Suchtprävention
in der Schule

Informationsmaterialien für die Schulgemeinschaft
erstellt vom Institut Suchtprävention, Linz

DAS ZUKUNFTSMINISTERIUM

bm:bwk

Auf der beiliegenden CD finden Sie den Text der Broschüre sowie die Grafiken der Seiten 18 und 26 als pdf-Dateien zum Ausdrucken.

Zum Öffnen dieser Dokumente benötigen Sie den Acrobat Reader, der kostenlos von www.adobe.de herunterzuladen ist.

IMPRESSUM

Herausgeber und Medieninhaber:
Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur,
Abteilung V/12
1014 Wien, Minoritenplatz 5

Für den Inhalt verantwortlich:
Beatrix Haller

Autorinnen und Autoren:

Grundlagen:
Richard Paulik, Ingrid Rabeder-Fink, Alfred Uhl

Methoden schulischer Suchtprävention:
Irmgard Bretbacher, Ingrid Rabeder-Fink, Ursula Svoboda

Psychoaktive Substanzen:
Rainer Schmidbauer, Ulli Schwarz, Alfred Springer

Stoffungebundene Substanzen:
Franz Gschwandtner, Alexandra Lagemann, Seifried Seyer

Grafische Gestaltung: Atelier Simma

Druck: AV Druck Plus

Wien, Dezember 2002

Inhalt

Vorwort 5

07 1. EINLEITUNG

11 2. GRUNDLAGEN

Terminologie 12
Von der Rauschgiftprävention zur Gesundheitsförderung 23
Ansatzpunkte schulischer Suchtprävention 24
Umgang mit Problemen/Krisen 36
Geschlechtsbezogene Suchtprävention 44
Literatur 50

53 3. METHODEN SCHULISCHER SUCHTPRÄVENTION

Leben – Erleben – Beleben 58
Suchen – Sehnen – Genießen 74
Verstehen – Möglichkeiten erweitern – Alternativen finden 80
Alkohol – Nikotin – Essstörungen 85

125 4. PSYCHOAKTIVE SUBSTANZEN

Einschätzung des Risikos 126
Alkohol 126
Tabak 137
Psychoaktive Arzneimittel 146
Illegale psychoaktive Substanzen 150
Polytoxikomanie 162
Erfahrung mit illegalen psychoaktiven Substanzen in Europa 162
Literatur 163

167 5. STOFFUNGEBUNDENE SUCHTFORMEN

Essstörungen 168
Internetsucht 177
Spielsucht 180
Arbeitssucht 182

185 6. ANHANG

Helfen statt strafen 186
Grundsatzerlass Gesundheitserziehung 190
Grundsatzerlass Medienerziehung 195
Unterstützende Maßnahmen 203
Ansprechpartner/innen 205
Literaturhinweise – Unterrichtsmaterialien 208

Vorwort

Suchtprävention ist eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsförderung in den Schulen. Österreichs Schulen haben sich in den letzten Jahren ganz bewusst dieser Herausforderung gestellt. Erfahrungsgemäß ist Suchtprävention besonders wirksam, wenn sie zu einem frühen Zeitpunkt einsetzt. Zentrale Elemente dabei sind die Stärkung der Persönlichkeit der Jugendlichen, die altersgerechte Information über psychoaktive Substanzen, Sucht und Suchtvorbeugung und die Förderung eines positiven Schulklimas.

Schülerinnen und Schüler sollen zu einer aktiven und kreativen Lebensgestaltung motiviert werden und lernen, schwierige Lebensphasen zu bewältigen. Erfolgreiche Suchtprävention muss als längerfristige Maßnahme gesehen werden und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Lehrer/innen, Eltern und Fachleuten fördern.

Die vorliegenden Unterrichtsmaterialien sind eine Neukonzeption der 1997 herausgegebenen Mappe „Gemeinsam lernen – Aktive Suchtvorbeugung in der Schule“ des Institutes Suchtprävention, Linz. Sie geben einen hervorragenden Überblick über den Stand des Wissens zum Thema Sucht und Suchtentstehung sowie über Ansatzpunkte und Methoden schulischer Suchtprävention. Von den jahrelangen Erfahrungen der Expertinnen und Experten sollen wertvolle Anregungen ausgehen.

Ich danke allen Autorinnen und Autoren für die Erstellung dieser Materialien und allen Lehrerinnen und Lehrer für ihren Einsatz im Bereich der schulischen Suchtprävention.



Elisabeth Gehrer
Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur

Einleitung

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

das relativ junge Aufgabenfeld der Suchtprävention hat in den letzten Jahren enormen Aufschwung erhalten. Nach Univ. Prof. Dr. Ambros Uchtenhagen (Zürich) gibt es „kaum eine Disziplin, die sich mit derartiger Geschwindigkeit entwickelt, wie die Suchtprävention".

Als Leitgedanken für die Arbeit mit den vorliegenden Materialien haben wir einen Titel von Hartmut von Hentig (1985) entliehen: Die Menschen stärken, die Sachen klären.
Mit diesem Satz werden zentrale Aufgaben pädagogischer Arbeit und, wie wir meinen, auch präventiven Handelns angesprochen.

Die Menschen stärken: Moderne Suchtprävention ist in eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik eingebettet: „Menschen sollen befähigt werden, möglichst viel Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung der eigenen Gesundheit auszuüben und Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und die anderer zu übernehmen." (Ottawa-Charta Gesundheitsförderung 1986) Suchtprävention meint damit die Förderung der Lebenskompetenz. Das beinhaltet auch Wissen über psychoaktive Substanzen, Suchtmechanismen und die Einflussnahme auf die Rahmenbedingungen. Suchtprävention soll dabei nicht als Einübung einzelner Techniken, sondern unter anderem auch als Anlass für Begegnung, für Auseinandersetzung mit sich selbst und mit dem Anderen, als „Beziehungsarbeit" aufgefasst werden. Suchtprävention wird als pädagogische Grundhaltung verstanden, die sich in Wertschätzung und respektvollem Umgang mit Schülerinnen und Schülern und Kolleginnen und Kollegen ausdrückt. Die Haltung der Lehrer/innen spielt in diesem Zusammenhang eine besonders große Rolle. Anders als z. B. im Rechenunterricht, schimmern bei den Themen Sucht und Drogen persönliche und politische Werte immer durch.

Die Sachen klären: Begriffe wie Sucht und Drogen sind häufig mit angsterfüllten und übertriebenen Vorstellungen verknüpft. Im Zusammenhang mit legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen sind Fehlmeinungen, Verharmlosungen und Übertreibungen weit verbreitet. Es besteht also ein besonders hoher Bedarf an fachlicher und sachlicher Auseinandersetzung mit diesem Themenbereich.

Die Aufgabe einer professionellen Suchtvorbeugung ist hier das Zur-Verfügung-Stellen fachlich fundierter Informationen und die Auseinandersetzung mit Mythen und Ideologien, Fehlmeinungen und fehlenden Informationen von Erwachsenen und Jugendlichen. Übertriebene, vorrangig angstlastige Darstellungen sind ebenso Thema wie einseitige, nur auf die positiven Aspekte von bestimmten Substanzen zielende Ideologien von Jugendszenen und „Drogenkulturen", legalen wie illegalen.

Die Weiterentwicklung von relevanten Grundhaltungen und ethischen Überlegungen erscheint in diesem Zusammenhang für die Suchtprävention unabdingbar: Suchtpräventive Maßnahmen sind inhaltlich eng mit demokratie- und menschenrechtspolitischen Fragestellungen verknüpft, im Spannungsfeld zwischen Verantwortung einerseits und der Freiheit des Einzelnen andererseits. Die sorgsame Auseinandersetzung mit ethischen Aspekten der Suchtprävention gilt als notwendige Basis für alle Personen, die präventiv tätig sein wollen. Ganz besonders im Zusammenhang mit illegalen psychoaktiven Substanzen ist eine möglichst sachliche Diskussion immer wieder einzufordern.

An dieser Stelle sei auf eine grundsätzliche Problematik im Zusammenhang mit Bildungsmaßnahmen hingewiesen: Bei manchen vorschnellen Präventionsüberlegungen geht die Einbindung der Beteiligten (meistens Minderjährigen) leicht verloren. Es besteht die Gefahr, Schüler/innen, Jugendliche und Erwachsene als suchtpräventiv zu „behandelnde" Objekte zu sehen, die nur entsprechend zu beeinflussen sind. In dieser Frage ist das Recht des Individuums auf individuelle Selbstbestimmung zu betonen. Bei Bildung geht es um Anregungen und nicht um Eingriff, mechanische Übertragung oder gar Zwang. Der Mensch bildet sich. Bilden ist ein „Sich – Bilden" (Hentig v. 1999). Die Entscheidung darüber, wie Angebote angenommen, abgelehnt oder kreativ genützt und in das eigene Leben integriert werden, soll beim Einzelnen liegen.

Diese Forderungen an eine moderne Prävention werden durch die Praxis zusätzlich untermauert: Denn die Erfahrungen zeigen, dass Prävention nicht gegen die Individuen, sondern nur mit ihnen erfolgreich ist (Kardorff 1995).

Die Inhalte der vorliegenden Materialien sind folgendermaßen gegliedert:

Im Grundlagenteil werden relevante Begriffe rund um die Themen Sucht und Suchtvorbeugung dargestellt und erörtert.

Im Abschnitt „Suchtprävention in der Schule" werden neben dem zentralen Ansatz der Förderung von Lebenskompetenz weitere Möglichkeiten und deren Umsetzung in die pädagogische Praxis dargestellt. Anhand der Beispiele „Begründeter Verdacht auf Suchtgiftmissbrauch" und „Essstörungen" werden Anregungen für Vorgangsweisen bei Problemen und Krisen gegeben.

Im methodisch-didaktischen Teil sind für die unterschiedlichen Themenbereiche Anregungen, konkrete Übungen und Spiele sowie Vorschläge für die Unterrichtsgestaltung gesammelt. Werden im Unterricht psychoaktive Substanzen (legale und illegale) zum Thema, ist es ganz wesentlich, dass die Informationen aktuell und fachlich fundiert sind. Hier gilt ganz besonders: Kompetent vermittelte Information wird mit viel Interesse und Aufmerksamkeit angenommen.

Das Kapitel „Psychoaktive Substanzen" stellt ausführliche Information bereit.

Das Kapitel „Stoffungebundene Suchtformen" gibt einen Überblick über die Bereiche Arbeits-, Internet-, Spielsucht und Essstörungen.

Im Anhang finden Sie Anleitungen zum Suchtmittelgesetz (BGBl.I Nr. 112/1997) in der Schulpraxis, die Grundsatzerlässe „Gesundheitserziehung" und „Medienerziehung" als wichtige Basis suchtpräventiver Praxis, eine Auflistung unterstützender Maßnahmen des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur und einen Überblick über Ansprechpartner/innen für schulische Suchtprävention in den Bundesländern. Zur Vertiefung sind schließlich noch Unterrichtsmaterialien (Videos und weiterführende Literatur) ab der 5. Schulstufe angeführt.

Danken möchten wir Dr. Alfred Uhl, Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung, für seine Anregungen und Beiträge, Mag. Dr. Beatrix Haller, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, für die konstruktive Unterstützung unseres Projektes, Dr. Ursula Swoboda, Pädagogin, für ihre Mitarbeit am methodisch-didaktischen Teil, Mag. Werner Retzl, Pädagoge, und Mag. Johann Rabeder, Pädagoge, für die kritische Durchsicht des Manuskriptes.

Das Redaktionsteam wünscht Ihnen und Ihren Schülerinnen und Schülern viel Freude und Erfolg beim Umsetzen der Inhalte dieser Publikation.

Richard Paulik, Ingrid Rabeder-Fink, Rainer Schmidbauer – Institut Suchtprävention

Grundlagen

Terminologie

In der Suchtprävention ist es besonders wichtig, sich auf eine gemeinsame Sprache zu einigen, weil Begriffe wie „Prävention“, „Sucht“, „Missbrauch“, „Drogen“ im Alltag und in der Wissenschaft unterschiedlich verwendet werden.

Die folgenden Begriffsdefinitionen basieren zu einem großen Teil auf der Studie „Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention“ (Uhl & Springer, Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, 2002).

SUCHT – ERWEITERTES PROBLEMVERSTÄNDNIS

Das Wort „Sucht“ leitet sich aus dem germanischen „siech“ ab, das ursprünglich auf Siechtum und Krankheit hinwies, und hat sich vermutlich erst im 19. Jahrhundert zu einem moralisch besetzten Begriff gewandelt (Schulz 2000).

Lange Zeit wurde der Begriff „Sucht“ vor allem mit körperlicher, substanzgebundener Abhängigkeit gleichgesetzt. Nun wird es allerdings immer üblicher, den Begriff „Sucht“ auch auf psychische und soziale Abhängigkeit sowie auf nicht-substanzgebundene Süchte, wie Spielsucht, Fernsehsucht, Fettsucht, Magersucht, Sexsucht usw. auszudehnen.

Um der Gefahr der Beliebigkeit des Suchtbegriffs entgegenzuwirken, ist es allerdings notwendig, auch in Zusammenhang mit nicht-substanzgebundenen Süchten eine klare Grenze zu ziehen und darauf zu bestehen, dass „Sucht“ Krankheitscharakter hat. „Sucht“ darf nicht einfach mit „Gewohnheit“ oder „Problemverhaltensweisen, die (noch) der willentlichen Kontrolle des Subjekts unterliegen“ gleichgesetzt werden. Von „Sucht“ sollte man nur sprechen, wenn das zu Grunde liegende Problemverhalten zu einem eigendynamischen, zwanghaften Verhalten wird. Die Begriffe Sucht und Abhängigkeit werden hier synonym verwendet.

MERKMALE VON SUCHT/ABHÄNGIGKEIT

Die WHO hat das Abhängigkeitssyndrom folgendermaßen definiert (ICD 10, International Classification of Deseases): Es handelt sich um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren.

Die sichere Diagnose „Abhängigkeit“ wird nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehrere der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychoaktive Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nach gewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich. Eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholiker/inne/n und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schwere Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden.
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zu Gunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutig schädlicher Folgen, wie z. B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der/die Konsument/in sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

   (Quelle: WHO 1993, S. 92–93)

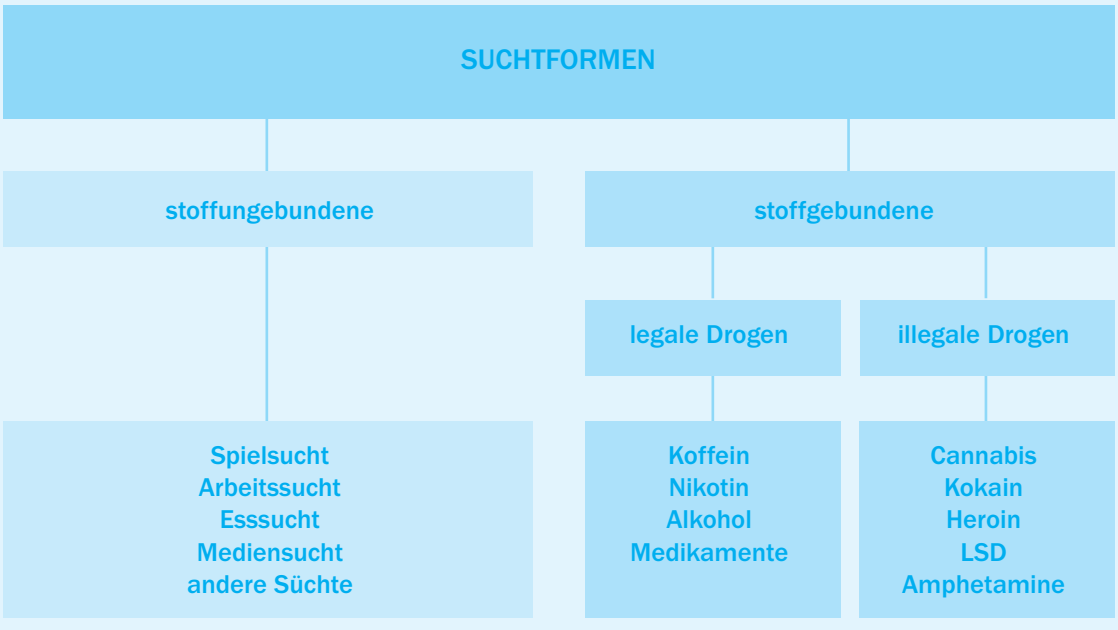
PSYCHISCHE UND PHYSISCHE ABHÄNGIGKEIT

Charakteristisch für das Suchtphänomen ist die psychische Abhängigkeit. Obwohl die physische Abhängigkeit bedrohlicher wirkt (Entzug), stellt sie behandlungstechnisch das kleinere Problem dar; sie kann mittels medizinischer Behandlung in relativ kurzer Zeit bewältigt werden.

Die körperliche Abhängigkeit kommt nur bei bestimmten Suchtmitteln (wie z.B. Opiaten, Alkohol, Medikamenten) vor. Es kommt zur Entwicklung charakteristischer Entzugssymptome, wenn die Dosis reduziert oder die Substanz abgesetzt wird.

Die psychische Abhängigkeit entwickelt sich sowohl bei den substanzgebundenen, als auch bei den handlungsbezogenen (stoffungebundenen) Süchten, und ist im Gegensatz zur körperlichen Abhängigkeit schwieriger und anhaltender. Psychische Abhängigkeit manifestiert sich vor allem im „Stoffhunger“ (craving), im unbezähmbaren Verlangen nach Substanzeinnahme sowie in begleitenden Ängsten, Depressionen, Panikattacken usw.

SUCHTFORMEN



(Quelle: Meyenberg et al. 1993, zitiert nach Hurrelmann/Bründel 1997, S. 12)

DER BEGRIFF „DROGEN“

In der Wissenschaft versteht man unter Drogen in der Regel psychoaktive Stoffe, die auf Grund ihrer chemischen Beschaffenheit über Stoffwechselprozesse auf das zentrale Nervensystem wirken und so Veränderungen insbesondere der Sinnesempfindungen, der Stimmungslage, des Bewusstseins, anderer psychischer Bereiche oder des Handelns auslösen können (Vogt/Scherrer 1989). In der alltäglichen Begriffsverwendung sind mit Drogen meist „illegale Drogen“, also psychoaktive Substanzen gemeint, die unter das Suchtmittelgesetz fallen. Wir empfehlen aus fachlicher Sicht den Begriff psychoaktive Substanzen, der eindeutig sowohl die legalen (Kaffee, Alkohol, Nikotin, Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmittel ...), als auch die illegalen Drogen (Cannabis, Heroin, Kokain, LSD, Ecstasy ...) beinhaltet.

Auf Substanzebene werden die jeweiligen Wirkungen durch Dosis, Reinheit und Einnahmeform bestimmt. Grundsätzlich gilt: je höher die Dosis, desto stärker und unberechenbarer wird die jeweilige Wirkung. Bei vielen Substanzen führen größere Mengen aber nicht notwendig zu stärkeren, sondern zu stark veränderten, möglicherweise bedrohlichen Zuständen.

DROGEN: ILLEGAL ODER ILLEGALISIERT?

Da die illegalen Drogen bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts legal waren (McBride, Terry, Inciardi 1999, 37), kann man diese Drogen korrekterweise sowohl als „illegal“ als auch als „illegalisiert“ bezeichnen. Der Begriff „illegale Drogen“ suggeriert, dass die Illegalität eine ureigene Eigenschaft der Substanz ist, während der Begriff „illegalisierte Drogen“ unterstreicht, dass diese Eigenschaft Ergebnis einer bewussten, historischen Zuschreibung ist, in der sich bestimmte Weltanschauungen und Interessen durchgesetzt haben.

KONSUMFORMEN UND GEFÄHRDUNGSPOTENZIALE

Der Konsum von psychoaktiven Substanzen kann für die jeweiligen Konsumenten ganz unterschiedliche Bedeutung haben und unterschiedliche Gefährdungspotenziale beinhalten. Das Spektrum der Konsumformen reicht von der Abstinenz bis zum süchtigen Gebrauch. Probierkonsum stellt aus suchtpräventiver Sicht etwas ganz anderes dar als der regelmäßige Gebrauch einer Substanz. Nicht jeder Konsum von psychoaktiven Substanzen durch Jugendliche oder Erwachsene steht im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Suchtgefährdung, kann aber trotzdem gesundheitsgefährdend sein. Es ist deshalb zweckmäßig Konsumformen psychoaktiver Substanzen in folgende Kategorien zu unterteilen: (Die unterschiedlichen Konsumformen psychoaktiver Substanzen werden am Beispiel Alkohol dargestellt.)

- **„Experimenteller Gebrauch“ („Probierkonsum“)**

  Beim „experimentellen Gebrauch“ steht oftmals Neugierde im Vordergrund. „Experimenteller Gebrauch“ sagt jedoch noch nichts über die damit verbundene gesundheitliche Gefährdung oder Schädigung aus. Jugendliche testen die Wirkung des Alkohols.

  Obwohl kein Suchtverhalten vorliegt kann es trotzdem zu einer Alkoholvergiftung, einem Unfall usw. kommen.

- **„Unschädlicher Gebrauch“**

  Hier ist weiter zu unterscheiden zwischen „gelegentlichem, unschädlichem Gebrauch“ und „regelmäßigem, unschädlichem Gebrauch“. Die Hauptmotivation bei „regelmäßigem, unschädlichem Gebrauch“ ist Gewohnheit und/oder Genuss.

  Gesunde Erwachsene konsumieren regelmäßig weniger als 24g Alkohol/16g Alkohol (Männer/Frauen).

- **„Schädlicher, aber nicht-süchtiger Gebrauch“ = „gesundheitsschädigender Gebrauch“**

  Der Konsum von psychoaktiven Substanzen kann mitunter gesundheitsschädlich sein (Vergiftung, Organschädigung, etc.) ohne mit Sucht in Zusammenhang zu stehen.

  Erwachsene konsumieren regelmäßig mehr als 60g/40g Alkohol (Männer/Frauen)

- **„Süchtiger Gebrauch“ = Abhängigkeit/Sucht**

  Allen Definitionen von „Abhängigkeit“ ist gemeinsam, dass sich das Phänomen der Sucht nicht von heute auf morgen einstellt, sondern einen dynamischen Prozess darstellt. Die Übergänge zwischen experimentierendem Konsum, gelegentlichem Konsum, gesundheitsgefährdendem Konsum bis zur Abhängigkeit sind jedoch fließend.

  Eine Alkoholabhängigkeit (siehe „Alkoholabhängigkeit“) „hat sich entwickelt“.

SUCHTPOTENZIAL, SUCHTAFFINITÄT UND SUCHTPOTENZIAL DER UMGEBUNG

Die abstrakte Gefahr, die von einer bestimmten Substanz („Droge“) – im Falle nicht-stoffgebundener Süchte von einer Tätigkeit – ausgeht, wird üblicherweise als „Suchtpotenzial“ bezeichnet. Im Falle von stoffgebundenen Süchten wird das „Suchtpotenzial“ als pharmakologische Eigenschaft der zur Diskussion stehenden Substanz gesehen.

Das Ausmaß, in dem eine bestimmte Person („Set“) gefährdet ist süchtig zu werden, wird mit „Suchtaffinität“ umschrieben. Zu „Set“ zählen alle für die Wirkung wichtigen personenbezogenen Faktoren, wie etwa das Körpergewicht: Ein Glas Wein oder ein Ecstasy wirken bei Personen

mit geringem Gewicht viel stärker als bei schweren Personen. Auch der Stoffwechsel ist von Person zu Person verschieden: Manche wandeln Substanzen rasch in ihre wirksame Form um und spüren die Wirkung schneller, aber dafür auch nicht so lange. Bei Ecstasy und einigen anderen Substanzen spielt das Geschlecht eine Rolle. Durch minimale Unterschiede im Gehirn scheint Ecstasy bei Frauen längerfristig etwas schädlicher für Gehirnprozesse zu sein als bei Männern. Psychische und körperliche Vorerkrankungen, vor allem von Herz, Nieren, Schilddrüsen oder den Atemwegen sowie Erkrankungen wie Epilepsie, können die Wirkung verändern und möglicherweise zu bedrohlichen Zuständen führen. Und schließlich beeinflusst die momentane Gefühlslage die Wirkung psychoaktiver Substanzen ganz entscheidend mit: Positive und negative Zustände wie Nervosität, Ängstlichkeit oder Traurigkeit können verstärkt werden.

(www.vws.or.at/checkit).

Für die Gefährdung, die von gewissen situativen Rahmenbedingungen („Setting"), wie Ort, Umfeld, Subkultur, Konsumtraditionen usw., bestimmt wird, hat sich kein griffiges Schlagwort herausgebildet – man könnte von „Suchtpotenzial der Umgebung" sprechen.
Die isolierte Betrachtung von „Suchtpotenzial", „Suchtaffinität" und „Gefährdungspotenzial der Umgebung" ist allerdings nicht wirklich realitätsadäquat, was man immer deutlich betonen sollte. Zinberg (1984), auf den die zuvor verwendete terminologische Unterscheidung in „Droge" – „Set" – „Setting" zurückgeht, betonte, dass bei der Entstehung von Sucht immer alle drei Dimensionen beteiligt sind. Da diese in einem komplexen Wechselspiel stehen, kann eine Terminologie, die die logische Trennbarkeit der Dimensionen suggeriert, das Denken leicht in die Irre führen.

THEORIEN DER SUCHTENTSTEHUNG

Es werden für die Suchtentstehung folgende Erklärungsansätze unterschieden
(für eine vertiefende Auseinandersetzung siehe Springer, 2000):

PSYCHOLOGISCHE ERKLÄRUNGSANSÄTZE

Psychologische Erklärungsansätze suchen die Ursache des Drogengebrauches und der Drogenabhängigkeit im Individuum. Hier sind vor allem der psychoanalytische Ansatz, das lerntheoretische Erklärungsmodell und systemische Theorien zu nennen. Nach dem psychoanalytischen Ansatz wird die Ursache der Sucht in einer Störung der Persönlichkeitsentwicklung gesehen. Im lerntheoretischen Modell wird die Persönlichkeitsentwicklung gleichgesetzt mit Lernerfahrungen. Sucht wird als erlerntes Verhalten angesehen (klassische und instrumentelle Konditionierung, soziales Lernen wie z.B. Modell-Lernen, Identifikation, Imitation, Rollenübernahme, Rollenverhalten). Systemische Theorien stellen die Dynamik und die Beziehung zwischen den Familienmitgliedern in den Mittelpunkt. Sie beschäftigen sich in erster Linie nicht mit der Entstehungsgeschichte von Sucht, sondern fragen, welche Mechanismen das Suchtverhalten zum gegenwärtigen Zeitpunkt aufrechterhalten bzw. verändern.

BIOLOGISCHE ERKLÄRUNGSANSÄTZE

Der biologische Theorieansatz versucht, stoffgebundene Abhängigkeiten auf biologische Prozesse und Gesetzmäßigkeiten zurückzuführen. Die unterschiedlichen legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen greifen in verschiedene Stoffwechselprozesse des Gehirns ein und bewirken neurobiologische Veränderungen. Man geht heute davon aus, dass eine psychoaktive Substanz dann zum Missbrauch verleiten kann, wenn sie hirneigene Mechanismen aktiviert und ein subjektiv empfundenes Belohnungsgefühl (im Belohnungssystem des Zentralnervensystems) erzeugt. Unter natürlichen Bedingungen wird dieses System durch lebensnotwendige Prozesse wie Essen, Trinken, Sexualverhalten, Fürsorgeverhalten usw. aktiviert. Die neurobiologischen Theorien führen die Entstehung und Aufrechterhaltung von Sucht vor allem auf Stoffwechselvorgänge im Gehirn zurück und vermuten eine Anfälligkeit bestimmter Personen für Suchtverhalten.

SOZIOLOGISCHE ERKLÄRUNGSANSÄTZE

Soziologische Theorien versuchen auf Grund gesellschaftlicher und lebensweltlicher Einflüsse, Ursachen des Drogengebrauches und der Drogenabhängigkeit zu erklären.

Aus soziologischer Sicht können beispielhaft folgende Risikofaktoren angeführt werden:

- Allgemeine Schwierigkeiten des Einzelnen, sich in einer Risikogesellschaft zurechtzufinden, in der gesellschaftliche Risiken (wie z.B. arbeitslos zu werden) zunehmend individualisiert werden
- Mangelnde Zukunftsperspektive und Zukunftsängste vor allem im Arbeits- und Ausbildungsbereich
- Massive Verführung zu Suchtmittelkonsum durch entsprechende Leitbilder und Werbung für Suchtmittel, Schönheitsideale
- Erlebnis- und Konsumorientierung
- Belastungen in Ausbildung, Arbeit, Freizeit
- Peer-group Effekt: Der erste Suchtmittelkonsum vollzieht sich in der Regel nicht isoliert, sondern innerhalb einer peer-group
- Familiäre Einflüsse: fehlerhafte Erziehungsstile (rigide Haltung, Laissez-faire, Inkonsistenz), Vorbildverhalten, Beziehungskrisen

Da jedes dieser Modelle für sich alleine genommen das Phänomen „Sucht“ nicht ausreichend erklären kann, werden diese Ansätze meist zu multifaktoriellen Konzepten verbunden, die auf die Trias psychoaktive Substanz (Droge), Individuum (Set) und Gesellschaft bzw. soziales Umfeld (Setting) Bezug nehmen.

URSACHENDREIECK DER SUCHTENTSTEHUNG

Die einzelnen Faktoren stehen in diesem Modell nicht in einem einfachen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang, sondern Suchtentwicklung ist hier als dynamischer Prozess zu verstehen. Der süchtige Gebrauch von Drogen wie analog auch sonstiges süchtiges Handeln, ist eine von mehreren Phasen mit fließenden, einander überlappenden Übergängen in diesem Prozess, der eine Vorgeschichte hat und insgesamt aus Einstieg, Fortsetzung und Gewöhnung, Sucht sowie Ausstieg besteht (Loviscach 2000).

URSACHENDREIECK

PSYCHOAKTIVE SUBSTANZ

Pharmakologische Eigenschaften
Art der Anwendung
Konsumdosis
Konsumdauer
Konsumfrequenz



PERSON

Alter
Geschlecht
Konstitution
Familiengeschichte
Frühkindliche Entwicklung
Einstellungen
Selbstwert
Problemlösungskompetenz
Stressbewältigungsstrategien
Genuss- und Liebesfähigkeit
Umgang mit Gefühlen
Bewertung der Droge

SOZIALES UMFELD UND GESELLSCHAFT

Familie
Freunde
Schulische/berufliche Situation
Sozialstatus
Freizeitmöglichkeiten
Finanzielle Situation
Bewertung der Droge durch die Gesellschaft
Werbe- und Modeeinflüsse
Gesetzgebung
Konsumsitten
Verfügbarkeit
Religion
Mobilität
Wirtschaft

GESUNDHEIT

Wer von Gesundheit spricht, sollte sich immer bewusst sein, dass es gegenwärtig mindestens zwei ganz unterschiedliche Definitionen dieses Begriffes gibt:

„Gesundheit im engeren Sinne“ bedeutet das subjektive Empfinden des Fehlens körperlicher, geistiger und seelischer Störungen oder Veränderungen bzw. ein Zustand, in dem Erkrankungen und pathologische Veränderungen nicht nachgewiesen werden können (Wie man sieht, entspricht diese Definition dem exakten Gegenteil von „Krankheit“) (Hildebrandt 1997).

„Gesundheit im weiteren Sinne“ wird mit der Definition der WHO (1984) gleichgesetzt und bedeutet demnach „einen Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und daher weit mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen“.

„Gesundheit“ – verstanden im Sinne der WHO – stellt aus suchtpräventiver Sicht neben dem Begriff „Abhängigkeit“ den zweiten wichtigen Orientierungspunkt dar. Hier steht die Frage im Vordergrund, wie Gesundheit erhalten beziehungsweise gefördert werden kann.

Gesundheit wird in diesem Sinne nicht als ein einmalig zu erreichender Zustand, sondern als ein alltäglicher Balanceakt verstanden. Dabei müssen innere körperliche und psychische Bedingungen (Veranlagung, Anforderungen des Körpers, psychische Bedürfnisse und Antriebe, Selbstwertgefühl) auf der einen Seite und äußere Lebensbedingungen der sozialen und natürlichen Umwelt auf der anderen Seite (schulische Situation, Freunde, Familie, Wohnumwelt), ausbalanciert werden.

Psychoaktive Substanzen sind seit Menschengedenken in dieses Balance-Streben einbezogen. In der Phase des Heranwachsens kann es zu Überforderungen der Kapazitäten der Lebensbewältigung kommen. Konflikte mit den Eltern, Versagenserlebnisse in der Schule, mangelhafte soziale Unterstützungssysteme, Sinn- und Orientierungkrisen sind nur einige Beispiele für Situationen, in denen der Gebrauch von legalen oder illegalen psychoaktiven Substanzen zur Stabilisierung der Gesundheitsbalance verlockend erscheint (Hurrelmann 2000). Aufgabe der Pädagog/inn/en in diesem Modell ist, die Heranwachsenden in ihren Balancebemühungen zu unterstützen.

GESUNDHEITSFÖRDERUNG

In den Ursprüngen des präventiven Denkens im 19. Jahrhundert standen medizinische Überlegungen der Sozialhygiene (z. B. der Kampf gegen Seuchen, Epidemien, verunreinigtes Trinkwasser, etc.) im Vordergrund. Mit der Entwicklung einer zeitgemäßen Suchtprävention wurden zunehmend Konzepte der Gesundheitsförderung und der Pädagogik aufgenommen. Dabei steht nicht mehr „der Kampf gegen“ sondern „die Förderung von“ im Zentrum der Bemühungen.

„Gesundheitsförderung“ im Sinne der Ottawa Charter (WHO 1986) ist ein Prozess, der Menschen in die Lage versetzen soll, mehr Einfluss auf ihren Gesundheitszustand (also auf ihr Wohlbefinden) zu entwickeln und ihre Gesundheit (also ihr Wohlbefinden) aktiv zu verbessern. Das Ziel „Gesundheit“ soll dadurch erreicht werden, dass Individuen und Gruppen unterstützt werden, eigene Wünsche wahrzunehmen und zu realisieren, Bedürfnisse zu befriedigen, sowie die Umgebung zu verändern oder sich an diese anzupassen. Damit sind folgende Ziele vorgegeben: Zugang zu allen wesentlichen Informationen, die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten und die Schaffung von Möglichkeiten und Voraussetzungen, um alle Menschen zu befähigen selber Entscheidungen in Bezug auf ihre persönliche Gesundheit treffen zu können.

Prinzipien einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik sind: Empowerment (Befähigung und Kompetenzstärkung) und Ressourcenorientierung, Partizipation, Nachhaltigkeit und die Förderung sozialer Netzwerke.

OTTAWA CHARTA ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG 1986:

„Da alle Bemühungen um Gesundheit unter einem historischen und biografischen Irrtumsvorbehalt stehen, muss sich Gesundheitsförderung darauf konzentrieren, die reflexive Selbstaufklärung von Menschen zu unterstützen und sie zu verantwortlicher Beteiligung an grundlegenden Entscheidungen, die ihren Lebenszusammenhang bestimmen, befähigen. (...)

Menschen sollen befähigt werden, möglichst viel Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung der eigenen Gesundheit auszuüben und Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und die anderer zu übernehmen.“

PRÄVENTION

Präventive Maßnahmen haben zum Ziel, die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung problematischer Verhaltensweisen (in diesem Zusammenhang schädlicher Gebrauch und Sucht) zu verringern bzw. die Entstehung positiver Verhaltensweisen zu erhöhen.

PRIMÄRPRÄVENTION – SEKUNDÄRPRÄVENTION – TERTIÄRPRÄVENTION

- Primärprävention – richtet sich an Personengruppen, die keine besonderen Risikogruppen darstellen und/oder bei denen das Suchtproblem noch nicht aufgetreten ist.

  Primärpräventives Bemühen zielt darauf ab, Schule so zu gestalten, dass Schülerinnen und Schüler sich wohl fühlen können und dass sie wichtige Impulse zur Persönlichkeitsentfaltung erhalten. Primärprävention beinhaltet aber auch Bildungsangebote für Eltern, Jugendarbeiter/inne/n, Pädagog/inn/en sowie Sensibilisierung und Information der Öffentlichkeit.

- Sekundärprävention – richtet sich an Risikogruppen und/oder Personen, bei denen ein Suchtproblem existiert aber noch nicht voll ausgeprägt ist.

  Hier geht es z. B. um Maßnahmen, die helfen Krisen zu bewältigen und Probleme zu meistern (Krisenmanagement, Beratung und Hilfe durch Schulpsycholog/inn/en, Beratungsstellen; Weitervermittlung an entsprechende Einrichtungen durch Lehrpersonen, Jugendbetreuer/innen u. a., Kompetenz der Institution Schule im Umgang mit schwierigen Situationen entwickeln und erweitern), sowie um Maßnahmen zur Schadensminimierung bei Risikogruppen (z. B. gesundheitsschädlicher Konsum).

- Tertiärprävention Typ A – richtet sich an Personen, bei denen ein Suchtproblem bereits voll aufgetreten ist. Ziel der Intervention ist es, es zu beseitigen zu bessern oder zumindest eine weitere Verschlechterung zu verringern. Dazu gehören: verschiedene Entzugs-, Therapie- und Rehabilitationsangebote, Programme zur Überlebenshilfe, Arbeitsintegration etc.

- Tertiärprävention Typ B – teilweise auch „Quartärprävention“ genannt – richtet sich an Personen, die ein Suchtproblem bereits überwunden oder sich zumindest stabilisiert haben, mit dem Ziel, Rückfälle zu verhindern.

STRUKTURELLE MASSNAHMEN UND PERSONENORIENTIERTE MASSNAHMEN

Präventionsstrategien lassen sich anhand der Grundstrategie gliedern in

- Strukturelle Ansätze (Maßnahmen, die auf Bedingungen Einfluss nehmen, umgebungsorientierte Maßnahmen) suchen auf jene Entstehungsbedingungen einzuwirken, die über eine Einzelperson hinausgehen: Lebens- und Arbeitsbedingungen, Gesetze, Gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen.

  Am Beispiel Alkohol dargestellt sind strukturelle Ansatzpunkte:

  – Besteuerung
  – Beschränkung von Happy-Hour-Verkäufen
  – Beschränkung von Alkoholwerbung
  – Mindestalter für Alkoholkonsum
  – Beschränkte Verkaufszeiten für Alkohol
  – Beschränkung des Konsums in Sportstätten
  – Dichte der Platzierung der Alkoholausschank- und Verkaufsbetriebe u.a.

- Personenorientierte Ansätze (kommunikative Maßnahmen) richten sich an einzelne Menschen. Sie haben zum Ziel, Einzelnen und Gruppen Kenntnisse, Erfahrungen und Ressourcen zu vermitteln.

  Auf Alkohol bezogen können personenorientierte Ansatzpunkte sein:

– Informationskampagne
– Präventionsprogramme in Schulen
– Weiterbildungsprogramme für Lehrerinnen und Lehrer
– Broschüren
– Beratung u.a.

RISIKOFAKTOREN UND SCHUTZFAKTOREN

„Das Konzept der Risikofaktoren sagt, dass die Wahrscheinlichkeit von Substanzkonsum und Abhängigkeit erhöht wird durch Umstände und Faktoren, die bei Konsument/inn/en oder abhängigen Personen überdurchschnittlich oft angetroffen werden. Gegenstück dieser Risikofaktoren sind Schutzfaktoren, welche die Risikolage vermindern.“ (Uchtenhagen 2000, S. 196)

Bezüglich des Begriffs „Schutzfaktoren gibt es zwei unterschiedliche Interpretationen (Uhl, 2002a):

- Quantitative Interpretationen: Risikofaktoren sind das Gegenteil von Schutzfaktoren; in diesem Sinne ist ein gutes Familienklima ein Schutzfaktor und ein schlechtes Familienklima ein Risikofaktor.

- Qualitative Interpretationen: Diesen zufolge sind Schutzfaktoren als solche allgemein nicht benennbar, sondern werden durch erhöhte Widerstandskraft oder verringerte Verletzlichkeit von Personen bezüglich des drohenden Einflusses von Risikofaktoren repräsentiert. Gutes Schulklima ist nach dieser Auffassung kein direkter Schutzfaktor, sondern bewirkt die Stärkung

der Persönlichkeit der Schülerinnen und Schüler. Eine starke Persönlichkeit hat die Fähigkeit, mit Belastungen besser umzugehen (vgl. Uhl 2002). Aus Gründen der Darstellbarkeit folgt die nachfolgende Auflistung der quantitativen Interpretation. Ansatzpunkte für die präventive Arbeit im Sinne moderner Suchtprävention sind die Reduktion von Risikofaktoren und die Stärkung der personalen und sozialen Kompetenzen der Heranwachsenden (Schutzfaktoren). Als zentrale Schutzfaktoren im Zusammenhang mit der Entwicklung suchtriskanter Verhaltensmuster gelten:

PERSONALE SCHUTZFAKTOREN

- Beziehungs- und Konfliktfähigkeit (Kommunikationsfähigkeiten)
- Realistische Selbsteinschätzung
- Hohe Eigenaktivität: Alltag gestalten können, sich selbst beschäftigen können
- Ausreichende Selbstachtung, positives Selbstwertgefühl (sich so annehmen, wie man ist)
- Vertrauen in die Selbstwirksamkeit: Die Überzeugung wichtige Ereignisse selbst beeinflussen zu können, sich kompetent zu fühlen, „Ich werde schon fertig mit den Problemen“
- Bewältigungsstile (Coping): Ein aktiver Problembewältigungsstil – im Gegensatz zur Problemvermeidung – gilt für die Entwicklung im Jugendalter als bedeutsam. Insbesondere ist ein Bewältigungsstil von Bedeutung, der zur Lösung von Problemen auf soziale Ressourcen zurückgreift.
- Erfahrung in der Bewältigung von Problemlagen
- Hoffnungsbereitschaft, Zuversicht: Durchgängige und Misserfolge überdauernde hoffnungszuversichtliche Lebenseinstellung
- Risikobewusstsein/Risikokompetenz/Mündigkeit: Bescheid wissen über mögliche Risiken.
- Selbstständige Urteilsbildung, Widerstand gegen Verführung, Kritikfähigkeit
- Kohärenzsinn: Gefühl des Verankertseins. Personen mit hohem Kohärenzsinn sind in der Lage, ihrem Leben und dem eigenen Handeln einen Sinn zu geben, die Welt als verstehbar zu begreifen, und sie haben das Gefühl, Lebensaufgaben bewältigen zu können.
- Genuss- und Erlebnisfähigkeit
- Kognitive Fähigkeiten: Sie sind die Basis, auf der Jugendliche Konflikte und Probleme bewältigen.

SOZIALE SCHUTZFAKTOREN/UMWELTFAKTOREN

- Gutes Verhältnis zu den Eltern (Vertrauen und Unterstützung in schwierigen Situationen)
- Sozial-emotional günstiges Erziehungsklima, feste emotionale Bezugspersonen
- Gutes soziales Netz, stabilisierende Freundschaftsbeziehungen (Vertrauen, Unterstützung und Deutungshilfe im Alltag)
- Förderliches Klima in der Schule, am Arbeitsplatz: Überschaubare Unterrichtsstruktur, angemessene Anforderungen, förderliche schulische Umwelt
- Zugang zu Information und Bildung
- Soziale Lage, befriedigende Entwicklungsperspektiven u.a.m.

(Uchtenhagen 2000, AOK 1994, Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich, 1998)

Von der Rauschgiftprävention zur Gesundheitsförderung

Seit Beginn der so genannten „Drogenwelle“ Ende der 60er Jahre waren „illegale Drogen“ – zuerst unter den Begriffen „Rauschgift“ und „Suchtgift“, später vor allem unter dem Begriff „Drogen“ – immer ein stark emotionalisiertes Thema der Medien, während Probleme in Zusammenhang mit Alkohol, Nikotin oder Medikamenten, nicht-substanzgebundenen Süchten (Essstörungen, Spielsucht, Arbeitssucht usw.) und zahllose andere Gesundheitsaspekte nur sehr selten, und in der Regel auch mit weniger Emotionen, thematisiert wurden.

Der hohe Stellenwert, der Problemen in Zusammenhang mit illegalen Drogen in der Öffentlichkeit eingeräumt wird, steht dabei in keinem realen Verhältnis zum tatsächlichen Problemumfang. Konstante Rahmenbedingungen vorausgesetzt kann man erwarten, dass weit weniger als 1 Prozent der österreichischen Bevölkerung im Laufe ihres Lebens ernste Probleme in Zusammenhang mit illegalen Drogen entwickeln werden (Uhl & Seidler 2000), während rund 10 Prozent im Laufe ihres Lebens an Alkoholismus erkranken (Uhl et al. 2001) oder fast 50 Prozent im Laufe ihres Lebens ernste psychiatrische Krankheitsphasen durchmachen (Kessler et al. 1994).
Es wurde zunächst versucht, dem Begriff „Drogenprävention“ eine umfassendere Bedeutung – im Sinne aller psychoaktiven Stoffe – zuzuweisen. Später wurde „Drogenprävention“ durch das Wort „Suchtprävention“ ersetzt um eindeutig klar zu machen, dass neben illegalen Drogen auch legale Drogen und Medikamente gemeint sind. Durch eine entsprechende Interpretation des Begriffes „Sucht“ im Sinne des „umfassenden Suchtbegriffs“ erzielte man eine Ausweitung auf nichtsubstanzgebundene Süchte.
Eine Reihe von Ansätzen der Suchtprävention, die ausschließlich auf psychoaktive Substanzen und/oder Sucht ausgerichtet waren, erscheinen im Lichte aktueller Forschungsergebnisse zusehends als wenig erfolgversprechend. Letztlich erfolgte eine Umorientierung der Suchtprävention. In der aktuellen Diskussion wird Suchtprävention als Teilbereich einer gesamten Gesundheitsförderungspolitik verstanden (gesundheitsfördernde Suchtprävention). „Ziel gesundheitsfördernder Suchtprävention ist nicht länger die Reduzierung und Vermeidung von Drogengebrauch, sondern die grundsätzliche Ermöglichung und Befähigung zu einem selbstbestimmten und verantwortungsbewussten gesundheitsgerechten Leben in einer gesundheitsförderlichen Umwelt.“ (Schmidt/Hurrelmann 2000, S. 20)

Neben der gesundheitsfördernden Ausrichtung der Suchtprävention wird neuerdings die Förderung von Risikokompetenz als weiterer Leitbegriff diskutiert. Die Auseinandersetzung und Ausbildung eines angemessenen Umgangs mit generellen Risiken und das „Hineinwachsen in die Drogenkultur einer Gesellschaft“ wird dabei als eine Entwicklungsaufgabe der Adoleszenz verstanden. „Dabei geht es um den Erwerb von Erfahrungen und die Entwicklung von Entscheidungs- und Handlungskompetenzen im Umgang mit gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen bzw. Risikosituationen mit dem Ziel, die Auswirkungen riskanten Verhaltens auf sich und die Umwelt angemessen einschätzen und daraus individuell und sozial verträgliche Handlungskonsequenzen ziehen zu lernen“. (Franzkowiak 1999, S. 64)

Ansatzpunkte schulischer Suchtprävention

Kinder und Jugendliche verbringen einen großen Zeitraum ihres außerfamiliären Lebens in der Schule. Schülerinnen und Schüler der Hauptschule: 28 – 34 Stunden / Woche (BGBl. II/Nr. 134 / 2000), Schülerinnen und Schüler der AHS-Unterstufe: 29 – 33 Stunden / Woche (BGBL. II/-Nr. 133 / 2000). Dabei ist die Schule nicht nur Lernort, sondern sie besitzt auch eine weitreichende Sozialisationsfunktion. Sie ist Ausgangspunkt für Kontakte und Aktivitäten und beeinflusst insgesamt die biografische Entwicklung der Heranwachsenden in erheblichem Maße. Schule als Ort der Bildung und als fester sozialer Bezugspunkt für Kinder und Jugendliche hat sowohl stützende als auch belastende Auswirkungen auf alle am Schulgeschehen Beteiligten.

In der Schule werden viele der Faktoren, die in der Präventionsforschung als Schutzfaktoren gesehen werden, gefördert und zwar u. a.:

- Zugang zu Information und Bildung,
- Soziale Vernetzung,
- Soziale Unterstützung,
- Entwicklung kognitiver, sozialer und emotionaler Fähigkeiten,
- Selbstständige Urteilsbildung,
- Befriedigende Entwicklungsperspektiven

Laut Ergebnissen der Schulforschung sind die wichtigsten Belastungsfaktoren in der Schule (Eder 1990):

- Schulischer Leistungsdruck, der als Überforderung, Überlastung und Prüfungsangst erlebt wird
- Schwierigkeiten in den Beziehungen zu Lehrer/inne/n und Mitschüler/inne/n
- Diskrepanz zwischen den Leistungsanforderungen der Eltern und den tatsächlichen Leistungen.

Laut der WHO Studie 1994 „Health behaviour in school-aged children“, die alle vier Jahre durchgeführt wird (Alter der Kinder: 11, 13, 15 Jahre), haben soziale Integration, das wahrgenommene Schulklima, die soziale Bilanz in der Schule (das Verhältnis von Stress und Belohnung) und die wahrgenommene Mitgestaltung und Mitsprache hohen Einfluss auf die selbst wahrgenommene Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (HBSC 1994 in Dür 1999, S. 38). Dieser Befund wird auch durch die Nachfolgestudie 2000 bestätigt:
Wichtigste Faktoren für die Zufriedenheit mit der Schule sind hier die Wahrnehmung der Schüler/innen, an den Entscheidungsprozessen an ihrer Schule beteiligt zu sein, sowie die Unterstützung durch die Lehrer/innen. Fühlen sich die Schülerinnen und Schüler nicht beteiligt und erfahren sie wenig persönliche Unterstützung durch ihre Lehrer/innen, so orientieren sie sich weg von der Schule, zeigen schlechtere Leistungen und sind wesentlich anfälliger für das Rauchen. (HBSC 2000)

EBENEN SCHULISCHER SUCHTPRÄVENTION

Die oben genannten Forschungsergebnisse sind eine wichtige Basis für die Suchtprävention in der Schule. Denn in der Primärprävention geht es ganz zentral darum, sensibel für Risikofaktoren zu werden, sie möglichst zu minimieren und vor allem Schutzfaktoren und Ressourcen zu fördern.

Diese Förderung geschieht auf mehreren Ebenen:

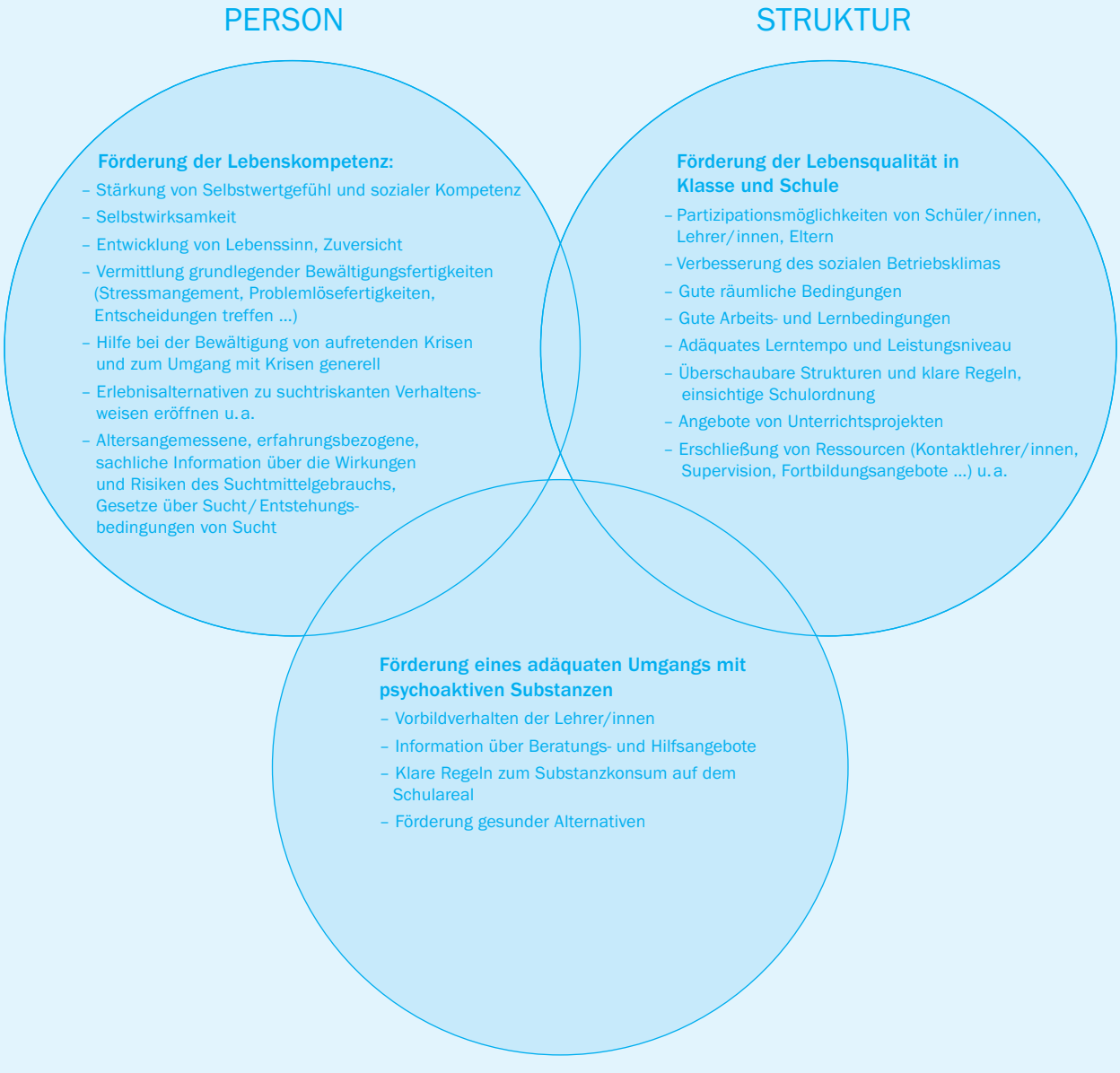
1. Förderung der Lebenskompetenz (personenorientiert)
Die Förderung von Lebenskompetenz kann als die zentrale Strategie und als zentrales Ziel der personenbezogenen schulischen Suchtprävention genannt werden. Das Erlernen von sozialen und persönlichen Fähigkeiten wie der Umgang mit Gefühlen, die Entwicklung von produktiven Strategien in der Bewältigung von Anforderungen und Belastungen und der Aufbau eines stabilen, positiven Selbstwertgefühls sind wichtige protektive Faktoren, die vor der Ausbildung suchtartiger Verhaltensweisen schützen und somit intensiver Förderung bedürfen (siehe Risiko- und Schutzfaktoren, Seite 20). Genau diese Fähigkeiten stehen im Zentrum des Lebenskompetenzansatzes. Ziel ist die Verbesserung von Kompetenzen und Bewältigungsstrategien. Das beinhaltet auch die altersgerechte Auseinandersetzung mit psychoaktiven Substanzen und verhaltensbezogenen Suchtformen. Es wurden Methoden und Ansatzpunkte entwickelt, um gezielt einzelne, für die Entwicklung von suchtriskanten Verhaltensmustern besonders bedeutsame Fähigkeiten, zu fördern. Diese Methoden sind theoretisch im Kapitel „Förderung von Lebenskompetenz“ dargestellt. Übungen für die Praxis finden sich im methodisch-didaktischen Teil der Broschüre.

2. Förderung der Lebensqualität in Klasse und Schule (strukturorientiert)
Hier geht es um die Lehrer/innen-Schüler/innen-Beziehungsebene und auch ganz wesentlich um die Stärkung der Ressourcen der Lehrenden als Voraussetzung dafür, unterstützend und förderlich für andere wirken zu können. Dazu gehören ein gutes Betriebsklima, entsprechende räumliche Arbeitsbedingungen, Erfahrungsaustausch und gegenseitige Unterstützung im Lehrkörper, Supervisionsmöglichkeiten und Weiterbildungsangebote, um nur einige Beispiele zu nennen. In den Kapiteln „Förderung von Lebenskompetenz im Schulalltag“ und „Förderung von Rahmenbedingungen“ sind diese Aspekte näher dargestellt.

3. Förderung eines adäquaten Umgangs mit psychoaktiven Substanzen
Ein weiteres wichtiges Element der schulischen Suchtprävention ist es, auf der Ebene Schule als Organisation adäquate Strategien für den Umgang mit dem Konsum von psychoaktiven Substanzen zu entwickeln. Dabei geht es zum einen um Grenzen und Regeln, zum anderen um die eigene Vorbildwirkung als Lehrende aber auch um die Entwicklung von Handlungsmodellen für den Problem- und Krisenfall. Hier ist es wichtig, einen Überblick über Hilfsangebote zu haben, über rechtliche, dienstrechtliche Fragen Bescheid zu wissen, sich mit innerschulischen und außerschulischen Expert/inn/en gut zu vernetzen und nicht zuletzt die Grenzen der eigenen Handlungs- und Einflussmöglichkeiten in der Rolle des/der Pädagog/inn/en zu erkennen. Im Kapitel „Umgang mit Problemen/Krisen in der Schule“ wird der Umgang mit problematischen Situationen exemplarisch dargestellt.

Suchtprävention muss in ein breiteres Konzept der Gesundheitsförderung eingebettet sein, sie muss vor allem die Stärkung und Förderung personaler und sozialer Ressourcen zum Ziel haben (Stichworte: Persönlichkeitsentwicklung, Empowerment, Kompetenzsteigerung, Netzwerkförderung) und darf sich nicht auf sucht- und drogenspezifische Komponenten beschränken. (Kolip 1998)

ÜBERSICHT: ANSATZPUNKTE SCHULISCHER SUCHTPRÄVENTION



FÖRDERUNG VON LEBENSKOMPETENZEN (LIFE SKILLS) ALS ZENTRALER ANSATZ

Der Ansatz, der ursprünglich in den USA von Botvin und seinen Mitarbeiter/inne/n entwickelt wurde, geht davon aus, dass der Konsum von psychoaktiven Substanzen ein für viele Jugendliche funktionales Verhalten ist, also zur Erreichung persönlicher Ziele und Wünsche dient. Dies kann zu Schädigungen, riskanten Konsummustern und Abhängigkeiten führen. Als Alternative müssen daher den Jugendlichen Kompetenzen vermittelt werden, die ihnen einen konstruktiven Weg zur Erreichung dieser Ziele eröffnen.

Ein Mangel an persönlichen Kompetenzen, negatives Vorbildverhalten von Freunden sowie konkrete Erwartungen an eine positive Wirkung (zum Beispiel des Zigarettenrauchens oder des Alkoholtrinkens) spielen bei der Entwicklung von Gebrauchsmustern eine Rolle; im Life Skills Approach werden diese Aspekte thematisiert (Leppin 1998, S. 215).

Der Ansatz enthält substanzspezifische Elemente (z.B. Informationen über Substanzen) wie substanzunspezifische Elemente (z.B. Umgang mit Stress und Belastungen) und es wird besonderer Wert auf die praktische Vermittlung von Kompetenzen durch individuelle und interaktive Übungen und Rollenspiele gelegt.

Die folgende Auflistung gibt einen Überblick über die wichtigsten Elemente von Programmen zur Förderung von Lebenskompetenz.

Elemente von Life-Skills-Programmen sind:

- **Selbstkonzept und Selbstwertgefühl**
  Themen/Inhalte: Selbstwert und Selbstvertrauen, Selbstwertsteigerung, systematische Einübung positiven gegenseitigen Feed-backs in der Gruppe
- **Wahrnehmung und Gefühle**
  Themen/Inhalte: Förderung der Selbstwahrnehmung, Ausdruck von und Umgang mit Gefühlen, Verbesserung der Selbsteinschätzung
- **Vermittlung grundlegender Bewältigungsfertigkeiten (Coping-Strategien),**
  also der Bewältigungstrategien zur Reduktion von Stress- und Angsterleben
  Themen/Inhalte: Stressmanagement, Angstbewältigung, Entscheidungen treffen, Problemlösungsfertigkeiten, Entspannungsübungen, Konfliktbewältigung
- **Kompetenz zur Lösung von Problemen und zum Treffen von Entscheidungen**
  Jugendliche sollen lernen, sich realistische Ziele zu setzen und diese schrittweise umzusetzen
- **Soziale und kommunikative Fertigkeiten**
  Themen/Inhalte: Aufnahme neuer Kontakte, konstruktiver Ausdruck sozialer Bedürfnisse und Gefühle, Empathie mit anderen, Gruppennormen, Gesprächsführung, Kompetenz, anderen positives Feed-back zu geben
- **Standfestigkeit**
  Themen/Inhalte: Vorbereitung der Jugendlichen auf unerwünschte soziale Beeinflussung (Peer Group, Massenmedien, Werbung): Jugendliche sollen lernen, solche Einflüsse zu erwarten und entsprechend zu identifizieren; darüber hinaus werden Techniken vermittelt, sich konstruktiv, argumentativ zu wehren.
  Stärkung der Fähigkeit der Jugendlichen Konsumangeboten zu widerstehen
- **Kompetenz zur Einschätzung von Substanzen und ihren potenziellen Wirkungen**
  Themen/Inhalte: zielgruppengemäße Information, Konsummotive, Konsumgewohnheiten, Einstellungen und Erwartungen zu Substanzen, Reflexion des eigenen Konsumverhaltens/Alltagsgewohnheiten, rechtliche Aspekte, symbolische Bedeutung, jugendkulturelle Bedeutung, Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht

(Leppin 1998, S. 215–217, Mittag/Jerusalem 2000).

Unterschiedliche Praxisprojekte in der Suchtprävention haben den Life-Skills-Ansatz aufgegriffen, ihn vielfach modifiziert und erweitert. Neben den oben angeführten Themenbereichen werden weitere Inhalte und andere Begrifflichkeiten thematisiert wie z. B.:

- Genussfähigkeit
- Erlebnisfähigkeit und Erfahrungsfähigkeit
- Werte, Wünsche, Sehnsüchte
- Abbau von Misserfolgsängsten

Ergebnisse aus der Präventionsforschung weisen auf folgende erfolgsrelevante Faktoren hin, die für das Gelingen von Life-Skills-Ansätzen wesentlich sind:

- Der Erfolg der Programme ist stark an die Rahmenbedingungen gebunden. Das jeweilige Setting mit seinen Arbeitsbedingungen für Lehrer/innen und Schüler/innen spielt eine wichtige Rolle.
- Voraussetzung für die Durchführung sind ein größtmögliches Maß an Vertrauen und positivem Klassenklima sowie ein grundsätzlich vertrauensvolles Verhältnis zwischen Schüler/innen und Lehrer/innen (Leppin et al. 2000).

Lebenskompetenzförderung ist einerseits ein allgemeines Erziehungsprinzip (im Sinne der Förderung von Entwicklung und Wachstum) – ein Prinzip, das früher mit „einer guten Erziehung“ umschrieben wurde – und sie beinhaltet andererseits auch eine Reihe von speziell für diesen Zweck entwickelten Techniken mit konkreten Trainingseinheiten.

FÖRDERUNG VON LEBENSKOMPETENZ IM SCHULALLTAG

Die Schule hat in Bezug auf die Prävention von Sucht viele Möglichkeiten. Eine gute Atmosphäre schaffen, die Persönlichkeit stärken, Handlungskompetenz, Konflikt- und Genussfähigkeit fördern sind allgemeine pädagogische Ziele, die in allen Unterrichtsgegenständen (indirekt) verfolgt werden.

Die Förderung von Lebenskompetenzen ist als Teil des Bildungs- und Erziehungsauftrages der Schule zu verstehen. Sowohl auf der Ebene der Unterrichtsgestaltung als auch auf der Beziehungsebene Lehrer/in – Schüler/in wie im Lebensraum Schule insgesamt gibt es viele Möglichkeiten unterstützend zu wirken.

Ein hohes Selbstwertgefühl kann am direktesten durch Wertschätzung, respektvollen Umgang (unabhängig von der schulischen Leistung) gefördert werden. Selbstwirksamkeit (ich fühle mich kompetent, habe Einfluss auf mein Leben) kann durch eine angemessene Aufgabenstellung, verständlichen Unterricht, handlungs- und schüler/innenorientierte Unterrichtsmethoden gefördert werden. Mitsprache- und Gestaltungsmöglichkeiten an schulischen Entscheidungsprozessen oder am Unterrichtsgeschehen sind hier wichtige Stichwörter.

Für die Entwicklung des Selbstbildes ist die Information, die wir von anderen über uns bekommen, von großer Bedeutung. Hilfreiches Feed-back durch Lehrende (Gelungenes betonen, Kritik auf konkretes Verhalten beziehen und nicht auf die Person im Allgemeinen u. a.) ist für den Aufbau eines differenzierten Selbstkonzeptes wichtig. Angst in Prüfungssituationen ist ein zentrales emotionales Thema in der Schule. Dieses Gefühl zum Thema zu machen, in Prüfungssituationen Ruhe auszustrahlen, Sicherheitsfragen stellen (Braucht ihr noch etwas?) und Versagensängste zu relativieren, können hier hilfreiche Haltungen sein. Die Qualität der Lehrer/innen – Schüler/innen-Beziehung wirkt sich wesentlich auf die emotionale Atmosphäre innerhalb der Klasse aus und bildet die Voraussetzung für ein optimales Lernklima.

FÖRDERUNG VON LEBENSKOMPETENZEN ALS PÄDAGOGISCHE GRUNDHALTUNG: EMPFEHLUNGEN

- Kindern Gelegenheit zur Selbstwahrnehmung geben, ihnen helfen, sich ihres Körpers, ihrer Gefühle über Menschen und Dinge, die ihnen wichtig sind, bewusst zu werden
- Regelmäßiges konstruktives Feed-back geben und die Kinder und Jugendlichen auch untereinander dazu anleiten, um die Entwicklung des Selbstkonzepts der Einzelnen und seiner Realitätsangemessenheit zu fördern
- Den Austausch mit anderen anregen, damit alle die Möglichkeit haben, ihre eigenen subjektiven Konstruktionen über sich selbst zu überprüfen (Sehen die anderen mich auch so?) und damit neue Perspektiven zu eröffnen
- Selbstreflexion in Form von altersangemessenen Spielen und Übungen anregen, um das Selbstkonzept zu elaborieren, d.h. das Wissen über sich selbst zu ordnen, in Beziehung zu setzen und ihm auch sprachlich eine Form zu geben
- Einfühlsam und akzeptierend mit den Kindern und Jugendlichen umgehen und sie auch untereinander dazu anleiten, um ihr Selbstwertgefühl zu stabilisieren oder zu erhöhen (es zumindest nicht zu beschädigen)
- Aufgaben bereitstellen, die den Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen angemessen sind, d. h. sie weder über- noch unterfordern, um ihnen Erfahrungen ihrer Selbstwirksamkeit zu vermitteln
- Selbstreflexionen anregen, die frühere Erfolge und vorhandene Fähigkeiten bewusst machen, um die Selbstwirksamkeitserwartung zu fördern
- Handlungs- und erlebnisorientierte Methoden einsetzen, da man Selbstwahrnehmung nicht durch Instruktion erwerben kann, sondern selbst erfahren muss

(aus: Eigenständig werden. Lehrerhandbuch, unveröffentlichtes Manuskript)

WAS WIR VERMEIDEN SOLLEN:

– Nur Fachwissen zu vermitteln und die Persönlichkeit ausblenden
– Die Wirklichkeit der Schüler/innen ignorieren
– Strukturen und übergeordnete Ziele wichtiger nehmen als Menschen
– Kinder und Jugendliche nur als Schüler/innen sehen und sie damit funktionalisieren
– Jugendliche nur im sozialen Leistungsvergleich bewerten, ohne auf die persönlichen Anstrengungen und Möglichkeiten einzugehen
– Unnötigen Druck ausüben
– Ängste fördern/auslösen

WAS WIR FÖRDERN KÖNNEN:

– Sachliche Diskussion
– Partizipationsmöglichkeiten von Schülerinnen und Schülern
– Offene Kommunikation
– Wertschätzung von Kindern und Jugendlichen als Gesamtpersönlichkeiten
– Klare Botschaften geben
– Sich auf vielfältige Weise ausdrücken lernen
– Spaß am Leben entwickeln
– Erlebnis- und handlungsorieniertes Lernen fördern

(AOK 1994)

FÖRDERUNG VON RAHMENBEDINGUNGEN: STRUKTURORIENTIERTE ANSATZPUNKTE SCHULISCHER SUCHTPRÄVENTION

Präventionsmaßnahmen können ihre Wirkung nur in einem gesundheitsförderlichen Gesamtkontext entfalten. Im Idealfall haben suchtpräventive Aktivitäten nicht nur die Erweiterung individueller Kompetenzen (Lebenskompetenzen) zum Ziel, sondern versuchen, auf gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen einzuwirken. Wie im Kapitel „Ansatzpunkte schulischer Suchtprävention" dargestellt, geht es hier um die Förderung der Lebensqualität in Klasse und Schule und die Förderung eines adäquaten Umgangs mit psychoaktiven Substanzen.
Zusätzlich zur personenorientierten Förderung von Kompetenzen sind also strukturelle Ansatzpunkte für die Prävention in der Schule von zentraler Bedeutung. Aus den genannten Schutzfaktoren leiten sich folgende Bereiche und Themenstellungen ab:

- Förderung der Lebensqualität in Klasse und Schule, z.B. altersgemäße Mitbestimmung,
- Förderung einer offenen Klassen- und Schulatmosphäre
- Förderung der kollegialen Kooperation (Austausch über Unterrichtspraktiken, gegenseitiges Feed-Back, gemeinsame Erstellung von Unterrichtsmaterial)
- Förderung von Mitbestimmungs- und Gestaltungsmöglichkeiten aller an Schule Beteiligten (z.B. Gestaltung der Hausordnung auf Grundlage der Schulordnung durch die Gremien der Schulpartnerschaft)
- Gestaltung von jugendgerechten Räumen und Angeboten, Schaffung von Rückzugsmöglichkeiten, Nischen (z.B. auch für Lehrer/innen) und Kommunikationsräumen
- Ansprechende Gestaltung von Klassen und Schulräumen (Blumen, Bilder, Licht, ...)
- Förderung eigenverantwortlichen Handelns und aktiver Mitgestaltung durch schüler/innenorientierte Lernprozesse wie offenes Lernen, Projektunterricht, ...
- Förderung von klassenübergreifenden Aktivitäten durch flexible Stundenplangestaltung
- Gestaltung der Schule als Lebens- und Erlebnisraum durch gemeinsame Aktionen, Projekte, Feste
- Versuche mit neuen Lehrformen (Teamteaching, Begleit- und Stützlehrer/innensystem)
- Intensivierung der Elternarbeit
- Einführung von Supervision bzw. Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch für Lehrer/innen
- Kooperationsstrategien im psychosozialen Bereich: schulinternes Krisenmanagement entwickeln und ausbauen, Vernetzung, Zusammenarbeit mit Schulpsycholog/inn/en, Schulärzten/Schulärztinnen und externen Expertinnen und Experten
- Unterstützungsangebote für gefährdete Schüler/innen bei Schulproblemen, bei psychosozialen Problemlagen u.a.
- Klare Regeln zum Substanzkonsum auf dem Schulareal
- Förderung gesunder Alternativen zum Substanzkonsum (z.B. Förderung einer guten Klassengemeinschaft, eines gesunden Lebensstils, aktive Pausengestaltung, Schaffung von Möglichkeiten für Konfliktbewältigungen

(adaptiert nach AOK 1994)

Im Grundsatzerlass „Gesundheitserziehung" (siehe Anhang) sind u.a. strukturelle Aspekte schulischer Gesundheitsförderung umfassender dargestellt.

ÜBERLEGUNGEN FÜR DIE PRAKTISCHE UMSETZUNG VON SUCHTPRÄVENTIVEN UNTERRICHTSINHALTEN

RESPEKTVOLLE BEZIEHUNGEN UND ZUSAMMENARBEIT

Grundlage jeglicher Präventionsarbeit ist eine respektvolle Beziehung zwischen Pädagog/inn/en und Jugendlichen. Prävention und Gesundheitsförderung sind idealerweise ein mitlaufender Inhalt des Unterrichts, die daher nicht ständig hervorgehoben werden müssen. Die wichtigsten Personen bei der Umsetzung im Unterricht sind engagierte Lehrer/innen, die im Rahmen der Lehrer/innenaus- und -fortbildung die notwendige inhaltliche und didaktische Kompetenz erwerben und erweitern können. Entsprechende Fortbildungsangebote sind hier eine wichtige Grundlage. Grundsätzlich ist für gesundheitsfördernde Maßnahmen die Akzeptanz und Unterstützung der Schulleitung Voraussetzung. Ebenso ist es wichtig, Akzeptanz und Unterstützung der Lehrerschaft und der Eltern aufzubauen. Schulinterne Fortbildung, Elternvorträge, die von den Fachstellen für Suchtprävention angeboten werden, können hier unterstützend eingesetzt werden.

INHALTLICH AUSGEWOGENE WISSENSVERMITTLUNG

Die inhaltlichen Schwerpunkte der Suchtprävention sollten dem Entwicklungsstand und dem Interesse der Kinder und Jugendlichen entsprechen. In der Grundschule wird der inhaltliche Schwerpunkt eher suchtmittelunspezifisch sein, bei älteren Schüler/inne/n wird auch Vermittlung von suchtmittel-/suchtspezifischem Orientierungswissen ein Thema sein. Es ist zu überlegen, inwieweit einzelne Aktivitäten geschlechtsspezifisch aufbereitet werden können.

Abschreckung und selektiv einseitige Informationsvermittlung gelten in der Sucht- und Drogenprävention bezogen auf viele Zielgruppen seit langem als unproduktiv bis kontraproduktiv. Einseitigkeit und Übertreibung wirken eben nur dann im Sinne des Kommunikators, wenn die Zielpersonen keine Möglichkeit haben, den Wahrheitsgehalt der Aussagen an der Realität zu überprüfen, und in Zusammenhang mit allen Drogen – inklusive illegalen Drogen – ist die Überprüfungsmöglichkeit zum kritischen Zeitpunkt so gut wie immer gegeben.

Der aktuellen Situation der „Straßenaufklärung“ durch drogenerfahrene Gleichaltrige sollte ein kompetentes Informationsangebot entgegengestellt werden, das eine Versachlichung der Einstellung ermöglicht. Informationsvermittlung innerhalb der Primärprävention bietet die Möglichkeit, irreal ängstliche und/oder überzogene Erwartungen an den Drogeneffekt durch reale Gefahrenbewertungen zu ersetzen. Es darf zu keiner Überbetonung des illegalen Suchtmittelbereichs kommen, da das Unglaubwürdigkeit produzieren und gleichzeitig zur tendenziellen Bagatellisierung des legalen Suchtmittelmissbrauchs führen würde.

Ganz wesentlich ist auch, dass Personen, die diese Informationen anbieten, nicht nur auf drogenunerfahrene und in Bezug auf Drogen naive Kinder und Jugendliche glaubhaft und kompetent wirken, sondern dass deren Kompetenz auch von jenen Kindern und Jugendlichen anerkannt wird, die über ein Nahverhältnis zu Drogen und Drogenkonsument/inn/en verfügen – also für die unmittelbare Risikogruppe. Je offener und kommunikativer dabei die Information angeboten wird, desto eher wird sie von der Zielgruppe angenommen. Allerdings wird auch jemand, der inhaltlich nicht sattelfest ist, in Frage gestellt und vor den anderen brüskiert werden.

Angesichts einer Fülle leicht zugänglicher Veröffentlichungen, die unterschiedliche Drogen auch recht verschieden beurteilen, kann man bei der Informationsvermittlung sicherlich nicht umhin,

sich ausführlich mit dem Gesamtspektrum divergierender Forschungsergebnisse und Meinungen auseinander zu setzen. Man sollte die wesentlichsten Positionen und Argumente kennen und verstehen – aber man muss sich nicht neutral verhalten. Es ist durchaus legitim und wünschenswert, auch persönlich Stellung zu beziehen, sofern man es dabei nicht darauf anlegt, Personen mit abweichenden Meinungen zu provozieren und die derzeitige rechtliche Situation außer Acht lässt.

GEMEINSAME PLANUNG

Dabei ist zu beachten, dass Sachinformation zum Thema sehr oft in verschiedensten Zusammenhängen (Schule, Medien) vorkommt, und dass daher auch eine gewisse Übersättigung bei Jugendlichen festzustellen ist. Die Haltung „Nicht schon wieder das Thema Drogen!“ entsteht in der Regel dadurch, dass der Informationsstand vieler Lehrer/innen und Journalist/inn/en gering und veraltet ist. Kompetent vermittelte Information wird meist mit viel Interesse und Aufmerksamkeit aufgenommen. Generell scheint es zweckmäßig, einschlägige Sachinformationen nur dann anzubieten, wenn in der Zielgruppe konkretes diesbezügliches Interesse vorliegt.

Ist ein Projekt/ Unterrichtsschwerpunkt im Laufe des Schuljahres geplant, ist es sinnvoll, fächerübergreifend und koordiniert zu arbeiten, um eine Übersättigung von Schüler/inne/n mit gesundheitsbezogenen Themen zu vermeiden. Externe Vortragende für Schüler/innen sind nur sinnvoll, wenn sie in ein umfassendes schulisches Präventionskonzept eingebettet und mit diesem gut abgestimmt sind, anderenfalls bewirken sie keine Nachhaltigkeit.

Beispiel: Prävention von Essstörungen

Biologie (ernährungswissenschaftliche Aspekte – richtige Ernähung, Diäten, Jo-jo Effekt), Leibesübungen (Körpererfahrung, Entspannung, ...), Kunsterziehung (Darstellung des Körpers – Kunstgeschichte, Werbung, Mode, Gestaltung einer Ausstellung, ...), Deutsch (Reflexion, Literatur, Werbung, Mode, Rollenbilder, ...), Geschichte (Geschichte der Schönheitsideale, Essgewohnheiten im Laufe der Zeit, Veränderung von Rollenbildern, ...) Gestaltung einer gemeinsamen Mahlzeit (alle Unterrichtsgegenstände) usw.

SO BESSER NICHT! UND WARUM NICHT?

- **Einzelne Blitzaktionen**
  Einzelaktionen hinterlassen keine Spuren, begleiten nicht bei der Entwicklung und verpuffen meist rasch oder machen sogar eher neugierig.

- **Darstellung eines „Drogenproblems“ statt einer Suchtproblematik, die auch legale Suchtmittel wie Alkohol oder Nikotin mit einschließt**
  So eine Darstellung grenzt Probierer/innen und Einsteiger/innen sehr rasch aus. Gefährdete Konsument/inn/en von Alkohol oder Medikamenten können sich unberechtigterweise sicher fühlen. Jugendliche reagieren meist ablehnend auf eine vermittelte Doppelmoral.

- **Genaue Information über illegale Drogen, aber keine Erwähnung von legalen Suchtmitteln**
  Jugendliche reagieren auf einseitige Wissensvermittlung sehr sensibel und relativieren den Wert der Aussagen über die Gefährdung durch illegale Drogen, weil ihnen diese Art der Aufklärung unglaubwürdig erscheint und es zur Bagatellisierung des legalen Suchtmittelmissbrauchs führt.

Abschreckung durch Literatur, Bilder, Filme etc.

Abschreckende Filme oder solche mit besonders realistischer Darstellung von Suchtproblemen wirken auf Erwachsene sehr abschreckend; für Jugendliche, besonders für gefährdete Jugendliche, können sie aber paradoxerweise anziehend wirken und ihre Neugier verstärken. Gerade Randgruppen und sozial Unterprivilegierte sind in den Wirrnissen der Pubertät mitunter beliebte Identifikationsfiguren.

Abschreckung durch eindimensionale Darstellung des Problems

Sie wird meistens der tatsächlichen Wirkung von Drogen und vielleicht auch den (direkten oder indirekten) Erfahrungen der Schüler/innen nicht gerecht: Manche haben vielleicht positiv bewertete erste Probiererfahrungen und geben diese Erfahrungen offen an andere Jugendliche weiter. Die Langzeitfolgen können nicht abgeschätzt werden und werden daher häufig geleugnet.

Sensationsmacherei durch spektakuläre Darstellungen von Suchtkranken, Drogenmilieu oder Suchtgiften

Das „Herzeigen“ von (ehemaligen) Suchtkranken wirkt oft eher verführerisch, anstatt Bewusstsein für den Umgang mit Suchtmitteln zuschaffen.

Einladen von Expert/inn/en ohne weitere Einbindung des Themas in den sonstigen Unterricht

Expert/inn/en können in idealer Weise bereits vermittelte Inhalte ergänzen und bestätigen. Einzelvorträge ohne weitere Anbindung im Unterricht verpuffen rasch in ihrer Wirkung, das Thema wird nur angerissen, nicht aber in allen Facetten diskutiert.

Ausschließliche Einbeziehung von Exekutivorganen als externe Expert/inn/en in den Unterricht

Mit dem Delegieren des Suchtproblems an eine Berufsgruppe, die sich hauptsächlich mit Gesetzesübertretungen und deren Folgen befasst, wird an die Bereitschaft appelliert, Autoritäten zu gehorchen, was nur selten zielführend ist. Viele Vertreter/innen der Exekutive arbeiten allerdings sehr gut im Team mit Sozialarbeiter/innen, Ärztinnen/Ärzten und Berater/innen zusammen.

Inflation von Suchtpräventionsveranstaltungen

Werden den Schüler/inne/n in verschiedenen Unterrichtsgegenständenund unkoordiniert die gleichen Themen angeboten, so wird eine persönliche und engagierte Auseinandersetzung unwahrscheinlicher. Die Übersättigung mit dem Thema fördert eher persönliche Distanz als den Wunsch, sich zu engagieren.

aus: adaptiert nach dem Manuskript zur Neuauflage der Broschüre „Zum Thema Sucht: Jugendliche“, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, 2002

GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR SUCHTPRÄVENTION IN DER SCHULE

Laut § 2 SchOrgG und § 17 SchUG ist es die Aufgabe der Schule, die Schülerinnen und Schüler in der Entwicklung ihrer Anlagen im Allgemeinen und in ihrer gesamten Persönlichkeit zu fördern. In unmittelbarem Zusammenhang mit drogen- und suchtspezifischer Information stehen die Unterrichtsprinzipien Gesundheitserziehung und Medienerziehung

UNTERRICHTSPRINZIP GESUNDHEITSERZIEHUNG

Der Grundsatzerlass Gesundheitserziehung (BMBWK, Rundschreiben Nr. 7/1997) erläutert die Zielsetzungen, die Grundlagen und die Umsetzung des Unterrichtsprinzips Gesundheitserziehung. Vorrangige Ziele der Gesundheitserziehung/-förderung sind:

- Gestaltung der Schule als gesundheitsförderliche Lebenswelt unter Einbeziehung aller am schulischen Alltag beteiligten Personen
- Förderung persönlicher Kompetenzen und Leistungspotenziale der Schüler/innen in Hinblick auf gesundheitsbewusstes, eigenverantwortliches Handeln und Wissen
- Förderung von kommunikativen und kooperativen Kompetenzen der Lehrer/innen, Eltern und Schüler/innen sowie der Kommunikationsstrukturen zwischen Lehrer/innen, Schüler/innen und Eltern

UNTERRICHTSPRINZIP MEDIENERZIEHUNG

Zu den Zielsetzungen der Medienerziehung gehört der Erwerb von Medienkompetenz, wobei zu beachten ist, dass Medienkompetenz mehr ist als die Fertigkeit mit Medien umzugehen. Medienkompetenz umfasst u.a.

- Selektionsfähigkeit
- Differenzierungsfähigkeit
- Strukturierungsfähigkeit

d.h. die Fähigkeit, auf Grund der eigenen Lebensumstände, Erfahrungen und Bedürfnisse, eine selbstbestimmte Auswahl aus dem Medienangebot zu treffen, bewusst zu kommunizieren und eigene Medien zu gestalten. Insbesondere bei der Nutzung der sog. Neuen Medien stellen sich im medienerzieherischen Zusammenhang – über den Nutzwert der Medien für den fachspezifischen Bereich hinaus – Fragen von individueller und sozialer Relevanz.

Wenn kritische, inhaltlich kompetente und fachlich interessierte Lehrer/innen unterschiedlichste Materialien präsentieren, die diametrale Perspektiven repräsentieren, bereit sind die Unterschiede, im Sinne des Unterrichtsprinzips „Medienerziehung“ (BMBWK, Rundschreiben Nr. 64/ 2001), präzise herauszuarbeiten und zu diskutieren, dann ist eine Vorauswahl der verwendeten Materialien gar nicht zweckmäßig. Man kann den Schüler/inne/n am besten eine konstruktiv-kritische Haltung gegenüber medial vermittelten Erfahrungen nahe bringen, wenn man sie ohne Vorzensur mit der Fülle der vorhandenen Inhalte konfrontiert, mit denen sie sowieso auch im täglichen Leben konfrontiert sind. In diesem Sinne verbindet man das Unterrichtsprinzip „Gesundheitserziehung“ optimal mit dem Unterrichtsprinzip „Medienerziehung“, weil man nicht nur ein differenziertes Bild der Phänomene „Drogen“ und „Sucht“ vermittelt, sondern die Jugend gleichzeitig auch befähigt, sich erfolgreich im massenmedialen Konzert aus Information, Desinformation und Manipulation zurechtzufinden (Uhl, 2002b).

§ 13 SUCHTMITTELGESETZ

Das Suchtmittelgesetz (SMG), BGBl. I Nr 112/1997, löste mit 1. Jänner 1998 das bisher geltende Suchtgiftgesetz aus 1951 ab. Sein § 13 Abs. 1 enthält eine sich ausdrücklich auf den Suchtgift- oder Suchtmittelmissbrauch durch Schülerinnen und Schüler beziehende Bestimmung. Das SGM verpflichtet die Schule, jungen Menschen, die illegale psychoaktive Substanzen missbrauchen, gezielte Hilfe anzubieten.

Der Grundsatzerlass Gesundheitserziehung, der Grundsatzerlass Medienerziehung, das Suchtmittelgesetz sowie unterstützende Maßnahmen des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur und die Adressen der Fachstellen für Suchtprävention in den Bundesländern sind im Anhang zu finden.

Umgang mit Problemen/Krisen in der Schule

INHALTE UND GRENZEN SCHULISCHER INTERVENTION

Die Institution Schule hat einen Bildungsauftrag. Bedingt durch gesellschaftliche Veränderungen, eine genauere Differenzierung der Bildungs- und Persönlichkeitsbildungsaufgaben hat die Schule nach und nach zusätzliche Aufgaben übernommen.

Wie ist nun die Fülle an Aufträgen und Ansprüchen, seien sie nun berechtigt oder übertrieben, mit der Schulrealität in Einklang zu bringen? Wo sind eindeutig Grenzen zu setzen und wodurch werden sie definiert?

Inhalte und Grenzen schulischer Aufgaben ergeben sich aus:

- Der Gesetzeslage, definiert in den Schulgesetzen
- Den Leitbildern (Profilen) und den daraus resultierenden Aufträgen an den einzelnen Schulen
- Der Persönlichkeit der Lehrerin/des Lehrers
- Dem Erziehungsrecht der Eltern sowie der Privatsphäre der Eltern und der Schüler/innen

Auch die/der engagierteste und entsprechend ausgebildete Lehrer/in darf natürlich nicht die Grenzen zur elterlichen Erziehung oder zur Therapie überschreiten. Die Aufgaben spezieller Beratungs- oder Therapieeinrichtungen (z. B. in den Bereichen Erziehungsberatung, Familientherapie, Drogenberatung, Strafvollzug oder Bewährungshilfe) können nicht von den Schulen wahrgenommen werden. Wenn ein/e Lehrer/in eine entsprechende Ausbildung erworben hat, kann diese die Information der Schüler/innen und Eltern über weiterführende Beratung oder Behandlung erleichtern und Betroffene motivieren Hilfestellungen auch anzunehmen. Die psychotherapeutische Behandlung von Schüler/inne/n in der Schule durch Lehrer/innen ist im Schulrecht nicht vorgesehen. Natürlich wird es alle Bereiche der schulischen Kommunikation (Unterricht, kollegiale Kontakte und Kontakte zu Eltern) bereichern, wenn ein(e) Lehrer/in seine/ihre Fachkompetenz und seine/ihre Persönlichkeit weiterentwickelt.

(Manuskript zur Neuauflage der Broschüre „Zum Thema Sucht: Jugendliche“ , Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, 2002)

Es werden am Beispiel „Begründeter Verdacht auf Suchtgiftmissbrauch“ die rechtliche Vorgangsweise nach § 13 SMG dargestellt und am Beispiel „Essstörungen“ Anregungen für den Umgang mit problematischen Situationen/Krisen in der Schule gegeben.

UMGANG BEI EINEM BEGRÜNDETEN VERDACHT AUF SUCHTGIFTMISSBRAUCH

HELFEN STATT STRAFEN – Schüler/innen ohne Drogen

Der hier folgende Überblick soll allen Beteiligten Rechtssicherheit geben über die Schritte, die zu setzen sind.

Der erste Schritt

Der erste Schritt sollte die Einberufung eines Krisenmanagements durch den/die Schulleiter/in sein. In den meisten Fällen werden der/die Schularzt/Schulärztin, der/die Schulpsychologe/Schulpsychologin und die betroffenen Eltern daran teilnehmen. Es soll protokolliert werden, welche Überlegungen zum in Gang setzen des Verfahrens führen.

Wann muss der/die Schulleiter/in eine schulärztliche und/oder schulpsychologische Untersuchung veranlassen?

Wenn ein durch Tatsachen erhärteter Verdacht des Suchtgiftmissbrauchs vorliegt, z.B. Leistungsabfall, häufige Fehlstunden, auffällige Veränderungen im Verhalten oder der Persönlichkeit, auffälliges Vernachlässigen des Äußeren, großer Geldbedarf, Injektionsnadeln, sonstige auf einen Suchtgiftmissbrauch hindeutende Gebrauchsgegenstände; auf Suchtmittel hinweisende Substanzen; Einstichstellen.

Sichere Anzeichen für Drogenkonsum, Drogenabhängigkeit und Suchtverhalten aufzuzählen ist problematisch. Das Schulungs- und Informationspaket „Step by Step“ unterstützt Lehrerinnen und Lehrer im Erkennen von Verhaltensauffälligkeiten im Vorfeld möglicher Suchtprobleme. Nähere Informationen dazu gibt: Dr. Beatrix Haller 01/531 20-2533

Eine verantwortungsvolle Entscheidung über die Notwendigkeit einer Untersuchung wird durch diese Kriterien erleichtert und ein/e Schüler/in nicht leichtfertig dem Verdacht ausgesetzt, er/sie missbrauche Suchtgift.

Muss der schulpsychologische Dienst die schulärztliche Untersuchung ergänzen?

Nein. Es wird aber in der Regel der Fall sein, weil das Gesetz diese Möglichkeit mit derselben Wertigkeit wie die medizinische Untersuchung vorsieht.

Kann die Anordnung des Schulleiters zur Untersuchung gem. § 13 Abs. 1 SMG rechtlich bekämpft werden?

Nein. Diese spezifische Untersuchung kann auch nicht mit dem Hinweis abgelehnt werden, in diesem Jahr schon einmal (gem. § 66 SchUG) vom Schularzt untersucht worden zu sein.

In welchem Zeitraum soll die Untersuchung erfolgen?

Nach Verständigung des/der Schülers/Schülerin und der Eltern soll die schulärztliche Untersuchung (und die Information über das Ergebnis, vgl. § 48 SchUG) ohne unnötigen Zeitverlust erfolgen. Diese schulärztliche Untersuchung ist für den/die Schüler/in kostenlos.

Was tun, wenn ein/e Schüler/in oder dessen/deren Erziehungsberechtigte die schulärztliche Untersuchung oder die Konsultierung des schulpsychologischen Dienstes verweigern?

Der/die Schulleiter/in ist verpflichtet, die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde (Amtsarzt/Amtsärztin) zu verständigen. Die Meldung erfolgt also auch, wenn beide Maßnahmen angeordnet und auch nur eine der beiden verweigert wird.

Was muss geschehen, wenn die Untersuchung die Notwendigkeit einer gesundheitsbezogenen Maßnahme festgestellt hat?

Schulleiter/in und Schularzt/Schulärztin führen über die zu ergreifenden Maßnahmen ein Gespräch mit den Erziehungsberechtigten und dem/der betroffenen Schüler/in, bei dem vor allem darauf verwiesen wird, an welche Stellen sich der/die Schüler wenden kann. Zu diesem Gespräch ist, falls erforderlich, ein Schulpsychologe beizuziehen. Zweckmäßig ist die Kontaktnahme des/der Schularztes/Schulärztin (des/der Schulpsychologen/Schulpsychologin) mit der in Aussicht genommenen behandelnden Stelle bzw. Person.

Was tun, wenn die Durchführung der notwendigen Maßnahmen nicht sichergestellt ist?

Wird nach Ablauf der vereinbarten Frist (ca. 2 Wochen) keine Bestätigung über den Behandlungstermin gebracht oder bleiben die weiteren (etwa monatlichen) Bestätigungen aus oder ist die Behandlung aus anderen Gründen nicht sichergestellt, so ist ebenfalls die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde (Amtsarzt) vom/von der Schulleiter/in zu verständigen.

Achtung auf Amtsverschwiegenheit!

Keinerlei Meldepflichten – auch nicht die Pflicht zur Verständigung der Bezirksverwaltungsbehörde – bestehen, wenn die angeordnete(n) Untersuchung(en) durchgeführt wurden und im Fall des bestätigten Verdachts des Suchtgiftmissbrauchs die Durchführung der dafür im SMG vorgesehenen gesundheitsbezogenen Maßnahmen sichergestellt ist. In keinem Fall ist der/die Schulleiter/in berechtigt, eine andere Behörde zu verständigen oder eine Strafanzeige an die Strafverfolgungsbehörden zu erstatten. Auch dürfen die Organe der Schulpartnerschaft mit Einzelfällen von Suchtgiftmissbrauch durch Schüler/innen nicht befasst werden!

Vergleiche auch Rundschreiben des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Nr. 65/1997 „Helfen statt strafen – Anleitung zum neuen Suchtmittelgesetz in der Schulpraxis“ (Seite 186)

Das Faltblatt „Helfen statt strafen – Anleitung zum Suchtmittelgesetz in der Schulpraxis“ finden kann bestellt werden bei: Amedia, Sturzgasse 1a, Tel. 01/982 13, 22-365. Kosten: Versandkosten

UMGANG MIT ESSSTÖRUNGEN: ANREGUNGEN FÜR LEHRER/INNEN

(aus: Lagemann, A.: Essstörungen 2000)

Für Lehrer/innen ist die Wahrscheinlichkeit recht groß, mit der Problematik einer Essstörung konfrontiert zu werden. Lehrkräfte schwanken oft zwischen Ignorieren des Problems und besonderer Aufmerksamkeit gegenüber Betroffenen.

Im Umgang mit Essstörungen gilt folgende Grundregel:

Die Heilung einer Essstörung kann nicht in der Schule passieren, und die Lehrkraft kann keine therapeutische Begleitung übernehmen. Der Schule kommt aber die wichtige Aufgabe zu, das Problem so früh wie möglich zu erkennen und es anzusprechen. In diesem Zusammenhang kann der Schularzt/die Schulärztin eine wichtige Unterstützung darstellen. (Siehe dazu § 66 (1) SchUG)

Wichtig ist das richtige Ausmaß an Intervention zwischen Ignorieren des Problems und therapeutischem Hilfsangebot. Ein erster Schritt ist, die Essstörung der/dem Betroffenen gegenüber anzusprechen. Damit gibt die/der Lehrer/in die Rückmeldung, dass das Signal – ausgedrückt in Form der Essstörung – wahrgenommen wurde. In dieser Anfangsphase übernimmt die/der Lehrer/in die Verantwortung für das Geschehen. In einem weiteren Schritt sollte auf eine medizinische Abklärung sowie auf therapeutische Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen werden. Nach einer gewissen Zeit ist es sinnvoll, in einem neuerlichen Gespräch abzuklären, welche Eltern mit ihrem Kind zu einem gemeinsamen Gespräch eingeladen werden.

Das Elterngespräch

Die Legitimation für ein solches Gespräch basiert auf mehreren Faktoren. Sie ergibt sich aus der Tatsache, dass Lehrer/innen für alle ihnen anvertrauten Schüler/innen Verantwortung im Rahmen des Schulunterrichts tragen. Ferner kann es durch das Auftreten einer Essstörung im Klassenverband zu Nachahmungseffekten kommen. Im Schulunterrichts- und Schulorganisationsgesetz sind weitere Aspekte zu finden, die die Zusammenarbeit zwischen Schule und Elternhaus und das Prinzip der Gesundheitsförderung ansprechen (Siehe „Gesetzliche Rahmenbedingungen“). Laut § 62 (1) SchUG (Beratung zwischen Lehrer/inne/n und Erziehungsberechtigten) haben Lehrer/innen und Erziehungsberechtigte eine möglichst enge Zusammenarbeit in allen Fragen der Erziehung und des Unterrichts der Schüler/innen zu pflegen.

Inhalte eines Elterngespräches können die Beobachtungen der/die Lehrer/in sowie Informationen über therapeutische Angebote sein. Dabei ist es wichtig zu beachten, dass bei den Eltern nicht unnötige Schuldgefühle hervorgerufen werden und dass sich die Lehrkraft klar abgrenzt, d.h. es ist wichtig, den Eltern klar zu machen, dass die Aufgabe der/die Lehrer/in nicht in einer therapeutischen Begleitung besteht. Ziel des Gespräches ist es, dass die Eltern im Interesse ihres Kindes bereit sind, Verantwortung zu übernehmen und Hilfsschritte einzuleiten. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, das Thema „Essstörungen“ bei einem Elternabend aufzugreifen.

Der Elternabend

Hier können auch Expert/inn/en eingeladen werden, die über Fakten, Zahlen und Hintergründe zu Essstörungen und ihrer Entwicklung in der Pubertät referieren. Je nach Vertrautheitsgrad mit den Eltern lassen sich danach Aspekte zu Schönheit und Schlanksein oder der Umgang mit

Essen, Esskultur und -tradition in Gruppen diskutieren. Wichtig ist auch die Frage, wie Eltern Essstörungen frühzeitig erkennen können und wie sie mit ihrem Verdacht umgehen sollen. Hier gilt es, insbesondere die folgenden Punkte zu betonen:

- Das Problem, auch bei bloßem Verdacht, direkt ansprechen
- Über eigene Wahrnehmungen, was den Eltern am Jugendlichen aufgefallen ist, sprechen: z. B. „Ich habe gesehen, dass …“, „Auf mich wirkst du müde …“; oder für das Lehrer – Elterngespräch: „Ich habe beobachtet, dass Ihr Kind in einem relativ kurzen Zeitraum viel Gewicht verloren hat.“ (Nicht: „Ihr Kind hat Magersucht“); keine Diagnosen, Vermutungen, Anschuldigungen
- Keine Schritte ohne vorherige Absprache mit der/dem Jugendlichen unternehmen. Dabei gilt es Folgendes zu beachten: Der/die Jugendliche soll über die Schritte, die in die Wege geleitet werden, in Kenntnis gesetzt werden (z.B. für das Elterngespräch: Die Lehrkraft informiert den Schüler/die Schülerin darüber, dass er/sie die Eltern zu einem Gespräch einladen wird). Gegebenenfalls sollen jedoch die Eltern zum Beispiel eine Familientherapie in Anspruch nehmen, auch wenn der/die Jugendliche daran nicht teilnehmen will.
- Die Eltern tragen die Verantwortung: Den Eltern soll signalisiert werden, dass es nicht um Schuldzuweisungen geht. Essstörungen sind Krankheiten mit multifaktoriellem Hintergründen.

Das Klassengespräch

Wenn die Problematik „Essstörungen“ in der Klasse auftritt, und diese die Klassenatmosphäre offensichtlich beeinflusst, besteht die Möglichkeit, das Thema Essstörungen im Allgemeinen zu diskutieren. Wie bei der Information über psychoaktive Substanzen ist auch hier zu beachten: Ob Essstörungen zum Thema gemacht werden, richtet sich nach dem Informationsbedarf. Es geht darum, drängende Fragen sachlich richtig zu beantworten. Dabei sollten keine abschreckenden Filme oder solche mit besonders realistischer Darstellung verwendet werden (vgl. Seite 32 „So besser nicht“). Falsche Informationen und Mythenbildungen müssen korrigiert werden, um das Verständnis für die Erkrankung zu erhöhen. Grundsätzlich ist es wichtig, das Augenmerk nicht primär auf das Krankheitsgeschehen zu legen, sondern Themen wie Schönheit, Werbung, ernährungswissenschaftliche Grundlagen, körperliche Veränderungen in der Pubertät, geschlechtsspezifische Rollenzuschreibungen u.v.m. zu behandeln (vgl. methodisch-didaktischer Teil: Prävention von Essstörungen im Unterricht).

AUF DER SUCHE NACH SICH SELBST: HERAUSFORDERUNGEN IN DER PUBERTÄT

ENTWICKLUNGSAUFGABEN IM JUGENDALTER

Junge Menschen befinden sich vor allem während der Pubertät in einer Umbruchphase. Sie erfahren in den verschiedensten Lebensbereichen deutliche Veränderungen. Das Selbstbild kann deutliche Umstrukturierungen erfahren und in der Übergangsphase von der Kindheit zur Jugend ins Wanken kommen. So zeigen Studien (vgl. Zinnecker 1996, S. 291) dass bei 12 – 14-jährigen die Beschäftigung mit der eigenen Person zunimmt, das Selbstbild instabiler wird, vermehrt negative Aspekte der eigenen Person angegeben werden. Es werden vermehrt Fragen zur eigenen Person gestellt: „Als wer erlebe ich mich? Wie sehen andere mich? Was erwarte ich selbst? Was erwartet die soziale Umwelt von mir?“ Diese Überlegungen münden in Einstellungen und Überzeugungen

zur eigenen Person (Selbstbild). Forschungsergebnisse zeigen, dass ein Kind, das mit einem hohen Selbstwert in die Jugendphase eintritt, das Jugendalter wahrscheinlich auch mit einem hohen Selbstwert verlassen wird (Zinnecker 1996).

Nach Hurrelmann/Bründel (1997) lassen sich folgende Entwicklungsaufgaben im Jugendalter unterscheiden:

- Bewältigung der körperlichen Entwicklung: Jugendliche müssen lernen, mit den intensiven inneren und äußeren Veränderungen ihres Körpers umzugehen, diese zu akzeptieren und ein positives Verhältnis dazu zu entwickeln. Es ist notwendig, dass sie sich mit ihrer nun ganz offensichtlich gewordenen eigenen Geschlechterrolle als Mädchen oder als Junge identifizieren.

- Auseinandersetzung mit und Entwicklung eines eigenen Normen- und Wertesystems. Entwicklung eigener kultureller, ethischer, moralischer und politischer Wertmaßstäbe und Kompetenzen in diesen Bereichen.

- Experimentieren mit verschiedenen Lebensstilen und Umsetzung eines eigenen Lebensentwurfes.

- Aufbau von Freundschaftsbeziehungen: Typisch für das Jugendalter ist der eigenständige Aufbau von Beziehungen zu Gleichaltrigen. In der Altersspanne zwischen 12 und 14 Jahren kommt es normalerweise zu immer eigenständigeren Aktivitäten, die nicht mehr von den Eltern gesteuert werden. Eine gute Position in der Gleichaltrigengruppe zu erringen, Ansehen und Anerkennung zu erhalten, ist für Jugendliche von sehr großer Bedeutung. Erlebnisse der Zurückweisung und des Ausgeschlossenseins können zu starken Anspannungen und zu Gefühlen der Einsamkeit und Isolation führen.

- Beginn einer Partnerschaft und erste sexuelle Erfahrungen: Mit spätestens 16 Jahren kommt es bei den meisten Jugendlichen zu intensiven erotischen Beziehungen. Stabile Freundschaften und Liebesbeziehungen setzen ein Mindestmaß an emotionaler Sicherheit voraus, sie können das Selbstwertgefühl festigen. Misserfolgserfahrungen hingegen führen zu Selbstwertkrisen.

- Ablösung von den Eltern: Wenn auch die Eltern immer noch ganz wichtige emotionale Bezugspersonen für die Jugendlichen bleiben, weiterhin eine Rolle im Bereich der Wertorientierung spielen und eine starke Vorbildwirkung in der Gestaltung der Lebensführung besitzen, so beginnt doch schon mit 12 Jahren eine innere Distanzierung von den Eltern, auch wenn die Jugendlichen noch räumlich und wirtschaftlich von ihnen abhängig sind. Überbehütende Eltern können den Start in die Unabhängigkeit erheblich stören, ebenso aber auch die Eltern, die sich wenig um die Bedürfnisse und Interessen ihrer Kinder kümmern.

- Aufbau einer Schul- und Berufskarriere: Die Bewältigung von Leistungsanforderungen wird zu einem dominierenden Thema in der Lebensgestaltung von Jugendlichen. Schule und Ausbildung besitzen einen sehr hohen Stellenwert. Von den Jugendlichen werden hohe intellektuelle und soziale Kompetenzen in Schule und Berufsausbildung verlangt. Die Anforderungen in diesen Bereichen sind in den letzten Jahren immer weiter gestiegen.

- Aufbau selbstständiger Konsummuster: Zu den wichtigen Entwicklungsaufgaben im Jugendalter gehört es ebenfalls, sich im Freizeit- und Konsumsektor zurechtzufinden und die Fähigkeit zu erwerben, mit den zum Teil recht verlockenden Angeboten umzugehen. Die Nutzung des Konsumwaren- und des kulturellen Freizeitmarktes gehören zum Spektrum der jugendspezifischen Entwicklungsaufgaben.

MOTIVE UND FUNKTIONEN DES KONSUMS VON PSYCHOAKTIVEN SUBSTANZEN

Psychoaktive Substanzen werden aus den verschiedensten Motiven und Funktionen konsumiert. Der Konsum kann für die Jugendlichen verschiedene, der Selbst- und Fremddarstellung dienende Bedeutungen haben. Nachfolgende Auflistung soll dies verdeutlichen:

- aus Neugier,
- um grenzüberschreitende und bewusstseinserweiternde Erfahrungen zu machen,
- Nachahmung des Verhaltens bestimmter Personen (auch Erwachsener),
- um Erwachsene zu provozieren,
- um die eigene Identität zu stärken und sich „erwachsener“ zu fühlen,
- um bei anderen Anerkennung zu finden oder um stresshafte Situationen in der Schule oder der Familie zu bewältigen,
- um Anspannungen und Belastungen des stressigen Alltags zu entfliehen,
- Wunsch nach sozialer Unterstützung und Zugehörigkeit zu einer Gruppe,
- bewusste Verletzung der elterlichen Kontrollvorstellungen,
- Abwendung von elterlichen Lebensgewohnheiten,
- sozialer Protest und als Ausdruck des Wunsches nach Nonkonformismus,
- demonstrative Vorwegnahme des Erwachsenenverhaltens,
- Verschaffung von schneller Entspannung und von Genuss,
- Erschließung von Zugangsmöglichkeiten zu Freundesgruppen,
- Zugehörigkeit zu subkulturellen Lebensstilen,
- Problemvermeidung bzw. Konfliktregulierung,
- ablenken von schulischen Versagen,
- Bewältigung von psychischen Problemen in eigener Regie,
- Ablenkung von einem Mangel an Selbstbewusstsein,
- als unterstützendes Element der Positionsfindung in der jeweiligen Clique,
- als Verstärkung eines erfahrbaren Zusammengehörigkeitsgefühls.

(Leppin 1998, S. 208; Hurrelmann / Bründel 1997, S. 43 – 44; Schneider 1997, S. 84)

Aus streng entwicklungspsychologischer Perspektive werden die Funktionen des Konsums von psychoaktiven Substanzen folgendermaßen zusammengefasst:

- als Demonstration des Erwachsenseins,
- als Zugang zur Peer-Group,
- als gewollte Normverletzung,
- als Ersatzziel,
- als Bewältigungsstrategie,
- als persönlich alterstypischer Lebensstil.

Die Motive sind sehr differenziert zu betrachten. Für den einen Jugendlichen dient der Konsum als Zugang zu attraktiven Peer-Groups, für den anderen als Bewältigungsstrategie. (Silbereisen/Kaster 1985, S. 209)

Nach Ergebnissen der Risikoforschung sind Risikoverhaltensweisen eng mit Entwicklungsaufgaben im Jugendalter verflochten. So hat beispielsweise exzessiver Konsum von Alkohol (Demonstration männlicher Stärke) oder exzessives Diäthalten (schöne weibliche Figur) Anerkennung der sozialen Bezugsgruppe zum Ziel (Freitag, Hurrelmann 1999). Ergebnisse der Risikoforschung zeigen weiter, dass jugendlicher Risikokonsum zwar den Einstieg in suchtriskanten Konsum und Selbstschädigung darstellen kann, häufig aber eine Durchgangsstation im Rahmen der Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben ist, bzw. sein kann (Franzkowiak 1999, S. 63). Am Beispiel Alkohol wird deutlich, dass das Hineinwachsen in die „Drogenkultur einer Gesellschaft" zu den unumgänglichen kollektiven Entwicklungsaufgaben gehört (Engel, Hurrelmann 1993, in: Franzkowiak 1999, S. 64). Dazu gehört der eigenverantwortliche, selbstkontrollierende Umgang mit psychoaktiven Substanzen als wichtige Kulturfertigkeit (Schneider 2000, S. 43).

BELASTUNGEN UND SUBSTANZKONSUM – ERGEBNISSE AUS DER FORSCHUNG

- Leistungsschwierigkeiten oder die subjektive Einschätzung unzureichender Leistungsfähigkeit korrelieren z.B. mit überdurchschnittlichem Alkoholkonsum. (Hurrelmann 1991 in Leppin, 2000)
- Schulische Defizite können sich auch negativ auf familiäre und freundschaftliche Beziehungen auswirken, was zusätzlich konsumsteigernd ist. (Nordlohe 1993 in Leppin, 2000) Diese Zusammenhänge zeigen sich im stärkerem Ausmaß für Jungen als für Mädchen. Jungen müssen öfter eine Klasse wiederholen, beschreiben sich als stärker belastet durch schulische Beanspruchungen und reagieren darauf stärker mit Drogenkonsum. (Kreuzer et al. 1990, Resnick und Burt 1996, Clyton 1991 in Leppin, 2000)
- Fehlende berufliche Perspektiven oder unrealistische Ausbildungspläne gehen mit psychosozialen Belastungen einher. (Kolip 1997, Turner, Norman & Zunz 1995 in Leppin, 2000)
- Besonders gefährdete Risikogruppen sind Schulaussteiger: überdurchschnittlicher Gebrauch psychoaktiver Substanzen. (Eggert & Hertig 1993 in Leppin, 2000)
- Nach der Oberösterreichischen Jugendstudie 1996 leiden sowohl Schüler/innen als auch Berufstätige vor allem unter Stress. Dieser Stress ist bei Schüler/innen stärker. (Dornmayr 1999, S. 72)
- Eltern wie Lehrer/innen schreiben schulische Misserfolge meist nicht sich selbst oder externen Faktoren zu, sondern den Schüler/inne/n, eine Tatsache, die das Umgehen mit schulischen Misserfolgen durch die Kinder wesentlich beeinflusst. (Hofer, Klein-Allermann, Noack 1992, S. 192 f.)

Geschlechtsspezifische Suchtprävention

Ergebnisse der neueren Jugendgesundheits- und Jugendrisikoforschung zeigen, dass

- sich Entwicklungsprobleme in der Jugendphase bei Mädchen und Jungen unterscheiden,
- Mädchen und Jungen über unterschiedliche Ressourcen zur Bewältigung der Belastungen verfügen und andere Akzente bei Problemverhaltensweisen aufweisen (Jungen dominieren z. B. bei den Alkoholgefährdeten, Unfallhäufigkeit, Mädchen bei Essstörungen)
- und Mädchen und Jungen deutlich unterschiedliche Konsum- bzw. Gefährdungskulturen in Bezug auf psychoaktive Substanzen entwickeln (Helfferich 1996, S. 3).

Diese Faktoren sprechen dafür, gesundheitsrelevante Fragestellungen geschlechtsspezifisch zu betrachten und in der Prävention geschlechtsspezifische Unterschiede zu berücksichtigen. Im Folgenden sollen geschlechtsbezogene Unterschiede dargestellt werden:

RESSOURCEN ZUR BEWÄLTIGUNG VON BELASTUNGEN

- Bewältigungsstile / Coping: Mädchen scheinen bei Problemen und in Krisensituationen eher aktiv nach Lösungen zu suchen und eher auf soziale Ressourcen zurückzugreifen (z. B. Freundin). Im Gegensatz zur Problemvermeidung gilt dieser aktive Bewältigungsstil für eine gesunde Entwicklung im Jugendalter als vorteilhaft. Jungen verfügen zwar über ein größeres soziales Netzwerk, ihre Freundeskreise sind aber vor allem aktivitätsorientiert.
- Selbstwertgefühl: Beim Selbstwertgefühl, das als eine der bedeutendsten Ressourcen im Jugendalter gilt, finden sich die deutlichsten Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen. Im Jugendalter (im Kindesalter gibt es diesen Unterschied nicht) nimmt das Selbstwertgefühl der Mädchen rapide ab. Das wird u. a. damit erklärt, „dass das Selbstwertgefühl bei Mädchen deutlicher an das Aussehen und an den Körper gekoppelt ist und Mädchen sich mit der Pubertät vom immer noch gültigen knabenhaften Schlankheits- und Schönheitsideal entfernen. Zudem unterwerfen sie sich stärker als in der Kindheit dem Schönheitsideal“ (Kolip 1999, S. 62).
- Kohärenzsinn: Personen mit hohem Kohärenzsinn (Gefühl des Verankertseins, entwickelt von Antonowsky 1979) haben das Gefühl, das Leben aktiv zu meistern. Sie können ihrem Leben und ihren Handlungen einen Sinn geben und die Welt als verstehbar begreifen. Dieser Kohärenzsinn ist bei Jungen und Männern etwas höher ausgeprägt. Eine Erklärung für die niedrigere Ausprägung bei Frauen und Mädchen könnte sein, dass Frauen und Mädchen wegen sozialer Rollenzuschreibungen einen geringeren sozialen Handlungsspielraum haben und seltener Erfahrungen machen können, die den Kohärenzsinn stärken.
- Kognitive Fähigkeiten: Auch kognitive Fähigkeiten sind eine zentrale personale Ressource, da sie offenbar die Basis sind, auf der Jugendliche Konflikte und Probleme bewältigen. Konsistente Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen sind nicht bekannt.

Obige Ausführungen sind entnommen aus: Kolip 1999, S. 61 f.

PROBLEMVERHALTEN

Jungen und Männer neigen eher zu außenorientiertem (externalisierendem) Problemverhalten, Frauen und Mädchen zu internalisierendem Problemverhalten.

Zu externalisierendem Problemverhalten gehören z. B. aggressive Verhaltensstörungen, Substanzkonsum, in die Kategorie internalisierendes Problemverhalten fallen Essstörungen, andere psychosomatische Erkrankungen, Depressionen, Angststörungen usw.

Die Trennlinie zwischen weiblichen und männlichen Konsummustern bildet die Kategorie „Härte". Je exzessiver der Konsum, je toxischer die Substanz desto deutlicher sind die Jungen den Mädchen voraus. Genauer gesagt: Die Kategorie „Härte" trennt männliche Angehörige der „unteren Klassen" als eine Extremgruppe von weiblichen Angehörigen der „oberen Klassen als die entgegengesetzte Extremgruppe (Kolip 1998). Grundsätzlich ist hier festzuhalten, dass verschiedenartige Lebensbedingungen wie soziale Lage, ethnischer Zugehörigkeit, Alter, usw. auf das jugendliche Verhalten entscheidenden Einfluss nehmen.

Bezüglich Nikotin sind die Konsumunterschiede zwischen den Geschlechtern in den letzten Jahren zurückgegangen. Dennoch gelten mehr Männer als Frauen als gewohnheitsmäßige Raucher (Mikrozensus 1997: Männer 36 % : Frauen 23 %, 18 – 19-jährige: 45,3 % (m) : 27,8 % (w)). Vergleicht man die Rauchintensität so zeigt sich: Zwischen 11 und 20 Zigaretten täglicher Konsum gibt es kaum geschlechtsbezogene Unterschiede, bis zu 10 Zigaretten täglich rauchen allerdings nur 20,7 % der Männer und 38,5 % der Frauen. Weniger Unterschiede gibt es bei der Rauchfrequenz. Verallgemeinert und etwas salopp formuliert lässt sich sagen: Jungen und Männer rauchen häufiger und die stärkeren Zigaretten, trinken häufiger, exzessiver und härtere Alkoholika, schlucken mehr Ecstasy-Tabletten auf einmal als Frauen, haben entsprechend mehr Erfahrung mit Alkohol-Räuschen und illegalen Drogen, häufiger drogeninduzierte Schwierigkeiten, weisen insgesamt also die härteren Konsummuster auf (Freitag 1999).

Gefährdungen von Mädchen liegen eher im Bereich des internalisierenden Problemverhaltens: Über alle Altersgruppen verteilt nehmen mehr Frauen Medikamente mit Suchtpotenzial ein als Männer (Schmidt 1999, 34). Die Gefährdungen werden oft übersehen, weil sie nach außen unauffälliger sind. Mädchen leiden (ab der Pubertät) öfter an psychosomatischen Beschwerden und Essstörungen (Anorexie, Bulimie). Mädchen konsumieren zwar risikoärmer, aber die Gruppe, die den Weg in den harten Konsum geht ist hoch suchtgefährdet (früher Einstieg, rasche Abhängigkeitsentwicklung, rasche Verelendung) (Helfferich 1999, S. 12).

Neben den Konsummustern unterscheidet sich auch die Funktion des Konsums. So steht Zigarettenkonsum bei Mädchen beispielsweise stärker in Zusammenhang mit elterlichem Rauchverhalten, während der bei Jungen in stärkerem Zusammenhang mit Schulschwierigkeiten und Aggressivität steht. Für weibliche Jugendliche scheint Nikotinkonsum stärker als für männliche Jugendliche ein Zeichen von Rebellion und Unabhängigkeit zu sein. Gewichtskontrolle ist für Mädchen ebenfalls ein bedeutsamer Faktor, weniger für den Einstieg als für die Aufrechterhaltung des Rauchens (Schmidt 1998, S. 32).

Geschlechtsbezogene Suchtprävention will unterschiedliche Aspekte männlicher und weiblicher Identitätsbildung in die Präventionsarbeit mit einbeziehen.

Folgende Darstellung will für spezifische Aspekte geschlechtsspezifischer Identitätsbildung sensibilisieren:

BILDER VON MÄNNLICHKEIT UND WEIBLICHKEIT
EXKURS

BILD VON MÄNNLICHKEIT (M. Freitag)

„Wer könnte als Beispiel für die Anspruchshaltung unserer Gesellschaft besser herhalten als ein Mafia-Boss? Es ist das Männliche „par excellence, die Inkarnation des angesehenen, macht- und kraftvollen Mannes. Doch dieser Mafia-Boss mit Namen „Vitto Leone" in dem Film „Reine Nervensache" hat ein Problem, das er nicht haben darf: Er hat Angst. Ihm flattern die Nerven, zudem zeigt er eine Führungsschwäche, ist impotent und neigt zu unkontrollierten Gefühlsausbrüchen. Wie unmännlich. Sich Hilfe zu holen ist also für viele Jungen und Männer die Rettung und der Untergang zugleich. Die Lösung liegt im Film wie im Leben in der Heimlichkeit: Um sein Gesicht zu wahren, geht der Mafia-Boss nachts zu einem Psychiater. Schließlich löst er mit dessen Hilfe seine Probleme.

Ihm geht es genauso, wie es vielen männlichen Kindern und Jugendlichen geht: Er hat diese Gefühle, aber keiner darf es wissen, denn ein Eingeständnis solcher Unsicherheiten und Emotionen würde von der zähnefletschenden Meute um ihn herum sofort ausgenutzt. Die bisher bekleidete Führungsposition im Rudel der Mafia Bosse wäre dahin. Vitto Leone ist daher ein gutes Beispiel für das Dilemma vieler Jungen: In einer Phase der Unsicherheit und Irritation – ausgelöst durch die vielfältigen Entwicklungsanforderungen in der Jugendphase, auf die eigentlich eine Form des Hilfe suchenden Verhaltens die natürliche Antwort wäre – darf ich genau diese Hilfsbedürftigkeit nicht zeigen, damit sie mir nicht als Schwäche vorgehalten wird"

(Freitag, 1999, S. 27).

Als ein zentrales Merkmal männlicher Sozialisation wird in der Literatur auf das Fehlen männlicher Bezugspersonen in der Familie und in wichtigen Sozialisationsinstanzen hingewiesen. Jungen sind im Laufe ihrer Identitätsentwicklung mit stereotypen Männlichkeitsbildern konfrontiert, die über die Medien vermittelt werden. Typisch männliche Merkmale sind hier Risikofreude, Aggressivität oder Unkonvenzialität, alles im Griff haben. Der Konsum von psychoaktiven Substanzen kann zum einen Aspekte der Männerrolle symbolisieren (z. B. illegale Drogen und Unkonventionalität, Risikobereitschaft) zum anderen funktional für die Erfüllung dieser Rollenbilder sein (Alkohol zur Überwindung von Hemmungen). Alkohol und illegale Drogen fungieren darüber hinaus als gesellschaftlich und subkulturell akzeptiertes Mittel für den männlichen Umgang mit Problemen und Ängsten. Aggressivität und Depressivität, unzureichende Fähigkeiten zur Äußerung von Emotionen, Orientierung an traditionellen Männlichkeitsbildern, schulische Belastungen und sozioökonomische Deprivation, ein dichtes Netz von substanzgebrauchenden Freunden gelten u. a. für Jungen als bedeutsame Risikofaktoren (Schmidt 1998, S. 62).

Zu den „traditionellen" geschlechtstypischen Sozialisationsbedingungen kommt ein weiteres Moment: Die Anforderungsstruktur der modernen Männlichkeit ist komplizierter und ambivalenter geworden. Alte und neue Männlichkeitsmuster konkurrieren miteinander: Der Junge soll stark und durchsetzungsfähig sein – gleichzeitig sensibel und empathisch. Neue Chancen aber auch Anforderungen sind hier angelegt.

BILDER VON WEIBLICHKEIT (C. Helfferich)

„Das Weiblichkeitsideal ist uneindeutiger, ist vielfältiger geworden – es gibt nicht mehr nur die beiden Bilder „traditionell“ oder „modern“. Die traditionelle Häuslichkeit ist längst kein Kristallisationspunkt weiblicher Identität mehr – wenn, dann höchstens in einer selbstbewussten Variante, bei der das Bild der (Haus)Frau mit einem Stall von Kindern mit einem „Ich will das so“ eingefärbt ist. Abgelehnt wird vieles von dem, was Ältere machen, aber das kann sich sowohl auf klassische Fürsorgerinnen wie auf gestresste Doppelbelastete beziehen. Bilder von Mädchen sind heute zum einen die Fitte, Vernünftige, Verständige, ... zum anderen die Kaputte, die Ausgeflippte, vielleicht auch die Verzweifelte, eine Figur einer negativen Identifikation, die deshalb faszinierend ist, weil gerade durch die Absage an „normale“ Weiblichkeitszumutungen Überlegenheit hergestellt wird. (Viele Identifikationen haben den Sinn, dass ein Gefühl der Überlegenheit damit hergestellt wird.)“

Das Charakteristische ist heute eher die Vielfalt an Identifikationsangeboten von Weiblichkeit als der alte Rollenzwang. Ein Bild ist bei aller Vielfalt für Mädchen (v. a. untereinander in der privaten Öffentlichkeit der Gleichaltrigen): Gut drauf sein, alles im Griff und Erfolg haben. Die größere Freiheit, ist verbunden mit dem Zwang, die eigene Entwicklung zu gestalten, in Beziehungen auf Abgrenzung zu achten, etwas Besonderes zu sein und Überlegenheit herzustellen. Symbolisch stehen Bilder von Schlankheit und Körperkontrolle für dieses Motiv „Alles und sich selbst im Griff zu haben“. Anpassung bedeutet heute etwas anderes als vor zwanzig, dreißig oder fünfzig Jahren. Heute mag das, was aus der Sicht der 70er Jahre „Anpassung“ gewesen wäre, durchaus ein rebellisches Element beinhalten – z.B. eine Rebellion gegen die übliche Progressivitätsforderung. Und umgekehrt liegt in der Rebellion durchaus ein Moment von Anpassung, denn Rebellion ist Norm geworden. Erst langsam wird deutlich: Unabhängigkeit, Selbstbewusstsein, Frechheit etc. sind schon längst Werbeträger z.B. für Schmerzmittel, für Autos und Zigaretten. Kann es sein, dass das, was als Kompetenz vermittelt wird, die Stärke von Mädchen, umkippt in belastende Forderungen und neuen Zwang? Eine Rückkehr zu Bildern „schwacher Mädchen“ wird es nicht geben. Dennoch heißt es in der präventiven Arbeit mit Mädchen, in der es immer auch darum geht, Gefahren vorzubeugen: Ein offenes Ohr für Belastungen haben und dicht an der Geschichte und dem Kontext der Mädchen zu bleiben, um zu erfahren, was sich dauernd für diese Mädchen verändert“ *(Helfferich 1999, S. 9 f.).*

Als relevante Risikofaktoren bei Mädchen gelten: Geringes Selbstbewusstsein und geringe Selbstwirksamkeitserwartungen, unzureichendes Durchsetzungsvermögen, Belastungen in der Familie und im Freundeskreis, sexuelle Gewalt und ein drogenkonsumierender Partner. „Riskanter Drogenkonsum bei Mädchen ist nicht Anpassung an bestehende Normen, sondern Auflehnung gegen die Konvention von Weiblichkeit und Reaktion auf die Belastungen des Erwachsenwerdens“ (Schmidt 1998, S. 63).

METHODEN GESCHLECHTSBEZOGENER SUCHTPRÄVENTION

Die wesentliche Perspektive einer geschlechtsbezogenen Pädagogik ist es, „der Kategorie Geschlecht möglichst viel von ihrer „blinden Wirksamkeit“ zu nehmen“ (Hageman/White 1984). Das heißt, es geht darum, Jugendliche, dabei zu unterstützen, mehr Spielraum für die eigene Gestaltung der Geschlechtsidentität zu gewinnen. Mädchen wie Jungen übernehmen nicht passiv und fremdbestimmt Rollenvorgaben, sondern stellen ihre Geschlechtsidentität im Sinne einer aktiven Ich-Leistung her. Dabei ist es für Pädagog/inn/en wichtig, sensibel für die jeweiligen geschlechtsspezifischen Besonderheiten zu sein, ohne aber Geschlechterstereotype zu reproduzieren oder zu verstärken. Ausschließlich mit Mädchen zum Thema Schönheit/Attraktivität mit Burschen über Alkohol und Gewalt zu arbeiten, um nur ein Beispiel zu nennen, kommt einer Verstärkung bestehender Klischees gleich. Alkohol ist auch für Mädchen Thema und Attraktivität für Burschen. Es geht darum einfühlsam auf Themen, die Jungen und Mädchen wichtig sind, einzugehen und dabei sensibel für die Entwicklungsanforderungen, Kompetenzen und Bedürfnisse jeweils von Mädchen und Jungen zu sein.

Geschlechtsbezogene Suchtprävention umfasst zum einen Arbeitsformen, bei denen ausschließlich in geschlechtshomogenen Gruppen mit gleichgeschlechtlichen Bezugspersonen gearbeitet wird, zum anderen Arbeitsformen, in denen in gemischten Gruppen gearbeitet wird. In geschlechtshomogenen Gruppen wird den Jugendlichen eine Off-Zeit und ein eigener Raum gegeben. In diesem Rahmen kann etwas Neues ausprobiert werden, Distanz zu dem, was sich im Alltag mit den Geschlechtern abspielt, kann hergestellt werden. Bei der Arbeit in gemischten Gruppen wird die Interaktion begleitet und in getrennten und gemeinsamen Gruppenphasen aufgearbeitet.

Themen können sein:

- Verhältnis zum eigenen Körper
- Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz (vgl. Abschnitt Entwicklungsaufgaben)
- Schulische Leistungsanforderungen und Übergänge
- Umgang von Mädchen und Jungen miteinander
- Partnerschaft, Sexualität
- Auseinandersetzung mit Männlichkeits- und Weiblichkeitsbildern
- Erweiterung kommunikativer Kompetenzen, Konfliktfähigkeit, Gefühle zeigen (vgl. Förderung von Lebenkompetenz im Schulalltag)

Welche Form gewählt wird, hängt von den Rahmenbedingungen, dem Alter der Zielgruppe und dem pädagogischen Bedarf ab. Im Methodenteil der vorliegenden Broschüre sind entsprechende Übungen und Themen für die Unterrichtsarbeit zusammengestellt.

Wichtige Voraussetzung für geschlechtssensible Arbeit der Lehrenden ist die persönliche und aktive Auseinandersetzung mit dem eigenen Frau- oder Mann-Sein. Die Tatsache, immer auch Modell zu sein, kann so reflektiert und vielleicht auch bewusster gestaltet werden. „Jungen wie Mädchen brauchen diese Modelle, brauchen Beispiele von Erwachsenen, die mit ihrer Art und Weise als Frau oder Mann zu leben, eine Ergänzung zu den bis dahin bekannten Modellen der Mütter und Väter darstellen und sich vielleicht mit mehr Transparenz und Partnerschaftlichkeit einer Auseinandersetzung darüber stellen.“ (Krüger in Aktion Jugendschutz 1995, S. 27)

Es ist auch wichtig, sich den eigenen Umgang mit Rollenvorstellungen in der pädagogischen Arbeit bewusst zu machen. Selbstbeobachtung zu folgenden Fragen könnte hier hilfreich sein:

- Wie viel Aufmerksamkeit erhalten Mädchen / Buben (Lob, Tadel, Blickkontakt, Aufforderungen)?
- Wie viel Initiative geht von Mädchen / Buben aus (Fragen, Einwände, Antworten, Zwischenrufe)?
- Wie oft werden Mädchen / Buben von mir oder von Mitschüler/inne/n unterbrochen?
- In welcher Form werden falsch gegebene Antworten durch Mädchen und Buben von mir ausgebessert (argumentativ, autoritär)?

Literatur

Antonovsky, A. (1987): Unravelling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well. Jossey-Bass Publishers, San Francisco

AOK Medienpaket (1994): **Sucht hat viele Ursachen** – Alkohol und Medikamente, Lehrerhandbuch

Asshauer, M., Burow, F., Hanewinkel, R. (1999): Unterrichtsideen. Fit und stark fürs Leben 3./4. Persönlichkeitsförderung zur Prävention von Aggression, Stress und Sucht. Leipzig

Barsch, G. (2001): Risikoprävention oder Drogenmündigkeit oder beides? In: akzept e. V. (Hg.): Gesell. mit Drogen – Akzeptanz im Wandel. Dokumentationsband zum 6. intern. akzept Drogenkongress. Berlin. S. 263 – 277

Büchner, P. (1985): Einführung in die Soziologie der Erziehung und des Bildungswesens, Darmstadt

Büchner, P., Fuhs, B., Krüger, H. H. (1996) (Hg.): Vom Teddybär zum ersten Kuss. Wege aus der Kindheit in Ost- und Westdeutschland, Opladen

Burkhard, E. (2000): Persönlichkeitslernen. In: U. Sielet, K. Valtl (Hg.): Sexualpädagogik lehren. Didaktische Grundlagen und Materialien für die Aus- und Fortbildung. Weinheim, Basel: Beltz

BZgA (Hg.) (1993): Fortschreibung d. Expertise z. Primärprävention des Substanzmissbrauchs. Eigenverlag, Köln

Caplan, G. (1964): Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books, New York

Dornmayer, H. (1999): Jugendgesundheit in Oberösterreich – Zum Gesundheitsverhalten und -erleben. In: Christian Scharinger (Hg.): Perspektiven der Jugendgesundheit, Gesundheitswissenschaften 12, Linz

Duden (1989): Herkunftswörterbuch – Duden Band 7. Dudenverlag, Mannheim

Duden (1997): Fremdwörterbuch – Duden Band 5. Dudenverlag, Mannheim

Dür, W. (1999): Schöner Vogel Jugend? Zur Lage der Jugend und zur Gesundheit der Jugendlichen in Österreich. In: Christian Scharinger (Hg.): Perspektiven der Jugendgesundheit, Gesundheitswissenschaften 12. Linz

Eder, F. (1990): Wichtig aber stressig: Schule als Teil der Lebenswirklichkeit. In: Janig, H. et al. (Hg.): Schöner Vogel Jugend. Analysen zur Lebenssituation Jugendlicher. Linz S. 373 – 399

Eigenständig werden. Unterrichtsprogramm für die Gesundheitsförderung und Suchtprävention im 1.– 6. Schuljahr, Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung Kiel, Mentor Bonn 1999

Franzkowiak, P. (1999): Risikokompetenz und „Regeln für Räusche“: Was hat die Suchtprävention von der akzeptierenden Drogenarbeit gelernt? In: Stöver, H. (Hg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Eine Zwischenbilanz. Freiburg im Breisgau. S. 57 – 73

Franzkowiak, P., Helfferich, C., Weise, E. (1996): Praxisansätze und Theorieentwicklung der geschlechtsbezogenen Suchtprävention in der Jugendphase, Kurzfassung des Endberichts. Köln

Freitag, M. (2000): Starke Typen – Schwaches Geschlecht? In: Arbeitskreis Suchtprävention und Gesundheitsförderung (Hg.): Zwei Welten – zwei Wege? Ergebnisse einer Fachtagung zur Geschlechterdifferenz in der Prävention in Mainz im Sept. 1999. Schwabenheim a. d. Selz: Verlag Peter Sabo

Freitag, M., Hurrelmann, K. (1999): Illegale Alltagsdrogen. Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter. Weinheim und München

Gutzwiller, F., Jeanneret, O. (Hg.) (1996): Sozial- und Präventivmedizin Public Health. Huber, Bern

Hageman-White. C. (1984): Sozialisation: weiblich – männlich? Opladen

Helfferich, C. (2000): Mädchenspezifische Prävention. Prävention für „Fische ohne Fahrräder“ und/oder Arbeit an Geschlechterbeziehungen? In: Arbeitskreis Suchtprävention und Gesundheitsförderung (Hg.): Zwei Welten – zwei Wege? Ergebnisse einer Fachtagung zur Geschlechterdifferenz in der Prävention in Mainz im Sept. 1999. Schwabenheim a. d. Selz: Verlag Peter Sabo

Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross – National Study (HBSC), International Report

Hentig, H. v. (1985): Die Menschen stärken, die Sachen klären. Ein Plädoyer für die Wiederherstellung der Aufklärung. Stuttgart

Hentig, H. v. (1999): Bildung. Ein Essay. Weinheim

Hildebrandt, H. (1997): Pschyrembel – Klinisches Wörterbuch (258. Auflage). Walter de Gruyter, Berlin

Hofer, M., Klein-Allerbeck, E., Noack, P. (Hg.) (1992): Familienbeziehungen – Eltern und Kinder in der Entwicklung. Göttingen

Hurrelmann, K. (2000): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim und München: Juventa

Hurrelmann, K. (2000): Legale und illegale Drogen. Wie kann man Missbrauch verhindern? In: Sucht-Report 6/2000. 29 – 36

Hurrelmann, K., Bründel, H. (1997): Drogengebrauch-Drogenmissbrauch. Eine Gratwandeung zwischen Genuss und Abhängigkeit. Darmstadt

Hurrelmann, K., Mansel, J. (1993): Individualisierung in der Freizeit. In: Zentrum für Kindheits- und Jugendorschung (Hg.): Wandlungen der Kindheit. Opladen

Inciardi, James A. (Hg.) (1999): The Drug Lagalisation Debate, Sage Publications, Inc., Thousand Oaks-London-New Delhi

Jerusalem, M., Mittag, W. (1994): Gesundheitserziehung für Schule und Unterricht. Zeitschrift für Pädagogik 40. 851 – 869

Kardorff, E. v. (1995): Prävention: wissenschaftliche und politische Desiderate. In: DISKURS 1/95

Kastner, P., Silbereisen, R. K. (1985): Drogengebrauch Jugendlicher aus entwicklungstheoretischer Sicht. In: Bildung und Erziehung 37, 271 – 287

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., Kendler, K. S. (1994): Lifetime and 12-month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results From the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 51, 8–19

Kolip, P. (1999): Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter. Weinheim und München: Juventa

Kolip, P. (1999): Lebenslust und Wohlbefinden. Zur geschlechtsspez. Jugendgesundheitsforschung. In: Christian Scharinger (Hg.): Perspektiven der Jugendgesundheit, Gesundheitswissenschaften 12, Linz

Krüger, A. (1995): Zur Einordnung des Gedankens der Geschlechtsspezifik in die Suchtprävention. In: Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e. V. (Hg.): Materialmappe Suchtprävention. München

Künzel-Böhmer, J., Bühringer, G., Janik-Konecny, T. (1993): Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauches. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden Baden: Nomos Verlagsges.

Lagemann, A. (2000): Essstörungen, unveröffentlichte Broschüre, Institut für Suchtprävention (Hg.). Linz

Laut-stark und hoch hinaus, Ideenbuch zur mädchenspezifischen Suchtprävention. Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e. V. (Hg.)

Leppin, A. (1998): Suchtgefährdung und Präventionsmöglichkeiten bei Jugendlichen. In: Gros, H. (Hg.): Rausch und Realität. Band 3. Stuttgart

Leppin, A. et. al (2000) (Hg.): Schulische Suchtprävention: Status quo und Perspektiven. In: dies.: Jugendliche und Alltagsdrogen. Konsum u. Perspektiven der Prävention. Neuwied. 9 – 21

Leppin, A., Hurrelmann, K. (2000): Jugendliche u. Alltagsdrogen. Konsum und Perspektiven der Prävention. Neuwied

Loviscach, P. (2000): Genese. In: Stimmer, F. (Hg.): Suchtlexikon. Oldenbourg, München

Mikrozensus 1997: Rauchgewohnheiten der österr. Bevölkerung, Ergebnisse des Mikrozensus 1997, Statistische Nachrichten 5/1999

Schmidt, B. (1998): Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen. Sekundärpräventive Ansätze in der geschlechtsbezogenen Drogenarbeit. Weinheim

Schmidt, B., Hurrelmann, K. (Hg.) (2000): Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Ein Handbuch. Opladen

Schneider, W., Stöver, H. (2000): Das Konzept der Gesundheitsförderung – Betroffenenkompetenz nutzen. Drogenberatung entwickeln. In: Heudtlass, J.-H., Stöver, H. (Hg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch. 2. Auflage. Frankfurt/M. 19 – 37

Schneider, W. (2000): Drogenmythen: zur soz. Konstruktion von „Drogenbildern" in Drogenhilfe, Drogenforschung und Drogenpolitik. Berlin

Schulz, W. (2000): Sucht. In: Stimmer, F. (Hg.): Suchtlexikon. Oldenbourg, München

SFA & Plus (1994): Vom Straucheln, Strudeln und Sprudeln. Baukasten zur Suchtprävention für die Oberstufe. SFA Verlag, Lausanne

Springer, A. (2000): Drogen und Drogenmissbrauch, Lehrerinformation zur Gesundheitsförderung, 2. aktual. und erg. Auflage. BM für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Wien

Springer, A., Uhl, A., Widensky, K. (1996): Schüler und Drogen in Österreich: Wissen, Erfahrungen, Einstellungen. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 19, 3 – 21

Sucht. Drogen. Prävention (1998). Eine Lektionsreihe für das 6. bis 10. Schuljahr, Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich

Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich (1998): Sucht-Drogen-Prävention. Eine Lektionenreihe für das 6. bis 10. Schuljahr. Langnau a/A

Uchtenhagen, A., Zieglgänsberger, W. (2000): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München, Jena: Urban & Fischer

Uhl, A. (1998): Evaluation of Primary Prevention in the Field of Illicit Drugs – Definitions – Concepts – Problems. Results of an International Consensus Study within the COST-A6 Ac-tion of the European Union. in Springer, A., Uhl, A. (Ed.): Evaluation Research in Regard to Primary Prevention of Drug Abuse. COST-A6 Publication, Commission of the European Communities, Brussels (www.api.or.at/lbi/download.htm)

Uhl, A. (2000): The Limits of Evaluation. In: Neaman, R., Nilson, M., Solberg, U.: Evaluation – A Key Tool for Improving Drug Prevention. EMCDDA Scientific Monograph Series, No 5, Lisbon (www.api.or.at/lbi/download.htm)

Uhl, A. (2002a): Schutzfaktoren und Risikofaktoren in der Suchtprophylaxe. In: Röhrle, B. (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung Bd.II. DGVT, Tübingen

Uhl, A. (2002b): Medien und Suchtprophylaxe. Medienimpulse, 10, 39.

Uhl, A., Kopf, N., Springer, A., Eisenbach-Stangl, I., Kobrna, U., Bachmayer, S., Beiglböck, W., Preinsberger, W., Mader, R. (2001): Handbuch: Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends. 2. überar. und ergänzte Auflage. BMAGS, Wien (www.api.or.at/lbi/download.htm)

Uhl, A., Seidler, D. (2000): Prevalence Estimate of Problematic Opiate Consumption in Austria. LBI Sucht, Wien (www.api.or.at/lbi/download.htm)

Uhl, A., Springer, A. (2002): Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der österr. Fachstellen für Suchtprävention. BM für soziale Sicherheit und Generationen, Wien (www.api.or.at/lbi/download.htm)

Vogel, G. (1999): ... Immer gut drauf? Ideenbuch zur jungenspezifischen Suchtprävention, Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e. V. (Hg.)

Vogt, I., Scheerer, S. (1989): Drogen und Drogenpolitik. In: ders.: Drogen und Drogenpolitik. Frankfurt/M.

WHO (1984): The WHO-Constitution. WHO, Geneva

WHO (1986): Ottawa Charter. WHO, Geneva

WHO (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). 2. Auflage. Bern.

Zinberg, N. (1984): Drug, Set and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use. Yale University Press, New Haven.

Zinnecker, J., Silbereisen, R. (1996): Kindheit in Deutschland. Weinheim und München

Zwaan, M. de, Wimmer-Puchinger, B., Baldaszti, E. (2000): Essverhaltensstörungen – Wie groß ist das Problem bei Wiener Schülerinnen und Schülern? 2. Wiener Essstörungsenquete

Methoden schulischer Suchtprävention

EINLEITUNG

Der vorliegende Übungsteil ist inhaltlich an Programmen zur Förderung von Lebenskompetenz angelehnt. Wir stellen eine suchtpräventive pädagogische Grundhaltung vor, die dazu beiträgt, dass Jugendliche in ihrem Leben selbstbewusst und selbstbestimmt lebensbejahende Entscheidungen treffen können. Sowohl die Sammlung von Übungen als auch die Unterrichtsvorschläge haben beispielhaften Charakter. Sie können verändert, erweitert und/oder ergänzt werden.

Der 1. Abschnitt des methodisch/didaktischen Teils „LEBEN – ERLEBEN – BELEBEN“ zeigt Möglichkeiten, Einzelne, Schülergruppen und Klassen zu vitalisieren. Dieses Unterrichtsangebot bezieht sich auf die Themen „Ich“, „Ich, Du, Wir“ und „Wahrnehmung und Entspannung“.

Das Kapitel „ICH“ beinhaltet exemplarische Übungen zur Stärkung des Selbstwerts und der Selbstreflexionsfähigkeit der Schüler/innen. Kenntnisse über die eigenen Stärken und Schwächen zu haben, sowie sich seiner Wünsche und Bedürfnisse bewusst zu sein, sind Voraussetzungen für einen guten Umgang mit sich selbst (z.B. Stressoren wahrnehmen, Bewältigungsstrategien aktivieren) und auch für die Fähigkeit, mit anderen in Beziehung zu treten.

„ICH, DU, WIR“ geht auf den sozialen Zusammenhang von Schüler/inne/n in Klassen ein. Befriedigende soziale Beziehungen stellen wesentliche Unterstützungsfaktoren für die Bewältigung altersgemäßer Entwicklungsaufgaben und stressreicher Situationen dar. Voraussetzung dafür ist eine entsprechende psychosoziale Kompetenz. Das wahrgenommene Klima in der Klasse und in der Schule beeinflussen das Wohlbefinden der Schüler/innen entscheidend. Übungen in den Bereichen Kommunikation, Kooperation, Feed-back, u.a. sowie Reflexionen des gemeinsamen Lebens in der Schulklasse sollen die Kommunikationsfähigkeit und die Qualität der Beziehungen in der Klasse fördern.

Beim Thema „Wahrnehmung und Entspannung“ geht es um die in der Schule oft vernachlässigte sinnliche, emotionale und motorische Ebene. Den eigenen Körper mit seinen Sinnen wahrnehmen ist ein wichtiger Bereich der Selbstwahrnehmung, somit die Grundlage für alle anderen Lebenskompetenzen. Sinnliche Wahrnehmung ist eine zentrale Voraussetzung für Genuss- und Erlebnisfähigkeit, ein Schutzfaktor für die Entwicklung suchtriskanten Verhaltens. Einen guten Umgang mit Stress zu finden, gehört zu den grundlegenden Bewältigungsfertigkeiten, die im Rahmen der Lebenskompetenzförderung vermittelt werden sollen. Dazu gehört es, Stress, Angst und deren Auslöser bewusst wahrzunehmen und über Möglichkeiten der Stressreduktion zu verfügen.

Zu diesen Bereichen gibt es zahlreiche methodische/didaktische Anregungen und Übungen. Zum Bereich Körperwahrnehmung sind im Teil „Essstörungen“ des Unterrichtsbehelfs weitere Übungen angeführt.

Der 2. Abschnitt „SUCHEN – SEHNEN – GENIESSEN“ bezieht sich auf den Schwerpunkt Sucht – Sehnsucht – Genuss.

Neben der Förderung allgemeiner Lebenskompetenzen ist in Bezug auf Suchtverhalten die Förderung spezieller Kompetenzen wie Konfliktfähigkeit und Selbstbehauptung, konstruktiver Umgang mit Problemen, Umgang mit Stress und negativen Emotionen, Kritikfähigkeit, Genuss- und Erlebnisfähigkeit von zentraler Bedeutung.

Daneben ist die Auseinandersetzung mit den Entstehungsbedingungen für Sucht und suchtriskantem Verhalten und die Entwicklung von Handlungsalternativen ein wichtiges Thema.

Der Bereich „Sehnen“ ist für Jugendliche ein elementares, unverzichtbares Thema. Sehnsucht ist ein wertvolles, positives Gefühl. Es beinhaltet ein enormes Veränderungspotenzial, das Jugendliche, überhaupt Menschen, neugierig macht und aktiviert, neuen Lebensimpulsen zu folgen, Neues auszuprobieren, neue Beziehungen einzugehen, einen alten Lebenszustand zu verlassen und sich in größerer Eigenständigkeit weiterzuentwickeln.

Das Unterrichtsangebot „Genießen“ zeigt auf, dass Genuss viel mit Lebensqualität zu tun hat, die das Leben bereichert und Lebensfreude schafft.

Der 3. Abschnitt „VERSTEHEN – MÖGLICHKEITEN ERWEITERN – ALTERNATIVEN FINDEN“ behandelt den Themenbereich „Psychoaktive Substanzen“ und „Probleme lösen können“.

„Probleme lösen“ bietet Möglichkeiten zur Auseinandersetzung mit konstruktiven Formen des Problemlösens, eine wichtige Bewältigungskompetenz. Konkrete Übungen sollen die Möglichkeiten erweitern helfen. Das TANKMODELL und das KLAVIERMODELL bieten methodisch/didaktische Hilfestellung zur Erarbeitung unterschiedlicher Themenbereiche: Auseinandersetzung mit menschlichen Grundbedürfnissen, schwierigen Lebenssituationen, Entstehung von Sucht, gemeinsame Entwicklung von alternativen Handlungsmöglichkeiten.

Im 4. Abschnitt „ALKOHOL – NIKOTIN – ESSSTÖRUNGEN“ werden Möglichkeiten dargestellt, diese Themenbereiche im Unterricht aufzubereiten. Es werden relevante Themen für die Unterrichtsarbeit sowie methodische/didaktische Vorschläge für den Unterricht vorgestellt.

Das ausgearbeitete Unterrichtsmaterial bietet die Möglichkeit jene Inhalte auszuwählen, die in der Klasse und/oder Schule gerade Thema sind.

Viel Freude und Erfolg bei Ihrer pädagogischen Arbeit!

DIDAKTISCHE HINWEISE ZUR DURCHFÜHRUNG EINES ROLLENSPIELS[1]

In einem Rollenspiel wird eine Situation aus dem Alltag herausgegriffen und in einen anderen – spielerischen – Rahmen gestellt. Rollenspiele können dazu dienen, ein bestimmtes Verhalten zu reflektieren, und sie ermöglichen, neue oder alternative Verhaltensweisen in einem geschützten Rahmen auszuprobieren und sich in ähnlichen, realen Situationen bewusster und vielleicht anders als zuvor zu verhalten. Es kann die Verhaltensflexibilität und die Möglichkeit, sich nicht allein von spontanen Impulsen leiten zu lassen, fördern. Die Zuschauer/innen, die nicht direkt am Spiel beteiligt sind, sind zum einen Beobachter/innen und können wertvolle Rückmeldungen geben, zum anderen lernen sie auch am Modell der Spielenden. Der Lehrperson sollte beim Rollenspiel die Rolle des/der Moderators/in bzw. „Regisseurs/in“ zukommen, der/die die Planung, Durchführung und Auswertung des Rollenspiels strukturiert und leitet.

ZIELE

- Erfahrung und Verdeutlichung von Verhalten in bestimmten Situationen
- Wahrnehmung eigener Bedürfnisse, Gefühle und Verhaltensmuster
- Erspüren von Spannungen zwischen eigenen Bedürfnissen und den Erwartungen anderer
- Standhalten von sozialem Druck
- Sich in andere einfühlen, unterschiedliche Standpunkte und Interessen besser sehen und verstehen können
- Ausprobieren und Einüben unterschiedlicher Handlungsvarianten
- Eigene Positionen in bestimmten Situationen finden
- Sich spielerisch mit Realsituationen vertraut machen

HINWEISE FÜR DEN ABLAUF EINES ROLLENSPIELES

- Regeln festlegen für die Rollenspiele: Es ist wichtig, dass sich die Teilnehmer/innen an minimale Regeln halten, damit überhaupt ein strukturiertes Rollenspiel durchgeführt werden kann. Im Vorhinein sollten daher sowohl für die spielenden als auch für die zuschauenden Schüler/innen Regeln erarbeitet werden. Die Regeln können auf ein großes Plakat geschrieben werden, das dann gut sichtbar im Klassenraum aufgehängt werden kann.
- Situationsbeschreibung und Rollenwahl: vor dem Rollenspiel gilt es, die Rollen und die Situationsbeschreibung in ihren Umrissen festzulegen (Situation, Problem, Ort des Geschehens)
- Rollen verteilen: Die Rollenverteilung bleibt den Spieler/innen entweder selbst überlassen oder wird kurz mit ihnen besprochen. Sie legen den Handlungsablauf ihrer Szene in einer kurzen Vorbesprechung fest bzw. bereiten sich einzeln auf das Spiel vor.
- Die Klasse als Beobachter: Die Lehrkraft verteilt spezielle Beobachtungsaufträge an die Zuschauer/innen (z. B. auf Blickkontakt achten, auf Körperhaltung achten etc). Die Zuschauer/innen müssen sich strikt an ihre Regeln halten. Die Zuschauer/innen sind Miterlebende und können durch möglichst genaue Beschreibungen des Handels und Verhaltens der einzelnen Personen in der Nachbesprechung wertvolle Hinweise geben und ihr eigenes Erleben einbringen.

[1] Vgl. AOK-Medienpaket, S. 87 f.

- Spielende und Auswertungsphase: Die Spielszenen sollten nicht zu lange dauern; wenn der Spannungsbogen nachlässt und das Wesentliche gesagt ist oder die vereinbarte Zeit abgelaufen ist, sollte die Lehrperson das Spiel beenden, und es folgt eine Auswertungsphase. Wichtig ist, dass die Lehrperson darauf achtet, dass die Akteure nicht in ihrer Rolle verhaftet bleiben (Rollen abstreifen!). Dabei kann es auch sinnvoll sein, dass die Spieler/innen wie der ihren alten Platz einnehmen und somit „von der Bühne gehen". Bevor die Gruppe nach Spielende die Möglichkeit erhält, ihre Beobachtungen, Sichtweisen und Assoziationen mitzuteilen, sollen zuerst die Spieler selbst die Gelegenheit erhalten, etwas zu ihrem Verhalten und Erleben im Rollenspiel zu sagen.

Mögliche Auswertungsfragen an die Spieler/innen:

Wie hast du dich in deiner Rolle gefühlt?

Welche Erfahrungen hast du mit dieser Übung gemacht?
Waren die Erfahrungen neu, ungewohnt, aufregend oder ...?

Konntest du dich auf die Übung einlassen?
Was haben diese Erfahrungen mit deinem Alltag zu tun?

Mögliche Auswertungsfragen an alle Schüler/innen:

Wie wirklichkeitsnah war die dargestellte Situation?

Wie wurden die Personen dargestellt?

Wie habt ihr das Rollenspiel und die einzelnen Szenen erlebt?
Was war dabei wichtig?

Wie war der Ausgang des Rollenspiels?

Gibt es alternative Handlungsmöglichkeiten?

Was kann ich daraus für meine alltäglichen Verhaltensweisen lernen?

- Überlegen neuer Verhaltensweisen und erneuter Durchgang: Wenn das Rollenspiel im Rahmen von Problemlösungen eingesetzt wird, kann die Klasse nun mögliche Lösungsvorschläge überlegen. Einer dieser Lösungsvorschläge kann ausgewählt und in einem weiteren Durchgang des Rollenspiels erprobt werden. Es können für einen wiederholten Durchgang auch Vorschläge gesammelt werden, welche Verhaltensaspekte noch verbessert werden können.

1. Leben – Erleben – Beleben

COLLAGE „ICH“[1]

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Einzel- und Partner/innenarbeit
- **Material:** Zeichenblock DIN A-3, Zeitschriften, Farbstifte, Klebstoff
- **Lernziel:** Selbstreflexion, Ich-Stärkung
- **Anleitung:** Die Schüler/innen sollen aus Zeitschriften eine Collage mit dem Titel „Ich“ (was sie gerne machen, Freizeit, ...) zusammenstellen (Bilder, Symbole, Texte, Gedichte).
- **Auswertung:** Nach Fertigstellung soll jeder sein/ihr Bild einem/einer Schüler/in vorstellen und erklären.

BESONDERE DINGE ÜBER MICH[2]

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Einzelarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** Arbeitsblatt 1, Farbstifte, ev. Bastelmaterial
- **Lernziel:** Realistisches Selbstbild entwickeln, Auseinandersetzung mit persönlichen Ereignissen und Fähigkeiten
- **Anleitung:** Jede/r Schüler/in bekommt ein Arbeitsblatt „Wappen“. In jedes der vier Felder zeichnet er/sie ein Bild oder Symbol, das seine/ihre Gedanken und Gefühle zu vier Ereigniskategorien darstellt:
  1. Feld: ein schönes Ereignis aus deinem Leben
  2. Feld: etwas, das du gerne alleine machst
  3. Feld: etwas, das du gerne mit anderen machst
  4. Feld: darstellen, was du gut kannst
- **Auswertung:** Welche Ähnlichkeiten/Unterschiede nehmt ihr wahr?
  Warum sollte man die Geschichte und Tradition anderer Menschen kennen?
  Warum sollten wir uns mit Dingen, die uns wichtig sind und uns beeinflusst haben, befassen?

siehe ARBEITSBLATT 1 (Seite 96)

[1] Vgl. Kaufmann, S. 106
[2] Vgl. Akin u.a., S. 61 f.

WAS ICH GERNE MACHE[3]

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** 2 UE
- **Methode:** Einzel- und Partner/innenarbeit
- **Material:** Plakat, Farbstifte, Bastelmaterial, Klebstoff, Schere, Pinwand o.ä.
- **Lernziel:** Realistisches Selbstbild entwickeln, Benennen, Beschreiben und Gestalten eines besonderen Interesses oder Hobbys
- **Vorbereitung:** Die Schüler/innen sollen Gegenstände (Bücher, Bilder, Modellflugzeug) mitnehmen, die ihr Hobby symbolisieren.
- **Anleitung:** Jeweils zwei Schüler/innen tauschen sich über Dinge aus, mit denen sie sich gerne beschäftigen. Anschließend sollen Freiwillige der Klasse ihr Hobby beschreiben. Danach gestaltet jede/r ein Werbeplakat für sein/ihr Hobby mittels Symbolen, einfachen Zeichnungen und Text und kennzeichnet dies zum Schluss mit seinem Namen.
- **Auswertung:** Die Plakate der Schüler/innen werden in der Klasse auf Pinwände o.ä. geheftet. Jede/r soll eine Ausstellung bzw. Präsentation seiner/ihrer Hobbys und Interessen vorbereiten.

FREIZEITTORTE[4]

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Einzel- und Partnerarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** DIN A3-Blatt, Farbstifte/Wachsmalstifte
- **Lernziel:** Reflexion des eigenen Freizeitverhaltens, Kennenlernen von Alternativen
- **Anleitung:** Jede/r Schüler/in malt einen Kreis auf sein/ihr Blatt und zeichnet die Menge der Freizeitaktivitäten (Zeitrahmen: eine Woche oder ein Monat) ein. Je nach Zeitaufwand entstehen ungleich große Stücke. Am Rand der Torte wird die geschätzte Zeit eingetragen. Nach Fertigstellung werden die Freizeittorten mit zwei anderen Personen verglichen.
- **Auswertung:** Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Freizeitaktivitäten gibt es? Habt ihr Anregungen für eure persönliche Freizeitgestaltung bekommen? Könnt ihr euch bei gleichen Interessen vorstellen, diese gemeinsam durchzuführen?

[3] Vgl. Akin u.a., S. 55
[4] Vgl. Kaufmann, S. 137

VORSTELLUNG MIT GEFÜHL[5]

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Partner/innenarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** Je Paar einen vorbereiteten „Gefühlszettel“ (Kopiervorlage auf Arbeitsblatt 2)
- **Lernziel:** Gefühle ausdrücken und erkennen können, Mimik und Gestik bei der Vermittlung von Gefühlen einschätzen
- **Anleitung:** Die Jugendlichen sollen sich in Zweiergruppen zusammenfinden. Jede Gruppe zieht einen Zettel. Die Schüler/innen haben fünf Minuten Zeit, sich eine Pantomime auszudenken, mit der sie das betreffende Gefühl deutlich erkennbar darstellen können. Die Zweiergruppen führen die Pantomime nacheinander vor. Das Publikum soll das dargestellte Gefühl benennen. Anschließend erklärt das Pantomimen-Paar, welches Gefühl dargestellt wurde.

  Als Aufschriften der Gefühlszettel eignen sich z.B.: erleichtert, verlegen, unentschlossen, ungeduldig, sauer, einsam, gemütlich, glücklich, zurückgewiesen, wütend, verwundert, traurig, mutig, überrascht, enttäuscht, zufrieden, fröhlich, erwartungsvoll, schüchtern, hinterhältig, zuversichtlich, ängstlich, optimistisch, interessiert, besorgt, liebenswert, friedlich, müde, beschämt, gelangweilt, gespannt, unsicher, stark, selbstbewusst, verdrossen, mitfühlend.
- **Auswertung:** Gab es Ähnlichkeiten bei der Darstellung der verschiedenen Gefühle?
  Welche Gefühle ließen sich am einfachsten über Mimik und Gestik darstellen?
  Warum sprechen unser Körper und unser Gesicht eine eigene Sprache?
  Was habt ihr bei dieser Übung über Körpersprache gelernt?
- **Hinweis:** Die Kopiervorlage enthält einige leichter zu spielende Gefühle, die sich auch mit schauspielerisch wenig geübten Gruppen spielen lassen.

siehe ARBEITSBLATT 2 (Seite 97)

FRAGESPIEL „GEFÜHLE“[6]

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Gruppengespräch im Sesselkreis
- **Material:** „Gefühle-Kärtchen“ (Kopiervorlage auf Arbeitsblatt 3)
- **Lernziel:** Erkennen und Verbalisieren von Gefühlen
- **Anleitung:** Die Schüler/innen ziehen jeweils ein Gefühle-Kärtchen. Ein/e Schüler/in liest die Frage vor und reicht sie einer Person seiner/ihrer Wahl, die darauf antworten soll. Diese zieht eine Karte, liest sie vor und gibt sie weiter. Nachfragen sind möglich.
- **Hinweis:** Voraussetzung für das Gelingen der Übung ist die Freiwilligkeit der Teilnahme. Auch Schüler/innen, die sich nicht oder wenig beteiligen, profitieren.
- **Variante:** Die Schüler/innen ziehen mehrere Zettel und suchen sich selbst einen aus, den sie beantworten. Dies erleichtert den schüchternen oder bewusst zurückhaltenden Schüler/innen die Wahl eines Themas, das nicht so persönlich ist.

siehe ARBEITSBLATT 3 (Seite 98)

[5] Vgl. Robra, S. 85 f., [6] Vgl. AOK – Medienpaket, S. 138

MEINE ZIELE[7]

- **Zielgruppe:** Ab 13 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Einzel- und Gruppenarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** Arbeitsblatt 4 „Mein Ziel“
- **Lernziel:** Wahrnehmung eigener Ziele, Erlernen einer Technik zum besseren Erreichen von Zielen
- **Einführung:** Häufig stecken sich Jugendliche Ziele, ohne sich Klarheit darüber zu verschaffen, was erforderlich ist, um diese Ziele zu erreichen. Mit Hilfe dieser Übung können die Schüler/innen exemplarisch überprüfen, bis wann sie das Ziel erreichen können, was sie brauchen um ihr Ziel zu erreichen, welche Hilfsquellen ihnen dazu zur Verfügung stehen und welche Hindernisse zu überwinden sind.
- **Anleitung:** Bei der folgenden Übung soll sich jede/r Schüler/in ein Ziel aussuchen, das er/sie unbedingt erreichen will, anschließend füllt jeder das Arbeitsblatt einzeln aus. Danach kommen die Schüler/innen in Dreiergruppen zusammen und stellen sich wechselseitig ihr Ziel mit Zwischenzielen sowie Erleichterungen und Problemen vor.
- **Auswertung:** Ist euer Ziel wirklich zu erreichen oder zu hoch gesteckt?
  Habt ihr Zwischenziele formulieren können?
  Wie macht ihr das sonst im Leben, wenn ihr ein Ziel erreichen wollt?

siehe ARBEITSBLATT **4** (Seite 99)

SCHÄTZE DICH SELBST EIN[8]

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Einzel- und Gruppenarbeit
- **Material:** Arbeitsblatt 5 „Schätze dich selbst ein!“
- **Lernziel:** Selbst- und Fremdwahrnehmung erhöhen
- **Anleitung:** Jede/r Schüler/in bekommt ein Arbeitsblatt und hat 5 Minuten Zeit, es auszufüllen. Anschließend Kleingruppen bilden und Austausch, der ungefähr 15 – 20 Minuten dauert.
  Jede/r Schüler/in stellt sein/ihr Arbeitsblatt vor, die anderen nehmen Stellung.
  Zu beachten ist, dass jede/r in der „Ichform“ redet: „Ich sehe das so …“

siehe ARBEITSBLATT **5** (Seite 100)

[7] Vgl. Kähnert/Freitag, S. 54 f.
[8] Vgl. AOK – Medienpaket, S. 148

EIN STARKER AUFTRITT[9]

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Einzel- und Partner/innenarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Lernziel:** Selbstsicheres Auftreten und „Nein sagen“ lernen
- **Vorbereitung:** Brainstorming zu folgenden Begriffen: Wie äußert sich „bestimmtes Auftreten“ und „unsicheres Auftreten“. Unterschiede zwischen diesen Verhaltensweisen klären.
- **Anleitung:** Die Jugendlichen arbeiten zu zweit. Person A und Person B wird bestimmt.

  Geben Sie folgende Anweisung:
  „Person A – Bitte deine/n Partner/in, etwas für dich zu tun (z.B. deine Hausaufgabe zu machen), oder dir etwas auszuleihen (z.B. eine CD), oder dir etwas zu verraten (ein Geheimnis). Du willst auf jeden Fall deinen Willen durchsetzen.“
  „Person B – Egal, um was dein/e Partner/in dich bittet, du musst es ablehnen.“
  Rollentausch und ev. Wechsel der Partner/innen.

  Mögliche Situationen:
  Ein paar Freunde wollen dich überreden, bei dir zu Hause eine Party zu feiern, während deine Eltern auf Urlaub sind.
  Ein guter Freund möchte, dass du mit einer Vierergruppe ausgehst. Du hast aber keine Lust.Dein älterer Bruder (oder deine ältere Schwester) will, dass du die Eltern anlügst. Du sollst ihnen nicht verraten, dass er/sie beim Freund/der Freundin übernachtet hat.
- **Auswertung:** Einzelarbeit oder Ausarbeitung in der Gruppe:
  Was war es für ein Gefühl, als dein/e Partner/in „nein“ gesagt hast?
  Was war es für ein Gefühl, „nein“ zu deinem/r Partner/in zu sagen?
  Woran hast du gemerkt, dass dein/e Partner/in wirklich nicht wollte?
- **Variante:** Die Schüler/innen denken sich Szenen aus, in denen ein selbstsicheres Auftreten schwierig ist. Sie üben mögliche Reaktionsweisen im Rollenspiel.

EINE REIHE BILDEN[10]

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** Ca. 15 Minuten
- **Methode:** Rangreihe
- **Lernziel:** In Kontakt kommen, sich kennen lernen, etwas Neues erfahren
- **Anweisung:** Die Schüler/innen sollen sich nach bestimmten Merkmalen (Geburtsmonat, Augenfarbe, Schuhgröße, ...) zusammenfinden. Ohne miteinander zu sprechen bilden sie nach ihrer Einschätzung nebeneinander stehend eine Reihe. Nach einem Merkmal: Wechsel.

[9] Vgl. Hunter/Phillips, S. 26
[10] Vgl. Kaufmann, S. 153

HAUS – BAUM – HUND[11]

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** Ca. 20 Minuten
- **Methode:** Partner/innenarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** Plakat, Farbstifte
- **Lernziel:** Einfühlungsvermögen schulen, Kooperationsfähigkeit verstärken
- **Anleitung:** Je zwei Schüler/innen nehmen gegenüber an einem Tisch Platz und haben ein Plakat und einen Stift vor sich liegen. Sie nehmen den Stift gemeinsam in die Hand und zeichnen, ohne zu sprechen und mit geschlossenen Augen, ein Haus, einen Baum und einen Hund. Zum Schluss unterzeichnen sie das Bild mit einem Künstlernamen.
- **Auswertung:** Wie leicht oder schwierig war das gemeinsame Führen eines Stiftes bei den verschiedenen Paaren?
  Hat immer nur einer geführt, habt ihr euch abgewechselt?

LÜGENDETEKTOR

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** Ca 20 Minuten
- **Methode:** Einzel- und Kleingruppenarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Lernziel:** Fremdwahrnehmung trainieren, Einfühlungsvermögen verstärken, voneinander etwas Neues erfahren
- **Anleitung:** Jede/r Schüler/in soll vier Fragen bearbeiten, dabei soll in eine Frage eine Lüge eingebaut sein. Anschließend werden Kleingruppen mit vier Personen gebildet, reihum beantwortet jede/r die Fragen und begründet sie. Danach erraten die anderen Gruppenmitglieder die Lüge. Dann erfolgt die Auflösung. Der/die nächste Schüler/in setzt fort.

  Fragen:
  – Mein liebstes Spiel in der Volksschule
  – Wenn ich ein Tier sein könnte
  – Mein Traumurlaub
  – Was mir peinlich ist
- **Auswertung:** War es leicht/schwierig, die Lüge herauszufinden?
  Woran habt ihr die Lüge erkannt? Durch die Mimik/Gestik?

[11] Vgl. Antons, S. 115

SPUL'S ZURÜCK[12]

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** Ca. 20 Minuten
- **Methode:** Partner/innenarbeit
- **Lernziel:** Aufmerksam zuhören können, Einfühlungsvermögen und gegenseitiges Verständnis entwickeln
- **Anleitung:** Die Schüler/innen sollen sich eine/n Partner/in aussuchen. Jede/r spricht zum selben Thema. Jeweils ein/e Schüler/in ist zuerst an der Reihe. Während er/sie eine Minute lang redet, soll sein/e Partner/in gut zuhören und alle Informationen „aufnehmen". Der/die Zuhörer/in sollte nur unterbrechen, wenn er/sie etwas nicht verstanden hat. Wenn die Sprechzeit vorbei ist, hat der Zuhörer ebenfalls eine Minute Zeit das Gesagte so genau wie möglich wiederzugeben. Anschließend werden die Rollen getauscht. Ist die Runde vorbei, suchen sich alle eine/n neue/n Partner/in.

  Themenvorschlag:

  „Mein Lieblingshobby"
  „Meine Lieblingsspeise"
  „Was ich mir am liebsten im Fernsehen anschaue"
  „Was ich am liebsten lese"
  „Mein Lieblingstier"
  „Mein Lieblingssport oder -spiel"
  „Was ich am liebsten höre"
  „Was mich glücklich macht"
  „Was ich am Wochenende machen möchte"
  „Worauf ich mich freue"
- **Auswertung:** Wie hast du dich als Sprecher/in gefühlt?
  Wie hast du dich als Zuhörer/in gefühlt?
  Was war beim „Aufnehmen" am schwersten?
  Fiel dir das Sprechen und/oder Zuhören mit zunehmenden Partner/inne/n schwerer oder leichter?
  Wie kann ruhiges, aufmerksames Zuhören zu effektiver Kommunikation führen?
  Warum ist es gut, das Gehörte wiederzugeben?
  Wie kannst du jemandem zeigen, dass du ihm wirklich zuhörst?

AKTIV ZUHÖREN[13]

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Kleingruppenarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Lernziel:** Aufmerksam zuhören können, Einfühlungsvermögen und gegenseitiges Verständnis entwickeln
- **Anleitung:** Ideensammlung zu der Frage: Wie zeigt ein/e gute/r Zuhörer/in, dass er/sie interessiert ist an dem, was der/die Sprecher/in sagt?

[12] Vgl. Schilling, S. 47 f.
[13] Vgl. Schilling, S. 49 f.

Aktives Zuhören bringt z.B. folgende Handlungsweisen zum Ausdruck:

Nonverbal:	Verbal:
Dem Sprecher in die Augen sehen.	Wenn du etwas nicht verstehst, warte auf eine Redepause und frage dann: „Was meinst du mit ...?“
Den anderen ausreden lassen; eigene Ideen und Meinungen zurückstellen.	Gefühle darstellen: „Du klingst total glücklich!“
Entspannt, aber aufmerksam sein.	Unterschwellige Botschaften ansprechen.
Den Worten zuhören und sich bewusst machen, was der Sender sagen will.	Antworte so, dass der Sender weiß, dass du ihm zugehört und alles verstanden hast, z.B. mit einem Nicken oder einem bestätigenden „Hmm“.
Versuche nachzuempfinden, was der Sender fühlt (Mitgefühle zeigen).	Das Gesagte kurz zusammenfassen: „Du willst sagen, dass du nicht länger in der Mannschaft bleiben kannst, weil du Zeitungen austragen musst?“

Die Jugendlichen werden in Dreiergruppen aufgeteilt: Pro Gruppe wird entschieden, wer A, B und C ist. Diese Übung hat drei Durchgänge. Zuerst wird A der/die Sprecher/in, B der/die Zuhörer/in und C der/die Beobachter/in der beiden sein. C kann eventuell schriftlich die Verhaltensweisen, die er bei A und B beobachtet hat, festhalten. Nachdem A ein Thema gewählt hat, wird die Runde gestartet.

Mögliche Themen:

- Als ich Hilfe brauchte
- Was ich besser machen/können möchte
- Ein Problem, das ich lösen möchte
- Als ich einmal Streit bekam
- Als ich eine schwere Entscheidung treffen musste
- Was ich machen möchte, wenn ich erwachsen bin

Nach drei Minuten ist die Sprechzeit vorbei. Nun haben die Beobachter eine Minute lang Zeit für ihren Report. In den folgenden Runden werden die Rollen reihum getauscht.

Auswertung:

Als ihr der/die Sprecher/in wart, hattet ihr das Gefühl, dass man euch wirklich zuhört
Wie habt ihr euch dabei gefühlt?
Welche Verhaltensweisen des aktiven Zuhörens habt ihr beobachten können?
Was war beim aktiven Zuhören das Einfachste, was war das Schwierigste?
Was habt ihr von eurem Beobachter gelernt?
Was macht eine/n gute/n Zuhörer/in aus?
Wie kann aktives Zuhören euch dabei helfen, einen Konflikt mit jemandem zu lösen?

Hinweis:

Als Einführung in das aktive Zuhören kann die Übung „Spul’s zurück“ durchgeführt werden.

DIE FEEDBACK-KARTE[14]

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** Ca. 15 Minuten
- **Methode:** Kleingruppe und Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** Kärtchen, Stifte
- **Lernziel:** Ich Stärkung, Sensibilisierung der Fremdwahrnehmung, Sammlung von positiven Rückmeldungen
- **Anweisung:** Die Schüler/innen setzen sich zu Kreisen von jeweils fünf Personen zusammen. Jeder erhält ein Kärtchen und schreibt unten seinen/ihren Vornamen. Die Karte wird im Uhrzeigersinn weitergegeben und mit einem passenden (positiven) Eigenschaftswort für die genannte Person beschriftet, bis die Karte den Kreis durchlaufen hat. Jeder faltet danach das Kärtchen nach hinten, so dass niemand sieht, was darauf steht.
  Ist die Runde fertig, liest sich jede/r seine/ihre Karte durch.
- **Auswertung:** Wie wirkten die Eigenschaftswörter auf euch?
  Welche könnt ihr gut annehmen, bei welchen fällt die Akzeptanz schwer?
- **Hinweis:** Jede/r Schüler/in bekommt ein Blatt mit der Überschrift „Du bist …“ an den Rücken geheftet. Dann schreiben sich die Schüler/innen gegenseitig positive Eigenschaften auf den Rücken.

DEN ANDEREN ETWAS GUTES TUN[15]

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** Ca. 15 Minuten
- **Methode:** Gruppenarbeit
- **Lernziel:** Anerkennung geben, Förderung von Einfühlungsvermögen, im Mittelpunkt stehen
- **Anleitung:** Der/Die Schüler/in ….. hat heute Geburtstag. Um ihm/ihr etwas Gutes zukommen zu lassen, überlegt die Klasse gemeinsam, was sie machen soll. Der/Die Schüler/in wird während dessen vor die Tür geschickt.
  Mögliche Vorschläge: Lied, Brief, Massage, anerkennende Worte, ein Spiel, kleine Geschenke, Bilder, Fanpost.

[14] Vgl. Kaufmann, S. 145
[15] Vgl. Kaufmann, S. 162

WÜNSCHE AUF MEINEM RÜCKEN[16]

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** Ca. 30 Minuten
- **Methode:** Gruppenarbeit
- **Material:** DIN A4-Blatt, Stifte, Tesakrepp
- **Lernziel:** Ich-Stärkung und Förderung des Einfühlungsvermögens, gemeinsamer Abschluss
- **Anleitung:** Jede/r Schüler/in klebt ein DIN A4-Blatt auf den Rücken. Alle Schüler/innen gehen in der Klasse herum und schreiben einen positiven Wunsch auf das Blatt am Rücken der nächsten Person.
- **Auswertung:** Gegenseitiger Austausch: Könnt ihr die Wünsche annehmen? Seid ihr überrascht?

DIE GRUPPE UND IHRE AUSSENSEITER – NACHBARS MANTEL[17]

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Rollenspiel und Ausarbeitung in der Gruppe
- **Lernziel:** Erhöhung des Einfühlungsvermögens, Einübung in vergessene oder verdrängte Rollen, Reflexion der Bedeutung der Außenseiterrolle.
- **Anleitung:** Eine Kurzgeschichte soll zum Thema „Außenseiter“ hinführen:
  Eine Familie kommt neu in die Stadt. Der Sohn – David – hat seinen ersten Schultag. In der Pause bekommt er von einigen Burschen, die „opinion-leaders“ in seiner Klasse sind, eine Zigarette angeboten. David lehnt jedoch ab; seitdem ist er quasi der Außenseiter. Ein Rollenspiel soll die Situation von David – wie es ihm seither in der Klasse als Außenseiter ergeht – veranschaulichen. Die Rollen werden verteilt. Das Publikum bekommt Beobachter-Aufgaben zugewiesen.
- **Auswertung:** Zuerst werden die Mitspieler/innen interviewt:
  Wie ist es dir in der Rolle ergangen?
  Danach werden alle Schüler/innen miteinbezogen:
  Wie realistisch war die dargestellte Situation?
  Wie wurden die Personen dargestellt?
  Wie habt ihr den Schluss des Rollenspiels erlebt?
  Im Anschluss schlüpfen alle Schüler/innen in den „Mantel des Außenseiters/der Außenseiterin“ und machen Aussagen über ihn/sie in der Ichform. Abschließend sagt jeder, wie er/sie sich gefühlt hat, als er/sie sich in diesen Menschen hineinversetzt hat.

[16] Vgl. Kaufmann, S. 143
[17] Vgl. Gemeinsam lernen, S. 39

KLASSEN–REPORTAGE[18]

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Kleingruppenarbeit
- **Lernziel:** Verstärkung der sozialen Wahrnehmung, kooperatives Verhalten ermitteln, Reflexion der Klassensituation
- **Anleitung:** Es soll eine Reportage über die Klasse gemacht werden. Dazu schreiben 6 Reportergruppen zu unterschiedlichen Themen Berichte. Sie können Interviews durchführen, Begebenheiten berichten oder Analysen machen.

  Die Themen sind:

  – Gibt es eine Klassengemeinschaft? Wie äußert sich diese?
  – Wie gehen wir in Stresssituationen (z.B. vor einer Schularbeit/Test) miteinander um? In welcher Art und Weise bzw. Verhalten zeigen sich diese?
  – Welche Regeln (nicht von Lehrer/inne/n vorgegeben) gibt es in der Klasse?
  – Welche Cliquen, Gruppierungen gibt es in der Klasse?
  – Wie schätzt sich die Klasse ein: Ist sie bei den Lehrer/inne/n beliebt? Gehen diese gerne in die Klasse?
  – Wie schätzen andere Klassen uns ein?
- **Auswertung:** Die Ergebnisse der Reportergruppen werden vorgetragen.

UNSER KLASSENKLIMA[19]

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Einzelarbeit und Gruppendiskussion
- **Material:** Arbeitsblatt 6 „Unser Klassenklima“
- **Lernziel:** Analyse des Klassenklimas
- **Anleitung:** Die Arbeitsblätter werden einzeln ausgefüllt.
- **Auswertung:** Im Anschluss werden die Ergebnisse an der Tafel gesammelt. Die Ja- und Nein-Stimmen werden durch Handheben ermittelt. Anschließend werden die Schüler/innen nach Auffälligkeiten gefragt und die Ergebnisse im Klassengespräch erörtert.

  Mögliche Fragen:
  Was bedeutet das für das Leben in der Klasse?
  Was können wir tun?
- **Hinweis:** Bei geringer Übereinstimmung besteht besonderer Handlungsbedarf, die Grundlagen für kooperatives Verhalten zu erwerben und einzuüben.

siehe ARBEITSBLATT 6 (Seite 101)

[18] Vgl. Thanhoffer/Reichel/Rabenstein, S. 176
[19] Vgl. AOK–Medienpaket, S. 184 f.

ETWAS VERÄNDERN[20]

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** Ca. 10 Minuten
- **Methode:** Partner/innenarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Lernziel:** Übung der optischen Wahrnehmung
- **Anweisung:** Zwei Schüler/innen stehen sich gegenüber und beobachten sich. Nun schließt A die Augen, während B an sich eine Kleinigkeit verändert, z.B. die Körperhaltung. A muss versuchen, die Veränderung zu benennen. Danach Wechsel der Rollen.
- **Auswertung:** War es leicht/schwierig, die Veränderung des/der Partners/in wahrzunehmen? Warum ist es wichtig, Veränderungen wahrzunehmen?
- **Variante:** Alle Schüler/innen sitzen im Kreis, einer verlässt die Klasse, verändert etwas an sich, geht in den Kreis und präsentiert sich den Mitschüler/inne/n. Wer etwas wahrnimmt, meldet sich.

LIEBLINGSGESCHMÄCKER

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** Ca. 10 Minuten
- **Methode:** Einzelarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** Arbeitsblatt 7 „Lieblingsgeschmäcker“, Stifte
- **Lernziel:** Übung der sinnlichen Wahrnehmung, Ressourcenstärkung, Verbesserung des Gruppenklimas, Konzentration / Ruhe / Entspannung finden
- **Anleitung:** Jede/r Schüler/in füllt einzeln das Arbeitsblatt aus.
- **Auswertung:** Im Plenum stellt jede/r Schüler/in ein Beispiel pro Spalte vor.

siehe ARBEITSBLATT 7 (Seite 102)

BLINDENFÜHRUNG[21]

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Partner/innenarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** Eventuell eine Augenbinde je Paar
- **Lernziel:** Vertrauen fördern, feine Signale aufnehmen können
- **Anweisung:** Eine Person darf führen, die andere wird blind geführt. Der/Die sehende Partner/in führt den/die blinde/n Partner/in – leichtes Händedrücken bei einer Veränderung der Richtung – durch die Klasse. Nach 1 bis 3 Minuten wechseln die Rollen.
- **Auswertung:** Wie ging es euch in der jeweiligen Rolle?
- **Variante:** Der Schwierigkeitsgrad dieser Übung lässt sich erhöhen, indem Stühle und Tische als Hindernisse im Weg stehen, aber an vielen Stellen Durchgänge ermöglichen.

[20] Vgl. Kaufmann, S. 168
[21] Vgl. Kaufmann, S. 160

REGENMACHER[22]

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** 5–10 Minuten
- **Methode:** Kreis – stehend
- **Lernziel:** Entspannungsmöglichkeit finden, Wahrnehmung stärken
- **Anleitung:** Der/Die Lehrer/in gibt eine Geräuschbewegung vor. Diese wird reihum im Kreis weitergegeben, bis sie wieder beim Spielleiter angelangt ist. Dann gibt der/die Lehrer/in die nächste Bewegung vor. Während eines Umlaufs wird die Bewegung von allen Mitspieler/inne/n, die sie schon erreicht hat, beibehalten.

  1. Hände reiben kreisförmig aufeinander
  2. Fingerschnipsen
  3. Hände klopfen auf die Oberschenkel
  4. Hände klopfen auf die Oberschenkel und die Füße stampfen auf den Boden
  5. Hände klopfen auf die Oberschenkel
  6. Fingerschnipsen
  7. Hände reiben kreisförmig aufeinander
  8. Stille, bis die 7. Bewegung ganz verklungen ist

- **Hinweis:** Um dem Spiel seine dichte Atmosphäre zu geben, ist es wichtig, die Bewegungen langsam weiterzugeben, so dass die imitierten Geräusche allmählich an- und abschwellen können. Auch sollte während des Spiels nicht gesprochen werden.

PIZZA–MASSAGE[23]

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** 10–30 Minuten
- **Methode:** Paarübung – stehend
- **Lernziel:** Entspannung finden
- **Anleitung:** Auf dem Rücken des zu Massierenden wird eine „Pizza“ zubereitet.

– Das Backbrett mit Mehl bestäuben (mit den Händen kurz über den gesamten Rücken streifen).
– Einen Haufen Mehl in die Mitte setzen und mit Wasser, Salz und Hefe verkneten (Rücken ordentlich durchmassieren).
– Den Teig auswellen (mit breiten Händen den Rücken fest hinauf- und hinunterfahren) und nach Geschmack belegen, z. B. mit Tomatensauce, Zwiebelringen, Salamischeiben, Oliven, Artischocken … (die Belegart mit Handflächen und Fingerspitzen andeuten. Kitzeln unbedingt vermeiden!)
– Die fertig belegte Pizza in den Ofen schieben und backen (mit beiden Handflächen leicht und stetig über den gesamten Rücken streichen, so dass ein Wärmegefühl entstehen kann).
– Die fertig gebackene Pizza aus dem Ofen nehmen und portionsweise zuschneiden (mit der Handkante längs und quer über den Rücken fahren).
– „Guten Appetit“ wünschen.

Anschließend Partner/innenwechsel.

[22] Vgl. Robra, S. 33
[23] Vgl. Robra, S. 36

- **Variante:** Als Partner/innenübung, in den Sitzreihen mit dem jeweiligen Nachbarn: Mitspieler/in 1 und Mitspieler/in 2 sitzen hintereinander auf Stühlen, ohne eine Lehne zwischen sich zu haben. Mitspieler/in 2 massiert nach Anleitung den Rücken von Mitspieler/in 1. Partner/innenwechsel.

  Als Partner/innenübung auf dem Boden liegend.

  Als Kollektivmassage: Alle Schüler/innen stehen hintereinander im Kreis.

FANTASIEREISE „DER DUFT FRISCHER BRÖTCHEN“[24]

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** Ca 15 Minuten
- **Methode:** Sesselkreis
- **Lernziel:** Sinnliche Erfahrungen machen
- **Anleitung:** Setzt euch bequem hin und legt die Hände locker auf die Oberschenkel. Schließt nun die Augen und beobachtet euren Atem (...). Der Atem kommt und geht ganz von selbst (...). Langsam merkst du, dass du ruhiger wirst (...). Die Augen fallen langsam zu (...).

  In Gedanken verlässt du den Klassenraum und gehst hinaus auf den Schulhof. Die Sonne scheint, es ist warm, aber du spürst auch ein wenig Wind. Mitten auf dem Schulhof steht etwas Großes, Buntes. Beim Betrachten erkennst du, dass es ein Fesselballon ist. Neugierig gehst du darauf zu, die Tür des Tragekorbes öffnet sich von allein, lädt ein zum Einsteigen. Kaum schließt du die Tür hinter dir, beginnt der Ballon langsam und ganz leise zu steigen.

  Du schwebst, siehst die Schule unter dir, nun die Häuser der Stadt, der Ballon scheint seine Richtung zu kennen. Du verlässt die Stadt, schwebst über Wälder und Felder dahin, du spürst den Wind in deinem Gesicht. Der Ballon verlangsamt seine Fahrt, er bleibt fast stehen, und du siehst unter dir einen Kreis in einem Getreidefeld. Er sieht aus wie ein Landeplatz. Schon sinkt der Fesselballon und setzt nach einer Weile mitten im Kreis auf. Wieder öffnet sich die Korbtür, du steigst aus. Vor dir liegt ein Pfad, der durch das Getreidefeld führt.

  Erst gehst du langsam Schritt für Schritt, dann steigt dir der Duft von frisch gebackenem Brot in die Nase und du wirst schneller. Schließlich stehst du vor einem kleinen, runden Haus, aus dem der Duft zu kommen scheint. Du siehst eine Tür und kleine Fenster, aus dem Schornstein dampft es. Du öffnest die Tür, drinnen steht ein Mann, der dir zuwinkt hereinzukommen. Er formt aus Teig kleine Kugeln und fordert dich auf ihm zu helfen.

  Spüre den weichen Teig in deinen Händen. Kugel um Kugel entsteht und wird auf ein Backblech gelegt, bis es voll ist. Nun öffnet der Bäcker die Backofentür, warm strömt der herrliche Duft frischer Brötchen in den Raum, er stellt das Blech zum Auskühlen ins geöffnete Fenster. Das Wasser läuft dir im Mund zusammen, so hungrig bist du. Nun schenkt dir der Bäcker ein Brötchen und du weißt, dass es Zeit ist zu gehen. Du bedankst dich bei dem Mann für das Brötchen in deinen Händen und gehst den Weg zurück durch das Getreidefeld.

  Der Fesselballon wartet bereits auf dich, die Tür öffnet sich, du steigst ein und der Ballon hebt ab, leise und langsam schwebt er nach oben, dann über Felder und Wälder. Die Stadt kommt näher, du erkennst die Dächer der Häuser, siehst deine Schule. Über dem Schulhof bleibt der Ballon stehen, der Ballon sinkt langsam nach unten. Du steigst aus, betrittst die Schule, bist nun wieder hier im Klassenraum. Spüre, wie du auf deinem Stuhl sitzt, atme tief ein und aus, balle deine Hände zu Fäusten, recke und strecke dich und öffne die Augen.
- **Hinweis:** Die Imaginationsübung kann als Hinführung zum Thema Genuss eingesetzt werden.

[24] Vgl. Fit und stark fürs Leben, S. 74

FANTASIEREISE „STRESS“[25]

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** Ca. 30 Minuten
- **Methode:** Sesselkreis
- **Lernziel:** Entwicklung einer Vorstellung davon, was Stress ist, Nennung und Identifikation potenzieller Stresssituationen, Identifikation von Stresssymptomen, erstes Kennenlernen von Bewältigungsfertigkeiten
- **Anleitung:** „Setzt euch bequem hin und legt die Hände locker auf die Oberschenkel. Schließt nun die Augen und beobachtet euren Atem (...). Der Atem kommt und geht ganz von selbst (...).

  Langsam merkst du, dass du ruhiger wirst (....). Deine Augen fallen langsam zu (...).

  Stell dir nun vor, dass du Ferien hast. Deine Ferien verbringst du in einem fernen, sonnigen Land. Heute ist ein besonders schöner Tag. Du liegst an einem Strand in einem weichen, gemütlichen Liegestuhl (...). Die Sonne scheint warm und angenehm auf deine Haut. Du bist ganz entspannt (...). Neben dir hast du ein kühles, leckeres Getränk stehen. Ab und zu nimmst du einen erfrischenden Schluck davon. Achte darauf, wie wohl und entspannt du dich in deinem Liegestuhl fühlst. Wie fühlt sich dein Körper jetzt an? (...) Beobachte auch deinen Atem (...).

  Die Ferien sind schließlich wieder zu Ende. Du bist wieder in der Schule. Stell dir nun vor, dass du in deiner Klasse sitzt. Du schreibst gerade einen Rechentest. Dies ist ein sehr schwieriger Rechentest. Du hattest auch nicht mehr genug Zeit für diesen Test zu üben. Du kannst viele Aufgaben nicht lösen und die Zeit läuft dir davon. Du wirst immer unruhiger und kannst dich überhaupt nicht mehr konzentrieren. Achte nun darauf, wie dein Körper sich jetzt anfühlt (...). Beobachte deinen Atem (...).

  Da fällt dir ein, dass dieser Rechentest eigentlich gar nicht so wichtig ist. Du hattest die anderen Rechentests bisher ganz gut geschafft. Du beruhigst dich wieder. Es ist überhaupt nicht so schlimm, wenn du in diesem Test einige Aufgaben nicht lösen kannst. Du wirst langsam wieder ruhig und entspannt (...). Du schaust einen Moment aus dem Fenster. Draußen scheint die Sonne. Du musst kurz an deine schönen Ferien denken und lächelst ein wenig. Nun schaust du wieder auf dein Blatt. Du hast neuen Mut gefasst. Du kannst dich wieder besser konzentrieren und machst dich an die Bearbeitung der restlichen Aufgaben.

  Komme nun mit deinen Gedanken wieder langsam zurück in unseren Klassenraum (...).
  Eins – du ballst jetzt bitte die Hände zur Faust.
  Zwei – du streckst die Arme nach oben und atmest tief ein und aus.
  Drei – du öffnest jetzt bitte die Augen.
- **Auswertung:** Zunächst berichtet jede/r Schüler/in spontan über seine Empfindungen. Zur weiteren Vertiefung können folgende Fragen dienen:

  Wie fühltest du dich im Urlaub? Woran hast du das an deinem Körper gemerkt?
  Wie fühltest du dich beim Rechentest? Woran hast du das an deinem Körper gemerkt?
  Was hattest du für Gedanken?
  Konntest du dich am Ende wieder entspannen?
  Was hat dir dabei geholfen?

[25] Vgl. Fit und stark fürs Leben, S. 95 f.

FANTASIEREISE „BOOT IM STURM“[26]

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** Ca. 15 Minuten
- **Methode:** Sesselkreis
- **Lernziel:** Vermittlung von Sicherheit und Zuversicht, auch schwierigen oder Angst auslösenden Situationen standhalten zu können
- **Anleitung:** Setzt euch bequem hin und legt die Hände locker auf die Oberschenkel. Schließt nun die Augen und beobachtet euren Atem (...). Der Atem kommt und geht ganz von selbst (...).

  Langsam merkst du, dass du ruhiger wirst (...). Die Augen fallen langsam zu (...).

  Stell dir vor, du bist ein Boot im Sturm (...). Um dich herum wütet ein furchtbarer Sturm (...). Der Regen peitscht über dich hinweg. Der Wind rüttelt an dir. Hohe Wellen schlagen über dir zusammen (...).

  Aber du als Boot hältst dem Unwetter stand (...). Und sind die Wellen auch noch so hoch, der Wind so stark wie ein Orkan – du als Boot gehst nicht unter (...).

  Es blitzt und donnert. Der Wind zerrt an deinen Segeln und biegt deine Masten (...). Aber du trotzt dem Sturm. Es kostet dich viel Kraft, aber du bist so stark, dass Wind und Wellen dir nichts anhaben können (...).

  Du stampfst durch die hohen Wellen mit der Gewissheit, dass dir selbst ein solches Unwetter nichts anhaben kann (...).

  Stell dir noch einen Moment vor, wie du als Boot sicher und stark durch den Sturm segelst (...).

  Allmählich legt sich der Sturm wieder. Das Meer wird wieder glatt und die Sonne kommt zum Vorschein. Du bist sehr stolz, dass du diesen Sturm ohne Schaden überstanden hast (...).

  Deine vom Wind gestrafften Segel und Taue entspannen sich langsam wieder. Sie hängen nun ruhig von den Masten herunter und fangen langsam an, in der warmen Sonne zu trocknen (...).

  Mit gemütlicher Geschwindigkeit nimmst du nun die Fahrt zum nächsten Hafen auf.

  Komme nun mit deinen Gedanken langsam in diesen Klassenraum zurück (...).
  Ich werde nun bis drei zählen.
  Eins – du ballst jetzt bitte die Hände zur Faust.
  Zwei – du streckst die Arme nach oben und atmest tief ein und aus.
  Drei – du öffnest jetzt bitte die Augen.
- **Auswertung:** Zunächst berichtet jede/r Schüler/in spontan über seine Empfindungen. Zur weiteren Vertiefung können folgende Fragen dienen:

  Wie fühltest du dich als Boot im Sturm? Was hattest du für Gedanken?
  Konntest du dich am Ende wieder entspannen? Was hat dir dabei geholfen?

[26] Vgl. Fit und stark fürs Leben, S. 99

2. Suchen – Sehnen – Genießen

SUCHT – EINFÜHRUNGSSPIEL[27]

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** 10–20 Minuten
- **Methode:** Gruppenarbeit
- **Material:** „Sucht-Wörter“ (auch erfundene Süchte) auf Klebeetiketten (Kopiervorlage Arbeitsblatt 8)
- **Lernziel:** Einführung in einen erweiterten Suchtbegriff, der sich nicht an illegalen Drogen allein orientiert
- **Anleitung:** Der/Die Lehrer/in klebt allen Schüler/inne/n ein „Sucht-Wort“ per Etikett auf den Rücken. Jede/r Schüler/in soll herausbekommen, was „seine Sucht“ ist. Dazu gehen alle im Raum umher und fragen sich gegenseitig nach der Sucht, die sie auf dem Rücken tragen. Dabei dürfen nur Fragen gestellt werden, die mit Ja oder Nein zu beantworten sind. Pro Person darf nur dreimal gefragt werden, dann muss man sich jemanden anderen suchen. Der „seine Sucht“ erraten hat, klebt sich das Etikett nach vorne.
- **Auswertung:** Welche Süchte kamen vor? Was weißt du darüber?
  Wer hat „seine Sucht“ erraten?
  Welche Schwierigkeiten traten beim Fragen auf (falsche Spuren, falsche Schlüsse ...)?
  Hat jemand eine Überraschung erlebt?
- **Variante:** Noch vor der Auswertung können sich die Schüler/innen zu den Süchten gruppieren, von denen sie glauben, dass sie in einem Zusammenhang stehen (stoffgebundene und nicht stoffgebundene Süchte, legale und illegale Suchtmittel, „falsche“ Süchte).

siehe ARBEITSBLATT 8 (Seite 103)

SUCHT-SUCHRÄTSEL[28]

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** Ca. 15 Minuten
- **Material:** Arbeitsblatt 9 „Sucht-Suchrätsel“, Stifte
- **Methode:** Einzelarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Lernziel:** Kennen lernen von „Sucht-Begriffen“
- **Anleitung:** Die Schüler/innen füllen einzeln das Arbeitsblatt aus.
- **Auswertung:** Lösung: Alkohol – Computersucht – Drogenhilfe – Ecstasy – Eifersucht – Fresssucht – Hasch – Heroin – Medikamente – Nikotin – Spritze – Stoff – Tabletten
  Anschließend werden die Begriffe erläutert.

siehe ARBEITSBLATT 9 (Seite 104)

[27] Vgl. Robra, S. 19 ff.
[28] Vgl. Robra, S. 23

VOR DER SUCHT[29]

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Einzelarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** Stifte, DIN A3-Blatt
- **Lernziel:** Bildnerische Reflexion über Suchtursachen
- **Anleitung:** Die Schüler/innen sollen Szenen, Situationen oder eine Geschichte mit Sprechblasen aufzeichnen, die darstellen, was passieren kann, bevor jemand süchtig wird (z.B. Probleme in der Familie, Räusche am Wochenende).
- **Auswertung:** Jede/r Schüler/in erläutert sein Bild im Plenum.
- **Variante:** Pantomimisches Darstellen und erraten lassen.

KONSUMPROFIL[30]

- **Zielgruppe:** Ab 13 Jahren
- **Dauer:** 2 UE
- **Methode:** Einzel- und Gruppenarbeit
- **Material:** Arbeitsblatt 10 „Konsumprofil“, Plakat, Stifte
- **Lernziel:** Reflexion des eigenen Konsumverhaltens
- **Anleitung:** Zunächst füllen die Schüler/innen das Arbeitsblatt „Konsumprofil“ jeder für sich und anonym aus, eventuell kann die Liste noch ergänzt werden. Die einzelnen Angaben werden auf einem Plakat übernommen.
- **Auswertung:** Was ist der Konsumhit der Klasse?
  Hättet ihr dieses Ergebnis erwartet?
  Welche Bedeutung hat der Konsum für euch?
  Wovon wird das Konsumverhalten beeinflusst?
- **Hinweis:** Das Konsumprofil kann aufbewahrt und nach einigen Monaten mit einem neuen Profil verglichen werden.

  Im Anschluss kann die Übung „Ein Tag ohne …“ durchgeführt werden.

siehe ARBEITSBLATT **10** (Seite 105)

[29] Vgl. Kaufmann, S. 139
[30] Vgl. Kähnert/Freitag, S. 20 ff.

EIN TAG OHNE[31]

- **Zielgruppe:** Ab 14 Jahren
- **Dauer:** 1 UE; Durchführung: ein oder mehrere Tage
- **Material:** Arbeitsblatt 11 „ Ein Tag ohne …“, Stifte
- **Methode:** Einzelarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Lernziel:** Erfahrungen mit selbst auferlegten Beschränkungen machen, Selbstbeobachtung
- **Anleitung:** Zuerst füllen die Schüler/innen einzeln den Vertrag aus. Die Themen können aus dem Konsumprofil gewählt werden.
- **Auswertung:** In der nächsten Unterrichtsstunde werden die Erfahrungen besprochen:

  Wie ging es euch, als ihr auf eine Gewohnheit verzichtet habt?
  Hat euch durch den Verzicht etwas gefehlt, was habt ihr statt dessen gemacht?
  Habt ihr das Experiment abgebrochen oder durchgehalten?
  Habt ihr wirklich Dinge ausgewählt, auf die ihr verzichten musstet oder habt ihr es euch leicht gemacht?

siehe ARBEITSBLATT **11** (Seite 106)

GESUNDE SCHULE[32]

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Einzelarbeit und Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** Kärtchen, Pinwand o.ä., Klebepunkte
- **Lernziel:** Protektive Faktoren sammeln.
- **Anleitung:** Die Schüler/innen sollen in 5 bis 10 Stichwörtern darstellen, wie die Schule gestaltet werden müsste, um eine „gesunde“ Schule zu sein.
- **Auswertung:** Die Aussagen werden gesammelt und nach gemeinsam entwickelten Bereichen sortiert, z.B. leicht/schwer durchsetzbar, kostenaufwändig/kostenneutral, arbeitsintensiv/leicht zu verwirklichen, realistisch/utopisch, …

  Anschließend sucht sich jede/r Schüler/in ein Thema aus, das ihm am wichtigsten ist. Die Punkte werden gezählt. Das meistgewählte Thema kann in Form eines Projektes weiterbearbeitet werden.
- **Variante:** Die Schüler/innen zeichnen in Kleingruppen ihr Wunschschulhaus (Wunschklassenzimmer, Wunschpausenplatz). Die Zeichnungen werden im Plenum vorgestellt und nach folgenden Gesichtspunkten besprochen:

– Welches sind die Unterschiede zur wirklichen Schule?
– Was sollte an der Schule unbedingt verändert werden? Wie können wir das umsetzen?
– Was ist unveränderbar? Wie können wir damit leben?

[31] Vgl. Kähnert/Freitag, S. 23 f.
[32] Vgl. Kaufmann, S. 157

MEINE BILDER – DEINE BILDER[33]

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Gruppengespräch im Sesselkreis
- **Material:** Werbeanzeigen aus Illustrierten, Jugendmagazinen etc.
- **Lernziel:** Einstiegsübung in die Suchtthematik, Wirkung von Werbesujets erkennen, Auseinandersetzung mit der eigenen Person, der eigenen Lebenshaltung.
- **Anleitung:** Die Schüler/innen bilden einen Sesselkreis; in der Mitte liegen für alle sichtbar die ausgeschnittenen Bilder. Die Schüler/innen werden gebeten, sich spontan für ein Bild zu entscheiden, das sie besonders anspricht. Danach legen sie das Bild für alle anderen Schüler/innen gut sichtbar vor ihre Füße.
- **Auswertung:** In einer ersten Gesprächsrunde erzählen die Schüler/innen, warum sie sich für ihr Bild entschieden haben und was ihnen daran so gut gefällt. Die erste Runde bleibt unkommentiert. In der zweiten Runde sollen sich die Schüler/innen darüber äußern, was das ausgewählte Motiv für jede/n einzelne/n mit dem Thema Sucht zu tun hat. Dabei können sowohl protektive als auch suchtfördernde Faktoren angesprochen werden.
- **Hinweis:** Die Übung eignet sich dazu, die Aussagen an einer Wandtafel zu systematisieren und schwerpunktmäßig abzuhandeln (z.B. Entstehung von Sucht, Suchtursachen, Suchtverlauf ...). Des Weiteren ist die Übung für die Thematik „Werbung“ einsetzbar, z.B. über die Fragestellung: Welche Werbebotschaften werden vermittelt? Welche Sehnsüchte/Wünsche werden angesprochen?

WÜNSCHE/SEHNSÜCHTE
DAS FEENGESCHENK. DU HAST DREI WÜNSCHE FREI ...[34]

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Methode:** Einzel- und Gruppenarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** Plakat, Klebepunkte
- **Lernziel:** Auseinandersetzung mit persönlichen Wünschen.
- **Anleitung:** „Stellt euch vor, jedem von euch würde eine gute Fee erscheinen und drei Wünsche erfüllen“. Der/Die Lehrer/in sammelt die Einfälle der Schüler/innen zu dieser Frage, entweder auf Zuruf oder anonym auf Zetteln, schreibt bzw. klebt sie auf ein Plakat. Anschließend bekommt jede/r Schüler/in drei Klebepunkte, sucht sich drei Wünsche, die ihm/ihr besonders wichtig sind und kennzeichnet sie.
- **Auswertung:** Welche Wünsche wurden am häufigsten markiert?
Welches sind die „TOP 3“ der Klasse? Was müsste geschehen, damit sich diese Wünsche erfüllen? Hilft tatsächlich nur ein Wunder, braucht es dazu eine Fee?
Wie kann jeder selber an der Erfüllung seiner drei Wünsche arbeiten?
Was kann die Gruppe dazu tun?
- **Variante:** Die Auseinandersetzung mit den eigenen Wünschen an sich selbst kann zusätzlich verstärkt werden, wenn sie bildhaft dargestellt wird, z.B. mit einer Collage aus Illustriertenanzeigen. In der Auswahl des Bildmaterials lässt sich zeigen, welche Produkte mit welchen unerfüllten Wünschen und Sehnsüchten wirbt.

[33] Vgl. Voigt, S. 28 ff., [34] Vgl. Robra, S. 71 f.

MEINE SEHNSUCHT[35]

- **Zielgruppe:** Ab 13 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Einzelarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** Kärtchen
- **Lernziel:** Auseinandersetzung mit persönlichen Wünschen
- **Anleitung:** Jede/r Schüler/in erhält ein Kärtchen, auf das er die Antwort folgender Frage schreibt: „Was ist zurzeit ein vordringlicher Wunsch von mir, wonach sehne ich mich?“
  Alle sollen anschließend diesen Wunsch/diese Sehnsucht mit einem Stichwort bzw. einer kurzen prägnanten Umschreibung auf ihre Kärtchen schreiben; dies erfolgt ohne Namensangabe. Die Kärtchen werden verdeckt eingesammelt und an eine Pinwand o.ä. geheftet. Dabei werden sie nach Themenkreisen geordnet, wie etwa:

– persönliche Wünsche (z.B. Freiheit, Erwachsen sein)
– beziehungsbezogene Wünsche (z.B. Anerkennung durch Freundschaft, Liebesbeziehungen)
– konkrete Wünsche für die Zukunft (z.B. Reisen, Beruf)
– materielle Wünsche (z.B. Motorrad, Auto)

  Nachdem die Kärtchen zu Themenkreisen zusammengefasst worden sind, werden sie vorgelesen. Der/Die Moderator/in nimmt anschließend eine kurze Auswertung vor, indem er/sie darauf hinweist, zu welchen Themenkreisen die meisten Nennungen erfolgten und welche Wünsche/Sehnsüchte am häufigsten genannt wurden.
- **Auswertung:** Welche Wünsche/Sehnsüchte sind realisierbar, bzw. was kann ich zur Realisierung beitragen?
  Was wäre der nächste kleine Schritt?
  Welche Wünsche sind nur sehr schwer zu verwirklichen?
  Bei welchen Wünschen / Sehnsüchten braucht man Unterstützung von anderen?
  Können wir in der Klasse / in der Schule etwas dafür tun?
  Welche Defizite bestehen, die unseren Sehnsüchten und Wünschen zu Grunde liegen (z.B. Langeweile, fehlende Freizeitangebote)?

SCHOKOLADE GENIESSEN[36]

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** Ca. 10 Minuten
- **Methode:** Sesselkreis
- **Lernziel:** Bewusstes Geschmacksempfinden.
- **Anleitung:**

– Einzeln verpackte Schokoladetäfelchen verteilen.
– Sich bequem hinsetzen.
– Papier öffnen, Schokolade im Papier auf den Handteller legen und betrachten.
– Dann die Augen schließen.

[35] Vgl. AOK–Medienpaket, S. 133 f.
[36] Gemeinsam lernen, S. 29

– Daran riechen.
– Lippen befeuchten und mit der Schokolade darüber fahren. Lippen ablecken.
– Diesem Vorgeschmack nachspüren.
– Ein kleines Stück abbeißen, nicht kauen, sondern erst vorne auf der Zunge liegen lassen, bis sie warm genug ist, um zu schmelzen.
– Dann in die linke Backe schieben. Ständig darauf achten, das Stückchen nicht zu verschlucken.
– In die rechte Backe schieben.
– Dann leicht mit der Zunge im Mund herumschieben, bis nichts mehr davon übrig ist.
– Den Weg, den die Schokolade im Mund zurückgelegt hat, mit der Zunge verfolgen, zurück zu allen Stellen, mit denen die Schokolade in Berührung gekommen ist.
– Sich die verschiedenen Empfindungen bewusst machen.
– Augen öffnen.
– Ein weiteres Stück in den Mund nehmen, nicht zerbeißen.
– Mit der Zunge dorthin schieben, wo die erste Hälfte die angenehmsten Empfindungen ausgelöst hat.
– So lange wie möglich genießen.
– Den Rest nach eigenem Gutdünken genießen.

Auswertung: Was kennzeichnet Genuss?
Folgendes Tafelbild kann entstehen:
– Es macht Spaß.
– Genießen ist eine Kunst.
– Es braucht nur wenig – eine individuell richtige Menge.
– Wir erleben etwas mit allen Sinnen.
– Zum Genießen brauchen wir Zeit, unser individuell richtiges Tempo.
– Wir müssen uns ganz darauf konzentrieren.
– Es befriedigt uns.

DREI FRAGEN ZUM GENUSS[37]

Zielgruppe: Ab 12 Jahren

Dauer: Ca. 30 Minuten

Methode: Einzel- und Kleingruppenarbeit

Material: Stifte, Schreibblätter

Lernziel: Reflexion der eigenen Genussfähigkeit.

Anleitung: 1. Was kann ich genießen?
2. Woran merke ich, dass ich genieße?
3. Wie muss ich mich fühlen, damit ich genießen kann?

Auswertung: Besprechung der Ergebnisse in Kleingruppen

Variante: In Kleingruppen (eventuell nach Geschlechtern getrennt) aus Zeitschriften Bilder herausschneiden und auf einem Plakat eine Collage zum Thema „Was bedeutet für mich Genuss“ zusammenstellen. Anschließend Collagen im Plenum vorstellen.

[37] Vgl. Kaufmann, S. 98.

3. Verstehen – Möglichkeiten erweitern – Alternativen finden

KONSTRUKTIVE FORMEN DES PROBLEMLÖSENS: SCHRITTE DES PROBLEMLÖSENS[38]

- **Zielgruppe:** Ab 13 Jahren
- **Dauer:** 1–2 UE
- **Methode:** Kleingruppenarbeit, Rollenspiel
- **Material:** Arbeitsblatt 12 „Problemlösen“
- **Lernziel:** Problem analysieren können, viele kreative Alternativlösungen für ein Problem finden, mögliche Konsequenzen, die Vor- und Nachteile, die jede mögliche Problemlösung mit sich bringt, abwägen können.
- **Anleitung:** Das Arbeitsblatt „Problemlösen“ besprechen:
  1. Problemanalyse: Beschreibung des Ist- und des Sollzustandes.
  2. Alternativen/Möglichkeiten zur Problemlösung benennen: Es sollten möglichst viele und möglichst unterschiedliche Ideen bzw. Lösungswege gesammelt werden.
  3. zusätzliche Informationen besorgen: In diesem Schritt können noch weitere Quellen zur Anregung hinzugezogen werden, z.B. im Klassenverband besprechen, wie andere Schüler ein ähnliches Problem lösen würden.
  4. Vor- und Nachteile aller Möglichkeiten auflisten: In diesem Schritt wird jede gefundene Alternative auf ihre Durchführbarkeit, Wirksamkeit und Nebenwirkungen untersucht.
  5. Entscheidungen treffen und begründen: Jetzt wird die Alternative mit dem günstigsten Kosten-Nutzen-Verhältnis (die am wenigsten Nachteile und am meisten Vorteile hat) ausgewählt.
  6. nach der Handlung Erfolg überprüfen: Diese erfolgt nach der Handlung. Hat sich die gewählte Lösung bewährt, kann sie bei einem ähnlichen Problem wieder angewandt werden. Hat sie sich nicht bewährt, wird der Prozess neu durchlaufen.

  Mögliche Beispiele:

– Markus und zwei seiner Freunde spielen auf dem Schulhof mit einem Tennisball Fußball. Eine Gruppe Mädchen aus einer anderen Klasse nimmt den Ball an sich und rennt damit weg. Sie rufen noch, dass sie den Ball zurückgeben wollen. Die Aufsicht führende Lehrerin hat den Zwischenfall nicht gesehen. Was soll Markus tun?

– Klaus, Gabi, Hans und Brigitte sind eine Clique. Nachmittags treffen sie sich auf dem Marktplatz der Stadt, in der sie wohnen. Weil aber nichts los ist, wissen sie zunächst nicht, was sie unternehmen sollen. Was sollen sie machen?

– Sabine hat sich in Manfred verliebt. Der scheint sie jedoch gar nicht zu bemerken. Wie soll sich Sabine verhalten?

- **Auswertung:** Die Schüler/innen sollen in einem Rollenspiel die Lösungen durchspielen.

siehe ARBEITSBLATT 12 (Seite 107)

[38] Vgl. Eigenständig werden, S. 22

KLAVIERMODELL (NACH GERALD KOLLER)[39]

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Einzelarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** Kärtchen „Wenn ich …“ (Kopiervorlage auf Arbeitsblatt 13A), „Klaviermodell“ (Kopiervorlage auf Arbeitsblatt 13B), Stifte
- **Lernziel:** Dieses Modell eignet sich für den Unterricht, um Kinder und Jugendliche dabei zu unterstützen, ihre individuelle „Tastatur“ bewusst wahrzunehmen und sie aktiv zu erweitern.
- **Einführung:** Die Kompetenzen und Ressourcen, die ein Mensch zur Konfliktbewältigung zur Verfügung hat, können symbolisch als Tasten eines Klaviers gesehen werden. Ein Mensch hat verschiedene Tasten, also Möglichkeiten, mit Krisen, Problemen oder unangenehmen Gefühlen und Situationen umzugehen, zur Verfügung (z. B. Sport, Gespräch, Musik u.a.).
  Strategien in der Suchtprävention sind, eine möglichst große Breite von Bewältigungsstrategien für unterschiedliche Lebenssituationen zu entwickeln. Bildhaft gesprochen bedeutet dies, die vielfältigen Möglichkeiten eines Klaviers zur Gestaltung einer Lebensmelodie zu verwenden.
  Das Bild des Klaviers kann auch eine mögliche Suchtentstehung verdeutlichen: Kann der Klavierspieler nur mehr wenige Tasten nutzen, gehen immer mehr die Musik und das Spiel verloren.
- **Anleitung:** Jede/r Schüler/in zieht ein Kärtchen „Wenn ich …“ und beantwortet die Frage direkt auf der Karte: „Was mache ich, wenn ich …?“
- **Auswertung:** Nun werden die Kärtchen eingesammelt und die einzelnen Antworten in eine gemeinsame Klaviertastatur (auf Overheadfolie oder Plakat) eingetragen. Ähnliche Antworten werden dabei in Kategorien zusammengefasst.
- **Variante:** Der/Die Lehrer/in wählt 2–4 Kärtchen aus. Die Schüler/innen beantworten zunächst jeder für sich die Kärtchen. Anschließend werden Kleingruppen gebildet. Dabei sollten konkrete Situationen besprochen und Handlungsmöglichkeiten gefunden werden und diese in das „Klaviermodell“ eingetragen werden.
  Eventuell: Zusammenfassung/Präsentation im Plenum.

siehe ARBEITSBLATT **13 A** (Seite 108–109)
siehe ARBEITSBLATT **13 B** (Seite 110)

TANKMODELL (NACH CHRISTOPH LAGEMANN)[40]

- **Zielgruppe:** Ab 13 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Einzelarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** Papier, Stifte
- **Lernziel:** Das Tankmodell beschreibt die Dynamik und Komplexität bei der Entstehung süchtigen Verhaltens. Gleichzeitig werden Möglichkeiten aufgezeigt, die den Weg in die Sucht verhindern sollen.
- **Anleitung:** In unserem „Seelentank“ brauchen wir viele verschiedene „Treibstoffe“ (Immaterielles), um uns wohl zu fühlen.

[39] Vgl. Gemeinsam lernen, S. 17 ff.
[40] Vgl. Gemeinsam lernen, S. 22 ff.



Wenn wir unser Leben betrachten, bemerken wir, dass unser Tank nicht immer gleich voll bzw. gleich leer ist. Abhängig von äußeren und inneren Faktoren haben wir manchmal einen vollen Tank, manchmal ist er nur halbvoll und manchmal ist er ziemlich leer.

Es ist nicht immer einfach, sich trotz eines relativ leeren Tanks zu mögen. Ständig sind wir durch Medien, Werbung etc. mit einer Welt konfrontiert, in der es scheinbar nur starke, schöne, erfolgreiche Menschen gibt; Menschen, die scheinbar keine Traurigkeit, keine Sehnsüchte und Ängste kennen.

Diese Botschaften können dazu führen, dass sich Menschen schämen, wenn es ihnen einmal nicht so gut geht.

Wir wissen natürlich, dass es sich hier um eine Scheinwelt handelt, dass Krisen und Traurigkeit genauso Teil eines jeden Lebens sind, wie Erfolg und Freude. Ein leerer Tank hat nichts mit Krankheit zu tun, er ist ein natürlicher Teil im Rhythmus unseres Lebens.

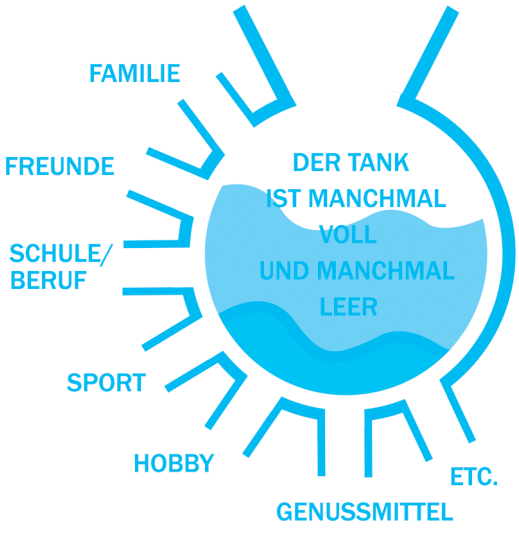
Menschen, die das nicht wissen, die sich an dieser Scheinwelt orientieren, erscheinen die eigenen Traurigkeiten, Sehnsüchte und Ängste abnorm, und es steigt das Bedürfnis, diese Gefühle zuzudecken, vor der Außenwelt zu verstecken.

Gesundheit ist jedoch „nicht die Abwesenheit von Problemen, sondern der Mut, mit Problemen umzugehen“ (P. Rössler).

Aufgabe 1:

Zeichne deinen persönlichen Tank und füge die Inhalte ein, die du im Leben brauchst (mindestens 5). Wie voll ist dein Tank zur Zeit?

Um unseren Tank zu füllen, brauchen wir Tankstellen:



Für manche Menschen stellt die Natur eine wichtige Tankstelle dar, für andere ist es die Kunst, der Verein, die Clique, das Fest, zu dem du demnächst eingeladen bist etc.

Unser Tank und unsere Tankstellen sind einer ständigen Dynamik unterworfen. Manche Tankstellen versiegen, neue werden erschlossen. Manchmal sind die Zugänge verstopft, manche Tankstellen schließen wir und eröffnen dafür neue.

Aufgabe 2:

Zeichne deine persönlichen „Tankstellen" ein – wie sie zurzeit in deinem Leben sind. (mindestens 5).

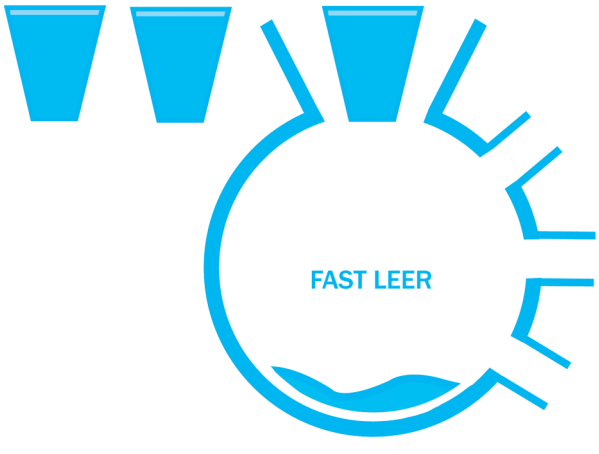
Nicht nur äußere Faktoren (Gesellschaft, Umwelt, etc.) bestimmen die Anzahl und Qualität der Tankstellen, die Möglichkeiten der persönlichen Gestaltung sind groß.

„Bitte voll tanken" funktioniert im Leben nicht. Ich muss mich bewegen (physisch und psychisch), muss mich um neue Tankstellen bemühen, verstopfte Zugänge reinigen, geben und nehmen.

Wie gesagt, unser Tank ist nicht immer voll. Auftanken ist nicht immer leicht. Die Verlockung, zu Ersatzstoffen oder Ersatzhandlungen zu greifen, ist groß.

Schokolade statt Liebe, Glücksspiele statt Partner, Alkohol oder Drogen statt Lust und Abenteuer, Ecstasy statt Ekstase. In unserer schnelllebigen Zeit werden die verschiedenen Sehnsüchte häufig mit Ersatzmitteln scheinbefriedigt. Die Werbung forciert den Griff zu Ersatzmitteln.

„Du hast einen Freund – Deine Versicherung", „Liebe heißt – eine bestimmte Jeansmarke zu tragen", „Freiheit und Abenteuer – Zigaretten". Viele Menschen haben sich verschuldet, in der Meinung, Konsumgüter könnten menschliche Sehnsüchte befriedigen. Hinter der Konsumsucht steht die Sehnsucht.



Ersatzstoffe oder Ersatzhandlungen wirken wie Stoppel auf unseren Tank. Sie verschließen den Tank, decken die Defizite zu. Der Griff zum Stoppel ist weit verbreitet und etwas Alltägliches.

Hinter veränderten Essgewohnheiten, dem Griff zu Alkohol und Medikamenten, stundenlangem Fernsehen oder vermehrtem Konsumieren steht häufig der Versuch, unangenehme Gefühle, Unzulänglichkeiten nicht an die Oberfläche treten zu lassen.

Aufgabe 3:

Welche Stoppel verwendest du und wofür stehen sie?

Es passt nicht jeder Stoppel auf jeden Tank. Hat doch jemand seinen „idealen" Stoppel gefunden und verwendet ihn immer wieder, besteht die Gefahr der Gewöhnung, und es kann sich in weiterer Folge Sucht entwickeln.

Der Stoppel wird zum Mittelpunkt des Interesses.

Hinter jeder Sucht steht der Versuch einer Selbstheilung, der Stoppel ist das Symptom für eine Störung im Tank. Die Gefahr der Suchtentwicklung ist dann besonders groß, wenn eine Substanz oder ein Verhalten Ersatzfunktion im Leben einnimmt. In Krisensituationen erhöht sich diese Gefahr.

Betrachten wir das Tankmodell, werden wir bemerken, dass es nicht die „guten Tankstellen" und die „bösen Stoppel" gibt.

Vieles, das manchen von uns als Tankstelle dient, dient anderen als Stoppel. Mehr oder weniger können alle Tankstellen missbräuchlich verwendet, zum Stoppel werden. Umgekehrt kann alles, entsprechend verwendet, als Tankstelle dienen:

Arbeit stellt für viele Menschen eine wichtige Tankstelle dar, für den „Workaholic" ist sie zum Stoppel geworden, auf den er nur schwer verzichten kann.

Ein Glas Sekt unterstreicht beispielsweise zu Silvester die Bedeutung des Augenblicks, für viele unserer Mitmenschen ist der Alkohol zum lebensbestimmenden Stoppel geworden.

Ein guter Film ist für viele eine Tankstelle, übermäßiges Fernsehen ist für viele Ersatz für Zuwendung, Spaß oder Abenteuer.

„Die Dosis bestimmt, ob etwas zum Gift wird" (Paracelsus).

Sucht entsteht nicht von heute auf morgen, sondern meist unbemerkt mit dem Ausweichen vor unangenehmen Situationen, mit dem Griff zum Ersatzmittel, zur Ersatzhandlung.

Wenn sich Sucht jedoch einmal entwickelt hat, ist die Dynamik der Sucht schwer zu durchbrechen.

Der Stoppel wird zum Mittelpunkt des Lebens, um den alles kreist.

Er deckt nicht nur die eigenen Ängste und Defizite zu, er verhindert auch, dass sich der Tank wieder füllen kann.

Deshalb ist es in der Behandlung Süchtiger unbedingt nötig, nach Entfernung des Stoppels (Entzug) großes Augenmerk auf Tank und Tankstelle zu legen (sozialarbeiterische und psychotherapeutische Hilfe).

Andernfalls bleibt die Leere im Tank bestehen, und (wie in einem Gefäß, in dem Vakuum herrscht) der Tank zieht den Stoppel wieder an (Rückfall).

Aber nicht nur in der Suchtbehandlung sind der Tank und die Tankstellen von zentraler Wichtigkeit. Wollen wir der Sucht vorbeugen (Suchtprävention), müssen wir uns mit unserem Tank und unseren Tankstellen auseinander setzen.

Wir sind der Dynamik in unseren Tanks nicht ausgeliefert; wir können sie zu einem wesentlichen Teil mitgestalten. Gesundheit ist auch die Fähigkeit aufzutanken, neue Tankstellen zu suchen und anzuzapfen, verstopfte Zugänge zu reinigen.

- **Auswertung:** Diskussion in Kleingruppen oder Plenum:
  Wie/Wo tanke ich was?
  Welche Tankstellen brauche ich für welchen Tankinhalt?
  Welche Einflüsse (innere und äußere) können die Dynamik deines Tankes beeinflussen?

- **Variante:** Eine Tankstelle ist verstopft, z. B. Streit mit Eltern, Freund/Freundin etc.
  Wählt ein Beispiel und beschreibt, welche Möglichkeiten es gibt, um die Tankstelle wieder zugänglich zu machen?

4. Alkohol – Nikotin – Essstörungen

THEMEN FÜR DIE UNTERRICHTSARBEIT UND METHODISCH/DIDAKTISCHE VORSCHLÄGE

Für alle genannten Bereiche ist die Stärkung von allgemeinen Lebenskompetenzen, wie sie im vorliegenden Methodenteil durchgängig dargestellt werden, vorrangig. Es geht um Steigerung des Selbstwertgefühls, Vermittlung grundlegender Bewältigungsfertigkeiten (Stressmanagement, Angstbewältigung, Entscheidungen treffen, Problemlösefertigkeiten, Entspannungsübungen), Training sozialer Kompetenzen (Aufnahme neuer Kontakte, Standfestigkeit gegenüber sozialem Druck und Beeinflussung usw.), Information.

Im Folgenden werden Möglichkeiten dargestellt, wie die Themenbereiche „legale Suchtmittel" (Alkohol und Nikotin) „Essstörungen" im Unterrichtaufbereitet werden können.

ALKOHOL/NIKOTIN

THEMEN FÜR DIE PRÄVENTIONSARBEIT IM UNTERRICHT

Funktionalität/Symbolik der Substanz

Reflexion der Funktionalität, des symbolischen Stellenwertes: Warum rauchen, trinken Jugendliche? Was wollen sie damit erreichen? Was erwarten sie sich davon? Was bedeutet es zu rauchen/trinken? Welche Gefühle, Eigenschaften sind damit verbunden?

Welches Image ist mit dem Rauchen, Trinken verbunden? Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede? Welchen Einfluss haben tradierte Rollenbilder auf das Konsumverhalten?

Entwicklung von Alternativen zum Substanzkonsum

Welche anderen Möglichkeiten gibt es Spaß zu haben, in Kontakt zu kommen, einen Status in der Freundesgruppe zu erreichen, mit belastenden Situationen fertig zu werden, thematisieren von alternativen Rausch- und Grenzerfahrungen?

Daten und Fakten

- Herstellung, Inhaltsstoffe, Pharmakologie
- Unmittelbare Wirkung der Substanz (Psyche, Körper), akute Gefährdung beim Konsum (Promilleberechnung anhand der Formel nach Widmark), Gesundheitliche Aspekte des Konsums
- Ursachen von Abhängigkeit auf den Ebenen Person/Umfeld/Substanz (z.B. hohes Suchtpotenzial bei Nikotin), Dynamik der Abhängigkeitsentwicklung (prozesshaft)
- Alkohol/Nikotin als gesamtgesellschaftliches Phänomen: Daten und Fakten zum Konsum in Österreich, Einstellungen in der Gesellschaft, Alkohol/Nikotin als Wirtschaftsfaktor (wer profitiert?), Geschichtliche Entwicklung des Konsums

Gesetzliche Lage, Jugendschutzgesetz, Schulordnung

Welche Regelungen gibt es? Wozu dienen Regelungen? Wie muss eine Regelung sein, damit sie akzeptiert werden kann (klar, logisch, für alle gelten, kontrollierbar)?
Sind Verkaufsbeschränkungen sinnvoll?

Reflexion der Alltagserfahrungen, Verhaltensweisen

Wann wird wo/was/wie/von wem konsumiert? Welche Mengen sind akzeptiert?

Erarbeiten von Regeln für den Umgang mit Substanzen

z. B. Nie aus Langeweile oder bei Problemen trinken, zwischendurch Alkoholfreies.
Im Brainstorming Tipps sammeln und anschließend diskutieren: Welche Unterstützung brauche ich?

Nein sagen können, Gruppendruck, Selbstbehauptung

(siehe gesamter Methodenteil)

Genuss und Sucht

Genießen – erleben mit allen Sinnen (siehe gesamter Methodenteil)
Die Grenzen zwischen Genuss, Konsum und Sucht thematisieren

Werbung

Welche Bilder werden vermittelt? Welche Bedürfnisse werden angesprochen?

Reflexion der Einstiegsmotivation/des Rauchbeginns/des Rauchens

Anmerkung: Jugendliche denken oft, dass Rauchen ein positives Image vermittelt. („Symbolischer Nutzen“) Gruppenkonformität spielt beim Einstieg eine große Rolle. In der Literatur spricht man vom Effekt der kritischen Masse als fundamentales soziales Phänomen: Der Konsumnutzen eines Gutes steigt mit der Zahl der Konsument/innen desselben Gutes (vgl. Mode).
Bei der Auseinandersetzung mit folgenden Fragen geht es darum, die Bewusstheit über die ablaufenden sozialen Prozesse zu erhöhen, eine Auseinandersetzung anzuregen und somit eigene Handlungsmöglichkeiten zu erweitern:
Wie beginnen Jugendliche zu rauchen (beginnen alle gleichzeitig, beginnt eine Gruppe, sind es Einzelne?
Wie geht es dann weiter?
Warum tun sie es?
Was erwarten sie?

GRUNDINFORMATIONEN ZUM ALKOHOL ERARBEITEN[41]

- **Zielgruppe:** Ab 13 Jahren
- **Dauer:** Für die Erarbeitung in Gruppen sollte ausreichend Zeit zur Verfügung gestellt werden (mind. 2–3 Tage)
- **Methode:** Kleingruppenarbeit
- **Material:** Texte, Literatur, Internetadressen
  Für die Präsentation je nach Bedarf: Overhead, Videokamera und Videorecorder, Steckbriefe
- **Lernziel:** Selbstständiges Erarbeiten relevanter Grundinformationen zum Thema Alkohol.
- **Anleitung:** Steckbrief: Kleingruppen besorgen sich aus Sachbüchern oder übers Internet interessante Informationen zum Thema und erstellen einen Steckbrief (Informationen zum Alkohol, Verbreitung, gesundheitliche Auswirkungen). Die Steckbriefe können in der Klasse aufgehängt werden.

  Fernsehinterview: Schüler/innen erarbeiten sich Informationen zum Thema und präsentieren ihr Wissen in Form von gegenseitigen Interviews – diese können auch auf Video aufgenommen werden.

  Expert/inn/enrunde: Schüler/innen informieren sich zu einem Thema und stehen der übrigen Klasse in einer „Fragestunde“ als Expert/inn/en zur Verfügung.
- **Hinweis:** In allen Fällen sollten kurze schriftliche Zusammenfassungen für die Mitschüler/innen verfasst werden, die vor der Verteilung durch den/die Lehrer/in auf ihre Richtigkeit kontrolliert werden.

STATEMENTS[42]

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Kleingruppenarbeit
- **Material:** Arbeitsblatt 14
- **Lernziel:** Hinterfragen von Meinungen zum Alkohol
- **Anleitung:** In Kleingruppen diskutieren die Schüler/innen, ob die Aussagen richtig oder falsch sind.
- **Auswertung:** Die Gruppen stellen ihre Ergebnisse der Klasse vor.

siehe ARBEITSBLATT **14** (Seite 111)

[41] Vgl. Vivid, S. 40
[42] Vgl. Kontakt & co, Der Mensch und der Alkohol

„YOU CAN'T ALWAYS GET WHAT YOU WANT“ WAS SPRICHT FÜR UND GEGEN DEN ALKOHOLKONSUM[43]

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** Ca. 30 Minuten
- **Methode:** Einzel- und Kleingruppenarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** Arbeitsblatt „Prioritätenspiel“ A bzw. B
- **Lernziel:** Auseinandersetzung/Reflexion von Beweggründen, Alkohol zu konsumieren bzw. auf Alkoholkonsum zu verzichten.
- **Anleitung:** Jede/r Schüler/in füllt das Arbeitsblatt A bzw. B aus und ergänzt es eventuell um weitere Motive des Alkoholkonsums bzw. des Konsumverzichts von Jugendlichen.

  Anschließend begeben sich die Schüler/innen, die das gleiche Arbeitsblatt ausgefüllt haben, in Kleingruppen und diskutieren ihre Ergebnisse. Die Schüler/innen sollen sich auf eine Reihenfolge (von eins bis ...) der Motive einigen, die das Diskussionsergebnis widerspiegelt. Ihr gemeinsames Ergebnis überträgt ein/e Schüler/in aus jeder Gruppe auf den Kontrollabschnitt.
- **Auswertung:** Die Meinungen der einzelnen Arbeitsgruppen werden auf einem Raster (Tafelbild) übertragen, um auf diese Weise ein Gesamtergebnis zu erhalten.
- **Hinweis:** Im Anschluss an das Prioritätenspiel kann im Gruppengespräch herausgearbeitet werden, was die Schüler/innen unter einem „verantwortungsvollen Umgang“ mit Alkohol ver stehen.
- **Variante:** Diese Übung ist auch für die Themen Sucht – Genuss, pro und contra illegale Drogen, Suchtvorbeugung an der Schule einsetzbar (Beispiele für Prioritätenspiel: Robra: Das SuchtSpielBuch).

siehe ARBEITSBLATT **15 A** (Seite 112)

siehe ARBEITSBLATT **15 B** (Seite 113)

ERARBEITUNG DES BEGRIFFES RAUSCH[44]

- **Zielgruppe:** Ab 14 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Kleingruppenarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** Flipchartbögen, Stifte
- **Lernziel:** Positive und negative Aspekte des Rausches realisieren.
- **Anleitung:** Als Einstieg in das Thema werden zuerst mündlich verschiedene Begriffe zum „Rausch“ gesammelt (z.B. Höhenrausch, Machtrausch, Geschwindigkeitsrausch, Einkaufsrausch, Glücksrausch, Erfolgsrausch, ...). Danach bearbeiten Kleingruppen (auch geschlechtsspezifische Trennung möglich) folgende Fragestellungen:
  Wie definiert ihr Rausch? Wie äußert sich ein Rausch?
  Was ist an einem Rausch gesundheitsfördernd/positiv und was gesundheitsschädlich/negativ?
  Welche Alternativen zum Rauscherleben mittels alkoholischer Getränke gibt es für euch?
  Ein/e Schüler/in aus jeder Gruppe notiert die Ergebnisse in Stichworten. Vorstellung und Besprechung der Ergebnisse im Plenum.

[43] Vgl. Robra, S. 25 f.
[44] Vgl. Vivid, S. 53

Positive Aspekte: Rausch bewirkt Entspannung und Lustempfinden, es entsteht eine Befreiungssituation im Hinblick auf die Belastungen des Alltags, er kann hin und wieder eine Bewältigungsstrategie sein, man kann sich bewusst auf ihn einlassen.

Negative Aspekte: Man kann im Rausch sich und anderen schaden, Verlangen nach Rausch kann zwanghaft sein, Rausch kann ein Fluchtverhalten darstellen, Rauschzustände sind meist vom Betroffenen nicht kontrollierbar.

- **Hinweis:** Der Rausch soll auch in seiner positiven Bedeutung wahrgenommen werden.
- **Weiterführung:** Klub 2 Diskussion: „Ein Fest, ohne sich zu berauschen, macht keinen Spaß!“ oder „Gehören Freizeit und Alkohol zusammen?“
  (vgl. Anleitung: Klub 2 – Thema Rauchen)

RAUCHEN / NIKOTIN

GRUPPENDRUCK

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Rollenspiel
- **Material:** Rollenkärtchen (siehe Kopiervorlage auf Arbeitsblatt 16)
- **Lernziel:** Sensibilisierung für Gruppendruck-Situationen, Standfestigkeit und Selbstsicherheit im Umgang mit Gleichaltrigen einüben.
- **Anleitung:** Brainstorming: In welchen Situationen bzw. bei welchen Gelegenheiten kann es dazu kommen, dass eine Gruppe Druck ausübt?

  Was hilft dabei, eigene Standpunkte zu vertreten?
  Fünf Schüler/innen entscheiden sich, am Rollenspiel teilzunehmen. Sie erhalten erst dann die Rollenkärtchen. Die Mitspieler/innen haben ein paar Minuten Zeit, sich jeweils alleine auf das Rollenspiel vorzubereiten. Das Publikum erhält Beobachter/innen-Aufgaben (Mimik, Gestik, Argumente, Durchsetzungsfähigkeit, ...). Die Mitspieler/innen stellen sich vor (Name, Alter) und beginnen zu spielen.

  Rollenspiel:
  Fünf Freunde treffen sich wie üblich am Samstagnachmittag, um Zeit miteinander zu verbringen. Peter bietet seinen Freunden Zigaretten an. Thomas bedient sich. Rolf und Karl verhalten sich ablehnend. Susanne zögert.

- **Auswertung:** Die Spieler/innen sollen an ihrem „Spielort“ bleiben.

  Mögliche Auswertungsfragen an die Spieler/innen:
  Wie erging es dir in der Spielsituation?
  Wie war der Eindruck: Hat sich der „Einzelne“ behauptet oder überwog der Gruppendruck? (Einschätzung Einzelner/Gruppe)
  Wie äußerte sich der Gruppendruck? (Gestik/Mimik)
  Welche Argumente fandet ihr besonders gut? (Die Argumente auf der Tafel sammeln)
  Hat es Momente gegeben, wo ihr eure Überzeugung verlassen hättet?

Mögliche Auswertungsfragen an die Zuschauer:

Wie äußerte sich der Gruppendruck? (Gestik/Mimik)

Welche Argumente fandet ihr besonders gut? (Die Argumente auf der Tafel sammeln)

Wirkte die Situation „echt“ auf euch?

Hättet ihr schon früher aufgegeben, ihn zu überreden?

- **Variante:**

  Rollenspiel zum Thema Alkohol:

  Freitagnachmittag. Einstimmung ins Wochenende. Niko, Charlie, Stefanie und Tom wollen den Nachmittag am Fluss verbringen. Niko und Charlie organisieren eine Kiste Bier. Tom hat noch nie einen Rausch gehabt. Niko und Charlie denken, dass es bei Tom an der Zeit wäre, seine ersten Rauscherfahrungen zu machen. Stefanie ist Naturliebhaberin, mit Bier hat sie nicht viel am Hut.

siehe ARBEITSBLATT **16** (Seite 114)

RAUCHEN VERBOTEN – PRO UND CONTRA RAUCHFREIE ZONEN[45]

- **Zielgruppe:** Ab 11 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Einzelarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** Arbeitsblatt 17, Stifte
- **Lernziel:** Auseinandersetzung zum Rauchen und zum Rauchverbot.
- **Anleitung:** Mittels eines Brainstormings werden Ideen gesammelt, in welcher Umgebung das Rauchen verboten sein sollte. Die Schüler/innen füllen einzeln die Arbeitsblätter aus.
- **Auswertung:** Die Antworten zu Punkt 2 werden an der Tafel gesammelt. Über welche Umgebung besteht die größte Einigkeit? Wo gibt es Meinungsverschiedenheiten? Diskussion mit der Klasse, wie sich Rauchen in verschiedenen Umgebungen auswirkt (z. B. dort, wo Menschen arbeiten oder lernen, reisen, essen, ihre Freizeit verbringen).
- **Variante:** Die Schüler/innen führen eine Untersuchung über rauchfreie Zonen in ihrer Stadt oder Gemeinde durch. Wo ist Rauchen noch erlaubt? Um welche Art von Räumen handelt es sich dabei? Warum ist Rauchen dort noch erlaubt? Wie könnte man vorgehen, wenn man die Menschen überzeugen wollte, einen dieser Räume zur rauchfreien Zone zu machen?

siehe ARBEITSBLATT **17** (Seite 115)

[45] Vgl. Beales, S. 20 f.
[46] Vgl. Beales, S. 24 f.

DAS KOMMT GUT AN! WAS HAT DAS RAUCHEN MIT DEM IMAGE ZU TUN?[46]

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Einzelarbeit, Diskussion in der Kleingruppe
- **Material:** Arbeitsblatt, Stifte
- **Lernziel:** Auseinandersetzung mit dem Image von Raucher/inne/n, Alternativen zum Rauchen entwickeln, Aufbau eines positiven Selbstbildes, ohne zu rauchen
- **Anleitung:**
  Erstens: Brainstorming: Welche Dinge prägen das Image von Jugendlichen (z. B. Kleidung, Frisur, Freunde, Hobbys usw.)?
  Frage an die Schüler/innen: Was können solche Dinge über das Image eines Menschen aussagen? Die Antworten auf der Tafel sammeln. Welches Image ist mit dem Rauchen verbunden (z.B. cool sein, Verbote der Erwachsenen ignorieren, erwachsen sein)?
  Die Antworten auf der Tafel sammeln.

  Zweitens: Vergleich der beiden Listen. Enthält die zweite Liste positivere oder negativere Aspekte als die erste (Schüler/innen denken oft, dass Rauchen ein positives Image vermittelt)? Durch welche andere Möglichkeiten als das Rauchen erreichen Jugendliche ein positives Image?

  Drittens: Die Arbeitsblätter werden einzeln ausgefüllt, die Ergebnisse werden in Kleingruppen diskutiert.
- **Variante:** Talkrunde mit Talkmaster/in und Gästen: Wird Rauchen in den Medien/Jugend zeitschriften verherrlicht und ist das in Ordnung? (vgl. Anleitung: Klub 2 – Thema Rauchen)

siehe ARBEITSBLATT **18** (Seite 116)

KLUB 2 – THEMA RAUCHEN

- **Zielgruppe:** Ab 13 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Gruppendiskussion
- **Material:** Arbeitsblatt 19 „Klub 2 – Thema Rauchen“
- **Lernziel:** Auseinandersetzung mit Möglichkeiten zur Nikotinprävention
- **Anleitung:** Die Schüler/innen bearbeiten jeweils in Kleingruppen ein Beispiel auf dem Arbeitsblatt „Klub 2 – Thema Rauchen“. Die Rollen werden vergeben (Talkmaster/in, Politiker/in, ...) Anschließend folgt eine Gruppendiskussion. Das Publikum erhält Beobachter/innen-Aufgaben der einzelnen Rollen (Mimik, Gestik, Argumentation, ...) zugeteilt.
- **Auswertung:** Zuerst werden die Mitspieler/innen interviewt:
  Wie ist es dir in der Rolle ergangen?
  Danach werden alle Schüler/innen miteinbezogen:
  Wie realistisch war die dargestellte Situation?
  Wie wurden die Personen dargestellt?
  Wie habt ihr den Schluss der Diskussion erlebt?

siehe ARBEITSBLATT **19** (Seite 117)

RUND UM'S ESSEN / KÖRPER / IDENTITÄT

THEMEN FÜR DIE PRÄVENTIONSARBEIT IM UNTERRICHT

(In Anlehnung an die Broschüre „Magersucht-Hungern im Überfluss", 1997)

- **Schönheitsideale**
  Die Schüler/innen sollen ein Bewusstsein entwickeln, dass Schönheitsideale sehr relativ und kulturabhängig sind und es auch eine „innere Schönheit" – die es zu entfalten gilt – gibt. Sie sollen sensibilisiert werden wie Schönheitsideale entstehen und wie sie selbst mit diesem Thema umgehen (Reflexion).
- **Anmerkung:** Magersüchtige Models vermitteln gesellschaftliche Schönheitsideale!
  Junge Frauen, deren Identität und Persönlichkeit sich erst entwickeln muss, sind besonders anfällig auf Kritik in Bezug auf ihren Körper. Schlanksein wird gekoppelt an „erfolgreich und begehrt" zu sein. Innere Schwächen und Unsicherheiten vermeint der Jugendliche somit kaschieren zu können.
- **Essgewohnheiten**
  Was der Körper braucht – über Nahrung, Essen und Diäten, individuelle, familiäre und kulturelle Essgewohnheiten (auch im Freundeskreis) sollen hinterfragt und reflektiert werden, Essgewohnheiten im Zusammenhang mit seelischen Problemen erörtert werden.
- **Frauen- und Männerrollen**
  Eine Sensibilisierung unterschiedlicher Rollenmuster und -verhaltensweisen soll durch Diskussionen und Rollenspiele erreicht werden.
- **Anmerkung:** Frauen und Mädchen sind in unserer Gesellschaft besonders äußeren Schönheitskriterien ausgeliefert. Ihr Wert wird häufig über Merkmale ihres Körpers definiert – in ihrer Selbsteinschätzung sind Frauen/Mädchen oft sehr stark vom Urteil ihres Umfeldes abhängig.
- **Hilfe und Unterstützung**
  Schüler und Schülerinnen sollen gut informiert werden, wo sie effiziente Hilfe in Anspruch nehmen können. Auch der Sinn einer therapeutischen Unterstützung kann in diesem Zusammenhang erörtert werden, um Schwellenängste abzubauen.
- **Krisen**
  Die Schüler/innen sollen Krisen als normale Lebensabschnitte verstehen lernen. Das Ausweichen auf Suchtverhalten als Reaktion auf eine Krise/der Umgang mit Lebenskrisen generell soll thematisiert werden.
  Bei gegebenem Anlass ist auch sinnvoll, eine Klärung vorzunehmen, welche Hilfe aus der Umgebung nützlich sein kann: Welche Unterstützung kann hilfreich sein, welche führt zu neuerlichem Druck und somit zum Rückzug des/der Betroffenen?
- **Anmerkung:** Magersucht verleitet von ihrem Erscheinungsbild schnell zur Ansicht, es handle sich um ein Problem, das mit gutem Zureden und wohl gemeinten Ratschlägen zu lösen sei.

[47] Vgl. Knoll, S. 11 f.

UMSETZUNGSVORSCHLÄGE

KÖRPERPOLITIK[47]

- **Zielgruppe:** Ab 11 Jahren
- **Dauer:** Ca. 60 Minuten
- **Methode:** Einzel- und Partnerarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** Arbeitsblatt 20, A-2 Blatt, Ölkreide
- **Lernziel:** Kennen lernen der Einstellung zum eigenen Körper, Körperwahrnehmung verstärken, etwas Neues erfahren, symbolische Form, sich darzustellen
- **Hinweis:** Diese Übung bedingt ein vertrauensvolles Klima in der Klasse. Sie eignet sich zur Arbeit nach Geschlecht getrennten Gruppen. Zum Einstieg empfiehlt es sich, Wahrnehmungsübungen zu machen.
- **Anleitung:** Der/Die Lehrer/in verteilt das Material. Der/Die Schüler/in zeichnet seinen/ihren Körperumriss auf und erarbeitet mit Hilfe des Arbeitsblattes eine Landkarte seines Körpers. Anschließend besprechen zwei vertraute Schüler/innen ihre Bilder.
- **Auswertung:** Die Zeichnungen werden in der Klasse auf eine Pinwand o.ä. geklebt. Mit den Schüler/inne/n wird eine Wanderausstellung durchgeführt. Was fällt euch an diesem Bild auf? Was gefällt dir an diesem Bild besonders gut? Wer erkennt diese Person auf dem Bild?
- **Variante:** Auf zwei der Länge nach zusammengeklebten Flipchart Bögen legt sich ein/e Schüler/in und ein/e Partner/in zieht die Körperumrisse nach. Auf dem Körperschema zeichnet der/die Schüler/in seine Landkarte ein.

siehe ARBEITSBLATT **20** (Seite 118)

JA – NEIN – SPIEL[48]

- **Zielgruppe:** Ab 15 Jahren
- **Dauer:** Ca. 15 Minuten
- **Methode:** Partner/innenarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Lernziel:** Durchsetzungsvermögen und Abgrenzung lernen bzw. verbessern.
- **Anleitung:** Während einer Minute sprechen die Paare einen Dialog, der nur aus JA und NEIN besteht. Die eine Person darf während dieser Zeit auf alle möglichen Arten nur JA sagen, der Partner nur NEIN. Sie sollen dabei möglichst ernst bleiben. Nach einer Minute wechseln die Rollen, anschließend Austausch:
  – Ist es dir besser gelungen, dich mit dem JA oder mit dem NEIN durchzusetzen?
  – Welche Gefühle löste das bei dir aus?
  Das Spiel wird mit ein bis zwei Partner/inne/n durchgeführt.
- **Auswertung:** Bei wem ist es dir schwer gefallen, dich durchzusetzen?
  Wen hast du gut überzeugen können? Empfandest du anders, je nach dem, ob dir ein Mädchen oder ein Junge gegenüberstand? Was sagst du grundsätzlich lieber, JA oder NEIN? Wie fühlst du dich nach diesem Spiel? Kennst du Situationen, in denen es dir schwer fällt, NEIN zu sagen?

[48] Vgl. Knoll, S. 14
[49] Vgl. Knoll, S. 17 f.

GLAUBST DU DAS AUCH?[49]

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** Ca. 30 Minuten
- **Methode:** Gruppengespräch im Sesselkreis
- **Material:** Arbeitsblatt 21 auf A3 Halbkarton vergrößert kopieren und zuschneiden
- **Lernziel:** Erkennen von Geschlechterstereotypien.
- **Anleitung:** 1. Die Karten werden in der Mitte des Kreises auf dem Boden ausgebreitet.
  2. Ein/e Schüler/in wählt eine Aussage aus, liest sie vor und äußert seine/ihre Meinung: Was spricht dafür? Was spricht dagegen?
  Anschließend können die anderen Schüler/innen ihre Meinung ausdrücken.
- **Hinweis:** Die Aussagen können abschließend auch neu geschrieben werden.

siehe ARBEITSBLATT 21 (Seite 119)

FRAGEN RUND UMS ESSEN[50]

- **Zielgruppe:** Ab 15 Jahren
- **Dauer:** Ca. 60 Minuten
- **Methode:** Einzel- und Kleingruppenarbeit
- **Material:** Arbeitsblatt 22
- **Lernziel:** Kennen lernen der eigenen Essgewohnheiten
- **Anleitung:** Die Schüler/innen sollen einzeln das Arbeitsblatt ausfüllen.
- **Auswertung:** Austausch in Kleingruppen
- **Hinweis:** Im Anschluss an die Übung kann ein Essprotokoll erstellt und nach folgenden Punkten aufgearbeitet werden:
  Was tut mir gut? Was tut mir nicht gut? Was schmeckt mir besonders gut, was nicht?
- **Weiterführung:** Die gemeinsame Freude am Essen thematisieren, indem verschiedene Speisen/Imbisse/Frühstück zubereitet werden: Italienisch, indisch, griechisch, Fastfood, Gourmet-Menü, Diät-Menü, vegetarisch etc.

siehe ARBEITSBLATT 22 (Seite 120)

FESTMAHL[51]

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Einzelarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** Arbeitsblatt 23, Stifte
- **Lernziel:** Genussfähigkeit erhöhen

[50] Vgl. Knoll, S. 22 f., [51] Vgl. Knoll, S. 24 f.

- **Anleitung:** Die Schüler/innen sollen in Einzelarbeit ihren Traum von einem Festessen gestalten.
- **Auswertung:** Die Schüler/innen können gefragt werden nach dem Essensstil daheim, nach der Pausenverpflegung in der Schule, nach der Atmosphäre und deren Bedeutung für das Essen, nach dem Essen im Alltag, nach positiven und negativen Erlebnissen mit Essen. Eventuell gemeinsam ein Festmahl zubereiten.

siehe ARBEITSBLATT **23** (Seite 121)

DAS MÄNNER- UND FRAUENBILD IN DER WERBUNG[52]

- **Zielgruppe:** Ab 13 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Kleingruppenarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** Werbeanzeigen, Arbeitsblatt
- **Lernziel:** Bewusst machen, wie stark die Werbung gesellschaftliche Schönheitsideale transportiert und meinungsbildend wirkt. In Frage stellen von Idealnormen und aufzeigen, dass hinter den Schönheitsidealen auch wirtschaftliche Interessen stecken
- **Anleitung:** Mit Hilfe des Arbeitsblattes und unter Verwendung von unterschiedlichen Zeitschriften und Magazinen sollen die Schüler/innen in Kleingruppen typische Männer- und Frauenbilder, die in der Werbung transportiert werden, analysieren.
- Auswertung: In einer anschließenden Diskussion sollen die Rollenbilder hinterfragt und thematisiert werden, inwieweit diese Idealbilder prägend für Mädchen und Jungen sind.

siehe ARBEITSBLATT **24** (Seite 122)

Literatur

Akin, T. u.a. (2000): Selbstvertrauen und soziale Kompetenz. Übungen, Aktivitäten und Spiele für Kids ab 10. Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr.

Antons, K. (1996): Praxis der Gruppendynamik. Übungen und Techniken. Göttingen: Hogrefe.

AOK-Bundesverband (1994): AOK–Medienpaket Sucht hat viele Ursachen. Alkohol und Medikamente. Lehrerhandbuch. Remagen.

Asshauer, M./Burow, F./Hanewinkel, R. (1999): Unterrichtsideen. Fit und stark fürs Leben 3/4. Persönlichkeitsförderung zur Prävention von Aggression, Stress und Sucht. Leipzig: Klett.

Beales, G. (2000): Neinsagen lernen – Rauchen. Mühlheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr.

DAK (o. J.): Verflixte Schönheit. Projektideen für die Schule. Hamburg.

Hunter, J./Phillips S. (2000): Pubertät. Zwischen Happy und Depri. Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr.

IFT-Nord (o. J.): Eigenständig werden. Unveröffentlichtes Manuskript.

Institut für Suchtprävention (1997): GEMEINSAM LERNEN. Aktive Suchtvorbeugung in der Schule. Linz.

Kähnert, H./Freitag, M. (1998): Suchtprävention: Das Ecstasy-Projekt. Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr.

Kaufmann, H. (1997): Suchtvorbeugung in der Praxis. Ein Arbeitsbuch für Schule und Jugendarbeit. 99 Übungen und Anregungen. Weinheim und Basel: BELTZ.

Knoll, S. (1998): Essstörungen, Berner Lehrmittel- und Medienverlag. Bern.

Kontakt & co. Suchtpräventionsstelle Tirol (2000): Tools for schools – Alkohol. Innsbruck.

Robra, A. (1999): Das SuchtSpielBuch. Spiele und Übungen zur Suchtprävention in Kindergarten, Schule, Jugendarbeit und Betrieben. Hannover: Kallmeyer.

Schilling, D. (2000): Miteinander klarkommen. Toleranz, Respekt und Kooperation trainieren. Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr.

Thanhoffer, M./Reichel, R./Rabenstein, R. (1992): Kreativ unterrichten. Möglichkeiten ganzheitlichen Lernens. Münster: Ökotopia

VIVID – Fachstelle für Suchtprävention Steiermark (2001): Projektmanual. Schule und Alkohol. Graz.

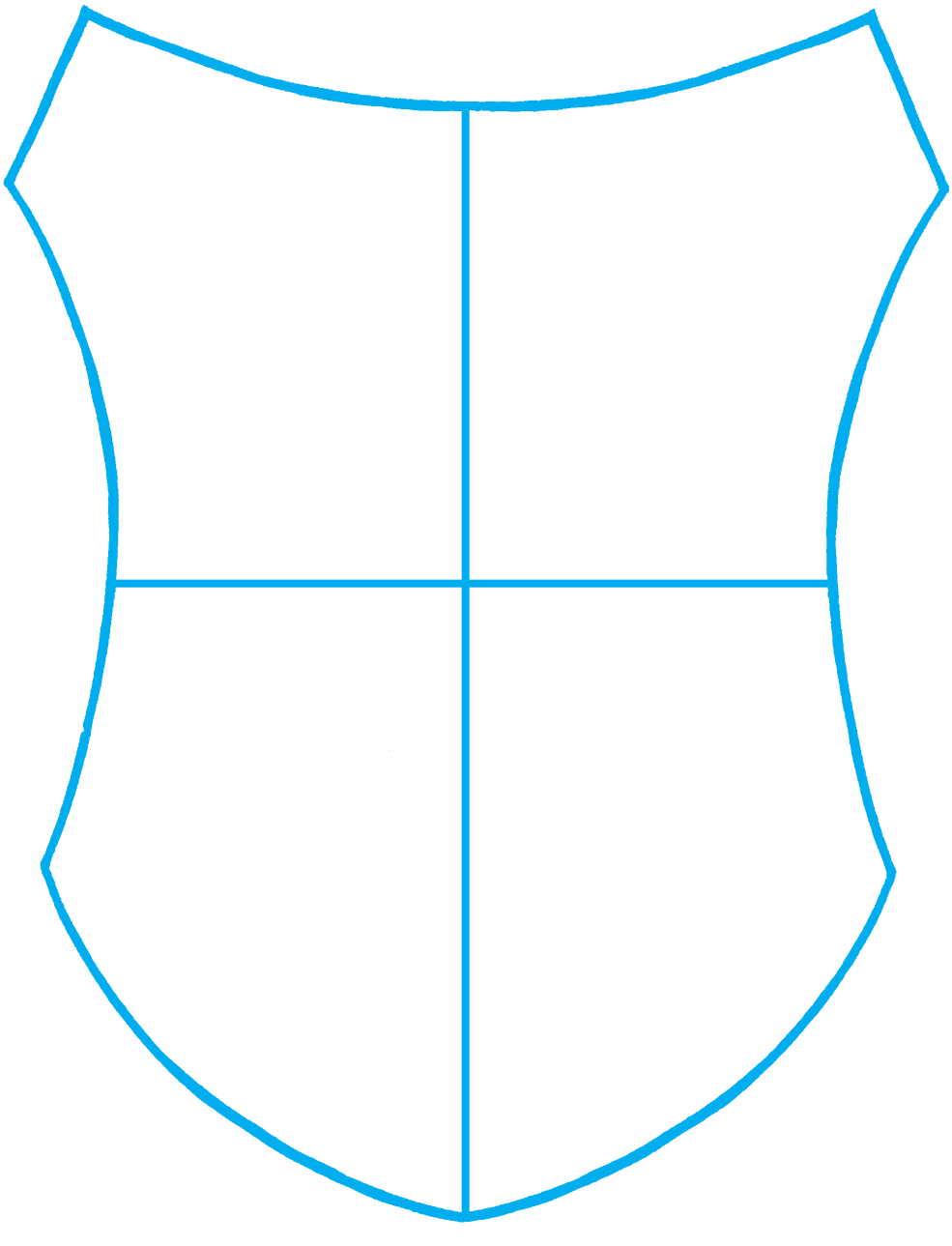
Voigt, A. (1994): Suchtvorbeugung in der Schule – mal ganz anders. Rheinmünster: AOL-Verlag.

[52] Vgl. DAK, 2. Kapitel, S. 39 f.

ARBEITSBLATT **1**

„Besondere Dinge über mich“

- Zeichne in jedes der vier Felder ein Bild oder Symbol, das deine Gedanken und Gefühle zu vier Ereigniskategorien darstellt:
  1. Feld: Ein schönes Ereignis aus deinem Leben
  2. Feld: Etwas, das du gerne alleine machst
  3. Feld: Etwas, das du gerne mit anderen machst
  4. Feld: Etwas, das du gut kannst



ARBEITSBLATT **2** – KOPIERVORLAGE

„Vorstellung mit Gefühl“

mutig	lässig	fröhlich
begeistert	unbekümmert	stark
ernst	mies	verlegen
eifersüchtig	müde	teilnahmslos
schüchtern	streng	traurig
stolz	verdrossen	unterwürfig
verspielt	verliebt	glücklich
widerspenstig	konzentriert	zornig

ARBEITSBLATT **3** – KOPIERVORLAGE

Fragespiel Gefühle

Nenne drei Eigenschaften, die Freunde an dir gut finden.	Welche Ängste kennst du? Nenne ein oder mehrere Beispiele.	Wann findest du jemanden anziehend?	Wann bist du eifersüchtig? Erzähle ein Beispiel.
Gab es schon einmal Situationen, in denen du dich nicht richtig entscheiden konntest? Wie ging es dir dabei?	Hast du einen Freund/eine Freundin oder andere Personen, mit denen du über deine Gefühle sprechen kannst? Machst du das oft?	Wenn du in die Disco gehst, was machst du, um dich „aufzustylen“? Was ist, wenn du das nicht tun würdest?	Hast eher du deine Gefühle im Griff oder haben deine Gefühle dich im Griff?
Woran merkst du, dass du jemanden gut/nett findest?	Hast du dich schon einmal geschämt? Erzähle eine Begebenheit.	Wie fühlst du dich, wenn du an deine weitere Zukunft denkst?	Fühlst du dich öfter mal einsam oder allein gelassen?
Wie entspannst du dich, wenn du Stress hast?	Hast du schon einmal Schmerzen aushalten müssen? Wie bist du damit umgegangen?	Wie wichtig ist es für dich gut auszusehen?	Hast du auch Schwächen? Willst du eine Schwäche mitteilen?
Was tust du, wenn du wütend bist?	Wenn du eine schlechte Note bekommst, wie fühlst du dich?	Worüber hast du dich in der letzten Woche geärgert?	An meinem ersten Schultag fühlte ich mich, …
Wechseln deine Stimmungen häufig oder selten?	Was macht dir am meisten Spaß?	Welches Gefühl magst du gar nicht?	Wovor ekelst du dich?
Wie fühlst du dich, wenn du gelobt wirst?	Was brauchst du, um glücklich zu sein?	Ist dir oft langweilig? Was tust du dagegen?	Was bedeutet „cool“ sein für dich?
Was machst du bei einem Krach mit deinem Freund: weinen, anschreien, schweigen, weggehen, mit Sachen werfen, bitten …?	Welcher Film hat dich in letzter Zeit besonders betroffen gemacht? Wie hast du dich gefühlt?	Was sind die Unterschiede zwischen verliebt sein, jemanden lieben, befreundet sein, schwärmen?	Wie fühlst du dich, wenn du mit jemandem ein Gespräch beginnen musst, den du nicht kennst?
Gibt es Gefühle, die du nur zu Hause zeigst? Welche?	Findest du Gefühle nützlich, wichtig, überflüssig, hinderlich?	Wie drückst du Ablehnung gegenüber anderen aus?	Wie reagierst du auf Ungerechtigkeiten?
Vertraust du leicht anderen Menschen oder bist du eher ein misstrauischer Typ?	Wie fühlst du dich, wenn du etwas machen musst, das dir nicht lustig ist?	Bist du schon einmal von einem anderen enttäuscht worden?	Was machst du, um gut drauf zu kommen?
Was findest du toll?	Wie reagierst du, wenn du für etwas beschuldigt wirst, das du nicht getan hast?	Wie fühlst du dich, wenn du jemanden um einen Gefallen bittest?	Fällt es dir schwer, wenn du vor einer großen Gruppe sprechen musst?

ARBEITSBLATT **4**

„Mein Ziel“

Mein Ziel:

Bis wann:

Zwischenziele (falls notwendig):

1.

2.

3.

4.

5.

Dies hilft mir mein Ziel zu erreichen:

Dies ist schwierig für mich:

ARBEITSBLATT **5**

Schätze dich selbst ein!

› Auf der waagrechten Achse soll jener Wert angekreuzt werden, der am ehesten auf euch zutrifft.

		3	2	1	1	2	3	
Meine Fähigkeit anderen zuzuhören, ist ...	klein							groß
Meine Bereitschaft, über eigene Gefühle zu reden, ist ...	klein							groß
Die Ansichten der anderen beeinflussen mich ...	nicht							sehr
Meine Fähigkeit, anderen zu vertrauen, ist ...	klein							groß
Konflikte in einer Klasse ertrage ich ...	schlecht							gut
Wenn mir jemand widerspricht ertrage ich das ...	schlecht							gut
Wenn mich jemand persönlich angreift, ertrage ich das ...	schlecht							gut
Meine Fähigkeit, andere zu ermuntern, ist ...	klein							groß
Wenn jemand einen Klassenkameraden bloß stellt ...	mache ich nicht mit							mache ich mit
Meine Fähigkeit, andere zu loben, ist ...	klein							groß

ARBEITSBLATT 6

Unser Klassenklima

› Schreibe zu jeder Aussage in die Spalte „meine Antwort“ je nach Zustimmung oder Ablehnung das Wort „ja“ oder „nein“.

	Meine Antwort JA oder NEIN
1. In unserer Klasse möchten viele auch nach der Schule mit ihren Klassenkameraden zusammen sein.	
2. In unserer Klasse streiten wir häufig.	
3. In unserer Klasse verbünden wir uns häufig gegen einen oder mehrere Mitschüler/innen	
4. In unserer Klasse halten wir zusammen.	
5. Fast alle hören zu, wenn ein/e Mitschüler/in etwas sagt oder einen Vorschlag macht	
6. Wir lachen oft, wenn jemand eine falsche Antwort gibt.	
7. Manchmal können wir etwas gemeinsam planen und führen es dann auch durch.	
8. Für einige Mitschüler/innen ist es in unserer Klasse ungemütlich, sie fühlen sich hier nicht wohl.	
9. In unserer Klasse gibt es einige Mitschüler/innen, die normalerweise von gemeinsamen Dingen ausgeschlossen werden.	
10. Die meisten Schüler/innen in unserer Klasse versuchen, mit den anderen gut auszukommen.	
11. In unserer Klasse gibt es Cliquen, die sich gegenseitig nicht mögen.	
12. In unserer Klasse gibt es Mitschüler/innen, die alles bestimmen wollen und sich selbst nichts sagen lassen.	

ARBEITSBLATT 7

Lieblingsgeschmäcker

- Fülle 5 Beispiele pro Spalte aus:
  Was hörst du sehr gerne? (z.B. Wasserfall, Musik)
  Was riechst du sehr gerne? (z.B. frisch gebackene Kekse, Himbeeren)
  Was spürst du am liebsten? (z.B. Wind, der sanft über das Gesicht streicht)
  Was schmeckst/siehst du am liebsten?

... höre	... rieche	... spüre	... schmecke	... sehe

ARBEITSBLATT **8** – KOPIERVORLAGE

Sucht-Einführungsspiel

Suchtwörter

nikotinsüchtig	spielsüchtig	tablettensüchtig	alkoholsüchtig
LSD-süchtig	kokainsüchtig	heroinsüchtig	haschischsüchtig
süchtig nach Schnüffelstoffen	arbeitssüchtig	magersüchtig	tobsüchtig
schwindsüchtig	fernsehsüchtig	esssüchtig	sehnsüchtig
konsumsüchtig	rachsüchtig	naschsüchtig	trunksüchtig
blausüchtig	koffeinsüchtig	geltungssüchtig	habsüchtig
vergnügungssüchtig	herrschsüchtig	drogensüchtig	prunksüchtig
gelbsüchtig	fallsüchtig	wassersüchtig	eifersüchtig
putzsüchtig	gefallsüchtig	karrieresüchtig	gewinnsüchtig
fettsüchtig	mondsüchtig	medikamentsüchtig	großmannssüchtig
profitsüchtig	profilsüchtig	internetsüchtig	computersüchtig
beziehungssüchtig	kaufsüchtig	selbstsüchtig	eigensüchtig

ARBEITSBLATT 9

Sucht-Suchrätsel

- Im Buchstabenviereck verbergen sich 13 Begriffe, die mit Sucht zu tun haben. Sie können waagrecht oder senkrecht, von oben nach unten oder von unten nach oben zu lesen sein, nicht aber diagonal.

S	E	L	L	T	K	S	P	R	I	T	Z	E
A	E	O	P	H	S	R	L	S	T	O	F	F
N	C	H	T	C	U	V	X	W	H	Z	Y	L
I	S	O	N	U	R	L	H	A	C	I	T	I
K	T	K	B	S	C	O	C	U	U	M	A	H
O	A	L	E	R	U	T	S	G	S	R	B	N
T	S	A	K	E	L	C	A	I	R	T	L	E
I	Y	P	L	T	E	S	H	R	E	Z	E	G
N	A	K	S	U	E	Y	Z	T	F	O	T	O
O	U	C	I	P	A	T	U	K	I	P	T	R
E	T	N	E	M	A	K	I	D	E	M	E	D
L	C	A	K	O	O	H	E	R	O	I	N	U
R	P	U	X	C	E	S	S	S	U	C	H	T

ARBEITSBLATT **10**

Konsumprofil

› Kreuze auf dem Arbeitsblatt an, wie häufig du letzte Woche folgendes „konsumiert“ hast:

	nie	1–3x/Woche	4–6x/Woche	täglich
Telefonieren				
Fernsehen				
Kaffee/Tee				
Cola				
Medikamente				
Sport betreiben				
Wein/Bier				
Spirituosen				
Videos sehen				
Lesen				
Süßigkeiten/Salzgebäck				
Zigaretten				
Vitaminpräparate				
Computer				
Internet surfen				
Video games				
Energy drinks				
Aufputsch- bzw. Beruhigungstabletten				

ARBEITSBLATT **11**

„Ein Tag ohne …“

- Suche dir eine Gewohnheit aus, auf die du in den nächsten 24 Stunden verzichten willst, z.B. Fernsehen, Musik hören, rauchen, Süßigkeiten essen, …

VERTRAG

Ich .....

werde am .....

auf .....

verzichten!

Unterschrift: .....

ARBEITSBLATT **12**

Problemlösen

1. Problemanalyse
Beschreibung des Ist-Zustandes: Was belastet mich?
Beschreibung des Soll-Zustandes: Was will ich?

2. Alternativen / Möglichkeiten zur Problemlösung benennen
Was kann ich tun?

3. Zusätzliche Informationen besorgen
Was muss ich noch wissen?
Was könnte mir helfen?
Was tun andere in so einem Fall?

4. Vor- und Nachteile aller Möglichkeiten auflisten
Wie sicher kann ich so mein Ziel erreichen?
Wie viel Mühe macht das?
Welche unerwünschten Folgen sind damit verbunden?

5. Entscheidungen treffen und begründen
Was will ich tun? Warum?

6. Nach der Handlung Erfolg überprüfen
Habe ich mein Ziel erreicht?
Woran hat das gelegen?

ARBEITSBLATT **13 A** – KOPIERVORLAGE

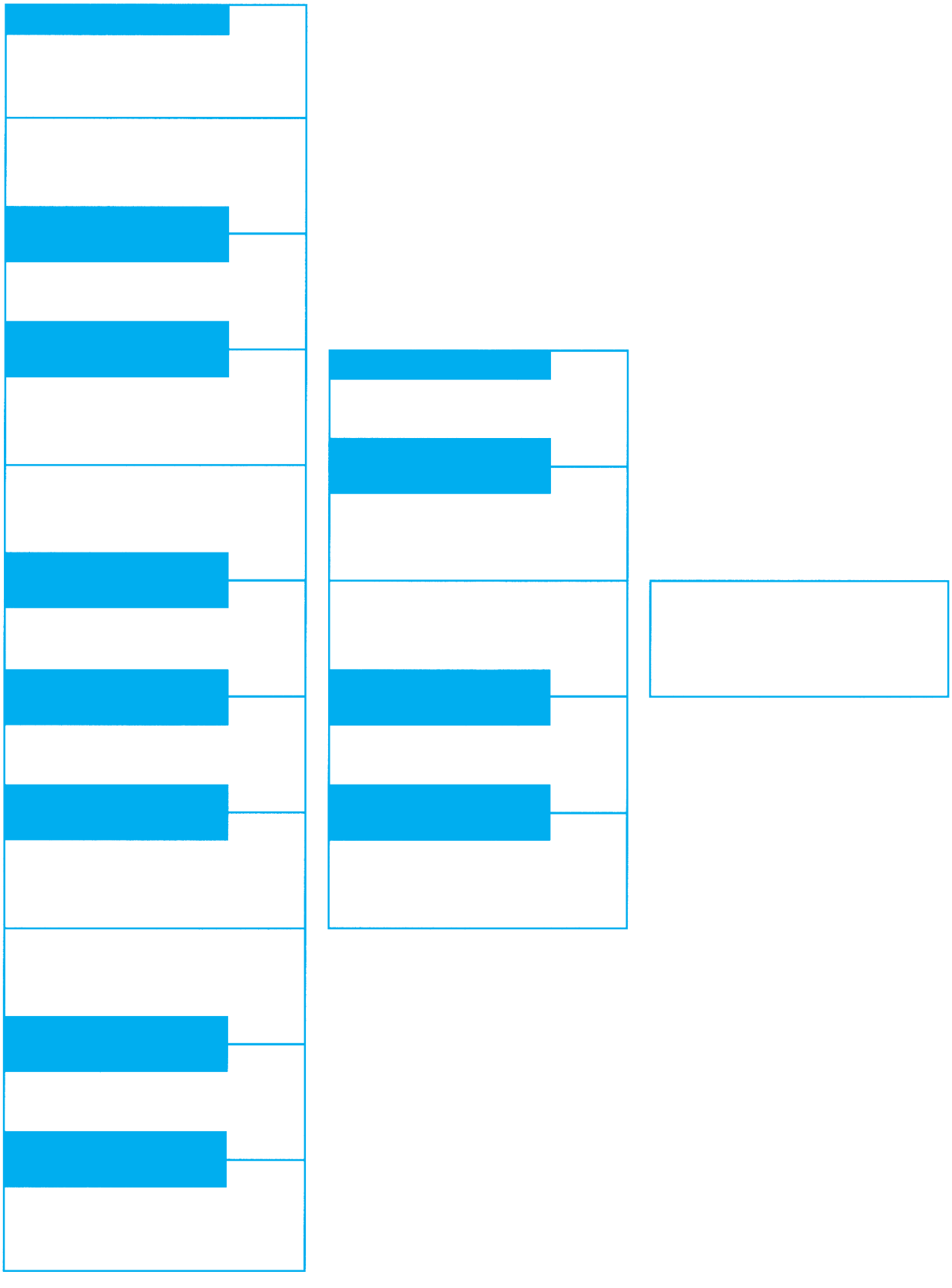
„Klaviermodell“ – Kärtchen

Wenn ich **ausgelassen bin …**	Wenn ich **mich missverstanden fühle …**
Wenn ich **gut gelaunt bin …**	Wenn ich **eifersüchtig bin …**
Wenn ich **zufrieden bin …**	Wenn ich **Angst habe …**
Wenn ich **von anderen bewundert werde …**	Wenn ich **erschöpft bin …**
Wenn ich **Wut habe …**	Wenn ich **unsicher bin …**

Wenn ich **enttäuscht bin …**	Wenn ich **Langeweile habe …**
Wenn ich **etwas Aufregendes erleben will …**	Wenn ich **mich ausgeschlossen fühle …**
Wenn ich **ein Problem habe …**	Wenn ich **im Stress bin …**
Wenn ich **einsam bin …**	Wenn ich **traurig bin …**
Wenn ich **neidisch bin …**	Wenn ich **mich schäme …**

ARBEITSBLATT **13 B** – KOPIERVORLAGE

„Klaviermodell“



ARBEITSBLATT **14**

Statements

- „Ein oder zwei Gläser Bier machen locker und fröhlich, man hat es dann leichter, mit Jungen oder Mädchen in Kontakt zu kommen.“
- „Alkohol kann süchtig machen.“
- „Alkohol gehört zum Alltag von Jugendlichen.“
- „Wer besonders viel Alkohol verträgt, kann darauf stolz sein!“
- „Für Erwachsene, die in Maßen trinken, ist Alkohol ein Genuss.“
- „Alkohol ist eine Droge.“
- „Einen richtigen Rausch muss man einmal gehabt haben, dann weiß man Bescheid!“
- „Ohne Alkohol kann ich nicht leben.“
- „Wenn alle trinken, muss man auch mittrinken.“
- „Alkohol ist Medizin.“
- „Jugendliche trinken immer seltener Alkohol.“

ARBEITSBLATT **15 A**

„You can’t always get what you want“

Was spricht für und gegen den Alkoholkonsum

- Welche Motive sind deiner Meinung die wichtigsten, die Jugendliche dazu veranlassen Alkohol zu trinken?

Bitte bringe die Antwortvorgaben in die für dich richtigen Reihenfolge. Das Motiv, das für dich persönlich am wichtigsten ist, bewerte mit einer „1“, das zweitwichtigste mit einer „2“ usw. Du kannst die Liste mit eigenen Vorschlägen ergänzen. Übertrage anschließend das Gruppenergebnis auf den Kontrollabschnitt und trenne diesen ab (je Gruppe einen Abschnitt).

Bitte erst diesen Abschnitt ausfüllen!		**Kontrollabschnitt**
A	Einfluss des Freundeskreises	**A**
B	Erwachsen sein wollen	**B**
C	Vorbild der Eltern	**C**
D	Stress in der Schule	**D**
E	Probleme bewältigen	**E**
F	Um Kontakte zu Gleichaltrigen zu bekommen	**F**
G	Einfluss in der Werbung	**G**
H	Alkoholkonsum beim Fortgehen gehört dazu	**H**
I	Kontrolle und Verbote der Eltern umgehen	**I**
J	Fehlende Informationen über die Gefahren von Alkohol	**J**
K		**K**
L		**L**
M		**M**
N		**N**

ARBEITSBLATT **15 B**

„You can’t always get what you want“

Was spricht für und gegen den Alkoholkonsum

Welche Motive sind deiner Meinung die wichtigsten, die Jugendliche dazu veranlassen keinen Alkohol zu trinken?

Bitte bringe die Antwortvorgaben in die für dich richtigen Reihenfolge. Das Motiv, das für dich persönlich am wichtigsten ist, bewerte mit einer „1“, das zweitwichtigste mit einer „2“ usw. Du kannst die Liste mit eigenen Vorschlägen ergänzen. Übertrage anschließend das Gruppenergebnis auf den Kontrollabschnitt und trenne diesen ab (je Gruppe einen Abschnitt).

Bitte erst diesen Abschnitt ausfüllen!		**Kontrollabschnitt**
A	Einfluss des Freundeskreises	**A**
B	Einnahme von Medikamenten	**B**
C	Vorbild der Eltern	**C**
D	Beim Moped fahren	**D**
E	Bis zum 16. Lebensjahr ist es verboten	**E**
F	Verbot durch die Eltern	**F**
G	Mag den Geschmack und die Wirkung nicht	**G**
H	Könnte den Charakter verändern	**H**
I	Zu teuer	**I**
J	Risiko, nicht mehr davon loszukommen	**J**
K		**K**
L		**L**
M		**M**
N		**N**

ARBEITSBLATT **16** – KOPIERVORLAGE

Rollenkärtchen Gruppendruck

Peter: Bietet seinen Freunden Zigaretten an. Er versucht, sie zum Mitrauchen zu überreden.	**Thomas:** Bedient sich. Er stützt die Argumente von Peter und macht sich lustig über die anderen, die nicht mitrauchen wollen.
Rolf & Karl: Sind strikte Nichtraucher.	**Susanne:** Zögert. Sie hört sich sie Argumente von beiden Seiten an und entscheidet sich erst dann.

ARBEITSBLATT **17**

Rauchen Verboten –

pro und contra rauchfreie Zonen

- 1. Entscheide, in welchen Räumen und Verkehrsmitteln Rauchen verboten oder auf bestimmte Zonen beschränkt, und in welchen Räumen es erlaubt sein sollte.

- 2. Trage die Orte, an denen du Rauchen verbieten, erlauben oder einschränken würdest, in die Spalten ein.

verboten	erlaubt	eingeschränkt

ARBEITSBLATT **18**

„Das kommt gut an!“

Was hat das Rauchen mit dem Image zu tun?

› Stelle dir eine/n Jugendliche/n deines Alters vor. Gib der Person, über die du schreibst, einen Namen. Trage diesen Namen in die erste Zeile ein, und beantworte dann die Fragen.

Name:

Positive Eigenschaften:

Negative Eigenschaften:

Ist sie/er mit ihrem/seinem Image zufrieden?

Wie könnte sie/er ihr/sein Image verbessern?

Würde Rauchen ihr/sein Image verbessern?

Könnte Rauchen dem Image auch schaden?

Was kann sie/er für ihr/sein Image tun, ohne zu rauchen?

ARBEITSBLATT **19**

„Klub 2“ – Thema rauchen

Politiker/in:

Eine Sitzung wurde einberufen. Alarmierende Zahlen der Weltgesundheitsorganisation werden vorgelesen. Die Zunahme von Raucher/inne/n lässt die Kosten für das Gesundheitswesen explodieren: mehr Vorsorge, mehr Krankenhausaufenthalte, mehr Kuraufenthalte usw. Zusätzlich steigt die Zahl der Frühpensionist/inn/en.

Diskutieren Sie Möglichkeiten, das Rauchen einzudämmen.

Schuldirektor/in:

Bei einer Schuldirektor/inn/enkonferenz wird festgestellt, dass die jugendlichen Raucher/innen in der Schule mehr werden und immer früher zum Rauchen beginnen.

Diskutieren Sie Möglichkeiten, die Jugendlichen, gegenüber denen Sie eine pädagogische Verantwortung haben, positiv zu beeinflussen. Diskutieren Sie weitere Möglichkeiten, das Rauchen in der Schule positiv zu beschränken.

Ärztin/Arzt:

Bei einem Kongress zum Thema Krebserkrankungen wird die Gefahr des Rauchens betont.

Diskutieren Sie Möglichkeiten der Nikotinvorbeugung. Wie können Sie als Arzt/Ärztin zur Verminderung der Gefahren beitragen?

Eltern:

Es ist Elternvereinsabend. Viele Eltern machen sich Sorgen, weil immer mehr Jugendliche rauchen. Sie möchten nicht, dass ihre Kinder zu rauchen beginnen.

Überlegen Sie, welche Möglichkeiten Sie als Eltern haben, Ihre Kinder sinnvoll zu beeinflussen.

ARBEITSBLATT **20**

„Körperpolitik“

- Gestalte deine Körperumrisse und zeichne ein:

1. Wo liegt in deinem Körper die Hauptstadt?
2. Welche Gebiete hast du besonders gern?
3. Wo verlaufen die Grenzen zwischen den einzelnen Gebieten? Wie heißen die Gebiete?
4. Wo sind die größten Energievorkommen und Bodenschätze?
5. Gibt es irgendwo Spannungen oder Unruhen? Wo?
6. Wo sind die Sehenswürdigkeiten?

- Gib deinem Staat einen Fantasienamen und signiere dein Bild.

ARBEITSBLATT 21

Glaubst du das auch?



„Kindergärtnerin ist nicht Männersache.“	„Männer können besser denken.“
„Männer glauben, dass sie die Größten sind!“	„Frauen können besser mit Kindern umgehen.“
„Männer haben im Allgemeinen mehr Nerven.“	„Männer können/wollen keine Hausarbeit machen.“
„Männer zeigen weniger Gefühle.“	„Frauen können nicht in der Feuerwehr sein, weil es zu gefährlich ist.“
„Ausländer machen auch Frauenarbeit, wie zum Beispiel Putzen.“	„Frauen interessieren sich wenig fürs Fußballspiel.“
„Frauen können keinen Beruf ergreifen, wo große Körperkraft erforderlich ist.	

ARBEITSBLATT **22**

Fragen rund ums Essen

Was hast du als Kind gerne gegessen?

Was mochtest du überhaupt nicht?

Welche Essgewohnheiten herrsch(t)en in deiner Familie vor (gemeinsame Mahlzeiten, feste Essenszeiten, Sonntagsbraten usw.)?

An welche Tischsitten kannst du dich erinnern?

Isst du meistens

- ☐ allein
- ☐ mit der Familie
- ☐ mit Freund/inn/en
- ☐ vor dem Fernseher

Erinnere dich an den gestrigen Tag:

- ☐ wann
- ☐ wie oft (jede Esssituation, auch zwischendurch)
- ☐ warum (Langeweile, Hunger, Pflicht, Lust usw.) und
- ☐ wie (hastig, genussvoll, stehend usw.) hast du gegessen?

Worauf achtest du beim Essen:

- ☐ auf den Genuss?
- ☐ auf Kalorien?
- ☐ auf gesunde Nahrungsmittel?
- ☐ auf den Preis?
- ☐ ob es saisongerecht ist?

Hast du schon einmal/öfters eine Diät gemacht oder gefastet?
Wie war das für dich?

ARBEITSBLATT **23**

Festmahl

Beschreibe deinen Wunschtraum von einem Festessen und beantworte dabei folgende Fragen:

1. Wer soll das Essen zubereiten: Möchtest du es alleine oder mit anderen machen oder soll jemand anderer es für dich herrichten?

2. Beschreibe das Geschirr und das Besteck, mit dem du speisen willst.

3. In welcher Umgebung möchtest du sein? Beschreibe den Ort.

4. Willst du alleine oder in Gesellschaft essen? Mit wem?

5. Zu welcher Tageszeit möchtest du essen und wie lange?

6. Was ist sonst noch wichtig für dich?

ARBEITSBLATT **24**

Das Frauen- und das Männerbild in der Werbung

- Welche Werbeanzeige spricht dich am meisten an?
- Welche Werbeanzeige spricht dich am wenigsten an?
- Sind in den Werbeanzeigen häufiger Frauen oder Männer abgebildet?
- Welche Frauen- und Männertypen kommen in der Werbung vor?
- Welche Frauen- und Männertypen kommen in der Werbung am häufigsten vor?
- Für welche Produkte werben Frauen, für welche Männer?
- Wenn in einer Werbeanzeige sowohl Männer als auch Frauen abgebildet sind:
  In welchem Verhältnis stehen sie zueinander?
- Was ist frauenfeindliche/männerfeindliche Werbung? Wie häufig ist sie?
- Wie stark beeinflussen uns die wiederholten Frauen- und Männerbilder der Werbung?
- Können diese Bilder Verhaltensweisen beim Betrachter/bei der Betrachterin hervorrufen oder verstärken?

Psychoaktive Substanzen

Einschätzung des Risikos

Die Auseinandersetzung über Wirkungsweise, Folgeschäden und Gefährlichkeit muss sehr differenziert erfolgen.

Um das Risikopotenzial von einzelnen psychoaktiven Substanzen einschätzen zu können, sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- **Lebensgefahr** (z. B. durch Überdosierung)
- **Gefahr von Organschäden**
- **Gefahr der Abhängigkeit** (Suchtpotenz)
- **Gefahr des Eintretens von anderen psychischen Wirkungen** (z. B. Freisetzung von Aggressivität, Psychosen etc.).
- **Gefahr für „Dritte“** (z. B. Alkohol im Straßenverkehr, Rauchen während der Schwangerschaft usw.)

Das tatsächliche Risiko hängt nicht nur davon ab, „ob“ eine psychoaktive Substanz benutzt, sondern auch davon, „wie“ eine psychoaktive Substanz (z. B. gelegentlich, regelmäßig, Menge, Applikationsform, Stimmung, Umgebung, Funktion usw.) benutzt wird.

Die Dosis und die „Qualität“ (pharmakologische Beschaffenheit) sind nur zwei Faktoren, die die Wirkung einer Substanz auf den Körper und Psyche bestimmen. Daneben haben Körpergewicht, Geschlecht, momentane Stimmung, Ort der Einnahme oder die Personen, mit denen man die Substanz konsumiert, Einfluss auf das Empfinden. Diese Einflussfaktoren werden nach Zinberg (1984) in drei Gruppen zusammengefasst: Droge, Set und Setting (siehe Grundlagen).

Alkohol

KULTUR DES ALKOHOLKONSUMS

Das Wort Alkohol kommt aus dem Arabischen „Al cohol“ und bedeutet: Das Feinste, feines Pulver (ursprünglich auf Kosmetika bezogen).

Alkohol wird seit mindestens 4.000 Jahren getrunken, wobei die Bedeutung des Alkohols in seinen Funktionen als Nahrungs-, Genuss-, Sucht-, Rausch-, Arzneimittel und als sakrales Mittel über die Zeiten und Kulturräume jeweils variierte.

Idealtypisch lassen sich vier „Kulturformen“ bezüglich der gesellschaftlichen Umgangsformen mit Alkohol unterscheiden (Bales 1946):

- Abstinenzkulturen: Alkoholkonsum ist untersagt.
- Ambivalenzkulturen: Es besteht ein Konflikt zwischen koexistenten Wertstrukturen gegenüber Alkohol. Der Alkoholkonsum wird zeitlich und regional beschränkt toleriert und es gibt starke gesellschaftliche Gruppen, die versuchen den Zugang zum Alkohol möglichst einzuschränken.
- Permissivkulturen: Der Alkoholgenuss ist erlaubt, Trunkenheit und exzessive Formen des Alkoholkonsums werden aber abgelehnt.
- Permissiv-funktionsgestörte Kulturen: Nicht nur das „normale“ Alkoholtrinken, sondern auch der Exzess wird gebilligt.

Abstinenzkulturen sind gegenwärtig einige streng islamische Länder. Nordeuropa befindet sich infolge der europäischen Einigung in einer Transitphase von einer Ambivalenzkultur zu einer Permissivkultur. Der mitteleuropäische Raum, und somit auch Österreich, liegt zwischen den permissiv und den permissiv-funktionsgestörten Kulturen: Alkoholgenuss wird dort kaum beschränkt und ist ein nicht wegzudenkender Bestandteil vieler gesellschaftlicher Ereignisse und Rituale. Bei bestimmten Anlässen wird auch Trunkenheit von großen Bevölkerungssegmenten akzeptiert.

Üblicherweise werden Verhaltensweisen, die jenseits der allgemein tolerierten Formen des Alkoholkonsums fallen, als „Alkoholmissbrauch“ bezeichnet, ohne Bezug auf das Ausmaß des tatsächlichen Konsums und/oder dessen gesundheitlicher Auswirkungen zu machen. Wer sich nach geringem Alkoholkonsum auffällig verhält, wird dabei eher als Missbraucher/in klassifiziert, als jemand, die/der sich nach exzessivem Alkoholgenuss noch kontrolliert zeigt und zu betragen weiß.

GRUNDLEGENDES WISSEN ÜBER ALKOHOL

GEWINNUNG

Trinkalkohol wird aus Früchten oder Samen (stärke- und/oder zuckerhältige Pflanzen oder Früchte) hergestellt. Zucker bzw. Stärke werden durch Gärung in trinkbaren Alkohol umgewandelt. Durch natürliche Gärung kann ein maximaler Alkoholgehalt von 18 Vol.-% erreicht werden. Um Getränke mit höherem Alkoholgehalt zu erhalten, wird der gewonnene Alkohol mittels Destillation (Wasserentzug) konzentriert.

ALKOHOLGEHALT VON GETRÄNKEN

Der Alkoholgehalt alkoholischer Getränke wird in der Regel in Volumprozent (Vol.-%) ausgewiesen. Der durchschnittliche Alkoholgehalt von Bier, Wein und Spirituosen ist von Land zu Land sehr verschieden. Für die in Österreich vertriebenen alkoholischen Getränke gelten im Durchschnitt folgende Werte: Bier 5 Vol.-%, Most 6 Vol.-%, Wein und Sekt ca. 11,5 Vol.-%, Spirituosen ca. 35 Vol.-%, wobei letztere je nach Produkt zwischen 15 und 96 Vol.-% Alkohol aufweisen können.

WIRKUNG VON ALKOHOL

AUFNAHME UND ABBAU VON ALKOHOL IM KÖRPER

Die wirksame Substanz in alkoholischen Getränken ist Äthylalkohol, auch Weingeist bzw. Reinalkohol genannt. Alkohol wird nach der Aufnahme zunächst im Blut und danach im gesamten Körperwasser verteilt. 30 bis 60 Minuten nach der Aufnahme ist die höchste Konzentration des Alkohols im Blut erreicht, nach weiteren 30 Minuten ist der Alkohol im gesamten Körper gleichmäßig verteilt.

Die Entwicklung des Blutalkoholspiegels nach dem Konsum eines alkoholischen Getränks hängt von folgenden Faktoren ab:

- Der konsumierten Menge reinen Alkohols,
- der Aufnahmegeschwindigkeit in Magen und Darm, die ihrerseits wiederum u.a. von Konzentration und Temperatur des alkoholischen Getränks, Art und Menge von gleichzeitiger Nahrungszufuhr, Kohlensäuregehalt etc. abhängt,
- dem Gewicht des Körperwassers,
- der Geschwindigkeit des Alkoholabbaus.

Der Alkoholabbau beginnt sofort nach der Alkoholzufuhr. 90 – 95 Prozent des Alkohols werden in der Leber abgebaut, der Rest wird unverändert durch die Nieren oder durch die Haut ausgeschieden. Der Alkoholabbau erfolgt weitgehend gleichmäßig mit einem konstanten Wert pro Stunde. Man kann von einer durchschnittlichen Abnahme von 0,1 – 0,2 Promille pro Stunde ausgehen, wobei der Abbau bei an Alkohol gewöhnten Personen rascher vor sich geht.

Frauen weisen bei gleicher konsumierter Alkoholmenge durchschnittlich höhere Blutalkoholwerte und Alkoholkonzentrationen im Gewebe auf als Männer. Dafür sind drei Faktoren verantwortlich. Erstens sind Frauen leichter als Männer, zweitens haben Frauen einen höheren Körperfettanteil (Alkohol verteilt sich nur im Körperwasser, aber nicht im Fettgewebe) und drittens gibt es bei Frauen hormonbedingt einen langsameren Alkoholabbau.

AKUTE PSYCHISCHE WIRKUNG

Alkoholkonsum führt zu einem in seiner Intensität dosisabhängigen Rauschzustand. Man kann drei Stadien unterscheiden:

- Bei einem Blutalkoholspiegel von 0,5 – 1,2 Promille kommt es zur Beeinträchtigung von höheren und komplizierten Hirnfunktionen: Enthemmung, vermindertes Verantwortungsgefühl, oberflächlicher und verlangsamter Gedankenablauf, Unterschätzung von Gefahren, Überschätzung der eigenen Fähigkeiten etc. Die psychomotorischen Fähigkeiten sind leicht beeinträchtigt. Äußere Zeichen einer Berauschung fehlen weitgehend.
- Bei einem Blutalkoholspiegel von 1,3 – 3 Promille wird die Berauschung auch äußerlich deutlich sichtbar. Die Bewegungen werden unpräzise und unkoordiniert, die Reaktionsfähigkeit wird herabgesetzt, die Aufmerksamkeit sinkt ab, das Tiefensehen und die Weite des Gesichtsfeldes werden eingeschränkt, Doppeltsehen tritt auf, triebhaft gesteuertes Verhalten tritt in den Vordergrund.
- Steigt der Blutalkoholspiegel auf über 3 Promille an, kommt es allmählich zur Lähmung des Nervensystems. Die geistigen Fähigkeiten erlöschen und es tritt schwerer, tiefer Schlaf ein.

AKUTE ALKOHOLVERGIFTUNG – TÖDLICHE DOSIS

Alkohol ist ein Zellgift, damit ist jede Berauschung als Vergiftung zu bezeichnen. Die tödlichen Blutalkoholkonzentrationen liegen etwa zwischen 3 und 6 Promille. Je nach Körpergewicht und Konstitution entsprechen 3 bis 6 Promille Blutalkoholkonzentrationen zwischen 160 bis 320 Gramm reinem Alkohol im Organismus. Diese Menge sammeln ergibt sich, wenn jemand in einem sehr kurzen Zeitraum

- bis 1 Liter Spirituosen á 40 Vol.-% oder
- 2 bis 4 Liter Wein oder
- 4 bis 8 Liter Bier zu sich nimmt.

Tödliche Alkoholvergiftungen können schon nach dem Genuss wesentlich geringerer Mengen auftreten. Für Kinder und nicht an Alkohol gewöhnte Personen besteht hier ein deutlich erhöhtes Risiko. Die Konsummenge reinen Alkohols, die sich im Einzelfall tödlich auswirkt, hängt dabei von einigen Faktoren ab, vor allem von der Dauer und der zeitlichen Verteilung des Alkoholgenusses, der Gewöhnung an Alkohol und dem körperlichen Allgemeinzustand der Person. In weiten Kreisen herrscht die Meinung vor, dass es kaum zu tödlichen Alkoholvergiftungen kommt, weil sich der Organismus bei Überdosierungen durch Erbrechen und Bewusstlosigkeit schützt. In klarem Widerspruch zu dieser Meinung steht, dass pro Jahr ca. 100 Österreicher/innen an einer „reinen" Alkoholüberdosierung sterben. Das Attribut „rein" bedeutet hier, dass die große Anzahl an tödlichen Vergiftungen durch Mischintoxikationen (Alkohol plus Medikamente und/oder illegale Drogen), Tote durch alkoholbedingte Unfälle bzw. Verstorbene an alkoholbedingten Erkrankungen hier nicht mitgezählt werden. Der „reine" Alkoholüberdosierungstod ist demnach mindestens doppelt so häufig wie der „Drogentod" im Sinne einer Überdosierung mit illegalen Drogen nach entsprechenden Kriterien.

GESUNDHEITSRISIKO

Definitionen: „Harmlosigkeitsgrenze" und „Gefährdungsgrenze"

Unter den zahlreichen Versuchen Grenzmengen festzulegen, an Hand derer es möglich ist, unbedenklichen bzw. gesundheitsschädigenden Alkoholkonsum zu definieren, hat sich nunmehr die vom britischen Health Education Council 1994 publizierte Definition über die „Harmlosigkeitsgrenze" und die „Gefährdungsgrenze" international weitgehend durchgesetzt:

	Männer	Frauen
Harmlosigkeitsgrenze: Konsum als unbedenklich eingestuft	Bis 24 Gramm reiner Alkohol Pro Tag ~ 0,6 Liter Bier oder ~ 0,3 Liter Wein	Bis 16 Gramm reiner Alkohol Pro Tag ~ 0,4 Liter Bier oder ~ 0,2 Liter Wein
Gefährdungsgrenze: Konsum als gesundheitsgefährdend eingestuft	Ab 60 Gramm reiner Alkohol Pro Tag ~ 1,5 Liter Bier oder ~ 0,75 Liter Wein	Ab 40 Gramm reiner Alkohol Pro Tag ~ 1 Liter Bier oder ~ 0,5 Liter Wein

Ein täglicher Durchschnittskonsum bis 16 Gramm Alkohol bei gesunden Frauen und bis 24 Gramm Alkohol bei gesunden Männern (Harmlosigkeitsgrenze) gilt als nicht gesundheitsschädigend. Ein täglicher Durchschnittskonsum ab 40 Gramm Alkohol bei Frauen und ab 60 Gramm Alkohol bei Männern (Gefährdungsgrenze) gilt als eindeutig gesundheitsgefährdend.

CHRONISCHER ALKOHOLMISSBRAUCH

Bei einem über einen langen Zeitraum und in regelmäßiger Weise durchgeführten Alkoholkonsum der über der Gefährdungsgrenze von 40 bzw. 60 Gramm reinen Alkohols pro Tag liegt ist damit zu rechnen, dass es mit einer deutlich erhöhten Wahrscheinlichkeit zu einer ernsten alkoholbedingten Schädigung des Organismus kommt, wobei eine solche nicht notwendigerweise mit einer körperlichen Abhängigkeit einhergehen muss.

ALKOHOLABHÄNGIGKEIT = CHRONISCHER ALKOHOLISMUS

Psychische und körperliche Abhängigkeit entstehen in der Regel in einem langwierigen, Jahre in Anspruch nehmenden Prozess. Die körperliche Abhängigkeit manifestiert sich u.a. in einer Toleranzentwicklung (um die gleiche Wirkung der Substanz hervorzurufen, ist eine immer höhere Dosis notwendig) gegenüber Alkohol und in Entzugserscheinungen, die zutage treten, wenn die/der abhängig Gewordene einige Zeit keinen Alkohol trinkt.

In der Medizin gelten auch Alkoholabhängige, denen es gelingt phasenweise oder gänzlich alkoholabstinent zu leben als „Alkoholiker“, da die grundlegende Suchtproblematik auch im Falle einer Abstinenz bestehen bleibt.

ALKOHOLBEDINGTE FOLGEERKRANKUNGEN

Chronischer Alkoholmissbrauch und Alkoholismus können eine Reihe von Begleit- und Folgeerkrankungen bewirken.

Psychiatrische Folgeerkrankungen

Nach langdauerndem chronischem Alkoholismus kann das lebensbedrohende Zustandbild des Alkoholdelirs (Delirium Tremens) bei jeder Veränderung der Trinkgewohnheiten, insbesondere bei Entzug, eintreten. Das Delir ist durch starke vegetative Störungen (Schwitzen, Zittern, Herzjagen) und durch Bewusstseins- und Wahrnehmungsstörungen („Weiße-Mäuse-Sehen“) gekennzeichnet.

Chronische Alkoholiker/innen entwickeln oft einen krankhaften Eifersuchtswahn, eher selten treten Alkoholhalluzinosen auf, die sich hauptsächlich durch Wahrnehmungsstörungen, meist akustischer Natur („Stimmen-Hören“) auszeichnen.

An Wesens- und Leistungsänderungen können auftreten: Störung des Altgedächtnisses und der Merkfähigkeit, Herabsetzung der Aufmerksamkeit, der Konzentration, der Urteils- und Kritikfähigkeit, gesteigerte Ermüdbarkeit, erhöhte Beeinflussbarkeit, Verlust von Interessen, Affektlabilität, Stimmungsschwankungen. Die meisten dieser Symptome sind reversibel, d.h. sie verschwinden bei Abstinenz.

Neurologische Folgeerkrankungen

Die im letzten Absatz beschriebenen Defizite können jedoch auch auf Grund einer zunehmenden alkoholbedingten organischen Schädigung des Gehirns (Hirnatrophie = Nervenzellenschwund) auftreten und bei fortschreitender Erkrankung in einer irreversiblen alkoholischen Demenz enden. Die häufigsten neurologischen Folgeerkrankungen bei chronischem Alkoholmissbrauch sind die alkoholische Polyneuropathie, bei der es zu schmerzhaften Lähmungen der Beine kommt, und alkoholinduzierte epileptische Anfälle.

Internistische Folgeerkrankungen

Je nach Konsummenge und Dauer des Alkoholmissbrauches treten verschiedene Schädigungen der Leber auf (Fettleber, Alkoholhepatitis, Leberzirrhose = Leberschrumpfung). Beim Abbau des Alkohols in der Leber kommt es zu einer erhöhten Insulinsekretion, die zu verstärktem Einbau von Fett ins Gewebe und zu einer Verminderung der Mobilisierung aus dem Fettgeweben führen kann. Man nimmt an, dass regelmäßiger Konsum von mehr als 160 Gramm Reinalkohol pro Tag (entspricht ca. 4 Liter Bier, 2 Liter Wein bzw. 0,5 Liter einer Spirituose mit 40 Vol.-% Alkohol) mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung einer Leberzirrhose führt.

Darüber hinaus wird durch den vermehrten Abbau von Alkohol der Fettstoffwechsel beeinträchtigt, was zu Übergewicht trotz normaler Kalorienzufuhr führt und die Entstehung von Diabetes mellitus des Typs II begünstigt. Die Erhöhung des Fettgehaltes im Blut stellt einen Risikofaktor für Herzinfarkt dar. Ebenso bedingt der Alkoholabbauprozess eine verstärkte Synthese von Harnsäure, was bei chronischem Konsum zu Gicht führen kann.

Das Sekret der Bauchspeicheldrüse wird unter Alkoholeinfluss proteinreicher und dickflüssiger. Bei chronischem Alkoholkonsum kommt es zu einer Verlegung der Ausführungsgänge und zu wiederholten Pankreasentzündungen.

Störungen des Hormonhaushaltes führen zur Beeinträchtigung der Sexualfunktion. Beim Mann kann es zu Potenzstörungen, bei der Frau zu Unregelmäßigkeiten bzw. zum Ausbleiben des Zyklus kommen.

Durch ständigen Alkoholeinfluss kommt es zur Schädigung des Blut bildenden Systems, es kommt zu Herzmuskelerkrankungen, erhöhtem Blutdruck (Risikofaktor für Herzinfarkt und Schlaganfall) und zu einer Schwächung des Immunsystems. Weiters werden Schädigungen (Entzündungen, Geschwüre) an den Organen des Verdauungstraktes (Mundhöhle, Speiseröhre, Magen, Darm) beobachtet.

Bei einer Reihe von Krebserkrankungen (Speiseröhre, Magen-Darm-Trakt, Bauchspeicheldrüse, weibliche Brust, Leber) konnte Alkohol als Co-Faktor (d.h. als ein die Entwicklung begünstigender Faktor) identifiziert werden: Alkohol ist an der Umwandlung von Prokarzinogenen in Karzinogene beteiligt.

LEBENSERWARTUNG

Man kann davon ausgehen, dass die Lebenserwartung von chronischen Alkoholiker/innen um durchschnittlich 10–28 Jahre vermindert ist. Das Selbstmordrisiko ist bei Alkoholabhängigen rund um das 13-fache höher als bei Nichtalkoholiker/innen.

SCHWANGERSCHAFT UND ALKOHOL

Alkohol besitzt keine erbgutschädigende oder -verändernde Wirkung, überschreitet jedoch auf Grund seiner molekularen Struktur die Plazentarschranke im Mutterleib und kann den Fötus schädigen. D.h. dass eine Alkoholabhängigkeit des Vaters sich nicht auf das Kind auswirkt, sehr wohl aber (fortgesetzter) Alkoholkonsum der Mutter in der Zeit der Schwangerschaft. Generell kann Schwangeren keine Grenzmenge empfohlen werden, die als gesichert unschädlich für das Ungeborene gilt. In mehreren Untersuchungen wurde ein Zusammenhang zwischen erhöhter Alkoholexposition und vermindertem Geburtsgewicht festgestellt.

Ca. 20–40 Prozent der Kinder von alkoholabhängigen Frauen, die auch während der Schwangerschaft – vor allem auch nach der 12. Schwangerschaftswoche – ihren Alkoholkonsum fortsetzen, weisen in unterschiedlich starker Ausprägung Symptome einer Alkoholembryopathie (= fötales Alkoholsyndrom) auf. Dieses ist durch Missbildungen im Schädel- und Gesichtsbereich, im Herz-Kreislaufsystem und an den Gliedmaßen verbunden mit vorgeburtlich einsetzenden Wachstums- und Entwicklungsverzögerungen charakterisiert.

SOZIALE FOLGEN DES ALKOHOLMISSBRAUCHS

Alkoholabhängige können zunehmend weniger ihre Verantwortung und ihre Aufgaben in ihrem sozialen Umfeld (Familie, Arbeit, Freundeskreis) wahrnehmen. Die Folgen sind oft Scheidung, Arbeitslosigkeit, Isolation und der Verlust des materiellen Wohlstands. Sind Alkoholabhängige in ein funktionierendes soziales Umfeld eingebettet, entwickelt sich ihre Krankheit oft über Jahre hinweg ohne – für die Außenwelt – auffällige Symptome. Personen, die in enger Beziehung zu Suchtkranken stehen, allerdings durch ihr Verhalten keine Lösung aus den Suchtmechanismen bewirken, sondern eine Verfestigung suchterzeugenden Verhaltens erlauben und fördern, werden als „coabhängig“ bezeichnet.

KANN ALKOHOL AUCH GESUNDHEITSFÖRDERND SEIN?

Es ist seit langem gesichert, dass der Gesundheitszustand durch langfristigen übermäßigen Alkoholkonsum erheblich beeinträchtigt wird. In scheinbarem Widerspruch dazu steht die Beobachtung, dass Personen, die mäßig Alkohol konsumieren, bezüglich fast aller körperlicher, seelischer und sozialer Aspekte besser abschneiden als Abstinente. Sie sind seltener krank, leben länger, sind erfolgreicher, sind klüger, sind glücklicher usw. Dieses Phänomen ist in der Fachliteratur unter dem Schlagwort „u-förmiger Zusammenhang“ bekannt und wird oft vorschnell mit einer gesundheitsfördernden Alkoholwirkung erklärt. Diese Erklärung ist im Lichte der empirischen Forschung aber nicht haltbar. Man sollte Ursache und Wirkung nicht verwechseln. Alkoholabstinenz macht nicht krank, unglücklich und erfolglos, sondern manche Kranke, Unglückliche und Erfolglose tendieren verstärkt zur Alkoholabstinenz. Eine tatsächlich gesundheitsfördernde Wirkung mäßigen Alkoholkonsums wird in der Fachliteratur nur in Zusammenhang mit koronaren Herzerkrankungen und in Zusammenhang mit Stresserkrankungen diskutiert. Hier ist zu bemerken, dass die positive Wirkung einerseits stark überschätzt und andererseits durch gleichzeitig stattfindende gesundheitsschädigende Effekte mit großer Wahrscheinlichkeit kompensiert oder sogar überkompensiert wird.

ALKOHOLKONSUM UND ALKOHOLISMUS IN ÖSTERREICH

ALKOHOL-PRO-KOPF-KONSUM

Im Jahr 1999 betrug der Pro-Kopf-Konsum der 16–99-jährigen österreichischen Bevölkerung an reinem Alkohol im Durchschnitt 13,9 Liter, das entspricht einer konsumierten Menge von 30 Gramm Reinalkohol pro Tag. Nachdem in den Nachkriegsjahren der Durchschnittskonsum mit steigendem Wohlstand bis Mitte der 70er Jahre kontinuierlich angewachsen war (Maximum 1973: 15,9 Liter/Jahr = 34 Gramm/Tag), ist seit dieser Zeit ein leichter, aber stetiger Rückgang zu beobachten.

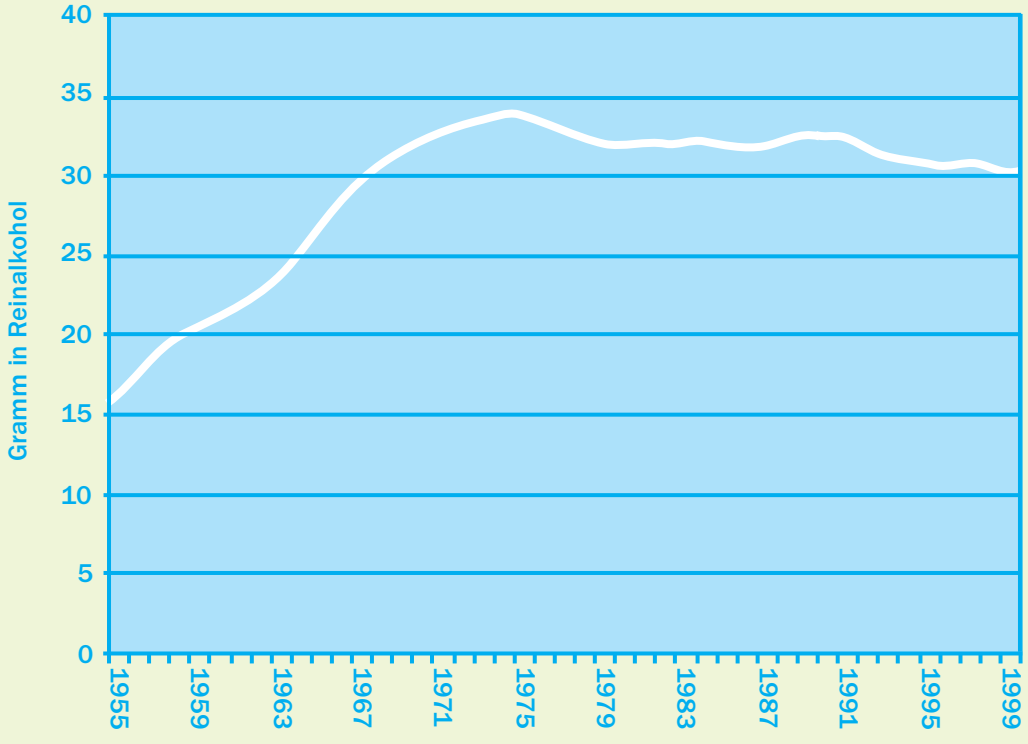


Abbildung 1: Entwicklung des Pro-Kopf-Konsums der 16–99-jährigen Bevölkerung von reinem Alkohol in Österreich (geglättet) – Grafik AKIS

Will man Österreichs Alkoholkonsum international vergleichen, muss man bedenken, dass die Zahlen in jedem Land auf unterschiedliche Art erhoben werden. So bleibt manchmal offiziell nicht erfasster Alkoholkonsum (Dunkelziffer) unberücksichtigt, manchmal wird ein unrichtiger Alkoholgehalt von alkoholischen Getränken angenommen und manchmal werden die Pro-Kopf-Berechnungen auf die Gesamtbevölkerung bezogen, statt auf die trinkende Bevölkerung ab 16 Jahren (Kinder und Jugendliche nehmen ja kaum in nennenswertem Maße Alkohol zu sich). Die Daten aus den World Drink Trends legen nahe, dass Österreich bezüglich des durchschnittlichen Alkoholkonsums im Mittelfeld der mittel- und südeuropäischen Staaten liegt. Über einen langjährigen Beobachtungszeitraum lässt sich feststellen, dass alkoholbezogene Trends und Verlaufszahlen in Österreich mit den Entwicklungen in der Bundesrepublik Deutschland stark parallel verlaufen.

TRINKGEWOHNHEITEN DER ÖSTERREICHER/INNEN

Im Jahr 1999 wurden in Österreich 9,2 Mio. Hektoliter Bier, 2,5 Mio. Hektoliter Wein, 1,2 Mio. Hektoliter Most und ca. 200.000 Hektoliter Spirituosen getrunken. Bevorzugtes Getränk der Österreicher/innen ist Bier, wobei Bier vor allem von Männern getrunken wird, während Frauen mehr Wein konsumieren. Bier wird außerdem eher im Westen Österreichs und von jungen Menschen getrunken.

Ca. ein Drittel des konsumierten Reinalkohols wird von Alkoholabhängigen verbraucht, ein weiteres Drittel von Personen, die Alkohol in gesundheitsgefährdendem Ausmaß konsumieren – jedoch (noch) nicht abhängig sind – und das letzte Drittel wird von Personen konsumiert, deren Trinkgewohnheiten als gering bis mäßig gelten.

Ungefähr ein Viertel der erwachsenen österreichischen Bevölkerung ist zur Gruppe der Abstinenten zu rechnen. Ungefähr 18 Prozent trinken in gesundheitsgefährdendem Ausmaß. Der Rest nimmt Alkohol in geringen bzw. mittleren Mengen zu sich.

4 Prozent der Jugendlichen zwischen 16 und 20 Jahren nehmen täglich Alkohol zu sich. Den höchsten Anteil an täglich oder fast täglich Trinkenden weist die Altersgruppe der 70 – 99-jährigen auf (32 Prozent bei Männern und 11 Prozent bei Frauen).

Die Alkoholkonsumgewohnheiten der Österreicher/innen scheinen seit den 70er Jahren relativ stabil zu sein und unterliegen nur langfristig Veränderungen. Es lassen sich jedoch nur Tendenzen festmachen, wie z. B. der oben schon erwähnte leichte Rückgang des Durchschnittkonsums. Des Weiteren fällt ein verstärkter Alkoholkonsum in der Altersgruppe der ab 60-jährigen auf.

JUGEND UND ALKOHOL?

Die immer wieder diskutierte Frage, ob Jugendliche und Kinder heutzutage früher und in größeren Mengen Alkohol zu sich nehmen, lässt sich anhand vorliegender jüngerer Studien auf Grund zu kleiner Stichprobenzahl bzw. unspezifischer Fragestellungen nicht verlässlich beantworten. Jugendliche werden in zunehmend jüngerem Alter selbstständig und mobil, gehen alleine bzw. mit Freund/inn/en aus und frequentieren Lokale, in denen ihnen auch der Zugang zu Alkohol ermöglicht wird. Daher erscheint es plausibel, dass das Einstiegsalter bezüglich des Alkoholkonsums aktuell sinkt. Im familiären Rahmen dürfte regelmäßiger Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen eher selten vorkommen. Der von manchen Eltern tolerierte Alkoholkonsum ist auf einzelne Anlässe (Silvester, Geburtstag) und auf geringe Mengen beschränkt.

Je nach Fragestellung und Stichprobe ergeben verschiedene Studien, dass zwischen 80 Prozent und 95 Prozent der 16-jährigen Jugendlichen bereits in irgendeiner Form Alkohol zu sich genommen haben. Von Erfahrungen mit einer Alkoholberauschung berichten in diesem Alter ca. 60 Prozent der Burschen und 40 Prozent der Mädchen.

Ab dem 16. Geburtstag steigt generell sowohl Alkoholkonsummenge als auch -frequenz kontinuierlich an, bis sie bei den 40–50-jährigen ihren Höhepunkt erreicht. Das Durchschnittsalter, in dem sich eine Alkoholabhängigkeit manifestiert, liegt bei Männern um 26 Jahre, bei Frauen um 34.

GESCHLECHTSSPEZIFISCHE KONSUMGEWOHNHEITEN

In allen Altersgruppen trinkt die männliche Bevölkerung Österreichs mehr als die weibliche. Während 75 Prozent Frauen abstinent leben oder Alkoholmengen zu sich nehmen, die als nicht gesundheitsgefährdend einzustufen sind, beträgt dieser Anteil bei den Männern nur 45 Prozent. Hingegen befinden sich fast 30 Prozent der Männer, aber nur 9 Prozent der Frauen mit ihren Trinkgewohnheiten in einem Bereich, der als eindeutig gesundheitsschädigend bezeichnet werden kann.

Konsumform	Männer	Frauen
Abstinent oder nicht gesundheitsgefährdend	45 %	75 %
gesundheitsschädigend	30 %	9 %

Tabelle 1: Geschlechtsspezifische Konsumgewohnheiten. Quelle: Uhl et al. 2001

Auch Ursache und Verlauf von Alkoholabhängigkeit weisen geschlechtsspezifische Unterschiede auf.

„Primärer Alkoholismus“, das heißt die relativ langsame Entstehung einer Abhängigkeit durch regelmäßigen, übermäßigen Alkoholkonsum ohne ernste psychische Grunderkrankung kommt kulturbedingt vor allem bei Männern vor.

„Sekundärer Alkoholismus“, d.h. die relativ rasche Entwicklung von Alkoholismus, infolge eines Selbstbehandlungsversuches infolge einer psychischen Grunderkrankung betrifft Männer und Frauen gleichermaßen.

Weiblicher Alkoholismus ist weit seltener als männlicher (Verhältnis 4:1). Der Beginn des Problemkonsums bei Frauen setzt durchschnittlich viel später ein und die Suchtentwicklung geht nach Beginn des Problemkonsums bei Frauen weit rascher vor sich.

WIE VIELE ALKOHOLABHÄNGIGE GIBT ES IN ÖSTERREICH?

Ca. 5 Prozent der Österreicher/innen ab dem 16. Geburtstag sind als „chronische Alkoholiker/innen“ zu klassifizieren, was in absoluten Zahlen ungefähr 330.000 Österreicher/innen, darunter ca. 1/5 Frauen und 4/5 Männer, entspricht. Im Laufe des Lebens werden rund 10 Prozent der Österreicher/innen alkoholkrank (vgl. Uhl et al. 2000). Auf die Geschlechter aufgeteilt heißt das, dass jeder 7. Mann und jede 20. Frau in Österreich im Verlauf ihres Lebens alkoholabhängig wird.

Pro Jahr erkranken rund 0,2 Prozent der Männer, 0,06 Prozent der Frauen bzw. 0,13 Prozent aller Österreicher/innen neu an chronischem Alkoholismus (Inzidenz), das entspricht rund ungefähr 10.000 Neuerkrankungen jährlich.

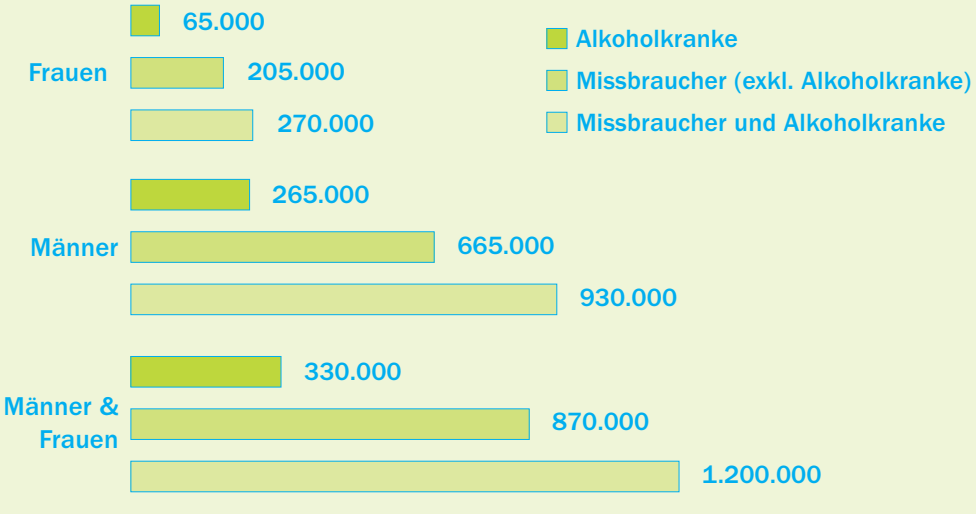


Abbildung 2: Missbrauch von Alkohol und Alkoholkranke nach Geschlecht. Quelle: Uhl et al. 2001

TODESFÄLLE IN ZUSAMMENHANG MIT ALKOHOL

Pro Jahr sterben in Österreich rund 100 Personen an einer Alkoholvergiftung. Diese sind als „Alkoholtote im engsten Sinne“ zu bezeichnen. Von den 80.000 Österreicher/innen, die pro Jahr sterben, sind 10 Prozent (d.h. 8.000 Personen) Alkoholiker/innen. Da Alkoholiker/innen durchschnittlich um 20 Jahre vorzeitig sterben, kann man auch diese als „Alkoholtote im Sinne von verstorbenen Alkoholiker/innen“ bezeichnen.

ALKOHOL ALS WIRTSCHAFTSFAKTOR

WERTSCHÖPFUNG BZW. WIRTSCHAFTLICHE VERLUSTE DURCH ALKOHOL IN ÖSTERREICH

Wird Alkohol in Verkehr gebracht, fallen Verbrauchssteuern (Alkoholsteuer, Biersteuer sowie Zwischenerzeugnis- und Schaumweinsteuer) und Umsatzsteuer an. Die Getränkesteuer wird seit dem Jahr 2000 nicht mehr eingehoben. Je nach Getränkekategorie und nach Verkaufsort (Einzelhandel oder Gastgewerbe) machen die gesamten Abgaben bei Bier, Wein und Sekt ca. 20 – 40 Prozent des Endverkaufspreises aus, bei Spirituosen – vor allem der unteren Preisklassen – bis zu 60 Prozent. Im Jahr 1996 betrugen diese Abgaben für alkoholische Getränke in Österreich ca. 43 Milliarden Euro. Rechnet man zu diesen Steuern noch weitere Steueranteile dazu, die direkt und indirekt bei Alkoholerzeugung, -vertrieb und -ausschank anfallen (Einkommen-, Lohn- und Körperschaftsteuer), kann man schätzen, dass in Österreich annähernd 4,5 Prozent der Wertschöpfung direkt oder indirekt mit Alkohol zusammenhängen.

JUGENDSCHUTZGESETZE

Der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor „Alkohol“ ist gesetzlich in den landesrechtlichen Bestimmungen der Jugend- bzw. Jugendschutzgesetze definiert. Dabei sind drei Aspekte von Bedeutung:

- Altersgrenzen (Definition von „Kindern“ und „Jugendlichen“)
- Rahmenbedingungen des Konsums (öffentlicher bzw. privater Konsum)
- Art der Verbote (Konsum, Weitergabe, Berauschung etc.)

Im Detail unterscheiden sich alle 9 Landesgesetze in diesen Punkten. Zusammenfassend kann man festhalten, dass in allen 9 Bundesländern der öffentliche Konsum von alkoholischen Getränken durch Kinder und Jugendliche innerhalb bestimmter Altersgrenzen (mehrheitlich: 16 Jahre für Bier, Wein, Sekt; 18 Jahre für Spirituosen) durch Konsumverbote und/oder Weitergabe- bzw. Verkaufsverbote geregelt ist.

ALKOHOL UND STRASSENVERKEHR

Seit Jänner 1998 gilt in Österreich – wie auch in 20 weiteren europäischen Staaten – für Kraftfahrzeuglenker/innen ein höchst zulässiger Blutalkoholwert von 0,5 Promille. Seit der Einführung des Probeführerscheins 1992 gilt für Führerscheinneulinge während der ersten 2 Jahre nach Führerscheinerteilung eine 0,1 Promillegrenze.

In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass das Lenken eines Fahrzeuges unter jeglichem die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigendem Einfluss prinzipiell verboten ist. Der Grenzwert stellt also grundsätzlich keinen „Freibrief“ für den Konsum von Alkohol bis zu diesem Grenzwert dar. Festgelegt ist lediglich, dass bei Vorliegen einer Alkoholisierung ab diesem Grenzwert der Lenker prinzipiell als beeinträchtigt gilt, was auch durch einen Gegenbeweis im Sinne eines Nachweises voller Leistungsfähigkeit nicht entkräftet werden kann. Nicht gesetzlich geregelt und damit im alleinigen Verantwortungsbereich der Lenkerin/des Lenkers ist auch die Gefahr einer Kombinationswirkung von Medikamenten und Alkohol.

Ebenso ist zu beachten, dass einem Fahrgast einer/eines alkoholisierten Lenkerin/Lenker (sofern dem Fahrgast die Alkoholisierung erkennbar ist oder erkennbar sein muss) ein Mitverschulden an Schäden treffen kann, die der Fahrgast im Zuge des Unfalls erleidet.

Zur Bestimmung des Blutalkoholspiegels wird von der Exekutive im Straßenverkehr der „Alkomat“ eingesetzt. In zwei unabhängigen Messvorgängen wird die Atemalkoholkonzentration gemessen und umgerechnet. Der niedrigere der zwei Messwerte ist maßgeblich. Seit der Einführung des Alkomaten steigt die Zahl der Alkoholkontrollen stetig an. Bei ca. 130.000 Kontrollen im Jahr 2000 wurde knapp 25.000-mal der Führerschein entzogen, über 40.000 Lenker/innen wurden wegen Alkoholisierung angezeigt.

Tabak

Die Herkunft des Wortes Tabak ist nicht ganz klar. Wahrscheinlich stammt es von den Antillen, wo das Rauchrohr „tabacco“ genannt wurde.

KULTURGESCHICHTE DES TABAKS

In Europa war Tabak vorerst unbekannt. Erst nach der Entdeckung Amerikas im Jahre 1492 kam der Tabak nach Europa. In der andalusischen Hauptstadt Sevilla gelang es erstmals, die Tabakpflanze in Europa zu akklimatisieren. Der französische Gesandte in Lissabon, Jean Nicot, brachte im Jahre 1560 die Tabakpflanze an den Hof von Paris. Daher stammt auch der Name Nikotin. Auf Grund der relativ niedrigen Kosten des Rauchens fand der Tabakkonsum rasche Verbreitung. In Europa waren die West- und Südeuropäer die Vorreiter, da portugiesische, spanische, holländische und englische Seeleute am frühesten mit den „amerikanischen“ Kulturen in Berührung gekommen sind. Auch im skandinavischen Raum, in der Türkei und in Russland wurde früher geraucht als in Österreich.

Im Laufe der Jahrhunderte wurde der Tabakgenuss immer wieder verboten – allerdings nicht nur wegen der gesundheitlichen Gefahren, von denen man damals noch nichts ahnte, sondern vielmehr wegen der Brand- und Explosionsgefahr in den Holzhäusern und Munitionslagern. Oder einfach deshalb, weil er den Interessen der religiösen oder politischen Oberhäuptern nicht entsprach. Im 17. Jahrhundert musste ein Tabakkonsument in manchen Ländern durchaus damit rechnen, exkommuniziert, eingesperrt oder gar exekutiert zu werden.

Auch die Art des Tabakkonsums war der jeweiligen Mode unterworfen: In Österreich kam in den höheren Kreisen zuerst das Pfeifenrauchen auf, die armen Leute mussten sich mit dem Kauen von Tabak begnügen. Im 18. Jahrhundert wurde der Schnupftabak an den Adelshöfen salonfähig. Zu Beginn des 19. Jh. wendete sich das Blatt – man fand schnupfen unhygienisch und man rauchte wieder Pfeife – genau genommen nur Männer. Rauchende Frauen – das war damals schlicht undenkbar. Als der nichtrauchenden Gesellschaft der Qualm zu viel wurde, begann man „Frauenzimmer“ einzurichten, in denen absolutes Rauchverbot herrschte. Erst mit Ende des 19. Jh. begannen sich die Frauen zu emanzipieren und sie rauchten jetzt auch – Zigaretten.

ENTWICKLUNG DES TABAKKONSUMS IN ÖSTERREICH

Ende des 16. Jahrhunderts war Tabak in Österreich schon als Zierpflanze bekannt. Durch den dreißigjährigen Krieg wurde das Tabakrauchen auch nach Österreich gebracht. Die erste Nachricht über das Rauchen in Österreich stammt aus dem Jahr 1644.

Auch die ersten Berichte über zunehmenden Tabakanbau stammen aus dieser Zeit. Wie stark die Verbreitung des Tabakkonsums gewesen sein dürfte, brachte Abraham a Santa Clara zum Ausdruck, als er in den 80er Jahren des 17. Jahrhunderts behauptete: *„Ich kenne kein Land, keine Stadt, keinen Markt, kein Dorf, keinen Weiler, ja nicht einmal ein Haus, in welchem nicht eine unsägliche Menge der stinkenden Tobacks-Menschen zu finden ist“*.

Der Tabakkonsum des späten 17. Jahrhunderts und beginnenden 18. Jahrhunderts lässt sich nur schwer beziffern. Exaktere Daten stehen ab der Einführung des Tabakmonopols (1784) zur Verfügung. Im gesamten Monopolgebiet der Monarchie wurde pro Kopf im Jahr etwa 0,5 kg Tabak geraucht, gekaut und geschnupft. Der Verbrauch im heutigen Österreich stieg von 1,1 kg im Jahre 1837 auf 1,9 kg im Jahre 1900. Im Vergleich dazu lag der Verbrauch pro Kopf im Jahre 1983 bei 2,2 kg.

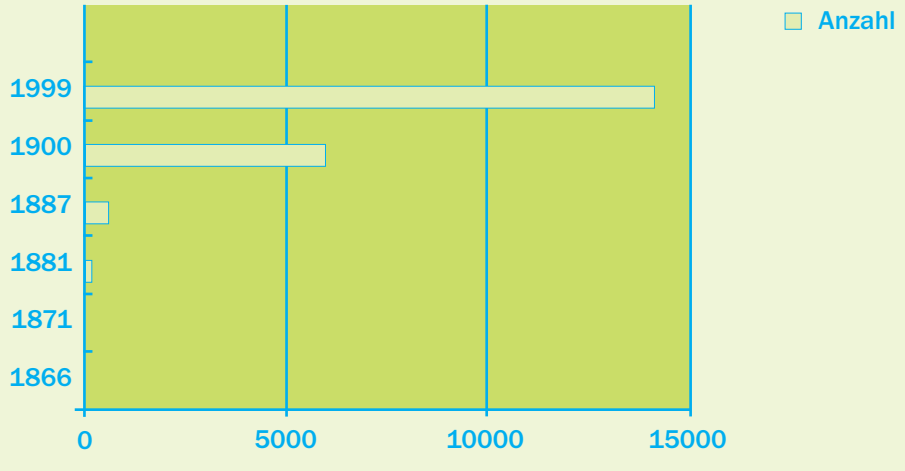


Abbildung 3: Entwicklung der Anzahl der jährlich verkauften Zigaretten (in Mio.) in Österreich.
Quellen: Sandgruber 1993; www.austriatabakwerke.at, 22.11.01

Seit der Einführung des Tabakmonopols haben sich die Konsumgewohnheiten erheblich verändert. Im Jahre 1784 entfielen 70 Prozent der abgesetzten Menge auf Rauchtabak, der Rest auf Schnupftabak. Der Rauchtabakanteil erreichte 1837 mit 87 Prozent sein Maximum. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurden den Österreicher/innen erstmals Zigarren angeboten. Die Zigarren waren teuer und somit dem Bürgertum vorbehalten. Sie galten dem Bürgertum des Vormärz als Kennzeichen einer revolutionären Gesinnung. Den größten Anteil am Tabakumsatz erreichte die Zigarre im Jahre 1885 mit 19,8 Prozent.

Doch die weitaus größte Veränderung der Rauchgewohnheiten geht auf das Konto der Zigarette. Die Zigarette führte zu einer Industrialisierung der Tabakproduktion. Zigaretten, die im lateinamerikanischen Raum schon im 18. Jahrhundert bekannt waren, wurden in Österreich erstmals 1843 (mit wenig Erfolg) und dann wieder ab 1865 hergestellt. Ab diesem Zeitpunkt stieg der Verbrauch an Zigaretten sprunghaft an.

EPIDEMIOLOGIE DES TABAKKONSUMS IN ÖSTERREICH

Seit 1972 führt das Österreichische Statistische Zentralamt in größeren Abständen Erhebungen über die Rauchgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung durch. Die aktuellste Untersuchung wurde im Jahr 1997 durchgeführt. Zusammenfassend kann für die allgemeine Bevölkerung bezüglich Rauchgewohnheiten folgendes Bild skizziert werden (Langgaßner 1999, S. 326):

- Während bei den Männern der Anteil der Raucher seit 1972 deutlich abnimmt, ist bei den Frauen eine Zunahme zu erkennen. Vor allem in der Periode 1972 bis 1986 ist der Anteil der Raucherinnen gestiegen.
- 36 Prozent der Männer und 23 Prozent der Frauen rauchen.
- 84 Prozent der Raucher und 81 Prozent der Raucherinnen rauchen täglich.
- Der Griff zur täglichen Zigarette erfolgt immer früher.
- Der Anteil an Raucher/innen ist in Wien bei beiden Geschlechtern am höchsten, in Kärnten, Salzburg und im Burgenland am niedrigsten.

	Zigaretten pro Tag		
Jahr	**bis 10**	**10 bis 20**	**20 und mehr**
1972	29,2 %	50.7 %	19,9 %
1979	22,9 %	48,7 %	27,0 %
1986	24,8 %	48,8 %	25,7 %
1991	30,9 %	42,5 %	26,9 %
1997	27,7 %	49,5 %	22,8 %

Tabelle 2: Entwicklung der täglichen Zigarettenmenge.
Quellen: Statistische Nachrichten 5/1987, Statistische Nachrichten Nr. 6/1994, Statistische Nachrichten 5/1999

RAUCHEN IM BEREICH DER JUGENDLICHEN

Im Rahmen einer groß angelegten WHO-Studie über Jugendliche werden regelmäßig auch die Rauchgewohnheiten erhoben. Es zeigt sich, dass die Raucherrate der Jugendlichen und insbesondere der Mädchen in Österreich, in den 90er Jahren stark gestiegen ist. Haben 1989/1990 20 Prozent der Mädchen mindestens einmal wöchentlich geraucht, so steigt dieser Wert 1997/1998 auf 36 Prozent an (Currie/Hurrelmann/Settertobulte/Smith/Todd 2000; Harking/Anderson /Goos 1997).

1989/90		**1993/94**		**1997/98**	
M	W	M	W	M	W
23	20	29	31,2	30	36

Tabelle 3: Prozentsatz der 15-jährigen, die zumindest einmal wöchentlich rauchen.
Quellen: Currie/Hurrelmann/Settertobulte/Smith/Todd 2000; Harking/Anderson/Goos 1997

MOTIVATION ZUM TABAKKONSUM

Das Raucherritual übt große Macht aus: Die einzelnen Handgriffe sind vorprogrammiert und gewähren dadurch Minuten der Entspannung, Struktur oder vertreibt Langeweile. Feuer ist seit jeher etwas Kostbares und übt auf die meisten Menschen eine starke Faszination aus. Raucher/innen genießen es auch, Rauchringe zu produzieren, eine spielerische und kreative Tätigkeit.

Rauchen ist aber auch Gemeinschaft. Man raucht mit anderen zusammen, bildet eine handlungskonforme Gruppe. Dies vermittelt Geborgenheit und Schutz. Für viele bedeutet die Zigarette aber auch Freizeit, Freiheit und Unabhängigkeit. Rauchen ist eine legitime Entschuldigung für eine Pause und die Möglichkeit tief durchzuatmen.

Viele von uns sind hungrig nach Belohnung. Die Zigarette ist eine Selbstbelohnung, die man sich jederzeit angedeihen lassen kann.

Viele Jugendliche glauben, dass mit dem Rauchen Eigenschaften wie Erwachsensein und Selbstständigkeit verbunden sind. Auch beobachten Jugendliche z. B. bei Erwachsenen, wie diese zur Beruhigung rauchen, wenn sie aufgeregt, ängstlich oder unsicher sind. Die Zigarette verschafft aber auch den Zutritt zur Gleichaltrigengruppe und fördert das Gefühl dazu zu gehören. Auch um dem Schönheitsideal – schlank sein – zu entsprechen wird von vielen Mädchen zur Zigarette gegriffen.

Art des Rauchnutzens	situationsbedingt	kontinuierlich
Primärer Nutzen (zehrt sich im Zuge der Toleranzentwicklung auf)	– Emotionskontrolle – Anregung, Bekämpfung von Langeweile – Geistiges und intellektuelles Doping – Genuss – Soziale Funktionen	– Gewichtssenkung – Imagegewinn
Vermeidung erworbener Hilflosigkeit	– bei Stress – bei geistiger Anforderung – bei Ärger und Trauer – Erhaltung der Selbstsicherheit	
Befriedigung situationsspezifischen Cravings	– z.B. heftiges Rauchen in Geselligkeit	
Befriedigung unspezifischen Cravings		– ständiges Rauchen in relativ fixen Intervallen bis hin zum Kettenrauchen
Vermeidung von Entzugserscheinungen	– Beseitigung von Entzugserscheinungen (inkl. Craving)	– Vorbeugung von Entzugserscheinungen

Tabelle 4: Der Nutzen des Rauchens. Quelle: Von Laffert 1998

TABAKRAUCHINHALTSSTOFFE

Tabakrauch ist ein Gemisch von Gasen und Aerosolen. Bisher sind darin mehrere tausend Substanzen aufgefunden, davon ca. 500 chemisch identifiziert worden. Neben dem Hauptwirkstoff Nikotin sind für die Wirkungsbeurteilung noch andere von Bedeutung, wie z. B. Kohlenmonoxid, Stickstoffoxide, karzinogene Stoffe, Ammoniak, Blausäure, Nitrosamine usw.

Nikotin wird in der Wurzel der Tabakpflanze gebildet und überwiegend in den Blättern abgelagert. Nikotin ist in den winzigen Partikeln des Zigarettenrauches enthalten, verteilt sich rasch und gleichmäßig im Körper (nur 10 – 15 Sekunden), dringt schnell in das Gehirn ein und passiert die Placentaschranke. Es gelangt in alle Körperflüssigkeiten, auch in die Muttermilch. Die Eliminationszeit von Nikotin beträgt bei chronischen Raucher/innen etwa zwei Stunden, so dass zur Vermeidung von Entzugssymptomen eine häufigere Verabreichung der Droge notwendig ist (Julien 1997, S. 178).

Der Nikotingehalt der verschiedenen Zigarettensorten wird unter standardisierten Bedingungen mit Hilfe von Rauchmaschinen gemessen. Der rauchende Mensch steuert seine individuelle Nikotinaufnahme (Nikotinspiegel von 30 – 40 Nanogramm pro Milliliter) weitgehend unabhängig vom Nikotingehalt der Zigarette im Rauch: Tiefe der Inhalation, Zugfrequenz, aber auch durch verschließen der Ventilationsöffnungen des Filters beim Rauchen mit den Lippen (Julien 1997, S. 178).

PHARMAKOLOGISCHE WIRKUNG DES NIKOTINS

Die Substanz stimuliert spezifische Acetylcholinrezeptoren im Zentralnervensystem (ZNS), unter anderem in der Großhirnrinde, und steigert auf diese Weise die psychomotorische Aktivität, die kognitiven Funktionen, die sensomotorische Leistung, die Aufmerksamkeit und die Merkfähigkeit. Nikotin kann auch Tremor und bei toxischer Überdosierung, Krampfanfälle hervorrufen. Wie bei allen Stimulantien tritt später eine depressive Phase ein.

Die meisten Raucher/innen sind sich einig, dass das Rauchen „wach“ macht und entspannt, besonders in Stresssituationen. Die Nikotinzufuhr bewirkt die Herabsetzung des Muskeltonus.

Nikotin erhöht im menschlichen Körper die Stoffwechselrate. Der damit einhergehende Energieverbrauch erklärt zum größten Teil das geringere Körpergewicht von Raucher/innen. Mitverantwortlich dafür dürfte aber auch eine Hemmung des Appetits sein (Adlkofer 2000, S. 46).

Es gibt auch eine tödliche Dosis, die beim Erwachsenen bei ungefähr 60 mg Nikotin liegt. Als Symptom einer Nikotinvergiftung treten Übelkeit, Brechreiz, Kopfschmerzen, Hitzegefühl, Schwindel und Durchfall auf.

ABHÄNGIGKEIT

Es war den Spezialist/inn/en schon vor 70 Jahren bekannt, dass Nikotin die Substanz im Tabak ist, die psychisch wirksam und suchterzeugend ist. Aber erst durch die ICD-10 – die Internationale Klassifikation der psychischen Störungen, die 1991 von der WHO herausgegeben wurde, ist Nikotinabhängigkeit auch offiziell als Suchtform bzw. Form der Substanzabhängigkeit anerkannt (Kellermann 2001, S. 29). Nikotin erzeugt sowohl körperliche als auch psychische Abhängigkeit.

Die pharmakologischen und verhaltensbeeinflussenden Vorgänge, die die Tabaksucht bedingen, sind denen ähnlich, die der Sucht nach Drogen wie Heroin und Kokain unterliegen.

Das Gesamtverhältnis von Experimentierer/inne/n zu abhängig werdenden Konsument/inn/en ist beim Rauchen schlechter als bei den meisten anderen psychoaktiven Substanzen. Hört ein/e Abhängige/r mit dem Rauchen auf, stellt sich ein Entzugssyndrom ein. Zu dessen Symptomen gehören das unbeherrschbare Verlangen nach Nikotin (craving), Reizbarkeit, Angst, Wut, Konzentrationsschwierigkeiten, Unruhe, Ungeduld, Appetitzunahme und Schlafstörungen (Julien 1997, 181).

In Österreich schätzt man, dass von den ca. 2,3 Mio. Raucher/innen rund 36 Prozent nikotinabhängig sind (Schoberberger; Kunze 1999). Müssen sich die regelmäßigen Raucher/innen selbst einschätzen, so glauben 75 bis 80 Prozent, dass sie abhängig sind (Von Laffert 1998, S. 149).

SCHÄDLICHKEIT

Dabei geht es insbesondere um das Raucher/innenrisiko. Unter Raucher/innenrisiko versteht man die statistische Wahrscheinlichkeit, mit der Raucher/innen auf Grund ihres Nikotinkonsums bestimmte Schäden in höherem Maße zu bewältigen haben als Nichtraucher/innen.

HERZ, KREISLAUF, BLUTGEFÄSSE

Nikotin kann durch Steigerung der Herzleistung, insbesondere bei bereits geschädigten Herzkranzgefäßen, zu einem Ungleichgewicht zwischen Sauerstoffbedarf und Sauerstoffzufuhr beitragen, was die Ursache der Angina pectoris und letzten Endes auch des Herzinfarktes ist. Verstärkt wird diese Wirkung dadurch, dass ein Teil des sauerstofftragenden Hämoglobins bei Raucher/innen mit Kohlenmonoxid besetzt ist, wodurch der Sauerstofftransport zum Herzen, als auch die Sauerstofffreisetzung im Herzmuskel beeinträchtigt ist.

1987 veröffentlichte LEADS im Journal of American Medical Association, dass bei den unter 65-jährigen 26 Prozent der Herz-Kreislauftodesfälle ursächlich auf das Rauchen zurückzuführen sind.

Schwere Raucher/innen haben ein 200 Prozent höheres Risiko, an einer koronaren Herzkrankheit zu sterben als Nichtraucher/innen. Im Schnitt gilt für alle Raucher/innen, unabhängig von der Menge, dass sie ein 70 Prozent höheres Risiko haben als Nichtraucher/innen.

In der berühmten Framingham-Studie, in der 5.000 Personen über mehr als 20 Jahre beobachtet wurden, fanden sich folgende Risikomultiplikatoren:

- Wenn ein/e Nichtraucher/in mit normalem Cholesterin und normalem Blutdruck das Risiko 1 hat, erhöht sich bei einem Cholesterinwert von 330 das Herz-Kreislaufrisiko auf das 4fache. Raucht er/sie mit diesem erhöhten Cholesterinwert, steigt sein/ihr Risiko auf das 6fache. Ist sein/ihr Blutdruck zudem erhöht, steigt das Risiko auf das 16fache (vgl. www.nhlbi.nih.gov/about/framingham/index.html, 28.08.2002).

1992 wurde im Journal of American Medical Association eine Studie, in der 117.000 Frauen untersucht wurden, veröffentlicht. Raucherinnen hatten ein 2,6faches Schlaganfallrisiko.

ATEMWEGE UND LUNGE

Diese sind dem Tabakrauch unmittelbar ausgesetzt. Normalerweise kann die Lunge durch Schleimhäute und Flimmerhärchen der Atemwege staubfrei gehalten werden. Wenn die Flimmerhärchen durch den aufgenommenen Tabakteer jedoch unbeweglich werden, lagern sich die Schmutzteile auf den Schleimhäuten ab, so dass die Atemwege verengt werden. Es können dann leicht Entzündungen entstehen, die Bronchien und das Lungengewebe zerstören (Bronchitis, Lungenentzündung). 80 Prozent der chronischen Lungenerkrankungen, wie chronische Bronchitis und Lungenemphysem, sind durch Rauchen bedingt.

KREBSENTSTEHUNG DURCH RAUCHEN

Zigarettenrauchen ist die wichtigste Ursache für Lungenkrebs. Rauchen ist zu 85–90 Prozent Hauptursache bei Lungenkrebs. Schon bei 20 Zigaretten am Tag ist das Risiko an Lungenkrebs zu erkranken (ca. 3.000 Tote jährlich in Österreich), 10-mal höher als bei Nichtraucher/innen. Bei 40 Zigaretten erhöht sich der Multiplikator auf 25-mal. Des Weiteren ist es Mitursache bei der Entstehung von Krebs der Mundhöhle, des Larynx, des Ösophagus, der Blase und des Pankreas und möglicherweise sogar des Blut bildenden Systems. Nach dem Aufgeben des Rauchens geht das Krebsrisiko langsam zurück, ohne je wieder das der Nichtraucher/innen zu erreichen. Dies gilt vor allem für Raucher/innen, die sehr jung begonnen haben (Adlkofer 2000, S. 47).

RAUCHEN UND SCHWANGERSCHAFT

Mittlerweile ist zweifelsfrei belegt, dass Zigarettenrauchen die Fetalentwicklung nachteilig beeinflusst. Rauchen erhöht die Rate von Spontanaborten, Totgeburten und frühzeitigem Säuglingstod. Totgeburten sind bei Schwangeren, die rauchen, etwa doppelt so häufig wie bei nichtrauchenden Müttern, wobei ein direkter Zusammenhang zwischen der Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten und der Wahrscheinlichkeit einer Totgeburt besteht. Die Neugeborenen rauchender Mütter weisen in der Regel ein niedrigeres Geburtsgewicht auf als die nichtrauchender Mütter. Das Rauchen vermindert die Sauerstoffversorgung des Fetus und kann bei diesem zu bleibenden intellektuellen und körperlichen Defiziten führen. Nikotin sollte während der Schwangerschaft und während der Stillperiode gemieden werden, ebenso dann, wenn eine Schwangerschaft angestrebt wird (Julien 1997, S. 189). Eine schwedische Studie von Stjernfeldt aus dem Jahre 1986 fand ein 40 Prozent erhöhtes Kinderkrebsrisiko, wenn die Mutter während der Schwangerschaft rauchte. Bei 10 oder mehr Zigaretten war das Risiko sogar über 60 Prozent erhöht (Stjernfeldt 1986, S. 1350).

SCHÄDIGUNGEN DURCH PASSIVRAUCHEN

Den Hauptstromrauch inhaliert nur die/der Raucher/in, den Nebenstromrauch auch die/der Nichtraucher/in. Man spricht in diesem Fall vom viel diskutierten Passivrauchen. 1984 stellte Hirayama bei einer Untersuchung an 91.500 Personen in Japan fest, dass das Lungenkrebsrisiko bei mitrauchenden Gattinnen um 91 Prozent erhöht war, wenn der Ehegatte mehr als 20 Zigaretten rauchte (Hirayama 1981, S. 183). Kellnerinnen in Kalifornien haben nach Angabe der American Medical News ein 50–90 Prozent erhöhtes Lungenkrebsrisiko und eine 2,5fach erhöhte Herzinfarktrate. Dies wird vor allem auf den Faktor Passivrauchen zurückgeführt.

In der amerikanischen Fachzeitschrift „Circulation“ wurde ein zusätzliches Herzinfarktrisiko durch Passivrauchen von 30 Prozent beschrieben.

MORTALITÄT UND RAUCHEN

Seit dem Erscheinen des ersten Berichts des Surgeon General der USA im Jahre 1964, in dem die Gesundheitsgefährdung durch Rauchen in wissenschaftlich überzeugender Weise belegt wurde, wurden die Ergebnisse einer kaum zu überschauenden Zahl von Studien publiziert, die die Schlussfolgerungen aus diesem Bericht bestätigen und ausweiten.

Für Österreich schätzt die WHO, dass zwischen 12.000 und 14.000 Personen jährlich an den Folgen des Rauchens sterben.

Beim Versuch die „Übersterblichkeit" der Raucher/innen an verschiedenen chronischen Erkrankungen zu berechnen, ist es nötig auf Annahmen zurückzugreifen, die nur bedingt gültig sind. So wird z. B. das gesamte Überschussrisiko der Raucher/innen dem Rauchen angelastet, obwohl sich Raucher/innen und Nichtraucher/innen in zahlreichen Eigenschaften, z.B. Ess- bzw. Trinkgewohnheiten, Gesundheitsbewusstsein, Risikoverhalten und insbesondere Sozialstatus, unterscheiden.

Drastische Darstellungen der Risiken des Rauchens mögen als Hinweise auf die Gesundheitsgefährdung zwar ihre Berechtigung haben, Zweifel bleiben jedoch, ob nicht ein Verzicht auf absolute Zahlen das Anliegen glaubwürdiger machen würde, zumal die Risiken hoch genug blieben, um jede/n Raucher/in zu beeindrucken. Dass Raucher/innen sich erfahrungsgemäß bezüglich des Verhaltens weit weniger am kollektiven als am individuellen Mortalitätsrisiko orientieren, mindert den Wert solcher Darstellungen weiter (Adlkofer 2000, S. 47).

VOLKSWIRTSCHAFTLICHER ASPEKT

Der Tabakkonsum hat auch volkswirtschaftliche Aspekte, wobei sich die Kosten aus folgenden Elementen zusammensetzen.

- **Direkte Kosten:** Behandlungskosten der tabakassoziierten Erkrankungen
- **Indirekte Kosten:** das durch vorzeitigen Tod entgangene Einkommen
- **Mehrkosten** durch erhöhte **Krankenstände, Krankengeld** usw.
- **Sonstige Kostengruppen**: Forschung, Nachbehandlung, Inanspruchnahme fürsorglicher Leistungen, die Berentung nicht mehr Erwerbsfähiger bzw. Hinterbliebener

Nach amerikanischen Berechnungen sind die Folgekosten des Rauchens etwa 2,5 mal höher als die Einnahmen durch das Rauchen. Die Zahlen sind nur bedingt mit Österreich vergleichbar.

WIRTSCHAFTSFAKTOR RAUCHWAREN

Die Austria Tabak mit dem Produktionsmonopol in Österreich stellt einen nicht mehr wegzudenkenden Faktor für den Staatshaushalt dar. In Österreich nahm der Finanzminister im Jahr 2000 etwa 17 Milliarden Schilling (rund 1,2 Mill. Euro) durch den Tabakkonsum ein, die jedoch nicht dem Gesundheitsbudget gewidmet waren. Die Austria Tabakwerke bieten zudem rund 3.700 Personen einen Arbeitsplatz (www.austriatabakwerke.at, 21.11.01.). Hinzu kommen noch die über 10.000 Tabaktrafikant/inn/en in Österreich.

PREISPOLITISCHE UND FISKALISCHE MASSNAHMEN BZW. VERBOTE

Schon in der ersten Hälfte des 17. Jahrhunderts gab es in ganz Europa, auch in Österreich, Rauchverbote. Ausschlaggebend dafür war der durch den Import von Tabak verursachte Geldfluss ins Ausland. Durch die zahlreichen Holzbauten spielten die Feuergefahr und die möglichen gesundheitlichen Schäden des Konsums eine Rolle bei der Einführung des Rauchverbotes.

In der Türkei, in Russland, China und Japan nahm der Versuch, die neue „Mode“ zu unterdrücken, drastischere Formen an. Grausame Verfolgung, schwere Körperstrafen und selbst die Todesstrafe waren gängige Sanktionen.

Die Verbote ließen sich jedoch nicht wirksam durchsetzen. Abgeschafft wurden sie erst, als die Herrscher nach und nach erkannten, dass aus dem Tabakhandel große Summen für den Staatshaushalt zu akquirieren waren. Der Prohibition folgte die Steuerpolitik.

GESETZLICHE BESCHRÄNKUNGEN

NIKOTINKONSUM UND JUGENDSCHUTZ

In punkto Rauchen gibt es in den unterschiedlichen Jugendschutzgesetzen der einzelnen Bundesländer eine einheitliche Regelung. Jugendlichen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr ist der Konsum von Tabakwaren verboten. In bestimmten Bundesländern (z.B. Kärnten, Oberösterreich, Salzburg) gibt es ergänzend Erwerbs- und Abgabeverbote.

DAS ÖSTERREICHISCHE TABAKGESETZ

Das ursprünglich geplante totale Werbeverbot (ab 1997) und hohe Strafen für die Einfuhr von starken Zigaretten konnte nicht durchgesetzt werden. Die gewünschte Einführung von Nichtraucher/innen/zonen in Gaststätten wich einer freiwilligen Vereinbarung mit Hoteliers und Gastwirt/inn/en. Geblieben sind das schrittweise Verbot für starke Zigarettenmarken (seit 1998 darf der Kon-densat (Teer)-Gehalt im Rauch einer Zigarette 12 mg nicht überschreiten) und der sanktionslose Nichtraucher/innenschutz in öffentlichen Gebäuden. Gleichzeitig gibt es schärfere Warnhinweise auf den Packungen („Rauchen gefährdet …“, „Nur für Erwachsene“). Zigarettenpackungen müssen die Angaben des durchschnittlichen Gehalts an Kondensat (Teer) und Nikotin im Rauch einer Zigarette der betreffenden Sorte aufweisen.

Im Tabakgesetz ist auch die Tabakwerbung geregelt: Daraus geht hervor, dass die Werbung für Tabakerzeugnisse mit einem Hinweis auf die Gesundheitsschädlichkeit des Tabakkonsums versehen sein muss. Tabakwerbung im Fernsehen und Hörfunk ist verboten. Mit einem generellen Werbeverbot sind filterlose Zigaretten und Zigaretten mit mehr als 10 mg Kondensat (Teer)-Gehalt pro Zigarette belegt.

BESCHRÄNKUNGEN DER TABAKWERBUNG IN BEZUG AUF JUGENDLICHE

Verboten sind u.a.:

- Aussagen oder Darstellungen in der Tabakwerbung, die sich speziell an Jugendliche richten
- Plakatwerbung für Tabakerzeugnisse im direkten Sichtbereich von Schulen und Jugendzentren
- Tabakwerbung in Kinos im Rahmen jugendfreier Kinovorstellungen
- Verwendung von Comics in der Tabakwerbung
- Tabakwerbung durch die Darstellung oder Nennung von Leistungssportler/innen oder Prominenten
- Verteilung von im Zusammenhang mit Tabakerzeugnissen stehenden Werbeartikeln an Kinder und Jugendliche
- Tabakwerbung durch die Darstellung von Personen die jünger als 30 Jahre sind
- Werbemäßige Gratisabgabe von Tabakerzeugnissen an jugendliche Raucher/innen (diese ist jedoch an erwachsene Raucher/innen zulässig)

Psychoaktive Arzneimittel

Diese Arzneimittel werden bei Störungen höchst unterschiedlicher Schweregrade eingesetzt. Es handelt sich dabei um legal erhältliche, also rezeptpflichtige oder nicht rezeptpflichtige Substanzen bzw. Stoffe, die dem österreichischen Suchtmittelgesetz unterliegen.

Medizinische Bezeichnung	Alltagsbezeichnung
Analgetika, Opiate	Schmerzmittel
Hypnotika, Sedativa, Tranquilizer	Schlaf- und Beruhigungsmittel
Neuroleptika	Neuroleptika
Antidepressiva	Antidepressiva
Psychotonika	Anregungsmittel/Stimulantien

Tabelle 5: Klassifizierung der Psychopharmaka. Quelle: Vogt 1989

SCHMERZMITTEL

Üblicherweise erfolgt eine Unterteilung in starke und schwache Schmerzmittel.

STARKE SCHMERZMITTEL

Diese werden insbesondere bei Herzinfarkten bzw. Krebserkrankungen eingesetzt. Alle Arzneimittel dieser Gruppe unterliegen den Suchtgiftbestimmungen. Opiate (Opium, Morphium, ...) sind die am stärksten wirksamen Schmerzmittel. Sie haben ein hohes Abhängigkeitspotenzial, weil sie neben ihrer schmerzstillenden Wirkung auch stark euphorisierend wirken, d.h. sie vermitteln ein über mehrere Stunden anhaltendes intensives Hochgefühl.

SCHWACHE SCHMERZMITTEL

Diese werden vorwiegend zur Schmerz- und Fiebersenkung bzw. zur Entzündungshemmung eingesetzt. Leichtere Schmerzmittel sind vielfach auch rezeptfrei erhältlich. Viele Schmerzmittel weisen psychoaktive Wirkungen auf, weil auch Sedativa-Hypnotika, Coffein, Codein und Dextropropoxyphen enthalten sind. Man spricht dann von so genannten Kombinationspräparaten.

Die gesundheitlichen Folgen eines länger dauernden Missbrauchs von Mono- bzw. Kombinationspräparaten können verheerend sein. Bei jahrelangem Missbrauch kann es zu einem generellen Analgetika-Syndrom kommen, welches sich folgendermaßen äußert: Nierenschädigung, Tumore der ableitenden Harnwege, kardiovaskuläre Erkrankungen, Magenblutungen, depressive Verstimmungen, Angstzustände, Einschränkungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit und endokrine Störungen.

SCHLAF- UND BERUHIGUNGSMITTEL

Die bedeutendste Wirkstoffgruppe der Schlaf- und Beruhigungsmittel waren früher die Barbitursäurederivate und sind heute die Benzodiazepinderivate.

DIE GRUPPE DER BARBITURSÄUREDERIVATE

Diese Wirkstoffgruppe findet sich immer noch in vielen Schlafmitteln auf dem deutschen Arzneimittelmarkt. In Österreich sind seit dem Jahre 1990 barbiturathaltige Schlaf- und Beruhigungsmittel nicht mehr zugelassen. Barbitursäurederivate haben dämpfende Wirkung auf das Zentralnervensystem. Bei niedriger Dosis bedeutet dies Sedierung, bei mäßiger Dosierung Schlaf, bei Überdosierung kann es zur Bewusstlosigkeit bzw. auch zum Tod (durch Atemlähmung) führen. Bei länger dauernder Anwendung kommt es zu einer Toleranzbildung. Mit steigender Dosis ist die Gefahr einer lebensbedrohenden Intoxikation gegeben. Beim Absetzen des Schlafmittels kommt es zu Entzugserscheinungen. Es besteht die Möglichkeit der psychischen und physischen Abhängigkeit.

DIE GRUPPE DER BENZODIAZEPINE

Ist eine Pharmakotherapie zur Behandlung einer Schlafstörung erforderlich, stellt meistens ein kurz- oder mittellang wirksames Benzodiazepin das Mittel der Wahl dar. Benzodiazepine werden auch bevorzugt zur Behandlung von Panikattacken und generalisierten Angststörungen eingesetzt (Allgaier; Illes 1999, S. 63, S. 64).

Die Benzodiazepine haben im Wesentlichen folgende Wirkungen:

- Angst und Spannungen werden gedämpft
- sedative Wirkung
- muskelrelaxierend
- antikonvulsive (krampflösende) Wirkung

Abhängigkeitspotenzial:

Die länger dauernde Einnahme kann zur psychischen und physischen Abhängigkeit führen. Benzodiazepine können bei Langzeitanwendung auch in therapeutischer Dosierung eine Abhängigkeit hervorrufen. Ihr Abhängigkeitspotenzial ist jedoch deutlich niedriger als das der Barbiturate, die früher häufig verwendet wurden (Allgaier; Illes 1999, S. 67).

Während früher die Benzodiazepine eher unkritisch verschrieben wurden, gelten seit einigen Jahren strengere Richtlinien für die ärztliche Verschreibung dieser Substanzen. Niemals sollten sie ohne vorhergehendes Gespräch verschrieben werden. Die Möglichkeit der Benzodiazepin-Abhängigkeit wird heute als gravierendes gesundheitliches Problem erkannt.

DIE NEUROLEPTIKA

Psychosen, wie etwa die Schizophrenie, werden mit Neuroleptika behandelt. Die Medikamente heilen die Krankheit nicht, sie ändern lediglich den Verlauf der Psychose. Neuroleptika weisen erhebliche Nebenwirkungen wie z. B. das Parkinson-Syndrom, Blutdrucksenkung, Spätdyskinesen, Thrombosegefahr, Gewichtszunahme, Störungen der Libido, Potenzstörungen bei Männern, ausbleibende Regel bei Frauen, delirante Syndrome und zerebrale Krampfanfälle auf.

DIE GRUPPE DER ANTIDEPRESSIVA

Diese Mittel gelten bei bestimmten Formen der Depression als therapeutisch zweckmäßig. Bei den Antidepressiva besteht kein Abhängigkeitspotenzial. Es besteht jedoch die Möglichkeit von zahlreichen Nebenwirkungen.

ANREGUNGSMITTEL / STIMULANTIEN

Es gibt heute Schlankheitsmittel, die aus amphetaminähnlichen Substanzen bestehen und somit eine Abhängigkeit erzeugen können. Diese Mittel haben eine anregende, euphorisierende und das Hungergefühl vermindernde Wirkung.

VOM GEBRAUCH ZUM MISSBRAUCH UND ZUR ABHÄNGIGKEIT

Unter Medikamentenmissbrauch versteht man die „einmalige, mehrmalige oder ständige Verwendung eines Medikaments ohne ärztliche Indikation oder in übermäßiger Dosierung“. Die Übergänge zwischen angemessenem Gebrauch einerseits und Missbrauch und Abhängigkeit anderseits verlaufen fließend. Ein gewisses Problem stellt hier die überdurchschnittliche Verschreibung von Benzodiazepinen an ältere Personen dar. Benzodiazepine werden immer noch häufiger von Frauen als von Männern verwendet, was wohl daher rührt, dass Männer eher ungern zum Arzt gehen und überdies meist den Alkohol bevorzugen, wenn sie ihre Ängste lindern wollen (Julien 1997, S. 90).

Der Medikamentenmissbrauch ist nicht gleichzusetzen mit Abhängigkeit. Die Medikamentenabhängigkeit kommt grundsätzlich in zwei Formen, nämlich in der Niedrigdosis- und der Hochdosisabhängigkeit vor.

Abhängigkeit von niedrigen Dosen:
Wenn jemand ein therapeutisch (wegen Symptomen wie Angst, Schlaflosigkeit, Nervosität, ...) verordnetes Medikament über längere Zeiträume (einige Monate) einnimmt und sich eine körperliche Abhängigkeit einstellt. Die Patient/inn/en zeigen kein süchtiges Verhalten, bekommen aber Beschwerden beim Absetzen der Medikamente, was dann meist zu deren weiteren Einnahme führt.

Abhängigkeit von hohen Dosen:
Die Medikamente werden zumeist nicht wegen aktueller Beschwerden eingenommen, sondern weil ihre Wirkung als euphorisierend erlebt wird. Es entwickelt sich neben der körperlichen auch eine psychische Abhängigkeit. Dieser euphorisierende Effekt tritt üblicherweise bei therapeutischer Anwendung nicht auf und ist nur bei besonders disponierten Menschen zu finden. Dazu gehören vor allem Personen, die bereits eine Abhängigkeit von anderen Substanzen aufweisen, also z.B. Alkoholkranke oder Drogenabhängige. Dort findet man daher oft eine zusätzliche Abhängigkeit von Tranquilizer oder Medikamente werden als Ersatz für das erste Suchtmittel verwendet.

ZUR EPIDEMIOLOGIE DER ARZNEIMITTELABHÄNGIGKEIT

In Österreich existieren zum Problemkreis Arzneimittelabhängigkeit keine epidemiologischen Untersuchungen. Das Sozialministerium schätzt, dass die Anzahl der Arzneimittelabhängigen in Österreich zwischen 130.000 und 160.000 Personen liegt (Freitag 1997). Diese Personen nehmen vorwiegend folgende Medikamente ein: Schlaf- und Beruhigungsmittel, Schmerzmittel, Aufputschmittel bzw. Appetitzügler und codeinhältige Hustenmittel.

KONSUMPRÄVALENZSTUDIE

Im Rahmen einer von der Drogenkoordination der Stadt Wien im Jahre 1995 in Auftrag gegebenen, breit angelegten Suchtmittelstudie (IFES 1996) wurden bezüglich Medikamentenkonsum folgende Werte ermittelt:

- Insgesamt haben rund 26 Prozent der Wiener/innen in den letzten drei Jahren einmal oder öfter psychoaktive Arzneien eingenommen. Am häufigsten wurden Beruhigungstabletten (13 Prozent), gefolgt von Schlaftabletten (12 Prozent), Appetitzüglern (6 Prozent) und Anregungsmitteln (5 Prozent) konsumiert. Überdurchschnittlich hohe Konsument/inn/enanteile finden sich bei Frauen bzw. bei Personen ab dem 60. Lebensjahr.

Illegale psychoaktive Substanzen

CANNABIS – HALLUZINOGENE – OPIATE – KOKAIN – AMPHETAMINE – PARTY-DROGEN

ILLEGALE PSYCHOAKTIVE SUBSTANZEN UNTERLIEGEN DEM ÖSTERREICHISCHEN SUCHTMITTELGESETZ

CANNABIS (HASCHISCH, MARIHUANA)

Die Cannabis-Alkoloide sind in allen Bestandteilen verschiedener Sorten der weiblichen Hanfpflanze enthalten. Das psychoaktiv wirksamste Alkaloid ist dabei das delta-9-tetrahydrocannabinol (THC). Es gibt eine Reihe von wirksamen Zubereitungen, die je nach Region unter verschiedenen Namen in den Handel kommen: Marihuana/Sinsemilla (mexikanisch-amerikanische Bezeichnungen für Zubereitungen aus den getrockneten Blättern und Blütenständen, ev. unter Einschluss der Samen und deren Qualität), Kif (marokkanische Bezeichnung für Blattzubereitung), Ganja (jamaikanischer Begriff für Blattzubereitungen), Haschisch (Harzzubereitung). Daneben gibt es auch „Szenenamen“: Stoff, Gras, Pot, Tee, Shit Dope etc.

AKUTE WIRKUNG

Psychisch: Rauschzustand mit besonderem Akzent auf eine Veränderung der Wahrnehmung und der Stimmung. Starke Beeinträchtigung der Zeiterfahrung der räumlichen Wahrnehmung. Häufig gehobene Stimmung (Euphorie). Oftmals bei Wirkungseintritt unbezähmbarer, eventuell situativ unangepasster Lachreiz, Bewusstseinseinschränkung, Beeinflussung des Gedächtnisses und des Gedankenganges. Dauer dieses Zustandes: 4–5 Stunden.
Körperlich: Beschleunigung der Herztätigkeit, leichte Blutdruckerhöhung. Niedere Dosen vertiefen die Atmung, hohe verflachen sie. Rötung der Bindehaut als Folge einer gefäßerweiternden Wirkung. Appetitsteigerung.

KOMPLIKATIONEN DES AKUTEN GEBRAUCHES

Die Cannabiswirkung ist abhängig von „Set und Setting“, das heißt vom Drogeneffekt selbst, von der individuellen (psychischen) Situation der/des Konsumentin/Konsumenten und von den Umwelteinflüssen. Aus diesem Grund ist die Qualität der Wirkung nur schwer vorhersehbar. In bestimmten Fällen treten averse Reaktionen auf. Dabei handelt es sich um zumeist kurzfristige akute psychotische Episoden, die von Angst und Verfolgungsideen bestimmt sind. Unter Umständen kann auch die Wahrnehmung der cannabisbedingten vegetativen Veränderungen (z. B. Herzklopfen) im Rauschzustand zu ängstlichen Reaktionen in der Art von Panikattacken führen. Derartige Zustandsbilder werden in jüngster Zeit nach der Einnahme von Cannabisprodukten mit hohem THC-Gehalt (zum Beispiel den in den Niederlanden produzierten „Nedergrass“ Sorten) häufiger beobachtet.

TOLERANZ UND ABHÄNGIGKEIT

Cannabisraucher/innen benötigen keine Steigerung der Dosis um vertraute und gewünschte Wirkungen zu erzielen. Da die Substanz langsam abgebaut (hohe Halbwertszeit) und das THC im Fettgewebe gespeichert und langsam freigesetzt wird, kommt es zu kumulativen Wirkungen

und damit zum Phänomen der inversen oder paradoxen Toleranz: Es wird mit geringeren Dosen das Auslangen gefunden. Das Thema ist jedoch weiterhin kontroversiell. Immer wieder wird in der Übertragung von im Tierexperiment gefundenen Ergebnissen auf den Menschen behauptet, dass Hanfdrogen echte Toleranz und auch physische Abhängigkeiten bewirken können. Psychische Abhängigkeit ist in entsprechend gelagerten Fällen zu beobachten. Im Zusammenhang mit der hohen Halbwertszeit und der Speicherung im Fettgewebe ist zu beachten, dass im Harn durchgeführte Testungen auf Cannabisgebrauch noch recht lange nach dem letzten Konsum positiv ausfallen können. Derartige Harnuntersuchungen können noch zwei Monate nach dem aktuellen Konsum positive Resultate erbringen.

AUSWIRKUNGEN CHRONISCHEN GEBRAUCHS

Psychisch: Bei längerfristigem und hochdosiertem Gebrauch kann ein Zustand eintreten, der von manchen Autoren als amotivationales Syndrom bezeichnet wird. Diese Autoren verstehen darunter ein Zustandsbild, das charakterisiert ist durch allgemeine Apathie, einen Verlust des Antriebs sich in der Arbeitswelt ein- und durchzusetzen, Verlust des sexuellen Interesses und durch sozialen Rückzug. Der Gebrauch von Cannabis soll in diesem Zustand unter Umständen zwanghafte Züge annehmen. Es erfolgt dann eine Einengung des Interesses auf den Gebrauch der Droge. An sich ist dieses Zustandsbild immer noch Objekt wissenschaftlicher Auseinandersetzungen. Sein Vorkommen gilt als nicht eindeutig bewiesen, wenn auch die einzelnen Symptome, die in ihm vereint sind, durchaus im Einzelfall zu beobachten sind. Auf jeden Fall ist es in seinem gesamten Umfang nur selten zu beobachten. Es dürfte des Weiteren nicht nur von der Substanzwirkung und der Art und Dosierung der Einnahme, sondern auch von soziokulturellen und individuellen (psychischen) Einflüssen, insbesondere der Erwartungshaltung, abhängig sein.

In der psychiatrischen Forschung besteht Einhelligkeit darüber, dass Cannabis nicht direkt Psychosen verursacht, dass aber eventuell der Gebrauch der Droge eine bestehende psychische oder konstitutionelle Bereitschaft (Prädisposition) zu psychotischen Reaktionen verstärken kann und dass auch durch den Hanfrausch psychotische Zustandsbilder ausgeklinkt werden können.

Des Weiteren kann es in zeitlicher Distanz zum akuten Cannabisgebrauch zu Nachhall- oder Echo-Phänomenen (Flash-Back-Erfahrungen) kommen. Es handelt sich dabei um die subjektive Empfindung unter Substanzeinfluss zu stehen und die Effekte der Droge zu erleben, ohne dass aktueller Konsum besteht. Die Ursache dieses Phänomens ist noch nicht geklärt.

Körperlich: Körperlich merkbare und überdauernde Beeinträchtigungen treten ebenfalls nur bei hochdosiertem und regelmäßigem Gebrauch der Substanz in Erscheinung. Im Allgemeinen sind sie reversibel, das heißt, sie verschwinden bald wieder, wenn kein Cannabis mehr gebraucht wird. Gesichert ist eine Schädigung des Lungenepithels und der Bronchialschleimhaut bei chronischen Cannabisraucher/innen. Diese Schädigung ist vergleichbar jener, die auch bei Tabakraucher/innen auftritt. Es ist jedoch zu bedenken, dass rauchbare Cannabiszubereitungen bis zu 10-mal mehr Teerstoffe enthalten können als der Rauchtabak. Chronisch und hochdosiert rauchende Cannabiskonsument/innen leiden außerdem oftmals unter Reizung und Entzündungen der oberen Luftwege (Rachen-, Luftröhrenkatarrh).

Der chronische Gebrauch des Stoffes beeinträchtigt außerdem die Synthese der Geschlechtshormone. Bei Männern kann eine Reduktion der Spermienanzahl eintreten, auch können die Samenzellen dann krankhafte Veränderungen aufweisen. Bei Frauen können Zyklusunregelmäßigkeiten auftreten; es wird die Lutealphase verkürzt, wodurch der menstruelle Zyklus als Ganzes verkürzt abläuft. Obwohl die antiandrogene (gegen die Wirkung des männlichen Geschlechtshormons gerichtete) Wirksamkeit der Hanfdrogen als abgesichert gelten kann,

liegen bislang keine schlüssigen Hinweise darauf vor, dass diese pharmakologische Wirkung auch klinische Auswirkungen nach sich zieht. Es konnte weder Libidoverlust (Verlust des sexuellen Verlangens) noch eingeschränkte Fruchtbarkeit als eindeutige Folge chronischen Cannabisgebrauches mit auch nur annähernder Sicherheit erfasst werden. Eine ähnliche Situation besteht hinsichtlich der Beeinträchtigung der Funktion des Immunsystems bei chronischem hochdosiertem Gebrauch. Im Tierversuch wurde eindeutig eine immunsuppressive Eigenschaft (Beeinträchtigung der Immunreaktion) der Hanfdrogen fassbar. Beim Menschen hingegen scheint dieser Effekt nur schwach ausgeprägt zu sein und führt auf jeden Fall – nach dem bisherigen Stand der Forschung – nicht dazu, dass sonst gesunde Menschen einem verstärkten Infektionsrisiko unterliegen, weil sie längerfristig Cannabis konsumieren. Als direkter Verursacher von Herz-Kreislauf-Erkrankungen scheint Cannabis nicht in Frage zu kommen. Der chronische Gebrauch der Droge kann jedoch bereits bestehende Erkrankungen dieses Systems akzentuieren und auch die Bereitschaft zu Herzrhythmusstörungen fördern.

HALLUZINOGENE

Unter Halluzinogenen verstehen wir Stoffe, die hauptsächlich eine Veränderung/ Beeinträchtigung der Wahrnehmungsprozesse bewirken. Viele dieser Stoffe sind als natürlich vorkommende Alkaloide in bestimmten Pflanzen (Kakteen, Pilzen, Beeren und Gräsern) enthalten, andere werden synthetisch hergestellt.

Die bekanntesten pflanzlichen Halluzinogene sind:

Mescalin bzw. Peyote; enthalten im Kaktus Lophophora Williamsi oder Anhalonium Lewini.

Psilocybin; enthalten in bestimmten Varietäten des Psilocybe-Pilzes.

Muscimol; enthalten im Fliegenpilz.

Außerdem sind jedoch halluzinogen wirksame Stoffe in unzähligen weiteren Blüten, Wurzeln, Samen und anderen Pflanzenbestandteilen enthalten (die jedoch nicht zwingend dem österreichischen Suchtmittelgesetz unterliegen): in der Muskatnuss (wirksame Substanz Myristizin), bestimmten Windenarten (Ololiuqui), eine Salbei-Art, schließlich auch in den Nachtschattengewächsen Tollkirsche, Bilsenkraut, Stechapfel, Alraune und Nachtschatten. Die wichtigen Alkaloide, die in den Nachtschattengewächsen enthalten sind, sind das Atropin und das Scopolamin. Selbstverständlich muss man auch die vorhin beschriebenen Hanfdrogen zu den Halluzinogenen zählen.

1943 wurde das wichtigste synthetische Halluzinogen, das Lysergsäure-Diäthyl-Amid (LSD-25) von dem Schweizer Pharmakologen Albert Hofmann im Rahmen von Experimenten mit Mutterkorn-Alkaloiden entdeckt. Diese Substanz fand innerhalb der Medizin in den späten 50er Jahren zu Forschungszwecken und als psychotherapeutische Droge recht weite Anwendung. In den 60er Jahren wurde ihr Gebrauch popularisiert. LSD wurde zur Droge des politischen und künstlerischen Untergrunds. Diese Entwicklung und die Beobachtung psychosozialer Probleme, die sich aus dem weit verbreiteten Gebrauch der Droge unter jungen Menschen ergaben, führte schließlich dazu, dass das LSD und mit ihm auch die meisten anderen Halluzinogene in die Suchtgiftliste aufgenommen wurden. Pharmakologisch weisen sie mit den echten Suchtgiften keine Verwandtschaft auf. Seit den späten 80er Jahren ist in bestimmten sub-/jugendkulturellen Szenen wieder eine erhöhte Tendenz zum Halluzinogen-Gebrauch zu beobachten. Man spricht in diesem Kontext vom ,,Neo-Psychedelismus der 80er und 90er Jahre."

AKUTE WIRKUNG: LSD, Mescalin, Psilocybin

Rausch-Dämmerzustand. In besonderer Weise ist die Wahrnehmungssphäre betroffen. Es kommt zu halluzinatorischen Erscheinungen (Trugwahrnehmungen) auf allen sinnlichen Erfahrungsebenen. Neben optischen, akustischen und taktilen (Tastsinn) Halluzinationen treten auch Veränderungen in der Wahrnehmung und dem Empfinden von Raum und Zeit auf. Zu den interessantesten Wirkungen der Halluzinogene gehört es, dass sie synästhetische Empfindungen vermitteln können. Das heißt, dass bei Personen, die unter dem Einfluss dieser Drogen stehen, ein Sinnesreiz einer bestimmten Qualität eine Wahrnehmung auf einem andern Sinnesbereich auskoppeln kann. Farben werden gehört, Klänge in Farben und Formen umgesetzt.

Personen, die eine derartige Droge eingenommen haben, wissen, dass sie unter ihrem Einfluss stehen. Das Bewusstsein ist dementsprechend nicht voll ausgelöscht. Phasenhaft kommt es jedoch während des Rauschzustands zum Gefühl des Ich-Verlustes und damit einer weit ge-henden Einschränkung des Bewusstseins.

Die Berauschten sind äußerst leicht beeinflussbar, dementsprechend können ihnen auch bestimmte Erlebnisse, Erfahrungen und Stimmungen suggeriert werden. Bekannt wurde, dass auf diese Weise religiöse, mystische Erfahrungen vermittelt werden konnten. Kritiker dieser Methode sprachen von „instant mystic", analog zu „instant coffee", Befürworter priesen die Halluzinogene als „Pforten der Erkenntnis" (Aldous Huxley) und bezeichneten den durch Halluzinogene vermittelten Zustand als Bewusstseinserweiterung. Die meisten klinischen Psychiater wiederum interpretierten diesen Zustand als Modellpsychose und als Bewusstseinseinschränkung.

Die Halluzinogene beeinflussen auch die Stimmungslage. Auch dabei spielen allerdings äußere Einflüsse eine bedeutende suggestive Rolle. Ebenso bedeutend sind aber auch die Erwartungen, die der Gebraucher der Droge entgegenbringt, die Stimmung, die die Drogeneinnahme begleitete, der psychische Erfahrungshintergrund und das psychische Reaktionsmuster der Konsumentin/des Konsumenten. Der Halluzinogeneffekt ist in dieser Hinsicht besonders stark von „set und setting" geprägt. Des Weiteren beeinflussen Halluzinogene auch das vegetative Nervensystem und die motorische Leistung.

Dauer des Rauschzustands: LSD etwa 8 Stunden, Mescalin 4 bis 6 Stunden.

Dosierung: LSD ist äußerst stark wirksam. Die durchschnittliche Wirkungsdosis beträgt 25 bis 100 Mikrogramm. Für einen Mescalinrausch werden hingegen Grammdosen benötigt.

AKUTE WIRKUNG: Nachtschattendroge (Hauptstoffe: Atropin und Scopolamin)

Sie verläuft als Atropinvergiftung. Dabei liegt ein delirantes Zustandsbild mit hohem Fieber und Trockenheit der Schleimhäute vor. Das Delir setzt sich zusammen aus vor allem optischen Halluzinationen und einer massiven Beeinträchtigung des Bewusstseins. Relativ häufig glauben die Deliranten, dass sich ihr Körper vom Boden ablöst und dass sie fliegen können (Levitationserlebnisse). Diese Trugwahrnehmungen begründen die Verwendung der Nachtschattengewächse in Hexenkulten und im Schamanismus.

TOLERANZ UND ABHÄNGIGKEIT

Die Entstehung von pharmakologischer Toleranz wurde beobachtet. Psychische Abhängigkeit kann auftreten, physische Abhängigkeit entsteht nicht. Eine soziale Bindung an den Gebrauch von Halluzinogenen in kleinen religiös oder künstlerisch ausgerichteten Gruppen lässt sich immer wieder finden. Der Gebrauch der Substanzen hielt sich nach dem Gipfel im Kontext des Psychedelismus der 60er und frühen 70er Jahre zunächst auf sehr niedrigem Niveau. Seit den späten 80er Jahren

ist allerdings ein gewisses „psychedelisches Revival“ zu beobachten. Auf Grund von Persönlichkeitsfaktoren und/oder situativen Einflüssen kann ein Zustand eintreten, den wir klinisch als averse Reaktion, populär als Horror-Trip bezeichnen. Dabei handelt es sich um eine akut verlaufende psychotische Reaktion von zumeist ängstlich-paranoidem Charakter. Die Betroffenen fühlen sich verfolgt, empfinden quälende innere Leere (Ich-Verlust), den Stillstand der Zeit und meinen, dass der Einfluss der Droge niemals ein Ende finden wird. Zumeist klingen diese Zustandsbilder jedoch mit dem Abfluten der Drogenwirkung wieder ab. Länger dauernde averse Reaktionen können jedoch auch Wochen und Monate anhalten und verlaufen dann wie jede andere Erkrankung vom Typus der durch äußere Einflüsse ausgelösten Psychose (exogener Reaktionstyp).

Liegt eine schwere latente Grundstörung der Persönlichkeit vor, kann diese durch den Halluzinogeneffekt aktualisiert und auf Krankheitsniveau gehoben werden. Man spricht dann davon, dass eine Psychose „ausgeklinkt“ wurde. Dieses Zustandsbild ist dann aber nicht auf die Drogenwirkung direkt zurückzuführen; es ist keine LSD (Mescalin, Psilocybin etc.) -Psychose.

CHRONISCHER GEBRAUCH UND SEINE AUSWIRKUNGEN

Auf Grund der sehr eingreifend erlebten Wirkungen der Halluzinogene kommt ein regelmäßiger Gebrauch dieser Stoffe, der längere Zeit hindurch betrieben würde, nur sehr selten vor. Daher ist auch nichts über bleibende Schäden bekannt, die ein intensiverer Gebrauch hinterlässt. In den 70er Jahren wurde verbreitet, dass LSD genetische Schäden bewirken könne. Diese Behauptungen konnten aber nicht bestätigt werden.

Als überdauernde Auswirkung von Halluzinogenerfahrungen können jedoch die Flashbacks oder Echo-(Nachhall)-Psychosen gelten. Dabei handelt es sich um Zustandsbilder, die auch längere Zeit nach einer Halluzinogeneinnahme und unabhängig von einem akuten Gebrauch eintreten. Die Betroffenen fühlen sich unter dem Einfluss der Droge stehend und erleben im nüchternen Zustand die selben Veränderungen der Wahrnehmung, der Stimmung und des Empfindens, die sonst nur unter aktuellem Drogeneinfluss spürbar werden.

Als Ersatzstoffe für die echten Halluzinogene werden viele Arzneimittel, die verschiedenen Stoffgruppen zugehören, missbraucht:

Antihistaminika und Reisemittel wegen ihrer Atropinwirkung;
Hustenmittel, die zum Teil Opiumderivate sind (Dextrometorphan).
Narkosemittel: Phencyclidin (Szene-Name: ,,Angel Dust“), Ketamin.

OPIATE

unter diesem Begriff erfassen wir sowohl die natürlichen Abkömmlinge des aus dem Schlafmohn gewonnenen Opiums wie auch halb- und ganzsynthetische Stoffe (z.B. Methadon oder Dolantin).

AKUTE WIRKUNG

Psychisch: Dysphorie (Verstimmung) oder Euphorie (gehobene Stimmung), Müdigkeit, Schweregefühl, Bewusstseinstrübung.

Körperlich: Analgesie (Schmerzbetäubung), Dämpfung des Hustenreizes, Dämpfung der Darmmotilität (stopfende Wirkung), Brechreiz, Pupillenverengung. Nach anfänglicher Erregung allgemeine Dämpfung des vegetativen Nervensystems.

AKUTE VERGIFTUNG

Als Hauptsymptome bestehen Koma, Verengung der Pupillen auf den Umfang von Stecknadelköpfen und Beeinträchtigung der Atmungsfunktion.

TOLERANZ UND ABHÄNGIGKEIT

Pharmakologische Toleranz gegenüber den verschiedenen Wirkungen der Substanz tritt rasch ein und kann ein hohes Ausmaß erreichen (eventuell bis zum Hundertfachen der medizinisch gebräuchlichen Einzeldosis). Körperliche und psychische Abhängigkeiten treten bei starker individueller Schwankungsbreite bei fortgesetztem und regelmäßigem Gebrauch rasch ein. Bemerkenswert ist allerdings, dass medizinisch gut eingestellte Patient/innen, die Opiate zur Bekämpfung intensiver Schmerzzustände verordnet erhalten, keineswegs regelmäßig klinisch relevante Zeichen der Abhängigkeit entwickeln. Dass körperliche Abhängigkeit eingetreten ist, lässt sich am Auftreten von Abstinenzerscheinungen bzw. eines akuten Entzugssyndroms erkennen.

ENTZUGSSYNDROM

Allgemeine vegetative Übererregtheit und Durchfall. Es bestehen subjektiv äußerst qualvoll erlebte Schmerzsensationen. Die Stimmungslage ist verändert im Sinne einer Dysphorie (Verstimmung) oder Depression, ev. auch einer aggressiv-gereizten Verstimmung.

AUSWIRKUNGEN CHRONISCH ABHÄNGIGEN GEBRAUCHES

Die Auswirkungen auf seelische Prozesse und auf das Sozialverhalten sind sehr unterschiedlich und von der seelischen Struktur der/des Abhängigen und dem sozialen Umfeld mitbedingt. Der sozialen Kontrolle und Etikettierungsprozessen kommt große Bedeutung zu. Das in den Medien gängige Bild der/des sozial abgesackten Opiatabhängigen gibt nur eine mögliche Entwicklung wieder, die allerdings in unserer Gesellschaft und bei den aktuell gegebenen Einstellungsmustern und Kontrollmaßnahmen sehr häufig eintritt. Auf die körperliche Befindlichkeit nimmt der chronische Opiatgebrauch erstaunlich wenig Einfluss: Es können allergische Reaktionen auftreten. Des Weiteren kommt eine störende Auswirkung auf das Ge-schlechtsleben darin zum Ausdruck, dass als Folge des Einflusses, den Morphin auf die Hormonkybernetik ausübt, opiatabhängige Frauen oftmals unter Zyklusunregelmäßigkeiten leiden oder amenorrhoisch (die Regelblutungen bleiben aus) werden. Andere Beeinträchtigungen des körperlichen Zustands sind indirekte Folgen des pharmakologischen Wirkungsspektrums der Opiate. So führt z.B. die analgetische (schmerzbetäubende) Wirkung dazu, dass Zahnschäden erst spät wahrgenommen werden und dass auch andere mit Schmerzen verbundene Erkrankungen verschleiert werden. Im Allgemeinen sind aber die negativen körperlichen Konsequenzen, die dem chronischen Opiatgebrauch zugeschrieben werden, überwiegend Folgeerscheinungen der Art der Substanzzufuhr und nicht des Gebrauches selbst. Besonders gefährlich ist in dieser Hinsicht die intravenöse bzw. allgemein injizierende Zufuhr. Dadurch, dass oftmals unsteriles Injektionsbesteck verwendet wird oder dass mehrere Personen eine Nadel verwenden, besteht hohe Infektionsgefahr. Derartige Infektionen treten dann sowohl am Ort der Injektion selbst in Gestalt von Abszessen, Hautveränderungen und Gewebszerstörungen zu Tage als auch an den inneren Organsystemen. Besonders häufig werden injizierende Drogengebraucher/innen von Hepatitis (Leberentzündung) befallen. Des Weiteren können bei diesen Abhängigen Infektionskrankheiten auftreten, die sonst als absolut rar angesehen werden, wie etwa Pilzinfektionen an den Herzklappen und der Auskleidung der Herzkammern. Erkrankungen des lymphatischen Systems als Folge injizierenden Gebrauchs können zu Lymphstauungen und Ödemen führen, die eventuell die Amputation einzelner Gliedmaßen

erforderlich machen. Des Weiteren verkörpern injizierende Drogenabhängige eine besondere Risikogruppe für das Syndrom der Erworbenen Immunschwäche (AIDS). Bei starken regionalen Schwankungen waren, als AIDS bekannt wurde, im Mittel etwa 30 bis 40 Prozent dieser Gruppe HIV-positiv, wobei Männer und Frauen betroffen sind. Als Infektionswege kommen sowohl die gemeinsame Verwendung unsterilen Injektionsbestecks als auch ungeschützter Geschlechtsverkehr, vor allem im Kontext von Beschaffungsprostitution, in Frage. Direkte Auswirkungen des chronischen Opiatgebrauches betreffen bestimmte Aspekte des sozialen Lebens. Obwohl es sehr schwer fällt, diese Auswirkungen auf das Sozialverhalten von jenen Einflüssen abzugrenzen, die sich von der Kriminalisierung der Opiatabhängigen ableiten lassen, spricht doch manches dafür, dass der dämpfende Effekt der Opiate einen gewissen Rückzug aus der Geselligkeit fördert, passive Tendenzen zu Tage bringt und die sexuelle Begierde und sexuelle Funktionsfähigkeit einschränkt.

OPIATE IN DER SCHWANGERSCHAFT UND DIE SUCHT DER NEUGEBORENEN

Opiate gelangen aus dem mütterlichen Kreislauf in den fetalen Kreislauf, indem sie die Plazentarschranke passieren. Dementsprechend entwickelt der Fötus eine körperliche Abhängigkeit, von der er gleich nach der Geburt entzogen werden muss. Es wird empfohlen, dass die neugeborenen Kinder opiatabhängiger Mütter sofort in Intensivpflege genommen und auf den Eintritt von Entzugserscheinungen hin beobachtet werden sollen. Als häufigste Komplikation der intrauterin erworbenen Opiatabhängigkeit besteht ein niedriges Geburtsgewicht. Andere recht häufig beobachtbare Symptome bestehen in grobschlägigem Tremor, Reizbarkeit, Muskelstarre und beschleunigter Atmung. Es liegen keine gesicherten Befunde darüber vor, dass Opiate beim Menschen fetale Missbildungen verursachen. Des Weiteren ist es interessant, dass keineswegs alle Kinder opiatabhängiger Mütter nach ihrer Geburt ein Entzugssyndrom entwickeln.

KOKAIN

Kokain ist ein Alkaloid, das aus den Blättern des in Süd- und Mittelamerika heimischen Kokastrauches gewonnen wird. Seit es Ende des vorigen Jahrhunderts auch in den USA und in Europa Eingang in den Arzneimittelschatz fand, kam es immer wieder zu epidemieartig auftretenden Wellen von massivem außermedizinischem Kokainmissbrauch. Die letzte derartige Welle charakterisiert das Drogenproblem der 80er und frühen 90er Jahre unseres Jahrhunderts. Kokain kommt in verschiedenen Reinheitsgraden und Zubereitungsformen auf den illegalen Drogenmarkt. Eine Form, die seit den 80er Jahren in den USA viel gebraucht wird und zu schwer wiegenden gesundheitlichen und sozialen Problemen führt, ist das Crack. Dabei handelt es sich um einen billigen Verschnitt von Kokain bzw. alkaloidhältigen Restmaterialen, die bei der Herstellung von Kokain anfallen, mit Backpulver. Diese Zubereitung ist rauchbar. Kokain selbst wird geschnupft, injiziert oder inhaliert.

AKUTE WIRKUNG

Erregung der zentralnervösen Zentren (Gehirnwirkung), Euphorie, subjektiv erlebte Steigerung der motorischen Leistungsfähigkeit und des Gedankenablaufes. Appetitreduktion. Starke lokalanästhetische Wirkung. Die Wirkungsdauer der Substanz ist sehr kurz.

TOLERANZ UND ABHÄNGIGKEIT

Kokaingebrauch führt weder zu klassischer Toleranz noch zu physischer Abhängigkeit. Es kommt jedoch zu einer Sensibilisierung des Zentralnervensystems für den Kokaineffekt (Kindling-Effekt) nach häufiger Einnahme und damit zu paradoxer Toleranz. Psychische Abhängigkeit tritt sehr rasch ein. Diese wird vor allem dadurch bewirkt, dass beim Abklingen der zentralen Stimulation eine Depression eintritt, die subjektiv spürbar wird und das Verlangen nach einer weiteren Einnahme der Substanz bewirkt.

AKUTE TOXIZITÄT

Dosierung und Vergiftung: Die initiale Toleranz gegenüber Kokain ist subjektiv äußerst unterschiedlich. Als tödliche Dosis werden 1,2 Gramm des reinen Alkaloids angegeben. Es wurden jedoch auch bereits bei der Einnahme von so niedrigen Dosen wie 20 mg schwere Vergiftungserscheinungen beobachtet. Des Weiteren gibt es auch eine konstitutionelle Unverträglichkeit im Sinne einer anaphylaktischen Reaktion (akut allergische Reaktion) auf den ersten Konsum, die völlig dosisunabhängig den Tod zur Folge haben kann. Im Falle einer Überdosierung tritt der Tod durch Atemlähmung ein.

KOMPLIKATIONEN UND AUSWIRKUNGEN CHRONISCHEN GEBRAUCHES

Psychiatrisch/neurologisch: Der fortgesetzte Gebrauch hoher Dosen führt zu einem paranoid-halluzinatorischen Zustandsbild, das von heftigen Ängsten charakterisiert ist (Kokainpsychose).

Beim Entzug der Droge treten depressive Verstimmungen auf. Bisweilen können – möglicherweise als Folge der Sensibilisierung des Gehirns – epileptische Anfälle auftreten.

Auf Grund der gefäßverengenden Wirkung der Substanz kann es zu Durchblutungsstörungen des Gehirns und zu Schlaganfällen kommen.

Auch ohne dass es direkt zum Auftreten von Psychosen kommt, können Veränderungen der Persönlichkeit deutlich werden: erhöhte Reizbarkeit, Sprunghaftigkeit, Aggressivität, Depression, Schlafstörungen und sexuelle Funktionsstörungen.

Internistisch: Beschleunigung der Herzaktivität, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt. Mangelernährung auf Grund des appetitreduzierenden Effekts der Droge.

Hals-, Nasen-, Ohrenerkrankungen: Da Kokain häufig geschnupft wird, wird der Nasentrakt besonders in Mitleidenschaft gezogen. Die gefäßverengende Wirkung führt zu Schnupfen, Nebenhöhlenentzündungen, Nasenbluten, Geschwüren der Nasenschleimhaut und in seltenen Fällen auch zur Zerstörung der Nasenscheidewand.

KOKAIN IN DER SCHWANGERSCHAFT UND AUSWIRKUNGEN AUF DEN FOETUS

Die Substanz reduziert die Blutzufuhr zur Plazenta und kann in den fetalen Kreislauf übertreten. Als Auswirkung davon wurden sowohl eine höhere Rate von Spontanabortus und vorzeitiger Ablösung der Plazenta, als auch bei Neugeborenen eine höhere Rate von Missbildungen und von Sterblichkeit zur Zeit des Geburtstermins beschrieben.

WECKMITTEL UND APPETITZÜGLER (AMPHETAMINE)

Auf Grund internationaler Kontrollen sind diese Substanzen nahezu zur Gänze aus dem Arzneimittelschatz verschwunden. Bestimmte Amphetaminderivate finden allerdings immer noch in der Kinderheilkunde und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Verwendung. Sie werden zur Behandlung hyperaktiver Kinder eingesetzt. Auf dem illegalen Drogenmarkt spielen sie jedoch eine konstant bleibende Rolle. Ähnlich wie im Fall des Kokain kam es auch bei diesen an- und erregender Substanzen zu epidemieartig auftretenden Missbrauchswellen. Besonders betroffen von massivem und weite Bevölkerungskreise erfassendem Amphetaminmissbrauch waren Japan in den späten 40er und frühen 50er Jahren und Schweden in den 50er Jahren. Die Amphetamine spielten aber auch in der Jugend- und Pop-Kultur der 60er Jahre international eine große Rolle. Dies obwohl sie gerade innerhalb dieser Szenen einen üblen Ruf genossen: speed kills war ein geläufiger Slogan – und „Speed“ ist im Drogenjargon eine Bezeichnung für diese Substanzen. In den 90er Jahren kam es wieder zu einer merklichen Zunahme des Amphetamingebrauches in bestimmten Teilkulturen Jugendlicher und junger Erwachsener („Raver“ und ähnliche Gruppierungen). Das ist einerseits eine Folge davon, dass auf dem Schwarzmarkt traditionelle ausschließlich stimulierende Amphetaminderivate fälschlich als Substanzen vom Ecstasy-Typ (siehe unten) angeboten werden, andererseits hat sich aber auch eine neue Konsument/innengruppe etabliert, die bewusst Amphetamingebrauch betreibt.

Gebraucht werden sowohl Amphetamin wie auch das Metamphetamin und andere Amphetaminderivate. Dem Metamphetamin wird die höchste Gefährlichkeit zugeschrieben.

Die Stoffe sind in den verschiedensten Zubereitungen wirksam und werden daher in verschiedener Weise konsumiert: sie werden in Tablettenform geschluckt, in eine rauchbare Form gebracht, als Spray inhaliert oder in Lösung gebracht und injiziert. Die Stimulantien regten in ganz besonderer Weise die Entwicklung eines bestimmten Szenejargons an. So hieß etwa eine besondere Art von Amphetamin-Tabletten im der Szene „Purple Hearts“, eine populäre Bezeichnung für Metamphetamin war und ist „Kristall“ beziehungsweise „Crystal“, die rauchbare bzw. inhalierbare Form von Metamphetamin wird „Ice“ oder auch „Shabu“ genannt. Diese Begriffsbildungen werden dann oftmals über populäre Pop-Songs an das jugendliche Publikum herangebracht.

AKUTE WIRKUNG

Zentrale Stimulation (Weckwirkung), Stimmungsaufhellung und eventuell Euphorie. Beschleunigung des Gedankenablaufes, Erleichterung psychomotorischer Handlungen, Appetitdämpfung, ev. sexuelle Erregung.

TOLERANZ UND ABHÄNGIGKEIT

Vor allem hinsichtlich des appetithemmenden Effekts tritt rasch Toleranz ein. Aber auch die Dosis, die zur Aufhellung der Stimmung benötigt wird, muss oft rasch gesteigert werden. Da nach dem Absetzen der Substanz ein mehrere Tage anhaltendes Entzugssyndrom auftritt, das sich in verlängertem Schlaf, Müdigkeit und gesteigerter Esslust äußert, kann angenommen werden, dass das Amphetamin körperliche Abhängigkeit bewirkt. Die psychische Abhängigkeit ist oftmals extrem stark ausgeprägt. Auch das Ausmaß der pharmakologischen Toleranz kann extreme Ausmaße erreichen.

AUSWIRKUNGEN CHRONISCHEN GEBRAUCHES

Psychisch: Übererregtheit, Schlafstörungen, Essstörungen, paranoide Psychose, die akut oder chronifiziert verlaufen kann, Angstreaktionen, „Entzugsdepression“, aggressives Verhalten, ev. Abgleiten in Kriminalität.

Körperlich: Nach dem Gebrauch bestimmter Weckamine wurden krankhafte Veränderungen im Herz-Kreislauf-System beobachtet. Möglicherweise können diese Substanzen zu Gefäßverengung, Einflussstauung und Vergrößerung der rechten Herzhälfte und zu Schlaganfällen führen. Oftmals kommt es im Verlauf einer Weckaminabhängigkeit zur Entwicklung eines „up and down cycle“. Die Gebraucher können die Übererregtheit, in die die Stoffe sie versetzen, nicht mehr ertragen und dämpfen sich mit Schlafmitteln. Nachdem sie Ruhe gefunden haben, greifen sie erneut zu den Stimulantien.

PARTY-DROGEN: DESIGNER-DROGEN UND „SYNTHETISCHE DROGEN“

Der Begriff der „Designer-Jeans“ leitet sich davon ab, dass bestimmte Modeschöpfer die alte Gestalt der amerikanischen Cowboyhosen gering gradig verändern – meist ohnehin nur durch ein Firmenetikett – und diese Kleidungsstücke dann als eigene Kreation entsprechend teuer vermarkten. Ähnlich können geschickte Chemiker mit chemischen Formeln und Strukturen umgehen. Wenn man etwa am Amphetamin- oder am Morphin-Molekül eine Seitenkette verändert oder eine neue Substitution in die Amphetaminstruktur einführt, entstehen dann neue Substanzen mit ähnlicher Wirkung wie die Ausgangssubstanz, bisweilen aber mit intensivierter oder qualitativ veränderter Wirkung. Es sind eine Unzahl derartiger Stoffe denkbar. Alexander Shulgin, der als Pharmakologe in diesem Feld tätig war, beschreibt in seinem Buch *Phikal* etwa 300 Substanzen. Die neu geschaffenen Stoffe werden dann auf dem Schwarzmarkt gebracht und finden dort ihre Abnehmer. Für die „Designer“ der neuen Drogen ergibt sich aus dieser Handlungsweise der Vorteil, dass sie nicht nach dem Suchtgiftgesetz belangt werden können, da die von ihnen kreierten Stoffe (noch) nicht in der Liste der Suchtgifte bzw. der verbotenen Substanzen aufscheinen. Ein weiterer Aspekt des „Designs“ besteht darin, dass die Stoffe unter fantastischen Namen (z.B.: Mitsubishi), mit verschiedenen Logos (z.B. Smiley) und in vielen unüblichen Gestalten angeboten werden.

Prinzipiell stellen die Designer-Drogen für ihre Gebraucher ein erhebliches Risiko dar. Auf das Problem, das die unterschiedliche Kinetik der Stoffe mit sich bringt, wurde bereits weiter oben hingewiesen. Die Substanzen sind unbekannt, es bestehen keine Gebrauchsregeln, keine geprüften Dosierungsvorschläge; sie sind nicht notwendigerweise zuerst im Tierversuch und dann in der klinischen Prüfung am Menschen auf Wirksamkeit und Verträglichkeit geprüft. Die Bestrebungen, diese Entwicklung auf internationalem Niveau unter Kontrolle zu bringen, hat zur Etablierung eines „Frühwarnsystems“ geführt. Das funktioniert auf folgende Weise: An die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD bzw. englisch EMCDDA) in Lissabon werden Meldungen über das Auftauchen neuer Substanzen gerichtet. Von dieser Stelle wird dann ein Bewertungs- und Begutachtungsverfahren hinsichtlich des Risikos, das mit diesen Substanzen verbunden ist, eingeleitet. Diese Bewertung soll rasch erfolgen, um die entsprechenden Kontrollmaßnahmen rasch etablieren zu können.

Hat das Bewertungsverfahren dazu geführt, das die Substanzen identifiziert sind und in die Liste der kontrollierten Stoffe aufgenommen wird, verliert diese dann den „Designer-Drogen-Status“. Da es sich bei diesen Stoffen regelmäßig um solche handelt, die in Labors hergestellt (synthetisiert) werden, hat es sich eingebürgert von „Synthetischen Drogen“ zu sprechen. Da die Substanzen im Allgemeinen in der Freizeit gebraucht werden, vorzugsweise bei Tanzveranstaltungen aber in zunehmendem Masse auch in Privatwohnungen, werden sie auch „Party-Drogen“ genannt.

Der wichtigste Drogentypus, der in diesem Kontext in den beiden letzten Jahrzehnten an Bedeutung erlangt hat, ist der Ecstasy- oder XTC-Typus.

ECSTASY ODER XTC (MDMA)

Die Substanz, die ursprünglich als „Ecstasy“ vermarktet wurde, war das MDMA, das sich vom Metamphetamin ableitet. Auf Grund einer Ringsubstitution entstehen sowohl hinsichtlich der chemischen Struktur wie auch hinsichtlich der Wirkung Ähnlichkeiten mit halluzinogenen Stoffen, vor allem mit dem Mescalin und dem Myristicin, dem halluzinogen wirksamen ätherischen Öl der Muskatnuss. Auf dem Schwarzmarkt werden verschiedene Stoffe unter dem Namen „Ecstasy“ angeboten: neben MDMA, auch MDA, MBDB, MMDA und vergleichbare Amphetaminderivate. Der Gebrauch und Missbrauch dieser Stoffe ist in gewisser Weise seit den späten 80er Jahren an den Lebensstil einer damals neu in Erscheinung tretenden Teilkultur Jugendlicher und junger Erwachsener gebunden, dem seither als Rave- oder Dance-Kultur bereits eine gewisse Tradition zukommt.

AKUTE WIRKUNG

Die Wirkung der Substanz setzt etwa 30 Minuten nach Einnahme ein und hält bis zu sechs Stunden an. Die erwünschten Wirkungen treten bei MDMA bei einer Dosierung von 100 bis 150 mg ein. Höhere Dosen führen relativ häufig zu den unerwünschten Wirkungen, die weiter unten beschrieben werden.

Die erwünschte Wirkung besteht darin, dass der/die Konsument/in eine vollständige Entspannung und Ruhe empfindet. Des Weiteren entwickelt er/sie das Gefühl, sich selbst und seine/ihre Umwelt intensiver wahrzunehmen, seine/ihre Gefühle besser artikulieren und allgemein besser kommunizieren zu können. Die Aggressionsbereitschaft ist herabgesetzt und Schwellenängste werden abgebaut. All diese Wirkungsqualitäten werden unter dem Begriff entaktogene Wirkung subsummiert. Außerdem wird oftmals ein leichter halluzinogener Effekt spürbar. Die Zeitwahrnehmung verändert sich, es kann zu Trugwahrnehmungen im optischen, akustischen und taktilen Bereich kommen. Auch die Wahrnehmung des eigenen Körpers wird beeinflusst: er wird zumeist sehr angenehm erlebt. Zusammen mit der Entwicklung taktiler Wahrnehmungsveränderungen kommt es zu einer erhöhten Hautsensibilität, was sich in der Wahl der Kleidung niederschlägt (weite Kleidung, leichte und weiche Stoffe).

UNERWÜNSCHTE WIRKUNGEN UND KOMPLIKATIONEN

Psychisch:

Akute Komplikationen: Zumeist nach der Einnahme höherer Dosen können Angst- und Panikzustände, in seltenen Fällen auch Wahnvorstellungen und Verwirrtheitszustände auftreten. Ebenfalls sehr selten werden exogen-reaktive psychotische Zustandsbilder beschrieben.

Als unerwünschte kurzfristige Folgeerscheinungen des Ecstasygebrauches werden Schlafstörungen, Angstzustände, Appetitlosigkeit, Antriebsarmut und Kreislaufstörungen beschrieben.

Chronische Folgeerscheinungen: Im Tierversuch wurde nachgewiesen, dass MDMA eine neurotoxische Wirkung besitzt, die zu überdauernden Schäden in serotonergen Neuronen führen kann. Die Annahme, dass diese spezielle Schädlichkeit auch bei Konsument/inn/en zu erwarten ist, ist noch nicht ausreichend bestätigt. Allerdings mehren sich seit den späten 90er Jahren Forschungsberichte, deren Autoren den Standpunkt vertreten, dass dafür recht hohe Evidenz besteht. Vor allem der deutsche Psychiater Thomasius hat diesbezüglich Erkenntnisse vorgelegt, die er in einer Feldstudie an Drogenkonsument/inn/en in der Raver-Szene gewonnen hat (Thomasius, 2000). Dieser Autor vertritt auch den Standpunkt, dass die Neurotoxitität des MDMA und der mit diesem verwandten Stoffe spezifisch sei und schließt aus, dass die von ihm beobachteten strukturellen Veränderungen im limbischen System durch den Konsum von Amphetaminen bedingt seien.

Klinisch wird angenommen, dass sich die entsprechenden Spätfolgen als schwer beeinflussbare Depressionen und Gedächtnisstörungen manifestieren.

Körperlich: Die wesentlichste internistische Komplikation des Ecstasygebrauches besteht im serotonergen Syndrom. Dabei kommt es zu einem zentralnervös bedingten Anstieg der Körpertemperatur auf über 40 Grad Celsius (Hyperthermie) und zur Austrocknung (Dehydratation). Dazu kommen Blutdruckanstieg, Erhöhung der Pulsfrequenz, Kopfschmerzen und Übelkeit. Von neurologischer Seite kommen Konzentrationsstörungen, Sprachschwierigkeiten, Muskelzittern (vor allem im Kieferbereich) und in seltenen Fällen zerebrale Krampfanfälle (epileptische Anfälle) zur Beobachtung. In schweren Verläufen kann ein körperlicher Zusammenbruch eintreten. In seltenen Fällen kam es zu tödlichen Zwischenfällen: Dabei kann einerseits die Hyperthermie und damit verbundener Muskelzerfall mit Nierenschädigung die Ursache sein, andererseits kann es auch zu Hirnblutungen auf Grund der Kreislaufveränderungen kommen. Auch Herzinfarkte, Hirnthrombosen und Hirninfarkte sowie akutes, toxisch bedingtes Leberversagen sind in Einzelfällen zur Beobachtung gekommen.

Ein besonderes Problem ist, dass Komplikationen nicht von der Dauer des Konsums und der Dosierung abhängig sind. Auf der einen Seite gibt es Personen, die über einen längeren Zeitraum hinweg die Drogen gebrauchen, ohne dass Schädigungen eintreten, auf der anderen Seite stehen jene, die schon nach einer einmaligen Einnahme schwer wiegende Komplikationen erleben. Ein erhöhtes Risiko erwächst auf jeden Fall Personen, die unter Asthma, Diabetes, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Regulationsstörungen oder unter Epilepsie leiden.

Das vielleicht schwer wiegendste Problem, das der Gebrauch der Partydrogen mit sich bringt, besteht jedoch darin, dass vom illegalen Handel ein buntes Gemisch verschiedenartiger Stoffe angeboten wird, die unter ähnlichen Designs vermarktet werden. MDMA und seine Verwandten wird ebenso angeboten wie verschiedene Amphetamin- und Metamphetaminderivate. Das unkontrollierte Angebot verschiedener Stoffe aus dieser Klasse führt zu Unsicherheiten im Gebrauch, die sich für die Konsument/inn/en unter Umständen fatal auswirken können. Die Substanzen ähneln einander an sich hinsichtlich ihres Wirkungsspektrums, weisen aber Unterschiede hinsichtlich pharmakokinetischer Eigenschaften auf; zu problematischen Auswirkungen, die im Extremfall tödlich verlaufen können, führen etwa Unterschiede hinsichtlich des Wirkungseintrittes. Setzt bei einer der auf den Markt gebrachten Substanzen – wie zum Beispiel bei dem PMA (Paramethoxyamphetamin) – die Wirkung später ein, als es ein/e Konsument/in erwartet, die/der mit anderen Stoffen aus dieser Substanzgruppe bereits Erfahrungen gemacht hat, kann dies dazu führen, dass diese/r dann meint, die Tabletten seien niedriger dosiert und als Folge dieses Trugschlusses mehrere davon einnimmt und sich damit unbeabsichtigt eine Überdosis zuführt.

Polytoxikomanie (Mehrfachabhängigkeit)

Nur die Abhängigen vom Alkohol-Typ gebrauchen zum überwiegenden Teil nur ihre eigene Droge, wenngleich auch in diesem Bereich eine zunehmende Tendenz zu erkennen ist, den Gebrauch von Alkohol mit dem von Tranquilizern zu kombinieren. Dieses neue Gebrauchsmuster war früher fast ausschließlich bei Frauen zu beobachten, greift aber mehr und mehr auch auf männliche Alkoholkranke über.

Illegaler Drogengebrauch in der Drogenszene hingegen folgt zumeist dem Muster des Mischkonsums und der Mehrfachabhängigkeit. Diesem Phänomen liegen mehrere Ursachen zu Grunde:

Persönliche: Ein gerade messbarer prozentueller Anteil der Bevölkerung neigt dazu, alle erdenklichen Drogen auszuprobieren und dazu noch in stärkerem Ausmaß Alkohol zu konsumieren. Nach einer vor kurzem durchgeführten Untersuchung lassen 1 bis 2 Prozent der 15 bis 40-jährigen Österreicher/innen diese Neigung erkennen.

Die Ökonomie des Schwarzmarktes: In der Drogenszene sind die Märkte für verschiedene illegale Drogen nicht getrennt. Das führt dazu, dass immer jene Drogen gekauft und gebraucht werden, die gerade angeboten werden. Dieses Verhalten wird außerdem durch die Uninformiertheit der Konsument/innen gefördert.

Die individuelle Ökonomie: Personen, die von Substanzen mit hohem Schwarzmarktwert (Kokain, Heroin) abhängig sind, können es sich meistens nicht leisten, regelmäßig ausschließlich diese eine Substanz zu erwerben. Sie sind dazu gezwungen, zeitweilig billigere Drogen vergleichbaren Wirkungsspektrums zu nehmen oder auf Substanzen auszuweichen, die Entzugserscheinungen unterdrücken können. Als Folge davon entwickelt sich schließlich eine Mehrfachabhängigkeit. Dieser Zustand stellt ein erhebliches medizinisches Problem dar, da die Entzugssyndrome bei Mehrfachabhängigkeit wesentlich komplizierter verlaufen als etwa im Fall einer „reinen Heroinabhängigkeit". Generell führt Mischabhängigkeit bei den Betroffenen zu einem ausgeprägteren und raschen körperlichen, geistigen und sozialen Verfall.

Erfahrung mit illegalen psychoaktiven Substanzen in Europa

Um den quantitativen Aspekt des Drogenkonsums zu dokumentieren, werden im Folgenden relevante Forschungsergebnisse zusammengefasst dargestellt (Quelle: ÖBIG, Sabine Haas):

KONSUMTRENDS IN ÖSTERREICH (Basis: Diverse Surveys – Schule, Jugendliche, Gesamtbevölkerung in Österreich; Bohrn/Bohrn 1996, Brunmayr 1997, Institut für Sozial- u. Gesundheitspsychologie 1999, Institut für Soziologie der Universität 1999, Wiener Drogenkoordination/IFES 2000, Schüßler et al. 2000, FSW/IFES 2002, Market 2000, Schönfeldinger 2002):

schon einmal probiert (Gesamtbevölkerung)	
Mitte der 90er Jahre	Ende der 90er Jahre
Cannabis: 10 % – 20 %	Cannabis: 20 % – 30 %
Ecstasy: 3 % – 4 %	Ecstasy: 3 % – 4 %
„Harte Drogen“: < 1 % – 2 %	„Harte Drogen“: < 1 % – 2 % Problematische Opiatkonsument/inn/en: 15.000 – 20.000

schon einmal Cannabis probiert (Jugendliche und junge Erwachsene)
13 – 15 Jahre: unter 5 %
16 – 19 Jahre: 15 % – 30 %
20 – 25 Jahre: bis zu 40 %

KONSUMERFAHRUNG IN EUROPA (Basis: ESPAD-Studie 1995 und 1999, 15- bis 16-j. Schüler/innen):

schon einmal probiert (1999)
Cannabis: 8 % (Portugal, Schweden) bis 35 % (Frankreich, GB, Tschechische Republik)
Ecstasy: 1 % – 5 %
Amphetamine: 1 % – 8 %
Kokain: 1 % – 4 %

KONSUMTRENDS IN EUROPA – 95 BIS 99 (Basis: ESPAD-Studie 1995 und 1999, 15- bis 16-jährige Schüler/innen):

- Anstieg der Lebenszeiterfahrungen für Cannabis und andere Drogen in allen Ländern außer Großbritanien und Irland (wo es 1995 die höchsten Werte gab). Zunehmender Konsum v.a. bei Jugendlichen.
- Generell starker Anstieg des Konsums von illegalen Drogen in allen Mittel- u. Osteuropäischen Staaten
- Bei Ecstasy zunehmender Probier- und Freizeitkonsum in vielen Ländern (v.a. Jugendliche und junge Erwachsene)
- Bei Opiaten sind die Konsumzahlen stabil, zum Teil auch abnehmend (Ausnahmen: Dänemark, Finnland, UK, Irland, BRD, Portugal)
- Der Mischkonsum mehrerer Substanzen ist zunehmend

Literatur

Adlkofer, F. (2000): Tabakkonsum und seine gesundheitlichen Auswirkungen. In: Uchtenhagen, A.; Zieglgänsberger, W. (Hg.): Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. Zürich

Allgaier, C.; Illes, P. (2000): Sedativa/Hypnotika. in: a.a.O., Suchtmedizin .... Zürich

Alsen, C. (1991): Körpereigene Morphine – Eine biochemische Erklärung für Verhaltenssüchte. In: Harten, R. (Hg.): Normal + Süchtig. Neuland

Anton-Proksch-Institut (1993): Alkoholkonsum in Österreich. Wien

Arnold, V. et al. (1990): Informationen über Drogen. Jugendamt Basel-Stadtm (Hg.), 2. Auflage. Basel

Austria Tabakwerke Aktiengesellschaft (1993): Geschäftsbericht 1992. Wien

Bäuerle, D. et al. (1980): Praxis der Drogenberatung. Stuttgart

ders. (1981): Drogenberatung in der Schule, Stuttgart

ders. (1989): Suchtgefahren und -probleme aus psychologischer Sicht. In: Knapp, R. (Hg.): Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren. Heidelberg

Bales, R. F. (1946). Cultural differences in rates of alcoholism. Quarterly Journal of Alcohol Studies, 6, 480 – 499.

Becker, H.-S. (1981): Außenseiter – Zur Soziologie abweichenden Verhaltens. Frankfurt a. M.

Bohrn, A.; Bohrn, K. (1996): Drogenmissbrauch im Kindes- und Jugendalter: Risikofaktoren, Probier- und Einstiegsverhalten, Suchtverläufe und Ausstieg. Zwischenbericht an die Kärntner Landesregierung. Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie. Wien

Brosch, R.; Juhnke, G. (2000): Zum Thema Sucht – Betroffene und deren Angehörige. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Wien API-Pressetext – anlässlich Baden-Tagung

Brunmayr, E. (1997): Gefährdungen Jugendlicher – Auszug aus der NÖ Jugendstudie 1997, Bericht an das Jugendreferat der NÖ Landesregierung. St. Pölten

Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie (1991): Jugendschutz in Österreich. Wien

Christie, N.; Bruun, K. (1985): Der nützliche Feind. Oslo

Currie, C.; Hurrelmann, K.; Settertobulte, W.; Smith, R.; Todd, J. (2000): Health and health behaviour in young people: The HBSC 1997/98 survey, international report. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

Dafalias, Ch. (1988): Die Alkoholkrankheit. In: 10 Jahre Sonderkrankenhaus d. Landes OÖ f. Alkoholkranke. Traun

Direktion des Gesundheitswesen des Kantons Zürich (1993): Lagebericht u. Gesamtkonzept für Maßnahmen im Bereich des Suchtmittelkonsums – 1992. Zürich

Dür, W.; Kernbeiss, G.; Mravlag, K.; Stidl, T.; Schuss, I. (2000): Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der 5. HBSC-Surveys 1998 und Trends für die 90er Jahre. Wien

Eisenbach-Stangl, I. (1992): Der Österreicher liebste Rauschdroge – Geschichte des Alkohols in Österreich seit der Jahrhundertwende. In: Beiträge z. hist. Sozialkunde. Nr. 1

Erlacher I. (2001): Der ganz „normale" Alkoholkonsum und seine gesundheitlichen Folgen. Bundesministerium für soziale Sicherheit u. Generationen, Wien

Erlacher, I. (2001): Früherkennung der gesundheitlichen Folgen des „normalen" Alkoholkonsums. Bundesministerium f. soz. Sicherheit u. Generationen, Wien

Fachverband der Nahrungs- und Genussmittelindustrie (1994): Mitglieder-Verzeichnis Spirituosenindustrie, Produktionsergebnis 1993. Wien

Ferguson, T. (1989): Das Gesundheitsbuch für Raucher. Reinbeck bei Hamburg

Flamm, H. et al. (1975): Rauchen und Gesundheit in Österreich. In: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Hg.). Wien

Födinger, A. (1991): Die Gesetzestransplantation nach Österreich. In: Beiträge zur hist. Sozialkunde. Nr. 1

Foregger, L. (1985): SGG, Suchtgiftgesetz idF Nov 1985. 2. Auflage, Wien

Freitag, A. (1997): Serotoninmangel bedingt Abhängigkeit. In: Standard vom 16.07.1997

FSW/IFES (2002): Suchtmittel-Studie. Im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Bevölkerungsbefragung Wien. Oktober/November 2001. IFES. Wien

Glaeske, G. (1989): Die Beruhigungs- und Schlafmittel. In: Vogt, I., Scheerer, S. (Hg.): Drogen und Drogenpolitik. Frankfurt a. M./New York

Gross, W. (1992): Was ist das Süchtige an der Sucht. Geesthacht

Hackenthal, E. (1989): Schmerz und Schmerzmittel. in: Vogt, I.; Scheerer, S. (Hg.): Drogen und Drogenpolitik. Frankfurt a. M./New York

Harking, A. M.; Anderson, P.; Goos, C. (1997): Smoking, drinking and drug taking in the European Region. Dänemark

Harten, R. (1991): Sucht, Begierde, Leidenschaft – Annäherung an ein Phänomen. München

Heidemann, R. (1981): Jugend in der Wertkrise? Drogenprophylaxe aus der Sicht veränderter Wertvorstellungen. In: Furian, M. (Hg.): Ursachenorientierte Prophylaxe süchtigen Verhaltens. Heidelberg

Hess, H. (1989): Tabak, In: Vogt, I.; Scheerer, S. (Hg.), a.a.O.

Hirayama, T. (1981): Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan, In: British Medical Journal Jan 17, 1981, Volume 282

IFES (2000): Suchtmittelstudie Monitoring 1999 – Bevölkerungsbefragung Wien. Studie im Auftrag der Drogenkoordination der Stadt Wien. Wien

Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie (1999): Substanzkonsum und -missbrauch bei Kindern und Jugendlichen in Niederösterreich. Risiko- und Schutzfaktoren, Probier- und Einstiegsverhalten, Verläufe und Ausstieg. Endbericht an die Niederösterreichische Landesregierung. Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie. Wien

Institut für Soziologie der Johannes-Kepler-Universität: Vom Genuss zur Sucht. Eine empirische Untersuchung über Alltagserfahrungen mit Alkohol, Nikotin und Cannabis. Institut für Soziologie der Johannes-Kepler-Universität-Linz. Linz

Jaffe, J.; Peterson, R.; Hodgson, R. (1981): Sucht und Abhängigkeit. Weinheim

Janisch, W. (1993): Sind wir ein Volk von Süchtigen? In: Sozialpsychologische Impulse Nr. 2/1993, Bundesinstitut für Heimerziehung (Hg.), Baden

Jenner, Ch. (1981): Wege aus der Sucht. Hg.: Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundheit/ Landesgruppe Salzburg. Salzburg

Julien, R. M. (1997): Drogen und Psychopharmaka. Heidelberg

Kaltenbrunner, A.; Scholz, H. (1991): Risikofaktor Medikamentenabhängigkeit. In: Die Alkoholkrankheit und andere Abhängigkeiten. Evangelische Stiftung de la Tour (Hg.). Hermagor

Kellermann, B. (2001): Der niedrigschwellige Suchtbegriff – Ein Vorschlag. In: Suchtreport Nr. 4

Knaak, L. (1983): Sucht. Darmstadt

Knigge-Illner, H. (1987) (Hg.): Sucht und Erziehung. Weinheim

Kopera-Frye, K.; Condor, P. D.; Streissguth, A. P.: Neue Erkenntnisse zum fötalen Alkoholsyndrom – Implikationen für Diagnostik. Behandlung und Prävention. www.agsp.de/UB (31.08.01)

Kunze, M.; Schoberberger, R.; Gredler, B.: Rauchen und Schwangerschaft.

Kunze, M. (1997); „Nikotin ist nicht das große Problem". In: OÖN vom 30.5.1997

Langbein, K.; Martin, H.-P.; Weiss, H. (1993): Bittere Pillen. Köln

Langgassner, J. (1999): Rauchgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung – Ergebnisse der Mikrozensus Dez. 1997. In: Statistische Nachrichten Nr. 5

Liebeswar, G. (1991): Droge Alkohol. Schriftenreihe des Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz, Band 5, 4. Auflage. Wien

Market (2000): Die Drogensituation in Oberösterreich. Ergebnisse einer face-to-face Befragung im August/ September 2000. Kommentarbericht. Linz

Meise, U. (1995): Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch: Eine ökonomische Betrachtung. In: pro mente – Information Nr. 3
Nowak, M. (1981): Nutzen und Unzulänglichkeiten bisheriger Theorien zur Suchtentstehung und ihre Folgen. In: Aktion Jugendschutz. Stuttgart
O.Ö. Nachrichten: 110.000 Pillensüchtige, Minister rügt Ärzte, Linz, 01.07.1993
Panosch, E. (1994): Information über 0,1 Promilleregel. Kuratorium für Verkehrssicherheit (Hg.), Wien
Rasinger, E. (o.J.): Sinnvolle Gesundheitspolitik am Beispiel „Raucherschäden". Wien
Rausch, C. (1995): Ecstasy und Jugendkultur. AJS-Informationen-Mitteilungsblatt der Aktion Jugendschutz Stuttgart, Nr. 3
Riefler, E. (1993): Devianz und Drogenmissbrauch. Eine qualitative Studie über die Drogensubkultur mit Reflexion zur Suchtgiftproblematik. Wien
Rittmannsberger, H. (1990): Medikamentenmissbrauch/Abhängigkeit. Beilage 6 zu einer Schulung, Linz
Röhlingsdorf, R. (1981): Drogenmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen. Düsseldorf
Rost, W.-D. (1987): Psychoanalyse des Alkoholismus. Stuttgart
Sailer, R. (1997): Stark statt süchtig. In: Forum Gesundheit, Nr. 1
Sandgruber, R. (1986): Bittersüße Genüsse. In: Sozial- und Kulturgeschichte der Genussmittel. Böhlau, H. (Hg.), Wien/Köln/Graz
Schmidbauer, W.; Vom Scheidt, J. (1989): Handbuch der Rauschdrogen. Frankfurt a. M.
Schneider, W. (1995): Risiko Cannabis? Bedingungen und Auswirkungen eines kontrollierten, sozialintegrierten Gebrauchs von Haschisch und Marihuana. Berlin
Schoberberger, R.; Kunze, M. (1999): Nikotinabhängigkeit, Diagnose und Therapie. Wien
Schönfeldinger, R. P. (2002): Empirische Erhebung über den Konsum von legalen und illegalen Substanzen bei burgenländischen Jugendlichen, Abschlussbericht. PSD Burgenland. Eisenstadt
Schüßler, G.; Rumpold, G.; Dornauer, K.; Klingeis, M. (2000): Das Drogenrisiko Jugendlicher und die Differenzierbarkeit des Rauschmittelkonsums. Innsbruck
Silvis, J. (1994): Enforcing drug laws in the Netherlands. In: Between prohibition and legali-zation – the Dutch experiment in drug policy. Leuw, E.; Marshall, I. H. (Hg.), Amsterdam/New York
Singer, M. V.; Teyssen, S. (1999) (Hg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Springer, Berlin
Spode, H. (1999): Alkoholika (Bier, Wein, Spirituosen). in: Hengartner, T.; Merki, Ch. M. (Hg.): Genussmittel. Ein kulturgeschichtliches Handbuch. Frankfurt a. M.
Springer, A. et al. (1988): Die stille Sucht – Missbrauch und Abhängigkeit von Arzneimitteln mit psychischer Wirkung. Schriftenreihe Gesundheit des Bundeskanzleramtes. Wien
Springer, A. (2000): Drogen und Drogenmissbrauch – Lehrer/inneninformationen zur Gesundheitsförderung. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (Hg.). Wien
Springer, A.; Uhl, A. (1993): Suchtgiftprävention in der Schule. Wien
Statistische Nachrichten (1987): Rauchgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung. Nr. 5
Statistische Nachrichten (1994): Rauchgewohnheiten. Nr. 6
Statist. Nachrichten (1993): Weinernte, Weinbestand und Weinlagerkapazität im Jahre 1992. Nr. 5
Statist. Übersichten (1994): Bevölkerung. Nr. 5
Statist. Übersichten (1987): Bevölkerung. Nr. 5
Statist. Übersichten (1999): Bevölkerung. Nr. 5
Stjernfeldt, M.; Berglund, K.; Lindsten; J.; Ludvigsson, J.: Mütterliches Rauchen während der Schwangerschaft und die Gefahr des Kindheitskrebses. Lancet Jun 14 1986; 1: 1350 – 1352
Stosberg, K. (1993): Sozialisation und Drogen. Frankfurt a. M.
Täschner, K.-L. (1980): Rausch und Psychose. Stuttgart
Theysohn, F.; Spazier, D. (1981): Nowhere. Therapeutische Expedition in die Unwegsamkeit der Drogenszene. Frankfurt a. M.
Tinhofer, H. (1996): Prävention aus der Sicht des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Nr. 3/4
Uhl, A.; Kopf, N.; Springer, A.; Eisenbach-Stangl, I.; Kobrna, U.; Bachmayer, S.; Beiglböck, W.; Preisberger, W.; Mader, R. (2001): Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2001. Zweite, überarbeitete und ergänzte Auflage. BMAGS, Wien (http://www.api.or.at/lbi/download.htm). Bundesministerium f. soz. Sicherheit u. Generationen, Wien
Uhl, A; Springer, A. (1996): Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster – Repräsentativerhebung 1993/1994. Wien
Uhl, A.; Seidler, D. (2000): Prevalence estimate of problematic opiate consumption in Austria. Unveröffentlichte Studie des Instituts für Suchtforschung, Wien
Verband der Brauereien (1994): Statistische Daten über die österreichische Brauwirtschaft 1980 – 1993. Wien
Vogt, I. (1989): Probleme der Klassifizierung von Psychopharmaka, In: ders.: Drogen und Drogenpolitik, a.a.o.
Vogt, I.; Scheerer, S. (1989): Drogen und Drogenpolitik, In: ders.: Drogen und Drogenpolitik, a.a.o.
Von Laffert, G. (1998): Rauchen, Gesellschaft und Staat, Wiesbaden
Wöbcke, M. (1987): Ursachen der Drogenabhängigkeit. In: Bartsch, N.; Knigge-Illnerf, H. (Hg.): Sucht und Erziehung. Weinheim
Zernig, G.; Saria, A.; Kurz, M.; O'Malley, S. (2000) (Hg.): Handbuch Alkoholismus. Universitätsklinik für Psychiatrie Innsbruck, Innsbruck
Zinberg, N. (1984): Drug, Set and Setting : The Basis for Controlled Intoxicant Use. Yale University Press, New Haven

www.austriatabakwerke.at, 21.11.01.
www.nhlbi.nih.gov/about/framingham/index.html, 28.08.2002
www.vws.or.at/checkit, 21.11.01.

Stoffungebundene Suchtformen

Essstörungen

EINLEITUNG

HISTORISCHER RÜCKBLICK

Es gab schon immer Menschen, die bis zur extremen Abmagerung fasteten; damit gerieten diese Faster genauso wie heutige magersüchtige Personen in einen biologischen Teufelskreis, der das Fasten verselbstständigt.

Es lassen sich drei historische Typen extremen Fastens unterscheiden:

Asketisch-mystische Faster des Spätmittelalters; sie fasteten in einem völlig anderen kulturellen Kontext und mit einem anderen Selbstverständnis. Das Fasten war integraler Bestandteil einer asketischen Lebensweise und erleichterte religiöse, mystische Erlebnisse. Die so genannten säkularen Fastenwunder des 16. bis 19. Jahrhunderts unterschieden sich ebenfalls sehr deutlich von heutigen Magersüchtigen. Der dritte historische Typ, die Magersucht, unterscheidet sich von allen vorangegangenen durch die subjektive Bedeutung des Körpergewichtes, die das Fasten und Beibehalten des Untergewichts bewusst motiviert (Habermas, T. 1997, 1; zitiert nach van Deth u. Vandereycken).

Krankenberichte über magersüchtige und bulimische Patienten lassen sich bis in die 60er und 70er Jahre des 19. Jahrhundert zurückverfolgen. In den 20er bis 40er Jahren dieses Jahrhunderts finden sich viele Berichte von Patientinnen, die als unter der seltenen endokrinen „Simmondschen Krankheit“ leidend fehldiagnostiziert wurden (Habermas, T. 1997, 1).

Bis in die 70er Jahre lässt sich eine Zunahme an magersüchtigen Erkrankungen beobachten. Die „Bulimia Nervosa“ (Ess-Brechsucht) wird erst Anfang der 80er Jahre als eigenständiges Krankheitsbild anerkannt. Sie tritt wesentlich häufiger auf als die Magersucht (Habermas, T. 1997, 2).

HISTORISCHE VERÄNDERUNGEN IM UMGANG MIT NAHRUNG

Die Ernährung der Bevölkerung wurde durch die Industrialisierung revolutioniert. Die Entwicklung von Konservierungsstoffen und die Ausweitung des Transportwesens führten zu einer ganzjährigen Verfügbarkeit aller Nahrungsmittel. Auch die Form der Nahrungsaufnahme – früher ein streng reglementiertes Ritual – unterliegt Veränderungen. Aus einer, in eine gesellschaftliche Zeremonie eingebundenen Zusammenkunft, entwickelte sich zunehmend eine neue Esskultur, geprägt von Fastfood und Light-Produkten. Es ist darauf hinzuweisen, dass bei gleich bleibender Energiezufuhr in einer bewegungsärmeren Arbeitswelt Gewichtsprobleme entstehen können.

Heute stellen Essstörungen in der westlichen, hoch industrialisierten Welt ein zunehmendes Gesundheitsproblem dar.

Bei Essstörungen handelt es sich um eine individuelle Verhaltensweise, die zuweilen sehr stark von einer durchschnittlichen Norm in eine krankhafte, suchtartige Form abweicht. Das heißt, dass das Essen an sich und die Beschäftigung mit Nahrung, bzw. die Nahrungsverweigerung, eine zentrale und enorm wichtige Rolle im Leben der betreffenden Person spielt.

ALLGEMEINE ASPEKTE DER ESSSTÖRUNGEN

- Zu Grunde liegen psychische Probleme.
- Essstörungen finden sich in allen gesellschaftlichen Schichten wieder. Familien, in denen Essstörungen auftreten, sind häufig auf sozialen Aufstieg bedacht und von starkem Leistungsdenken geprägt (Harland, S., Siegel, W. 1996, S. 44).
- Bislang waren wesentlich mehr Frauen als Männer von der Problematik betroffen; es zeigt sich jedoch auch bei Männern eine steigende Tendenz, da letztere zunehmend einem perfektionistischen Körperkult unterworfen werden. Zu beachten ist auch, dass bei Kindern besonders die Adipositas zunimmt.
- Eine Untersuchung ergab, dass 4/5 der Deutschen mit ihrem Körper unzufrieden sind (Harland, S., Siegel, W. 1996, S. 11).
- In unserer Gesellschaft wird Erfolg und Glück gekoppelt an magersüchtige Ideale: „In“ ist, wer schön, schlank, dynamisch und erfolgreich ist – für die Allgegenwärtigkeit dieser Ideale sorgen die Medien (kollektives Diätverhalten).
- Auf den Fidschi Inseln gab es bis 1995 keine Essstörungen. 1995 wurde das Fernsehen eingeführt, bereits 1998 zeigten 15 Prozent der jungen Frauen Körperbildstörungen und ein gestörtes Essverhalten (Vortrag S. Orbach, Enquete Essstörungen Wien 2000)
- Essstörungen können auch in Kombination mit Alkoholmissbrauch (bes. heimliches Trinken) auftreten.
- Neun von zehn Frauen haben sich in ihrem Leben bereits einmal, meistens jedoch schon des Öfteren diverser Diäten unterzogen (Harland, S., Siegel, W. 1996, S. 38).
- Abmagerungskuren können sich „verselbstständigen“ und in eine Essstörung münden.
- Von den Essstörungen Magersucht und Ess-Brechsucht sind zu etwa 90% Frauen betroffen (Harland, S., Siegel, W. 1996, S. 34).
- Essstörungen treten hauptsächlich in Kulturen und Gesellschaften auf, in denen Nahrung im Überfluss vorhanden ist; nicht während Hungerszeiten, während des Krieges oder in „Dritte-Welt-Ländern“.
- Bevorzugt treten Essstörungen in westlichen Ländern auf.

Eine von mehreren Ursachen könnte in den weiblichen Sozialisationsbedingungen liegen:
An Mädchen/Frauen werden vielfältige, zum Teil gegensätzliche Forderungen gestellt (1): Zum einen sollen diese schulisch, beruflich erfolgreich, selbstbewusst und emanzipiert sein, zum anderen soziale Verhaltensweisen, Rücksichtnahme und Fürsorglichkeit entwickeln und dem Schönheitsideal entsprechen. Das Auseinanderklaffen individueller und gesellschaftlicher weiblicher Lebensentwürfe und Rollenzuschreibungen kann bei mangelnder Unterstützung der Mädchen zu starken Verunsicherungen führen.
Essstörungen drücken zugleich Anpassung an und Widerstand gegen unsere Gesellschaft aus.

HÄUFIGKEIT VON ESSSTÖRUNGEN UND ADIPOSITAS (FETTSUCHT)

Über die Häufigkeit von Essstörungen liegen keine für ganz Österreich repräsentativen Zahlen vor. Für die Bundesrepublik Deutschland liegen folgende Zahlen vor:

- Von allen 15 – 20-jährigen Mädchen leiden ca. 1 Prozent an Magersucht.
- Von unter 20 – 30-jährigen Frauen leiden ca. 2 – 4 Prozent an Ess-Brechsucht (Krüger, C. et al. 1997, S. 26).
- In der BRD sind, je nach Alter, 5 – 20 Prozent der Bevölkerung adipös, mit einer Häufung in der Altersklasse 45 – 64 Jahren (Krüger, C. et al. 97, S. 26).
- Jedes Jahr ist beim weiblichen Geschlecht mit über 1000 Neuerkrankungen von Magersucht zu rechnen (Krüger, C. et al. 1997, S. 26).

Ergebnisse der Wiener Studie 2000 (De Zwaan, Wien 2000; 1175 Schülerinnen, 728 Schüler, Durchschnittsalter: 15 Jahre):

- 12,7 Prozent der Mädchen haben bereits erbrochen, um das Gewicht zu reduzieren
- 50,7 Prozent der Mädchen haben Diäterfahrungen
- 16,7 Prozent der Mädchen wiegen sich täglich
- 34 Prozent der Mädchen, 6,5 Prozent der Burschen habe starke Angst zuzunehmen und koppeln ihr Selbstwertgefühl stark an Figur und Gewicht
- 23,4 Prozent der Mädchen, 9,2 Prozent der Burschen sind mit Körperproportionen sehr oder extrem unzufrieden

GRUNDFORMEN DER ESSSTÖRUNGEN

a) Anorexia Nervosa (Magersucht)

b) Bulimia Nervosa (Esssucht mit Erbrechen) = Ess-Brechsucht

c) Esssucht ohne Erbrechen – „Binge Eating Disorder“

MEDIZINISCHE RICHTLINIEN

plus/minus 20 Prozent der Körpergröße minus 100. Das heißt, bei einer Frau mit der Körpergröße von 170 cm beginnt die Adipositas ab 84 kg, die Anorexie unter 56 kg.

Noch genauer lässt sich das Gewicht in Korrelation zur Größe über den „Body-Mass-Index“ (BMI) definieren: Beispiel: 67kg/1,7m x 1,7m = 23,18 BMI

Der Bereich des Normalgewichtes liegt bei Frauen zwischen 19 und 24, bei Männern zwischen 20 und 25 Punkten. Ab 30 Punkte beginnt die Adipositas, unter 17,5 Punkten die Magersucht.

ANOREXIA NERVOSA (MAGERSUCHT)

VERBREITUNG

85 Prozent der Magersüchtigen sind Frauen. 70 Prozent der Betroffenen erkranken zwischen dem 11. und 20. Lebensjahr; 25 Prozent sind älter als 20 Jahre und 5 Prozent sind jünger als 11 Jahre (Harland, S., Siegel, W. 1996, S. 34). Ungefähr eine von 100 weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen im Alter von 15 – 20 Jahren leidet an Magersucht.

Die Magersucht kommt in höheren Sozialschichten häufiger vor als in niedrigeren; eine Zunahme der Magersucht konnte in den letzten Jahrzehnten nicht nachgewiesen werden (Krüger, C. et al. 1997, S. 27).

SYMPTOME

- Auffallender Gewichtsverlust ohne körperliche Ursachen; herbeigeführt durch Diäten und/oder Missbrauch von Abführmitteln, Appetitzüglern und harntreibenden Mitteln (kann zu Nierenschädigungen führen)
- Fehlende Krankheitseinsicht
- Verzerrte Körperwahrnehmung
- Konzentrationsstörungen
- Selbst definierte niedrigste Gewichtsgrenzen, die nur mit Nulldiäten aufrecht zu erhalten sind (panische Angst vor Gewichtszunahme)
- 40 Prozent der Magersüchtigen leiden an bulimischen Symptomen (bulimische Form)
- Es besteht eine starke Einschränkung der Nahrungsaufnahme, v.a. von Kohlehydraten und Fetten („verbotene Lebensmittel“)
- Unfähigkeit, den Gewichtsverlust und das Ausmaß an körperlicher Tätigkeit zu kontrollieren (exzessives Sportbetreiben)
- Unreife „Ich-Funktionen“; eine unzureichende Fähigkeit der Wahrnehmung und Differenzierung innerer emotionaler Zustände und Bedürfnisse (Verdrängung von Gefühlen und Problemen)
- Erhöhte Nervosität und innere Spannungszustände
- Ungewöhnliche Kälteempfindlichkeit, verursacht durch Untergewicht
- Bedürfnisse nach Nahrungsaufnahme (Leugnen von Hungergefühlen) oder sexuelle Lust werden als „triebhaft“ erlebt und abgewehrt – asketisches Verhalten wird idealisiert, die Entwicklung weiblicher Formen durch massives Untergewicht unterbunden
- Stolz, Hungergefühle bekämpfen zu können, und dies wird gleichgesetzt mit „stark-sein“
- Perfektionismus, der von einem tiefen Gefühl der Wertlosigkeit begleitet ist
- Sozialer Rückzug und Zwänge
- Körperliche Symptome: Störungen im Hormonhaushalt: es besteht eine mangelhafte Hormonproduktion durch die Nebenniere, die Hypophyse und den Hypothalamus (Teil des Zwischenhirns) an Hormonen, reversible Hirnatrophie (Hirnschwund), Osteoporose, Obstipation (Verstopfung); bei Frauen: Amenorrhoe (Ausbleiben der Menstruation); bei Männern: Potenzverlust

Magersüchtige Menschen haben zu wenig gelernt, ihre Gefühle wahrzunehmen, zu differenzieren, können oft nur unzureichend mit ihren Ängsten umgehen. So versuchen sie (oft unbewusst) innere Impulse, Bedürfnisse und Gefühle zu unterdrücken um nicht in Konflikte

zu geraten. Ein fortgeschrittener Krankheitsverlauf kann auch mit sozialem Rückzug und Isolation einhergehen. Magersüchtige Menschen kompensieren ihre Minderwertigkeitsgefühle mit einem ausgeprägten Perfektionismus. In der Nahrungsverweigerung manifestiert sich ein Gefühl der Selbstkontrolle, der Autonomie und der Identität. Hilfsbedürftigkeit sowie Macht und Überlegenheit werden gleichermaßen demonstriert. Die Magersucht ist ein Signal für eine individuelle Krise der Betroffenen und stellt zugleich eine familiäre Entwicklungsstagnation dar. Anorektisches Verhalten signalisiert einen Rückzug innerhalb der Familie, welcher zweierlei bewirkt: gleichzeitig wird das Wertsystem der Familie geschützt und der Veränderungsbedarf dokumentiert. Ziel des therapeutischen Vorgehens ist es, dieses Wertsystem transparent zu machen und mit der Familie neue Lösungsstrategien zu entwickeln.

BULIMIA NERVOSA (ESS-BRECHSUCHT)

Bulimia Nervosa wird erst seit den 80er Jahren als eigenständiges Krankheitsbild anerkannt.

VERBREITUNG

Mindestens 2 – 4 Prozent der Frauen im Alter zwischen 20 und 30 Jahren leiden unter einer Ess-Brechsucht. 60 Prozent erkranken zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr. 20 Prozent sind jünger als 20 Jahre, 20 Prozent sind älter als 30 Jahre (Harland; Siegel 1996, S. 35).
Frauen aller sozialen Schichten sind davon betroffen; es lässt sich jedoch eine deutliche Häufung bei Frauen aus höheren sozialen Schichten erkennen. Bulimische Erkrankungen treten vor allem in den Ballungsräumen der Städte auf (Krüger, C. et al. 1997, S. 27).

SYMPTOME

- In der Vorgeschichte existierten zumeist anorektische oder aber auch übergewichtige Phasen
- Essattacken von hochkalorischen Nahrungsmitteln bis zu 29.000 cal (Krüger, C. 1997, S. 30. zitiert nach Lacey 1992), welche beendet werden durch: Erbrechen, starke Magenschmerzen
- Missbrauch von Appetitzüglern und Abführmitteln, Medikamenten und Alkohol
- Gewicht: im Normbereich, Angst vor Gewichtszunahme, Schwankungen
- Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und ständige Beschäftigung mit dem Wunsch, dünner zu werden
- Erbrechen wird zur Gewichtsregulation eingesetzt
- Krankheitseinsichtigkeit
- Psychische Symptome: geringer Selbstwert, psychische Labilität, Depressionen
- Körperliche Symptome: Entgleisungen des Elektrolythaushaltes, Herzrhythmusstörungen, epileptische Anfälle; permanentes Erbrechen führt früher oder später zu massiven Zahnproblemen (Zahnschmelz wird durch Magensäure angegriffen) und Verätzungen der Speiseröhre, Haarausfall, geschwollene Lymphdrüsen, Hypokaliämie

Das Erbrechen kann auch autoaggressive Tendenzen in sich bergen: Es dient der Selbstbestrafung (Schuldgefühle, Scham, Hass auf und Ekel vor der eigenen Person). Bulimische Frauen orientieren sich an den Idealen konventioneller Weiblichkeit (perfekte Superfrau). Essattacken mit anschließendem Erbrechen stellen ein Ventil dar, um psychischen Druck, Stress und innere Spannungen abzubauen.

Bericht einer 22-jährigen bulimischen Frau:

(Fallbeispiel, psychotherapeutische Praxis)

„Meine Kotz-, Fresssucht hat sich aus einer Diät und aus unzähligen Beleidigungen auf mein Aussehen – von meinem Vater – entwickelt.

Einige Wochen habe ich fast nur Wasser getrunken und dazu etwas Obst oder Gemüse gegessen. Später habe ich dann normale Speisen gekaut und wieder ausgespuckt. Ich habe mich auch entschieden, eine Lebensmitteltrennung zu machen: erlaubte und nicht erlaubte. Die erlaubten Lebensmittel aß und esse ich „normal" und alles andere wird wieder durch selbstinduziertes Erbrechen erbrochen; das ist kein Problem für mich, da ich schon seit einigen Jahren Wiederkäuer bin und mir daher nicht den Finger hinunterstecken muss.

Durch die vielen Verbote von Lebensmitteln habe ich dann auch zum Fressen begonnen. Da schiebe ich mir Berge von Essen hinein und breche auch alles wieder. Das geht dann, wenn ich einmal mit einem Fressanfall begonnen habe, einige Male hintereinander weiter. Anfangs habe ich wirklich geglaubt, dass es das Essen ist, das süchtig macht, aber mittlerweile weiß ich, dass ich nur „fresse", weil ich bestimmte Gefühle nicht wahrnehmen kann oder will. Ich nehme mich nicht ernst und belüge auch mich selbst, indem ich zu essen beginne. Außerdem ist da noch die Angst vor einer Gewichtszunahme. Nur schlanke Frauen sind schön und werden von Männern akzeptiert, das habe ich und glaube ich auch teilweise noch. Ich verfluche alle Models, die uns das absolut einzige Schönheitsideal der Frauen vorgeben (wollen!). Mich stören auch die weiblichen Formen, die mich zu einer Frau machen. Mich stören überhaupt Frauen, die noch immer glauben, minderwertiger als Männer zu sein und sich daher ihnen auch unterwerfen. Ich bin zwar nicht eine solche Frau, doch das Frausein spürt man immer wieder im alltäglichen Leben; das alte Klischee lässt sich nicht so leicht vernichten. Eine gewisse Leere bildet sich dann in mir und ich beginne zu fressen und zu kotzen. Ich fresse nur, wenn ich alleine bin und/oder ich mich einsam fühle. Wenn ich alleine in der Wohnung bin, dann sowieso. Ich muss alles Essbare vernichten, denn Essen ist so etwas wie Gift. Mein Hirn schaltet dann völlig ab. Es kommt dann nur mehr darauf an, wie schnell ich alles in mich hineinverschlinge (...) Manchmal verdrücke ich solche Berge, dass ich nur mehr sehr schwer atmen kann und auch zur Toilette hinke.

Ich bin zu sensibel, nehme alles vielleicht zu ernst und daher genügt jede kleine Beleidigung, jedes unpassende Wort, um einen erneuten Fressanfall zu beginnen.

Aufregungen; Stress; verschiedene Erledigungen, die ich noch zu machen habe; Wochenenden, die kein Erlebnis waren; wenn mein Äußeres kritisiert wird; wenn ich in bestimmten Situationen versage oder anders handle, wie ich es mir eigentlich vorgestellt habe; zu Hause bei meinen Eltern, wenn ich ihr sinnloses Leben sehe – Mutter jammert nur, isst wenig, weil sie bemitleidet werden möchte, ihr Putzfimmel – mein Vater, der Alkoholiker, der sowieso zum Sündenbock für alles gemacht wird und nur mehr das Gleiche spricht und tut; das alles und noch viel mehr führen bei mir zu einem Fressanfall.

Wenn ich auch manchmal etwas Alkohol trinke, dann könnte ich mich auch hemmungslos mit allem Essbaren voll stopfen, aber auch nur weil ich weiß, dass ich später alles wieder kotzen werde.

Ein anderer Auslöser ist auch z.B., wenn mich jemand, ein für mich lieber, geschätzter Mensch, irgendwie enttäuscht (wenn er z.B. anders reagiert, wie ich es mir gedacht habe, etc.)".

ESSSUCHT OHNE ERBRECHEN – „BINGE EATING DISORDER“

VERBREITUNG

Ungefähr 20 – 30 Prozent übergewichtiger Menschen, die eine Behandlung suchen, berichten über unkontrollierbare Heißhungeranfälle. Die Störung ist noch wenig erforscht und durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

SYMPTOME

- Wiederkehrende Episoden von Heißhunger-Essen:
  - es werden größere Nahrungsmengen verzehrt
  - während dieser Episode erleiden die Betroffenen einen Kontrollverlust und
- Die Heißhungeranfälle sind mit mindestens drei der folgenden Merkmale verbunden:
  - schnelles Essen
  - es wird gegessen, bis ein unangenehmes Völlegefühl erreicht ist
  - ohne körperliches Hungergefühl
  - aus Schamgefühl wird alleine gegessen
  - nach dem Heißhungeranfall treten Gefühle von Depression, Ekel und Schuld auf
- Wegen der Heißhungeranfälle besteht ein starkes Unbehagen.
- Die Anfälle treten an mindestens zwei Tagen der Woche über einen Zeitraum von 6 Monaten auf.
- Das Heißhunger-Essen tritt nicht in Verbindung mit dem regelmäßigen Einsatz kompensatorischer Verhaltensweisen (wie Erbrechen, Fasten oder exzessiver Sport) oder ausschließlich während des Verlaufes einer Anorexie oder Bulimie auf (vgl. Krüger, C. et al. 1997, S. 42).

ADIPOSITAS (FETTSUCHT)

Essstörungen wie die Magersucht und die Esssucht mit Erbrechen sind psychosomatische Erkrankungen, d.h. dass sich psychische Störungen somatisch manifestieren.

Die Adipositas ist ein sehr komplexes Phänomen, wobei genetische, umweltbedingte und kulturelle Einflüsse eine Rolle spielen wie:

- Störungen der Hunger-Sättigungsregulierung mit der damit zusammenhängenden Außenreizabhängigkeit zum Essverhalten
- Prägende Erfahrungen zum Essverhalten in der Primärfamilie und/oder in der frühen Mutter-Kind-Beziehung
- Niedrige Stoffwechselrate
- Das Schlankheitsideal in der westlichen, hoch industrialisierten Gesellschaft u.v.m.

Das heißt, die Esssucht ohne Erbrechen („Binge Eating Disorder“) ist nicht gleichbedeutend mit Adipositas. Allerdings kann eine Esssucht ohne Erbrechen mit Übergewicht oder Adipositas einhergehen.

VERBREITUNG

30 – 40 Prozent der Bevölkerung der Vereinigten Staaten werden als übergewichtig bezeichnet. In der Bundesrepublik Deutschland sind, je nach Alter, zwischen 5 und 20 Prozent der Bevölkerung adipös, mit einer Häufung in der Altersgruppe von 45 bis 64 Jahren (Krüger et al., 1997, S. 26). Adipositas kann sich in jedem Lebensabschnitt manifestieren; kritische Abschnitte sind Kindheit, Pubertät, Schwangerschaft, Menopause und zunehmendes Alter.

In zunehmendem Ausmaß führt die hohe Kalorienzufuhr gepaart mit Bewegungsarmut bei Kindern und Jugendlichen zu Übergewicht. „Bei schweren, krankhaften Formen (Adipositas) liegt meist eine genetische Disposition zu Grunde. Mindestens 10 Prozent der Schulkinder sind hiervon betroffen. Ihr Haltungsapparat ist überlastet und ihre Blutfettwerte haben eine ungünstige Zusammensetzung. Weitere 10 Prozent haben eine Übergewichtigkeit, die nur durch eine strenge und langfristig angelegte Diät unter Kontrolle gebracht werden kann“ (Hurrelmann, K. 2000, S. 16).

- In puncto „Diäten“ sind diese Menschen wahre Experten (Jo-Jo Effekt: Mit jeder Diät ist die Gefahr einer weiteren Gewichtszunahme gegeben).
- Nahrungsaufnahme bzw. das Einhalten einer neuerlich begonnenen Diät spielen eine zentrale Rolle.
- Manche adipöse Frauen neigen dazu, sich mehr und mehr zurückzuziehen, da sie sich zu dick fühlen (z.B. meiden Bäder, Partys etc.), engen ihren persönlichen Freiraum stark ein, was oft zu Frustrationen und in der Folge erneut zu einem „Essanfall“ führen kann.

Die Adipositas stellt einen Risikofaktor für die Gesundheit dar, sie kann zu Folgeerkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus, Hypertonie und Gefäßerkrankungen führen.

MÄNNER UND ESSSTÖRUNGEN

Essstörungen sind keineswegs nur ein „weibliches“ Problem. Ungefähr einer von 10 Betroffenen, die zu einer Behandlung kommen, ist männlich. Es gibt aber eine höhere Erkrankungshäufigkeit bei jenen Männern, die Schlanksein oder ihre körperliche Erscheinung besonders betonen, z.B. Models, Tänzer, Sportler usw.

Im Hinblick auf das Krankheitsbild ähneln essgestörte Männer den essgestörten Frauen sehr stark. Männer können manchmal noch zusätzlich unter dem Stigma, an einer „typischen Frauenkrankheit“ erkrankt zu sein, leiden.

HEILUNG

Von vollständiger Heilung spricht man, wenn folgende sieben Kriterien über einen Zeitraum von mindestens vier Jahren erfüllt werden:

- Normales Gewicht
- Gefühle können klar differenziert und „gelebt“ werden (kein Kompensieren mit Essen)
- Handlungen werden gut gesteuert, ohne „alles oder nichts“ Muster
- Regelmäßige Menstruation
- Realistisches Körperbild; keine Verzerrungen in der Wahrnehmung, Wohlbefinden wird nicht mehr an ein bestimmtes Gewicht gekoppelt, Sättigungsgefühl wird wahrgenommen und Hungergefühle können differenziert werden
- Ein gutes Maß an Nähe und Distanz in Beziehungen kann gefunden werden (Sexualität)
- Soziale Reintegration
- Prognostisch günstig für den weiteren Verlauf von Essstörungen sind: kurzer zeitlicher Abstand zwischen Krankheits- und Therapiebeginn, Verbesserung sozialer und familiärer Beziehungen

In der therapeutischen Arbeit mit Essstörungen spielen folgende Themen eine wichtige Rolle:

- Gefühle wahrnehmen und differenzieren lernen
- Schritt für Schritt den eigenen Körper entdecken und akzeptieren lernen
- Klar unterscheiden können zwischen der Erwartungshaltung anderer Menschen und eigenen Wünschen und Bedürfnissen
- „Nein-sagen“ lernen
- Eigene Ressourcen entdecken, Selbstwert aufbauen
- Innere negative Bewertungen abbauen
- Entspannungsübungen, autogenes Training, Massage, Sport (Stressabbau)
- Erweiterung des Handlungsspielraumes
- Bearbeiten von Abhängigkeiten (Alkohol, Zwängen)
- Spektrum der Problemlösestrategien erweitern
- Perfektionismus abbauen (sich auch Schwächen eingestehen)
- Differenzieren von „emotionalem“ und „richtigem“ Hunger
- Direkte Kommunikation erlernen
- Reflexionen über Schönheitsideale
- Auseinandersetzung mit Rollenklischees
- Bei Magersucht (Vorbedingung für die Lösung anderer Probleme): Wiederherstellung und Aufrechterhaltung eines Gewichtes, das für die Betroffenen normal und gesund ist
- Nach dem Verschwinden bulimischen Essverhaltens ist vorübergehend ein verstärktes Auftreten von Angst und Depression zu erwarten, da der übliche Weg der Spannungsabfuhr und Problembewältigung „versperrt“ ist; dies gilt nur solange, bis neuere, gesündere und effizientere Wege der Problembewältigung gefunden werden.
- Bei adipösen Menschen: eine Reduktion der Fettaufnahme auf 30 Prozent der Gesamtkalorienzufuhr

Literatur

De Zwaan, M.; Wimmer-Puchinger, B.; Baldaszti E.: Essverhaltenssstörungen – Wie groß ist das Problem bei Wiener Schülerinnen und Schülern?, Wien 2000

Hurrelmann, K.: Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim und München, Juventa Verlag 2000

Habermas, T.: Elemente der Sozialgeschichte des Essens als Beitrag zu einer Erklärung der kulturellen Genese moderner Essstörungen. In: Klinik der Essstörungen. Magersucht und Bulimie. Janssen, Senf, Meermann (Hg.), Stuttgard Jena Lübeck Ulm, Fischer Verlag 1997

Harland, S; Siegel, W.: Essstörungen. Küttingen/Aarau, Midena-Verlag 1996

Leipold, B., Burchat, R.: Mädchenwelten – Mädchenpädagogik, Frankfurt 1991

Keller, R.: Magersucht – Hungern im Überfluss. Anregungen für Lehrerinnen und Lehrer. Broschüre der „Schweizerischen Stiftung pro juventute“, Zürich 1998

Knoll, S.: Essstörungen, Berner Lehrmittel- und Medienverlag, Bern 1998

Krüger, C.; Reich, G.; Buchheim P.; Cierpka M.: Essstörungen: Diagnose – Epidemiologie – Verläufe. In: Psychotherapie der Essstörungen. Reich, G; Cierpka, M. (Hg.). Stuttgart, New York, Thieme Verlag 1997

Lagemann, A.: Essstörungen, unveröffentliche Broschüre, Institut für Suchtprävention Linz, pro mente/OÖ (2001)

Minuchin, S; Roosman B. L; Baker L.: Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context. Harvard University Press, Cambridge Mass (1978)

Minuchin, S.; Roosman B. L; Baker L.: Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart, Klett-Cotta Verlag 1983

Rabeder-Fink, I.: Elternbildung in Theorie und Praxis, Diplomarbeit Linz 1997

Wimmer-Puchinger, Strobich et al.: Endbericht der Hotline Schülerbefragung im Rahmen W.I.K.E.: Wiener Informationskampagne Essstörungen. Büro der Wiener Frauengesundheitsbeauftragten, 1999.

Internetsucht

GESCHICHTE DES PHÄNOMENS INTERNETSUCHT UND SEINER ERFORSCHUNG

(vgl. Zimmerl 2001)

1995:
wurde die Internetsucht als scherzhafte Scheindiagnose von dem New Yorker Psychiater Ivan Goldberg erfunden. In Anlehnung an das Amerikanische Diagnoseschema DSM-IV veröffentlichte er eine Liste mit Symptomen der Internetsucht. Statt belustigter Reaktionen der Kollegen zu ernten wurde der Scherz zum Selbstläufer und ernsthafte Untersuchungen schlossen sich an.

1995:
Dr. Kimberly Young (University of Pittsburg) etabliert erstmals der Begriff „IAD" für „internet addiction disorder". Sie schreibt mehrere Bücher und richtet in den Folgejahren eine Online-Beratungsstelle für Betroffene ein, nämlich „COLA" (für „center of online addiction"). Die von ihr anfangs behaupteten 20 % an Abhängigen hat sie in den letzten Publikationen auf 6 % reduziert.

1996:
Dr. Maressa Orzack (McLean Hospital, Massachusetts) bestätigt „internet addiction" im Ausmaß von 6–9 % der „user" und vermutet diese vorwiegend in den „chatrooms".

1997:
Dr. Victor Brenner, Dr. John Suler (beide USA) bestätigen die vorliegenden Untersuchungen, beurteilen sie aber teils durchaus zurückhaltend. Dr. Nicola Döhring (Deutschland) wendet sich gegen verallgemeinernde Einschätzungen, ortet Suchtphänomene vor allem bei Online-Spielen.

1998:
Dr. Hans Zimmerl verfasst die 1. deutschsprachige Studie (allerdings ausschließlich im Bereich „chatroom") und weist in diesem Anwendungsbereich 12,7 % Abhängige nach.

1999:
Gabriele Farke etabliert die 1. deutsche Selbsthilfegruppe (die mangels öffentliche Förderung existenzbedroht ist) und betreibt als „Ex-Süchtige" massive Öffentlichkeitsarbeit.

1999:
Dr. Matthias Jerusalem, Dr. Andre Hahn (Humboldt-Universität Berlin) beginnen eine breitangelegte Forschungsstaffel mit 10.000 Befragten. Sie befinden rund 3 % der Untersuchten als internetsüchtig.

2000:
Dr. Oliver Seemann (Psych. Klinikum München) führt in seiner Studie 4,6 % Abhängige an.

2001:
Dr. Franz Eidenbenz (Schweiz) führt mit Dr. Andre Hahn (Berlin) die 4. Staffel einer – dieses mal auch die Schweizer User beteiligenden – Studie durch. Er hat zuvor in Zürich die 1. Schweizer Beratungsstelle für Onlinesüchtige geschaffen und betreut diese.

GEGENWÄRTIG

ist die Diagnose „Internetsucht“ ein strittiges Thema, da die Begriffe „Internet Addiction Disorder“, „Pathological Internet Use“ oder die deutschen Entsprechungen „Internetsucht“ und „Pathologischer Internetgebrauch“ das Internet als Ursprung und Ursache der Verhaltensstörung festzumachen scheinen. Mit den Begriffen sollte jedoch nur zum Ausdruck gebracht werden, dass die Verhaltensstörung an das Internet als Austragungsort gebunden ist. Die Bezeichnung der zu Grunde liegenden Störung reicht z. B. von „Störung der Impulskontrolle“ (in Anlehnung an die Spielsucht), „Zwangsstörung“ „modernen Verhaltensstörung und eskalierten Normalverhaltensweise“ bis zu einer „spezifischen Form technologischer Süchte“. Festzuhalten ist, dass das Internet nicht automatisch süchtig macht, aber dass gefährdete Personen eine süchtige Verhaltensstörung im Gebrauch des Mediums Internet entwickeln können. (vgl. Hahn/Jerusalem 2001, S. 4)

DEFINITION VON INTERNET-SUCHTMERKMALEN

Da schon der Begriff Internetsucht unterschiedlich interpretiert wird gibt es auch keinen eindeutigen Konsens über Merkmale, an denen eine Verhaltensstörung im Zusammenhang mit dem Internet erkennbar ist. Es lassen sich aber fünf abstraktere Suchtmerkmale bestimmen, die sich in allen Arbeiten zur Internetsucht finden lassen (vgl. Hahn/Jerusalem 2001, S. 3)

- **Einengung des Verhaltensraums:** Wenn über längere Zeitspannen der größte Teil des Tageszeitbudgets zur Internetnutzung verausgabt wird (hierzu zählen auch verhaltensverwandte Aktivitäten wie beispielsweise Optimierungsarbeiten am Computer).
- **Kontrollverlust:** Wenn die Person die Kontrolle über ihre Internetnutzung weitgehend verloren hat bzw. Versuche, das Nutzungsausmaß zu reduzieren oder die Nutzung zu unterbrechen, erfolglos bleiben oder erst gar nicht unternommen werden (obwohl das Bewusstsein für dadurch verursachte persönliche oder soziale Probleme vorhanden ist).
- **Toleranzentwicklung:** Wenn im zeitlichen Verlauf eine Toleranzentwicklung zu beobachten ist, d.h. die „Verhaltensdosis“ zur Erreichung der angezielten positiven Stimmungslage gesteigert werden muss.
- **Entzugserscheinungen:** Wenn Entzugserscheinungen als Beeinträchtigungen psychischer Befindlichkeit (Unruhe, Nervosität, Unzufriedenheit, Gereiztheit, Aggressivität) und psychisches Verlangen („craving“) nach der Internetnutzung als Folge zeitweiliger, längerer Unterbrechung der Internetnutzung auftreten.
- **Negative soziale Konsequenzen:** Wenn wegen der Internetaktivitäten negative soziale Konsequenzen in den Bereichen Arbeit und Leistung sowie soziale Beziehungen (z.B. Ärger mit Freunden oder Arbeitgeber) eingetreten sind.

In einem ähnlichen Raster empfehlen Expert/inn/en folgende diagnostische Kriterien (vgl. Poppe 2002 bzw. Zimmerl/Panosch 1998):

- Häufiges unüberwindliches Verlangen, sich ins Internet einzuloggen
- Kontrollverluste (längeres „Online-Sein“ als beabsichtigt) verbunden mit diesbezüglichen Schuldgefühlen
- Sozial störende Auffälligkeit im engsten Kreis der Bezugspersonen (Freunde, Partner, Familie)
- Nachlassen der Arbeitsfähigkeit

- Verheimlichung/Bagatellisierung der Gebrauchsgewohnheiten
- Psychische Irritabilität bei Verhinderung am Internet-Gebrauch (kann sich in Form von Nervosität, Reizbarkeit und Depression auswirken)
- Mehrfach fehlgeschlagene Versuche der Einschränkung

Vom **Gefährdungsstadium** spricht man bei Vorliegen von bis zu 3 der genannten Kriterien in einem Zeitraum von bis zu 6 Monaten; vom **kritischen Stadium** bei Vorliegen von zumindest 4 der Kriterien in einem Zeitraum von bis zu 6 Monaten. Bei Vorliegen von zumindest 4 oder mehr der genannten Kriterien über einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten spricht man von einem **chronischen Stadium** der Internetsucht. Damit einhergehen müssen auch irreversible psychosoziale Schäden wie Jobverlust, Trennung von Partner/Familie, soziale Selbst-Isolation, inadäquate Verschuldung durch exorbitante Telefonkosten sowie mögliche somatische Schäden im Bereich des Sehapparates bzw. des Bewegungs- und Stützapparates.
(vgl. Zimmerl/Panosch 1998)

STATISTISCHE FAKTEN

Da für Österreich derzeit keine empirischen Untersuchungen vorliegen, wird in der Regel von ähnlichen Zahlen an Internetsüchtigen, wie sie für Deutschland und die Schweiz erhoben wurden, ausgegangen. Bei vorsichtiger Schätzung ergibt sich eine Zahl von zumindest 30.000 aktuell intenetabhängigen Österreicher/innen. (Zur Berechnung herangezogen werden die 3 % an Internetsüchtigen, die bei der Berliner Untersuchung von Hahn / Jerusalem als Untergrenze formuliert wurden. Bei einer Zahl von 1 Million Österreicher/innen, die täglich das Internet nutzen ergibt sich die angeführte Zahl von 30.000.)

GEFÄHRDET

sind nach übereinstimmenden Forschungsergebnissen Alleinstehende und Arbeitslose sowie Personen die sich im virtuellen Raum über ihre Kontaktscheu hinwegtäuschen. (vgl. Zimmerl 2001) Bei männlichen Jugendlichen wird in den Studien ebenfalls überdurchschnittlich häufig eine Gefährdung zur Suchtentwicklung festgestellt. Diese Ergebnisse sollten jedoch vorsichtig interpretiert werden, da eine Verzerrung durch Alters- und Kohorteneffekte nicht ausgeschlossen ist. Ältere Teilnehmer hatten während ihrer Jugend bzw. im jungen Erwachsenenalter noch keine Gelegenheit, das Internet zu nutzen. (vgl. Demmel 2002, S. 32)

BEREICHE DES INTERNETS (Hahn/Jerusalem 2001, S. 8 ff)

Da es im Internet unterschiedlichste Anwendungen gibt, kann man im Grunde nicht vom „Internet“ als Gefährdung sprechen, sondern es ist nach unterschiedlichen Bereichen zu unterscheiden. Bei den verschiedenen Online-Diensten sind dem entsprechend abweichende demographische Verteilungsmuster zu beobachten.

- **Kommunikationssysteme** (Chats, Foren, Newsgroups): Nehmen den größten Raum im Nutzungsverhalten der Internetsüchtigen ein. Relativ zur Gesamtnutzung des Internets entfällt ein Drittel aller Aktivitäten der Internetsüchtigen auf diese interaktiven Dienste, wobei es allerdings starke Alters- und Geschlechtsunterschiede gibt. Bei internetsüchtigen Mädchen unter 20 beschränken sich die Internetaktivitäten fast ausschließlich auf die Nutzung von Chats, während Jungen heterogenere Präferenzen haben.

- **Musik:** Die Suche und der Austausch von Musik über das Internet wird von ca. 15 % der Internetsüchtigen genutzt. In diesem Bereich sind v.a. die männlichen Jugendlichen vertreten.
- **Online-Spiele:** Die Online-Spiele werden von ca. 12 % der jugendlichen Internetsüchtigen genützt. Dieser Bereich ist fast ausschließlich von männlichen Internetsüchtigen frequentiert, aber mit zunehmenden Alter sind vermehrt auch Frauen im Online-Spiel Bereich anzutreffen. Insgesamt nimmt dieser Bereich mit zunehmenden Alter wieder ab.
- **Online Sex:** Die Frequentierung der Erotikangebote durch jugendliche Internetsüchtige erfolgt ausschließlich durch Burschen. Mit zunehmenden Alter sind geringfügig auch Frauen anzutreffen, allerdings nimmt diese Form der Internetnutzung mit steigendem Alter generell stark zu (12 % aller Internetsüchtigen).

Literatur

Demmel, R.: Internet Addiction: A Review. In: Sucht 48 (1), Geesthacht

Hahn, A.; Jerusalem, M. (2001): Internetsucht: Jugendliche gefangen im Netz, http://www.internetsucht.de, auch in Raithel, J. (2001) (Hg.): Risikoverhalten Jugendlicher. Erklärungen, Formen und Prävention, Opladen

Poppe, H. (2002): Macht das Internet süchtig? http://www.api.or.at/html/sucht/insucht2.htm

Poppelreuter; Gross (2000) (Hg.): Nicht nur Drogen machen süchtig. Entstehung und Behandlung von stoffungebundenen Süchten, Weinheim

Zimmerl, H.D.; Panosch, B. (1998): „Internetsucht" Eine neumodische Krankheit? Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jahrgang 21, Nr. 4/98

Zimmerl, H. D. (2001): Internetsucht, http://gin.uibk.ac.at/gin/freihtml/internetsucht.htm

Spielsucht

WAS IST SPIELSUCHT?

Wenn in dieser Unterlage über das Spielen gesprochen wird, so wird darunter die Teilnahme an einem legalen oder illegalen Glücksspiel verstanden, also an einem Spiel, das mit einem Geldeinsatz verbunden ist, das ein Risiko des Geldverlustes beinhaltet und dessen Ausgang ausschließlich oder vorwiegend vom Zufall abhängt. Beispiele sind Geldspielautomaten, Lotto, Roulette, Brief- und Rubellose sowie Kartenspiele mit Geldeinsätzen.

Anzumerken ist, dass auch das Spekulieren an der Börse Glücksspielcharakter annehmen und zu ähnlichen Entwicklungen führen kann wie die Teilnahme an Glücksspielen.

Im Jahr 1991 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das pathologische Spielen in ihre „Internationale Klassifikation Psychischer Störungen" (ICD-10) aufgenommen.

Demnach besteht die Störung in häufig wiederholtem episodenhaftem Glücksspiel, das die Lebensführung der betroffenen Personen beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen und familiären Werte und Verpflichtungen führt.

Die Betroffenen setzen – im wahrsten Sinne des Wortes – ihren Arbeitsplatz auf das Spiel, machen hohe Schulden und lügen oder handeln ungesetzlich, um an das Geld zu kommen oder die Bezahlung der Schulden zu umgehen. Von den Betroffenen wird ein intensiver, kaum kontrollierbarer Spieldrang beschrieben. Daneben steht die gedankliche und bildliche Vorstellung des Spielvorganges und seiner Begleitumstände im Vordergrund. Die gedankliche Beschäftigung und die Drangzustände verstärken sich häufig in belastenden Lebenssituationen.

Als diagnostische Hauptmerkmale pathologischen Spielens werden von der WHO folgende Merkmale aufgeführt:

1. Dauerndes, wiederholtes Spielen.
2. Anhaltendes und oft noch gesteigertes Spielen trotz negativer Konsequenzen, wie Verarmung, gestörter Familienbeziehungen und Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse.

Die US-Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft hat das pathologische Glücksspiel bereits im Jahr 1980 in ihrem Diagnoseschlüssel, das „Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen“ (DSM) aufgenommen. In ihrer aktuellsten Version (DSM-IV) definiert sie das pathologische Glückspiel als andauerndes und wiederkehrendes fehlangepasstes Spielverhalten, was sich in mindestens fünf der folgenden Merkmale ausdrückt:

1. Der Spieler/die Spielerin ist stark eingenommen vom Glücksspiel (z.B. starkes Beschäftigtsein mit gedanklichem Nacherleben vergangener Spielerfahrungen, mit Verhindern oder Planen der nächsten Spielunternehmungen, Nachdenken über Wege, Geld zum Spielen zu beschaffen).
2. Er/sie muss mit immer höheren Einsätzen spielen, um die gewünschte Erregung zu erreichen.
3. Hat wiederholt erfolglose Versuche unternommen, das Spielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben.
4. Ist unruhig und gereizt beim Versuch, das Spielen einzuschränken oder aufzugeben.
5. Spielt, um Problemen zu entkommen oder um eine dysphorische Stimmung (z.B. Gefühle der Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Depression) zu erleichtern.
6. Kehrt, nachdem er/sie beim Glückspiel Geld verloren hat, oft am nächsten Tag zurück, um den Verlust auszugleichen (dem Verlust „hinterherjagen“).
7. Belügt Familienmitglieder, Therapeut/inn/en oder andere, um das Ausmaß seiner/ihrer Verstrickung in das Spielen zu vertuschen.
8. Hat illegale Handlungen wie Fälschung, Betrug, Diebstahl oder Unterschlagung begangen, um das Spielen zu finanzieren.
9. Hat eine wichtige Beziehung, seinen/ihren Arbeitsplatz, Ausbildungs- oder Aufstiegschancen wegen des Spielens gefährdet oder verloren.
10. Verlässt sich darauf, dass andere ihm/ihr Geld bereitstellen, um die durch das Spielen verursachte hoffnungslose finanzielle Situation zu überwinden.

Das pathologische Spielen ist abzugrenzen von gewohnheitsmäßigem Spielen. Die gewohnheitsmäßigen Spieler/innen spielen wegen der aufregenden Spannung oder versuchen damit Geld zu verdienen; bei schweren Verlusten oder anderen negativen Auswirkungen schränken sie jedoch ihre Gewohnheit ein.

Die gestiegene Behandlungsnachfrage von süchtigen Spielern, die weltweit zu erkennen ist, hat die politische, wissenschaftliche und therapeutische Auseinandersetzung mit der Spielsucht vorangetrieben und die Akzeptanz als psychische Störung gefördert (Meyer 2000, 2).

AUSMASS DER SPIELSUCHT IN ÖSTERREICH

Die meisten Menschen nehmen nur gelegentlich an Glücksspielen teil (mit der Ausnahme der halbwöchentlichen Lottoziehung, an der bis zu 80 % der Österreicher/innen teilnehmen).

Schätzungsweise kann ca. 0,5 bis 1 % der spielenden Erwachsenen als vom Glücksspiel abhängig bezeichnet werden. Weitere 3 bis 4 % gelten als gefährdet (Horodecki 1998, S. 32 f; www.as-wien.com/medien, 17.07.02).

Die Mitbetroffenen (Ehepartner/inne/n, Lebensgefährt/inn/en, Kinder, u.a.) werden in diesen Zahlen nicht berücksichtigt.

FOLGEN FÜR DIE ALLGEMEINHEIT

Die wirtschaftlichen Folgen des Glücksspiels belasten sowohl den/die Spieler/in und sein/ihr soziales Umfeld als auch die Allgemeinheit: Schulden, Existenzverluste, Firmenzusammenbrüche, Kosten für Strafverfahren und Strafvollzug, Behandlungs- bzw. Therapiekosten, Kosten welche durch den Ausfall der Arbeitsleistung und durch notwendige Hilfen zum Lebensunterhalt der Betroffenen entstehen fallen hierunter.

Für Österreich liegen bisher keine Berechnungen über volkswirtschaftliche Kosten des pathologischen Glückspiels vor. In Kanada belaufen sich die Schätzungen auf ca. 56.000,– kanadische Dollar pro Jahr und Spieler/in. Für die USA liegt eine Kostenschätzung vor, nach der allein durch den Produktivitätsausfall, die etwaige Strafverfolgung und Inhaftierung sowie die missbräuchliche Verwendung von Geld jährlich Gesamtkosten von durchschnittlich ca. 30.000,– US-Dollar pro Spieler/in anfallen (Horodecki 1998, S. 27).

Wenn pathologische Spieler/innen nicht behandelt werden, steigen die individuellen und sozialen Kosten von Jahr zu Jahr.

Literatur

Meyer, G. (2000): Spielsucht – Theorie und Empirie. In: Nicht nur Drogen machen süchtig. Entstehung und Behandlung von stoffungebundenen Süchten. Poppelreuter, S.; Gross, W. (Hg.), Weinheim

Horodecki, I. (1998): Wenn das Glücksspiel zum Problem wird. Wien

www.as-wien.com/medien, 17.07.02

Arbeitssucht

WAS IST ARBEITSSUCHT?

Trotz seiner weiten Verbreitung ist der Terminus „Arbeitssucht“ bislang nicht in die offizielle psychiatrische und psychologische Nomenklatur eingegangen. Einen Grund dafür stellt die uneinheitliche Verwendung des Begriffs dar. Über das anerkannte Definitionsmerkmal hinaus,

dass arbeitssüchtige Menschen außerordentlich viel in ihre Arbeit investieren und andere Lebensbereiche vernachlässigen, existiert keine einheitliche Bestimmung des Terminus „Arbeitssucht“. Das Fehlen einer Kategorie „Arbeitssucht“ in den einschlägigen Manualen (z.B. ICD-10 und DSM-VI) hat zur Folge, dass Symptome und Konsequenzen, die aus Arbeitssucht resultieren, nicht als solche erkannt und behandelt werden.

Auf Grund der defizitären Forschungslage kann bislang lediglich eine operationale Definition der Arbeitssucht formuliert werden, welche sich an ausgewählten Indikatoren nicht-stoffgebundener Süchte orientiert. Danach ist unter Arbeitssucht eine Symptomatik zu verstehen, die sich primär durch folgende Kriterien kennzeichnen lässt (Poppelreuter; Evers 2000, S. 74):

- Verfall an das Arbeitsverhalten (die Zentrierung des gesamten Vorstellungs- und Denkraumes auf die Arbeit)
- Kontrollverlust (die Unfähigkeit, Umfang und Dauer des Arbeitsverhaltens zu bestimmen)
- Abstinenzunfähigkeit (es wird subjektiv als unmöglich erlebt, kürzere oder längere Zeit nicht zu arbeiten)
- Auftreten von Entzugserscheinungen bei gewolltem oder erzwungenem Nicht-Arbeiten (bis hin zu vegetativen Symptomen)
- Toleranzentwicklung (zur Erreichung angestrebter Gefühlslagen/Bewusstseinszustände muss immer mehr gearbeitet werden)
- Auftreten psychosozialer und/oder psychoreaktiver Störungen (aus einer belastenden Lebenssituation resultierende psychische Störung wie z.B. Schlafstörung, Angstzustände, ...)

GESELLSCHAFTLICHER STELLENWERT DER ARBEIT

Ein Problem in der Auseinandersetzung mit der Arbeitssuchtproblematik ergibt sich aus dem hohen Stellenwert der Arbeit in unserer Gesellschaft.

„Ohne Fleiß kein Preis“, „Arbeit macht das Leben süß“ – seit ca. einem Jahrhundert ist es eines der wichtigsten Erziehungsziele, Geld und Geltung aus der eigenen Arbeit zu erlangen. Fleiß, Tüchtigkeit und Erfolg werden als Tugenden der Leistungsgesellschaft definiert und entsprechend honoriert. Der Widerspruch, dass diese höchst anerkannten Tugenden Ausdruck einer Krankheit sein können, führt zu erheblichen Vorbehalten gegenüber der Thematik der Arbeitssucht, die so weit reichend sein können, dass manche Menschen sich stolz als süchtig nach ihrer Arbeit bezeichnen.

Sowohl Erfahrungsberichte als auch empirische Untersuchungen zeigen, dass arbeitssüchtiges Verhalten gleichermaßen bei Frauen und Männern auftritt und nicht auf bestimmte Berufe oder Positionen beschränkt ist (Poppelreuter; Evers 2000, S. 76).

Literatur

Poppelreuter, S.; Evers, C. (2000): Arbeitssucht – Theorie und Empirie. In: Nicht nur Drogen machen süchtig. Entstehung und Behandlung von stoffungebundenen Süchten. Poppelreuter, S.; Gross, W. (Hg.). Weinheim

Anhang

Helfen statt strafen:

Anleitung zum neuen Suchtmittelgesetz in der Schulpraxis

Rundschreiben des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Nr. 65/1997 zur Umsetzung des Suchtmittelgesetzes durch die Schulen www.bmbwk.gv.at

1.1.1 SUCHTMITTELGESETZ (SMG); INTERPRETATION ZU § 13 ABS. 1

Das Suchtmittelgesetz (SMG), BGBl. I Nr. 112/1997, löst mit 1. Jänner 1998 das bisher geltende Suchtgiftgesetz 1951 ab. Sein § 13 Abs. 1 enthält eine sich ausdrücklich auf den Suchtgiftmissbrauch durch Schüler beziehende Bestimmung. Sie lautet:
„Ist auf Grund bestimmter Tatsachen anzunehmen, dass ein Schüler Suchtgift missbraucht, so hat ihn der Leiter der Schule einer ärztlichen Untersuchung zuzuführen. Der schulpsychologische Dienst ist erforderlichenfalls beizuziehen. Ergibt die Untersuchung, dass eine gesundheitsbezogene Maßnahme gemäß § 11 Abs. 2 notwendig ist und ist diese nicht sichergestellt, oder wird vom Schüler, den Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten die schulärztliche Untersuchung oder die Konsultierung des schulpsychologischen Dienstes verweigert, so hat der Leiter der Schule anstelle einer Strafanzeige davon die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde zu verständigen. Schulen im Sinne dieser Bestimmungen sind die öffentlichen und privaten Schulen gemäß SchOG, BGBl. Nr. 242/1962, die öffentlichen land- und forstwirtschaftlichen Schulen sowie alle anderen Privatschulen.“

Der in dieser Bestimmung erwähnte § 11 Abs. 2 SMG, der sich auf gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Suchtgiftmissbrauch bezieht, hat folgenden Wortlaut:
„**GESUNDHEITSBEZOGENE MASSNAHMEN** *sind*

1. *die ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes*
2. *die ärztliche Behandlung einschließlich der Entzug- und Substitutionsbehandlung*
3. *die klinisch-psychologische Beratung und Betreuung*
4. *die Psychotherapie sowie*
5. *die psychologische Beratung und Betreuung durch qualifizierte und mit Fragen des Suchtmittelmissbrauchs hinreichend vertraute Personen.“*

1. § 13 Abs. 1 SMG spricht von bestimmten Tatsachen, die den Schluss zulassen, ein Schüler missbrauche Suchtgift. Dies bedeutet, dass ein auf bloße Vermutung gestützter Verdacht für die Anordnung einer schulärztlichen Untersuchung nicht ausreicht.
   Vielmehr müssen konkrete Anhaltspunkte für einen Suchtgiftmissbrauch vorliegen (z.B. entsprechend auffälliges Verhalten; Einstichstellen; Injektionsnadeln; sonstige, auf einen Suchtgiftmissbrauch hindeutende Gebrauchsgegenstände; diverse Substanzen).

2. Gibt es solche Anhaltspunkte, hat ein Schulleiter, die Verpflichtung, eine schulärztliche Untersuchung zu veranlassen. Sie ist keine Untersuchung im Sinn von § 66 SchUG, sondern eine eigener Art. Ein Schüler kann eine im Zusammenhang mit dem Verdacht auf Suchtgiftmissbrauch angeordnete schulärztliche Untersuchung daher nicht mit dem

Hinweis verweigern, er wäre in diesem Schuljahr schon einmal vom Schularzt untersucht worden. Den Schüler trifft die Verpflichtung, sich untersuchen zu lassen. Auch kann eine diesbezügliche Anordnung des Schulleiters rechtlich nicht bekämpft werden. § 13 Abs. 1 SMG, der die Zulässigkeit der Untersuchung an das Vorliegen bestimmter Tatsachen, die auf einen Suchtgiftmissbrauch hindeuten, knüpft, geht allerdings von einem verantwortungsbewussten Umgang mit diesem Instrument aus. Ein Schüler soll nicht leichtfertig dem Verdacht, er missbrauche Suchtgift, ausgesetzt werden.

3. §13 Abs. 1 SMG schafft ausdrücklich die Möglichkeit, den schulpsychologischen Dienst beizuziehen. Diese Regelung ist neu. Eine vergleichbare Bestimmung fehlte im Suchtgiftgesetz 1951. Da es bei der schulärztlichen Untersuchung gemäß § 13 ABS. 1 SMG um eine Erstabklärung sowohl der medizinischen wie auch der psychologischen Seite geht, wird die Beiziehung eines Schulpsychologen in der Regel zu erfolgen haben. Dafür sprechen auch die in § 11 Abs. 2 SMG aufgezählten gesundheitsbezogenen Maßnahmen. Sie beschränken sich nämlich nicht nur auf die medizinische Überwachung und Behandlung im engeren Sinn, sondern nennen auch die klinisch-psychologische und die psychosoziale Beratung und Betreuung sowie die Psychotherapie.

4. Die schulärztliche Untersuchung im Sinn von § 13 Abs. 1 SMG soll ohne unnötigen Zeitverlust, jedoch nicht überfallsartig erfolgen. Die Eltern (Erziehungsberechtigte) des Schülers sind zu benachrichtigen. Diese Verpflichtung ergibt sich aus § 18 SchUG. Ebenso sind die Eltern (Erziehungsberechtigten) und der Schüler vom Ergebnis der schulärztlichen Untersuchung in Kenntnis zu setzten.

5. Verweigert ein Schüler oder dessen Eltern (dessen Erziehungsberechtigter) die schulärztliche Untersuchung oder die Konsultierung des schulpsychologischen Dienstes, ist der Schulleiter verpflichtet, die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde zu verständigen. Die schulärztliche Untersuchung und die schulpsychologische Abklärung haben denselben Stellenwert. Wird beides angeordnet und auch nur eines verweigert, kommt es bereits zu Meldungen. Gleiches gilt, wenn die Untersuchung die Notwendigkeit gesundheitsbezogener Maßnahmen gemäß § 11 Abs. 2 SMG ergibt, die Durchführung dieser Maßnahmen jedoch nicht sichergestellt ist (vgl. Punkt 7). In keinem Fall jedoch ist der Schulleiter berechtigt, eine andere Behörde zu verständigen oder gar eine Strafanzeige an die Strafverfolgungsbehörde zu erstatten. Dies käme einer Verletzung der Amtsverschwiegenheit gleich (vgl. Punkt 6).

Wird die Untersuchung (einschließlich der angeordneten schulpsychologischen Konsultation) gemäß § 13 Abs. 1 SMG nicht verweigert und ist, sollte sich der Verdacht des Suchtgiftmissbrauchs bestätigen, die Durchführung der im SMG vorgesehnen gesundheitsbezogenen Maßnahmen sichergestellt, gibt es für die Schule keinerlei Meldepflichten. In diesem Fall entfällt die Verständigung der Bezirksverwaltungsbehörde.

6. Das Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten weist in diesem Zusammenhang ausdrücklich auf das Gebot der Amtsverschwiegenheit (3 46 Abs. BDG 1979; § 5 VBG 1948; § 33 LDG 1984) hin. Danach sind Lehrer (Schulleiter) zur Verschwiegenheit in Bezug auf Tatsachen verpflichtet, die sie ausschließlich deshalb

kennen, weil sie an der Schule tätig sind und deren Geheimhaltung im überwiegenden Interesse des Schülers oder seiner Eltern (seiner Erziehungsberechtigten) geboten ist. Diese Verschwiegenheitspflicht gilt nicht nur gegenüber dritten Personen, sondern auch gegenüber Behörden, denen keine amtliche Mitteilung zu machen ist. Eine Verletzung der Amtsverschwiegenheit liegt daher vor, wenn es zu einer Meldung an die Bezirksverwaltungsbehörde kommt, obwohl sich der Schüler der schulärztlichen Untersuchung, verbunden mit der allenfalls angeordneten schulpsychologischen Abklärung, unterzieht und die nachfolgende Behandlung im Sinn des SMG sichergestellt ist. Für Schulärzte gilt darüber hinaus die ärztliche Schweigepflicht (§ 26 Ärztegesetz).

Aus der Verpflichtung zur Amtsverschwiegenheit ergibt sich ferner, dass Suchtgiftprobleme einzelner Schüler nie im Rahmen des Schulforums oder des Schulgemeinschaftsausschusses besprochen werden dürfen. Diese Organe der Schulpartnerschaft sind nicht für Einzelfälle zuständig. Fälle dieser Art sind stets zwischen der Schule und dem Schüler und seinen Eltern (Erziehungsberechtigen) zu besprechen. Bezüglich des Drogenmissbrauchs beschränkt sich die Kompetenz der Schulforen bzw. der Schulgemeindeausschüsse auf die Erörterung grundsätzlicher, dieses Thema betreffende Fragen.

7. Wird die Notwendigkeit einer Behandlung festgestellt, so sollen die Schulleiter und der Schularzt über die weiteren zu ergreifenden Maßnahmen ein Gespräch mit den Erziehungsberechtigten und dem betroffenen Schüler führen, bei dem vor allem darauf hingewiesen wird, an welche Stellen sich der Schüler wenden kann. Zu diesem Gespräch ist gegebenenfalls ein Mitglied des schulpsychologischen Dienstes beizuziehen. Zweckmäßig erscheint auch eine Kontaktnahme des Schularztes (des schulpsychologischen Dienstes) mit der in Aussicht genommenen behandelnden Stelle. Dem Schüler bzw. Erziehungsberechtigten ist eine angemessene Frist (etwa 2 Wochen), innerhalb der er sich der Behandlung zu unterziehen hat, einzuräumen. Danach ist dem Schulleiter eine Bestätigung über den erfolgten Behandlungsbeginn vorzulegen. Die weiteren Bestätigungen über die weitere Behandlung sind unaufgefordert zu den vereinbarten Zeiten (etwa 1x monatlich) beizubringen. Der Schüler ist darauf hinzuweisen, dass die Nichtbehandlung bzw. eine ohne triftigen Grund erfolgte Behandlungsunterbrechung die Verständigung der Bezirksverwaltungsbehörde zu Folge hat.

8. Für die Durchführung der im SMG angeführten gesundheitsbezogenen Maßnahmen kommen unter anderem in Frage:

1. Einrichtungen, die von der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales für die Durchführung gesundheitsbezogener Maßnahmen im Hinblick auf den Suchtgiftmissbrauch im Bundesgesetzblatt kundgemacht wurde. Diese Einrichtungen sind in der Anlage zum Rundschreiben aufgelistet. Da zu ihrem Aufgabenbereich auch die Beratungstätigkeit zählt, wird den Schulen deren Konsultierung bei Fragen des Suchtgiftmissbrauchs nachdrücklich empfohlen.

2. Personen folgender Berufsgruppen, sofern sie qualifiziert und mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertraut sind:

a) Ärzte, insbesondere Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Psychiatrie: diesbezügliche Adressen können bei Bezirksverwaltungsbehörden erfragt werden;

b) Klinische Psychologen;

c) Psychotherapeuten;

d) Sozialdienste.

9. Wird eine verdächtige Substanz sichergestellt und ist deren Erkennung als Suchtgift nicht möglich, so ist, sofern im Bereich des jeweiligen Bundeslandes keine geeignete Untersuchungsstelle zu Verfügung steht, vom Schulleiter die gesamte Menge der Substanz zur qualitativen und quantitativen Analyse an die Bundesanstalt für chemische und pharmazeutische Untersuchungen, Zimmermanngasse 3, 1091 Wien, Postfach 6, einzusenden. Bei Benützung des Postweges dürfen derartige Substanzen nur als eingeschriebene Pakete versendet werden.

10. Abgesehen von der im SMG angesprochenen Seite des Suchtgiftkonsums stellt sich für die Schulen das Problem der Schutzbedürftigkeit der Mitschüler. Dabei ist zwischen der Position des Schülers, der Suchtgift missbräuchlich verwendet hat und der seiner Mitschüler abzuwägen. Hier sind die eingetretenen und/oder möglichen Folgen sowohl für die Mitschüler als auch für den betroffenen Schüler zu berücksichtigen. Dieses Abwägen gilt insbesondere für Schritte im Sinne von § 49 SchUG. Ein Antrag auf Schulausschluss bzw. ein Schulausschluss durch die Schulbehörde sollte nur in Betracht gezogen werden, wenn eine konkrete Gefährdung der Mitschüler eine derartige Maßnahme unabweislich erfordert. Der abstrakte Gedanke einer Generalprävention (allgemeine Vorbeugung gegen Suchtgiftmissbrauch) sollte wegen der pädagogischen Gesamtsituation der Schule keine entscheidende Bedeutung erlangen. Insgesamt ist bei der Anwendung schulischer Maßnahmen die Intention des SMG zu beachten, die Behandlung vor Strafe zu stellt. Vor allen Dingen sollten schulische Sanktionen den des Suchtgiftmissbrauchs Überführten ohne ausreichendes Abwägen aller Für und Wider nicht schärfer treten, als Sanktionen, die aufgrund des SMG möglich sind.

Grundsatzerlass Gesundheitserziehung

Der Grundsatzerlass „Gesundheitserziehung“ kann bestellt werden bei: Amedia, Sturzgasse 1a, Tel . 01/982 1322-365. Kosten: Versandkosten

ALLGEMEINES

EINLEITUNG

Schulische Gesundheitsförderung umfasst nicht nur die Information über Gesundheitsthemen und das Einwirken auf das Verhalten des Einzelnen, sondern auch die Gestaltung eines gesundheitsfördernden Lebensraumes.

Gesundheitsförderung steht somit für ein neues und erweitertes Konzept, das in gleicher Weise die körperliche und geistige sowie die soziale Gesundheit betont. Der Begriff der „sozialen Gesundheit“ verweist aber nicht nur auf die Beziehungen zu anderen Personen, sondern auch auf den Einfluss, den soziale Organisationen, wie Schulen als unmittelbare Lebenswelt haben.

Die „Gesundheitsfördernde Schule“ entfaltet eine umfassende Betrachtungsweise von Schule als Lebens- und Erfahrungsraum. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen. Ganzheitliche Gesundheitsförderung bezieht sich auf die gegebene Realsituation vor Ort mit ihren Entwicklungschancen, Schwierigkeiten und Grenzen und nicht auf eine erwünschte Idealsituation.

Das Konzept der „Gesundheitsfördernden Schule“ entstand Ende der 80er Jahre im Zusammenhang mit einer gesundheitspolitischen Neuorientierung der Weltgesundheitsorganisation. Ausgangspunkt war die 1986 verabschiedet „Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung“.

Dieses Programm der „Gesundheitsfördernden Schule“ wurde im Rahmen eines internationalen Netzwerkes der Weltgesundheitsorganisation (WHO), des Europarates (ER) und der Europäischen Union (EU) von 1993 – 1996 in Pilotschulen erprobt und erfolgreich umgesetzt. Die dabei erzielten Erfahrungen prägen den vorliegenden Grundsatzerlass.

AUFGABEN

Laut § 2 (1) SchOrgG und § 17 SchUG ist es die Aufgabe der Schule, die Schülerinnen und Schüler in der Entwicklung ihrer Anlagen im allgemeinen und in ihrer gesamten Persönlichkeit zu fördern.

Kinder und Jugendliche, aber auch Lehrer/innen sind am Lebens- und Lernort Schule vielfältigen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt wie z. B. schulischem und beruflichem Leistungsdruck, sozialem Anpassungs- und Konsumdruck, Bewegungsmangel, einseitiger Ernährung, Kommunikations- und Beziehungsproblemen, Ausgrenzung als soziale oder ethnische Minderheit.

Die traditionelle Form der Gesundheitserziehung zielt darauf ab, durch verstärkte Information und Aufklärung über riskante Verhaltensfaktoren z.B. Bewegungsmangel, Alkohol- und Nikotinmissbrauch, einseitige Ernährung eine individuelle Verhaltensänderung zu bewirken. Das

Konzept der Gesundheitsförderung stellt die Verantwortung des Einzelnen für sich selbst und für die Gesellschaft in den Mittelpunkt. Gesundheit wird von den Menschen in ihrem alltäglichen Arbeits- und Lernumfeld geschaffen und gelebt.

Die neue Qualität der Gesundheitsförderung liegt daher einerseits in einem erweiterten Gesundheitsverständnis, d.h. es berücksichtigt die physische, psychische und soziale Gesundheit, und andererseits auch in der Schaffung eines gesundheitsfördernden Arbeits- und Lernumfeldes. Schulische Gesundheitsförderung ist daher zentraler Bestandteil jeglichen pädagogischen Handelns und sie ist in allen Schularten und Unterrichtsgegenständen zu verwirklichen.

ZIELSETZUNGEN

Vorrangige Ziele der Gesundheitsförderung sind:

- Gestaltung der Schule als gesundheitsförderliche Lebenswelt unter Einbeziehung aller im schulische Alltag beteiligten Personen
- Förderung persönlicher Kompetenzen und Leistungspotenziale der Schülerinnen und Schüler in Hinblick auf gesundheitsbewusstes, eigenverantwortliches Handeln und Wissen
- Vernetzung von Schule und regionalem Umfeld
- Förderung von kommunikativen und kooperativen Kompetenzen der Lehrer/innen, Eltern und Schüler/innen sowie der Kommunikationsstrukturen zwischen Lehrer/innen, Schüler/innen und Eltern
- Dokumentation und Verbreitung innovativer Projekte und Maßnahmen

GRUNDLAGEN FÜR DIE GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN SCHULEN

Lehrpläne

In der Grundschule findet Gesundheitsförderung eine schwerpunktorientierte Beachtung in den Lehrplänen für die Unterrichgsgegenstände Sachunterricht und Leibesübungen. An den Hauptschulen, allgemeinbildenden höheren Schulen und Bildungsanstalten für Kindergartenpädagogik und für Sozialpädagogik sind Inhalte der Gesundheitserziehung ein wesentlicher Bestandteil der Unterrichtsgegenstände Biologie und Umweltkunde, Hauswirtschaft und Ernährung, Haushaltsökonomie und Ernährung, Leibesübungen, Psychologie, Pädagogik, Gesundheitslehre und Werkerziehung. Weiters bietet die unverbindliche Übung „Interessen- und Begabungsförderung“ an Volksschulen und Hauptschulen die Möglichkeit zur Gesundheitsförderung.

Im Polytechnischen Lehrgang bilden Gesundheitslehre, Lebenskunde, Leibesübungen sowie zusätzliche alternative Pflichtgegenstände wie Hauswirtschaft und Kinderpflege, erweiterte Gesundheitslehre und Werkerziehung (Schwerpunkt B: textiler Bereich – Wohnen) eigene Unterrichtsgegenstände. Im berufsbildenden Schulwesen werden Inhalte der Gesundheitserziehung im Rahmen von Pflichtgegenständen (Kernbereich und Erweiterungsbereich) z. B. in Biologie und Ökologie, Ernährung und Leibesübungen behandelt.

Gesundheitserziehung ist als **Unterrichtsprinzip** in den Lehrplänen der allgemeinbildenden Schulen, der Berufsschulen, der Handelsakademien- und Handelsschulen, der Höheren Lehranstalten für wirtschaftliche Berufe und der Bildungsanstalten für Kindergartenpädagogik und für Sozialpädagogik verankert. Das Unterrichtsprinzip soll nicht eine Vermehrung des

Lehrstoffs bewirken, sondern zu einer besseren Koordination und überlegteren Auswahl des im Lehrplan festgelegten Lehrstoffes beitragen. Durch schulautonome Lehrplanbestimmungen können zusätzliche Schwerpunkte in Form von Freigegenständen und unverbindlichen Übungen festgelegt werden.

Schulautonomie

Beginnend mit dem Schuljahr 1993/94 hat die Schulautonomie Eingang in die Schulgesetze gefunden. Die Schulautonomie eröffnet und erweitert die Handlungsspielräume der einzelnen Schulen.

Die Lehrplanautonomie erleichtert den einzelnen Schulen beispielsweise:

- die inhaltliche Profil- oder Schwerpunktbildung
- die Anwendung neuer Lern- und Arbeitsformen (z. B. offene Lernformen, Projektunterricht)
- eine flexiblere Lernorganisation (z. B. Teilung einer Klasse in Kleingruppen, Blockung von Unterrichtsstunden)

Im Rahmen der zunehmenden Schulautonomie bietet die Gesundheitsförderung auch Anregungen für die Gestaltung des Schulprofils oder für Schwerpunktsetzungen.

UMSETZUNG

SCHULE ALS ARBEITSPLATZ UND LEBENSRAUM

In Zusammenarbeit aller Beteiligten soll die räumliche Gestaltung der Schule, der Klassenzimmer und der Umfeldbedingungen so vorgenommen werden, dass sie den tatsächlichen Bedürfnissen sowie den Arbeits- und Tagesrhythmen der Lehrer/innen und Schüler/innen entspricht. Hier geht es z. B. um die Gestaltung von Klassenzimmern, Gängen, Aufenthaltsräumen, Außenanlagen, um Verbesserungen der Versorgungseinrichtungen wie Beleuchtung, Belüftung, ökologische Reinigung der Schulräume, Müllvermeidung, Mülltrennung, Müllentsorgung.

Auch die Verfügbarkeit von Bewegungs-, Spiel- und Anregungsmaterial während der Pausen, die Gestaltung des Eingangsbereiches u.v.m. sind geeignet, die Schule als Arbeitsplatz und Lebensraum gesundheitsfördernd zu gestalten.

VERNETZUNG VERSCHIEDENER LEBENSWELTEN

Die Schule als relevante Lebenswelt der Schülerinnen und Schüler allein kann das Gesundheitsverhalten nicht maßgeblich verändern. Für ein gesundheitsbewusstes und eigenverantwortliches Handeln der Schülerinnen und Schüler haben die Vorbildwirkung der Eltern, Geschwister, Lehrer/innen und insbesondere auch Gruppenprozesse (z.B. das Umgehen mit Freunden und Eltern, Konflikte) besondere Bedeutung.

Rollenspiele, Stegreifstücke oder Zeichenspiele können Schülerinnen und Schüler helfen u.a. mit Gruppendruck selbstbewusst umzugehen, bei Konflikten in der Klasse, im Freundeskreis und der Familie gemeinsame Lösungsstrategien zu erarbeiten und Probleme zu bereinigen. Themen sind z.B. *„Ein Konflikt in der Pause“*, *„Wie streite ich?“*, *„Wie löse ich Konflikte?“* oder

auch Situationen, in denen gesundheitsschädliches Verhalten sichtbar wird.

Die gute Zusammenarbeit mit den Eltern und auch mit außerschulischen Expert/innen ist eine weitere Stärke einer „Gesunden Schule".

Dazu gehören z.B. Elternabende, die unter ein „gesundheitsbezogenes Leitthema" gestellt werden und regelmäßige Information der Eltern (durch Klassenzeitungen etc.) ebenso wie Kooperationen mit der/dem Schulärztin/Schularzt, Schulpsycholog/innen, außerschulischen Einrichtungen des Gesundheitswesens, der Gemeinde, mit Vereinen und mit Partnerschulen.

SOZIALE SCHULKULTUR

Der Begriff „Soziale Schulkultur" bezieht sich auf die Qualität der Kommunikation, Kooperation und Entscheidungsfindung in der Schule.

Bei der Gestaltung einer guten sozialen Schulkultur geht es um die Förderung des Selbstwertgefühles und der Selbstständigkeit von Schüler/innen und Lehrer/innen, guter sozialer Beziehungen aller Beteiligten und eines konstruktiven Umganges mit Schulstress. Das kann z. B. durch die gemeinsame Formulierung der Hausordnung durch die Schulgemeinschaft, Partizipation von Schüler/innen und Lehrer/innen in Entscheidungsprozessen, Transparenz der Entscheidungsstrukturen, um die Verantwortung der Beteiligten aber auch ihre Einwirkungsmöglichkeiten im schulischen Alltag zu erhöhen, und durch die Berücksichtigung von Gesundheitskriterien bei alltäglichen Entscheidungen geschehen.

Schule als Ort des sozialen Wohlbefindens soll Individualität und Eigentätigkeit aller am Schulalltag Beteiligten zulassen und fördern. Ein positives soziales Schulklima ist eine wichtige Vorraussetzung für die Zusammenarbeit von Schüler/innen, Lehrer/innen, Eltern, Schulärzten, Schulpsycholog/innen und außerschulischen Expert/innen.

ZUSAMMENARBEIT/TEAM

Gesundheitsförderung erfordert systematische (fächer- und klassenübergreifende) Zusammenarbeit der Lehrer/innen innerhalb jeder Schule, Austausch von Arbeitsmaterialien und Ideen und fixe Termine für Planung und Vorbereitung.

Die Einrichtung eines Projektteams ist ein wichtiger Entwicklungsschritt, um diese Zusammenarbeit effektiv zu gestalten. Es sind auch Strukturen und Netzwerke erforderlich, die die Diskussion und Reflexion über Projekte, geplante Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung ermöglichen. So sollte bereits bei der Stundenplanerstellung auf gleichzeitige unterrichtsfreie Zeit der Teammitglieder geachtet werden. Ein „gut eingespieltes Team" kann das Engagement weiterer Kolleginnen und Kollegen bedeutsam stimulieren.

Schulleitung und Lehrer/innen sollten unter Einbindung von Schüler/innen und Eltern in einem ersten Schritt gemeinsam konkrete Zielsetzungen ihrer gesundheitsfördernden Aktivitäten erarbeiten. In einem zweiten Schritt kann die konkrete Arbeit in und außerhalb des Klassenzimmers unter Nützung lokaler und regionaler Ressourcen beginnen.

Ohne offensive Unterstützung durch die Schulleitung können schulinterne Veränderungsprozesse kaum in Gang gesetzt werden. Die Aufgabe der Schulleitung wird es sein, alle Lehrer/innen und Schüler/innen in ihrer Innovationsbereitschaft zu unterstützen und flexible organisatorische Rahmenbedingungen durch einvernehmliche Absprachen mit den Beteiligten und unter Berücksichtigung der regionalen Möglichkeiten zu schaffen.

UNTERRICHTSFORMEN

Die Methoden des Projektunterrichtes und des ganzheitlich-kreativen Arbeitens dienen der Gesundheitsförderung, indem sie eine individuelle Lern- und Arbeitskultur fördern.

Bei der Arbeit an Projekten wirken unterschiedliche organisatorische Einheiten, Gruppen und Personen im Interesse eines gemeinsamen Zieles zusammen. Damit wird interdisziplinär, klassenübergreifende und auch schulübergreifende Zusammenarbeit möglich.

Zur „Herstellung von Wirklichkeitsbezügen", Förderung „Sozialer Interaktion" und „Partizipation" sind unterschiedlichste Lernformen geeignet z. B. Soziales Lernen, projektorientiertes Lernen, Erstunterrichtsmethode, peer-teaching (Schüler/innen betreuen Schüler/innen), offene Lernformen, vernetztes Lernen etc.

SCHULINTERNE FORTBILDUNG

Schulinterne Fortbildung hat in der Gesundheitsförderung eine große Bedeutung, wenn sie als schulstandort- und bedürfnisorientiertes Instrumentarium zur Entwicklung von neuen Strategien genutzt wird.

Schulinterne Fortbildungen sollten gemeinsam mit Expert/innen zu verschiedenen Themen wie z. B. Teambildung, Konfliktbewältigung, Projektmanagement, Dokumentation aber auch zu gesundheitsbezogenen Themen wie z. B. Stress, Einsatz von Sitzbällen, Gesunde Ernährung, u.v.m. durchgeführt werden.

ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Um die erworbenen Erfahrungen nachhaltig für alle Beteiligten nutzbar zu machen, sind systematische Reflexion und Dokumentation notwendig.

Es wird empfohlen, Dokumentationen und Studien von Aktivitäten und Unterrichtsprojekten zu erabeiten und der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Jede gelungene Präsentation ist ein Erfolgserlebnis für die Beteiligten, fördert die Aktzeptanz und das Interesse für weitere Vorhaben, stärkt das berufliche Selbstbewusstsein der Lehrerinnen und Lehrer und die Motivation der Schülerinnen und Schüler.

Öffentlichkeitsarbeit soll auch der Vernetzung der Aktivitäten unterschiedlicher schulischer und außerschulischer Initiativen und dem Informations- und Erfahrungsaustausch dienen.

Im Interesse einer effektiven Umsetzung des Unterrichtsprinzipes Gesundheitserziehung in den österreichischen Schulen werden die Landesschulräte und der Stadtschulrat ersucht, auf der Grundlage des Grundsatzerlasses Gesundheitserziehung einschlägige Schwerpunkte im Bereich der Lehrer/innenfortbildung anzubieten sowie verstärkt auch auf die Möglichkeit von schulinternen Fortbildungen hinzuweisen.

Grundsatzerlass Medienerziehung

1. GRUNDSÄTZLICHES

Medien bestimmen unseren privaten und beruflichen Alltag. Technische Möglichkeiten der Vervielfältigung, Übertragung und Vernetzung spielen in der „natürlichen“ Umgebung der Schüler/innen eine immer größere Rolle, sie sind ein Teil ihrer Wirklichkeit, ihrer Lebenswelten. Erziehung und Bildung sollten Heranwachsende in ihrer Beziehung zur Welt/Wirklichkeit begleiten und fördern. Der Anteil von Medien an der Welt/Wirklichkeitserfahrung nimmt stetig zu – eine neue Dimension von Wirklichkeit ist mit dem Aufkommen von hoch entwickelten Technologien entstanden. Wenn nun die reflektierende Begegnung und Auseinandersetzung mit Wirklichkeiten ein grundlegender Bestandteil von Pädagogik ist, dann ergibt sich daraus der Schluss, dass Medienpädagogik die gesamte Pädagogik wesentlich stärker durchdringen soll. Pädagogik muss gleichzeitig auch Medienpädagogik sein.

Nun haben mediale Erfahrungen durch Sprache, Bilder, Zeichnungen, Bücher, Theater usw. schon seit jeher die Wirklichkeit des Menschen mitgeformt. Wie stark diese Medien unsere Wirklichkeit/Weltsichten mitprägen, ist aber in der Lehrerbildung wenig berücksichtigt worden. Dass und wie das Basismedium „Sprache“ an der Konstitution von Wirklichkeit mitwirkt, findet erst langsam Eingang in die einzelnen Fachdidaktiken. Genauso gelten diese Überlegungen auch für die audio-visuellen Medien.

Im Massenkommunikationsprozess mittels Massenmedien ist es möglich geworden, einer unüberschaubaren Menge von Empfängern bei räumlicher und/oder zeitlicher Distanz gleiche Mitteilungen zu vermitteln. Damit eröffnen die Medien einerseits Chancen zu weltweiter Kommunikation, zu Weltoffenheit und zur Weiterentwicklung der Demokratie, andererseits aber bergen sie auch die Gefahr verstärkter Manipulation in sich. Die durch Medien veränderte und sich verändernde Wirklichkeit ist eine Herausforderung und eine Chance. Im Sinne medienpolitischer Bildung ist Medienerziehung die Auseinandersetzung nicht nur mit Ursachen, Wirkungen und Formen medialer Kommunikation, sondern auch mit den verschiedenen Interessen, die die Auswahl und den Inhalt von Informationen und die Form der Vermittlung bestimmen.

Angesichts der Herausforderung durch die elektronischen Medien muss sich die Schule verstärkt dem Auftrag stellen, an der Heranbildung kommunikationsfähiger und urteilsfähiger Menschen mitzuwirken, die Kreativität und die Freude an eigenen Schöpfungen anzuregen und sich im Sinne des Unterrichtsprinzips „Medienerziehung“ um eine Förderung der Orientierung des Einzelnen in der Gesellschaft und der konstruktiv-kritischen Haltung gegenüber vermittelten Erfahrungen zu bemühen. Um diese Zielsetzungen von Medienerziehung klar herauszuheben, ist es notwendig, im Zug der Begriffsdefinition alle Begriffe, die Medien im schulischen Umfeld bezeichnen, sowie gängige mit der Medienarbeit verknüpfte Gegenstandsbezeichnungen zu umreißen.

2. BEGRIFFSDEFINITIONEN

2.1. MEDIENPÄDAGOGIK

umfasst alle Fragen der pädagogischen Bedeutung von Medien in Bildung, Freizeit und Beruf. Sie setzt sich mit Inhalten und Funktionen der Medien, ihren Nutzungsformen in den genannten Bereichen sowie ihren individuellen und gesellschaftlichen Auswirkungen auseinander. Angesichts der Komplexität des Begriffes erscheint es angezeigt, den Gesamtkomplex Medienpädagogik zu unterteilen, und zwar in

2.1.1. Mediendidaktik: befasst sich mit den Funktionen und Wirkungen von Medien in Lehr- und Lernprozessen. Der Einsatz von audio-visuellen Medien in ihrer Rolle als Unterrichtsmittel soll in Abstimmung mit der Bildungs- und Lehraufgabe, dem Lehrstoff und den didaktischen Grundsätzen des jeweiligen Unterrichtsgegenstandes erfolgen. Medien sind Hilfsmittel zur Erreichung gegenstandsspezifischer Ziele (Erziehung durch Medien).

2.1.2. Medienerziehung: ist eine Form pädagogischen Umgangs mit Medien, der zur kritisch-reflexiven Nutzung aller Medien heranführen soll. Wo Medien als Mittel der Information, Unterhaltung, Bildung und Alltagsorganisation für die Sozialisation des Menschen Bedeutung erlangen, werden sie zum Gegenstand der Medienerziehung – die Medien sind Gegenstand und Thema des Unterrichts (Erziehung über Medien).

Medienerziehung befasst sich mit allen Kommunikationsmedien, und deren durch die so genannten Neuen Medien ermöglichten Kombinationen. Diese Kommunikationsmedien sind – unabhängig von der Technologie – konstitutive Bestandteile aller Texte:

Wort, gedruckt/gesprochen und Grafik, Ton, Standbild und bewegtes Bild. Die so genannten Neuen Medien – auch das Internet – sind im Wesentlichen als Weiterentwicklungen und Zusammenfügungen der soeben genannten Bausteine Technologien, die der Verbreitung dienen und Auswirkungen haben auf eine Reihe von sozialen Dimensionen. Die kritische Reflexion der möglichen Auswirkungen ist ebenfalls Gegenstand der Medienerziehung.

Durch die Möglichkeit, Daten aller Art zu gewaltigen Informationsnetzen zusammenzufassen und dieses Netz sowohl im Arbeits- als auch im häuslichen Bereich dienstbar zu machen, d.h. verfügbar, abrufbar und bearbeitbar zu machen, verwischen sich die Grenzen zwischen Individual- und Massenkommunikation, zwischen dem Buch- und dem Zeitungsmarkt, zwischen Unterhaltungs- und Geschäftskommunikation. Besonders im Segment Neue Medien stellen sich der Medienerziehung für einen selbstbestimmten kritischen Umgang neue Fragen.

3. ZIELSETZUNGEN DER MEDIENERZIEHUNG

Bevor auf einige Arbeitsfelder der Medienerziehung eingegangen wird, erscheint es notwendig, den Begriff „Medienkompetenz“ im Sinne dieses Erlasses zu definieren:

Medienkompetenz als Zielhorizont medienpädagogischer Bemühungen umfasst neben der Fertigkeit, mit den technischen Gegebenheiten entsprechend umgehen zu können, vor allem Fähigkeiten, wie Selektionsfähigkeit, Differenzierungsfähigkeit, Strukturierungsfähigkeit und Erkennen eigener Bedürfnisse u.a.m. Insbesondere bei der Nutzung der sog. Neuen Medien

stellen sich im medienerzieherischen Zusammenhang – über den Nutzwert der Medien für den fachspezifischen Bereich hinaus – Fragen von individueller und sozialer Relevanz. Z.B. Was bedeutet die Informationsfülle für die menschliche Informationsverarbeitungskapaztät? Welche Selektions-, Strukturierungs- und Professionalisierungsformen müssen geschaffen werden? Welche Möglichkeiten gibt es, um die Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit von Informationen zu sichern? Was sind einige der Implikationen der Medienkonvergenz? Was bedeutet inhaltliche Konvergenz, d.h. Vermischung von Spiel mit Film, sachliche Information mit gefühlsbetonter Komponente etc. für die Verarbeitung? An welchen Bezugsrahmen messen wir Computersimulationen? Welche Folgen hat die Vermischung der Grenzen und Verwischung der Inhalte bei den Begriffen wirklich-virtuell-fiktiv?

3.1. MEDIENNUTZUNG:

Medienerziehung soll die Schüler/innen durch Vermittlung kritischer Einsicht in die Kommunikationsphänomene zu einem in ihrem jeweiligen Lebensbereich möglichen bewussten und mitbestimmenden Medienhandeln führen. Medienhandeln setzt voraus, dass Menschen in jeder Kommunikationssituation mit Medien aktiv sind. Das bedeutet, dass sie im Rahmen der Mediennutzung ihre eigene Bedeutung in der Interaktion mit dem jeweiligen Medium aushandeln. Daher soll Medienerziehung, ausgehend von der persönlichen Disposition des Schülers/der Schülerin unter Berücksichtigung der sprachlichen Voraussetzungen, neben dem kognitiven auch den affektiven Bereich mit einschließen. Sie soll dem/der Schüler/in helfen, die eigenen Rollenerwartungen zu überdenken und seine/ihre eigenen Kommunikationsbedürfnisse und -defizite zu erkennen.
Die Schüler/innen sollen weiters erkennen und erleben, dass Massenmedien gezielt Bedürfnisse zu konsumorientiertem Verhalten wecken. Sie sollen erkennen, dass neue Formen der Individual- und Massenkommunikation ihre Möglichkeiten zur aktiven Beteiligung am wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Leben erweitern. Ferner sollen sie erkennen und erleben, dass die elektronischen Medien Freizeitgestaltung und Freizeitverhaltensweisen wesentlich mitbestimmen. In diesem Bereich soll auf die enge Verzahnung der Freizeit- und Unterhaltungsindustrie mit den Massenmedien zur Schaffung von typischen Verhaltensmustern hingewiesen werden.

3.2. KOMMUNIKATION MIT UND DURCH MEDIEN:

Die Schüler/innen sollen durch Medienerziehung befähigt werden, sich in einer Welt zurechtzufinden, über die sie zum großen Teil durch Medien informiert werden. Es soll ihnen bewusst gemacht werden, dass die Medien beträchtlich zu ihrer politischen Urteilsbildung beitragen. Sie sollen erkennen, dass die Expansion von Kommunikationstechniken den Menschen erhöhte Ausdrucks- und Partizipationschancen am politischen Leben durch „direkte“ Demokratie per Knopfdruck, bessere politische Information, bessere Information durch Behörden ermöglicht, gleichzeitig sollen sie aber erfahren, dass ebenso durch Kommunikationsmedien Menschen durch zunehmende Passivität von einer direkten Beteiligung am politischen Leben abgehalten, von politischen Konflikten abgelenkt und durch finanzkräftige Interessengruppen politischen Manipulationen ausgesetzt werden können. Sie sollen lernen, wie sie selbst Medien zu kritischer Urteilsbildung nutzen und dadurch ihre Handlungskompetenzen stärken. Sie sollen erfahren, dass die Medien nicht nur als Vermittler fiktiver Welten, sondern auch in der Abbildung der Wirklichkeit eine eigene Wirklichkeit schaffen. Die Schüler/innen sollen

aber erkennen, dass diese gestaltete Wirklichkeit nicht wertneutral sein kann. Sie sollen die Struktur, die Gestaltungsmittel und die Wirkungsmöglichkeiten der einzelnen Medienarten wie Film, Dia etc. erkennen und sollen verstehen, welche Inhalte vorwiegend von welchen Medienarten vermittelt werden. Dabei soll ihnen bewusst gemacht werden, dass identische Inhalte unterschiedlich präsentiert werden und folglich unterschiedliche Wirkungen haben.

Medienerziehung soll das Bewusstsein für die vielfach einseitige und klischeehafte Darstellung von sozialen und geschlechtsspezifischen Rollen durch die Medien wecken. Schüler/innen sollen für die Frage sensibilisiert werden, inwiefern die Medien den vielfältigen Lebensalltag (z. B. Verhältnis Frau – Mann, Untergebene(r) – Chef/in, Jugendliche – Ältere u.ä.) realitätsgerecht vermitteln. Sie sollen erkennen, dass soziale und geschlechtsspezifische Rollen der Stereotypisierung unterliegen.

Können die Medien allein auch nicht unbedingt einen Wandel bezüglich der Auffassung von der Rollenverteilung in unserer Gesellschaft bewirken, so kommt ihnen dennoch eine bedeutsame Rolle in der Beeinflussung und Aufklärung der Öffentlichkeit zu. Indem sie bestimmte Wertvorstellungen reflektieren, tragen sie zur Aufrechterhaltung herrschender Vorstellungen bei und können gewisse Ideen, Leitbilder und Anschauungen noch verstärken bzw. abschwächen.

3.3. MEDIEN ALS WIRTSCHAFTSFAKTOR ODER MASSENMEDIEN ALS INSTITUTION:

Die Schüler/innen sollen erkennen, dass wirtschaftliche, technische, gesellschaftliche und ideologische Voraussetzungen sowie unterschiedliche Organisationsformen (öffentlich-rechtliche oder privatwirtschaftliche) ganz bestimmte Formen der Herstellung, Verteilung und auch bestimmte Kriterien zur Auswahl und Darstellung der vermittelten Inhalte bedingen. In diesem Zusammenhang kann auf die Arten der Nachrichtenbeschaffung, die Finanzierung durch Seher- und Hörergebühren und durch Werbung sowie auf das Spannungsverhältnis zwischen importierten und heimischen Medienprodukten hingewiesen werden. Auch die Rolle fortschrittlicher Öffentlichkeitsarbeit (Public Relations, PR) als Partner und Informationslieferant der Medien soll behandelt werden. Moderne Public Relations stellen u.a. den offenen, langfristigen Dialog zwischen den Gruppen der Gesellschaft (Wirtschaft, Politik, Wissenschaft, Sozialbereich, Sport usw.) und den Medien her. Dabei sollen Begriffe wie Unabhängigkeit, Objektivität, Glaubwürdigkeit, Meinungsvielfalt, Manipulation usw. kritisch durchleuchtet werden.

3.4. EIGENE MEDIENSCHÖPFUNGEN:

Im Sinne von Handlungs- und Erfahrungslernen sollen die Schüler/innen im Rahmen der Medienerziehung zur Herstellung von eigenen Medienprodukten ermutigt werden. Medienmachen allein ist jedoch – so verdienstvoll es auch für eine Reihe von Lernzielen sein mag – noch keine Medienerziehung. Erst wenn die praktische Tätigkeit mit einer kritischen Reflexion über den Herstellungsprozess gekoppelt wird, kann von einer medienpädagogischen Arbeit gesprochen werden. Die Reflexion kann sich u.a. beziehen auf die Erfahrungen, die im sozialen Bereich gesammelt werden, auf die Produktion von Bedeutung, die die Grundlage von Medienmachen ist u.v.m. Damit soll sichergestellt werden, dass das Medienmachen in einen bewussten Erkenntnisgewinn mündet.

4. DURCHFÜHRUNG

4.1. ALLGEMEINES

Da die in den Medien behandelten Themen alle Bereiche des Erkennens und Handelns berühren, ist die Medienerziehung nicht auf einzelne Unterrichtsgegenstände oder bestimmte Schulstufen beschränkt. Jeder Lehrer/jede Lehrerin ist vielmehr verpflichtet, auf sie als Unterrichtsprinzip, wie es in den einzelnen Lehrplänen verankert ist, in allen Unterrichtsgegenständen fachspezifisch Bedacht zu nehmen.

Für diesen Bereich bieten sich projektorientierte Unterrichtsformen an.

Die Integration der Massenmedien in das Unterrichtsgeschehen darf dabei nicht als eine bloße Verwendung der Medien, als Impuls für den Fachunterricht oder als Illustration der Stoffdarstellung verstanden werden. Beim Einsatz und bei der Betrachtung der Medien ist vielmehr die Beeinflussung des Weltbildes und deren Rückwirkung auf gesellschaftliche und politische Entscheidungen bewusst zu machen.

Gerade weil Medien die Welt so spontan und natürlich abzubilden scheinen, sollte Folgendes immer mitbedacht werden:

Medien sind nie neutrale Behälter von Informationen. Die Bilder, die wir für Abbildungen der Wirklichkeit halten, sind gestaltet, sie sind professionell konstruiert – deshalb wird gerade hier bei der Dekodierung ein hohes Potenzial an Medienkompetenz benötigt. Auch im naturwissenschaftlichen Bereich, dem im herkömmlichen Diskurs ein hoher Grad an Objektivität zugeschrieben wird, sind die Schlüsselfragen (Wer teilt wem was mit, in welcher Absicht?), mit denen wir mediale Texte zerlegen, von eminenter Wichtigkeit – sie sollten genauso angewendet werden wie bei Medientexten, deren „Gemachtheit“ deutlicher ins Auge sticht.

Kritische Medienanalyse behindert nicht – wie oft von Fachdidaktikerinnen und -didaktikern befürchtet wird – die fachspezifischen Aussagen der jeweiligen Medien. Im Gegenteil – gerade das Eingehen auf die Schnittstellen zwischen fachspezifischen Inhalten und der Vermittlungsleistung des jeweligen Mediums bringt einen merklichen Zuwachs nicht nur an Medienkompetenz, sondern auch an fachimmanentem Ertrag mit sich. Die Erkenntnis, dass auch speziell für den Unterricht konzipierte audio-visuelle Medien nicht objektiv sein können, bringt den Glauben an die Richtigkeit und Wahrheit anderer Medien, wie zum Beispiel Schulbücher, ins Wanken. Die Beschäftigung mit Begriffen wie Wahrheit, Richtigkeit wird zur Hinterfragung der scheinbaren Natürlichkeit und Selbstverständlichkeit so mancher Bilder führen, die eine authentische Wirklichkeit suggerieren.

Auch der für eine moderne und effektive Gestaltung des Unterrichts unbedingt notwendige Einsatz von audio-visuellen Unterrichtsmitteln kann nicht zur Medienerziehung gerechnet werden, es sei denn, dass über die fachdidaktische Verwendung hinaus auch medienspezifische Eigenheiten des Dargebotenen angesprochen werden. So soll z. B. neben und zu dem fachspezifischen Informationsgehalt des Mediums überlegt werden, ob und inwieweit Interessen der Medienproduzenten den Inhalt und die Gestaltung des Dargebotenen beeinflussen.

Die Medienerziehung hat grundsätzlich auf allen Schulstufen – der geistigen Entwicklung der Schüler/innen entsprechend – zu erfolgen.

4.2. BEISPIELE FÜR DIE DURCHFÜHRUNG

4.2.1. Verknüpfung mit dem Lehrplan

Der Lehrplan 99 (Hauptschule) geht bereits in der Präambel auf den Stellenwert von Medien in der Welt von heute ein: *„Innovative Technologien der Information und Kommunikation sowie die Massenmedien dringen immer stärker in alle Lebensbereiche vor."*

Darüber hinaus bieten die Einteilung in Bildungsbereiche, die Betonung von fächerverbindendem und fächerübergreifendem Unterricht sowie der Bedeutung von lebensweltlichen Bezügen eine Reihe von Ansatzpunkten für die Realisierung von Medienerziehung:

„Der Unterricht hat sich entsprechend § 17 des Schulunterrichtsgesetzes sowohl an wissenschaftlichen Erkenntnissen als auch an den Erfahrungen und Möglichkeiten, die die Schülerinnen und Schüler aus ihrer Lebenswelt mitbringen, zu orientieren." und *„Im Sinne der gemeinsamen Bildungswirkung aller Unterrichtsgegenstände hat der Unterricht die fachspezifischen Aspekte der einzelnen Unterrichtsgegenstände und damit vernetzt fächerübergreifende und fächerverbindende Aspekte zu berücksichtigen. Dies entspricht der Vernetzung und gegenseitigen Ergänzung der einzelnen Disziplinen und soll den Schülerinnen und Schülern bei der Bewältigung von Herausforderungen des täglichen Lebens helfen."*

Bei den Bildungsbereichen sei explizit auf den Bereich „Sprache und Kommunikation" sowie „Kreativität und Gestaltung" verwiesen:

„In jedem Unterrichtsgegenstand sind die Schülerinnen und Schüler mit und über Sprache – z. B. auch in Form von Bildsprache – zu befähigen, ihre kognitiven, emotionalen, sozialen und kreativen Kapazitäten zu nutzen und zu erweitern." und *„Gedanken und Gefühle verbal und nonverbal zum Ausdruck zu bringen, ist eine wesentliche Lebensform der Menschen. Den Schülerinnen und Schülern ist Gelegenheit zu geben, selbst Gestaltungserfahrungen zu machen und über Sinne führende Zugänge mit kognitiven Erkenntnissen zu verbinden."*

4.2.2. Exemplarische Vorschläge

4.2.2.1. Vorschulstufe, 1.–4. Schulstufe

Für die Integration des Unterrichtsprinzips bietet sich über den Kernbereich der Unterrichtsgegenstände Deutsch und Bildnerische Erziehung sowie Sachunterricht hinausgehend der gesamte Lehrplan an. Durch die Thematisierung und den Vergleich von eigenen Erlebnissen und Erfahrungen der Kinder mit durch Medien vermittelten Sekundärerfahrungen können die spezifischen Eigenschaften einzelner Medienarten und die daraus resultierenden Wirkungen bewusster erfahren werden. An Sachbereichen werden sowohl Medienprodukte, die sich speziell an Kinder im Grundschulalter richten (z. B. Kindersendungen des Fernsehens, Kinderzeitschriften, „Kinderseiten" aus Zeitschriften, Comics, Internetseiten für Kinder, Computerspiele bzw. Lernsoftware), als auch solche, die nicht speziell für Kinder dieser Altersstufen produziert, aber tatsächlich von diesen konsumiert werden, zu berücksichtigen sein. Durch Förderung der Selbsttätigkeit und Einsicht in die charakteristischen Eigenschaften der Medien sollen, wenn möglich, eigene Erfahrungen in der Herstellung von Medien gemacht werden.

4.2.2.2. Sonderschule, 1.–9. Schulstufe

In den Sonderschulen kommt der Medienerziehung besondere Bedeutung zu: Einerseits sind die Möglichkeiten der Kinder zum Sammeln unmittelbarer Erfahrungen durch Behinderungen häufig eingeschränkt, was durch den Einsatz von Medien zumindest ansatzweise kompen-

siert werden soll. Andererseits kommt bei vielen Behinderungen den Medien eine bedeutsame Funktion bei der Überbrückung von Kommunikationsbarrieren zu (z. B. bei sinnes- und körperbehinderten Kindern). Medienerziehung in dieser erweiterten Sicht verknüpft damit sonderpädagogische Aufgaben und Zielsetzungen mit jenen Anliegen der Medienerziehung, die die behinderten Schüler/innen selbst als Medienkonsumenten zu Adressaten haben.

In den Lehrplänen der Sonderschulen finden sich zahlreiche konkrete Ansatzpunkte zur Berücksichtigung beider Aspekte. Diese reichen von Teilbereichen einzelner Unterrichtsgegenstände (z. B. der Bereich Fotografie und Film / Video in der Bildnerischen Erziehung) bis zu detaillierten Lehrstoffangaben (z. B. Zeitung, Film und Fernsehen in Geschichte und Sozialkunde).

4.2.2.3. Hauptschule, Allgemein bildende höhere Schule 5.–8. Schulstufe

In den Lehrplänen für Deutsch und Bildnerische Erziehung (Hauptschule, allgemein bildende höhere Schule) wird Medienerziehung explizit angegeben. Als weitere Einstiegsmöglichkeiten bieten sich Beobachtungen über die Ausdruckswerte von sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucksformen, Schulung der Kompetenz, sich selbst und den anderen Kenntnis von Tatsachen zu verschaffen, sowie Rollenspiele an.

An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Medienerziehung auch und besonders in dieser Altersgruppe bei den persönlichen Medienerfahrungen, -erlebnissen und -gewohnheiten der Schüler/innen ansetzen und zur Selbstreflexion führen soll.

4.2.2.4. Mittlere und höhere Schulen, Polytechnische Schule und Berufsschule 9. – 12./13. Schulstufe

An Polytechnischen Schulen scheint Medienerziehung in den Lehrplänen der Unterrichtsgegenstände Berufsorientierung und Lebenskunde, Deutsch, Projektorientierter Unterricht und in Wahlpflichtgegenständen auf. Die Lehrstoffangaben der Lehrpläne der mittleren und höheren Schulen enthalten zahlreiche Hinweise auf Sachgebiete der Medienerziehung. Die Rolle und der Stellenwert der Medien können in den jeweiligen Unterrichtsgegenständen vor allem im (fächerübergreifenden) Projektunterricht (z. B. Medien als Wirtschaftsfaktor, Werbung als Wirtschaftsfaktor, Ästhetik der Werbung, Sprache der Werbung, Öffentlichkeitsarbeit-Public Relations als Dialoginstrument, wirtschafts- und gesellschaftspolitische Funktionen und Rolle von PR, Chancen und Gefahren strategischer PR für die Bildung der veröffentlichten und öffentlichen Meinung, Konzepte und Instrumente der PR) in den Unterrichtsgegenständen Deutsch, Bildnerische Erziehung sowie des Bereiches Wirtschaftskunde beleuchtet werden. Im Deutschunterricht kann die vergleichende Betrachtung von literarischen Werken und ihren Verfilmungen die Möglichkeiten und Grenzen der beiden Kunstformen aufzeigen. Die Unterrichtsgegenstände der Bereiche Geschichte und Sozialkunde sowie Zeitgeschichte ermöglichen beispielsweise nicht nur die Betrachtung von audio-visuellen Medien hinsichtlich ihrer Rolle als Quellenmaterial, sondern auch ihrer Entwicklung und ihres Einflusses auf die Gesellschaft. In den Unterrichtsgegenständen der Bereiche Psychologie und Philosophie können Fragen der journalistischen Ethik, die Psychologie der Massenkommunikation, wahrnehmungspsychologische Fragen, Vorgänge der Meinungsbildung und Manipulation erörtert werden. In den Unterrichtsgegenständen der Bereiche Physik und Chemie können die technischen Grundlagen der Phonografie und Fotografie, von Rundfunk und Fernsehen sowie Probleme der Nachrichtentechnik behandelt werden.

4.3. MEDIENKUNDE

im eigentlichen Sinn steckt einen Teilbereich der Medienerziehung ab, der Wissen über Medien, deren Entstehung, Organisation und Strukturen vermittelt. Bezogen auf das Schulwesen ist sie die Bezeichnung für eine Unverbindliche Übung, die z.B. an Allgemein bildenden höheren Schulen geführt wird.

4.4. MEDIENDIDAKTIK

ist im Sinne des Studienplanes der Pädagogischen, Berufs- und Religionspädagogischen Akademien auch die Bezeichnung für einen Unterrichtsgegenstand, der Ziele der Mediendidaktik (vgl. 2.1.1.) und Medienerziehung (vgl. 2.1.2.) vereinigt.

4.5. UNTERRICHTSTECHNOLOGIE

dient laut Lehrplan der Pädagogischen Akademien der Vermittlung von Fertigkeiten und technischem Grundwissen zur Handhabung audio-visueller Geräte und Systeme, verbunden mit Hinweisen zum richtigen Einsatz der Medien-Hard- und Software im Unterricht. Die hier vermittelte Fertigkeit ist eine Voraussetzung zur Gestaltung von Medien.

4.6.

Der mit der Verwaltung der audio-visuellen Unterrichtsmittel betraute Kustos sollte über Verantwortung, Initiative, Vorschläge für den Aufbau und die Ausstattung der ihm übertragenen Materialien (SchUG § 52) hinaus auch Projekte auf dem Gebiet der Medienerziehung fachlich unterstützen.

4.7.

Im Sinne des SchUG § 62 (enge Zusammenarbeit von Lehrern und Erziehungsberechtigten in allen Fragen der Erziehung und des Unterrichtes) sollen die Erziehungsberechtigten gerade im Bereich der Medienerziehung zur Erziehungsarbeit eingeladen werden. Medienkonsum, -gewohnheiten und -wirkungen sollen im Rahmen von Elternabenden behandelt werden; im Schulgemeinschaftsausschuss können weitere Aktivitäten (Schulveranstaltungen etc.) angeregt werden.

4.8.

Im außerschulischen Bereich ist die Hinführung zu verantwortlichem Medienkonsum eine wesentliche Aufgabe im Zusammenwirken von Erziehern/innen und Schülern/innen.

4.9.

Schulveranstaltungen auch unter Mitwirkung außerschulischer Organisationen können entsprechend der Schulveranstaltungenverordnung durchgeführt werden. Die durch diese Veranstaltungen den Schülern erwachsenden Kosten (z.B. Eintrittsgebühren) müssen dem Grundsatz der Sparsamkeit und Angemessenheit entsprechen. Dabei haben finanzielle Erwägungen stets hinter pädagogischen Gesichtspunkten zurückzustehen: Es dürfen z.B. diese nicht dazu führen, dass für bestimmte Altersgruppen geeignete Spielfilme aus Kostengründen auch anderen, zumeist jüngeren, Schülern und Schülerinnen vorgeführt werden.

4.10.

Die zuständige Schulbehörde hat im Rahmen der Lehrerfortbildung für Seminare und Vorträge (Vorführungen) sowohl über den Einsatz audio-visueller Unterrichtsmittel als auch über die Probleme der Medienerziehung vorzusorgen. Um eine möglichst intensive Schulung der Lehrer/innen zu erreichen, wird empfohlen, die Medienerziehung in den Pädagogischen Instituten schwerpunktmäßig zu behandeln.

Unterstützende Maßnahmen

ÖSTERREICHISCHES NETZWERK „GESUNDHEITSFÖRDERNDE SCHULEN“

Das Projekt wird seit 1993 gemeinsam mit dem Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen durchgeführt. Das Österreichische Netzwerk ist Teil des Europäischen Netzwerkes „Gesundheitsfördernde Schulen“, das von der WHO, EU und ER lanciert wird. Das Netzwerk versteht Gesundheit im ganzheitlichen Sinn als körperliche, psychische und soziale Gesundheit.

Das Konzept der „Gesundheitsfördernden Schulen“ eignet sich besonders für Schulen, die an der Umsetzung umfassender Projekte im psychosozialen Bereich interessiert sind und für Schulen, die die Entwicklung eines Schulprogrammes anstreben.

Nähere Informationen: www.gesunde-schule.at

Nationale Koordinatorin: Dr. Beatrix Haller, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Tel.: 01/53120-2533, e-mail: beatrix.haller@bmbwk.gv.at

STEP BY STEP

ist ein Schulungs- und Informationspaket für Schulteams zu Verhaltensauffälligkeiten im Vorfeld möglicher Suchtprobleme, mit dem Ziel, Lehrerinnen und Lehrer zu ermutigen, Probleme frühzeitig wahrzunehmen, auf sie zuzugehen und sich strukturiert mit ihnen auseinander zu setzen.

step by step setzt sich zusammen aus einer CD-ROM mit Schulungsteil und stets aktuell gehaltener Information über Beratungsstellen, Gesetzeslage und Fachbegriffe und einem Handbuch mit zusätzlichen Anregungen.

step by step wurde vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur in Kooperation mit Suchtpräventionsexpert/inn/en entwickelt.

Nähere Informationen gibt es bei den Fachstellen für Suchtprävention in den Bundesländern oder beim Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Dr. Beatrix Haller

e-mail: beatrix.haller@bmbwk.gv.at, Tel. 53120-2533 oder

UMWELT- UND GESUNDHEITSBILDUNGSFONDS

Das Ziel des Umwelt- und Gesundheitsbildungsfonds ist die Förderung der qualitativen und quantitativen Entwicklung von umweltorientierten und/oder gesundheitsfördernen Projektunterricht durch die

- Bereitstellung von finanziellen Mitteln
- Öffentlichkeitsarbeit (Jahresbericht, jährliche Prämierungen)
- Evaluation.

Die Kriterien und Antragsformulare sind auf der Homepage des Bildungsressorts www.bmbwk.gv.at. Nähere Informationen bei der Geschäftsführerin des Umwelt- und Gesundheitsbildungsfonds: Dr. Beatrix Haller, 53120-2533.beatrix.haller@bmbwk.gv.at.

„DROGEN UND DROGENMISSBRAUCH“, VON UNIV. PROF. DR. ALFRED SPRINGER

Die Publikation bietet der Schulgemeinschaft Informationen über den gegenwärtigen Stand des Wissens zum Themenkreis Drogen, Drogensucht und Behandlung. Sie enthält auch Anleitungen zur Vorgangsweise nach dem neuen Suchtmittelgesetz. Die Broschüre ist bei der Firma Amedia (01/982 13 22) kostenlos erhältlich. Es werden allerdings die Versandkosten verrechnet.

GIVE – SERVICESTELLE FÜR GESUNDHEITSBILDUNG

Die Servicestelle ist eine Initiative des Bildungsministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur, des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen und des Österreichischen Jugendrotkreuzes.

Die GIVE-Servicestelle versteht sich als Info-Doku-Drehscheibe. Sie bietet Beratung und Information zu Themen der Gesundheitsförderung und gibt Auskünfte über „modellhafte“ Projekte sowie aktuelle Initiativen zur Gesundheitsförderung an Schulen. Die give-Datenbank ist ein einzigartiges Werkzeug für alle, die im Internet effektiv nach gebündelten, aktuellen und von Gesundheitsexpert/inn/en geprüften Informationen suchen.

Das GIVE-Infopaket „Informationen rund um die Sucht“ kann auf der Homepage der Servicestelle www.give.or.at als pdf-file heruntergeladen werden.

QUALITÄT IN DEN SCHULEN Q.I.S.

Mit dem Projekt Qualität in Schulen will das Bildungsministerium die Schulen darin bestärken, selbst ihre Qualität zu hinterfragen, zu kontrollieren und weiter zu entwickeln.

Für den Einstieg in Q.I.S. wählen Sie bitte folgende Adresse: www.qis.at

FORTBILDUNG/BERATUNG/BEGLEITUNG/MATERIALIEN

Fortbildungsseminare zum Thema Suchtprävention werden von den Pädagogischen Akademien, Pädagogischen Instituten bzw. von den Fachstellen für Suchtprävention in den einzelnen Bundesländern direkt angeboten. Die Fachstellen für Suchtprävention bieten neben Seminaren/Vorträgen auch Beratung und Begleitung von suchtpräventiven Projekten an. In öffentlich zugänglichen Fachbibliotheken stehen Unterrichtsmaterialien und Videos zu unterschiedlichen Themenbereichen zur Verfügung. Darüber hinaus werden von den Fachstellen Projekte direkt an Schulen angeboten.

Ansprechpartner/innen für schulische Suchtprävention

BURGENLAND

Landesschulrat für Burgenland
Landesschularzt Dr. Michael Heinrich
Kernausteig 3, 7001 Eisenstadt
Tel.: 02682/710-308
Email: michael.heinrich@lsr-bgld.gv.at

Schulpsychologie-Bildungsberatung im LSR für Burgenland
Dr. Werner Wagner
Kernausteig 3, 7001 Eisenstadt
Tel.: 02682/710-131, Fax: 02682/710-79
Email: werner.wagner@lsr-bgld.gv.atys

Pädagogisches Institut des Bundes
Mag. Walter Degendorfer
Wolfgarten, 7000 Eisenstadt
Tel.: 02682/642 51-23, Fax: 02682/645 51-12
Email: walter.degendorfer@pib-bgld.at

BIS Burgenländische Informationsstelle für Suchtprävention
Hauptstraße 53/2/5, 7000 Eisenstadt
Tel.: 02682/62958, Fax: 02682/62958-4

Drogen/Suchtkoordinator des Landes
Dr. Gerlinde Stern-Pauer
Amt der Burgenländischen Landesregierung
Hartlsteig 2,7000 Eisenstadt
Tel.: 02682 600- 2189, Fax: 02682 600-2187
Email: gerlinde.stern@bgld.gv.at

KÄRNTEN

Amt der Kärntner Landesregierung
Landesschularzt (Pflichtschulen), Landessanitätsdirektor
Abteilung 12. HR Dr. Gerhard Olexinski
Hasnerstraße 8, 9020 Klagenfurt
Tel.: 0643-536-31201, Fax: 0643-536/31200
Email: post.abt12@ktn.gv.at

Landesschulrat für Kärnten
Landesschularztreferentin (mittlere und höhere Schulen)
Dr. Heidemarie Wagner-Reif
10. Oktober Straße 24, 9020 Klagenfurt
Tel.: 0699/11608705, Fax :0463/5812-105
Email: WagnerReif@gmx.at

Schulpsychologische Beratung im LSR f. Ktn.
HR Dr.Christine Kampfer-Löberbauer
Kaufmanngasse 8, 9010 Klagenfurt
Tel. 0463/566 59, Fax: 0463/50696-16
Email: christine.kampfer-loeberbauer@lsr-ktn.gv.at

Amt der Kärntner Landesregierung
Abteilung 12, Landesstelle für Suchtprävention
Dr. Barbara Drobesch-Binter
Hasnerstraße 8, 9020 Klagenfurt
Tel.: 0463/513743-34, Fax: 0463/536-31230
Email: abt12.spraev@ktn.gv.at

Drogen/Suchtkoordinator des Landes
Dr. Brigitte Prehslauer
Amt der Kärntner Landesregierung
Völkermarkt Ring 21, 9021 Klagenfurt
Tel.: 0463/513743-31, Fax 0463/513743-38
Email: abt12gsm@ktn.gv.at

NIEDERÖSTERREICH

Landesschulrat für Niederösterreich
Schulärztlicher Dienst,
Landesschularzt Dr. Erich Robetin
Rennbahnstraße 29, 3109 St. Pölten
Tel.: 027242/280-4610, 4611, Fax:02742/280-1111
Email: erich.robetin@lsr-noe-gv.at

Schulpsychologie-Bildungsberatung im LSR f. NÖ
Dr. Anton Eimer
Rennbahnstraße 29, 3109 St. Pölten
Tel.: 02742/280-4700, Fax: 02742/280-1111
Email: brigitte schaetz@lsr-noe.gv.at

Drogen/Suchtkoordinator des Landes
Mag. Margit Itzenthaler
Amt der Niederösterreichischen Landesregierumg
Landhausplatz 1, 3109 St. Pölten
Tel.: 02742/9005-15669,Fax: 02742/9005-12785
Email: margit.itzenthaler@noel.gv.at

Fachstelle für Suchtvorbeugung
Kremsergasse 37/3, 3100 St. Pölten
Tel.: 02742/314 40, Fax: 02742/314 40-19
Email: info@fachstelle.at

Pädagogisches Institut des Bundes für Niederösterreich
Abteilung für AHS-Lehrer/innen
Mag. Regina Fless-Klinger
Dechant Pfeifer-Straße 3, 2020 Hollabrunn
Tel.: 02952/41 77-32, Fax: 02952/41 77-20
Email: r.fless-klinger@pinoe-hl.ac.at

Pädagogisches Institut des Bundes für Niederösterreich – Abteilung für Lehrer/innen an allgemein bildenden Pflichtschulen
Mag. Dr. Franz Klager
Mühlgasse 67, 2500 Baden
Tel.: 02252/885 70-24, Fax: 02252/88 57 04
Email: f.klager@pinoe-bn.ac.at

OBERÖSTERREICH

Landesschulrat für Oberösterreich
Landesschulärztin Dr. Gertrude Jindrich
Sonnensteinstraße 20, 4040 Linz
Tel.: 0732/7071-9111, Fax: 0732/7071-4140
Email: gertrude jindrich@lsr-ooe.gv.at

Schulpsychologie-Bildungsberatung im LSR f. OÖ
DDr. Peter Seyfried
Postfach 107, Sonnensteinstraße 20, 4041 Linz
Tel.: 0732/7071-2321, Fax: 0732/7071-2330
Email: peter.seyfried@lsr-ooe.gv.at

Institut für Suchtprävention
Mag. Ingrid Rabeder-Fink
Hirschgasse 44, 4020 Linz
Tel.: 0732/77 89 36, Fax: 0732/77 89 36-20
Email: info@praevention.at

Drogen/Suchtkoordinator des Landes
Manfred Ruschak
Amt der Oberösterreichischen Landesregierung
Harrachstraße 16a, 4020 Linz
Tel.: 0732/7720-14122, Fax:0732/7720-14396
Email: manfred.ruschak@ooe.gv.at

SALZBURG

Landesschulrat für Salzburg
Landesschularzt Dr. Rainer Liebl
Mozartplatz 8–10, Postfach 527, 5010 Salzburg
Tel.: 0662/8042-2881 oder 2882,
Fax:0662/8042-3055
Email: rainer.liebl@salzburg.gv.at

Landesschulrat für Salzburg
Mag. Dr. Irene Auer-Crisenaz
Salzburger Schulservice Nina Behrendt
Mozartplatz 8–10, 5010 Salzburg
Tel.: 0662/8042-2658, 2071

Schulpsychologie-Bildungsberatung im LSR f. Slbg.
Mag. Helene Humer
Rudolfskai 48 (Postfach 530), 5010 Salzburg
Tel.: 0662/84 27 88
Email: helene.humer@lsr.salzburg.at

Pädagogisches Institut des Bundes
Mag. Franz Taferner
Erzabt-Klotz-Straße 11, 5020 Salzburg
Tel.: 0662/84 03 22-36, Fax: 066284 87 29
Email: taferner@asn-sbg.ac.at

Verein Akzente Salzburg – Suchtpräventionsstelle
Glockengasse 4c, 5020 Salzburg
Tel.: 0662/849 291, Fax: 0662/84 92 91-16
Email: office@akzente.net

KIS – Kontaktstelle in Suchtfragen
Prof. Mag. Wolfgang Grüll
Bundesgymnasium Salzburg-Nonntal
Josef-Preis-Allee 3
5020 Salzburg
Tel.: 0662/840419

Drogen/Suchtkoordinator des Landes
Dr. Franz Schabus-Eder
Amt der Salzburger Landesregierung
Fanny von Lehnert Straße 1, 5020 Salzburg
Tel.: 0662/8042-3618, Fax: 0662/8042-3884
Email: franz.schabus@land-sbg.gv.at

STEIERMARK

Landesschulrat für Steiermark
Landesschularzt Dr. Franz-Josef Buchbauer
Körblergasse 23, 8015 Graz
Tel.: 0316/34 50-234
Email: franz.buchbauer@lsr-stmk.gv.at

Schulpsychologie-Bildungsberatung im LSR f. Stmk.
Dr. Josef Zollneritsch
Körblergasse 23, 8015 Graz
Tel.: 0316/345-199, Fax: 0316/345-299
Email: josef.zollneritsch@lsr-stmk.gv.at

VIVID – Fachstelle für Suchtprävention
Hans-Sachs-Gasse 12/II, 8010 Graz
Tel.: 0316/82 33 00, Fax: 0316/82 33 00-5
Email: vivid@stmk.volkshilfe.at

Drogen/Suchtkoordinator des Landes Steiermar
Klaus Peter Ederer
Radetzkystraße 1, 8010 Graz
Tel.: 0316/877-4693, Fax: 0316/877-4698
Email: klaus.ederer@stmk.gv.at

Schulpsychologie-Beratungsstelle Bruck/Mur. Landesschulrat für Steiermark
Dr. Elke Tholen
Martin-Luther-Straße, 8600 Bruck/Mur
Tel.: 03862/56780
Email: 650015@asn.netway.at

TIROL

Amt der Tiroler Landesregierung
Landessanitätsdirektor HR Dr. Christoph Neuner
Eduard-Wallnöfer-Platz 3,
6010 Innsbruck/Landhaus
Tel.: 0512/508 26 60, Fax: 0512/508 26 65
Email: sanitaetsdirektion@tirol.gv.at

Landesschulrat für Tirol
Mag. Kurt-Manfred Jordan
Innrain 1, 6010 Innsbruck
Tel.: 0512/520 33-104, Fax: 0512/520 33-106
Email: k.jordan@lsr-t.gv.at

Schulpsychologie-Bildungsberatung im LSR f. Tirol
Dr. Ingrid Tursky
Müllerstraße 7/II, 6020 Innsbruck
Tel.: 0512/57 65 61, Fax: 0512/57 65 61-13
Email: schulpsy@asn-ibk.ac.at

Kontakt & Co – Suchtpräventionsstelle Tirol
Bürgerstraße 18, 6020 Innsbruck
Tel.: 0512/58 57 30, Fax: 0512/58 57 30-20
Email: office@kontaktco.at

Drogen/Suchtkoordinator des Landes
Harald Kern
Amt der Tiroler Landesregierung
Kaiser Josef Straße 13, 6020 Innsbruck
Tel.: 0512/58 31 78, Fax 0512/57 80 69
Email: soziales@tirol.gv.at

Pädagogisches Institut des Landes Tirol
Mag. Andreas Pirkl
Adamgasse 22, 6020 Innsbruck
Tel.: 0512/508-8514, Fax: 0512/8505
Email: a.pirkl@pi-tirol.at

VORARLBERG

Landesschulrat für Vorarlberg
Dr. Ruth Allgäuer
Bahnhofstraße 12, 6901 Bregenz
Tel.: 05574/4960-520, Fax: 05574/4960-8
Email: ruth.allgaeuer@lsr-vbg.gv.at

Landesschulrat für Vorarlberg
Landesschularzt Dr. Helmut Bertolini
Bahnhofstraße 12, 6900 Bregenz
Tel.: 05574/4960-0

Schulpsychologie-Bildungsberatung im LSR f. Vbg.
HR Dr. Maria Helbock
Bahnhofstraße 10, 6900 Bregenz
Tel.: 05574/49 60-877
Email: maria.helbock@lsr-vbg.gv.at

Drogen/Suchtkoordinator des Landes
Thomas Neubacher
Amt der Vorarlberger Landesregierung
Landhaus, 6900 Bregenz
Tel.: 05574/511-24123, Fax: 05574/24195
Email: thomas.neubacher@vorarlberg.at

SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe
Moosmahdstraße 4, 6850 Dornbirn
Tel.: 05572/55 155, Fax: 05572/55 155-15
Email: supro@supro.at

WIEN

Stadtschulrat für Wien, Schulärztlicher Dienst
MR Dr. Andrea Kubec
Wipplingerstraße 28, 1010 Wien
Tel.: 01/525 25/77034, Fax: 525 25 99-776 23
Email: andrea.kubec@ssr-wien.gv.at

Stadtschulrat für Wien, Schulpsychologischer Dienst
HR Dr. Mathilde Zeman
Wipplingerstraße 28, 1010 Wien
Tel.: 01/525 25/77505, Fax: 01/525 25/9977501
Email: mathilde.zeman@ssr-wien.gv.at

Fonds Soziales Wien – Institut für Suchtprävention
Alserstraße 20/6, 1090 Wien
Tel.: 01/4000-87340, Fax: 01/4000-7977
Email: isp@fsw.wien.at

Drogen/Suchtkoordinator des Landes
Peter Hacker
Fonds Soziales Wien
Friedrich Schmidt-Platz 3, 1082 Wien
Tel.: 4000-87301, Fax: 4000-7270
Email: peter.hacker@fsw.wien.at

Gesundheitsförderungszentrum
Mag. Eva Mitterbauer
Mag. Inge Koch
Grenzackerstraße 18, 1100 Wien
Tel.: 01/601 18-4267
Email: gfz@pib-wien.ac

Literaturhinweise – Unterrichtsmaterialien ab der 5. Klasse

SUCHTVORBEUGUNG:

AOK-Bundesverband (Hg.) (1994): AOK-Medienpaket: Sucht hat viele Ursachen. Alkohol und Medikamente. Lehrerhandbuch. Remagen.
Das Medienpaket bietet einen allgemeinen Informationsteil zur Lebenssituation von Jugendlichen und zu Alkohol und Medikamente. Der praktische Teil beinhaltet Übungen zur suchtpräventiven und gesundheitsfördernden Arbeit mit Jugendlichen im Alter von 14–17 Jahren.

IFT-München (Hg.) (1998): Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten. Programm für Schüler und Schülerinnen der 5. Klasse mit Informationen zu Nikotin und Alkohol. Lehrermanual mit Kopiervorlagen zur Unterrichtsgestaltung. Hohengehren: Schneider Verlag.
ALF beinhaltet Unterrichtseinheiten zu Alkohol und Nikotin, Übungen zur Standfestigkeit gegen Überredungsversuche und zur Stärkung suchtprotektiver Fertigkeiten.

IFT-München (Hg.) (2000): Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten. Programm für Schüler und Schülerinnen der 6. Klasse mit Unterrichtseinheiten zu Nikotin und Alkohol. Lehrermanual mit Kopiervorlagen zur Unterrichtsgestaltung. Hohengehren: Schneider Verlag.
Zweites Manual zur Durchführung des Präventionsprogramms ALF.

Huber-Flück, B.; Meister, B.; Schüpbach, A. (1994): Vom Straucheln, Strudeln und Sprudeln. Baukasten zur Suchtprävention für die Oberstufe. Schweizer Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme (SFA)Lausanne.
Modulsammlung zur Suchtprävention für die Oberstufe.

Kähnert, H.; Freitag, M. (1998): Suchtprävention. Das Ecstasy-Projekt. Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr.
Bausteinsystem, das neben der Vermittlung von Informationen zu Ecstasy auch Übungen zur Persönlichkeitsförderung enthält.

Kaufmann, H. (1997): Suchtvorbeugung in der Praxis. Ein Arbeitsbuch für Schule und Jugendarbeit. 99 Übungen und Anregungen. Weinheim und Basel: BELTZ.
Ein Arbeitsbuch für Schule und Jugendarbeit.
Robra, A. (1999): Das SuchtSpielBuch: Spiele und Übungen zur Suchtprävention in Kindergarten, Schule, Jugendarbeit und Betrieben. Seelze-Velber: Kallmeyer.
Die fünf Kapitel des Buches decken mit ihren Spielen ein breites Spektrum ab, wie z.B. Entspannungsspiele, Rollenspiele zu verschiedenen Konfliktsituationen, Diskussions- und Entscheidungsspiele, Trainingsspiele zur Lösung von Problemen und Spielaktionen. Den Spielen ist ein einleitender Text für Pädagoginnen und Pädagogen vorangestellt, der das Spiel in den Zusammenhang „Sucht" einordnet und didaktische Hinweise liefert.

SFA (Hg.) (2000): Cannabis. Handbuch für Lehrkräfte. Mit Arbeitsvorlagen für den Unterricht. Lausanne.
Dieses Handbuch ist für den Unterricht mit Schüler ab dem 7. Schuljahr geeignet und gliedert sich: Fakten zu Cannabis und Cannabiskonsum. Umsetzungsvorschläge für den Unterricht. Cannabiskonsum – Was tun? Wie reagieren?

Wettstein, F. u. a. (1996): Gesundheitsförderung in der Schule. Materialien für den Unterricht. Materialien für die Oberstufe. Lehrmittelverlag des Kantons Aargau.
Dieses schweizerische Kompendium für die Gesundheitsförderung gliedert sich in fünf Teile (Hefte): Einführungsheft für alle Schulstufen; „Balance" zu den Themen Spannung, Bewegung und Entspannung; „Genussvoll" zu den Themen Ernährung, Konsum und Suchtprävention; „Hautnah" zu den Themen Körperwahrnehmung, Beziehung und Sexualität sowie „Wir, Ihr und Ich" zum Thema psychisches und soziales Wohlbefinden. Für Hauptschulen und Unterstufen Gymnasium geeignet.

PERSÖNLICHKEITSFÖRDERUNG UND KLASSENKLIMA

Akin, T. u.a. (2000): Gefühle spielen immer mit. Mit Emotionen klarkommen. Ein Übungsbuch. Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr.
Dieses Arbeitsbuch setzt bei den Erfahrungen der Kinder und Jugendlichen an und hilft mit 32 gezielten Übungen und Aufgaben, eigene und fremde Gefühle zu verstehen und Missverständnisse abzubauen. Umsetzung ab der 5. Klasse möglich.

Akin, T. u.a. (2000): Selbstvertrauen und soziale Kompetenz. Übungen, Aktivitäten und Spiele für Kids ab 10. Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr.
Die Übungen und Diskussionsrunden zu Selbstvertrauen, Stressabbau, Angstbewältigung und soziale Kompetenzen bauen aufeinander auf und können sofort mit eigenen Erfahrungen ausgefüllt werden.

Alex, S.; Vopel, K. (1995) : Lehre mich nicht, laß mich lehren. Salzhausen: Iskopress.
Interaktionsspiele für Kinder und Jugendliche.

Becker, G. E. (1997): Lehrer lösen Konflikte. Ein Studien- und Übungsbuch. Weinheim und Basel: BELTZ.
Das Buch beinhaltet Leitlinien für Lehrer/innen zur Konfliktvorbeugung sowie zahlreiche Analysebeispiele und Handlungshilfen.

Faller, K.; Kerntke, W.; Wackmann, M.; (1996): Konflikte selber lösen. Ein Trainingshandbuch für Mediation und Konfliktmanagement in Schule und Jugendarbeit. Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr.
Das Buch enthält neben Übungen und Spiele zum konstruktiven Umgang mit Konflikten ein systematisches Mediationstraining, um die Problemlösungskompetenz von Kindern und Jugendlichen zu fördern.

Fiebig, H.; Winterberg, F. (1998): Wir werden eine Klassengemeinschaft. Soziales Lernen in der Orientierungsstufe. Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr.
Die Materialien dieser Mappe bestehen aus drei Projekten. Diese sollen helfen, zu einer Klassengemeinschaft zusammenzuwachsen. Für die 5. und 6. Klasse einsetzbar.

Fiebig, H.; Winterberg, F. (1999): Wir übernehmen Verantwortung in der Klassengemeinschaft. Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr.
Die Materialien dieser Mappe sind für die 5./6. Klasse, aber auch für die Arbeit mit den nachfolgenden Schülerjahrgängen gedacht. Zu diesem Zeitpunkt ist die gezielte pädagogische Begleitung und Einflussnahme von Schule gefordert, um positive Sozialisationsstrukturen aufzubauen.

Großmann, C. (1996): Projekt: Soziales Lernen. Ein Praxisbuch für den Schulalltag. Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr.
Das Projekt „Soziales Lernen“ stellt 65 praxisorientierte und erprobte Unterrichtsentwürfe ab der 5. Klasse mit zahlreichen konkreten Übungsbeschreibungen vor. Ziel ist es, aus einer Klasse von Individuen eine effektive Lerngruppe zu werden.
Standford, G. (1998): Gruppenentwicklung im Klassenraum und anderswo. Praktische Anleitungen für Lehrer und Erzieher. Aachen-Hahn: Hahner Verlagsgesellschaft.
Dieses Buch ist in erster Linie ein praxisorientierter Leitfaden, der von Lehrer/inne/n im Interesse von Schülern aller Schulstufen und Schularten genutzt werden kann.
Alle Erfahrungen bei Anwendung der in diesem Buch dargestellten Strategien zeigen drei wichtige Resultate: Der Lernerfolg wird gesteigert. Disziplinprobleme nehmen ab. Die Entwicklung der Persönlichkeit wird gefördert.

GESTALTUNG VON ELTERNABENDEN

Hund, W. (1999): Erste Hilfe Schulalltag – Der Elternabend. Mülheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr.
Der Ratgeber gibt Anregungen und Tipps zur Gestaltung von Elternabenden: Wie erreichen Sie, dass sich die Eltern zwanglos kennen lernen? Wie vermeiden Sie ständig zu referieren? Welche Themen interessieren die Eltern überhaupt? Wie kommen Sie mit den Eltern locker ins Gespräch?

VIDEOS

Cool genug? – Sucht beginnt bevor sie auffällt. Gesundheitsressort des Landes Steiermark. 1997.
32 Min./A.
Das Video ist Bestandteil des Materialienkoffers „High genug?“ und enthält vier Clips zur Auseinandersetzung mit der Thematik Sucht. Sie dienen als Anregung für die Arbeit mit Jugendlichen und sollen das kreative Herangehen an das Thema Suchtvorbeugung unterstützen.
Für Jugendliche ab 14 Jahren.

Rave New World – Mit Ecstasy durchs Wunderland der 90er. Dokumentation, Sacco Film. 1994.
45 Min/CH.
Der Film gibt einen Einblick in das Lebensgefühl der Technogeneration. Jugendliche berichten von ihren Erfahrungen mit Musik und Ecstasy, Szeneexperten informieren über Jugendkultur und den Stellenwert der Droge. Dabei steht das Lebensgefühl, das mit nächte- bis tagelangen Tanzparties verbunden ist und bei denen sich viele der euphorisierenden Wirkung von Ecstasy bedienen, im Vordergrund.
Nur für Erwachsene.

Sucht hat viele Ursachen. AOK-Bundesverband.
16 Min./D.
Am Beispiel von vier Jugendlichen werden exemplarische Ursachenfelder für die Entstehung von Sucht aufgezeigt. Der Film will sensibilisieren und zum Gespräch über die eigene Lebenssituation anregen.
Themen: Liebe, Beziehung, Alleinsein, Abgelehnt sein, Langeweile, Sinn, ...
Für Jugendliche ab 14 Jahren.

X-periment. Verband der Brauereien Österreichs und ÖAMTC, mit Unterstützung der European Road Safety Federation und The Amsterdam Group. 1998.
11 Min./A.
Dieser Film informiert anhand eines Experiments anschaulich über die Auswirkungen von Alkohol im Straßenverkehr.
Für Jugendliche ab 17 Jahren und für Erwachsene.

Frühraucher. Institut für Film und Bild in Wissenschaft und Unterricht.
15 Min./D.
Der Film zeigt jugendliche Nichtraucher und Raucher in typischen Alltagssituationen und ihre Meinungen zum Thema „Rauchen“. Themen: Tabak, Konsumverhalten, Eigenverantwortlichkeit, Gruppendruck, Problemlösungsstrategien, ...
Für Jugendliche ab 13 Jahren.