

Suchtprävention in der Schule

Impressum

Herausgeber und Medieninhaber:
Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur,
Abteilung Schulpsychologie – Bildungsberatung
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, Peter Eberle, Ingrid Rabeder-Fink, Ursula Svoboda
Psychoaktive Substanzen:
Alfred Uhl, Alfred Springer
Stoffungebundene Suchtformen:
Margot Brandstetter, Franz Gschwandtner, Peter Eberle, Ingrid Rabeder-Fink

Grafische Gestaltung: Atelier Simma
Druck: Wilhelm Bzoch GmbH

4. überarbeitete Auflage
Wien, Jänner 2012

Auf der beiliegenden CD finden Sie den Text der Broschüre zum Ausdrucken.
Zum Öffnen dieser Dokumente benötigen Sie den Acrobat Reader, der kostenlos von
www.adobe.de herunterzuladen ist.

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	35
Geschlechtsbezogene Suchtprävention	44
Literatur	49

53 > 3. METHODEN SCHULISCHER SUCHTPRÄVENTION

Leben – Erleben – Beleben	60
Suchen – Sehnen – Genießen	77
Verstehen – Möglichkeiten erweitern – Alternativen finden	84
Alkohol – Nikotin – Essstörungen	90
Neue Medien	101

139 > 4. PSYCHOAKTIVE SUBSTANZEN

Einschätzung des Risikos	140
Alkohol	141
Tabak	153
Psychoaktive Arzneimittel	163
Illegale psychoaktive Substanzen	169
Polytoxikomanie	187
Erfahrung mit illegalen psychoaktiven Substanzen in Europa	188

191 > 5. STOFFUNGEBUNDENE SUCHTFORMEN

Essstörungen	192
Problematischer Medienkonsum	202
Glücksspielsucht	212

217 > 6. ANHANG

Helfen statt strafen	216
Rundschreiben Nr. 3/2006	220
Grundsatzerlass Gesundheitserziehung	224
Grundsatzerlass Medienerziehung	229
Essstörungen: Leitfaden – Handeln im Anlassfall	237
Beobachtungsblatt	238
Empfehlenswerte Links	239

Vorwort

Suchtprävention ist eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsförderung in den Schulen. Österreichs Schulen haben sich in den letzten Jahren ganz bewusst dieser Herausforderung gestellt. Schülerinnen und Schüler sollen zu einer positiven und kreativen Lebensgestaltung motiviert werden und lernen, schwierige Lebensphasen zu bewältigen.

Erfahrungsgemäß ist Suchtprävention besonders wirksam, wenn sie zu einem frühen Zeitpunkt einsetzt und längerfristig ist. 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. Wichtig ist auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Lehrerinnen und Lehrern, Eltern und Fachleuten zu fördern.

Die vorliegenden Unterrichtsmaterialien geben einen fundierten Überblick über die Grundlagen, Ansatzpunkte und Methoden schulischer Suchtprävention und unterstützen die Schulgemeinschaft bei der Verbesserung und Weiterentwicklung ihrer Aktivitäten zur Suchtprävention.

Ich danke allen Autorinnen und Autoren für die Erstellung dieser Materialien und wünsche allen engagierten Lehrerinnen und Lehrern, Eltern und Expertinnen und Experten viel Erfolg in der Suchtprävention.

Dr. Claudia Schmied
Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur

➤ Einleitung

Liebe Leserinnen und Leser,

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 professionellen 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 suchtpreventiv 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 Kapitel **Grundlagen** werden relevante Begriffe rund um die Themen Sucht und Suchtvorbeugung erörtert. Es 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 „Umgang mit Essstörungen“ werden konkrete Hinweise zur Vorgangsweise bei Problemen und Krisen gegeben
- Im Kapitel **„Methoden schulischer Suchtprävention“** sind zu unterschiedlichen Themenbereichen Anregungen, bewährte Übungen und Spiele sowie Vorschläge für die Unterrichtsgestaltung gesammelt.
- Das Kapitel **„Psychoaktive Substanzen“** stellt umfassende Informationen über legale und illegale Drogen bereit. 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 **„Stoffungebundene Suchtformen“** gibt einen Überblick über die Bereiche Essstörungen, Problematischer Medienkonsum und Glücksspielsucht.
- Im **Anhang** finden Sie Anleitungen zum Suchtmittelgesetz (BGBl. Nr. 112/1997) in der Schulpraxis, die Grundsatzерlässe „Gesundheitserziehung“ und „Medienerziehung“ als wichtige Basis suchtpreventiver Praxis und empfehlenswerte Links.

Das Redaktionsteam wünscht viel Freude und Erfolg beim Umsetzen der Inhalte dieser Publikation.

Beatrix Haller, Schulpsychologie – Bildungsberatung und Ingrid Rabeder, 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 nichtsubstanzgebundene Süchte, wie Spielsucht, Fernsücht, Fettsucht, Magersucht, Sexsucht usw. auszudehnen.

Um der Gefahr der Beliebigkeit des Suchtbegriffs entgegenzuwirken, ist es allerdings notwendig, auch in Zusammenhang mit nichtsubstanzgebundenen 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 Diseases): 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/innen und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren 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)

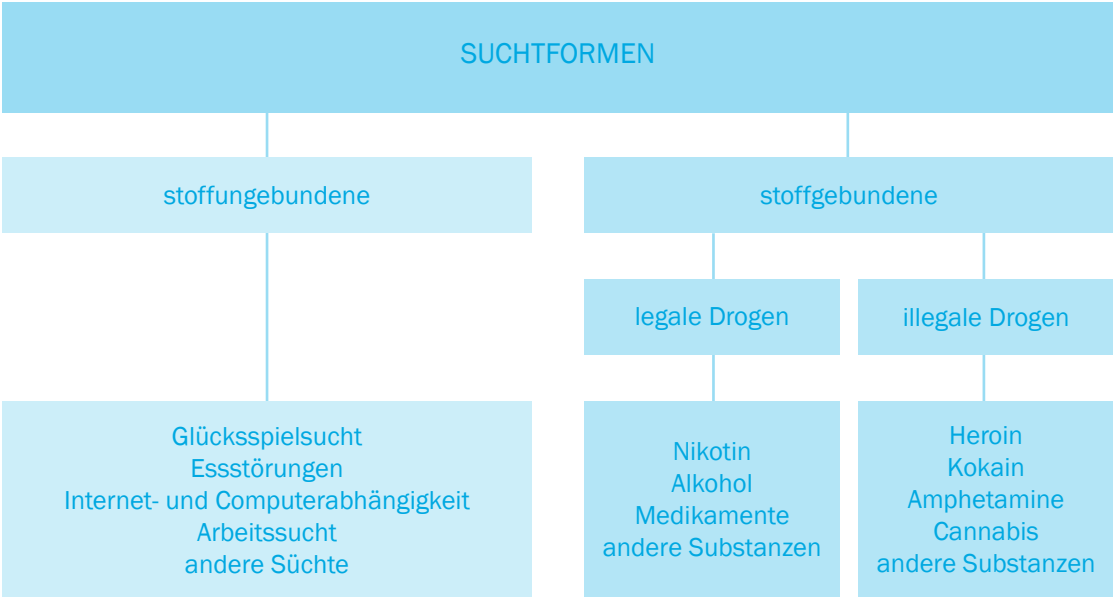
PSYCHISCHE UND PHYSISCHE ABHÄNGIGKEIT

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



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, S. 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 suchtpreventiver 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:

➤ „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 24 g Alkohol/16 g 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 60 g/40 g 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 nichtstoffgebundener 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 „Drogen und Drogenmissbrauch“, BMUKK, 2007):

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
- Peergroup-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 der Suchtentstehung

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 suchtp Präventiver 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, Versägenserlebnisse in der Schule, mangelhafte soziale Unterstützungssysteme, Sinn- und Orientierungskrisen 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 es, 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 Suchtp Prävention 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.“ Die gebräuchlichsten Einteilungen von Prävention und Präventionsmaßnahmen sehen wie folgt aus:

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. Die gebräuchlichsten Einteilungen von Prävention und Präventionsmaßnahmen sehen wie folgt aus:

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/innen, Pädagog/innen 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/innen, 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.

UNIVERSELLE – SELEKTIVE – INDIZIERTE PRÄVENTION

- **Universelle Prävention**, zielt auf die Allgemeinheit. Darunter fallen Maßnahmen, die für alle Personen einer Population wünschenswert sind. Zum Beispiel: Schulprogramme zur Förderung der Lebenskompetenzen der SchülerInnen, massenmediale Kampagnen, Maßnahmen am Arbeitsplatz. Universelle Prävention ist unterstützend und proaktiv. Ein Vorteil universeller Maßnahmen ist, dass niemand stigmatisiert wird und dass durch sie eine große Breitenwirkung erzielt werden kann.
- **Selektive Prävention**, fokussiert auf Risikogruppen. Sie zielt auf Individuen ab, deren Risiko, Substanzmissbrauch zu zeigen, bzw. abhängig zu werden, über dem Durchschnitt liegt, z. B. Kinder von Eltern, bei denen Alkoholismus aufgetreten ist.
- **Indizierte Prävention**, zielt auf Personen mit manifesten Problemen. Sie ist Personen vorbehalten, die bereits ein manifestes Risikoverhalten entwickelt haben.

(Gschwandtner 2011, S.324–325; Uhl, 2007)

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 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 (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: 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.
(Bühler&Kröger, 2006; Uchtenhagen, 2000; AOK 1994)

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 Gesundheitsförderungs politik 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 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 2006 „Health behaviour in school-aged children“, die alle vier Jahre durchgeführt wird (Alter der Kinder und Jugendlichen: 11, 13, 15 und seit 2010 auch 17 Jahre) spielt die Schule für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Schüler/innen eine bedeutende Rolle: Schüler/innen, die eine gute Beziehung zu ihren Mitschüler/innen und Lehrer/innen haben, fühlen sich gesünder. Gleiches gilt auch in Bezug auf ihr Gesundheitsverhalten: diese Schüler/innen weisen ein vermindertes Risiko auf, aktiv an Bullying-Attacken beteiligt zu sein, zu rauchen oder sich zu betrinken.

Auch die aktuellen HBSC-Daten aus 2010 zeigen: Subjektive Gesundheit, Lebenszufriedenheit und gesundheitlichen Beschwerden der österreichischen SchülerInnen werden von schulischen Faktoren wie Schulzufriedenheit, Beziehungen zwischen den SchülerInnen, Schulbelastung und Schulleistung beeinflusst. Besonders stark ist der Einfluss von schulischen Faktoren auf den Konsum von Tabak und Alkohol. Bei SchülerInnen mit einer sehr hohen Schulzufriedenheit (wie gut es dem/der SchülerIn derzeit in der Schule gefällt) und einer sehr guten Schulleistung ist die Wahrscheinlichkeit, nicht zu rauchen, deutlich höher und das Risiko, wöchentlich Alkohol zu trinken, deutlich niedriger

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 (struktuorientiert)

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. (Lagemann&Rabeder-Fink, 2011, S. 208–211; Kolip 1999)

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.

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.

Ansatzpunkte schulischer Suchtprävention

PERSON

Förderung der Lebenskompetenzen:

- substanzunspezifisch: Selbstwahrnehmung, Empathie, kreatives Denken, kritisches Denken, Entscheidungsfähigkeit, Problemlösefähigkeit, effektive Kommunikationsfähigkeit, interpersonale Beziehungsfähigkeit, Gefühlsbewältigung, Stressbewältigung
- substanzspezifische/verhaltensspezifisch: sachspezifisches Wissen, substanzspezifische/verhaltensspezifische Selbstwirksamkeit, normativ beliefs, Wirkungserwartungen, Standfestigkeit/Selbstbehauptung
- Stärkung von Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit
- Stärkung des Kohärenzgefühls (Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit, Bewältigbarkeit)
- Erlebnisalternativen zu suchtriskanten Verhaltensweisen eröffnen
- Hilfe bei der Bewältigung von auftretenden Krisen und zum Umgang mit Krisen generell

STRUKTUR

- Partizipationsmöglichkeiten von Schülerinnen, LehrerInnen, Eltern schaffen und erweitern
- Verbesserung des Schul- und Klassenklimas
- Gute räumliche Bedingungen zur Verfügung stellen
- Erschließung von Ressourcen (Kontaktlehrer, Supervision, Fortbildungsangebote...) u. a.
- Überschaubare Strukturen und klare Regeln
- Gute Arbeits- und Lernbedingungen schaffen
 - adäquates Lerntempo und Leistungsniveau
 - Angebote von Unterrichtsprojekten
- den Präventionsrichtlinien entsprechendes Umsetzungskonzept für Präventionsmaßnahmen

Substanz/Verhalten

- Altersangemessene, erfahrungsbezogene, sachliche Information
- Vorbildverhalten der LehrerInnen
- Information über Beratungs- und Hilfsangebote
- klare Regeln zum Substanzkonsum auf dem Schulareal
- Förderung gesunder Alternativen

PSYCHOAKTIVE SUBSTANZ

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

Elemente von Lebenskompetenzprogrammen sind:

- **Selbstkonzept und Selbstwertgefühl**
Themen/Inhalte: Selbstwert und Selbstvertrauen, Selbstwertsteigerung, systematische Einübung positiven gegenseitigen Feedbacks 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),**
Themen/Inhalte: Stressmanagement, Angstbewältigung, Entscheidungen treffen, Entspannungsübungen, Konfliktbewältigung
- **Kompetenz zur Lösung von Problemen und zum Treffen von Entscheidungen**
Kinder/Jugendliche sollen lernen konstruktiv mit Problemen des täglichen Lebens umzugehen. Themen/Inhalte: Problemlösungsstrategien, realistische Ziele setzen und 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.

(Petersmann&Roth, 2006; Mittag&Jerusalem, 2000; Leppin, 1998, S. 215–217).

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 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) 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 zu 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 Feedback 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 handlungsorientiertes Lernen fördern

FÖRDERUNG VON RAHMENBEDINGUNGEN: STRUKTURORIENTIERTE ANSATZPUNKTE SCHULISCHER SUCHTPRÄVENTION

Präventionsmaßnahmen können ihre Wirkung nur in einem gesundheitsförderlichen Gesamtkontext entfalten. Im Idealfall haben suchtpreventive 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
- Einsatz neuer Lehrformen (Teamteaching, Begleit- und Stützlehrer/innensystem)
- Gute Zusammenarbeit mit den Eltern
- 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)

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/innen 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, unrealistische 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

Es 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 Ernährung, Diäten, Jo-jo Effekt), Leibesübungen (Körpererfahrung, Entspannung, ...), Kunst/Erziehung (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?

➤ Einzelaktionen, ExpertInnen ohne Einbindung in den Unterricht, unkoordinierte Vorgangsweise

Einzelaktionen hinterlassen oft keine Spuren und begleiten Kinder und Jugendliche nicht in ihrer Entwicklung. Ein zentrales Kriterium für wirksame Prävention ist der zeitliche Umfang. Eine koordinierte und langfristige Vorgangsweise unterstützt Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung.

Expert/inn/en können in idealer Weise bereits vermittelte Inhalte ergänzen und bestätigen, ohne Anbindung im Unterricht verpuffen sie rasch in ihrer Wirkung. Eine gezielte Vorbereitung und Nachbereitung ist im Sinne der Nachhaltigkeit unabdingbar. Stabile Persönlichkeitsmerkmale wie Selbstwert können nicht durch externe Experten „hergestellt“ werden sondern können nur in der Interaktion mit bedeutsamen Personen im sozialen Umfeld entstehen. Strukturelle Verankerung des Themas Suchtprävention in der Schule, Durchführung von z. B. Lebenskompetenzprogrammen sind hier angezeigt.

➤ Einseitige, unsachliche Information

Jugendliche reagieren auf einseitige Wissensvermittlung sehr sensibel und relativieren den Wert der Aussagen über die Gefährdung durch illegale Drogen, wenn gleichzeitig die viel präsenteren legalen Drogen nicht behandelt werden. Dies kann auch zur Bagatellisierung

des Missbrauchs legaler Suchtmittel führen. Einseitige, sachlich inkorrekte Information hält einer kritischen Überprüfung nicht stand (vgl. inhaltlich ausgewogene Wissensvermittlung). Die Information sollte möglichst sachlich sein und dem Entwicklungsstand der Kinder und Jugendlichen entsprechen. Eine einseitig abschreckende, moralisierende, reißerische Darstellung sollte vermieden werden. Es entsteht dadurch häufig nur kurzfristige Betroffenheit. Die sensationelle Darstellung kann Widerstand verstärken oder Sensationslust/ Abenteuerlust/Neugierde anregen. Die Moralisierung regt zum Widerspruch an. Abschreckende Filme oder solche mit besonders realistischer Darstellung, von Suchtproblemen, können für Jugendliche, besonders für gefährdete Jugendliche paradoxerweise anziehend wirken und ihre Neugier verstärken.

➤ **Einladen von (ehemaligen) Suchtkranken als Präventionsmaßnahme**

Grundsätzlich ist hier festzustellen, dass allein die Tatsache, dass jemand eine Krankheit überwunden hat nicht automatisch zu einem Präventionsexperten/einer Präventionsexpertin qualifiziert. Dafür ist entsprechendes Fachwissen Voraussetzung.

Folgende Bedenken sind zusätzlich anzumerken:

- Durch eine interessante/faszinierende/ungewöhnliche Darstellung einer „Drogenkarriere“ kann Interesse/Neugierde geweckt werden.
- Der/Die Berichtende kann als letztendlich doch erfolgreiches Modell (er/sie hat die Krankheit ja überwunden und hat eine spannende Geschichte zu erzählen) missverstanden werden
- Es wird möglicherweise einseitig auf (illegale) Substanzen bzw. Suchterkrankungen fokussiert.
- Die Lehrkraft kann wenig beeinflussen, welche Inhalte vermittelt werden.

ERGEBNISSE DER PRÄVENTIONSFORSCHUNG ZEIGEN, DASS ERFOLGREICHE SUCHTPRÄVENTION FOLGENDE KERNELEMENTE ENTHALTEN MUSS:

- Präventionsaktivitäten müssen didaktisch über die kognitive Ebene der Wissensvermittlung hinausgehen. Sie müssen insbesondere interaktiv gestaltet sein (Bühler& Kröger, 2006; McGrath, Sumnall, McVeigh&Bellis, 2006; Wilson, Gottfredson&Najaka, 2001; National Institute on Drug Abuse, 2003; Hawks, Scott&McBride, 2002; Cuipers, 2002)
- Präventionsmaßnahmen, die auf dem Konzept des sozialen Einflusses (=auf der Basis der Theorie des sozialen Lernens), und dem der Life skills basieren, sind effektiv, Programme mit mittlerer Intensität und Länge sind effektiver. Zusätzliche verhältnispräventive Komponenten verbessern die Effektivität (Bühler&Kröger, 2006)
- Adäquate Aus- und Weiterbildung; Booster-Trainings usw. (Hawks, Scott&McBride, 2002)
- Wenn Prävention in der Schule kontinuierlich durchgeführt wird, der Großteil des Kollegiums einbezogen ist und die Maßnahmen strukturell verankert sind, sind die Effekte nachhaltiger (Melzer, Schubarth&Ehninger, 2006).
- Präventionsprogramme müssen gut strukturiert sein und reflektiert werden. Es bedarf einer Infrastruktur und der Abstimmung der Akteure (Melzer, Schubarth&Ehninger, 2006).
- Prävention ist dann besonders wirkungsvoll, wenn sie in den Lebensweltzusammenhang der SchülerInnen eingebettet ist und deren Interessen entspricht. Für Schule begründet dies die Notwendigkeit der Einbindung der außerschulischen Umwelt und die Vernetzung mit Partner/inne/n, sowie einer Schüler/innenorientierung des Unterrichts mit interaktiven Lernformen wie z. B. offener Unterricht und Projektlernen (Melzer, Schubarth&Ehninger, 2006).

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.

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 beatrix.haller@bmukk.gv.at

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“

Das Faltblatt „Helfen statt strafen – Anleitung zum Suchtmittelgesetz in der Schulpraxis“ kann bestellt werden bei: Amedia, Servicebüro: office@amedia.co.at, Kosten: Manipulations- und Versandkosten oder steht als Download zur Verfügung: www.schulpsychologie.at

UMGANG MIT ESSSTÖRUNGEN: ANREGUNGEN FÜR LEHRER/INNEN

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 grundsätzlich:

Eine Essstörung lässt sich in der Schule weder verhindern noch heilen. Eine Therapie/Beratung kann nur außerhalb der Schule stattfinden. Keinesfalls aber sollte das Problem ignoriert werden. In Verantwortung der Schule ist es, Regeln für den Umgang mit Betroffenen zu entwickeln und das gesamte Kollegium darüber zu informieren.

Eine möglichst frühzeitige therapeutische Intervention ist für die Heilungschancen einer Essstörung sehr wichtig. Deshalb muss es Ziel sein, dass Betroffene möglichst rasch professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Wesentlich sind ein konsequentes Vorgehen und eine unterstützende Haltung den Betroffenen gegenüber.

Für den Umgang mit Erkrankten in der Schule gilt es daher in Absprache mit Eltern, Schulärztin/Schularzt, Schulpsychologin/Schulpsychologen und Schulleitung jeweils individuelle Vereinbarungen in Bezug auf Leistungserbringung, Absenzen, Teilnahme an Schulveranstaltungen usw. zu treffen.

Regelmäßige Konsultationen von Fachleuten (Schularzt, Schulpsychologen, Beratungsstelle, Fallsupervisionen, Therapeut/innen) stellen sicher, dass die Schule den Genesungsprozess unterstützt.

Gespräche mit der/dem Betroffenen

Es sollte in den Gesprächen signalisiert werden: „Ich bin beunruhigt.“, „Wir müssen etwas tun.“ Es geht darum, in Kontakt miteinander zu treten und Unterstützungsbereitschaft zu zeigen. Wichtig ist dabei, besorgniserregende Veränderungen anzusprechen, Klarheit darüber zu gewinnen, wie es der/dem Betroffenen geht und deutlich zu machen, dass sich das Verhalten der/des Betroffenen ändern muss.

Meist braucht es mehrere Gespräche, bis Veränderung möglich ist. Wichtig ist daher, das Gesprächsangebot aufrechtzuerhalten. Sprechen Sie Betroffene **niemals vor der ganzen Klasse** oder in Anwesenheit anderer SchülerInnen oder LehrerInnen an. Machen Sie geplante weitere Schritte gegenüber der/dem Betroffenen immer transparent (z. B.: Einbinden von Eltern, Schularzt/Schulärztin etc.). Wenn keine Verhaltensänderung erfolgt bzw. der Zustand besorgniserregend ist, sollten Sie der/dem Betroffenen gegenüber klarstellen, dass für die Schule eine ärztliche Untersuchung/psychologische Beratung unabdingbar ist.

(vgl. Leitfaden – Handeln im Anlassfall, Anhang)

Gespräch mit den Erziehungsberechtigten

In einem Elterngespräch sollte das **Wohl der Schülerin/des Schülers** im Zentrum stehen. Es empfiehlt sich, das **veränderte Verhalten der/des Betroffenen und Ihre Sorge darüber** in den Vordergrund zu stellen. Verzichten Sie auf Vermutungen, Hypothesen Ratschläge und Belehrungen. Stellen Sie keine Diagnose („Ich glaube, Ihr Kind hat eine Essstörung.“), sondern

rücken Sie bei einem ersten Gespräch das Verhalten des Kindes/Jugendlichen in den Vordergrund (Isolation des Kindes, Fehlzeiten, Spielverhalten, Teilnahme am Sport- oder Schwimmunterricht, fehlende soziale Initiative, Freudlosigkeit, Rückzug von den Freundinnen...).

Mit der Überzeugung „Eltern wollen das Beste für ihr Kind“ gelingt es leichter, den Eltern die nötige Anerkennung und den Respekt entgegenzubringen, damit sich diese auf Ihr Gesprächsangebot einlassen können. Der Inhalt des Elterngesprächs sollte grundsätzlich vertraulich sein.

Das sollte den Eltern bzw. den Erziehungsberechtigten mitgeteilt bzw. ermöglicht werden:

- Sie sollen auf die Situation ihres Kindes aufmerksam gemacht werden.
- Sie sollen die Verantwortung für weitere Schritte übernehmen können.
- Sie sollen über Unterstützungsmöglichkeiten (Schulärztlichen Dienst, Schulpsychologie–Bildungsberatung, Erziehungsberatungsstellen...) informiert werden.

Klassenintervention

Grundsätzlich gilt für den Umgang mit der/dem Betroffenen in der Klasse: Geben Sie dem „Symptom Essstörung“ keine übermäßige Bedeutung. Behandeln Sie betroffene SchülerInnen nicht wie ein rohes Ei, sondern wie einen normalen Menschen. Sorgen Sie für Möglichkeiten, die zur Integration und zu einem guten Klassenklima beitragen.

Informationen über die Erkrankung fallen unter die ärztliche Verschwiegenheit und dürfen nur mit dem Einverständnis der/des Betroffenen und der Eltern weitergegeben werden. Oberstes Gebot ist, dass die Rechte und die Privatsphäre nicht verletzt werden.

Wenn die Erkrankung der/des Betroffenen thematisiert werden darf, also das Einverständnis gegeben wurde:

- Stellen Sie nicht die Essstörung an sich ins Zentrum, sondern die Frage, wie alle Beteiligten mit der Tatsache, dass die Schülerin erkrankt ist, gut umgehen und positive Unterstützung leisten können.
- Informieren Sie die MitschülerInnen darüber, dass die nötigen medizinischen/therapeutischen Schritte eingeleitet wurden.
- Weisen Sie die MitschülerInnen darauf hin, dass auch sie Unterstützung in Anspruch nehmen können; informieren Sie über Angebote.

Fragen zu „Essstörungen“ können Sie allgemein beantworten. Ist der/die Betroffene anwesend, schützen Sie ihn/sie vor persönlichen Detailfragen und achten Sie darauf, dass die Schülerin/der Schüler durch ihre/seine Erkrankung nicht die Rolle einer Expertin/eines Experten für Diäten, Abnehmen, Essstörungen in der Klasse übernimmt oder zum positiven Modell für Schlankheit, Selbstdisziplin, etc. wird.

Das können Sie immer tun

Sie können jederzeit allgemeine Themen, wie sie im Übungsteil angeführt sind, in der Klasse bearbeiten:

- Probleme und Veränderungen in der Pubertät
- Was sind Essstörungen? – sachliche Information
- Themen zu Ernährung, Schönheit, Körperwahrnehmung, Frauen- und Männerrollen, Identitätsfindung, Umgang mit Stress...

Wird durch die Essstörung eine Dynamik ausgelöst, die sich negativ auf die Beziehungsgestaltung und das Klassenklima auswirkt, empfiehlt es sich fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen (BetreuungslehrerIn, erfahrene KollegInnen, Schulpsychologie, Kinder- und Jugendanwaltschaft).

Rechtliche Rahmenbedingungen

Bei dringendem Verdacht auf eine Essstörung, muss die Schulärztin/der Schularzt hinzugezogen werden. Eine schulärztliche Untersuchung kann nach §11 Abs. 6 SCHuG von der Schulleitung angeordnet werden, wenn Bedenken bestehen, ob der/die Schüler/in aus gesundheitlichen Gründen in der Lage ist, dem Unterricht zu folgen. Diese schulärztliche Untersuchung hat auch zu erfolgen, wenn die jährliche Schuluntersuchung bereits stattgefunden hat.

Die Schulleitung wird Kontakt mit den Eltern aufnehmen, unter Umständen auch mittels eines eingeschriebenen Briefs, um ein gemeinsames Gespräch zwischen Direktion, Schulärztin/ Schularzt und den Erziehungsberechtigten zu erreichen. Sind die Erziehungsberechtigten nicht einsichtig und besteht eine Gefährdung des Kindeswohls, so muss eine Meldung von der Schulleitung an die Jugendwohlfahrt erfolgen. Für eine Weitervermittlung an außerschulische Beratungs- und Hilfseinrichtungen ist die Schulärztin/der Schularzt und die Schulpsychologin/ Schulpsychologe zuständig, da nur diese/r eine Diagnose stellen dürfen.

Die Schulärztin/der Schularzt unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht und darf weder die LehrerInnen noch die Schulleitung über eine Diagnose informieren. Sie/er hat die Schulleitung zu informieren, dass eine schulärztliche Abklärung erfolgt ist.

Der Text ist ein Auszug aus „x.act Essstörungen (Institut Suchtprävention, 2010). Detaillierte Informationen im Umgang mit Essstörungen und Arbeitsblätter für den Einsatz im Unterricht finden Sie: www.prävention.at/x-act Essstörungen

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 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 und 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 bewusstseinsweiternde 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.

Aus 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. 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 (Petermann&Roth, 2006; S. 104–106; 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, zit. nach Franzkowiak, 1999, S. 64). Dazu gehört der eigenverantwortliche, selbstkontrollierende Umgang mit psychoaktiven Substanzen als wichtige Kulturfertigkeit (Schneider, 2000, S. 43).

AKTUELLE BEFUNDE ZUR LAGE DER JUGEND

Der **„6. Bericht zur Lage der Jugend in Österreich“** des Bundesministeriums für Wirtschaft, Familie und Jugend (2011) zeigt folgende aktuelle Befunde:

- Jugendliche sind von der Verschlechterung der Arbeitsmarktlage seit 2008 besonders betroffen (Aufnahmesperren, verlieren als erste ihre Beschäftigung, da sie noch nicht zu den Kernbelegschaften gehören und großteils über flexible Beschäftigungsformen, insbesondere Leiharbeit und freie Dienstnehmerverträge eingestellt wurden. Die Jugendarbeitslosigkeit ist deutlich höher als in anderen Altersgruppen (S.86)
- Jugendliche mit Migrationshintergrund haben deutlich geringere Bildungschancen und Schwierigkeiten auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen (S.84).
- Die Einkommenssicherheit der Jugendlichen wird geringer, eine eigenständige Lebensplanung somit erschwert (flexible Beschäftigungsformen, Übergang zur Regelbeschäftigung schwierig, Verringerung der Zahl der Eintrittsporten in den Arbeitsmarkt) (S. 87ff.).
- 13 Prozent der Jugendlichen zwischen 10 und 27 Jahren sind armutsgefährdet. Das entspricht einem Viertel aller armutsgefährdeten Menschen in Österreich (S. 170).
- Der Freundeskreis und die Familie sind die wichtigsten Lebensbereiche für Jugendliche. Der Lebensbereich Arbeit verzeichnet kontinuierlichen Bedeutungszuwachs. Arbeitslosigkeit steht an der Spitze jener Faktoren, über die sich Jugendliche große Sorgen machen (185ff.).
- Die Qualität der Eltern-Kind Beziehung wird von den österreichischen Jugendlichen großteils positiv beschrieben und als partnerschaftlich-dialogorientiert erlebt. Es gibt aber deutliche Unterschiede nach Bildungssegmenten (S. 200).
- Jugendliche erfahren von ihren Eltern immer öfter Leistungsdruck. Viele haben das Gefühl, dass sie nicht um ihrer selbst willen sondern für die von ihnen erbrachten Leistungen geliebt werden (S. 206).
- Jugendliche und junge Erwachsenen fühlen sich unter permanenten Druck gesetzt. Fast 70 Prozent der 11–29-Jährigen geben an, in Arbeit und Ausbildung stark unter Druck zu stehen (S. 231).

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 Antonovsky, 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. 61f

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 Jahrzehnten zurückgegangen. Dennoch sind Geschlechterunterschiede beim Rauchen noch vorhanden. Bei der österreichweiten Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch (Uhl et al., 2009) gaben insgesamt 38 Prozent der Befragten an, zu rauchen, wobei der Raucher/innenanteil der Männern (43 Prozent) deutlich über jenem der Frauen (34 Prozent) liegt. Ein ähnliches Bild zeigt sich beim täglichen Rauchen: 31 Prozent der Männer und 26 Prozent der Frauen gaben an, täglich zu rauchen. Bei den starken RaucherInnen zeigen ebenfalls die Männer höhere Werte: 18 Prozent der Männer und 12 Prozent der Frauen gaben an, 20 Zigaretten oder mehr, pro Tag zu rauchen.

Verallgemeinert und etwas salopp formuliert lässt sich sagen: Jungen und Männer rauchen häufiger und die stärkeren Zigaretten, trinken häufiger, exzessiver und härtere Alkoholika, konsumieren häufiger Cannabis, 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). Auch die HBSC Studie (2011) zeigt: Mädchen sind generell eher geneigt zu Medikamenten zu greifen als Jungen. Mädchen schätzen ihren Gesundheitszustand insgesamt schlechter ein als Burschen und berichten über eine größere Beschwerdelast (HBSC, 2011). Sie konsumieren zwar risikoärmer, aber die Gruppe, die den Weg in den harten Konsum geht, ist hoch suchtgefährdet (früher Einstieg, rasche Abhängigkeitsentwicklung, rasche Verelendung) (Heffnerich, 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

„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 Unkonventionalität, alles im Griff haben. Der Konsum von psychoaktiven Substanzen können 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

„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. 9f.)

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. „Risikantener 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
- Schulische Leistungsanforderungen und Übergänge
- Umgang von Mädchen und Jungen miteinander
- Partnerschaft, Sexualität
- Auseinandersetzung mit Männlichkeits- und Weiblichkeitsbildern
- Erweiterung kommunikativer Kompetenzen, Konfliktfähigkeit, Gefühle zeigen

(vgl. Kapitel: Förderung von Lebenskompetenz 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/innen 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., (2008): Lehrbuch Suchtprävention. Von der Drogennaivität zur Drogenmündigkeit. Geesthacht. Neuland

Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (Hrsg.), 6. Bericht zur Lage der Jugend, Wien 2011

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

Bühler, A./Kröger, Ch. (2006): Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. (Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). Köln

Bühringer, G./Bühler, A. (2010): Prävention von Suchterkrankungen. In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3. Auflage, Bern, Verlag Huber, S. 249–258

Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (Hrsg.) (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Köln. Zugriff am 24.10.2011 http://www.dji.de/bibs/13_Kinder_und_Jugendbericht_DRS_1612860.pdf

Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (Hrsg.), 6. Bericht zur Lage der Jugend, Wien, 2011

Burkhard, E. (2000): Persönlichkeitslernen. In: U. Siefert, 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

Christiansen, H., Frötscher, F., Plack, K. & Röhrle, B. (2009). Wirksame Komponenten in der Suchtprävention: ausgesuchte Studien und Ergebnistrends. In R. Hanewinkel & B. Röhrle (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung Bd. IV. Prävention von Sucht und Substanzmissbrauch (S. 135–162). Tübingen: DGV Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

Cuijpers, P. (2002): Effective ingredients of school-based drug prevention programs – a systematic review. In: Addictive Behaviors 27, S. 1009–1023

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
- Gschwandtner, F./Paulik, R./Seyer, S./Schmidbauer, R.** (2011): Präventionsforschung. In: Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, Sektion Familie und Jugend, Abteilung II/5 (Hrsg.): Sechster Bericht zur Lage der Jugend in Österreich. Jugend aus Sicht der Wissenschaft (Teil A) Jugendarbeit (Teil B). Wien. S. 323–338
- Gutzwiler, F., Jeanneret, O.** (Hg.) (1996): Sozial- und Präventivmedizin Public Health. Huber, Bern
- Gutzwiler, F./Wyder, H./Stähli, R.** (2000): Prävention und Risikominderung. In: Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management, (Hrsg.: Uchtenhagen, A./Zieglgänsberger), München und Jena, S. 235–243
- Gutzwiler, F./Wyder, H./Stähli, R.** (2000): Ziele und Aufgaben der Suchtprävention. In: Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management, (Hrsg.: Uchtenhagen, A./Zieglgänsberger), München und Jena, S. 243–250
- Hafen, M.** (2001): Die Begrifflichkeit in der Prävention – Verwirrung auf alle Ebenen. Abhängigkeiten, 7, 33–49
- Hageman-White, C.** (1984): Sozialisation: weiblich – männlich? Opladen
- Hanewinkel, R. & Röhrle, B.** (Hrsg.). (2009). Prävention und Gesundheitsförderung Bd. IV. Prävention von Sucht und Substanzmissbrauch. Tübingen: DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Hawks, D.; Scott, K.; McBride, M.** (2002): Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention, (Hrsg.: World Health Organisation), Perth
- Heifferich, 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): Psyhyrembel – 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: SuchtReport 6/2000. 29–36
- Hurrelmann, K., Bründel, H.** (1997): Drogengebrauch-Drogenmissbrauch. Eine Gratwanderung zwischen Genuss und Abhängigkeit. Darmstadt
- Hurrelmann, K., Mansel, J.** (1993): Individualisierung in der Freizeit. In: Zentrum für Kindheits- und Jugendforschung (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
- Kirch, W./Badura, B.** (Hrsg.) (2006): Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses Dresden, 1. und 2. Dezember 2005. Heidelberg: Springer
- 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 Geschlechtsspezifität 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
- Lagemann, Ch./Rabeder-Fink, I.** (2011): Suchtprävention. In: Dür, W./Felder-Puig, R. (Hrsg.): Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber, S. 206–214
- 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 und Perspektiven der Prävention. Neuwied. 9–21
- Leppin, A., Hurrelmann, K.** (2000): Jugendliche und Alltagsdrogen. Konsum und Perspektiven der Prävention. Neuwied
- Leppin, A.** (2010): Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförde-

- rung. 3. Auflage, Bern, Verlag Huber, S.35–44
- Loviscach, P.** (2000): Genese. In: Stimmer, F. (Hg.): Suchtlexikon. Oldenbourg, München
- McGrath, Y.; Sumnall, H.; McVeigh, J.; Bellis, M.** (2006): Drug use prevention among young people: a review of reviews, (Hrsg.: National Institute for Health and Clinical Excellence), London
- Petermann, H./Roth, M.** (2006): Suchtprävention im Jugendalter: Interventionstheoretische Grundlagen und entwicklungspsychologische Perspektiven. Weinheim. Juventa
- Quensel, S.** (2004): Das Elend der Suchtprävention. Analyse – Kritik – Alternative. Wiesbaden
- Röhrle, P.** (2009): Evaluationsprogramme zu Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention – was können sie leisten? In: Senioren Frauen und Jugend, Bundesministerium für Familie (Hrsg.): Materialien zum Dreizehnten Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Köln. S.69–154. Zugriff am 24.10.2011: http://www.dji.de/bibs/13_KJB_Expertise_Roehrle_Evaluationsprogramme.pdf
- 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
- Sting, S./Blum, C.** (2003): Soziale Arbeit in der Suchtprävention. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Band 2. München-Basel, Ernst Reinhard Verlag
- Sting, S.** (2009): Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter. Potenziale und Grenzen der verschiedenen Ansätze zur Suchtprävention im Hinblick auf Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung der Lebens- und Risikolagen und der Suchtgefährdung von Kindern und Jugendlichen. Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (Hrsg.): Materialien zum Dreizehnten Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Köln. S. 9–46. Zugriff am 24.10.2011: http://www.dji.de/bibs/13_KJB_Expertise_Sting_TG_Suchtpraevention.pdf
- Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich** (1998): Sucht-Drogen-Prävention. Eine Lektionensreihe für das 6. bis 10. Schuljahr. Langnau a/A
- Uchtenhagen, A., Ziegglänsberger, 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 Action 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., Kobra, U., Bachmayer, S., Beiglböck, W., Preinsberger, W., Mader, R.** (2001): Handbuch: Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends. 2. überarb. 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 österreichischen Fachstellen für Suchtprävention. BM für soziale Sicherheit und Generationen, Wien (www.api.or.at/lbi/download.htm)
- Uhl, A.** (2007): Begriffe, Konzepte und Menschenbilder in der Suchtprävention. In: SuchtMagazin, 33, 3–11
- Uhl, A./ Strizek, J./ Puhm, A./Kobra, U./Springer, A.** (2009): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2008 – Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Vogel, G.** (1999): ... Immer gut drauf? Ideenbuch zur jugendspezifischen 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.
- Wilson, D. B.; Gottfredson, D. C.; Najaka, S. S.** (2001): School-based prevention of problem behaviours: a meta-analysis. In: Journal of Quantitative Criminology, Vol. 17, No. 3, S. 247–272
- 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., Baldaszi, E.** (2000): Essverhaltensstörungen – Wie groß ist das Problem bei Wiener Schülerinnen und Schülern? 2. Wiener Essstörungenenquête

➤ Methoden schulischer Suchtprävention

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	56
Didaktische Hinweise zur Durchführung eines Rollenspiels	58

60 ➤ 1. LEBEN – ERLEBEN – BELEBEN

Collagen „ICH“	60
Besondere Dinge über mich	60
Was ich gerne mache	61
Freizeittorte	61
Vorstellung mit Gefühl	62
Fragespiel „Gefühle“	62
Meine Ziele	63
Schätze dich selbst ein	64
Ein starker Auftritt	64
Haus – Baum – Hund	66
Lügendetektor	66
Spul's zurück	67
Aktiv zuhören	67
Die Feedback-Karte	69
Den anderen etwas Gutes tun	69
Wünsche auf meinem Rücken	69
Die Gruppe und ihre Außenseiter	70
Klassenreportage	70
Unser Klassenklima	71
Etwas verändern	71
Lieblingsgeschmäcker	72
Blindenführung	72
Regenmacher	72
Pizza-Massage	73
Fantasiereise „Der Duft der frischen Brötchen“	74
Fantasiereise „Stress“	75
Fantasiereise „Boot im Sturm“	76

77 ➤ 2. SUCHEN – SEHNEN – GENIESSEN

Sucht – Einführungsspiel	77
Sucht – Suchrätsel	77
Vor der Sucht	78
Konsumprofil	78
Verzichtsexperiment	79
Gesunde Schule	80
Meine Bilder – deine Bilder	80
Wünsche/Sehnsüchte	
Das Wunschgeschenk. Du hast drei Wünsche frei	81

Meine Sehnsucht	81
Schokolade genießen	82
Drei Fragen zum Genuss	83

84 ➤ 3. VERSTEHEN – MÖGLICHKEITEN ERWEITERN – ALTERNATIVEN FINDEN

Konstruktive Formen des Problemlösens:	
Schritte des Problemlösens	84
Klaviermodell (nach Gerald Koller)	86
Tankmodell (nach Christoph Lagemann)	86

90 ➤ 4. ALKOHOL – NIKOTIN – ESSSTÖRUNGEN

Themen für die Unterrichtsarbeit und methodisch/didaktische Vorschläge	90
Alkohol/Nikotin	90
Unterrichtsvorschläge	92
Grundinformationen zum Alkohol bearbeiten	92
Statements	92
Was spricht für und gegen den Alkoholkonsum	93
Erarbeitung des Begriffes Rausch	93
Rauchen/Nikotin	94
Gruppendruck	94
Rauchen verboten – pro und contra rauchfreie Zonen	95
Das kommt gut an!	
Was hat das Rauchen mit dem Image zu tun?	96
Fernsehdiskussion – Thema Rauchen	96
Rund um's Essen/Körper/Identität	97
Umsetzvorschläge	98
Körperpolitik	98
Ja – Nein – Spiel	98
Glaubst du auch?	99
Fragen rund ums Essen	99
Festmahl	100
Das Männer- und Frauenbild in der Werbung	100

101 ➤ 5. NEUE MEDIEN

Themen für die Prävention im Unterricht	101
Medien gestern/Medien morgen	103
Ein Tag ohne ...	104
CCG – das coolste Computergame aller Zeiten	104
Übung: „Mein virtuelles Ich“	105
UE: Ego Diving	106
Was man mit einem Handy alles tun kann – und was man besser nicht tun sollte	106

EINLEITUNG

Der vorliegende Übungsteil ist inhaltlich an Programmen zur Förderung von Lebenskompetenz angelehnt. Wir stellen eine suchtpreventive 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 – NEUE MEDIEN**“ 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 ROLLEN- SPIELS 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. 87f.

- **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
- Hinweis:** Drei Aspekte dieser Übung sind von suchtp Präventiver Bedeutung:
Die Selbstreflexion und der Entscheidungsprozess darüber, was ich schätze, was zu mir gehört, was ich anderen zeigen möchte, der verbale Austausch mit einer Person meines Vertrauens, das „Sichöffnen“ und „Sichzeigen“, die Vergrößerung der Information- und Vertrauensbasis, es bieten sich Anknüpfungspunkte für weitere Gespräche
- **Anleitung:** Die Schüler/innen stellen aus Zeitschriften eine Collage mit dem Titel „Ich“ (was sie gerne machen, Freizeit, ...) zusammen (Bilder, Farben, Formen, Texte, Gedichte).
 - **Auswertung:** Nach Fertigstellung sucht sich jeder eine Person. Die Schüler/innen stellen sich gegenseitig das Bild vor.

BESONDERE DINGE ÜBER MICH²

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Einzelarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** Arbeitsblatt 1, Farbstifte, ev. Bastelmaterial
- **Lernziel:** Ich-Stärkung, 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/machen würdest
 3. Feld: etwas, das du gerne mit anderen machst/machen würdest
 4. Feld: etwas, was du gut kannst
- **Auswertung:** Nachdem alle ihr Wappen fertiggestellt haben, werden Gruppen gebildet (5 Personen), die SchülerInnen stellen sich die Wappen gegenseitig vor. Eine andere Möglichkeit ist es, die Wappen in die Mitte zu legen, die Gruppe versucht nun zu erraten, zu wem die einzelnen Wappen gehören.
- **Abschließende Gruppendiskussion:** Wie war es das Wappen anzufertigen? Ist es euch schwer/leicht gefallen? Wie fühlst du dich jetzt? Hat jemand etwas Neues erfahren? Über dich selbst/über die anderen? Warum ist es wichtig, etwas über die anderen zu erfahren? Warum sollen wir uns mit Dingen, die uns wichtig sind und uns beeinflussen, befassen?

¹ Vgl. Kaufmann, S. 106

² Vgl. Akin u.a., S. 61f.

siehe **ARBEITSBLATT 1** (Seite 108)

WAS ICH GERNE MACHE³

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** 2 UE
- **Methode:** Einzel- und Partner/innenarbeit
- **Material:** Plakat, Farbstifte, Bastelmaterial, Klebstoff, Schere, Pinwand o.ä.
- **Lernziel:** Ich- Stärkung, Selbstreflexion, Erweiterung des Handlungsrepertoires
- **Vorbereitung:** Die Schüler/innen nehmen Gegenstände (Bücher, Bilder, Modellflugzeug) mit, mit denen sie ihr Hobby darstellen können..
- **Anleitung:** Jeweils zwei Schüler/innen tauschen sich über ihre Interessen und Hobbys aus. Anschließend kann ein/e Freiwillige/r der Klasse ihr/sein Hobby beschreiben. Danach gestalten die Schüler/innen jeweils ein Poster für sein/ihr Hobby.
- **Auswertung:** Die Plakate der Schüler/innen werden in der Klasse ausgestellt und gemeinsam besichtigt.

Gruppendiskussion s. Fragen „Besondere Dinge über mich“

Weitere Möglichkeiten: Der Hobby/Interessen-Tag: Jugendliche gestalten eine Ausstellung zu ihrem Hobby.

FREIZEITTORTE⁴

- **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 (Zeitraumen: 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 GEFÜHL⁵

- **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 109)

FRAGESPIEL „GEFÜHLE“⁶

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Gruppengespräch im Sesselkreis
- **Material:** „Gefühle-Kärtchen“ (Kopiervorlage auf Arbeitsblatt 3)
- **Lernziel:** eigene Gefühlszustände wahrnehmen und beschreiben können; Gefühle als elementaren Bestandteil des Lebens akzeptieren lernen; erkennen: auch die anderen haben Gefühle, ich bin nicht allein; Einfühlungsvermögen.
- **Anleitung:** Alle Schüler/innen ziehen ein Gefühle-Kärtchen. Jede/r schaut sich Frage auf seinem Kärtchen an. Dann beginnt ein Spieler (z. B. der/die mit den längsten Haaren). Dieser liest die Frage für alle laut vor und reicht sie dem/r gegenüber sitzenden Spieler/in, der/die die Frage beantwortet.

⁵ Vgl. Robra, S. 85f.

⁶ Vgl. AOK-Medienpaket, S. 138

- Es gilt: wer die Frage bekommt, soll etwas dazu sagen. Zur Not kann man sehr oberflächlich antworten, sodass eine Antwort immer möglich ist. Nachfragen ist erlaubt und erwünscht. Es ist zu begrüßen, wenn sich ein kleines Gespräch ergibt. Die nächste Frage darf nun die Person stellen, die links vom/n dem/r ersten Fragesteller/in sitzt. Es sollte kein Druck ausgeübt werden, sich mitzuteilen. Der spielerische Charakter sollte während der Übung erhalten bleiben.
- **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.
 - **Auswertung:** Abschlussgespräch: Wie hat dir die Übung gefallen? Wie hast du dich während der Übung gefühlt.? War dir während der Übung irgend etwas peinlich? Hast du etwas Neues erfahren?

siehe **ARBEITSBLATT 3** (Seite 110)

MEINE ZIELE⁷

- **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, lernen, sich realistische Ziele zu setzen
- **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 legt jede/r Schüler/in ein Ziel fest, das er/sie gerne und unbedingt erreichen will, (Beispiele: eine Reise zu einem bestimmten Ort machen , eine gute Note bei der nächsten Schularbeit, einen bestimmten Beruf erlernen ...). Mit Hilfe des Arbeitsblattes werden dann Schritte zur Zielerreichung erarbeitet. Danach stellen sich die Schüler/innen in Dreiergruppen wechselseitig ihr Ziel mit Zwischenzielen, möglichen Schwierigkeiten und Hilfestellungen 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 111)

⁷ Vgl. Kähnert/Freitag, S. 54f.

SCHÄTZE DICH SELBST EIN⁸

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Einzel- und Gruppenarbeit
- **Material:** Arbeitsblatt 5 „Schätze dich selbst ein!“
- **Lernziel:** Selbstreflexion, Feedback durch Fremdwahrnehmung erhalten und respektvoll Feedback geben.
- **Anleitung:** Jede/r Schüler/in bekommt ein Arbeitsblatt und füllt es möglichst spontan in kurzer Zeit aus (5 Min.). Es geht nicht um „wahre“ Antworten sondern um das momentane subjektive Empfinden. .
Anschließend werden Kleingruppen gebildet. Jede/r Schüler/in stellt sein/ihr Arbeitsblatt vor, die anderen nehmen Stellung (15–20 Minuten).
Zu beachten ist, dass jede/r in der „Ichform“ redet: „Ich empfinde das so ...“ Auch hier geht es nicht um Wahrheiten sondern um das subjektive Erleben der Einzelnen. Die Übung eignet sich, wenn in der Gruppe Akzeptanz vorhanden ist.
- **Auswertung:** Wie hast du diese Übung erlebt. Wie war es, für dich, dich selber einzuschätzen? Wie war es Feedback zu bekommen? Wie war es, Feedback zu geben? Ist es nützlich, einmal zu erfahren, wie du von Anderen wahrgenommen wirst? Wozu kann das gut sein? Hast du Neues/Überraschendes erfahren? Wie kannst du im Alltag Feedback geben, ohne die anderen zu verletzen?

siehe **ARBEITSBLATT 5** (Seite 112)

EIN STARKER AUFTRITT⁹

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** 1–2 UE
- **Methode:** Einzel- und Partner/innenarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Lernziel:** Selbstsicheres Auftreten und „Nein sagen“ lernen
Hinweis für Lehrkräfte: Selbstsicherheit hat nichts mit Aggressivität zu tun. Aggressivität bedeutet auf Kosten anderer seine Ziele zu erreichen, rücksichtslos sein, andere auszunutzen und deren Rechte zu verletzen. Passivität bedeutet, seine Ziele nicht zu erreichen, ausgenutzt zu werden. Jemand der eine Situation akzeptiert, ohne sie zu hinterfragen, verhält sich passiv. Selbstbehauptung bedeutet, seine Wünsche angstfrei und in angemessener Weise zu äußern, dem Gegenüber aber das Recht zuzugestehen, sie nicht zu erfüllen. Das Äußern von Wünschen wird nicht als Zumutung empfunden sondern als Anfrage, auf die zustimmend oder ablehnend reagiert werden kann. Jeder kann durch Übung lernen, sicher und bestimmt aufzutreten.. Wer selbstsicher auftreten möchte, muss genau wissen, was er will und was er nicht will, muss also eigene Bedürfnisse und Wünsche gut wahrnehmen können.

⁸ Vgl. AOK–Medienpaket, S. 148

⁹ Vgl. Hunter/Phillips, S. 26

- **Vorbereitung:** Brainstorming zur Frage: Was ist selbstsicheres Auftreten? Was bedeutet es, seine Meinung mit Nachdruck zu vertreten? Die Schüler überlegen, wie und wann sie selbstsicher auftreten können. Woran erkennt man selbstsicheres Auftreten?
- **Anleitung:**
 1. 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.“ Du darfst so oft fragen, wie du möchtest. Wende aber keine körperliche Gewalt an.
 „Person B – Egal, um was dein/e Partner/in dich bittet, du musst es ablehnen.“ Du darfst so oft ablehnen, wie du möchtest. Wende aber keine körperliche Gewalt an.
 2. Nach einer Minute tauschen dann alle Personen A mit einer Person A aus einer anderen Gruppe den Platz. Die Übung und der Partnertausch wird mehrere Male wiederholt.
 3. Jetzt tauschen Person A und Person B innerhalb der Zweiergruppe ihre Rollen. Dann erfolgt wieder Partnerwechsel.
 Dieser Rollenwechsel wird mehrmals wiederholt
- **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?
- **Ideen zur Weiterarbeit**
 Führen Sie ein Brainstorming zu folgenden Begriffen durch und schreiben die Ergebnisse auf ein Poster: Was ist „bestimmtes Auftreten“, „unsicheres Auftreten“, „aggressives Auftreten“. Woran erkennt man es (Körpersprache, Stimme...)?
 Anschließend überlegen SchülerInnen Situationen, in denen selbstsicheres Auftreten gefragt/schwierig ist und diskutieren mögliche Reaktionsweisen.
- **Den Abschluss kann folgende Übung bieten**
 Anleitung: Hier werden verschiedene Situationen genannt. Versucht in dieser Situation selbstsicher aufzutreten. Übt zusammen mit einem Partner. Tauscht nach jeder Situation die Rollen.
- **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 Viererclique 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.
- **Variante:** Die Schüler/innen denken sich Szenen aus, in denen selbstsicheres Auftreten schwierig ist. Sie üben mögliche Reaktionsweisen im Rollenspiel.

HAUS – BAUM – HUND¹⁰

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** Ca. 20 Minuten
- **Methode:** Partner/innenarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** Plakat, Farbstifte
- **Lernziel:** Einfühlungsvermögen schulen, Kooperationsfähigkeit verstärken, Selbstbehauptung
- **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 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, über sich selbst (wie wirke ich nach außen), über die anderen etwas Neues erfahren, sich zeigen (trauen)
- **Anleitung:** Jede/r Schüler/in beantwortet für sich 4 Fragen. Eine Antwort muss gelogen sein. Anschließend werden in Kleingruppen (vier Personen) die Antworten präsentiert: Eine/r präsentiert möglichst lebhaft und anschaulich die Antworten, die Lüge soll von den anderen nicht erkannt werden. Die drei zuhörenden Gruppenmitglieder überlegen gemeinsam laut, welche der Antworten falsch sein könnte und warum. Sie versuchen sich auf eine Antwort zu einigen. Der „Präsentierende“ darf nichts verraten (Pokerface).
Dann erfolgt die Auflösung und der/die Nächste präsentiert.
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?
Was ist kongruente Kommunikation?
Welche Erfahrungen habt ihr sonst noch gemacht?
Habt Ihr neue Informationen bekommen – über euch selbst/ über die anderen?
Wie war es, so offen über jemanden in dessen Anwesenheit zu sprechen?
Wie war es, den anderen zuzuhören, wenn sie über mich sprechen?
Was lernt /erfährt man Eurer Meinung nach bei diesem Spiel?

¹⁰ Vgl. Antons, S. 115

SPUL'S ZURÜCK¹¹

- **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 anschau“
- „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 ZUHÖREN¹²

- **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?

¹¹ Vgl. Schilling, S. 47f.

¹² Vgl. Schilling, S. 49f.

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-KARTE¹³

- **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 bilden Sesselkreise – 5 bis 8 Personen. Jede/r erhält ein Kärtchen und schreibt an den unteren Rand seinen/ihren Vornamen. Die Karte wird im Uhrzeigersinn weitergegeben. Oben wird auf die Karte eine positive Rückmeldung (was mir an dir gefällt:...) geschrieben, dann die Karte gefaltet, damit der/die Nächste nicht beeinflusst wird. Sobald alle Karten den Kreis durchlaufen haben und wieder bei den Kartenbesitzern angekommen sind, liest jede/r für sich seine/ihre Karte.
- **Auswertung:** Wie fühlst du dich jetzt?
- **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 TUN¹⁴

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** Ca. 15 Minuten
- **Methode:** Gruppenarbeit
- **Lernziel:** Ich-Stärkung, Anerkennung geben, Förderung von Einfühlungsvermögen, im Mittelpunkt stehen
- **Anleitung:** Der/Die Schüler/in hat heute Geburtstag. Lasst uns für ihn/sie etwas Gutes tun. Wir schicken ihn kurz vor die Klasse und beraten, was wir machen.
Mögliche Vorschläge: Lied, Massage, anerkennende Worte, ein Spiel, durch die Klasse tragen...

WÜNSCHE AUF MEINEM RÜCKEN¹⁵

- **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 Wunsch für die Person auf den Zettel, der ihr auf dem Rücken klebt.
- **Auswertung:** Könnt ihr die Wünsche annehmen? Seid ihr überrascht?

¹³ Vgl. Kaufmann, S. 145

¹⁴ Vgl. Kaufmann, S. 162

¹⁵ Vgl. Kaufmann, S. 143

DIE GRUPPE UND IHRE AUßENSEITER

➤ **Zielgruppe:** Ab 13 Jahren

➤ **Dauer:** 1 UE

➤ **Methode:**

➤ **Lernziel:** Förderung des Einfühlungsvermögens

Hinweis: Die Außenseiterposition ist von Schüler/innen, die nicht aktuell davon betroffen sind, oft gefühlsmäßig kaum nachzuvollziehen. Für folgende Übung sollte in der Gruppe ein hohes Maß an Vertrautheit vorhanden sein. Die Außenseiterrolle kann einige Male gewechselt werden. Auf keinen Fall sollte dabei ein Kind gewählt werden, das in der Gruppe eine Randstellung oder andersartig schwierige Stellung einnimmt.

Anleitung: Es wird ein Mitglied aus der Gruppe ausgewählt, das über ein ausgeprägtes Selbstvertrauen verfügt. Dieses Kind übernimmt freiwillig die Rolle des „Außenseiters“. Der Rest der Gruppe spielt: „Treffen, Begrüßen, Unterhalten“. Alle Gruppenmitglieder laufen dabei durch den Raum, schütteln sich die Hände, begrüßen, umarmen und unterhalten sich. Das Außenseiterkind geht ebenfalls durch den Raum und versucht, mit den anderen in Kontakt zu kommen. Die Gruppenmitglieder wehren jeden Kontaktversuch ab und weichen dem Außenseiterkind aus. Es können auch Gruppen mit jeweils einem Außenseiterkind gebildet werden, sodass jedes Kind der Klasse die „Außenseiter-Erfahrung“ machen kann.

Auswertung: wie hat sich das Außenseiterkind gefühlt? Wie haben die anderen die Kontaktversuche abgewehrt? Wie haben sie sich dabei gefühlt? Was können alle dazu beitragen, dass niemand in der Klasse ausgeschlossen wird? Ziel sollte sein, dass die Gruppe lernt, dass alle zur Gemeinschaft gehören und Kontaktversuche nicht abgeblockt werden dürfen.

KLASSEN–REPORTAGE¹⁶

➤ **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren

➤ **Dauer:** 1 UE

➤ **Methode:** Kleingruppenarbeit

➤ **Lernziel:** Verstärkung der sozialen Wahrnehmung, kooperatives Verhalten ermitteln, Reflexion der Klassensituation, Verbesserung des Klassenklimas

➤ **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?

¹⁶ Vgl. Thanhoffer/Reichel/Rabenstein, S. 176

- **Auswertung:** Die Ergebnisse der Reportergruppen werden vorgetragen.
- Abschließende Diskussion:** Passt alles, wie es ist? Gibt es Probleme? Welche? Was soll geändert werden? Was können wir tun, um etwas zu verändern?

UNSER KLASSENKLIMA¹⁷

- **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. Wichtig: Hinweis auf Anonymität.
- **Auswertung:** Die Ergebnisse werden von der Lehrkraft ausgewertet und der Klasse präsentiert. Dabei gibt es Aussagen, auf die die Klasse stolz sein kann, andere Aussagen sind Anlass zu überlegen, was verändert werden soll. Eine gemeinsame Diskussion soll erste Lösungsansätze bringen, falls Veränderungsbedarf besteht. Auch die Lehrkraft bezieht Position.

siehe **ARBEITSBLATT 6** (Seite 113)

ETWAS VERÄNDERN¹⁸

- **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/innen. Wer etwas wahrnimmt, meldet sich.
- Hinweis:** Durch dieses Spiel kann sich die Kontaktfähigkeit auf spielerische Weise verbessern. Die Partner nehmen sich Zeit füreinander, betrachten sich intensiv, aber nicht peinlich. Nähe entsteht, es kann zusammen gelacht werden.

¹⁷ Vgl. AOK-Medienpaket, S. 184f.

¹⁸ Vgl. Kaufmann, S. 168

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 vor.

siehe **ARBEITSBLATT 7** (Seite 114)

BLINDENFÜHRUNG¹⁹

- **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 führt eine „blinde“ Person durch den Raum. Der Führende fasst den Nichtsehenden an Schulter und Arm an. Nach 1 bis 3 Minuten wechseln die Rollen.
- **Auswertung:** Wie war es geführt zu werden? Hast du dich sicher gefühlt? Hast du genau gewusst, in welche Richtung du gehen sollst? Wie war es zu führen? Worauf musst du achten, um gut führen zu können?
- **Variante:** Der Schwierigkeitsgrad dieser Übung lässt sich erhöhen, indem Stühle und Tische als Hindernisse im Weg stehen, aber an vielen Stellen Durchgänge ermöglichen, mit Worten, Geräuschen, einem Summton führen, .wie einen Roboter führen (Tipp auf den Kopf: Start, rechte Schulter – nach rechts...)

REGENMACHER²⁰

- **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.

¹⁹ Vgl. Kaufmann, S. 160

²⁰ Vgl. Robra, S. 33

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–MASSAGE²¹

- **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.
- **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.

²¹ Vgl. Robra, S. 36

FANTASIEREISE „DER DUFT FRISCHER BRÖTCHEN“²²

- **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, Bunt. 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.

²² Vgl. Fit und stark fürs Leben, S. 74

FANTASIEREISE „STRESS“²³

- **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?

²³ Vgl. Fit und stark fürs Leben, S. 95

FANTASIEREISE „BOOT IM STURM“²⁴

- **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 trotzst 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?

²⁴ Vgl. Fit und stark fürs Leben, S. 99

2. Suchen – Sehnen – Genießen

SUCHT – EINFÜHRUNGSSPIEL²⁵

- **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/innen 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 115)

SUCHT-SUCHRÄTSEL²⁶

- **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 116)

²⁵ Vgl. Robra, S. 19ff.

²⁶ Vgl. Robra, S. 23

VOR DER SUCHT²⁷

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Einzelarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** Stifte, DIN A3-Blatt
- **Lernziel:** Bildnerische Reflexion über Suchtursachen
Hinweis: Kinder und Jugendliche wissen oft sehr sensibel darüber Bescheid, dass zur Sucht ein Prozess gehört. Dies lässt sich mit einfachen Mitteln gut abbilden und liefert gute Gesprächsanlässe,
- **Anleitung:** Was kommt vor der Sucht? Was kann alles passieren, wie könnten Szenen im Leben eines Menschen aussehen, bevor er süchtig wird? Wenn du eine Idee hast, zeichne sie mit einfachen Mitteln auf, vielleicht auch mit Sprechblasen, wie im Comic.
- **Auswertung:** Jede/r Schüler/in stellt das Bild vor.
Was hätte die Person in der Szene tun können, damit es nicht so weit kommt?

KONSUMPROFIL²⁸

- **Zielgruppe:** Ab 13 Jahren
- **Dauer:** 2 UE
- **Methode:** Einzel- und Gruppenarbeit
- **Material:** Arbeitsblatt 10 „Konsumprofil“, Plakat, Stifte
- **Lernziel:** Reflexion des eigenen Konsumverhaltens
- **Anleitung:** Zunächst wird in der Klasse gesammelt: Welche Tätigkeiten führt ihr regelmäßig in Eurer Freizeit aus, was konsumiert ihr regelmäßig (Süßigkeiten, Knabbergebäck, telefonieren, einkaufen gehen, Cola/Energy drinks; bei über 16 Jährigen: Alkohol, Nikotin)? Fünf Bereiche werden ausgewählt und in einer festgelegten Reihenfolge in das Konsumprofil eingetragen. Anschließend füllen die Schüler/innen das Arbeitsblatt „Konsumprofil“ jeder für sich aus. Die Lehrkraft zeichnet das Arbeitsblatt 10 an die Tafel oder auf ein Flip Chart. Die Schüler/innen übertragen ihre persönlichen Ergebnisse (Punkte) in das Klassenkonsumprofil. Das kann in Gruppen geschehen oder nacheinander, wenn die Schülerinnen Wert auf Anonymität legen.
- **Auswertung:** Was fällt auf?
Was ist der Konsumhit der Klasse?
Hättet ihr dieses Ergebnis erwartet?
Welche Bedeutung hat der Konsum für euch?
Wovon wird das Konsumverhalten beeinflusst?
Unterscheidet sich dein Konsumverhalten von dem der anderen?
Bist du zufrieden mit Deinem Konsumverhalten? Was möchtest du ändern?
- **Hinweis:** Das Konsumprofil kann aufbewahrt und nach einigen Monaten mit einem neuen Profil verglichen werden.
Im Anschluss kann das „Verzichtsexperiment“ durchgeführt werden.

siehe **ARBEITSBLATT 10** (Seite 117)

²⁷ Vgl. Kaufmann, S. 139

²⁸ Vgl. Kähnert/Freitag, S. 20ff.

VERZICHTSEXPERIMENT²⁹

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** 1 UE; Durchführung: ein oder mehrere Tage
- **Material:** Arbeitsblatt 11 „Verzichtsexperiment“, Stifte
- **Methode:** Einzelarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Lernziel:** Erfahrungen mit selbst auferlegten Beschränkungen machen, Selbstbeobachtung. Dieses Experiment kann einen Tag, eine Woche oder länger durchgeführt werden. Es kann ganz auf eine Tätigkeit/auf ein Genussmittel verzichtet oder der Konsum reduziert werden.
- **Anleitung:** Die Schüler/innen werden eingeladen eine bestimmte Zeit (1 Woche, 3 Wochen) auf eine (Konsum)-Gewohnheit zu verzichten oder den Konsum zu reduzieren. Sie füllen das Arbeitsblatt 11 aus. Dabei können sie auf das „Konsumprofil“ zurückgreifen. Wichtig ist, dass die Schüler/innen auf etwas verzichten, das für sie Bedeutung hat und dass sie gut überlegen, ob das Ziel auch wirklich erreichbar ist.

Das Experiment soll gut begleitet werden: Es wird regelmäßig nachgefragt, wie es den Schüler/innen geht, ob sie es schaffen. Es sollte auch darauf hingewiesen werden, dass sie das Experiment nicht abbrechen sollen, wenn sie es einmal nicht geschafft haben. Der Erfahrungsaustausch in der Klasse kann die Motivation aufrecht erhalten (wie geht es euch? Was könnte helfen, den Verzicht beizubehalten?). Ein Plakat, auf dem die Schüler/innen namentlich aufgelistet sind und in das sie jeden Tag ein Smiley zeichnen (☺ geschafft! ☹ so la-la, ☹ nicht geschafft) ist für die Aufrechterhaltung des Verzichts hilfreich.
- **Auswertung:** 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?

siehe **ARBEITSBLATT 11** (Seite 118)

²⁹ Vgl. Kähnert/Freitag, S. 23f.

GESUNDE SCHULE³⁰

- **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? Was können wir dazu beitragen?
 - Was ist unveränderbar? Wie können wir damit leben?

MEINE BILDER – DEINE BILDER³¹

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Gruppengespräch im Sesselkreis
- **Material:** Werbeanzeigen aus Illustrierten, Jugendmagazinen etc.
- **Lernziel:** Einstiegsübung in die Suchthematik, 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. Wie entsteht Sucht? Wodurch kann sucht/riskantes Verhalten entstehen? Was kann vor einer problematischen Entwicklung schützen?
- **Hinweis:** Auch das Thema Werbung kann hier bearbeitet werden: Welche Werbebotschaften werden vermittelt? Welche Sehnsüchte/Wünsche werden angesprochen?

³⁰ Vgl. Kaufmann, S. 157

³¹ Vgl. Voigt, S. 28ff.

WÜNSCHE/SEHNSÜCHTE

DAS FEENGESCHENK. DU HAST DREI WÜNSCHE FREI ...³²

- **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?

MEINE SEHNSUCHT³³

- **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. Die Lehrkraft gibt den Schüler/innen ausreichend Zeit, sich mit folgender Frage zu befassen: „Was ist zurzeit ein vordringlicher Wunsch von mir, wonach sehne ich mich?“
Anschließend werden die Kärtchen 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.

³² Vgl. Robra, S. 71f.

³³ Vgl. AOK-Medienpaket, S. 133f.

- **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 GENIESSSEN³⁴

- **Zielgruppe:** Ab 10 Jahren
- **Dauer:** Ca. 10 Minuten
- **Methode:** Sesselkreis
- **Lernziel:** Bewusstes Geschmacksempfinden.
- **Anleitung:**
 - Einzeln verpackte Schokoladestücke verteilen.
 - Sich bequem hinsetzen.
 - Papier öffnen, Schokolade im Papier auf den Handteller legen und betrachten.
 - Dann die Augen schließen.
 - An der Schokolade riechen.
 - Lippen befeuchten und mit der Schokolade darüber fahren. Lippen ablecken.
 - Diesem Vorgeschmack nachspüren.
 - Ein kleines Stück abbeißen, und langsam auf der Zunge zergehen lassen.
 - 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.

³⁴ Gemeinsam lernen, S. 29

➤ **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 GENUSS³⁵

➤ **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren

➤ **Dauer:** Ca. 30 Minuten

➤ **Methode:** Einzel- und Kleingruppenarbeit

➤ **Material:** Stifte, Schreibblätter

➤ **Lernziel:** Reflexion der eigenen Genussfähigkeit.

➤ **Anleitung:** Die Schüler/innen beantworten in Einzelarbeit folgende Fragen:

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

➤ **Auswertung:** Austausch der Ergebnisse in Kleingruppen, anschließende Präsentation der Gruppenantworten.

➤ **Variante:** In Kleingruppen (eventuell nach Geschlechtern getrennt) aus Zeitschriften Bilder ausschneiden und auf einem Plakat eine Collage zum Thema „Was bedeutet für mich Genuss“ zusammenstellen. Anschließend Collagen präsentieren, in der Klasse ausstellen.

³⁵ Vgl. Kaufmann, S. 98.

3. Verstehen – Möglichkeiten erweitern – Alternativen finden

KONSTRUKTIVE FORMEN DES PROBLEMLÖSENS: SCHRITTE DES PROBLEMLÖSENS³⁶

- **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.

Hinweise für Lehrkräfte: Das Arbeitsblatt Problemlösen beinhaltet die Schritte des Problemlösens nach Meichenbaum. Die SchülerInnen sollen erfahren, dass viele Probleme lösbar sind, wenn die Probleme nicht verdrängt sondern wahrgenommen, genau beschrieben werden und aktiv eine Lösung angestrebt wird. Dies gilt es zu üben. Damit die Schüler/innen einen aktiven Problemlösungsstil erwerben können, ist es notwendig, zusätzlich zu spezifischen Unterrichtseinheiten im Unterrichtsalltag einen aktiven Bewältigungsstil vorzuleben. Hier ist die Lehrkraft ein bedeutsames Vorbild: schulische Alltagsprobleme können von ihr offen als Problem angesprochen werden (z. B. Lautstärke in der Klasse...) und mit dem vorgeschlagenen Problemlösungsschema gemeinsam bearbeitet werden.

➤ **Anleitung:**

1. Das Arbeitsblatt 12 wird ausgeteilt und genau besprochen (s. Erläuterungen unten).

Zum Schritt „Problemanalyse“: Hier ist es wichtig, das Problem möglichst genau zu beschreiben:

Beschreibung des Ist- Zustandes: Was ist los? Wie fühle ich mich? Was belastet mich?

Beschreibung des Soll-Zustandes: Wie will ich mich fühlen? Was will ich?

Bei der Problemdefinition ist es ganz wichtig, bei den eigenen Handlungsmöglichkeiten anzusetzen: Wie kann ich durch mein eigenes Handeln eine Veränderung bewirken und nicht „die anderen sollen sich verändern“. Also zu fragen: Was kann ich beeinflussen? Was kann ich nicht beeinflussen?

Zum Schritt „Alternativen/Möglichkeiten zur Problemlösung benennen“: Da es hier u. U. darum geht, neue Lösungsansätze zu finden (nicht „mehr desselben“ – wie es so oft geschieht), sollte in Brainstorming-Technik nach folgenden Regeln gearbeitet werden:

Keine Kritik an anderen Beiträgen, Ideen, Lösungsvorschlägen (kreative Ansätze können sich auch aus zunächst völlig unsinnigen Vorschlägen entwickeln).

Keine Wertung oder Beurteilung der Ideen.

Jeder soll seine Gedanken frei äußern können.

Keine Totschlagargumente.

³⁶ Vgl. Eigenständig werden, S. 22

Je kühner und phantasievoller, desto besser. Dadurch wird das Lösungsfeld vergrößert
Zum Schritt „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.

Zum Schritt „Entscheidungen treffen und begründen“: Jetzt wird die Alternative mit dem günstigsten Kosten-Nutzen-Verhältnis (die am wenigsten Nachteile und am meisten Vorteile hat) ausgewählt.

Zum Schritt „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.

2. Die Schülerin versuchen in Kleingruppen (3 Personen) mit Hilfe des Arbeitsblattes 12 ein Problem zu lösen.

➤ **Aufgabenstellung:** Ich bitte Euch jetzt, dass sich jeder von euch ein kleines Alltagsproblem überlegt. In der Gruppe entscheidet ihr euch dann für ein Problem und löst es mit dem Problemlöseschema.

➤ **Variante:** Es werden Gruppen gebildet, die mit Hilfe des Arbeitsblattes 12 folgende Beispiel bearbeiten:

- 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 Lehrer/in 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:** Je nach Zeitbudget präsentieren die Gruppen ihre Ergebnisse.

Abschlussbesprechung mit der gesamten Klasse:

Wie seid ihr mit dem Arbeitsblatt zurecht gekommen? Hat es geholfen, ein Problem mit Hilfe dieser Schritte anzugehen? Gab es bei einem Schritt Schwierigkeiten? Welche? Was war besonders hilfreich? Wie erlebt Ihr ähnliche Situationen im Alltag, wie versucht ihr normalerweise Probleme zu lösen?

Könnt ihr euch vorstellen, dieses Schema zur Problemlösung im Alltag anzuwenden?

siehe **ARBEITSBLATT 12** (Seite 119)

KLAVIERMODELL (NACH GERALD KOLLER)³⁷

- **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 120–121)

siehe **ARBEITSBLATT 13 B** (Seite 122)

TANKMODELL (NACH CHRISTOPH LAGEMANN)³⁸

- **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.

³⁷ Vgl. Gemeinsam lernen, S. 17ff.

³⁸ Vgl. Gemeinsam lernen, S. 22ff.



- **Anleitung:** In unserem „Seelentank“ brauchen wir viele verschiedene „Treibstoffe“ (Immaterielles), um uns wohl zu fühlen.

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.

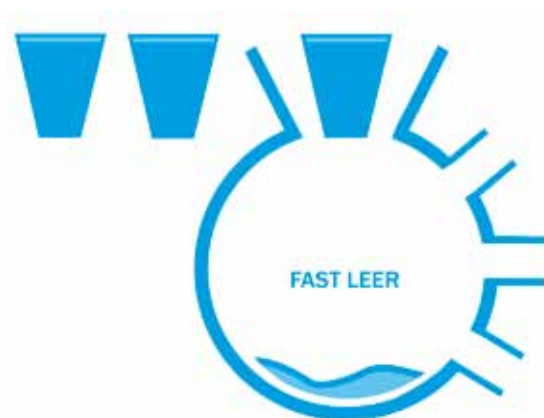
„Bitte voll tanken“ funktioniert im Leben nicht. Ich muss mich bewegen (physisch und psychisch), muss mich um neue Tankstellen bemühen, verstopfte Zugänge reinigen, geben und nehmen.

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 anzupapfen, 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 DEN UNTERRICHT 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 der Unterricht zu den Themenbereichen „legale Suchtmittel“ (Alkohol und Nikotin) „Essstörungen“, „Neue Medien“ gestaltet werden kann.

ALKOHOL/NIKOTIN

THEMEN FÜR DIE PRÄVENTION

➤ 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 ERARBEITEN³⁹

- **Zielgruppe:** Ab 13 Jahren
- **Dauer:** Für die Erarbeitung sollte ausreichend Zeit zur Verfügung gestellt werden (mind. 2–3 Tage)
- **Methode:** Kleingruppenarbeit
- **Material:** Texte, Fachbücher, Internetadressen
Für die Präsentation je nach Bedarf: Overhead, Videokamera und Videorecorder, Steckbriefe
- **Lernziel:** Selbstständiges Erarbeiten relevanter Grundinformationen zum Thema Alkohol.
- **Anleitung:** Kleingruppen führen selbständig eine Recherche zu unterschiedlichen Fragestellungen durch (z. B. Konsumzahlen, Abhängigkeitszahlen, gesundheitliche Auswirkungen, akute Wirkung des Alkohols, Alkohol und Straßenverkehr, Alkohol und Schwangerschaft; Was soll man beachten, wenn man Alkohol konsumiert? Was tun bei Alkoholvergiftung? Ist die Alkoholkonzentration bei gleicher Trinkmenge bei Männern und Frauen gleich? ...) und präsentieren sie der Klasse in Form von Info-Blättern, Fernsehinterviews. (Das Wissen wird in Form von gegenseitigen Interviews präsentiert), Expert/inn/enrunde (Schüler/innen 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.

STATEMENTS⁴⁰

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Kleingruppenarbeit
- **Material:** Arbeitsblatt 14
- **Lernziel:** Kritische Auseinandersetzung mit gängigen Klischees
- **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 123)

³⁹ Vgl. Vivid, S. 40

⁴⁰ Vgl. Kontakt & co, Der Mensch und der Alkohol

WAS SPRICHT FÜR UND GEGEN DEN ALKOHOLKONSUM⁴¹

- **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 verstehen.
- **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 124)

siehe **ARBEITSBLATT 15 B** (Seite 125)

ERARBEITUNG DES BEGRIFFES RAUSCH⁴²

- **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.

⁴¹ Vgl. Robra, S. 25f.

⁴² 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:**
 1. Brainstorming in der Klasse: In welchen Situationen bzw. bei welchen Gelegenheiten kann es dazu kommen, dass eine Gruppe Druck ausübt?
Was hilft dabei, eigene Standpunkte zu vertreten?
 2. 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 (wie verhalten sich die einzelnen Mitspieler/innen – Mimik, Körpersprache, welche Argumente führen sie an, wie versuchen sie Druck auszuüben, wodurch lässt sich Susanne nicht/beeindrucken, ...)
Die Mitspieler/innen stellen sich vor (Rolle: 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 bleiben am „Spielort“.
Fragen an die Spieler/innen:
Wie erging es dir in der Spielsituation? Wie hast du dich gefühlt?
Fragen an die Zuschauer:
Wie äußerte sich der Gruppendruck? (Gestik/Mimik)
Welche Argumente wurden angeführt? Welche fandet ihr besonders gut? (Die Argumente auf der Tafel sammeln)

Welche zusätzlichen Argumente fallen euch ein?

Habt ihr weitere Ideen, wie sich Rolf, Karl und Susanne gegen den Druck, den Peter und Thomas aufbauen, wehren könnten?

Kennt ihr ähnliche Situationen? Was habt ihr da gemacht? Erlebt ihr in der Klasse auch manchmal Gruppendruck? Was kann da der/die Einzelne tun?

➤ **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 126)

RAUCHEN VERBOTEN – PRO UND CONTRA RAUCHFREIE ZONEN⁴³

- **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 127)

⁴³ Vgl. Beales, S. 20f.

DAS KOMMT GUT AN!

WAS HAT DAS RAUCHEN MIT DEM IMAGE ZU TUN?⁴⁴

- **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/Jugendzeitschriften verherrlicht und ist das in Ordnung? (vgl. Anleitung: Klub 2 – Thema Rauchen)

siehe **ARBEITSBLATT 18** (Seite 128)

FERNSEHDISKUSSION – THEMA RAUCHEN

- **Zielgruppe:** Ab 13 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Gruppendiskussion
- **Material:** Arbeitsblatt 19 „Fernsehdiskussion – Thema Rauchen“
- **Lernziel:** Auseinandersetzung mit Möglichkeiten zur Nikotinprävention
- **Anleitung:** Die Schüler/innen bearbeiten jeweils in Kleingruppen ein Beispiel des Arbeitsblatts „Klub 2 – Thema Rauchen“. Anschließend findet eine Fernsehdiskussion zum Thema „Haben Eltern, Schule, Politik, das Gesundheitssystem Einfluss auf das Rauchverhalten von Jugendlichen? Welche Möglichkeiten gibt es und wo sind die Grenzen?“ Aus jeder Gruppe wird ein Vertreter in die Diskussion entsandt, zusätzlich wird ein/e Moderator/in nominiert.
- **Auswertung:** Zuerst werden die Mitspieler/innen interviewt:
Wie ist es dir in der Rolle ergangen? Konntest du deinen Standpunkt gut vertreten?
Fragen an die Klasse:
Welche Ansatzpunkte haltet Ihr für wirksam? Warum? Wer hat Eurer Meinung nach Einfluss auf das Rauchverhalten? Welche Ideen habt Ihr noch zu diesem Thema? Was können Jugendliche selber tun?

siehe **ARBEITSBLATT 19** (Seite 129)

⁴⁴ Vgl. Beales, S. 24f.

RUND UM'S ESSEN/KÖRPER/IDENTITÄT

THEMEN FÜR DIE PRÄVENTIONSARBEIT IM UNTERRICHT

➤ **Schönheitsideale**

Die Schüler/innen sollen ein Bewusstsein dafür entwickeln, dass Schönheitsideale sehr relativ und kulturabhängig sind. Dadurch soll die Fähigkeit zur kritischen Distanzierung gegenüber gängigen Idealen gefördert werden

- **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

➤ **Ernährung und Essgewohnheiten**

Erweiterung des Wissens durch Informationen über Ernährung, Diäten und deren mögliche gesundheitsschädliche Auswirkungen. Die Auseinandersetzung mit den Themen Genuss, Essgewohnheiten soll zu einem genussvolleren Umgang mit Essen im Alltag beitragen. Der Zusammenhang Essgewohnheiten und mögliche seelische Probleme soll erörtert werden

➤ **Identität/Frauen- und Männerrollen**

Die Schüler/innen setzen sich mit gängigen Geschlechterstereotypen kritisch auseinander und gewinnen dadurch mehr Handlungsspielraum. Weitere Themen für den Unterricht sind: Informationen über körperliche Veränderungen in der Pubertät. Es soll vermittelt werden: jeder hat sein eigenes Entwicklungstempo (z. B. beim Größenwachstum, Stimme ...,) Und: Ich bin nicht alleine, den anderen geht es ähnlich.

Ich-stärkende Übungen sollen die Jugendlichen in ihrer Identitätsentwicklung unterstützen

- **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.

➤ **Körperwahrnehmung**

Körperwahrnehmung meint das Wahrnehmen des Körpers mit allen Sinnen. Das achtsame Erleben und Spüren des eigenen Körpers hilft, ein Körperbewusstsein zu entwickeln, das den Selbstwert positiv beeinflusst. Das Kennen des eigenen Körpers vermittelt Sicherheit und Stärke. Über spielerische Körperwahrnehmungsübungen lernen die Schüler/innen, sich ihrem Körper und sich selbst mit freundlicher Aufmerksamkeit zuzuwenden.

➤ **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.

UMSETZUNGSVORSCHLÄGE

KÖRPERPOLITIK⁴⁵

- **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
- **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. Anschließend werden die Schüler/innen angeleitet, sich mit ihrem Körper ausführlich zu beschäftigen und ihn einmal anders zu sehen, nämlich als Landkarte. Die Schüler/innen zeichnen ihren Körperumriss auf und zeichnet mit Hilfe des Arbeitsblattes eine Landkarte seines/ihres Körpers. Anschließend stellen sich zwei vertraute Schüler/innen gegenseitig ihre Bilder vor. Sie können auch noch gegenseitig ergänzen: Fällt dir noch was ein?
- **Auswertung:** Gruppengespräch
Wie fühlt ihr euch jetzt? Wie war es, sich den eigenen Körper auf diese Art zuzuwenden? Findet Ihr es gut, dass jede/r von euch einzigartig ist? Wie könnt ihr euch selbst öfter etwas Gutes tun?

siehe **ARBEITSBLATT 20** (Seite 130)

JA – NEIN – SPIEL⁴⁶

- **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? Empfundest 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?

⁴⁵ Vgl. Knoll, S. 11f.

⁴⁶ Vgl. Knoll, S. 14

GLAUBST DU DAS AUCH?⁴⁷

- **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 Geschlechterstereotypen.
- **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 131)

FRAGEN RUND UMS ESSEN⁴⁸

- **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 132)

⁴⁷ Vgl. Knoll, S. 17f.

⁴⁸ Vgl. Knoll, S. 22f.

FESTMAHL⁴⁹

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Einzelarbeit, Ausarbeitung in der Gruppe
- **Material:** Arbeitsblatt 23, Stifte
- **Lernziel:** Genussfähigkeit erhöhen
- **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 133)

DAS MÄNNER- UND FRAUENBILD IN DER WERBUNG⁵⁰

- **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 134)

⁴⁹ Vgl. Knoll, S. 24f.

⁵⁰ Vgl. DAK, 2. Kapitel, S. 39f.

5. Neue Medien

THEMEN FÜR DIE PRÄVENTION IM UNTERRICHT

Wie im Kapitel „Stoffungebundene Suchtformen“ angesprochen, bildet die Stärkung der allgemeinen Lebenskompetenzen eine gute Basis für die Prävention von problematischen Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Neuen Medien. Im Folgenden werden zusätzliche Möglichkeiten aufgezeigt, die sich spezifisch mit einzelnen Problemkreisen wie exzessiver Konsum von Neuen Medien, virtueller Gewalt, Cybermobbing, sexueller Missbrauch und sexuelle Gewalt beschäftigen.

➤ **Werbepbotschaften und Ziele von Werbung**

Kinder/Jugendliche sollen lernen zu erkennen, dass Werbung manipulieren will, und mit welchen versteckten Botschaften sie arbeitet. Die Frage ob und wie Konsum, Glück und Zufriedenheit zusammenhängen soll thematisiert werden.

➤ **Reflexion der konsumierten Fernsehinhalte und der Nutzungsdauer**

Welche Sendungen sehen Kinder/Jugendliche besonders gerne und warum? Was kann passieren, wenn man zuviel fernsieht? Gab es Sendungen bei denen man sich gefürchtet hat? Wie kann man bewusst fernsehen?

Da die Eltern einen starken Einfluss auf die Programmgestaltung der Kinder haben, ist es günstig die Eltern über die im Unterricht behandelten Themen zu informieren.

➤ **Reflexion der Konsumgewohnheiten und Konsummotive von Internet und Computerspielen**

Welche Programme und Spiele werden bevorzugt genutzt? Welche werden abgelehnt und warum? Wer verbringt wie viel Zeit am Computer? Ist es schon vorgekommen, dass weitergespielt wurde, obwohl man sich vorgenommen hatte aufzuhören?

➤ **Reflexion der Faszinationskraft von Computerspielen und Strategien zur Spielerbindung**

Was macht bestimmte Internetanwendungen und Computerspiele so reizvoll? Welche Möglichkeiten oder Spielelemente führen bevorzugt dazu, dass man nicht aufhören möchte? Gibt es Zusammenhänge zwischen den Wünschen in der realen Welt und den Möglichkeiten im Internet und bei einzelnen Computerspielen?

➤ **Gewaltfilme und jugendgefährdende Inhalte am Handy⁵¹**

Was mache ich, wenn ich extreme Inhalte auf mein Handy bekomme? Warum soll ich anderen keine solchen Inhalte weitersenden? Was können gewalttätige und pornographische Videos bei jüngeren Mitschülern/Mitschülerinnen bewirken?

⁵¹ vergl. Broschüre „Das Handy in der Schule“, Österreichisches Institut für Telekommunikation. 1. Auflage 2010

➤ **Privatsphäre und soziale Netzwerke**⁵²

Auf Grund der stark gestiegenen Nutzung von sozialen Netzwerken wie Facebook ergeben sich auch vermehrt Probleme im Zusammenhang mit der Veröffentlichung von privaten Daten. Die Schüler/innen sollen deswegen dafür sensibilisiert werden, welche Probleme sich durch die Veröffentlichung von privaten Daten im Internet für sie ergeben können und welche Möglichkeiten existieren, um diesen Gefahren vorzubeugen.

Was sind private Daten? Wie kann ich sichergehen, dass im Internet nur jene Daten öffentlich werden, die ich auch allen (meinem Freund/meiner Freundin, meinem Lehrer/meiner Lehrerin, meinen zukünftigen Freunden/Freundinnen, meinen zukünftigen Arbeitgebern) mitteilen will?

Wie kann ich sicherstellen, dass Dinge die einmal im Internet öffentlich wurden, wieder verschwinden? Welche Möglichkeiten habe ich, um meine privaten Daten zu schützen und mich gegen Einträge von anderen zu wehren?

Weitere Informationen unter www.saferinternet.at/broschürens-service

➤ **Klassenklima und Klassengemeinschaft**

Da ein offenes und positives Klassenklima ein Schutzfaktor für Cybermobbing darstellt, ist es günstig besonders in neu gebildeten Klassen das gegenseitige Kennenlernen besonders am Anfang zu unterstützen. Übungen wie „Was ich gerne mache“ finden sich im Abschnitt „Leben – Erleben – Beleben“. Zusätzlich sind dort Übungen, die konkret das Klassenklima thematisieren wie z. B. „Klassen-Reportage“, „Unser Klassenklima“ angeführt.

➤ **Cybermobbing**⁵³

Neben der Prävention von Cybermobbing durch die Steigerung von Selbstwert, Kommunikationsfähigkeiten und Konfliktbewältigung, sowie der Verbesserung des Klassenklimas, können hier noch Kennzeichen von Cybermobbing sowie die Folgen für Täter und Opfer thematisiert werden. Wie sollen sich SchülerInnen verhalten die gemobbt werden und jene die Mobbing wahrnehmen? Wer sind Ansprechpersonen in der Schule und außerhalb der Schule? Vertiefende Informationen finden sich auf <http://www.handywissen.at/> sowie <http://www.saferinternet.at/>.

➤ **Aufklärung über Strategien von sexuellen Missbrauchstätern sowie Schutz und Hilfe**

Es geht darum, Bewusstsein dafür zu schaffen, dass man im Internet nie wissen kann, wer sich tatsächlich hinter einem Profil in einem sozialen Netzwerk oder einem Nickname im Chat oder auch hinter e-mails verbirgt. Daher ist es gut, bei Online Bekanntschaften zunächst misstrauisch zu sein. Ein wichtiger Punkt ist dabei, dass der erste Kontakt mit einer Internet-Bekanntschaft nie ohne eine erwachsene Begleitperson stattfinden soll. Informieren Sie über schulinterne und externe Hilfestellungen (z. B. Vertrauenslehrer/innen, Rat auf Draht, Kinderschutzzentren).

Zusätzlich ist es sinnvoll Elternvorträge zum Thema Medienkonsum anzubieten.

⁵² vergl. Broschüre „Schutz der Privatsphäre im Internet“, Österreichisches Institut für Telekommunikation. 2. Auflage 2010

⁵³ vergl. Broschüre „Aktiv gegen Cyber-Mobbing: Vorbeugen – Erkennen – Handeln“, Österreichisches Institut für Telekommunikation. 1. Auflage 2009

MEDIEN GESTERN/MEDIEN MORGEN⁵⁴

➤ **Zielgruppe:** Ab 11 Jahren

➤ **Dauer:** 1 UE

➤ **Methode:** Gruppenarbeit

➤ **Lernziel:**

Die SchülerInnen erkennen, dass die Omnipräsenz von Medien ein junges Phänomen ist und es auch andere Möglichkeiten der Kommunikation/Problemlösung/Freizeitgestaltung gibt/gab, geben wird.

Erweiterung des Denkhorizonts und des Handlungsrepertoires.

➤ **Anleitung:** Medien beeinflussen unseren Alltag. Hätten wir sie nicht, würde so manches anders laufen! Noch vor 100 Jahren waren viele unserer heutigen Medien unbekannt, welche „neuen“ Medien wird es vielleicht in den nächsten 100 Jahren geben?

Thema 1:

Beschreibe den Alltag im 19. Jh. ganz ohne elektronische Medien! Wie haben sich die Menschen stattdessen beholfen?

Thema 2:

Beschreibe den Alltag im 22. Jahrhundert, in dem ganz neue Medien, die wir heute noch nicht kennen, vielleicht eine große Rolle spielen!

Schüler/innengruppen (aus 3–4 Personen) entwickeln zu den Fragen 1–7 Szenarien (im 19. Jh oder im 22. Jh), die sie dann den anderen vorstellen/erzählen!

Als Hilfe kann folgende Struktur dienen:

1. Beschreibe einen Tagesablauf im Jahr 1900/im Jahr 2100. Es ist ein Sonntag im Sommer. Du bist allein zuhause geblieben, deine Familie ist in den Nachbarort gefahren, um bei einer großen Veranstaltung dabei zu sein. Du nimmst dir vor, in der Zwischenzeit deiner Oma, die weit weg wohnt, für das Geburtstagsgeschenk zu danken. Wie machst du das?
2. Das Wetter ist ziemlich regnerisch, dir wird ein bisschen langweilig. Was machst du?
3. Du bist neugierig, wie die Veranstaltung im Nachbarort wohl abläuft. Wie erfährst du davon, bevor deine Eltern darüber erzählen?
4. Du möchtest dir etwas kochen, aber du kennst dich mit dem Rezept nicht aus? Wie hilfst du dir?
5. Aus Ungeschicklichkeit hast du dir in den Finger geschnitten. Es ist nicht viel passiert, aber du blutest. Du weißt nicht, was man in einem solchen Fall tun soll!
6. Vielleicht hat deine Freundin/dein Freund Lust, mit dir zu plaudern? Wie nimmst du Kontakt auf?
7. Du erwartest sehnlichst, dass deine Eltern heimkommen. Wie kannst du erfahren, wann sie zuhause sein werden?

➤ **Reflexion:**

War es schwierig sich in eine andere Zeit zu versetzen?

Auf welche Ideen seid ihr gekommen?

Welchen Stellenwert haben die Medien in deinen Augen für die Menschheit?

⁵⁴ Quelle: PLUS – das österreichische Präventionsprogramm – ARGE Suchtvorbeugung Österreich

EIN TAG OHNE ...

- **Zielgruppe:** Ab 12 Jahren
- **Dauer:** 2 x 1 UE
- **Methode:** Einzelarbeit, Reflexion mit Eltern oder Freunden, gemeinsame Reflexion im Plenum
- **Material:** Arbeitsblatt „Ein Tag ohne“ mit Vertrag
- **Lernziel:** Reflexion des eigenen Konsumverhaltens durch Verzicht
- **Anleitung:** Alle SchülerInnen versuchen am selben Tag auf ein Medium bzw. eine Medienanwendung zu verzichten. Idealerweise ist es das am häufigsten benutzte Medium. Die Wahl der Anwendung sollte jedenfalls öffentlich in der Klasse von jedem/jeder SchülerIn getroffen werden, damit nicht automatisch das Medium gewählt wird das am wenigsten genutzt wird! Jede/jeder SchülerIn soll sich für den ausgewählten Tag einen Vertragspartner suchen der/die den Vertrag mit unterschreibt. Wenn irgendwie möglich sollten das die Eltern sein, sonst bietet sich bester Freund/beste Freundin als Alternative an.
Am Tag nach der Übung werden die Ergebnisse in der Klasse präsentiert und besprochen.

siehe **ARBEITSBLATT 26** (Seite 137)

CCG – DAS COOLSTE COMPUTERGEAME ALLER ZEITEN⁵⁵

- **Zielgruppe:** Ab 14 Jahren
- **Dauer:** 2 x 1 UE
- **Methode:** Gruppenarbeit
- **Material:** Arbeitsblatt „Ein Tag ohne“ mit Vertrag
- **Lernziel:** Die SchülerInnen sollen beschreiben können, was für sie an Computerspielen so spannend, faszinierend...ist. Es soll ihnen bewusst werden, welche Motive, Bedürfnisse hinter der Nutzung von Computerspielen stehen können.
- **Anleitung:** Die Jugendlichen haben die Aufgabe als ComputerspieldesignerInnen im Team, das coolste Computergame der Welt zu entwickeln. Das Spiel soll jene Eigenschaften Merkmale haben, die sie selbst favorisieren, aber auch solche, die es ihrer Ansicht nach zu einem Verkaufsschlager machen. Die Gruppeneinteilung erfolgt nach Genres (z. B. Rollenspiele, Egoshooter, Simulationen, Adventures, Sportspiele) die sich die Jugendlichen selbst aussuchen.

Die Spielentwicklung erfolgt anhand der folgenden Fragen:

1. Unterrichtseinheit:

- Worum gehst beim CCG?
- Name des CCG?
- Genre?
- Plattform auf der das Spiel läuft?
- Altersbeschränkung und Gründe dafür oder dagegen?
- Warum macht es Spaß?
- Welche Wirkungen sollen beim Spielen entstehen?
- Wie viel kostet das Spiel (Anschaffungspreis und monatliche Kosten)?

⁵⁵ nach einer Idee vom Verein Condrops, München

2. Unterrichtseinheit:

Präsentation der einzelnen Spiele anhand der obigen Fragen.

Abschließende Diskussion zu den folgenden Fragen:

- Besteht die Gefahr abhängig zu werden und warum/warum nicht?
- Hat das CCG auch negative Seiten und welche sind das?
- Welche Fähigkeiten braucht man, um das CCG richtig gut spielen zu können?
- Was sind die Motive, Wünsche, Bedürfnisse die das Computerspiel erfüllt?
- Welche weiteren Möglichkeiten gibt es die genannten Bedürfnisse zu befriedigen?
- Wie wirken Computerspiele?

MEIN VIRTUELLES ICH⁵⁶

- **Zielgruppe:** Ab 13 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Gruppenarbeit, Reflexion im Plenum
- **Material:** Stifte, evtl. Packpapier
- **Lernziele:** Auseinandersetzung mit Bedürfnissen und der eigenen Identität
- **Anleitung:** Jugendliche kreieren ihr virtuelles Wunsch-Ich. Dieses kann auf ein Blatt Papier gezeichnet oder (für zeichnerisch eher Unbegabte) mit Worten möglichst genau beschrieben werden. Dabei werden nicht nur äußerliche Merkmale beschrieben, sondern auch Fähigkeiten und Charaktereigenschaften. Als Ausgangspunkt für diese Einzelarbeit dienen so genannte „Nick-names“ (Namen für das virtuelle Ich), welche entweder frei erfunden oder aus Chatforen übernommen werden können (z. B. „Superhero“).

Achtung: Das Resultat wird nur mit einer vertrauten Person ausgetauscht und nicht im Plenum veröffentlicht.

Jede Schülerin/jeder Schüler sucht sich eine/einen Partnerin. Gegenseitig wird einander nun die Figur des virtuellen Ichs vorgestellt und erläutert. Dabei sollen vor allem die Unterschiede zum realen Ich betrachtet und unausgesprochene Wünsche angesprochen werden. Das Gegenüber kann/soll dazu auch Fragen stellen wie:

- Warum hast du dir ein virtuelles Ich ausgedacht, welches deinem realen Ich so ähnlich ist?
- Welche Unterschiede zu deinem realen Ich waren dir besonders wichtig?
- Wenn diese Vorstellungen in Erfüllung gehen würden, welche Vorteile hättest du im realen Leben bzw. gäbe es auch Nachteile? Was würde sich ändern?

Im Plenum kann dann gemeinsam eine virtuelle Lehrerin/ein virtueller Lehrer erstellt werden, indem jede/jeder ein Detail auf ein großes Packpapier, das in der Klasse aufgehängt wird, zeichnet oder schreibt.

- **Reflexion:** Zur Reflexion können folgende Fragen verwendet werden:
 - Was hat das virtuelle Ich für Vorteile, was für Nachteile? → Wie wäre das durchgehend perfekte Leben?
 - Kann ich mir erwünschte Gegebenheiten auch ins reale Leben holen?
 - Brauche ich all diese Dinge, um im realen Leben glücklich zu sein?
 - Welche Bedürfnisse stecken hinter diesen Wünschen (Vorschläge zur Veränderung)?

⁵⁶ Quelle: Schule Sucht Vorbeugung, VIVID – Fachstelle für Suchtprävention: „Schule – Sucht – Vorbeugung“ www.saferinternet.at

EGO DIVING⁵⁷

- **Zielgruppe:** Ab 13 Jahren
- **Dauer:** 30–50 Minuten
- **Material:** PC mit Internetzugang
- **Lernziele:** Sensibilisierung für das Thema Privatsphäre im Internet
- **Anleitung:** Die Schülerinnen setzen sich paarweise an einen PC mit Internetzugang. Ihre Aufgabe ist es, mit verschiedenen Suchmaschinen (google, 123people, ...) und mit Hilfe von Social Network Sites (myspace, facebook, ...) möglichst viele Informationen über sich selbst zu sammeln. Dazu gehören sämtliche Informationen zur Person wie Alter, Wohnort, Telefonnummer, Hobbys und Mitgliedschaften in Vereinen usw. Diese werden gesammelt und zu einer Datei oder auf einem A4-Blatt (Word-Datei) zusammengefasst.
Gemeinsam entscheiden die Zweiergruppen welche Informationen sie über sich selbst im Internet haben möchten und welche Informationen eigentlich nicht im www stehen sollten.
- **Auswertung:**
 - Bei welchen Informationen über dich im Internet hast du ein unangenehmes Gefühl, wenn sie von fremden oder dir nicht so gut bekannten Personen gelesen werden?
 - Auf welche Informationen im Internet über dich bist du stolz?
 - Erzeugen diese Informationen ein positives Bild von dir?
 - Welche Informationen wurdest du noch gerne über dich im Internet lesen?
 - Wo wäre die geeignete Plattform für diese Informationen?Im Anschluss können die Ergebnisse in der Großgruppe präsentiert und diskutiert werden. Abschließende Fragen könnten diskutiert werden:
 - Welche Informationen über dich solltest du auf keinen Fall ins Internet stellen und warum?
 - Womit oder wie könntest du dich im Internet in einer positiven Art und Weise darstellen?

WAS MAN MIT EINEM HANDY ALLES TUN KANN – UND WAS MAN BESSER NICHT TUN SOLLTE⁵⁸

- **Zielgruppe:** Ab 11 Jahren
- **Dauer:** 1 UE
- **Methode:** Gruppendiskussion, Einzelarbeit
- **Material:** Material: Kreppband, Arbeitsblatt „Cyber-Mobbing – kein Kavaliersdelikt!“
- **Lernziel:** Die eigene Nutzung von Internet und Handy reflektieren und sensibel werden für mögliche Auswirkungen des eigenen Handelns auf andere
- **Anleitung:** Die Schüler/innen sammeln Verwendungsmöglichkeiten für Handys und überlegen sich, welche davon nützlich sind oder Spaß machen und welche unfair oder sogar verboten sind. Die Frage kann auf Kameras, Videokameras, das Internet u.ä. erweitert werden.

⁵⁷ Quelle: Schule Sucht Vorbeugung, VIVID – Fachstelle für Suchtprävention: „Schule – Sucht – Vorbeugung“

⁵⁸ Quelle: PLUS – das österreichische Präventionsprogramm – ARGE Suchtvorbeugung Österreich

Beispiele:

- Die Eltern anrufen, wenn die Schule früher aus ist.
- Der Freundin ein SMS schicken, dass man heute keine Zeit hat.
- Den älteren Bruder beim Knutschen fotografieren und das Foto an seine Klassenkameraden verschicken
- Sich morgens vom Wecker im Handy wecken lassen.
- Mit verstellter Stimme jemanden anrufen und ärgern
- Jemanden in peinlichen Situationen filmen
- Einen Videofilm bei YouTube einstellen, ohne dass die Personen, die darauf sind, davon wissen
- Seinem Haustier einen Trick beibringen und das Video an Freunde schicken

➤ **Reflexion zur Übung:** Insbesondere bei den gemeinen und verbotenen Dingen sollte auf die Gefühle des Opfers eingegangen werden. Ebenso sollte darauf eingegangen werden, wie Opfer sich verhalten sollten bzw. wie sie sich ggf. wehren können. An den entsprechenden Stellen können Aspekte wie Gesetze (Urheberrecht, Persönlichkeitsschutz) oder Kosten (SMS, MMS, Roaminggebühren, mobiles Internet) angesprochen werden. Eine Zusammenstellung der relevanten Gesetze findet sich auf dem Arbeitsblatt „Cybermobbing – kein Kavaliersdelikt!“.

siehe **ARBEITSBLATT 25** (Seite 135, 136)

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. Mülheim 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.

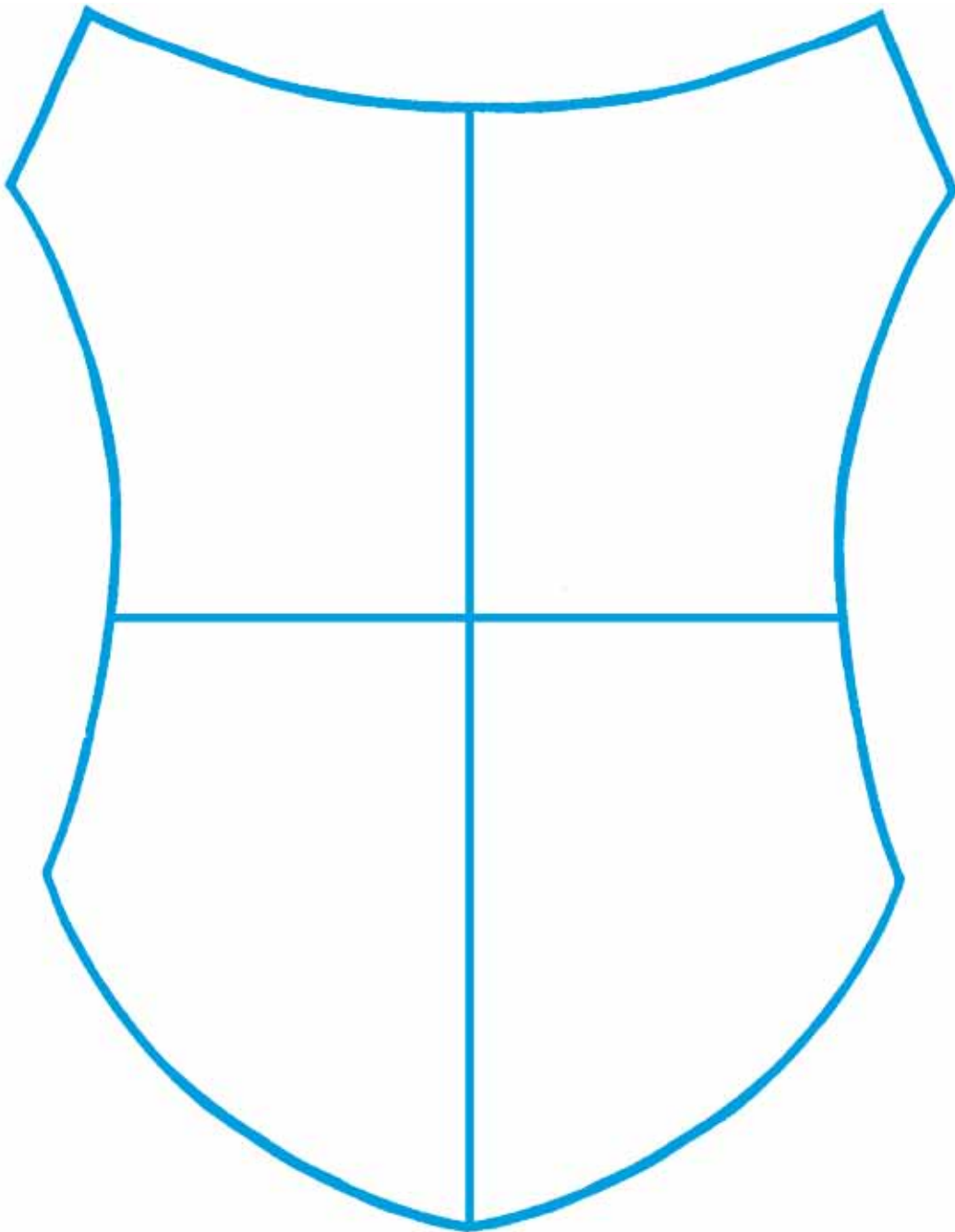
Thanhoffer, M./Reichel, R./Rabenstein, R. (1992): Kreativ unterrichten. Möglichkeiten ganzheitlichen Lernens. Münster: Ökotoxia

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

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

„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



„Vorstellung mit Gefühl“



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

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?

„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:

.....

.....

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 Klassen-
kameraden bloß stellt ...

mach ich nicht mit

--	--	--	--	--	--

mach ich mit

Meine Fähigkeit, andere
zu loben, ist ...

klein

--	--	--	--	--	--

groß

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.	

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

Sucht-Einführungsspiel

> Suchtwörter



nikotinsüchtig	spielsüchtig	tablettensüchtig	alkoholsüchtig
LSD-süchtig	kokainsüchtig	heroinsüchtig	haschischsüchtig
süchtig nach Schnüffelfstoffen	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

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

Konsumprofil

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

1. Konsumverhalten/Genussmittel

nie	1-3x/ Monat	1-3x/ Woche	4-6x/ Woche	täglich

2. Wie viele Stunden sehe ich innerhalb einer Woche fern?

0	1-5	6-10	11-15	mehr als 15

3. Wie viele Stunden pro Woche benutze ich einen Computer zum Spielen

0	1-5	6-10	11-15	mehr als 15

4. Wie viel Stunden verbringe ich pro Woche in sozialen Netzwerken (Facebook...)

0	1-5	6-10	11-15	mehr als 15

Mein persönlicher Verzichtungsvertrag

Name:

Ich verzichte auf den Konsum von:

- ☐ Schokolade
- ☐ Computerspielen
- ☐ Fernsehen
- ☐
- ☐
- ☐

Datum: von bis

oder

Ich reduziere/oder verzichte auf eine Tätigkeit/Gewohnheit:

(z. B. Fernsehen, Internet, PC Spiele, ...)

verzichte ganz auf:

oder

reduziere auf: Std.

Datum: von bis

Unterschrift:

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?

„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 ...

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.“

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

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

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 die Argumente von beiden Seiten an und entscheidet sich erst dann.

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

„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?

.....

.....

Fernsehdiskussion – 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.

„Körperpolitik“

➤ **Gestalte deine Körperumrisse und zeichne ein:**

1. Wo liegt in meinem Körper die Hauptstadt?
Wo ist mein Zentrum, meine Energie, Kraft?
2. Welche Gebiete hast du besonders gern?
Was mag ich an mir, was pflege ich an mir?
3. Wo sind die größten Energievorkommen und Bodenschätze?
Was sind meine Fähigkeiten? Was können meine Hände, meine Augen, meine Stimme, ...?
4. Gibt es irgendwo Spannungen und Unruhen? Wo?
Körperliche Beschwerden? Unzufriedenheit?
5. Wo sind die Sehenswürdigkeiten?
Worauf bin ich stolz?

➤ Gib deinem Staat einen Fantasienamen und signiere dein Bild.

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.“	

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?

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?

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?
-

Cybermobbing – kein Kavaliersdelikt¹

1. Strafgesetzbuch (StGB)

Nötigung (§ 105 StGB)

Was verboten ist:

Jemand anderen mit Gewalt oder durch gefährliche Drohung zu einer Handlung, Duldung oder Unterlassung zu nötigen.

Beispiel: Person A droht Person B, Nacktfotos zu veröffentlichen, sollte B nicht noch weitere Nacktfotos schicken.

Beharrliche Verfolgung (§ 107a StGB) „Anti-Stalking-Gesetz“

Was verboten ist:

Das beharrliche Verfolgen einer Person über einen längeren Zeitraum hinweg, z. B. durch wiederholtes SMS-Schicken oder Anrufe, die unerwünscht und unangenehm sind, unter Verwendung ihrer Daten Waren im Internet bestellen, Dritte dazu anstiften, unter Verwendung ihrer personenbezogenen Daten Kontakt mit dem Opfer aufzunehmen.

Beispiel: Person A schickt, obwohl B es nicht will, jeden Tag 50 SMS.

Person A bestellt immer wieder im Namen von B Waren.

Üble Nachrede (§ 111 StGB)

Was verboten ist: In Gegenwart einer dritten Person jemandem den Vorwurf einer verächtlichen Gesinnung oder Eigenschaft zu machen oder ihn eines unehrenhaften Verhaltens zu beschuldigen.

Beispiel: Person A beschuldigt Person B in einem öffentlichen Forum des Betruges, da sie angeblich bei Prüfungen geschummelt habe.

Beleidigung (§ 115 StGB)

Was verboten ist: In der Öffentlichkeit eine Person zu beschimpfen oder zu verspotten.

Beispiel: Person A postet einen öffentlichen Kommentar auf dem Online-Profil von Person B, in dem sie als „Vollidiot“ bezeichnet wird.

Datenbeschädigung (§ 126a StGB)

Was verboten ist: Automationsunterstützt verarbeitete, übermittelte oder überlassene Daten einer anderen Person zu verändern, zu löschen oder sonst unbrauchbar zu machen.

Beispiel: Person A löscht mit voller Absicht Daten am Computer von Person B.

Kreditschädigung (§ 152 StGB)

Was verboten ist: Das Behaupten von unrichtigen Tatsachen, wenn dadurch das Fortkommen der Person gefährdet wird.

Beispiel: Person A bezichtigt unrichtigerweise Person B in einem öffentlichen Forum, dass diese andere SchulkollegInnen bedroht hätte, damit Person B von der Schule verwiesen wird.

Pornografische Darstellungen Minderjähriger (§ 207a StGB)

Was verboten ist: Herstellung, Veröffentlichung oder Verbreitung von Bildern mit sexuellem Fokus von unter 18-Jährigen.

Beispiel: Person A verbreitet via Handy anzügliche Fotos der 15-jährigen Person B. Die 13-jährige Person C veröffentlicht auf ihrem Online-Profil intime Fotos von sich selbst.

Verleumdung (§ 297 StGB)

Was verboten ist: Jemand anderen einer strafbaren Handlung zu verdächtigen, obwohl klar ist, dass der Vorwurf nicht zutrifft und dieser auf Grund der Verdächtigung der Gefahr einer behördlichen Verfolgung durch Polizei oder Staatsanwaltschaft ausgesetzt ist.

Beispiel: Person A beschuldigt Person B aus dem Schulbuffet Getränke gestohlen zu haben.

2. Urheberrechtsgesetz (UrhG)

Briefschutz (§ 77 UrhG)

Was verboten ist: Die öffentliche Verbreitung von vertraulichen Aufzeichnungen, wenn dadurch die berechtigten Interessen des Verfassers/der Verfasserin verletzt werden.

Beispiel: Person A stellt eine private E-Mail von Person B ins Internet.

Bildnisschutz (§ 78 UrhG) – „Das Recht am eigenen Bild“

Was verboten ist: Die Veröffentlichung von Fotos, die die Abgebildeten bloßstellen.

Beispiel: Person A stellt ein „Sauf-Foto“ von Person B ins Internet.

3. Mediengesetz

Auch das Mediengesetz sieht Schadenersatz für Opfer von Übler Nachrede, Beschimpfung, Verspottung und Verleumdung (§ 6) sowie für die Verletzung des höchstpersönlichen Lebensbereiches (§7) vor.

Das Mediengesetz gilt auch für öffentliche Websites.

4. Jugendschutzgesetz

Das Jugendschutzgesetz ist in Österreich auf Landesebene geregelt. In jedem Bundesland gibt es leicht unterschiedliche Bestimmungen. Überall gleich ist jedoch, dass die Weitergabe von z. B. pornografischen oder gewalthaltigen Inhalten an Jugendliche verboten ist und Jugendliche solche Inhalte auch nicht besitzen dürfen:

Medien, Datenträger, Gegenstände und Dienstleistungen, die

- kriminelle Handlungen von menschenverachtender Brutalität oder Gewaltdarstellungen verherrlichen oder
- Menschen wegen ihrer Rasse, Hautfarbe, Herkunft, ihres Geschlechtes, ihres religiösen Bekenntnisses oder ihrer Behinderung diskriminieren oder
- pornografische Darstellungen beinhalten,

dürfen Jugendlichen nicht angeboten, vorgeführt, an diese weitergegeben oder sonst zugänglich gemacht werden. Der Erwerb, Besitz und Gebrauch von jugendgefährdenden Medien, Datenträgern und Gegenständen ist für Jugendliche verboten.

Einen Überblick über die unterschiedlichen Regelungen in Österreich findest du unter

http://www.jugendinfo.at/cms/front_content.php?idcat=57.

Beobachtungsblatt step by step

<http://www.suchtvorbeugung.net/stepbystep/media/download/beobachtungsblatt.pdf>

„Ein Tag Ohne...“

Such dir ein Medium oder eine spezifische Anwendung eines Mediums (z. B. SMS beim Handy oder Spielen am Computer) aus, auf die du in den nächsten 24 Stunden verzichten willst.
Was ist das am häufigsten benutzte Medium bei dir?
Vielleicht schaffst du es ja darauf einen Tag zu verzichten?

VERTRAG

Ich _____
werde am _____
auf _____
24 Stunden verzichten!

Datum

Unterschrift

Unterschrift VertragspartnerIn

- 1.) Falls du den „Tag ohne“ nicht geschafft hast: Was ist der Grund dafür?
- 2.) In welchen Situationen hättest du das Medium gebraucht?
- 3.) Was hast du stattdessen gemacht?
- 4.) Was war gut am „Tag ohne“, was nicht?
- 5.) Wie hat dein Vertragspartner auf den „Tag ohne“ reagiert?

➤ 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 (Pittman, 1964):

- Abstinenzkulturen: Jeglicher 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.
- Überpermissive 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, ist zwischen permissiv und überpermissiv einzuordnen: Alkoholgenuss wird kaum beschränkt und ist ein nicht wegzudenkender Bestandteil vieler gesellschaftlicher Ereignisse und Rituale. Bei bestimmten Anlässen wird von großen Bevölkerungssegmenten auch Trunkenheit akzeptiert.

Üblicherweise werden Verhaltensweisen, die jenseits der allgemein tolerierten Formen des Alkoholkonsums fallen, als „Alkoholmissbrauch“ bezeichnet. Das betrifft sowohl Rauschkonsum, der bewirkt, dass sich Menschen unkontrolliert verhalten und nicht zu benehmen wissen, als auch den übermäßigen Konsum, der eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit darstellt.

GRUNDLEGENDES WISSEN ÜBER ALKOHOL

GEWINNUNG

Trinkalkohol wird aus zucker- oder stärkehaltigen Pflanzenteilen, Früchten oder Samen 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.-%, vergorener 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 Wassers im Körper (nicht wässrige Körperanteile, wie Fett oder Knochen sind hier ohne Bedeutung),
- der Geschwindigkeit des Alkoholabbaus.

Der Alkoholabbau beginnt sofort nach der Alkoholzufuhr. Ca. 90 Prozent des Alkohols werden in der Leber abgebaut, der Rest wird im Magen und Darm abgebaut bzw. unverändert durch die Nieren, die Haut oder die Atmung 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 die Abbaurate bei sehr starkem Alkoholkonsum noch deutlich darüber liegen kann. Generell geht der Abbau bei an Alkohol gewöhnten Personen rascher vor sich.

Frauen weisen bei gleicher konsumierter Alkoholmenge höhere Blutalkoholwerte und Alkoholkonzentrationen im Gewebe auf als „durchschnittliche“ Männer. Dafür sind zwei Faktoren verantwortlich. Erstens sind Frauen durchschnittlich leichter als Männer und zweitens haben Frauen durchschnittlich einen höheren Körperfettanteil (Alkohol verteilt sich nur im Körperwasser, aber nicht im Fettgewebe).

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 1,3–3,0 Promille wird die Berausung 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, Doppelsehen tritt auf, triebhaft gesteuertes Verhalten tritt in den Vordergrund.
- Steigt der Blutalkoholspiegel auf über 3,0 Promille an, kommt es allmählich zur Lähmung des Nervensystems. Die geistigen Fähigkeiten erlöschen und es tritt schwerer, tiefer Schlaf ein. Die genannten Auswirkungen nehmen mit dem Grad der Gewöhnung an Alkohol kontinuierlich ab.

AKUTE ALKOHOLVERGIFTUNG – TÖDLICHE DOSIS

Alkohol ist ein Zellgift, damit ist jede Berausung 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 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 Erwachsene 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 reine „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:

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

Tabelle 1: Uhl et al. (2011)

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 alkoholabstinient zu leben als „Alkoholiker“, da die grundlegende Suchtproblematik auch im Falle einer Abstinenz weiter 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 Zustandsbild 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 genannt 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 Alkoholembyopathie (= fetales Alkoholsyndrom) auf. Dieses ist durch Missbildungen im Schädel- und Gesichtsbe- reich, im Herz-Kreislaufsystem und an den Gliedmaßen sowie Intelligenzminderung 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 Suchtmechanis- men 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 körperlichen, seelischen und sozialen 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 „j-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 nicht mit Wirkung verwechseln. Alkoholabstinenz macht nicht krank, unglücklich und erfolglos, sondern manche Kranke, Unglückliche und Erfolgreiche tendieren verstärkt zur Alkoholabstinenz. Eine tatsächlich gesund- heitsfördernde Wirkung mäßigen Alkoholkonsums wird in der Fachliteratur nur in Zusammenhang mit koronaren Herzerkrankungen und in Zusammenhang mit Stresserkrankungen diskutiert. Hier ist allerdings zu bemerken, dass die positive Alkoholwirkung 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

Nachdem in den Nachkriegsjahren der Durchschnittskonsum der 15- 99-jährigen Bevölkerung an reinem Alkohol mit steigendem Wohlstand bis Mitte der 70er Jahre kontinuierlich angewachsen war (Maximum 1973: 15,6 Liter/Jahr = 33,7 Gramm/Tag), ist seit dieser Zeit ein Rückgang um rund 25 Prozent zu beobachten. Im Jahr 2009 betrug der Pro-Kopf-Konsum der 15–99-jährigen Bevölkerung im Durchschnitt 11,8 Liter bzw. 25,6 Gramm Reinalkohol pro Tag.

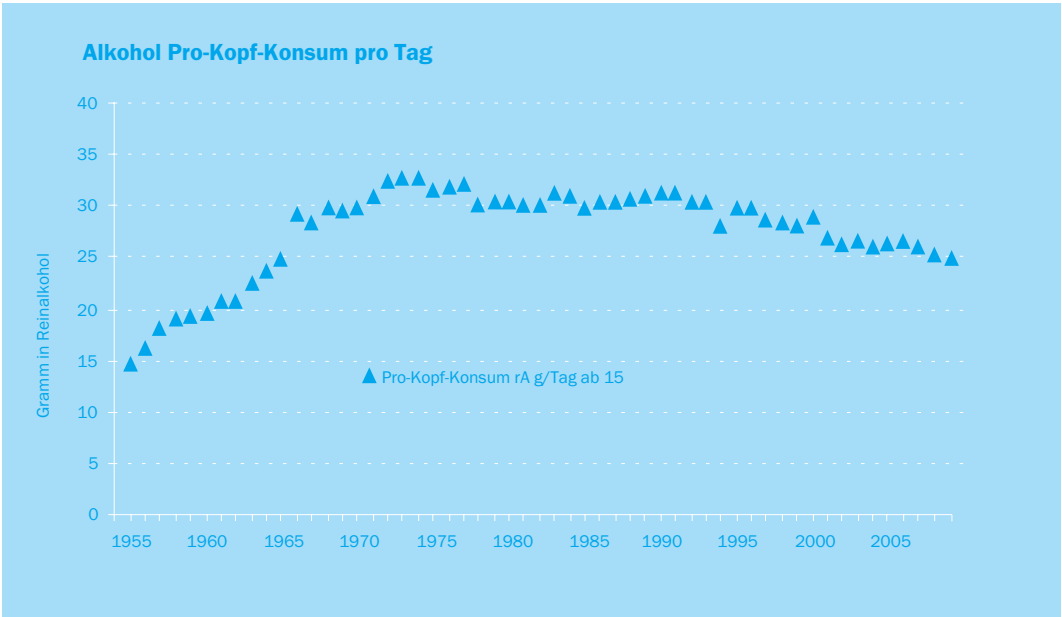


Abbildung 1: Entwicklung des Pro-Kopf-Konsums der Erwachsenen (15–99-Jährigen) an reinem Alkohol in Österreich, 1955–2009

Quelle: Suchtpräventionsforschung und -dokumentation des Anton Proksch Instituts (2011)

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 15 Jahren (Kinder und Jugendliche nehmen aber kaum in nennenswertem Maße Alkohol zu sich). Die Daten aus der Global Alcohol Database der Weltgesundheitsorganisation von 2011, (vgl. Uhl et al., 2011, Tab.80), die allerdings Werte bis 2005 bzw. 2006 ausweist, legen nahe, dass Österreich bezüglich des durchschnittlichen Alkoholkonsums im oberen Bereich der Staaten der EU 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 2009 wurden in Österreich 8,8 Mio. Hektoliter Bier und 2,44 Mio. Hektoliter Wein 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.

Mehr als ein Drittel (42 Prozent) der erwachsenen österreichischen Bevölkerung ist zur Gruppe der Abstinenten oder Fast-Abstinenten (maximal viermal im Jahr Alkoholkonsum) zu rechnen. Ungefähr 18 Prozent trinken in gesundheitsgefährdendem Ausmaß. Der Rest nimmt Alkohol in geringen bzw. mittleren Mengen zu sich.

4–6 Prozent der Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren nehmen täglich oder fast täglich Alkohol zu sich. Den höchsten Anteil an täglich oder fast täglich Trinkenden weist die Altersgruppe der 70–99-jährigen auf (25 Prozent bei Männern und 8 Prozent bei Frauen, Veränderungen). Der Pro-Kopf-Alkoholkonsum der Österreicher/innen ist seit den 70er Jahren langsam aber kontinuierlich um 25 Prozent gesunken. Des Weiteren fällt auf, dass in der Altersgruppe der ab 60-jährigen besonders oft Alkohol getrunken wird.

JUGEND UND ALKOHOL?

Junge Menschen kommen früher in die Pubertät, werden in zunehmend jüngerem Alter selbstständig und mobil, gehen alleine bzw. mit Freund/inn/en aus und frequentieren auch früher Lokale, in denen ihnen der Zugang zu Alkohol ermöglicht wird. Daher erscheint es plausibel, dass das auch **Einstiegsalter bezüglich des Alkoholkonsums aktuell sinkt** und durchschnittlich auch die ersten Alkoholräusche früher stattfinden. Im familiären Rahmen dürfte regelmäßiger Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen allerdings 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, was in einer Kultur, in der 16-Jährige legal Alkohol sowohl erwerben als auch konsumieren dürfen und in der Alkohol integraler Bestandteil des gesellschaftlichen Lebens ist, nicht weiter verwunderlich ist. Von Erfahrungen mit Alkoholräuschen 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. **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 77 Prozent der Frauen abstinent oder fast abstinent leben bzw. Alkoholmengen zu sich nehmen, die als nicht gesundheitsgefährdend einzustufen sind, beträgt dieser Anteil bei den Männern 59 Prozent. 17 Prozent der ÖsterreicherInnen (22 Prozent der Männer/10 Prozent der Frauen) weisen problematische Konsummuster auf; d.h. sie konsumieren Alkohol in einem gesundheitsschädlichen Ausmaß oder sind an Alkoholismus erkrankt. In dieser Zahl enthalten sind 7,5 Prozent männliche Alkoholiker und 2,5 Prozent weibliche Alkoholiker (Uhl et al., 2011 , Tab. 31).

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 3:1).

WIE VIELE ALKOHOLABHÄNGIGE GIBT ES IN ÖSTERREICH?

Ca. 5 Prozent der Österreicher/innen ab dem 15. Geburtstag sind als „chronische Alkoholiker/innen“ zu klassifizieren, was in absoluten Zahlen ungefähr 350.000 Österreicher/innen, darunter ca. 1/4 Frauen und 3/4 Männer, entspricht. Im Laufe des Lebens werden rund 10 Prozent der Österreicher/innen alkoholkrank (Uhl et al., 2011, Tab. 30). Auf die Geschlechter aufgeteilt heißt das, dass jeder 7. Mann und jede 17. Frau in Österreich im Verlauf ihres Lebens alkoholabhängig wird.

Pro Jahr erkranken rund 0,19 Prozent der Männer, 0,07 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. Uhl et al. (2011)

Alkoholkonsum der ab 15-jährigen ÖsterreicherInnen nach Konsumklassen und Geschlecht

Konsumklassen	Männer	Frauen	Gesamt
Abstinenz und Fastabstinenz	33 % (1.140.000)	52 % (1.920.000)	42 % (3.000.000)
Geringer Alkoholkonsum	26 % (900.000)	26 % (960.000)	26 % (1.860.000)
Mittlerer Alkoholkonsum	18 % (620.000)	12 % (440.000)	15 % (1.070.000)
Problematischer Alkoholkonsum Alkoholmissbrauch	15,5 % (530.000)	7,5 % (280.000)	12 % (860.000)
Alkoholismus	7,5 % (260.000)	2,5 % (90.000)	5 % (360.000)
Alkoholismus	340.000 (5 %)	250.000 (7,5 %)	90.000 (2,5 %)
Gesamt	100 % (3.450.000)	100 % (3.700.000)	100 % (7.150.000)

Tabelle 2: Absolute Zahlen gerundet auf 10.000, Uhl et al. (2011, Tab. 31)

TODESFÄLLE IN ZUSAMMENHANG MIT ALKOHOL

Pro Jahr sterben in Österreich rund 100 Personen (0,13 % aller Todesfälle) an einer Alkoholvergiftung. Diese sind als „Alkoholtote im engsten Sinne“ zu bezeichnen. Schätzt man die „Alkoholtoten im weiteren Sinn“ über die Zahl der an bestimmten Krankheiten verstorbenen Personen und den pro Krankheit auf Alkoholmissbrauch attribuierbaren Anteil, so gelangt man zu 2.550 „indirekt alkoholbedingten Todesfällen“.

Von den rund 80.000 Österreicher/innen, die pro Jahr sterben, sind ca. 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 verstorbene Alkoholiker/innen“ bezeichnen. Eine detailliertere Auseinandersetzung mit der Materie, erfolgte bei Uhl & Kraus (2006).

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. Der Wegfall der Getränkesteuer, die in den Jahren vor deren Abschaffung alleine mehr als die Hälfte der alkoholbezogenen Gesamtabgaben ausmachte, wird durch die Erhöhung der Alkoholsteuer sowie der Bier- und Zwischenerzeugnissteuer teilweise ausgeglichen. 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 und mindestens 5 Prozent der vereinnahmten Abgaben direkt oder indirekt mit

Erzeugung, Vertrieb und Ausschank von Alkohol zusammenhängen. Zusammenfassende Kosten-Nutzen-Überlegungen die Auswirkungen des Alkoholkonsums betreffend sind überaus komplex. Eine detailliertere Auseinandersetzung mit der Materie, erfolgte in zwei Publikationen (Uhl, 2004; 2006).

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“)

Die Zielgruppe der Jugend(schutz)gesetze heißt in drei Bundesländern (Burgenland Niederösterreich und Wien) „junge Menschen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr“, in einem (Oberösterreich) „Jugendliche“ und in den restlichen 5 Bundesländern „Kinder und Jugendliche“, wobei als „Kinder“ in vier Bundesländern (Kärnten, Steiermark, Vorarlberg, Tirol) Personen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr und in Salzburg bis zum vollendeten 12. Lebensjahr gelten.

➤ **Rahmenbedingungen des Konsums** (öffentlicher bzw. privater Konsum)

➤ **Art der Verbote** (Konsum, Weitergabe, Berausung etc.)

Im Detail unterscheiden sich alle 9 Landesgesetze in vielen Punkten. Da Jugendschutzbestimmungen im Zuständigkeitsbereich der einzelnen Bundesländer liegen, gibt es in Österreich keine bundesweit vereinheitlichten Jugendschutzgesetze. Selbst ExpertInnen haben Mühe, die derzeit gültigen alkohol- und nikotin-spezifischen Jugendschutzbestimmungen kurz und verständlich zu beschreiben.

Zusammenfassend, ohne auf Details einzugehen, kann man festhalten, dass in allen 9 Bundesländern der öffentliche Konsum von alkoholischen Getränken unter einer bestimmten Altersgrenzen (16 Jahre für alle alkoholhaltigen Getränke in Wien, Niederösterreich, Burgenland; 16 Jahre für Bier, Wein, Sekt; 18 Jahre für Spirituosen und spirituosenhältige Getränke in den restlichen sechs Bundesländern) verboten ist, und dass an Personen unter dieser Altersgrenze in Gastronomie und Handel keine derartigen Getränke abgegeben werden dürfen. Der private Alkoholkonsum für Kinder und Jugendliche ist nur in Kärnten, Oberösterreich, Steiermark und Salzburg explizit verboten.

Jugendschutzgesetze der Bundesländer

	Konsumverbot		Weitergabeverbot		Schutzalter
	öffentlich	privat	öffentlich	privat	
Burgenland	X	–	X	–	16
Kärnten	X	X	X	X	16/18
Niederösterreich	X	–	X	–	16
Oberösterreich	X	X	X	X	16/18
Salzburg	X	X	X	X	16/18
Steiermark	X	X	X	X	16/18
Tirol	X	–	X	X	16/18
Vorarlberg	X	–	X	X	16/18
Wien	X	–	X	–	16

Tabelle 3: Jugendschutzgesetze der Bundesländer, Uhl et al. (2009)

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. Seit 2006 gilt die 3. Richtlinie 2006/126/EG des Rates über den Führerschein, die bis 19.1.2011 umgesetzt sein muss, und die präzisierte, dass an Alkohol-, Drogen- und Arzneimittelabhängige bzw. an Personen, die diese missbrauchen, weder ein Führerschein erteilt noch die Fahrerlaubnis verlängert werden darf. 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 2005 stehen 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 2005 stehen der Exekutive Alkohol-Vortestgeräte zur Verfügung, die eine rasche und unkomplizierte Überprüfung durch die Exekutive, ob eine Alkoholbeeinträchtigung vorliegt ermöglicht. Wartezeiten auf den Alkomattest fallen damit weg.

Die Zahl der bei Alkoholunfällen getöteten Personen, die 1972 mit 449 Todesopfern einen Höhepunkt erreicht hatte, ist bis 2010 kontinuierlich auf 32 Todesopfer gesunken. Der Rückgang der bei Alkoholunfällen Verletzten ist im gleichen Zeitraum von 7255 Verletzten auf 3406 zurückgegangen.

Literatur:

Pittman, D.J. (1967): International Overview: Social and Cultural Factors in Drinking Patterns, Pathological and Nonpathological. in: Pittman, D.J. (eds): Alcoholism. Harper & Row, New York
Uhl, A.; Bachmayer, S.; Puhm, A.; Strizek, J.; Kobrna, U.; Musalek, M. (2011): Handbuch Alkohol – Österreich, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2011. Bundesministerium für Gesundheit, Wien (http://www.api.or.at/sp/download/handbuch_statistiken.pdf)
Uhl, A.; Bachmayer, S.; Kobrna, U.; Springer, A.; Kopf, N.; Beiglböck, W.; Eisenbach-Stangl, I.; Preinsperger, W.; Musalek, M. (2008): Handbuch: Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2007. dritte überarbeitete und ergänzte Auflage. BMGF, Wien

Uhl, A. (2004): Kritische Betrachtungen zur Ökonomie der Sucht. In: Tretter, F.; Erbas, B.; Sonntag, G. (Hrsg.): Ökonomie der Sucht und Suchttherapie. Pabst Science, Lengerich, S. 174–203
Uhl, A. (2006): Darstellung und kritische Analyse von Kostenberechnungen im Bereich des Substanzmissbrauchs. Sucht, 52, 2, 121–132
Uhl, A.; Kraus, L. (2006): Substanzkonsum und Sterblichkeit: Das Dilemma der Kausalität. Suchttherapie, 7, 4, 162–172
Uhl, A.; Kobrna, U. (2004): Epidemiologie des Alkoholkonsums. In: Brosch, R.; Mader, R. (Hrsg.): Sucht und Suchtbehandlung Problematik und Therapie in Österreich. LexisNexis, Wien, S. 43–75

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 widersprach. 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.

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.

KONSUMTRENDS

Wie bereits in Zusammenhang mit Alkohol erwähnt kommen junge Menschen kommen früher in die Pubertät, werden in zunehmend jüngerem Alter selbstständig und mobil, gehen alleine bzw. mit Freund/inn/en aus und kommen damit auch früher in Situationen, in denen sie sich ohne Einflussmöglichkeit der Eltern zum Rauchen entscheiden können. Es erscheint daher plausibel, dass auch das Einstiegsalter bezüglich des Nikotinkonsums aktuell sinkt. Die Frage, wie sich die gesetzlichen Rauchverbote, präventive Maßnahmen gegen den Zigarettenkonsum und die öffentliche Diskussion zu diesem Thema auf das Rauchverhalten von Jugendlichen und Erwachsenen auswirken, lässt sich derzeit nicht seriös beantworten. Es gibt Schülerbefragungen und Repräsentativerhebungen, die einen Rückgang des Tabakkonsums, solche die ein Gleichbleiben und solche die eine Zunahme nahelegen. (Uhl et al., 2009).

Generell kann man sagen, dass seit vielen Jahren rund 2/3 der jungen Menschen beginnen zu rauchen und dass von diesen mehr als die Hälfte im Lauf ihres Lebens, wenn sie die körperlichen Auswirkungen des Rauchens zu spüren beginnen, mit dem Rauchen wieder aufhören. Ob der starke gesellschaftliche Druck gegen das Rauchen längerfristig zu einem Rückgang der Raucherzahlen führen wird, wie sich das in einigen europäischen Ländern abzeichnet, oder ob sich die Österreicher gegen diese Strömung resistent erweisen, wird die Zukunft weisen.

Im Rahmen der internationalen HBSC-Studie, in der u.a. das Gesundheitsverhalten der 11-, 13- und 15-jährigen Schülerinnen und Schülern erhoben wird, werden alle vier Jahre auch die Rauchgewohnheiten abgefragt. Der Anteil der Raucher und Raucherinnen ist nach einem Anstieg von 1995 auf 1998 seither kontinuierlich gesunken. Der Anstieg im Jahr 1998 ist zu einem guten Teil auf einen starken Anstieg von weiblichen Raucherinnen zurückzuführen: Seit 1998 nimmt der Anteil der RaucherInnen bei beiden Geschlechtern im gleichen Maße kontinuierlich ab. Die Verläufe zeigen allerdings auch große Unterschiede für die unterschiedlichen Altersgruppen: Demnach ist bei den 15-Jährigen erst seit 2002 ein Rückgang zu erkennen, wohingegen bei den 11- und 13-Jährigen auf einem niedrigeren Niveau der Anteil der RaucherInnen – abgesehen von einer Spitze 1998 – über die Jahre relativ konstant bleibt.

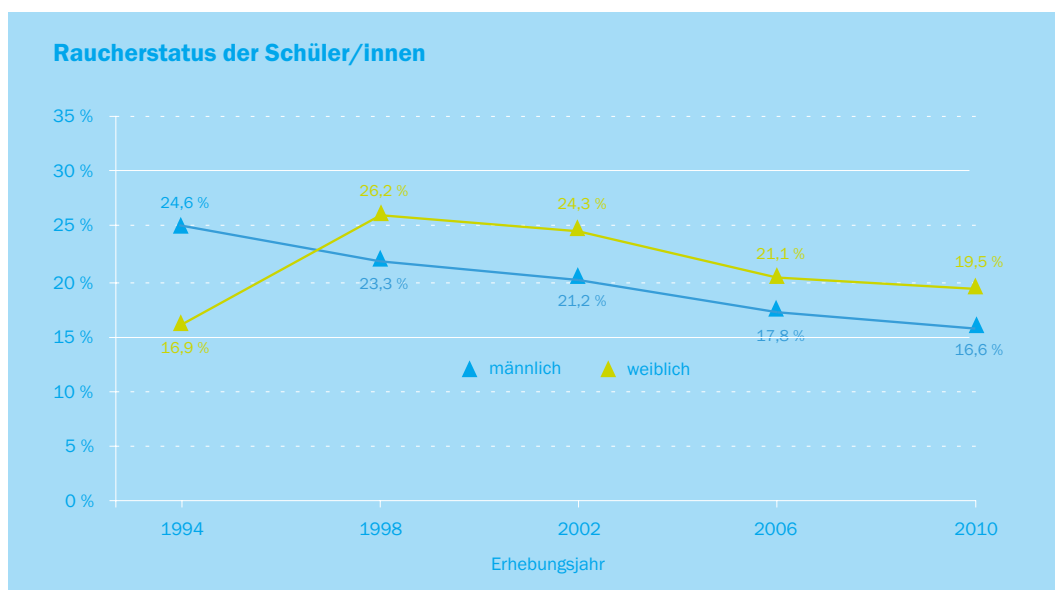


Abbildung 3: Zigarettenrauchen im Trend – Anteil der Schüler/innen, die täglich rauchen für 1994, 1998, 2002, 2006 und 2010. Quelle: HBSC-Survey 2010, Ramelow et al., 2012

Der Zusammenhang von Schule und Gesundheit ist durch zahlreiche Studien belegt. Eine gesundheitsfördernde und unterstützende Schule hat Einfluss auf das Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern.

Bedeutende Faktoren, die Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und für die Entwicklung von Tabakrauchen haben, sind:

- Lehrer/innenunterstützung
- Schulerfolg
- Schulzufriedenheit

Die Wahrscheinlichkeit zu rauchen ist bei hoher Schulzufriedenheit geringer. Die Odds-Ratio der beiden Gruppen beträgt bei hoher Zufriedenheit 1 zu 2,6 ; d. h. die Wahrscheinlichkeit zu rauchen ist bei Schülerinnen und Schülern, die mit der Schule nicht sehr zufrieden sind 2,6mal höher. Odds Ratio (relative Chance) ist ein Maß für die Stärke des Unterschieds zwischen zwei Gruppen.

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 meist 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 Rachnutzens	situationsbedingt	kontinuierlich
Primärer Nutzen (zehrt sich im Zuge der Toleranzentwicklung auf)	– Emotionskontrolle – Anregung, Bekämpfung von Langeweile – Geistiges und intellektuelles Doping – Genuss – Soziale Funktionen	– Gewichtssenkung
Vermeidung erworbener Hilflosigkeit	– bei Stress – bei geistiger Anforderung – bei Ärger und Trauer – Erhaltung der Selbstsicherheit	
Befriedigung situations-spezifischen Cravings	– z. B. heftiges Rauchen in Geselligkeit	
Befriedigung unspezifischen Cravings		– ständiges Rauchen in relativ fixen Intervallen bis hin zum Kettenrauchen
Vermeidung von Entzugs-erscheinungen	– Beseitigung von Entzugser-scheinungen (inkl. Craving)	– Vorbeugung von Ent-zugserscheinungen

Tabelle 4: Der Nutzen des Rauchens. 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 Nikotiningehalt 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 Nikotiningehalt 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/innen zu abhängig werdenden Konsument/innen 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 an einer koronaren Herzkrankheit zu sterben 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-Kreislauffrisiko 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 Rauchen Mitursache bei der Entstehung von **Krebs der Mundhöhle, des Kehlkopfes, der Speiseröhre, der Blase und der Bauchspeicheldrüse** und möglicherweise sogar des Blut bildenden Systems. Nach dem Aufgeben des Rauchens geht das Krebsrisiko langsam zurück, ohne jedoch 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 Entwicklung des ungeborenen Kindes 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 obersten Gesundheitsbeamten (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 genaue 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 diese Folgekosten etwa 2,5 mal höher als die Einnahmen durch das Rauchen. Die Sinnhaftigkeit derartiger Berechnungen ist allerdings nicht unumstritten (Uhl, 2006) und außerdem sind diese Zahlen nur bedingt auf Österreich übertragbar.

WIRTSCHAFTSFAKTOR RAUCHWAREN

Die Steuereinnahmen auf Tabakprodukte stellen einen nicht mehr wegzudenkenden Faktor für den Staatshaushalt dar. In Österreich nahm der Finanzminister im Jahr 2010 rund 1,5 Mill. Euro durch die Tabaksteuer ein, die jedoch nicht dem Gesundheitsbudget gewidmet waren.

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. All diese Verbote ließen sich jedoch nicht

dauerhaft und 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. Den Verboten folgte die Steuerpolitik.

GESETZLICHE REGELUNGEN

NIKOTINKONSUM UND JUGENDSCHUTZ

Der Jugendschutz fällt in Österreich in den Kompetenzbereich der Bundesländer. Es gibt daher – trotz wiederholten Bestrebungen zur Vereinheitlichung des Jugendschutzes in Österreich – 9 unterschiedliche Jugend(schutz)gesetze, die auch Bestimmungen zu Abgabe, Erwerb und/oder Konsum von Tabakwaren enthalten. Allen gemeinsam ist die Altersgrenze von 16 Jahren.

DAS ÖSTERREICHISCHE TABAKGESETZ

In den neunziger Jahren wurden in Österreich die gesundheitspolitischen Bemühungen zum Problemkreis Rauchen verstärkt. 1995 trat Österreich der Europäischen Union (EU) bei und hatte damit auch den im Gesundheitsbereich geltenden Rechtsbestand der EU zu übernehmen. Die diesbezüglichen EU-Regelungen im Tabakbereich wurden in den letzten Jahren bedeutend ausgeweitet, als man sich der weltweiten Tabakepidemie und der damit einhergehenden gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Schäden bewusst wurde. Auf internationaler Ebene ist vor allem das Tabakrahenübereinkommen „Zur Eindämmung des Tabakgebrauchs“ aus dem Jahr 2003 Vereinbarung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu nennen.

Als Folge dieser Entwicklungen enthält das im Jahr 1995 geschaffene und zuletzt im Jahr 2004 novellierte Tabakgesetz Regelungen zu Produktion und Vertrieb von Tabakwaren, ein umfassendes Werbe- und Sponsoringverbot für Tabakerzeugnisse sowie Nichtraucherenschutzbestimmungen.

REGELUNGEN DES TABAKGESETZES MIT BESONDEREM BEZUG AUF KINDER UND JUGENDLICHE

Der Zugang der Jugendlichen zum Tabakkonsum wird auch durch den Preis geregelt, daher ist das In-Verkehr-Bringen von Einzelzigaretten oder Zigarettenspackungen unter einer Mindestgröße von 20 Stück verboten.

Überdies haben Untersuchungen ergeben, dass Werbebotschaften insbesondere Kinder und Jugendliche fesseln und ihnen gut in Erinnerung bleiben. Nicht zuletzt deshalb wurde ein umfassendes Werbe- und Sponsoringverbot einschließlich des Verbots der verbilligten Abgabe, Gratisverteilung und Zusendung von Tabakerzeugnissen statuiert.

Die Nichtraucherchutzregelungen des Tabakgesetzes wurden 2004 ausgeweitet und umfassen ein generelles Rauchverbot in Räumen öffentlicher Orte, wozu beispielsweise auch Schulen und alle Büros, Geschäfte etc. mit Kundenverkehr zählen. Nur dort, wo eine ausreichende Anzahl von Räumlichkeiten besteht, können als Ausnahme vom Rauchverbot Räume bezeichnet werden, in denen das Rauchen gestattet ist; eine solche Ausnahme ist jedoch nur dann möglich, wenn gewährleistet ist, dass der Tabakrauch aus diesen „Raucherräumen“ nicht in den mit Rauchverbot belegten Bereich dringt und das Rauchverbot dadurch nicht umgangen wird. Diese Möglichkeit, „Raucherräume“ vorzusehen, besteht ausdrücklich nicht für schulische oder anderen Einrichtungen, in denen Kinder und Jugendliche beaufsichtigt, aufgenommen oder beherbergt werden.

Um die Durchsetzung der angeführten Rauchverbote zu erleichtern, sind diese verpflichtend in ausreichender Zahl und Größe auszuschildern, sodass die Rauchverbotshinweise überall im Raum oder der Einrichtung klar ersichtlich sind.

DIE GESETZLICHE REGELUNG DES RAUCHENS AN SCHULEN

Aus dem Tabakgesetz folgt, dass das Rauchen innerhalb des Schulgebäudes generell verboten ist. Dies gilt für Lehrer/innen, Schüler/innen und nicht unterrichtendes Personal.

Die Schulordnung verbietet den Schülerinnen und Schülern das Rauchen auch in den Außenbereichen des Schulareals. Für Schüler und Schülerinnen, die das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gilt auf Grund des Jugendschutzgesetzes das generelle Rauchverbot (Rundschreiben Nr. 3/2006 im Anhang).

Literatur

Adlkofer, F. in Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. Hrsg.: Uchtenhagen, A., Zieglgänsberger, W. (2000). München: Urban & Fischer Verlag

Julien, R. (1997): Drogen und Psychopharmaka. Heidelberg, Berlin, Oxford: Spektrum, Akad. Verl.

Von Laffert, G. (1998): Rauchen, Gesellschaft und Staat. Konsumanomalien, Wohlfahrtseffekte und staatlicher Regulierungsbedarf in Zusammenhang mit dem Zigarettenkonsum. Wiesbaden: Dt. Univ.-Verl. [u.a.]

Uhl, A. (2006): Darstellung und kritische Analyse von Kostenberechnungen im Bereich des Substanzmissbrauchs. Sucht, 52, 2, 121-132

Uhl, A.; Bachmayer, S.; Kobra, U. (2009): Chaos um die Raucherzahlen in Österreich. Wiener Medizinische Wochenschrift, 4-13

Ramelow, D.; Griebler, R.; Hofmann, F.; Unterweger, K.; Mager, U.; Felder-Puig, R.; Dür, W. (2012): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern: Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur

Psychoaktive Arzneimittel

Bei verschiedenen Krankheiten und Leidenszuständen werden Arzneimittel eingesetzt, die psychoaktive Wirkungen entfalten. Dabei handelt es sich um legal erhältliche, teils rezeptpflichtige Stoffe. Manche von ihnen müssen nach den Regeln des österreichischen Suchtmittelgesetzes verschrieben werden.

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

Tabelle 5. Klassifizierung der Psychopharmaka

SCHMERZMITTEL

Hinsichtlich des Wirkungsmaßes kann man zwischen starken und schwachen Schmerzmitteln unterscheiden.

STARKE SCHMERZMITTEL

Diese werden insbesondere bei Herzinfarkten, bestimmten Formen der Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis und bei Krebserkrankungen eingesetzt. Opiate (Opium, Morphinum, ...) sind die am stärksten wirksamen Schmerzmittel. Arzneimittel dieser Gruppe unterliegen den Suchtgiftbestimmungen. Sie haben ein hohes Abhängigkeitspotenzial, weil sie zu körperlicher Abhängigkeit führen und neben ihrer schmerzstillenden Wirkung auch stark euphorisierend wirken, d.h. sie vermitteln ein eventuell über mehrere Stunden anhaltendes intensives Hochgefühl. Nicht alle Schmerzpatienten, die diese Substanzen verordnet bekommen empfinden dieses Hochgefühl in gleicher Weise. Jene, die es empfinden unterliegen stärker der Gefahr, eine Abhängigkeit zu entwickeln. Die Weltgesundheitsbehörde hat eine Empfehlung erarbeitet, wie die Opiate bei Schmerzzuständen verordnet werden sollen, um das Abhängigkeitsrisiko möglichst gering zu halten.

SCHWACHE SCHMERZMITTEL

Diese werden vorwiegend zur Schmerz- und Fiebersenkung bzw. zur Entzündungshemmung eingesetzt. Zu ihnen zählen die bekannten Salizylsäure- und Paracetamol-Präparate. Leichtere Schmerzmittel sind vielfach auch rezeptfrei erhältlich. Das Abhängigkeitsrisiko dieser Substanzen ist geringer als jenes der Opiate. Allerdings gibt es beim chronischen Gebrauch der leichten Schmerzmittel körperliche Risiken, die die vergleichbaren Risiken der Opiate übertreffen. Außerdem kommen viele Schmerzmittel als Kombinationspräparate auf den Markt. Es sind dann in ihnen eventuell Beruhigungsmittel, Codein, Coffein und/oder Dextropropoxyphen enthalten, wodurch diese Zusammensetzungen eine psychoaktive Wirkungskomponente erhalten. Der gezielte Einsatz dieser Mittel ist eine notwendige Maßnahme, die die Lebensqualität der betroffenen PatientInnen entscheidend verbessert. Dennoch sind die Substanzen nicht unproblematisch, weil die gesundheitlichen Folgen eines länger dauernden Missbrauchs von Mono- bzw. Kombinationspräparaten verheerend sein können. Bei jahrelangem Missbrauch kann es zu einem „generellen Analgetika-Syndrom“ kommen, welches sich folgendermaßen äußert: Nierenschädigung, Tumore der ableitenden Harnwege, kardiovaskuläre Erkrankungen, Magen-

blutungen, depressive Verstimmungen, Angstzustände, Einschränkungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit und endokrine Störungen. Äußerst schwer wiegende Zwischenfälle kann auch der gleichzeitige Konsum von Alkohol und einer hohen Dosis von Paracetamol bewirken.

SCHLAF- UND BERUHINGUNGSMITTEL

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

BENZODIAZEPINE

Diese Arzneimittel entfalten ihre Funktion über die Beeinflussung des GABA-A-Rezeptors im Gehirn, dem Rückenmark und den peripheren Organen. Über diese Rezeptoren wird an den Synapsen der Nervenzellen die Aktivität des hemmenden Neurotransmitters Gamma-Aminobuttersäure verändert, was auch den Noradrenalin-, Acetylcholin- und Serotonin-Stoffwechsel beeinflusst. Diese Bindung der Benzodiazepine bewirkt indirekt eine Hemmung auf die erregenden synaptischen Wirkungen.

Die Benzodiazepine haben im Wesentlichen folgende Wirkungen:

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

Aus diesem Wirkungsspektrum ergeben sich die Anwendungsbereiche der Substanzen. Benzodiazepine werden bevorzugt zur Behandlung von Panikattacken und generalisierten Angststörungen, zur Behandlung schwerer epileptischer Zustandsbilder, sowie bei Schlafstörungen eingesetzt. (Allgaier; Illes 1999, S. 63, S. 64). Benzodiazepine spielen auch bei der Behandlung von Depressionen und Angststörungen eine wesentliche Rolle, allerdings wird empfohlen, sie in diesen Fällen stets in Kombination mit anderen Medikamenten wie etwa Antidepressiva und Antipsychotika zu verordnen. Ihre besondere Funktion besteht darin, dass sie die verzögerte Wirkungs-Eintrittsphase dieser Stoffe überbrücken können.

Abhängigkeitspotenzial:

Die länger dauernde Einnahme der Substanzen kann zur psychischen und physischen Abhängigkeit führen, wobei die Abhängigkeit bei Langzeitanwendung auch eintreten kann, wenn therapeutische Dosen eingenommen werden. Diese problematische Eigenschaft der Benzodiazepine wurde in ihrer Einführungsphase in den 60er Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts zunächst wenig beachtet, weshalb die benzodiazepinhaltigen Arzneimittel viele Jahre hindurch eher unkritisch verschrieben wurden. Nach und nach wurde aber die Bedeutung der Benzodiazepin-Abhängigkeit erkannt und sie gilt heute als gravierendes gesundheitliches Problem auf der individuellen und der gesellschaftlichen Ebene. Daher gelten seit vielen Jahren strenge Richtlinien für die ärztliche Verschreibung dieser Substanzen. Sie sollten niemals ohne eingehendes Gespräch und nur für einen begrenzten Zeitraum verschrieben werden.

Wichtig ist, dass man zwischen Benzodiazepinen mit langer und kurzer Verweildauer im Organismus unterscheiden kann. Einzuteilen sind die Benzodiazepine in kurz-, mittellang- und langwirksame Substanzen. Einige Substanzen entwickeln ihre Wirkung direkt, dazu zählt etwa Oxazepam, andere bilden aktive Metaboliten, wie etwa Lorazepam und Alprazolam, mit einer Halbwertszeit zwischen fünf und 20 Stunden. Zu den langwirksamen Benzodiazepinen zählt auch Diazepam mit einer Halbwertszeit von 50 bis 100 Stunden. Diese Eigenschaft bestimmt wesentlich auch das Risiko, vom Gebrauch der Substanz abhängig zu werden mit. Je länger die Halbwertszeit ist, umso höher ist dieses Risiko. Das Bild und die Problematik der Benzodiazepin-Abhängigkeit werden später ausführlicher dargestellt.

DIE NEUROLEPTIKA

Diese Substanzgruppe steht der Behandlung von **schweren psychiatrischen Krankheitsbildern (Psychosen)** zur Verfügung. 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 (Störungen des Bewegungsablaufes, die nach mehrjähriger Behandlung auftreten), 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. Es wird von ihnen behauptet, dass sie defacto kein Abhängigkeitspotenzial aufweisen. Unbestritten ist jedoch, dass ihre Wirksamkeit davon beeinträchtigt ist, dass die erwünschte antidepressive Wirkung von **zahlreichen unerwünschten „Nebenwirkungen“** begleitet wird. Dadurch – und dadurch, dass die Substanzwirkung bestimmte Symptome der depressiven Erkrankung imitiert – ist auch die Bereitschaft der PatientInnen die Substanzen verordnungsgemäß zu sich zu nehmen (Compliance) eingeschränkt. Bis in die 90er Jahre des 20. Jahrhunderts wurden zwei Typen von antidepressiv wirksamen Substanzen verschrieben:

- stimulierende (MAO-Hemmer) und
- dämpfende (Trizyklische Antidepressiva)

Diese älteren Antidepressiva wurden seit dieser Zeit von Stoffen eines neuen Typus verdrängt, den Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI), die, wie ihr Name sagt, innerhalb des serotonergen Neurotransmittersystems zur Wirkung kommen. Auch von dieser Arzneimittelgruppe wird gesagt, dass sie kein relevantes Abhängigkeitspotential aufweist. Andererseits tritt während oder nach dem Absetzen bzw. bei Dosisverringern der SSRI ein spezifisches Absetzsyndrom (engl. SSRI discontinuation syndrome) auf, das als Entzugssyndrom verstanden werden kann. Vergleichbare Zustandsbilder wurden auch beim Absetzen der früher gebräuchlichen Antidepressiva beobachtet (Haddad und Anderson, 2007).

Die charakteristischen Kennzeichen des Syndroms bestehen darin, dass

- es kurz nach Absetzen oder Dosisverringern des Antidepressivums auftritt
- sich bestimmte körperliche und/oder psychische Entzugssymptome (Absetzsymptome) entwickeln und dass
- die Beschwerden bei erneuter Einnahme des Antidepressivums rasch abklingen.

Gut durchgeführte wissenschaftliche Studien (z. B. Rosenbaum 1998) haben gezeigt, dass Entzugserscheinungen nach dem Absetzen „moderner“ Antidepressiva in insgesamt 50 bis 70 Prozent auftreten. Damit liegen sie zwar unter der bei Benzodiazepinen beobachteten Häufigkeit, wo nach ausreichender Dosis und Einnahmedauer 57–100 Prozent der Anwender von Entzugsreaktionen betroffen sein sollen (Rickels 1990), dennoch ist dieses Problem ernst zu nehmen. Wie die Benzodiazepine unterscheiden sich auch serotonerg wirkende Antidepressiva hinsichtlich ihres Risikoprofils und des Abhängigkeitsrisikos wobei auch hier wieder das Risiko in erster Linie von der Halbwertszeit im Körper abhängt. Als Auslöser der Mehrzahl der Symptome gilt die durch den Entzug des Antidepressivums verursachte Störung im Serotoninhaushalt. Serotonin und seine Rezeptoren haben unzählige Funktionen im menschlichen Organismus, was die Vielzahl und Verschiedenheit der Entzugssymptome erklärt. Dass identische Entzugssymptome

auch nach dem Absetzen der Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI), die später entwickelt wurden, auftreten, liegt wohl daran, dass auch diese Stoffe in erster Linie auf die serotonerge Übertragung zwischen Nervenzellen wirken.

ANREGUNGSMITTEL/STIMULANTIEN

Diese Substanzen werden oftmals als „Aufputschmittel“ beschrieben. Bestimmte Schlankheitsmittel entfalten eine Wirkung, die den Effekten von amphetaminähnlichen Substanzen entspricht. Sie entfalten eine anregende, euphorisierende und das Hungergefühl vermindernde Wirkung. Dadurch kommt ihnen ein relativ hohes Abhängigkeitspotential zu.

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 andererseits verlaufen fließend. Es ist zu berücksichtigen, dass Medikamentenmissbrauch nicht mit Abhängigkeit gleichgesetzt werden sollte.

ZUR EPIDEMIOLOGIE DER ARZNEIMITTELABHÄNGIGKEIT

In Österreich existieren zum Problemkreis Arzneimittelabhängigkeit keine epidemiologischen Untersuchungen. 1997 wurde aus dem Sozialministerium die Schätzung veröffentlicht, dass die Anzahl der Arzneimittelabhängigen in Österreich zwischen 130.000 und 160.000 Personen liegt. Diese Personen nehmen vorwiegend folgende Medikamente ein: Schlaf- und Beruhigungsmittel, Schmerzmittel, Aufputschmittel bzw. Appetitzügler und codeinhaltige Hustenmittel.

BENZODIAZEPIN-ABHÄNGIGKEIT

Die Abhängigkeit von Benzodiazepinen tritt grundsätzlich in zwei Gestalten, als Niedrigdosis- oder als Hochdosisabhängigkeit, auf.

➤ **Abhängigkeit von niedrigen Dosen (Low-dose-Abhängigkeit):**

Wenn jemand ein begründet verordnetes Medikament (etwa wegen Symptomen wie Angst, Schlaflosigkeit, Nervosität, ...) über längere Zeiträume (einige Monate) in der vorgeschriebenen therapeutischen Dosis einnimmt, stellt sich eine körperliche Abhängigkeit ein. Über lange Zeiträume wird dann für die Betroffenen die Einnahme einer kleinen Dosis des Mittels erforderlich. Psychische Bedürfnisse spielen bei der Fixierung dieses Verhaltens oftmals eine große Rolle. Das Arzneimittel wird als Schutz erlebt, auf den man nicht verzichten zu können glaubt. Bei den Benzodiazepinen ist diese sogenannte Low-dose-Abhängigkeit viel häufiger als die Abhängigkeit von hohen Dosen. Die Betroffenen nehmen über Jahre Benzodiazepine ein, erhöhen aber die Dosis nicht und leben ihren normalen Alltag. Die Patient/inn/en zeigen nach außen hin kein Verhalten, das den stereotypen Vorstellungen über Sucht entspricht, bekommen aber Beschwerden beim Absetzen der Medikamente, was dann eben zu deren weiteren Einnahme führt.

➤ **Abhängigkeit von hohen Dosen:**

Die Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen in hoher Dosierung muss als Problem gelten. Es kommt dabei zu Sedierung, Beeinträchtigung der Merkfähigkeit, Dysarthrie (Artikulationsstörung) und Gangunsicherheiten. Das Bild der Abhängigkeit ähnelt in vielen Bereichen dem Alkoholismus.

Ursache: Abgesehen davon, dass die längerfristige Einnahme von Benzodiazepinen körperliche Abhängigkeit bewirkt, basieren schwerere Verläufe dieser Abhängigkeitskrankheit darauf, dass die Medikamente nicht wegen aktueller Beschwerden eingenommen werden, sondern weil ihre Wirkung als euphorisierend erlebt wird. Dann entwickelt sich neben der körperlichen auch eine verstärkte psychische Abhängigkeit. Dieser euphorisierende Effekt tritt üblicher Weise bei therapeutischer Anwendung nicht auf und ist nur bei besonders disponierten Menschen zu finden. Von dieser speziellen Problematik sind vor allem Personen betroffen, die bereits eine Abhängigkeit von anderen Substanzen aufweisen, z. B. Alkoholranke oder Drogenabhängige. In dieser Population findet man daher oft eine zusätzliche Abhängigkeit von Tranquilizern. Ebenso besteht auch die Möglichkeit, dass die Benzodiazepine als Ersatz für das erste Suchtmittel verwendet werden.

➤ **Häufigkeit der Benzodiazepinabhängigkeit**

In den USA berichten ungefähr 11 Prozent der Bevölkerung über eine Benzodiazepineinnahme innerhalb des vergangenen Jahres. Ungefähr 2 Prozent der Erwachsenenbevölkerung der US (etwa 4 Million Leute) haben wahrscheinlich ärztlich verordnet Benzodiazepine als Schlaf- oder Angstmedikation über 5 bis 10 Jahre regelmäßig eingenommen. Ähnliche Größenordnungen lassen sich in Großbritannien, den meisten europäischen Ländern und einigen asiatischen Ländern erkennen. Ein hoher Anteil dieser langfristigen Konsumenten wird, zumindest in einem gewissen Grad, abhängig sein. Wie viele Menschen abhängig sind, ist allerdings nicht bekannt. Man weiß aber, dass 50–100 Prozent der langfristigen Benzodiazepin-Nutzer langfristig erhebliche Probleme haben, auf die weitere Medikamenteneinnahme zu verzichten.

„VERORDNETE“ ABHÄNGIGKEIT VON SCHLAF- UND BERUHIGUNGSMITTELN

Eine unprofessionelle Verschreibungspraxis zeichnet für eine besondere Ausprägung der Verbreitung der Benzodiazepin-Abhängigkeit verantwortlich. Benzodiazepine werden an ältere Personen überdurchschnittlich häufig verschrieben und werden immer noch häufiger von Frauen als von Männern verwendet; dies rührt wohl daher, dass Männer eher ungern zum Arzt gehen und überdies meist den Alkohol bevorzugen, wenn sie ihre Ängste lindern wollen (Julien 1997, S. 90; Springer, 2000).

KOMBINIERTER MISSBRAUCH BEI POLYTOXIKOMANEN / BEIKONSUM MIT BENZODIAZEPINEN

Der Beikonsum von Benzodiazepinen bei Drogen- oder Alkoholabhängigkeit ist ein zunehmendes Problem. Ein beträchtlicher Teil der Polytoxikomanen (30–90 Prozent) setzt auch Benzodiazepine ein. Die Süchtigen versuchen damit den „Kick“ durch illegale Drogen noch zu erhöhen, teilweise aber auch die Entzugssymptome der anderen illegalen Drogen (Opiate, Barbiturate, Kokain, Amphetamine und Alkohol) zu bekämpfen. Ein Teil setzt Benzodiazepine auch ein, um eine zu sehr aufpuschende Wirkung (z. B. von Kokain oder Stimulanzien) zu dämpfen („Uppers“ and „Downers“).

Bei einem Teil der Patienten, die Benzodiazepine zum Alkoholentzug erhielten, kann sich ein Wechsel der Abhängigkeit hin zur Benzodiazepinabhängigkeit entwickeln, was eventuell dazu führt, dass die Tabletten illegal erworben werden. Eher selten werden größere Mengen von Benzodiazepinen allein verwendet, um ein Hochgefühl zu erzielen.

Der Beikonsum von Diazepam, Alprazolam, Lorazepam, Temazepam, Flunitrazepam oder anderen Benzodiazepinpräparaten, der von Opiatabhängigen betrieben wird, ist im internationalen Raum gut zu beobachten. Zumeist wird die Substanz als Tablette geschluckt, in Dosierungen die weit über den therapeutisch üblichen Mengen liegen (z. B. 100 mg Diazepam pro Tag). Eher selten wird Benzodiazepine intravenös injiziert. Diese Hochdosis-Konsumenten entwickeln eine starke Toleranzentwicklung mit einer entsprechenden Dosissteigerung und häufig genug einer Abhängigkeitsentwicklung. Die Entgiftung dieser Patientengruppe kann erhebliche Probleme bereiten, da der Entzug sehr schwer verlaufen kann und unter Umständen Krampfanfälle auftreten können.

SOZIO-ÖKONOMISCHE FOLGEN DES BENZODIAZEPINKONSUMS

Die Folgekosten des derzeitigen Langzeitgebrauchs von Benzodiazepinen sind schwer abzuschätzen, werden aber als erheblich angenommen. Wesentliche Aspekte sind bereits aufgeführt worden. Aber es gibt noch eine ganze Reihe von weiteren Problemen, die man reduzieren könnte, wenn die Rezepte bzw. Verordnungen nur bei sorgfältiger Indikation abgegeben würden.

Als weitere Folgen der Benzodiazepinabhängigkeit werden u. a. die folgenden beschrieben:

- Erhöhtes Unfallrisiko beim Autofahren, bei der Arbeit, im Haushalt
- Erhebliches Risiko einer unabsichtlichen Vergiftung bei Überdosierung und bei Kombination mit Drogen oder Alkohol
- erhöhtes Selbstmordrisiko, gerade bei zusätzlichen Depressionen
- erhöhtes Risiko für Aggressionen und Gewalt
- erhöhtes Risiko für Diebstahl und kriminellem Verhalten
- Beteiligung an Partnerschaftsproblemen mit Trennung/Scheidungen
- Arbeitsplatzverlust, Arbeitslosigkeit
- Kosten für Notfallbehandlungen, Krankenhauskosten etc.
- Probleme für ungeborene Kinder bzw. Babys
- Abhängigkeitsentwicklung
- Kosten der Medikamente
- Kosten der Entgiftung und Entwöhnungsbehandlung

Trotz all dieser wohl bekannten Probleme wird weiter recht freizügig verschrieben und erhalten die Patienten zumeist nur wenig konkrete Hilfe und Anweisungen hinsichtlich einer angemessenen Entzugsbehandlung.

Illegale psychoaktive Substanzen

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

ILLEGALE PSYCHOAKTIVE SUBSTANZEN UNTERLIEGEN DEM
ÖSTERREICHISCHEN SUCHTMITTELGESETZ

CANNABIS (HASCHISCH, MARIHUANA)

Die Cannabis-Alkaloide 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.

WIRKUNGSMECHANISMUS

1988 wurden erstmals eindeutige Beweise für die Existenz von spezifischen Bindestellen für Cannabinoide im Gehirn von Ratten erbracht. Dadurch wurde die Annahme bestätigt, dass es ein endogenes Cannabinoid-System (ECS) gibt. Heute weiss man, dass es zwei Formen von membranständigen Cannabinoid-Rezeptoren gibt, den Cannabinoid-Rezeptor 1 (CB1) und den Cannabinoid-Rezeptor 2 (CB2), an denen die zugeführten Hanfdrogen zur Wirkung kommen.

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 unbeherrschbarer, 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 aversive Reaktionen auf (in der Populärsprache „horror-trips“). 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 Panik-

attacken führen. Derartige Zustandsbilder werden nach der Einnahme von Cannabisprodukten mit hohem THC-Gehalt (z. B. 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. 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 ausgeklint 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.

Es liegen jedoch Erkenntnisse darüber vor, dass bei bestehender Lebererkrankung Cannabisprodukte auf das Lebergewebe einen schädlichen Einfluss ausüben können.

DIE GESUNDHEITLICHE RISKEN FRÜHEN CANNABISGEBRAUCHS

Von bestimmten Autoren wird in der Fachliteratur der Standpunkt vertreten, dass im Jugendalter eine besondere Vulnerabilität bezüglich gesundheitsschädlicher Effekte des Cannabiskonsums besteht. Der Erstkonsum vor dem 15. Lebensjahr soll viele spätere Gesundheitsrisiken in sich bergen. Im Falle regelmäßigen Konsums werden bei den jungen KlientInnen folgende Komplikationen genannt:

- die Ausbildung der späteren Abhängigkeit
- die Entwicklung kognitiver Defizite
- soziale Folgeschäden
- die Entwicklung einer später behandlungsrelevanten psychiatrischen Komorbidität.

CANNABISABHÄNGIGKEIT

Das Thema der körperlichen Cannabis- Abhängigkeit wird kontroversiell diskutiert, hat allerdings durch die Entdeckung des Endocannabinoid-Systems eine neue Bedeutung gewonnen. Psychische Abhängigkeit ist in entsprechend gelagerten Fällen zu beobachten.

Die Ergebnisse der Forschung in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts sprechen dafür, dass die Abhängigkeit selbst nicht so sehr auf den positiv verstärkenden Effekten des zeitweiligen Freizeitgebrauchs aufbaut, als auf den Sekundäreffekten eventuellen Langzeitgebrauchs. Offenkundig sind auch Faktoren des „set und setting“, die zur Sensitivierung beitragen, entscheidend für das Abhängigkeitspotential der Substanz. Die Abhängigkeit, die chronischer Gebrauch von Hanfdrogen bewirkt, wird als graduell leicht und in keiner Weise mit der Opiatabhängigkeit vergleichbar beschrieben. Aufgrund der klinischen Beobachtung über ein leichtes Entzugssyndrom nach dem Absetzen von Cannabis (Hollister, 1986; Abood and Martin, 1992), wurde einst die Schlussfolgerung gezogen, dass das Abhängigkeitspotential des Cannabis mit dem von Alkohol und Tabak vergleichbar sei, nicht aber mit dem der Opiode.

Die Ergebnisse von Tierexperimenten sprechen dafür, dass die Cannabisabhängigkeit relativ milde verläuft. Im Tierexperiment gilt zwanghafte Selbstzufuhr einer Substanz, an die das Tier unter experimentellen Bedingungen gewöhnt wurde, als Indikator für ein hohes Abhängigkeitspotential (Cicero, 1992). Experimente mit Cannabis erbrachten, dass Tiere, denen experimentell Cannabinoide zugeführt werden, kein selbstzuführendes Verhalten entwickeln (Abood and Martin, 1992; Herkenham, 1992; Mansbach, 1994). Daraus ist eben abzuleiten, dass zumindest im Tiermodell dem Cannabis kein ausgeprägtes Abhängigkeitspotential zukommt.

Ein Krankheitsgeschehen „Cannabisabhängigkeit“ ist in den internationalen Klassifikations-schemata enthalten und wird anhand der gleichen Kriterien diagnostiziert, die auch für andere Suchtkrankheiten gelten. Genauso wie bei anderen substanzspezifischen Abhängigkeiten existieren keine Laborparameter, die einen Missbrauch oder eine Abhängigkeit beweisen würden. Im DSM IV ist die Cannabisabhängigkeit der „nicht-physiologischen Substanzabhängigkeit“ zugeordnet.

Von Cannabisabhängigkeit (ICD-10: F12.25; DSM 4: 304.30) spricht man, wenn innerhalb eines Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig erfüllt sind:

- Craving - starkes dranghaftes Verlangen nach Cannabis
- Kontrollverlust
- Entzugssymptome
- Toleranzerscheinungen
- Soziale und berufliche Schwierigkeiten aufgrund des Cannabiskonsums
- Konsum trotz bekannter cannabisbedingter körperlicher oder psychischer Schädigung.

Wenn nur das letzte Kriterium erfüllt ist, wird ein „schädlicher Gebrauch“ angenommen.

ENTZUGSERSCHEINUNGEN:

In der aktuellen Beschreibung besteht das typische Cannabisentzugssyndrom aus:

- Craving,
- Appetitminderung,
- Schlafstörungen,
- Affektlabilität,
- Angst,
- Hyperalgesie,
- Schwitzen (vor allem nachts),
- allgemeiner Irritabilität und Reizbarkeit, bisweilen Aggressivität,
- innerer Unruhe und merkwürdigen Träumen.

Es wird beschrieben, dass es nach anhaltend regelmäßigem Konsum von Cannabis etwa 10 Stunden nach dem Konsumende auftritt und etwa 7 bis 21 Tage anhält.

EPIDEMIOLOGIE

Heute geht man davon aus, dass von der Vielzahl der Cannabiskonsumenten ca. 5–8 Prozent eine Cannabisabhängigkeit entwickeln. In Deutschland zum Beispiel wird angenommen, dass vier bis sieben Prozent aller Cannabiskonsumenten abhängigen Gebrauch aufweisen und dass in der Altersgruppe der 14- bis 24-Jährigen etwa 5 Prozent einen Cannabissmissbrauch betreiben und bereits 2 Prozent nach DSM-IV – Kriterien Symptome der Abhängigkeit von Cannabis aufweisen. Als Prädiktoren für die Entwicklung einer Abhängigkeit gelten u. a.: männliches Geschlecht, früher und hochfrequenter Konsum, broken home, Vorliegen einer komorbiden Störung.

BEHANDLUNG DER CANNABISABHÄNGIGKEIT

In manchen Ländern (USA, Australien, Deutschland, Niederlande, Polen) wurden Konzepte zur Behandlung junger Menschen, die problematischen Cannabisgebrauch aufweisen oder bei denen Anzeichen einer Cannabisabhängigkeit beobachtbar werden, entwickelt. Derartige Therapiezugänge verstehen sich gern als „präventive Behandlung“, sie wollen ein weiteres Abgleiten der Jugendlichen in psychischer und sozialer Hinsicht verhindern. Von diesen therapeutischen Bemühungen werden ohne Zweifel junge Menschen erfasst, die einer psychotherapeutischen Betreuung bedürfen. Es ergibt sich jedoch die Frage, ob die Verankerung der Betreuung am Cannabiskonsum die vernünftigste und schonendste Eröffnung des Zugangs zum therapeutischen Angebot ist.

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:

Mescaline 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, Mescaline, 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 weitgehenden 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 Bewusstseinsweiterung. Die meisten klinischen Psychiater wiederum interpretierten diesen Zustand als Modellpsychose und als Bewusstseins-einschränkung.

Die Halluzinogene beeinflussen auch die Stimmungslage. Auch dabei spielen 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, Mescaline 4 bis 6 Stunden.

Dosierung: LSD ist äußerst stark wirksam. Die durchschnittliche Wirkungs-dosis 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 aversive 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 aversive 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 „ausgeklint“ wurde. Dieses Zustandsbild ist dann aber nicht auf die Drogenwirkung direkt zurückzuführen; es ist keine LSD (Mescaline, 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). Die Substanzen entfalten bei oraler, nasaler, inhalativer und injizierender Einnahme ihre Wirkung.

AKUTE WIRKUNG

Psychisch: Dysphorie (Verstimmung) oder Euphorie (gehobene Stimmung), Müdigkeit, Schweregefühl, Bewusstseinsstrübung.

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 wider, 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 Geschlechtsleben darin zum Ausdruck, dass als Folge des Einflusses, den Morphin auf die Hormonkybernetik ausübt, opiatabhängige Frauen oftmals unter Zyklusunregelmäßigkeiten leiden oder amenorrhöisch (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. Wenn unsteriles Injektionsbesteck verwendet wird oder wenn 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. Die Umsetzung schadensreduzierender Konzepte (Substitutionsbehandlung, Spritzen- und Nadeltausch, geschützter Konsum) hat in diesem Problembereich in vielen Ländern, auch in Österreich, die Situation entschärft. 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 Plazentaschranke 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 Entzugsserscheinungen 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. alkaloidhaltigen Restmaterialien, 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 lokal-anästhetische 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. Aus internistischer Sicht ist bedeutsam, dass es zu einer Beschleunigung der Herzaktivität, zu Herzrhythmusstörungen und ev. zum Herzinfarkt kommen kann.

KOMPLIKATIONEN UND AUSWIRKUNGEN CHRONISCHEN GEBRAUCHES

Psychiatrisch/neurologisch: Der fortgesetzte Gebrauch hoher Dosen führt zu einem paranoid-halluzinatorischen Zustandsbild, das von heftigen Ängsten charakterisiert ist (Kokain-psychose).

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. 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. Auch wird ihre Verwendung als „neuro-enhancer“ immer wieder von neuem diskutiert. Auf dem illegalen Drogenmarkt spielen sie 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 in 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, Einflusstauung 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“ / research chemicals

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 intensiverer oder qualitativ veränderter Wirkung. Es sind eine Unzahl derartiger Stoffe denkbar. Alexander Shulgin, der als Pharmakologe in diesem Feld tätig war, beschreibt in seinen beiden Büchern „Pihkal“ (Phenethylamines I Have Known And Loved) und „Tihkal“ (Tryptamines I Have Known And Loved) 500 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, dass die Substanz identifiziert ist 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 oder im Kontext von neurophysiologischer und neuropharmakologischer Forschung entwickelt und/oder zum Einsatz kommen, hat es sich eingebürgert von „Synthetischen Drogen“ oder von „research chemicals“ 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.

Im Folgenden werden einige dieser Stoffe, die in den letzten Jahren eine gewisse Bedeutung angenommen haben, dargestellt.

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 Mescaline und dem Myristicin, dem halluzinogen wirksamen ätherischen Öl der Muskatnuss. Die Substanz kommt vor allem im serotonergen System zur Wirkung. 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 Tradition zukommt.

UNERWÜNSCHTE WIRKUNGEN UND KOMPLIKATIONEN

Psychisch: Akute Komplikationen: Zumeist nach der Einnahme höherer Dosen können Angst- und Panikzustände, in seltenen Fällen auch Wahnvorstellungen und Verwirrheitszustände 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 Rave-Szene gewonnen hat (Thomasius, 2000).

Dieser Autor vertritt auch den Standpunkt, dass die Neurotoxizität 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, Hirn-thrombosen 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.

STP (DOM): Ebenfalls ein Amphetaminabkömmling. Die Substanz ist bereits seit den frühen 70-er Jahren bekannt. S.T.P. ist die Abkürzung für „SERENITY, TRANQUILITY, PEACE“. Es wirkt ähnlich dem LSD, nur hält der von ihm bewirkte Rauschzustand länger an. Auch führt es – ganz im Gegensatz zu seinem Namen – recht häufig zu „horror trips“.

MEPHEDRON (4-METHYLMETHCATHINON BZW.4-MMC)

gehört innerhalb der Gruppe der Amphetamine zu den Cathinon-Derivaten. Es wirkt stimulierend und stark entaktogen.

Szenenamen sind M-CAT, Meow (ausgesprochen: Miau), Mephe, Meph ausgesprochen: Mef), MMC Hammer (in Anlehnung an MC Hammer) oder Magic.

Mephedron kommt als weißes fein- bis grobkristallines Pulver, eventuell in Kapseln abgefüllt, oder in Tablettenform auf den Markt. Es kommt sowohl bei nasaler wie auch bei oraler Einnahme zur Wirkung. Es wird gerne auch in Kombination oder als Mischung mit Methylon konsumiert. **Die Wirkung** dauert eine bis fünf Stunden an.

Wirkungen sind Euphorie, gesteigerte Aufmerksamkeit, Wachheit, Appetithemmung, erhöhtes Redebedürfnis und Offenheit, Mobilisierung von Kraftreserven, Verringerung des Schlafbedürfnisses, Reizung des oberen Rachenbereiches und einhergehende leichte Halsschmerzen, Mundtrockenheit einhergehend mit Belag auf der Zunge.

Unerwünschte Effekte sind: Reizungen und Verätzungen der Haut (bei Hautkontakt), Brennen in der Nase (bei nasalem Konsum), Verlangen mehr einzunehmen („Craving“), gestörtes Kurzzeitgedächtnis, Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhte Herzfrequenz oft bis hin zu Herzrasen, Gefühle von Angst und Niedergeschlagenheit, starkes Schwitzen, erweiterte Pupillen, Müdigkeit und Trägheit, veränderte Wahrnehmung, Schlaflosigkeit und unklare Erinnerungen an die Zeit der Drogenwirkung auf. Schmerzen in der Nase können bis zum nächsten Tag anhalten; auch eine Schädigung der Nasenscheidewand und im Extremfall ihre Durchlöcherung können bei häufigem Konsum auftreten. Des Weiteren berichten Konsumenten mit langem und starkem Konsum der Droge von Schmerzen in der Nierengegend.

Die Substanz wurde zunächst in den USA als Badesalz in Supermärkten und an Tankstellen verkauft. Der Verkauf war legal, weil das Produkt mit dem Hinweis „nicht zum Verzehr geeignet“ versehen war. Daher wird Mephedron auch unter dem Begriff Badesalzdroge geführt.

Ab 2008 wurde Mephedron dann über Internetseiten aus dem englischsprachigen Raum als „Pflanzendünger“ oder „Badesalz“ vertrieben. Bereits im März 2008 wurde Mephedron von mehreren nationalen Behörden an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht EMCDDA gemeldet. Der Konsum in der Tanzszene nahm in dieser Periode deutlich zu und es wurden mehr und mehr Zwischenfälle beobachtet, wobei auch der gemeinsame Konsum mit anderen Stoffen ein besonderes Problem darstellte.

Der Verkauf von Mephedron wurde Ende 2010 europaweit verboten.

BZP (1-BENZYLPIPERAZIN)

ist eine synthetische Substanz, die wie Amphetamin und Methamphetamin das zentrale Nervensystem stimuliert. Es wurde ursprünglich als Antiparasitikum entwickelt. Im Tierversuch wurden dann jedoch antidepressive und amphetamin-ähnliche Wirkungen bei Ratten entdeckt und BZP als Medikament in Antidepressiva und Appetitzüglern eingesetzt. Nachdem starke Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Bluthochdruck bis zu Erbrechen und Krampfanfällen auftraten, wurde der Wirkstoff vom Markt genommen. Benzylpiperazin wurde dann vorwiegend als Partydroge konsumiert, da es eine Amphetamin-ähnliche stimulierende Wirkung aufweist. Im Szenejargon war BZP unter den Namen A2, Frenzy oder Nemesis bekannt.

Der wissenschaftliche Beirat der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht hat gemäß Artikel 6 des Beschlusses 2005/387/JI des Rates vom 10. Mai 2005 betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen psycho-

aktiven Substanzen (ABl L 127 vom 20. Mai 2005, Seite 32) einen Risikobewertungsbericht dieser Substanz erstellt. Danach sollte BZP wegen seiner aufputschenden Eigenschaften, der gesundheitlichen Gefahren und des fehlenden medizinischen Nutzens kontrolliert werden. Daraufhin hat die Europäische Kommission dem Rat der Europäischen Union empfohlen, die Mitgliedstaaten aufzufordern, für die neue synthetische Droge BZP im Einklang mit ihren einzelstaatlichen Rechtsvorschriften die Maßnahmen zu treffen, die erforderlich sind, um BZP den den Risiken der Substanz angemessenen Kontrollen und strafrechtlichen Sanktionen zu unterwerfen.

Dieser Ratsbeschluss ist am 8. März 2008 wirksam geworden.

GHB (4-HYDROXYBUTTERSÄURE)

GHB wurde erstmals 1874 von Alexander Saytzeff synthetisiert. Erst 1960 wurde die pharmakologische Wirkung entdeckt. GHB ist eine körpereigene Substanz (ein Botenstoff), welche im Gehirn die Wach-/und Schlafzustände regelt und Wachstumshormone stimuliert. Sie wird im Körper nicht zu der verwandten GABA metabolisiert, sondern verstärkt nur die dämpfende Wirkung der GABA. GHB beeinflusst auch den Dopamin-Haushalt, indem sie die Dopaminausschüttung erhöht.

In den 1960er- und 1970er-Jahren wurde GHB als Narkotikum genutzt. Die Indikation vom GHB beschränkte sich zuerst auf Narkolepsie mit Kataplexie, wurde aber später auf generelle Behandlung der Narkolepsie erweitert. Auch als Hilfsmittel zum Alkoholentzug und als Nahrungsergänzung für Sportler wurde GHB verwendet.

Wirkung

Abhängig von der Dosierung wirkt GHB entweder als Entaktogen, als Muskelrelaxans oder als Schlafmittel. In niedrigen Dosen von circa 0,5 g bis 1,5 g dominiert der stimulierende Effekt. Die Substanz wirkt dann angstlösend, leicht euphorisierend und sozial öffnend. Ferner tritt eine Einschränkung der motorischen Kontrolle, ähnlich wie bei einem Alkoholrausch, auf. In höheren Dosierungen bis circa 2,5 g kommt unter Umständen eine aphrodisierende Wirkung hinzu oder allgemein – wieder wie bei Alkohol – eine Verstärkung vorhandener Antriebe und Stimmungen. In noch höheren Dosen wirkt GHB stark einschläfernd. Auch aufkommender Brechreiz wird häufig beschrieben. Überdosierungen können zu plötzlichem narkotischem Schlaf führen, aus dem die betreffende Person kaum zu wecken ist.

GHB ist maximal zwölf Stunden im Urin nachweisbar und wird im Körper innerhalb von 24 Stunden vollständig abgebaut.

GHB-Überdosen (d. h. Dosen, die zu einer unerwünschten Narkose führen) sind allein eingenommen, in stärkerem Maße auch in Kombination mit anderen zentral dämpfenden Pharmaka wie Schlafmitteln, Opioiden und Alkohol, wegen der Gefahr der Atemdepression und des Atemstillstands gefährlich.

Abhängigkeit und Entzug

GHB ist in der Szene bekannt als Liquid Ecstasy, Liquid E, Liquid X, G, Fantasy u. ä. Es besitzt keinerlei chemische Verwandtschaft zu Ecstasy und hat auch in seiner Wirkung kaum Ähnlichkeit. Es ist auf dem Schwarzmarkt als hygroskopischer Feststoff oder als Flüssigkeit (wässrige Lösung von GHB-Salzen) erhältlich. Oft werden seit dem Verbot von GHB ersatzweise GBL oder BDO konsumiert, die im Körper unmittelbar zu GHB abgebaut werden und deshalb annähernd die gleiche Wirkung haben.

Bei häufiger bzw. regelmäßiger Einnahme kann sich eine psychische und physische Abhängigkeit einstellen. Beim Absetzen von GHB nach längerem Gebrauch stellen sich Entzugsbeschwerden ein, welche qualitativ denen von Benzodiazepinen gleichen, jedoch in Intensität und Dauer (12–96 Stunden) nicht das Ausmaß erreichen. Entzugsserscheinungen äußern sich in Zittern, Schweißausbrüchen, Schlaflosigkeit, Ängstlichkeit, Übelkeit bis hin zum Delirium. Die Symptome bilden sich jedoch meist nach 1–3 Tagen zurück. Besondere Problembereiche des Gebrauchs der Substanz sind in der Verwendung als Doping-Mittel und als K.o.-Tropfen, die eingesetzt werden, um sie in Getränke zu mischen und auf diese Weise betäubte Opfer zu vergewaltigen oder auszurauben (Date-Rape drug) zu finden.

NEU KREIERTE MORPHINDERIVATE

Diese leiten sich meistens vom FENTANYL ab, einem äußerst stark wirksamen und daher medizinisch nur in der Anästhesiologie gebräuchlichem Opiat. Die in den Schwarzmarkt eingeschleusten Derivate sind ungemein potent. So ist z. B. das 3-methyl-Fentanyl 300 mal so stark wirksam wie Heroin. Es ist daher kein Wunder, dass diese neuen und den Gebrauchern unvertrauten Drogen recht oft zu tödlichen Zwischenfällen führen.

PCP-DERIVATE: Phencyclidin, eine nicht den Barbituraten zugehörige anästhetisch wirkende Substanz, wurde in den 20-er Jahren entwickelt und in den 50-er Jahren vermarktet. Aufgrund schwerer psychischer Nebenerscheinungen wurde es rasch aus dem Arzneimittelschatz der Humanmedizin herausgenommen. Seit 1965 war es nur mehr unter dem Firmennamen „Sernyl“ als Beruhigungsmittel in der Veterinärmedizin zugelassen. Dennoch gelangte es bereits Ende der 60-er Jahre unter dem Namen „Angel Dust“ in die Drogenszene. Es wurde in der Folge wegen seiner heftigen halluzinatorischen Wirkung zu einem begehrten Ersatzstoff für andere Halluzinogene. Die Wirkung der Substanz tritt sehr rasch ein, sie ist sehr intensiv und dauert bis zu 48 Stunden an. Es führt allerdings in unvergleichlich größerem Ausmaß als alle anderen bekannten Substanzen bereits bei der ersten Einnahme zu „Horror-Trips“ und bei längerfristigem Gebrauch zu toxischen Psychosen. Außerdem wird dem PCP zugeschrieben, dass es „kriminogen“ wirksam wird, die Benutzer zu Gewalttaten verleitet. Die Produktion des PCP wurde 1979 eingestellt. Es ist jedoch von einigermaßen geschickten Chemielaboranten aus leicht zugänglichen und billigen Grundstoffen leicht herstellbar. Insofern kann man es mit Fug und Recht zu den „Designer-Drogen“ zählen. Auch sind von ihm 125 Derivate bekannt, die unter verschiedenen Namen auf dem illegalen Markt auftauchen.

Als „Nachfolgesubstanz“ des PCP als nicht-barbitursäurehaltiges Narkosemittel wurde das **KETAMIN** entwickelt. Es kann nasal, oral, intravenös sowie intramuskulär verabreicht werden. Seine Einnahme führt zu dissoziativen Erfahrungen. Auf Grund dieser dissoziativen, bewusstseinsverändernden Wirkung hat Ketamin in vielen europäischen Ländern auch in die Tanz-Drogenszene Eingang gefunden (Szenenamen: K, Kate, Barbara, Ket, Kitty, Kiti, Special K, Vitamin K, Multiketamin, Fiction, Keta). Zu den Nebenwirkungen zählen das Ketamin-Loch sowie das Auftreten von alpträumerischen Szenen mit extremen Veränderungen des Körperschemas, Nahtod-Erlebnissen und Tunnelvisionen. Besonderen Einfluss hatte in diesem Bereich des aussermedizinischen Drogengebrauchs John Cunningham Lilly auf den sich eine Gruppe von Konsumenten bezieht, die jenseits der „Partyszene“ gemeinsamen hedonistischen Drogengebrauch betreibt.

SYNTHETISCHE CANNABINOIDE UND SPICE

Synthetische Cannabinoide (korrekte Bezeichnung: Cannabinoid-Rezeptor-Agonisten) ähneln in ihrer Wirkweise Δ^9 -Tetrahydrocannabinol (THC), dem Wirkstoff in Cannabis, obwohl viele der Substanzen strukturell nicht mit den sogenannten „klassischen“ Cannabinoiden verwandt sind. Sie binden sich in gleicher Art und Weise wie THC und der endogene Ligand Anandamid an die Cannabinoid-Rezeptoren im Gehirn und in anderen Organen, wobei in vitro-Studien gezeigt haben, dass manche synthetische Verbindungen sich stärker an diese Rezeptoren binden als THC. Ursprünglich wurden sie in den vergangenen 40 Jahren als therapeutische Mittel zur Schmerzlinderung entwickelt. Es hat sich jedoch als schwierig erwiesen, die gewünschten Eigenschaften von den ungewünschten psychoaktiven Wirkungen zu trennen. Möglicherweise haben manche der synthetischen Cannabinoide neben ihrer hohen Wirksamkeit besonders lange Halbwertszeiten und führen zu einer verlängerten psychoaktiven Wirkung.

Ende 2008 wurden mehrere Cannabinoide in Rauchmischungen aus Kräutern oder sogenannten Räucherstäbchen/Raumluftfrischern vermarktet. Typische Beispiele waren Spice Gold, Spice Silver und Yucatan Fire. Später erschienen jedoch noch viele andere Produkte. Sie enthielten weder Tabak noch Cannabis, erzeugten beim Rauchen indessen Wirkungen, die denen von Cannabis ähnlich waren. Diese Produkte wurden über das Internet und in „Headshops“ verkauft.

Anwendung

Ebenso wie Cannabis werden die cannabinoidhaltigen Kräutermischungen meist geraucht. Einige Berichte von Konsumenten ließen jedoch vermuten, dass „Spice“ auch gespritzt wurde.

Kontrollstatus

Keines der synthetischen Cannabinoide ist einer internationalen Kontrolle durch die Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Drogenkontrolle unterworfen, aber JWH-018, JWH-073, HU-210, und CP 47,497 (zusammen mit ihren C6-, C8- und C9-Homologen) sind in einigen Mitgliedstaaten gelistete Drogen. In vielen Ländern, darunter auch in Österreich sind synthetische Cannabinoide verboten worden.

Prävalenz

Eine Umfrage von 2009, die unter 1.463 15- bis 18-jährigen Schülern an den Schulen für allgemeine und berufliche Bildung in Frankfurt durchgeführt wurde, ergab, dass rund 6 Prozent der Befragten „Spice“ zumindest einmal konsumiert hatten.

Synthetische Cannabinoide in der Medizin

THC (Dronabinol) und der synthetische Cannabinoid-Rezeptor-Agonist Nabilon, ein Derivat von THC, werden in der Behandlung von Schmerzen, Spastizität, Migräne und in bestimmten Formen der Epilepsie und der Depression eingesetzt. Eine besondere Bedeutung haben diese Substanzen auch in der Behandlung von Übelkeit bei der Krebs-Chemotherapie und als Appetit fördernde Arzneimittel..

Polytoxikomanie (Mehrfachabhängigkeit)

Nur die Abhängigen vom Alkohol-Typ gebrauchen zum überwiegenden Teil nur eine spezielle Droge (den Alkohol), 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. 1 bis 2 Prozent der 15 bis 40-jährigen Österreicher/innen lassen 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 Entzugerscheinungen 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

KONSUMTRENDS IN EUROPA

(Basis: Europäische Schüler/innenstudie zu Alkohol und andere Drogen, ESPAD-Studie 2007, 15- bis 16-jährige Schülerinnen und Schüler)

In die österreichische Auswertung wurden 5984 Schülerinnen und Schüler im Alter von 15 bis 16 Jahren einbezogen. Insgesamt gaben 19 Prozent der Befragten an, mindestens einmal in ihrem Leben bereits Cannabis konsumiert zu haben. 15 Prozent hatten auch in den letzten 12 Monaten Cannabis geraucht (Jahresprävalenz), 7 Prozent in den letzten 30 Tagen (Monatsprävalenz). Für diesen letzten Zeitraum gaben 2 Prozent der befragten Schüler/innen auch an, regelmäßig Cannabis konsumiert zu haben (mehr als 6-mal in den letzten 30 Tagen). Die Gruppe der regelmäßigen Konsumenten/Konsumentinnen stellte dabei knapp über 10 Prozent aller Jugendlichen mit Cannabiserfahrung. Damit wurden beim Konsum von Cannabis für 2007 deutlich niedrigere Werte erhoben als 4 Jahre zuvor: alle vier Konsumindikatoren (Lebenszeit-, Jahres-, Monatsprävalenz sowie mehr als 6-maliger Konsum im letzten Monat) lagen unter den Ergebnissen von 2003.

Die Prävalenzraten für Amphetamine/Aufputschmittel lagen bei 8 Prozent, für GHB bei 2, 5 Prozent, Kokain bei 3, 4 Prozent, Crack bei 2, 5 Prozent, LSD bei 3 Prozent, Magic Mushrooms bei 4, 6 Prozent und für Heroin bei 1,7 Prozent.

Die ESPAD Berichte können von der ESPAD-Website www.espad.org heruntergeladen werden. Der österreichische Bericht steht auf der Website des Ministeriums für Gesundheit zur Verfügung. Die Homepage der Schulpsychologie und Bildungsberatung des Unterrichtsministeriums bietet Informationen zu aktuellen schulpsychologischen Themen, Bildungsentscheidungen, Suchtprävention und psychologische Gesundheitsförderung. Weiters wird jährlich ein „Bericht zur Drogensituation“ im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt. Er bietet einen österreichweiten Überblick über eine Vielzahl von Daten und Studien zu unterschiedlichen Aspekten dieses gesellschaftspolitisch bedeutsamen Themas. Erhältlich ist dieses Material auf www.oebig.org.

Literatur

Abood, M.E., and Martin, B.R. (1992), „Neurobiology of Marijuana Abuse,“ Trends in Pharmacological Sciences 13:201–206.

Allgaier, Clemens; Illes, Peter Sedativa/Hypnotika in: Uchtenhagen, Ambros; Walter Zieglgänsberger (Hrsg.) Suchtmedizin: Konzepte, Strategien und therapeutisches Management München; Jena: Urban & Fischer, 2000 S. 63–71

Cicero, T., Assessment of Dependence Liability of Psychotropic Substances: Nature of the Problem and the Role of the College on Problems on Drug Dependence. Contractor Document for the Office of Technology Assessment. (Springfield, VA: National Technical Information Service,) 1992. (NTIS Doc. PB94-175643)

Haddad, P.M. and Anderson, Ian M. (2007): Recognising and managing antidepressant discontinuation symptoms. Advances in Psychiatric Treatment 13: 447–457

Herkenham, M. (1992), „Cannabinoid Receptor Localization in Brain: Relationship to Motor and Reward Systems,“ P.W. Kalivas and H.H. Samson (eds.), The Neurobiology of Drug and Alcohol Addiction, Annals of the American Academy of Sciences. 654:19–32, 1992. pg. 29.

Hollister, L.E. „Health Aspects of Cannabis“, Pharmacological Reviews, 38(1):1–20, 1986.

IFES: Suchtmittelstudie 2005 im Auftrag des Fonds Soziales Wien

Julien, R.M. A Primer of Drug Action. W.H. Freeman & Company, New York. Deutsche Übersetzung, Julien RM. Drogen und Psychopharmaka. Spektrum . Akademischer Verlag, 1997.

Mansbach, R. S. et al „Failure of Delta-9-tetrahydrocannabinol and CP 55,940 to maintain intravenous self-administration under a fixed-interval schedule in rhesus monkeys.“ Behavioral Pharmacology 5, 219–225. (1994)

Rickels K, Downing R, and Schweizer E. et al. Anti-depressants for the treatment of generalized anxiety disorder: a placebo-controlled comparison of imipramine, trazodone, and diazepam. Arch Gen Psychiatry. 1993. 50:884–895

Rickels K, Schweizer E, and Case G. et al. Long-term therapeutic use of benzodiazepines, pt 1: effects of abrupt discontinuation. Arch Gen Psychiatry. 1990. 47:899–907.

Rosenbaum, J. F., Fava, M., Hoog, S. L., et al (1998) Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: a randomised clinical trial. Biological Psychiatry, 44,77–87

Springer, A: Iatrogene Abhängigkeit in: Uchtenhagen, Ambros; Walter Zieglgänsberger (Hrsg.): Suchtmedizin: Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München; Jena: Urban & Fischer, 2000 S. 219–226

Thomasius, R. (Hrsg.) (2000). Ecstasy - Eine Studie zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen des Mißbrauchs. Frankfurt: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Thomasius, R., Konietzky, A., Petersen, K. U. & Wuchner, M. (2000). Psychiatrische Ergebnisse. In Thomasius, R. (Hrsg.), Ecstasy – Eine Studie zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen des Mißbrauchs (S. 110–135). Frankfurt: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Thomasius, R., Braukhaus, C., Petersen, K. U., Wuchner, M. & Heinz, B. (2000). Psychodynamik und Persönlichkeitspsychologie. In Thomasius, R. (Hrsg.), Ecstasy – Eine Studie zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen des Mißbrauchs (S. 136–170). Frankfurt: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

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

› Stoffungebundene Suchtformen

Essstörungen

WAS VERSTEHT MAN UNTER EINER ESSSTÖRUNG?

Essstörungen gehören zur Gruppe der psychosomatischen Erkrankungen mit Suchtcharakter.

Die internationalen Klassifikationssysteme für psychische Krankheiten, ICD-10 und DSM-IV, definieren folgende Essstörungen:

- Anorexia nervosa (Magersucht)
- Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht)
- Binge Eating Disorder (Esssucht ohne Erbrechen)
- EDNOS – „Eating Disorder Not Otherwise Specified“ (nicht näher bezeichnete Essstörungen)

Essstörungen treten überwiegend bei Mädchen und jungen Frauen auf. Das Geschlechterverhältnis zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen schätzt Gerlinghoff (2000) mit etwa 1:20. Buddeberg-Fischer (1998) gibt hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses eine Prävalenz von 1:10 an. Fest steht aber, dass Männer häufiger von Anorexie als von Bulimie betroffen sind. Die meisten epidemiologischen Studien stimmen darin überein, dass die Prävalenz und Inzidenz von Essstörungen in den letzten 15 Jahren weitgehend konstant geblieben ist (Currin et al., 2005 zit. nach Voderholzer, 2008).

Der Übergang von gestörtem Essverhalten zu einer krankhaften Essstörung verläuft fließend. Das Spektrum reicht vom „gezügelter Essverhalten“, über subklinische Essstörungen bis hin zu klinischen Formen der Magersucht, der Ess-Brech-Sucht und der Binge Eating Disorder. Es dauert meist Monate oder Jahre, bis eine Essstörung erkannt und behandelt wird, weil die Betroffenen oft versuchen, ihr Verhalten zu verbergen oder zu verharmlosen. Viele Betroffene glauben, sie könnten sich alleine aus ihrer Erkrankung befreien. Die Eltern versuchen oft zu lange, die Krankheit ihres Kindes in der Familie zu bewältigen. Oftmals kann jedoch nur eine gezielte Psychotherapie neue Wege der Problemlösung aufzeigen (Buddeberg-Fischer, 1998).

EXKURS: BODY-MASS-INDEX (BMI)

Der **Body-Mass-Index (BMI)** ist eine medizinische Richtlinie und dient als Maßstab zur Bewertung des Körpergewichts. Er berechnet die Relation des Körpergewichts zur Körpergröße. Die Formel dazu lautet:

$$\text{BMI} = \text{Körpergewicht} / (\text{Körpergröße in m})^2$$

Die Einheit des BMI ist demnach Kilogramm dividiert durch Körpergröße zum Quadrat. Dies bedeutet: Eine Person mit einer Körpergröße von 173 cm und einem Körpergewicht von 70 kg hat einen BMI von 23,4 $[70 / (1,73 \text{ m})^2 = 23,4]$.

Die World Health Organisation (WHO) empfiehlt für Erwachsene folgende BMI-Klassifikation (WHO BMI classification 2008):

Klasse	BMI [kg/(m) ²]
Untergewicht	< 18,5
Normalgewicht	18,5 – 24,9
Übergewicht (prä-adipositas)	25,0 – 29,9
Übergewicht Grad I (moderates Übergewicht)	30,0 – 34,9
Übergewicht Grad II (schweres Übergewicht)	35,0 – 39,9
Übergewicht Grad III (morbide Adipositas)	≥ 40

Zur Beurteilung des BMI bei Kindern und Jugendlichen bis 18 liegen alters- und geschlechts-spezifische Gewichtszentil-Kurven vor, anhand derer das individuelle Gewicht beurteilt werden muss.

Der BMI kann aber nur als ungefähre Richtlinie betrachtet werden, da jeder Körper anders ist und die Körperzusammensetzung (Fett, Muskeln, Knochen etc.) beim BMI nicht berücksichtigt wird. Bei der Bewertung der gesundheitlichen Gefährdung kommt es nicht nur auf den BMI an, sondern auch auf die Art der Fettverteilung.

HÄUFIGKEIT VON ESSSTÖRUNGEN

Essstörungen gehören zu den häufigsten psychosomatischen Erkrankungen bei weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen. Die Prävalenz (Häufigkeit) der Vollbilder für Magersucht liegt bei adolescenten Mädchen und jungen Frauen bei 0,3–1 Prozent (Hoek, 2006 zit. nach Voderholzer, 2009) und für Bulimie bei ca. 1–3 Prozent (Krüger et al., 2001).

Die Inzidenzrate (Neuerkrankungen) liegt bei der Anorexia nervosa bei 19 und bei der Bulimia nervosa bei 29, bezogen auf 100.000 junge Frauen. Die höchste Inzidenz findet sich seit Jahren unverändert in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen (Currin et al. 2005; Hoek et al 2006 zit. nach Schneider& Margraf, 2009).

Zur Häufigkeit von Essstörungen in Österreich liegen keine repräsentativen Zahlen vor. Überträgt man die Ergebnisse deutscher Studien auf Österreich (Krüger et al. 2001), ergeben sich folgende Zahlen: Es leiden derzeit ca. 5.500 Österreicherinnen zwischen 18 und 35 Jahren an Anorexie (ca. 1 Prozent der 15- bis 25-jährigen Frauen, Berechnungsgrundlage: Statistik Austria 2009), 24.000 Frauen sind an Bulimie erkrankt (2,5 Prozent der 18- bis 35-jährigen Frauen, Berechnungsgrundlage Statistik Austria 2009) (Seyer, Gschwandtner&Paulik, 2009). Schätzungen von Rathner (2003) auf Basis des Mikrozensus 1991 zufolge leiden von allen 15–20-jährigen Mädchen 2.500 an Magersucht und über 5.000 an einer subklinischen Essstörung.

FORMEN VON ESSSTÖRUNGEN

Es gibt verschiedene Formen von Essstörungen, wobei Mischformen häufig und die Übergänge fließend sind.

MAGERSUCHT (ANOREXIA NERVOSA)

Der Begriff „Anorexia nervosa“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet übersetzt „nervlich bedingte Appetitlosigkeit“. Am häufigsten tritt diese Essstörung bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen auf.

DIAGNOSE

Nach DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) müssen folgende Kriterien zutreffen (Saß et al. 2003):

- a. Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten (z. B. Der Gewichtsverlust führt dauerhaft zu einem Körpergewicht von weniger als 85 Prozent des zu erwartenden Gewichts oder das Ausbleiben einer während der Wachstumsperiode zu erwartenden Gewichtszunahme führt zu einem Körpergewicht von weniger als 85 Prozent des zu erwartenden Gewichts.)
- b. ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts
- c. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts
- d. bei postmenarchalen Frauen das Ausbleiben von mindestens drei aufeinander folgenden Menstruationszyklen (Amenorrhoe); wird auch dann angenommen wenn bei einer Frau die Periode nur nach Verabreichung von Hormonen, z. B. Östrogen, eintritt

Nach DSM-IV existieren zwei Unterkategorien der Anorexia nervosa:

1. **Anorexie vom restriktiven Typus:** Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person keine regelmäßigen „Fressanfälle“ gehabt oder hat kein Purging-Verhalten (selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln und Einläufen) gezeigt.
2. **„Binge Eating- /Purging -Typus:** Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person regelmäßig Fressanfälle gehabt und hat Purging-Verhalten gezeigt.

Als typische Merkmale einer Anorexia nervosa gelten:

- strikte Kontrolle der Nahrungsaufnahme, Vermeiden von hochkalorischer Nahrung
- Steigerung der körperlichen Aktivität
- starker Widerstand gegen gewichtsaufbauende Maßnahmen
- körperliche Symptome wie Kreislaufprobleme, Mangelerscheinungen durch Vitamin- und Mineralstoffmangel, Absinken der Körpertemperatur, Muskelschwäche, Haarausfall, Auftreten von flaumartiger Behaarung, hormonelle Störungen
- Konzentrations- und Schlafstörungen, depressive Verstimmungen
- sozialer Rückzug

FOLGEN

Die häufigste und sichtbarste Folge der Magersucht ist der extreme Gewichtsverlust, der lebensbedrohlich werden kann. Durch die starke Unterernährung kommt es außerdem zu zahlreichen schädlichen Mangelerscheinungen. Auch die hormonellen Änderungen und Störungen sind vielfältig und betreffen vor allem die reproduktiven Funktionen (z. B. Ausbleiben der Regelblutung). Sie haben aber auch erhebliche Auswirkungen auf andere Organsysteme. Mögliche körperliche Folgen sind Muskelschwäche, Hauttrockenheit, Haarausfall, Auftreten von flaumartiger Behaarung (Lanugo-Behaarung), Ödeme, Hautverfärbungen, Absinken der Körpertemperatur, verlangsamter Herzschlag, niedriger Blutdruck, Herzrhythmusstörungen oder Osteoporose (Knochenschwund).

Neben den ursächlichen psychischen Problemen der Magersucht kann es zu depressiven Verstimmungen, Konzentrationsstörungen, Leistungsabfall, Zwangsverhalten, rigidem Denken, sozialer Isolierung, Ängsten vor Öffentlichkeit, Einschränkung der emotionalen Erlebnisfähigkeit oder auch selbstverletzendem Verhalten kommen (z. B. Ritzen). Nicht wenige der Betroffenen, die unter lang dauernder Magersucht leiden, entwickeln so starke Depressionen, dass es zu Selbstmordversuchen kommt. Auch die familiären und sozialen Folgen der Anorexia nervosa sind gravierend. Oft sind nahe Angehörige (enge Freund/innen) völlig auf das Verhalten und die Bedürfnisse der erkrankten Person fixiert, und tragen so ungewollt dazu bei, dass der Krankheitskreislauf aufrecht bleibt.

Etwa 10–17 Prozent der Erkrankten sterben letztendlich an den Folgen der Magersucht, die damit eine der höchsten Sterblichkeitsraten unter psychischen Erkrankungen hat.

BEHANDLUNG

Magersucht ist meist ein begleitendes Symptom für ein tiefer liegendes psychisches Problem, das behandelt werden muss. Die Therapie umfasst neben einer Stabilisierung des Essverhaltens in der Regel eine psychotherapeutische Betreuung, meist in Form von systemisch-familien-therapeutischen, psychoanalytischen oder kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungen. Auch andere Formen wie Bewegungs-, Musik- und Maltherapien kommen zum Einsatz. Bei kritischem Untergewicht ab einem BMI unter 16 wird eine stationäre Behandlung empfohlen. Ab einem BMI unter 14 ist eine länger andauernde Behandlung in einem Krankenhaus lebensnotwendig. Eine Besserung oder gar Heilung dauert meist Jahre.

BULIMIE (ESS-BRECH-SUCHT, BULIMIA NERVOSA)

Der Begriff „Bulimie“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet wörtlich übersetzt „der Ochsenhunger“. Bulimie weist viele Parallelen zur Magersucht auf, manchmal entwickeln sich beide Krankheiten bei derselben Person auch parallel. Verstärkt betroffen sind ebenfalls Mädchen und junge Frauen im Alter zwischen 15 und 30 Jahren. Charakterisiert ist diese Krankheit durch unkontrollierte Aufnahme kalorienreicher Nahrung (Essanfälle) und dem anschließenden Versuch, diese durch selbst herbeigeführtes Erbrechen oder andere Kompensationsmaßnahmen (z. B. Abführmittel) ungeschehen zu machen.

DIAGNOSE

Bulimie wurde erst 1980 in die DSM-IV-Kriterien (American Psychiatric Association) aufgenommen.

Die Diagnosekriterien lauten wie folgt (Saß et. al. 2003):

- a. Wiederholte Episoden von „Fressattacken“. Eine „Fressattacken“-Episode ist gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale:
 1. In einem abgrenzbaren Zeitraum (z. B. innerhalb von zwei Stunden) wird eine Nahrungsmenge gegessen, die deutlich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum und unter ähnlichen Umständen essen würden.
 2. Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z. B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können, noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben)
- b. Um einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken, greift die betroffene Person regelmäßig zu unangemessenen Verhaltensweisen wie selbst hervorgerufenes Erbrechen, strenges Diäthalten oder Fasten, Missbrauch von Abführ-, Entwässerungsmitteln oder Einläufen und/oder übermäßige körperliche Bewegung.
- c. Die „Fressanfälle“ und das unangemessene kompensatorische Verhalten treten drei Monate lang mindestens zweimal pro Woche auf.
- d. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.
- e. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf.

Nach DSM-IV werden zwei Subtypen der Bulimie unterschieden:

- **Purging-Typus:** regelmäßiges Erbrechen und/oder Missbrauch von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln etc.
- **Non-Purging-Typus:** kein regelmäßiges Erbrechen und/oder Missbrauchen von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln etc.; aber übertriebenes Fasten und/oder übermäßige körperliche Aktivität um einer Gewichtszunahme entgegenzusteuern.

Vom Erscheinungsbild her sind Betroffene meist normal- oder leicht untergewichtig, selten auch übergewichtig. Ihr Essverhalten im Alltag ist eher unauffällig.

Es gibt Anzeichen, dass Personen mit Bulimia nervosa vor dem Beginn der Essstörung mit höherer Wahrscheinlichkeit als Gleichaltrige übergewichtig sind.

FOLGEN

Die gesundheitlichen Folgeerscheinungen von Bulimie werden, aufgrund des relativ normalen Gewichts der Erkrankten, oft unterschätzt. Die wichtigste Ursache für die körperlichen Folgeschäden stellt das häufige Erbrechen dar, das die Bulimie charakterisiert. Dadurch entstehen Entzündungen der Speiseröhre, Sodbrennen, Speiseröhrenrisse, Magengeschwüre, Schwellungen der Speicheldrüsen, Zahnschmelzschäden sowie Elektrolytentgleisungen (Kalium-, Magnesiummangel), die ihrerseits zu Nierenschäden und Herzrhythmusstörungen führen können. Auch hormonelle Veränderungen (z. B. Ausbleiben der Monatsblutung) können auftreten. Als soziale Folgeschäden gelten zunehmende Isolation durch sozialen Rückzug. Nicht selten gehen auch Depressionen oder Selbstverletzungen mit der Krankheit einher. Durch den Erwerb großer Nahrungsmittelmengen kann es auch zu finanziellen Schwierigkeiten kommen.

BEHANDLUNG

An Bulimie Erkrankte können ihre Krankheit über viele Jahre hinweg erfolgreich verbergen. Die Krankheit wird deshalb oft erst nach Jahren erkannt. Die wichtigste Rolle in der Behandlung spielen, wie bei allen Essstörungen, die verschiedenen Arten von Psychotherapien: allein, in der Gruppe oder im familiären Rahmen. Die Therapien setzen bei kognitiven, künstlerisch-gestalterischen oder körperlich-expressiven Ebenen sowie beim Essverhalten an. Je nach Verlauf und Diagnose der Krankheit wird eine stationäre oder tagesklinische Behandlung in einem Krankenhaus empfohlen.

NICHT NÄHER BEZEICHNETE ESSSTÖRUNGEN

Die Kategorie „Nicht näher bezeichnete Essstörungen“ (Eating Disorder Not Otherwise Specified – EDNOS) dient der Einordnung von Essstörungen, die die Kriterien für eine spezifische Essstörung nicht erfüllen (Saß et. al., 2003):

Beispiele sind:

1. Es sind alle Kriterien einer Anorexia nervosa erfüllt, außer dass die Frau regelmäßig Menstruationen hat.
2. Sämtliche Kriterien einer Anorexia nervosa sind erfüllt, nur liegt das Körpergewicht trotz erheblichen Gewichtsverlustes noch im Normalbereich.
3. Sämtliche Kriterien der Bulimia nervosa sind erfüllt, jedoch sind die „Fressattacken“ und das unangemessene Kompensationsverhalten weniger häufig als zweimal pro Woche für eine Dauer von weniger als drei Monaten.
4. die regelmäßige Anwendung unangemessener, einer Gewichtszunahme gegensteuernder Maßnahmen durch eine normalgewichtige Person nach dem Verzehr kleiner Nahrungsmengen (z. B. selbstinduziertes Erbrechen nach dem Essen von 2 Keksen)
5. wiederholtes Kauen und Ausspucken großer Nahrungsmengen, ohne sie hinunterzuschlucken
6. Binge-Eating-Störung

EXKURS: ESS-SUCHT OHNE ERBRECHEN (BINGE-EATING-STÖRUNG)

Die Bezeichnung „to binge“ kommt aus dem Amerikanischen und bedeutet „sich mit etwas voll stopfen“, „ein Fressgelage abhalten“. Das Hauptmerkmal der Binge Eating Disorder sind wiederkehrende Essanfälle, im Gegensatz zur Bulimie fehlt jedoch das Kompensationsverhalten wie z. B. extremer Sport, Hungern oder Erbrechen. Im Gegensatz zu anderen Essstörungen ist der Anteil der Männer bei Ess-Sucht höher; er beträgt etwa ein Drittel. Ess-Sucht geht oft mit Übergewicht bzw. Fettleibigkeit (Adipositas) einher. Das bedeutet jedoch keineswegs, dass jeder Übergewichtige an einer Essstörung leidet. Außerdem kann Ess-Sucht auch bei Normalgewichtigen auftreten.

DIAGNOSE

Nach DSM-IV wird diese Störung den **Nicht näher bezeichneten Essstörungen** zugeordnet und ist durch **folgende Forschungskriterien** gekennzeichnet (Saß et al., 2003):

- a. Wiederholte Episoden von „Fressanfällen“. Eine „Fressanfall“-Episode ist durch folgende Kriterien charakterisiert:
 - 1. In einem abgrenzbaren Zeitraum (z. B. innerhalb von zwei Stunden) wird eine Nahrungsmenge gegessen, die deutlich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum und unter ähnlichen Umständen essen würden.
 - 2. ein Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen während der Episode (z. B. ein Gefühl, dass man mit dem Essen nicht aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was und wie viel man isst)
- b. Die Episoden von „Fressanfällen“ treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:
 - 1. wesentlich schneller essen, als normal
 - 2. Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl
 - 3. Essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt
 - 4. Alleine essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst
 - 5. Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.
- c. Es besteht deutliches Leiden wegen der „Fressanfänge“.
- d. Die „Fressanfänge“ treten im Durchschnitt an mindestens zwei Tagen in der Woche für sechs Monate auf.
- e. Die „Fressanfänge“ gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher (z. B. Purgings-Verhalten, fasten oder exzessive körperliche Betätigung) und sie treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.

FOLGEN

Da Ess-Süchtige meist übergewichtig bis adipös sind, treten die gleichen Folgeerscheinungen auf wie bei Adipositas (Fettleibigkeit). Zu den körperlichen Risiken wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselstörungen oder Gelenksleiden kommen vor allem psychosoziale Folgen. Aus Scham und um das veränderte Essverhalten vor der Umwelt zu verbergen, ziehen sich die Betroffenen sehr häufig zurück und isolieren sich, zwischenmenschliche Kontakte zerbrechen. Das verhindert erst recht, aus dem Teufelskreis zwischen Kontrolle und Kontrollverlust beim Essen auszubrechen.

BEHANDLUNG

Maßnahmen zur Gewichtsreduktion reichen nicht aus. Betroffene brauchen ein ebenso intensives Psychotherapieprogramm wie bei anderen Essstörungen. Dabei gilt es, zwei Problemfelder gleichzeitig zu behandeln: Einerseits sollen Betroffene sich wieder an eine normale und ausgewogene Ernährung gewöhnen bzw. ein normales Essverhalten lernen. Andererseits sollen sie an jenen zugrunde liegenden psychischen Problemen arbeiten, die zu dem gestörten Essverhalten geführt haben.

URSACHEN UND AUSLÖSER VON ESSSTÖRUNGEN

Die Ursachen für die Entstehung einer Essstörung sind sehr vielfältig und individuell unterschiedlich. Es wird ein mehrdimensionales Entstehungsmodell angenommen, das biologische, sozio-kulturelle und intrapsychische Faktoren beinhaltet. Als Auslöser der Erkrankung gelten häufig die allgemeine Umbruchsituation während der Pubertät, ein besonders belastendes Ereignis oder eine Diät. Solche Auslöser haben nichts mit den Ursachen zu tun. Diese liegen im familiären, persönlichen, sozialen und biologischen Bereich (Gerlinghoff 2000). Für eine detaillierte Auseinandersetzung mit den Ursachen sei auf entsprechende Fachliteratur (s. Literaturliste) verwiesen.

BEGLEITERKRANKUNGEN VON ESSSTÖRUNGEN (KOMORBIDITÄT)

Essstörungen treten oft gleichzeitig mit anderen seelischen Erkrankungen auf. Man bezeichnet dieses Phänomen als Komorbidität. Essstörung und Komorbidität beeinflussen sich wechselseitig. Geben Patienten das eine auf, können sich die Symptome auf das andere verschieben. Deshalb ist ein spezifisches therapeutisches Setting notwendig (Clasing, 1997).

Die häufigsten Begleiterkrankungen von Essstörungen sind:

- Depressionen
- Angststörungen
- Substanzmissbrauch
- Zwangsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom)

GESTÖRTES ESSVERHALTEN

(Reich, Götz-Kühne & Killius 2004)

Der Übergang von gestörtem Essverhalten zur krankhaften Essstörung verläuft oft schleichend. Das folgende Kapitel kennzeichnet ein Essverhalten, das noch keine Krankheit, allerdings ein Warnsignal ist.

- **Das Essverhalten ist angstbesetzt.** Es besteht eine große Unsicherheit, welche Menge und Art an Nahrung angemessen ist. Essen wird als Überforderung oder gar Bedrohung erlebt.
- **Das Essverhalten ist überwiegend außenorientiert.** Auf körperliche Appetit- und Sättigungssignale erfolgt meist keine angemessene Reaktion. Das Essverhalten orientiert sich nicht nach inneren Signalen. Es wird durch äußere Bedingungen (z. B. Gelegenheit, Uhrzeit, Kalorienzahl...) bestimmt.
- **Das Essverhalten ist rigide.** Übermäßige Kontrolle durch feste Zeiten, Pläne und strikte Einteilung der Lebensmittel in „erlaubte“ (z. B. Magerjoghurt) und „verbotene“ (z. B. Süßigkeiten) Speisen.
- **Das Essverhalten ist chaotisch.** Es gibt keinen geregelten Essensrhythmus. Mahlzeiten werden vergessen oder bewusst zugunsten anderer Tätigkeiten ausgelassen.

- **Das Essverhalten ist abwechselnd rigide und chaotisch.** Ein streng kontrolliertes Essverhalten wird durch unregelmäßiges Essen unterbrochen. Häufig wird hier dann nicht mehr auf die Art und die Menge geachtet.
- **Das Essen ist das wichtigste Mittel zur Stressbewältigung.** Das Essen wird benutzt, um mit unangenehmen Situationen oder Problemen fertig zu werden. Auf Stress wird mit Mehr- oder Weniger-Essen oder mit dem Verzehr sonst gemiedener Nahrungsmittel reagiert.
- **Das Essen ist in starkem Maße stimmungsabhängig.** Bei Niedergeschlagenheit wird automatisch mehr oder weniger gegessen als sonst, unabhängig vom normalen Essrhythmus.
- **Das Essen ist stark gewichtsabhängig.** Das Essen wird maßgeblich unter dem Aspekt der Gewichtskontrolle betrachtet und ist mit entsprechenden Ängsten und Zwängen belastet. Eine geringe Gewichtszunahme löst daher Gegenmaßnahmen wie z. B. Fasten, Sport, Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln und Appetitzüglern oder völlig unkontrolliertes Essen aus.
- **Das Essverhalten kontrolliert die Gedanken.** Es wird intensiv und lange überlegt, was (noch) gegessen werden darf oder sollte und was nicht.

Betroffene haben oft auch eine gestörte Einstellung zum eigenen Körper. Dies kann ein weiteres Warnzeichen für die Entwicklung einer Essstörung mit Krankheitswert sein:

- **Das Körpergefühl ist vom Wiegen abhängig** und die Zahl auf der Waage bestimmt das Wohlbefinden mit dem eigenen Körper, nicht das innere Gefühl. Wird ein bestimmtes Gewicht überschritten, wird der Körper als unförmig oder abstoßend erlebt.
- **Das Körpergefühl ist von der Stimmung abhängig.** Konflikte, Spannungen oder unangenehme Gefühle führen dazu, dass der eigene Körper kritisch gesehen oder sogar abgelehnt wird.
- **Das Körpergefühl ist vom Essen abhängig.** Besteht der Eindruck, dass zu viel oder Falsches gegessen wurde, werden der Körper bzw. einzelne Körperteile als unangenehm, unförmig oder sogar als ekelig empfunden.
- **Der Körper wird häufig kritisch beobachtet und kontrolliert.**
- **Der Körper wird verzerrt wahrgenommen.** Der ganze Körper oder einzelne Körperteile erscheinen als unförmig, unproportioniert, „zu dick“ oder „ekelig“.
- **Berührungen des Körpers werden vermieden.** Aus Ablehnung bis hin zu Ekel- oder Angstgefühlen kann es so weit gehen, dass der eigene Körper bzw. Körperteile nicht mehr berührt werden.
- **Das Gewicht und der Umfang werden ständig überprüft.** Dazu gehören feste Messrituale (Taille, Gesäß, Beine) und häufiges Wiegen.
- **Der eigene Körper wird häufig mit anderen verglichen.** Das Aussehen anderer wird genau registriert und mit dem eigenen abgeglichen. Das Empfinden, mit anderen nicht mithalten zu können, beeinträchtigt das Selbstwertgefühl.
- **Das Vergleichen mit anderen, Wiegen und Blicke in den Spiegel oder auf Fotos werden völlig vermieden.** Dies geschieht meist aus der Angst heraus, dabei „schlecht abzuschneiden“ oder sich selbst ablehnen zu müssen.
- **Die Körperpflege wird übertrieben oder vernachlässigt.** Waschen, Frisieren oder Zähneputzen dauert übermäßig lange, ist ritualisiert oder wird nur teilweise, unregelmäßig oder gar nicht ausgeführt.

Literatur

APA – American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, Washington DC 2000.

Buddeberg- Fischer, B.: Früherkennung und Prävention von Essstörungen. Essverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen. Schattauer, F.K. Verlag. 1998.

Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J., Hershel, J.: Time trends in eating disorder incidence. British journal of Psychiatry. 2005. In: Schneider, S., Margraf, J.: Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Bd. 3. Störungen im Kindes- und Jugendalter. Springer Medienverlag. Heidelberg 2009.

Friedl, H., Waldherr, K. & Rathner, G.: Restrained and Disturbed Eating Behaviour in Adolescents from Lower Austria in 1993 and 2004. Kongress Essstörungen September 5–7, 2005, Innsbruck 2005.

Hoek, H.W.: Incidence, prevalence and mortality of anorexia and other eating disorders. Current opinion in Psychiatry 19. 2006. In: **Voderholzer, U.,**

Hohagen, F. (Hrsg.): Therapie psychischer Erkrankungen. State of the art. 5. Auflage. Urban & Fischer. München 2009.

Institut Suchtprävention (Hrsg): x.act Essstörungen, Unterrichtsmaterialien , Linz 2010

Krüger et al.: Essstörungen und Adipositas: Epidemiologie – Diagnostik – Verläufe. In: Reich, G. & Cierpka, M. (Hrsg.): Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Thieme: Stuttgart 2001.

Rathner G.: Was Sie über Essstörungen wissen sollten. Netzwerk Essstörungen. 6. Auflage. Innsbruck 2003.

Reich, G. & Cierpka, M. (Hrsg.): Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Thieme. Stuttgart 2001.

Reich,G., Götz-Kühne,C.,Killius,U.: Essstörungen, Magersucht – Bulimie – Binge Eating. Trias Verlag. Stuttgart 2004.

Reich, G., Witte-Lakemann, G., Killius, U.: Qualitätssicherung in Beratung und ambulanter Therapie von Frauen und Mädchen mit Essstörungen. Eine Praxisstudie. Abschlussbericht. V&R unipress. Göttingen 2005.

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M.: Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen. Textrevision DSM-IV-TR. Hogrefe, Göttingen 2003.

Schneider, S., Margraf, J.: Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Bd. 3. Störungen im Kindes- und Jugendalter. Springer Medienverlag. Heidelberg 2009.

Seyer, S., Gschwandtner, F., Paulik, R.: Abhängigkeiten im Vergleich. Institut Suchtprävention. Linz 2009.

Voderholzer, U., Hohagen, F. (Hrsg.): Therapie psychischer Erkrankungen. State of the art. 5. Auflage. Urban & Fischer. München 2009.

WHO: BMI classification. Global Database on Body Mass Index. 2008. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html [Stand 04.12.2009].

Problematischer Medienkonsum

EINLEITUNG

Bei der problematischen Nutzung von Medien werden folgende Problemkreise unterschieden:

- Intensive Nutzung und Abhängigkeit von Konsolen und (Online) Computerspielen sowie intensive Nutzung von Kommunikationsangeboten wie sozialen Netzwerken und Chats.
- Konsum von virtueller Gewalt durch Computerspiele und Videoclips im Internet und auf dem Handy.
- Reale Gewalt in Form von Cybermobbing, sexueller Belästigung und sexueller Gewalt in sozialen Netzwerken und Chatrooms.

INTENSIVE NUTZUNG UND ABHÄNGIGKEIT VON MEDIEN

KINDER & FERNSEHEN

Bei Kindern bis zum Ende des Volksschulalters ist nach wie vor der Fernseher das am häufigsten genutzte Medium. Folgende Entwicklungen erschweren eine angemessene Nutzung: Das Fernsehen wird aufgrund der Werbefinanzierung immer mehr zu einem Quotenfernsehen. Es geht darum, im Marktwettbewerb möglichst viele Zuschauer zu binden. Um die dazu notwendige hohe Aufmerksamkeit zu erreichen, werden Strategien wie schnelle Schnitte, stark emotional aufgeladene Bilder bei gleichzeitiger Reduktion des verständlich dargestellten Handlungsablaufes sowie praktisch übergangslose Programmmabfolgen angewendet. Diese Entwicklungen machen auch vor dem Kinderprogramm nicht halt.

Daher benötigen Kinder Erwachsene, die sie bei der Programmauswahl unterstützen und nach dem Ende der vereinbarten Sendung einen klaren Schlusspunkt setzen und das Gerät abschalten. Empfehlenswert sind eine Auswahl von Sendungen, die den Erfahrungsbereich des Kindes altersangemessen erweitern und reflektieren, gemeinsames Fernsehen und die Nachbesprechung der konsumierten Inhalte. Es ist wichtig, potentiell Angst auslösende Inhalte zu vermeiden. Dabei ist zu beachten, dass neben Gewaltdarstellungen auch Nachrichten mit Berichten über Kriege, Umweltkatastrophen oder Unfälle bei Kindern vielfach Angst auslösen, besonders wenn die Kinder ähnliches bereits selbst erlebt haben, die Bedrohung in ihrem eigenen Alltag stattfinden könnte oder wenn Menschen (insbesondere Kinder) als Opfer gezeigt werden.

Aus der Sicht der Prävention ist es sinnvoll, im Elterngespräch auf diese Aspekte des Fernsehens hinzuweisen und die Eltern zu bestärken, auf die Mediennutzungszeiten und die Medieninhalte ihrer Kinder bedacht zu nehmen.

Alter	Tägliche maximale „Mediennutzungsdauer“ (Durchschnitt) ¹	Setting
3-6	30 min	Gemeinsam mit Eltern, vor allem am Anfang
7-12	60 min Ab ca. 8 Jahren können tägliche Zeitkonten für die Mediennutzung eingeführt werden	Kinder nutzen Medien häufig alleine. Eltern sollten Filme bzw. Spiele aber aussuchen mit den Kindern das Gesehene/erfahrene besprechen und die Nutzungszeit kontrollieren.
13-16	Orientierung an der erfolgreichen Erledigung der Aufgaben und an der Ausgewogenheit der Freizeitbeschäftigungen. Übergang zum wöchentlichen Zeitkonto z. B. 10 h	Die Mediennutzung geschieht meist alleine. Eltern sollten sich aber weiterhin interessieren und gegebenenfalls eingreifen.
¹ Fernsehen + Computer-/Konsolenspiele		

Tabelle 6: Mediennutzungszeiten und Setting nach Alter (nach BZgA, 2006)

JUGENDLICHE UND SOZIALE NETZWERKE

Das Internet wird von Jugendlichen am häufigsten zur Kommunikation genutzt (Abbildung 4). Mit der Möglichkeit per Handy online zu sein, ist die Nutzung des Internets örtlich und zeitlich noch flexibler geworden.

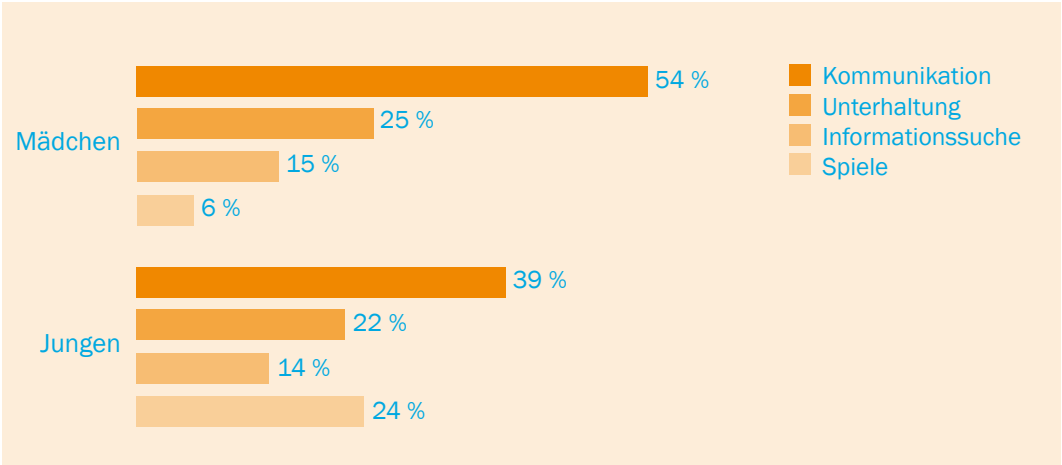


Abbildung 4: Inhaltliche Verteilung der Internetnutzung nach Nutzungszeit (Quelle JIM, 2010)

Eine besonders starke Steigerung im Bereich der Kommunikationsanwendungen haben die sozialen Netzwerke wie z. B. Facebook zu verzeichnen. Jugendliche fasziniert dabei die Möglichkeiten zur Selbstdarstellung und zur Vernetzung mit Freunden. Soziale Netzwerke vermitteln das Gefühl, „richtig dabei zu sein“ und alles im Hier und Jetzt mitzuerleben. Dazu kommt die Möglichkeit neue Menschen und zusätzliche Spiele kennenzulernen.

Die meisten Jugendlichen verwenden soziale Netzwerke als Ergänzung zu parallel bestehenden Face-to-Face Kontakten mit ihren Freunden und Bekannten. Einen Risikofaktor für die problematische Nutzung von sozialen Netzwerken stellt die ausschließliche Nutzung zur Kontaktpflege dar (Kuss & Griffiths, 2011).

ABHÄNGIGKEIT UND MASSEN-MEHRSPIELER-ONLINE- ROLLENSPIELE

Exzessiver Konsum bei Jugendlichen tritt in erster Linie im Zusammenhang mit Online Spielen mit Mehrspieler-Modus auf. Ein typischer Vertreter dieses Genres ist beispielsweise das MMORPG (massive multiplayer online role playing game) World of Warcraft. Computerspiele sind die Domäne der männlichen Jugendlichen (vgl. Abbildung 1), diese sind daher auch häufiger von Computerspielabhängigkeit betroffen. Die Prävalenzzahlen für Internet- und Computerspielabhängigkeit schwanken je nach Studie stark, und sind in jüngster Zeit für den Bereich der 14- bis 17- Jährigen eher nach unten auf ca. 1–3 Prozent korrigiert worden. Die Zahl der abhängigkeitsgefährdeten Jugendlichen liegt bei ca. 3–10 Prozent (Fritz et al., 2011; Rehbein, 2009).

ABHÄNGIGER MEDIENKONSUMS

Das Krankheitsbild der Internet- und Computerspielabhängigkeit hat noch keinen Eingang in die internationalen Krankheits-Klassifikationssysteme (ICD 10 und DSM IV) gefunden. Allerdings existieren Instrumente zur Messung von Internet- und Computerspielabhängigkeit. Inhaltlich orientieren sich diese Verfahren an den Symptomen für substanzbezogene Abhängigkeit, wobei noch nicht geklärt ist, ob für die Internet- und Computerspielabhängigkeit eine unterschiedliche Gewichtung der einzelnen Kriterien vorgenommen werden sollte. Rehbein et al. (2009) betonen die folgenden zentralen Kriterien:

- Die Einengung des Denkens und Verhaltens (das ganze Leben dreht sich um das Computerspiel), gekoppelt mit
- dem Auftreten von negativen Konsequenzen in der Schule bzw. Arbeit oder bei den sozialen Beziehungen, sowie
- dem Verlust der Kontrolle über Frequenz und Dauer der Beschäftigung mit Computer und Internet.

SCHUTZ- & RISIKOFAKTOREN

Das Internet und die Computerspiele können nicht als monokausale Ursache für exzessiven Konsum und Abhängigkeit gesehen werden, sondern sind vielmehr der „Austragungsort“ persönlicher Probleme und Probleme im sozialen Umfeld. Nach Fritz et al. (2011) entsteht eine strukturelle Kopplung zwischen den Interessen und den Bedürfnissen der Spieler/innen und dem ausgewählten Spiel.

Folgendes Ursachendreieck zeigt Schutz –und Risikofaktoren (Hahn & Jerusalem, 2001; Petry (2010); Rehbein,2009); Fritz, et al., 2011) **für die abhängige Nutzung von Internet und neuen Medien.**

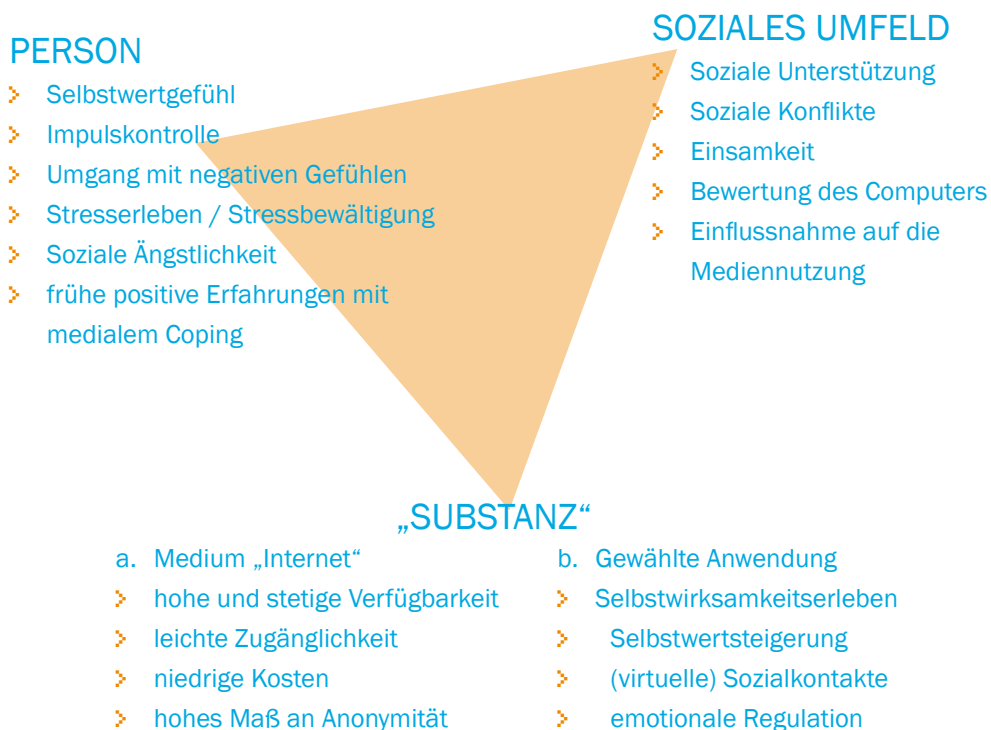


Abbildung 5. Ursachendreieck für abhängigen Medienkonsum

Schutz- und Risikofaktoren: Erläuterung zu Abbildung 5

Die Bewertung des Wissens um die eigene Person führt zum **Selbstwertgefühl**, der affektiven Komponente der Selbstwahrnehmung. Ein positives Selbstwertgefühl ist verbunden mit der Fähigkeit, sich selbst mit seinen Stärken und Schwächen zu akzeptieren. Ein besonderes Thema in der Adoleszenz ist dabei der Umgang mit dem sich verändernden Körper.

Die **Impulskontrolle** oder auch **Selbstkontrolle** und **Selbstregulation** beschreibt das Ausmaß an Kontrolle, die jemand über die eigenen Emotionen hat, und wie diese Kontrolle gesteuert werden kann.

Zum **Umgang mit negativen Gefühlen und zur Stressbewältigung** ist es förderlich, wenn man in der Lage ist, seine Gefühle aufmerksam wahrzunehmen und einen konstruktiven Umgang mit belastenden Gefühlen zu entwickeln. Hier wird zwischen aktiven, problemfokussierten Strategien, wie z. B. die Suche nach Unterstützung und Hilfe, und passiven Strategien, die in erster Linie aus der Flucht in eine positive Scheinwelt bestehen, unterschieden.

Das **Stresserleben** ist individuell unterschiedlich, denn mit wie viel Stress eine Situation verbunden ist, hängt nicht nur von der Situation selbst, sondern auch von der subjektiven Einschätzung der Situation ab. Menschen die Situationen sehr häufig als bedrohlich und nicht ohne Verluste bewältigbar einstufen, sind häufiger von Abhängigkeit betroffen.

Soziale Ängstlichkeit bezeichnet die Angst vor Situationen, in denen man andere Menschen kennen lernt, ansprechen muss, oder vor/mit mehreren Menschen spricht. Allgemein haben

Betroffene Angst davor, in Situationen in denen sie die Aufmerksamkeit auf sich ziehen (müssen), sich peinlich oder beschämend zu verhalten. Fortdauernde soziale Ängste führen verstärkt zur **Einsamkeit**. Empirisch ergibt sich bei der Risikogruppe der exzessiven und abhängigen Spieler/innen in vielen Untersuchungen höhere Werte bei der Einsamkeit.

Frühe positive Erfahrungen mit medialem Coping. Häufig finden sich in den Biographien von Computerspielabhängigen Hinweise auf einen frühen Spielbeginn gekoppelt mit der Erfahrung das Spielen erfolgreich als Copingstrategie gegen unangenehme Gefühle einsetzen zu können.

Soziale Unterstützung: Dieser Faktor beschreibt, wie sehr die Jugendlichen in einer fürsorglichen Familie aufwachsen und in der Kindheit stabile Bindungen aufbauen konnten. Ebenso ist die Einbindung in eine Gleichaltrigengruppe im Allgemeinen ein Schutzfaktor.

Konflikte im sozialen Umfeld, die über längere Zeit nicht lösbar erscheinen.

Bewertung des Computers/Einflussnahme auf die Mediennutzung

Eine sehr unkritische Haltung zur Mediennutzung der Kinder und wenig Interesse der Eltern in Bezug auf die konsumierten Inhalte und der Dauer des Konsums erhöhen das Risiko für Abhängigkeit.

Die Attraktivität des Internet bzw. seine „Sogwirkung“ ergibt sich durch die hohe und **stetige Verfügbarkeit**, die **leichte Zugänglichkeit**, die **niedrigen Kosten** und das hohe Maß an **Anonymität**.

Ist es über einen längeren Zeitraum nicht möglich, Grundbedürfnisse wie jene nach sozialer Einbindung, nach subjektiv wahrgenommener Autonomie und Kompetenz zu befriedigen, können Online-Rollenspiele, mit ihren Möglichkeiten zur Flucht aus der unangenehmen Realität, als ungünstige Bewältigungsstrategie verwendet werden. Dies birgt die Gefahr für exzessiven Konsum und Abhängigkeit.

VIRTUELLE GEWALT

Das Thema virtuelle Gewalt wird häufig in Zusammenhang mit Shooter-Spielen diskutiert, allerdings erfolgt im Kindes- und frühen Jugendalter der Konsum von medialen Gewaltdarstellungen am häufigsten über das Fernsehen (Kunczik und Zipfel, 2006). Eine zusätzliche Quelle sind Internetseiten, die Videos mit teilweise extremen Gewalt- und Pornographiedarstellungen zum Download anbieten. Diese Porno-, Snuff¹-, Splatter²- und Gore³-Filme können auf das Handy kopiert und so in die Schule mitgenommen werden. Eine Weiterverbreitung auf andere Handys kann sehr einfach über die weit verbreitete Bluetooth Schnittstelle der Mobiltelefone erfolgen. Die Weitergabe an jüngere MitschülerInnen stellt ein besonderes Problem dar.

Zahlreiche Studien und Metaanalysen haben bestätigt, dass ein positiver Zusammenhang zwischen dem Konsum von virtueller Gewalt und höherem Aggressionspotential (operationalisiert

¹ aufgezeichneter Mord (möglichst realistisch dargestellt), der zum Zweck der Unterhaltung begangen wurde.

² Darstellungen von exzessiver Gewalt mit spritzendem Blut und teilweise Zerstückelungen

³ Darstellungen des Ergebnisses von exzessiver Gewalt am menschlichen Körper durch Großaufnahmen und Nahaufnahmen von zerstückelten Körpern, herausquellenden Eingeweide und ähnlichem.

als physiologisches Erregungsniveau, aggressive Kognitionen und Emotionen sowie reduziertes prosoziales Verhalten) besteht (Anderson et al, 2010; Huesmann, 2010, Schiller et al., 2011). Uneinigkeit besteht nach wie vor darüber, welche Wirkrichtung diesem Zusammenhang zugrunde liegt. Geht man davon aus, dass die Auswahl der medialen Inhalte meist aktiv durch die Konsumenten gesteuert wird, stellt sich die Frage, ob der Konsum von virtueller Gewalt nun die Ursache für aggressives Verhalten darstellt (Effekthypothese) oder umgekehrt, ob Menschen mit einer aggressiven Persönlichkeitsstruktur bevorzugt virtuelle Gewalt konsumieren (Selektionshypothese) oder ob, wie Möller (2011) ausführt, eine „Abwärtsspirale“ entsteht: Aggressive Personen zeigen eine verstärkte Präferenz für gewalthaltige Medieninhalte, wobei der Konsum von medialer Gewalt zu einer Bekräftigung der aggressiven Persönlichkeit führt.

Für die praktische Präventionsarbeit in der Schule kann auf die Forschungsergebnisse von Untersuchungen zurückgegriffen werden, die Merkmale von „High-Risk Players“ erforscht haben (Funk et al., 2000; Funk et al., 2003; Gentile & Anderson, 2003). Zur Gruppe der Risikospieler gehören jene Spieler, die durch den Konsum von gewalthaltigen Spielen im Zusammenhang mit ihren personalen und sozialen Kontextfaktoren, als besonders verletzlich erscheinen. Die weiter unten formulierten Präventionsansätze zielen daher auf die Reduktion der im Folgenden angeführten Risikofaktoren ab.

- Geringes Alter (unter 11 bis 12 Jahre): Da Kinder noch kein stabiles Wertesystem entwickelt haben, sind sie für die in den Spielen häufig vermittelten Botschaften, dass Gewalt zur Zielerreichung gerechtfertigt ist, belohnt wird und keine negativen Konsequenzen hat, besonders anfällig.
- starke Präferenz für violente Spiele.
- Probleme mit der Gefühlsregulierung: Gewalthaltige Computerspiele werden als Haupt-copingstrategie für den Umgang mit negativen Gefühlen verwendet.
- Personen deren Reizbarkeit durch violente Spiele steigt.
- gewalttätige Umgebung: das Aufwachsen in einer Gewaltkultur hat sich als Risikofaktor für die Ausbildung von aggressiven Verhaltensweisen erwiesen.
- fehlende elterliche Regulation des Spielverhaltens.

CYBERMOBBING, SEXUELLE BELÄSTIGUNG UND SEXUELLER MISSBRAUCH

CYBERMOBBING

Im deutschsprachigen Raum werden die Begriffe Cyberbullying und Cybermobbing oft synonym verwendet. Gemeint ist damit eine spezielle Erscheinungsform aggressiven und gewalttätigen Verhaltens bei dem mit der Unterstützung von neuen Medien

- andere Personen absichtlich geschädigt werden,
- wobei die schädigenden Handlungen wiederholt und über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten werden und
- ein starkes Kräfteungleichgewicht zwischen dem/der starken Täter/Täterin (oder den Tätern) und dem schwachen Opfer tatsächlich besteht oder jedenfalls vom Opfer wahrgenommen wird.

Das Phänomen des Mobbings unter Jugendlichen ist dabei nicht neu. Mit neuen technischen Möglichkeiten verändern sich die Methoden des Mobbings. Es werden neuen Medien zu diesem Zweck verwendet. Dadurch ergeben sich zusätzliche negative Aspekte wie das fehlende direkte Feedback zwischen Täter und Opfer sowie das Fehlen von Schutzräumen für die Opfer, da sie jederzeit und überall erreicht werden können.

Zur Ausübung von psychischer Gewalt eignen sich neue Medien in vielfältiger Weise:

- Beschimpfungen, Beleidigungen, Demütigungen über SMS, E-Mail, in sozialen Netzwerken und in Chatrooms,
- oftmalige Drohanrufe oder beleidigende Anrufe am Handy,
- Verbreitung von unvorteilhaften Schnappschüssen, oder negativ bearbeiteten Bildmaterial
- Erstellung von fingierten Profilen („Fake Profilen“) in sozialen Netzwerken mit diskreditierenden Bildern und Texten veröffentlicht werden,
- Happy Slapping – grundlose körperliche Übergriffe, die von Dritten gefilmt und später von Handy zu Handy oder über Internetplattformen verbreitet werden,

Mobbing und Cybermobbing haben die gleichen Ursachen. Diese sind sehr vielfältig und können im Zusammenhang mit den Bereichen Persönlichkeit, Familie, Schule und Gesellschaft stehen. Die folgenden Punkte stellen einen Auszug aus häufig genannten dar (vergl. Olweus, 1996; Alsakar, 2003; Kessler & Strohmeier, 2009)

- Mangelnder Selbstwert bei den Tätern. Mobbing dient der eigenen Selbstwerterhöhung durch die Erniedrigung von anderen (oft im Zusammenhang mit fehlender Bindungserfahrung in der Kindheit und selbst erlebter Gewalt),
- Täter die gelernt haben, Mobbing als erfolgreiche Strategie einzusetzen,
- ein Klassenklima, das von Anonymität und wenig Gemeinschaftssinn geprägt ist,
- ein unfreundliches Schulklima, wenig respektvoller Umgang der Lehrer/innen.
- wenig wahrgenommenes Auftreten der PädagogInnen gegen Mobbinganzeichen, wie Beleidigungen und Ausgrenzungen, bzw. wahrgenommenes Verständnis für Ausgrenzungen.

SEXUELLE BELÄSTIGUNG UND SEXUELLER MISSBRAUCH

Sexuelle Belästigungen im Zusammenhang mit neuen Medien treten am häufigsten beim Besuch von Chatrooms auf. Hier können Jugendliche sehr rasch mit unangenehm intimen Fragen zu ihren sexuellen Erfahrungen, ihrer Bereitschaft erotische Bilder zu versenden, ihrer derzeitigen (Unter-)Bekleidung u. s. w. belästigt werden. Täter können zudem Bilder und Videos mit pornographischen Inhalten übermitteln oder über Webcams ihre Opfer mit exhibitionistischen Handlungen konfrontieren.

Eine andere, längerfristig angelegte Täterstrategie ist das Cybergrooming. Dies ist der Versuch der meist männlichen älteren Täter sich in Chatrooms und sozialen Netzwerken das Vertrauen ihrer Opfer unter der Vorspiegelung falscher Tatsachen (Alter, Aussehen...), zu erschleichen. Dieses Vertrauen wird in der Folge benutzt, um an erotisches Bildmaterial der Opfer zu gelangen, oder um ein reales Treffen mit der Möglichkeit zum sexuellen Missbrauch vorzubereiten.

Ein neues Phänomen ist das Sexting⁴, der freiwillige Austausch von erotischen Bildern und Videoclips unter Jugendlichen als Freundschafts- oder Liebesbeweis. Nach Beendigung der Freundschafts- oder Liebesbeziehung werden diese Aufnahmen manchmal zur Erpressung weiterer Photos verwendet.

⁴ Sexting ist ein Kunstwort, das aus den Begriffen Sex und Texting (englisch für das Verfassen von SMS) zusammengesetzt wird.

PRÄVENTION IN DER SCHULE

- a. Förderung und Stärkung von personalen und sozialen Kompetenzen (siehe Kapitel Methoden schulischer Suchtprävention). Zur Prävention von Mobbing empfiehlt sich zusätzlich die aktive Förderung des Klassenklimas durch gruppenbildende Maßnahmen, besonders bei neu gebildeten Klassen.
Zu diesen Themen finden sich im Übungsteil passende Methoden. Für die Grundschule sowie die Sekundarstufe I gibt es umfassende Lebenskompetenz-Programme z. B. „Eigenständig werden“, „Faustlos“, „Plus“, „WISK“ mit aufeinander aufbauenden Unterrichtseinheiten, die an Fortbildungsangebote für Lehrkräfte gekoppelt sind.
- b. Förderung der Kompetenz im Umgang mit Medien (siehe Kapitel Methoden schulischer Suchtprävention).
- c. Normverdeutlichung
Lehrer/innen sollen darauf achten, dass entsprechend dem Jugendschutzgesetz in der Schule nur altersgemäße Spiele werden und somit die Rechtsnorm verdeutlichen.

In Bezug auf den Konsum und die Weitergabe von gewalthaltigen und pornographischen Darstellungen ist es sinnvoll, die bestehenden Rechtsnormen zu verdeutlichen (Jugendschutzgesetz...), und in diesem Zusammenhang

- Strategien im Umgang mit unerwünschten Videos am Handy zu erarbeiten,
- über rechtliche Konsequenzen durch die Weitergabe von Filmen mit Gewaltdarstellung an jüngere Mitschüler zu informieren und
- über mögliche Wirkungen auf jüngere Mitschüler/innen zu diskutieren.

Besteht seitens der Lehrenden ein konkreter Verdacht, dass sich auf den Handys von Schüler/innen rechtswidrige Inhalte befinden, haben diese nicht nur das Recht, sondern sogar die Pflicht, Handys zu kontrollieren und gegebenenfalls abzunehmen (ÖIT, 2010a).

- d. Elterninformation über Jugendschutz, Spielekennzeichnung und pädagogisch unbedenkliche Spiele.
Zur Verhinderung des Konsums von nicht altergemäßen Spielen können die Eltern über die nunmehr verpflichtende Kennzeichnung von Spielen nach dem PEGI System (Pan European Game Information www.pegi.info) informiert werden, das über Alters- und Inhaltssymbole eine erste Einschätzung ermöglicht, ob ein Spiel für das Kind geeignet erscheint. Hilfreich bei der Auswahl von Spielen kann auch die Liste der Bundesstelle für die Positivprädikatisierung von Computer- und Konsolenspielen (BUPP www.bupp.at) sein, in der getrennt nach Altersgruppe und Spielgenre empfehlenswerte Spiele mit kurzen Inhaltsangaben angeführt sind. Einen ähnlichen Ansatz verfolgt die Plattform www.spielbar.de der deutschen Bundeszentrale für politische Bildung. Trotz dieser Hilfestellungen ist es von Vorteil, wenn Eltern auch nach dem Kauf für die konkreten Spielinhalte, die Spielmotive und die Spielintensität ihrer Kinder Interesse zeigen.
- e. Früherkennung von gefährdeten Schüler/innen und Clearing durch Pädagog/innen.
Ziel der Früherkennung ist es, auftretende Probleme möglichst frühzeitig wahrzunehmen und zu handeln, bevor größere Probleme entstehen. Zunächst sind dabei die Lehrer/innen gefordert, Signale wahrzunehmen und mit dem Betroffenen in Kontakt zu treten. Früherkennung von abhängigem Verhalten bei Jugendlichen ist eine Herausforderung, da kaum

allgemeine Aussagen getroffen werden können und jeder Einzelfall gesondert betrachtet werden muss. Folgende Merkmale können also nur eine Orientierung bieten:

1. Der Schüler/die Schülerin verändert sich, er/sie ist zurückgezogen, wortkarg, aggressiv, er/sie spricht nur noch vom „Game“, „von den Rollen“, davon, dass er/sie zu bestimmten Zeiten keine Zeit hat.
2. Die Eltern machen die Lehrer/innen aufmerksam, dass sich das Verhalten ihres Kindes in letzter Zeit verändert, es zuhause sehr viel Zeit am Computer verbringt und Freizeitaktivitäten, die früher wichtig waren, immer mehr zugunsten der Beschäftigung mit dem Computer eingeschränkt werden.
3. Der Schüler/die Schülerin verliert zunehmend den Kontakt zu Mitschüler/innen, Freund/innen, ist in der Pause entweder mit dem Laptop beschäftigt oder sitzt irgendwo alleine herum oder wirkt möglicherweise nervös.
4. Der Schüler/die Schülerin nimmt an Klassenfahrten, Schullandwochen, Projektwochen nicht teil; wenn doch, dann ist er/sie die meiste Zeit im Zimmer wenn er/sie den Laptop mit hat.
5. Auf die direkte Frage, ob und wie viel am Computer gespielt wird, gibt es nur ausweichende Antworten wie „hab ich im Griff“, „ohnehin nur ein paar Stunden“, „so wie die Andern auch“, etc.
6. Der Schüler/die Schülerin wirkt übernächtigt, schläft tatsächlich während der Stunden ein, vergisst Aufgaben, seine Noten verschlechtern sich massiv; er/sie nimmt stark zu; ehemals Sportbegeisterte werden zu Sportmuffeln. Die Gesichtsfarbe wirkt blass.
7. Ohnehin stille Schüler/innen ziehen sich noch mehr zurück
8. Möglicher Realitätsverlust bis hin zu Realitätsverweigerung (fehlende Einsicht über die Exzessivität des Spielens, der bestehenden Gefahr einer Wiederholung der Schulstufe...)
9. Ehemals interessierte Schüler/innen verlieren gänzlich das Interesse am Stoff. Es „zieht“ sie nicht mehr.

Lehrer/Lehrerinnen sind keine Psychologen/Psychologinnen, Ärzte/Ärztinnen oder Therapeuten/Therapeutinnen daher geht es nicht darum, Diagnosen zu stellen sondern um das Wahrnehmen und Benennen von Verhaltensauffälligkeiten von Schülern/Schülerinnen.

Als Hilfestellung für die Dokumentation der Wahrnehmungen findet sich im Anhang ein Beobachtungsblatt.

Literatur

Alsaker, F. D. (2003). Quälgeister und ihre Opfer, Mobbing unter Kindern und wie man damit umgeht. Verlag Hans Huber: Bern.

Anderson, C. A., Shibuya, A., Ihori, N., Swing, E. L., Bushman, B. J., Sakamoto, A., Rothstein, H. R., & Saleem, M. (2010). Violent video game effects on aggression, empathy, and prosocial behavior in Eastern and Western countries: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 136, 151–173.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2006). Tut Kindern gut! Ernährung, Bewegung, Entspannung.

Fritz, J., Lampert, C., Schmidt, J., Witting, T. (2011) (Hrsg.): Kompetenzen und exzessive Nutzung bei Computerspielern: Gefordert, gefördert, gefährdet. In Schriftenreihe Medienforschung der Landesanstalt für Medien NRW (LfM), Band 66. Berlin.

Funk, J. B. (2003). Violent video games: Who's at risk? In D. Ravitch, J. Viteritti (Eds.), *Kid stuff: Marketing violence*

Funk, J.B., Buchman, D.D., & Germann, J.N. (2000). Preference for violent electronic games, self-concept and gender differences in young children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70, 233–241.

Gentile, D. A. & Anderson, C. A. (2003). Violent video games: The newest media violence hazard. In D. A. Gentile (Ed.), *Media violence and children*. Westport, CT: Praeger

Hahn, A. & Jerusalem, M. (2001). Internetsucht: Jugendliche gefangen im Netz. In J. Raithel (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher: Erklärungen, Formen und Intervention* (S. 279–293). Berlin: Leske + Budrich.

Hartmann, T. (2006): Gewaltspiele und Aggression. Aktuelle Forschung und Implikationen. In: Kaminski, W./ Lorber, M. (Hrsg.), *Clash of Realities. Computerspiele und soziale Wirklichkeit*. München, S. 81–99.

Huesmann, L., R. (2010). Nailing the coffin shut on doubts that violent video games stimulate aggression: Comment on Anderson et al. (2010). *Psychological Bulletin*, 136(2), 179–181.

Kessler, D. & Strohmeier, D. (2009). Gewaltprävention an Schulen. ÖZEPS Reihe. Handreichungen für Lehrer/innen aller Schularten und Studierende. Wien: Österreichisches Zentrum für Persönlichkeitsbildung und soziales Lernen in Kooperation mit der Uni Wien im Auftrag des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur.

Kuss, D.J. & Griffiths, M.D. (2011). Addiction to social networks on the internet: A literature review of empirical research. *International Journal of Environment and Public Health*, 8, 3528–3552
Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg.) (2010): JIM-Studie 2010: Jugend, Information, (Multi-)Media. Stuttgart.

Möller, I. (2011). Auswirkungen von Gewaltmedienkonsum auf Aggression im Jugendalter. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 3 (Thema Jugend und Medien), 18–23.

Österreichisches Institut für Telekommunikation (Hrsg.) (2009): Aktiv gegen Cyber-Mobbing: Vorbeugen – Erkennen – Handeln. Wien, 1. Auflage.
Österreichisches Institut für Telekommunikation (Hrsg.) (2010a): Das Handy in der Schule. Wien, 1. Auflage.

Österreichisches Institut für Telekommunikation (Hrsg.) (2010b): Schutz der Privatsphäre im Internet. Wien, 2. Auflage.

Petry, J. (2010). Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internet-Gebrauch. Göttingen: Hogrefe
Olweus, D. (2006) *Gewalt in der Schule. Was Lehrer und Eltern wissen sollten – und tun können*. Bern: Huber, 4. Auflage.

Rehbein, F., Kleimann, M., & Mößle, T. (2009). Computerspielabhängigkeit im Kindes- und Jugendalter. Empirische Befunde zu Ursachen, Diagnostik und Komorbiditäten unter besonderer Berücksichtigung spielimmanenter Abhängigkeitsmerkmale. Zweiter Forschungsbericht zum gemeinsamen Forschungsprojekt des Bundesministerium des Innern und des KFN (Nr. 108). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

Schiller, E.-M., Schultes, M.-T., Strohmeier, D., & Spiel, C. (2011). Gaming and aggression: The importance of age-appropriateness in violent video games. In E. Dunkels, G.-M. Franberg, & C. Hällgren (Eds.), *Youth Culture and Net Culture: Online Social Practices* (pp. 316–337). Hershey, PA: IGI Global.

Glücksspielsucht

WAS IST GLÜCKSSPIELSUCHT?

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, Toto, Roulette, Brief- und Rubellose sowie Kartenspiele (z. B. Poker) mit Geldeinsätzen. Sportwetten gelten gesetzlich als Geschicklichkeitsspiele und nicht als Glücksspiele. Expert/inn/en zufolge sind Sportwetten jedoch als Glücksspiele einzustufen.

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 aktuellen Version (DSM-IV) definiert sie das pathologische Glücksspiel 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 Glücksspiel 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 Spieler/inn/en, die weltweit zu erkennen ist, hat die politische, wissenschaftliche und therapeutische Auseinandersetzung mit der Glücksspielsucht vorangetrieben und die Akzeptanz als psychische Störung gefördert (Meyer 2000, 2).

AUSMASS DER SPIELSUCHT IN ÖSTERREICH

Die erste und bisher einzige repräsentative telefonische Befragung der österreichischen Bevölkerung (im Alter von 14 bis 65 Jahre) kam zu folgendem Ergebnis: 0,43 Prozent aller Befragten weisen ein problematisches (3 oder 4 der DSM-IV Kriterien sind erfüllt) und 0,66 Prozent ein pathologisches (mindestens fünf der DSM-IV Kriterien liegen vor) Spielverhalten auf. Das ergibt aktuell die absolute Zahl von ca. 26.000 problematischen und ca. 38.000 pathologischen (krankhaften) Spieler/inne/n im Alter zwischen 14 und 65 Jahren.

Einen überdurchschnittlich hohen Anteil an problematischen bzw. pathologischen Spieler/innen weisen folgende Bevölkerungsgruppen auf: Arbeitslose, Personen mit Pflichtschulabschluss, 18- bis 35-jährige, gering Verdienende (Einkommen unter € 1.500,- pro Monat), Personen mit häufiger Spielteilnahme und hohem Geldeinsatz. Außerdem haben Personen mit Migrationshintergrund sowie Personen in deren Familien aktuell glücksspielbezogene Probleme bestehen, ein erhöhtes Risiko, selbst Spielprobleme zu entwickeln.

Das größte Gefährdungspotenzial der in Österreich angebotenen Glücksspiele besitzen Glücksspielautomaten, gefolgt von Sportwetten (gelten gesetzlich als Geschicklichkeitsspiele) und klassischen Casinospielen. Die geringsten Anteile finden sich bei den Lotterien.

(Kalke et al., 2011)

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 soziale Kosten des pathologischen bzw. problematischen Glücksspiels vor. In Deutschland belaufen sich die Schätzungen auf 326 Millionen Euro für das Jahr 2008. Das Spiel an den Geldspielautomaten verursacht der deutschen Gesellschaft soziale Kosten in der Höhe von 225 Millionen Euro pro Jahr. Weit dahinter liegen die anderen Formen des Glücksspiels. (Becker, 2011)

Literatur

Becker, T. (2011): Soziale Kosten des Glücksspiels in Deutschland. https://gluecksspiel.uni-hohenheim.de/fileadmin/einrichtungen/gluecksspiel/Oekonomie/SozialeKostenDesGluecksspiels_Internet.pdf (Zugriff am 7. 10. 2011)

Kalke, J., Buth, S., Rosenkranz, M.; Schütze, Ch., Oechsler, H., Vertheim, U. (2011): Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich. Empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention der Glücksspielsucht. Freiburg im Breisgau

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

➤ 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
 6. 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 Suchtgift-

missbrauch 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 schulpyschologischen 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 Schulpyschologen 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 setzen.
5. Verweigert ein Schüler oder dessen Eltern (dessen Erziehungsberechtigter) die schulärztliche Untersuchung oder die Konsultierung des schulpyschologischen Dienstes, ist der Schulleiter verpflichtet, die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde zu verständigen. Die schulärztliche Untersuchung und die schulpyschologische 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 schulpyschologischen Konsultation) gemäß § 13 Abs. 1 SMG nicht verweigert und ist, sollte sich der Verdacht des Suchtgiftmissbrauchs bestätigen, die Durchführung der im SMG vorgesehenen 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 (Erziehungsberechtigten) zu besprechen. Bezüglich des Drogenmissbrauchs beschränkt sich die Kompetenz der Schulforen bzw. der Schulgemeinschaftsausschüsse 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, Zimmermannsgasse 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.

➤ Zur Früherkennung und Intervention bei Verhaltensauffälligkeiten im Vorfeld von Suchtproblemen wurde das Schulungs- und Informationspaket: step by step entwickelt. Es setzt sich zusammen aus Infothek (Lexikon, Beratungssteller Gesetze) und dem Teil Früherkennung www.suchtvorbeugung.net/stepbystep

Rundschreiben Nr. 3/2006

Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur
Geschäftszahl: BMBWK-21.070/0001-III/11/2006
SachbearbeiterIn:
Abteilung: III/11
Email:
Telefon/Fax: +43(1)/53120-
Ihr Zeichen:
Antwortschreiben bitte unter Anführung der Geschäftszahl

NICHTRAUCHERSCHUTZ AN SCHULEN Rundschreiben Nr. 3/2006

An alle Landesschulräte (Stadtschulrat für Wien)
An alle Zentrallehranstalten
Sachgebiet: Schulrecht
Inhalt: Tabakgesetz; Schulunterrichtsgesetz; Schulordnung
Geltung: unbefristet
Rechtsgrundlage: §§ 12 Abs. 1 und 3 sowie 13 Abs. 2 und 3 bzw. 13a Tabakgesetz
§ 44 Abs. 1 Schulunterrichtsgesetz
§ 9 Abs. 2 Schulordnung

NICHTRAUCHERSCHUTZ AN SCHULEN

Die jüngste Novelle zum Tabakgesetz brachte eine Modifizierung der Bestimmungen über den Nichtraucherschutz. Diese Regelungen gelten auch für Schulen. Sie werden durch Normen des Schulunterrichtsgesetzes und der Schulordnung ergänzt. Dem Tabakgesetz und dem Schulrecht liegen allerdings unterschiedliche Anknüpfungspunkte zugrunde. Während das Tabakgesetz von baulichen Objekten und deren Räumlichkeiten ausgeht, stellt das Schulrecht auf Personen ab.

GRUNDSÄTZLICHER NICHTRAUCHERSCHUTZ IN UNTERRICHTSRÄUMEN

§ 12 Abs. 1 Z 1 und 3 Tabakgesetz statuiert ein ausnahmsloses Rauchverbot für jede Art von Räumen, in denen Unterrichts- und Fortbildungsveranstaltungen oder schulsportliche Aktivitäten stattfinden. In diesem Zusammenhang ist es gleichgültig, wo sich die Räumlichkeiten befinden. Ebenfalls keine Rolle spielt es, ob deren Verwendung für die erwähnten Zwecke dauernd oder nur vorübergehend ist. Auch bei einer zeitlich begrenzten Nutzung darf während des Unterrichts, der Fortbildungsveranstaltung oder der schulsportlichen Aktivität nicht geraucht werden. Dieses Rauchverbot gilt für Schüler, Lehrer und sonstige Begleitpersonen gleichermaßen.

Über diese tabakgesetzliche Regelung hinausgehend, legt § 9 Abs. 2 der Schulordnung für Schüler ein prinzipielles Rauchverbot während des Unterrichts sowie bei Schulveranstaltungen und schulbezogenen Veranstaltungen fest. Das schulrechtlich verordnete Rauchverbot gilt auch wenn der Unterricht oder die Veranstaltung im Freien abgehalten wird. § 12 Abs. 1 Z 1 und 3 Tabakgesetz schränkt das für Schüler geltende Rauchverbot nicht ein.

NICHTRAUCHERSCHUTZ IM SCHULGEBÄUDE

Vom Nichtrauchererschutz erfasster Bereich

Den zunächst auf bestimmte Räume beschränkten Nichtrauchererschutz dehnt § 13 Abs. 3 Tabakgesetz in Bezug auf Schulen auf das gesamte Gebäude aus. Das gilt für öffentliche wie private Schulen. Auf die rechtliche Stellung des Schulerhalters kommt es in diesem Fall nicht an.

Der Schutz der Nichtraucher vor gesundheitsschädlichem Tabakrauch erstreckt sich auf alle Bereiche des Schulgebäudes. Ausgenommen sind nur Teile, die ausschließlich privaten Zwecken vorbehalten sind, wozu etwa Dienstwohnungen gehören.

Davon abgesehen beschränkt sich der Nichtrauchererschutz nun nicht mehr nur auf Unterrichtsräume. Er besteht auch für Gänge, Garderoben und sonstige Umkleieräume, für das Schulbuffet, für Konferenzräume und Lehrerzimmer, für den Sekretariatsbereich sowie für die Räume der Schulleitung.

Vom Rauchverbot betroffene Personen

Zum Schutz der Nichtraucher ist allen Personen, die sich im Schulgebäude aufhalten, das Rauchen ausnahmslos untersagt. Von den Schülern abgesehen, denen das Rauchen ohnehin bereits durch die Schulordnung verboten wird, bezieht sich die Verpflichtung das Rauchen zu unterlassen, daher auch auf Lehrer, auf das nicht unterrichtende Personal, auf Eltern und Erziehungsberechtigte sowie auf alle Personen, die das Schulgebäude, und sei es auch nur für kurze Zeit, betreten. Für die Beachtung dieser Verpflichtung ist die Schulleitung verantwortlich (§ 56 Abs. 4 SchUG). Dem Schulerhalter obliegt es für die Beschaffung und Anbringung der Rauchverbotshinweise gemäß § 13a Tabakgesetz zu sorgen.

Zeitlich unbefristete Geltung des Nichtrauchererschutzes

Für die Geltung des Nichtrauchererschutzes ist es unerheblich, ob in der Schule gerade Unterricht stattfindet oder nicht. Der Nichtrauchererschutz ist zeitlich unbegrenzt. Er besteht auch in der schul- und unterrichtsfreien Zeit. In den Ferien, während Lehrerkonferenzen, in den Sitzungen der Organe der Schulpartnerschaft oder bei Elternvereinsabenden. Auch schulfremde Personen und Einrichtungen, denen im Zuge von Schulraumüberlassungen gemäß § 128a SchOG Räume zur Verfügung gestellt werden, haben das im Schulgebäude bestehende Rauchverbot zu beachten. Gleiches gilt für die Besucher von Schulfesten und Schulfesten. Da der im Tabakgesetz verankerte Nichtrauchererschutz zwingendes Recht ist, ist es nicht möglich ihn mehrheitlich oder einvernehmlich wieder außer Kraft zu setzen. Es gehört zum Wesen zwingender Normen, dass sie für den Einzelnen nicht abänderbar sind. Somit ist es unzulässig im Zuge einer Lehrerkonferenz, eines Elternabends oder einer Sitzung der Organe der Schulpartnerschaft eine Abstimmung darüber stattfinden zu lassen, ob im oder außerhalb des Besprechungsraumes geraucht werden darf. Das ist selbst dann unstatthaft, wenn sich die an der

Besprechung teilnehmenden Nichtraucher vom Tabakrauch nicht belästigt fühlen sollten. Die mit dem Tabakgesetz verbundenen Zielsetzungen des Schutzes der Gesundheit und der Hebung des Gesundheitsbewusstseins haben gesamtgesellschaftlichen Charakter. Neben dem Schutz von Nichtrauchern vor den nicht länger zu bestreitenden negativen Folgen des Tabakrauchs stellen sie vor allem auf eine Veränderung der Haltung der Allgemeinheit gegenüber dem Rauchen und damit auf eine Eindämmung von Suchtverhalten ab. Gesundheitspolitische Anliegen, denen sich Einzelne oder Gruppen nicht unter Berufung auf einen persönlichen Lebensstil oder auf individuelle Vorlieben und Gewohnheiten entgegenstellen können.

Raucherzimmer

§ 13 Abs. 3 Tabakgesetz gilt für Schulen, an denen (auch) Jugendliche unterrichtet werden. Wird eine Schule ausschließlich von Erwachsenen besucht, kann von der Ausnahmeregelung des § 13 Abs. 2 Tabakgesetz Gebrauch gemacht werden. Die Bestimmung ermöglicht es, das Rauchen in genau bezeichneten Räumen unter der Voraussetzung zu gestatten, dass der Tabakrauch nicht in den mit Rauchverbot belegten Bereich dringen kann. Ansonsten gilt der Nichtraucherschutz uneingeschränkt auch für diese Schulen.

Unabdingbare Voraussetzung für die einschränkend auszulegende Ausnahmeregelung ist, dass das Schulgebäude ausschließlich für den Unterricht von Erwachsenen genutzt wird. Werden hingegen während des Tages Jugendliche unterrichtet und findet der Unterricht für Erwachsene erst in den Abendstunden statt, darf auf § 13 Abs. 2 Tabakgesetz nicht zurückgegriffen werden. Das gilt selbstverständlich auch dann, wenn der Unterricht für Jugendliche und Erwachsene zeitgleich erfolgt. In beiden Fällen dürfen an der Schule keine Räume reserviert werden, in denen das Rauchen gestattet ist.

Auch an Schulen, die ausschließlich für den Unterricht von Erwachsenen bestimmt sind, besteht jedoch kein Anspruch Raucherzimmer zur Verfügung gestellt zu erhalten. Ob von der Ausnahmeregelung des § 13 Abs. 2 Tabakgesetz Gebrauch gemacht werden soll, liegt im Ermessen des Schulerhalters bzw. der Schulbehörde.

Dienstwohnungen

Vom Rauchverbot des Tabakgesetzes nicht umfasst sind im Schulgebäude befindliche Dienstwohnungen. Dienstwohnungen werden zur privaten Nutzung überlassen. Sie dienen nicht der Dienstverrichtung und gehören zur Privatsphäre der darin Wohnenden. Im Hinblick auf die Wahrung und den Schutz des privaten Lebensbereiches unterscheiden sich Dienstwohnungen nicht von anderen Wohnungen. Deshalb ist eine sich im Schulgebäude befindliche Dienstwohnung getrennt vom öffentlichen Bereich der Schule zu sehen. Für Dienstwohnungen gilt § 12 Abs. 3 Tabakgesetz, womit sie selbst dann dem Rauchverbot nicht unterliegen, wenn an der Schule (auch) Jugendliche unterrichtet werden. Selbstverständlich haben die Benutzer von Dienstwohnungen darauf zu achten, dass kein Tabakrauch in den übrigen Schulbereich dringt.

RAUCHVERBOT AUSSERHALB DES SCHULGEBÄUDES

Rauchverbot auf der gesamten Schulliegenschaft für Schüler

Das Tabakgesetz bezieht sich auf das Schulgebäude sowie auf das dem Unterricht oder der schulischen Aufgabenerfüllung dienende Nebengebäude. Außerhalb dieser Gebäude ist das Rauchverbot des Tabakgesetzes nicht anwendbar. Für Schüler spricht jedoch § 9 Abs. 2 der

Schulordnung ein für die gesamte Schulliegenschaft und damit auch für die zu ihr gehören den Freiflächen (Schulhof, Parkplätze, Sportanlagen) geltendes Rauchverbot aus. Sofern es sich bei der Schule allerdings um keine allgemein bildende Pflichtschule handelt und jugendgesetzliche Vorschriften oder das Tabakgesetz nichts anderes besagen, könnte das durch die Schulordnung statuierte Rauchverbot in der vom Schulgemeinschaftsausschuss zu beschließenden Hausordnung für Freiflächen wieder zurückgenommen werden. Für das Schulgebäude und seine Nebengebäude ist das hingegen niemals möglich, da § 9 Abs. 2 Schulordnung, wie erwähnt, vorbehaltlich tabakgesetzlicher Regelungen gilt. Eine Hausordnung, die das Rauchen im Schulgebäude gestattet, stellt eine grobe Verletzung des in § 13 Abs. 3 Tabakgesetz verankerten Nichtrauchererschutzes dar.

Hausordnungen sind den Schulbehörden zur Kenntnis zu bringen (§ 44 Abs. 1 SchUG). Die Schulbehörden sollen in die Lage versetzt werden, die Recht- und Zweckmäßigkeit von Hausordnungen zu prüfen. Für die Frage der Zweckmäßigkeit sind keineswegs nur schulstandortspezifische Gegebenheiten maßgeblich. Auch grundsätzliche, die Erziehung und den schulischen Unterricht berührende Erwägungen spielen eine Rolle. Dazu zählt jedenfalls auch die in den Lehrplänen verankerte Gesundheitserziehung. Sie stellt einen wichtigen und nicht zu vernachlässigenden Aspekt des schulischen Bildungsauftrages dar. Zu seiner Wahrung werden die Schulbehörden daher aufgefordert in Hausordnungen vorgesehene Bestimmungen aufzuheben, die Schülern das Rauchen auf innerhalb der Schulliegenschaft befindlichen Freiflächen gestatten. Das ist möglich, weil § 44 Abs. 1 SchUG den zwischen Schulbehörde und Schule verfassungsrechtlich vorgegebenen Weisungszusammenhang nicht aufhebt. Das eine Hausordnung beschließende schulische Organ kann sich in Zusammenhang mit dieser Bestimmung auf keine Autonomie im verfassungsrechtlichen Sinn berufen.

Verzicht von Lehrkräften außerhalb des Schulgebäudes zu rauchen

§ 9 Abs. 2 der Schulordnung gilt nur für Schüler. Lehrer werden von der Regelung nicht erfasst. Für sie kann allerdings in der Hausordnung (Verhaltensvereinbarung) Entsprechendes vorgesehen werden. Eine vergleichbare Regelung kann auch für Schulveranstaltungen und schulbezogene Veranstaltungen erfolgen. Sie müsste allerdings auch für Nichtlehrer (z. B. Eltern oder Erziehungsberechtigte) gelten, die eine solche Veranstaltung begleiten.

Das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur ersucht die Landesschulräte bzw. den Stadtschulrat für Wien die Schulen entsprechend zu verständigen. Mit dem Inkrafttreten dieses Rundschreibens tritt das Rundschreiben Nr. 22/1996 außer Kraft.

Wien, 24. Jänner 2006

Für die Bundesministerin:

SektChef Mag. Wolfgang Stelzmüller

Grundsatzerlass

Gesundheitserziehung

Der Grundsatzerlass „Gesundheitserziehung“ kann bestellt werden bei:

<http://pubshop.bmukk.gv.at/>, 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 verabschiedete „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 schulischen 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 Unterrichtsgegenstände 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 Freigegegenständen 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 Voraussetzung 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 erarbeiten und der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Jede gelungene Präsentation ist ein Erfolgserlebnis für die Beteiligten, fördert die Akzeptanz 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.

Grundsatzertlass

Medienerziehung

1. GRUNDSÄTZLICHES

Medien bestimmen unseren privaten und beruflichen Alltag. Technische Möglichkeiten der Vielfältigung, 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 Informationsverarbeitungskapazität? 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 gefühlbetonter 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 MASSENMEDIENTEN 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 betreffen, 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 jeweiligen Mediums bringt einen merklichen Zuwachs nicht nur an Medienkompetenz, sondern auch an fachimmanenem 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 kompensiert

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.

Der Grundsatzlerlass Medienerziehung kann bestellt werden bei <http://pubshop.bmukk.gv.at/>

Essstörungen: Leitfaden – Handeln im Anlassfall

EMPFOHLENER ZEITRAUM: MAXIMAL EIN HALBES JAHR

KLÄRENDES GESPRÄCH	
Beteiligte Personen:	– Gespräch mit SchülerIn über die Auffälligkeiten im Sozial- und Leistungsbereich
– LehrerIn	– Erwartung hinsichtlich Verhaltensänderungen äußern
– SchülerIn	– Konsequenzen transparent machen
	– neuen Termin vereinbaren

Bei dringendem Verdacht auf eine Essstörung ist der Schularzt und die Schulleitung zu informieren!

WENN VERHALTENSÄNDERUNG NICHT ERFOLGT IST: ZIELORIENTIERTES GESPRÄCH	
Beteiligte Personen:	– Unterstützung anbieten
– LehrerIn	– Eltern informieren
– SchülerIn	– erste Konsequenzen setzen
– Eltern	– neuen Termin vereinbaren

Bei dringendem Verdacht auf eine Essstörung ist der Schularzt und die Schulleitung zu informieren!

WENN VERHALTENSÄNDERUNG NICHT ERFOLGT IST : KONFRONTATION	
Beteiligte Personen:	– Erneute Darstellung des Problems
– LehrerIn	– Eltern unbedingt einbeziehen
– SchülerIn	– Information der Schulleitung durch den Lehrer/die Lehrerin
– Eltern	– Inanspruchnahme von Hilfe einfordern
– ev. BetreuungslehrerIn, SchülerberaterIn, SchulpsychologIn	– Arztbesuch konkret vereinbaren
	– neuen Termin festlegen

Bei dringendem Verdacht auf eine Essstörung ist der Schularzt und die Schulleitung zu informieren!

WENN SICH DER ZUSTAND DER SCHÜLERIN VERSCHLECHTERT UND DIE ARZTKONSULTATION NICHT ERFOLGT IST : FOLGEGESPRÄCH	
Beteiligte Personen:	Information an Fachstellen durch die Schulleitung:
– SchülerIn	– Jugendwohlfahrt (Vernachlässigung der Erziehungspflicht)
– Eltern	– Schulärztliches Gutachten
– ev. BetreuungslehrerIn, SchülerberaterIn, SchulpsychologIn	
– Schulleitung	

Beobachtungsblatt

Beobachtungsblatt Schüler/Schülerin:		Beobachtungszeitraum:		
Datum	Uhrzeit	Was beobachte ich auf der ...		
		Körperebene	Verhaltensebene	Beziehungsebene

Empfehlenswerte Links

www.suchtvorbeugung.net/suchtpraeventionsinfo/Hauptseite

Die „Österreichische ARGE Suchtvorbeugung“ bietet auf ihrer Homepage einen Überblick über die von den Suchtpräventionseinrichtungen der Länder durchgeführten Maßnahmen in Österreich. Darüberhinaus bieten die Suchtpräventionsstellen in den **Bundesländern** Informationen über Ansprechpersonen, Angebote, Projekte, Materialien auf der jeweiligen Homepage

Landesstelle Suchtprävention in Kärnten www.suchtvorbeugung.ktn.gv.at

Fachstelle für Suchtvorbeugung NÖ www.suchtvorbeugung.at

Institut Suchtprävention OÖ www.praevention.at

Akzente Salzburg www.akzente.net/supra

VIVID – Fachstelle für Suchtprävention, Steiermark www.vivid.at

Kontakt+co, Suchtprävention Tirol www.kontaktco.at

Supro-Werkstatt für Suchtprävention, Vorarlberg www.supro.at

Institut für Suchtprävention Wien (ISP) www.drogenhilfe.at

www.schulpsychologie.at

Die Homepage der Schulpsychologie - Bildungsberatung des Unterrichtsministeriums informiert über schulpsychologische Beratungsstellen in den Bundesländern und zu aktuellen schulpsychologischen Themen, z. B. Suchtprävention, Gewaltprävention, psychologischer, Gesundheitsförderung und Bildungsberatung. Die Materialien der Schulpsychologie –Bildungsberatung können direkt über die Homepage bestellt werden und stehen auch als Download zur Verfügung.

www.landesschulrat.salzburg.at/

KIS-Kontakt-Informations-Stelle für schulische Präventionsarbeit des Landesschulrates für Salzburg kis@salzburg.at

www.oesterreichisches-jugendportal.at

Das österreichische Jugendportal bietet z. B. Infos zum Jugendschutz, Recht, Gesundheit, Internet, Medien.

www.feelok.at

Feelok ist ein wissenschaftlich fundiertes Internetprogramm zum Thema Gesundheitsförderung und Suchtprävention für 12- bis 18-Jährige.

Hier gibt es nähere Infos über die Wirkung und Risiken von Alkohol, über persönliches Konsumverhalten und vieles mehr. Außerdem stehen themenspezifische Arbeitsblätter für den Unterricht zur Verfügung, die kostenlos abrufbar sind.

www.checkyourdrugs.at

Ausführliche, objektive und aktuelle Substanzinformationen auf der Homepage von ChEcki!

www.bzga.de

Die Homepage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) bietet eine Vielzahl von Broschüren, Unterrichtsmaterialien, Arbeitsmappen zu verschiedensten Themen der Gesundheit, die meistens kostenlos direkt bestellt werden können.

www.sfa-ispa.ch

Die Homepage der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) bietet fundierte Information rund ums Thema Sucht, Materialien und gibt Antworten auf FAQ.