Statistik unterschiedlich darstellen. Korrespondierend mit den zunehmenden, räumlich erweiterten Mobilitätsorientierungen und Aktivitätsmustern sowie den zugleich steigenden Zahlen Alkohol konsumierender Kinder und Jugendlicher ist auch eine steigende Zahl alkoholkonsumbedingter Straßenverkehrsunfälle festzustellen. Gleichwohl sind die absoluten Zahlen in der Verkehrsunfallstatistik vergleichsweise gering. Angesichts der in der Literatur wiederholt vorgetragenen Vermutung hoher Dunkelziffern bei den Straßenverkehrsunfällen von Kindern und Jugendlichen steht zu vermuten, dass das Hellfeld keineswegs die Realität des Verkehrsunfallgeschehens, geschweige denn die der Verkehrsunfälle von Kindern und Jugendlichen infolge vorherigen übermäßigen Alkoholkonsums abbildet. Just diese Vermutung begründete die vorliegende Untersuchung.

4 Exploration

Der bislang lediglich plausibel erscheinende, keineswegs jedoch empirisch belegte Zusammenhang zwischen übermäßigem Alkoholkonsum und Verkehrsunfallgefährdung bzw. tatsächlicher Verkehrsunfallbeteiligung bei Kindern und Jugendlichen bedingte eine explorative Orientierung der vorliegenden Untersuchung. Statt Theorie deduzierter, quantitativer Methoden kamen eher induktive qualitative Verfahren zur Anwendung. Grundlegender Bestandteil war die kontinuierliche Modellierung des Forschungsgegenstandes bis hin zur Beschreibung der gefundenen Ergebnisse. Gleichwohl folgt eine so verstandene qualitative Sozialforschung nicht dem Zufallsprinzip, sondern der Formulierung forschungsleitender Fragestellungen und Arbeitshypothesen.

Inhaltlich ging es darum, die sozialpsychologischen und situativen Kontexte alkoholierter Mobilität von Kindern und Jugendlichen sowie die dabei erlebten Verkehrsunfallgefahren und tatsächlich erlebten Verkehrsunfälle herauszuarbeiten.

Angesichts der mobilitätsstrukturellen Unterschiede richteten sich die Erhebungen auf verschiedene Raumstrukturtypen (insbesondere Ballungsraum und ländliche Region). Um das offensichtlich weite

Spektrum vom spontanen Rauschtrinken (ohne konkreten Anlass) bis hin zum geplanten Event-Saufen in ihren jeweiligen Mobilitäts- und Unfallgefährdungsstrukturen abbilden zu können, fokussierte sich die Untersuchung zudem auf eine Anlassbezogene Differenzierung.

Zentrales Merkmal des methodischen Vorgehens war das sog. Schneeballverfahren. Anfängliche Literaturrecherchen, themenbezogene Expertengespräche mit involvierten Fachvertretern (Wissenschaftler, Psychologen, Psychiater, Mediziner, Pädagogen, Sozialarbeiter, Polizeibeamte, örtliche Opinionleader bzw. Szenekenner usw.), eruierende Gespräche mit trink- und unfallerfahrenen jungen Menschen trugen so schrittweise sowohl zur Verdichtung der Fragestellungen und Arbeitshypothesen als auch zur Gewinnung weiterer Informanten bei.

Im Rahmen der durchgeführten Expertengespräche, Einzel- und Gruppendiskussionen mit Zielgruppenjugendlichen sowie Feldbeobachtungen erfolgten sehr unterschiedliche Einschätzungen zur Qualität und Quantität des Untersuchungsgegenstandes. Vor diesem Hintergrund wurde in Abstimmung mit dem Auftraggeber entschieden, die anfänglich konzipierten rein qualitativen Methoden um quantitative Erhebungen zu ergänzen.

Ein zunächst vielversprechender Feldzugang zu verschiedenen Institutionen eines Landkreises (Jugendsozialarbeit, Gesundheitsamt, Polizei, avisiert auch Schulen sowie eine Kinderklinik) begründete die Überlegung, für eine Gebietskörperschaft und einen definierten Zeitraum zahlreiche qualitative und quantitative Befragungsdaten sowie alle verfügbaren Statistiken zu Alkoholkonsum, alkoholisierten Mobilität und Verkehrsunfällen unter Alkoholeinfluss der Kinder und Jugendlichen zu erheben.

Gleichwohl liefen die wiederholten diesbezüglichen Anfragen an mehreren Stellen mit zunehmender Konkretisierung – zumeist ohne weitere Begründung – buchstäblich ins Leere oder wurden später explizit abgewiesen. Für ein Bundesland reklamierte das zuständige Kultusministerium weitgehende Kenntnisse über den Sachverhalt sowie engagierte und kompetente Pädagogen in allen Schulformen, deren Präventionsaktivitäten auch oder gerade bereits das Themenfeld alkoholisierten Mobilität und Mobilitätsgefahren bei Kindern und Jugendlichen umfassen. Insofern wäre von der anstehenden Untersuchung kein präventionsrelevanter Erkenntnis-

gewinn zu erwarten, eine Genehmigung folglich nicht zu erwarten.²² An anderer Stelle insistierten angesprochene Schulleiter just auf eine solche kultusministerielle Genehmigung. Formelle schriftliche Anfragen bei Behörden blieben gänzlich ohne Reaktion. Eine Unfallkasse verwies zunächst auf eine unzureichende Datenbasis und reagierte auf spätere Nachfragen nicht mehr. Bei zwei Versicherungsunternehmen wurden die Anfragen immer wieder (an den eigentlich zuständigen Sachbearbeiter) weiter verwiesen – bis der Forschungsnehmer allein aus Zeitgründen von weiteren Nachfragen absah. Im Weiteren wurde die anfänglich zugesagte statistische Auswertung von Rettungsdienstprotokollen nach mehrwöchiger wiederholter Nachfrage ohne weitere Begründung abgesagt. Dasselbe gilt für die zunächst offerierte Teilnahme an Kontrollgängen im öffentlichen Personennahverkehr. Über die tatsächlichen Gründe solcher Abwehrstrategien zu spekulieren ist müßig. Informelle Hinweise offenbaren bisweilen Haarsträubendes, u. a. die Vermeidung politischer Kontroversen zu dem Thema oder die Abwehr einer entsprechenden Negativ-Etikettierung im schulischen Wettbewerb. Aber geradezu irritierend mutet an, dass einzelne Informanten explizit um die Anonymitätssicherung baten, um sich und ihr Arbeitsfeld vor etwaigen Konsequenzen zu schützen. Die entsprechende Zusicherung veranlasste die Anonymisierung nahezu aller nicht veröffentlichten Quellen in der vorliegenden Untersuchung.

Wenngleich aus den genannten Gründen auf den angestrebten systematischen Abgleich aller themenbezogenen Daten und Statistiken für eine Gebietskörperschaft verzichtet werden musste, so waren andere, z. T. aus vorherigen Forschungskontakten bekannte Akteure aus unterschiedlichen Administrations- und Praxisfeldern bereit, das Forschungsansinnen – selbstverständlich unter Einhaltung der formalen Kriterien (u. a. die Befragung Minderjähriger nur mit Zustimmung der Erziehungsberechtigten, nur in Begleitung und/oder institutionellen Räumlichkeiten) – zu unterstützen. Im Hinblick auf den Zugang zu den jugendlichen Akteursgruppen vor Ort ist das Engagement der involvierten (Straßen-)Sozialarbeiter hervorzuheben. Zum einen erhielt der Forschungsnehmer über

²² Kurioserweise wurden jedoch auch seitens dieser Behörde auf eine andere Anfrage zu diesbezüglichen Erkenntnissen keine Informationen zurück gemeldet.

die Partizipation an „Rundgängen“ durch Parkanlagen unmittelbaren Zugang bzw. authentische Hinweise zum Alkoholkonsumverhalten der Jugendlichen. Zum anderen „akquirierten“ die Sozialarbeiter Jugendliche, die sich dann zu vereinbarten Interviewterminen in den Offenen Treffs einfanden. Motivationssteigernd wurden vereinzelt Grillabende veranstaltet. In den Offenen Treffs wurden Räume zur ungestörten Durchführung der Einzelinterviews bereitgehalten.

4.1 Expertengespräche

Die Expertengespräche wurden während der gesamten Feldphase (Mai 2012 bis Oktober 2013) in Form von Einzelinterviews und Gruppendiskussionen durchgeführt.

Aufgrund der fehlenden Datenlage zum Untersuchungsthema wurden die Experten aufgefordert, insbesondere ihre professionellen Wahrnehmungen zu Art und Umfang des übermäßigen Alkoholkonsums von Kindern und Jugendlichen und der damit einhergehenden Verkehrsunfallgefahren/-unfälle darzulegen.

Die Dauer der Gespräche variierte zwischen 60 und 120 Minuten.

Im Sinne des angestrebten Schneeballeffektes wurden die Teilnehmer zudem gebeten, weitere Ansprechpartner bzw. Experten und/oder graue Papiere zu nennen sowie Möglichkeiten eigener Datenzulieferungen auszuloten und Feldzugänge für weitere Zielgruppenbefragungen und -beobachtungen zu offerieren.

Die qualitativen Expertengespräche wurden anhand von Interview-Leitfäden geführt, (soweit als möglich) tontechnisch aufgezeichnet, stichwortartig (in Zitaten vollständig) transkribiert und induktiv ausgewertet.²³

In der Zielsetzung, das gesamte situative Spektrum möglicher oder tatsächlicher Verkehrsunfallgefahren alkoholierter Kinder und Jugendlicher abbilden zu wollen, wurden insgesamt 31 Expertengespräche geführt:

- vier Vertretern der Polizei (Jugendschutz, Verkehrsunfall- und Kriminalprävention),

- neun Vertretern kommunaler Einrichtungen (Jugend-/Sozial-/Ordnungsämter, Drogenhilfe, Sozialdienst der Caritas),
- vier Vertretern aus dem Bereich medizinischer Versorgung (Unfallchirurgie, Rettungsdienst),
- drei Vertretern aus der Versicherungswirtschaft (Gesamtverband, Unfallkasse),
- einem Vertreter der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
- fünf Vertretern öffentlicher Personennahverkehrs-Unternehmens sowie einem Vertreter einer Aufsichtsbehörde für den Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV/Dir. Verkehr, Unfallmeldungen),
- einem Freizeitevent-Veranstalter sowie
- vier kommunalen und zwei kirchlichen (Straßen-)Sozialarbeitern aus Klein-, Mittel- und Großstädten.

Bestandteil war zudem die Recherche und Auswertung informeller und formeller Daten und Materialien zu dem Untersuchungsgegenstand bei übergeordneten Einrichtungen.

Eine dieser Recherchen richtete sich auf die schriftliche Anfrage bei den Mitgliedern einer unregelmäßig tagenden kultusministeriellen Arbeitsgruppe bei der Bundesanstalt für Straßenwesen. Mitglieder sind die Referenten für Verkehrs- und Mobilitätserziehung aller 16 Bundesländer. Von keinem der angesprochenen Referenten/Institutionen waren zu dem vorgetragenen Sachverhalt aussagefähige Unterlagen oder Daten zu erlangen. Aus Baden-Württemberg erfolgte immerhin der Hinweis auf eine (bereits weiter oben zitierte) Sonderauswertung des Statistischen Landesamtes aus 2008 zu alkoholbedingten Krankenhausaufhalten von Kindern und Jugendlichen. Zu weiteren Recherchen verwiesen mehrere Referenten auf die jeweiligen Landesstellen der Sucht-/Drogenprävention sowie involvierte polizeiliche Behörden. Auch die diesbezüglichen Nachfragen blieben jedoch erfolglos.

Ferner wurde eine Anfrage an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft gerichtet. Auch hier liegen derzeit keine aussagefähigen Unterlagen zu dem Forschungsvorhaben/-thema vor. Ggf. – so eine konjunktivische Option – müssten Sonderauswertungen angestellt werden.

²³ Die Zuordnung erfolgt durch das Kürzel „E“ (für Experte) und dem Hinweis zum Zuständigkeitsbereich.

Über eine formelle Anfrage bei einer Kreispolizeibehörde konnten Verkehrsunfalldaten für den Zeitraum von 2008 – 2012 zur Verfügung gestellt werden, bei denen alkoholisierte unter 18-Jährige beteiligt waren.

Eine zunächst zugesagte Sonderauswertung notärzt- bzw. rettungsdienstlicher Daten aus einer westdeutschen Großstadt wurde später mit dem Hinweis auf Verzögerungen bei der technischen Datenerfassung wieder abgesagt.

4.2 Qualitative Interviews mit Jugendlichen

Ein grob strukturierter Gesprächsleitfaden zu den forschungsrelevanten Fragestellungen diente als Grundlage für die Interviews und Gruppendiskussionen mit Zielgruppenjünglichen, die von Februar 2013 bis August 2013 durchgeführt wurden. Soweit möglich erfolgten eine tontechnische Aufzeichnung, Transkription und induktive Auswertung.²⁴

Je nach Erhebungsraum und Gruppengröße (öffentlicher Raum – schulischer Kontext) dauerten diese zwischen 30 und 45 Minuten.

Die Feststellung, dass „nur“ eine Teilgruppe längerfristig wiederholtes, „ritualisiertes“ Komasaufen praktiziert, begründete eine entsprechende Schwerpunktsetzung. Gleichwohl wurden auch Akteursgruppen berücksichtigt, bei denen singuläres Rauschtrinken „nur“ zur punktuellen Verkehrsunfallgefährdung beiträgt.

Der Fokus richtete sich auf die Verkehrsunfallgefährdung bzw. Verkehrsunfallbeteiligung infolge übermäßigen Alkoholkonsums auf die Altersgruppe der 10- bis unter 18-Jährigen. Inhaltlich ging es um Fragen zu den typischen Vorlaufereignissen, Rahmenbedingungen, Motiven und Trinkmengen sowie den (in erster Linie) mobilitäts- bzw. verkehrsunfallrelevanten Folgen des übermäßigen Alkoholkonsums. Dabei fand das gesamte Aktivitäten-Spektrum vom „Event-Gelage“ (Karneval, Schützenfeste, usw.) über den Discobesuch bis zur Flatrate-Fete Berücksichtigung.

Abweichend von der zunächst erwogenen Befragung auch 12- und 13-Jähriger wurde bei den späteren Erhebungen explizit darauf verzichtet, weil im Ergebnis der in Kapitel 2 vorgetragenen Feststellungen zum Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen antizipierbar war, dass sie qua Lebensalter noch keine bzw. nur geringe Alkoholerfahrungen, geschweige denn Erfahrungen zu alkoholisierter Mobilität berichten können. Ihre Erfahrungen würden – wenn überhaupt – eher Beobachtungen und Phantasieleistungen als authentische Erlebnisse wiedergeben.

Umgekehrt war zu erwarten, dass ältere Jugendliche bzw. Heranwachsende weiter zurück liegende Ereignisse nur noch verzerrt erinnern. Je weiter zurückliegend und je alltäglicher der erfragte Sachverhalt, desto eher ist davon auszugehen, dass die ursprüngliche Realität von kognitiven und sozialen Wirklichkeitskonstruktionen überlagert wird.²⁵ Insofern dürfte der Zeitverzug zwischen erinnerten Ereignissen und Befragung also nicht allzu groß sein. Partiiell konnten die möglichen Verzerrungen bei der Erinnerung weit zurückliegender Ereignisse durch Vorgespräche und qualifizierte (Nach-)Fragestrukturen bzw. den Einsatz qualifizierter Interviewer kompensiert werden.

Aus den genannten Gründen konzentrierte sich die Auswahl der Interviewteilnehmer auf die Altersgruppe der 14- bis 24-Jährigen mit Erfahrungen übermäßigen Alkoholkonsums, alkoholisierter Mobilität und dabei erlebten gefährlichen Verkehrssituationen oder Verkehrsunfällen.

Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte über verschiedene Kanäle:

- Um Zielgruppenjüngliche für Interviews zu gewinnen, wurden die Besucher in einer Großstadt-Discothek (NRW) angesprochen. Die Ansprache erfolgte durch studentische Mitarbeiter vor Ort zwischen 22:00 und 24:00 Uhr. Insgesamt wurden etwa 70 Besucher über das Forschungsansinnen informiert und – so sie mit entsprechenden Informationen aufwarten konnten – um Kontaktdaten zur Verabredung qualitativer Interviews gebeten. Gefragt wurde nach eigenen Erfahrungen oder Erfahrungen von Freunden/Bekanntem zu Verkehrsrisikosituationen/-unfällen unter Alkohol vor Erreichung des 18. Lebensjahres. Die Antworten der Jugendlichen reichten von „... da kenn ich tausende Geschichten zu“ bis „... da fällt mir nichts zu ein“.

²⁴ Die Hinweise aus den Gruppendiskussionen sind je Gruppe mit dem Kürzel „G“, die Hinweise aus den Einzelinterviews mit dem Kürzel „T“ gekennzeichnet.

²⁵ Vgl. u. a. BERGER & LUCKMANN (2009).

Kontaktdaten wurden von insgesamt acht Jugendlichen angegeben. Die späteren Versuche zur Kontaktaufnahme (telefonisch, via E-Mail) blieben jedoch ausnahmslos ohne Rückmeldung.

- An einem öffentlichen Jugendtreff (Discounterparkplatz) in einer nordrhein-westfälischen Mittelstadt wurden 16- bis 17-jährige Jugendliche in zwei gemischtgeschlechtlichen Gruppen angesprochen, um die Relevanz des Themas sowie eine mögliche Befragung zu klären.
- Über den Kontakt zu einem Schul-Sozialarbeiter fanden im Rahmen des Sozialkundeunterrichts der neunten Klasse einer Gemeinschaftshauptschule (Großstadt in NRW) zwei Gruppendiskussionen mit insgesamt 23 Schülern statt. In moderativer Ansprache wurde das Forschungsthema vorgestellt und mit den Jugendlichen (im Alter zwischen 14 und 17 Jahren) in zwei getrennten Gruppen diskutiert. Die Teilnehmer wurden explizit aufgefordert, anonymisierte Antworten bzw. Beiträge zu geben. Der Diskussionszeitraum war (bedauerlicherweise) auf 60 Minuten begrenzt. Die mündlichen Hinweise der Jugendlichen wurden stichwortartig erfasst und induktiv ausgewertet.
- Des Weiteren wurden vermittelt über (Straßen-) Sozialarbeiter insgesamt 21 Jugendliche im öffentlichen Raum sowie in kommunalen/kirchlichen Offenen Jugendtreffs befragt. Dabei handelte es sich um
 - drei Einzelinterviews, mit männlichen Jugendlichen zwischen 17 und 21 Jahren, in einer westdeutschen Großstadt (NRW),
 - 14 Einzelinterviews, mit Jugendlichen zwischen 14 und 24 Jahren, neun männlich und fünf weiblich, in zwei Mittelstädten (NRW),
 - vier Einzelinterviews, mit Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren, alle männlich in einer Kleinstadt im ländlichen Raum (NRW).
- Ferner erfolgte ein Aufruf zur Teilnahme an den qualitativen Interviews in virtuellen sozialen Netzwerken. Dieser zeigte jedoch nur eine einzige Rückmeldung, auf deren Berücksichtigung nach telefonischer Klärung wenig substanzieller Informationen und großer Reisedistanz jedoch verzichtet wurde.

Zur Förderung der Teilnahmebereitschaft wurden in Abstimmung mit dem Auftraggeber für alle Teilneh-

mer drei Tablet-PCs ausgelobt. Um dabei die zugesicherte Anonymität zu wahren, wurden die zur Auslosung erforderlichen Kontaktdaten über die Einrichtung abgegeben. In einigen Fällen stellte sich erst im Zuge der Interviews heraus, dass die Teilnehmer nur mehr an einer Teilnahme bzw. an dem möglichen Gewinn interessiert waren, mangels relevanter Erfahrungen aber keine inhaltlichen Beiträge leisten konnten. Die Gespräche wurden ohne Diskreditierung der Teilnehmer vorzeitig beendet. Lediglich in zwei Fällen stellte sich die Irrelevanz der Teilnahme erst bei fortgeschrittener Interviewzeit heraus.

4.3 Feldbeobachtungen

Zur authentischen qualitativen Detaillierung der gewonnenen Erkenntnisse wurden in der Zeit von Februar 2013 bis August 2013 ergänzend (nichtteilnehmende) Feldbeobachtungen durchgeführt.²⁶

Für die vorgesehenen Erhebungen wurden Orte ausgewählt, bei denen eine längere Aufenthaltszeit angenommen werden konnte sowie eine Zugänglichkeit (in Abstimmung mit den jeweiligen Veranstaltern) gegeben war.

Wenngleich – so auch die Hinweise aus den ersten Expertengesprächen – die privaten Trinkgelage mit Kindern und Jugendlichen „Sorge bereiten“ bzw. an Ausmaß zugenommen haben, muss dieser Bereich ob der fehlenden Zugangsmöglichkeiten unberücksichtigt bleiben.

Die Zugangsrecherchen für ausgewählte Großveranstaltungen, wie Karnevalssumzüge/-veranstaltungen und Kirmes, wurden über die Ordnungs-/Jugendämter der jeweiligen Kommunen bzw. die zuständigen Polizeidienststellen angestellt. Insbesondere im Hinblick auf die beobachteten Karnevalssumzüge/-veranstaltungen konnten diese bereits im Vorfeld recht genaue Angaben zu den Mobilitätsbezügen der Jugendlichen (Quell-/Zielort) und den Orten, an denen sie Alkohol konsumieren, liefern (z. B. Vorglühen in umliegenden Wäldern). Auf einen geeigneten Beobachtungsstandort im Umfeld einer Großstadtdiskotheek verwiesen Mitarbeiter eines kommunalen Jugendamtes.

²⁶ Einzelne eruiierende Beobachtungen fanden bereits ab April 2012 statt.

Weitere Hinweise zu Beobachtungsorten und -zeiten in öffentlichen Parkanlagen wurden über Straßensozialarbeiter recherchiert. Die Umsetzung dieser Feldbeobachtungen erwies sich als schwierig, da durch witterungsbedingte Veränderungen (plötzliche Regenschauer) sowie Veranstaltungen in Nachbarkommunen, einige Jugendgruppen an den bekannten Trinkstätten nicht angetroffen werden konnten.

Zwei Beobachtungen an verschiedenen Treffpunkten in einer Parkanlage fanden unter Begleitung eines Sozialarbeiters statt. Dieser drängte zum sofortigen Abbruch einer Beobachtungssituation, da hinzukommende Jugendliche zuvor durch ein hohes Gewaltpotential auffällig geworden waren.

Die zunächst zugesagten nächtlichen „Mitgänge“ bei Sonderkontrollen von Ordnungs-/Servicepersonalen eines großstädtischen Verkehrsunternehmens unter Beteiligung der Polizei in Straßenbahnen wurden wieder abgesagt.

Auf der Grundlage eines stichwortartigen Kriterienkatalogs wurden die Beobachtungen zunächst ton-technisch erfasst. So konnten die Beobachtungspersonale unauffällig die jeweiligen Trinksituationen, Beschreibungen der beobachteten Personen, deren Verhalten sowie etwaige Gefahrensituationen aufnehmen. Im Nachgang erfolgte die Transkription und Auswertung. In einigen Situationen (bei Großveranstaltungen) konnten auch Fotodokumentationen zu Trinksituationen erstellt werden.

Sofern keine tontechnische Erfassung möglich war, wurde im Nachgang ein Gedächtnisprotokoll zu den relevanten Beobachtungssituationen erstellt.

Die vielfältigen Implikationen eines solchen Vorgehens (Feldzugang, Involvement, Anonymitätssicherung für die Beobachteten, Interventionsverpflichtung bei drohenden Eskalationen etc.) bedingten gleichermaßen den Einsatz entsprechend qualifizierten Forschungspersonals.

Soweit als möglich wurden an einigen Beobachtungsorten auch themenbezogene Gespräche mit den beobachteten Jugendlichen durchgeführt.

4.4 Schriftliche Befragungen

Angesichts der völlig unzureichenden Datenlage zur Quantität der infolge übermäßigen Alkoholkonsums verunfallten Kinder und Jugendlichen wurden eigene diesbezügliche Erhebungen angestrebt.

Eine erste Möglichkeit resultierte aus dem Feldkontakt zum Kreisgesundheitsamt im Rhein-Kreis Neuss, das für die Zeit von Mai bis Juli 2013 eine schriftliche Befragung von Schülerinnen und Schülern (Kinder- und Jugendgesundheitsstudie 2013) an zwölf weiterführenden Schulen vorbereitete und die Ergänzung um Fragen zur Verkehrsunfallbeteiligung im Kontext übermäßigen Alkoholkonsums in Aussicht stellte (Anlage 1). Bedauerlicherweise beschränkte sich das zugesagte Kontingent auf nur mehr drei Zusatzfragen.

Die Durchführung der Befragung sowie die Datenerfassung und Auswertung oblag dem Kreisgesundheitsamt Rhein-Kreis Neuss. Insgesamt belief sich der Rücklauf auf 1.065 Fragebögen.

Befragt wurden Schüler der Klassen sechs bis elf im Alter zwischen elf und 17 Jahren. An der Befragung nahmen geringfügig mehr männliche und mehr jüngere Jugendliche (s. Tabelle 4) teil. Zu je etwa einem Drittel wurden Schüler der Real- bzw. Gesamtschule sowie dem Gymnasium rekrutiert. Haupt- sowie Berufsschüler sind unterrepräsentiert. Bei letzterer Schulform erklärt sich der geringe Anteil in der Altersstruktur der Berufsschüler.

Die geringen Möglichkeiten zur ausführlicheren thematischen Befragung innerhalb der vorgenannten Gesundheitsstudie begründeten die Initiierung einer zusätzlichen eigenständigen schriftliche Befragung von Jugendlichen unterschiedlicher

Stichprobe Rhein-Kreis Neuss		
	n	%
Gesamt	1.065	
Geschlecht		
Männlich	567	53,2
Weiblich	498	46,8
Alter		
11-14 Jahre	561	52,7
15-17 Jahre	504	47,3
Schulform		
Hauptschule	77	7,2
Realschule	304	28,5
Gesamtschule	344	32,3
Gymnasium	316	29,7
Berufsschule	24	2,3
Quelle: Rhein-Kreis Neuss 2013		

Tab. 4: Soziodemografische Verteilung der Stichprobe des Rhein-Kreis Neuss 2013

Schulformen – hier und im Folgenden als eigene (schriftliche) Befragung bzw. Erhebung bezeichnet. Über bereits im Vorfeld kontaktierte institutionelle Akteure, die sich in der Verkehrsunfallprävention mit jungen Fahrern und Mitfahrern engagieren, wurden die Teilnehmer an entsprechenden Präventionsmaßnahmen zu dem hier anstehenden Themenkomplex befragt.²⁷ In Abhängigkeit zu den jeweiligen Veranstaltungsterminen erstreckte sich der Erhebungszeitraum von Juni bis Oktober 2013.

Die Befragung richtete sich vorrangig an mindestens 18-jährige Jugendliche. Bei jüngeren Beteiligten wurde zuvor die Zustimmung der Erziehungsberechtigten erbeten. Wie weiter oben ausgeführt, war die hauptsächliche Befragung von mindestens 18-Jährigen durch die Annahme motiviert, dass die Befragung junger Jugendlicher allein qua weniger Gelegenheiten bzw. (noch) geringer Häufigkeiten von Alkoholkonsum, weitaus geringerer Mobilität unter Alkoholeinfluss und noch geringerer Zahlen alkoholierter Verkehrsunfälle wenig ergiebig sein würde. Zudem streuen die Verständnisse bzw. Interpretationen von Alkoholisierungsgraden, gefährlichen Verkehrssituationen und Verkehrsunfällen bei sehr jungen Menschen erheblich.

Andererseits wurde bei den Befragten auch eine Altersobergrenze angestrebt, weil davon auszugehen war bzw. ist, dass sehr weit zurückliegende Ereignisse – wenn überhaupt – nur noch stark verzerrt erinnerlich sind und/oder nur noch extreme Erlebnisse rekapituliert werden.

Selbstverständlich wurde auch bei dieser Befragung allen Beteiligten Anonymität zugesichert.

Zur Erhebung wurde ein standardisierter Fragebogen erarbeitet (Anlage 2). Die Frageninhalte konzentrierten sich auf den erstmaligen und wiederholten Alkoholkonsum, dessen graduelle Differenzierung, die alkoholisierte Verkehrsteilnahme sowie die dabei selbst erlebten gefährlichen Verkehrssituationen und/oder Unfälle vor dem 18. Lebensjahr.

Die Antworten wurden EDV-technisch erfasst und mittels SPSS ausgewertet.

Insgesamt betrug der Rücklauf 1.919 Fragebögen, von denen sechs jedoch nicht verwertbar waren.

Geantwortet haben Schüler im Alter von 12 bis 39 Jahren. Da die Befragung u. a. an berufsbildenden Schulen durchgeführt wurde, sind die hohen Altersangaben einzelner Teilnehmer durch „Umschüler“ zu erklären. 1.676 Befragte waren der Altersgruppe 12- bis 22-Jähriger zugehörig (= 88,2 %). Etwa 35 % der Befragten waren 17 Jahre und jünger. Das Durchschnittsalter lag bei 18,94 Jahren. Rd. 61 % der Befragten waren männlichen und ca. 39 % weiblichen Geschlechts.

Erhebungsbedingt gaben etwa 74 % der diesbezüglich Antwortenden (n = 1.332) an, zum Befragungszeitpunkt eine berufsbildende Schule zu besuchen. Davon absolvierte etwa die Hälfte eine Ausbildung im gewerblich-technischen Bereich (n = 677). Um insbesondere den hohen Anteil der Be-

Stichprobe		
	n	%
Gesamt	1.913	
Geschlecht		
Männlich	1.165	61,4
Weiblich	732	38,6
Summe	1.897	100,0
Alter		
12-17 Jahre	667	35,1
18-22 Jahre	1.009	53,1
23-39 Jahre	225	11,8
Summe	1.901	100,0
Schulform		
Hauptschule	42	2,3
Realschule	74	4,1
Gymnasium/FOS	345	19,2
Berufsschule	1.332	74,3
Summe	1.793	99,9
Religion		
Katholisch	707	46,3
Evangelisch	463	30,3
Muslimisch	106	7,0
Konfessionslos	194	12,7
Sonstige	56	3,7
Summe	1.526	100,0
Quelle: Eigene Erhebung 2013		

Tab. 5: Soziodemografische Verteilung der Stichprobe (k. A. nach Geschlecht = 16, nach Alter = 12, nach Schulform = 120, nach Religion = 387)

²⁷ An drei Schulen ermöglichte die freundliche Unterstützung der Schulleitungen die Befragung in entsprechenden Unterrichtskontexten.

rufsschüler genauer zu qualifizieren, beinhaltete der Fragebogen eine Frage nach den bereits erlangten Schulabschlüssen. Danach besaßen die befragten Berufsschüler zu hohen Anteilen bereits entweder einen Realschulabschluss (= 48,5 %, n = 630) oder einen Hauptschulabschluss (= 20,8 %, n = 270). Etwa 11 % gaben einen gymnasialen Schulabschluss an (n = 141).

Rund 19 % der diesbezüglich Antwortenden besuchten zur Befragungszeit ein Gymnasium bzw. eine Fachoberschule, ca. 4 % eine Real- und etwa 2 % eine Hauptschule.

Ca. 46 % der Antwortenden waren der katholischen, ca. 30 % der evangelischen und 7 % einer islamischen Religionsgemeinschaft zugehörig. Etwa 13 % gaben an, keiner Konfession zugehörig zu sein.^{29, 29}

Aufgrund der oben ausgeführten Begründungen für die angestrebte Altersbegrenzung der Befragten beziehen sich die weiteren Auswertungen der eigenen schriftlichen Befragung „nur“ noch auf die Altersgruppe der 12- bis 22-Jährigen. Die Gesamtstichprobe wird dadurch um 237 Befragte (225 über 22 Jahre alte Personen und 12 Personen ohne Altersangabe) gemindert.

4.4.1 Vergleichbarkeit der Stichprobe

Das skizzierte methodische Verfahren bei der eigenen Erhebung bedingt die Datengrundlage einer nicht-repräsentativen Stichprobe. Folglich be-

schränken sich die Auswertungen und Ergebnisinterpretationen allein auf deskriptive Verfahren. Die erstmalige Befragung zu dem untersuchungsrelevanten Sachverhalt im Rahmen der vorliegenden explorativen Untersuchung bedarf allerdings auch (noch) nicht unbedingt der Repräsentativität. Gleichwohl lassen sowohl die Stichprobengröße als auch die z. T. hohen Übereinstimmungen einzelner Ergebnisse mit denen äquivalenter Referenzstudien (u. a. der BZgA, 2012) durchaus Folgerungen zu, die über rein qualitative Interpretationen weit hinausgehen.

Dabei erweist sich die Angabe der bloßen Faktizität des Alkoholkonsums in den Kinder- und Jugendjahren zur Referenzierung ungeeignet, weil sowohl die erfragten Merkmale als auch die Altersgruppen variieren. So gaben in der eigenen Erhebung 1.552 (= 92,6 %) der insgesamt 1.676 12- bis 22-jährigen Befragten an, vor ihrem 18. Lebensjahr schon mindestens einmal Alkohol getrunken zu haben. Nur 6,1 % verneinten jedweden bisherigen Alkoholkonsum.³⁰ Der früheste erstmalige Alkoholkonsum wurde auf das siebente Lebensjahr datiert.

Ohne die Möglichkeit des direkten Vergleichs wird in der weiter oben angesprochenen Kinder- und Jugendgesundheitsstudie des Gesundheitsamtes im Rhein-Kreis Neuss festgestellt, dass rd. 58 % der 11- bis 17-Jährigen „vorhandene Alkoholerfahrungen“ angeben. Und die bereits zitierte Drogenaffinitätsstudie der BZgA (2012) weist – in wiederum anderen Bezügen – den Anteil der 12- bis 17-Jährigen, die „in den letzten 30 Tagen“ Alkohol getrunken haben, mit 42 % aus.

Beim eher vergleichbaren Durchschnittsalter des erstmaligen Alkoholkonsums (s. Tabelle 6) sind weitgehende Übereinstimmungen zu verzeichnen. Die eigene Erhebung weist diesbezüglich 13,9 Jahre³¹ und in der Drogenaffinitätsstudie der BZgA (2012) 13,6 Jahre aus.³² Ebenso zeigt die Unterscheidung nach Geschlecht in beiden Untersu-

²⁸ Weitere 3,7 % entfallen auf einzelne Nennungen zu Religionen, wie Judentum, Buddhismus usw., die unter „Sonstige“ zusammengefasst wurden.

²⁹ Die zunächst eigenartig anmutende Frage nach der Religionszugehörigkeit resultiert aus dem vorfindlichen Gemeinplatz, dass Angehörige muslimischen Glaubens (qua Glaubensgebot) keinen bzw. weniger Alkohol konsumieren und somit auch nicht bzw. weniger alkoholisiert verunfallen können.

³⁰ Jeweils 1,3 % (n = 22) machten keine Angabe und tranken erstmalig ab einem Alter von 18 Jahren Alkohol.

³¹ Bei den Variablen „erster Alkoholkonsum“ und „erster übermäßiger Alkoholkonsum“ wurde die Antwortmöglichkeit „noch nie“ außer Acht gelassen, so dass sich der Mittelwert nur aus den angegebenen Altern des ersten Konsums zusammensetzt.

³² Ausgewiesen sind hier die durchschnittlichen Alterswerte beim erstmaligen Alkoholkonsum für die Teilgruppe der 12- bis 17-Jährigen (n = 1.939, BZgA, 2012).

³³ Hier und im Folgenden weichen die jeweiligen Gesamt-n von dem Gesamt-n der eigenen Stichprobe aller 12- bis 22-Jährigen ab, weil die einzelnen Fragen in unterschiedlicher Vollständigkeit beantwortet wurden.

	Eigene Erhebung 2013		BZGA 2011
	Ø Jahre	n	Ø Jahre
Männlich	13,78	961	13,5
Weiblich	13,97	579	13,8
Gesamt	13,85	1.540	13,6

Tab. 6: Erstmaliger Alkoholkonsum nach Geschlecht (k. A. = 15)³³ Frage: „In welchem Alter haben Sie das erste Mal Alkohol getrunken?“

chungen nur marginale Abweichungen. Das Durchschnittsalter beim erstmaligen Alkoholkonsum liegt bei den weiblichen Jugendlichen geringfügig höher als bei den männlichen.

Auch in den Interviews mit Jugendlichen wurde mehrheitlich darauf verwiesen, mit 13 oder 14 Jahren erstmalig Alkohol konsumiert zu haben:

- „Mit 13 Jahren habe ich das erste Mal Alkohol getrunken. Wir waren mit mehreren Freunden draußen, einer war 16 Jahre. Der hatte ein Bier und den haben wir gefragt, ob er uns mal ein Sixpack Bier holen kann. Jeder hat dann eine Flasche Bier getrunken“ (T 8, männlich, 17 Jahre, Hauptschulabschluss).
- „Ich war 14. Besorgt haben den Alkohol Ältere. Getrunken habe ich Alkopops, Mixery, Mixery-Wodka-Flavour“ (T 9, weiblich, 18 Jahre, Abitur).
- „So mit 13 oder 14 Jahren fängt man an, Alkohol zu trinken. Egal ob Mädchen oder Junge. Es ist auch durchaus üblich, dass sich 14- oder 15-Jährige Personalausweise ausleihen, um an öffentlichen Partys teilnehmen zu können und an Alkohol heranzukommen“ (G 2, Teilnehmer einer Gruppendiskussion).

Gleichermaßen lassen sich aber auch (Einzel-) Fälle anführen, bei denen der erstmalige Alkoholkonsum bereits biografisch früher stattfand, dann aber auch direkt mit fatalen Folgen einherging:

- „Also, wenn ich ehrlich bin, habe ich das erste Mal mit 11 Jahren Alkohol getrunken. Durch irgendeinen Kumpel hatten wir eine Flasche Wodka gehabt und dann habe ich halt drei, vier gute Schlucke genommen und war betrunken. Anschließend war ich mit einer Alkoholvergiftung im Krankenhaus“ (T 7, männlich, 17 Jahre, Schulabbruch).
- „Mit 11 Jahren habe ich das erste Mal Alkohol getrunken. Das war mit Freunden. Dadurch wurde es dann auch immer häufiger. Richtig betrunken war ich das erste Mal mit 13 Jahren“ (T 6, männlich, 24 Jahre, Hauptschulabschluss).

Das Lebensalter des ersten Alkoholrausches wird insgesamt und nach Geschlecht in der eigenen Erhebung von 1.275 Befragten (k. A. = 1) jeweils durchschnittlich etwas höher datiert als in der Drogenaffinitätsstudie der BZgA (2012). Übereinstimmend ist allerdings wiederum festzustellen, dass männliche Jugendliche durchschnittlich

Geschlecht	Eigene Erhebung 2013		BZGA 2011
	Ø Jahre	n	Ø Jahre
Männlich	15,01	831	14,7
Weiblich	15,51	433	15,1
Gesamt	15,18	1.264	14,9

Tab. 7: Erstmöglicher übermäßiger Alkoholkonsum nach Geschlecht (k. A. = 12) Frage: „In welchem Alter haben Sie das erste Mal übermäßig Alkohol getrunken?“

Schulform	Erster Alkoholkonsum		Erster übermäßiger Alkoholkonsum	
	Ø Jahre	n	Ø Jahre	n
Hauptschule	13,81	42		5
Realschule	13,77	70	15,16	61
Gymnasium/FOS	14,29	305	16,10	235
Berufsschule	13,78	1.049	15,00	904
Gesamt	13,88	1.466	15,22	1.205

Quelle: Eigene Erhebung 2013

Tab. 8: Alkoholkonsum nach derzeit besuchter Schulform (k. A. = 89/71) Frage: „Welche Schulform besuchen Sie derzeit?“

früher den ersten Vollrausch erleben als weibliche (s. Tabelle 7).

Nach Schularart und Religionszugehörigkeit fehlen unmittelbare Vergleiche in den Referenzstudien. Der Vollständigkeit halber seien hier die diesbezüglichen Ergebnisse der eigenen Erhebung angeführt:

- Wie aus Tabelle 8 zu ersehen ist, konsumieren Haupt-, Real- und Berufsschüler im Mittel bereits vor dem 14. Lebensjahr erstmalig Alkohol, Gymnasiasten/Fachoberschüler hingegen durchschnittlich erst rd. ein halbes Jahr später.
- Real- wie Berufsschüler trinken erstmalig mit durchschnittlich knapp über 15 Jahren übermäßig Alkohol, Gymnasiasten erst rd. ein Jahr später. Aufgrund nur geringer Fallzahlen (n = 5) findet der ermittelte Wert zum ersten Alkoholrausch für Hauptschüler keine Berücksichtigung.
- Nach Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft (vgl. Tabelle 9) finden die ersten Alkoholkontakte muslimischer Jugendlicher im Durchschnitt über ein Jahr später statt als bei denen anderen Religionsgemeinschaften zugehörigen oder konfessionslosen Jugendlichen. Beim ersten übermäßigen Alkoholkonsum liegt das

Religion	Erster Alkoholkonsum		Erster übermäßiger Alkoholkonsum	
	Ø Jahre	n	Ø Jahre	n
Katholisch	13,70	631	15,05	541
Evangelisch	13,93	383	15,32	324
Islamisch	14,97	55	15,48	27
Konfessionslos	13,64	154	15,15	123
Gesamt	13,82	1.223	15,16	1.015
Quelle: Eigene Erhebung 2013				

Tab. 9: Alkoholkonsum nach Religionszugehörigkeit (k. A. = 332/261) Frage: „Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an?“

Durchschnittsalter muslimischer Jugendlicher nur mehr zwischen rd. ½ Monat und ½ Jahr über dem der anderen.

4.4.2 Verifizierung aus Expertengesprächen und Interviews

Dass trotz formalen Alkoholverbots auch islamische Jugendliche (zeitlich zwar später) mit dem Alkoholkonsum beginnen, wurde in den Interviews mit Jugendlichen und Sozialarbeitern bestätigt:

- „Ja, ich bin Moslem und mein Vater war damals ein bisschen strenger zu meinen älteren Geschwistern, wenn es um Alkohol ging. Aber das hat sich mit der Zeit gelegt. Wir sind eher „integrierte Muslime“, also mein Vater trinkt selber ab und zu einige Biere. Nur meine Mutter trinkt gar nichts“ (T 7, männlich, 17 Jahre, Schulabbruch, Muslime).

Für die Aneignung regelmäßigen (auch übermäßigen) Alkoholkonsums von Kindern und Jugendlichen scheint eher das unmittelbare Lernfeld in sozialen Bezugsgruppen maßgeblich zu sein als die bloße Zugehörigkeit zu bestimmten Glaubensgemeinschaften. Je fortgeschrittener die Enkulturations- und Assimilationsprozesse in den Folgegenerationen zugewanderter Menschen nicht-christlichen Glaubens – so steht zu vermuten –, desto weniger wird der Alkoholkonsum durch ursprüngliche religiöse Beschränkungen beeinflusst.

Und auch seitens der befragten Experten wird die weiter oben zitierte Einschätzung in der Fachliteratur und vorgenannt ausgewiesenen Ergebnisse angenäherter Daten nach Geschlecht, Alter, Schulbildung und Religionszugehörigkeit unterstrichen:

- „Wir haben es nicht nur mit den üblichen Verdächtigen zu tun. Es geht durch alle Gesellschaftsschichten“ (E 32, Unfallchirurgie).

Im Weiteren wurden die bekannten empirischen Belege zu den Rahmenbedingungen und Ausprägungen beim (übermäßigen) Alkoholkonsum durch die Aussagen befragter Kinder bzw. Jugendlicher weitgehend verifiziert.

Demnach ergaben sich Treffpunkte/-zeiten wie auch Trinkanlässe entweder spontan, waren langfristig verabredet (Partys) oder hatten regelmäßigen Charakter („jeden Samstag hinter dem Supermarkt“). Man trifft sich in Gruppen. Sich zu betrinken kann „kollektive Ansage“ oder auch individuell motiviert sein.

- „Manchmal betrinken wir uns, weil Wochenende ist und wir Langeweile haben. Das kommt durchaus öfter vor, weil bei uns in der Stadt nichts los ist“ (G 1, Teilnehmer einer Gruppendiskussion).
- „Es gibt auch eine 'bewusste Ansage', so nach dem Motto: Heute geb` ich mir die Kante“ (G 1, Teilnehmer einer Gruppendiskussion).

Einige Jungen berichteten vom Wettkampfrinken anlässlich sog. Trinkspiele (z. B. Flunky Ball, Wikinger Schach, Bier-Radlon am See). Die Spiele finden zumeist auf Parkplätzen oder hinter Supermärkten statt.

- „Getrunken wird vor allem Bier, manchmal auch Schnaps. Bei einem Trinkspiel werden durchschnittlich vier Flaschen Bier pro Person konsumiert“ (G 1, Teilnehmer einer Gruppendiskussion).

Es besteht eine rationale Sensibilität bei den Befragten hinsichtlich der Trinkgefahren. Man weiß im Wesentlichen um die rechtlichen Rahmenbedingungen (Verkauf von Bier und Wein- bzw. Sektgetränken erst an 16-jährige Jugendliche – in Anwesenheit Sorgeberechtigter bereits ab 14 Jahren – und Brandwein erst an Heranwachsende ab 18 Jahren). Die Beschreibungen freizeittlicher Treffen deuten allerdings darauf hin, dass die Altersbegrenzungen nicht (immer) eingehalten werden. Gesetzliche Beschränkungen, die den Zugang zu (hochprozentigem) Alkohol für Jugendliche unter 16 Jahren eingrenzen sollen, werden „unterlaufen“. Das „Vorglühen“ oder „Vortrinken“ vor Veranstaltungen gehört bei vielen zur gängigen Praxis.

- „Das ist überhaupt kein Problem, an (hochprozentigen) Alkohol ranzukommen. Ältere kaufen einem diesen und geben ihn weiter. Die Verkäufer im Supermarkt kontrollieren meistens das Alter nicht oder man sieht alt genug aus, dann funktioniert es eh“ (G 2, Teilnehmer einer Gruppendiskussion).
- „Viele trinken vor einer Veranstaltung, weil das billiger ist. Wir treffen uns regelmäßig mit Freunden, irgendwo in der Nähe eines Supermarkts. Jeder gibt 5 bis 10 € pro Abend und davon holt man sich dann Wodka, Jack Daniels, Jim Bean oder Bier. Wenn man noch in eine Disco geht, nimmt man sich Alkohol mit und versteckt den draußen. Dann muss man zwar ab und zu rausgehen, aber das ist okay“ (G 1, Teilnehmer einer Gruppendiskussion).
- „Es sind meist Jüngere, die viel Alkohol trinken, und die Wirkungen noch nicht einschätzen können. Gerade die müssen ja im öffentlichen Raum trinken, in Parks, auf Spielplätzen, weil die Erwachsenen das nicht mitkriegen dürfen“ (G 1, Teilnehmer einer Gruppendiskussion).
- „Freundinnen oder die Clique passen aufeinander auf, das funktioniert aber nicht immer. Letztlich ist jeder mit sich selbst beschäftigt. Problematisch wird es, wenn Mädchen, die allein unterwegs sind und mit K.-o.-Tropfen abgefüllt werden“ (G 1, Teilnehmer einer Gruppendiskussion).
- „Wenn eine Freundin zu viel getrunken hat, dann nimmt man die mit nach Hause und schleust die an den Eltern vorbei. Man muss nur den Eltern sagen, dass die Freundin bei einem übernachtet“ (G 2, Teilnehmer einer Gruppendiskussion).
- „Richtige Trinktypen sind meistens Jungs, die Aufmerksamkeit suchen, die überall dabei sein wollen. Die kennt man und überlässt sich selber, die schaffen das“ (G 1, Teilnehmer einer Gruppendiskussion).

Interessanterweise reklamieren die Beteiligten an den Trinkereignissen reflexiv durchaus eine Art gegenseitiger Verantwortung.

- „Da gab es auch welche, aber da haben wir dann gesagt: Sag mal, du bist noch recht jung, lass es mal! Die haben dann klar zwei-, dreimal ein Bier bekommen oder so etwas. Nur nicht, dass die sich abschießen. Da hat man drauf geachtet, weil es ja trotzdem noch Kinder sind. Also, wir waren in der Hinsicht sehr verantwortungsbewusst. Klar gab es mal Fälle, wo 14-, 15-Jährige sich abgeschossen haben, richtig übel. Aber die wurden von uns dann gepflegt, dass die draußen geblieben sind und man ihnen Wasser gegeben hat. So, dass sie wieder einigermaßen zu sich kamen, wieder nüchtern wurden und dann hat man die nach Hause gebracht“ (T1, männlich, 19 Jahre, Realschulabschluss).

In bestimmten Fällen (insbesondere bei zunehmender Alkoholisierung) wird die Fürsorge für andere aber auch als Überforderung wahrgenommen. Zudem gilt das reklamierte Verantwortungsbewusstsein nicht für „bestimmte Trinktypen“. Auch werden gezielte Verschleierungstaktiken gegenüber den Erziehungsberechtigten angewendet, um die Alkoholisierung von Freunden zu vertuschen.

4.5 Zusammenfassung

Dem bislang kaum beachteten Forschungsgegenstand alkoholisiert im Straßenverkehr verunfallter Kinder und Jugendlicher ist das für die vorliegende Untersuchung gewählte explorative methodische Vorgehen angemessen. Die verschiedenen Feldzüge resultieren aus einem systematisierten „Schneeballverfahren“.

Im Ergebnis der eigenen Erhebung ist ein nach Bildungsgrad, sozialer Herkunft, Gruppenstrukturen, Motiven, situativen Gegebenheiten usw. sehr heterogenes Bild des Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen. Im Wesentlichen ist der Beginn des Alkoholkonsums auf durchschnittlich 14 Jahre, der erste Vollrausch im Mittel auf etwa 15 Jahren zu datieren. Das ganze Geschehen wird überproportional durch männliche Kinder und Jugendliche bestimmt. Die bloße Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft hat offensichtlich (mit jeder Folgegeneration zugewanderter Menschen) weniger Einfluss auf den Alkoholkonsum, als gemeinhin angenommen. Das gilt sowohl für den erstmaligen Konsum als auch für die erstmalige Volltrunkenheit. Diesbezüglich scheinen eher die Zugehörigkeit zu (ethnischen) Gruppen mit gewohntem (auch übermäßigen) Alkoholkonsum und Enkulturations- bzw. Assimilationsprozesse maßgeblich zu sein.

Insgesamt ist festzustellen, dass die soziodemografischen und -strukturellen Merkmale der eigenen

quantitativen Erhebung trotz fehlender Repräsentativität eine hohe Übereinstimmung zu den repräsentativen BZgA-Daten ausweisen.

Hervorzuheben ist, dass auch unter 16-Jährige zu meist offensichtlich nach wie vor problemlos Alkohola beschaffen/konsumieren können. Gleichermaßen offensichtlich scheinen soziale Absicherungssysteme, wie die wiederholt reklamierte gegenseitige Fürsorge, nur bedingt zu funktionieren.

5 Mobilität alkoholisierter Kinder und Jugendlicher

Sowohl die Erkenntnisse aus der Alkoholkonsumforschung als auch die als eher unzureichend einzustufende Dokumentationslage zu den Alkoholunfällen von Kindern und Jugendlichen begründeten es, in dem vorliegenden Forschungsprojekt die diesbezüglich eigenen Erhebungen durchzuführen. Im Wesentlichen ging es darum festzustellen, in welcher Größenordnung Kinder und Jugendliche alkoholisiert mobil sind, wie häufig sie dabei gefährliche Verkehrssituationen und Verkehrsunfälle erleben und welche sicherheitsförderlichen bzw. -abträglichen Rahmenbedingungen verortet werden können.

5.1 Ausprägungen und Zielgruppenmerkmale

Ein wesentliches Kriterium für die Einschätzung der Verkehrsunfallrisiken ist die Häufigkeit, in der alkoholisierte Kinder und Jugendliche am Straßenverkehr teilnehmen. Von den 12- bis 22-Jährigen

gaben in der eigenen Erhebung 71,3 % (n = 1.195, k. A. = 481) der Befragten an, bereits mindestens einmal übermäßig alkoholisiert aushäusig unterwegs gewesen zu sein.

Aus Tabelle 10 ist zu ersehen, dass deutlich über 50 % der Antwortenden mindestens 1 mal im Monat, etwa 32 % bis zu 4 mal und weitere 10 % bis zu 8 mal im Monat übermäßig alkoholisiert mobil. Die Nennungen „bis zu 8 mal im Monat und öfter“ übermäßig alkoholisierter Mobilität machen einen Anteil von mehr als 13 % aus. Umgerechnet ist diese Teilgruppe folglich etwa „zweimal pro Woche“ übermäßig alkoholisiert unterwegs.

Mit zunehmender Häufigkeit der Mobilität unter Alkoholeinfluss steigt der Anteil männlicher Jugendlicher. Sie sind mit durchschnittlich 2,9 mal je Monat fast doppelt so häufig alkoholisiert mobil wie Mädchen (= 1,5 mal). Insgesamt bewegen sich die 12- bis 22-Jährigen 2,4 mal im Monat stark alkoholisiert im öffentlichen Raum.

Nach Alter (s. Tabelle 11) ist die Häufigkeit alkoholisierter Mobilität mit 15 Jahren am geringsten (\bar{x} 1,8 mal je Monat), erreicht mit 17 Jahren den höchsten Wert (\bar{x} 2,9 mal je Monat) und sinkt (abgesehen von einem weiteren Peak bei 20 Jahren) danach wieder auf einem Durchschnittswert von 2,0.³⁴

Das Durchschnittsalter beginnender Mobilität nach bzw. unter übermäßigem Alkoholkonsum korre-

³⁴ Die zwischen 0 und 1 liegenden Durchschnittswerte für die 12- bis 14-Jährigen bleiben aufgrund der geringen absoluten Zahlen zwischen 1 und 6 ohne Interpretation.

Bis zu ... übermäßig alkoholisiert unterwegs	Geschlecht				Gesamt	
	männlich		weiblich			
	n	%	n	%	n	%
1 mal im Monat	385	48,5	266	68,4	651	55,0
4 mal im Monat	276	34,7	99	25,4	375	31,7
8 mal im Monat	99	12,5	19	4,9	118	10,0
12 mal im Monat	21	2,6	3	0,8	24	2,0
öfter als 12 mal im Monat	14	1,8	2	0,5	16	1,4
Gesamt	795	100,0	389	100,0	1.184	100,0

Quelle: Eigene Erhebung 2013

Tab. 10: Mobilität nach (übermäßigem) Alkoholkonsum nach Geschlecht. Frage: „Wie oft waren Sie seither nach übermäßigem Alkoholkonsum in öffentlichen Räumen (Wege, Straßen, Bussen/Bahnen usw.) unterwegs?“

Alter	Ø im Monat übermäßig alkoholisiert mobil	n
15	1,8	28
16	2,7	150
17	2,9	245
18	2,6	287
19	2,0	192
20	2,3	126
21	2,0	93
22	2,0	66
Ø	2,4	1.195

Quelle: Eigene Erhebung 2013

Tab. 11: Mobilität nach (übermäßigem) Alkoholkonsum nach Alter; Frage: „Wie oft waren Sie seither nach übermäßigem Alkoholkonsum in öffentlichen Räumen (Wege, Straßen, Bussen/Bahnen usw.) unterwegs?“

spondiert mit dem weiter oben dargestellten Durchschnittsalter erstmaligen übermäßigen Alkoholkonsums, ein Indiz für die ebenfalls bereits referierte Feststellung in der Literatur, dass sich sowohl die allgemeinen Aktivitäten als auch der Alkoholkonsum mit zunehmendem Alter vom familiären Kontext in die außerfamiliären sozialen Bezugsgruppen verlagern.

Betrachtet man explizit die Teilgruppe der unter 18-Jährigen ($n = 667$), so sind etwa 65 % ($n = 431$) mindestens 1 mal im Monat übermäßig alkoholisiert mobil.³⁵

Wiederum bezogen auf die Gesamtzahl der befragten 12- bis 22-Jährigen variieren die Durchschnittswerte monatlicher Mobilität unter Alkoholeinfluss zwischen 1,6 mal für Gymnasiasten/Fachoberschüler und 2,8 mal für Hauptschüler (Realschüler = 2,5 mal und Berufsschüler = 2,6 mal), wobei sich die

³⁵ Laut Drogenaffinitätsstudie (BZgA 2012) liegt der Anteil der 12- bis 17-Jährigen, die sich mindestens einmal im Monat übermäßig betrinken, bei 15 %. Ein Datenvergleich ist nicht möglich, da die Befragungen im Kontext (verkehrsunfall-) präventiver Maßnahmen durchgeführt wurden, bei der überwiegend Berufsschüler ausgewählter Ausbildungsbereiche involviert waren.

³⁶ Hier unberücksichtigt bleiben muss die Überlegung etwaiger neurologischer Spätfolgen frühen und intensiven Alkoholkonsums. Gleichwohl wäre es bedeutsam, an anderer Stelle zu untersuchen, ob und inwieweit nicht ein Teil der Straßenverkehrsunfälle im Erwachsenenalter u. a. auch auf extensiven Alkoholkonsum im Kindes- und Jugendalter zurückzuführen ist.

diesbezüglichen Ergebnisse ob der verzerrten Stichprobe (vorrangige Befragung von Berufsschülern) der Interpretation entziehen.

Mangels plausibler Interpretation wird an dieser Stelle gleichermaßen auf die Unterscheidung monatlicher Trinkhäufigkeiten nach Zugehörigkeit zu einer Regiongemeinschaft verzichtet.

5.2 Verkehrssicherheitsförderliche Rahmenbedingungen der Mobilität unter Alkoholeinfluss

Trotz den seitens der BZgA konstatierten Rückgängen beim Rauschtrinken von Kindern und Jugendlichen ist aus Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung festzuhalten, dass das Phänomen nach wie vor existiert und in dem Zusammenhang auch Mobilität stattfindet, und zwar durchschnittlich alle 14 Tage einmal. Dabei scheinen vielfältige Rahmenbedingungen das Verkehrsunfallrisiko zumindest einzuschränken.

Dass das Binge Drinking für die vorliegende Untersuchung nahezu irrelevant ist, weil der damit einhergehende Kontrollverlust regelmäßig zu unmittelbar folgenden neurologischen und/oder physiologischen Ausfällen – bis hin zur Hilflosigkeit – führt und Mobilität dann nicht mehr stattfinden kann, wurde von den Experten bestätigt:

- „Echtes Komasaufen ist schnell und endet zu meist unmittelbar in Hilflosigkeit. Wenn überhaupt kommt es dabei noch zu Stürzen bzw. entsprechenden Verletzungen, aber kaum zu Straßenverkehrsunfällen. Wer immer sich darum kümmert, sorgt dafür, dass diese Personen ins Krankenhaus eingeliefert werden – egal wie alt sie sind“ (E 25, Ordnungsamt).
- „Also eine Freundin von mir hatte mit 15 Jahren eine Alkoholvergiftung. Die ist einfach gerannt und an der Ecke eines Spielplatzes (Sandweg) umgekippt. Dann kam der Krankenwagen“ (T 3, weiblich, 23 Jahre, mittlere Reife).

Allerdings wird eine partielle Bedeutsamkeit für das Binge Drinking in öffentlichen Verkehrsräumen bestätigt, weil mit „schleichendem“ Kontrollverlust auch die Entscheidungskompetenzen für eine sichere Verkehrsteilnahme schwinden. Jedwede Form der Mobilität gerät dann zum zufallsgesteuerten Risiko – auch für Dritte.³⁶

- „Üblicherweise werden alkoholisierte Jugendliche mit physiologischen und/oder psychologischen Ausfallerscheinungen quasi hilflos aufgefunden und gleichermaßen hilflose (u. U. beteiligte) Peers rufen den Rettungswagen“ (E 34, Medizin).

Ein Sozialarbeiter berichtete von einem Fall, bei dem ein 16-jähriges Mädchen komatös am Straßenrand einer Hauptstraße lag. Zwei Jungen, die zufällig vorbeikamen, schulterten das Mädchen und brachten es nach Hause (E 28, Sozialarbeit).

Auch kann davon ausgegangen werden, dass in Teilen private Vorsorgestrukturen, wie Bring- bzw. Abholfahrten Dritter usw., die Risiken alkoholisierter Mobilität mindern.

Insbesondere bei Kindern greifen solche Vorsorgestrukturen durch Abholfahrten der Erziehungsberechtigten. So verwies ein Eventveranstalter (Großstadt) darauf, dass gerade Kinder der elterlichen Fürsorge bzw. Abholung unterliegen. Zwar „dürfen“ diese die Hinwege zu Discopartys mit öffentlichen Verkehrsmitteln selbstständig regeln, die Rückwege werden aber zumeist über private Abholfahrten der Eltern bewerkstelligt.

- „Wir veranstalten hier so genannte Ü14-Partys von 18.00 bis 22.00 Uhr (einmal im Monat). Da kommen etwa 200 bis 300 Kinder zwischen 14 und 16 Jahren (ohne Alkoholausschank). Die Besucher kommen mit dem Bus hierher. Vor dem Gebäude ist direkt eine Haltestelle. Abgeholt werden insbesondere die ganz jungen von ihren Eltern mit dem Pkw“ (E 60, Eventmanagement).

Die Vermutung, dass im Vorfeld vor Ort arrangierte Übernachtungen nach privaten Partys eine Verkehrsgefährdung per se ausschließen, wurde in den Interviews nicht bestätigt.

Zum Einen berichteten einige Jugendliche, dass man – in Ausnahmefällen – zwar bei Freunden in deren eigenen Wohnungen übernachtet, diese Übernachtungsorte aber – manchmal – nach andernorts stattgefundenen Alkoholisierungsereignissen erst aufgesucht werden müssen. Just dieser Ortswechsel ist folglich als alkoholisierte (im fortgeschrittenen Stadium: Rausch-)Mobilität zu bezeichnen.

- „Die meisten gehen einfach nach Hause, weil sie denken, die Eltern schlafen ja sowieso

schon. Die anderen, wie jetzt bei uns in dem Fall, da hat einer eine eigene Bude. Da sind dann drei, vier Mann zu dem mitgegangen. Das ist für die dann super, weil die Schule am nächsten Tag – nach dem Ausschlafen – mal zwei Stunden später anfängt“ (T1, männlich, 19 Jahre).

Zum Zweiten bergen auch vermeintlich „sichere“ Übernachtungen an privaten Party-/Trinkorten mögliche Verkehrsunfallrisiken, und zwar dann, wenn im Rahmen von Mutproben alkoholisierte Verkehrsteilnahmen provoziert werden.

- „... Ich hab bei meinem Freund am Wochenende übernachtet. Erst haben wir Bier getrunken. Nachdem die Mutter schlafen gegangen ist, wurde der Wodka leer getrunken. F. war schon älter (17 Jahre) und hatte einen Roller. Dann hat er mir den Roller angeboten, ich traute mich nicht abzulehnen, und bin damit vor eine Wand gefahren. Ich hatte eine richtige Platzwunde am Kopf“ (T 2, männlich, 16 Jahre).

Wie weiter oben referiert unterstellen die befragten Experten eine relative Gleichverteilung des Koma-saufens nach Geschlecht, Bildungs- und Sozialstatus, Migrationshintergrund usw. Demgegenüber schien die Feststellung untersuchungsrelevant zu sein, ob und inwieweit bei der Mobilität unter Alkoholeinfluss diesbezügliche Unterschiede zu erwarten sind, weil die Zugangschancen zu „sicherer Mobilität“ aufgrund sozialer und materieller Rahmenbedingungen (Mobilitätssicherung/-reserve im sozialen Umfeld oder Verfügbarkeit über Geldmittel für den Notfall) variieren.

So wird seitens der befragten Sozialarbeiter bestätigt, dass gerade im ländlichen Raum die Fahrrad-/Mofa-Mobilität bei eher sozial schwachen Jugendlichen besonders ausgeprägt ist.

- „... zu den Treffpunkten wie auch zur Disco kommen gerade sozial schwache Jugendliche zu Fuß, mit dem Fahrrad oder dem Mofa. Dann betrinken sie sich. Irgendwann geht's dann nach Hause. Die kennen die Schleichpfade und irgendwie schaffen die das dann auch“ (E 62, Sozialarbeit).

Insgesamt finden sich in der vorliegenden Untersuchung aber keine hinreichenden Belege, nach denen der soziale Hintergrund von Kindern und Jugendlichen mit einer eher sicheren bzw. unsicheren Mobilität unter Alkoholeinfluss korrespondiert.

Dass spezielle oder allgemeine öffentliche Fahrtenangebote (DiscoBusse, Fifty-Fifty-Taxis, Nachtbusse usw.) Teile der riskanten Verkehrsexpositionen kompensieren, scheint unbestritten.³⁷

- „Mittlerweile gibt es hier das Disco-Ticket. Da wird man mit großen Sammeltaxis zu den einzelnen (Außen-)Orten gebracht. Die Linienbusse fahren ja meist nur bis 20.00 Uhr. Dann lassen sich viele von Eltern und Freunden zur Disko bringen und für 2,50 €/3,00 € fährt man mit dem TaxiBus zurück. Das machen viele“ (T5, männlich, 24 Jahre).

Ferner wurden an einem Beobachtungsort (Karnevalsveranstaltung im ländlichen Raum) zahlreiche Wechselwege einzelner (alkoholisierter) Gruppen zwischen verschiedenen Veranstaltungen durch die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel gesichert. Auf Nachfrage bei den zuständigen Polizeidienststellen wurden diesbezüglich keine Verkehrsunfälle gemeldet.

Bei den Zielgruppenbeobachtungen (Rundgang durch mittelstädtische Parkanlagen) erfolgte seitens eines Straßensozialarbeiters der Hinweis, dass sich die Jugendlichen weitgehend in sozialräumlichen „Ghettos“ arrangieren. Sie wohnen dort und verbringen einen Großteil ihrer Freizeit im sozialen Nahraum. So gibt es in der jeweiligen Wohnstandortnähe öffentliche Treffpunkte, an denen sich zumeist nur die ethnisch Zugehörigen treffen. Alkoholkonsum³⁸ ist selbstverständlicher Bestandteil dieses Freizeiterlebens. Es handelt sich um große Gruppen, die bei Migranten aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion eher intergenerativ bzw. bei Migranten aus Polen eher aus der Altersgruppe zehn bis 20 Jahren zusammengesetzt sind. Getrunken wird Wodka „bis zum Umfallen“. Aufgrund der altersheterogenen Zusammensetzung ist die Beschaffung des Alkohols unproblematisch.

Ob der immer noch relativ geringen Distanzen zwischen Wohnstandort und Freizeitraum reduziert sich die Mobilität unter Alkoholeinfluss auf das

³⁷ Just diese Diskrepanz bzw. das Präventionsbestreben um eine sichere Freizeitmobilität begründete in zahlreichen ländlichen Regionen die Einrichtung spezieller nächtlicher Beförderungsangebote. Vielfach defizitär bleiben sie insofern, als sie sich an den jugendschutzrechtlichen Zeiten und nicht an der Faktizität realer Mobilitätszeiten von Kindern und Jugendlichen orientieren (HOPPE & TEKAAT, 1995).

³⁸ Ausgenommen ist eine arabisch-stämmige Gruppe, in der nur wenige Alkohol trinken. Hier werden vorrangig andere Drogen konsumiert.

Zu-Fuß-Gehen oder Fahrradfahren. Auch hier bedingt allein die geringe Verkehrsexposition – so die Einschätzung des Sozialarbeiters – geringe Unfallrisiken.

- „Diese Gruppen treffen sich regelmäßig auf der Wiese in der Nähe ihrer Wohnstandorte. Sie nehmen nur selten am öffentlichen Verkehr teil, insofern ist kaum eine Gefährdung zu erwarten“ (E 62, Sozialarbeit).

Einzelne Jugendliche bestätigen, dass die Auswahl der Trinkorte mit der nahräumlichen Erreichbarkeit von Einkaufsstätten korrespondiert.

- „Aber ich finde, umso schneller ich zu Hause bin, umso besser. Wir treffen uns immer im Umkreis von zwei Kilometern. Auch da, wo in der Nähe ein Geschäft ist, wo wir uns Nachschub zum Trinken oder was zu essen besorgen können. Das ist für alle zu Fuß oder mit dem Fahrrad gut erreichbar“ (T 13, männlich, 16 Jahre).

Auch in einer Gruppendiskussion (Großstadt, Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren) erfolgte der Hinweis, dass je jünger die Beteiligten sind, desto eher Alkohol zu Hause (bei Abwesenheit der Eltern) bzw. im nahörtlichen Wohnumfeld (z. B. Spielplatz, Discounterparkplatz) konsumiert wird und desto geringer die damit einhergehenden Verkehrsunfallrisiken (mangelnde Verkehrsexposition) eingeschätzt werden.

- „Wir treffen uns immer auf dem Parkplatz hinter'm Penny. Da kann man zu Fuß hingehen. Meist zwischen 17.00 und 22.00 Uhr. Jeder zahlt zwischen 5 und 10 € und dann werden die Getränke (Wodka, Jack Daniels, Jim Bean oder Bier) besorgt. Das ist ja nicht weit von zu Hause. Mir ist da noch nie was passiert“ (G 2, Teilnehmer einer Gruppendiskussion).



Bild 7: Sichere Mobilität alkoholisierter Jugendlicher in öffentlichen Verkehrsmitteln (Quelle: PGV Köln)

Einen zunächst nicht berücksichtigten Einflussfaktor für eine relativ sichere Mobilität unter Alkoholeinfluss stellen große Gruppen, die zu Fuß unterwegs sind, dar. Dieses Phänomen konnte bei Großveranstaltungen (Karneval) beobachtet werden. Bereits auf den Hinwegen zu den Veranstaltungsorten, mehr noch auf den Wechselwegen zu anderen Ereignisorten sowie auf den späteren Rückwegen zu den Heimatorten bzw. -ortsteilen) veranlassen die zum Teil stark alkoholisierten Jugendlichen allein durch die Gruppengrößen andere, insbesondere motorisierte Verkehrsteilnehmer zu besonderer Vorsicht.

Soweit die Zuwegung zu Fuß über Nebenstraßen/Wirtschaftswege zu den Großveranstaltungen erfolgt, sind Verkehrsunfälle unter Beteiligung alkoholisierten Kinder bzw. Jugendlicher und motorisierter Verkehrsteilnehmer per se nicht möglich. Allerdings verwies die stark verschmutzte Kleidung einiger Jugendlicher darauf, dass Wegeabkürzungen (über Waldwege bei leichtem Regen) unter Alkoholeinfluss offensichtlich mit Stürzen einhergingen.³⁹



Bild 8: Sichere Mobilität alkoholisierter Jugendlicher im Pulk (Quelle: PGV Köln)



Bild 9: Alkoholkontroll-Stelle zu Karneval (Quelle: PGV Köln)

Gleichermaßen protektiv scheinen Präventionsaktivitäten⁴⁰ zur (weitgehenden) Unterbindung des Alkoholerwerbs und -konsums von Kindern und Jugendlichen bei Großveranstaltungen (Karneval, Kirmes) durch verschiedenste Einrichtungen und Institutionen zu wirken.

Bereits im räumlichen Vorfeld der Veranstaltungsorte finden Zugangskontrollen durch kooperierende Präventionsakteure (Polizei, Ordnungsamt, Jugendamt, Security) statt. Während an einem Beobachtungsort durchaus Taschen- und Kleidungs-inhalte kontrolliert wurden, funktionierte an einem anderen die einfache Aufforderung, jedwedes Getränk abzugeben, weil der Veranstalter aus kommerziellen Gründen in jedem Fall Eingangskontrollen durchführt, um den Konsum mitgebrachter Getränke zu unterbinden.

Dagegen entfaltet sich allerdings ein hohes Maß an Kreativität zur Umgehung der Kontrollen. So wird der (im Übrigen u. a. zuvor in harmlos anmutende Trinkflaschen umgefüllte hochprozentige) Alkohol vor oder an der Kontrollstelle konsumiert, in nahegelegenen Depots zum späteren Zwischenkonsum abgelegt usw.

5.3 Zusammenfassung

Den Sachverhalt übermäßig alkoholisierter Mobilität bestätigten über zwei Drittel der befragten 12- bis 22-Jährigen und knapp ein Drittel der 12- bis 18-Jährigen. Sie gaben an, durchschnittlich 2,4 mal je Monat alkoholisiert mobil zu sein, Jungen fast doppelt so häufig wie Mädchen. Mit durchschnittlich 15 Jahren findet nicht nur der erste übermäßige Alkoholkonsum statt, sondern auch die ersten gehäuften Situationen der entsprechenden Mobilität. Im Alter von 17 Jahren sind die jungen Menschen am häufigsten alkoholisiert (Ø 2,9 mal je Monat) mobil, biografisch folgend fallen die Werte danach wieder unter den monatlichen Durchschnittswert über alle.

³⁹ Diese vermeintlich oder tatsächlich harmlose Ausprägung von Verkehrsunfällen unter Alkoholeinfluss verweist bereits auf das weiter unten noch zu diskutierende Phänomen völlig unklarer Unfalldefinitionen.

⁴⁰ Begründung für die koordinierten Aktivitäten sind Erfahrungen aus vorherigen Veranstaltungen, bei denen sowohl übermäßiger Alkoholkonsum und Alkoholvergiftungen als auch Schlägereien und entsprechende (Schnitt-)Verletzungen registriert wurden. In diesem Zusammenhang wurden vielerorts mittlerweile auch veranstaltungsbezogene „Glasverbote“ ausgesprochen.

Als verkehrssicherheitsförderliche Rahmenbedingungen werden öffentliche Verkehrsangebote, zuvor verabredete bzw. organisierte Mitfahrten angeführt. Seitens der Ordnungsbehörden durchgeführte Alkoholkontrollen entfalten auch mittelbare Verkehrssicherheitswirkungen. Paradoxerweise gilt dasselbe für die komatösen Besäufnisse: Völliger Kontrollverlust und Hilflosigkeit verhindern, dass dann noch Mobilität stattfindet.

6 Gefährliche Verkehrssituationen und Verkehrsunfälle

In der eigenen Erhebung gaben 453 der insgesamt 1.676 befragten 12- bis 22-Jährigen an, bei ihrer Mobilität unter Alkoholeinfluss bereits mindestens 1 mal eine gefährliche Verkehrssituation erlebt zu haben. Das sind 27 %! Bezogen auf nur diejenigen, die zuvor angaben, bereits 1 mal alkoholisiert unterwegs gewesen zu sein ($n = 1.195$), beträgt der Anteil sogar rd. 38 %!⁴¹

Hier und im Folgenden ist es wichtig zu beachten, dass sowohl den schriftlich erfragten gefährlichen Verkehrssituationen und „echten“ Verkehrsunfällen unter Alkoholeinfluss als auch den Alkoholisierungs- und Verletzungsgraden allein die subjektiven Einschätzungen der Befragten zugrunde liegen. Bewusst wurde in der Exploration auf eine operationale Differenzierung verzichtet.

268 der 453 Antwortenden im Alter von 12 bis 22 Jahren (= 59,2 %), die bereits gefährliche Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss erlebt haben, gaben an, dass es sich dabei um singuläre Ereignisse gehandelt habe. 141 (= rd. 31 %) diesbezüglich antwortender junger Menschen erinnern sich allerdings an bis zu fünf gefährliche Verkehrssituationen, bei denen sie alkoholisiert mobil waren und weitere 33 (etwa 8 %) nennen Häufigkeiten von bis zu 10 mal.⁴² Im Mittel lag der Wert bei 2,8.

⁴¹ HOLTE (2012) referiert in seiner Untersuchung, dass „39 % (...) der befragten Autofahrer (an)geben (...), mindestens einmal Auto gefahren zu sein, obwohl sie zu viel Alkohol getrunken hatten. Bei den 17- bis 24-Jährigen sind es 26,8 %“ (ebd., S. 70).

⁴² Etwa 60 % haben bisher keine gefährliche Verkehrssituation alkoholisiert erfahren, 13 % machten keine Angabe.

⁴³ Referenziert ist hier das erfragte Alter zum Zeitpunkt der erlebten gefährlichen Verkehrssituation.

Alter	Ø Häufigkeit gefährlicher Verkehrssituationen	n
15	1,4	13
16	3,0	58
17	2,9	88
18	2,1	106
19	2,9	83
20	2,8	48
21	3,1	29
22	4,2	26
Ø	2,8	453

Quelle: Eigene Erhebung 2013

Tab. 12: Erlebte gefährliche Verkehrssituation nach vorheriger Alkoholisierung nach Alter; Frage: „Wie oft haben Sie alkoholisiert schon gefährliche Verkehrssituationen erlebt?“

Tabelle 12 zeigt die Häufigkeit erlebter gefährlicher Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss nach Alter.⁴³ Außer Betracht bleiben darin die gering besetzten Zellenwerte der 12-, 13- und 14-Jährigen ($n = 0, 1, 1$). Die Häufigkeiten variieren zwischen 1,4 mal bei den 15-Jährigen und 4,2 mal bei den 22-Jährigen.

Das erwartbare Bild zunehmender Häufigkeiten bei steigendem Alter bestätigt sich zwar in der Tendenz, nicht aber linear. Vielmehr steigen die Häufigkeitswerte erlebter gefährlicher Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss bei den 16- und 17-Jährigen, also mit bzw. kurz nach Beginn des ersten übermäßigen Alkoholkonsums sowie der ersten Mobilität unter Alkoholeinfluss, stark an, sinken bei den 18-Jährigen wieder deutlich, um dann auf relativ gleich hohem Niveau bis zum Höchstwert bei den 22-Jährigen anzusteigen. Der erste gravierende Anstieg ist plausibel auf eine Überlagerung von geringen Erfahrungen mit (angemessenem) Alkoholkonsum und Unerfahrenheit adäquater Bewertungen der damit einhergehenden (eingeschränkten) Mobilitätskompetenzen zurückzuführen. Und das Absinken bei den 18-Jährigen kann möglicherweise auf die Wirksamkeit des Führerscheins auf Probe zurückgeführt werden.

Wie bei der Häufigkeit alkoholisierter Mobilität – aber mit geringerem Differenzwert – erlebten männliche mit durchschnittlich 3,0 mal gegenüber weiblichen Jugendlichen mit im Mittel 1,8 mal deutlich häufiger gefährliche Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss.

Nur mehr der Vollständigkeit halber seien an dieser Stelle auch die durchschnittlichen Häufigkeitswerte nach besuchter Schule und Religionszugehörigkeit genannt:

- Hauptschule = 1,5 mal,
- Realschule = 1,3 mal,
- Gymnasium/FOS = 1,7 mal,
- Berufsschule = 2,4 mal,
- katholisch = 2,4 mal,
- evangelisch = 1,9 mal,
- islamisch = 2,5 mal,
- konfessionslos = 2,1 mal.

Lässt man im Weiteren die Extremwerte von 11 bis 25 berichteten gefährlichen Mobilitätserfahrungen unter Alkoholeinfluss außer Betracht, so verbleiben von den insgesamt 453 dokumentierten Ereignissen 442 mit einer bis zehn entsprechenden Erfahrungen.

Multipliziert mit der zuvor genannten durchschnittlichen Häufigkeit solcher insgesamt bereits erlebten gefährlichen Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss errechnet sich die Gesamtzahl gefährlicher Verkehrssituationen im Kontext alkoholierter Mobilität. Danach sind den zuvor selektierten 442 Antwortenden⁴⁴ im Alter zwischen 12 und 22 Jahren durchschnittlich 2,3 bzw. insgesamt 1.017 gefährliche Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss zuzuschreiben.

Von den 442 diesbezüglich Antwortenden (ohne Extremwerte > 10), bezeichneten 70 (= 15,8 %) die erlebten Gefahrensituationen als „echten“ Verkehrsunfall. Das sind 4,2 % von allen 12- bis 22-jährigen Antwortenden bzw. 5,9 % von den 1.195 Antwortenden derselben Altersgruppe, die zuvor angegeben hatten, bereits mindestens 1 mal alkoholisiert mobil gewesen zu sein. Wie weiter oben dargelegt wurden an dieser Stelle bewusst die subjektiven Assoziationen zu „echten“ Verkehrsunfällen unter Alkoholeinfluss erfragt, weil objektive Kriterien in der explorativen Erhebung nicht differenziert zu erheben waren. Damit ist die Unzulänglichkeit verbunden, die subjektiven Assoziations- bzw. Zuordnungskriterien „echter“ Verkehrsunfälle (Verletzungen, Sachschäden, Allein- oder Fremdbeteiligung, polizeiliche Erfassung usw.) nicht aus-

weisen zu können. Dies war/ist Gegenstand der qualitativen Erhebungen.

Gleichwohl werden die Größenordnungen der Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss durch die entsprechenden Ergebnisse der bereits weiter oben angeführten Kinder- und Jugendgesundheitsstudie 2013 des Rhein-Kreis Neuss bestätigt. Danach waren 43 von insgesamt 1.065 11- bis unter 18-Jährige (= 4 %) bereits insgesamt 60 mal, im Durchschnitt also 1,4 mal, alkoholisiert in einen Verkehrsunfall verwickelt.

Der gering erscheinende Anteil (4 %) wird u. a. auf den bereits in Kapitel 4.4 diskutierten Aspekt geringen Alkoholkonsums und noch geringerer alkoholierter Mobilität sehr junger Befragungsteilnehmer zurückzuführen sein. Wichtiger ist hingegen die Feststellung, dass – wie in Kapitel 3 festgestellt – in der amtlichen Verkehrsunfallstatistik für 2012 nur mehr 1,0 % der verunglückten 10- bis 17-Jährigen als alkoholisiert dokumentiert ist, ein weiterer Beleg für das vermutete große Dunkelfeld der diesbezüglichen Verkehrsunfälle. Gleichermäßen bedeutsam ist, dass es sich bei diesen Unfällen nicht um singuläre Ereignisse, sondern wiederholte Verkehrsunfallbeteiligungen handelt.

Die 78 Befragten mit bereits erlebten „echten“ Verkehrsunfällen unter Alkoholeinfluss nannten zwischen einem und zehn, in der Summe 134 solcher Unfälle. Wenn man im Alter von 12 bis 22 Jahren alkoholisiert an einem Verkehrsunfall beteiligt ist, dann handelt es sich zumeist um singuläre Ereignisse (59 mal). Neun Befragte nannten zwei, vier Befragte drei sowie je 3 Befragte fünf bzw. 10, im Mittel also 1,7 erlebte Verkehrsunfälle, die sie alkoholisiert erlebt haben. Aus dem Verhältnis der 134 Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss zu den insgesamt berichteten 1.017 gefährlichen Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss ist zu folgern, dass etwa jede achte gefährliche Verkehrssituation unter Alkoholeinfluss in einen „echten“ Verkehrsunfall mündet.

Nach Geschlecht erleben mehr als 3 mal so viele Jungen wie Mädchen Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss (59 zu 18, k. A. = 1).

Die Ergebnisse korrespondieren mit den im Zuge der bereits zitierten Kinder- und Jugendgesundheitsstudie des Rhein-Kreis Neuss aus 2013. Darin gaben 43 von 618 Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 17 Jahren mit Alkohol-erfahrungen (das sind 58 % von den insgesamt

⁴⁴ ... mit bis zu zehn erlebten gefährlichen Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss ...

1.065 Befragten) an, bereits an durchschnittlich 1,4 (in der Summe = 60) entsprechenden Verkehrsunfällen beteiligt gewesen zu sein. Die früheste diesbezügliche Unfallerfahrung wird auf das zehnte Lebensjahr datiert, der Durchschnittswert liegt bei 14 Jahren.

6.1 Beschreibung gefährlicher Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss

Im Rahmen der bereits angeführten Sonderauswertung einer Kreispolizeibehörde in Nordrhein-Westfalen zu „Verkehrsunfällen mit Trunkenheit und Beteiligten bis 18 Jahre“ wurden im Zeitraum 2008 bis 2012 insgesamt 30 solcher Verkehrsunfälle (VU) mit 31 Unfallopfern erfasst (in 2008 = 5 VU, in 2009 = 12 VU, in 2010 = 4 VU, in 2011 = 6 VU, in 2012 = 3 VU). In 16 Fällen waren weitere Personen beteiligt. Bei den 14 Alleinunfällen lagen entweder schwere Verletzungen (fünf Unfälle) vor

oder es wurde ein Sachschaden (drei Unfälle) verursacht. Bei nur sechs Unfällen wurden leichte Verletzungen bei mindestens einem Beteiligten dokumentiert.⁴⁵

Aus der eigenen Erhebung liegen von 376 der 1.676 befragten 12- bis 22-Jährigen differenzierende Angaben zu insgesamt 471 unter Alkoholeinfluss erlebten gefährlichen Verkehrssituationen.⁴⁶ Die diesbezüglich erbetenen Antworten sollten sich explizit auf die subjektiv gefährlichsten Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss sowie die Zeit vor dem 18. Lebensjahr beziehen.⁴⁷ 215 der zum Zeitpunkt der Ereignisse unter 18-Jährigen berichteten über mindestens eine und 67 über eine weitere, in der Summe 349 erlebte gefährlich(st)e Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss.

Das Durchschnittsalter, in denen diese subjektiv gefährlichsten Situationen der Mobilität unter Alkoholeinfluss vor dem 18. Lebensjahr erlebt wurden, lag bei 15,7 Jahren. Wie aus Tabelle 13 zu ersehen ist, bezeichneten sich die Antwortenden in knapp der Hälfte der Fälle zu Zeitpunkt des Ereignisses als betrunken, wobei sich allein 142 der insgesamt 153 Fälle auf die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen bezieht. Rd. ein Drittel bezeichnete sich als zu dem Zeitpunkt „volltrunken“.⁴⁸

Wenngleich die absoluten Trunkenheitszahlen bei den unter 15-Jährigen relativ gering sind, beziehen sich immerhin 17 der von ihnen berichteten Ereignisse auf den Zustand der Volltrunkenheit. Bei den 15- bis 17-Jährigen waren die schlimmsten Ereignisse alkoholisierten Mobilität absolut und relativ durch Zustände des Betrunkenseins und der Volltrunkenheit geprägt.

Wie bereits zum ersten Alkoholkontakt, zum übermäßigen Alkoholkonsum sowie zur Mobilität unter Alkoholeinfluss festgestellt, sind wiederum in weit

⁴⁵ In allen Fällen waren die Unfallbeteiligten auch die Unfallverursacher. Das durchschnittliche Alter betrug 16,4 Jahre. Der jüngste Verkehrsunfallbeteiligte war 14 Jahre alt. Insgesamt 29 männliche und zwei weibliche Jugendliche waren betroffen. 15 verunglückte Jugendliche nutzten ein Fahrrad, drei von ihnen erlitten schwere und acht leichte Verletzungen. Nach Unfallzeiten differenziert dominierten die Sommermonate Juli und August, die Wochentage Freitag, Samstag und Sonntag sowie die Abend- und Nachtzeiten.

⁴⁶ Erfragt wurden die beiden schlimmsten gefährlichen Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss; weitere Ereignisse konnten/sollten telefonisch ergänzt werden.

⁴⁷ Wider die Vorgabe wurden insgesamt 122 gefährliche Verkehrssituationen infolge alkoholisierten Mobilität aus der Zeit zwischen 18 und 22 Jahren angegeben, die aufgrund dessen im Weiteren außer Betracht bleiben.

⁴⁸ Antwortmöglichkeiten: „leicht angetrunken“, „betrunken“ und „volltrunken“.

Alkoholisierungsgrad	Alter				Gesamt	
	< 15 Jahre		15-17 Jahre			
	n	%	n	%	n	%
Leicht angetrunken	12	30,0	78	25,7	90	26,1
Betrunken	11	27,5	142	46,7	153	44,5
Volltrunken	17	42,5	84	27,6	101	29,4
Gesamt	40	100,0	304	100,0	344	100,0

Quelle: Eigene Erhebung 2013

Tab. 13: Gefährlichste Verkehrssituationen unter 18 Jahren nach Alkoholisierung (k. A. = 4) Frage zu den beiden gefährlichsten Verkehrssituationen unter Alkohol: „Wie stark waren Sie alkoholisiert?“

überwiegender Zahl männliche Jugendliche betroffen. Ihr Anteil ist mit $n = 205$ berichteten Ereignissen fast 3 mal so hoch wie bei den Mädchen ($n = 75$).

6.1.1 Personale Konstellationen

Im Weiteren wurde erfragt, zu wie vielen Personen sie bei den selbst erlebten gefährlichen Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss unterwegs waren. In 72 der insgesamt 349 Fällen schlimmster Ereignisse alkoholierter Mobilität aus der Zeit vor dem 18. Lebensjahr waren die Antwortenden alleine unterwegs. In 277 Fällen waren die diesbezüglich Antwortenden in Begleitung von Freunden/Bekanntem. Davon bestanden die Gruppengrößen in 214 Fällen aus zwei bis sechs Personen. Und in 63 Fällen lag die Gruppengröße bei sieben bis maximal 25 Personen. Die durchschnittliche Personenzahl lag bei 6,5 Personen.

Jenseits der gemeinhin unterstellten Gefahren-Potenzierung durch gemeinsame Besäufnisse können – wie weiter oben bereits angesprochen – aus der Gruppensituation möglicherweise auch sicherheitsförderliche Effekte hergeleitet werden. Zumindest wurde in den Interviews wiederholt hervorgehoben, dass Beteiligte in kleineren Gruppen (in 67 erlebten gefährlichen Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss waren die Antwortenden zu zweit, in weiteren 43 solcher Situationen zu dritt unterwegs) bei Gefahr unmittelbar Hilfe leisteten bzw. rettungsdienstliche Maßnahmen initiierten:

- „Klar, hat sich immer mal jemand verletzt, wenn man was getrunken hat und der Übermut einen packt. Wenn man dann auf der Mauer spaziert und umknickt. Aber wir wussten uns dann immer selber zu helfen. So war es zumindest bei mir, sobald sich irgendeiner was getan hat, war der Alkohol wie ausgeschaltet. Da war ich wieder wie nüchtern. Ich wusste, was ich zu machen habe, weil durch den Sanitätsdienst ist das alles eingebläut gewesen“ (T 4, männlich, 17 Jahre, Berufskolleg).
- „Das haben wir immer untereinander geregelt, weil es meist nicht so schlimm war, dass der Krankenwagen kommen musste. Z. B. hat sich einmal einer den Finger geschnitten und es hat nicht aufgehört zu bluten. Wir haben Taschentücher drum gewickelt, sind dann aber ins Krankenhaus gelaufen“ (T 5, männlich, 24 Jahre, Hauptschulabschluss).

- „Da war ich auf einer Party mit vielen Leuten. Wir haben getrunken und getrunken. Morgens bin ich Zuhause aufgewacht. Dann bin ich runter und meine Mutter war total sauer. Ich wusste gar nichts mehr. Ich wusste nur noch, wo ich am Abend gewesen war. Meine Mutter hatte mich wohl aufgesammelt, weil Freunde die angerufen hatten“ (T 3, weiblich, Mittlere Reife).

Für die allein mobilen alkoholisierten Kinder und Jugendlichen gerieten etwaig notwendige Hilfeleistungen zum bloßen Zufallsereignis. In den qualitativen Interviews beschrieb ein Jugendlicher:

- „Der wollte unbedingt alleine mit dem Fahrrad nach Hause fahren. Er hatte richtig viel getrunken. Aber er wollte nicht, dass wir ihn begleiten, weil er schlecht gelaunt war, hatte Stress mit seiner Freundin. Er hat sich losgerissen und ist gefahren. Zehn Minuten später haben wir dann den Krankenwagen gehört und sind hingerauscht. Er lag auf dem Boden und vor ihm ein Auto. Der hatte sich ein Bein gebrochen, die Schulter ausgekugelt und Prellungen“ (T 5, männlich, 24 Jahre, Hauptschulabschluss).

6.1.2 Orte erlebter gefährlicher Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss

Von den insgesamt 349 berichteten gefährlichen Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss, zu deren Zeitpunkt die Berichterstatte unter 18 Jahre alt waren – dies zeigt Bild 10 –, waren die weitaus meisten Beteiligten auf Fußwegen oder (zu Fuß bzw. mit dem Fahrrad) auf Straßen unterwegs. Deutlich nachrangig wurden gefährliche Mobilitätssituationen unter Alkoholeinfluss in Pkw sowie auf Radwegen erlebt. Interessanterweise benannten weibliche Jugendliche den Ereignisort Pkw bereits an zweiter Stelle. Dieser Hinweis korrespondiert mit den hohen Anteilen verunglückter minderjähriger Pkw-Mitfahrerinnen in der Verkehrsunfallstatistik (DESTATIS, 2013b).

In den Interviews berichteten insbesondere Jugendliche aus ländlichen Regionen, dass sie im Rahmen alkoholierter Fahrradmobilität bereits häufiger gestürzt seien:

- „16 oder 17 war ich. Da waren wir auf einer Party und sind mit dem Fahrrad nach Hause gefahren. Mit dem Lenker bin ich gegen eine Laterne gekommen und dabei ein bisschen ins Schlenkern gekommen. Ich bin über das Lenkrad gestürzt. Da war meine linke Schulter auf-

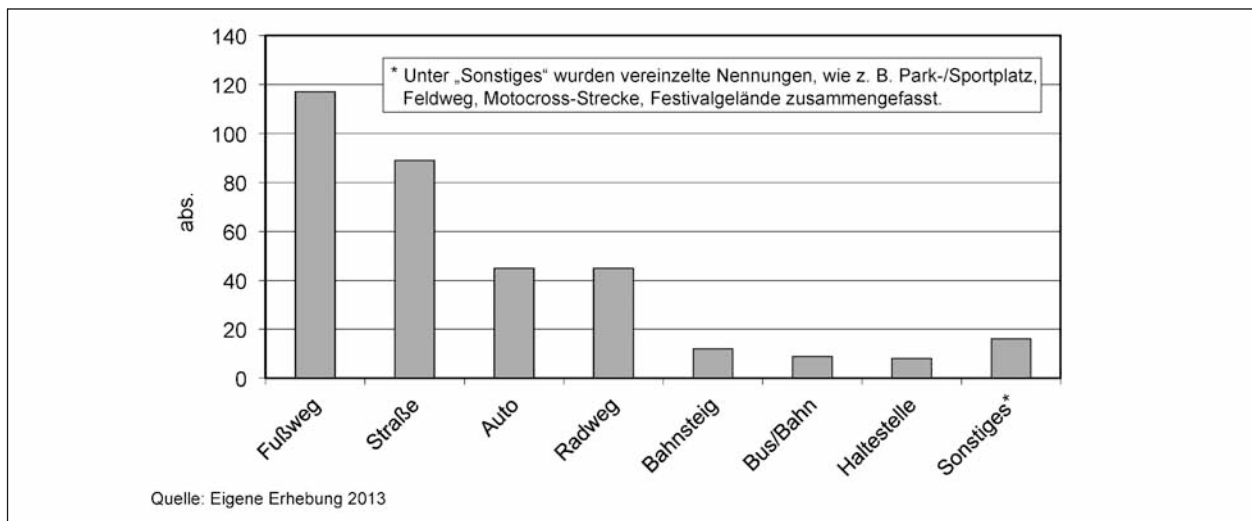


Bild 10: Gefährliche Verkehrssituation nach Ereignisort (n = 341, k. A. = 8)

geplatzt, aber im besoffenen Kopf ist dir das ja egal. Du stehst auf und läufst weiter“ (T 1, männlich, 19 Jahre, Realschule).

- „... mit dem Fahrrad fällt man bei einer Heimfahrt auch öfters, wenn man richtig getrunken hat, aber der Alkohol übertüncht dann den Schmerz (Schürfwunden, Verstauchungen), so dass ich erst am nächsten Morgen gemerkt habe, dass ich mich verletzt hatte“ (T 13, männlich, 16 Jahre, Hauptschüler).

In der Summe nur 29 Angaben zu den Orten erlebter gefährlicher Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss (entsprechend 8,3 % an allen berichteten gefährlichen Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss) beziehen sich auf die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel.

Dies wird zum einen darauf zurückzuführen sein, dass sich die häufigsten Nutzungszeiten öffentlicher Verkehrsmittel auf die Schulwege konzentrieren, der Alkoholkonsum typischerweise aber in der Freizeit stattfindet. Zum anderen bedingen wohnortnahe Räume des Alkoholkonsums und/oder reduzierte bzw. gänzlich fehlende öffentliche Verkehrsangebote außerhalb der Ballungszentren entsprechend geringe Quoten alkoholisierter Verkehrsunfälle. Zudem führen die diesbezüglich angefragten öffentlichen Verkehrsunternehmen und deren Aufsichtsbehörden an, dass solche Fälle (etwa das Hinfallen in den Fahrzeugen – auch alkoholisierter Jugendlicher) infolge fahrdynamischer Bewegungen, vermutlich zwar vorkommen, kaum ein Jugendlicher aber auf die Idee käme, eine solche (subjektiv und in der Peer Group als solche bewertete) „Blamage“ anzu-

zeigen. Eher wird die auch von Sozialarbeitern angeführte präventive Wirkung öffentlicher Verkehrsangebote reklamiert (vgl. HOPPE & TEKAAT, 1995):

- „Die Jugendlichen, die sich hier in ihrer Freizeit – auch zum Trinken – treffen, kommen aufgrund der schulischen Zusammenhänge aus den Nachbargemeinden. Da es hier ein gutes Bus-Angebot gibt, nutzen sie für ihre Freizeutfahrten oft den Bus. Wir kriegen schon mit, wer von denen den Bus zurück nutzt und können nur froh sein, dass die dann alkoholisiert nicht mehr selber fahren“ (E 64, Sozialarbeit).

Einige Befragte berichteten allerdings durchaus über alkoholbedingte Gefahrensituationen bei der ÖPNV-Nutzung:

- „... beim Versuch den Bus zu erwischen, wurde ich beinahe angefahren“.
- „... am Bahnsteig wollte ich eine Freundin aus den Gleisen holen, bin dabei selbst hineingefallen. Ein Schaffner hat uns zwei Minuten vor Eintreffen des Zuges herausgezogen“.
- „... wir liefen auf leeren U-Bahngleisen. Plötzlich kam eine U-Bahn, die nicht angeschrieben war.“
- „... Trambahn hat uns fast überfahren.“
- „... auf den Treppen des Bahnhof gestürzt.“
- „... Ein Freund war betrunken und ist auf die Gleise gefallen, wobei er sich verletzt hat.“
- „... wurde gegen die fahrende Bahn gedrängt.“

Kurioserweise – so ein interviewter Jugendlicher (westdeutsche Großstadt) –, werden Busse und

Bahnen im Kontext alkoholisierte Freizeitmobilität aber wohl auch gemieden, um (durchaus auch selbst initiierte) gewalttätige Ausschreitungen infolge vorheriger Alkoholisierung zu meiden:

- „... und Bahn ist immer Stress. Wenn man mit der Bahn fährt, sind da immer viele Leute und da passiert es schnell, dass man diskutiert oder sich haut. Deswegen sind wir dem immer aus dem Weg gegangen. Wir wollen einfach nur was trinken und dann nach Hause. Auf den Bus oder die Bahn haben wir keine Lust. Dann sind wir lieber `ne Stunde zu Fuß gegangen oder zu acht Mann Mietwagen gefahren. Die Taxis fahren Freunde von uns“ (T 14, männlich, 21 Jahre, Schulabbruch).



Bild 11: „Coole“ Mobilität (Quelle: PGV Köln)

6.1.3 Verletzungsgrade

In überwiegender Zahl der berichteten 349 gefährlichsten Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss blieben die diesbezüglich Antwortenden unverletzt (n = 203; 59,7 %); in 113 Fällen wurde die Antwortmöglichkeit „leicht verletzt“ und in weiteren 24 Fällen „schwer verletzt“ angekreuzt (k. A. = 9).

Nach Alter – dies zeigt Tabelle 14 – unterscheiden sich die Ergebnisse lediglich in den absoluten Zahlen deutlich voneinander, relativ verwiesen die jüngeren Befragten eher auf leichte, die älteren eher auf schwere Verletzungen.

Der Alkoholisierungsgrad (siehe Tabelle 15) scheint bei der Schwere der Verletzung eine Rolle zu spielen. So waren die Situationen mit angekreuzter Schwerverletzung in 17 von 24 Fällen durch betrunkene und volltrunkene Beteiligte gekennzeichnet.

Und auch bei den Fällen angekreuzter Leichtverletzung dominieren die Anteile betrunkenen bzw. volltrunkener Beteiligter.

Verletzungsgrad	Alkoholisierung			Gesamt
	Leicht angetrunken	Betrunken	Volltrunken	
Nicht verletzt	64	95	44	203
Leicht verletzt	17	49	47	113
Schwer verletzt	7	6	11	24
Gesamt	88	150	102	340

Quelle: Eigene Erhebung 2013

Tab. 15: Gefährlichste Verkehrssituationen unter 18 Jahren nach Alkoholisierung und Verletzungsgrad (k. A. = 9); Fragen zu den beiden gefährlichsten Verkehrssituationen unter Alkohol: „... wie schwer wurden Sie verletzt?“ und „Wie stark waren Sie alkoholisiert?“

Verletzungsgrad	Alter				Gesamt	
	< 15 Jahre		15-17 Jahre			
	n	%	n	%	n	%
Nicht verletzt	28	15,1	157	84,9	185	58,2
Leicht verletzt	20	18,2	90	81,8	110	34,6
Schwer verletzt	3	13,0	20	87,0	23	7,2
Gesamt	51	16,0	267	84,0	318	100,0

Quelle: Eigene Erhebung 2013

Tab. 14: Gefährlichste Verkehrssituationen unter 18 Jahren nach Verletzungsschwere (k. A. = 31); Frage zu den beiden gefährlichsten Verkehrssituationen unter Alkohol: „... wie schwer wurden Sie verletzt?“

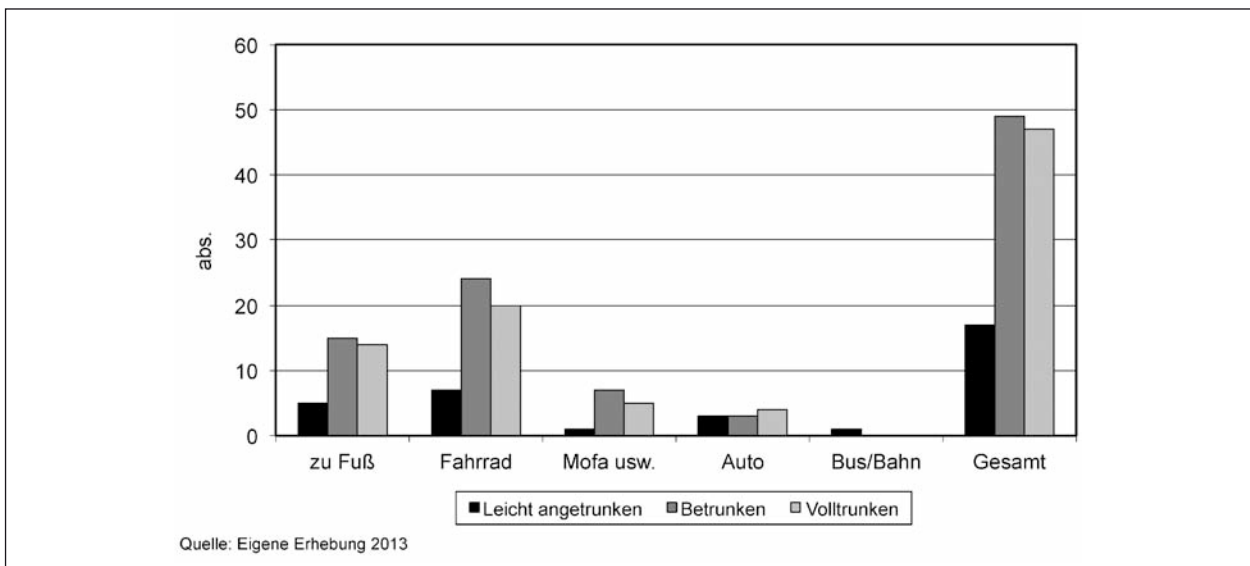


Bild 12: Leichtverletzte nach Alkoholisierungsgrad und Verkehrsmittelnutzung (n = 113, k. A. = 236)

Die geringen Fallzahlen, in denen die Antwortmöglichkeit alkoholisierte Schwerverletzte angekreuzt wurde (n = 24), sind durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- 18 der insgesamt 22 Schwerverletzten (für die Angaben nach Geschlecht vorliegen) waren männlich und zwischen 13 und 17 Jahre alt. Als Verkehrsmittel nannten sie zu Fuß (fünf Fälle), Fahrrad (sieben Fälle), Mofa (zwei Fälle) und Auto (zwei Fälle), Bus und Bahn (zwei Fälle).
- Drei der vier betroffenen weiblichen Jugendlichen verunglückten im Alter von 17 Jahren im Auto.

In Analogie zu den Gefahrenorten – dies zeigt Bild 12 – zogen sich die alkoholisierten Kinder und Jugendlichen leichte Verletzungen⁴⁹ vorrangig als Fußgänger (n = 34) oder Fahrradfahrer (n = 51) zu. Gleichmaßen potenzierten sich mit zunehmendem Alkoholkonsum die Gefahrensituationen bei beiden Verkehrsmittelarten.

Die ÖPNV-Nutzung betreffend wurden in der schriftlichen Befragung lediglich eine leichte und zwei schwere Verletzungen angeführt.

6.2 Institutionelle Unfall-Beteiligung

Um den Anteil der offiziell dokumentierten an den tatsächlich stattfindenden Unfällen unter Alkoholeinfluss und so das Hell-Dunkelfeld-Verhältnis einschätzen zu können, wurde in der schriftlichen Befragung auch die rettungsdienstliche bzw. medizinische und polizeiliche Beteiligung erhoben. Unterscheidung und Rangfolge sind insofern bedeutsam, als die institutionellen Beteiligten entweder alternativ oder gemeinsam involviert sind, in jedem Fall aber unabhängig voneinander agieren und die Rettungsdienste vielfach noch vor der Polizei an den Unfallorten eintreffen – so zumindest die weitgehend übereinstimmenden Aussagen der diesbezüglich befragten Experten.

6.2.1 Rettungsdienstliche bzw. medizinische Versorgung

Wie oben ausgeführt berichteten die schriftlich befragten Jugendlichen, in weit überwiegender Zahl in den erlebten gefährlich(st)en Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss, zu deren Zeitpunkt sie unter 18 Jahre alt waren, unverletzt geblieben zu sein. Dass dennoch (s. Tabelle 16) in elf Fällen eine medizinische Versorgung angekreuzt wurde, lässt auf Verzerrungen bei der Wahrnehmung bzw. Zuordnung der Unfallsituationen schließen.

In den verbleibenden 150 gefährlich(st)en Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss mit (Leicht- und Schwer-)Verletzten erfolgten in „nur“ 62 Fällen (= 41,3 %) medizinische Versorgungen, 15 mal durch Rettungsdienste, 21 mal in Krankenhäusern

⁴⁹ Aufgrund der vergleichsweise großen Zahl von über 100 Fällen werden an dieser Stelle „nur“ Aussagen für die Leichtverletzten referiert.

Medizinische Versorgung	Verletzungsschwere			Gesamt
	Nicht verletzt	Leicht verletzt	Schwer verletzt	
Rettungsdienst	2	4	11	17
Krankenhaus	4	9	12	25
Hausarzt, später	5	19	7	31
Keine med. Versorgung	194	84	4	282
Gesamt	205	116	34	355
Quelle: Eigene Erhebung 2013				

Tab. 16: Gefährlichste Verkehrssituationen unter 18 Jahren nach Verletzungsgrad und medizinischer Versorgung (Mehrfachantworten); Fragen zu den beiden gefährlichsten Verkehrssituationen unter Alkohol: „... wie schwer wurden Sie verletzt?“ und „Wie wurden Sie medizinisch versorgt?“

und 26 mal durch Hausärzte (Mehrfachnennungen).

Bei knapp drei Viertel (84 von 116) der berichteten gefährlich(st)en Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss (vor dem 18. Lebensjahr), in denen leichte Verletzungen angekreuzt wurden, erfolgte trotz dieser Verletzungen keinerlei medizinische Versorgung. Da keine Verletzungsarten ermittelt wurden, begründen vermutlich auch „geringe Verletzungen“ (wie z. B. Schürfwunden nach Fahrradstürzen), den Verzicht auf medizinische Versorgung. Aber auch in rd. einem von 8,5 (4 von 34) Fällen, in denen die Befragten schwere Verletzungen ankreuzten, blieben die Verletzungen ohne medizinische Behandlung. Dieser Sachverhalt wurde auch in den qualitativen Befragungen bestätigt:

- „Ich hatte eine Platzwunde am Kopf (Unfall mit Motorroller). Die Mutter hat ja nicht gewusst, dass wir auch Wodka getrunken haben. Ich hatte eine Kapuze auf, es war Winter. Alles schön verdecken und „tshüss“. So ist das immer noch unter uns begraben“ (T 2, männlich, 16 Jahre, Hauptschüler).
- „Meine Freundin (15 Jahre) ist betrunken mit dem Fahrrad gefahren. Sie hat gleichzeitig die Vorder- und Hinterbremse gedrückt, hat sich überschlagen und das Kinn aufgeschlagen. Die ist dann halt zu mir nach Hause gegangen. Meine Mutter wollte sie noch nach Hause fahren, aber das wollte sie nicht, weil sie dann wegen des Alkohols Ärger gekriegt hätte. Nein, zum Arzt oder so ist sie nicht gegangen“ (T 16, weiblich, 16 Jahre, Realschule).

Zudem verwies eine Jugendliche in den qualitativen Interviews darauf, dass er sich bei einem Rollersturz ein gebrochenes Armgelenk zugezogen hatte, das erst am darauf folgenden Morgen durch den Hausarzt behandelt wurde.

- „Da war ich so etwa 15 Jahre. Ich hatte getrunken und wollte eine Runde mit dem Roller drehen. Der Roller war schneller als 50 km/h. Ich wollte um die Kurve fahren, habe es aber nicht geschafft. Bin zum Glück auf der Wiese gelandet – ohne Helm – und habe mir wohl das Handgelenk verknackst. Am nächsten Morgen ist meine Mutter mit mir zum Arzt gefahren und der hat dann festgestellt, dass es gebrochen war“ (T 9, weiblich, 18 Jahre, Abitur).

Dabei kann kaum mehr die gemeinhin übliche Selbstbehandlung harmloser Verletzungen unterstellt werden. Motivational sind hier eher Strategien der Verschleierung des tatsächlichen Sachverhaltes (Alkoholisierung) zu vermuten (vgl. Kapitel 7.1).

Zugleich unterstreichen die vorgenannten Daten die bereits in Kapitel 3.3 aufgeworfene Vermutung eines erheblichen Dunkelfeldes, und zwar nicht nur in der Verkehrsunfallstatistik, sondern wohl auch in den Statistiken der medizinischen Versorgung.

6.2.2 Verkehrspolizeiliche Einbindung

Zur Einschätzung der Hell-/Dunkelfeld-Anteile in der Verkehrsunfallstatistik wurde zu den erlebten gefährlichsten Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss vor dem 18. Lebensjahr im Weiteren erfragt, ob (nach Kenntnis der Befragten) die Polizei Kenntnis von der Situation erlangt hat. Zur Auswertung wurden die stichwortartigen Unfallbeschreibungen der Befragten den Erfassungs- bzw. Dokumentationskategorien der Verkehrsunfallstatistik zugeordnet.⁵⁰

Mehr als zwei Drittel der (235 von insgesamt 349) stichwortartig beschriebenen gefährlichen Mobilitätssituationen unter Alkoholeinfluss (aus der Zeit vor dem 18. Lebensjahr) konnten einer dieser Kategorien zugeordnet werden⁵¹, in 114 Fällen war dies aus den vorliegenden Antworten nicht möglich.

⁵⁰ Zugrunde gelegt wurden hier die Unfallkategorien des Statistischen Bundesamtes für Unfälle im Straßenverkehr (DESTATIS, 2013b).

⁵¹ Keine Mehrfachzuordnungen

Wie aus den ersten beiden Zeilen der Tabelle 17 zu ersehen ist, endeten in der Summe 85 gefährlich(st)e Verkehrssituationen (der unter 18-Jährigen) unter Alkoholeinfluss ohne ersichtlichen Verkehrsunfall bzw. als Beinahe-Unfall. Knapp zwei Drittel (150 von 235) dieser Situationen mündeten jedoch in einen Verkehrsunfall. Nach den stichwortartigen Beschreibungen ist rd. die Hälfte als alleinverschuldet ohne Beteiligung anderer zu bezeichnen. Weitere 27 gefährliche Situationen alkoholierter Mobilität sind auf Alleinverschulden mit Beteiligung anderer zurückzuführen. In insgesamt 36 Fällen werden Fremd- bzw. beidseitiges Verschulden und in weiteren 10 Fällen unfallverursachende Umwelteinflüsse reklamiert.

Nur 33 der in Tabelle 17 zusammengefassten gefährlich(st)en Verkehrssituationen alkoholierter unter 18-Jähriger wurden polizeilich erfasst. Lässt man die 85 Situationen außer Betracht, die ohne Unfall blieben, so ist zu folgern, dass sich die polizeiliche Kenntnis über die Verkehrsunfälle alkoholierter unter 18-Jähriger auf überschlägig nur einen von fünf Verkehrsunfällen (33 von 150) beschränkt. Bezieht man die oben genannten 114 berichteten gefährlich(st)en Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss in die Betrachtung ein, die weder den Nicht- bzw. Beinahe-Unfällen noch den Kategorien der Verkehrsunfallstatistik zugeordnet werden konnten, so errechnet sich ein Hell-Dunkelfeld-Verhältnis von eins zu acht. Mit anderen Worten: Bei nur 12,5 % der Verkehrsunfälle alkoholierter Kinder und Jugendlicher ist von einer polizeilichen Erfassung auszugehen. Wenngleich die gewählten „vorsichtigen“ Formulierungen dem Stand der

Kategorie	Häufigkeit abs.	Häufigkeit in %
Rauschmobilität ohne Vorfall	54	22,9
Beinah-Unfall	31	13,2
Alleinverschuldung ohne Beteiligung anderer	77	32,8
Alleinverschuldung mit Beteiligung anderer	27	11,5
Fremdverschuldung	27	11,5
Beidseitige Verschuldung	9	3,8
Umwelteinfluss	10	4,3
Gesamt	235	100,0
Quelle: Eigene Erhebung 2013		

Tab. 17: Kategorisierung der gefährlichsten Verkehrssituationen unter 18 Jahren nach Unfallmerkmalen (nicht zuzuordbar = 114)

explorativen Untersuchung entsprechen, so finden doch die in Kapitel 3.3 referierten Annahmen zu den Dunkelfeldern bei Verkehrsunfällen ihre Bestätigung, werden je nach Referenzwerten sogar noch übertroffen.

6.3 Die Risiken Unverletzter

Wie in Kapitel 6.1.3 referiert blieben 203 der insgesamt 349 berichteten gefährlich(st)en Verkehrssituationen alkoholierter unter 18-Jähriger ohne Verletzungen.

Gleichwohl deuten die Situationsbeschreibungen der Nichtverletzten (einschließlich „ohne Vorfall“) bzw. der Beinahe-Unfälle darauf hin, dass offensichtlich zahlreiche solcher Situationen nur knapp bzw. zufällig ohne Verkehrsunfall enden. Diesbezüglich evidente Merkmale sind:

- Ausgeprägte Wahrnehmungs- bzw. Bewusstseinsstörungen nebst zugehöriger Fehleinschätzungen bezüglich der eigenen Kompetenzen und Gefahren:
 - „Ich bin betrunken fast mal vom Auto angefahren worden. Wir waren drei Jungs. Alle angetrunken. Und dann sind wir noch ein bisschen mehr trinken gegangen bei einem Freund. Dann musste ich nach Hause. Musste halt über eine Straße gehen und hab´ nach links und rechts geguckt. Ich konnte aber nicht mehr richtig sehen. Ich wollte dann über die Straße gehen und dann hab` ich nur noch ein Hupen gehört. Da war das Auto direkt neben mir“ (T 12, männlich, zum Zeitpunkt der Situation 15 Jahre, Hauptschüler).
 - „Ich bin nur fast über eine ziemlich dicht befahrene Straße gelaufen, wurde aber zurückgehalten“,
 - „Ich bin mit dem Fahrrad betrunken an der Kneipe los gefahren und fast hat mich ein Auto erwischt“,
 - „ich bin betrunken über die Straße gelaufen – ohne zu schauen – und wurde von einem Auto gestreift“,
- Jugendlicher Übermut, Spaß, cool sein etc.:
 - „Die Aktion mit dem Roller. Da würde ich sagen, da war ich viel zu benebelt. Ich hab` über die Konsequenzen im Endeffekt nicht mehr nachgedacht. Das tut man ja nicht,

wenn man betrunken ist, man denkt nur, dass es bestimmt Spaß macht. Wer denkt denn in dem Alter nach, wenn ein Kollege zu Dir sagt: „Ich habe einen Roller, willst Du damit fahren?“ Dann denkst Du „Geil!“ Und nachher lag ich auf dem Boden mit einer Platzwunde am Kopf“ (T 2, männlich, zum Zeitpunkt der Situation 14 Jahre, Hauptschüler).

- „Habe betrunken auf dem Lenker eines Fahrrades gesessen und aufgrund übermäßigen Alkohols das Gleichgewicht verloren, dann bin ich hingefallen ...“
- „Wir hatten getrunken und sind zu zweit auf dem Fahrrad gesessen. In der Kurve konnten wir das Gleichgewicht nicht mehr halten und sind mitten auf einer befahrenen Kreuzung auf dem Boden gelandet.“
- Unzureichende/fehlende Sicherheitssysteme:
 - „Mein Fahrrad hatte keine Bremsen. Beim Queren einer Straße musste ein Auto eine Vollbremsung machen“,
 - „Ich war mit dem Rad auf dem Heimweg, es war dunkel und ich hatte kein Licht, als plötzlich eine Person vor mein Fahrrad sprang. Es kam zum Crash“ (T 5, männlich, zum Zeitpunkt der Situation 15 Jahre, Hauptschüler),
- Die Alkoholisierung anderer Beteiligten:
 - „Der betrunkene Fahrer konnte gerade noch einem Baum am Straßenrand ausweichen, wobei der Außenspiegel zerstört wurde.“
 - „Der Fahrer war leicht alkoholisiert und registrierte zu spät, dass eine Kreuzung kam. Durch eine Vollbremsung kamen wir nur knapp vor dem Straßengraben zum Stehen.“
 - „Wir sind besoffen heimgefahren und von der Straße abgekommen. Ich hab geschlafen und bin erst aufgewacht, als wir in einem Feld standen. Eine Autoseite war kaputt. Den Eltern haben wir erzählt, dass wir einer Katze ausweichen mussten.“

6.4 Zusammenfassung

Ein Viertel der schriftlich befragten 12- bis 22-Jährigen gab an, bereits mindestens 1 mal eine gefährliche Verkehrssituation unter Alkohol erlebt zu haben. In über 50 % der berichteten Ereignisse handelte es sich um singuläre Ereignisse. Durch-

schnittlich wurden aber 2,8 (ohne Extremwerte = 2,3) diesbezügliche Ereignisse genannt.

Mangels Erfahrungen sowohl im Umgang mit Alkohol als auch bei der Einschätzung adäquaten Mobilitätsverhaltens nach vorherigem Alkoholkonsum liegen die durchschnittlichen Häufigkeiten bei den 16- und 17-Jährigen sowie bei den 19- bis 22-Jährigen z. T. deutlich über dem Mittelwert. Plausibel erscheint die Vermutung, dass die vergleichsweise geringen Häufigkeiten bei den 18-Jährigen nicht zuletzt auf die Wirksamkeit des Führerscheins auf Probe zurück zu führen sind.

Wie zuvor wiederholt festgestellt, sind in erster Linie männliche Akteure betroffen. Sie berichteten fast 3 mal so viele gefährliche Mobilitätssituationen unter Alkoholeinfluss wie Mädchen bzw. junge Frauen.

In 134 Fällen mündeten die berichteten gefährlichen Verkehrssituationen in „echte“ Verkehrsunfälle. Umgerechnet endet jede achte gefährliche Mobilitätssituation unter Alkoholeinfluss in einen Verkehrsunfall.

Die erfragten Detaillierungen zeigen, dass

- die gefährlichen Mobilitätssituationen unter Alkoholeinfluss mit durchschnittlich 15,7 Jahren erlebt werden,
- Jungen 3 mal häufiger Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss verursachen,
- die Akteure in rd. 55 % der Fälle alleine, andererseits aber auch in Gruppen mit bis zu 25 Personen, im Durchschnitt zu 6,5 Personen unterwegs waren,
- sich die gefährlichen Situationen in erster Linie auf Fuß- und Radwegen sowie auf Straßen, aber nur zu marginalen Anteilen an/in öffentlichen Verkehrsmitteln ereigneten,
- die Akteure in 58 % der gefährlichen Verkehrssituationen unverletzt blieben, in weiteren 35 % aber leichte und schwere Verletzungen davon trugen,
- die unverletzt Gebliebenen nach den Situationsbeschreibungen zumeist nur knapp von schlimmeren Unfallfolgen verschont blieben und
- auch die unverletzt Gebliebenen zumeist nur zufällig unverletzt geblieben sind.

Trotz der explorativ angemessenen subjektiven Explikation gefährlicher Verkehrssituationen,

Verkehrsunfälle, Alkoholisierungs- und Verletzungsgrade bzw. der erwartbar damit einhergehenden Verzerrungen in der nachträglichen, diesbezüglichen Berichterstattung wird deutlich, dass alkoholisiert mobile Kinder und Jugendliche dabei in durchaus nennenswerter Quantität und Qualität gefährliche Verkehrssituationen und Verkehrsunfälle erleben.

22 % (n = 376) der 12- bis 22-Jährigen machten differenzierende Angaben zu selbst erlebten, subjektiv als „gefährlichste“ bezeichnete Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss vor Vollendung des 18. Lebensjahres.⁵² Immerhin 282 der 376 Antwortenden nannten mindestens eine verkehrliche Gefahrensituation unter Alkoholeinfluss. Dabei zogen sich immerhin etwa 39 % Verletzungen zu. Auch deuten die Situationsbeschreibungen derjenigen, die unverletzt blieben, auf hohe Gefährdungspotentiale bei der Alkoholmobilität hin.

Trotz berichteter leichter und schwerer Verletzungen im Kontext alkoholisierter Mobilität erfolgten in nur rd. 39 % dieser Fälle medizinische Versorgungen, entweder direkt an den Unfallorten oder nachgelagert in Kliniken oder bei Hausärzten. Und in nur einem von fünf bzw. (bei anderen Referenzwerten) einem von acht Fällen erlangte die Polizei vor Ort Kenntnis von den Ereignissen.

⁵² Ein geringfügiger Anteil nannte entsprechende Erfahrungen zwischen 18 und 22 Jahren, die im Weiteren keine Berücksichtigung finden.

7 Erfassung und Dokumentation der Verkehrsunfälle alkoholisierter Kinder und Jugendlicher

Wie zuvor festgestellt, liegt die explorativ ermittelte Zahl selbst wahrgenommener und berichteter Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss weit über denen, die in den offiziellen Statistiken dokumentiert sind. Dabei weichen die subjektiven Einschätzungen hinsichtlich dessen, was eine gefährliche Verkehrssituation bzw. einen Verkehrsunfall kennzeichnet, unzweifelhaft schon bei den Jugendlichen voneinander, insbesondere aber von den diesbezüglichen Maßstäben der Erwachsenen und noch weiter von den formalrechtlichen Kriterien ab. Darüber hinaus aber lassen sich nachgelagerte Filterprozesse identifizieren, die dazu beitragen, dass von den tatsächlich stattfindenden Verkehrsunfällen alkoholisierter Kinder und Jugendlicher nur ein Bruchteil in den amtlichen Statistiken dokumentiert ist.

7.1 Prozesse informeller Verschleierung

Ein Erklärungszusammenhang resultiert aus der Verschleierung tatsächlicher Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge bei den unmittelbar Beteiligten, insbesondere dann, wenn die haftungsrechtlichen Konsequenzen unklar sind.

Folgt man der in Bild 13 dargestellten Chronologie der Verkehrsunfall-Dokumentation, so sind seitens

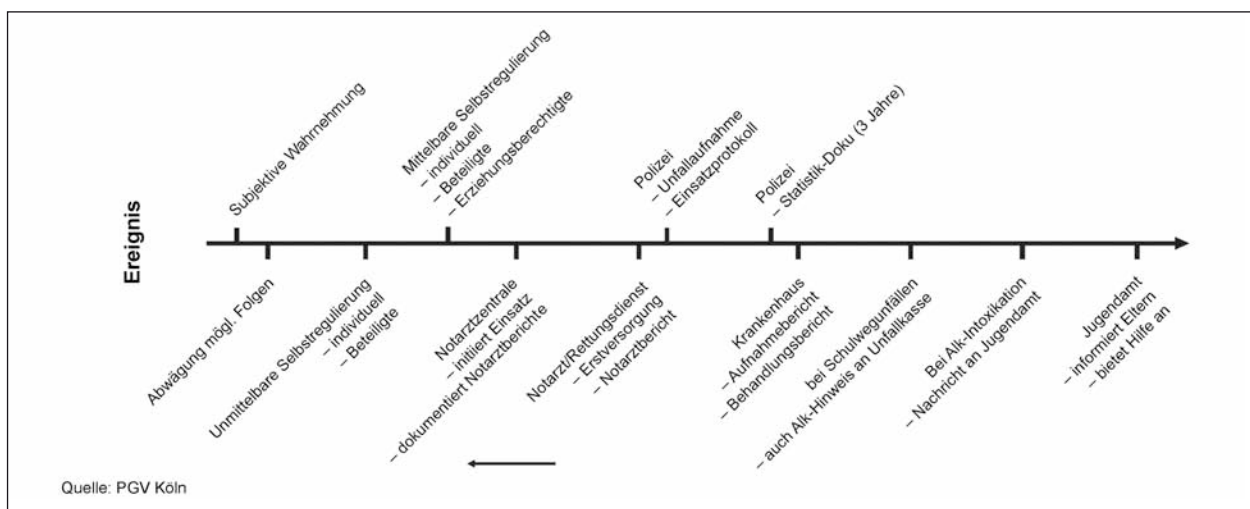


Bild 13: Chronologie der Verkehrsunfall-Dokumentation bei Verkehrsunfällen alkoholisierter Kinder und Jugendlicher

der (unterstellt wahrnehmungs- und handlungsfähigen) Beteiligten unmittelbar nach dem Ereignis subjektive Interpretationen hinsichtlich der Faktizität, der Ursachen und der unmittelbaren und mittelbaren Folgewirkungen zu unterstellen. Wie bereits dargelegt ist diesbezüglich bedeutsam, ob das Ereignis überhaupt als Unfall oder (subjektiv überlagert) eher als konsequente und somit in Kauf zunehmende Folge der eigenen Alkoholisierung wahrgenommen wird.

Dabei scheinen vermeintlich leichte Verletzungen infolge alkoholisierter Mobilität von den Jugendlichen eher als „normale“ Bestandteile bzw. Konsequenzen interpretiert zu werden: Wenn man besoffen zh. B. mit dem Fahrrad unterwegs ist, dann fährt man eben auch schon mal gegen ein Hindernis und/oder stürzt.⁵³ In ergänzender Antizipation der möglichen mittelbaren Folgen (Sanktionen durch formelle und informelle Instanzen sozialer Kontrolle) werden so durchaus auch Verkehrsunfälle mit schweren Sach- und/oder Personenschäden der Kategorie „selbst schuld“ zugeordnet. So berichteten Jugendliche in den qualitativen Interviews:

- „Nach einer Party bin ich alkoholisiert Fahrrad gefahren und gestürzt. Am nächsten Morgen stand ich auf und hatte überall blaue Flecken, mein Arm war zerkratzt und tat mir weh. Aber dann gehst Du ja nicht zu deinen Eltern und sagst „ja, Mama, ich bin gestern besoffen mit dem Fahrrad gefahren und hingefallen“, weil dann würdest Du ja noch Ärger zu Hause bekommen“ (T 1, männlich, zum Zeitpunkt des Unfalls 16 Jahre alt, Realschulabschluss).
- „Das war für mich irgendwie eine unangenehme Situation. Mir war das peinlich und ich wollte es einfach nicht erzählen. Welcher Junge sagt: „Hey, ich bin stockbesoffen gegen eine Wand gefahren mit dem Roller!“ Das ist doch peinlich! Das war in meinen Augen ein komplettes No-Go“ (T 2, männlich, zum Zeitpunkt des Unfalls 14 Jahre alt, Hauptschüler).

Selbst die Verursachung durch Dritte – so steht im Weiteren zu vermuten – schließt nicht aus, ggf.

eher andere plausible Ursachen (technische Defekte, Fahrerflucht usw.) oder zeitlich/räumlich abweichende Kontexte (unglücklich gestürzt, im Dunkeln ein Hindernis übersehen etc.) zu „erfinden“. Ein Teil der Unfälle verschwindet so im Nichts bzw. retrospektiver Erinnerung. Freunde leisten erste Hilfe und sie helfen bei der sozialen Kaschierung.

Auch wenn in der Folge andere Beteiligte, insbesondere Erziehungsberechtigte, Kenntnis von den tatsächlichen Sachverhalten erlangen, sorgt das nicht unbedingt für die öffentliche Unfalldokumentation. Prinzipiell ist hier eher geringes Interesse an der „Veröffentlichung“ entsprechenden Handelns ihrer Kinder zu unterstellen. Insbesondere wenn es um die Abwehr oder Durchsetzung haftungsrechtlicher Konsequenzen geht, ist kaum zu erwarten, dass etwaige Kenntnisse über die evtl. mitursächliche Alkoholisierung der Kinder offenbar werden.

Schließlich ist davon auszugehen, dass Sachschäden im sozialen Umfeld informell kompensiert werden oder bei einer späteren Inanspruchnahme versicherungsrechtlicher Leistungen entweder die Alkoholisierung oder das gesamte Fehlverhalten unerwähnt bleibt. Und wenn es darum geht, den eigenen Sozialraum bzw. die Privatsphäre gegen Dritte, insbesondere die Instanzen sozialer Kontrolle abzuschirmen – so steht zu vermuten –, finden selbst bei physischen Schäden Verschleierrungen der ursächlichen Sachverhalte statt. Das Spektrum reicht von der bloßen Leugnung bis zur Neudefinition der Verursachungszusammenhänge bei nachgeordneten medizinischen Versorgungen.

Ein weiterer Begründungszusammenhang für die Untererfassung tatsächlicher Verkehrsunfälle alkoholisierter Kinder und Jugendlicher liegt in der separaten institutionellen Beteiligungs- und Dokumentationsstruktur. Bild 13 zeigt die Chronologie der Aktivitäten infolge eines Verkehrsunfalls.

7.2 Formale Verfahrens-/ Dokumentationsstrukturen

7.2.1 Medizinische Unfall-Versorgung

Werden – dies ist im Weiteren aus Bild 13 zu ersehen – durch wen auch immer initiiert Rettungsdienste hinzugezogen, so gestalten sich die Verfahrens- bzw. Dokumentationswege seitens der

⁵³ Zudem können nachgelagerte Berichte über die dann subjektiv neustrukturierte (kognitiv konsonante) Wirklichkeit des zugrunde liegenden Ereignisses in der Peergroup durchaus statusförderliche Wirkungen entfalten: Dem macht (selbst) so etwas nichts aus.

medizinischen Institutionen (Rettungsdienst und Krankenhaus)⁵⁴ nach Aussagen der befragten Experten wie folgt:

- Erstellt wird ein Rettungsdienst- bzw. Notarztbericht. Dieser wird der aufnehmenden Klinik bzw. dem weiterbehandelnden Arzt zur Verfügung gestellt, und dient als Abrechnungsgrundlage mit den Kostenträgern. Im Krankenhaus erfolgt dann die Erstellung eines Aufnahmeberichts.
- Im Rettungsdienst werden standardisierte Erfassungsbögen verwandt, in denen neben personenspezifischen Daten (Alter und Geschlecht) auch „Alkohol“ (unter Intoxikation: Alkohol/Drogen/Medikamente) sowie unter „Verletzungen“ auch Verletzungskontexte (Fußgänger angefahren, Pkw/Lkw-Insasse, Zweiradfahrer, Sonstiges) kategorial erfasst werden (können).

In der Tat verharnt eine ausführliche rettungsdienstliche Dokumentation wohl allzu oft im Konjunktiv. Die Konzentration auf das Wesentliche, die medizinische Hilfe, beinhaltet (in grober Form) zwar Eintrag-Felder zur „Alkoholisierung“ wie „Verkehrsunfallsituation“, allerdings verhindern offensichtlich darüber hinausgehende rechtliche und situative Bedingungen wie auch der Beteiligungsgrad der jeweiligen Einrichtung eine differenzierte Erfassung der (ursächlichen) Unfallrahmenbedingungen.

- „Der Rettungsdienst notiert vor Ort die rettungstechnischen Daten, Symptome und durchgeführte Rettungsmaßnahmen. Alkoholisierung wird unter der Kategorie 'Intoxikation: Alkohol, Drogen, Medikamente' dokumentiert. Ggf. werden stichwortartig zusätzliche Hinweise notiert. Dabei handelt es sich zunächst 'nur' um Analogieschlüsse aus den vorliegenden Befunden (starker Atemalkohol). Erst im Krankenhaus wird ggf. auch der entsprechende BAK-Wert ermittelt“ (E 36, Rettungsdienst).
- „Wenn der Rettungsdienst und die Polizei eintreffen, haben die Verschleierungstaktiken schon gegriffen. Hinzu kommt, dass gefährliche Verkehrssituationen aus dem Vorfeld von Rettungsdienstlern zumeist nicht wahrgenommen werden“ (E 36, Rettungsdienst).

- „Wenn jemand ein alkoholisiertes oder verunfalltes Kinde privat ins Krankenhaus fährt, dann erfährt dazu zunächst weder der Rettungsdienst noch die Polizei irgendetwas“ (E 35, Rettungsdienst).
- „... (da) die verunfallten Kinder und Jugendlichen in unterschiedlichen Kliniken mit unterschiedlichen Zuständigkeiten behandelt werden. Insofern wurden bisher keine epidemiologischen Untersuchungen angestellt“ (E 32, Unfallchirurgie).
- „Aus Erfahrung scheinen lediglich 2 % bis 3 % (maximal rd. 5 %) der stationär behandelten Kinder und Jugendlichen mit alkoholbedingten Ausfallerscheinungen dabei verunfallt zu sein. Zumindest lassen Schürfwunden, Knochenbrücke etc. darauf schließen. Allerdings ist unklar, ob es sich dabei um tatsächliche Verkehrs- oder andere Unfälle handelt und ob bzw. inwieweit die Alkoholisierung verursachend oder beeinflussend gewesen ist“ (E 34, Medizin).

Ferner sind die meisten Rettungsdienste wohl noch weit von der EDV-technischen Erfassung ihrer Einsätze entfernt. Es existieren zwar weitgehend standardisierte Erfassungsstrukturen im Rettungswesen (DIVI – bundeseinheitliches Rettungsdienstprotokoll), das weitere Dokumentationsverfahren aber reicht vom handschriftlichen Eintrag und Abheften der Durchschläge bis zur direkten oder späteren EDV-Erfassung des gesamten Einsatzes.

Unbesehen dessen wird der einfache Informations- oder Datenabgleich zwischen den involvierten Institutionen durch rechtliche Bestimmungen unterbunden. So unterliegen sowohl die Mitarbeiter der Krankenhäuser als auch des Rettungsdienstes der Schweigepflicht.

- „Im Übrigen unterliegt der Rettungsdienst auch der ärztlichen Schweigepflicht. So dürfen der Polizei formal nicht ohne Weiteres Hinweise auf eine Alkoholisierung gegeben werden. Erst im Zuge staatsanwaltlicher Ermittlungen müssen entsprechende Informationen – so sie denn dokumentiert sind – herausgegeben werden“ (E 33, Versicherung).

7.2.2 Polizei

Die Dokumentation der Verkehrsunfallsituationen durch die Polizei kann – wie weiter oben bereits dargelegt – nur dann erfolgen, wenn sie von dem

⁵⁴ Die Dokumentationslage im hausärztlichen Bereich wurde hier vernachlässigt, da die ärztliche Schweigepflicht eingehenden Recherchen entgegensteht.

Ereignis Kenntnis erlangt. Das gilt – wie zuvor festgestellt – für maximal nur rd. 20 % der tatsächlich stattfindenden Verkehrsunfälle alkoholisierter Kinder und Jugendlicher. Wie in der bereits zitierten Literatur wird auch hier ein direkter Zusammenhang zwischen Unfallschwere und Dokumentationsgrad unterstellt. Insbesondere die fehlende Beteiligung der Polizei bei Alkoholunfällen ohne bzw. mit nur Leichtverletzten scheint diesbezüglich bedeutsam zu sein.

Kommt es zur formalen Verkehrsunfalldokumentation durch die Polizei, so basiert diese auf der Erfassung in so genannten Unfallaufnahmebögen. Darin wird u. a. zwar auch das Kriterium der Alkoholisierung Beteiligter erfasst. Alle sonstigen vorformulierten Fragen und Antwortmöglichkeiten konzentrieren sich jedoch auf eine möglichst genaue Erfassung technischer Daten (Unfallart, -zeit, -situation usw.) sowie persönlicher Daten der Beteiligten.

Zudem werden gerade Kinder (und Jugendliche) in der subjektiven Wahrnehmung institutionell involvierter Akteure wohl in erster Linie als Verkehrsunfallopfer wahrgenommen.

- „Bei den über 10-Jährigen wird schon auch die Verursacherrolle gesehen, aber insgesamt ist es problematisch, Kinder haftungs- oder gar strafrechtlich zu verfolgen. Bei Kindern erfolgt maximal ein Vermerk, ob Alkohol im Spiel war“ (E 10, Polizei).
- „Das mag nicht zuletzt an der Schuldunfähigkeit unter 14-Jähriger liegen. Außerdem werden alkoholisierte unfallbeteiligte Kinder nur sehr selten unter dem Kriterium „Alkoholkonsum“ erfasst. Dies gilt auch für Kinder, die als Pkw-Mitfahrer in Verkehrsunfälle verwickelt sind. Insofern ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen“ (E 11, Polizei).

Diese Wahrnehmung wird offensichtlich auch durch die juristisch relevanten Altersgrenzen bzw. analoge Rechtsfolgeeinschränkungen beeinflusst. So sind Kinder/Jugendliche erst ab 14 Jahren schuldfähig bzw. strafmündig (§ 19 Strafgesetzbuch – StGB; §§ 1 und 3 Jugendgerichtsgesetz – JGG). Und Schadenersatzpflicht besteht gemäß § 828 Bürgerliches Gesetzbuch (BGG) erst ab 18 Jahren. Im Übrigen dürfen laut § 9 Jugendschutzgesetz (JuSchG) Bier und Wein- bzw. Sektgetränke erst an 16-jährige Jugendliche (in Anwesenheit Sorgeberechtigter bereits ab 14 Jahren) und Brandwein erst an Heranwachsende ab 18 Jahren verkauft werden.

Hinzu kommt, dass

- „bei einem polizeilichen Einsatz am Unfallort oft kein Zugriff mehr auf das verunfallte Kind möglich ist, weil sich die Beamten zunächst um die Sicherung der Unfallstelle kümmern müssen und der Rettungsdienst dann oft schon unterwegs ins Krankenhaus ist“ (E 11, Polizei).

Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen wird zumeist im Zusammenhang mit Randaliererei und Vandalismus oder Verkehrsunfällen junger Pkw-Fahrer thematisiert. Zumindest sind das die typischen Anlässe polizei- und ordnungsbehördlicher Aktivitäten.

- „Ein polizeilicher Einsatz erfolgt zumeist infolge akuter Lärmbelästigungen oder Randaliererei, über die sich Anwohner, Passanten usw. beschweren. Aber wir können nicht jeder Beschwerde nachgehen. Wir führen allerdings regelmäßig Kontrollen durch. Zumeist sind das Orte, die uns schon von vorherigen Vorfällen bekannt sind. Wenn es hart auf hart kommt, nehmen wir auch einzelne Personen mit auf die Wache. Innerhalb eines Jahres werden im Schnitt zwischen 200 und 300 solcher Einsätze (westdeutsche Großstadt) registriert“ (E 12, Polizei).
- „Typische Verkehrsunfälle von Kindern zwischen 10 und 14 Jahren passieren beim Queren von Straßen. Danach spielen Fahrradunfälle eine immer größere Rolle. Aber die Verkehrsteilnahme alkoholisierter Kinder und Jugendlicher oder die entsprechenden Verkehrsunfälle werden bei uns durch die jungen Fahrer bestimmt“ (E 10, Polizei).

Trotz dieser subjektiven wie strukturellen Wahrnehmungsfiler besteht in der polizeilichen Verkehrsunfallprävention eine ausgeprägte Sensibilität für die Verkehrsunfälle von Kindern und Jugendlichen, zumeist jedoch im Kontext defizitärer bzw. unfallförderlicher Verkehrsinfrastrukturen (eingeschränkte Sichtfelder, fehlende Querungshilfen usw.) und/oder unzureichender bzw. fehlender Verkehrsfunktionalität junger Menschen (eingeschränkte motorische Fertigkeiten, Selbstüberschätzung etc.).

7.2.3 Versicherer

Weder beim Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft noch bei einzelnen Haftpflichtversicherern waren aussagefähige Materialien zu

Verkehrsunfällen alkoholisierter Kinder und Jugendlicher verfügbar.⁵⁵

Zur Begründung verwies ein Versicherungsexperte auf die marginale Bedeutung solcher Fälle für die Versicherungswirtschaft:

- „Der Vorsatz zur Alkoholisierung wird bei Kindern nicht unterstellt. Insofern spielt er keine Rolle. Hinzu kommt, dass die Blutalkoholkonzentration bei Unfällen mit Kindern zumeist nicht ermittelt wird. Nur bei schweren und tödlichen Unfällen werden dahingehende Untersuchungen angestrengt. Darüber hinaus werden Versicherungen in Bezug auf eine Alkoholisierung – gerade bei Kindern – nicht initiativ. Eine Ausnahme bilden staatsanwaltschaftliche Verfahren bei solchen Unfällen. Dann werden auch die Obduktionsberichte nach Alkoholdaten gesichtet. Dies sind allerdings nur absolute Einzelfälle“ (E 33, Versicherung).
- „Alkoholunfälle von Kindern oder Jugendlichen passieren schon einmal auf Studienfahrten (schulische Veranstaltungen). Dies ist aber eher selten der Fall. Wenn dazu Versicherungsmeldungen eingehen, handelt es sich zumeist um tödliche Unfälle“ (E 33, Versicherung).

Dagegen scheinen durchaus auch während der Schulzeiten (in Schulpausen) Alkoholunfälle von Kindern und Jugendlichen zu passieren, für die die Gemeindeunfallversicherer zuständig wären, von denen sie aber kaum/keine Kenntnis erlangen. So berichteten Jugendliche einer westdeutschen Großstadt:

- „Zwei Schüler, die wohl Alkohol getrunken hatten, sind in der Pause zu einer Trinkhalle gegangen, um sich noch was zu trinken zu besorgen. Auf dem Rückweg zur Schule wurden sie von einem Müllwagen angefahren. Ist schon einige Zeit her, insofern wissen wir nicht mehr, was danach passiert ist“ (G 2, Teilnehmer einer Gruppendiskussion).

Gleichwohl sind solche oder ähnliche Fälle in der Statistik zum Schülerunfallgeschehen 2013 (DGUV,

2013) nicht dokumentiert. Zumindest finden sich in der Kategorie „Verletzungsbewirkende Vorgänge“ keine Hinweise auf Alkoholisierung; dieses differenzierende Kriterium fehlt gänzlich in der vorgenannten Kategorie.

Unzweifelhaft tragen die weiter oben angeführten Interessen der Verunfallten, ggf. auch der Erziehungsberechtigten am Schutz ihrer Privatsphäre dazu bei, solche Sachverhalte unerwähnt zu lassen. Dazu zählt es auch, antizipierte oder tatsächliche Einschränkungen etwaiger Versicherungsleistungen zu vermeiden.⁵⁶ Gleichgerichtete Interessen sind für die Schulen anzunehmen. Im zunehmenden Wettbewerb gilt es, negative öffentliche Etikettierungen zu vermeiden. Und der Alkoholkonsum von Schülern zählt zweifellos zu solchen Merkmalen.

7.2.4 Jugendämter

Gegenüber den Jugendämtern besteht seitens der zuvor genannten institutionell Beteiligten keine Meldepflicht über alkoholisiert verunfallte Kinder und Jugendliche. Stattdessen verhindern datenschutzrechtliche Bestimmungen die Weitergabe entsprechender Informationen. Lediglich in begründeten Einzelfällen kann das abgewogene Kindeswohl die Informationsbeschränkungen aufheben. Dabei werden unterschiedliche Dokumentationsformen benutzt.

- „Etwa 300 bis 400 Kinder/Jugendliche werden in unserer (westdeutschen Groß-) Stadt Jahr für Jahr unter Alkoholeinfluss vom Ordnungsamt aufgegriffen bzw. in vorläufigen Gewahrsam genommen. Zur Einschätzung bzw. zur Dokumentation dient den Mitarbeitern ein Bogen zur Personenfeststellung, in dem u. a. auch Angaben zum Alkoholkonsum, zum Ort und Zeitpunkt, zur äußeren Erscheinung, zu Gang, Sprache usw. dokumentiert werden. Die umgangssprachliche Bezeichnung „Torkelbogen“ (vgl. Bild 14) verdeutlicht, dass wir die vor Ort beobachteten alkoholbedingten Ausfallerscheinungen standardisieren wollen. Die Informationen werden beim Ordnungsamt zusammengetragen und dann den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten übergeben. Eine Meldung ans Jugendamt erfolgt nur in Extremfällen. Zu diesen von uns festgestellten Fällen muss man aber noch diejenigen hinzuzählen, die ohne unsere Kenntnis wegen Alkoholvergiftung direkt ins Krankenhaus eingeliefert werden“ (E 25, Ordnungsamt).

⁵⁵ In der eigenen schriftlichen Befragung wurde auf die Abfrage von Unfallmeldungen bei Versicherungen verzichtet, da davon auszugehen war, dass die zum Zeitpunkt des Unfalls noch minderjährigen Befragten dazu nur unzureichende bzw. keine Auskunft geben konnten.

⁵⁶ Der Versicherungsschutz entfällt u. a., wenn Trunkenheit, Rauschgift oder Tablettenmissbrauch die rechtlich allein wesentliche Ursache des Unfalls ist.

<u>PERSONENFESTSTELLUNG</u>		
Ort der Feststellung: _____		Datum/Zeit: _____
Feststellender Bediensteter: _____		
<u>Angaben zur offensichtlich jugendlichen Person:</u>		
Familiennamenname : _____		Vorname : _____
Geburtsdatum : _____		Geburtsort : _____
Straße : _____		Wohnort : _____
Feststellungen hinsichtlich Alkoholkonsum		
Beobachtung beim Antreffen		
Auffällig durch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Äußere Erscheinung <input type="checkbox"/> ungepflegt <input type="checkbox"/> verwahrlost <input type="checkbox"/> Sonstiges	Gang <input type="checkbox"/> sicher <input type="checkbox"/> schwankend <input type="checkbox"/> torkelnd <input type="checkbox"/> schleppend
Körperliche Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Unruhe <input type="checkbox"/> Zittern <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Schweißausbruch	Stimmung/Verhalten <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> distanzlos <input type="checkbox"/> weinerlich <input type="checkbox"/> redselig <input type="checkbox"/> provokativ <input type="checkbox"/> stumpf <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> unangemessen fröhlich	Sprache <input type="checkbox"/> deutlich <input type="checkbox"/> verwaschen <input type="checkbox"/> lallend
Bewusstsein <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> benommen <input type="checkbox"/> schläfrig <input type="checkbox"/> verwirrt <input type="checkbox"/> bewusstlos	Augen <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Bindehäute wässrig/gerötet <input type="checkbox"/> glänzend <input type="checkbox"/> unruhig	Pupillen <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> stark erweitert <input type="checkbox"/> stark verengt
Verhalten während der Amtshandlung		
(Dauer von _____ Uhr bis _____ Uhr)		<input type="checkbox"/> gleichbleibend <input type="checkbox"/> Veränderungen (we
Festgestellt durch:	Name / Personalnummer,	Unterschrift.

Bild 14: „Torkelbogen“ eines Ordnungsamtes zur Dokumentation als auffällig festgestellter Kinder und Jugendlicher (Auszug)

- „Im Rahmen unserer Jugendschutzkontrollen, z. B. bei Festen, zusammen mit dem Ordnungsamt, der Polizei erfassen wir alkoholauffällige Kinder und Jugendliche in einem so genannten „Jugendamtsbericht“. Festgehalten werden der Alkoholisierungsgrad, das Alter, das Geschlecht, der Ort und der Zeitpunkt sowie der Wohnort der Person. Den Bericht hat dann auch das Jugendamt, nicht zuletzt, um sich mit den Eltern in Verbindung zu setzen. Ist der Fall geklärt, wird der Bericht vernichtet“ (E 21, Jugendamt).

Laut Aussagen der befragten Experten existieren kaum oder nur (rudimentäre) handschriftliche Anmerkungen, die auf Verkehrsunfälle alkoholisiert aufgefunder Kinder und Jugendliche schließen lassen.

7.2.5 Öffentlicher Personennahverkehr

Grundsätzlich sind öffentliche Verkehrsunternehmen verpflichtet, der Aufsichtsbehörde (Bezirksregierung) jedwede Personenunfälle zu melden (§ 6 BOKraft, § 8 BOStrab)⁵⁷. Der Unfallbogen erfasst Unfalltag, -zeitpunkt, -ort und -hergang. Darüber hinaus müssen Art und Umfang der Verletzung (grobe Beschreibungen) sowie der Einsatz von Polizei, Rettungsdienst oder die Einlieferung ins Krankenhaus dokumentiert werden.

Bedeutsam in diesem Zusammenhang ist, dass die Verkehrsunternehmen, lediglich den Sachverhalt feststellen müssen, nicht aber die Ursachen oder Beeinträchtigungen der Personen. Die Angaben zu Personen sind nur rudimentär, da Verkehrsunternehmen nicht befugt sind, Personenfeststellungen durchzuführen.

Die Recherchen bei einer nordrhein-westfälischen Bezirksregierung⁵⁸ zu Unfällen alkoholierter Kindern und Jugendlicher in öffentlichen Verkehrsmitteln blieben ergebnislos. Die Unfallbeschreibungen der Verkehrsunternehmen erfassen weder das Alter noch Hinweise zur Alkoholisierung (wenn, dann in Einzelfällen, nur randseitig, subjektive Einschätzungen). Auch ließen sich aus einer groben Sichtung

der Unfallprotokolle eines nordrhein-westfälischen Regionalverkehrsunternehmens für das Jahr 2012 keine derartigen Fälle ableiten.

Weitere Recherchen bei einem großstädtischen Verkehrsunternehmen belegen allerdings, dass

- „erschreckend viele Kinder und Jugendliche nachts (insbesondere in den Wochenendnächten) alkoholisiert (als Fahrgäste; d. Verf.) auf den Straßenbahnen unterwegs sind. Kleinere Unfälle/Aussetzer kriegen wir nicht mit, regeln die Jugendlichen untereinander“ (E 53, ÖPNV).

Nicht zuletzt begründen Vandalismus wie auch gewalttätige Ausschreitungen u. a. durch alkoholisierte Jugendliche Alkoholverbote im ÖPNV⁵⁹, den Einsatz von Fahrzeugbegleitern sowie Präventionsaktivitäten an Schulen (z. B. Fahrzeugbegleiterprogramme mit Schülern oder auch die Mitarbeit der Verkehrsunternehmen in Ordnungspartnerschaften⁶⁰).

Ergänzend wird seitens des Verbandes deutscher Verkehrsunternehmen (VDV) darauf verwiesen, dass (schwere) Unfälle mit Personenschaden im ÖPNV durch die Polizei erfasst werden, sie insofern dann auch in der amtlichen Statistik aufgeführt sind. Eingeräumt wird aber auch, dass es (kleinere) Unfälle ohne polizeiliche Teilnahme gibt, bei denen die personenbezogenen Unfalldaten allein durch involvierte Rettungsdienste dokumentiert werden. Bei vielen Leichtverletzten – so die Einschätzung des VDV – gibt es keine Meldungen (tel. Information eines zuständigen VDV-Mitarbeiters).

⁵⁷ Die BOKraft (Verordnung über den Betrieb von Kraftfahrzeugunternehmen) regelt den Betriebsablauf im Verkehrsunternehmen und definiert die Mindestanforderungen für die Kraftfahrzeuge. Die BOStrab (Verordnung über den Bau und Betrieb von Straßenbahnen) ist Ausführungsbestimmung im Straßenbahnbereich.

⁵⁸ Der Aufsicht dieser Behörde unterliegen etwa 30 ÖPNV-Unternehmen, die ca. 900 Bahn- und Buslinien betreiben.

⁵⁹ In Hamburg, seit Oktober 2013 u. a. auch in Köln, wurde das bestehende Ess- und Trinkverbot in Bussen und Bahnen auf den U-Bahn-Haltestellenbereich ausgedehnt und seither mit einem Bußgeld in Höhe von 40 € geahndet.

⁶⁰ Diese Ordnungspartnerschaften, die vielerorts mittlerweile etabliert sind, bestehen zumeist aus Mitarbeitern der Polizei, Ordnungsamt, Verkehrsunternehmen wie auch Sozialarbeitern. Wie bereits in anderem Kontext ausgewiesen werden gerade auch im großstädtischen Bereich gemeinsame Maßnahmen durchgeführt. Das sind in erster Linie nächtliche Streifengänge mit dem Fokus auf Straßen- und U-Bahnhaltestellen, bei denen – so die Schilderungen einiger befragter Experten – bereits einige hoch alkoholisierte 12- bis 13-jährige Mädchen aufgegriffen wurden.

7.3 Zusammenfassung

Dass nur rd. 20 % der tatsächlich stattfindenden Verkehrsunfälle alkoholierter Kinder und Jugendlicher in der polizeilichen Unfallstatistik dokumentiert sind, ist insbesondere auf folgende Aspekte zurückzuführen:

- Die Akteure selbst, aber auch die Beteiligten aus den Umfeldern von Familien und Peer Groups, hegen vielfach das Interesse, die (wahrscheinlich ursächliche) Faktizität der Alkoholisierung zu verschleiern, um antizipierte Sanktionen zu vermeiden.
- Die institutionell Beteiligten treffen unabhängig voneinander an den Unfallorten ein, nehmen dort funktional getrennte Aufgaben (medizinische

sche Versorgung und Unfallaufnahme) wahr und dokumentieren ihre Arbeit in separaten Dateien. Datenschutzrechtliche Bestimmungen behindern den systematischen Datenabgleich.

- Selbst bei den Ordnungs- und Jugendämtern finden nur bedingt wechselseitige Informationen statt. Interventionsbegründend geht es dabei zumeist um den Kontext übermäßigen Alkoholkonsums und Sicherung des Kindeswohls.

Vor diesem Hintergrund können die Verkehrsunfälle alkoholierter Kinder und Jugendlicher auch nur unzureichend dokumentiert sein. „Mit aller Deutlichkeit ... – so wird in Übereinstimmung mit HAUTZINGER (1993) gefolgert – ... müssen deshalb Korrekturen der üblichen gruppenbezogenen Unfallrisiko-Kennziffern gefordert werden. In den gegenwärtig gebräuchlichen Risikowerten kommt das wahre Ausmaß der Gefährdung im Straßenverkehr nicht einmal andeutungsweise richtig zum Ausdruck“ (ebd., S. 68).

8 Zusammenfassung und Empfehlungen

Zumeist veranlasst durch spektakuläre Fälle schwerster Alkoholvergiftungen, z. T. mit Todesfolge, zählt das Binge Drinking oder Komasaufen bei Kindern und Jugendlichen mittlerweile zu den regelmäßig veröffentlichten Themen in der Medienberichterstattung. Scheinbar widersprüchlich werden sowohl besorgniserregende als auch rückläufige Entwicklungen vorgetragen, denen bei genauere Betrachtung unterschiedliche Bezugs- und Interpretationsrahmen zugrunde liegen. Spätestens bei der jährlich veröffentlichten Verkehrsunfallstatistik finden sich ähnliche Hervorhebungsstrukturen. Alkoholkonsum als nach wie vor weitreichender Verursachungsfaktor bei Verkehrsunfällen wird jedoch zumeist nur am Rande diskutiert, im Zusammenhang mit Verkehrsunfällen von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren kaum beachtet. Wenn überhaupt finden sich diesbezüglich vereinzelte Hinweise zu den Verkehrsunfällen motorisierter Jugendlicher.

Ein ähnliches Bild kennzeichnet die Fachdiskussion. Der Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen wird generell und insbesondere dann, wenn er im Übermaß stattfindet, als wesentlicher Verursachungsfaktor für dissoziale Entwicklungen be-

trachtet und begründet vielfältige Präventionsmaßnahmen. In weitgehender Übereinstimmung werden die Minderung/Vermeidung multipler Folgeschäden (soziale Ausgrenzung, Partizipationschancen-Minderung, neurologische Beeinträchtigungen, Organschäden usw.) angestrebt. Dagegen konzentrieren sich Forschung und Prävention bei Verkehrsunfällen von Kindern und Jugendlichen vorrangig auf Defizite sowohl bei den technisch-strukturellen Rahmenbedingungen als auch bei den motorischen Fertigkeiten der jungen Akteure.

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, einen ersten empirischen Beitrag zur Aufklärung über Art und Umfang der Mobilität unter Alkoholeinfluss sowie zu den damit einhergehenden Verkehrsunfällen bei Kindern und Jugendlichen zu leisten.

Bewusst wurde dabei die ursprüngliche Beschränkung auf das uneinheitlich definierte Komasaufen (exzessiver Konsum hochprozentiger Alkoholika in kurzer Zeit) zugunsten der umfassenderen Bezeichnung „übermäßigen Alkoholkonsums“ ersetzt, weil es weniger um die in bestimmter Zeit konsumierten Alkoholmengen, sondern um die damit einhergehenden Ausfallerscheinungen bzw. deren verkehrsunfallförderliche oder -verursachende Wirkung geht, die nach Lebensalter, Geschlecht, Konstitution, Trinkgewohnheiten usw. variieren.

Wenngleich der erste Vollrausch mit durchschnittlich 15 Jahren erlebt wird, setzt der Erstkonsum mittlerweile bereits mit 11 Jahren ein. Die Drogenaffinitätsstudie der BZgA weist diesbezüglich ein Durchschnittsalter von 13,6 Jahren aus. Auf der anderen Seite ist das Forschungsfeld bei den ab 18-jährigen Verkehrsteilnehmern weitgehend bearbeitet. Insofern erstreckte sich die vorliegende Untersuchung auf die Altersgruppe der 10- bis 17-Jährigen.

Das Fehlen empirischer Belege begründete ein exploratives methodisches Untersuchungsdesign, das zunächst allein die Durchführung von Expertengesprächen, Einzel- und Gruppendiskussionen mit Zielgruppenjugendlichen sowie Feldbeobachtungen vorsah. Allerdings wurde im Untersuchungsprozess sehr schnell deutlich, dass zur Einschätzung des Umfangs, in dem Kinder und Jugendliche alkoholisiert mobil sind und dabei gefährliche Verkehrssituationen und Verkehrsunfälle erleben, keinerlei Anhaltspunkte vorliegen. Insofern wurden die zuvor allein qualitativen Methoden um erste quantitative Erhebungen ergänzt.

Zum einen gelang dies durch themenbezogene Zusatzfragen bei einer 2013 im Rhein-Kreis Neuss durchgeführten Kinder- und Jugendgesundheitsstudie. Aufgrund der nur sehr begrenzten Möglichkeiten, die dortigen Erhebungen um entsprechende Forschungsfragen zu erweitern, wurde zusätzlich eine eigene schriftliche Befragung initiiert. Zur Durchführung wurden bundesweit Akteure der Verkehrsunfallprävention um Mithilfe gebeten. Die vollständig anonymisierten Erhebungen erfolgten im Kontext schulischer und außerschulischer verkehrsunfallpräventiver Maßnahmen mit vorwiegend über 17-jährigen Schülern verschiedener Schularten. Der Rücklauf liegt bei 1.913 verwertbaren Fragebögen. Erhebungsbedingt erfüllt die Stichprobe nicht die Kriterien der Repräsentativität. Sowohl die Stichprobengröße als auch die z. T. hohen Übereinstimmungen einzelner Ergebnisse mit denen der BZgA zur Drogenaffinität (u. a. Durchschnittsalter erstmaligen Alkoholkonsums sowie erstmaligen übermäßigen Alkoholkonsums) erlauben allerdings Folgerungen, die über rein qualitative Interpretationen hinausgehen.

Um erwartbare Verzerrungen aus der Erinnerung älterer Teilnehmer (bis zu 39 Jahre alte Berufsschüler) an weit zurückliegende Ereignisse zu reduzieren, beziehen sich die Detailauswertungen lediglich auf 1.676 befragte 12- bis 22-jährige junge Menschen.

Davon gaben 1.195 Befragte (= 71,3 %) an, bereits mindestens 1 mal übermäßig alkoholisiert (im Fragebogen erläutert als „... in Wahrnehmungen und Reaktionen deutlich eingeschränkt“) mobil gewesen zu sein. Der Durchschnittswert liegt bei 2,4 mal pro Monat. Nach Alter variiert die durchschnittliche Häufigkeit alkoholisierter Mobilität zwischen 1,8 mal (15-Jährige) und 2,9 mal (17-Jährige) je Monat. Die alkoholisierte Mobilität von Kindern und Jugendlichen korreliert offensichtlich mit der Zunahme eigenständiger (freizeitorientierter) Mobilität.

Über ein Viertel (= 453) aller 1.676 befragten 12- bis 22-Jährigen gab an, im Zuge ihrer alkoholisierten Mobilität bereits mindestens 1 mal und maximal 25 mal eine gefährliche Verkehrssituation erlebt zu haben. Ohne die Extremwerte von 11 mal bis 25 mal ist die Rede von 442 diesbezüglich Antwortenden mit durchschnittlich 2,3 erlebten gefährlichen Verkehrssituationen. Im Verhältnis zu den obengenannten 1.195 Personen, die zuvor angaben, bereits alkoholisiert mobil gewesen zu sein, liegt der Anteil sogar bei rd. 38 %.

Aus der absoluten Zahl alkoholisiert mobiler Kinder und Jugendlicher, die dabei bereits eine gefährliche Verkehrssituation erlebt haben, und der durchschnittlichen Häufigkeit solcher Erlebnisse errechnen sich insgesamt 1.017 gefährliche Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss. Setzt man dazu die erlebten „echten“ Verkehrsunfälle ins Verhältnis, so ist zu folgern, dass etwa jede achte gefährliche Verkehrssituation alkoholisierter junger Menschen in einen Verkehrsunfall mündet.

Das gesamte Bild ist im Wesentlichen durch männliche Jugendliche geprägt. Sie konsumieren häufiger und mehr Alkohol als Mädchen, sie nehmen doppelt so häufig alkoholisiert am Straßenverkehr teil, erleben dabei 3 mal mehr gefährliche Verkehrssituationen und Verkehrsunfälle.

Zu den im Weiteren erfragten erlebten „gefährlichsten Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss vor dem 18. Lebensjahr“ berichteten 215 über insgesamt 349 solcher Situationen, und zwar 3 mal mehr Jungen als Mädchen. Sie erlebten die Situationen mit durchschnittlich 15,7 Jahren. Etwa die Hälfte bezeichnet sich zum Zeitpunkt der erlebten Gefahrensituation als „betrunken“, ein Drittel gar als „volltrunken“.

In überwiegender Zahl (= 59,7 %) blieben die zum Zeitpunkt des Ereignisses unter 18-Jährigen „unverletzt“. Dennoch deuten die im Weiteren erhobenen Situationsmerkmale bei den Nichtverletzten bzw. den Beinahe-Unfällen darauf hin, dass gleichwohl erhebliche Gefahrenpotentiale aufgrund ausgeprägter Wahrnehmungs- bzw. Bewusstseinsstörungen (Fehleinschätzungen), jugendlichen Übermutes, unzureichender/fehlender Sicherheitssysteme oder auch der Alkoholisierung Dritter bestehen.

33,2 % der diesbezüglich Antwortenden gaben an, bei den Unfällen leicht verletzt und weitere 7,9 % schwer verletzt worden zu sein. Dabei scheint der Alkoholisierungsgrad bei der Schwere der Verletzung eine Rolle zu spielen. Unter Berücksichtigung der insgesamt geringen Fallzahl, waren die Schwerverletzten in 17 von 24 Fällen „betrunken“ oder „volltrunken“. Auch bei den Leichtverletzten dominieren die Anteile der stärker Alkoholisierten.

Zwar wurde (seitens der Experten) bestätigt, dass „echtes“ Komasaufen für die vorliegende Untersuchung nahezu irrelevant ist, weil der damit einhergehende Kontrollverlust regelmäßig zu unmittelbarer folgenden neurologischen und/oder physiolo-

gischen Ausfällen – bis hin zur Hilflosigkeit – führt und Mobilität dann nicht mehr stattfinden kann.

Allerdings wird eine partielle Bedeutsamkeit für das Binge Drinking in öffentlichen Verkehrsräumen bestätigt, weil der Kontrollverlust analog auch die Entscheidungskompetenzen für eine sichere Verkehrsteilnahme neutralisiert. Jedwede Form der Mobilität gerät dann zum zufallsgesteuerten Risiko – auch für Dritte.

In insgesamt 72 gefährlich(st)en Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss waren die Akteure alleine, im Durchschnitt jedoch zu 6,5 Personen unterwegs. Jenseits des gemeinhin unterstellten Gefahren-Potenzierungsfaktors gemeinsamer Besäufnisse können aus der Gruppensituation möglicherweise auch sicherheitsförderliche Effekte hergeleitet werden. Zumindest wurde in den Interviews wiederholt hervorgehoben, dass Beteiligte in kleineren Gruppen bei Gefahr unmittelbar Hilfe leisten bzw. rettungsdienstliche Maßnahmen initiieren.

Einen zunächst nicht berücksichtigten Einflussfaktor für eine relativ sichere Mobilität unter Alkoholeinfluss stellen große Gruppen, die zu Fuß unterwegs sind, dar. Dieses Phänomen konnte bei Großveranstaltungen (Karneval) beobachtet werden. Wenngleich bereits auf den Hinwegen zu den Veranstaltungsorten zum Teil stark alkoholisiert, veranlassten die im Pulk auftretenden Jugendgruppen andere Verkehrsteilnehmer zur Vorsicht.

Die meisten Befragten haben eine gefährliche Verkehrssituation unter Alkoholeinfluss auf Fußwegen bzw. Bürgersteigen, Straßen und/oder Radwegen erlebt. In Analogie zu diesen Gefahrenorten zogen sich Kinder und Jugendliche leichte Verletzungen vorrangig als Fußgänger ($n = 34$) oder Fahrradfahrer ($n = 51$) zu. Gleichmaßen potenzierten sich mit zunehmendem Alkoholkonsum die Gefahrensituationen bei beiden Verkehrsmittelarten (geringe Fallzahlen!).

Interessanterweise benannten weibliche Jugendliche an zweiter Stelle gefährliche Situationen im Auto. Dieser Hinweis korrespondiert mit den hohen Anteilen verunglückter minderjähriger Pkw-Mitfahrerinnen in der Verkehrsunfallstatistik (DESTATIS, 2013b). Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass in Teilen private Vorsorgestrukturen, wie Bring- bzw. Abholfahrten Dritter usw., die Risiken alkoholierter Mobilität eindämmen. Insbesondere bei Kindern greifen wohl private Vorsorgestrukturen durch Abholfahrten durch Erziehungsberechtigte.

Von den insgesamt 349 Beschreibungen gefährlich(st)er Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss bezogen sich 29 Ortsbeschreibungen auf Infrastrukturen und Fahrzeuge des öffentlichen Personennahverkehrs. Dass allgemeine oder spezielle öffentliche Fahrtenangebote Teile der riskanten Verkehrsexpositionen kompensieren, scheint unbestritten. Allerdings ist deren Sicherheitsbeitrag von der räumlichen und zeitlichen Verfügbarkeit abhängig, die vielerorts (insbesondere auch in städtischen Randlagen sowie im ländlichen Raum) nicht gegeben ist.

Aus den Befragungen der Jugendlichen konnte abgeleitet werden, dass zahlreiche Verletzungen wie auch Sachschäden im Kontext Mobilität unter Alkoholeinfluss weder bei medizinischen noch bei polizeilichen Einrichtungen angezeigt wurden. So erfolgten in nur 62 von insgesamt 145 beschriebenen Situationen mit Leicht- bzw. Schwerverletzten anschließende medizinische Versorgungen, davon 21 mal in Krankenhäusern, 15 mal durch Rettungsdienste und 26 mal durch Hausärzte.

Bei insgesamt 33 der 150 unfallstatistischen Kriterien zugeordneten Situationsbeschreibungen war die Polizei präsent. Mit anderen Worten: Von nur jedem fünften „Unfall“ alkoholierter Kinder und Jugendlichen erlangt die Polizei Kenntnis.

Auch die Vermutung, dass insbesondere Alleinunfälle alkoholierter Jugendlicher nicht polizeilich angezeigt werden, wurde unterstrichen durch die Zuordnung von insgesamt etwa 33 % der Situationsbeschreibungen zu dem Unfallmerkmal „Alleinverschuldung ohne Beteiligung Dritter“ ($n = 77$).

Eine Erklärung für die vergleichsweise geringe Dokumentationslage in der polizeilichen Unfallstatistik führt auf gewollte Verschleierungen der Ursache Alkohol zurück. Dies umso mehr, wenn die antizipierten haftungsrechtlichen Konsequenzen unklar sind. Dabei scheinen die vermeintlich leichten Verletzungen infolge alkoholierter Mobilität von Jugendlichen eher im Sinne inhärenter Konsequenz, ex post gar als statusförderliche Besonderheit interpretiert zu werden. Und auch den Erziehungsberechtigten ist ein geringes Interesse an der „Veröffentlichung“ entsprechenden Handelns ihrer Kinder und Jugendlichen zu unterstellen.

Hinzu kommt, dass gerade Kinder (und Jugendliche) in der subjektiven Wahrnehmung beteiligter institutioneller Akteure wohl vorrangig als Unfallopfer wahrgenommen werden. Diese Wahrneh-

mung wird möglicherweise durch juristisch relevante Altersgrenzen bzw. analoge Rechtsfolgeeinschränkungen beeinflusst.

Zwar wird seitens der involvierten Institutionen (insbesondere der Polizei) ein hohes Maß an Sensibilität für das Themenfeld „Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen“ reklamiert. Allerdings konzentrieren sich die Kontexte (noch) vorrangig auf Vandalismus oder gewalttätige Ausschreitungen alkoholierter Jugendlicher.

Eine weitere Erklärung für die Untererfassung tatsächlicher Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss liegt offensichtlich in der separaten institutionellen Beteiligungsstruktur. Dazu zählen u. a. auch private verkehrsunfallursächliche Versorgungsfahrten in Krankenhäuser, von denen weder Rettungsdienste noch Polizei Kenntnis erlangen. Im Weiteren variieren je Institution sowohl der Grad als auch die Systematik der Datenerfassung (von standardisierten handschriftlichen Unfallprotokollen bis hin zur (nachgelagerten) EDV-technischen Erfassung).

Wohl auch aufgrund der fehlenden Meldepflicht sowie des Datenschutzes existieren bei (einzelnen) involvierten Institutionen kaum oder nur (rudimentäre) handschriftliche Anmerkungen zu den Alkoholisierungsgraden der unfallbeteiligten (verursachenden?) Kinder und Jugendlichen. Zudem wird dem aus der Versicherungswirtschaft nur marginale Bedeutung beigemessen und deshalb bisher auf die Erfassung von Alkoholunfällen der Kinder und Jugendlichen verzichtet. Auch die (öffentlichen) Verkehrsunternehmen müssen zwar die Unfallsachverhalte feststellen, nicht aber die Ursachen oder Beeinträchtigungen der beteiligten Personen.

Ferner besteht bei Jugendämtern keine Meldepflicht für alkoholisierte Kinder und Jugendliche, die im öffentlichen Raum auffällig werden.

Insgesamt wird der Informations- oder Datenabgleich zwischen den involvierten Institutionen durch datenschutzrechtliche Bestimmungen erschwert oder unterbunden. U. a. können die Mitarbeiter der medizinischen Versorgung nur durch die Betroffenen (bzw. ihrer Erziehungsberechtigten) oder Staatsanwaltschaften/Gerichte von ihrer Schweigepflicht entbunden werden.

Aus den vorgetragenen Ergebnissen ist unzweifelhaft Handlungsbedarf herzuleiten.

Wenngleich die fatale Kombination von Alkohol und Straßenverkehrsteilnahme zumeist erst zum Zeitpunkt des Pkw-Führerscheinerwerbs thematisiert wird, so verweist die vorliegende Untersuchung auf eine offensichtliche Fehleinschätzung diesbezüglicher Begründungszusammenhänge. Sowohl der Alkoholkonsum als auch die Mobilität unter Alkoholeinfluss setzen deutlich früher ein. Und auch die damit einhergehenden gefährlichen Verkehrssituationen und Verkehrsunfälle ereignen sich bereits deutlich vor Erreichen des 18. Lebensjahres. Zudem stellt sich die Frage, ob und inwieweit früh erlernter und sukzessive normalisierter Alkoholkonsum nicht nur unmittelbar einen Teil der Verkehrsunfälle von Kindern und Jugendlichen begründet, sondern mittelbar auch biografisch spätere Verkehrsunfälle darauf zurückzuführen sind.

Dem muss die Verkehrsunfallprävention mit geeigneten Maßnahmen Rechnung tragen.⁶¹ Das gilt nicht zuletzt hinsichtlich der überproportionalen Beteiligung männlicher Jugendlicher, und zwar den Alkoholkonsum, die alkoholisierte Mobilität, die dabei erlebten gefährlichen Verkehrssituationen sowie die tatsächlichen Verkehrsunfälle betreffend. Wie andernorts wiederholt festgestellt, macht es wenig Sinn, entsprechende Präventionsmaßnahmen „nach dem Gießkannenprinzip“ an alle Jugendlichen zu richten. Von zielgruppenspezifischen Anspracheformen sind höhere Wirkungsgrade zu erwarten. U. a. bieten die personalkommunikativen Programme „Ernstnehmende Verkehrssicherheitsarbeit – EVA“, „sicherfahren“ und „XpertTalks – Expertengespräche mit jungen Fahrern und Mitfahrern zur Verbesserung der Verkehrssicherheit“ ein geeignetes methodisches Instrumentarium zur biografisch früher ansetzenden, zielgruppenspezifischen Verkehrsunfallprävention. Zudem ließe sich die Verkehrserziehung in der Sekundarstufe I inhaltlich und methodisch um den untersuchten Sachverhalt anreichern.

Im Weiteren ist es dringend angeraten, die nach wie vor bestehende sektorale Trennung der Präventionseinrichtungen, -akteure und -maßnahmen zugunsten ressortübergreifender Ansätze einzuschränken bzw. aufzugeben. Ohne Zweifel ist davon auszugehen, dass gute Drogen- bzw. Alko-

⁶¹ Die Autoren der vorliegenden Untersuchung und viele andere haben a. a. O. belegt, dass personalkommunikative Interventionen diesbezüglich am ehesten Erfolg versprechen.

holpräventionsmaßnahmen implizit stets auch verkehrsunfallpräventive Wirkungen entfalten, zumal die alltagsweltlichen Bezüge z. T. hochgradige Übereinstimmungen ausweisen (z. B. Drogen-/Alkoholkonsum und Freizeitmobilität). Im Weiteren werden – unabhängig von thematischen Schwerpunkten – in beiden (sowie in zahlreichen anderen) Präventionsfeldern allgemeine und besondere (Risiko-)Kompetenzförderungen angestrebt. Und das methodische Repertoire weist große Übereinstimmungen auf. Kooperativ ließen sich beide Präventionsfelder effizienter ausgestalten. Allein die begrenzten zeitlichen Ressourcen der Feldzugänge (insbesondere an Schulen) wären so günstiger auszuschöpfen. Es liegt auf der Hand, bei alldem eine stärkere Zusammenarbeit mit der BZgA anzustreben.

Unzweifelhaft aber bedarf es zunächst einer weitergehenden empirischen Basierung der vorliegenden explorativen Untersuchungsergebnisse, um sowohl die typischen Vorlauf- und Verlaufsprozesse der Mobilität alkoholisierter Kinder und Jugendlicher als auch die damit einhergehenden Verkehrsunfallgefahren und tatsächlich stattfindenden Verkehrsunfälle umfassender und detaillierter beschreiben zu können.

Wie mit der vorliegenden Untersuchung zunächst angestrebt empfiehlt es sich, zu diesem Zweck raumstrukturell unterschiedliche Gebietskörperschaften (zh. B. Bundesländer nach Stadtstaaten und Flächenländern sowie Gebietskörperschaften nach Landkreisen und Ballungsräumen) auszuwählen. So können die Daten und Statistiken aller institutionell Beteiligten (Polizei, Jugend-, Ordnungs- und Gesundheitsämter sowie Rettungsdienste und Krankenhäuser) vergleichend ausgewertet werden. Der Umfang des Helfeldes und diesbezügliche Filterungsprozesse würden so genauer ersichtlich. Wahrscheinlich – dies legen sowohl die forschungspraktischen Erfahrungen der vorliegenden Untersuchung als auch die in der Fachdiskussion häufig bemängelten Unterschiede in der Erhebungssystematik der beteiligten Institutionen nahe – wird es erforderlich sein, im Vorlauf solcher Erhebungen eine genauere und institutionenübergreifende, standardisierte Dokumentation des Geschehens (zh. B. die Alkoholisierung bei der polizeilichen Unfallaufnahme oder die vermutliche oder erfragte Verkehrsverunfallung behandelter Patienten betreffend) zu initiieren, um überhaupt hinreichend differenzierte und vergleichbare Daten verfügbar zu haben.

Dort, wo sensible Persönlichkeitsdaten den Zugang erschweren, könnten – nach Vorgabe – institutionsinterne Auswertungen (zh. B. der Ambulanzprotokolle in Krankenhäusern im Zuge ärztlicher Promotionen) stattfinden.

Zur Bemessung des Dunkelfeldes wären in denselben Räumen repräsentative schriftliche Befragungen durchzuführen. Idealerweise kommen Schüler-Befragungen in Betracht, weil sie die Zielgruppen repräsentieren und die Themen „Alkoholkonsum“ und Verkehrsunfallgefahren“ gerade deshalb Gegenstand des Sozialkunde- und/oder Verkehrserziehungsunterrichts sind bzw. sein sollten. Alternativ wären in den ausgewählten Gebietskörperschaften retrospektive Befragungen von (z. B. mittels zufallsgenerierten Telefonnummern) repräsentativ ausgewählten Personen durchzuführen.

In jedem Fall bedarf es vorab einer Operationalisierung sowohl der Alkoholisierung (bzw. der entsprechenden Ausfallerscheinungen) als auch der Verkehrsunfälle von Kindern und Jugendlichen betreffend.

Gleichermaßen unumgänglich ist es, im Vorfeld eine Eruierung tatsächlicher und vollständiger Feldzugänge durchzuführen. Forschungswirtschaftlich gilt es, die im vorliegenden Forschungsprojekt wiederholten Erfahrungen „ins Leere laufender“ und explizit „verhinderter“ Feldzugänge zu vermeiden. Insbesondere in der Administration vieler Schulen scheint das Thema alkoholisierter, alkoholisiert mobiler und alkoholisiert verunfallter Kinder und Jugendlicher entweder ignoriert oder (in Antizipation möglicher negativer öffentlicher Bewertungen) bewusst verleugnet zu werden. Zur Vermeidung diesbezüglicher empirischer Verzerrungen bedarf es vorab übergeordneter Agreements, Legitimationen oder gar Erlasse.

So die umfassende empirische Basis geschaffen wurde, empfiehlt sich im Weiteren auch hier die ressortübergreifende Zusammenarbeit mit der BZgA. Statt wiederholt fortgeschriebener repräsentativer Untersuchungen auf der einen Seite zum Alkohol- und Drogenkonsum von Kindern und Jugendlichen und auf der anderen Seite zu deren Mobilität und Verkehrsunfällen ist es angezeigt, die regelmäßig stattfindende Drogenaffinitätsstudie der BZgA um einen Fragenkomplex zu Mobilität und Verkehrsunfällen unter Drogen- bzw. Alkoholeinfluss zu ergänzen.

Bei den Empfehlungen unberücksichtigt bleiben muss die oben angesprochene Überlegung etwaiger neurologischer Spätfolgen frühen und intensiven Alkoholkonsums bei erwachsenen Verkehrsteilnehmern. Gleichwohl wäre es bedeutsam, an anderer Stelle zu untersuchen, ob und inwieweit nicht ein Teil der Straßenverkehrsunfälle im Erwachsenenalter u. a. auch auf extensiven Alkoholkonsum im Kindes- und Jugendalter zurückzuführen ist.

9 Literatur

- ALEX: Das Alkohollexikon. Abgerufen unter www.alkohollexikon.de
- BAIER, D.; PFEIFFER, C.; RABOLD, S.; SIMONSON, J.; KAPPES, C.: Kinder und Jugendliche in Deutschland: Gewalterfahrungen, Integration, Medienkonsum. In: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. und Bundesministerium des Innern (Hrsg.): Zweiter Bericht, Nr. 109, Hannover, 2010
- BAIER, D.; PFEIFFER, C.; SIMONSON, J.; RABOLD, S.: Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt. In: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. und Bundesministerium des Innern (Hrsg.): Erster Forschungsbericht, Nr. 107, Hannover, 2009
- BAUMANN, L.; GÜNTHER, I.: Zwischenstation Krankenhaus – Jugendliche und der Alkohol. In: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 9/2008, S. 3-10
- BAUMGÄRTNER, T.; KESTLER, J.: Die Verbreitung des Suchtmittelgebrauchs unter Jugendlichen in Hamburg 2004 bis 2012, Basisauswertung der SCHULBUS-Daten im jahresübergreifenden Vergleich, Kurzbericht, Hamburg, 2013
- BERGER, P.; LUCKMANN, T.: Die soziale Konstruktion der Wirklichkeit, Frankfurt/M, 2009
- Bundesministerium für Gesundheit: JuR Soziale Einflussfaktoren, Motivation und Anreize jugendlichen Rauschtrinkens – Einige Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt „Einflussfaktoren, Motivation und Anreize zum Rauschtrinken bei Jugendlichen“, Berlin, 2009
- BÜSCHER, W.; SIGGELKOW, B.; MOCKLER, M.: Generation Wodka. Wie sich unser Nachwuchs mit Alkohol die Zukunft vernebelt, München, 2011
- BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: Aktuelle Verbreitung und Trends, Köln, 2012
- DESTATIS Statistisches Bundesamt: Verkehrsunfälle, Unfälle unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr 2011, Wiesbaden, 2012
- DESTATIS Statistisches Bundesamt: Krankenhäuser, Krankenhausbehandlungen aufgrund akuter Alkoholintoxikation, Wiesbaden, 2013a abgerufen unter: www.destatis.de
- DESTATIS Statistisches Bundesamt: Verkehr, Verkehrsunfälle 2012, Fachserie 8, Reihe 7, Wiesbaden, 2013b
- DESTATIS Statistisches Bundesamt: Verkehrsunfälle, Kinderunfälle im Straßenverkehr 2012, Wiesbaden, 2013c
- DESTATIS Statistisches Bundesamt: Verkehrsunfälle, Unfälle unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr 2012, Wiesbaden, 2013d
- DESTATIS Statistisches Bundesamt: Verkehrsunfälle, Unfälle von 15- bis 17-Jährigen im Straßenverkehr 2012, Wiesbaden, 2013e
- DESTATIS Statistisches Bundesamt: Verkehrsunfälle, Zweiradunfälle im Straßenverkehr 2012, Wiesbaden, 2013 f.
- DGUV Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: Schülerunfallgeschehen 2012, Statistik – Makrodaten, Arbeits- und Schülerunfälle, München, 2013
- DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.: Binge-Drinking and Europe Report, Hamm, 2008-1
- DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.: Alkohol ist ein gefährliches Produkt – Werbung für Alkohol gefährdet Kinder und Jugendliche, Hamm, 2008-2
- DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.: Binge-Drinking und Alkoholvergiftungen, Factsheet, Stand: März 2010, abgerufen unter www.dhs.de am 16.07.2012

- DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.: Jahrbuch Sucht 2013, Lengerich, 2013
- DRUID: Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines, Final Report, 2012 abgerufen unter www.druid-project.eu
- DYKMANN, M. (Drogenbeauftragte der Bundesregierung): Drogen und Suchtbericht, Berlin, 2011
- EGG, R.: Delikte unter Alkoholeinfluss in Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2013, S. 155-168, Lengerich, 2013
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Pressemitteilung der EU-Beobachtungsstelle in Lissabon, Nr.3/2012, Lissabon, 2011
- FUNK, W.: Kinder im Straßenverkehr – Wandel der Sozialisationsbedingungen und der Verkehrssicherheit für Kinder, Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit, Heft M 164, Bergisch Gladbach, 2004
- GERLACH, J.; SCHWEDLER, M.; LEVEN, T.: Kindermobilität und -unfallgeschehen, Abschlussbericht zum FP 82.343/2008 der Bundesanstalt für Straßenwesen, 2012
- HAUTZINGER, H.; DÜRHOFT H.; HÖRNSTEIN, E.; TASSAUX-BECKER, B.: Dunkelziffer bei Unfällen mit Personenschaden, Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit, Heft M 13, Bergisch Gladbach, 1993
- HOLTE, H.: Profile im Straßenverkehr verunglückter Kinder und Jugendlicher, in Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut Berlin, Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit, Heft M 206, Bergisch Gladbach, 2010
- HOLTE, H.: Einflussfaktoren auf das Fahrverhalten und das Unfallrisiko junger Fahrerinnen und Fahrer, Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit, Heft M 229, Bergisch Gladbach, 2012
- HOPPE, R.; TEKAAT, A.: Disco-Busse. Sicherheitsbeitrag spezieller nächtlicher Beförderungsangebote, Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit, Heft M 42, Bergisch Gladbach, 1995
- Institut für Suchtprävention: Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen in Oberösterreich, Linz, 2009
- KLEINERT, J.; HARTMANN-TEWS, J.; COMBRINCK, C.; ALLMER, H.; JÜNGLING, S.; LOBINGER, C.: Geschlechtsspezifische Interventionen in der Unfallprävention, Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit, Heft M 179, Bergisch Gladbach, 2006
- KLEINHUBBERT, G.: Kampf dem Koma. In: Der Spiegel (Hrsg.), Ausgabe 34/2012, S. 50
- KRAMPE, A.; SACHSE, S.: Risikoverhalten im Straßenverkehr. In: STURZBECHER, D. (Hrsg.): Jugendtrends in Ostdeutschland: Bildung, Freizeit, Politik, Risiken, Opladen, 2002, S. 135-152
- KRAUS, L.; PABST, A.; PIONTEK, D.: Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD), Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen, Institut für Therapieforschung, München, 2011
- LAMPERT, T.; THAMM, M.: Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse des Kinder- und Jugend-surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6, Berlin, 2007, S. 600-608
- LIMBOURG, M.; FLADE, A.; SCHÖNHARTING, J.: Mobilität im Kindes- und Jugendalter – Mutproben im Verkehr, Opladen, 2000, abgerufen unter www.uni-due.de am 09.08.2012
- LIMBOURG, M.: Kinder unterwegs im Straßenverkehr. In: Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Prävention in NRW, Ausgabe 12, Düsseldorf, 2008
- NEUMANN-OPITZ, N.; BARTZ, R.; LEIBNITZ, C.: Kinderunfallatlas, Regionale Verteilung von Kinderunfällen in Deutschland, Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit, Heft M 192, Bergisch Gladbach, 2008
- PSYCHENET – Hamburger Netz psychische Gesundheit: Alkoholkonsum bei Jugendlichen und seine Folgen, 2013 abgerufen unter www.psychenet.de

RAITHEL, J.: Mutproben im Übergang von Kindes- ins Jugendalter. Befunde zu Verbreitung, Formen und Motiven. In: Zeitschrift für Pädagogik, Nr. 49, Heft 5, 2003

RKI Robert-Koch-Institut: Der Kinder- und Jugend-survey (KiGGS) 2003-2006, 2007 abgerufen unter www.rki/DE/Content/Gesundheitsmonito-ring/Studien/KiGGS/Basiserhebung/GPA_Daten/Alkohol.pdf

RKI Robert-Koch-Institut: Rauschtrinken (Bing Drinking) aus: Gesundheit in Deutschland aktuell 2009, 2011, Berlin, 2011

RKI Robert-Koch-Institut: Gesundheit in Deutsch-land aktuell 2010 (GEDA 2010), 2012 abgerufen unter www.gbe-bund.de am 13.01.2014

RKI Robert-Koch-Institut: Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland 2013 abgerufen unter www.rki.de/Gesundheitsmonito-ring/Studien/KiGGS_welle1.pdf am 15.01.2014

RP online: Schock im Karneval, abgerufen unter www.rp-online.de am 08.02.2013

SCHULZE, H.: Lebensstil und Verkehrsverhalten junger Fahrer und Fahrerinnen, Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Mensch und Sicherheit, Heft M 56, Bergisch Gladbach, 1996

STOLK, M.; SACK, P. M.; THOMASIU, R.: Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter, Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.) WS 2009/10:32, 2010 abgerufen unter www.aerzteblatt.de am 03.07.2012

STORB, T.: Risikoverhalten im Jugendalter – Suchtmittelkonsum und Verkehrsgefährdung, Diplomarbeit an der Universität-Gesamthochschule Essen, Essen, 2003

STUMPP, G.; STANDER, B.; REINL, H.: Einfluss-faktoren, Motivation und Anreize bei Jugend-lichen zum Rauschtrinken bei Jugendlichen, Forschungsprojekt i. A. des Bundesministeriums für Gesundheit, Tübingen, 2009

Unfallkasse NRW: Prävention in NRW, Ausgabe 12, Düsseldorf, 2008

Anhang

Anlage 1: Fragebogen zur schriftlichen Befragung des Gesundheitsamtes Rhein-Kreis Neuss

rhein
kreis
neuss

Studie

...zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rhein-Kreis Neuss

Liebe Schülerin, lieber Schüler,

die Menschen im Rhein-Kreis Neuss, auch die Entscheidungsträger aus Politik und Verwaltung möchten gern wissen, wie gesund die Kinder und Jugendlichen in unserem Kreis sind und ganz besonders, wie sie mit dem Thema Medien-, Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum umgehen und welches Essverhalten sie aufweisen. Daher bitten wir Dich, den beiliegenden Fragebogen auszufüllen. Selbstverständlich ist Deine Mitarbeit freiwillig. Die Auswertung der Fragebögen erfolgt ganz anonym, also ohne Nennung Deines Namens. Bitte antworte ehrlich auf die Fragen und kreuze an, was auf Dich zutrifft. Für Deine Hilfe danken wir Dir sehr herzlich.

Das Befragungsteam des
Gesundheitsamtes des Rhein-Kreises Neuss

Weitere Auskünfte erteilt:

Valeria Diewald, Kreisgesundheitsamt
Lindenstraße 2-10
in 41515 Grevenbroich
Tel. 02181-6015333, Fax 02181-60185333
E-Mail: valeria.diewald@rhein-kreis-neuss.de

1. Bist du

- ein Junge
 ein Mädchen

2. In welche Schule gehst Du?

- Hauptschule
 Realschule
 Gesamtschule
 Gymnasium
 Berufsschule

Nur vom Befragungsteam auszufüllen

Größe:cm

Gewicht:kg

3. In welche Klasse gehst Du?

in die Klasse

4. Wie lautet dein Geburtsdatum? (nur Monat und Jahr angeben, z.B. 07.99!)

.....

5. In welchem Land bist Du geboren?

- in Deutschland in einem anderen Land
 In welchem?

6. In welchem Land sind Deine Eltern geboren? (Bitte für beide Elternteile angeben)

Mutter

- in Deutschland in einem anderen Land
 In welchem?

Vater

- in Deutschland in einem anderen Land
 In welchem?

7. Wo wohnst Du?

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gemeinde Rommerskirchen | <input type="checkbox"/> Stadt Dormagen | <input type="checkbox"/> Stadt Kaarst |
| <input type="checkbox"/> Gemeinde Jüchen | <input type="checkbox"/> Stadt Grevenbroich | <input type="checkbox"/> Stadt Neuss |
| <input type="checkbox"/> Stadt Korschenbroich | <input type="checkbox"/> Stadt Meerbusch | <input type="checkbox"/> _____ |

8. Rauchst Du zurzeit?

- nein (Gehe bitte weiter zu Frage 14)
 ja

17. Wenn Du Alkohol konsumierst, wo trinkst du häufig?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> zu Hause | <input type="checkbox"/> bei Freunden |
| <input type="checkbox"/> Schule (Schulhof, Party) | <input type="checkbox"/> Disko, Kneipe, Bar, Café |
| <input type="checkbox"/> Sport- oder Schützenverein | <input type="checkbox"/> im Freien (Stadtpark, Biergarten) |

18. Hast Du in den letzten 30 Tagen bei einer Gelegenheit fünf oder mehr Gläser Alkohol getrunken?

- ja nein (Gehe bitte weiter zu Frage 26)

19. Wie oft hast Du in den letzten 30 Tagen bei einer Gelegenheit fünf oder mehr Gläser Alkohol getrunken?

- ein Mal zwei Mal drei Mal und häufiger

20. Was war der Grund dafür, dass du bei einer Gelegenheit fünf oder mehr Gläser Alkohol getrunken hast?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> der günstige Preis | <input type="checkbox"/> aus Lust |
| <input type="checkbox"/> aus Frust | <input type="checkbox"/> als Mutprobe |
| <input type="checkbox"/> weil es geschmeckt hat | <input type="checkbox"/> weil die anderen so viel getrunken haben |
| <input type="checkbox"/> | |

21. Bist du schon einmal wegen einer Alkoholvergiftung in ein Krankenhaus gebracht worden?

- ja nein

22. Wie oft warst du unter Alkoholeinfluss schon einmal an einem Verkehrsunfall beteiligt? (Wenn noch nicht, trage bitte jeweils eine „0“ ein. Falls überall „0“, mache bitte weiter mit Frage 25)

	Zu Fuß	mit dem Fahrrad	mit dem Mofa / Sooter	mit dem Auto	mit Bus / Bahn
Wie oft beteiligt?	_ mal	_ mal	_ mal	_ mal	_ mal

23. Hast du dich bei dem „Alkoholunfall“ verletzt?

	Zu Fuß	Fahrrad	Mofa / Sooter	Auto	Bus / Bahn
Nicht verletzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leicht verletzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwer verletzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Wie alt warst du zum Zeitpunkt deines ersten „Alkoholunfalls“?

Ich war ... Jahre alt.

25. Hast du folgende Mittel in den vergangenen 12 Monaten ausprobiert?

	nie	einmal	2 bis 5 mal	Häufiger als 5 mal	Ich kenne diese Mittel nicht
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis, Marihuana, Haschisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufputschmittel (Amphetamine, Speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chemical researches (Kräutermischungen, Badesalz, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente, um dich zu berauschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Machst Du Dir Sorgen, weil du manchmal mit dem Essen nicht aufhören kannst?

ja nein

27. Findest Du Dich zu dick, während andere Dich zu dünn finden?

ja nein



28. Hast Du in der letzten Zeit mehr als 6 kg in drei Monaten abgenommen?

ja nein

29. Übergibst Du dich, wenn Du Dich unangenehm voll fühlst?

ja nein

30. Würdest Du sagen, dass „Essen“ Dein Leben sehr beeinflusst?

ja nein

31. Wie lange beschäftigst Du Dich durchschnittlich pro Tag mit folgenden Dingen?



	gar nicht	0 bis 45 min.	45 min bis 2 Std.	2 bis 4 Std.	4 bis 6 Std.	6 bis 8 Std.	Mehr als 8 Std.
Im Haushalt helfen (einkaufen...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausaufgaben / Lernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aktiv Sport treiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Instrument spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich mit Freunden treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen/ Video / DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielkonsole (Nintendo, x-Box, Wii)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computer/ Internet/Tablet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handy / Iphone, Smartphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio, CD hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesen (Papier oder e-Book)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Gehst du regelmäßig in einen Jugendklub / ins Gemeindezentrum?

ja nein

33. Bist du Mitglied in einem Sportverein?

ja nein

34. Wenn ja, welche Sportart treibst du?

.....

Es ist geschafft...



Wir danken Dir herzlich für deine Mitarbeit.

Die Ergebnisse dieser Befragung fließen in den Bericht zum Stand der Kinder- und Jugend-
gesundheit ein. Wenn Du an der Auswertung interessiert bist, klicke bei Gelegenheit auf die
Webseite des Rhein-Kreises Neuss unter www.rhein-kreis-neuss.de

Anlage 2: Fragebogen zur eigenen schriftlichen Befragung

Im Rahmen verschiedener Projekte zur Vermeidung von Verkehrsunfällen junger Fahrer und Mitfahrer wird diskutiert, wie man gefährliche Verkehrssituationen vermeiden kann.

Dabei geht es immer wieder auch um das Thema Alkohol.

Aktuell wird untersucht, ob Jugendliche auch schon vor dem Erwerb des Pkw-Führerscheins gefährliche Verkehrssituationen unter Alkoholeinfluss erleben.

Dazu führen wir - die Planungsgesellschaft Verkehr Köln - im Auftrag der Bundesanstalt für Straßenwesen u.a. diese Befragung durch.

Die Teilnahme ist freiwillig, dauert nur wenige Minuten und die Daten werden selbstverständlich so ausgewertet, dass man nicht auf einzelne Antwortende schließen kann.

1. Alter: ____ Jahre

2. Geschlecht: männlich weiblich

3. Welchen Schulabschluss haben Sie bereits?

- Hauptschule Fachoberschule
 Realschule Berufsschule
 Gymnasium Sonstigen: _____ noch keinen Schulabschluss

4. Welche Schulform besuchen Sie derzeit?

- Hauptschule Fachoberschule
 Realschule Berufsschule, welcher Berufszweig? _____
 Gymnasium Sonstige: _____

5. Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an? _____

6. In welchem Alter haben Sie das erste Mal Alkohol getrunken?

- mit ____ Jahren noch nie (Befragungsende)

7. In welchem Alter haben Sie das erste Mal übermäßig Alkohol getrunken?

(Übermäßig bedeutet: So viel Alkohol, dass Sie anschließend in Ihren Wahrnehmungen und / oder Reaktionen deutlich eingeschränkt waren!)

- mit ____ Jahren noch nie

8. Wie oft waren Sie seither nach übermäßigem Alkoholkonsum in öffentlichen Räumen (Wege, Straßen, Busse / Bahnen usw.) unterwegs? (Bitte nur eine Angabe eintragen!)

- ca. ____ mal pro Woche ca. ____ mal pro Jahr
ca. ____ mal pro Monat ca. ____ mal insgesamt

9. Wie oft haben Sie alkoholisiert schon gefährliche Verkehrssituationen erlebt?

____ mal insgesamt

10. Wie oft ist es dabei schon zu "echten" Unfällen gekommen?

____ mal insgesamt

11. Aus Ihrer Erinnerung bitte auf der Rückseite eine kurze Beschreibung Ihrer beiden gefährlichsten Verkehrssituationen /-unfälle unter Alkoholeinfluss:

(Bei mehreren Ereignissen, bitte zuerst die gefährlichsten aus der Zeit vor Ihrem 18. Lebensjahr angeben!)

Wo waren Sie unterwegs?		1. Gefährliche Verkehrssituation	
<input type="checkbox"/> Fußweg / Bürgersteig	<input type="checkbox"/> Bushaltestelle	<input type="checkbox"/> Bahnsteig /-gleise	
<input type="checkbox"/> Radweg	<input type="checkbox"/> in Bus / Bahn	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
<input type="checkbox"/> Straße / Fahrbahn	<input type="checkbox"/> in Auto		
Wie waren Sie unterwegs und wie schwer wurden Sie verletzt?			
	zu Fuß	Fahrrad	Mofa usw.
nicht verletzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leicht verletzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwer verletzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Auto
			Bus / Bahn
Zu wie vielen waren Sie unterwegs?	zu _____ Personen	<input type="checkbox"/> alleine unterwegs	
Wie alt waren Sie zu dem Zeitpunkt?	_____ Jahre		
Wie stark waren Sie alkoholisiert?	<input type="checkbox"/> volltrunken	<input type="checkbox"/> betrunken	<input type="checkbox"/> leicht angetrunken
Wie wurden Sie medizinisch versorgt?	<input type="checkbox"/> Rettungsdienst	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Hausarzt, später
			<input type="checkbox"/> keine med. Versorgung
Wurde das Ereignis polizeilich erfasst (z.B. Unfallaufnahme)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wie kam es zu der Situation? (Bitte in Stichworten beschreiben!)			

Wo waren Sie unterwegs?		2. Gefährliche Verkehrssituation	
<input type="checkbox"/> Fußweg / Bürgersteig	<input type="checkbox"/> Bushaltestelle	<input type="checkbox"/> Bahnsteig /-gleise	
<input type="checkbox"/> Radweg	<input type="checkbox"/> in Bus / Bahn	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
<input type="checkbox"/> Straße / Fahrbahn	<input type="checkbox"/> in Auto		
Wie waren Sie unterwegs und wie schwer wurden Sie verletzt?			
	zu Fuß	Fahrrad	Mofa usw.
nicht verletzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leicht verletzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwer verletzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Auto
			Bus / Bahn
Zu wie vielen waren Sie unterwegs?	zu _____ Personen	<input type="checkbox"/> alleine unterwegs	
Wie alt waren Sie zu dem Zeitpunkt?	_____ Jahre		
Wie stark waren Sie alkoholisiert?	<input type="checkbox"/> volltrunken	<input type="checkbox"/> betrunken	<input type="checkbox"/> leicht angetrunken
Wie wurden Sie medizinisch versorgt?	<input type="checkbox"/> Rettungsdienst	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Hausarzt, später
			<input type="checkbox"/> keine med. Versorgung
Wurde das Ereignis polizeilich erfasst (z.B. Unfallaufnahme)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wie kam es zu der Situation? (Bitte in Stichworten beschreiben!)			

Das war's. Herzlichen Dank für's Mitmachen.

Wenn Sie noch mehr zu berichten haben (z.B. Beobachtung anderer gefährlicher Verkehrssituationen), dann melden Sie sich bitte: 0221-9625430 bzw. info@pgv-koeln.de.

Schriftenreihe

Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen

Unterreihe „Mensch und Sicherheit“

2009

- M 199: Maßnahmen zur Verbesserung der visuellen Orientierungsleistung bei Fahranfängern
Müsseler, Debus, Huestegge, Anders, Skottke € 13,50
- M 200: Entwicklung der Anzahl Schwerstverletzter infolge von Straßenverkehrsunfällen in Deutschland
Lefering € 13,50
- M 201: Bedeutung der Fahrpraxis für den Kompetenzerwerb beim Fahrenlernen
Grattenthaler, Krüger, Schoch € 20,00
- M 202: Computergestützte Medien und Fahrsimulatoren in Fahrerlaubnisprüfung
Weiß, Bannert, Petzoldt, Krems € 16,00
- M 203: Testverfahren zur psychometrischen Leistungsprüfung der Fahrerlaubnisprüfung
Poschadel, Falkenstein, Pappachan, Poll, Willmes von Hinckeldey € 16,50
- M 204: Auswirkungen von Belastungen und Stress auf das Verkehrsverhalten von Lkw-Fahrern
Evers € 21,00
- M 205: Das Verkehrsquiz – Evaluationsinstrumente zur Erreichung von Standards in der Verkehrs-/Mobilitätsbildung der Sekundarstufe
Heidemann, Hufgard, Sindern, Riek, Rudinger € 16,50

2010

- M 206: Profile im Straßenverkehr verunglückter Kinder und Jugendlicher
Holte € 18,50
- M 207: ADAC/BAST-Symposium „Sicher fahren in Europa“ nur als CD erhältlich € 24,00
- M 208: Volkswirtschaftliche Kosten durch Straßenverkehrsunfälle in Deutschland
Baum, Kranz, Westerkamp € 18,00
- M 209: Unfallgeschehen auf Landstraßen – Eine Auswertung der amtlichen Straßenverkehrsunfallstatistik
Heinrich, Pöppel-Decker, Schönebeck, Ulitzsch € 17,50
- M 210: Entwicklung und Evaluation eines Screening-Tests zur Erfassung der Fahrkompetenz älterer Kraftfahrer (SCREEMO)
Engin, Kocherscheid, Feldmann, Rudinger € 20,50
- M 211: Alkoholverbot für Fahranfänger
Holte, Assing, Pöppel-Decker, Schönebeck € 14,50
- M 212: Verhaltensanweisungen bei Notsituationen in Straßentunneln
Färber, Färber € 19,00
- M 213: Begleitetes Fahren ab 17 Jahre – Prozessevaluation des bundesweiten Modellversuchs
Funk, Grüninger, Dittrich, Göbler, Hornung, Kreßner, Libal, Limberger, Riedel, Schaller, Schilling, Svetlova € 33,00

2011

- M 214: Evaluation der Freiwilligen Fortbildungsseminare für Fahranfänger (FSF) – Wirksamkeitsuntersuchung
Sindern, Rudinger € 15,50
- M 215: Praktische Fahrerlaubnisprüfung – Grundlagen und Optimierungsmöglichkeiten – Methodische Grundlagen und Möglichkeiten der Weiterentwicklung
Sturzbecher, Bönninger, Rüdell et al. € 23,50
- M 216: Verkehrserziehungsprogramme in der Lehreraus-/Fortbildung und deren Umsetzung im Schulalltag – Am Beispiel der Moderatorenkurse „EVA“, „XpertTalks“, „sicherfahren“ und „RiSk“
Neumann-Opitz, Bartz € 14,50
- M 217: Leistungen des Rettungsdienstes 2008/09 Analyse des Leistungsniveaus im Rettungsdienst für die Jahre 2008 und 2009
Schmiedel, Behrendt € 16,50
- M 218: Sicherheitswirksamkeit des Begleiteten Fahrens ab 17. Summative Evaluation
Schade, Heinzmann € 20,00
- M 218b: Summative Evaluation of Accompanied Driving from Age 17
Schade, Heinzmann
Dieser Bericht liegt nur in digitaler Form vor und kann unter <http://bast.opus.hbz-nrw.de/> heruntergeladen werden.
- M 219: Unterstützung der Fahrausbildung durch Lernsoftware
Petzoldt, Weiß, Franke, Krems, Bannert € 15,50

2012

- M 220: Mobilitätsstudie Fahranfänger – Entwicklung der Fahrleistung und Autobenutzung am Anfang der Fahrkarriere
Funk, Schneider, Zimmermann, Grüninger € 30,00
- M 221: Maßnahmen zur Erhöhung der Verkehrssicherheit von Kleintransportern
Roth € 15,00
- M 222: Neue Aufgabenformate in der Theoretischen Fahrerlaubnisprüfung
Malone, Biermann, Brünken, Buch € 15,00
- M 223: Evaluation der bundesweiten Verkehrssicherheitskampagne „Runter vom Gas!“
Klimmt, Maurer € 15,00
- M 224: Entwicklung der Verkehrssicherheit und ihrer Rahmenbedingungen bis 2015/2020
Maier, Ahrens, Aurich, Bartz, Schiller, Winkler, Wittwer € 17,00
- M 225: Ablenkung durch fahrfremde Tätigkeiten – Machbarkeitsstudie
Huemer, Vollrath € 17,50
- M 226: Rehabilitationsverlauf verkehrsauffälliger Kraftfahrer
Glitsch, Bornwasser, Dünkel € 14,00
- M 227: Entwicklung eines methodischen Rahmenkonzeptes für Verhaltensbeobachtung im fließenden Verkehr
Hautzinger, Pfeiffer, Schmidt € 16,00
- M 228: Profile von Senioren mit Autounfällen (PROSA)
Pottgießer, Kleinemas, Dohmes, Spiegel, Schädlich, Rudinger € 17,50
- M 229: Einflussfaktoren auf das Fahrverhalten und das Unfallrisiko junger Fahrerinnen und Fahrer
Holte € 25,50
- M 230: Entwicklung, Verbreitung und Anwendung von Schulwegplänen
Gerlach, Leven, Leven, Neumann, Jansen € 21,00

M 231: Verkehrssicherheitsrelevante Leistungspotenziale, Defizite und Kompensationsmöglichkeiten älterer Kraftfahrer
Poschadel, Falkenstein, Rinkenauer, Mendzheritskiy, Fimm, Worringer, Engin, Kleinemas, Rudinger € 19,00

M 232: Kinderunfallatlas – Regionale Verteilung von Kinderverkehrsunfällen in Deutschland
Neumann-Opitz, Bartz, Leipzig € 18,00

2013

M 233: 8. ADAC/BAST-Symposium 2012 – Sicher fahren in Europa
CD-ROM / kostenpflichtiger Download € 18,00

M 234: Fahranfängervorbereitung im internationalen Vergleich
Genschow, Sturzbecher, Willmes-Lenz € 23,00

M 235: Ein Verfahren zur Messung der Fahrsicherheit im Realverkehr entwickelt am Begleiteten Fahren
Glaser, Waschulewski, Glaser, Schmid € 15,00

M 236: Unfallbeteiligung von Wohnmobilen 2000 bis 2010
Pöppel-Decker, Langner
Dieser Bericht liegt nur in digitaler Form vor und kann unter <http://bast.opus.hbz-nrw.de/> heruntergeladen werden.

M 237: Schwer erreichbare Zielgruppen – Handlungsansätze für eine neue Verkehrssicherheitsarbeit in Deutschland
Funk, Faßmann € 18,00

M 238: Verkehrserziehung in Kindergärten und Grundschulen
Funk, Hecht, Nebel, Stumpf € 24,50

M 239: Das Fahrerlaubnisprüfungssystem und seine Entwicklungspotenziale – Innovationsbericht 2009/2010 € 16,00

M 240: Alternative Antriebstechnologien – Marktdurchdringung und Konsequenzen – Berichtsjahr 2011 – Abschlussbericht
Küter, Holdik, Pöppel-Decker, Ulitzsch
Dieser Bericht liegt nur in digitaler Form vor und kann unter <http://bast.opus.hbz-nrw.de/> heruntergeladen werden.

M 241: Intervention für punkteauffällige Fahrer – Konzeptgrundlagen des Fahreignungsseminars
Glitsch, Bornewasser, Sturzbecher, Bredow, Kaltenbaek, Büttner € 25,50

M 242: Zahlungsbereitschaft für Verkehrssicherheit – Vorstudie
Bahamonde-Birke, Link, Kunert € 14,00

2014

M 243: Optimierung der Praktischen Fahrerlaubnisprüfung
Sturzbecher, Mörl, Kaltenbaek € 25,50

M 244: Innovative Konzepte zur Begleitung von Fahranfängern durch E-Kommunikation
Funk, Lang, Held, Hallmeier € 18,50

M 245: Psychische Folgen von Verkehrsunfällen
Auerbach € 20,00

M 246: Prozessevaluation der Kampagnenfortsetzung 2011-2012 „Runter vom Gas!“
Klimmt, Maurer, Baumann € 14,50

AKTUALISIERTE NEUAUFLAGE VON:

M 115: Begutachtungseilnlinien zur Kraftfahreignung – gültig ab 1. Mai 2014
Gräcmann, Albrecht € 17,50

M 247: Psychologische Aspekte des Unfallrisikos für Motorradfahrerinnen und -fahrer
von Below, Holte € 19,50

M 248: Erkenntnisstand zu Verkehrssicherheitsmaßnahmen für ältere Verkehrsteilnehmer
Falkenstein, Joiko, Poschadel € 15,00

M 249: Wirkungsvolle Risikokommunikation für junge Fahrerinnen und Fahrer
Holte, Klimmt, Baumann, Geber € 20,00

M 250: Ausdehnung der Kostentragungspflicht des § 25a StVG auf den fließenden Verkehr
Müller € 15,50

M 251: Alkohol-Interlocks für alkoholauffällige Kraftfahrer
Hauser, Merz, Pauls, Schnabel, Aydeniz, Blume, Bogus, Nitzsche, Stengl-Herrmann, Klipp, Buchstaller, DeVol, Laub, Müller, Veltgens, Ziegler € 15,50

M 252 Psychologische Aspekte des Einsatzes von Lang-Lkw
Glaser, Glaser, Schmid, Waschulewski
Dieser Bericht liegt nur in digitaler Form vor, ist interaktiv und kann unter <http://bast.opus.hbz-nrw.de/> heruntergeladen werden.

2015

M 253: Simulatorstudien zur Ablenkungswirkung fahrfremder Tätigkeiten
Schömgig, Schoch, Neukum, Schumacher, Wandtner € 18,50

M 254: Kompensationsstrategien von älteren Verkehrsteilnehmern nach einer VZR-Auffälligkeit
Karthaus, Willemsen, Joiko, Falkenstein € 17,00

M 255: Demenz und Verkehrssicherheit
Fimm, Blankenheim, Poschadel € 17,00

M 256: Verkehrsbezogene Eckdaten und verkehrssicherheitsrelevante Gesundheitsdaten älterer Verkehrsteilnehmer
Rudinger, Haverkamp, Mehlis, Falkenstein, Hahn, Willemsen € 20,00

M 257: Projektgruppe MPU-Reform
Albrecht, Evers, Klipp, Schulze € 14,00

M 258: Marktdurchdringung von Fahrzeugsicherheitssystemen
Follmer, Geis, Gruschwitz, Hölscher, Raudszus, Zlocki € 14,00

M 259: Alkoholkonsum und Verkehrsunfallgefahren bei Jugendlichen
Hoppe, Tekaat € 16,50

Alle Berichte sind zu beziehen im:

Carl Schünemann Verlag GmbH
Zweite Schlachtpforte 7
28195 Bremen
Tel. (0421) 3 69 03-53
Fax (0421) 3 69 03-48
www.schuenemann-verlag.de

Dort ist auch ein Kompletverzeichnis erhältlich.