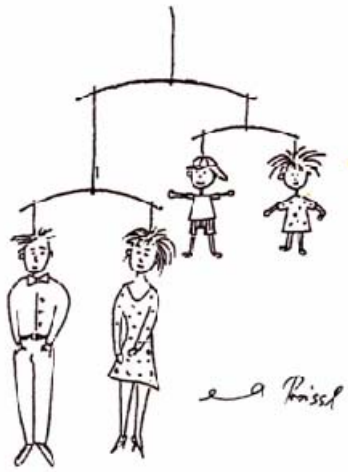
BERICHTE UND MATERIALIEN 8

Bayerisches Forum Suchtprävention

der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.

In suchtbelasteten Familien
Was ist zu tun?



und

Exzessive Computerspielnutzung bei Heranwachsenden

LANDESZENTRALE FÜR GESUNDHEIT IN BAYERN E.V.

Herausgeber:
Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG), 2009
Pfarrstraße 3, 80538 München
www.lzg-bayern.de

Die LZG wird gefördert durch das Bayerische Gesundheitsministerium.

Redaktion: Dr. med. Martina Christine Enke, Hildegard Aiglstorfer
Das Titelbild ist dem Beitrag „Eltern mit Suchtproblemen: Ein Tabu! Wie Elterngespräche (dennoch) gelingen können“ von E.-E. Proissl (S. 43ff) entnommen.

Die Reihe „Berichte und Materialien“ ist direkt bei der Landeszentrale unter der oben genannten Adresse zu beziehen. Bestellungen sind auch online über die Homepage der Landeszentrale möglich.

Hinweis:
Die Personenbezeichnungen in diesem Heft beziehen sich, wenn nicht ausdrücklich differenziert, gleichermaßen auf Frauen wie auf Männer. Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wurde jedoch teilweise darauf verzichtet, in jedem Fall beide Geschlechter zu benennen.

Bayerisches Forum Suchtprävention

Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.

In suchtbelasteten Familien
Was ist zu tun?

Exzessive Computernutzung bei Heranwachsenden

Dokumentation des 9. und 10. Forums Suchtprävention der LZG

Berichte und Materialien 8
Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.

Inhalt

Bayerisches Forum Suchtprävention 1

In suchtbelasteten Familien

Was brauchen kleine Kinder für ihre seelische Gesundheit? 3
Julia Berkic, Staatsinstitut für Frühpädagogik, München

Prävention für Kinder aus suchtbelasteten Familien (2007) 11
Kinder suchtbelasteter Familien: Fakten, Risiken, Lösungen (2008)
Michael Klein, Katholische Fachhochschule NRW

Münchner Hilfenetzwerk für Kinder und ihre suchtkranken Eltern 32
Birgit Gorgas, Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt

Kind s/Sucht Familie 38
Curriculum zur Fachkräfteschulung, Themengebiet „Kinder aus suchtbelasteten Familien“
Brigitte Münzel, Fachstelle für Suchtprävention SKM e.V., Köln

Eltern mit Suchtproblemen ein Tabu – wie Elterngespräche (dennoch) gelingen 43
Eva Proißl, Nürnberg

Suchtmittelkonsum und Abhängigkeitserkrankungen im Alter 55
Dieter Geyer, Fachklinik Schmallenberg

Was ist zu tun?

Weiterbildung und soziale Milieus 63
Aiga von Hippel, Ludwig-Maximilians-Universität München

Geschlechtsspezifische Alkoholprävention mit Jungen am Beispiel des Modellprojektes „blueboys“, einem Planspiel zu Alkoholkonsum und Sozialkompetenz von Jungen 68
Uwe Ihlau, FUMA Fachstelle Gender NRW

Flatrateparties: Präventive und ordnungsrechtliche Möglichkeiten zur Einhaltung des Jugendschutzes 78
Frank Woike, Jugendschutz, Hannover

Bundesmodellprojekt HaLT – Hart am Limit. Alkoholprävention für Jugendliche 80
Joachim Messer, Jugendhilfe und Suchtberatung am Marienplatz, Frankfurt

HaLT-Workshop „Die Umsetzung von HaLT in Städten der Größenordnung 50.000 – 100.000 Einwohner“ 83
Helmuth Backhaus, Schweinfurt, Claudia Ruhe, Würzburg

HaLT: Projektimplementierung am Beispiel des Standortes Rosenheim 84
Kathrin Horns, Lothar Riemer, Bamberg, Benjamin Grünbichler, Rosenheim

Ausstellung NA TOLL! Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Peers, Metropolregion Nürnberg 87
Renate Rumrich, Nürnberg, Luitgard Kern, Erlangen, Wilfried Kohl, Fürth, Lothar Riemer, Bamberg, Fred Herrmann, Roth

www.prevnet.de – Internetplattform für Suchtpräventionsfachkräfte Kommunikation, Arbeit mit interaktiven Modulen und Datenpflege 89
Hildegard Aiglstorfer, Landeszentrale für Gesundheit, München

Rausch und Kultur im Focus der Alkoholprävention 92
Alfred Springer, Boltzmann-Institut für Suchtforschung, Wien

Das Schulprojekt „Anschub.de“. Auf dem Weg zur Guten gesunden Schule in Bayern 107
Renate Bruckmeier, Freising

Exzessive Computerspielnutzung bei Heranwachsenden

Verhaltenssüchte – Suchtpotential von Online-Rollenspielen in der Adoleszenz und exzessive Computernutzung – Ergebnisse verschiedener Studien 112
Sabine M. Grüsser-Sinopoli, Johannes Gutenberg Universität Mainz

Exzessive PC-, Internet- und Mediennutzung im Kindes- und Jugendalter – Gesundheits- und Entwicklungsstörungen 116
Christoph Möller, Kinderkrankenhaus auf der Bult, Hannover

Ein Medium verändert die Welt – Prävention von exzessivem Computergebrauch 122
Tanja Gollrad, Jörn M. Scheuermann, Projekt Inside, Condrobs e.V., München

Medienpädagogisch-informationstechnische Beratungslehrkräfte, MiB 133
Peter Vogel, MIB für die Gymnasien in Mittelfranken, Melanchthon-Gymnasium Nürnberg

Anhang

Jahresprogramme 2007 und 2008 134

Einleitung

Bayerische Foren Suchtprävention 2007 und 2008

Die Landeszentrale für Gesundheit in Bayern (LZG) veranstaltet jährlich das Forum Suchtprävention im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit. In dieser Dokumentation sind die Veranstaltungen der Jahre 2007 und 2008 wegen der thematischen Überschneidung zusammengefasst. Die Autoren befassen sich schwerpunktmäßig mit den Bereichen Prävention in suchtbelasteten Familien, Alkoholmissbrauchsprävention sowie Präventionsmöglichkeiten bei exzessiver Computerspielnutzung bei Heranwachsenden.

Zur „Prävention für Kinder aus suchtbelasteten Familien“ referierte Prof. Michael Klein, Katholische Fachhochschule NRW, Kompetenzplattform Suchtforschung, Köln. In Deutschland leben bis zu 2,69 Millionen Kinder und Jugendliche, die von einer Alkohol- und Drogenstörung eines Elternteils wenigstens zeitweise betroffen sind (mehr als 800.000 dauerhaft während ihrer ganzen Kindheit und Jugend). Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass diese Kinder und Jugendlichen ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Mehr als ein Drittel von ihnen entwickelt ab dem Jugendalter eine Substanzabhängigkeit.

Gerade für die Arbeit mit Risikofamilien bietet die Bindungstheorie einen plausiblen Erklärungsrahmen. Untersuchungsergebnisse aus der Bindungsforschung und der Neurobiologie zeigen, wie wichtig es ist, von Geburt an die menschlichen Grundbedürfnisse nach Bindung, Autonomie und Kompetenz angemessen zu befriedigen. Im feinfühligen Umgang mit dem Kind legen Eltern oder weitere Bezugskräfte die Grundlage für die Lebensstärke der Kinder. In ihrem Vortrag erklärte Dr. Julia Berkic, Staatsinstitut für Frühpädagogik, München, wie frühe Erfahrungen in den ersten Bindungsbeziehungen sich auf die weitere sozio-emotionale Anpassung im Lebenslauf und auf die aktuelle psychische Gesundheit auswirken und über Generationen hinweg fortsetzen.

Durch die demographische Entwicklung und die zunehmende Enttabuisierung gewinnt das Thema Sucht und Suchtprävention im höheren Alter zunehmend an Relevanz. Dr. Dieter Geyer, Fachklinik Fredeburg, Schmallenberg, präsentierte einen Vortrag zu „Sucht im höheren Alter / Suchtprävention“.

Besonders großes Interesse fand das Thema „Weiterbildung und soziale Milieus“ von Dr. Aiga von Hippel, LMU München. Der Ansatz der „sozialen Milieus“ dient als Grundlage zur konzeptionellen Planung von differenzierten Angebotsentwürfen für verschiedene Adressaten. Bei der milieuorientierten Angebotsplanung ermöglicht der zu Grunde gelegte Bezugsrahmen, der sowohl den beruflichen Kontext als auch die Lebensstile der Teilnehmer und Adressaten einbezieht, die notwendige Differenzierung. So können sowohl bildungsaktive als auch bildungsbenachteiligte Gruppen (und Milieus) erreicht werden.

Die Risiken des Alkoholkonsums werden von vielen Jugendlichen unterschätzt oder ignoriert. Der Anteil Jugendlicher, der exzessiv trinkt, ist nach wie vor hoch. Das belegt eine Repräsentativerhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus dem Jahr 2008 zum Alkoholkonsum Jugendlicher. Danach ist riskantes Trinkverhalten wie „Binge Drinking" – das Konsumieren großer Mengen Alkohol in möglichst kurzer Zeit – bei Jugendlichen mit 20 Prozent weit verbreitet. Um Alkoholprävention zielgruppengerecht anzubieten, müssen geschlechtsspezifische Aspekte in die Präventionsarbeit integriert werden. Am Beispiel des Projektes „blueboys“ wird „gender- bzw. jungenspezifische“ Alkoholmissbrauchsprävention dargestellt. „HaLT“ – der Name ist das Programm: Das Bundesmodellprojekt „HaLT – Hart am Limit – Alkoholprävention für Kinder und Jugendliche“ bietet Kindern und Jugendlichen, die mit einer Alkoholintoxikation in einem Krankenhaus aufgenommen werden, professionelle Beratung an. Darüber hinaus beinhaltet das Projekt einen pro-aktiven Teil zu gemeindenaher Suchtprävention. Wir haben zwar

statistisch betrachtet große Zuwachsraten bei 15- bis 20-Jährigen, die mit Alkoholvergiftungen ins Krankenhaus eingeliefert werden, aber es gibt teilweise sogar noch höhere Zuwächse in fast allen anderen Altersstufen.

In seinem Vortrag „Rausch und Kultur im Focus der Alkoholprävention“ zeigte Prof. Alfred Springer, Boltzmann-Institut für Suchtforschung am Anton Proksch-Institut Wien, auf, dass in der komplexen Ätiologie von Drogengebrauch, Drogenabhängigkeit und Suchtkrankheit dem kulturellen Umfeld eine vielschichtige, oftmals nicht ausreichend beachtete Bedeutung zukommt.

ReferentInnen wie Prof. Sabine M. Grüsser-Sinopoli und Klaus Wölfling, beide vom Kompetenzzentrum Verhaltenssucht, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, und Dr. Christoph Möller vom Krankenhaus auf der Bult, Hannover, referierten zu „Verhaltenssüchte – Suchtpotential von Online-Rollenspielen in der Adoleszenz“ und präsentierten „Präventions-/Interventionsmöglichkeiten zur exzessiven Computerspielnutzung bei Kindern und Jugendlichen“. Die Vortragenden zeigten in ihren Ausführungen das Suchtpotential von Online-Rollenspielen als einer Form der Verhaltenssucht sowie Präventions- und Interventionsstrategien auf. Fallbeispiele aus Beratung und Therapie verdeutlichten die praxisnahe Darstellung und veranschaulichten die diagnostische Vorgehensweise beim Störungsbild Computerspielsucht. Der Schwerpunkt der Prävention liegt auf der Analyse von Ressourcen, die genutzt werden können, um auf die Veränderungsmotivation (hin zu einer Reduktion des exzessiven Computerspielverhaltens) positiv einzuwirken.

Hildegard Aiglstorfer
Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.

Was brauchen kleine Kinder für ihre seelische Gesundheit?

Julia Berkic

Die Bindungstheorie und -forschung ist in der Fachöffentlichkeit zu einem wichtigen Thema geworden. Gerade für die Arbeit mit Risikofamilien bietet die Bindungstheorie einen Erklärungsrahmen, um menschliche Neigungen, enge emotionale Beziehungen einzugehen bzw. die Entwicklung im Sinne seelischer Gesundheit zu beschreiben und in ein integratives Konzept zu bringen.

Warum kennen manche Menschen weder ernsthafte psychische noch physische Probleme, leben in stabilen Partnerschaften und haben einen verlässlichen Freundeskreis, an den sie sich bei Überforderung wenden können? Während andere häufig an seelischen und körperlichen Beschwerden leiden, sich vor der Welt bei Problemen zurückziehen oder oft in unglückliche Partnerschaften oder Affären geraten, in denen sie mehr geben als nehmen? Ein Einflussfaktor (von vielen) auf die seelische Gesundheit ist – laut Bindungstheorie – die so genannte ‚psychische Sicherheit', deren Substanz zu großen Teilen in den ersten Lebensjahren gelegt wird.

Schon seit Freuds Annahmen über den weitreichenden Einfluss früher Kindheitserfahrungen besteht in der Psychologie die Diskussion darüber, wie sehr diese Erfahrungen einen Menschen prägen. Internationale Längsschnitt-Studien haben Kinder von ihrer Geburt an über mehrere Lebensjahrzehnte begleitet und in ihrer Entwicklung beobachtet. Diese Studien untersuchen die Entstehungsbedingungen und Auswirkungen von „Bindungssicherheit". Wie die Ergebnisse zeigen, ist eine sichere Bindung die beste Voraussetzung dafür, in verschiedenen Altersstufen das Leben aktiv in Angriff zu nehmen, sich schwierigen Situationen zu stellen und dabei emotional ausgeglichen zu bleiben bzw. sich in Überforderungssituationen die nötige Hilfe zu holen. Diese Zusammenhänge sind zwar nicht so deterministisch, wie von Freud postuliert, und nicht im Sinne einer unumkehrbaren Prägung zu verstehen, sondern vielmehr als Weichenstellungen, die eine psychisch gesunde oder ungesunde Entwicklung einleiten, die jedoch ein Leben lang offen sind für Veränderungen.

Was wird nun aber als Bindungssicherheit definiert und wie kann man dieses Konstrukt erfassen? Begründer der Bindungstheorie ist der britische Psychoanalytiker und Kinderpsychiater John Bowlby (1907-1990). Im Mittelpunkt seiner Theorie steht die Eltern-Kind-Bindung. Bowlby beschreibt die Interaktion zwischen Kleinkind und primärer Bezugsperson aufgrund der Erkenntnisse aus der Evolutionstheorie und bezieht Ethologie, Entwicklungspsychologie, Kognitionswissenschaften, Kontrolltheorie und Psychoanalyse mit ein (Cassidy, 1999). Die zentrale Annahme der Bindungstheorie ist die, dass die Mutter-Kind-Beziehung durch phylogenetisch angelegte Verhaltenssysteme gesteuert wird, welche die Nähe zwischen Mutter und Kind mit Hilfe des Bindungsverhaltens sichern und regulieren (Bowlby, 1976, 1979). Das kindliche Bindungsverhalten findet in dem Fürsorgeverhaltenssystem der Betreuungsperson seine Entsprechung (Bowlby, 1969/1982). Aufgrund der Korrespondenz von kindlicher Suche nach Geborgenheit und mütterlicher Fürsorge bildet sich eine Bindungsbeziehung, die dadurch gekennzeichnet ist, dass sie persistierend wirkt und personenspezifisch ist. Bindung wird demnach definiert als ein affektives Band zwischen zwei Personen, welches Zeit und Raum überdauert (Ainsworth, 1985a; Bowlby, 1969/1982).

Mary Ainsworth (1913-1999) gilt als die bedeutendste Schülerin Bowlbys. Sie übertrug die theoretischen Postulate der Bindungstheorie in die Praxis und untersuchte zuerst in

Uganda und dann in den USA prospektiv die Bindungsentwicklung von Säuglingen in ihren Familien (Ainsworth, 1963, 1977). Mary Ainsworth konnte sowohl in Uganda als auch in Baltimore beobachten, dass bei einer (drohenden) Trennung das Bindungsverhaltenssystem des Kindes aktiviert wird (ebenso bei Müdigkeit, Schmerzen, Angst, Krankheit) und es Nähe und Kontakt zur Bindungsperson sucht. Die Bindungsperson kann als sichere Basis wirksam werden, die Schutz bei Gefahr und Sicherheit zur Exploration im Ruhezustand bietet (Ainsworth, 1985b). Man kann sich das Verhältnis zwischen Bindungs- und Explorationsbedürfnis wie folgt vorstellen (siehe Abbildung1):

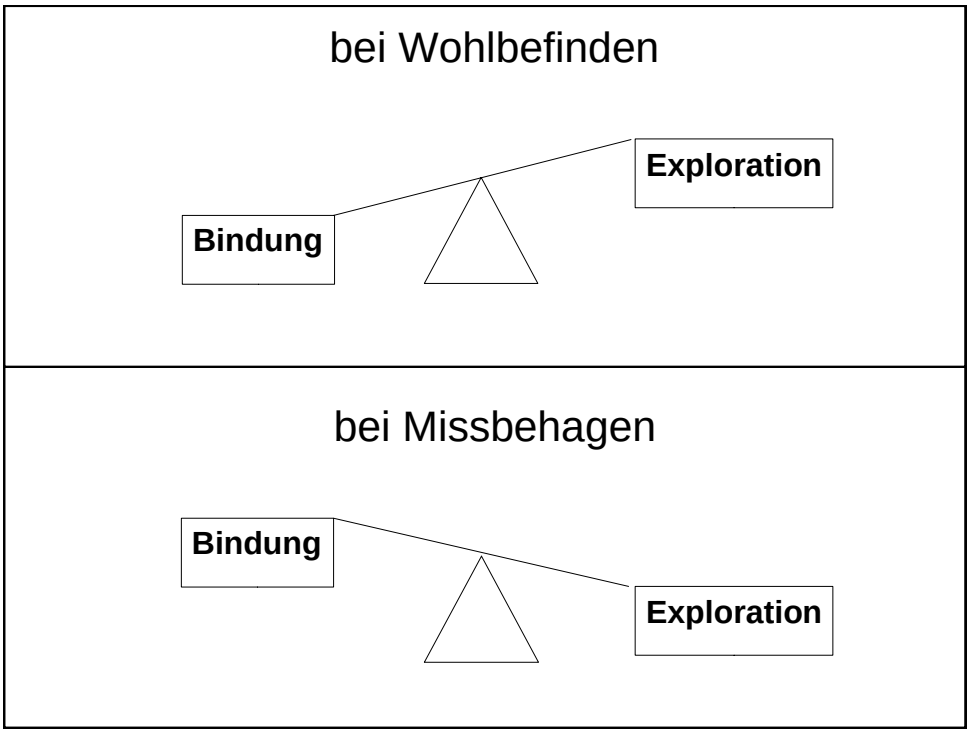


Abbildung 1: Das Konzept der Bindungs-Explorations-Balance (nach Grossmann & Grossmann, 2004, S. 133)

Die beiden Systeme sind wie eine Wippe miteinander verbunden: wenn ein System aktiviert ist, ist das andere deaktiviert. Ob und in welchem Ausmaß die Bindungsperson auf die Bindungsbedürfnisse des Kindes eingeht, wird nach Ainsworth, Blehar, Waters und Wall (1978) durch ihre Feinfühligkeit bestimmt. Je nach den Erfahrungen mit der Bindungsperson und dem Temperament des Kindes (Pauli-Pott & Bade, 2002) bilden sich innerhalb des ersten Lebensjahres die verschiedenen Bindungsverhaltensmuster aus, die im standardisierten Fremde-Situation-Test mit 18 Monaten bestimmt werden können (Ainsworth et al., 1978).

Der Fremde-Situation-Test ist ein Verfahren, bei dem eine zweimalige Trennung und Wiedervereinigung zwischen Mutter und Kind in einer fremden Umgebung und im Beisein einer fremden Person inszeniert wird (Ainsworth et al., 1978). Die Situation soll das Bindungssystem der Kinder aktivieren. Der Ablauf ist standardisiert und besonders die Episoden der Wiedervereinigung sind entscheidend für die Bestimmung des Bindungsmusters der Kinder (Grossmann et al., 1997). Sicher gebundene Kinder (Gruppe B) nützen ihre Bindungsperson als sichere Basis; in Trennungssituationen sind diese Kinder gestresst, begrüßen aber bei der Wiedervereinigung die Bindungsperson aktiv und finden nach einer Beruhigungsphase zum Spiel zurück. Die Kinder mit einer unsicher-vermeidenden Bindungsqualität (Gruppe A) explorieren viel und ausdauernd, zeigen mi-

nimale Stressanzeichen und vermeiden bei der Wiedervereinigung mit der Bindungsperson den Blick- und/oder Körperkontakt. Kinder mit unsicher-ambivalenter Bindungsorganisation (Gruppe C) sind durch die Trennung und die fremde Umgebung sehr stark gestresst. Bei der Rückkehr der Bindungsperson zeigen diese Kinder widersprüchliches Verhalten, indem sie Kontakt suchen und gleichzeitig ärgerlich diesen Kontakt abwehren. Es tritt keine Beruhigung ein und die Exploration bleibt auch anschließend nachhaltig gehemmt. Kinder, denen eine kohärente Bindungsstrategie fehlt und die stereotype Bewegungen, ungerichtetes Verhalten, Phasen von Starrheit, Angst oder beiläufiger Aggression gegenüber der Bezugsperson zeigen, werden (zusätzlich) als desorganisiert/desorientiert (D) bezeichnet (Main & Solomon, 1986, 1990).

Eine erstaunliche Erkenntnis ist, dass Bindungsbeziehungen sich auch dann ausbilden, wenn die physiologischen Bedürfnisse nicht befriedigt werden. Kinder binden sich an feinfühlige Personen, aber ebenso an unfeinfühlige oder sogar misshandelnde Eltern (Cassidy, 1999; Crittenden, 1995; Harlow, 1961). Die Verteilung der genannten Bindungsmuster lässt sich laut Asendorpf (2000) in Stichproben stabiler Mittelschichtfamilien folgendermaßen einschätzen: ca. 65% der Kinder zeigen ein sicheres Bindungsmuster in der fremden Situation. Die Quote unsicher-vermeidender Kinder liegt bei ca. 25% und die der unsicher-ambivalenten bei ca. 10%. Die Prävalenz der desorganisierten Zusatzklassifikation liegt in normalen Stichproben zwischen 15% und 25%.

Internationale Längsschnitt-Studien haben den Zusammenhang zwischen der Feinfühligkeit der Mutter im ersten Lebensjahr und dem Verhalten des Kindes in der fremden Situation vielfach bestätigt (Ainsworth et al., 1978; Grossmann, Grossmann, Spangler, Suess & Unzner, 1985; Thompson, 1998; Weinfield, Sroufe, Egeland & Carlson, 1999), auch wenn dieser Zusammenhang schwächer ist als ursprünglich angenommen (De Wolff & van IJzendoorn, 1997) und inzwischen weitere Faktoren identifiziert wurden, die die Bindungssicherheit des Kindes mit beeinflussen (Belsky & Braungart, 1991; Pauli-Pott & Bade, 2002). Nichts desto trotz resultiert aus den Erfahrungen mit der primären Bindungsperson im ersten Lebensjahr ein entsprechender Umgang mit den eigenen Emotionen und ein grundlegendes Verhaltensschema in Belastungssituationen. In Abbildung 2 ist das Spektrum möglicher Ausprägungen der Aktivierung des Bindungssystems in Abhängigkeit der Erfahrungen mit der primären Bindungsperson im ersten Lebensjahr dargestellt.

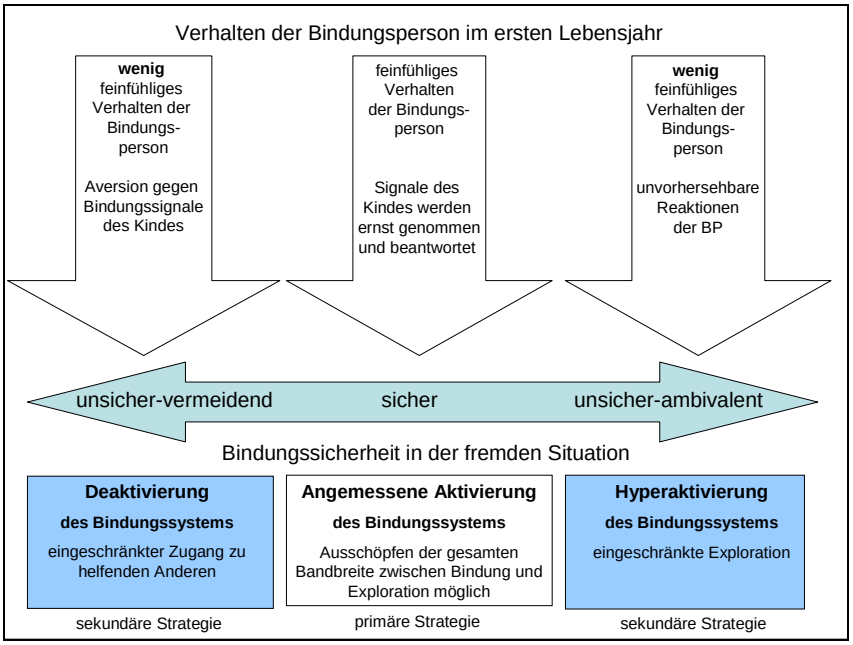


Abbildung 2: Modell der Emotionsregulation aufgrund der Interaktion mit der Bindungsperson im ersten Lebensjahr

Mütter bindungssicherer Einjähriger sind im Durchschnitt feinfühliger, d.h. sie nehmen die Äußerungen des Säuglings ernst, sind aufmerksam ihm gegenüber, trösten geduldig und fördern Erkundungswünsche (Grossmann & Grossmann, 2004). Das bedeutet, diese Kinder machen die Erfahrung, dass die Aktivierung ihres Bindungssystems eine sofortige Antwort auslöst und in Folge dessen schnell wieder deaktiviert werden kann, um anderen kognitiven und emotionalen Vorgängen Raum zu schaffen (mittlerer Pfeil in Abb. 2). Main (1990) bezeichnet dieses Verhalten als primäre Strategie (d.h. günstigste Strategie) zur Beruhigung des Bindungssystems.

Die Mütter Einjähriger mit vermeidendem Bindungsmuster sind generell weniger feinfühlig. Das Besondere an ihren Interaktionen ist ihre deutliche Aversion gegen die Bindungssignale des Kindes (Ainsworth et al., 1978). Andererseits werden alle Explorationen der Umwelt und das Alleinspiel der Kinder von den Müttern in einer vermeidenden Bindungsbeziehung mit Wohlwollen bedacht, allerdings oft in einer einmischenden, bevormundenden Art (Grossmann et al., 1985). Im ersten Lebensjahr lernen diese Säuglinge also einerseits ihren Wunsch nach Nähe und Kontakt stark einzuschränken und werden häufig in ihrem selbst bestimmten Spiel behindert, was zu Frustration führt, die zu Hause auch durchaus geäußert wird (Ainsworth et al., 1978). In der „gefährlichen“ fremden Situation jedoch zeigen diese Kinder keinen Ärger, um nicht der Gefahr ausgesetzt zu sein, zurückgewiesen und zurückgelassen zu werden. Sie bemühen sich, allein zu spielen, um das Wohlwollen der Mutter nicht zu gefährden, allerdings zum Preis einer sehr belastenden Selbstbeherrschung wie physiologische Daten zeigen (Grossmann & Grossmann, 2004; Spangler & Schieche, 1995). Das Bindungssystem wird demnach dauerhaft deaktiviert (linker Pfeil in Abb. 2). Die Mütter von Einjährigen mit unsicher-ambivalenter Bindungsorganisation zeigen ihre Unfeinfühligkeit auf eine andere Weise: Ihre Interaktionen sind selten Reaktionen auf Signale des Kindes, sondern sind für den Säugling oft nicht vorhersagbar. Sie lassen sich von ihren eigenen Stimmungen leiten und sind zwar ab und zu liebevoll, aber selten, wenn das Kind danach verlangt (Cassidy & Berlin, 1994). Diese Unvorhersagbarkeit im täglichen Umgang lehrt den Säugling, sein Bindungsverhalten äußerst stark und dramatisch zu äußern, um überhaupt Beachtung zu finden, das Bindungssystem ist dauerhaft hyperaktiviert (rechter Pfeil in Abb. 2). Die De- bzw. Hyperaktivierung des Bindungssystems sind laut Main (1990) sekundäre Strategien, die im Vergleich zur primären Strategie sicherer Kinder nur die zweitbeste Lösung des Umgangs mit der Erregung des Bindungssystems darstellen. In dieser frühkindlichen Phase der Entwicklung sind dennoch alle drei Verhaltensmuster adaptive Anpassungsstrategien an die Umwelt, welche die Wahrscheinlichkeit der Aufrechterhaltung der Bindungsbeziehung maximieren sollen. Laut Bowlby (1976) führen sie im weiteren Entwicklungsverlauf zu mentalen Repräsentationen vom Selbst und der Bindungsfigur, die als internal working models (internale Arbeitsmodelle) bezeichnet werden.

Um diese Arbeitsmodelle ab dem Jugendalter zu erfassen, wird seit nunmehr über 20 Jahren ein halbstrukturiertes, klinisches Interview über frühe Erfahrungen mit Bezugspersonen und die Einschätzung der Bedeutung dieser Erfahrungen aus aktueller Sicht des Interviewten verwendet, das Adult Attachment Interview (AAI, George et al., 1985/2001). Nach ersten Aufwärmfragen über die frühen Beziehungen in der Herkunftsfamilie wird die Person aufgefordert, fünf Adjektive oder Wörter zur Kennzeichnung der Beziehung zu Mutter bzw. Vater in der Kindheit zu nennen und diese anhand von konkreten Erinnerungen oder Erlebnissen zu belegen. Der Interviewte wird gefragt, welchem Elternteil er sich in der Kindheit näher gefühlt hat und warum. Es folgen Fragen zu Situationen, in denen sich der Befragte als Kind unglücklich, krank oder verletzt gefühlt hat. Es wird nach frühen Trennungen von den Eltern gefragt und ob sich die Person von den Eltern abgelehnt oder gar misshandelt gefühlt hat – also insgesamt nach Situationen, die potenziell das Bindungssystem aktiviert haben könnten. Wesentlich ist die Frage danach, welche Bedeutung der Interviewte den Kindheitserfahrungen für seine Persönlichkeitsentwicklung beimisst und warum er denkt, dass die Eltern so handelten, wie sie es taten. Außerdem werden Verluste nahestehender Personen und die aktuelle Beziehung zu El-

tern und den eigenen Kindern (sofern vorhanden) abgefragt (Gloger-Tippelt, 2001a). Das AAI unterscheidet sich von anderen biografischen oder Leitfaden-Interviews dadurch, dass hier einerseits die vorhergesehene Reihenfolge der Fragen und Nachfragen unbedingt eingehalten werden muss, dass aber andererseits dem Befragten wie in einem klinischen Interview ein großer Freiraum für ausführliche Berichte und Bewertungen der Erfahrungen eingeräumt wird. Die Erfassung der generellen Bindungsrepräsentation mit dem Adult Attachment Interview (AAI) bietet nicht nur die Möglichkeit, die subjektiv erinnerten Kindheitserfahrungen zu erfragen, sondern auch die Art der Verarbeitung dieser Bindungserfahrungen zu erheben. Dadurch beinhaltet das AAI nicht nur einen Entwicklungsaspekt, sondern gibt zusätzlich Auskunft über die aktuelle Organisation der Gefühle. Ob die erinnerten Erlebnisse positiv oder negativ sind, sagt jedoch alleine nichts über die Sicherheit oder Unsicherheit des Arbeitsmodells einer Person aus – so kann z.B. trotz negativer Erinnerungen ein sicheres Arbeitsmodell im Nachhinein erarbeitet werden (so genannte earned security, (Ziegenhain, 2001)). Wichtiger ist demnach der mentale Verarbeitungszustand der berichteten Erfahrungen. Sichere Modelle sind konsistent, d.h. die unterschiedlichen Komponenten des Gesagten passen zueinander und sind optimal miteinander verschaltet. Das bedeutet, dass diese Interviews gekennzeichnet sind von hoher sprachlicher Kohärenz sowie von der Fähigkeit, eine Meta-Ebene einzunehmen (metacognitive monitoring, Bretherton, 2001) und Abstraktes mit Konkretem in Einklang zu bringen. Menschen dagegen, deren Arbeitsmodell als unsicher bezeichnet wird, können Erlebtes nicht mit abstrakten Schemata in Einklang bringen: Entweder sind Teile davon abgespalten und können nicht abgerufen werden oder es besteht insgesamt wenig Struktur und eine eingeschränkte Urteilskraft bezüglich früher Erfahrungen – beides resultiert in einem inkohärenten Redestil während des Interviews. Die Interviews werden wortwörtlich transkribiert und können einer der drei Hauptklassifikationen sicher-autonom (F), unsicher-vermeidend (Ds) oder unsicher-verwickelt (E) zugeordnet werden. Die Kategorien sind analog zu den kindlichen Bindungsmustern der fremden Situation gebildet worden (siehe Abbildung 3).

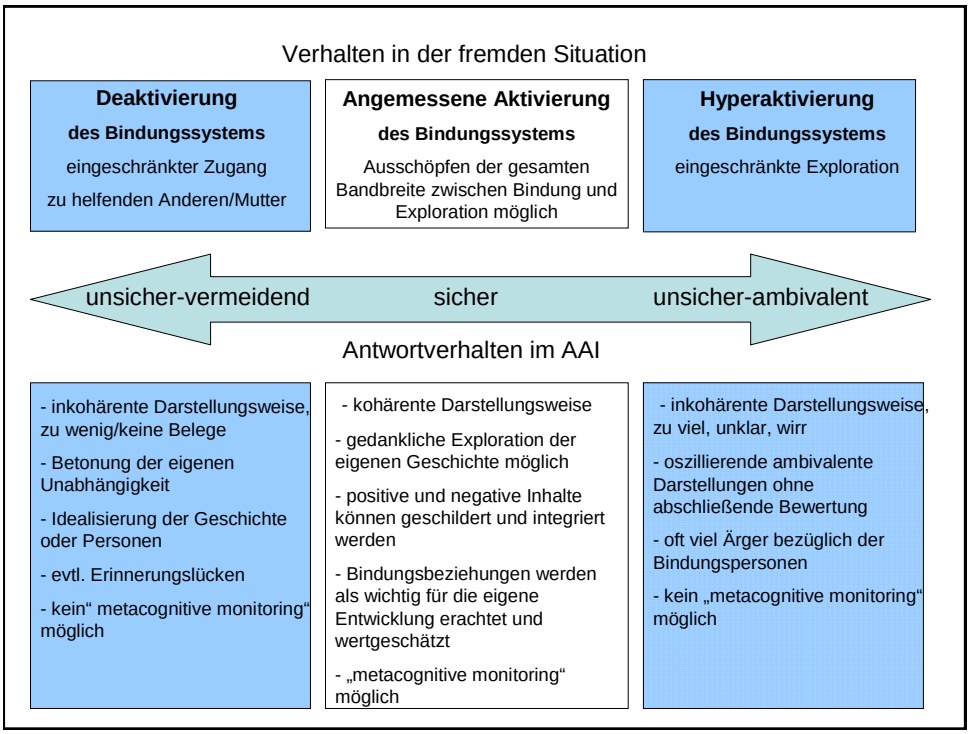


Abbildung 3: Gegenüberstellung der Verhaltensmuster in der fremden Situation und des Antwortverhaltens im Adult Attachment Interview

Mary Ainsworth verglich das Wandern der Gedanken im AAI mit den Schritten der Kleinkinder in der fremden Situation (Grossmann & Grossmann, 2004). Bindungssichere Kinder können den ganzen Raum zum Explorieren und Nähesuchen nutzen (Ainsworth et al., 1978), wie auch bindungssichere/autonome Erwachsene den gedanklichen und sprachlichen Raum nutzen und frei über ihre Erfahrungen sprechen und diese mitsamt Gefühlen explorieren können – wohlgemerkt unabhängig davon, ob diese Erfahrungen positiv oder negativ sind (Fremmer-Bombik, 1995). Kinder mit vermeidendem Bindungsmuster dagegen halten sich in der fremden Situation eher entfernt der Bindungsfigur auf, wie auch vermeidende Erwachsene im Diskurs das Thema Bindung meiden, und sei es um den Preis der Idealisierung oder der Erinnerungslücken (Gloger-Tippelt, 2001b).

Und Kinder mit ambivalentem Bindungsmuster können die Bindungsperson bei Leid gar nicht mehr verlassen, so wie Erwachsene mit verwickelter Bindungsrepräsentation nicht mehr aus dem Thema Bindung herausfinden und sich in ihren Erinnerungen und Gefühlen verlieren (Gomille, 2001).

Verfolgt man Bindungsentwicklung längsschnittlich, so zeigen internationale Studien, dass z.B. im Kindergartenalter bei sicher-gebundenen Kindern weniger aggressives bzw. feindseliges Verhalten gegenüber anderen Kindern und weniger emotionale Isolation und Abhängigkeit von den Erzieherinnen beobachtet wurde. Auch im Schulalter zeichnen sich sicher-gebundene Kinder durch positive soziale Wahrnehmung, hohe soziale Kompetenz, beziehungsorientiertes Verhalten und bessere Freundschaftsbeziehungen aus. Im Jugendalter zeigen sie häufiger ein hohes Selbstwertgefühl und größeres Selbstvertrauen als Jugendliche mit unsicherer Bindungsorganisation. Bindungsunsicherheit dagegen hat zwar nicht zwangsläufig eine pathologische Entwicklung zur Folge (das wäre auch ein erschreckendes Ergebnis angesichts eines Prozentsatzes von ca. 40% unsicheren Bindungen in Normalstichproben), aber es konnte gezeigt werden, dass diese Personen anfälliger sind für ungünstige Entwicklungsverläufe, vor allem wenn so genannte kritische Lebensereignisse (z.B. Tod, Krankheit, Verlust nahestehender Personen) die Entwicklung zusätzlich beeinträchtigen (Grossmann, Grossmann & Waters, 2005).

In Familien mit Suchtbelastung oder anderen Risikofaktoren können diese Grundbedürfnisse oft nur unzureichend beantwortet werden, was zu unsicherer oder sogar desorganisierter Bindung führen kann, deren Auswirkungen meist über den gesamten Lebenslauf sichtbar bleiben (Sroufe et al. 2005).

Ressourcenorientierte und bindungstheoretisch fundierte Präventionsansätze können hier früh in dysfunktionale Interaktionsabläufe eingreifen und die Eltern-Kind-Bindung im Sinne psychischer Sicherheit stärken (Brisch, 2008, Marvin et al. 2003).

Die genannten Befunde zeigen, wie wichtig es ist, von Geburt an die menschlichen Grundbedürfnisse nach Bindung, Autonomie und Kompetenz angemessen zu befriedigen. Im feinfühligen Umgang mit dem Kind legen Eltern und Fachkräfte die Grundlage für die Lebensstärke der Kinder.

Literatur

Ainsworth, M.D.S. (1963). Development of infant-mother-interaction among the Ganda. In B. M. Foss (Ed.), Determinants of infant behavior (Vol. 2, pp. 67-104). New York: Wiley.

Ainsworth, M.D.S. (1977). Infant development and mother-infant interaction among Ganda and American families. In P.H. Leiderman, S.R.Tulkin & A. Rosenfeld (Eds.), Culture and infancy: Variations in human experience (S.119-149). New York: Academic Press.

Ainsworth, M.D.S. (1985a). Attachment across the life-span. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 61(9), 792-812 (dt.: Bindungen im Verlauf des Lebens). In: K.E. Grossmann & K. Grossmann (2003). Bindungen und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie und -forschung, S. 2341-2367. Stuttgart: Klett-Cotta.

Ainsworth, M. D. S. (1985b). Patterns of infant-mother attachment: Antecedents and effects on development. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 61(9), 771-791.

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978). Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Asendorpf, J. & Banse, R. (2000). Pychologie der Beziehung. Bern: Hans Huber.

Belsky, J. & Braungart, J.M. (1991). Are insecure-avoidant infants with extensive daycare experience less stressed by and more independent in the Strange Situation? Child Developement, 62, 567-571.

Bowlby, J. (1969/1982). Attachment and loss. Vol.1: Attachment (1st and 2nd revised editions). New York: Basic Book.

Bowlby, J. (1976). Trennung (Original: 1973, Attachment and loss, Vol2: Separation). München: Kindler.

Bowlby, J. (1979). The making and breaking of affectional bonds (dt: Das Glück und die Trauer (2001)). London: Travisstock Publications.

Bretherton, I. (2001). Zur Konzeption innerer Arbeitsmodelle in der Bindungstheorie. In G. Gloger-Tippelt (Ed.), Bindung im Erwachsenenalter (S.52-74). Göttingen: Hans Huber.

Brisch, K.H. (2008). Manual für die Durchführung von Elterngruppen. Unveröffentlichte Fortbildungsunterlagen.

Cassidy, J. (1999). The nature of childs ties. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications (pp. 3-20). New York: Guilford Press.

Cassidy, J. & Berlin, L.J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. Child Development, 65, 971-991.

Crittenden, P. (1995). Attachment and Psychopathology. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives (pp. 367-406). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

De Wolff, M. S. & van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. Child Development, 68, 571-591.

Fremmer-Bombik, E. (1995). Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In G. Spangler & P. Zimmermann (Eds.), Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. (pp. 109-119). Stuttgart: Klett-Cotta.

George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1985/2001). Adult Attachment Interview. In G. Gloger-Tippelt (Ed.), Bindung im Erwachsenenalter (pp. 364-387). Bern: Huber.

Gloger-Tippelt, G. (2001a). Das Adult Attachment Interview: Durchführung und Auswertung. In G. Gloger-Tippelt (Ed.), Bindung im Erwachsenenalter (S.102-120). Göttingen: Hans Huber.

Gloger-Tippelt, G. (2001b). Unsicher-distanzierte mentale Bindungsmodelle. In G. Gloger-Tippelt (Ed.), Bindung im Erwachsenenalter (pp. 174-200). Göttingen: Hans Huber.

Gomille, B. (2001). Unsicher-präokkupierte mentale Bindungsmodelle. In G. Gloger-Tippelt (Ed.), Bindung im Erwachsenenalter (pp. 201-225). Göttingen: Hans Huber.

Grossmann, K., Grossmann, K.E., Spangler, G., Suess, G. & Unzner, L. (1985). Maternal sensitivity and newborns orientation responses as related to quality of attachment in northern Germany. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), Growing points in attachment theory and research. Monographs of the society for Research in Child Development (Vol. 50, pp. 233-256).

Grossmann, K.E., Becker-Stoll, F., Grossmann, K., Kindler, H., Schieche, M., Spangler, G., et al. (1997). Die Bindungstheorie: Modell, entwicklungspsychologische Forschung

und Ergebnisse. In H. Keller (Ed.), Handbuch der Kleinkindforschung (pp. 223-282). Göttingen: Hogrefe.

Grossmann, K. & Grossmann, K.E. (2004). Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart: Klett-Cotta.

Grossmann, K.E.; Grossmann, K.; Waters, E. (Hg.) (2005): Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies. New York: Guilford Press.

Harlow, H.F. (1961). The development of affectional patterns of infant monkeys. In B.M. Foss (Ed.), Determinants of infant behaviour (Vol. 1). New York: Wiley.

Main, M. (1990). Cross-Cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. Human Development, 33, 48-61.

Main, M. & Solomon, J. (1986). Discorvery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. In T.B. Brazelton & M. Yogman (Eds.), Affective development in infancy (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.

Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants disorganized/disoriented during Ainsworth strange situation. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), Attachment in the preschool years. Theory, research and intervention (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago.

Marvin, R.S.; Cooper, C. L.; Hoffmann, K.; Powell, B. (2003): Das Projekt „Kreis der Sicherheit". In: Scheuerer-Englisch, H.; Suess, G.; Pfeiffer, W.K. (Hg.): Wege zur Sicherheit - Bindungswissen in Diagnostik und Intervention. Gießen: Psychosozial-Verlag .

Pauli-Pott, U. & Bade, U. (2002). Bindung und Temperament. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Eds.), Klinische Bindungsforschung (pp. 321-366). Stuttgart: Schattauer.

Spangler, G. & Schieche, M. (1995). Psychobiologie der Bindung. In G. Spangler & P. Zimmermann (Eds.), Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung (pp. 297-310). Stuttgart: Klett-Cotta.

Sroufe, A.; Egeland, B.; Carlson, E.A.; Collins, W. (2005): The Development of the Person. The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood. New York: Guilford Press.

Thompson, R. A. (1998). Biology and the child. In W. Damon (Ed.), Handbook of child psychology, Bd. 3: Social, emotional and personality development (pp. 177-236). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Weinfield, N.S., Sroufe, A., Egeland, B. & Carlson, E.A. (1999). The nature of individual differences in the in infant-caregiver attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), Handbook of attachment: Theory, research and clinical implications (pp. 68-88). New York: Guilford Press.

Ziegenhain, U. (2001). Sichere mentale Bindungsmodelle. In G. Gloger-Tippelt (Ed.), Bindung im Erwachsenenalter (pp. 154-173). Bern: Hans Huber.

Dr. Julia Berkic
Staatsinstitut für Frühpädagogik
Winzererstraße 9, 80797 München
Tel. (089) 9 98 25-19 51
E-Mail: Julia.Berkic@ifp.bayern.de

Kinder aus suchtbelasteten Familien: Fakten, Risiken, Lösungen und Prävention für Kinder aus suchtbelasteten Familien

Michael Klein

In Deutschland leben bis zu 2,69 Millionen Kinder und Jugendliche, die von der Alkohol- und Drogenstörung eines Elternteils wenigstens zeitweise betroffen sind. Mehr als 800.000 sind dauerhaft während ihrer ganzen Kindheit und Jugend betroffen. Zahlreiche Studien, vor allem aus USA und Skandinavien, neuerdings aber auch aus Deutschland, haben gezeigt, dass diese Kinder und Jugendlichen ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Mehr als ein Drittel der betroffenen Kinder entwickelt ab dem Jugendalter eine Substanzabhängigkeit. Insgesamt bis zu einem Drittel (teilweise mit dem ersten Drittel überlappend) zeigt eine relevante psychische Störung, vor allem im Bereich der Ängste, des Affekts oder der Persönlichkeit.

Neben der Gefahr direkter Auswirkungen des Substanzkonsums der Mutter in der Schwangerschaft sind es in hohem Maße die indirekten Auswirkungen der elterlichen Substanzprobleme, die sich auf die nächste Generation auswirken. Hier sind es vor allem die Auswirkungen wechselnder starker Intoxikationen, die sich im Sinne einer extremen Verhaltensvolatilität im Elternverhalten niederschlagen. Unberechenbarkeit, Unkontrollierbarkeit, destruktive Elternkonflikte, Gewalt und ganz allgemein ein hohes Ausmaß innerfamiliären psychischen Stresses sind die Hauptformen des gestörten Elternverhaltens, die aufzufinden sind. Allerdings bleibt ein gewisser Teil (Studien gehen von bis zu einem Drittel) der betroffenen Kinder und Jugendlichen völlig oder weitgehend psychisch gesund trotz des familialen Stresses. Dieses Phänomen der psychischen Stressresistenz, das als Resilienz bezeichnet wird, beruht auf intrapsychischen und sozialen Kompetenzen (z.B. Autonomie, Kreativität, Vorhandensein einer kontinuierlichen liebevollen Bezugsperson), die auch in notwendigen Präventionsprogrammen zum Tragen kommen sollten.

Um den betroffenen Kindern und den Familien insgesamt zu helfen, bedarf es vor allem langfristiger, früh einsetzender und nachhaltiger Hilfen, die in enger Abstimmung zwischen Suchthilfe, Jugendhilfe und Primärmedizin durchzuführen sind. Insofern stellen Kinder und Jugendliche in suchtbelasteten Familien eine prioritäre Aufgabe der selektiven Prävention dar.

Zu „Prävention für Kinder aus suchtbelasteten Familien“ und „Kinder aus suchtbelasteten Familien: Fakten, Risiken, Lösungen“ sprach Prof. Klein auf den Foren Suchtprävention der LZG 2007 bzw. 2008. Die Vorträge stehen unter www.lzg-bayern.de (Rubrik „ZIS“, Stichwort „Forum Suchtprävention 2007“ bzw. „Forum Suchtprävention 2008“) zum Download zur Verfügung. Die wichtigsten Informationen sind auf den folgenden Seiten stichwortartig zusammengefasst.

Kinder in suchtbelasteten Familien sind

- die größte bekannte Risikogruppe zur Entwicklung von Suchtstörungen
- eine primär relevante Gruppe für selektive Prävention in Bezug auf Suchtstörungen
- eine Gruppe mit erhöhten Lebensfeldrisiken (Gewalt, Unfälle, Verletzungen)
- eine Gruppe mit erheblichen Tabuisierungstendenzen

Die häufigsten typischen Lebenserfahrungen von Kindern alkoholkranker Eltern (nach Cork, 1969; n =115)

1. Nicht zu Freunden gehen, um nicht in die Zwangslage zu geraten, diese zu sich nach Hause einladen zu müssen, wo die Eltern sich beschämend verhalten könnten.
2. In der Schule mit den Gedanken zu Hause sein, was dort gerade Schlimmes passiert oder bald passieren wird.
3. Andere Kinder beneiden oder eifersüchtig auf diese sein, wenn sie Spaß und Leichtigkeit mit ihren Eltern erleben.
4. Sich als Kind unter Gleichaltrigen isoliert, abgewertet und einsam fühlen.
5. Sich von den Eltern vernachlässigt, bisweilen als ungewolltes Kind fühlen.
6. Für die Eltern sorgen, sich um sie ängstigen, insbesondere wenn die Mutter süchtig trinkt.
7. Sich um Trennungsabsichten oder vollzogene Trennungen der Eltern unablässig Sorgen machen.
8. Als Jugendlicher die Eltern nicht im Stich lassen wollen (z.B. nicht von zu Hause ausziehen können).
9. Die Eltern für ihr Fehlverhalten entschuldigen. Lieber andere Menschen oder sich selbst beschuldigen.
10. Vielfache Trennungen und Versöhnungen der Eltern erleben und sich nicht auf einen stabilen, dauerhaften Zustand verlassen können.
11. Wenn der trinkende Elternteil schließlich mit dem Alkoholmissbrauch aufhört, weiterhin selbst Probleme haben oder solche suchen.

Hintergründe der Tabuisierung

Spezifische Belastungen aus der deutschen Geschichte („erbkranker Nachwuchs“)

Schuld- und Verantwortungsabwehr seitens der Eltern („Mein Kind hat nichts gemerkt!“)

Selbstwertdienliche Attributionen („Ich war doch immer noch eine gute Mutter“)

Isomorphe Reaktionen im Hilfesystem („Solange das Kind keine Symptome zeigt, ist es nicht krank!“)

Vermeidung von Konflikten mit uneinsichtigen Betroffenen (Frühintervention bedeutet frühen Ärger!)

Einseitige Individualorientierung der Hilfesysteme

Marginalisierung der psychischen Gesundheit im Vergleich zur körperlichen Gesundheit

Unterschätzung der Transmissionsrisiken (z.B. durch genetische Risiken, Modelllernen)

Massive ökonomische Interessen an funktionierender Alkoholkultur: Eine Gesellschaft mit weniger Alkohol ist kaum mehr vorstellbar

Alkohol- und Drogenerziehung sind als Konzepte weitgehend nicht bekannt

Transmission von Suchtstörungen in Familien

Ausgangslage und Fakten

In Deutschland leben

- 2,65 Millionen Kinder, bei denen ein Elternteil eine alkoholbezogene Störung (Missbrauch oder Abhängigkeit) aufweist (Lachner & Wittchen, 1997; Klein, 2005).
- ca. 40.000 Kinder mit einem drogenabhängigen Elternteil.

Das heißt: Es geht insgesamt nicht um eine kleine gesellschaftliche Randgruppe, sondern um eine substanzielle Gruppe von Kindern, die ein erhöhtes negatives Entwicklungsrisiko aufweist. Die gesunde Entwicklung von Kindern suchtkranker Eltern sollte ein prioritäres Public Health-Thema sein.

Prävalenzen

- Jedes 7. Kind lebt zeitweise (jedes 12. dauerhaft) in einer Familie mit einem Elternteil, der eine alkoholbezogene Störung (Abhängigkeit oder Missbrauch) aufweist (Deutschland; Lachner & Wittchen, 1997).
- Jedes 4. Kind lebt in einer Familie mit einem Elternteil, der eine alkoholbezogene Störung (Abhängigkeit oder Missbrauch) aufweist (USA; Grant et al., 2000).
- Jedes 3. Kind in einer alkoholbelasteten Familie erfährt regelmäßig physische Gewalt (als Opfer und/oder Zeuge) [Klein & Zobel, 2001].
- Von den Kindern alkoholabhängiger Eltern entwickeln ca. 33% bis 40% selbst eine substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung (Sher, 1991; Windle & Searles, 1990; Klein, 2005; Zobel, 2006).
- Ca. ein Drittel (teilweise überlappend mit dem erstgenannten Drittel) zeigt psychische Störungen (z.B. Ängste, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen).

Kinder suchtkranker Eltern sind die größte bekannte Risikogruppe zur Entwicklung eigener Suchtstörungen, insbes. Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie Verhaltenssüchte (= suchtspezifische Auswirkungen).

Für alle anderen psychischen Störungen (z.B. Ängste, Depressionen, Schizophrenien, Schlafstörungen, Persönlichkeitsstörungen) weisen sie ebenfalls erhöhte Risiken auf (= Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Kindern).

Entwicklungsrisiken („Drittelfaustregel“)
Entwicklungswege von Kindern suchtkranker Eltern:

- Etwa ein Drittel entwickelt gravierende Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, die zur Chronifizierung neigen.
- Etwa ein Drittel entwickelt leichte bis mittelschwere Probleme, die die Funktionsfähigkeit nur leicht bis mittelschwer beeinträchtigen und oft nur vorübergehender Natur sind.
- Etwa ein Drittel entwickelt keine relevanten Probleme oder bleibt psychisch vollkommen gesund bzw. stabil.

Aber: Keine monokausalen Modelle!

Transmission

Weitergabe typischer Eigenschaften und Verhaltensweisen von Generation zu Generation.

Prospektive Transmission von Alkoholabhängigkeit über zwei Generationen: 33% bis 40% (Risikofaktor OR = 3.5 bis 6.0).

Besonders hohe retrospektive Transmission von Alkoholabhängigkeit bei Problemgruppen (Heimkinder, Jugendliche im Strafvollzug, Patienten im Maßregelvollzug, Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie): 50% bis 75%.

Retrospektive Transmission bei Drogenabhängigkeit über zwei Generationen: 45% bis 50% der Eltern von Drogenabhängigen wiesen eine Alkoholabhängigkeit auf.

Aber: Transmission ist keine Determination und familialer Alkoholismus kein monokausaler Faktor!

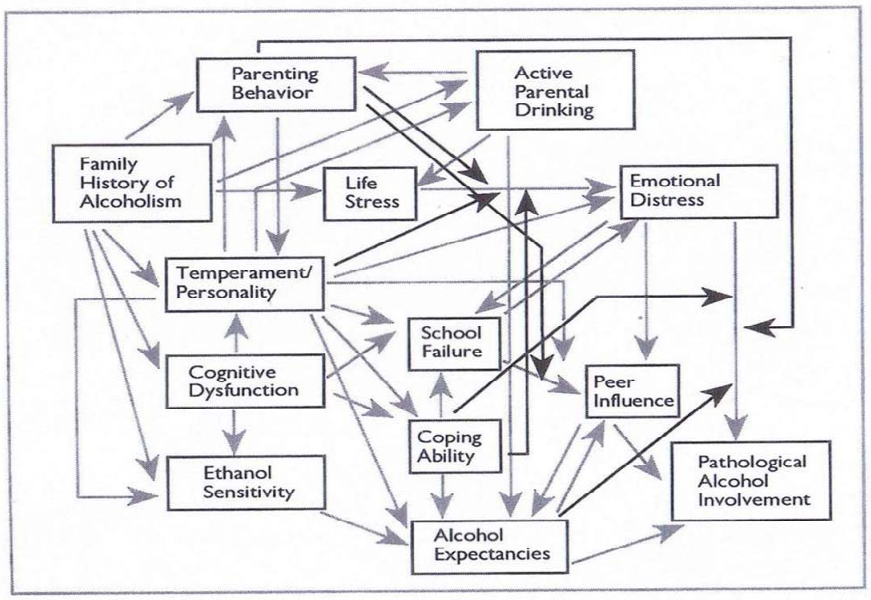


Figure 4: Simultaneous consideration of multiple pathways. Mediating paths are indicated by green lines, moderating paths are indicated by black lines. Reprinted with permission of University of Chicago Press.

Rollen in suchtbelasteten Familien

Wegscheider (1988)	Black (1988)	Ackerman (1987)	Lambrou (1990)	Jakob (1991)
Held	Verantwortungsbewusstes Kind	Macher	Macher	Elternkind Partnerersatz Vorzeigekind
Sündenbock	Ausagierendes Kind	Sündenbock	Sündenbock	Schwarzes Schaf
Verlorenes Kind	Fügsames Kind	Schweiger	Unsichtbares Kind	
Clown	Friedensstifter	Maskottchen	Maskottchen	Nesthäkchen
		Chamäleon	Chamäleon	
		Der Übererwachsene/ Distanzierte/ Unverletzte		Das kranke Kind (Klein, 2003)

Regelmäßiges Tabakrauchen in Abhängigkeit von elterlichen Alkoholstörngen (Klein, 2002) [N=151]

Elterliche Probleme mit Alkohol	Kinder regelmäßige Raucher (Altersdurchschnitt: 13.5 Jahre)
ja	21.7 %
nein	11.5 %**

**: p<.01

Relative Wahrscheinlichkeiten (OR) für Alkoholabhängigkeit bei Töchtern und Söhnen von Eltern mit Alkoholstörungen

Elterliche Probleme mit Alkohol	Männliche Probanden odds-ratio (OR) für Alkoholabhängigkeit	Weibliche Probanden odds-ratio (OR) für Alkoholabhängigkeit
Nur Vater	2.01 **	8.69 ***
Nur Mutter	3.29 ***	15.94 ***
Beide Elternteile	18.77 ***	28.00 ***

**: p<.01; ***: p<.001.
aus: Lachner & Wittchen (1997, 69).

Konsequenzen für die psychische Gesundheit von Kindern

Häufigste Folgen familialen Alkoholismus (West & Prinz, 1987):

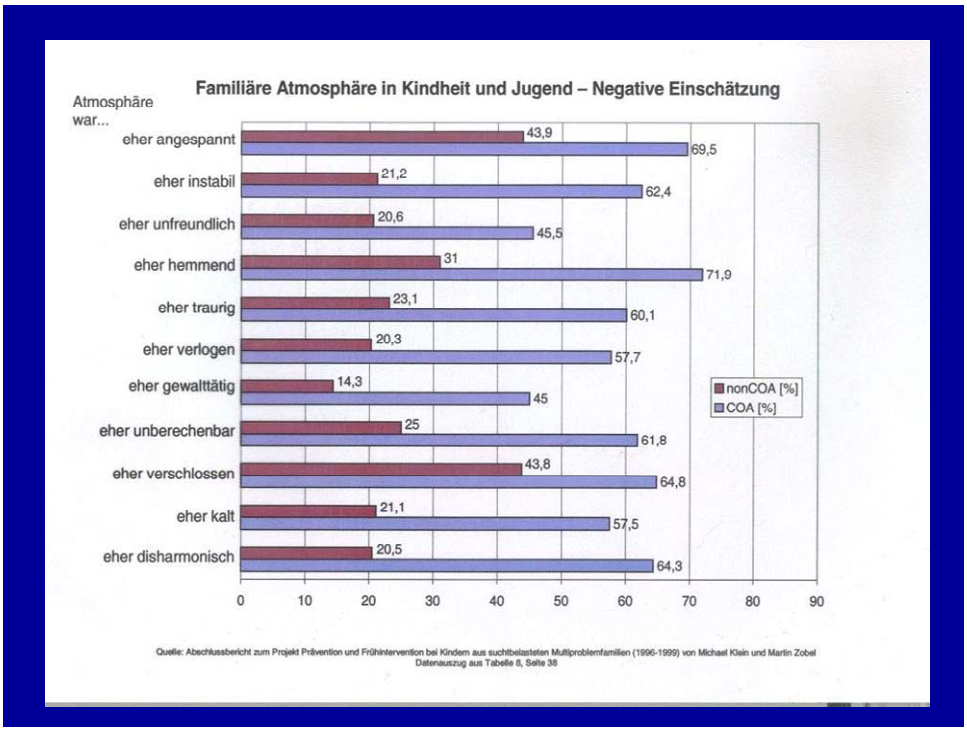
- Hyperaktivität und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten
- Substanzmissbrauch, Delinquenz und Schuleschwänzen
- Kognitive Funktionsstörungen
- Soziale Interaktionsprobleme
- Körperliche Probleme
- Angst und Depressionen
- Körperliche Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung
- Dysfunktionale Familieninteraktionen

Konsequenzen für die psychische Gesundheit von Kindern

Haupterfahrungen der Kinder suchtkranker Eltern: Volatilität des Elternverhaltens

- Instabilität
- Unberechenbarkeit
- Unkontrollierbarkeit
- Gewalt (Zeuge und/oder Opfer)

- Misshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung
- Verlusterlebnisse, Diskontinuitäten



Relative Erkrankungsrisiken (OR) für Jugendliche in alkoholbelasteten Familien [Lachner & Wittchen, 1997]

Elternteil mit Alkoholdiagnose	Diagnose Jugendliche	Odds ratio
Nur Vater Nur Mutter Beide	Phobische Störung	1.79 2.38 4.12
Nur Vater Nur Mutter Beide	Generalisierte Angststörung	3.13 4.56 6.58
Nur Vater Nur Mutter Beide	Posttraumatische Belastungsstörung	5.53 5.15 14.77

Kriterium Parasuizidalität (N = 251)	Kinder aus alkoholbe-lasteten Familien mit Expositions-zeit > 4 Jahren	Kinder aus alkoholbe-lasteten Familien mit Expositionszeit < 4 Jahren	Kinder aus unbelaste-ten Kontroll-familien
Bist Du so verzweifelt, dass Du Dich umbringen möchtest?	13.5 %	4.8 %	7.1 %
Denkst Du manchmal an Selbstmord?	24.0 %	20.6 %	8.6 %
Möchtest Du manchmal am liebsten tot sein?	34.1 %	23.0 %	14.5 %

aus: Klein, 2005

Hast Du manchmal Angst vor dem Vater?

Elternteil mit Alkoholdiagnose	ja	nein	gesamt
Vater	75 (59.5%)	51 (40.5%)	126
Stiefvater	8 (66.7%)	4 (33.3%)	12
Kontrollgruppe	4 (6.6%)	57 (93.4%)	61

N= 251;11- bis 16-Jährige aus nicht klinischer, repräsentativer Schülerstichprobe

Hast Du manchmal Angst vor der Mutter?

Elternteil mit Alkoholdiagnose	ja	nein	gesamt
Mutter	13 (38.2%)	21 (61.8%)	34
Mutter und Vater	7 (58.3%)	5 (41.7%)	12
Kontrollgruppe	0 (0.0%)	59 (100.0%)	59

11- bis 16-Jährige aus nicht klinischer Stichprobe

Erlebst Du manchmal Gewalt bei einem Elternteil, wenn er/sie getrunken hat?

Elternteil mit Alkoholdiagnose	ja	nein	gesamt
Vater	32 (26.0%)	91 (74.0%)	123
Mutter	3 (8.6%)	32 (91.4%)	35
Stiefvater	3 (27.3%)	8 (72.7%)	11
Mutter und Vater	3 (30.0%)	7 (70.0%)	10
Kontrollgruppe	0 (0.0%)	60 (100.0%)	60

11- bis 16-Jährige aus nicht klinischer Stichprobe

ENCARE

KOMPETENZPLATTFORM SUCHTFORSCHUNG

Ergebnisse des Fragebogens für Jugendliche (YSR; N=19); Studie ALC-VIOL (Klein & Reuber, 2007)

Skala	*Klinisch auffällig*	*Grenzbereich*	*Nicht auffällig*
Internalisierende Auffälligkeiten	26 % (n=5)	11 % (n=2)	63 % (n=12)
Externalisierende Auffälligkeiten	5 % (n=1)	26 % (n=5)	68 % (n=13)
Gesamtwert Problemverhalten	32 % (n=6)	11 % (n=2)	58 % (n=11)

Angaben bezogen auf die letzten 6 Monate

ENCARE

KOMPETENZPLATTFORM SUCHTFORSCHUNG

Gewalthandlungen zwischen den Eltern (CTS2-CA; N=19); Studie ALC-VIOL (Klein & Reuber, 2007)

Im letzten Jahr mind. einmal eine Form von ... erlebt:

Skala		*Vater gegen Mutter*	*Mutter gegen Vater*
Psychische Aggressionen	leichte	90 %	90 %
	schwere	42 %	37 %
Körperliche Gewalt	leichte	47 %	42 %
	schwere	37 %	32 %
Verletzungen		32 %	21 %

ENCARE

KOMPETENZPLATTFORM SUCHTFORSCHUNG

Gewalthandlungen: Eltern gegen Jugendlichen (CTSPC-CA; N=19); Studie ALC-VIOL (Klein & Reuber, 2007)

Im letzten Jahr mind. einmal eine Form von … erlebt:

Skala		*Vater gegen Jugendlichen*	*Mutter gegen Jugendlichen*
Psychische Aggressionen		58 %	68 %
Körperliche Gewalt	leichte	37 %	32 %
	schwere	16 %	16 %
	extreme	5 %	16 %

ENCARE

KOMPETENZPLATTFORM SUCHTFORSCHUNG

Bewältigung alkoholbezogener Probleme (KIDCOPE); Studie ALC-VIOL (Klein & Reuber, 2007)

Copingstrategie	*Häufigkeit*	*Wirksamkeit*
Ich wünsche mir, die Situation wäre nie aufgetaucht.	Rang 1	Rang 8
Ich versuche mich besser zu fühlen, indem ich Zeit mit anderen verbringe.	Rang 2	Rang 1
Ich wünsche mir, ich könnte die Dinge ändern.	Rang 3	Rang 11
Ich versuche die Situation zu bewältigen, indem ich etwas tue oder mit jemandem spreche.	Rang 4	Rang 2
Ich versuche mich selbst zu beruhigen.	Rang 5	Rang 4
Ich tue etwas wie fernsehen oder spielen, um es zu vergessen.	Rang 6	Rang 3

Konstellationen in dysfunktionalen Familien

Suchtstörungen in Familien treten meist in Kombination mit anderen Stressoren und Belastungsfaktoren auf. Diese bilden für die betroffenen Kinder „widrige Kindheitserfahrungen“ („adverse childhood effects“; ACE)

Die wichtigsten neun ACEs sind:

(1) Emotionaler Missbrauch
(2) Körperliche Misshandlung
(3) Sexueller Missbrauch
(4) Emotionale Vernachlässigung
(5) Körperliche Vernachlässigung
(6) Geschlagene Mutter
(7) Elterliche Komorbidität
(8) Elterliche Trennung und Scheidung
(9) Elternteil im Strafvollzug

Kinder alkoholbelasteter Eltern weisen im Schnitt das Vorhandensein von 3,2 ACEs auf.

Kategorien widriger Kindheitserfahrungen I

(adverse childhood experiences; ACE; Dube et al., 2001)

Kategorie widriger Kindheitserfahrungen	Elterlicher Alkoholmissbrauch	Töchter %	Odds Ratio	Söhne %	Odds Ratio
Körperliche Vernachlässigung	Kein Elternteil	6.6	1.0	8.5	1.0
	Nur Vater	14.7	2.4	17.9	2.5
	Nur Mutter	20.2	3.9	21.5	3.7
	Beide Elternteile	27.7	6.0	28.8	5.8
Körperliche Misshandlung	Kein Elternteil	20.8	1.0	24.7	1.0
	Nur Vater	35.3	1.9	38.6	1.8
	Nur Mutter	43.8	2.6	43.0	2.1
	Beide Elternteile	49.1	3.3	52.2	3.1
Sexueller Missbrauch	Kein Elternteil	20.2	1.0	15.8	1.0
	Nur Vater	35.1	2.0	21.7	1.5
	Nur Mutter	35.1	1.8	29.1	2.2
	Beide Elternteile	47.5	3.1	19.8	1.3

Bindungsmuster bei psychisch kranken Müttern (Cicchetti et al., 1995)

Erkrankung der Mutter	Anteil unsicherer Bindung bei Kindern
schwere Depression	47%
leichte Depression	24%
bipolare Depression	79%
Angsterkrankungen	80%
Alkoholmissbrauch	52% (davon 35% ambivalent)
Drogenmissbrauch	85% (davon 75% ambivalent)

Gesundheitliche Gefahren für Kinder aus suchtbelasteten Familien

- Die Zahl der Krankenhausaufenthalte liegt um 24,3 % höher.
- Die durchschnittliche Verweildauer bei stationären Behandlungen liegt um 61,7% höher (Woodside et al., 1993).
- Die behandlungsbezogenen Kosten liegen um 36,2 % höher (Woodside et al., 1993).
- Subjektive Gesundheit: 35,6% der Kinder aus suchtbelasteten Familien (Exp. > 4 Jahre) geben an, dass sie sich oft krank fühlen (vs. 15,9%) (Klein, 2003).

Besonderheiten bei Kindern drogenabhängiger Mütter (Eltern)

Basisbedürfnisse, die für Kinder drogenabhängiger Eltern erfüllt sein müssen (nach A. Baller, KDO, Amsterdam, 1985)

- Angemessenes Wohnen, inkl. Sauberkeit, Hygiene, Heizung, Wasser- und Stromversorgung
- Ausreichende ausgewogene Ernährung
- Adäquate Kleidung
- Absicherung eines Mindestlebensunterhalts
- Sicherung regelmäßiger ärztlicher Versorgung
- Vorhandensein einer festen kontinuierlichen Bezugsperson („responsible caregiver“)
- Gewährleistung der Aufsichtspflicht, Verhütung von Unfällen und Verletzungen
- Gewaltfreie Erziehung
- Strukturierter verlässlicher Alltag incl. geregeltem Tag-Nacht-Rhythmus
- Gewährleistung einer ausreichenden pädagogischen Förderung und Erziehung
- Teilnahme am sozialen Gleichaltrigenleben (peer-Gruppen)

Die Lebenssituation vieler Kinder drogenabhängiger Eltern widerspricht immer noch der UN-Kinderrechtskonvention und zahlreichen Regelungen nationaler Gesetze (z.B. SGB VIII), insbes. gemäß UN-Kinderrechtskonvention.

Art. 3 [Im besten Interesse des Kindes]: Bei politischen, rechtlichen und gesellschaftlichen Entscheidungen sollen die Interessen und Belange der Kinder vorrangig berücksichtigt werden.

Art. 19 [Schutz vor Gewaltanwendung, Misshandlung, Verwahrlosung]: Der Staat schützt das Kind vor jeglicher Form von Misshandlung durch die Eltern oder andere Erziehungsberechtigte und stellt geeignete Sozialprogramme auf, um Missbrauch zu verhindern und den Betroffenen zu helfen.

Art. 24 [Ein Höchstmaß an Gesundheit orientieren]: Jedem Kind ist ein Höchstmaß an erreichbarer und zu erhaltender Gesundheit zu garantieren.

Art. 27 [Angemessene Lebensbedingungen; Unterhalt]: Jedes Kind hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine volle körperliche, seelische, geistige, sittliche und soziale Entwicklung erlaubt. Es ist in erster Linie die Pflicht der Eltern, den angemessenen Lebensstandard für ihr Kind sicherzustellen. Die Pflicht des Staates besteht darin, dafür zu sorgen, dass dieses Recht verwirklicht werden kann. Diese Verpflichtung des Staates kann auch materielle Hilfe für Eltern und Kinder beinhalten.

Art. 33 [Schutz vor Suchtstoffen]: Kinder haben das Recht, vor dem Gebrauch von Sucht- und Rauschmitteln sowie einer Beteiligung an der Herstellung oder dem Handel von Drogen geschützt zu werden.

Wie viele Drogenabhängige haben Kinder?

29,0 %	Niedrigschwelliger Hilfebereich	Hartmann et al., 1994
31,0 %	Substitutionsbehandlung Hamburg	Janczak & Wendelmuth, 1994
30,3 %	Substitutionsbehandlung Niedersachsen	Schulzke, 1994
50,0 % weibl. 30,0 % männl.	Substitutionsbehandlung Hessen	Arnold et al., 1995
34,9 %	Drogenhilfeverbund JJ, Frankfurt	Englert & Ziegler, 1999
31,6 %	Qualifizierte Entzugseinrichtungen, Köln	Klein, 1999

Fremdplatzierungsquoten bei Kindern von Drogenabhängigen

Umfang der Gruppe	Fremdplatzierungsquote	Institution / Indikation	Autor(en)
66	43,4 %	Gemischte Einrichtungen der Drogenhilfe (WA)	Nair et al., 1997
45	38,0 %	Familienorientiertes ambulantes Modellprojekt	Puxi & Kremer-Preiß, 1998
172	51,7%	gemischte Einrichtungen der Drogenhilfe	Scheib & Steier, 1998
360	61,9 %	Qualifizierte Entgiftungseinrichten, Köln	Klein, 1999
142	35,7 % regelmäßige Programmteilnehmer 77,8 % Programmabbrecher	Modellprojekt für crackabhängige Mütter	Magura et al., 1999
607	29,0 %	Modelleinrichtungen Substitution	Raschke et al., 2000

Anteil der Kinder mit einer alleinerziehenden drogenabhängigen Mutter

Zahl der Kinder	Anteil der Kinder bei alleinerziehenden Müttern	Quelle
34	35,3 %	Arnold & Steier, 1997
56	41,0 %	Puxi & Kremer-Preiß, 1998
148	15,5 %	Substitutionsambulanz des SKM (Köln) mündliche Information, 2000
9% aller Opiatabhängigen und 8% aller Kokainabhängigen lebten 1998 alleine mit einem Kind in einem Haushalt zusammen (Simon & Palazetti, 1999)		

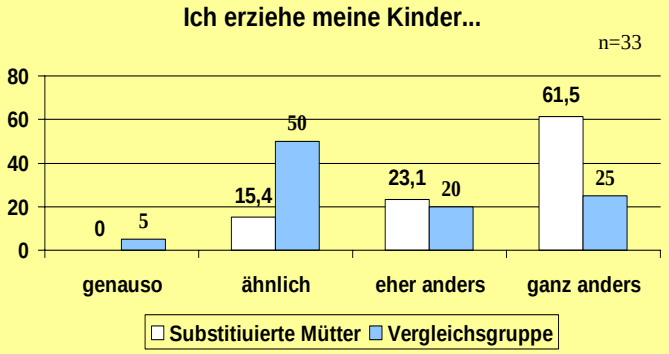
Suchtkranke Eltern(teile) bei Drogenabhängigen

Anzahl Perso-nen			
54	Patientinnen in gemischten Drogentherapieeinrichtungen	51,0 % ein suchtkranker Elternteil	Hanel, 1988
191	Patienten in gemischen Drogentherapieeinrichtungen	36,0 % ein suchtkranker Elternteil	Hanel, 1988
59	Offene Drogenszene	54,2 % ein suchtkranker Elternteil	Sickinger, 1994
56	Drogenabhängige in Therapie	51,8 % ein suchtkranker Elternteil	Arnold & Steier, 1997
34	Patientinnen im niedrigschwelligen Drogenentzug	41,2 % alkoholabhängige Mutter	Hoffmann et al., 1997
68	Patienten im niedrigschwelligen Drogenentzug	48,5 % alkoholabhängige Mutter	Hoffmann et al., 1997
102	Drogenabhängige im niedrigschwelligen Drogenentzug	58,8 % alkoholabhängiger Vater	Hoffmann et al., 1997
501	Drogenabhängige im niedrigschwelligen Bereich	45,0 % alkoholabhängiger Vater	Mann & Kapp, 1997
651	männliche Drogenkonsumenten	22,2 % alkoholabhängiger Vater 10,3 % alkoholabhängige Mutter	Küfner et al., 2000

Relative Erkrankungsrisiken (OR) für Jugendliche in alkoholbelasteten Familien [Lachner & Wittchen, 1997]

Elternteil mit Alkoholdiagnose	Diagnose Jugendliche (N = 3021)	Odds ratio
Nur Vater Nur Mutter Beide	Drogenabhängigkeit	4.13 7.79 16.68
Nur Vater Nur Mutter Beide	Essstörung	2.12 2.95 2.87

Vergleich mit den eigenen Eltern



Mögliche Risiken für Kinder drogenabhängiger Eltern

- Pränatale Schädigungen
- mangelhafte postnatale Kompensation
- Gewalt, Kriminalität der Eltern
- Traumatisierung durch Missbrauch, Misshandlung oder Suizidalität der Eltern
- Vernachlässigung, Deprivation
- Elterliche Komorbidität (insbesondere affektive Störungen, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen)
- Instabilität und Inkonsistenzen im Erziehungsverhalten
- Vaterlosigkeit, wechselnde Lebenspartner der Mütter („Stiefväter“)
- Armut, Wohnungslosigkeit (soziale Marginalisierung)
- Keine drogenfreie Modellperson als Erziehungsperson
- Negative Effekte durch Beikonsum psychotroper Substanzen

Besonderheiten bei Kindern drogenabhängiger Eltern

Die Schädigungen bei Kindern von drogenabhängigen Eltern sind in mehreren Bereichen gravierender als bei den Kindern Alkoholabhängiger. Dies resultiert aus folgenden Gründen:

- Die Kinder sind häufiger von der Abhängigkeit beider Elternteile betroffen. Dadurch können die negativen Effekte des drogenabhängigen Elternteils nicht in ausreichendem Maß kompensiert werden.
- Die Kinder sind häufiger von Trennungen betroffen und wachsen entsprechend häufiger bei nur einem Elternteil, in der Regel der Mutter, auf.
- Die Kinder erleben im Zusammenhang mit Beschaffungskriminalität mehr traumatische Situationen, z.B. Prostitution der Mutter, Verhaftung des Vaters u.ä.
- Die Kinder sind meist in ihren frühen Lebensjahren von der Abhängigkeit eines Elternteils betroffen, was nach den Erkenntnissen der Entwicklungspsychopathologie ein stärkeres Entwicklungsrisiko mit sich bringt.
- Die Kinder erleben stärkere soziale Isolation und Ächtung, lernen weniger sozial förderliche Verhaltensweisen und erleben sich dadurch insgesamt in ihrem Selbstwertgefühl als instabiler und gefährdeter.
- Die Kinder leiden stärker unter sozialer Marginalisierung der Familie, z.B. in Form von Armut, Arbeitslosigkeit, beengten Wohnverhältnissen.
- Durch die im Vergleich mit Alkoholabhängigen höhere Komorbidität laufen die Kinder Gefahr, häufiger eine doppelte Schädigung aufgrund des komplexeren Störungsbildes ihrer Eltern zu erleiden.
- In Einzelfällen, die klinisch durchaus bekannt und dokumentiert sind, erleiden Kinder Vergiftungen durch psychotrope Substanzen, die im Lebensumfeld der Eltern gewöhnlich den Status der Normalität besitzen.
- Aufgrund pränataler Komplikationen und einer größeren Zahl von Frühgeburten kann es zu verstärkten Problemen beim Beziehungsaufbau („bonding“) zwischen Mutter und Kind kommen. Die Kinder weisen häufiger ein schwieriges Temperament auf, was bei den Eltern zu Überforderungs- und Insuffizienzgefühlen führen kann.

Es ist insgesamt davon auszugehen, dass die Gesamtlast der Risikofaktoren bzgl. der kindlichen Entwicklung mit jeder weiteren in der Schwangerschaft konsumierten Droge steigt (Englert, 2008).

Schutzfaktoren und Resilienzen als Ressourcen für Prävention

Resilienz: Kraft und Ausdauer unter Stress

Intrapsychische protektive Faktoren für Kinder und Jugendliche (Werner, 1986):

- Ein Temperament des Kindes, das positive Aufmerksamkeit hervorruft
- Durchschnittliche Intelligenz und ausreichende Kommunikationsfähigkeit, auch im Schreiben
- Stärkere allgemeine Leistungsorientierung
- Eine verantwortliche, sorgende Einstellung
- Positives Selbstwertgefühl
- Internale Kontrollüberzeugung (internal locus of control)
- Glaube an Selbsthilfemöglichkeiten

Soziale protektive Faktoren:

- Viel Aufmerksamkeit und keine längeren Trennungen während des Kleinkindalters
- Kontinuierliche Begleitperson (caring and loving person)
- Keine weiteren Geburten in der Familie in den beiden ersten Lebensjahren
- Keine schweren elterlichen Konflikte bis zum zweiten Lebensjahr

Förderung von Resilienzen

Wolin & Wolin (1995) identifizierten sieben Resilienzen, die vor einer Transmission von Suchtstörungen schützen:

- Einsicht, Wissen, Ahnung
- Beziehungsfähigkeit, soziales Netzwerk
- Unabhängigkeit, Autonomie
- Initiative
- Kreativität
- Humor
- Moral

Familienrituale als Trigger für Transmission

Die Familienritualforschung (z.B. Bennett & Wolin, 1994) unterscheidet zwischen:

Subsumptiven Ritualen, bei denen das Familienleben den Bedingungen der Alkoholabhängigkeit unterworfen wird (z.B. Betrunkensein bei Festen, während der prime time usw.). Folge: Hohes Transmissionsrisiko

Distinktiven Ritualen, bei denen das Familienleben von den Eigenarten der Alkoholabhängigkeit weitgehend unberührt bleibt (z.B. nüchtern an Weihnachten, keine Exposition gegenüber hoch intoxikierten Personen usw.). Folge: Geringes Transmissionsrisiko

Präventionsansätze und Hilfekonstellationen

Kinder in suchtbelasteten Familien

Hilfe und Prävention

Die wirksamste einzelne Hilfe- und Präventionsmaßnahme ist die erfolgreiche Behandlung des suchtkranken Elternteils (Klein & Quinten, 2001)

Chronische Erkrankungen in Kindheit und Jugend	Elternteil in Therapie vor dem 12. Lebensjahr des Kindes und dauerhaft abstinent	Elternteil in Therapie nach dem 12. Lebensjahr des Kindes und dauerhaft abstinent
Ja	15.4% (bei Nicht-Abstinenz 45.5%)	20.5% (bei Nicht-Abstinenz 35.7%)
Nein	84.6%	79.5%

Klein, Michael: Köln: 2007. 39

Hauptproblem suchtkranker Eltern aus der Kindesperspektive: Verhaltensvolatilität
Das Hauptproblem suchtkranker Eltern im Erleben ihrer Kinder ist ihre Unberechenbarkeit und Unzuverlässigkeit, bisweilen auch ihre Impulsivität. Je stabiler und funktionaler ihr Verhalten wird, desto besser ist dies für ihre Kinder.

Ausgangssituation in den Hilfesystemen

Kinder suchtkranker Eltern

… erhalten nur in 10% aller Fälle Hilfen, wenn ihre Eltern Hilfen im Rahmen einer Suchtbehandlung erhalten (EBIS, 1998).

… sind in der Jugendhilfe nach wie vor ein überwiegend „blinder Fleck“.
Aber: Fast 40% von 423 im Rahmen von Jugendhilfemaßnahmen betreuten Kindern weisen einen Elternteil mit einem Alkoholproblem auf; fast alle alkoholabhängigen Mütter, die einen Partner haben, leben mit einem alkoholabhängigen Mann zusammen, was für die betroffenen Kinder eine doppelte Exposition mit Suchtproblemen bedeutet (Hinze & Jost, 2006).

… sind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch zu entdecken.
Denn: Fast 50% aller kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten einer ambulanten Normalpraxis weisen ein alkoholabhängiges Elternteil auf (Rosen-Runge, 2002).

NRW-Studie zur psychosozialen Infrastruktur der Hilfen für Kinder in suchtbelasteten Familien (2002):
Von 360 Fachkräften, die keine Weitervermittlungen an andere Stellen vorgenommen hatten, hatten 201 (55,8%) auch nicht selbst versucht, zu helfen. Auf der anderen Seite haben von den 693 Fachkräften, die weiter vermittelt haben, auch nur 159 (22,9%) nicht versucht, selbst zu helfen. Dieser im übrigen auch hochsignifikante Unterschied lässt vermuten, dass es entweder eine grundsätzliche Hilfe- und Interventionsbereitschaft gibt, die dann auch zu Folgehandlungen führt, oder dass im Alternativfall keine grundsätzliche Bereitschaft und Motivation vorhanden ist, so dass die einzelnen Interventionsschritte in ihrer notwendigen Abfolge nicht geschehen.

Ausgangssituation für die Fachkräfte

Kinder suchtkranker Eltern

… sind keine Zielgruppe der traditionellen Suchtprävention
… sind schwierig zu erreichen
… wirken oft an der Tabuisierung des Familienproblems mit
… gelten als Gruppe mit hoher Stigmatisierungsgefahr

Kriterien zur Evaluation der Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern (Modellprojekte NRW, 2005)

- Innovation
- Ergebnis- und Effizienzorientierung
- Breitenwirkung
- Reichweite
- Nachhaltigkeit
- Langfristigkeit
- Wissenschaftlichkeit
- Evaluation, Qualitätssicherung
- Geschlechtsspezifität
- Früherkennung

Evaluation der Modellprojekte „Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien" im Rahmen des Landesprogramms gegen Sucht NRW (2001 - 2005)

Hauptergebnisse:

Problemlagen der betreuten Kinder (N = 42)

Hyperaktivität	56.1%
Mangelnde Ausdauer	51.1%
Häufige Wutanfälle	50.0%
Ungeduld/Impulsivität	48.8%
aggressive gegen andere Kinder	48.7%
übermäßig ängstlich	41.1%
Schulleistungsprobleme	39.3%

Konsequenzen
Für Kinder in suchtbelasteten Familien sind Maßnahmen notwendig, die …

1. früh einsetzen (Frühintervention)
2. das vorhandene Risiko adäquat wahrnehmen und bearbeiten (selektive Prävention)
3. umfassend und dauerhaft sind (Case Management)
4. die ganze Familie einschließen (Familienberatung und/oder -therapie)
5. die Motivation zu guter Elternschaft und Suchtbewältigung verknüpfen (Motivational Interviewing)
6. die Resilienzen fördern bzw. entwickeln (Ressourcenorientierung)
7. nachhaltig und evidenzbasiert sind (Wissenschaftsorientierung)

Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien

Einführung eines einheitlichen Basisdokumentationssystems

Leitlinien für umfassende Hilfen für Kinder von Suchtkranken

Manualisierung von Basisangeboten (z.B. für Kindergruppenarbeit, Einzelfallarbeit, Elternarbeit, freizeitpädagogische Angebote)

Einführung und Verstetigung von Angeboten der selektiven Prävention

Bessere und klarere Finanzierungsgrundlagen

Verstärkte Öffentlichkeitsarbeit und Weiterbildung von Fachkräften (Kindergarten, Schule, Arztpraxen)

Ausbau der Frühintervention durch bessere Vernetzung der Institutionen und Stärkung der Früherkennung

Maßnahmen (personenorientiert):

- Gruppenarbeit mit Kindern und Jugendlichen
- Begleitende Elternarbeit
- Freizeitpädagogische Maßnahmen
- Familienorientierte Arbeit
- Einzelfallhilfe/Fallarbeit mit betroffenen Kindern
- Psychotherapie
- Selbsthilfe

Maßnahmen (strukturorientiert):

- Ausbau der selektiven und Schwerpunktprävention
- Verstärkung niedrigschwelliger Zugänge
- Vernetzung der Hilfedienste, insbes. Jugendhilfe, Suchthilfe, medizinische Dienste, in Richtung Case Management
- Verpflichtung der Hilfesysteme zur Dokumentation, Berichterstattung, Kooperation und Frühintervention
- Kontinuierliche Qualifikation der Fachkräfte

Konsequenzen für die Politik:

- „Kinder von Suchtkranken“ ist ein prioritäres Thema der öffentlichen Gesundheits- und Sozialpolitik und muss entsprechend behandelt werden.
- Es sollte eine Kultur der öffentlichen Informiertheit und der Verpflichtung zur Frühintervention geschaffen werden.
- Besonders wichtig ist die Entwicklung allgemein akzeptierter Leitlinien für Erziehung, Prävention und Therapie.
- Jugendhilfe und Suchthilfe müssen zu fester Zusammenarbeit verpflichtet werden und gemeinsame Konzepte entwickeln (vgl. „Blending perspectives and building common ground”, USA 1999).
- Auch Kinder unbehandelter oder behandlungsunwilliger suchtkranker Eltern haben einen eigenständigen Anspruch auf frühzeitige Hilfe, Beratung und Unterstützung.
- Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern sind auch als gewaltpräventive Maßnahmen anzusehen und müssen insofern koordiniert werden.

Konsequenzen für Fachkräfte:

- Über die Lebenswelt von Kindern von Suchtkranken muss in Studium, Aus- und Weiterbildung von Fachkräften umfassend informiert werden. Einschlägige Handlungskonzepte sollten an Fachkräfte aus Medizin, Psychologie und Sozialer Arbeit vermittelt werden.
- Hilfe und Unterstützung für Kinder von Suchtkranken müssen frühzeitig, umfassend, langfristig, kontinuierlich, niedrigschwellig und ohne negative Stigmatisierung erfolgen.
- Besonders geeignet und deshalb einzuführen sind kombinierte Maßnahmen aus den Bereichen Familientherapie, Motivational Interviewing und Case Management (Vorschlag: Familial Motivational Case Management)

Resümee

Die Evidenz, dass eine routinemäßige Ausweitung der Perspektive und des Handlungsrahmens des Hilfesystems auf die den Suchtkranken umgebende Familie geschehen muss, ist so hoch, dass das Verharren in ausschließlich individuumsorientierten Konzepten einen gesundheits- und versorgungspolitischen Kunstfehler darstellt.

Konzeption und Evaluation eines modularen Präventionskonzepts für Kinder aus suchtbelasteten Familien – Eine prospektive randomisiert-kontrollierte Multicenter-Studie

Kursübersicht MUT!

Sitzung 1	Was erwartet mich?	• Erstes Kennen lernen • Informationen zum Kurs • Fragebögen
Sitzung 2	Entwicklung ist Chance	• Was mich als Person ausmacht und geprägt hat. • Ich bin Begleiter meines Kindes in seiner Entwicklung.
Sitzung 3	Ich und mein Kind	• Was bedeutet für mich Kindheit? • So sehe ich mein Kind. • So war es bisher; das möchte ich ändern.
Sitzung 4	Großwerden als Aufgabe des Kindes	• Welche Erfahrungen wünschen ich meinem Kind besonders? • Die Entwicklungsgeschichte meines Kindes.
Sitzung 5	Einzelsitzung mit Kind	• Gemeinsame Spielsituation
Sitzung 6	Anerkennen, was ist	• Mein Leben in der Substitution. • Was sollte mein Kind von meiner Suchtgeschichte wissen?
Sitzung 7	Nur Mut!	• Bedürfnisse von Kindern • Wie kann ich mein Kind ermutigen und unterstützen?
Sitzung 8	So verstehen wir uns gut!	• Praktische Tipps und Übungen zu einem guten Miteinander.
Sitzung 9	Achtung, fertig, los!	• Was nehme ich aus dem Kurs mit? • Wie geht es nach dem Kurs für mich weiter? • Welche konkreten Ziele möchte und kann ich mir setzen?
Sitzung 10	Abschlussgespräch	• Nachbesprechung • Fragebögen
Sitzung 11	• Abschlussfest gemeinsam mit den Kindern	

Praktische Implikationen

Elternkursangebote für suchtbelastete Eltern sollten ...

- elternzentriert und ressourcenorientiert angelegt sein,
- das elterliche Selbstbewusstsein und eine positive Selbstwirksamkeitserwartung gezielt stärken,
- konkrete Erziehungsstrategien erst relativ spät im Kursverlauf thematisieren
- Grundlagen kindlicher Entwicklung vermittteln
- die Suchtgeschichte aufgreifen,
- einen Gegenpol zur sozialen Isolation bieten (Gruppensetting)

→ Mütter-Unterstützungs-Training, MUT! (Klein, 2006)

Handlungs- und Präventionsempfehlungen

- Vertrauensbildende Maßnahmen in der Frühphase (Schwangerschaft, Entbindung)
- Aufklärung zu Elternrechten (KJHG als Leistungsgesetz) und Elternpflichten
- Elterntraining als Regelmaßnahme der (familienorientierten) Drogenhilfe
- Regelmäßige Hausbesuche
- Sozialpädiatrische Regeluntersuchungen (Differenzialdiagnostik)
- Sozialpädagogische Kindergruppen (incl. Elterngespräche, Freizeiten)

Für die Praxis hilfreiche Bücher und Schriften:

Ehrenfried, T., Heinzelmann, C., Kähni, J. & Mayer, R. (1998). Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. Ein Bericht aus der Praxis für die Praxis. Balingen: Selbstverlag (2., korrigierte Auflage; Bezug: www.kinder-suchtkranker.de).

Klein, M. (2005). Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen. Regensburg: Roderer.

Klein, M. (Hrsg.) (2006). Kinder drogenabhängiger Mütter. Risiken, Fakten, Hilfen. Regensburg: Roderer.

Klein, M. (Hrsg.) (2007). Handbuch Kinder und Suchtgefahren. Stuttgart: Schattauer.

Mayer, R. (2003). Wirklich?! – Niemals Alkohol?! Problemskizzierungen zur präventiven Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. Balingen: Selbstverlag (Bezug: www.kinder-suchtkranker.de).

Zobel, M. (2001) (Hrsg.). Wenn Eltern zu viel trinken. Risiken und Chancen für die Kinder. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Relevante Internetadressen:

www.addiction.de (für Downloads)
www.kidkit.de
www.rias.de
www.kinder-suchtkranker.de
www.kinder-aus-suchtbelasteten-familien.de
www.nacoa.de
www.encare.info bzw. www.encare.de

Prof. Dr. Michael Klein
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (KathHO NRW)
Kompetenzplattform Suchtforschung
Wörthstraße 10, 50668 Köln
E-Mail: Mikle@kfhnw.de

Münchner Hilfenetzwerk für Kinder und ihre suchtkranken Eltern

Birgit Gorgas

Chancen und Risiken der interdisziplinären Kooperation für Familien mit suchtkranken Eltern

Die Chancen und Risiken für eine gelingende Kooperation sind auf mehreren Ebenen betrachtbar: auf der Ebene der betroffenen Familie, auf der der beteiligten Professionellen, aber auch auf der der Gesellschaft und ihrer Forderungen. Und es gibt einige Voraussetzungen, die für alle Ebenen grundlegend sind und erfüllt sein müssen.

- **Vernetzungen, Kooperationen und Zusammenarbeit sind wichtig und richtig: aber sie dauern und kosten Zeit.** Zeit, die manchmal nicht vorhanden ist, weil eine drogengebrauchende Mutter gerade ihr Kind geboren hat und Unterstützung benötigt oder eine alleinerziehende substituierte Mutter für ihren 3-jährigen Sohn keinen Kindergartenplatz bekommt.
- **Vernetzungen, Kooperationen und Zusammenarbeit gelingen nur auf der Grundlage von Wissen, Ernsthaftigkeit und Vertrauen.** Suchtkranke Eltern werden, auch in Fachkreisen, in ihrer Erziehungsfähigkeit über- oder unterschätzt. Für DrogenkonsumentInnen illegaler Drogen ist es nicht leicht, Vertrauen zu Behörden und Einrichtungen zu entwickeln. Und im Rückkehrschluss: auch den Behörden und Einrichtungen fällt es nicht leicht, Vertrauen zu suchtkranken Eltern aufzubauen. Aber auch die Fachkräfte untereinander müssen sich mit Respekt und Wertschätzung begegnen, was aufgrund fehlenden Wissens und vieler Vorbehalte gegenüber fremden Disziplinen nicht selbstverständlich ist.
- **Arbeit für und mit Familien, in denen Eltern suchtkrank sind, bewegt sich in einem gesellschaftlichen Spannungsfeld.** Die Anforderungen an die Fachkräfte in der Balance zwischen Hilfe und Kontrolle sind sehr hoch und die gesellschaftlichen Botschaften widersprüchlich. Die Eltern werden schnell verurteilt und ausgegrenzt und trauen sich deshalb kaum, Hilfe anzunehmen. Welchen Beitrag kann und soll hier die Suchthilfe und die Suchtprävention leisten?

Die Münchner Hilfenetzwerke für Kinder und ihre suchtkranken Eltern dienen als Modell für interdisziplinäre Kooperation zwischen den Fachkräften und den Eltern. Es kann diskutiert werden, welche Voraussetzungen geschaffen werden müssen, wenn Kooperationen der verschiedenen Beteiligten aufgebaut werden sollen.

Über das „Münchner Hilfenetzwerk für Kinder und ihre suchtkranken Eltern“ informierte Frau Gorgas auf dem Forum Suchtprävention der LZG 2008. Ihr Vortrag steht unter www.lzg-bayern.de (Rubrik „ZIS“, Stichwort „Forum Suchtprävention 2008“) zum Download zur Verfügung. Die wichtigsten Informationen sind auf den folgenden Seiten stichwortartig zusammengefasst.

Warum Hilfenetzwerke?
Ausgangssituation Ende der 1990er Jahre

- Kinder der KlientInnen in der Suchthilfe zu wenig wahrgenommen
- Familien von der Jugendhilfe zu wenig/zu spät erreicht
- Kaum Zusammenarbeit zwischen Jugendamt, Suchthilfe, Kliniken etc.
- Kooperationshindernis Schweigepflicht
- Spaltung der HelferInnen in „Gute“ und „Böse“

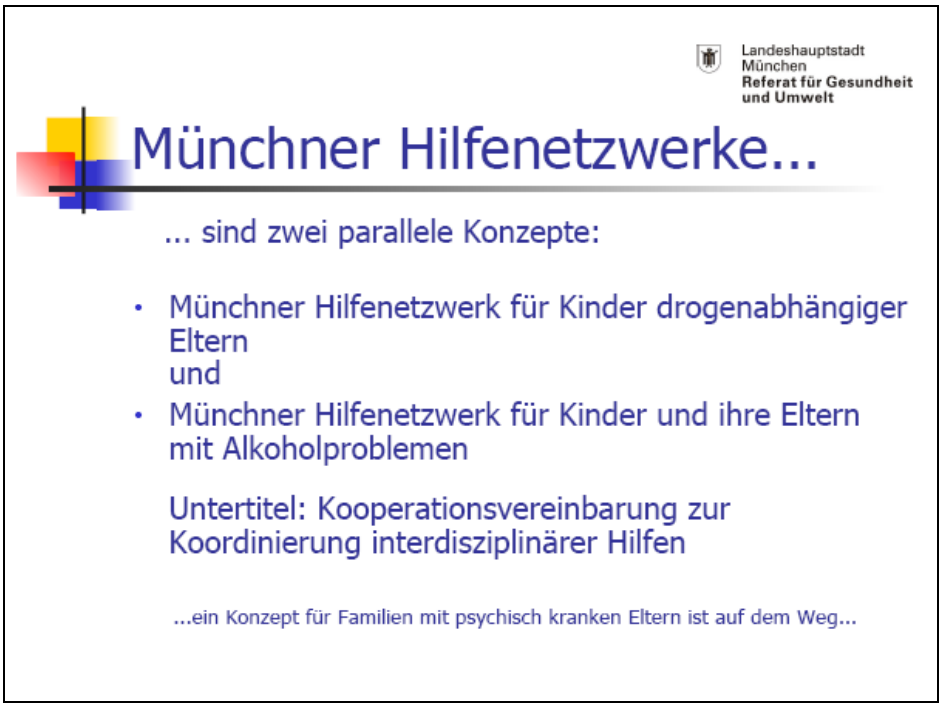
- Extreme: Kaum Hilfe oder Inobhutnahme

Erarbeitung der Konzepte

- 1999 Gründung „Arbeitskreis rund um die Geburt“ durch Beratungsstelle „extra“ mit Bezirkssozialarbeit und Suchthilfekoordination (Federführung)
- Zielsetzung: bessere Versorgung drogenabhängiger Schwangerer und deren Neugeborener
- Todesfall führt zu einem Stadtratsauftrag
- Erweiterung des Arbeitskreises um weitere Suchthilfe, SubstitutionsärztInnen u.a. KooperationspartnerInnen
- Die Essener Kooperationsvereinbarung wird vorgestellt und als Grundlage verwendet

- Arbeitsgruppen zu verschiedenen Themen: Kindeswohlgefährdung, Prozessverantwortung, rechtliche Fragen, Texterarbeitung
- Tagungen für breite Erarbeitung der Kooperation und für weitere Berufsgruppen (z.B. FachärztInnen, Hebammen)
- Ausweitung der Konzeptentwicklung auch für den Bereich der Familien mit alkoholabhängigen Eltern
- Fokusverschiebung: von den Eltern zum Kind zu den Familien
- Einbeziehung der KinderärztInnen
- Gründung der Delegiertenkreise als Steuerung

- Nach sieben Jahren liegen beide Hilfenetzwerke in breit abgestimmter Form vor
- Der Stadtrat stimmt den Kooperationsvereinbarungen zu
- Beitrittsverfahren: Verbindliche Erklärung und Verpflichtung auf die Standards
- Fortlaufend Beitritt neuer Einrichtungen möglich und erwünscht

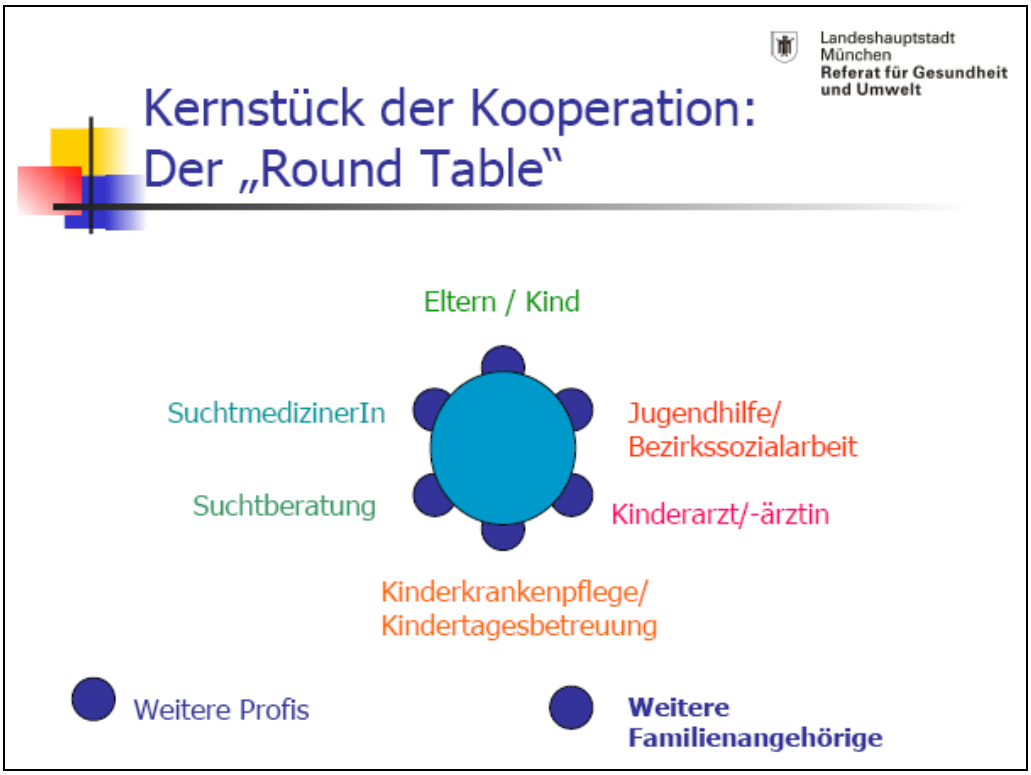


Zielgruppe der Hilfenetzwerke

- drogenabhängige/substituierte/alkoholabhängige schwangere Frauen/werdende Väter
- drogenabhängige/substituierte/alkoholabhängige Mütter/Väter/Eltern
- Kinder (schwerpunktmäßig bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres), deren Mütter/Väter/Eltern drogenabhängig / alkoholabhängig sind oder substituiert werden
- ehemals drogenabhängige/substituierte/alkoholabhängige Mütter/Väter/Eltern und deren Kinder sowie die derzeitigen PartnerInnnen

Zielsetzung der Hilfenetzwerke

- Sicherung des Kindeswohls und Förderung einer gesunden Entwicklung der Kinder
- akute und langfristige Fehlentwicklungen der Kinder vermeiden bzw. frühzeitig erkennen und reduzieren
- ein dauerhaftes gemeinsames Leben von Mutter/Vater/Eltern und Kind ermöglichen
- langfristigen Ausstieg aus der Sucht ermöglichen
- eine konstruktive Zusammenarbeit mit der Zielgruppe und eine verbindliche Kooperation der VertragspartnerInnen des Hilfesystems untereinander, damit Eltern und Kinder die notwendigen Hilfen erhalten



Einleitung des Round Table

- Jede Institution/ÄrztIn/Hebamme etc. soll im Einzelfall die Eltern motivieren für die Zusammenarbeit im Rahmen des Hilfenetzwerks
- Aufbau eines individuellen Round Table selbst oder durch eine beauftragte Institution

- Bei fehlendem Einverständnis Abwägung der Gefährdung des Kindes:
  weitere Motivation der Eltern und übliche Hilfe
  oder
  Information des Jugendamtes

Inhalte des Round Table

- Austausch zwischen den Eltern und den Fachkräften über die aktuelle Situation (des Kindes und der Eltern)
- Bewertung der geleisteten Hilfen
- Planung der nächsten Schritte und Hilfen
- Konkrete Vereinbarungen, die im Protokoll festgehalten werden
- Federführung und Protokoll i.d.R. Jugendamt/Bezirkssozialarbeit

Laufende Kooperation

- Häufigkeit der Round Tables gemäß Alter des Kindes und Situation der Familie
- Vereinbarte Hilfen werden in eigener Verantwortung von den Beteiligten umgesetzt
- Rückmeldung an die federführende Institution
- Schnelle Reaktion auf Krisen
- Mit der Familie handeln, nicht über sie hinweg

Angebot der Kinderkrankenpflege

- Kinderkrankenpflegerinnen des Gesundheitsreferates oder ambulante Kinderkrankenpflege gehen in die Familien
- Finanzierung als Leistung des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder über Hilfeplan
- Aufsuchende Hilfe in individuell festgelegter Intensität
- Preiswerter Ersatz für ambulante Erziehungshilfe?

Grundprinzipien der Kooperation

- Voraussetzung ist das Einverständnis der Eltern
- Der Fokus liegt auf dem Kindeswohl
- Schweigepflichtsentbindung, aber sorgfältiger und zielgerichteter Umgang mit persönlichen Daten
- regelmäßige Round Tables als Kernstück der Kooperation
- Klare Aufgabenverteilung unter den Professionellen
- Respekt vor der jeweiligen Fachlichkeit
- Offene, eindeutige, wertschätzende und konfliktfähige Kommunikation
- Transparenz über Erwartungen und Entscheidungen
- Störungen frühzeitig und direkt ansprechen

Die Rolle der beruflichen Sozialisation in der Kooperation/bei der Entstehung von Konflikten

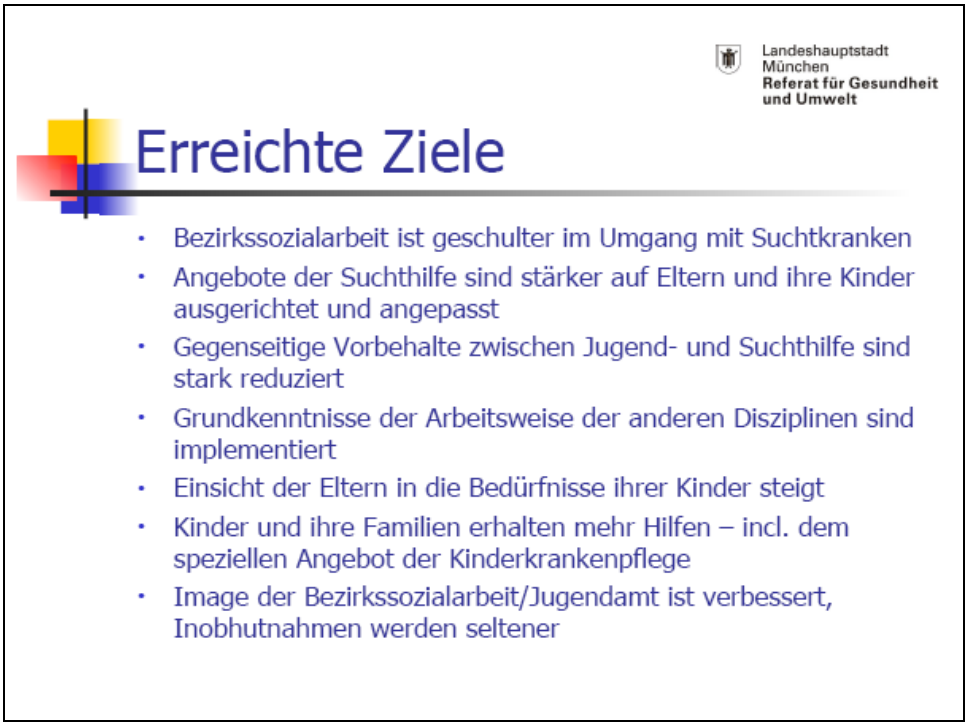
Bezirkssozialarbeit/Jugendamt: Kontroll- und Hilfeauftrag, hierarchische Strukturen und Team-Abstimmung, Garantenstellung, keine freie Wahl der Sachbearbeitung

Ambulante Suchtberatung: Beratungs-/Therapieauftrag, freie BeraterInnenwahl, sensibles Vertrauensverhältnis, zeitliche Ressourcen für Round Tables und Arbeitskreise, Supervision

MedizinerInnen: Behandlungsauftrag, sind gewohnt, allein zu entscheiden, diagnostikorientiert, wenig zeitliche Ressourcen (Finanzierung), freie Arztwahl

Ambulante Jugendhilfen: auftrags- und vertrauensabhängig, teilweise frei wählbar, Ressourcen nach Vereinbarung, Supervision

Kinderkrankenpflege: auftragsabhängig, bei Einsatz in der Familie sehr viel Nähe, Balance zwischen Kontrollauftrag und Hilfe, Gefahr der Überforderung mit fachfremden Fragen



Landeshauptstadt
München
Referat für Gesundheit
und Umwelt

Noch nicht erreichte Ziele:

- Konkrete Hilfen für Kinder und Familien sind zu begrenzt / zu wenig spezifisch
- (Noch?) Keine Honorierung der Beteiligung von niedergelassenen ÄrztInnen, Hebammen und anderen selbständigen Berufsgruppen
- Unterzeichnung und kontinuierliche Mitarbeit von Kliniken / stationären Angeboten selten
- Federführung / Leitung für das Gesamtnetzwerk fehlt
- Behandlung von Verstößen gegen die Standards und Konflikten in der Kooperation unbefriedigend

Birgit Gorgas
Landeshauptstadt München
Referat für Gesundheit und Umwelt, Suchthilfekoordination
Bayerstaße 28a, 80335 München
E-Mail: suchthilfekoordination.rgu@muenchen.de
www.muenchen.de/hilfenetzwerk

Kind s/Sucht Familie. Curriculum zur Fachkräfteschulung im Themengebiet Kinder aus suchtbelasteten Familien
Risikoeinschätzung und Interventionsplanung in der Begleitung von suchtbelasteten Familien. Workshop

Brigitte Münzel

Studien belegen, dass deutschlandweit ca. 2,65 Millionen Kinder unter 18 Jahren mit mindestens einem alkoholkranken Elternteil leben. Hinzu kommen etwa 40.000 bis 60.000 Kinder mit drogenabhängigen Eltern. Die Zahl von Kindern aus Familien mit stoffungebundenen Süchten oder Medikamentenabhängigkeit ist kaum bekannt.

Kinder aus diesen suchtbelasteten Familien gehören zur größten Risikogruppe, selbst abhängig zu werden oder Ängste, Depressionen und andere psychische Störungen auszubilden. Sie stellen daher eine der wichtigsten Zielgruppen der Suchtprävention dar.

In der derzeitigen gesellschaftspolitischen Diskussion rückt dieses Thema in den Focus des öffentlichen Interesses. Das zunehmende Bewusstsein für die Problematik von Kindern suchtkranker Eltern, die damit einhergehende Forderung nach Verbesserung der Versorgungssituation und die zugleich schwere Erreichbarkeit der Kinder und ihrer Familien, führt zu großen Verunsicherungen der Fachkräfte in diesem Bereich. Neben der Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen ist die Qualifikation der Fachkräfte, die in den jeweiligen Institutionen sowohl mit den Kindern als auch deren Eltern arbeiten, als zentrales Instrument der Früherkennung und Frühintervention in solchermaßen belasteten Familien von zentraler Bedeutung.

Um diesen Qualifikationsbedarf zu decken, wurde ein Fortbildungscurriculum entwickelt, dass bspw. Fachkräfte für Suchtprävention ausstattet, eigene Angebote in ihren Regionen durchzuführen. Das Zielspektrum des Curriculums reicht von der Vermittlung von Kenntnissen zu Suchterkrankungen und dem Bereich der Einschätzung von Kindeswohlgefährdung in suchtbelasteten Familien bis hin zu Interventionsmöglichkeiten in der Arbeit mit den Kindern.

Das in den vergangenen zehn Jahren in der Fachstelle für Suchtprävention des SKM e.V. Köln durchgeführte, evaluierte und weiterentwickelte Curriculum und die darauf aufbauenden Fortbildungsmodule wurden von der Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz ergänzt und mit der Unterstützung des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen herausgegeben. Es stellt ein praxisrelevantes Angebot zur Deckung des oben beschriebenen Fortbildungsbedarfs zur Verfügung.

Ausgehend von den jeweiligen Praxisfeldern der Teilnehmenden wird in die Problematik der Arbeit mit suchtkranken Familien eingeführt und gleichermaßen die Möglichkeit eröffnet, eigenständig Fortbildungen in jeweiligen Einrichtungen oder Regionen durchzuführen. Hierzu werden Vorerfahrungen in der Erwachsenenbildung vorausgesetzt. Sinnvollerweise geschieht die Durchführung eigener Fortbildungen in einem Leitungstandem von einer Fachkraft der Suchtkrankenhilfe und einer Fachkraft der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe.

Die ausführliche Material- und Mediensammlung „Curriculum zur Fachkräfteschulung im Themengebiet Kinder aus suchtbelasteten Familien“ wurde in der Arbeitsgruppe vorgestellt.

Aufbau des Curriculums:

- Einführung in die Problematik
- Methodik und Didaktik zur Vermittlung von Basiswissen zu Suchterkrankungen

- Elternverantwortung und Suchterkrankung
- Auswirkungen elterlicher Suchterkrankung auf die Kinder
- Einschätzung möglicher Kindeswohlgefährdung
- Die Rolle der Fachkraft im suchtbelasteten System
- Information zur rechtlichen Situation
- Installation und Durchführung des Fortbildungsangebotes in der eigenen Region oder Institution
- Netzwerkentwicklung

In der Arbeitsgruppe wurde der Bedarf an Vernetzung und Fortbildungsangeboten für die Fachkräfte in den Institutionen der Suchtkrankenhilfe wie auch der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe anhand eines Falles und des dazugehörigen Helfernetzwerkes näher erläutert und diskutiert. Die Darstellung fand in Form einer Fallskulptur statt:

Sehen wir uns die inneren Strukturen einer suchtkranken Familie näher an, sehen wir soziale Netzwerke mit problematischen Beziehungskonstellationen und dysfunktionalen Kommunikationsstilen. Im weiteren Umfeld sehen wir in der Regel, dass Schutzfaktoren und Ressourcen fehlen oder dass die Unterstützungssysteme uneffektiv sind.

In der Fallskulptur sehen wir vier Personen, die eng ineinander verschlungen völlig bewegungslos dastehen. Auf den ersten Blick ist kaum zu erkennen, wer in diesem Kreis die Eltern oder die Kinder sein sollen. Einzelne Personen sind kaum zu sehen. Die Grenzen der Einzelnen scheinen verschwommen. Bei näherem Betrachten sehen wir, dass die beiden Elternfiguren, eng umarmt und kaum in der Lage, auf eigenen Füßen zu stehen, sich zur eigenen Stabilisierung auf den vor ihnen stehenden Kindern abstützen. Die Eltern halten den Blick gesenkt, Kontakt untereinander oder zur Außenwelt scheint nicht zu bestehen. Die Kinder halten ihre Position, indem sie einander stützen und gleichzeitig festhalten. Der Blick des kleineren Kindes ist starr auf das ältere Geschwisterkind gerichtet. Dessen Blick geht in die Ferne. Um die Familie herum steht ein Klassenkamerad des älteren Kindes, der aber keinen Kontakt zu seinem Freund bekommt, eine Erzieherin, die sich mit einer freundlichen Geste dem kleineren Kind nähert und eine Sozialarbeiterin des ASD, die in einer hilflosen Geste versucht, die Eltern zu erreichen. Weit im Hintergrund der Familie steht, eher unbeteiligt, ein Drogenberater.

In der weiteren Arbeit mit diesem Netzwerk werden die einzelnen Personen zu ihrem Befinden befragt. Der Vater gibt an, es gehe ihm gut und man solle ihn nur in Ruhe lassen. Die Mutter findet ihr Leben sehr schwer und hat als einzige Freude ihre beiden Kinder, auf die sie sehr stolz ist. Das kleinere Kind bleibt sprachlos und ist kurzzeitig in der Lage, den Blick auf die ihm zugewandte Erzieherin zu richten. Das größere Kind erlebt Stärke in seiner Position, aber auch eine große Anspannung, die aber sehr vertraut sei. Spielen mit dem Klassenkameraden wolle er nicht, er wolle lieber auf seine kleinere Schwester aufpassen. Auf die Frage, ob es bei den einzelnen Personen irgendwelche Impulse gebe, verstärkt der Vater die Umklammerung seiner Familie, die Mutter bleibt bewegungslos, die Kinder versuchen eine Bewegung nach vorn, erstarren aber sofort wieder, als sie spüren, dass das System zusammenbricht sobald einer seine Position verändert.

Die Erzieherin versucht sich dem kleineren Kind mehr zu nähern, indem sie sich auf seine Ebene kniet und sucht Blickkontakt zur Mutter, die Mitarbeiterin des ASD nähert sich den Eltern und entwickelt in ihrer Position mehr und mehr Aggressionen. Ihr Impuls ist, die Eltern von den Kindern wegzuziehen. Dem Drogenberater ist der Blick auf das familiäre Geschehen versperrt. Sein Impuls ist es aus dem Hintergrund vor die Familie zu treten.

In dieser wie auch in vielen ähnlichen Netzwerkdarstellungen werden Strukturen und Haltungen deutlich, die in der Entwicklung von Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien zu berücksichtigen sind. Häufig haben wir es in diesen Systemen mit pathogenen

Netzwerken zu tun. Unterstützende oder schützende Hilfen fehlen oder werden nicht angenommen.

Die bei den Kindern entstehenden Störungen in so gearteten Netzwerken sind eine direkte Folge nicht eindeutiger, unberechenbarer Beziehungen zwischen dem Kind und den Erwachsenen, in der Regel den Eltern. Diese Erfahrungen werden allerdings auch nahtlos auf andere Erwachsene übertragen, gerade dann, wenn Außenstehende für die Familie als Angreifer und Störer gedeutet werden, wie dies häufig Hilfsangeboten gegenüber geschieht. Kinder leiden unter den widersprüchlichen Beziehungen. Sie sind sich ihrer Eltern und anderer Erwachsener und in Folge dessen ihrer selbst und ihres Wertes nicht sicher. Konflikte stellen sich als innere oder äußere Konflikte dar. Innere Konflikte sind die Selbstzweifel, die sich aus konflikthaften Beziehungskonstellationen ergeben, während die äußeren Konflikte sich dadurch zeigen, dass Kinder zwischen den Eltern oder anderen Erwachsenen stehen und deren Konflikte nicht nur erleben, sondern darin direkt einbezogen sind.

Doch nicht nur die Kinder sind in unserem Beispiel großen Konflikten und inneren Spannungen ausgesetzt. Auch die Eltern leiden unter der Schwere ihrer Erkrankung und dem Erleben der völligen Überforderung in dieser Situation. Sie nehmen sehr wohl wahr, dass sie den Bedürfnissen ihrer Kinder nicht gerecht werden können und ihr Anliegen ist, ihren Kindern gute Eltern zu sein. Doch auch sie selbst waren in der Regel unterversorgte Kinder. Ihre Ressourcen reichen nicht aus. Die Stärke der Abwehr, die Eltern Hilfsangeboten gegenüber zeigen, ist lediglich ein deutliches Zeichen für die Größe von Angst und Schuldgefühlen, die sich in ihrem Inneren abspielt.

Kommen wir noch einmal zu dem oben beschriebenen Beispiel zurück und schauen uns die Rollen der Helfer und Helferinnen an, die diese Familie als äußeres Netzwerk umgeben: Zunächst fällt auf, dass zwischen den Helfenden keinerlei Kontakt besteht. Die Erzieherin hat lediglich den Kontakt zu einem der Kinder, kann dies aber durch die enge Umklammerung der Familie kaum erreichen. Dennoch ist diese Frau ein wichtiger Außenkontakt, den das Kind dieser Familie offenbar hat. Sie begibt sich, entsprechend ihres Arbeitsauftrages, ganz in die Nähe des Kindes, von dem sie auch wahrgenommen wird, und kann diesem somit eine wichtige Stütze sein. Die Gefahr ist, dass sie dadurch den Kontakt auf der Ebene der Eltern verliert. Hier wäre in der Praxis zu versuchen, ob es der Erzieherin möglich ist, z.B. die Mutter zu erreichen, um mit ihr – gestützt durch weitere Helfersysteme – eine Veränderungsmöglichkeit zu erarbeiten. Die Erzieherin hält dabei für die Mutter ein sehr attraktives Angebot vor, nämlich die verlässliche zeitweilige Sorge für das Kind – eine wichtige Entlastung und Unterstützung für die Mutter. Häufig ist es für Erzieherinnen leichter, in der Sorge um die Kinder ein gemeinsames Arbeitsbündnis mit den Eltern zu erreichen, dies gelingt aber in der Regel nur in enger Abstimmung mit bspw. Jugendamt und Suchtberatung.

Die Schwierigkeit, in die Berufsgruppen geraten können, die eng mit den Kindern arbeiten, ist die, in eine Konkurrenz zu den Eltern zu treten und sich den Kindern als die besseren Eltern anzubieten. Folge ist sehr bald eine völlige Überforderung in der Identifikation mit dem Kind und der Verlust der Möglichkeit, mit den Eltern in klaren Absprachen zu arbeiten. Zudem trägt diese Haltung zur Verunsicherung der Kinder bei, die ihren Eltern gegenüber loyal sind und auf die Wertschätzung, die andere ihren Eltern entgegenbringen, angewiesen sind. Erleben die Kinder eine Abwertung ihrer Eltern von außen, fühlen sie sich in der Regel gleichermaßen mit abgewertet.

Häufig sind Erzieherinnen die ersten Kontaktpersonen der Kinder außerhalb der Familie. Ihnen kommt daher ein wichtiger Stellenwert im Bereich der Früherkennung und Frühintervention in suchtbelasteten Familien zu. Sie haben durch ihren engen Kontakt zu den Kindern einen großen Einblick in die Versorgungssituation, in der die Kinder aufwachsen, und haben ein entscheidend wichtiges, weil verlässliches Beziehungsangebot für die Kinder. Häufig sind Kindertagesstätten und Horte die erste Möglichkeit und Erlaubnis für die Kinder, Kind sein zu dürfen und zu erleben, dass es Spiel- und Entfaltungsräume gibt und dass für sie gesorgt wird.

Bereits hier wird deutlich, wie unerlässlich eine gute Vernetzung mit anderen Hilfssystemen ist, um diesem Arbeitsauftrag gerecht werden zu können. Gerade da, wo Suchterkrankungen eine intensive Elternarbeit erschweren, sind Einrichtungen für Kinder in einem frühen Stadium auf Zusammenarbeit mit Mitarbeitern der Suchtkrankenhilfe und des Jugendamtes angewiesen. Unsicherheiten Suchtkranken gegenüber und die Schwierigkeit, die Erkrankung einzuschätzen, verhindern oft lange Zeit, dass das Gespräch mit den Eltern gesucht wird. Man glaubt, erst klare Indizien haben zu müssen, um Eltern anzusprechen, prallt bei Gesprächsversuchen an deren abwehrender Haltung ab und wartet lange, bis erneut der Kontakt gesucht wird. Hier ist sowohl die gemeinsame Beratung mit der Suchtberatung als auch mit dem Jugendamt im Vorfeld wie auch in konkreten Fällen von großer Wichtigkeit. Dies nicht zuletzt auch zur Entlastung der jeweiligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die da, wo Kinder Leidtragende von elterlichen Erkrankungen sind, in hoher Verantwortung stehen. Um hilfreiche Prozesse in Gang bringen zu können, ist es wichtig, diese Verantwortung zu teilen. Gerade pathogene Netzwerke wie die von suchtkranken Familien erfordern ein qualifiziertes und gut miteinander abgestimmtes Helfersystem.

Gehen wir noch einmal zurück zu unserem Fallbeispiel und schauen uns die Rolle der Mitarbeiterin des ASD an. Diese versucht, Kontakt zu den Eltern aufzunehmen, scheitert aber an deren Abwehr. Die Angst der Eltern vor der Kontrolle des Jugendamtes verhindert ein Näherkommen. Die Mitarbeiterin entwickelt in ihrer Hilflosigkeit Aggressionen auf die Eltern, was in ihrer Position und angesichts der krisenhaften Situation dieser Familie nur allzu verständlich ist, aber – im zweiten Schritt – nicht professionell. Selbst unklar in ihrer Rolle zwischen Beratungsangebot und Kontrollinstanz, ist eine ehrliche Kontaktaufnahme zu dieser Familie nicht möglich.

Auch in dieser Position wäre eine Zusammenarbeit mit den beiden anderen genannten Hilfsinstitutionen sehr hilfreich. Sinnvoll ist eine klare Absprache darüber, wer welche Rolle der betroffenen Familie gegenüber einnimmt. Wichtig ist hier einen gut abgestimmten Hilfeplan miteinander zu entwickeln, der sowohl unterstützende, als auch kontrollierende Rollen und Arbeitsaufträge beinhaltet. Dies muss um so klarer und strukturierter geschehen, je pathogener das familiäre Netzwerk ist. Zu groß ist die Gefahr, gerade für die Kinder, Hilfsprozesse uneffektiv und frustrierend für alle Beteiligten in die Länge zu ziehen, weil unklar ist, ob z.B. Absprachen erfüllt werden. Hier ist bereits Klarheit im Vorfeld von konkreten Fällen zu schaffen, was z.B. Schweigepflicht zwischen den involvierten Institutionen betrifft, wenn Kinder mit betroffen sind.

Diese enge Zusammenarbeit ist gerade auch im Hinblick auf stark in die Familie eingreifende Maßnahmen wie z.B. Sorgerechtsentzug oder Fremdunterbringung angezeigt. Die Entscheidungen sind oft so schwerwiegend, dass gemeinsam beobachtet werden muss, wann die Grenze der das System unterstützenden Hilfen erreicht ist. Doch auch bspw. eine Fremdunterbringung hebt die gemeinsame Arbeit mit Eltern und Kindern im Netzwerk der Helfenden nicht auf. Dieser Aspekt ist in dem beschriebenen Fall sehr augenfällig. Entlastung für die Kinder heißt Entlastung von den Eltern – die Verantwortung für diese muss zumindest teilweise von anderen übernommen werden, damit das Kind in Ruhe in einer anderen Umgebung sein kann und seine eigenen Bedürfnisse wahrnehmen kann. Dies sei noch an einem Beispiel von einer Fallbesprechung in einem Kinderheim verdeutlicht:

Hier wurde ein Kind einer alleinerziehenden alkoholabhängigen Mutter untergebracht. Obwohl oder weil die familiären Bedingungen wie auch der Gesundheitszustand der Mutter katastrophal waren, war das Kind in diesem Heim kaum zu halten. Immer wieder lief es aus der Gruppe weg und wurde später zu Hause wieder aufgefunden. Erst nach mehrfachen Wiederholungen dieses Verhaltens wurde deutlich, dass die Sorge um die Mutter das Kind immer wieder nach Hause trieb. Es hatte bei ihr in den Jahren zuvor die sorgende und schützende Rolle übernommen, auf die Mutter aufgepasst, sie auch einmal vor dem Verbrennen bewahrt. Von ihr getrennt konnte dieses Kind zunächst diese Sorge nicht lassen und den geschützten Rahmen des Heims für sich nicht nutzen.

Hier ist das unterstützende Netzwerk der Helfenden weiterhin wichtig, um die Sorge um die Mutter im Blick zu halten und dem Kind auf diesem Wege etwas von der Schwere der Verantwortung zu nehmen und andererseits bleibt die gemeinsame Arbeit darin bestehen, das Leid dieses Kindes verständnisvoll begleiten zu können. Auch dies ist ein Aspekt, der für helfende Netzwerke wichtig ist zu bedenken, nämlich dass wir oft nur die Wahl zwischen schlechten Lösungen haben und keine schnelle Erleichterung zu finden ist. Dass wir Leid nicht verhindern, sondern (lediglich) begleiten können. Hier können funktionierende Netzwerke hilfreiche Kraftquellen sein.

Bleibt noch der reflektierende Blick auf die Rolle des Drogenberaters im oben geschilderten Fall. Durch seine Position im Rücken der Eltern war ihm der Blick auf die Struktur der Familie und die mitbetroffenen Kinder versperrt. Er hatte – entsprechend seines Arbeitsauftrags – die Suchtkranken im Blick, allerdings losgelöst von deren sozialer Realität und Aufgabenstellung innerhalb der Familie. Sein Platz hinter den Eltern mag zum einen seine unterstützende Funktion, zum anderen aber auch eine Realität in Suchtberatungsstellen verdeutlichen. Die Suchtkranken kommen zunächst einmal als „hilfesuchende Einzelmenschen“ in den Beratungsstellen an. Sie bringen häufig so viel an drängender eigener Bedürftigkeit mit, dass der Blick auf das sie umgebende Netzwerk verstellt ist. Ihre Rolle als Eltern wird von ihnen selbst selten in Gesprächen thematisiert. Geschieht dies, dann in der Regel durch Druck von außen. Deutlich wird hier auch der Verantwortungsbereich, der der Suchtkrankenhilfe innerhalb der helfenden Institutionen zukommt, nämlich die KlientInnen in ihrer elterlichen Verantwortung wahrzunehmen und sie darin zu unterstützen. Ggf. heißt das auch, daran mitzuarbeiten, dass Klientinnen ihre elterliche Verantwortung so wahrnehmen, dass sie bereit sind, die Kinder fremd unterzubringen. Hier hat die Suchtkrankenhilfe einen wesentlich besseren Zugang zu den Eltern als bspw. das Jugendamt, das stärker die kontrollierende Funktion vertritt. Eine Stärkung der Eltern durch die zuständigen Beratungsstellen hat somit eine wichtige Funktion in der Entlastung der Kinder und ist Aufgabe der Suchtkrankenhilfe.

Weitere Informationen:

Brigitte Münzel
Fachstelle für Sucht- und AIDS-Prävention im SKM e. V. Köln
Große Telegraphenstraße 31, 50676 Köln
E-Mail: brigitte.muenzel@koeln.de

Nina Roth
Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz
Karmeliterplatz 3, 55116 Main
E-Mail: nroth@lzg-rlp.de

Eltern mit Suchtproblemen: Ein Tabu! Wie Elterngespräche (dennoch) gelingen können – Hilfreiches aus der Praxis für die Praxis. Workshop

Eva-Erna Proissl

Eine Auswahl von hilfreichen Methoden aus meinem beraterisch/therapeutischen „Nähkästchen/Werkzeugkasten“, die sich in der Praxis bewährt haben und mir im Hinblick auf die Situation suchtbelasteter Familien besonders wichtig erscheinen, werden im Workshop vorgestellt. Die hilfreichen Methoden stammen überwiegend aus der systemischen Familientherapie und lassen sich gut mit den Strategien der Motivierenden Gesprächsführung – die bereits in früheren Foren zur Suchtprävention vorgestellt wurden – kombinieren. Allerdings werde ich auf die Beispiele aus meiner Praxis – die im Workshop dargestellt wurden – hier mit Rücksicht auf meine KlientInnen verzichten.

Der Workshop bot den Teilnehmer/innen die Chance,

- neue Aspekte zu ihrem professionellem Know-How hinzuzugewinnen,
- sich in ihrer Arbeit bestätigt zu fühlen.

Eltern in ihrer Funktion als Eltern!

In diesem Workshop wird der Fokus auf Beratungsgespräche mit den Eltern oder einem Elternteil gesetzt und zwar in ihrer Funktion als Eltern. Die Therapie der Sucht sollte davon abgekoppelt sein. In der überwiegenden Zahl der Fälle wird es sich dabei um eine Beratung mit dem nicht-süchtigen Elternteil (meist die Mutter) handeln. In der Regel liegt der Großteil der Erziehungsverantwortung bei den Müttern, so dass die Mutter auch diejenige sein wird, die Beratung aufsucht, auch wenn sie selbst die Suchtmittelkonsumentin ist.

Eltern brauchen professionelle Unterstützung, um ihre Elternfunktion (wieder) gut übernehmen zu können. Dabei werden die Erfordernisse je nach individueller Situation (beispielsweise ob der suchtmittelabhängige/gefährdete Elternteil nass oder trocken ist, ob die Eltern getrennt leben, ob sich der abhängige Elternteil in Behandlung befindet, …) unterschiedlich sein. Es geht um die konkreten Auswirkungen auf die Kinder und die konkreten Verhaltensweisen in der Familie.

Eltern mit Suchtproblemen: Ein Tabu!

Sucht ist in unserer Gesellschaft nach wie vor ein tabuisiertes und mit starken Moralvorstellungen belegtes Thema; dies gilt insbesondere, wenn die suchtgefährdete/suchtkranke Person Mutter oder Vater von minderjährigen Kindern ist. Hierzu die Aussage eines Vater: „Dass ich mir mit dem Trinken selbst geschadet habe und was ich damit meiner Partnerin zugemutet habe, darüber kann ich inzwischen gut reden (wir sind ja erwachsene Menschen); aber zu sehen, wie es den Kindern ergangen ist, das ist schwer zu ertragen, dafür schäme ich mich einfach zu sehr, das kann ich mir nicht verzeihen.“ Die Eltern haben Angst vor einer Bloßstellung der intimsten Angelegenheiten, Angst, schlechte Eltern zu sein, Angst vor Veränderung, Angst vor dem Entzug der elterlichen Sorge, Angst vor Stigmatisierung …

denn Beratung bedeutet, das „Familiengeheimnis Sucht“ zu brechen!

Den Indianerspruch „Du sollst über niemand urteilen, in dessen Mokassins Du nicht einen Monat lang gegangen bist“, möchte ich gerne abwandeln: „Du kannst jemanden nur gut beraten, wenn Du Dich in seine Lage (Dynamik in suchtbelasteten Familien) hineinversetzt“.

Interaktion des/r süchtigen und des/r sog. „co-abhängigen“ Partners/in

Es gibt verschiedene Definitionen von Co-Abhängigkeit. Die Entwicklung co-abhängigen Verhaltens ist gekennzeichnet durch zunehmende Einschränkung in der Wahrnehmung von Verhaltensalternativen und Verlust der Wahrnehmung der Realität. Der „Ermöglicher“ ist sich der suchtfördernden Qualität seines Handelns nicht bewusst, er handelt aus Liebe bzw. Loyalität, später auch aus (realistischer) Angst vor den Folgen.

Meine Sichtweise ist: Die sog. „Symptome von Co-Abhängigkeit“ sind ein natürlicher Anpassungsprozess auf den chronischen Stress in suchtbelasteten Familien (Rennert, 1990, S. 188). Ich spreche daher lieber von „Mit-Betroffenen“. Zudem entspricht eine Partnerin, die dieses sog. „co-abhängige“ Verhalten zeigt, genau dem herkömmlich gültigen weiblichen Rollenbild. „Enabler“ sind diejenigen, die Beratung aufsuchen.

In vielen Fällen lässt sich der Prozess der Abhängigkeitsentwicklung in einer Partnerschaft/Familie folgendermaßen skizzieren:

Beispiel: Der Mann/Vater konsumiert süchtig Alkohol.

Beschützerphase:

- Der nicht-süchtige Partner, in diesem Fall also die Partnerin/Mutter, hofft, lange mit Verständnis, Liebe und Loyalität den Suchtproblemen begegnen zu können. („ach, er trinkt jetzt halt so viel, weil er so Stress hat …“)
- Der Mann erlebt dies als Entlastung und Bestärkung, dass „alles normal“ ist.

Kontrollphase:

- Irgendwann kommt die Frau an ihre Grenzen und ändert die Strategie: sie ist überzeugt, die Sucht des Partners mit Hilfe ihrer Willenskraft unter Kontrolle bringen zu können. Ein Misslingen erlebt sie als ihr ganz persönliches Versagen („Ich bin nicht gut genug!“)
- Um die Versagensgefühle ertragen zu können, um weiter „funktionieren“ zu können, tut sie das gleiche wie der süchtige Partner: Sie projiziert ihre Schuldgefühle nach außen (Arbeitgeber, Gesellschaft …)
- Sie versucht, innerhalb der Familie das Suchtverhalten zu kontrollieren, macht Vorwürfe, versteckt den Alkohol oder kippt ihn weg.
- Nach außen versucht sie, das Familiengeheimnis (für das sie sich auch schämt) zu wahren, indem sie ihren Mann in der Arbeit entschuldigt, vor Besuchern verleugnet, Außenkontakte abbricht.

- Der Mann erlebt dies jetzt nicht nur als Entlastung, sondern als plötzlichen Vertrauensbruch und als massive Einmischung, auf die er mit heimlichem Boykott oder offenem Streit und vermehrtem Alkoholkonsum reagiert.

Anklagephase:

- Dies verleitet die Partnerin dazu, noch mehr Verantwortung zu übernehmen und ihre Strategie zu verstärken. „Wenn du dich doch endlich mal zusammenreißen würdest – Du bist an allem schuld!“
- Sie macht sich immer wieder Hoffnungen durch die Versprechungen des Mannes, „dass er aufhören wird“. Und zusätzlich wertet sie diese „Aufgabe" auf – „Ohne mich wäre er schon längst vor die Hunde gegangen!“
- Aus Sicht des Mannes: „Ich würde ja aufhören, ich trink ja nur, weil du so meckerst!“
- So entsteht ein Teufelskreis aus wechselseitigen Versprechungen, Schuldzuschreibungen, Abwertungen und Ausbruchsversuchen aus dieser Einengung.
- Bei der Frau: die wachsende Anstrengung, „alles in den Griff zu bekommen“, die bis zur körperlichen und seelischen Erschöpfung und psychosomatischen Erkrankung führen kann. Gleichzeitig erlebt sie, dass trotz aller Anstrengung es nicht gelingt, die Sucht „in den Griff zu kriegen“ – dies ist mit einem liefen Gefühl der Ohnmacht und Wertlosigkeit verbunden. Um dieses schmerzliche Gefühl zu unterdrücken, strengt sie sich noch zwanghafter an.

Beschützerphase:

Kontrollphase:

Anklagephase:

Der Mann geht in stationäre Therapie:

- Bei der Frau fällt der permanente Stress weg – häufig „klappt sie jetzt zusammen“ und wird krank.
- Jetzt überspringen wir eine Phase: Der Mann hält die Therapie durch und wird trocken. Jetzt müsste es der Familie super gehen, alles ist wieder bestens. Aber genau jetzt kann es nochmals schwierig werden:
- Die Frau hat sich daran gewöhnt, dass sie sich um die Familie allein kümmern muss, die Entscheidungen allein treffen muss, jetzt kommt plötzlich der Ehemann daher und möchte auch wieder mitreden …
- Sie hat sich vielleicht daran gewöhnt und fand es ganz angenehm, dass ihr Mann keine Ansprüche an sie stellte, sie in Ruhe lies: jetzt will er plötzlich wieder Sex mit ihr …
- Die Tochter hat sich daran gewöhnt, dass ihr Papa alles erlaubte, jetzt soll sie sich wieder an die Regeln halten!
- Der Sohn war vielleicht ganz stolz, dass er von der Mutter um Rat gefragt wurde, Verantwortung übernahm, jetzt soll er wieder nur das „Kind“ sein …

„So wie früher wird es nie mehr!“ Sie müssen eine neue Form für ihr Familienleben finden.

- Hinzu kommt, dass alle (die Angehörigen oft am meisten) Angst vor einem Rückfall haben.
- Partnerinnen von Suchtkranken haben häufig schon suchtkranke Eltern gehabt (kennen keine andere Rolle/Partnerschaft)

Das Verhalten, das die „Sucht unterstützt“, beginnt ebenso wie die Suchtentwicklung zunächst kaum wahrnehmbar:

- Vermeiden von Konflikten und des eigenen Standpunkts
- Beschützen (Käseglocke) vor Kritik, der Wahrheit … (bis dahin: ihn ermuntern, das Suchtmittel zu Hause zu konsumieren)
- Versuche, den Suchtmittelkonsum zu kontrollieren (manchmal bis zur Beschaffung des Suchtmittels)
- Übernehmen von Verantwortung für den anderen (Schuldentilgung ect.)
- Rationalisieren („Wenn der Stress in der Arbeit weniger wird …“; „Wenn er wieder Arbeit hat …“)

Von der Umwelt wird von der Partnerin sehr viel Verständnis verlangt oder sie wird als „mitschuldig“ gesehen. Wie eine Teilnehmerin in einer Partnerinnen-Gruppe sagte: „Ich mache es immer falsch: „Übernehme ich die Verantwortung, bin ich dominant – lass ich ihn allein, bin ich egoistisch.“ Oder: wenn sich die Frau eines Alkoholikers scheiden lassen will, bekommt sie z.B. von der Sozialarbeiterin zu hören: „Super, Sie müssen ein eigenes Leben anfangen!“ und von der Familie: „Du kannst ihn doch nicht allein lassen, am Schluss bringt er sich um!“

„Meine Liebe wird ihn retten“

So halten Partnerinnen an der Illusion „Wenn ich den Frosch küsse“ – also genug Liebe und Anstrengung aufbringe – „wird er gesund – trocken, clean …“ fest.

In den amerikanischen Selbsthilfegruppen für Angehörige von Suchtkranken wird folgende Geschichte erzählt: „Hast Du von der Frau gehört, die einen Frosch küsste? Sie hatte gehofft, er würde sich in einen Prinzen verwandeln – tat er aber nicht: Sie wurde auch ein Frosch!“

Im Märchen vom Froschkönig verwandelt sich der Frosch erst dann in einen Prinzen, als die Prinzessin den Mut zur „konstruktiven Härte“ aufbringt, Grenzen setzt und den Frosch an die Wand wirft. Dies bedeutet jedoch keine Garantie, dass der abhängige Partner sich dann verändert. Hierzu gehört auch das Einsehen, keine Macht (und damit auch keine Verantwortung) über das Verhalten des anderen zu haben. Das ist auch für die Kinder ganz wichtig, dass es nicht in ihrer Macht (und somit auch nicht in ihrer Verantwortung) liegt, ob Papa trinkt oder nicht. Dies ermöglicht eine realistischere Wahrnehmung der Dinge, „die ich ändern kann“.

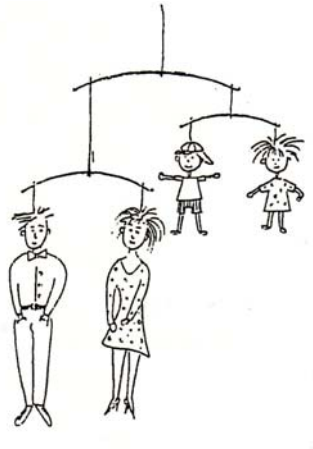
Und es braucht Zeit, bis der/die Partner/in diesen Mut aufbringt! Die Arbeit mit den mitbetroffenen PartnerInnen braucht häufig mehr Zeit als mit den Betroffenen selbst. Der gut gemeinte Ratschlag: „Denken Sie an sich, tun Sie etwas für sich!“ wird als zusätzliche Forderung und Belastung erlebt. Hier ist es wichtig, einen therapeutischen Unterschied zu setzen und eben nicht die gut gemeinten Ratschläge von Freunden und Bekannten zu wiederholen.

Z.B. die Frage (nachdem die Partnerin ausführlich geschildert hat, was sie alles für den Partner und die Kinder macht): „Wer ist eigentlich für Sie da?“ tut gut und wird häufig mit: „Das hat mich noch niemand gefragt!“ beantwortet. Das Gespräch bekommt dadurch oft eine Wende und eröffnet neue Perspektiven.

Alles für das „Familiengleichgewicht!“

Warum hält die Familie so lang an den Verhaltensweisen fest, die keine Lösung bringen, sondern eher alles noch verschlimmern? Wie bei einem Mobile haben Systeme die Tendenz, immer wieder ein (gewohntes) Gleichgewicht herzustellen. Jede Veränderung stellt eine Bedrohung des mühsam erkauften Gleichgewichts dar. Mit der Zeit gehören bestimmte Rollenmuster zunehmend zur Identität der Betroffenen. Wenn sie nun diese Überlebensstrategien aufgeben sollen, aktiviert dies sofort das Gefühl einer existentiellen Bedrohung.

Beispiel: Papa beginnt zu trinken – die ganze Familie gerät aus dem Gleichgewicht.



Die Mutter übernimmt Verantwortung und Schuld auf sich. Die Kinder versuchen, ihren Teil beizutragen und übernehmen dazu verschiedene Rollen:

- Der Held / Partner- oder Elternersatz
- Der Sündenbock
- Das stille Kind
- Der Clown
- Vermittler/Friedensstifter
- Das Maskottchen

Alles, was Kinder tun (auch Symptome und Probleme zu haben), geschieht aus Solidarität, Loyalität und Liebe zu den Eltern. Die positiven Absichten herausarbeiten und zurückzumelden, geben das Signal: „Alle hier sind gut, sie benützen nur Lösungen, die nicht gut tun."

Vom guten Sinn des problematischen Verhaltens

Dieses Aufzeigen der sinnvollen Aspekte ist für mich zum unverzichtbaren Bestandteil der Arbeit mit der Familie geworden! Es entlastet von Schuld und Scham und ermöglicht somit zum ersten Mal eine Öffnung in Richtung Verhaltensalternativen und Lösungsorientierung. Wie sehr dies die Eltern/Familie entlastet, ist in der Beratung richtig spürbar – oft höre ich Antworten wie: „Ach, dann muss ich mich gar nicht so schämen, dann sind wir ganz normal!". Um ein Verhalten zu ändern, muss es erst als (für bestimmte Zeit) sinnvoll und überlebenssichernd anerkannt werden. Erst dann sind die Eltern erfahrungsgemäß bereit, gemeinsam mit der Beraterin/dem Berater die Muster zu erkennen, die der Familie bisher dazu dienten, „alles im Lot" zu halten.

Obwohl jede Familie anders ist, zeigen sich in Familien mit Suchtproblemen ähnliche, wiederkehrende Kommunikationsmuster/Beziehungsmuster, die eine gesunde Entwicklung erschweren:

- Man spricht nicht über Probleme!
- Kommunikation sollte indirekt stattfinden, wobei eine Person als Botschafter zwischen zwei anderen agiert (häufig sind die Kinder diese „Botschafter" zwischen den Eltern).
- Keine (negativen) Gefühle zeigen (am besten: gar nicht haben)!
- Unrealistische Erwartungen: „Sei perfekt!"
- Handle nach dem was ich sage, nicht nach dem, was ich selbst tue!
- Sei nicht egoistisch!
- Es nicht erlaubt, zu spielen oder spielerisch zu sein (= Kind zu sein) (vgl. Rennert, 1990, S. 163)

Für die Beratung ist wichtig: So ein Muster hat sich etabliert, weil es wesentliche Funktionen erfüllt – es kann erst aufgegeben werden, wenn die Funktion nicht mehr gebraucht wird oder wenn bessere „gesündere" Möglichkeiten gefunden wurden.

Hilfreiche Methoden der Elternberatung:

Einen therapeutischen Unterschied setzen

Professionelle Beratung zeichnet sich dadurch aus, dass der/die Berater/in anders (unerwartet) reagiert, als die Eltern dies gewohnt sind! Süchtige Systeme laden uns unentwegt

ein, ins Muster einzusteigen – davon bleibt auch kein „Profi“ verschont (wir fühlen uns zuweilen ohnmächtig, unprofessionell und schlecht). Hier bedeutet einen professionellen Unterschied zu machen: indem ich das anspreche, anstatt mich weiter anzustrengen (so wie die Familie).

Alle reden **über** Frau R.

Alle reden **über** Frau R.

Warum spricht denn niemand **mit** Frau R.?

Therapeutisches Sharing: Neue Gedanken „unverbindlich“ streuen – „Lautes Nachdenken“

Wesentliches Ziel der Beratung ist, die Eltern (wieder) für die Auswirkungen auf die Kinder (Überforderung, Verunsicherung, Symptome), und v.a. für die kindlichen Gefühle und Bedürfnisse zu sensibilisieren und die Familie dabei zu unterstützen, (wieder) Verhaltensalternativen wahrzunehmen, sie sozusagen „neugierig auf Verhaltensalternativen zu machen“.

Als Berater/in sollte man jedoch aufpassen, nicht verfrüht auf Lösungen hin zu arbeiten (auch noch keine lösungsorientierten Fragen stellen!). Hilfreich ist viel mehr das „unverbindliche“ Streuen von Informationen. Es hat sich bewährt, kurze Beispiele von anderen Familien (natürlich anonymisiert und typisiert) zu erzählen, die genau zur Situation der Familie passen. Wenn dies wie beiläufig geschieht, ohne eine Reaktion der Eltern zu erwarten, lässt dies den Eltern die Freiheit, die Gedanken in ihre „Suchmaschine“ aufzunehmen oder auch nicht.

Beispiele:

Von vielen suchtbelasteten Eltern höre ich den Satz: „Meine Kinder haben nichts gemerkt.“

Kinder (und Erwachsene) können mit vielen schwierigen Situationen umgehen, wenn sie diese einordnen können (wenn aber alle so tun, als ob gar nichts sei (dass z.B. der Papa nicht trinkt, Mama und Papa nicht viel streiten oder sich aus dem Weg gehen), dann kommen zusätzlich noch Probleme dazu:

- Das Kind traut seiner Wahrnehmung und seinen Gefühlen nicht (es denkt, dass es „nicht normal ist“).
- Das Kind denkt, dass es schuld ist (an der Familienbelastung).
- Die Wahrheit kann nie so schlimm sein, wie die Phantasien, die Kinder entwickeln.

Häufig hilft es den Eltern sehr, wenn man ihnen ganz konkret schildert, wie sie ihren Kindern bestimmte Dinge (z.B. süchtiges Verhalten) kommunizieren können.

Positive Konnotation / Wertschätzung

Wertschätzung vorhandener Ressourcen gibt den Eltern Sicherheit (die unbedingt notwendig ist, um sich auf die Bearbeitung der Probleme einzulassen). Dies gilt für jegliche Beratung, für suchtbelastete Familien aber ganz besonders, da Probleme, die mit Sucht

zu tun haben, in unserer Gesellschaft hochmoralisch und extrem negativ bewertet werden. Anerkennung wird die Eltern sehr überraschen – hatten sie doch erwartet, nur kritisiert zu werden!

„Der Ton macht die Musik!“: Eine wertschätzende Haltung kann auch dann, wenn die Kinder fremd untergebracht werden müssen, den Eltern helfen, dies als Ausdruck ihrer Elternverantwortung und Fürsorge zu sehen und nicht als Versagen.

Um positive Ressourcen zu finden, müssen wir manchmal mit der Lupe suchen. Beipiele wurden in dem Workshop anhand eines Ausschnitts aus dem Film „Mein Freund Arno“ in der Gruppe erarbeitet: „Welche Ressourcen könnte ich bei dieser Mutter bekräftigen?“

Therapeutisches Splitting

Bei sehr ambivalenten Vorstellungen der Eltern kann ein therapeutisches Splitting die Eltern gleichzeitig mit mehreren Sichtweisen und Lösungsideen konfrontieren (z.B. zunächst die Seite der Veränderung betonen um dann die positiven Aspekte des Vorhandenen hervorzuheben und vor zu schnellen Veränderungen zu warnen).

Eine weitere Möglichkeit, um möglichst viele unterschiedliche Aspekte „auf den Tisch zu bringen“, wäre, die Eltern zu fragen: „Was raten Ihnen denn … (Freunde, Lehrer …)?“, sich jedoch jeglicher Wertung zu enthalten und eher die einzelnen Aspekte genauer und konkret zu hinterfragen: „Was würde Ihrer Meinung nach passieren, wenn Sie das … ausprobieren würden? Wie wäre das für Sie?“

Nichttherapeutische Spaltung:

Es gibt aber auch die Situation, dass sich eine Spaltung innerhalb des Hilfesystems entwickelt. Z.B.: Die Sozialarbeiterin vom Jugendamt sagt, die Frau solle sich endlich vom alkoholabhängigen Ehemann trennen, die Suchtberaterin sagt, sie solle sich damit Zeit lassen. Da muss man als Berater/in aufpassen, dass die Familie es nicht schafft, die verschiedenen Institutionen für ihren Entscheidungskonflikt zu instrumentalisieren oder dass ein Team sich spaltet.

Neutralität

Neutralität ist eine sehr wirksame Methode, da die Eltern etwas anderes erwarten!

Soziale Neutralität: keine Allianzen, Koalitionen eingehen!
Beispiel: Wenn beide Eltern sich in der Beratung gegenseitig abwerten:

- „Was würde passieren, wenn ich ihrem Mann verbieten würde, so mit Ihnen zu sprechen?“ (Meta-Frage)
- „Ich höre an der Art, wie ihr Mann mit Ihnen spricht, eine ganze Menge Wünsche heraus. Welche könnten das sein?“ (Umdeutung)

Veränderungsneutralität:

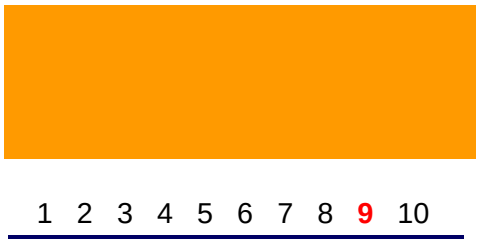
- Der Berater/die Beraterin überlässt es den Eltern, welchen Weg sie gehen wollen (ob der suchtmittelabhängige Elternteil eine Therapie macht oder nicht, ob sie alles tun, damit sie die Kinder behalten können oder nicht). Dazu gehört auch, dass man sich nicht vom „Lob der Klienten“ („Sie haben uns so geholfen!“, „Wir werden jetzt das gleich umsetzen, was wir hier besprochen haben“ etc.) „ködern“ lässt. Zum einen kann dies nächste Woche ganz anders aussehen, zum anderen würde man damit indirekt die Verantwortung übernehmen. In diesem Zusammenhang denke ich oft an den Ausspruch eines Supervisors: „Entweder die Klienten lieben mich oder ich habe ihnen geholfen.“
- Erfolge der Familie immer zurückgeben! „Wie habt ihr das hingekriegt?“ und im Sinne der Rückfallprophylaxe: „Was müsste passieren, dass es wieder schlechter wird?“
- Mit Schwankungen und Ambivalenzen rechnen: Früher dachte ich, eine gute Therapie verlaufe geradlinig bis zum Ziel. Heute weiß ich, dass es eher ein Auf und

Ab ist, wobei wir nach jedem Rückschritt von einem etwas höheren Plateau aus starten.

Eltern, die geschickt wurden

Eltern, die geschickt wurden, benötigen keine eigene Therapieform, sie brauchen: Klarheit. Dies bedeutet insbesondere auch Klarheit über Begrenzungen bei deutlichen Gefährdungen des Kindeswohls. Es ist für die Eltern und die Berater natürlich einfacher, wenn Kontrollfunktion und Beratungsfunktion institutionell oder wenigstens personell getrennt sind. Insbesondere bei Familien, die bereits mit anderen Hilfeeinrichtungen in Kontakt sind, ist es sinnvoll, sich gemeinsam einen Überblick über das persönliche und professionelle Netzwerk der Familie zu verschaffen (Gemeinsam skizzieren: Papa, Mama, Tochter, Sohn, Oma, Jugendamt, Suchtberatung, Schulsozialarbeit …).

Und sie brauchen sehr viel Anerkennung, sozusagen eine doppelte Portion von dem, was wir unter „positiver Konnotation und Wertschätzung“ gesagt haben! Beispiel für eine gute „Türöffner-Frage“: „Wie ungern sind Sie gekommen?“ – Antwort auf einer Skala von 1-10 einschätzen lassen:



„Dass Sie trotzdem gekommen sind, zeigt mir, dass Sie sehr verantwortungsvolle Eltern sind und dass Ihnen Ihre Kinder sehr wichtig sind!“

Eltern = Auftraggeber der Beratung
Gleichzeitig haben die Institutionen, die jemanden unter Zwang schicken, mitunter eine Sichtweise der Probleme, die von der der Eltern deutlich abweichen wird.

Beispiel: Ihr Kind hat große Schwierigkeiten in der Schule (die Eltern sagen: das liegt am Lehrer), der Mitarbeiter des Jugendamtes sagt: „Sie vernachlässigen Ihr Kind“.

Beispiel für die beraterische Lösung:

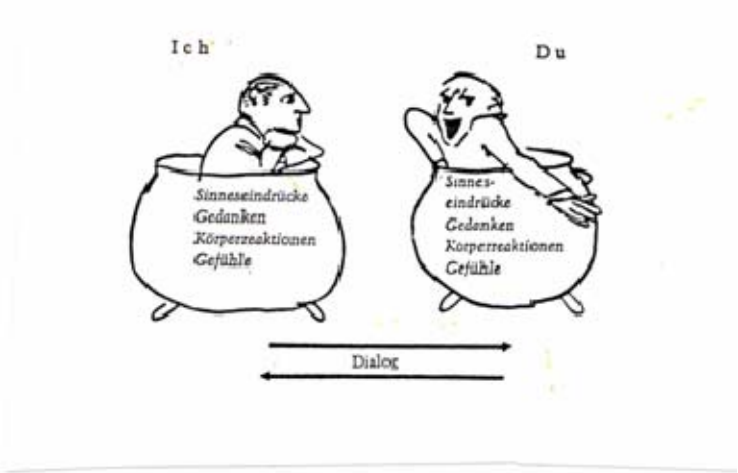
- „Was denken Sie, was müsste das Jugendamt sehen, dass es von der Idee ablässt, Sie vernachlässigen ihr Kind?“
- „Was können wir tun, dass Sie und das Jugendamt zufrieden sind?“

Reaktanz
Da sie aber eine Institution aufgrund eines äußeren Druckes aufsuchen, muss bei diesen Eltern mit Reaktanz gerechnet werden. Sie werden sich gegen eine Einschränkung ihrer Freiheit auflehnen (dies verlangt schon die Selbstachtung!). Je unberechtigter und gravierender dabei die Einschränkung erlebt wird, desto massiver fällt die Reaktion aus. Geeignete Strategien wären hier:

- aktives Zuhören
- und positive Konnotation

Kommunikationstypen (nach Virginia Satir)

In der Begegnung von Menschen bringt jeder/e seine Erfahrungen und aktuelle Situation mit – natürlich auch wir als Berater.



Aus: Satir, Virginia: Selbstwert und Kommunikation

Die Reaktionsformen, die dabei auch eine Rolle spielen, werden meist in der Kindheit geprägt.

Im Workshop wurden die Kommunikationsmuster zunächst vorgestellt. Jeder/e Teilnehmer/in konnte die Fragen „Mit welchem Kommunikationsstil kann ich gut umgehen?“ „Welches Kommunikationsmuster ist für mich schwierig?“ reflektieren und sich anschließend den entsprechenden Mustern zuordnen. Anschließend wurden Ideen für den hilfreichen Umgang mit den verschiedenen Kommunikationsmustern gesammelt.

1. Beschwichtigen

- versucht zu gefallen
- entschuldigt sich

ich bin nichts wert
ich bin hilflos (ich kann nichts für mich tun)

2. Anklagen

- anklagend („nie machst du etwas richtig!“ – „immer kommst du zu spät!“)
- fordernd
- Fehlersucher
- Boss

glaubt in Wahrheit nicht, dass er/sie etwas wert ist.
Wenn er/sie jemanden findet, der ihm/ihr gehorcht,
dann hat er/sie wenigstens das Gefühl, etwas zu bedeuten

3. Rationalisieren

- vernünftig
- unbewegt
- angespannt
- perfektionistisch (darf keine Fehler machen)

fühle mich schnell ausgeliefert, deshalb versuche
ich, die Kontrolle zu haben.

4. Ablenken

- ohne Bezug/Beziehung, oberflächlich

Niemand macht sich etwas aus mir, ich gehöre nirgendwo hin
Einsamkeitsgefühl, Gefühl der Zwecklosigkeit

5. Kongruent

- stimmig
- es gibt kaum eine Bedrohung für das Selbstwertgefühl

Therapeutisches Umgehen mit den ersten vier Mustern:

- Nicht die „Einladungen“ annehmen (d.h. einen „therapeutischen Unterschied“ machen)
- Positive Konnotation und Wertschätzung
- Die Bedrohung des Selbstwertgefühls, die hinter dem Muster steht, wahrnehmen und ernstnehmen!

1. Beschwichtigen:

- Berater/in ist Anwalt der Ambivalenz
- Keine Tröstungsversuche!

2. Anklagen:

- Klagen als Wünsche umdeuten

3. Rationalisieren:

- Sicherheit geben
- Erklärungen geben

4. Ablenken

- „Ich konnte mir jetzt nicht alles merken, was ist für Sie das Wichtigste?“
- Keine Entscheidungen fordern, stattdessen die Möglichkeit des „sowohl als auch“ ins Spiel bringen!

Zum Schluss hier noch eine der Karten, die mir häufig als „Türöffner“ im Gespräch dienen:

Literatur

Klein R: Berauschte Sehnsucht. Zur ambulanten systemischen Therapie süchtigen Trinkens, Heidelberg 2002.

Kühnl B: Beratung nicht motivierter Familien. In: Erziehungsberatung aktuell 1/2008.

Miller W, Rollnick S: Motivierende Gesprächsführung. Freiburg 2004.

Minuchin S, Fishman HC: Praxis der strukturellen Familientherapie, Freiburg 1983.

Rennert M: Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. Freiburg 1990.

Retzer A: Compliance, Krankheitstheorien und familiäre Interaktion. In: Familiendynamik 19, S. 101-121.

Satir V: Selbstwert und Kommunikation. Familientherapie für Berater und zur Selbsthilfe. München 1985.

Poster „Drogen verändern manchmal mehr als Du denkst“: Beitrag von Julia Mutzbauer und Eva Rapp, 8. Klasse, Helmholtz-Gymnasium Zweibrücken, zum Kalenderwettbewerb zur Suchtvorbeugung der LZG in Rheinland-Pfalz e.V. – Büro für Suchtprävention 2001.

Eva-Erna Proissl
Praxis für Prävention und Psychotherapie
Bärenschanzstraße 77, 90429 Nürnberg
Tel. (09 11) 26 85 63
E-Mail: eva.proissl@web.de

Suchtmittelkonsum und Abhängigkeitserkrankungen im Alter

Dieter Geyer

Zusammenfassung

Im Rahmen der demographischen Entwicklung werden substanzbezogene Störungen der älteren Bevölkerung an Bedeutung gewinnen. Sucht im Alter verläuft in der Regel im Verborgenen, wird häufig nicht wahrgenommen oder verharmlost. Psychosoziale Faktoren wie Altersstress, Hilflosigkeit, Depressionen, Vereinsamung und Verlusterlebnisse begünstigen eine Suchtentwicklung im höheren Lebensalter. Bei entsprechender Motivation und zielgruppengerechter Behandlung sind die Erfolgsaussichten günstig. Gezielte Präventionskonzepte fehlen bislang.

In dem Beitrag werden die Symptomatologie und Typologie der Suchterkrankung im Alter dargestellt und auf Besonderheiten in der Behandlung älterer Suchtkranker wird eingegangen. Hohe Bedeutung hat die Vernetzung der Angebote der Altenhilfe mit denen der Suchthilfe.

Einleitung

Im Vergleich zu unserem Wissen über die Wirksamkeit von Behandlungen (Geyer et al., 2006) stehen wir mit Untersuchungen zur Effektivität und Effizienz präventiver Strategien noch vergleichsweise am Anfang. Zielgruppenspezifische Strategien versprechen den größten Erfolg, um Personen mit einem erhöhten Risiko der Entwicklung süchtigen und abhängigen Verhaltens gezielt zu erreichen. Präventionsmaßnahmen zielen in der Regel auf das Kindes- und Jugendalter. 2006 hat die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen unter dem Motto „Unabhängig im Alter“ erstmalig den Alkohol-, Tabak- und Medikamentenkonsum Älterer in den Blick genommen, um gezielt Primär- und Sekundärprävention für die größer werdende Gruppe älterer Menschen in unserem Land zu initiieren.

Alter und Altern

Die Wahrnehmung des Alters unterliegt starkem gesellschaftlichem Einfluss und schwankt in verschiedenen Gesellschaften und historisch zwischen defizitorientierter Wahrnehmung und mystifizierenden Weisheitskonzepten. Beispielhaft seien die unterschiedlichen Auffassungen von Aristoteles und Plato gegenüber gestellt: „Aufgrund seiner Lebenserfahrung erwartet der alte Mensch stets, dass sich die Dinge zum Schlechten wenden. Er lebt mehr in der Erinnerung als aus der Hoffnung“ (Aristoteles, 384-322 vor Chr.). „Das Alter befreit den Menschen aus der Sklaverei seiner Triebe und verhilft ihm auf diese Weise zu heiterer Gemütsruhe“ (Plato, 427-348 vor Chr.). Ältere Menschen galten lange als änderungsresistent und einer Psychotherapie nicht zugänglich. Noch 1978 schrieb Franz Heigl in der Erstauflage seines Lehrbuchs „Indikation und Prognose in der Psychoanalyse und Psychotherapie“ wörtlich: „Man kann einem älteren neurotischen Menschen im allgemeinen viel weniger an Wahrheit im Sinne der Desillusionierung zumuten“ ... „Der Ältere wird zäher an seiner „Lebenslüge“ festhalten als der Jüngere“ (Heigl, 1978). Moderne Altersforschung fasst das Altern als einen mehrdimensionalen Prozess auf, dessen Wahrnehmung von der biographischen Verankerung des bisherigen Lebensstils und der Akzeptanz des bisherigen Lebens, der Wahrnehmung der augenblicklichen Situation, der Überzeugung, von anderen akzeptiert und in der Individualität geachtet zu werden, vom Ausmaß der sozialen Integration und des Verhaltens des sozialen Umfelds abhängt. Auch das Altern stelle den Menschen vor die Aufgabe, typische „Entwicklungsaufgaben“ bewältigen zu müssen und daran zu reifen. Älteren Menschen wird eine vertiefte Urteilsfähigkeit und eine höhere Kompromissfähigkeit zugeschrieben.

Dabei verändert sich bei Gesunden die kristalline Intelligenz kaum. Lediglich ist eine Verlangsamung kognitiver Prozesse zu beobachten.

Epidemiologie des Suchtmittelkonsums im Alter

Substanzbezogene Störungen im Alter wurden lange in ihrer Häufigkeit und den Auswirkungen auf die geistige und körperliche Gesundheit und die Lebensqualität unterschätzt. Aufgrund der demographischen Entwicklung und der wachsenden Unsicherheiten in den Lebensentwürfen ist zukünftig von einem relativen und absoluten Anstieg von Suchterkrankungen in der älteren Bevölkerung auszugehen. Dabei sind substanzbezogene Störungen im Alter schon heute nicht selten (Feuerlein, 1995, Ganry et al., 2000). Im Vordergrund stehen die legalen Suchtmittel Alkohol, Medikamente und Tabak. Mindestens 50% der über 65-Jährigen konsumieren regelmäßig alkoholische Getränke. 26% der Männer und 8% der Frauen über 60 Jahre betreiben einen riskanten Alkoholkonsum (über 30 g reinen Alkohol für Männer, über 20 g für Frauen, Kraus & Augustin, 2005). Ca. 400.000 Frauen und Männer sind alkoholabhängig oder betreiben einen schädigenden Alkoholkonsum (2-3% aller Männer und 0,5 -1% aller Frauen dieser Altersstufe, Kraus & Augustin, 2005). Ein erheblicher Anteil der zur stationären internistischen oder chirurgischen Behandlung (John et al, 1996) oder in eine psychiatrische Universitätsklinik (Wetterling et al., 2002) eingewiesenen über 65-jährigen Patientinnen und Patienten weist eine Alkoholabhängigkeit oder einen Alkoholmissbrauch auf.

Etwa 5 bis 10% der über 60-Jährigen haben einen problematischen Gebrauch von psychoaktiven Medikamenten bzw. Schmerzmitteln. Das sind immerhin ein bis zwei Millionen Menschen! Untersuchungen zu Benzodiazepinen zeigten, dass ihre Verordnung bei Überrepräsentation von Frauen mit dem Alter exponentiell ansteigt (Glaeske, 1996). Ihre Verordnungswahrscheinlichkeit steigt mit der Anzahl körperlicher Erkrankungen (Glaeske, 1996). In der Berliner Altenheimstudie nahmen 26% der über 70-jährigen Heimbewohner Psychopharmaka, davon entfielen 13,2% auf Benzodiazepine (Helmchen et al., 1996). Besonders häufig erfolgt eine Langzeitverordnung von Benzodiazepinen bei älteren Menschen mit Schlafstörungen und bei Institutionalisierten (Melchinger et al., 1992).

Klinisch ist in den letzten Jahren eine Zunahme opiatabhängiger älterer Menschen zu beobachten, die auf die großzügigere Verordnung von Opiaten und Opioiden in der Behandlung des chronischen Schmerzes zurückzuführen ist, wobei Kontraindikationen, wie z.B. das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit, nicht ausreichend beachtet werden.

Wenngleich der Tabakkonsum mit fortschreitendem Alter seltener wird – in der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen beispielsweise rauchen noch 16% – bedingt er schwere Folgeschäden und ist für die meisten substanzbezogenen Todesfälle verantwortlich. Die Raucherquoten sind stark kulturabhängig. So rauchen ältere männliche Migranten häufiger, ältere Migrantinnen jedoch seltener.

Der Konsum so genannter illegaler Drogen von über 60-Jährigen stellt noch eine Ausnahme dar. Zumindest für Cannabis dürfte sich dies aber in Kürze aufgrund der Lebensweise der nun älter werdenden Nachkriegsgeneration ändern.

Diagnostik und Besonderheiten substanzbezogener Symptomatik im Alter

Die diagnostischen Kriterien für schädigenden und abhängigen Konsum unterscheiden sich in verschiedenen Alterstufen nicht. Behandelnde Ärzte erkennen allerdings Suchterkrankungen bei Älteren deutlich seltener als bei Jüngeren (Curtis 1989). Typische überschießende Symptome etwa des Alkoholmissbrauchs wie Trinkexzesse und soziale Auffälligkeiten durch Impulsdurchbrüche mit aggressiven Entäußerungen fehlen im Alter zumeist (McGrath et al. 2005). Oft finden sich eine Neigung zu Stürzen mit Prellungen, anhaltende Durchfälle, Fehlernährung, ferner Klagen über Nachlassen der Leistungsfä-

higkeit und Merkfähigkeitsstörungen, Antriebs- und Interesselosigkeit, sozialer Rückzug, Verwahrlosung und mangelnde Körperhygiene. Diese Symptome werden häufig fehlgedeutet und nicht mit Alkoholkonsum in Verbindung gebracht. Das alternde Gehirn reagiert auf Noxen besonders empfindlich. Alkoholmissbrauch im Alter führt recht schnell zu kognitiven Einbußen. Auch somatische Folgeschäden wie Lebererkrankungen, Kardiomyopathien und Polyneuropathien können sich rasch entwickeln. Bei Medikamenteneinnahme ist deren Abbau deutlich langsamer als in jüngeren Jahren. Intoxikationszeichen wie Ataxien, Sturzneigung und Schwindelgefühle können zeitlich so verzögert auftreten, dass von vielen Ärzten ein ursächlicher Zusammenhang mit der verordneten Substanz nicht mehr hergestellt wird (Wolter-Henseler, 1998). Auch ist zu beachten, dass die meisten älteren Menschen täglich ein oder mehrere Medikamente zur Behandlung chronischer Erkrankungen einnehmen, was zu einer geringeren Verträglichkeit von Alkohol und zu einer Wirkungsverstärkung der Sedativa führen kann. Der Gesundheitszustand älterer Raucher ist besonders schlecht. Sie leiden häufig an einer Dyspnoe im Rahmen einer COPD Grad II oder III.

Sowohl bei den Abhängigen selbst wie auch bei ihren Familien und Angehörigen bestehen große Barrieren und Hemmschwellen, die Krankheit Alkoholismus oder Medikamentenabhängigkeit als solche anzuerkennen (Vossmann & Geyer, 2006). Wenn das Vorliegen einer substanzbezogenen Störung aber erkannt wird, verhindert eine allzu skeptische Einschätzung der Therapiechancen häufig angemessene Interventionen. Dabei sind die Behandlungsergebnisse gut und übertreffen bei zielgruppengerechter Behandlung die jüngerer Patienten (Geyer & Penzek, 2007).

Gewöhnlich wird bei älteren Alkoholabhängigen eine Unterscheidung nach dem Beginn der Suchterkrankung vorgenommen (Droller, 1964). Alkoholkranke mit früherem Krankheitsbeginn („early-onset“) weisen geringere Impulskontrolle und höhere Aggressivität auf (Dom et al., 2006). Der später beginnende missbräuchliche oder abhängige Konsum („late-onset“) wird von einigen Autoren mit kritischen Lebensereignissen in der Vorphase in Verbindung gebracht (Welte & Mirand, 1995; Finlayson et al., 1988, Söder, 1989). Late-onset Alkoholiker haben eine höhere psychische Stabilität und eine geringere psychische Komorbidität. Sie verfügen über mehr Ressourcen und weisen eine bessere Behandlungsprognose auf. Insgesamt allerdings muss die Unterscheidung in early-onset und late-onset Trinker als empirisch nicht gut abgesichert angesehen werden. Für die Behandlungsplanung erscheint uns auch für ältere Patienten die empirisch begründete und durch Clusteranalysen herausgearbeitete Typologie von Babor (Babor et al., 1992), geeignet. Babor unterscheidet die Typen A und B, wobei B durch höhere Kindheitsrisiken und eine auffälligere Psychopathologie gekennzeichnet sei, früher beginne, eine familiäre Belastung mit Alkoholismus aufweise und in der Behandlung häufiger Rückfälle erfahre. Viele erst in fortgeschrittenem Lebensalter eine substanzbezogene Störung entwickelnden Patienten entsprechen dem Typ A nach Babor. Nach unserer klinischen Erfahrung spielen häufig relativ spezifische Komponenten in der späten Krankheitsentwicklung eine Rolle. Nach langjährigem Berufsleben und guter sozialer Integration stellen unerwarteter Arbeitsplatzverlust, Berentung bzw. Pensionierung und der damit verbundene Verlust an Wertschätzung, der Tod oder eine lange Erkrankung des Partners häufige äußere Anlässe zu gesteigertem Alkoholkonsum und Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung dar (Voßmann & Geyer, 2006). Den äußeren Faktoren entsprechen dabei die inneren Gefühle der Vereinsamung und der Trauer und des Verlustes und nicht bewältigter narzisstischer Kränkungen.

Geriatrische und gerontopsychiatrische Aspekte

Substanzbezogene Störungen im Alter führen zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität. Neben den direkten Folgen des Suchtmittelkonsums stehen im Rahmen der alterstypischen Multimorbidität Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Krebserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, besonders Diabetes mellitus, und degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates im Vordergrund. Auch urologische Erkrankungen (Inkonti-

nenz, Prostataerkrankungen), Lungenerkrankungen (chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen), Visus- und Hörverlust sind häufig und für die Planung und Durchführung von Behandlungen oder Präventionsangeboten zu berücksichtigen. Eine geänderte Pharmakodynamik, verminderte renale und hepatische Elimination und das durch den verminderten Wassergehalt des Körpers im Vergleich zum Jüngeren verminderte Verteilungsvolumen führen bei Älteren zu einer rascheren Intoxikation und längeren Wirkung von Alkohol und einiger psychotroper Medikamente. Die Aufklärung hierüber sollte in der Prävention hohe Bedeutung haben, zumal in Studien wiederholt der Zusammenhang der Sturzhäufigkeit nicht suchtkranker älterer Menschen mit Alkohol- und Medikamentenkonsum nachgewiesen werden konnte. Dabei konsumiert ein großer Teil der älter werdenden Menschen von sich aus weniger Alkohol. Menschen allerdings, die schon in jüngeren Jahren ein riskantes Konsummuster aufweisen, reduzieren ihre Trinkmenge in höherem Lebensalter in nur geringer Weise.

Etwa 25 % der über 60-Jährigen leiden unter psychischen Störungen. Neben Suchterkrankungen dominieren Depressionen und Demenzen, deren Häufigkeit mit zunehmendem Lebensalter stark ansteigt. Auch treten die genannten Erkrankungen gehäuft gemeinsam auf. Depressionen können mit einer Demenz, akuten körperlichen Erkrankungen, besonders Herzinfarkt und Apoplex, chronisch körperlichen Erkrankungen und Behinderungen assoziiert sein. Sie kommen bei Menschen in schlechter ökonomischer Situation, bei Verwitweten und Geschiedenen häufiger vor. Besonders häufig leiden ältere Menschen an Schlafstörungen, was nicht selten ein Motiv zum Konsum von Suchtmitteln ist. Depressive und Demente im Anfangsstadium ihrer Erkrankung zeigen gehäuft schädigenden Alkoholkonsum.

Motivationale Aspekte

Älteren Suchtkranken und ihren Angehörigen fällt es häufig besonders schwer, eine Abhängigkeitserkrankung als solche anzuerkennen. Scham- und Schuldgefühle erschweren die Einsicht und vor allem die Inanspruchnahme von Hilfe. Leider sind vielfach noch eine resignierende Haltung und Vorurteile bei Angehörigen und Hausärzten anzutreffen, angesichts der noch verbleibenden Lebenszeit lohnten sich therapeutische Interventionen nicht mehr. Das in Deutschland gut ausgebaute Suchthilfesystem konzentriert sich vorwiegend auf Jüngere und vor allem auf noch im Arbeitsprozess stehende Arbeitnehmer. Folglich stehen die Zugangswege älterer Suchtkranker zur Behandlung nicht so sehr im Vordergrund. In einer in der Fachklinik Fredeburg durchgeführten Befragung unserer älteren Patienten nach dem Anlass der Therapie gab nahezu die Hälfte an, auf Druck der Kinder und Enkelkinder gekommen zu sein. Etwa ein Drittel nannte gesundheitliche Gründe und die dringende Empfehlung des Hausarztes. Gerade Kinder und Enkelkinder tragen durch Offenlegung und direktes Ansprechen der Situationen und Beobachtungen mit dazu bei, die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Hilfe zu wecken. Die Äußerung der kleinen Enkeltochter; „Opa, Du stinkst“, oder der Hinweis der Kinder, wegen Unzuverlässigkeit die Enkel nicht mehr zur Betreuung vorbeibringen zu können, motivieren ältere Suchtkranke zu einer Verhaltensänderung. Die Techniken der Motivation älterer Suchtkranker unterscheiden sich nicht von denen bei Jüngeren. Die oft geringere Fähigkeit, Gefühle zu verbalisieren, Würde und besondere Kompetenzen des Alters wie z.B. das Verantwortungsgefühl für die nachfolgenden Generationen, sollten berücksichtigt werden. Als Methode ist die motivierende Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 2002) gut geeignet.

Behandlung

In der Planung von Behandlungsangeboten ist auf Barrierefreiheit zu achten. Ambulante Angebote sollten am Tag und, bei Bedarf, aufsuchend erfolgen. Eine Vernetzung mit ambulanter und gegebenenfalls stationärer ärztlicher Behandlung, mit der ambulanten Pflege und der Altenhilfe ist erforderlich. Ist eine stationäre Behandlung erforderlich, ver-

spricht die gemeinsam mit Gleichaltrigen durchgeführte auf die Zielgruppe spezialisierte Behandlung den größten Erfolg (Benshoff & Harvawood, 2003). Die Behandlung sollte als sequenzierte und integrierte Komplextherapie erfolgen (Geyer et al., 2006). Die Ziele folgen der üblichen Hierarchisierung über die Sicherung des – möglichst gesunden – Überlebens bis, bei vorliegender Abhängigkeit, zur dauerhaften Abstinenz und erfolgreichen Lebensgestaltung und -bewältigung (Kruse et al., 2000). Im Einzelnen zielt die Behandlung auf den Erhalt oder die Erhöhung der Selbstständigkeit, Eigenverantwortung und Unabhängigkeit, die Verbesserung sozialer Fähigkeiten, die Bearbeitung und Integration von Verlusten, die Akzeptanz des Gegenwartbezugs und die Verbesserung von Lösungskompetenzen. Neben den allgemeinen Schwerpunkten einer Suchtbehandlung wie dem Erreichen und Vertiefen der Krankheitseinsicht und der emotionalen Akzeptanz der Erkrankung, der Rückfallprophylaxe, Stressbewältigung und sozialem Kompetenztraining treten in der Behandlung älterer Suchtkranker die folgenden Themen in den Vordergrund: Einsamkeit, Trauer, Furcht vor Siechtum und Tod, Furcht vor Verlusten, das Nachlassen körperlicher Fähigkeiten, der Verlust des beruflichen Status, der Verlust des bisherigen Freizeitverhaltens und vielfach noch Kriegs- und Nachkriegserlebnisse (Radebold, 2004, Fischer et al., 2006). Der Therapiestil sollte motivierend und kompetenzfördernd sein und auf brüske Konfrontationen verzichten. Der Therapeut sollte auf die in der Behandlung deutlich lebensälterer Patienten häufig sich konstellierenden spezifischen Übertragungsmuster achten. Er kann die Auseinandersetzung mit dem eigenen Alter und auch Tod nicht verdrängen und muss sich häufig mit seinem „ungelebten Leben“, wie es Hinze formuliert (Hinze, 1994), auseinandersetzen.

Behandlungsergebnisse

Die Fachklinik Fredeburg führt seit 1978 stationäre Entwöhnungsbehandlungen für ältere Alkohol- und Medikamentenabhängige in eigenen so genannten Seniorengruppen durch. In der routinemäßig durchgeführten Katamnese weisen die über 60-jährigen ein Jahr nach Therapiebeendigung stets höhere Abstinenzquoten als die jüngeren Patienten auf. So waren 2003/2004 ein Jahr nach der Entlassung von den an der Befragung teilnehmenden über 60-jährigen Männer und Frauen 79,5% durchgehend, 8,9% nach Rückfall abstinent lebend und 11,6% waren rückfällig. Unter Einbezug der Nichtantworter (32,1%) waren immerhin noch 64,0% durchgehend und 6,0% nach Rückfall abstinent, während 7,9% rückfällig waren. Zusammen mit den hohen Zufriedenheitswerten der Patienten (Geyer & Penzek, 2007) belegen die Zahlen, dass auch ältere Suchtkranke den Mut und die Fähigkeit zur Veränderung aufbringen und den Weg aus der Abhängigkeit heraus in ein selbst bestimmtes Leben finden können. Geht man von der durchschnittlichen Lebenserwartung aus, so haben die über 60-jährigen Frauen und Männer noch eine hohe fernere Lebenserwartung vor sich und können nach einer erfolgreichen Rehabilitation in Würde und Selbstbestimmung ihren Lebensabend gestalten und verbringen.

Primärprävention

Da substanzbezogene Störungen nicht auf abhängigen und dauerhaft schädlichen Konsum beschränkt sind, sollte die Allgemeinbevölkerung über einen risikoarmen Konsum von Alkohol in höherem Lebensalter aufgeklärt werden. Es sollte darauf hingewiesen werden, dass die von der WHO als Grenzwerte für Erwachsene für einen noch unschädlichen Konsum geltenden täglichen Trinkmengen von 30 g reinen Alkohol für Männer und 20 g für Frauen (Allebeck, 1998) in höherem Lebensalter aufgrund der veränderten Verstoffwechselung deutlich zu hoch sind. Der Autor geht am ehesten von der Hälfte, also von 15 g reinen Alkohol täglich für Männer und 10 g für Frauen aus. Das National Institut on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) der USA gibt 14 g reinen Alkohol täglich als Grenzwert für beide Geschlechter an (NIAAA, 1995). Alkoholische Getränke sollten bei bestimmten Medikamenten nicht konsumiert werden, die ältere Menschen allerdings häufig einnehmen müssen. Hierüber sollte der das Medikament verschreibende Arzt regelmäßig aufklären. Wenn Alkohol konsumiert wird, sollte dies bevorzugt zum Essen er-

folgen. Alkohol sollte nicht zur Befindlichkeitssteuerung und nicht zur Schlafförderung eingesetzt werden.

Bei Schlafstörungen sollte eine Aufklärung über Schlafhygiene und eine Abklärung somatischer Ursachen erfolgen. Benzodiazepine und andere Sedativa und Hypnotika sollten nicht längerfristig verordnet werden. Bei Mehrfachbehandlungen sollte ein einheitliches Medikamentenmanagement angestrebt werden. Opiate zur Schmerzbehandlung außerhalb der Onkologie sollten nur nach Erhebung einer Sucht- und Medikamentenanamnese eingesetzt werden.

Ausblick

In Anbetracht der demographischen Entwicklung und der jetzt schon nicht geringen Zahl suchtkranker älterer Menschen sollte die Präventions- und Versorgungsforschung dringend gefördert werden. Noch sind zu viele Fragen offen. Für suchtkranke Pflegebedürftige gibt es bislang keine adäquaten Behandlungsangebote. Wie können effektive Frühinterventionen in die medizinische Versorgung integriert werden? Welche zielgruppenspezifischen Präventionsmaßnahmen versprechen den größten Erfolg? Die klinische Erfahrung in einer Rehabilitationsklinik für Abhängigkeitserkrankungen, die seit nunmehr 30 Jahren spezialisierte Behandlungsangebote für Ältere anbietet, lehrt, dass sich entgegen vielfach noch vorherrschender Vorurteile erfreulich gute Behandlungsergebnisse erzielen lassen. Wir kennen Verläufe mit über 20-jähriger durchgehender Abstinenz nach einer stationären Behandlung im Alter von über 60 Jahren! Von einer hohen Behandlungseffizienz ist auszugehen. Zukünftig sollte gezielte Prävention auch für ältere Menschen erfolgen und die Vernetzung der Alten- und der Suchthilfe und der Aufbau ambulanter und ambulant/stationärer Kombinationsbehandlungen für die Klientel älterer Suchtkranker mit indikativ abgestuften Interventionsmöglichkeiten geleistet werden.

Soziale Kälte und das Gefühl, wertlos und überflüssig zu sein, sind ein fruchtbarer Nährboden für den Konsum von Suchtmitteln und fördern die Entwicklung substanzbezogener Störungen. Insofern stellen die Wertschätzung alter Menschen, das Vermeiden einseitiger ökonomischer Betrachtungsweisen und eine höhere Sorgfalt in der Wortwahl in der Diskussion um „Rentenlücken“und „Rentnerberge“ ebenfalls einen präventiven Ansatz dar, zu dem wir alle ohne große Mühe beitragen können!

Literatur

Allebeck P (1998) Risks and Protective Affects of Alcohol on the Individual. Proceedings of a conference. Alcohol Clin Exp Res 22, 269-373.

Babor TF, De Hofmann MI, Boca FK et al. (1992) Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. Arch Gen Psychiat 49, 599- 608.

Benshoff, JJ, Harrawood, LK (2003) Substance abuse and the elderly: Unique issues and concerns. Journal of Rehabilitation, 69 (2), 43-48.

Curtis JR, Geller C, Stokes E J et al. (1989) Characteristics, diagnosis and treatment of alcoholism in elderly patients. Alcohol Clin Exp Res 18, 196-201.

Dom G, D’haene P, Hulstijn W, Sabbe B (2006) Impulsivity in abstinent early- and late-onset alcoholics: differences in self-report measures and a discounting task. Addiction 101, 50-59.

Droller H (1964) Some aspects of alcoholism in the elderly. Lancet 2 137-139.

Feuerlein W (1995) Abhängigkeit im Alter. Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie 3, 153-162.

Finlayson RE, Hurt RD, Davis LJ, Morse RM (1988) Alcoholism in elderly persons: a study of the psychiatric and psychosocial features of 216 inpatients. Mayo Clin Proc 63, 761-768.

Fischer CJ, Struwe J, Lemke MR (2006) Langfristige Auswirkungen traumatischer Ereignisse auf somatische und psychische Beschwerden. Am Beispiel von Vertriebenen nach dem 2. Weltkrieg. Nervenarzt 77, 58-63.

Ganry O, Joly MP, Queval MP, Dubreuil A (2000) Prevalence of alcohol problems among elderly patients in a university hospital. Addiction 95 197-113.

Geyer D, Batra A, Beutel, M, Funke W et al. (2006) AWMF Leitlinie Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. Sucht 52, 8-34.

Geyer D, Penzek C (2007) Wirkfaktoren in der stationären Rehabilitation älterer Alkoholabhängiger. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) Wirksame Therapie. Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung, Geesthacht, Neuland, 305-316.

Glaeske G (1996) Beruhigt bis zum Ende: Die Arzneimitteltherapie für ältere Menschen. Sucht aktuell 3, 5-9.

Heigl F (1978) Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Helmchen H, Linden M, Wernicke T (1996) Psychiatrische Morbidität bei Hochbetagten: Ergebnisse der Berliner Altersstudie. Nervenarzt, 67, 739-750.

Hinze E (1994) Besonderheiten der therapeutischen Beziehung zwischen Jüngeren und Älteren. In: Radebold H & Hirsch RD (Hrsg.) Altern und Psychotherapie. Bern, Hans Huber 35-41.

John U, Hapke U, Rumpf H-J et al. (1996) Prävalenz und sekundäre Prävention von Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Nomos.

Kraus L, Augustin R (2005). Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. Sucht, 51 (Sonderheft 1) 4-57.

Kruse G, Körkel J, Schmalz U (2000) Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Bonn, Psychiatrie Verlag, S 205.

McGrath A, Crome P, Crome IB (2005) Substance misuse in the older population. Postgrad Med J, 81, 228-231.

Melchinger H, Schnabel R, Wyns B (1992) Verordnungspraxis von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden, Nomos.

Miller WR, Rollnick S (2002) Motivational Interviewing. Preparing People For Change. New York, Guilford, 2.ed.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (1995) Diagnostic criteria for alcohol abuse. Alcohol Alert 30, 1-6 .

Radebold H (2004) Bei Diagnose historisch denken. Deutsches Ärzteblatt 101, 27, 1637-1639.

Soeder M. (1989) Abhängigkeit und Sucht; in: Platt D, Oesterreich K: Handbuch der Gerontologie, Bd 5. Fischer 337-355.

Voßmann U & Geyer D (2006) Abhängigkeitserkrankungen im Alter. Therapeutische Erfahrungen mit älteren Patienten. Z Gerontopsychol psychiatr 19, 221-227.

Welte JW, Mirand AL (1995) Drinking, problem drinking and life stressors in the elderly general population. J Stud Alcohol 56, 67-73.

Wetterling T, Backhaus J, Junghanns K (2002) Sucht im Alter. Der Nervenarzt 49, 861-866.

Wolter-Henseler DK (1998) Klinik der Benzodiazepinabhängigkeit im Alter. In: Havemann-Reinecke U, Weyerer S, Fleischmann H (Hrsg.): Missbrauch und Abhängigkeit im Alter 86-96.

Dr. med. Dieter Geyer
Fachklinik Fredeburg
Zu den drei Buchen 1, 57932 Schmallenberg
E-Mail: dieter.geyer@fachklinik-fredeburg.de

Was ist zu tun?

Weiterbildung und soziale Milieus

Aiga von Hippel

Einleitung

Veränderungsprozesse im öffentlichen (förderungs- und ordnungspolitisch) und privaten Bereich (in Form von Nachfrageveränderungen) haben zu einem Wandel in der institutionellen Erwachsenenbildung geführt. Dies zeigt sich beispielsweise in einer steigenden Konkurrenz der Weiterbildungsanbieter, einem Rückgang staatlicher und kommunaler Finanzierung, einem pluralisierten Weiterbildungsangebot, einer Konkurrenz der Weiterbildung zu Medien- und anderen Freizeitangeboten sowie in einer Segmentierung der Weiterbildungsansprüche durch eine Pluralisierung der Lebensstile und Milieus (vgl. Rein/Sievers 2005). Diese heterogene Weiterbildungsnachfrage erfordert eine zielgruppenspezifische Ausdifferenzierung im Marketing.

Die Pluralisierung von Lebenslagen und Lebensstilen hat dabei zu einer Differenzierung von sozialen Milieus geführt. Dadurch hat sich auch die Nachfrageseite der Erwachsenenbildung – d.h. Weiterbildungsinteressen, -einstellungen, -motive und -barrieren der Teilnehmer und Adressaten – ausdifferenziert. Wie können Weiterbildungsinstitutionen darauf reagieren und Weiterbildungsangebote zielgruppenspezifisch planen und entwickeln? Die Milieuforschung als neuerer Zweig der Teilnehmendenforschung liefert ein relativ detailliertes Porträt der aktuellen und potenziellen Teilnehmer/innen und damit der Nachfrageseite.

Der Vortrag hatte folgende Themen zum Inhalt

- Was sind soziale Milieus?
- Forschungsergebnisse zu sozialen Milieus und Weiterbildung
- Implementierung und Umsetzung von Milieumarketing in der Erwachsenenbildungs-Praxis am Beispiel des Projekts „ImZiel“
- Abschließende Reflektion: Aus welchen Milieus stammen Erwachsenenbildner?

Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit, tiefer in die Lebenswelt ausgewählter sozialer Milieus einzutauchen und diese Erkenntnisse dann im Workshop auf den Bereich der Angebotsplanung und Kursgestaltung im Bereich der Gesundheitsbildung zu übertragen. Die Vortragsfolien und die Handouts für die Teilnehmer stehen online unter

www.lzg-bayern.de (Rubrik „ZIS“, Stichwort „Forum Suchtprävention 2007“)

zum Download zur Verfügung.

Milieus und Weiterbildung

Die soziale Milieuforschung integriert sozialstrukturelle Aspekte als vertikale Differenzierung und alltagsästhetische Lebensstil-Aspekte als horizontale Differenzierung. Begrifflich und empirisch wird davon ausgegangen, dass soziale Milieus Menschen in ähnlicher sozialer Lage und mit ähnlichen Werthaltungen, Lebensauffassungen und Lebensweisen zusammenfassen. Die Angehörigen jedes der zehn Milieus (vgl. Barz/Tippelt 2004a) in Deutschland teilen Einstellungen zu relevanten Lebensbereichen wie Arbeit, Freizeit, Partnerschaft, Konsum, Alltagsästhetik, aber auch Bildung und Weiterbildung. Die zehn

Milieus lassen sich in „Gesellschaftliche Leitmilieus“ (hierzu gehören Etablierte; Postmaterielle; Moderne Performer), „Traditionelle Milieus“ (hierzu gehören Konservative; Traditionsverwurzelte; DDR-Nostalgische), „Mainstream-Milieus“ (hierzu gehören Bürgerliche Mitte; Konsum-Materialisten) und „Hedonistische Milieus“ (hierzu gehören Experimentalisten; Hedonisten) unterteilen. Soziale Milieus haben unterschiedliche Interessen im Bildungsbereich und unterschiedliche Auffassungen vom lebenslangen Lernen, der Umgang mit Bildung ist als eine milieuspezifische Strategie zu verstehen (vgl. Bremer 2004). Soziale Milieuforschung macht nicht nur vertikale und horizontale Heterogenität in modernen Gesellschaften sichtbar, sondern liefert auch durch die genaue Kenntnis von verschiedenen Milieus praktische Hinweise, wie diese Milieus als Zielgruppen durch Weiterbildungsinstitutionen erreicht werden können.

Bildungsmarketing

„Marketing ist die Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle sämtlicher Unternehmensaktivitäten, die durch eine Ausrichtung des Leistungsprogramms am Kundennutzen darauf abzielen, absatzmarktorientierte Unternehmensziele zu erreichen“ (Bruhn 1990, S. 13 in Schöll 2005, S. 11). Dieses „Leistungsprogramm“, nämlich das immaterielle „Produkt“ Weiterbildung, weist Besonderheiten im Entstehungsprozess und in den Qualitätsstandards im Vergleich zu anderen Produkten auf: Es wird nicht nur konsumiert, sondern von den Teilnehmenden mitgestaltet, es entsteht in einem offenen Prozess. Das Produkt Weiterbildung kann vor dem „Kauf“ nicht real getestet werden, ein Weiterbildungsangebot ist im Prinzip nicht wiederholbar (z.B. andere Kurszusammensetzung) und seine Bewertung ist auch vom individuellen Bezugsrahmen abhängig (vgl. Schöll 2005).

Werbung und Öffentlichkeitsarbeit sind Bestandteil des Konzepts „Marketing“, wobei Marketing wiederum Teil der Gesamtsteuerung einer Weiterbildungseinrichtung ist. Marketingziele leiten sich aus den Unternehmenszielen ab (vgl. Schöll 2005, S.11). Die Marketinginstrumente zur Erreichung der Marketingziele gliedern sich in Informationsinstrumente – die die Handlungsgrundlage für Marketingmaßnahmen darstellen – und Aktionsinstrumente (vgl. Schöll 2005, S.11 und Abbildung 5 des Vortrags unter www.lzg-bayern.de, Rubrik „ZIS“, Stichwort „Forum Suchtprävention 2007“). Zu den Informationsinstrumenten über die externen Bedingungen gehören die Adressatenforschung, Bedarfsanalysen, Konkurrenzumfeldanalysen, Weiterbildungsstatistiken und Informationen zum Image und zum Bekanntheitsgrad einer Einrichtung (vgl. Rein/Sievers 2005). Im Rahmen von Corporate-Identity-Prozessen können Produkt- und Einrichtungsimages (Corporate Image) erhoben werden über

- Klima-Profil/Polaritätenprofil (z.B. Filla 1993 zum Image der österreichischen Volkshochschulen)
- Feedbackverfahren – In Evaluationsbögen gezielt institutionenspezifische Fragen mit aufnehmen
- Programmanalysen – Akzente in den Programmbereichen, Vergleich mit Statistiken
- Befragungen von Kursteilnehmern
- Medienresonanzanalyse/Presseanalyse

Zu den Aktionsinstrumenten – dem Marketing-Mix – gehören

- Angebots-/Produktpolitik – Welche Produkte sollen wie am Markt angeboten werden?
- Distributionspolitik – Auf welche Weise sollen die Produkte an die Zielgruppen herangetragen werden?
- Preispolitik – Zu welchen Bedingungen sollen die Produkte angeboten werden?
- Kommunikationspolitik – Welche Informationsmaßnahmen sollen eingesetzt werden?

Umsetzung von Milieumarketing in der Praxis

Dem durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Implementierungsprojekt „ImZiel“ (Systematische Entwicklung und Implementierung zielgruppenspezifischer Angebotssegmente in Einrichtungen der Erwachsenenbildung, Laufzeit 2004–2007) liegt die Hypothese zu Grunde, dass durch eine milieu- und zielgruppenspezifische Gestaltung der Angebots- und Programmplanung sowie des Marketings und der Werbung bisherige Teilnehmergruppen verstärkt an spezifische Träger gebunden und zudem neue Marktsegmente erschlossen werden können. Erkenntnisse hinsichtlich der Nachfragestrukturen sollten darüber hinaus wichtige Anhaltspunkte für die Profilbildung einzelner Institutionen liefern. Der Ansatz ermöglicht es, sowohl bildungsaktive als auch bildungsbenachteiligte Gruppierungen und Milieus besser in die Weiterbildung zu integrieren (vgl. Tippelt/Reich/von Hippel/Barz/Baum 2008).

„ImZiel“ schließt unmittelbar an die ebenfalls vom BMBF geförderte „Milieustudie“ (vgl. Barz/Tippelt 2007a, b) an, indem die dort gewonnenen Informationen zu Milieus und sozialen Gruppen systematisch aufbereitet und mit ausgewählten Trägern und Institutionen der Erwachsenenbildung in die Bildungspraxis umgesetzt wurden.

Die Milieustudie hat dringend benötigte Erkenntnisse über die sich wandelnden Einstellungen der Bevölkerung zur Weiterbildung erbracht. Das Implementierungsprojekt „ImZiel“ versucht, in den Bereichen Marketing sowie Adressaten- und Teilnehmerforschung Theorie und Praxis eng aufeinander zu beziehen. Der zu Grunde gelegte theoretisch-konzeptionelle Bezugsrahmen, der sowohl den beruflichen Kontext als auch die Lebensstile der Teilnehmer und Adressaten einbezieht, erlaubt die notwendige soziale und regionale Differenzierung der ermittelten Einstellungen und Teilnahmebereitschaften. Dies ist bezogen auf die Programmplanung sehr ertragreich. Eine für alle Bevölkerungssegmente pauschal gültige Aussage über Weiterbildungsinteressen und -motive – aber auch über Weiterbildungsbarrieren – ist immer weniger möglich: Die realen dynamischen Veränderungsprozesse in der Arbeitswelt ebenso wie der rasante kulturelle Ausdifferenzierungs- und Entdifferenzierungsprozess gesellschaftlicher Segmente machen es erforderlich, die Nachfrage- und Bedarfsorientierung innerhalb der Erwachsenenbildung zu stärken.

Workshop: Zielgruppenorientierte Planung von Gesundheitsangeboten

Der Workshop griff das neue Thema der milieuorientierten Angebotsplanung und des Bildungsmarketings auf und diskutierte Folgen für die Ausgestaltung didaktischer Handlungsfelder bei Angebotsplanung und Kursgestaltung. Neben einem kurzen Input zur zielgruppenspezifischen Planung in der Gesundheitsbildung ging es darum, über Milieuverortungen zu diskutieren und in Kleingruppen an konkreten eigenen Angeboten zu arbeiten.

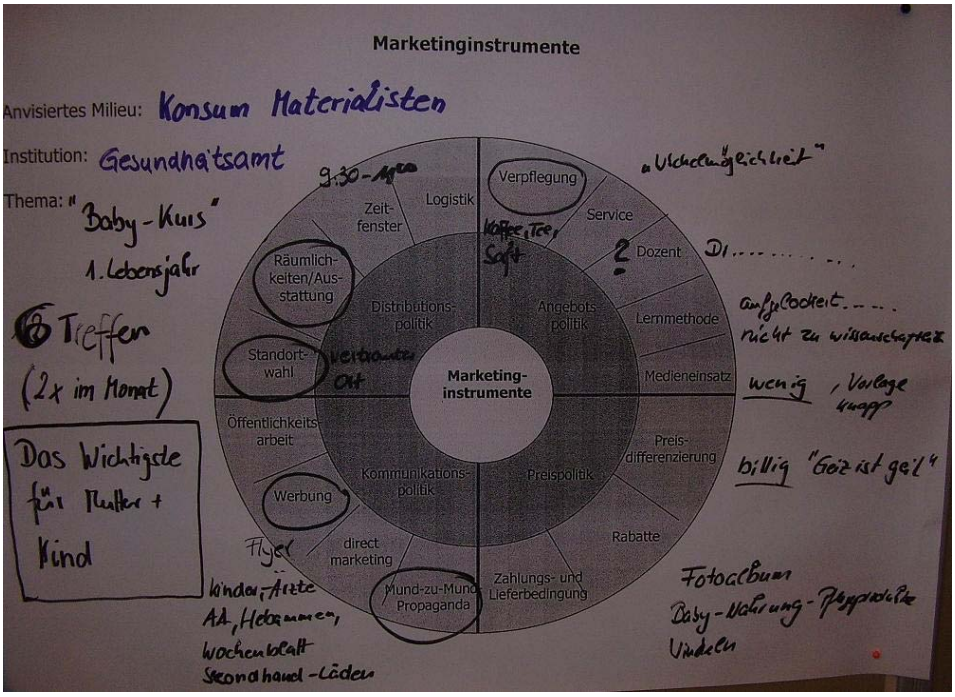
Selbstverortung in der Milieulandkarte

Aus welchen Milieus kommen eigentlich Erwachsenenbildner, im konkreten Fall Erwachsenenbildner aus dem Bereich der Suchtprävention? Woher kommen die Adressaten? Die Teilnehmenden des Forums verorteten sich mittels Klebepunkten in der Milieulandkarte. Intensiv wurde hier diskutiert, ob es eine Diskrepanz zwischen der eigenen Verortung und der Verortung von Klienten und Multiplikatoren gibt. Ebenfalls diskutiert wurde die Schwierigkeit, bestimmte Milieus zu erreichen. Die Selbstverortungen befinden sich vor allem im Bereich der Postmateriellen und angrenzenden Milieus – ähnlich wie in anderen Erwachsenenbildungsinstitutionen. Es ist zusätzlich möglich, dass man „Milieuerfahrung“ aus der Herkunftsfamilie hat, die einem helfen kann, sich beispielsweise auch in traditionellere Milieus einzudenken. Als Herausforderung wurden von den Teilnehmenden benannt, wie man die gleiche „Botschaft“ für unterschiedliche Zielgruppen variieren kann und muss (z.B. an Schulleiter, Schüler, Eltern).

Planen von Angebotsentwürfen

Der Ansatz der sozialen Milieus ist aus Sicht der Teilnehmenden insbesondere geeignet zur konzeptionellen Planung von Angebotsentwürfen für Adressaten wie auch für die Reaktion vor Ort in Interaktion mit den Teilnehmenden. Diese Interaktion vor Ort – mit unterschiedlichen Milieus – wurde als besondere Herausforderung gesehen.

Es wurden im Workshop darüber hinaus zwei Angebote für die schwierig zu erreichende Zielgruppe der Konsum-Materialisten entworfen (siehe folgende Abbildungen), die auch später im Plenum vorgestellt wurden.



Literatur

Barz, H. / Tippelt, R. (2007a): Weiterbildung und soziale Milieus in Deutschland. Band 1: Praxishandbuch Milieumarketing. Bielefeld.

Barz, H. / Tippelt, R. (2007b): Weiterbildung und soziale Milieus in Deutschland. Band 2: Adressaten- und Milieuforschung zu Weiterbildungsverhalten und -interessen (CD-Rom-Beilage zu Band 1).

Bremer, H. (2004): Der Mythos vom autonom lernenden Subjekt. Zur sozialen Verortung aktueller Konzepte des Selbstlernens und zur Bildungspraxis unterschiedlicher sozialer Milieus. In: Engler, S./ Krais, B. (Hrsg.): Das kulturelle Kapital und die Macht der Klassenstrukturen. Weinheim.

Möller, S. (2002): Marketing in der Weiterbildung. Bielefeld.

Rein, A. von/Sievers, C. (2005): Öffentlichkeitsarbeit und Corporate Identity an Volkshochschulen. Bielefeld.

Schöll, I. (2005): Marketing in der öffentlichen Weiterbildung. Bielefeld.

Tippelt, R. / Hippel, A. von (2005): Lebenslagen - Lebensphasen - Lebensstile. Entgrenzungen der Teilnehmerschaft. In: DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung, Heft 1/2005. S. 33-36.

Tippelt, R. / Hippel, A. von (2005): Weiterbildung: Chancenausgleich und soziale Heterogenität. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 37/2005. S. 38-45. (Volltext: http://www.bpb.de/files/NUNFKY.pdf).

Tippelt, R. / Reich, J. / von Hippel, A. / Barz, H. / Baum, D. (2008): Weiterbildung und soziale Milieus. Band 3: Milieumarketing implementieren. Bielefeld.

Weiterführende Links:

http://www.imziel.de (Homepage des Projekts „Systematische Entwicklung und Implementierung von zielgruppenspezifischen Angebotssegmenten in Einrichtungen der Erwachsenenbildung“, gefördert vom BMBF).

http://www.komweit.de (Homepage des Projekts „Erhöhung der Weiterbildungsbeteiligung und Verbesserung der Chancengerechtigkeit durch Kompetenzförderung von WeiterbildnerInnen. Eine Perspektivverschränkung von Mikro-, Meso- und Makroebene“, gefördert vom BMBF).

Dr. des. Aiga von Hippel
Ludwig-Maximilians-Universität
Institut für Pädagogik
Martiusstraße 4, 80802 München
E-Mail: vonHippel@lrz.uni-muenchen.de

Geschlechtsspezifische Alkoholprävention mit Jungen am Beispiel des Modellprojektes „blueboys“, einem Planspiel zu Alkoholkonsum und Sozialkompetenz von Jungen

Uwe Ihlau

Geschlechtsspezifische Aspekte beim Alkoholkonsum von Jungen

Der Alkoholkonsum von Jungen unterscheidet sich sowohl quantitativ wie auch qualitativ häufig von dem der Mädchen. Im statistischen Mittel trinken Jungen deutlich mehr und häufiger Alkohol als Mädchen. Zudem wird insbesondere das “Kampftrinken“ oder „Komasaufen“, also exzessiver Alkoholkonsum in kurzer Zeit, als vermeintlicher Ausdruck von Männlichkeit angesehen und praktiziert. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, geschlechtsspezifische Aspekte bei der Entwicklung von Maßnahmen und Projekten der Alkoholprävention zu berücksichtigen.

Definition „Geschlechtsspezifische Suchtprävention“ (BZgA):
Eine Arbeitsform, bei der ausschließlich in geschlechtshomogenen Gruppen mit gleichgeschlechtlichen Professionellen gearbeitet wird.

Analog zu den pädagogischen Arbeitsfeldern der Mädchen- und Jungenarbeit gilt es, die jeweiligen besonderen Möglichkeiten, aber auch die Grenzen dieser Arbeitsform zu bedenken: Geschlechtshomogene und -reflektierte Arbeit mit Jungen ermöglicht es ihnen, in einem Schutzraum über ihre Fragen oder Unsicherheiten in Bezug auf den Umgang mit Alkohol zu reden. Gleichzeitig ist es nötig, die gesellschaftliche Realität des geschlechtsgemischten Zusammenlebens stets im Blick zu halten.

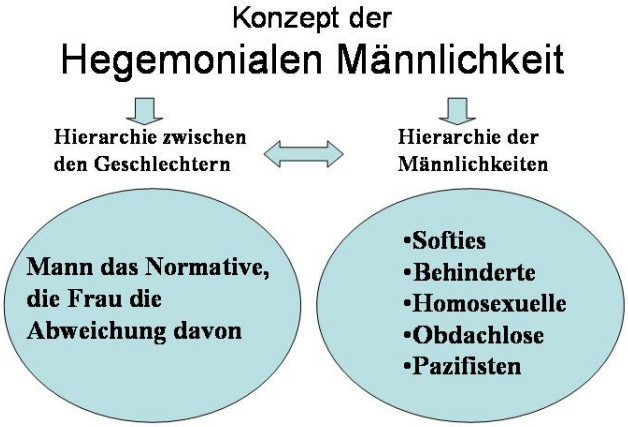
Die pädagogische Fachkraft sollte sich daher der verschiedenen Ebenen bewusst sein, auf denen geschlechtsspezifische Alkoholprävention arbeitet und wirkt:

- die individuelle Ebene der Mädchen und Jungen mit ihren jeweiligen geschlechtsspezifischen Sozialisationserfahrungen und -hintergründen. Hier gilt es, den Blick auf die ressourcenorientierte Persönlichkeitsentwicklung zu legen. Insbesondere für die Jungenarbeit bedeutet dies, sich nicht von den in den Medien oft einseitig kommunizierten Defiziten der Jungen „überrollen“ zu lassen und die Angebote und Maßnahmen nur darauf auszurichten. (Wir müssen allerdings häufig feststellen, dass Jungenarbeit oft auf diese reine „Feuerwehrfunktion“ beschränkt wird.)
- die gesellschaftliche bzw. strukturelle Ebene ist geprägt von einer hierarchischen Beziehung der Geschlechter untereinander. In Anlehnung an Robert Connells Modell der „Hegemonialen Männlichkeit“[1] bezieht sich dieses von Machtverhältnissen geprägte Beziehungsmodell nicht nur auf die Geschlechter untereinander, sondern auch auf die Beziehung innerhalb der Gruppe der Männer bzw. Jungen:

  Jeder Junge, der dem „klassisch-männlichen“ leistungsorientierten Bild nicht

[1]Im Konzept der hegemonialen Männlichkeit zeigt Connell die ungleichheitsstrukturierende Kraft von Geschlecht auf: In seiner Analyse von Männlichkeitskonstruktionen als Hegemonie beanspruchend, nach Hegemonie strebend und sich um Hegemonie gruppierend verwendet er die Kategorie gender, um Ausgrenzungs- und Privilegierungsmuster entlang einer geschlechtlichen Ordnung zu erkennen. Er deckt dabei ebenso die Mittel auf, mit denen hegemoniale Männlichkeit hergestellt wird, als auch die Funktion, die die Unterordnung bestimmter Gruppen von Männern zur Herstellung oder zum Erhalt der Hegemonie anderer Männer einnimmt. Nach Susanne Spindler (Wikipedia)

entspricht, als „Weichei“ oder „Looser“ gilt, gerät schnell in die Gefahr, in der Gruppenhierarchie nach unten zu rutschen. Ebenso werden gleichgeschlechtliche Tendenzen von Jungen oder materielle Probleme der Eltern oder des sozialen Umfelds abwertend beurteilt. All dies gilt bestenfalls als „uncool“.



Lebenslagen von Mädchen und Jungen

Ein Blick in die 15. Shell Jugendstudie liefert Hinweise auf unterschiedliche Akzentsetzungen in den Lebenslagen von Jungen und Mädchen heute. Zusammengefasst konstatiert die Studie mit dem Blick auf Jungen:

- Sie bleiben mehrheitlich dem traditionellen Männer- und Frauenbild treu: Frauen gleich Haushalt, Männer gleich Ernährer.
- Jungen sind heute widersprüchlichen Erwartungen ausgesetzt:
  Alte und vertraute Rollenverteilungen sind nicht mehr so ohne weiteres möglich; die Beziehungen müssen in ständigen Auseinandersetzungen neu justiert werden, hierdurch fühlen sich viele junge Männer überfordert.
- Jungen haben zwar viele soziale Kontakte, aber nur wenige enge Bindungen.
- Jungen reagieren bei Alltagsbelastungen häufig mit externalisierenden Verhaltensweisen wie Unruhe oder Aggressivität.
- (Ehrgeizige) junge Frauen werden von einem Teil der jungen Männer als ernsthafte Gefährdung ihres Erfolges auf dem Arbeitsmarkt wahrgenommen, wogegen sie sich mit Zuflucht in alte Muster wehren wollen.

Demgegenüber ein Blick auf junge Frauen heute:

- Sie sind konkurrenzorientierter und durchsetzungsfähiger geworden.
- Sie besitzen mindestens ebenso viel schulischen und beruflichen Ehrgeiz wie junge Männer.
- Sie zeigen erhöhten, flexiblen Einsatz für die steigenden Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt.
- Mehr junge Frauen haben einen hochwertigen Schulabschluss/einen besseren universitären Abschluss als gleichaltrige Männer (dies schlägt sich allerdings (noch) nicht in ihrem beruflichen Erfolg nieder).
- Die traditionelle Hausfrauenrolle wird von Mädchen und jungen Frauen zunehmend abgelehnt.

- Sie haben hohe Anforderungen an sich selbst: gut aussehen, viele Sozialbeziehungen, interessanten Beruf, Partner/in und Familie und Kinder = Karriere mit Familie verbinden.

Natürlich sieht die individuelle Wirklichkeit vieler Mädchen und Jungen heute oft ganz anders aus. Neben der Differenzierung nach dem Geschlecht spielen weitere Lebenslagenfaktoren wie ethnische Herkunft oder das soziale Milieu eine zentrale Rolle. Außerdem sind die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen bei der Werteorientierung beispielsweise geringer als die Spannbreite der Werte innerhalb der Gruppe der Jungen bzw. der Mädchen.

Die Bedeutung geschlechtsspezifischer Unterschiede für die pädagogische Praxis ergibt sich aus der Zusammenschau der genannten Faktoren und kann daher von Region zu Region oder von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich sein.

Das Alkoholkonsumverhalten von Jungen und Mädchen

Die im Juni 2007 von der BZgA veröffentlichte Studie „Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004 bis 2007“ verdeutlicht den starken Anstieg des Alkoholkonsums bei männlichen Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren von 47,2 Gramm Alkohol pro Woche im Jahr 2005 auf 71,1 Gramm Alkohol pro Woche im Jahr 2007. Bei den Mädchen und jungen Frauen stieg der Konsum im gleichen Zeitraum von 19,8 auf 28,7 Gramm Alkohol.

		Gesamt			12 bis 15 Jahre			16 bis 17 Jahre		
		2004	2005	2007	2004	2005	2007	2004	2005	2007
Männlich	Gesamtalkohol*	59,7	47,2	71,1	26,6	17,6	26,1	126,5	107,6	154,2
	Spirituosenhaltige Alcopops	9,8	4,9	3,7	5,1	1,6	2,0	19,6	11,5	6,8
	Bier-/Weinmischgetränke	4,8	7,7	10,3	2,3	4,2	4,6	10,0	14,6	20,8
	Bier	30,1	28,9	42,6	12,4	9,5	16,2	66,3	67,3	90,5
	Wein/Sekt	4,8	2,8	3,0	3,1	1,1	1,4	8,3	6,2	6,0
	Spirituosen	5,2	3,2	7,2	2,6	1,0	2,3	10,6	7,8	16,3
	Cocktails/Longdrinks	4,3	3,2	5,5	2,0	1,2	2,0	9,0	7,2	11,7
Weiblich	Gesamtalkohol*	27,5	19,8	28,7	14,8	9,0	15,9	54,1	41,7	52,6
	Spirituosenhaltige Alcopops	6,8	4,2	2,0	4,3	2,7	1,4	12,1	7,4	3,0
	Bier-/Weinmischgetränke	2,9	2,8	3,5	1,8	2,2	2,7	5,1	4,2	5,0
	Bier	7,9	5,7	12,1	4,3	3,1	5,7	15,3	11,0	23,9
	Wein/Sekt	4,4	4,0	5,1	1,8	1,5	2,3	9,7	9,0	10,1
	Spirituosen	1,9	2,3	3,2	1,6	0,7	2,2	2,4	5,3	5,0
	Cocktails/Longdrinks	3,4	2,9	3,7	1,7	0,9	2,0	7,0	7,1	6,8

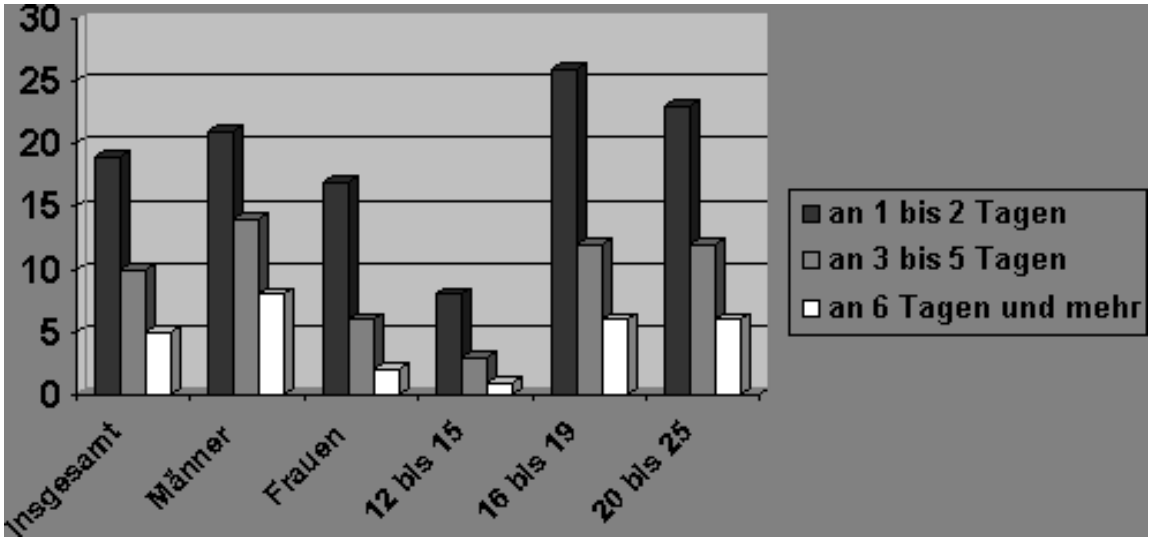
Quelle: BZgA Studie „Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004 bis 2007“

Ein besonders großer Unterschied ist zwischen den 16- bis 17-jährigen Mädchen und den gleichaltrigen Jungen im statistischen Mittel im Jahr 2007 festzustellen. In dieser Altersgruppe trinken männliche Jugendliche dreimal so viel Alkohol wie weibliche Jugendliche (154,2 zu 52,6 Gramm).

Bier scheint nach dieser Untersuchung das Getränk zu sein, bei dem es die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt. Im Jahr 2007 konsumierten Mädchen und junge Frauen 12,1 Gramm Alkohol in Form von Bier, bei den Jungen und jungen Männern waren es dagegen 42,6 Gramm.

Nicht nur bei der Menge an Alkohol und der bevorzugten Getränkeart gibt es zum Teil beträchtliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern, sondern auch beim Konsumverhalten. Hinweise hierfür sind in der BZgA Studie „Drogenaffinität Jugendlicher in der BRD, Teilband Alkohol“ aus dem Jahr 2004 zu finden. Bei dem sogenannten „Binge

Drinking“ (mindestens einmal in den letzten 30 Tagen der Konsum von fünf Gläsern Alkohol pro Trinkgelegenheit; Angaben in Prozent) wird deutlich, dass wiederum Jungen und junge Männer sowohl beim gelegentlichen (an ein bis zwei Tagen) als auch beim regelmäßigen (an drei bis fünf Tagen) und beim häufigen (sechs und mehr Tage) exzessiven Alkoholkonsum häufiger zu finden sind als Mädchen und jungen Frauen.



Quelle: Drogenaffinität Jugendlicher in der BRD, Teilband Alkohol, BZgA 2004

Die Altersgruppe der 16- bis 19-jährigen Jugendlichen praktiziert diese Form des Konsums am häufigsten.

Diese Beispiele verdeutlichen die besonderen Notwendigkeiten, das Thema Alkoholkonsum mit Jungen zu bearbeiten.

Vorstellung des Modellprojektes „blueboys“

Die FUMA Fachstelle Gender NRW unterstützt Träger der Jugendhilfe in Nordrhein-Westfalen bei der Umsetzung von Gender Mainstreaming. Dazu hat sie verschiedene Angebote für Einrichtungen, für Fachkräfte und Projekte für Mädchen und Jungen entwickelt. Das hier vorgestellte Modellprojekt „blueboys“ wurde in enger Kooperation zwischen der FUMA und ginko e.V. – Kombinierte Jugendberatungs- und Landeskoordinierungsstelle der Suchtvorbeugung in NRW entwickelt.

In dem Planspiel „blueboys“ setzen sich Jungen mit der fiktiven Situation auseinander, in welcher drei Schüler nach dem Sportunterricht beim heimlichen Alkoholkonsum hinter der Turnhalle von einem Lehrer erwischt werden. Aufgeteilt in Kleingruppen betrachten und bearbeiten sie die Ausgangssituation aus unterschiedlichen Blickwinkeln, z.B. dem der Eltern oder der Schulleitung. Dabei werden zwei geschlechtsspezifische Aspekte der männlichen Sozialisation bearbeitet: zum einen das Thema Alkoholkonsum und zum anderen das Sozial- und Gruppenverhalten von Jungen.

Ein Ziel dieses Planspiels ist es, zu verdeutlichen, dass sich bei der exzessiven Form des Alkoholkonsums oft das typisch männliche Konkurrenz- bzw. Leistungsdenken widerspiegelt, dieses Verhalten aber nicht angeboren ist, sondern gesellschaftlich produziert wird und damit veränderbar ist. Durch eine solche Sicht wird es den Jungen ermöglicht bzw. erleichtert, aus diesen Ritualen auszusteigen ohne „unmännlich“ zu sein.

Klischeehafte Vorstellungen über männlichen Alkoholkonsum:

- Es ist für Männer „normal“, Alkohol zu trinken.
- Ein Mann kann viel vertragen (viel mehr als Frauen).
- Starker Alkoholkonsum beeindruckt Frauen.
- Alkohol hat keine negativen Auswirkungen auf die eigene Handlungsfähigkeit.

Erste Erfahrungen in der Umsetzung des Planspiels zeigen, dass Jungen in den Kleingruppen im Verlauf des Spiels von sich aus von Männern aus dem Bekanntenkreis erzählen, die entweder durch das oben beschriebene Verhalten negativ auffallen („… da gehen wir nicht mehr hin“) oder die deutliche Suchtprobleme haben („… der darf jetzt keinen Tropfen Alkohol mehr trinken“). Diese Aussagen lassen erkennen, wie wichtig es ist, die „Bilder von Männlichkeit“ in den Köpfen von Jungen mit der „Realität des Mannseins“ in Beziehung zu setzen und herauszuarbeiten, dass dies oft zwei verschiedene Ebenen sind.

Der zweite zentrale Aspekt dieses Planspiels betrifft das Sozial- und Gruppenverhalten von Jungen in Bezug auf ihr Kommunikations- und Problemlösungsverhalten. Zwar fühlen sich Jungen in der Gruppe tendenziell wohler als Mädchen, dennoch sind es häufig Mädchen, die soziale Aspekte wie Kommunikationsfähigkeit oder Initiativen zur Konfliktlösung in gemischtgeschlechtliche Gruppen einbringen. In reinen Jungengruppen sind diese nun selbst gefordert, für ein gutes Gruppenklima zu sorgen und auftretende Schwierigkeiten und Konflikte partnerschaftlich und konstruktiv zu lösen.

Das Fehlen der Mädchen bewirkt außerdem, dass für die Jungen der von ihnen oft als unbewusster Druck zur Selbstpräsentation empfundene Drang, sich den Mädchen als besonders männlicher Junge zu zeigen, entfällt. Es ist ihnen so eher möglich, sich nicht „größer und toller“ darstellen zu müssen, als es ihrem inneren Wachstum entspricht. Die jungeninterne Konkurrenz, klarzustellen, wer der Witzigste oder der Vorlauteste ist, findet zwar weiterhin statt. Dieses Phänomen lässt sich in einer geschlechtshomogenen Gruppe aber wesentlich offener und leichter thematisieren als in einer geschlechtsgemischten Gruppe.

Neben diesen inhaltlichen Aspekten spielt die Persönlichkeit der männlichen Anleiter eine große Rolle: Die Pädagogen, die dieses Planspiel begleiten, übernehmen in ihrer Spielleiterfunktion automatisch eine Vorbildfunktion als Rollenmodell für die Jungen. Für Jungen ist es wichtig, konkrete Männer „zum Anfassen und Ausprobieren“ zu haben, die ihnen ein Mannsein jenseits überkommener Männlichkeitsbilder vorleben.

Rahmenbedingungen und Ablauf des Planspiels

Das Planspiel ist ausgelegt auf einen Zeitraum von ca. vier Stunden. Diese Zeit umfasst die Einweisung der Teilnehmer, Spieldurchführung, Pause und eine erste Auswertung des Spiels. Hinzu kommt neben der Vorbereitungszeit für die Teamer noch die Auf- und Abbauzeit von ca. 1,5 Stunden.

Als Gruppengröße haben sich 25 bis 35 Jungen (im Durchschnitt die Jungen zweier Schulklassen) bei einer Anzahl von sechs Teamern bewährt. Die Jungen werden in sechs Kleingruppen und eine „Reporter-Gruppe“ unterteilt:

Kleingruppen:

- Betroffene Schüler
- Schülerzeitung
- Eltern
- Lehrer
- Schulleitung
- Jugendzentrum
- Dokumentationsgruppe

Jeweils ein Teamer begleitet zwei der sechs Kleingruppen, ein Teamer begleitet die Reporter-Gruppe und zwei Teamer bilden die Spielleitung. Jede dieser Gruppen erhält vorbereitete Materialien, auf denen die Ausgangssituation und die jeweiligen Rollen und Arbeitsanweisungen erklärt werden. Gemäß dieser Beschreibung werden die Gruppen die Möglichkeit wahrnehmen, mit anderen Gruppen in Kontakt zu kommen. Diesen Prozess koordiniert die Spielleitung, um eine möglichst zeitnahe und intensive Kontaktaufnahme zu ermöglichen und den Informationsfluss der Gruppen untereinander zu gewährleisten.

Nach der Begrüßung der Jungen und der Vorstellung des Tagesablaufes wird ein erster Selbsteinschätzungsbogen verteilt und ausgefüllt. Anschließend werden Kleingruppen eingeteilt und die Spielregeln und die Ausgangssituation vorgestellt.

Die folgende Arbeit in den Kleingruppen wird unterstützt durch Rollenkarten, die für jede Kleingruppe ihre jeweils unterschiedliche Ausgangssituation beschreiben. Die Karten unterstützen im Zusammenspiel mit dem begleitenden Teamer die Jungen darin, ihren Blickwinkel auf das geschilderte Problem zu verändern, indem sie in andere Rollen schlüpfen. Mit Hilfe von Aktivierungskarten werden die Jungen angeregt, erste Schritte zur Kommunikation mit einer anderen Gruppe einzuleiten. Wichtig hierbei ist, dass sich jede Gruppe vor Beginn eines Gesprächs ein Ziel überlegt, das am Ende des Gesprächs erreicht werden soll.

Wichtig für die Teamer ist, sich nicht zu sehr steuernd in die laufenden Prozesse einzumischen, sondern nur unterstützend einzugreifen, wenn eine Kleingruppe nicht weiterkommt.

Das Thema Männlichkeit und Alkohol wird nach dem Abschluss des eigentlichen Planspiels am Ende des Vormittags mit Hilfe einer Skalierungsübung bearbeitet. Hier werden die Jungen aufgefordert, sich zu verschiedenen themenbezogenen Aussagen zu positionieren. Kurze Fragen zu der Motivation für die gewählte Position beleuchten die Gedanken und Beweggründe der Jungen und regen zur Auseinandersetzung an.

Auswertungsmöglichkeiten

Das Planspiel „blueboys“ bietet verschiedene Ansatzpunkte zur Auswertung. Die Moderationswand lässt Aussagen über die Inhalte der Prozesse zu, die bei den Begegnungen der Gruppen bearbeitet wurden. Außerdem können aktive und häufig angefragte Gruppen genauso herausgefiltert werden wie Gruppen, die vergleichsweise wenige Spielanteile hatten. Im Gespräch mit den Gruppen lassen sich Details und Hintergründe verdeutlichen.

Die Arbeit mit den beiden Selbsteinschätzungsbögen zu Beginn und gegen Ende ermöglicht Eindrücke über die individuelle Entwicklung und regt die Reflexionsfähigkeit der Jungen an.

Die Skalierungsübung zu den Fragen nach „Männlichkeit und Alkohol“ stellt eine einfache, direkte und für alle sichtbare Form der Auswertung dar, die das Element der Bewegung beinhaltet. Die einzelnen Gruppen oder deren Sprecher können Einblicke in die Reflexionsprozesse und die interne Gruppendynamik geben. Über das Erreichen der Ziele können sie ebenfalls Auskunft geben.

Die Dokumentationsgruppe kann schlaglichtartige, mediale Einblicke in das Geschehen in den einzelnen Kleingruppen, aber auch Beispiele für die Kommunikation untereinander liefern und damit wichtige Beiträge für die Schlussphase des Planspiels leisten.

Diese unterschiedlichen Blickwinkel in der Auswertung können ein vielfältiges Gesamtbild der Prozesse und Geschehnisse widerspiegeln. Die weitere Bearbeitung der Themenfelder sollte, wenn möglich, zeitnah im schulischen Alltag oder in der Jugendeinrichtung fortgeführt werden.

Ein Nachtreffen der teilnehmenden Jungen bietet einen guten Rahmen, die zum Abschluss des Planspiels begonnene Auswertung zu vertiefen. Die Nutzung des Materials der Dokumentationsgruppe ist für die Jungen eine beliebte und spannende Möglichkeit zur Selbstbeobachtung. Über die Betrachtung des Video- oder Dokumentationsmaterials können die Atmosphäre und die Erfahrungen während des Planspiels schnell wieder in das Bewusstsein geholt werden, was die anschließende inhaltliche Auswertung erleichtert. Je nach Möglichkeit kann dieses Material nach dem Planspiel in einer Projektgruppe weiter bearbeitet werden, z.B. zu einer kurzen Videodokumentation, einer Powerpoint-Präsentation, einem Beitrag der Schülerzeitung oder einem Beitrag auf der Homepage der Schule.

Die Betrachtung des Videofilms kann durch eine Aufgabenstellung vertieft werden, die sich auf die Selbstdarstellung der Jungen im Film bezieht, z.B. durch folgende Fragestellung: „Woran kann ich in dem Film erkennen, ob ein Junge sich möglichst cool, engagiert, glaubwürdig, desinteressiert, kreativ, mutig, führungsstark etc. präsentiert?“ Jeder Junge soll sich bei der Betrachtung des Films auf zwei vorher festgelegte Eigenschaften konzentrieren und diese schriftlich festhalten. Diese Wahrnehmungen werden später ausgetauscht und diskutiert.

Die Rückmeldung zu den Ergebnissen der Selbsteinschätzungsbögen kann die weitere Diskussion vertiefen, wenn signifikante Veränderungen vorliegen oder herausstechende Einzelbewertungen bei den beiden Bögen vorliegen. Hierzu sollte mit einer kurzen Auswertung der Bögen (Vorher-Nachher-Vergleich) die Grundlage für weitere Maßnahmen festgestellt werden. Vor der Präsentation kann eine Einschätzung der Veränderung durch die Gruppe und/oder einzelne Jungen thematisiert werden. Die Ergebnisse können präsentiert und gegebenenfalls in Kleingruppen diskutiert und interpretiert werden. Mögliche Fragen sind: „Anpassungsfähigkeit“ ist am häufigsten genannt worden. Was macht diese Eigenschaft für Euch Jungen so wichtig? „Leise“ hat eine deutliche Zunahme erfahren. Wie erklärt Ihr Euch die Zunahme? „Mutig“ hat eine Verminderung erfahren. In welcher Situation konntet Ihr im Planspiel Euren Mut erleben? Herausstechende Eigenschaften können auf vielfältige Arten thematisiert und in Bezug zur Entwicklung einer männlichen Identität gesetzt werden.

Einige Auszüge aus den beiden Selbsteinschätzungsbögen (n = 71)

Eigenschaft	*vorher*	*nachher*	*Veränderung in %*	
anpassungsfähig	29	35	+	20,0 %
mutig	30	21	-	30,0 %
stark	22	16	-	27,0 %
gerecht	21	28	+	33,3 %
unterstützend	8	20	+	150,0 %
geduldig	17	26	+	52,0 %
leise	5	16	+	220,0 %
vorlaut	21	8	-	61,9 %
ängstlich	0	0		0,0 %
sanft	1	1		0,0 %
schwach	4	2	-	50,0 %

Weiterführung und Vernetzung (in Bezug auf NRW)

Hier ist der Bedarf der Teamer an weiteren Jungenprojekten oder suchtpräventiven Maßnahmen abzufragen. Diese Projekte sollten gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit dem/der Beratungslehrer/in für Suchtvorbeugung der jeweiligen Schule umgesetzt bzw. entwickelt werden. Neben Wissensvermittlung und Kompetenzförderung ist eine Fülle kultur- oder erlebnispädagogischer Elemente einsetzbar. Diese selbstentwickelten Maßnahmen oder Projekte orientieren sich an den Voraussetzungen und Bedürfnissen der Schule und werden daher als sehr hilfreich erlebt.

Das Internet bietet ebenfalls Möglichkeiten, einzelne Themen weiterzuführen. So findet sich z.B. für Schüler unter www.ginko-ev.de in der Rubrik „Projekte“ das Angebot „Check it online“. Hier wird eine strukturierte Recherche angeboten, die eine Auseinandersetzung mit verschiedenen seriösen Fachportalen ermöglicht.

Um einzelne Aspekte weiter zu vertiefen, bieten sich Kooperationen mit außerschulischen Partnern an. Für das Feld der Suchtprävention ist die jeweils regional zuständige Fachstelle bzw. Fachkraft für Suchtvorbeugung ein erster Ansprechpartner, die entsprechende Angebote vorhält und über die Netzwerkverbindungen zu weiteren Partnern wie Gesundheitsamt, Jugendamt, Jugendzentren, Krankenkassen, Polizei, Selbsthilfegruppen etc. verfügt. Eine Liste der Fachstellen und Fachkräfte in NRW ist im Internet unter www.ginko-ev.de/fachstellen zu finden.

Für die Jungenarbeit ist auf der Internetseite der LAG Jungenarbeit NRW (www.jungenarbeiter.de) eine „Landkarte Jungenarbeit“ hinterlegt. Hier sind lokale Ansprechpartner und Arbeitskreise der Jungenarbeit für ganz NRW verzeichnet. Die LAG Jungenarbeit NRW in Dortmund und die FUMA Fachstelle Gender NRW in Essen (www.gender-nrw.de) helfen bei der Vermittlung von Referenten oder der Konzeptentwicklung von Projekten. Außerdem steht im Rahmen der „Landesinitiative Jungenarbeit NRW“ eine Projektdatenbank zur Verfügung, in der Pilotprojekte zur Jungenarbeit nach verschiedenen Themen- und Handlungsfeldern erfasst und strukturiert wurden. Diese Datenbank ist über die Internetadresse www.initiative-jungenarbeit.nrw.de abrufbar.

Bezug

Das komplette Planspiel mit allen Materialien (Aktivierungskarten, Rollenkarten, Selbsteinschätzungsbögen und Spielen für die Pausen) und der ausführlichen Spielanleitung sind für eine Schutzgebühr von 2,- € abzurufen bei:

ginko gesprächs · informations · kontaktcentrum

Koordination der Suchtvorbeugung in NRW
Jugendberatungsstelle, Fachstelle für Suchtvorbeugung

Kaiserstr. 90, 45468 Mülheim an der Ruhr
Tel. 0208 . 30 06 9 - 31
Fax 0208 . 30 06 9 - 49
e-mail: info@ginko-ev.de
www.ginko-ev.de

FUMA e.V.

Fachstelle Gender NRW
Geschlechtergerechtigkeit in der Kinder- und Jugendhilfe

Rathenaustr. 2-4, 45127 Essen
Tel. 0201.185088-0
Fax 0201.185088-9
e-mail: fachstelle@gender-nrw.de
www.gender-nrw.de

Literatur

Expertise zum 8. Kinder- und Jugendbericht NRW. Gender Mainstreaming, Mädchen und Jungen in der Kinder- und Jugendhilfe. Ministerium für Schule, Jugend und Kinder NRW. Düsseldorf 2005.

Drogand-Strud, Michael: Braucht die Jugendhilfe Gender Mainstreaming? In: BzGA Forum Heft 4/2001, S.25-31.

Evangelischer Erziehungsverband – EREV (Hg.): Gender in der Pädagogik. Ansätze einer geschlechterreflektierenden Jugendhilfe. Hannover 2004.

FUMA Fachstelle Gender NRW (Hg.): „Auch das noch?!“ Gender Mainstreaming in der Kinder- und Jugendhilfe in NRW. Dokumentation der landesweiten Fachtagung in Essen am 22.11.2005. Essen 2006.

FUMA Fachstelle Gender NRW (Hg.): Praxisbericht zum Projekt „Gender Mainstreaming bei Trägern der Jugendhilfe in NRW“. Essen 2006.

FUMA Fachstelle Gender NRW (Hg.): Gender Mainstreaming bei Trägern der Jugendhilfe in NRW. Evaluationsbericht zum Projekt. Essen 2006.

Howe, Nicole und Schön, Franz K. (Hg.): Gender Mainstreaming pass(t)genau. Arbeitsgemeinschaft der Evangelischen Jugend in der BRD e.V., Hannover 2004.

Landesarbeitsgemeinschaft Mädchenarbeit in NRW: Gender Mainstreaming. Rundbrief 5, Bielefeld Dezember 2002.

Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) nach § 78 SGB VIII ‘Geschlechterdifferenzierte Arbeit mit Mädchen und Jungen in der Jugendhilfe’: „Leitlinien zur Verankerung der geschlechterbewussten Ansätze in der pädagogischen Arbeit mit Mädchen und Jungen in der Jugendhilfe“ Berlin 2004.

Rose, Lotte: Gender Mainstreaming in der Kinder- und Jugendhilfe. 2. Auflage, Weinheim und München 2004.

Struck, Norbert: Gender Mainstreaming und die Kinder- und Jugendhilfe. In: Betrifft Mädchen 3/2002.

Voigt-Kehlenbeck, Corinna: Geschlechterreflexive Kinder- und Jugendhilfe und Gender Mainstreaming. In: Neue Praxis Nr. 6/2002, S. 46-61.

Wallner C, Drogand-Strud M, Cremers M: Zum Verhältnis von Mädchen- und Jungenarbeit und der Strategie des Gender Mainstreaming in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Expertise zum 8. Kinder- und Jugendbericht NRW. Gender Mainstreaming, Mädchen und Jungen in der Kinder- und Jugendhilfe. Ministerium für Schule, Jugend und Kinder NRW. Düsseldorf 2005.

Wallner, Claudia (unter Mitarbeit von Lutze, Claudia): „Im Gender-Dschungel“. Die Kinder- und Jugendhilfe auf neuen Wegen zur Gleichberechtigung. Handreichung, hrsg. von der Sozialpädagogischen Fortbildungsstätte Jagdschloss Glienicke. Berlin 2005. unter: www.sfjg.de/down/Gender_Dschungel.pdf

Uwe Ihlau
Jungenarbeit und Gender Mainstreaming
FUMA Fachstelle Gender NRW
Rathenaustraße 2-4, 45127 Essen
Tel. (02 01) 18 50 88-0
E-Mail: fachstelle@gender-nrw.de

Flatrateparties: Präventive und ordnungsrechtliche Möglichkeiten zur Einhaltung des Jugendschutzes

Frank Woike

Hannover gilt unrühmlicherweise als Stadt, in der der Begriff „Flatrateparties“ das erste Mal als Veranstaltungskonzept benannt und auch umgesetzt wurde. Deshalb fand es auch bundesweit Beachtung, dass wiederum Hannover am 15. Juni 2007 als erste bundesdeutsche Stadt die Flatrateparties verboten hat.

Nachfolgend möchte ich Ihnen Möglichkeiten aufzeigen, in diesem schwierigen Feld sowohl ordnungspolitisch als auch präventiv tätig zu sein. Dies führt auch zu meiner Person: Mein Name ist Frank Woike, ich bin 42 Jahre alt und seit knapp zehn Jahren im Jugendschutz Hannover tätig. Dabei bin ich zum einen als Sozialarbeiter für Prävention, zum anderen mit dem Schwerpunkt Vollzugsaufgaben für ordnungsrechtliche Maßnahmen, in Zusammenarbeit mit dem Fachbereich für Recht und Ordnung, zuständig. Diese Kombination ist ungewöhnlich, aber im Bereich des Jugendschutzes sehr wirkungsvoll.

1. Vor dem Verbot der Flatrateparties hatte der Jugendschutz mit den Betreibern folgende Vereinbarungen:

- Klare Alterskennzeichnung der Minderjährigen in der Disco mit Armbändern bzw. Stempeln (als Orientierung für das Thekenpersonal, damit keine Spirituosen von Minderjährigen gekauft werden konnten; Ersatz für eine Kontrolle des Personalausweises)
- Verbot gezielter Werbung für diese Parties bezüglich der Risikogruppe der Minderjährigen (da viele Discos nur unregelmäßig diese Parties anboten, wurde die Werbung per E-Mail oder SMS untersagt; Betreiber bekamen diese Adressen über die schriftliche Erlaubnis des Erziehungsbeauftragten!)
- Die Prüfung einer Flatrateparty als jugendgefährdende Veranstaltung nach § 7 JuSchG hat sich als außerordentlich schwierig erwiesen, da die Diskos ganz unterschiedliche Zielgruppen mit unterschiedlichen Partyangeboten ansprachen. Außerdem waren weder verwaltungsseitig noch von der Polizei juristisch verwertbare Fakten zu sammeln. Es gab keine signifikant höhere Anzahl von Delikten wie Prügeleien und Vandalismus im Vergleich zu anderen Veranstaltungen. Dadurch war keine besondere Gefährdung der öffentlichen Sicherheit oder eine Gefährdung im Sinne des Jugendschutzgesetzes ableitbar.
- Kurz vor dem Verbot regte der Jugendschutz eine Begrenzung der Gruppenbestellung an. Hauptproblem war, dass Volljährige mit großen Mengen an Gläsern ihre Freunde, darunter auch Minderjährige, versorgten. Durch eine vorgeschlagene Obergrenze von drei Getränken pro Person wird nicht nur das eigene Betrinken hinausgezögert, sondern auch die Verfügbarkeit von Alkohol für Minderjährige zumindest erschwert.
- Intensive Kontrollen des Jugendschutzes vor Ort während dieser Veranstaltungen.

Im Rahmen dieser Arbeit hat die Stadt nach einer Anhörung mit Diskothekenbetreibern, Polizei und Staatsanwaltschaft eine Selbstverzichtserklärung an die Diskothekenbetreiber geschickt, in Zukunft auf diese Veranstaltungen zu verzichten. Das Ergebnis war niederschmetternd (nur eine Antwort), so dass die Stadt sich zu einem Verbot entschlossen hat. Die Ernsthaftigkeit wurde mit vierstelligen Bußgeldandrohungen und einer Prüfung der Rücknahme der Konzessionserlaubnis unterstrichen.

Neben einer intensiven Medienbegleitung fanden Gespräche mit Betreibern statt, wie in Zukunft Veranstaltungen im preisgünstigen Segment von der Stadt mitgetragen werden können:

2. Einigung der Stadt mit den Betreibern

- Kein Verkauf von Getränken deutlich unter 1 € („10-cent-hammerEvent“)
- Obergrenze bei der Abgabe von Alkohol (für den Eintrittspreis begrenzte Anzahl von Freigetränken)
- Im Rahmen des Verbotsverfahrens hat es nur eine Beantragung einer einstweiligen Verfügung gegeben, die vom Gericht abgelehnt wurde, und eine Klage, die seitens des Betreibers zurückgezogen wurde. Die Ankündigung „kreativer Angebote“ bei der verbilligten Abgabe von Alkohol steht seitdem im Raum.

3. Für die Zukunft

Ein wirkliches Problem stellt die Erziehungsbeauftragung nach § 1 in Verbindung mit § 5 des JuSchG dar. Teilweise über 200 Minderjährige halten sich mittels dieser Erlaubnis an einem Abend in einer Diskothek auf. Wobei die Jugendgefährdung nicht im Tanzen um ein Uhr morgens liegt, sondern an der Verfügbarkeit von Alkohol und in der Wahrnehmung, dass eine ausgelassene Stimmung und ein überhöhter Alkoholkonsum automatisch zusammengehören. Diese Regelung sollte gestrichen werden!

Notwendig ist ein wirksames Alkoholpräventionsprogramm an Schulen, das insbesondere das Freizeitverhalten auf Volksfesten, Sportveranstaltungen und Diskobesuchen zum Thema hat. Hannover legt gerade ein solches Programm für 2008 und 2009 auf (u.a. alkoholfreier Wagen im Fanzug und „Lange Nacht der alkoholfreien Drinks“). Es sind zusätzliche Mittel für Personal- und Sachkosten im Gespräch.

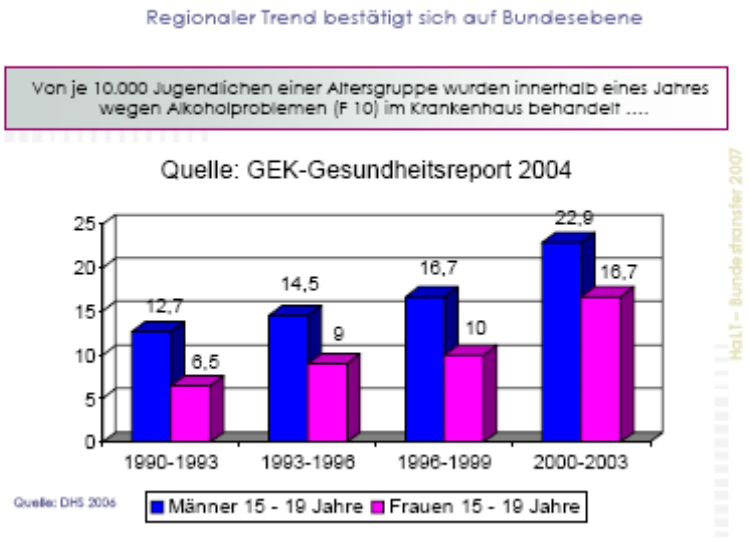
Frank Woike
Landeshauptstadt Hannover
FB Jugend und Familie
Jugendschutz
Herrenstraße 11, 30159 Hannover
E-Mail: frank.woike@hannover-stadt.de

Bundesmodellprojekt „Hart am Limit“ – „HaLT“

Joachim Messer

Das Bundesmodellprojekt „HaLT“ ist eine Antwort auf eine einschneidende Veränderung der Konsummuster von Alkohol bei vielen Jugendlichen. Das sogenannte „Binge Drinking“, also der Alkoholkonsum bis zum Vollrausch, ist ein zunehmendes Problem in Europa. Eine Reihe von Indikatoren bestätigen diesen Trend auch für Deutschland. Seit 1999 ist im gesamten Bundesgebiet ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen bei Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen, die infolge einer Alkoholvergiftung stationär behandelt werden müssen (Prognos: Wissenschaftliche Begleitung des Modellprogramms „Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen“, Bundesweite Datenerhebung – Kurzanalyse 02/2004). Bundesweit lag die Steigerung zwischen dem Jahr 2000 und 2002 bei etwa 26% von 5.346 auf 6.776 Fälle.

Für Frankfurt am Main lagen bis zum Projektbeginn keine Zahlen über Noteinweisungen bei Jugendlichen vor. Inzwischen gibt es Ergebnisse für den o.g. Zeitraum, während dessen 129 Jugendliche und junge Erwachsene in die Klinik für Abhängigkeitserkrankungen und Konsiliarpsychiatrie des Bürgerhospitals in Frankfurt eingewiesen wurden. Die Einweisung erfolgte zentral über die Rettungsdienste bzw. die Leitstelle für Krankentransporte in Frankfurt am Main. Allen ins Bürgerhospital aufgenommenen Personen wurde ein von Prognos entwickelter Fragebogen zu biografischen Daten und den Umständen der Intoxikation vorgelegt.



Das Bundesmodellprogramm „HaLT“ strebt auf zwei Ebenen Veränderungen an. Zum einen soll die Versorgung und Weiterbehandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Alkoholvergiftung so qualifiziert werden, dass es nicht zu wiederholten stationären Noteinweisungen der gleichen Personen kommt und für diejenigen, die einen missbräuchlichen oder gar abhängigen Konsum haben, die notwendige Behandlung eingeleitet wird (Reaktiv). Zum anderen soll über regionale, massenmediale oder gruppenorientierte Aktivitäten ein stärkeres Bewusstsein für die spezifischen Risiken des Alkoholkonsums und dessen kurz- wie langfristige Folgen geschaffen werden (Proaktiv). Im Rahmen von sehr unterschiedlichen Präventionsveranstaltungen zum Thema Alkohol (Proaktiv) konnten insgesamt etwa 1.900 Personen erreicht werden. Hiervon beteiligten sich etwa 1.000 Menschen während des Museumsuferfestes an präventiven Aktivitäten.

Der Anteil von Auszubildenden, Schüler/innen und anderen Jugendlichen lag insgesamt bei etwa 70%.

Die Ziele von HaLT

Projektförderung durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Land

Reaktiver Baustein
→ indizierte Prävention

- Zäsur – nicht gleich zur Tagesordnung übergehen!
- frühzeitige Unterstützung für betroffene Kinder, Jugendliche und ihre Eltern

Proaktiver Baustein
→ universelle Prävention

- Verhinderung von riskantem Alkoholkonsum im Vorfeld
- Verantwortung, Vorbild der Erwachsenen
- Sensibilisierung der breiten Öffentlichkeit

HaLT – Bundestransfer 2007

HaLT-Lörrach wird Bundesmodellprojekt, gefördert von BMG und Land

Wissenschaftliche Begleitung durch Prognos

VILLA SCHÖPFLIN

HaLT-proaktiv: Aktivitäten zur Verhinderung des riskanten Rauschtrinkens im Vorfeld

Netzwerke schaffen für eine Kultur des Hinsehens
Verantwortung, Jugendschutz und Vorbild

- Planung von Festen durch Veranstalter, Polizei - Einsatz von Materialien
- Hinweis auf HaLT durch die Ordnungsämter und die Polizei
- Gemeinden initiieren „Runde Tische" mit dem Ziel der kommunal vernetzten Prävention
- Einzelhandel achtet systematisch auf das Jugendschutzgesetz (z.B. Infokampagne)
- Im Ausbildungsgang integrierte Fortbildungen für Azubis im Einzelhandel
- Schulen planen Klassenfahrten und Schulfeste
- Eltern informieren sich (Elternabende)
- Elternaktion an Festveranstaltungen (Fragebogen)
- Sportvereine engagieren sich

HaLT – Bundestransfer 2007

VILLA SCHÖPFLIN

HaLT-reaktiv: Angebote für Kinder und Jugendliche mit gesundheitsschädlichem Alkoholkonsum
(v.a. nach komatöser Alkoholvergiftung)

- „Brückengespräch mit Jugendlichen (v.a. im Krankenhaus)
- 1 ½-tägiges Gruppenangebot „Risiko-Check"
  - Risikowahrnehmung/Grenzen
  - Verantwortung für sich und Andere
  - Erlebnispäd. Angebot: Gruppendruck, Gruppendynamik, Soz. Kompetenz durch „Buddy"-Sportarten
- Beratungsangebot für Eltern
- Einleitung weitergehender Hilfen bei Bedarf

HaLT – Bundestransfer 2007

VILLA SCHÖPFLIN

„Wo HaLT drauf steht, sollte HaLT drin sein"
Standards

- HaLT ist eine Kombination von indizierten Präventionsangebote für Jugendliche und kommunaler Alkoholprävention
- HaLT ist ein substanzspezifischer, auf Alkohol gerichteter Ansatz
- Die Zielgruppe von HaLT im reaktiven Baustein sind Jugendliche mit schädlichem Alkoholkonsum – Inhalte und Methoden darauf abgestimmt
- HaLT ist ein Netzwerkansatz – über Suchthilfe und Pädagogik hinaus
- HaLT-reaktiv ist eine zeitlich begrenzte Frühintervention
- HaLT ist durch ein Geh-Struktur gekennzeichnet
- Die Kooperationspartner/innen werden bei der Entwicklung neuer Konzepte, Ablaufpläne und Materialien eng mit einbezogen
- HaLT-Standorte verstehen sich als Kompetenzzentren, Impulsgeber und Unterstützer
- HaLT ist als Dienstleistungsangebot im kommunalen Setting klar erkennbar

HaLT – Bundestransfer 2007

VILLA SCHOPFLIN

Resümee

Das Modellprojekt hat bisher sehr viel genauere Informationen hinsichtlich von Trinksituationen, konsumiertem Alkohol und möglichen Motiven geliefert. Bisher fehlten uns gerade für die Gruppe der riskant konsumierenden Jugendlichen diese Daten. Zudem erhalten die Jugendlichen, die das Gesprächsangebot in der Beratungsstelle annehmen, weitere wichtige Informationen und falls erforderlich eine langfristige Beratung. Dies ist vor Beginn des Bundesmodells wohl nur in wenigen Ausnahmefällen erfolgt. Zunehmend wird von Frankfurter Schulen das Angebot genutzt, durch Alkoholkonsum auffällig gewordene Schüler/innen an uns zu vermitteln.

Für den proaktiven Ansatz zeigt sich, dass wir deutlich mehr Aktionen zu Alkoholkonsum und dessen Risiken benötigen, um auf lange Zeit eine realistischere Einschätzung der Gefahren bei Jugendlichen und Erwachsenen zu erreichen. In den von uns durchgeführten Workshops wurde von den Jugendlichen sehr häufig mitgeteilt, dass Alkohol ein fester Bestandteil des eigenen Lebens sei. Selbst Trinkexzesse werden außerordentlich selten kritisch reflektiert. Die Gefährdungen durch schnelles Trinken von Spirituosen werden absolut unterschätzt. Wichtig wird es daher sein, das positive Image, das Alkohol unter Jugendlichen durch Alkopops, bestimmte Werbekampagnen und gesellschaftliche Konventionen hat, umzukehren, ohne dabei Alkohol generell zu verteufeln. Auf die spezifischen Risiken beim Konsum von Spirituosen sollte in jedem Fall gesondert hingewiesen werden. Zuversichtlich stimmt jedoch, dass große Veranstaltungen wie das Museumsuferfest und die Fußball-WM ohne allzu viele alkoholbedingte Notfälle stattgefunden haben.

Joachim Messer
Jugendberatung und Suchthilfe Am Merianplatz
Musikantenweg 39, 60316 Frankfurt
E-Mail: joachim.messer@jj-ev.de

Der vollständige Vortrag steht unter
www.lzg-bayern.de, Rubrik „ZIS", Stichwort „Forum Suchtprävention 2007"
zum Download zur Verfügung.

„Die Umsetzung von HaLT in Städten der Größenordnung 50.000 – 100.000 Einwohner“
Warum HaLT für Gemeinden eine gute Sache ist
Workshop

Helmuth Backhaus, Claudia Ruhe

HaLT erzielt eine große Reichweite, indem es Kooperationsnetzwerke nutzt und kommunale Akteure in die Präventionsarbeit einbindet. Dadurch werden Kinder und Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum frühzeitig erreicht.

HaLT nutzt vorhandene Strukturen und ist deshalb günstig. Netzwerkpartner übernehmen zahlreiche Aufgaben und einmal etablierte Kooperationen können mit niedrigem Aufwand nachhaltig weitergeführt werden.

Das niedrigschwellige reaktive Angebot ist attraktiv und spricht speziell Risikogruppen an.

HaLT als proaktive Präventionsarbeit ist glaubwürdig. Der Verweis auf Kinder mit Alkoholvergiftungen macht deutlich, dass HaLT ein schwerwiegendes Problem angeht – und nicht vor Alkohol ganz allgemein warnt. Akteure aus verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen beteiligen sich, so dass der Präventionseinrichtung nicht die Rolle eines isolierten Mahners zufällt.

HaLT ist öffentlichkeitswirksam, da Beispiele von alkoholvergifteten Kindern und Jugendlichen alarmieren (Quelle: Infoletter Nr.3, Bundesmodellprojekt „Hart am Limit“).

In der Praxis ergeben sich folgende Fragen: Wie sieht die konkrete Umsetzung in Städten und Gemeinden aus? Wo fängt man an? Gibt es Stolpersteine? Kann ich „alte“ Netzwerke übernehmen? Muss ich alles neu erfinden?

Stadt und Landkreis Würzburg, die Stadt Schweinfurt, die Stadt und der Landkreis Bamberg und der Landkreis Main-Spessart stehen kurz vor der Umsetzung des Bundesmodellprojekts HaLT. Die bis heute gewonnenen Erfahrungen flossen in den Workshop mit ein. Gemeinsam mit den TeilnehmerInnen wurde an einem Beispiel die konkrete Vorgehensweise bei der Implementierung von HaLT durchgespielt.

Weitere Informationen unter
www.bas-muenchen.de

Die Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis e.V. (BAS) ist die zentrale Koordinationsstelle der HaLT-Implementierung in Bayern.

Helmuth Backhaus
Suchtprävention im Jugendamt Stadt Schweinfurt
E-mail: helmuth.backhaus@schweinfurt.de

Claudia Ruhe
Amt für Jugend und Familie, Landkreis Würzburg
E-Mail: suchtpraevention.jugendhilfe@diakonie-wuerzburg.de

HaLT: Flächendeckende Implementierung in Bayern – Erfahrungen aus der Praxis Workshop

Kathrin Horns, Lothar Riemer, Benjamin Grünbichler

Das alkoholspezifische Präventionsprojekt HaLT („Hart am Limit“) wurde 2003 von der Villa Schöpflin (Baden-Württemberg) entwickelt und während einer Modellphase in unterschiedlichen Standorten bundesweit erprobt und evaluiert. Aufgrund der positiven Ergebnisse erfolgt seit 2004 der Transfer des Bundesmodellprojekts auf Länderebene mit mittlerweile 15 teilnehmenden Bundesländern.

Flächendeckende Implementierung in Bayern

Als erstes Bundesland entschied sich Bayern im Herbst 2007 für die flächendeckende Einführung des HaLT-Projektes. Mittlerweile arbeiten in Bayern 21 Standorte mit den spezifischen HaLT-Richtlinien.

Die Implementierung des HaLT-Modells im bayerischen Suchthilfe-System wird durch das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (StMUG; ehemals Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, StMUGV) gefördert. Insgesamt wurden bisher Mittel in Höhe von rd. 300.000 Euro für die Anschubfinanzierung in den jeweiligen Standorten und die zentrale Koordination zur Verfügung gestellt.

Zentrale Koordination in Bayern durch die BAS e.V.

Mit der Koordination der bayernweiten Implementierung einschließlich einer entsprechenden Zertifizierung der Standorte wurde die Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V. durch das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit beauftragt. Die Koordinierungsstelle der BAS bündelt die bayernweiten Aktivitäten, koordiniert Anfragen und Anträge von Interessenten, unterstützt die Akteure mit fachlicher Beratung und organisiert projektspezifische Fortbildungsveranstaltungen und Workshops zum Erfahrungsaustausch der Standorte untereinander. Projektmonitoring und Evaluation zählen zu den weiteren Aufgaben.

Hintergrund – Exzessives Rauschtrinken unter Jugendlichen

Die Dringlichkeit einer alkoholspezifischen Intervention verdeutlicht sich durch die in den letzten Jahren zunehmend steigende Zahl von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen zehn und 20 Jahren, die stationär mit der Diagnose „akute Alkoholintoxikation“ behandelt werden mussten. Während im Jahr 2000 bundesweit 9.500 junge Menschen mit dieser Diagnose auffällig wurden, hat sich ihr Anteil bis 2005 mit 19.500 Fällen mehr als verdoppelt (Statistisches Bundesamt 2007).

Seit der bayernweiten Implementierung des HaLT-Projektes konnten bis zum 30.09.2008 rund 300 Jugendliche in Folge ihrer alkoholbedingten Krankenhauseinweisung in den 21 bayerischen HaLT-Standorten erreicht werden (Wolstein et al., 2009).

HaLT – Zentrale konzeptionelle Inhalte

Konzeptionell wurde das Präventionsprojekt HaLT speziell auf das Phänomen des exzessiven Komatrinkens zugeschnitten. Die spezifischen Präventions- und Beratungsan-

gebote sensibilisieren Kinder und Jugendliche hinsichtlich der Risiken und Gefährdungspotenziale (exzessiven) Alkoholkonsums.

Zentrale Idee des Projektes ist der Netzwerkansatz mit dem Ziel, Alkoholprävention als Gemeinschaftsaufgabe in Städten, Landkreisen und Kommunen zu implementieren. Dadurch entstehen Kooperationen über die Grenzen des Jugend- und Suchthilfesystems hinaus. Maßnahmen der strukturellen, universellen und indizierten Alkoholprävention werden in einer Region gebündelt. Die Umsetzung erfolgt auf zwei Ebenen mit dem reaktiven und dem proaktiven Teil des HaLT-Konzepts:

HaLT reaktiv

Der reaktive Teil setzt im Sinne einer Kurzintervention auf der Ebene des Individuums an. In der Folge schwerer, im Krankenhaus zu behandelnder Alkoholintoxikationen erhalten Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern ein zeitnahes Hilfsangebot. Noch in der Klinik führen HaLT-MitarbeiterInnen das so genannte HaLT-Brückengespräch durch. Die Betroffenen setzen sich dadurch kritisch mit ihrer Intoxikation und ihrem bisherigen Umgang mit Alkohol auseinander. Aufbauend auf das Brückengespräch und aufeinander abgestimmt folgen das Elterngespräch, das 1 ½-tägige Gruppenangebot „Risiko-Check“ sowie das Abschlussgespräch.

HaLT proaktiv

Der proaktive Teil kombiniert Maßnahmen der universellen und strukturellen Prävention mit dem Ziel, riskantem Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen durch Aufklärung und Sensibilisierung aber auch durch die konsequente Umsetzung des Jugendschutzes frühzeitig vorzubeugen. Erforderlich hierfür ist eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit ebenso wie die Bildung eines gemeinsamen Netzwerks mit regionalen Verantwortlichen. Potenzielle Akteure sind Vertreter des Einzelhandels, Diskothekenbetreiber, örtliche Vereine und Festveranstalter sowie die Akteure des Hilfesystems, Jugendbeamte der Polizei und politische Vertreter. HaLT nutzt und erweitert somit bestehende Netzwerke einer Kommune, wodurch sich Reichweite und Nachhaltigkeit der reaktiven und proaktiven Interventionen deutlich erhöhen.

Erfahrungen aus der Praxis – Die Standorte Rosenheim, Bad Tölz und Bamberg

Die drei HaLT-Standorte Rosenheim, Bad Tölz und Bamberg berichteten im Workshop von ihren Erfahrungen mit der HaLT-Implementierung.

Unter den TeilnehmerInnen befanden sich einige, die HaLT in naher Zukunft in ihrem jeweiligen Standort umsetzen möchten. Ihnen wurde das notwendige Know-how vermittelt, wie man effektiv die ersten Schritte bei der Implementierung von HaLT angeht. Von den bereits mehrmonatigen Erfahrungen der drei aktiven HaLT-Standorte profitierten die TeilnehmerInnen: Mögliche Stolpersteine und ihre Vermeidung wurden ebenso geschildert, wie die Faktoren, die für eine gelungene Umsetzung des HaLT-Projekts hilfreich sind.

Bezugnehmend auf das erste HaLT-Monitoring zum Stichtag 30.09.2008 werden im Folgenden zentrale Ergebnisse der bayerischen HaLT-Akteure zusammengefasst:

HaLT-Risikocheck

In Rosenheim fand der erste Risiko-Check (RC) im März 2008 statt. In Bamberg, München und Erlangen folgten die nächsten drei Seminare im Zeitraum Juli – Dezember 2008. Insgesamt gab es bis zum 1.10.2008 sechs Risiko-Check-Seminare, da Rosenheim drei RC durchführte.

Kooperationspartner

Fast alle Standortprojekte arbeiten mit Kliniken zusammen. Diejenigen, die noch keine aktuelle Kooperation mit einer Klinik haben, bauen diese Kooperation gerade auf. Jedoch gibt es auch anderweitige Kooperationspartner wie beispielsweise das Jugendamt, das Gesundheitsamt, diverse Beratungsstellen und das Amt für Kinder und Jugendliche, Familien.

Insgesamt wurden 49 Kooperationspartner der 20 Standorte genannt. Die durchschnittliche Anzahl beträgt zwei bis drei Kooperationspartner. Die Standorte Main-Spessart, Bamberg und Erlangen haben fünf bis sechs Kooperationspartner. Rosenheim, Bamberg, München, Erlangen, Fürth und Augsburg arbeiten mit mehreren Kliniken zusammen.

HaLT erreicht Kinder, Jugendliche und Eltern

Seit Projektstart bis zum 1.10.08 haben insgesamt 287 Kinder und Jugendliche an einem HaLT- Baustein teilgenommen. 272 der 287 erreichten Kinder und Jugendlichen nahmen an einem Brückengespräch teil. 14 Kinder und Jugendliche wurden extern in das Projekt aufgenommen. Sie sind Freunde der Jugendlichen, die an einem Brückengespräch teilgenommen haben. Die Anzahl der Elterngespräche beträgt 233. Insgesamt gab es 7 „Risiko-Check“-Seminare, an denen 41 Jugendliche teilnahmen (davon 14 extern). 65 Jugendliche bekamen eine Empfehlung zur Weiterbehandlung oder Überleitungen in weitergehende Hilfen. 19 Jugendliche nahmen an vollständigen Maßnahmen teil.

Die Schwerpunkte und häufigsten Nennungen der proaktiven Präventionsarbeit liegen bei der Vernetzung / Kooperation mit anderen Einrichtungen wie Polizei, Jugendamt oder Freizeiteinrichtungen usw., Öffentlichkeitsarbeit, Pressearbeit, Konzeptentwicklung und Durchführung von Schulveranstaltungen.

Die Ergebnisse sind mit Erlaubnis der Autoren dem HaLT-Zwischenbericht entnommen (Wolstein et al., 2009).

Quellen

Wolstein J, Eckstein B, Senghaas J: Zwischenbericht zur Durchführung des HaLT Projektes in Bayern. unveröffentlicht. Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis e. V. München Januar 2009

Kathrin Horns (Gesundheitsamt Bad Tölz)
Lothar Riemer (Gesundheitsamt Bamberg)

Benjamin Grünbichler
Fachambulanz für Suchterkrankungen
Kufsteiner Straße 55, 83022 Rosenheim
E-Mail: benjamin.gruenbichler@diakonie-rosenheim.de

Die Ausstellung „NA TOLL!“
Vorstellung eines Kooperationsprojektes in der Metropolregion Nürnberg
Workshop

Renate Rumrich, Luitgard Kern, Wilfried Kohl, Lothar Riemer, Fred Herrmann

Organisation

Die Ausstellung „NA TOLL!“ wurde mit Unterstützung des Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz eingerichtet. Die Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG) stellt diese interessierten Schulen seit dem Schuljahr 2007/2008 kostenlos zur Verfügung.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den vier Gesundheitsämtern und dem Jugendamt der Metropolregion Nürnberg präsentierten die Ausstellung NA TOLL! vom 11.02. bis 14.03.2008 an unterschiedlichen Schulen in Roth, Fürth, Bamberg, Nürnberg und Erlangen. Studentinnen und Studenten aus Nürnberg, Bamberg und Erlangen übernahmen die Führung, Anleitung und Auseinandersetzung in der Ausstellung mit den interessierten Klassen.

Die Schulung und Begleitung der Studenten erfolgte durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Gesundheitsämtern und den Jugendämtern der Metropolregion Nürnberg.

Zielgruppen

Schülerinnen und Schüler der 8.-10. Klassen in der Metropolregion Nürnberg.

Projektziele

Jugendliche sollen befähigt werden, ihre persönliche und soziale Entwicklung zu meistern, eine Voraussetzung, um später als Mitglied der Gesellschaft auch ihre Arbeitskraft in den unterschiedlichen Wirtschaftszweigen der Metropolregion Nürnberg einbringen zu können. Dadurch tragen sie dazu bei, eine wettbewerbsfähige und dynamische, wissensbasierende Wirtschaft zu schaffen. Darüber hinaus soll ein größerer sozialer Zusammenhalt erzielt werden (Lissabon-Agenda der EU).

Zu den Zielen einer individuellen Persönlichkeitsstärkung zählt auch die Fähigkeit, mit Konsum- und Suchtmitteln aller Art verantwortungsbewusst umgehen zu können. Diesem dienen Maßnahmen der langjährigen suchtpräventiven Arbeit. Um die Umsetzung noch effektiver und effizienter zu gestalten, haben sich 2008 mehrere Gesundheitsämter und Jugendämter der Region zu diesem Projekt zusammengeschlossen. Sie nutzen hierfür NA TOLL! – bist-du-stärker-als-alkohol.de – eine Wanderausstellung zur Alkoholprävention für Jugendliche“, die möglichst vielen Jugendlichen in der Metropolregion Nürnberg mit einer qualitativ hochwertigen, aber trotzdem jugendorientierten Moderation nahe gebracht werden soll. Hierfür wurde gezielt eine Gruppe von jungen Moderatorinnen und Moderatoren von bewährten Fachkräften der Prävention geschult und in ihrem Einsatz in den verschiedenen Städten begleitet. Die Standardisierung der behandelten Inhalte und die einheitliche Außendarstellung steigert die Prägnanz der Aussage und damit die Akzeptanz und Unterstützung in der Öffentlichkeit. Ergänzend wurden Eltern zu den Inhalten von NA TOLL! geschult, damit sie sich, auf ähnlichem Wissenstand wie ihre Kinder, ins gemeinsame Gespräch begeben können.

Auf welche Art der Veränderung zielt das Projekt primär ab?

NA TOLL! richtet sich an Jugendliche und gibt Hilfestellung zum individuellen und zum Gruppenverhalten. Sie zählt demnach zu den Maßnahmen der Individualprävention. Wichtiges Ziel ist der Aufbau von Risikokompetenz im Umgang mit Alkohol, d.h. die Befähigung zu verantwortungsbewussten und risikoarmen Konsummustern. Hierfür müssen die Jugendlichen an Hand von Fachinformationen, aber auch aus der Auswertung bisheriger eigener und fremder Erfahrungen ihr Verhalten reflektieren. Durch das Verstehen von Ursachen und Auslösern kritischer Situationen können einzelne Variablen verändert bzw. verbessert werden, Motive hinterfragt und alternative Verhaltensweisen aufgebaut werden.

Die besonderen Stärken des Kooperationsprojektes

NA TOLL! wurde speziell für Jugendliche entwickelt, die Ausstellung lebt aber von der jugendgerechten Moderation, die die aktuellen Fragestellungen ohne belehrenden Unterton aufnimmt und der Jugendrealität nahe, umsetzungsorientierte Handlungsvorschläge gibt. Dies kann besonders von jungen Erwachsenen aus sozialorientierten Ausbildungen geleistet werden, die einerseits durch die eigene Jugend viele Verhaltensweisen nachvollziehen können, andererseits aber durch ihre Vorbildung und die spezielle Schulung kritische Denkanstöße geben können. Auch können durch das Multiplikatorenprinzip wesentlich mehr Führungen umgesetzt werden, als das mit den wenigen hauptamtlichen Fachkräften vor Ort möglich gewesen wäre.

Ansprechpartner sind gleichberechtigt die fünf Kooperationspartner:

Kooperationspartner im Projekt

Amt für Kinder, Jugend und Familie Nürnberg, Renate Rumrich, Jugendamt Nürnberg, renate.rumrich@stadt.nuernberg.de

mit

Landratsamt Erlangen-Höchstadt/Gesundheitsamt, Luitgard Kern, luitgard.kern@erlangen-hoechstadt.de

Landratsamt Bamberg/Gesundheitsamt, Lothar Riemer, lothar.riemer@lra-ba.bayern.de

Landratsamt Fürth/Gesundheitsamt, Wilfried Kohl, w-kohl@lra-fue.bayern.de

Landratsamt Roth/Gesundheitsamt, Fred Herrmann, Fred.Herrmann@landratsamt-roth.de

Projektkosten pro Jahr

4.500 Euro für fünf Städte für Personalkosten der Honorarkräfte, finanziert durch das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit.
Projektpartner: LZG-Bayern, www.lzg-bayern.de

Ansprechpartnerin:
Renate Rumrich
Stadt Nürnberg, Amt für Kinder, Jugend und Familie – Jugendamt
Präventive Kinder- und Jugendhilfe
Dietzstr. 4, 90443 Nürnberg
Tel. (09 11) 2 31 55 81
E-Mail: Renate.Rumrich@stadt.nuernberg.de

www.prevnet.de – Internetplattform für Suchtpräventionsfachkräfte: Kommunikation, Arbeit mit interaktiven Modulen und Datenpflege

Hildegard Aiglstorfer

Seit September 2004 steht das internetgestützte ExpertInnennetzwerk www.prevnet.de in Deutschland zur Verfügung. Durch das Internet-Portal werden die zahlreichen Informationen zur Suchtprävention im Web gebündelt und übersichtlich dargestellt.

Bewährte Kooperation zwischen Bund und Ländern

Das Netzwerk www.prevnet.de ist ein Kooperationsprojekt zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und den LandeskoordinatorInnen der Suchtprävention aus den Bundesländern Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Rheinland-Pfalz und Sachsen. Es richtet sich speziell an Fachkräfte, die in der Suchtprävention tätig sind.

Inhalte/Funktion von PrevNet

Mit PrevNet werden Informationen zu den unterschiedlichen Einrichtungen, Aktivitäten und Akteuren ebenso wie Studien und Materialien der Suchtprävention gebündelt und systematisch aufbereitet. Fachleute und interessierte Laien können in allen Rubriken der Seite eine Datenbankrecherche durchführen.

Die Idee, die www.prevnet.de zugrunde liegt, ist die eines dynamischen Portals, das mit jeder neuen Eingabe seiner Mitglieder einen Zuwachs an Quantität und Qualität erfährt.

PrevNet-Mitgliedern stehen ein virtuelles Büro und interaktive Elemente zur Verfügung. Diese Module sind passwortgeschützt und ermöglichen die Zusammenarbeit und intensive Vernetzung von Fachkräften aus ganz Deutschland.

Das „Hilfesystem“ dient dazu, NutzerInnen beim Umgang mit dem Internetportal PrevNet zu unterstützen. Sie finden es auf der Startseite rechts im Servicebereich mit allgemeinen Informationen zu PrevNet sowie den Einstiegsfunktionen für alle, die sich aktiv beteiligen und die interaktiven Rubriken nutzen wollen.

Interaktive Module in PrevNet
Kommunikative Funktionen – Handhabung am Beispiel der Arbeitsgruppen

(1) Das Einrichten von Arbeitsgruppen

Alle PrevNet-Mitglieder haben das Recht, Arbeitsgruppen einzurichten.

Je nach Typ können potenziell alle Mitglieder, nur Mitglieder aus bestimmten Gebieten oder auch nur Mitglieder mit bestimmten Rechten (z.B. KoordinatorInnen) an der AG teilnehmen. Die Angaben zu einer AG sind öffentlich abrufbar.

(2) Die TeilnehmerInnen

Nur PrevNet-Mitglieder können an AGs teilnehmen.

Die Person, die eine AG eingerichtet hat, entscheidet über die TeilnehmerInnen und wählt diese aus einer Liste der Mitglieder aus.

Wer zu den TeilnehmerInnen gehört, ist öffentlich abrufbar.

(3) Die Funktionen

Alle TeilnehmerInnen von AGs können Dokumente hinterlegen, die wiederum nur dem TeilnehmerInnenkreis zugänglich sind.

Das Vorhandensein und die Anzahl der in der AG hinterlegten Dokumente kann öffentlich abgerufen werden, nicht aber die Dokumente selbst. Innerhalb einer AG können aus PrevNet heraus alle TeilnehmerInnen dieser AG per E-Mail angeschrieben werden.

(4) Das Verwalten von Dokumenten

Dokumente können innerhalb der AG hinterlegt (hochgeladen), verwaltet und abgerufen (heruntergeladen) werden.

Sollen mehrere Dokumente verwaltet werden, so ist es zur besseren Übersicht möglich, Ordner anzulegen und zu benennen, in denen dann die einzelnen Dokumente abgelegt werden. Ordner und Dokumente können hinzugefügt, gelöscht, umbenannt und verschoben werden. Akzeptiert werden gängige Dokumentenformate (z.B. Word-Dokumente) und auch Zip-Dateien bis zu 1,3 MB.

(5) Das Arbeiten mit Dokumenten

Es gibt zwei Typen von Dokumenten: Archiv- und Arbeitsdokumente. Die Archivdokumente können hoch- und heruntergeladen, verschoben und gelöscht werden. Die Arbeitsdokumente können zusätzlich zum sukzessiven Bearbeiten durch mehrere Personen ein- und ausgecheckt werden. Ein Arbeitsdokument kann immer nur von einer Person ausgecheckt, d.h. heruntergeladen und gegebenenfalls bearbeitet und verändert werden. Erst wenn diese Person das Dokument wieder eingecheckt hat, ist das Herunterladen und Bearbeiten durch die nächste (eine weitere) Person möglich.

(6) KooperationspartnerInnen

Jedes PrevNet-Mitglied, das eine Arbeitsgruppe initiiert, kann andere Personen als KooperationspartnerInnen aufnehmen.

Zur Aufnahme eines neuen Projektpartners klicken Sie auf „Personen“, anschließend auf Ihr geographisches Gebiet und danach in der rechten Spalte auf „Neuer Partner“. Wenn die Einrichtung des neuen Partners schon in Ihrem Gebiet vorhanden ist, können Sie diese Einrichtung auswählen und die neue Person hinzufügen. Ansonsten füllen Sie erst das Formular für die Einrichtungsdaten aus und geben dann die Personendaten ein. Der Projektpartner wird dem gleichen geographischen Gebiet zugeordnet, dem Sie als einrichtende Person zugeordnet sind.

Hinweis: Die Aufnahme eines Projektpartners alleine nimmt die Person nicht in Ihre Arbeitsgruppe(n) auf. Das geschieht nach der Aufnahme über die Menüs zur Arbeitsgruppe: Sie gehen dort auf „Teilnehmende verwalten“ und weisen dann den/die Teilnehmer/in zu.

KooperationspartnerInnen können keine eigenen Einträge machen, sondern nur an AG’s und Foren teilnehmen. Der/die jeweilige AG-Leiter/in ist verantwortlich für die Aufnahme des/der Kooperationspartners/-in und für die Zusammenarbeit der AG Mitglieder.

PrevNet-Qualität

Die Qualität der Einträge sollte optimiert werden, um die Suche nach bestimmten Informationen, Materialien etc. in PrevNet zu erleichtern. Wichtig ist dabei, die Angaben sorgfältig einzutragen.

Das Grundziel bezüglich der Qualität der Einträge ist, dass wie bei den Projekten alle Grundangaben z.B. zum Durchführungszeitraum oder zur Zielgruppe eingetragen werden. Die Aussagekraft der Einträge wird durch möglichst viele Zusatzangaben erhöht wie

z.B. Angaben zu Trägern und Kooperationspartnern, Bilder, Logos und angehängten Dokumenten wie z.B. Dokumentationen.

PrevNet soll Recherchen über die vorhandenen Maßnahmen der Suchtprävention ermöglichen. Deshalb ist es wünschenswert, wenn möglichst viele qualitativ hochwertige Projekte und Materialien in PrevNet eingestellt werden. Denn zum Beispiel schon im Jahr 2006 hatte Prof. Elisabeth Pott, BZgA, die Idee, eine Recherche über Alkohol-, Tabak- und Cannabismaßnahmen für die Arbeitsgruppe Suchtprävention des Drogen- und Suchtrats über PrevNet durchzuführen.

In diesem Sinne freuen wir uns auf Ihre weitere Mitarbeit!

Hildegard Aiglstorfer
Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG)
Pfarrstraße 3, 80538 München
Tel. (089) 21 84 350
E-Mail: h.aiglstorfer@lzg-bayern.de

Rausch und Kultur im Focus der Alkoholprävention

Alfred Springer

1. Kulturelles Umfeld und Drogengebrauch

Neben Einflüssen aus der individuellen Beschaffenheit von Drogenkonsumenten kommt Einflüssen aus dem gesellschaftlichen Raum bestimmende Bedeutung für den Drogengebrauch zu. Diese Einflüsse stammen sowohl aus dem makro- wie auch aus dem mikrosozialen Raum.

1.1. Makrosoziologisch: Im makrosoziologischen Raum werden die Konsumregeln definiert. Die Gemeinschaft übernimmt eine Kontrollfunktion, indem darüber entschieden wird, welche Substanzen in welcher Weise gebraucht werden können/dürfen und gegenüber welchen Konsumverzicht gefordert wird.

Im Falle der zugelassenen Substanzen werden
1. Regeln für die Zugänglichkeit erstellt,
2. Rituale für den integrierten Konsum im kulturellen Kontext entwickelt,
3. Motivationen für den Gebrauch vorgegeben und
4. Regeln für einen situationsgerechten Gebrauch definiert.

In diesem Kontext kann zwischen einer repressiven Kontrollfunktion und einer Schutzkomponente der Kontrolle unterschieden werden. Als Zielvorstellung der kulturellen Regulierung gilt, dass der Konsum integrativ und nicht disruptiv wirken und möglichst risikoarm erfolgen soll.

Innerhalb des Regelsystems werden, ebenfalls kulturspezifisch, Sanktionen gegenüber Personen und Gruppen, die diese allgemeinen Konsumregeln überschreiten, definiert. Diese Sanktionen bestimmen den Raum, den repressive Präventionsmaßnahmen einnehmen können oder sollen.

1.2. Mikrosoziologisch: Im mikrosozialen Raum sind es vor allem die „Intimen Netzwerke“, denen besondere Bedeutung zukommt: Zunächst sind die Eltern und nächsten Anverwandten, später auch Freunde, KindergärtnerInnen, LehrerInnen und andere erwachsene Bezugspersonen Übermittler der kulturellen Anforderungen. Darüber hinaus definiert aber auch die Kultur die Bedeutung und Rolle dieser Institutionen bzw. Personen.

Wenden wir den für unseren kulturellen Raum üblichen und notwendigen differenzierten Kulturbegriff an, müssen wir davon ausgehen, dass es in einer offenen pluralistischen Gesellschaft viele Strebungen gibt, die bisweilen auch miteinander in Widerspruch treten können und die jeweils verbindliche Elemente eines Wertesystems von Teil- bzw. Subkulturen sind. Diese Teilkulturen bestehen sowohl hinsichtlich der Altersstruktur (z.B. „Jugendkultur“) als auch hinsichtlich sozialer Werthaltungen (z.B. delinquente Gruppierungen), differierender Ethnien und religiöser Systeme. Schließlich ist auch noch zwischen verschiedenen kulturellen Ebenen und damit verbundenen individuellen und kollektiven Stilgebungen zu unterscheiden, wie etwa zwischen Hochkultur und Populärkultur.

2. Rausch und Kultur

2.1. Die religiös-mantische Dimension

Drogengebrauch hat in verschiedenen Kulturen sakrale Bedeutung und ist in die religiösen Rituale eingebunden. So wie im Schamanismus pflanzliche Halluzinogene eine gro-

ße Bedeutung haben und die Inka-Kultur eine Coca-Kultur war, so ist im Christentum Alkohol als rituelle Droge etabliert. Schließlich wird ihm immerhin im Wandlungsritual hohe Bedeutung zuerkannt.

Diese religiöse Bedeutung bzw. die religiöse Verankerung des Bedürfnisses nach der Erfahrung bestimmter Drogeneffekte beruht auf verschiedenen Hintergründen:

a. Zum einen konstituiert das Bewusstsein zugleich den Menschen und verstößt ihn aus dem Paradies. Das Bedürfnis nach Drogenerfahrung bedeutet dann den Wunsch nach Rückkehr ins Paradies bzw. die Erfahrung der Immanenz des Göttlichen durch Bewusstseins-Verlust. Diese Motivation spielte in den 50er und 60er Jahren des 20. Jahrhunderts in Gestalt des „Psychedelismus“ eine große Rolle. Leitfiguren dieser Drogenmystik waren etwa Aldous Huxley, Alan Watts und Timothy Leary. Auch die Psychotherapie, die sich den Einsatz von Halluzinogenen zunutze machte, beinhaltete eine entsprechende Komponente.

Wissenschaftlich spricht man in diesem Kontext heute von einer „entheogenen Eigenschaft“ eines Stoffes (z.B. Pilze, Salvia divinorum oder Ketamin), die dazu führt, dass die unter Einfluss stehende Person das Gefühl hat, mit Gott verbunden zu sein oder das ganze Universum zu erfassen und „zu schauen“. Der Zustand wird verglichen mit dem eines Schamanen, der sich z.B. durch die Wirkung eines Elixiers in die Lage versetzt, mit den Geistern zu kommunizieren. Wie man persönlich die entheogene Wirkung tatsächlich auffasst, hängt entscheidend mit den eigenen Vorstellungen zusammen (Richard Gordon Wasson, Jonathan Ott, 1970).

b. Drogengebrauch ermöglicht jedoch auch eine strukturierende Dimension innerhalb des religiösen Lebens. In den verschiedenen Konfessionen, die zum Christentum gezählt werden, wird der Rausch verschieden bewertet. In der „Hochkirche“ gelten andere Rituale und andere Drogen als in peripheren Kulten. Im zentralen Kult der christlichen Hochkirche haben Wein und Brot sakramentalen Wert, im peripheren Kult des Hexenwesens andere Rauschmittel (Nachtschattengewächse). Diese Differenzierung und Strukturierung hat ja Goethe uns in seinem Faust vor Augen geführt, indem er uns in die alkoholische Gemeinde in Auerbachs Keller und in die Hexenküche führte.

2.2. Medizin, Psychiatrie und Rausch

In den laizistischen psychiatrischen Interpretationen und Klassifikationen, die seit dem 19. Jahrhundert in vielem der religiösen Interpretation und Verwaltung psychischer Zustandsbilder entgegentreten, wird der Rausch – widersprüchlich – pathologisiert, wie sich einer klassischen psychiatrischen Rauschdefinition entnehmen lässt:

„An sich ist gewiss jeder Rausch etwas KRANKHAFTES; eine akute Alkoholvergiftung: Er ist von einer fortschreitenden Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit begleitet, welche nur anfangs durch die Erleichterung des Willensantriebs überdeckt wird. Der Berauschte erfreut sich zunächst einer rascheren Umsetzung seiner Gedanken in Worte und Handlungen, lässt aber dabei früh die Kritik vermissen und vermag nicht mehr, die gewohnten Hemmungen rechtzeitig einzuschalten. Allmählich machen sich Erschwerung der Auffassung und des Denkens bei Verlust der sittlichen Empfindungen bemerkbar. Körperliche Lähmungserscheinungen, Lallen, Taumeln, Unsicherheit feinerer Bewegungen vollenden das Bild. Forensisch wichtig sind die im Stadium der anfänglichen motorischen Erregung meist zu verzeichnende Unternehmungslust, Prahl- und Streitsucht, Steigerung des Geschlechtstriebs, Neigung zu Gewalttätigkeit ferner der oft zurückbleibende weitgehende Erinnerungsausfall. Diesen in normalen Bahnen ablaufenden Rausch nennen wir noch nicht krankhaft!“ (Raecke, 1919)

Diese Beschreibung galt dem Alkoholrausch. Ähnlich beschrieb Hesse 1971 den durch andere Rauschdrogen vermittelten Zustand: *„Der Rausch ist ein Dämmer- oder Erregungszustand mit oder ohne Einschränkung der Klarheit, der mit einer Verkennung der Situation, mit optischen oder andersartigen Sinnestäuschungen einhergeht, der euphori-*

sche Züge trägt. Die Halluzinationen können aber auch Züge schreckhafter Wahnbilder im Verein mit Bewegungsunruhe deliranten Charakters annehmen.“

2.3. Die Angst vor dem Rauschhaften und die Verdammung des Rausches

Eng mit der Säkularisierung des Umgangs mit dem Rausch und damit auch mit der psychiatrischen Definition ist verbunden, dass er in zunehmendem Maße zu einem Phänomen geworden ist, dem eine gewisse ängstliche Haltung entgegengebracht wird. Diese Angst speist sich aus verschiedenen Quellen.

Zum einen gilt von biblischen Zeiten an der Zustand der Berauschung bzw. der Berauschte selbst als „öffentliches Ärgernis“. Zum andern steht der Rausch dem „Wahnsinn“ nahe und ist dadurch im „Zeitalter der Vernunft“ imstande, tiefe und archaische Ängste zu stimulieren. Jene Irrationalität, die das Triebleben steuert, dominiert auch den Rausch. Dass Menschen sich vor dem Rausch fürchten, deutet auf die Angst vor grundsätzlichem Kontrollverlust hin, also, dass die Ratio die Kontrolle über den Kopf entrinnt.

Obgleich der Rausch im Kontext bestimmter Gelegenheiten, so während des Karnevals und des Feierabends, toleriert wird, ist er subversiv konnotiert, da er die vollkommene Rationalität bedroht oder für ihre Unwirksamkeit zeugt. Abgesehen von dieser fundamentalen Subversivität kommt eine subversive Bedeutung und Kraft des Rausches in verschiedenen Kontexten zum Tragen:

- gesellschaftlich: subkultureller Gebrauch
- religiös: innerhalb „peripherer Kulte“ – Hexen, Magie etc.
- politisch motiviert
- anarchistisch
- delinquent

Überlappungen dieser Bedeutungen sind dabei durchaus gebräuchlich. So kann z.B. insbesondere die artistische Motivation (in der „Boheme“) durchaus eine „abweichende“ oder „subversive“ Komponente beinhalten.

2.3.1. Die Verbannung des Rausches aus dem Vokabular

Die Abwehr der psychoaktiven Drogen und die Angst vor dem Rausch treten miteinander in Verschränkung. Heute ist diese Verschränkung so weit gediehen, dass die Zuschreibung des Rauschhaften an bestimmte Drogen vermieden wird. Ist doch der Begriff „Rausch“ aus der Bezeichnung der Gifte verschwunden. Was früher Rauschmittel waren, die unter bestimmten Bedingungen zur Sucht führen konnten, die also nur mittelbar als „Suchtmittel“ verstanden wurden, sind heute „Suchtmittel“; durch diese Zuordnung wird den Substanzen eine unmittelbar suchterzeugende Potenz als primäre Wirkung zugeschrieben. Durch die Macht der Benennung soll vermieden werden, dass die Fähigkeit einen Rausch zu bewirken, von rauschfreundlichen oder -begierigen (eventuell subversiven) Individuen oder Gruppen zu einer teilweise positiven Bewertung der Substanzen führen könnte.

2.4. Kulturelle Differenzierung und Rausch: Die Ambivalenzkultur

In der abendländischen Kultur verläuft parallel zur gesamtgesellschaftlich dominierenden Strömung, die den Rausch problematisiert und überwiegend für das Individuum und die Gemeinschaft disruptiv empfindet, eine konträre Strömung, die dem Nicht-Vernunfthaften bzw. dem Rauschhaften eine schöpferisch sprengende Kraft zuerkennt. Diese Strömung nimmt im 19. Jahrhundert in Spätromantik und Decadence ihren Ausgang und zieht sich über Symbolismus, Surrealismus und andere „Ismen“ bis in unsere Tage. Rausch gilt sowohl im 19. Jahrhundert (z.B. bei E.A. Poe, Charles Baudelaire, Alfred Jarry und Arthur Rimbaud) wie auch in bestimmten künstlerischen Bewegungen des 20. Jahrhunderts als artistische Strategie. Von besonderer Bedeutung für das späte 20. Jahrhundert ist die Vorstellung einer „Neuen Vision“, die ganz in dieser Tradition 1944 in den USA von Lucien Carr, W.S. Burroughs, Jack Kerouac und Allen Ginsberg formuliert wurde und als

der Ursprung der „Beat“-Bewegung und ihrer Ausläufer in die Pop-Kultur gelten kann. Die „rauschfrohe“ Botschaft ist dabei recht vielgestaltig, wie es schon Charles Baudelaire 1857 in seinen „Blumen des Bösen“ zum Ausdruck brachte:

„Man muss immer trunken sein!
Das ist alles, die einzige Lösung.
Um nicht die schreckliche Last zu spüren ...
Berauscht euch! Berauscht euch zügellos!
Am Wein, an der Poesie, an der Tugend – woran ihr wollt.
Aber berauscht euch!“

Diese Rauschstrategie war von Anfang an den Wirkungen der Rauschmittel gegenüber keineswegs naiv und schließt dementsprechend ebenfalls die Charakteristika der kulturellen Ambivalenz ein. Bereits Baudelaire, der einerseits forderte „Berauscht euch“, hat auf die Gefährlichkeit der Gifte Haschisch und Alkohol hingewiesen. Nietzsche, der der Verrückung der Vernunft ebenfalls hohe Bedeutung zuerkannte, wenn er zwischen apollinischen Traumkünstlern und dionysischen Rauschkünstlern unterschied, geißelte nichtsdestoweniger *„jene Schwärmer“*, die an den *„Rausch durch die geistigen Feuerwässer“* als an das Leben im Leben glauben. Seine Kritik schloss die medizinische Anwendung der *„augenblicklich wirkenden, betäubenden und berauschenden Mittel, die sogenannten Tröstungen“*, ein, von denen er meinte, dass man bei ihrer Anwendung die sofortigen Erleichterungen oft mit der allgemeinen und tiefen Verschlechterung des Leidens bezahlen müsse und dass die Kranken an der Nachwirkung des Rausches, später an der Entbehrung des Rausches und noch später an einem drückenden Gesamtgefühl von Unruhe, Nervenzittern und Ungesundheit zu leiden hätten.

Dennoch markieren diese beiden Strömungen bis heute einen Riss, der unsere Gesellschaft durchzieht. Während sich in der aktuellen Situation sowohl in den USA wie auch in Europa auf der politischen und der etablierten wissenschaftlichen Ebene überwiegend rauschfeindliche Haltungen finden lassen, wird in der Welt der kulturellen Zeichen (Hoch- und Populärkultur) auch weiterhin dem rauschhaften Erleben eine schöpferische und befreiende (wenn auch hochriskante) Funktion zuerkannt. Für Jugendliche, die die Hauptkonsumenten populärkultureller Produkte und populärkultureller Botschaften sind, ist heute diese kulturimmanente Ambivalenz zu einer existentiell bestimmenden und riskanten Situation geworden.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass auch in diesem Kontext die Natur des Rausches vielgestaltig ist und nicht immer ein physikalischer Drogeneffekt gemeint ist. So setzte etwa Friedrich Nietzsche die Musik von Richard Wagner mit einem Haschischrausch gleich: *„Alles erwogen, hätte ich meine Jugend nicht ausgehalten ohne Wagnerische Musik. Denn ich war verurtheilt zu Deutschen. Wenn man von einem unerträglichen Druck loskommen will, so hat man Haschisch nöthig. Wohlan, ich hatte Wagner nöthig. Wagner ist das Gegengift gegen alles Deutsche par excellence.“*

2.4.1. Ein Recht auf Rausch?

Als fortgeschrittenste Position der Befürworter des Rausches innerhalb der Ambivalenzkultur kann jene verstanden werden, die ein „Recht auf Rausch“ einfordert, etwa um dem Konsum von Hanfdrogen eine legale Basis zu verschaffen. Sie hat allerdings kaum eine Chance sich durchzusetzen. Bereits 1994 (am 9. März dieses Jahres) wurde vom deutschen Bundesverfassungsgerichts festgestellt, dass es kein derartiges Recht geben kann und der Standpunkt vertreten, dass vom Alkoholkonsum und der Bedeutung des Alkohols als Rauschmittel nicht abgeleitet werden kann, dass andere Rauschmittel unter gleichen Bedingungen konsumiert werden könnten. Ausdrücklich wurde darauf hingewiesen, dass der regelgerechte Alkoholkonsum eben nicht der Berauschung dienen soll: *„Gleichwohl ist zu beachten, dass Alkohol eine Vielzahl von Verwendungsmöglichkeiten hat, denen auf Seiten der rauscherzeugenden Bestandteile und Produkte der Cannabispflanze nichts Vergleichbares gegenübersteht. Alkoholhaltige Substanzen dienen als Le-*

bens- und Genussmittel; in Form von Wein werden sie auch im religiösen Kult verwandt.“ In allen Fällen, meinte das Bundesverfassungsgericht weiter, dominiere eine Verwendung des Alkohols, die nicht zu Rauschzuständen führt; seine berauschende Wirkung ist allgemein bekannt und wird durch soziale Kontrolle überwiegend vermieden (zitiert nach Fleck, 2007).

3. Prävention als kultureller Respons im multikulturellen Raum

Primärprävention ist zu einer tragenden Säule der Regulierung des Umganges mit Rausch- und Suchtmitteln geworden. Sie vermittelt die kulturellen Regeln und Normen und versucht, ihre Akzeptanz und Anwendbarkeit zu erhöhen. Dementsprechend müssen aber präventive Maßnahmen dem Alkoholgebrauch gegenüber die kulturelle Gebundenheit und teilkulturelle Vielfältigkeit des Umganges mit Alkohol berücksichtigen, wollen sie an die jeweilige Problemlage angepasst zur Wirkung kommen. Das wieder bringt es mit sich, dass entsprechende Konzepte in Anpassung an diese kulturellen Bedingungen entwickelt werden müssen. Es ist unzweckmäßig, Konzepte zu übernehmen, die in einem kulturellen Raum entwickelt wurden, den mit den eigenen gesellschaftlichen Bedingungen nur wenig verbindet.

Ich selbst habe früher in meinem Beitrag zur COST A 6 Forschungsinitiative die kulturabhängigen Inkompatibilitäten zwischen den präventiven Vorstellungen in den USA und in vielen Ländern Europas nachgezeichnet. Aber innerhalb dieses Forschungsvorhabens wurde auch deutlich, dass der europäische Raum kulturell nicht einheitlich strukturiert ist und dass sich daraus Probleme mit der jeweils regions- oder landesbezogen kulturgerechten Implementierung gesamteuropäischer Vorhaben, wie des Aktionsplanes gegen Alkohol ergeben.

EXKURS: 15 Jahre Suchtprävention

Es ist jetzt 15 Jahre her, seit Künzel-Böhmer et al. im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ihre „Expertise zur Primärprävention des Substanzenmissbrauchs“ erarbeitet und schließlich 1993 vorgestellt haben. Mit dieser Expertise, die im Wesentlichen einer Übersicht über angloamerikanische Literatur entsprach – es gab im weiteren europäischen Raum damals wenig überschaubare Literatur – wurden entscheidende Weichen für die konzeptuelle, strukturelle und praktische Entwicklung der Suchtprävention behavioristischer Prägung gelegt. Die kulturelle Differenzierung musste dabei zu kurz kommen, da die verwendete Literatur nicht auf ihre Gebundenheit an ihren kulturellen Hintergrund analysiert wurde.

Als maßgebliche Schlussfolgerungen und Empfehlungen hinsichtlich der Primärprävention ergaben sich damals:

- Kurzfristige Maßnahmen sind nicht effektiv.
- Informationsvermittlung ist kritisch zu beurteilen.
- Das Konzept der protektiven Faktoren (welche Faktoren schützen vor Suchtmittelmissbrauch) ist demjenigen der Risikofaktoren (welche Faktoren prädestinieren zum Missbrauch) vorzuziehen.
- Die Förderung der Lebenskompetenz ist eine wirksame Präventionsmaßnahme.
- Als Ergänzung zum Lebenskompetenzkonzept ist die Schaffung von Alternativen zum Drogenkonsum positiv zu beurteilen, wobei diese Programme in der Regel keine Auswirkung auf den Suchtmittelmissbrauch haben, wenn sie alleine zur Anwendung kommen.
- Das Konzept der affektiven Erziehung, welches davon ausgeht, dass Suchtmittelmissbrauch in erster Linie durch zwischenmenschliche Defizite verursacht wird, hat ohne konkrete Verhaltensübungen keine (in einigen Studien negative) Auswirkungen auf den Suchtmittelmissbrauch.
- Präventive Maßnahmen sollten bereits im Kindesalter beginnen.

- Präventive Maßnahmen sind für Nichtkonsumierende wirksamer als für Probierer und Konsumierende.
- Der Einfluss der Familie auf den späteren Umgang mit Suchtmitteln wird in der Prävention zu wenig beachtet.
- Neben der Familie soll auch die Schule vermehrt als Ort präventiver Maßnahmen genutzt werden.
- Die Gestaltung des Peer-Gruppen-Einflusses hat eine hohe Bedeutung für präventive Maßnahmen.
- Präventive Maßnahmen über Massenmedien bedingen sorgfältige Planung, Durchführung und Auswertung.
- Der Forschungsstand ist unzureichend.

Und als zentrale Botschaft wurde vermittelt: „Prävention ist sinnvoll und wirksam“.

Die Erkenntnisse der Expertise bildeten den Grundstein für die Entwicklung der Suchtprävention in ihrer aktuellen Gestalt, die drogenspezifische Anteile einschließt, jedoch in ganz besonderem Maß auf die Förderung allgemeiner Lebenskompetenzen ausgerichtet ist. In ihr ist auch eine klare Unterscheidung zwischen den Zielvorgaben hinsichtlich des Umgangs mit „legalen“ und „illegalisierten“ psychoaktiven Stoffen vorgegeben. Während für die „illegalisierten“ Stoffe eine Abstinenzforderung besteht, soll für die zugelassenen Substanzen ein „vernünftiger“, „risikobewusster und verantwortungsbewusster“, auf jeden Fall aber kontrollierter Gebrauch ermöglicht werden.

3.1. Suchtprävention und Rausch

Weder in den geläufigen Vorstellungen zur Primärprävention noch in den geläufigen Präventionsprogrammen sind Verweise auf die Bedeutung des Rausches enthalten. Das versteht sich von selbst. Da sie auf „vernunftgerechten“ Umgang mit Rausch- und Suchtmitteln abzielen, hat der Rausch in derart ausgerichteten präventiven Vorstellungen keinen Platz. Ist er doch schließlich definiert als Einbruch in die Vernunft. Das macht sein Wesen, seine Problematik, aber wohl auch seine Faszination aus und ist die Wurzel der Ambivalenzkultur.

3.1.1. Gibt es einen risikoarmen „vernünftigen“ Alkoholrausch?

An sich ist zwischen dem Rausch und der Vernunft nur schwer ein Zusammenhang herzustellen. Für das Individuum gewinnt der Rausch seine Kraft – und Anziehungskraft – nicht zuletzt daraus, dass er die Vernunft zum Schweigen bringt.

Auf stofflicher – und damit gesundheitspolitisch relevanter – Seite erwächst das Risiko aus der Toleranz. Ein leichter, eventuell tolerierter Rauschzustand (Schwips) bedarf immer größerer Dosen bis schließlich eine Dosis benötigt wird, die weit über der Gefährdungsgrenze liegt.

Um diese Aussage richtig zu verstehen, muss man sich die aktuelle Auffassung bezüglich der Schädlichkeitsgrenzen des Alkoholkonsums vergegenwärtigen, die kürzlich auch wieder von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen vertreten wurde. Es gilt, dass man aufgrund neuer Forschungsergebnisse die alten Vorstellungen von Schädlichkeitsgrenzen revidieren müsse. Bisher habe bei Frauen ein Genuss von 20 Gramm reinem Alkohol täglich als risikoarm gegolten, nun sei von zehn bis zwölf Gramm auszugehen, vertrat etwa Gerhard Bühringer. Das seien etwa ein Achtelliter Wein oder ein Viertelliter Bier. Bei Männern galten bisher bis zu 40 Gramm Alkohol pro Tag als risikoarm, jetzt 20 bis 24 Gramm.

3.2. Vorstellungen und Strategien der Rauschkontrolle

Rauschkontrolle 1: Archaische Methodik

In traditionellen Kulturen ist das Rauscherleben eingebunden in Stammesrituale und z.B. an die schamanistische Funktion gebunden. In der aktuellen Form des Umgangs mit

Rauschmitteln lassen sich immer wieder Tendenzen erkennen, die Erkenntnisse, die über diese Verhältnisse vorliegen, zu nutzen und einen „neuen Tribalismus“ zu entwickeln, in dem für den Drogengebrauch ein archaisierendes Regel- und Kontrollsystem aufgebaut wird. Derartige Tendenzen spielten in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts in der kurzlebigen Hippie-Bewegung eine Rolle; so etwa bei Ken Kesey und seinen „Merry Pranksters“ und bei Timothy Leary und seinem Millbrook-Experiment. In den späten 80er Jahren steuerten ähnliche Vorstellungen bestimmte Aspekte der „Rave“-Bewegung: „Shamanarchy“ und die Vorstellungen von Terence McKenna.

Rauschkontrolle 2. Rauschkunde/Psychonautic

Unter Rauschkunde versteht man die (mehr oder weniger) wissenschaftliche Beschäftigung mit Rauschzuständen. Rausch meint in diesem Zusammenhang einen veränderten Bewusstseinszustand oder Ekstase, wie er durch psychoaktive Substanzen hervorgerufen oder auch durch Meditation oder andere Trance-Techniken erreicht wird. Im Gegensatz zur Psychonautik, die Bewusstseinsveränderung als Instrument verwendet, ist Bewusstseinsveränderung bei der Rauschkunde Gegenstand der Betrachtung.

Rauschkundliche Vorstellungen lassen sich nicht nur in der „Gegenkultur“ oder in der Populärkultur orten, sie sind durchaus auch in grundsätzlichen Überlegungen zur Prävention präsent. Als beispielhafter Text für diesen Zugang mag ein Auszug aus dem Infoblatt der Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich, Nr. 10, März 2005, gelten:

„Der Begriff ‚Rausch’ wird mit überwiegend negativ gefärbten Assoziationen wie Alkohol- oder Gewaltexzessen verbunden. Erst an zweiter Stelle kommen positiver gefärbte Bedeutungen wie Liebesrausch, berauschender Duft, Ekstase und Trance. Allen Zuschreibungen des Rausches gemeinsam ist eine Veränderung von Wahrnehmung und Bewusstsein, Gefühlen und Erlebnissen. Rausch zu erleben, war von jeher ein menschliches Bedürfnis. In fast allen Kulturen wird der Rausch zu kultischen Zwecken eingesetzt, zum Beispiel, um Kontakt zum ‚Göttlichen’ herzustellen. Der Drang nach Berauschung ist bis heute ungebrochen. Berauscht sein, heisst, ein Stück alltägliche Rationalität hinter sich zu lassen und in eine Welt der Emotionen einzutauchen. Dieses Abtauchen ermöglicht die Wahrnehmung wichtiger Impulse aus der Gefühlswelt, die mit schöpferischer Kraft in die Alltagsrealität integriert werden können. Nicht ohne Grund sind Kulturschaffende oft auch ‚RauschkünstlerInnen’. Dieses Abtauchen und Loslassen beinhaltet allerdings auch das Risiko, sich in den eigenen emotionalen Abgründen zu verirren und den Kontakt zur Alltagsrealität langfristig zu verlieren. Wer akzeptiert, dass auch Jugendliche ein urmenschliches Bedürfnis nach rauschhaften Zuständen verspüren, muss diese Thematik in die pädagogische und suchtpräventive Arbeit einfliessen lassen.“

Die Rave Culture befindet sich auch zu dieser Art von Rauschkontrolle in enger Beziehung. Henning Schmidt-Semisch entwickelte zum Beispiel aus dem Verständnis von „eve and rave“ heraus in seiner Schrift „Die prekäre Grenze der Legalität – DrogenKulturGenuß“ (München 1994) ein neues Konzept von Drogenkultur: *„Zum wahren DrogenGenuß und echter GenußKultur befähigte Menschen sind in der Lage, eine DrogenKultur zu gestalten – oder besser: zu schöpfen – und in einer Art zur Entfaltung zu bringen, daß die Teilhabenden an dieser Kultur diese auch genießen können, also auch Teil am KulturGenuß haben können.“*

Diese Position bildet eine Überleitung zu einer weiteren Spielart der Rauschkontrolle.

Rauschkontrolle 3: Drogenmündigkeit

In jüngster Zeit mehren sich Forderungen bzw. Vorstellungen hinsichtlich der Möglichkeit einer kulturell integrierten „Einübung des Rauschverhaltens“. Auch unter Fachleuten der Prävention und „Drogenpädagogik“ wird der Vorschlag diskutiert, Rauschkunde als Schulfach einzuführen. Kinder und Jugendliche sollten den bewussten und verantwortungsvollen Umgang mit Drogen und Rausch erlernen, sowohl theoretisch als auch unter

fachkundiger Aufsicht, durch Experimente mit bewusstseinserweiternden Techniken und Substanzen.

So diagnostizierte Hurrelmann (zit. aus der standard at. und welt.online vom 15.06.07), dass es nicht mehr *„eine erste Erfahrung des Rauschzustandes zum Beispiel im Beisein der Eltern wie in früheren Zeiten gebe“* und leitete daraus ab, dass deshalb *„... schrittweise Anleitungen nötig (sind), die festlegen, wie, wann, unter welchen Umständen und in welcher Dosierung eine psychoaktive Substanz konsumiert werden kann … Besser ein Regel geleitetes Training zum Rauschtrinken mit vorhersehbaren Ergebnissen als ein zwar spontanes, aber jenseits der persönlichen Kompetenzen liegendes Koma-Saufen".*

Diese Überlegungen korrespondieren mit Vorstellungen, die früher mit „safer use“ von halluzinogenen Drogen verbunden waren. Als „Tripsitter“ galten Personen, die den Trip – die halluzinogene Drogenerfahrung – eines anderen oder einer nicht zu großen Gruppe beaufsichtigten oder „begleiteten“. Sie sollten die zu konsumierende Droge kennen, selbst aber nüchtern sein. Ein Tripsitter sollte in der Lage sein, bei Problemen, z.B. bei psychischen Zwischenfällen wie einem sog. Horrortrip, einzugreifen. Man hatte die Beobachtung gemacht, dass die Gefahr von Unfällen im halluzinogenen Rausch durch einen Tripsitter gesenkt werden konnte. Insgesamt galt die Zuhilfenahme eines Tripsitters in betreffenden Kreisen als besonders verantwortungsvolle Aufgabe.

Rauschkontrolle 4: Therapie

Der Bezug zwischen Therapie und Rausch ist ein eigenes Thema. Eine Darstellung, die ihm gerecht wird, würde den Rahmen dieses Artikels sprengen.

Rauschkontrolle 5: Der „drogenfreie Rausch“

Letztlich gibt es auch eine Spielart präventiver Vorstellungen, nach der die Erweiterung des Zugangs zu schöpferisch-ekstatischen Zuständen als Ersatz für das Bedürfnis, Entgrenzung durch Drogen zu erfahren, dienen könnte.

Um den Zugang zu Rauscherfahrungen bzw. rauschähnlichen Bewusstseinszuständen offen zu halten, werden verschiedenste Techniken kultiviert:

- Ekstasetechniken
- Fakirtum
- Flicker – Sommerville, Gysin, Burroughs
- Psychedelische Kunst; multimedia
- Aktionistische Kunst (Herrmann Nitsch)
- Tanz
- Moderne Primitive - Bodynauten
- Trance-Experimente, Trance-Therapie
- Extremsport

In der definierten Präventionsarbeit sind in diesem Kontext zwei Projekte erwähnenswert: das Projekt „Kunstrausch“ und das Projekt „risflecting“:

a. Kunstrausch: Dieses Projekt wurde in Hamburg entwickelt. Es wurde als Suchtpräventionsprojekt für Jugendliche in Stadtteil-Kulturzentren, Jugendclubs, Schulen, Wohngruppen oder Therapiezentren definiert. Erfasst werden sollen Jugendliche ohne und mit Suchtproblemen sowie Personen, die sich mit ihrer Suchterfahrung oder mit Rausch-Sucht-Erfahrungen auseinandersetzen wollen.

b. risflecting© ist innerhalb einer Rausch- und Risikopädagogik als „Entwicklungspool für Rauschkultur und Risikokompetenz“ definiert. Als Zielvorstellungen dieses Projektes gelten:

- Integration von Rausch- und Risikoerfahrungen auf persönlicher, sozialer und gesellschaftlicher Ebene
- Nutzbarmachung dieser Erfahrungen für die Alltags- und Lebensgestaltung

- Übernahme der Verantwortung für außeralltägliches Verhalten und Erfahren durch Rausch- und Risikokompetenz. Diese Kompetenz meint insbesondere die Vor- und Nachbereitung solcher Erfahrungen durch die bewusste Gestaltung von Set (innerer Bereitschaft) und Setting (äußerem Umfeld).

Rauschähnliche Zustände werden den TeilnehmerInnen durch verschiedene Techniken vermittelt: durch Sich-Fallen-Lassen, durch Sich um die eigene Achse-Drehen bis die Kontrolle wegfällt, durch Loslassen oder auch durch meditative Elemente.

Diese Erfahrungen werden in Gruppenarbeit bearbeitet. Ebenso werden die Hintergründe des Rauschbedürfnisses erarbeitet.

3.3. Kritik an „Lösungstechnologien“

Schneider kritisiert, dass ein Hang dazu festzustellen ist, die Beherrschbarkeit sozialer Risiken zu suggerieren: *„Wenn nur so früh wie möglich verhaltens- und umwelttechnisch interveniert wird, dann sei Drogengebrauchsvermeidung (rauchen, („rauschhaftes“) trinken, schlucken, schnüffeln, kiffen, sniefen, spritzen) sprich eine illusionäre „Normalität“ herstellbar (Stichworte: Prävention bereits im Kindergarten, Schaffung funktionaler Äquivalente, erlebnispädagogische („event-orientierte“) Maßnahmen (wie Kletterkurse, Zirkus, Moorhüpfen, Lagerfeuerromantik, spielzeugfreies Erleben, fernsehfreies Wochenende, Märchen-Mobil), Früherkennung, „Frühintervention“, Life-Skill-Trainings (ALF – Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten), Peer-Support, Peer-Involvement, „übergreifende Gesamtstrategie als Querschnittsaufgabe“). Die Botschaft lautet immer: positive Lebensbedingungen schaffen und damit positives Sozialverhalten und Selbstwertgefühl (etwa: Reese/Silbereisen 2001), dann ist Drogengebrauchsvermeidung erreichbar.“*

Dagegen fordert Schneider, dass das Risiko des Rauschverhaltens mittels der Entwicklung eines kompetenten Umgangs auf Basis individueller Förderung reduziert werden sollte. Das heißt, dass er dem vorhin beschriebenen Konzept der „Drogenmündigkeit“ Vorzug einräumt. Um diesen mündigen Zustand zu erreichen, schweben ihm folgende Strategien vor:

1. Sachgerechte, Vor- und Nachteile einbeziehende Substanzenkenntnisse
2. Risikobewusstes, ritualgestütztes Umgehen mit Drogen
3. Selbstbezogene, selbstpräventive Vermeidung zwanghafter Drogengebrauchsmuster
4. Genussorientierung
5. Anwendung regelorientierter Gebrauchsformen
6. Sensibilität für Risiken

Interessant ist, dass auch in diesem Kontext eine Traditionsbildung zu orten ist. Wurden doch derartige Vorstellungen bereits vor längerer Zeit in der „Gegenkultur“ entwickelt. In seinem Text „Academy 23“ entwickelte zum Beispiel W.S. Burroughs das folgende Modell:

„… I would suggest that academies be established where young people learn to get really high … high as the zen master gets high when his arrow hits a target in the dark. You don’t need drugs to get high but drugs do serve as a useful short cut at certain stages of the training …

The students would receive a basic course of training in the non-chemical discipline of yoga, karate, prolonged sense withdrawal, stroboscopic lights, the constant use of tape recorders to break down verbal association lines. Techniques now used for control of thought could be used instead for liberation … The aim of academy training is precisely decontrol of opinion … The initial training in non-chemical methods of expanding awareness would last at least two years.

During this period the students would be requested to refrain from all drugs including alcohol since bodily health is essential to minimize mental disturbance. After basic training the student would be prepared for drug trips to reach areas difficult to explore by other means in the present state of our knowledge …”

3.4. Die Wertediskussion – konservative Normen als Präventionsstrategie

Immer wieder, wenn eine neue Problemsituation zu entstehen scheint, wird die „Wertediskussion“ revitalisiert. Im Allgemeinen wird dann ein bestimmter „Wertekonservativismus“ eingefordert, der als Barriere gegenüber entgrenztem Konsumbedürfnis und „modernistischen“ Neigungen verstanden wird. Jedoch muss berücksichtigt werden, dass ein Revival konservativer Werte auch bestimmte Problembereiche eröffnet.

Konservative Wertvorstellungen und Drogengebrauch schließen einander nicht aus. Ganz im Gegenteil stammen viele Protagonisten der Drogenkultur aus dem wertekonservativen bzw. religiösen Lager: Ernst Jünger, Gottfried Benn, Aldous Huxley, letztlich auch Timothy Leary und andere Vertreter einer Wiederbelebung archaischer und schamanischer Gemeinschaftsformen und Kontrollsysteme bis hin zu Terence McKenna. Auch war z.B. die LSD-Bewegung der 60er Jahre stark von religiösen Motiven geprägt. Die chemisch indizierte Mystik erschien als Wunderwaffe gegenüber der „Gott ist tot“-Bewegung.

4. Die grundsätzliche Schwierigkeit einer „Rauschprävention“

Rausch ist definiert als Antivernunft und Verschwendung – und bezieht daraus seine Anziehungskraft. Jede vernunftbetonte Intervention muss daher an ihm an ihre Grenzen kommen. Der vernünftige Umgang mit einer weitgefaßten Rauscherfahrung ist als Inszenierung in äußerst domestizierter Form wie etwa im risflecting-Konzept möglich. Allerdings besteht auch dabei das Problem, dass die Drogenerfahrung als Bezug gilt und daher der Drogengebrauch als „interessante“, rasche – und billigere – Alternative zur drogenfreien Rauscherfahrung im Bewusstsein bleibt.

Andererseits ist zu bestätigen, dass eine ausschließlich auf Vernunft gegründete Primärprävention einer Ergänzung bedarf und dass ein Zugang zu entwickeln ist, der akzeptiert, dass Rauschsuche ein wesentliches Motiv des Alkoholgebrauchs ist und aus dieser Erkenntnis heraus Strategien ermöglicht, die geeignet sind, den Schaden, der aus dieser Motivation resultiert, möglichst gering zu halten. Ob der aktuelle Trend zur verschärften Kontrolle und zu einer paternalistischen Haltung amerikanischer Prägung dabei der Weisheit letzter Schluss und von Erfolg gekrönt ist, bleibt abzuwarten.

Bezüglich des alternativen Zugangs ist jedoch auch allemal zu klären, inwieweit das Einüben von Räuschen ohne Drogen/Alkohol tatsächlich eine ausschließlich positiv zu bewertende Alternative zur Rauschfeindlichkeit repräsentiert. Regression, Infantilisierung und Kollektivierung sind hervorstechende Charakteristika auch dieser Übungen. Denken wir an Nietzsche, der, wenn er sich rauschfeindlich äußerte, stets den drogenfreien Rausch im Visier hatte: von Wagner bis zu den Anderen, die Rauschhaftes als intellektuelle Rattenfänger nutzten: *„Zu alledem pflanzen jene Schwärmer mit allen ihren Kräften den Glauben an den Rausch als an das Leben im Leben: einen furchtbaren Glauben! Wie die Wilden jetzt schnell durch das ‚Feuerwasser’ verdorben werden und zu Grunde gehen, so ist die Menschheit im Ganzen und Grossen langsam und gründlich durch die geistigen Feuerwässer trunken machender Gefühle und durch die, welche die Begierde darnach lebendig erhielten, verdorben worden: vielleicht geht sie noch daran zu Grunde.“*

Eingedenk dieser Probleme ist die vorhin wiedergegebene Anregung der Schweizer Stelle zu relativieren, im Diskurs über den Rausch sollten sicherlich nicht seine positiven heiteren Aspekte verloren gehen, aber auch nicht seine riskanten, destruktiven: Machtrausch, Blutrausch, Massenrausch. Die Auswirkungen dieser Räusche, die nicht anders als der chemisch induzierte Rausch auf den Mechanismen der Infantilisierung und Kollektivierung aufbauen, haben den Verlauf unserer Geschichte entscheidend mit geprägt und zeichnen für zerstörerische Aspekte unserer Kultur verantwortlich. Auch in diesem Kontext kann man nochmals auf Nietzsche zurückgreifen, auf den Aphorismus 147 der Fröhlichen Wissenschaft: *„Frage und Antwort. - Was nehmen jetzt wilde Völkerschaften zuerst von den Europäern an? Branntwein und Christenthum, die europäischen Narcotica. - Und woran gehen sie am schnellsten zu Grunde? - An den europäischen Narcoticis.“*

5. Die aktuelle Situation – Neue Trends in der alkoholbezogenen Prävention

In der aktuellen Situation besteht eine Unsicherheit hinsichtlich der effizientesten Ausrichtung der Prävention. Zur mitteleuropäischen Tradition gehört es, dass die Prävention in Theorie und Praxis sich nicht nur auf die epidemiologische Datenlage beruft, sondern die Nachfrageseite berücksichtigt und hinsichtlich der jugendlichen Risikopopulation sich psychologischer und pädagogischer Theorien über die Motivationsstruktur des Jugendalters als Bezugsrahmen bedient. Sie versteht sich als Teil einer umfassenden Erziehung zu einer entscheidungsstarken autonomen Persönlichkeit und versucht auch aus diesem Grund, paternalistische Positionen weitgehend zu vermeiden.

Diese Ausrichtung der Prävention geriet zunächst 2001 mit der Veröffentlichung des WHO-Berichts „Alkohol in der Europäischen Region – Konsum, Schäden und Politik“ und noch stärker mit der Veröffentlichung des Buches „Alkohol – Kein gewöhnliches Konsumgut“ von Babor und Mitarbeitern ins Zielfeuer einer massiven Kritik. Es traten nunmehr Experten in den Vordergrund, die die Auffassung vertraten, dass die üblichen Informations- und Erziehungsprogramme schlecht evaluiert, relativ wirkungslos und daher zu teuer seien. Zitat: *„ ... die Lehre, die man aus einem Überblick über Erziehungs- und Aufklärungsprogramme zum Alkoholkonsum ziehen könne, sei deren geringe Effektivität. Man könnte der Versuchung erliegen, diese Schlußfolgerung dadurch abzuschwächen, dass man auf die wenigen positiven Ergebnisse der einen oder anderen Studie hinweist. Das Gewicht der negativen Ergebnisse ist aber so überzeugend, dass sie durch die wenigen positiven Ergebnisse nicht aufgewogen werden können.“*

Diese Kritik schloss explizit schulische Programme und Programme, die an Hochschulen implementiert wurden, ein, und zwar sowohl jene, die die Strategie der sozialen Einflussnahme einschlossen, wie auch speziell die Präventionszugänge „Affektive Erziehung“, „Alternative Aktivitäten“, „Widerstandstraining“ und „Normative Erziehung“.

Selbst Programme, die neben individuellen Erziehungsmaßnahmen Interventionen beinhalten, die auf die Familien- oder kommunale Ebene zielen, fanden vor den Augen der Autoren keine Gnade. Auch diese kombinierten Programme schienen ihnen nicht in ausreichendem Ausmaß in der Lage, den Konsumeinstieg hinauszuzögern und Effekte zu erzielen, die über das Programmende hinaus wirksam bleiben. Es wurde festgestellt, dass eine Verringerung des Konsums lediglich dann beschrieben worden sei, wenn die Maßnahmen mit kommunalen Interventionen kombiniert wurden und dabei vor allem in Verbindung mit Interventionen, die Alkoholverkäufe und das Alkoholangebot an Jugendliche einschränkten. Diese sei aber nicht erstaunlich, weil ohnehin bekannt sei, dass kommunale Präventionsstrategien im Hinblick auf die Verringerung des Alkoholkonsums und der alkoholbezogenen Probleme wirksam sind.

Die Autoren dieser Publikationen räumen ganz eindeutig „strukturellen Maßnahmen“ den Vorrang ein: *„Relativ zu anderen Interventionen und Strategien, wie zum Beispiel Initiativen in der Strafverfolgung, der Einrichtung von Verkaufsverbotszonen, der Verbote oder der Kontrolle von Verkaufsstellen, der Preispolitik und dem verantwortungsvollen Alkoholausschank sind Erziehungsprogramme teuer und haben nur geringe Auswirkungen auf Konsummenge und alkoholbezogene Probleme. Ihre Verbreitung und Beliebtheit scheint sich demnach nicht aus ihrer nachgewiesenen Wirksamkeit bei der Bekämpfung alkoholbezogener Schäden ableiten zu lassen … So bleibt nur die Frage offen, warum wichtige Ressourcen weiterhin in Initiativen mit begrenztem Nutzen investiert werden – in Initiativen, die nur ein begrenztes Potenzial haben, alkoholbezogene Probleme zu verhindern oder zu verringern“* (Babor et al. 2003/2005).

Allerdings besteht in den WHO-geleiteten Initiativen zur Kontrolle der alkoholbezogenen Problemlage ein grundsätzliches Problem: Sie sind äußerst einseitig von nordeuropäischen und US-amerikanischen Vorstellungen geleitet. Unter den Autoren des Babor-Readers finden sich fünf Amerikaner, zwei kanadische Autoren, ein Autor aus Australien, eine Autorin aus Neuseeland sowie jeweils ein Autor/eine Autorin aus England, Finnland, Schweden und Norwegen. Der einzige Schweizer Autor hat auch einen Lehrstuhl in Ka-

nada inne. Diese Autorenstruktur schlägt sich in den Zitierungen nieder; Autoren aus anderen Ländern sind hinsichtlich der Zitierungen eindeutig unterrepräsentiert. Fast scheint das Buch ein Versuch, die US-amerikanische und nordeuropäische Präventionsphilosophie in den europäischen Handlungsraum einzubringen und mit den Keulen „evidenzbasiert“ und „kostengünstig“ zu verankern. Charakteristisch für die US-amerikanische Prävention ist eine Bevorzugung struktureller Maßnahmen, pönalisierender Maßnahmen und eine weitgehende Verwerfung persönlichkeitsbezogener Strategien. Die Primärprävention US-amerikanischen Zuschnitts ist des weiteren traditionell oftmals paternalistisch und im Prinzip der normativen Erziehung zu konservativen Wertvorstellungen verpflichtet (z.B. Hansen). Die vorliegenden Texte zur Neugestaltung der europäischen Prävention fordern ganz in diesem Sinne eine weitgehende Aufgabe der mitteleuropäischen Position zu Gunsten der amerikanischen und skandinavischen Tradition, wobei wenig reflektiert wird, dass die verschiedenen Kulturkreise auch verschiedene Problemlagen aufweisen, die unter anderem eventuell auch mit den jeweils dominierenden Kontrollstrategien zusammen hängen und teilweise als ihre Folge verstanden werden können.

Aus Deutschland wurde von einer Autorengruppe in Ergänzung zum Babor-Bericht der Standpunkt bezogen, dass schulische Präventionsprogramme auch in Zukunft eingesetzt werden sollten. Sie seien insbesondere auch dafür unerlässlich, dass für einschränkende konsumsteuernde Maßnahmen Akzeptanz hergestellt werden kann. Unter dem Gesichtspunkt der Einstellungs- und Meinungsbildung könne und solle auf Maßnahmen der schulischen Prävention nicht verzichtet werden. Auch diese Haltung scheint allerdings nicht kritisch und selbstbewusst genug.

Es ist nicht zu übersehen, dass durch die neue Entwicklung auch die kulturelle Ambivalenz gegenüber Drogen und Drogengebrauch verschärft und diese nunmehr auch im Bereich der Prävention zu orten ist. Diese „Präventionsambivalenz“ tritt vor allem angesichts des Rauschverhaltens Jugendlicher zu Tage, wenn laut einem Bericht des Deutschen Ärzteblattes vom 02.11.2007, Ausgabe 44, von Seiten der Forschung mehr Forschung über die Motivation der Jugendlichen, sich „bis zur Betäubung“ zu betrinken, gefordert wird, da man „sehr wenig wisse“ (Ulrike Ravens-Sieberer, Universität Bielefeld), während die Drogenbeauftragte offenkundig alles weiß und präventiv wirksam sein sollende Handlungsempfehlungen vorlegt, die allerdings dem Empfehlungskatalog von Babor und Mitarbeitern entnommen zu sein scheinen: Eltern und das soziale Umfeld müssten in ihrer Funktion als Vorbilder gestärkt werden und Heranwachsende darin unterstützt werden, alkoholfrei zu leben. Nötig seien „breite lokale Bündnisse“, die auch den Handel mit einbeziehen. Als sehr wichtig erachtet sie Kontrollen zur Einhaltung der Jugendschutzgesetze, beispielsweise durch jugendliche „Testkäufer“.

6. Rauschprävention? – Zukunftsperspektiven

Vieles spricht dafür, dass die drogenpolitische Entwicklung in eine zunehmend prohibitive Richtung verläuft. Es ist zu erwarten, dass daraus ein erneuter Riss entsteht; die traditionellen Muster der Auseinandersetzung zwischen Vertretern der Nüchternheit und Vertretern der „Rauschkultur“ werden wohl auch weiterhin zu beobachten sein. Bevorzugte Zielgruppe des medialen und drogenpolitischen Interesses ist derzeit wieder einmal die Jugend. Die prohibitiven präventiven Vorstellungen, die derzeit entwickelt werden, sind eventuell dadurch zum Scheitern verurteilt, dass ein bestimmter Anteil der Jugendlichen ein Bedürfnis entwickelt, Grenzen auszuloten und zu überschreiten, und dass Rauschmittel traditionell diesem Ziel dienstbar gemacht werden können. Sowohl die mediale Traditionsbildung, für die ich hier nur einige wenige Beispiele liefern konnte, wie auch in paradoxer Weise die postmoderne Rauschpädagogik tragen wohl auch weiterhin dazu bei, dass diese Strategien im Bewusstsein bleiben. Die gebräuchlichen Präventionsansätze, die auf der Vernunftebene operieren und ein hohes Gesundheitsbedürfnis sowie ein „Sparbedürfnis“ als gegeben voraussetzen, werden auch weiterhin wenig geeignet sein, konträre Bedürfnisse, die irrational verankert sind, wirksam zu bekämpfen, und werden auch weiterhin einer Ergänzung bedürfen.

Als vordringliche Aufgabe für die Zukunft möchte ich im Kontext der Fragestellung, die ich in diesem Beitrag abhandle, kulturbezogene Forschung als Grundlage der Prävention definieren. Diese Art Forschung sollte die kulturellen Rahmenbedingungen, die Manifestationen der Ambivalenzkultur und die Prozesse kulturellen Wandels und der Wertestruktur ebenso beobachten, wie die Bedeutung und Funktion jener kulturimmanenten Institutionen, denen hohe Bedeutung als Risiko- und eventuell noch höhere Bedeutung als Schutzfaktor zugeordnet wird. Besondere Bedeutung kommt dabei der Familienforschung zu.

Man müsste einmal die eventuelle Schutzfunktion traditioneller sozialer Mechanismen und Wertvorstellungen untersuchen und der Frage nachgehen, inwieweit forcierte Veränderungen von Regeln auf jeden Fall zunächst eine Regelunsicherheit bewirken, die zu eventuell vorübergehenden dysfunktionalen „anomischen“ Verhaltenstrends führt.

Wenn zum Beispiel die beunruhigend wirkende neu erscheinende Qualität des Rauschtrinkens Jugendlicher zum Anlass wird, neue präventive Strategien zu fordern, dann sollte zuerst einmal die Jugendforschung und Forschung zur Bedeutung des Rauscherlebens intensiviert werden, bevor man neue Sanktionen definiert und plausibel erscheinende, aber nichtsdestoweniger unbestätigte bzw. empirisch unüberprüfte Interpretationen des Phänomens zur Grundlage neuer Strategien macht.

Dabei könnte auch jene Zeit gewonnen werden, die notwendig ist, um einen etwas gelasseneren Zugang zu entwickeln und ohne in archaisierende Kollektivierungsvorstellungen zu verfallen zu einer adäquaten Form eines „kultivierten Umgangs“ mit dem Rausch zu gelangen und erneut Verständnis für die Risiken aufzubringen, die das Rauschbedürfnis nun einmal unweigerlich mit sich bringt.

Literatur

Babor T und Mitarbeiter: Alkohol – kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik. Göttingen: Hogrefe, 2005.

Barsch G: Drogenmündigkeit im Kontext von Ressourcenorientierung und Gesundheitsförderung. In: Akzeptanz 13. (2005) Nr. 1.

Baudelaire C: Die künstlichen Paradiese. Werkausgabe Bd. 6. München: Hanser, 1991 (Original 1860).

Baudelaire C: Die Blumen des Bösen, Werkausgabe Bd. 3. München: Hanser, 1975 (Original 1857).

Baudelaire C: Edgar Allan Poe. Werkausgabe Bd 2. München: Hanser, 1983 (Original 1856/1857).

Benn G: Das Moderne Ich. In: Gesammelte Werke in 4 Bänden, hrsg.v. D. Wellershof, Wiesbaden: Limes, 1958-1961 (Erstausgabe 1920).

Benn G: Provoziertes Leben. In: Gesammelte Werke Band I, Stuttgart, 9. Auflage 1997.

Benn G, Jünger E: Briefwechsel 1949 – 1956. Stuttgart: Klett / Cotta, 2006.

Bundesverfassungsgericht: Cannabis-Entscheidung vom 09. März 1994 (BVerfGE 90, 145 - Cannabis).

Burroughs WS: The Job. Interviews with William S. Burroughs. New York Grove Press, 1970 und Jonathan Cape, London, 1970.

Heim R, Wasson RG: Les champignons hallucinogènes du Mexique. Etudes ethnologiques, taxinomiques, biologiques, physiologiques et chimiques. Par Roger Heim et R. Gordon Wasson, avec la collaboration de Albert Hofmann, Roger Cailleux, A. Cerletti, Arthur Brack, Hans Kobel, Jean Delay, Pierre Pichot, Th. Lemperière, P.J. Nicolas-

Charles'Archives du Muséum National d'histoire naturelle', 7e série, tome 6. Suivi de: Nouvelles investigations sur les champignons hallucinogènes. Par Roger Heim, Avec la collaboration de Roger Cailleux, R.G. Wasson, P. Thévenard. En 2 volumes. Paris, Le Muséum National d'histoire naturelle, 1958, 1967.

Hesse E: Rausch-, Schlaf- und Genussgifte. Stuttgart: Enke, 1971.

Hurrelmann K: Vortrag im Juni 2007 in Karlsruhe beim Kongress: Rausch als Risiko und Herausforderung zit. aus „der standard.at.“ und „welt.online“ vom 15.06.07.

Huxley A: The doors of perception. London: Chatto & Windus 1954.

Jarry A: Les jours et les nuits. Roman d'un déserteur. Paris, Mercure de France, 1948.

Jünger E: Heliopolis. Sämtliche Werke, Band 16 Erzählende Schriften II. Stuttgart: Klett Cotta, 1989 (Erstausgabe 1949).

Jünger E: Annäherungen. DTV, 1990 (Erstausgabe 1970).

Koller G: „RISFLECTING©“ –ein pädagogisches Handlungsmodell zur Entwicklung von Rausch- und Risikokompetenz. Webseite: www.risflecting.at/pdf/risflecting-Konzept.

Korte S: Rauschkonstruktionen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2007.

Künzel-Böhmer J, Bühringer G und Janik-Konecny T: Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs. Baden-Baden: Nomos, 1993.

Leary T: High Priest. New York: World Publishing Company, 1968.

Leary T: Psychedelic Prayers after the Tao Te King. New Hyde Park New York: University Books, 1966.

Leary T: Psychedelic Theory. Millbrook, N.Y.: The Castalia Foundation, 1965.

McKenna T: Food of the Gods: The Search for the Original Tree of Knowledge. A Radical History of Plants, Drugs, and Human Evolution. New York: Bantam, 1992.

Nietzsche F: Die fröhliche Wissenschaft 1882/1887 Taschenbuch-Ausgabe Ditzingen: Reclam, 2000).

Nietzsche F: Die Geburt der Tragödie aus dem Geiste der Musik 1872/1886. Taschenbuch-Ausgabe Frankfurt: Insel, 2000

Ott J: The Age of Entheogens & The Angels' Dictionary. Natural Products Co., 1995.

Phillips L (Hg.): Beat Culture and the New America 1950-1965. Whitney Museum of American Art, 1996.

Quensel S: Gesellschaftlicher Wandel und neue Herausforderungen an die Suchtvorbeugung. Vortrag, Münster, erschienen als Band 1 der Schriftenreihe: >Transfer von Wissenschaft in die Praxis von Suchtvorbeugung und Drogenarbeit< herausgegeben von der Stadt Münster, Drogenhilfe, 2000.

Raecke J: Kurzgefasstes Lehrbuch der gerichtlichen Psychiatrie. Wiesbaden: Bergmann, 1919.

Rimbaud A: Brief an Georges Izambard vom 13. Mai 1871 (Deuxieme „Lettre du voyant“).

risflecting©, der Entwicklungspool für Rauschkultur und Risikokompetenz. Webseite

Schneider W: Der gesellschaftliche Drogenkult. INDRO Band 9. Frankfurt: VWB Vlg. f. Wissenschaft 1996.

Schneider W: Drogenmythen. INDRO Band 23. Frankfurt: WB Vlg. f. Wissenschaft und Bildung, 2000.

Schneider W: Präventive Zugangsweisen: Zur Funktionsbestimmung von Suchtprävention im Spannungsfeld gesellschaftlicher Problemkonstruktion. In: Wr. Zeitschrift für Suchtforschung. Jg 25, Nr 4, 2002; S. 33-40.

Schneider W: Kritische Bilanz akzeptanzorientierter Drogenhilfe. Einige durchaus auch polemisch zu verstehende Ausführungen. In: Akzeptanz 13. Jahrgang Nr.1/2005

Schumacher M: Dharma Lion. A Biography of Allan Ginsberg. New York: St.Martins, 1992.

Schmidt-Semisch H: „Die prekäre Grenze der Legalität – DrogenKulturGenuß“. München: AG-SPAK-Bücher, 1994.

Springer A, Uhl A (Hrsg.): Evaluation Research in Regard to Primary Prevention of Drug Abuse A COST-A6 Publication, Brüssel, European Commission, 1998.

Springer A: „Lifestyles and Drug Abuse: Implications for Prevention“. In: Sociás O.C., Cerdá M.: The 9th Annual Conference on Drug and Drug Policy, Palma 2000. Universitat de les Illes Balears, Palma, 2001.

Springer A: Gestrandet in Pepperland. In: Kaufmann, Matthias (Hrsg.): Recht auf Rausch und Selbstverlust durch Sucht. Reihe Treffpunkt Philosophie 1. Frankfurt: Peter Lang, 2003. S.207-231.

Springer A, Hahn M, Uhl A, Tebbich H, Kopf N, Zentner M, Kobrna U: Bedeutung und Konsum von psychoaktiven Substanzen bei österreichischen Jugendlichen. Forschungsbericht des LBISucht, Wien, 2000.

Wolfe T: The Electric Kool-Aid Acid Test. New York: Bantam, 1999 (Erstausgabe 1967) .

Wasson RG: Soma: Divine Mushroom of Immortality, New York: Harcourt Brace Jovanovich, Inc,1969.

Wasson RG et al.: Persephone's Quest: Entheogens and the Origins of Religion. Yale University Press, 1992.

Prof. Dr. Alfred Springer
Boltzmann-Institut für Suchtforschung am Anton-Proksch-Institut
A-1230 Wien
Email: alfred.springer@meduniwien.ac.at

Das Schulprojekt „Anschub.de“
Auf dem Weg zur Guten gesunden Schule in Bayern

Renate Bruckmeier

Anschub.de – Was verbirgt sich hinter dieser Abkürzung?

Anschub.de ist eine nationale Allianz von Partnern, die gemeinsam nachhaltige gesundheitsförderliche Entwicklung im Schulleben durch ein Investment im Bereich Gesundheit und Bildung verwirklichen wollen. Das Projekt will einen Anschub geben, damit die Förderung der Gesundheit in den Schulen neue und nachhaltige Impulse erfährt.

Das Projekt richtet sich an Lehrkräfte, Schüler und Eltern, die gemeinsam ihre Schule zu einer Guten gesunden Schule weiterentwickeln wollen. Dabei werden die Modellschulen idealerweise von einem lokalen Netzwerk aus Trägern in den Kommunen, Verantwortlichen in der Schulverwaltung und im Gesundheitssystem unterstützt.

Den Modellschulen in Oberbayern, Oberfranken und Unterfranken steht jeweils eine Koordinatorin beratend und unterstützend zur Seite. Die Schulen vernetzen sich untereinander und erhalten Unterstützung in ihrem Schulentwicklungsprozess von den jeweiligen Kooperationspartnern wie z.B. dem GuVV, der AOK, der Unfallkasse, der Barmer Ersatzkasse.

Die Gute gesunde Schule

Ausgangslage

Aktuelle Ergebnisse von Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen zeigen eine Zunahme von Übergewicht und Adipositas, damit verbundenen Folgeerkrankungen wie Diabetes und Bluthochdruck, Störungen der Motorik und des Skelettapparats und nicht zuletzt die Zunahme von psychischen Erkrankungen schon im frühen Alter. Besondere Risikogruppen bilden Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien, aus bildungsfernen Schichten und jene, die in Armut aufwachsen.

Auch bezüglich der Lehrkräfte mehren sich die Befunde, dass der Beruf auf Dauer zu erheblichen Beeinträchtigungen der Gesundheit und Leistungsfähigkeit führen kann. So wurden beispielsweise nach dem Dritten Versorgungsbericht der Bundesregierung im Jahr 2002 allein 41 Prozent aller in den Ruhestand versetzter Lehrer aufgrund einer krankheitsbedingten Dienstunfähigkeit frühpensioniert. Bei mehr als der Hälfte von ihnen (56 Prozent) waren psychische und psychosomatische Erkrankungen der Grund. Solche Erkenntnisse sind deshalb alarmierend, weil die betroffenen Lehrer nicht nur an Lebensqualität einbüßten, sondern oft auch nicht mehr in der Lage waren, ihren beruflichen Anforderungen gerecht zu werden. Dies hat zunächst negative Folgen für die Schüler, letztlich jedoch für die gesamte Gesellschaft: Eine Wissensgesellschaft, deren wesentliches Gut die Innovationskraft ihrer Bürger ist, benötigt leistungsfähige Schulen. Sie wiederum sind ohne gesunde, leistungsstarke und gut ausgebildete Lehrkräfte nicht denkbar.

Die Gute gesunde Schule- ein umfassender Ansatz

Gesundheitserziehung ist keine neue Aufgabe der Schule. Gemäß Art. 1 des Bayerischen Erziehungs- und Unterrichtsgesetzes sollen die Schulen „Wissen und Können vermitteln sowie Geist und Körper, Herz und Charakter bilden“. So werden jetzt schon an jeder Schule Projekte zu Gesundheitsthemen durchgeführt, allerdings oft ohne nachhaltige Wirkung. Die einzelnen Maßnahmen stehen häufig ohne inhaltlichen Zusammenhang

nebeneinander und werden auch nicht von der Mehrheit der Beteiligten einer Schule getragen.

Die Beteiligten sehen zu Recht die Kernaufgabe von Schule in einer wirksamen Erziehung und nachhaltigen Bildung und weniger in der Förderung von Gesundheit. Für die Bildungsqualität und das Gelingen von Schule sind aber Gesundheit und Wohlbefinden – und zwar bei Schülern wie bei Lehrern – wesentliche Bedingung.

Von der bisher üblichen Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung an Schulen unterscheidet sich der neue Ansatz für eine Gute gesunde Schule (GgS) v.a. durch

- veränderte Perspektiven und Ziele
- eine systematische Vorgehensweise
- umfassende Beteiligung.

Perspektiven und Ziele

Bisher war Gesundheitsförderung ein Thema unter vielen in der Schule, dem man durch Maßnahmen zur Verwirklichung von Gesundheitszielen gerecht zu werden versuchte. Schule stand dabei gewissermaßen im Dienst der Gesundheit.

Eine Gute gesunde Schule ist hingegen eine Schule, die Gesundheitsinterventionen durchführt um ihre Bildungsqualität insgesamt zu verbessern. Gleichzeitig verwirklicht sie auch die spezifischen Ziele der Gesundheitsbildung, die zum Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule gehören. Sie stellt damit konsequent Gesundheit in den Dienst des Bildungs- und Erziehungsauftrags der Schule. Was dies bedeutet, ergibt sich aus der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1948):

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen."

Nach der weiterentwickelten modernen Fassung ist Gesundheit die physische, psychische, soziale, ökologische und spirituelle Balance des Wohlbefindens.

Eine gute Schule gelingt nur, wenn sie das Wohlbefinden aller Beteiligten in der Schule berücksichtigt. Dazu gehört, dass sich Schüler, aber auch Lehrkräfte und nichtunterrichtendes Personal mit den schulischen Anforderungen auseinandersetzen. Denn Wohlbefinden resultiert auch aus der Eigenaktivität der Beteiligten, beispielsweise indem sie in der Schule ihre eigenen Anliegen, Wünsche und Hoffnungen äußern und erfüllen. Beides, die produktive Anpassung und die Selbstverwirklichung, gehören auch zum Erleben des Wohlbefindens.

Gerät dieses Gleichgewicht in die Schieflage, folgen Missbefinden und Krankheit. Das zeigt sich in subjektiven und objektiven Aspekten, beispielsweise in den Ergebnissen der schulärztlichen Untersuchungen. Ob ein Mensch seine Balance finden bzw. erhalten kann, hängt davon ab, welche Ressourcen beziehungsweise Risikofaktoren er in die jeweilige Situation mitbringt und welche soziokulturelle, ökonomische und physisch-technische Umwelt vorhanden ist. Auf die Schule bezogen meint Letzteres die Gebäude mit ihren architektonischen und bautechnischen Gegebenheiten sowie die Grün- und Freiflächen mit ihren Potenzialen für ein gesundes oder auch krank machendes Schulleben. Zur soziokulturellen Umwelt gehören die am Schulleben vorübergehend oder dauerhaft beteiligten Personen(-gruppen) sowie die Normen, Werte, Stundenpläne, Arbeitszeitregelungen und alles andere, was das Zusammenleben und -arbeiten in der Schule auch in gesundheitlicher Hinsicht mit beeinflusst.

Ein zentrales Merkmal der GgS ist in diesem Zusammenhang die Ausrichtung auf die Salutogenese (im Sinne von Aaron Antonovsky). Salutogenese zeichnet sich dadurch aus, dass sie Menschen stärkt und unterstützt, so dass diese Zutrauen zu sich selbst entwickeln und erhalten (Gefühl der Machbarkeit), dass ihr Handeln ihnen (wieder) sinn- und wertvoll erscheint (Gefühl der Sinnhaftigkeit), dass ihr Leben und das, was sich darum herum abspielt, (wieder) begreifbar wird (Gefühl der Verstehbarkeit).

Definition der Guten gesunden Schule

„Eine Gute gesunde Schule verständigt sich über ihren Bildungs- und Erziehungsauftrag, setzt ihn erfolgreich um und leistet damit einen Beitrag zur Bildung für nachhaltige Entwicklung.

Sie weist gute Qualitäten in ihren pädagogischen Wirkungen und ihrem Bildungs- und Erziehungserfolg, der Qualität von Schule und Unterricht sowie der Gesundheitsbildung und -erziehung von Schülerinnen und Schülern aus.

Sie sorgt für die stetige und nachhaltige Verbesserung dieser Bereiche durch die konsequente Anwendung von Erkenntnissen der Gesundheits- und Bildungswissenschaften.“

Zur Guten gesunden Schule gehören Gesundheitsinterventionen im Unterricht, im Management und im Bereich des Schulklimas und der Schulkultur. Damit erreichen Schulen insgesamt bessere Bildungs- und Erziehungserfolge und mindern so unter anderem die Auswirkungen sozialer Bildungsbenachteiligungen. Ist Schule nach Gesundheitsgesichtspunkten gestaltet, hat das einen spürbaren Effekt auf ihre Bildungs- und Erziehungserfolge. Ihre baulichen, aber auch ihre Organisations- und Kommunikationsstrukturen und -abläufe sind dafür mitverantwortlich. Studien zeigen, dass Kinder, die gerne in die Schule gehen und sich dort wohlfühlen, besser lernen. Sie haben günstigere Voraussetzungen im Hinblick auf ihre Schulleistungen und -erfolge. Wohlbefinden in der Schule fördert also die Leistungsmotivation und mindert störendes Verhalten.

Die Gute gesunde Schule zeigt also, wie Interventionen im Bereich der Gesundheitsbildung und -erziehung nachhaltig das Gesundheitsverhalten und -erleben der Schüler verbessern. Wissen sie mehr über Gesundheit in den wichtigen Themenfeldern „Ernährung“, „Bewegung“ sowie „Stress/psychische Gesundheit“ und wenden es an, stärkt das ihre Kompetenz. Sie handeln eigenverantwortlich im Sinne der persönlichen Gesunderhaltung und der ihrer Mitmenschen.

Damit trägt die Gute gesunde Schule auch zu den allgemeinen Erziehungszielen der Schule bei. Indem die Gute gesunde Schule Bildungs- und Erziehungsprozesse fördert, leistet sie auch indirekt einen Beitrag zur Gesundheit. Wie internationale Studien zeigen, ist Bildung einer der wichtigsten sozialen Faktoren der Gesundheit, da sie auf die Einstellungen zur Gesundheit und auf das Gesundheitsverhalten wirkt.

Schritte auf dem Weg zur Guten gesunden Schule

Der Weg zur GgS ist ein Schulentwicklungsprozess zur Verbesserung der Bildungs- und Erziehungsqualität. Dazu wird zunächst durch interne Evaluation (in den Modellschulen mit SEIS) von der Schule selbst eine Ist-Analyse durchgeführt. Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse kann jede Schule systematisch und zielgerichtet ihre Entwicklungsvorhaben auswählen, deren Umsetzung planen und nach angemessener Zeit überprüfen. Die Fragebögen erlauben es, die Sichtweisen verschiedener schulischer Akteure (Schüler, Eltern, Lehrer) auf die zentralen schulischen Prozesse (Bildungs- und Erziehungsauftrag, Lernen und Lehren, Führung und Management, Schulklima und Schulkultur, Zufriedenheit) zu erfassen.

Die systematische Herangehensweise mit klarer, begründeter Schwerpunktsetzung sowie überschaubarer Zeitplanung trägt zur Konzentration der Kräfte bei und bringt damit höhere Wirksamkeit aber auch Entlastung.

Gesundheitsbezogene Maßnahmen, die als Antwort auf erkannte Defizite zur Unterstützung des Bildungs- und Erziehungserfolgs eingesetzt werden können, sind

im Bereich „Lernen und Lehren“ zum Beispiel

- veränderte Pausenregelungen und Stundenverteilungspläne
- Lernen und Lehren mit allen Sinnen
- bewegte Lernformen
- Ritualisierung musischer Elemente im Unterricht

- begrünte Klassenzimmer

im Bereich „Führung und Management“ zum Beispiel
- effizientes Gebäudemanagement
- gesundheitsgerechte Gestaltung des Schulhofes
- gesunde Schulverpflegung
- Teamentwicklung im Kollegium
- personenzentrierte Gesprächsführung
- Stressmanagement und Arbeitsoptimierung für Lehrkräfte
- Supervision für Lehrkräfte

im Bereich „Schulklima und Schulkultur“ zum Beispiel
- Beachtung der Selbstwirksamkeitserfahrungen der Schüler
- Förderung ihres Selbstwertgefühls
- Gestaltung der Schule als Lebensraum
- Förderung der Kommunikation und des sozialen Lernens
- Einrichtung einer Eltern-Steuerungsgruppe
- Förderung der Schülerbeteiligung

Eine Gute gesunde Schule verbessert aber nicht nur allgemein ihre Leistungsfähigkeit, sie fördert auch gezielt die Gesundheitskompetenzen der Schüler. Dies geschieht auf der Ebene des Unterrichts, wird aber auch durch die Organisation der Schule insgesamt unterstützt. Gute Gesundheitsbildung in der Schule greift damit weit über die eigentlichen Gesundheitsthemen hinaus. Schüler lernen verantwortungsbewusst mit sich und anderen umzugehen. Darüber hinaus erwerben sie ein tiefes Verständnis von gesundheitsbezogenen psychologischen, medizinischen, sozialen und ökologischen Zusammenhängen. Damit leistet die Gesundheitsbildung einen wesentlichen Beitrag zum allgemeinen Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule und z.B. zugleich für die Gewaltprävention.

Umfassende Beteiligung (Partizipation und Vernetzung)

Auf der Basis ihrer Selbstevaluation entscheidet die GgS selbst, welche gesundheitlichen Probleme sie aufgreift und bearbeitet. Dabei bindet sie im idealen Fall alle Personengruppen der Schule (Schüler, Lehrkräfte, Eltern, nicht-unterrichtendes Personal) mit ihren Wünschen und Erwartungen ein. Während die Mitwirkung von Eltern zunehmend akzeptiert wird, werden Schüler nur selten nach ihren Bedürfnissen gefragt und ihre Lust an der Gestaltung von Schule wird unterschätzt. Dabei ist beispielsweise die Akzeptanz einer gesunden Pausenverpflegung nur zu erreichen, wenn die Schüler von Anfang an in die Planungen einbezogen werden.

Die GgS benötigt nicht nur intern ein aufeinander abgestimmtes Zusammenwirken aller Beteiligten. Vielfach ist auch die Öffnung von Schule für die Unterstützung durch außerschulische Partner sinnvoll und notwendig. Ein Netzwerk außerschulischer Kooperationspartner und Experten schafft Synergien, die oftmals zu größeren Erfolgen führen als eine Vielzahl einzelner Aktionen. Auch der regelmäßige Austausch und die Zusammenarbeit mit anderen Schulen sind hilfreich.

Lokale Netzwerke

Mithilfe von Koordinatoren bauen die Schulen im Lauf der Zeit ein lokales, kommunal eingebettetes Netzwerk auf, dem neben anderen Programmschulen, typischerweise Schulamt bzw. Schulaufsicht, Gesundheitsamt, Landratsamt, Kommune, Unternehmen und Betriebe, Kliniken, Kirchen, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen und Sportvereine angehören. Zielsetzung ist, dass diese lokalen Netzwerke „ihre“ Schulen bei deren Entwicklung zur GgS unterstützen.

Anschub.de und Suchtprävention

Suchtpräventive Ansätze und Anschub.de haben ähnliche konzeptionelle Ansätze und können ein konstruktives Miteinander bilden. Durch den ganzheitlichen Ansatz arbeitet die Gute gesunde Schule an sich bereits suchtpräventiv. Andererseits können gängige Suchtpräventionsprogramme wie Klasse 2000, Lions Quest u.a. eine Säule der angestrebten Schulentwicklung zur GgS bilden. Die Suchtberatungsstellen und Suchtpräventionsfachkräfte sind wichtige Kooperationspartner in den lokalen Netzwerken. Sie beraten die Schulen und übernehmen Teilaspekte der Lehrerfortbildung. Module, die im Rahmen von Anschub.de entwickelt wurden (z.B. Raucherzimmer ade), können von beiden Partnern genutzt werden.

Renate Bruckmeier
Volksschule Neustift – Grund- und Hauptschule im Landkreis Freising
Eckerstr. 24, 85356 Freising
E-Mail: renate.bruckmeier@freenet.de

Verhaltenssüchte – Suchtpotential von Online-Rollenspielen in der Adoleszenz

Sabine M. Grüsser-Sinopoli

Das World Wide Web (WWW) ist ein virtueller Raum ohne Grenzen und Hürden, ein Mekka für die Informationssuche, ein Raum, in dem jeder seine individuellen Bedürfnisse, Phantasien und Träume ausleben kann und in dem kommunikationsfreudige Menschen weltweit schnell und einfach miteinander Kontakte aufnehmen können. Aber es ist auch ein Medium, das Menschen mit Scheu im direkten sozialen Kontakt hilft, hinter einer „Maske“ in die „Welt“ zu treten. So ermöglicht es dem Nutzer, sich idealisiert darzustellen – sich einen Idealmenschen zu schaffen – virtuelle Freunde zu finden, Vorlieben und Perversionen auszuleben, abzutauchen und den Frust zu vergessen, zu entspannen und gleichzeitig scheinbar alles unter Kontrolle zu haben. Ein verführerisches Angebot, wie es das reale Leben in einer solchen Vielfalt, ohne das Risiko des Erlebens von Misserfolgen, kaum bietet. So birgt das WWW jedoch auch weiten Raum für das Ausleben von pathologischen Verhaltensmustern unterschiedlichster Färbungen, während parallel der Jugendschutz unzureichend bis gar nicht gewährleistet wird und werden kann. Hierdurch sind vor allem die Personen besonders gefährdet, die in ihrer psychischen Entwicklung (noch) nicht gefestigt sind und somit leicht beeinflusst werden können, wie unsere Kinder und Jugendlichen (1)!

Im Zusammenhang mit der (exzessiven) Onlinenutzung erfreuen sich vor allem Computerspiele einer stetig wachsenden Beliebtheit im Alltag Heranwachsender. So erreichen uns gehäuft Berichte von Kindern und Jugendlichen mit exzessivem Computerspielverhalten (die ISFB/Kompetenzzentrum Verhaltenssucht stellt seit dem Jahr 2003 eine telefonische Beratungshotline für Internet- und Computerspielsucht, www.verhaltenssucht.de für Betroffene bereit), die zumeist als „Computer- bzw. Videospielsüchtige“ bezeichnet werden. Hingegen betreffen die Anfragen wegen exzessiver Computernutzung in Bezug auf andere Bereiche (wie z.B. Chatten, Kaufen, Pornographie, Informationssuche) überwiegend Erwachsene und sind sehr viel geringer. So häufen sich auch aus der Praxis von Psychiatern und Psychotherapeuten Kasuistiken von exzessiv computerspielenden Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

In jüngster Zeit werden die negativen Auswirkungen von Bildschirmspielen und exzessiver Computernutzung verstärkt diskutiert und das Störungsbild des exzessiven Computerspielens ist unter dem Begriff „Computerspielsucht“ zu einem gesellschaftlich relevanten Thema geworden. Nach wie vor fehlt es jedoch besonders im deutschsprachigen Raum an empirischen Untersuchungen. So ist bislang auch nicht bekannt, welche Auswirkungen Computerspiele tatsächlich haben und ab wann und wie viele der aktiven Spieler ein Spielverhalten mit klinischer Relevanz zeigen.

Die derzeit gültigen Zahlen zur Auftrittshäufigkeit (Prävalenz) basieren auf unterschiedlichen Operationalisierungen des Symptomkomplexes. Die von den Betroffenen einer „Computerspielsucht“ beschriebenen Symptome, Verhaltensweisen und Erlebniswelten weisen auf deutlich psychopathologisch gefärbte Muster hin, die denen einer Suchterkrankung gleichen (2,3,4). Der Einsatz standardisierter, im klinischen und nicht-klinischen Bereich evaluierter Erhebungsinstrumente ist somit die unabdingbare Voraussetzung, um aussagekräftige Daten zu gewinnen (5). Es wurde bislang selten genügend differenziert, ob das Medium exzessiv für die Durchführungen anderer Verhaltensweisen mit Suchtcharakter (Kaufen, Sex, Informationssuche) genutzt wird, oder ob eine „Onlinesucht“

bzw. „Computerspielsucht“ vorliegt. Insbesondere liegen auch für den Altersbereich Kinder und Jugendliche wenige und differierende Angaben über die Zahl von Betroffenen mit pathologischem Onlinenutzungs- bzw. Computerspielverhalten vor. International werden variierende Prävalenzen zwischen 6% und 20% an Kindern und Jugendlichen mit pathologischer Computerspielnutzung im Sinne einer Verhaltenssucht beschrieben. Und auch hierbei zeichnet sich wieder ab, wie wichtig eine genaue Operationalisierung und Charakterisierung des Störungsbildes ist. Denn gerade in dem bislang wenig beschriebenen Bereich pathologischer, exzessiver Verhaltensweisen bedarf es einer genauen Diagnostik, ob hier ein süchtiges Verhalten vorliegt oder lediglich ein exzessives Verhalten über einen gewissen Zeitraum durchgeführt wird. Weiterhin muss geprüft werden, inwieweit das exzessive Verhalten auftritt, um eine andere Grundstörung zu regulieren (für eine Übersicht s. 6,7,8).

Das Suchtpotenzial bei exzessiver Internetnutzung und die klinische Relevanz der Sekundärsymptomatik wird zunehmend in nationalen und internationalen wissenschaftlichen Publikationen, in Politik, Gesellschaft und Medien als auch aus der Public Health-Perspektive kritisch diskutiert. Hierbei scheint insbesondere der Computerspielsucht im Kindes- und Jugendalter – entgegen dem weiter gefassten Begriff der sogenannten „Internetabhängigkeit“ oder „Online-Sucht“, eine besondere Rolle zuzukommen. Bislang gibt es im deutschen Sprachraum wenig empirische Belege, inwieweit moderne interaktive Medien (bspw. Online-Rollenspiele) von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen kompetent beziehungsweise dysfunktional genutzt werden. Derzeit ist in Fachkreisen ein großes Interesse an Forschungsergebnissen zum Symptomkomplex zu verzeichnen. Der wachsenden Zahl an Betroffenen stehen vergleichsweise wenige Studien zu den Entstehungsbedingungen, aufrechterhaltenden Variablen sowie therapeutischen Implikationen gegenüber. Ebenso ist ungeklärt, welche Einflüsse exzessiv genutzte, aggressive Inhalte auf die Persönlichkeitsentwicklung der zumeist jugendlichen Spieler, in einem besonders lernfähigen und auch beeinflussbaren Lebensalter, bestehen.

So zeigt sich u.a., dass je mehr die virtuelle Welt für den Internetnutzer/Computerspieler im Verlauf an Attraktivität zunimmt und der Selbstwertsteigerung dient, desto schwieriger wird es u.U., sich mit den alltäglichen Problemen der realen Welt auseinander zu setzen und desto mehr verliert diese an Attraktivität gegenüber der virtuellen Welt. Kontrollverlust über die Spielzeit, merkliche Leistungseinbußen im schulischen Bereich und vegetative Symptome (Nervosität, Unruhe, Verschiebung des Schlaf-Wach-Rhythmus) werden als Folge des exzessiv ausgeführten Verhaltens von Betroffenen oder deren Angehörigen berichtet. Einhergehend sind häufig Tendenzen von Vereinsamung und Ängsten in „realen“ sozialen Beziehungen sowie aggressiver Spannungsabfuhr bei Verhinderung des Computerspielens feststellbar. Gleichzeitig ist bei den betroffenen Jugendlichen oft die Einsicht in die Relevanz des Problemverhaltens und dessen Folgen herabgesetzt (1,3,6). Die von den Betroffenen beschriebenen Symptome, Verhaltensweisen und Erlebniswelten weisen deutlich auf psychopathologisch gefärbte Muster hin, die denen einer Suchterkrankung gleichen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass exzessives Computernutzungsverhalten und der sich darin evtl. offenbarende pathogene Mechanismus die Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeit in der Adoleszenz begünstigen kann. Kinder und Jugendliche erfahren, dass sie mit solchen Verhaltensweisen oder Gebrauchsmustern schnell und effektiv Gefühle im Zusammenhang mit Frustrationen, Unsicherheiten und Ängsten regulieren bzw. verdrängen können. Im Laufe der Suchtentwicklung rückt die exzessive Nutzung moderner Medien zu Lasten anderer Verhaltensweisen in den Vordergrund. Somit werden keine alternativen Verhaltensmuster, wie z.B. adäquate Stressverarbeitungsstrategien, für kritische oder als Stress erlebte Lebenssituationen entwickelt bzw. gelernt.

Aktuelle Studien unserer Arbeitsgruppe zum Computernutzungsverhalten bei aktiven Computerspielern weisen auf eine Prävalenz von ca. 10% exzessiv und süchtig spielender Nutzer hin und die Ergebnisse deuten darauf hin, dass – analog zu Erkenntnissen

aus der Suchtforschung – die Computernutzung für einen Teil der untersuchten Kinder eine spezifische Funktion im Sinne einer inadäquaten Stressbewältigungsstrategie erhalten hatte (9,10,11). In einer geplanten Folgestudie werden derzeit weitere Formen der Inanspruchnahme der Computer- und Internetnutzung untersucht, wobei erste Ergebnisse aus einer aktuellen Untersuchung an einer Studentenstichprobe darauf hinweisen, dass im Bereich der Nutzung von Angeboten, u.a. zur Kommunikation (Chats, Foren und E-Mails), ein Anstieg der Zahlen bei der exzessiven Nutzung des Computers zu erwarten ist.

Diese Zahlen sind, insbesondere vor dem Hintergrund der weiten Verbreitung von Online-Rollen-Spielen (bedingt durch verschiedene Faktoren wie z.B. leichter Zugriff und günstige Flatrates) und deren hohe Spieleranbindung (v.a. durch die virtuelle Spielgemeinschaft „Gilde“) alarmierend und fordern die sofortige Umsetzung flächendeckender gesundheits- und ordnungspolitischer Jugend- und Spielerschutzmaßnahmen (wie z.B. eingeschränkte Zugänglichkeit und Altersverifikation bei Kauf und Nutzung – auch in den Internetcafés; Aufklärung über das Suchtpotential beim Nutzer und in der Allgemeinbevölkerung; Ausbildung von Multiplikatoren und Personen des Hilfesystems; betriebsinterne Sozialkonzepte bei den Herstellern, die entspr. Präventionsmaßnahmen beinhalten) sowie den Ausbau von Prävention und einem funktionierenden Hilfesystem in Deutschland.

Literatur

1. Grüsser SM, Thalemann R (2006). Computerspielsüchtig? Rat und Hilfe für Eltern [Computer game playing addiction? Advices and help for parents]. Bern: Hans Huber Verlag.

2. Grüsser SM, Thalemann R, Wölfling K (2007). Has computer gaming an addictive potential? – A case study.In revision.

3. Grüsser SM, Thalemann R (2006). Excessive computer gaming in adolescence. In: F. Columbus (Eds.). Progress in Adolescent Psychology Research. New York: Nova Publishers.

4. Thalemann R, Wölfling K, Grüsser SM (2007). Specific cue-reactivity on computer game related cues in exessive gamers. Behavioral Neuroscience, in press.

5. Thalemann R, Albrecht U, Thalemann CN, Grüsser SM (2004). Fragebogen zum Computerspielverhalten bei Kindern (CSVK): Entwicklung und psychometrische Kennwerte [Questionnaire to assess computer gaming in adolescents – development and psychometric properties]. Psychomed, 16/4, 226-233.

6. Grüsser SM, Thalemann R (2006). Exzessives Computerspielen – eine Verhaltenssucht [Excessive computer game playing – a behavioral addiction]. Medizinische Welt, 3,1-5.

7. Grüsser SM, Thalemann CN (2006). Verhaltenssucht – Diagnostik, Therapie, Forschung [Behavioral addiction: diagnosis, therapy, research]. Bern: Hans Huber Verlag.

8. Grüsser SM, Poppelreuter S, Heinz A, Albrecht U, Saß H. (2007). Verhaltenssucht – eine eigenständige diagnostische Einheit [Behavioral addiction – an independent diagnostic category]. Nervenarzt, im Druck.

9. Grüsser SM, Thalemann R, Albrecht U, Thalemann C (2005). Exzessive Computernutzung im Kindesalter – Ergebnisse einer psychometrischen Erhebung [Excessive computer usage in adolescents: a psychometric evaluation]. Wiener Klinische Wochenschrift, 117, 188-195.

10. Wölfling K, Thalemann R, Grüsser SM (2007). Computerspielsucht: Ein psychopathologischer Symptomkomplex im Jugendalter [Computer game addiction: a psychopathological complex of symptoms in adolescence], in revision.

11. Grüsser SM, Thalemann R, Griffiths M (2007). Excessive computer game playing: evidence for addiction and aggression? Cyberpsychology and Behavior, 10 (2), 290-292.

Weitere Informationen zur Arbeit und dem Präventions-Interventionsprogramm des Kompetenzzentrums Verhaltensucht siehe www.verhaltenssucht.de

Univ.-Prof. Dr. S.M. Grüsser-Sinopoli †
Kompetenzzentrum „Verhaltenssucht“
Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Saarstaße 21, 55099 Mainz

Exzessive Computernutzung – Ergebnisse verschiedener Studien

Sabine M. Grüsser-Sinopoli

Im Zusammenhang mit dem Computerspielverhalten bei Kindern und Jugendlichen erreichen uns vermehrt Berichte von exzessivem bzw. süchtigem Computerspielverhalten.

Dazu trägt vor allem die Verbreitung der sogenannten MMORPGs (Massive Multiplayer Online Role Play Games) bei. Diese Spieleplattformen, die rund um die Uhr betretbar sind und in denen sich Spieler teilweise aus verschiedenen Ländern zu Tausenden, meistens in Gilden organisieren, gibt es zwar schon seit den frühen neunziger Jahren, ihre Verbreitung hat aber auch in Folge der zunehmenden Technisierung inzwischen enorm zugenommen. Eine hohe Spielbindung wird dabei durch die monatlich fällige Gebühr, die ständige Verfügbarkeit des Spiels und die Tatsache, dass das Geschehen nicht pausierbar ist, erreicht. Ein hoher zeitlicher Einsatz wird durch Fortschritte im Spiel, ein innerhalb der „Gaming community“ steigendes soziales Prestige und vertiefte soziale Bindungen innerhalb der Gilde belohnt. Die meisten Online-Rollenspiele sind so angelegt, dass bestimmte, teilweise für das Weiterkommen im Spiel benötigte Aufgaben nicht alleine gemeistert werden können, so dass die Spieler aufeinander angewiesen sind. Diese sozialen Bindungen innerhalb des Spieleuniversums erzeugen wiederum eine Verpflichtung und Versäumnisängste. Aussagen exzessiver Spieler zufolge sorgt dieses soziale Gefüge dafür, dass „nachts der Wecker gestellt wird“, um einer Verabredung mit der Gilde nachzukommen. Der Zusammenhalt und die Überschaubarkeit des sozialen Miteinanders innerhalb eines solchen Spiels können dazu führen, dass Spieler einen gewissen virtuellen Status erreichen, der wiederum selbstverstärkend wirkt. Aufgrund der gemeinsam zu bewältigenden Herausforderungen im Spielgeschehen, die oft nicht so vielschichtig wie in der Realität strukturiert sind, kann für die Spieler die Illusion entstehen, dass Aufgaben, die sozialen Fertigkeiten unterliegen, konfliktfrei lösbar sind. Erfolg und soziales Prestige sind in den virtuellen Welten für jedermann erreichbar. Letztlich wird mit den Online-Rollenspielen eine funktionale Parallelwelt zur Realität angeboten, in der die Spieler „abtauchen“ und „abschalten“ können.

Je mehr die virtuelle Welt für den Spieler im Verlauf an Attraktivität zunimmt und der Selbstwertsteigerung dient, desto schwieriger wird es u.U., sich mit den alltäglichen Problemen der realen Welt auseinanderzusetzen und desto mehr verliert diese an Attraktivität gegenüber der virtuellen Welt. Kontrollverlust der Spielzeit, merkliche Leistungseinbußen im schulischen Bereich und vegetative Symptome (Nervosität, Unruhe, Verschiebung des Schlaf-Wach-Rhythmus) werden als Folge des exzessiv ausgeführten Verhaltens von Betroffenen oder deren Angehörigen berichtet. Einhergehend sind häufig Tendenzen von Vereinsamung und Ängsten in „realen“ sozialen Beziehungen sowie aggressiver Spannungsabfuhr bei Verhinderung des Computerspielens. Gleichzeitig ist bei den betroffenen Jugendlichen oft die Einsicht in die Relevanz des Problemverhaltens und dessen Folgen herabgesetzt (Grüsser & Thalemann, 2006, Computerspielsüchtig? Huber). So weisen auch die von den Betroffenen beschriebenen Symptome, Verhaltensweisen und Erlebniswelten deutlich auf psychopathologisch gefärbte Muster hin, die denen einer Suchterkrankung gleichen.

So wird das Suchtpotential bei „exzessiver“ Nutzung von Computer- und Videospielen im Kindes- und Jugendalter in der Öffentlichkeit und aus pädagogischer und gesundheitspolitischer Perspektive derzeit verstärkt kritisch diskutiert. Im deutschen Sprachraum liegt bislang jedoch keine wissenschaftlich fundierte Datenbasis zu Epidemiologie, Ätiologie, Diagnostik und Therapie dieses Symptomkomplexes vor. So hat dieses Störungsbild auch noch keinen eigenständigen Eingang als Form einer „Verhaltenssucht“ in die Internationalen Klassifikationssysteme Psychischer Störungen (ICD-10 und DSM-IV-TR) ge-

funden. Ziel unserer Forschungsaktivitäten ist es daher, dieses Störungsbild umfassend zu charakterisieren und psychologische Einflussgrößen genauer zu identifizieren.

Die Praxis zeigt, dass sich die Kriterien für Abhängigkeit auch auf das exzessive Computerspielen anwenden lassen (vgl. auch Grüsser & Thalemann, Huber Verlag: Bern 2006):

- das unwiderstehliche Verlangen, am Computer zu spielen
- die verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Dauer des Computerspielens
- Entzugserscheinungen (Nervosität, Unruhe, Schlafstörungen) bei verhinderter Computerspielnutzung
- der Nachweis einer Toleranzentwicklung (Steigerung der Häufigkeit oder Intensität/Dauer des Computerspielens)
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen
- anhaltendes exzessives Computerspielen trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (z. B. Übermüdung, Leistungsabfall in der Schule, auch Mangelernährung).

Die Nutzung von adaptierten Diagnosekriterien der substanzgebundenen Abhängigkeiten erscheint als diagnostisches Screening zur Einschätzung des Symptomkomplexes „exzessives Computerspielverhalten“ sinnvoll. Wobei es wichtig ist, im Rahmen von Präventionsmaßnahmen diese Kriterien und weitere Erkennungsmerkmale der Öffentlichkeit zugänglich zu machen, denn häufig entsteht erst durch die abrupte Verhinderung des Computerspielens oder durch die bei chronischem exzessiven Gebrauch entstehenden Folgeerscheinungen (Vernachlässigung von Pflichten, Leistungseinbußen, psychische Beeinträchtigungen) bei den Betroffenen bzw. deren Angehörigen ein Krankheitsbewusstsein für das Störungsbild „Computerspielsucht“. Diese zeitliche Verzögerung leistet einer schleichenden und damit chronifizierenden Störungsgenese Vorschub.

Die derzeit vorliegenden internationalen Studien zur Untersuchung der Computerspielsucht wurden zumeist an jungen Erwachsenen erhoben, operationalisieren das symptomatische Verhalten auf verschiedene Art und zeigen dementsprechend weit auseinandergehende Prävalenzschätzungen. Für den Altersbereich Kinder und Jugendliche gibt es wenige und differierende Angaben über die Häufigkeit von Betroffenen mit pathologischem Computerspielverhalten. So werden variierende Prävalenzen zwischen 6% und 20% an Kindern und Jugendlichen mit pathologischer Computerspielnutzung im Sinne einer Verhaltenssucht beschrieben. Im Rahmen einer Studie der Interdisziplinären Suchtforschungsgruppe der Berliner Charité wurde das Computerspielverhalten von Berliner Grundschülern der 6. Klasse untersucht. Insgesamt nahmen an der psychometrischen Studie 323 Kinder im Alter zwischen 11 und 14 Jahren teil. Zur Diagnose des exzessiven Computerspielverhaltens wurde der standardisierte „Fragebogen zum Computerspielverhalten bei Kindern“ (CSVK) (Thalemann, Albrecht, Thalemann & Grüsser, 2004, Psychomed) eingesetzt (derzeit wird der CSVK-R validiert). Die Kriterien für das exzessive Computerspielverhalten wurden an den Kriterien für Abhängigkeitserkrankungen nach ICD-10 bzw. für pathologisches Glücksspiel nach DSM-IV-TR angelehnt. Die Daten der Studie zeigen, dass 9,3% der untersuchten Kinder (N=30) die festgelegten Kriterien für exzessives Computerspielverhalten vollständig erfüllen. Diese Gruppe der exzessiv computerspielenden Kinder unterscheidet sich signifikant von ihren nicht-exzessiv computerspielenden Mitschülern im Ausmaß des Fernsehkonsums, des Kommunikationsverhaltens und der Konzentrationsfähigkeit im Unterricht sowie der Bewältigungsstrategien bezüglich negativer Gefühle. Hier zeigen die betroffenen Kinder deutlich geringere Werte. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass – analog zu Erkenntnissen aus der Suchtforschung – die Computernutzung für einen Teil der untersuchten Kinder eine spezifische Funktion im Sinne einer inadäquaten Stressbewältigungsstrategie erhalten hatte (Grüsser, Thalemann, Albrecht & Thalemann, 2005, Wiener Klein. Wochenschr.). Eine anschließende Folgeuntersuchung mit analoger Fragestellung bei Berliner Schülern der 8.

Klasse – die aktuell zur Publikation eingereicht wurde – zeigte, dass 6,3% der 221 befragten Schüler die Kriterien einer Abhängigkeit in Bezug auf ihr Computerspielverhalten erfüllten und, bezogen auf nur die aktiv computerspielenden Jugendlichen, der Anteil der Kinder mit einem süchtigen Computerspielverhalten bei 9,7% lag. Bezogen auf den Schultyp, zeigte sich, dass sich vor allem die Schüler der Hauptschulen exzessiv mit dem Computerspiel beschäftigen (Wölfling, Thalemann & Grüsser, 2007, Psychiatrische Praxis). Derzeit wird ein Datensatz zum Computernutzungsverhalten von 1.200 Schülern aus Wien ausgewertet. In laufenden Folgestudien sollen weitere Formen der Inanspruchnahme der Computer- und Internetnutzung untersucht werden, wobei erste Ergebnisse aus einer aktuellen Untersuchung an einer Studentenstichprobe darauf hinweisen, dass im Bereich der Nutzung von Angeboten u.a. zur Kommunikation (Chats, Foren und E-Mails), ein Anstieg der Zahlen durch weitere exzessive Nutzungsmuster von Computern zu erwarten ist.

In einer weiteren aktuellen Studie wurde das Ausmaß des als pathologisch einzustufenden Computerspielverhaltens und der Zusammenhang zwischen dem exzessiven Computerspielverhalten und Einstellungen zu Aggression anhand einer online-Befragung überprüft. Hierzu wurden 7.069 Computerspieler mittels online-Fragebogen in Kooperation mit einem online-Spielemagazin (gaming-network) befragt. Es zeigte sich, dass 11,9% der Befragten ein als pathologisch einzustufendes Muster des Computerspielverhaltens zeigten. Weiterhin konnte nur ein sehr schwacher Zusammenhang mit geringer Effektstärke zwischen exzessivem Computerspielverhalten und aggressiv gefärbten Einstellungen nachgewiesen werden, der methodisch nicht sinnvoll interpretierbar ist (Grüsser, Thalemann & Griffiths, 2007, Cyberpsychology and Behavior).

Im Rahmen einer psychophysiologischen Untersuchung wurden exzessive Computerspieler und Gelegenheitsspieler bezüglich ihrer kortikalen Erregung nach Darbietung von computerspielassoziierten Reizen untersucht. Zur Messung der Gehirnaktivität mittels EEG wurde das Reizreaktionsparadigma – welches auch bei substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen zum Nachweis kortikaler Veränderungen durch das chronische Suchtverhalten dient – angewendet. 15 exzessive Computerspieler mit pathologisch einzustufendem Spielverhalten und 15 Gelegenheitsspieler wurden mit verschiedenen Reizkategorien (negative, positive und neutrale Reize, Computerspiel und Alkohol) konfrontiert. Parallel wurde die Gehirnaktivität der Probanden registriert. Nach Analyse der hirnphysiologischen Daten konnte eine veränderte kortikale Verarbeitung der computerspielassoziierten Reize in der Gruppe der exzessiven Computerspieler nachgewiesen werden. Die exzessiven Computerspieler verarbeiteten computerspielassoziierte Reize signifikant erregender als neutrale Reize. Die Gelegenheitsspieler verarbeiteten die computerspielassoziierten Reize jedoch ähnlich wie neutrale Reize. Die Ergebnisse der psychometrischen und physiologischen Untersuchungen können im Sinne einer stärkeren emotionalen und motivationalen Reizverarbeitung bei exzessiven Computerspielern interpretiert werden (Thalemann, Wölfling & Grüsser, 2007, Behavioral Neuroscience).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass exzessives Computernutzungsverhalten und der sich darin evtl. offenbarende pathogene Mechanismus die Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeit in der Adoleszenz begünstigen kann. Kinder erfahren, dass sie mit solchen Verhaltensweisen oder Gebrauchsmustern schnell und effektiv Gefühle im Zusammenhang mit Frustrationen, Unsicherheiten und Ängsten regulieren bzw. verdrängen können. Im Laufe der Suchtentwicklung rückt die exzessive Nutzung moderner Medien in den Vordergrund zu Lasten anderer Verhaltensweisen. Somit werden keine alternativen Verhaltensmuster wie z.B. adäquate Stressverarbeitungsstrategien für kritische oder als Stress erlebte Lebenssituationen entwickelt bzw. gelernt.

Ein Kurzleitfaden für Angehörige (nach Grüsser & Thalemann, 2006, Huber: Bern)

Im Kindes- und Jugendalter ist der Leidensdruck noch nicht sehr groß, da die negativen Konsequenzen einer Sucht bzw. des exzessiven Spielverhaltens noch nicht so deutlich gespürt werden (der Strom ist noch nicht abgeschaltet und es gibt immer etwas zu Essen

und ein warmes Bett). Somit sehen betroffene Kinder und Jugendliche oft auch nicht die Notwendigkeit, ihr Verhalten zu ändern, und empfinden das Computerspielverbot bzw. die geforderte Einschränkung des Computernutzungsverhaltens durch die Eltern eher als ein typisches „Elternverbot“ als eine notwendige, sie selbst schützende Maßnahme. Häufig führen die Gespräche – mit den dann auch meist durch dieses Störungsbild überforderten Eltern – in endlose Diskussionen, ohne eine bemerkenswerte Verhaltensveränderung hervor zu rufen.

Wenn Sie das Gefühl haben, dass Ihr Kind zu lange am Computer sitzt, dann sollten zunächst folgende Fragen beantwortet werden:

- Ob ein problematisches Computerspielverhalten bei Ihrem Kind objektiv vorliegt oder nicht?
- Welche Stärken Ihr Kind mitbringt?
- Warum Ihr Kind exzessiv spielt, das heißt, welche Funktionalität des Computerspielens bei Ihrem Kind zu vermuten ist?
- Welche Einflussmöglichkeiten Erfolg versprechen?

Die Antworten auf diese Fragen sind wichtig, um eine Entscheidung treffen zu können, ob das Problem innerhalb der Familie und mit oder ohne professionelle Hilfe gelöst werden kann.

Die Funktion exzessiver Computernutzung spiegelt sich u.a. in den Aussagen der Jugendlichen wider:

... da bin ich wer!

... da kann ich Befehle geben!

... da bekomme ich Aufmerksamkeit!

... da ist wenigstens jemand!

... da kann ich alles kontrollieren / bestimmen!

... da passiert wenigstens etwas, das ist nicht so langweilig!

... da vergesse ich den Ärger!

... da kann ich abtauchen / abschalten!

... da kann ich meine Wut / meinen Frust abbauen!

Kriterienkatalog (positiv + und negativ -) zur Verhaltensbeobachtung in der Familie

Zunächst sollte beurteilt werden, inwieweit das Kind sein Verhalten aufgrund der Computernutzung in den verschiedenen Bereichen verändert hat.

Teil 1: Aktivitäten/Hobbys

+ weitere Interessen werden verfolgt, Sorgfalt bei den Hausaufgaben gleich

- Änderung früherer Verhaltensweisen, Gewohnheiten, Interessen

Teil 2: Gesundheit

+ unveränderte Schlaf- und Essgewohnheiten

- deutliche Einschränkungen im Ausgehverhalten/Freizeitverhalten

Teil 3: Bestimmungsmerkmale für ein exzessives Computerspielen

- drei oder mehr der Aussagen (einschließlich Frage 1!) mit „stimmt“ beantwortet

Teil 4: Bewältigung von Stress

+ problemlösend, verharmlosend, aktiv entspannend

- ablenkend-vermeidend (passiv), hilflose Aggression

Teil 5: soziale Kontakte

+ hohe Qualität und häufige soziale Kontakte zu Gleichaltrigen

- Angst vor Zurückweisung, Schwierigkeiten bei Kontaktaufnahme

Teil 6: Reaktionen auf Computerspielverbote

+ keine größeren Auseinandersetzungen bei Restriktionen

- aggressive, beleidigende Reaktionen; depressives, ängstliches, zurückgezogenes Verhalten

Spricht ein Kind von der Absicht, sich zu verletzen oder das Leben zu nehmen, sofort eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik aufsuchen und diese Absicht angeben!

Alle Änderungswünsche bezüglich der Computernutzung seitens der Eltern wirken auf das Kind erst einmal bedrohlich!

Eltern sollten sich für Ihre Kinder und die Inhalte, die ihre Kinder im Computer nutzen, interessieren. Wichtig ist dabei auch, dass sie dem Kind Grenzen in Bezug auf die Computernutzung setzen und diese konsequent umsetzen. Generell gilt, dem Kind nicht nur etwas entziehen(!), sondern auch etwas geben, d.h. alternative Verhaltensweisen verstärken (belohnen). Attraktive Alternativen zur sinnvollen Zeitnutzung, zur Verhinderung von Verlusterleben und Rückfällen sollten gemeinsam mit dem Kind entwickelt werden und für eine zufriedenstellende Zeiteinteilung sorgen. Dabei ist es hilfreich, je einen Zeitplan für die Schulwoche und einen für das Wochenende zu erstellen.

Gründe für Fehlschläge:

- Elterliche Kontrolle ist nicht permanent zu leisten
- Versiertheit mit dem PC erlaubt Kindern, Verbote zu umgehen
- Auch außerhalb der Wohnung gibt es Gelegenheiten zu Spielen
- Keine klaren Regeln bzgl. Umfang des Spielens sowie bzgl. der Konsequenzen bei Überschreitung
- Reiz des Spielens durch Verbot oft erhöht
- Halbherzige Reaktionen der Eltern auf Regelverstöße

Auswahl an Publikationen

Thalemann R, Albrecht U, Thalemann CN, Grüsser SM (2004). Fragebogen zum Computerspielverhalten bei Kindern (CSVK): Entwicklung und psychometrische Kennwerte [Questionnaire to assess computer gaming in adolescents – development and psychometric properties]. Psychomed, 16/4, 226-233.

Grüsser SM, Thalemann R, Albrecht U, Thalemann C (2005). Exzessive Computernutzung im Kindesalter – Ergebnisse einer psychometrischen Erhebung [Excessive computer usage in adolescents: a psychometric evaluation]. Wiener Klinische Wochenschrift, 117, 188-195.

Grüsser SM, Thalemann R (2006). Exzessives Computerspielen – eine Verhaltenssucht [Excessive computer game playing – a behavioral addiction]. Medizinische Welt, 3,1-5.

Grüsser SM, Thalemann R (2006). Excessive computer gaming in adolescence. In: F. Columbus (Eds.). Progress in Adolescent Psychology Research. New York: Nova Publishers.

Grüsser SM, Thalemann CN (2006). Verhaltenssucht - Diagnostik, Therapie, Forschung [Behavioral addiction: diagnosis, therapy, research]. Bern: Hans Huber Verlag.

Grüsser SM, Thalemann R (2006). Computerspielsüchtig? Rat und Hilfe für Eltern [Computer game playing addiction? Advices and help for parents]. Bern: Hans Huber Verlag.

Grüsser SM, Thalemann R, Griffiths M (2007). Excessive computer game playing: evidence for addiction and aggression? Cyberpsychology and Behavior, 10 (2), 290-292.

Thalemann R, Wölfling K, Grüsser SM (2007). Specific cue-reactivity on computer game related cues in exessive gamers. Behavioral Neuroscience, 121 (3), 614-8.

Grüsser SM, Poppelreuter S, Heinz A, Albrecht U, Saß H (2007). Verhaltenssucht – eine eigenständige diagnostische Einheit [Behavioral addiction – an independent diagnostic category]. Nervenarzt, May 18 [Epub ahead of print].

Grüsser SM, Thalemann R, Wölfling K (2007). Has computer gaming an addictive potential? – A case study, submitted for publication.

Wölfling K, Thalemann R, Grüsser SM (2007). Computerspielsucht: Ein psychopathologischer Symptomkomplex im Jugendalter [Computer game addiction: a psychopathological complex of symptoms in adolescence], Psychiatrische Praxis, im Druck.

Grüsser SM, Wölfling K (2007). Leitfaden Medienkompetenz: Wissensvermittlung und Umsetzung. Bern: Hans Huber Verlag, im Druck.

Univ.-Prof. Dr. S.M. Grüsser-Sinopoli †
Kompetenzzentrum „Verhaltenssucht“
Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Saarstaße 21, 55099 Mainz

„Internetsucht/Computersucht“: Kinder- und Jugendpsychiatrische Gesichtspunkte

Christoph Möller

Internet und Computerspiele im Haushalt

Computer, Internet und das Handy gehören heute zur Lebensrealität von Kindern und Jugendlichen. Computer- und Internetspiele erfreuen sich vor allem bei der jungen Generation großer Beliebtheit. Zu Weihnachten 2007 waren Computerspiele bei den männlichen Jugendlichen das häufigste Weihnachtsgeschenk. Computer, Internet und das Handy verändern die Kommunikation: Man ist immer erreichbar und der Austausch auch über weite Distanzen ist möglich. Die Jugendlichen haben Anteil an der globalen Vernetzung. Dies geschieht mit einer Selbstverständlichkeit, die vielen Eltern fremd ist. Haushalte in Deutschland, in denen ein Jugendlicher im Alter zwischen 12 und 19 Jahren lebt, haben mindestens ein Handy, 99% haben mindestens einen Fernseher, 98% mindestens einen Computer oder Laptop, 95% einen Internetzugang und 63% eine Spielkonsole. 63% der Mädchen und 71% der Jungen haben einen eigenen Fernseher, 61% der Mädchen und 72% der Jungen einen eigenen Computer, 41% der Mädchen und 48% der Jungen einen eigenen Internetzugang und 30% der Mädchen und 59% der Jungen eine eigene Spielkonsole (JIM, 2007). In Deutschland sind 56,9% der Frauen und 68,9% der Männer ab 14 Jahren Internetnutzer. In der Gruppe der 14- bis 29-Jährigen sind es 63% der Frauen und 96% der Männer. Die Gruppe der 14- bis 19-Jährigen verbringt mit dem Medium Internet beinahe gleich viel Zeit wie mit Fernsehen (102 Minuten Internet und 105 Minuten Fernsehen täglich) (van Eimeren und Frees, 2007).

Häufigkeit der „Computerspielsucht“ und „Internetsucht“

Es gibt bisher nur wenige Untersuchungen zur Verbreitung von „Computerspiel-“ oder „Internetsucht“. Zu bedenken ist, dass es keine verbindlichen Kriterien für die Klassifikation eines exzessiven oder süchtigen Computerspielens gibt. So sind auch die Zahlen mit Vorsicht zu bewerten, da einheitliche Kriterien für die Diagnose „Computerspielsucht“ und „Internetsucht“ fehlen und damit die Vergleichbarkeit fraglich ist. In Deutschland geht man davon aus, dass 3,2% der Internetnutzer als süchtig und 6,6% als gefährdet klassifiziert werden können (van Egmond-Fröhlich et al. 2007; vgl. Tab.)

Autoren / Land	Jahr	Methodik / Stichprobe	Süchtiges Verhalten	Risikoverhalten
Greenfield / USA	1999	Onlinebefragung, adaptierte DSM-IV-Kriterien pathologisches Glücksspiel / 18.000 Internetnutzer	6%	4%
Anderson / USA	2001	Fragebogenuntersuchung zum Internetverhalten / 1.078 Internet nutzende Studenten	9,8%	
Tsai & Lin / Taiwan	2001	Fragebogenuntersuchung zur Internetsucht / 753 Jugendliche, Alter: 16-17 Jahre	11,9%	
Hahn & Jerusalem / Deutschland	2001	standardisierte Onlinebefragung zur Internetsucht / 7.091 deutsche erwachsene Internetnutzer	3,2%	6,6%
Jerusalem / Eidenbenz Schweiz	2001	standardisierte Onlinebefragung zur Internetsucht / 565 Schweizer Internetnutzer	2,3%	6%

Johansson &Götestam / Norwegen	2004	Fragebogenuntersuchung zur Internetsucht, repräsentative Stichprobenauswahl / 1.463 Jugendliche, Alter: 12-18 Jahre	2,7%	9,8%
Griffiths et al. / Großbritannien	2004	Onlinebefragung, / 540 jugendliche (1) und erwachsene (2) Nutzer von Online-Rollenspielen	(1) 9,1% (2) 2,5%	
Grüsser et al. / Deutschland	2005	Fragebogenuntersuchung zum exzessiven Computerspielverhalten / 321 Kinder, Alter: 11-14 Jahre	9,3%	
Niemz et al. / Großbritannien	2005	Fragebogenuntersuchung, Skala zur Pathologischen Internetnutzung / 371 Studenten	18,3%	
Grüsser et al. / Deutschland	2007	Onlinebefragung zur Computerspielsucht (adaptierte ICD-10-Kriterien der Substanzabhängigkeit) / 7.069 erwachsene registrierte Nutzer Online-Spielmagazin	11,9%	
Wölfling et al. / Deutschland	2007	Fragebogenuntersuchung zum pathologischen Computerspielverhalten / 221 Jugendliche, Alter:13-16 Jahre	6.3%	

Tab. Überblick der Ergebnisse aktueller nationaler und internationaler Studien zum Ausmaß der Medienabhängigkeit. Grüsser & Wölfling (Internet- / Online- & Computerspielsucht, http://www.onlinesucht.de, 23.1.2008)

„Computersucht“ / „Internetsucht“

Der Begriff „Internetsucht“ wurde von dem New Yorker Psychiater Ivan Goldberg vor einigen Jahren eher scherzhaft erwähnt. Seit die New York Times 1995 das Thema Internetsucht aufgriff, mehren sich Untersuchungen und Diskussionen um diese Problematik.

Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen stellen in Deutschland eine der größten Gruppen psychischer Störungen dar und sind empirisch gut beschrieben (Möller 2006). Das Störungsbild der Verhaltens- oder Tätigkeitssucht, das heißt nicht stoffgebundener Sucht wie Arbeits-, Sammel-, Glücksspiel-, Computer-, Internetsucht und andere hat bislang noch keinen Eingang in die internationalen Klassifikationssysteme psychischer Störungen ICD-10 und DSM IV gefunden. Nur das pathologische (Glücks-) Spiel (F63.0) ist unter „abnorme Gewohnheiten und Störung der Impulskontrolle“ aufgenommen worden (ICD-10 2008). Letztlich kann jedes menschliche Verhalten oder Interesse entgleisen und zur Sucht werden, wenn dieses exzessiv und weit über das Normalmaß hinaus ausgeführt wird und der Betroffene dadurch Schaden nimmt. Zur Beurteilung einer „Computer-“ oder „Internetsucht“ werden in der Regel an das exzessive Computerspiel und Internetnutzung angepasste Diagnosekriterien für Abhängigkeit (von Drogen) herangezogen. Neben dem Computerspielverhalten und der mit Medien verbrachten Zeit sollte immer auch das soziale Umfeld, die Schule, die Freizeitbeschäftigung und der psychische Zustand des Kindes und Jugendlichen mit in die diagnostischen Überlegungen einbezogen werden. Bei exzessiver Computer- oder Internetnutzung steht das starke Verlangen zu spielen und eine eingeschränkte Kontrolle über das Verhalten im Vordergrund, ein Verlangen, das trotz negativer Konsequenzen fortgesetzt wird. Die Betroffenen zeigen in Bezug auf die psychische Symptomatik ähnliche Merkmale wie bei stoffgebundenem süchtigem Verhalten. Eine wichtige Rolle spielt sowohl bei substanzgebundener Sucht als auch bei Verhaltenssucht das Bestreben, schnell und effektiv Gefühle im Zusammenhang mit Frustration, Ängsten oder Unsicherheiten regulieren oder verdrängen zu können. Es geht darum, das Leben erträglicher zu gestalten und

eine Bewältigungsstrategie im Sinne eines Selbstregulations- oder Selbstheilungsversuches zu entwickeln (Grüsser und Thalemann 2006, Möller 2007a). Tab. 1

Tab. 1: **Merkmale und Kriterien einer „Computerspiel"- und „Internetsucht"**

- Einengung des Verhaltens: Computerspiel und Internet werden zur wichtigsten Aktivität und dominieren das Denken, Fühlen und Verhalten des Betroffenen.
- Regulation negativer Gefühlszustände: Mit Hilfe der Medien wird das Leben vorübergehend angenehmer; unangenehme Gefühle treten in den Hintergrund und es stellt sich ein „Kick", eine angenehme Erregung und Entspannung ein. Mediennutzung als inadäquate Stressbewältigung.
- Toleranzentwicklung: Der gewünschte „Kick" kann nur durch längere und extreme Mediennutzung erzielt werden.
- Entzugserscheinungen: Kann das Medium nicht genutzt werden, treten Unruhe, Nervosität, Aggressivität und vegetative Symptome auf.
- Kontrollverlust: Der Medienkonsum kann vom Betroffenen zeitlich und inhaltlich nicht mehr kontrolliert werden.
- Rückfall: Nach Zeiten der Abstinenz oder des kontrollierten Konsums kommt es erneut zu exzessivem, unkontrolliertem Konsum.
- Anhaltender Konsum trotz schädlicher Folgen: Der Medienkonsum hat negative Folgen für Schule, Ausbildung, Hobbies und Sozialkontakte.

(in Anlehnung an Grüsser und Thalemann, 2006)

Komorbidität

Bei Personen mit exzessiver Internet- und Computernutzung finden sich gehäuft depressive Störungen. In einer Stichprobe von 23 Patienten mit einer Internetabhängigkeit wurde bei 77,8% eine depressive Störung diagnostiziert. Es wird empfohlen, bei Patienten mit Depression Fragen nach exzessiver Mediennutzung in die psychiatrische Diagnostik mit aufzunehmen. In einer Übersichtsarbeit werden für depressive Störungen Häufigkeiten bis 70% benannt und Angststörungen bis zu 50%. Andere Befunde sprechen dafür, dass sich bei exzessiver Mediennutzung gehäuft soziale Ängste, emotionale Einsamkeit und nicht zufriedenstellende soziale Beziehungen finden. Die mit exzessivem Computerspiel, Internet oder Fernsehen verbrachte Zeit steht für andere soziale Aktivitäten, wie sich mit Freunden zu treffen oder Zeit mit der Familie zu verbringen, nicht zur Verfügung. So kann übermäßiger Fernsehkonsum den Kontakt zu Klassenkameraden und damit die soziale Akzeptanz innerhalb der Klasse negativ beeinflussen. In den Medien wird ein unrealistisches Körperbild vermittelt – bei den weiblichen Models oft extrem schlank und bei den Männern sehr muskulös. Dies kann Unzufriedenheit in Bezug auf die eigene Körperlichkeit verstärken und den Jugendlichen in gestörtem Essverhalten oder übermäßigem Körperkult bestärken (van Egmond-Fröhlich et al. 2007). Es ist wahrscheinlich, dass exzessive Internet- und Computernutzung gehäuft in Verbindung mit anderen psychiatrische Diagnosen auftritt, was bei der Exploration berücksichtigt werden sollte. Was Ursachen und was Auswirkungen exzessiven Computerspielens und Internetnutzung sind, ist noch nicht geklärt und bedarf weiterer Untersuchungen (Grüsser und Thalemann 2006).

Als somatische Störungen werden muskuläre Verspannungen, Kopfschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafmangel (sowohl Quantität als auch Qualität des Schlafes werden beeinträchtigt, denn gespielt wird häufig in den Abend- und Nachtstunden), Erschöpfung, hastige und oft ungesunde Nahrungsaufnahme genannt. Die Untersuchungen zu Medienkonsum und Übergewicht beziehen sich meist auf den Zusammenhang von Fernsehen und Adipositas (Spitzer 2005, Grüsser und Thalemann 2006, van Eg-

mond-Fröhlich et al. 2007). Ob gleiches auch für Computerspiel und Internetnutzung gilt, ist offen. Der Energieumsatz ist beim Spielen wahrscheinlich höher und die Hände sind nicht zum Essen frei wie beim Fernsehen. Bei exzessivem Computerspiel findet sich gehäuft ungesundes und hektisches Essverhalten, um Zeit für die Spiele zu gewinnen.

Internet und Schulleistung

Mädchen nutzen das Internet überwiegend zur Kommunikation, Jungen gerne zum kampfbetonten Rollenspiel. Damit wird der für das Lernen positiv propagierte Effekt von Computern und Internet nicht von allen Jugendlichen genutzt. Die Zeit, die bei exzessivem Computerspiel vor dem PC verbracht wird, fehlt für gemeinsame Unternehmungen mit Freunden und für schulische Aktivitäten, was sich negativ auf die Schulleistungen auswirkt. Neuere Untersuchungen weisen darauf hin, dass häufiger Medienkonsum und der freie Zugriff auf Medien im Haushalt und im Kinderzimmer mit schlechteren Schulleistungen einhergehen (Spitzer 2005, van Egmond-Fröhlich et al. 2007). In Neuseeland wurden unselektiert ca. 1.000 Geburten eines Jahrganges in eine prospektive Studie aufgenommen. Diese wurden regelmäßig bis zum Alter von 26 Jahren untersucht. Es wurde u.a. verglichen der Bildungsgrad im Alter von 26 Jahren und der Fernsehkonsum im Kindergartenalter. Das Ergebnis war, dass je mehr TV im Kindergartenalter geschaut wurde, desto häufiger wurde die Schule ohne Abschluss beendet, desto geringer qualifiziert waren die Ausbildungen und desto weniger besuchten eine Universität (Hancox et al. 2005).

Überlegungen zu Internet- und Computerspielen

Im Internet- und Computerspiel herrschen klare Regeln und Vereinbarungen, die viel schärfer kontrolliert und geahndet werden als die Spieler dies aus ihrem sozialen Alltag kennen. Hier kann man sich zugehörig fühlen, zu einer „stabilen sozialen Struktur“, mit einem geordneten, wenn auch kriegerischen Gemeinwesen. Spiele wie „World of Warcraft“ fordern ein Zusammenschluss zu Gemeinschaften und „Gilden“ sowie Austausch und Abstimmung, um erfolgreich zu sein. Im Extrem planen Einzelne ihre Freizeit um dieses Spiel herum. Wer nicht dabei ist und bleibt, lässt seine „Gilde“ im Stich, verliert seine Kompetenzen und Anerkennung. Hier liegt das Suchtpotenzial dieser Spiele (Hüther u. Bergmann, 2006). „World of Warcraft“ ist ein „Massen-Multiplayer-Online-Rollenspiel“, das weltweit von mehr als 8,5 Millionen Accounts (Benutzerkonten) genutzt wird.

Je personifizierter und realistischer die Darstellung von Computerspielen ist, desto höher ist die Identifikationsmöglichkeit. Die Faszination des Mediums Film wird hier noch übertroffen, indem der Spieler den Film gleichsam begehen und mit gestalten kann. Persönliches Engagement ist notwendig, wenn man aktiv den Part des „Tötenden“ und „Folternden“ übernimmt. Dies erklärt wohl auch, warum es beim aktiven Spielen zu einer stärkeren Desensibilisierung und Reduktion der Empathiefähigkeit gegenüber Gewalt kommt als beim passiven Betrachten entsprechender Filme (Spitzer 2005, Bergmann und Hüther 2006). Jeder kann hier partizipieren und Erfolg haben. Das Bedürfnis, ein Held zu sein, den Tagtraum in der virtuellen Welt „Realität“ werden zu lassen, wird hier bedient. Es ist eine Welt, die den Eltern meist verschlossen ist. Diese Welt ist eine der wenigen Lebensbereiche, in dem nahezu kein elterliches Reglement erfolgt, allenfalls eine zeitliche Begrenzung. Hier sind die Kinder und Jugendlichen Alleinentscheider und können ausprobieren, was ihnen in der Realität häufig untersagt ist. Am Computer ist es Kindern möglich, Gewalt zu kontrollieren. Vorstellbar ist, dass hier ein Bedürfnis nach Omnipotenz befriedigt wird, dass primitive Regungen wie Mordlust folgenlos ausgelebt werden können. Als Symbol der Konsequenzlosigkeit des Handelns in der virtuellen Welt könnte die Unsterblichkeit der Spielfigur stehen, die stellvertretend für die Person im Netz agiert. In der virtuellen Welt scheint man unsterblich zu sein, hat scheinbar grenzenlose Möglichkeiten, kann dem Körper entfliehen, fremde Identitäten annehmen und Schönheits-

idealen gerecht werden, die in der Realität versagt sind. Die durch Medien vermittelte Vielfalt von Lebensmöglichkeiten können hier erprobt und vorübergehend gelebt werden. So können Internetnutzung und Computerspiele auch als eine Art „moderne Jugendkultur“ bezeichnet werden. Eine Welt, die vielen Erwachsenen verschlossen ist, in der der Jugendliche sich erproben und Grenzen überschreiten können.

Gewalt und Medien

Nach Schätzungen der American Medical Association hat ein Kind mit Abschluss der Grundschule bereits 8.000 Morde und >100.000 Gewalttaten im Fernsehen gesehen. Dreiviertel der Täter im Fernsehen kommen ungestraft davon, gut die Hälfte der Gewaltakte wurden ohne negative Konsequenzen dargestellt und nur in ca. 4% der Fälle werden gewaltlose Alternativhandlungen aufgezeigt. Auch in Deutschland werden im Fernsehen pro Stunde im Durchschnitt vier schwerste Gewaltverbrechen wie Mord und fünf schwere Gewalttaten wie körperliche Gewalt gezeigt. Das meistgenutzte „Kinderprogramm“ ist das Erwachsenenprogramm. In Deutschland sitzen um 22:00 Uhr noch ca. 800.000 Kinder im Kindergartenalter vor dem Fernseher. Dies ist besonders gefährlich, weil Kinder erst um das achte Lebensjahr wirklich zwischen Realität und Phantasie unterscheiden lernen. Aggression wird in den Medien oft belohnt und positiv dargestellt. Die wiederholte Darstellung von Gewalt gegenüber Menschen entstellt die Würde des Menschen und hinterlässt Spuren in der kindlichen Psyche. Nachdem das Fernsehen in den USA seit den 50er Jahren für viele Haushalte verfügbar war, wurde in den folgenden 10 bis 15 Jahren eine Verdoppelung der Tötungsdelikte beobachtet (Spitzer 2005). In der KFN-Schülerbefragung (Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen) von 2005 gab jeder zweite 10-jährige Junge an, über Erfahrung mit Spielen zu verfügen, die ab 16 oder 18 eingestuft sind. Jeder fünfte der 10-Jährigen nutze diese Spiele aktuell. Bei den 14/15-jährigen Jungen hatten 82% Erfahrung mit Spielen, die keine Jugendfreigabe hatten. Ein Drittel gab an, diese Spiele regelmäßig zu spielen. Bezüglich der Schulleistungen ist nicht nur die mit Computerspielen verbrachte Zeit zu berücksichtigen, sondern auch die Auswirkung der Inhalte auf die Schulleistungen. Hier besteht eine deutliche Korrelation mit der Brutalität der Inhalte und dem schulischen Leistungsniveau. Ob Schüler mit schlechten Schulleistungen und problematischen Hintergrund besonders häufig zu Spielen mit gewalttätigem Inhalt greifen, ist offen.

Es gibt Hinweise, dass die negative psychische Auswirkung von Computerspielen auf Kinder und Jugendliche stärker ist als die problematischen Einflüsse des Fernsehens. Gewalttätiges Verhalten wird im virtuellen Raum bei den „Ego-Shootern“ aus der Ich-Perspektive aktiv trainiert und eingeübt. Der Spieler ist hoch konzentriert und unterliegt selbst der virtuellen Gefahr. Empathie mit dem Opfer hindert den Spielverlauf. Das „Töten“ wird im Spiel belohnt. Die ständige Wiederholung von Spielsequenzen zum Erreichen des nächsten Levels stellt eine hocheffiziente Lernsituation dar, in der neben der Perfektionierung des „mörderischen Handwerks“ in dramatischer Weise eine Abstumpfung gegenüber Gewalt in der virtuellen aber auch in der realen Welt vonstatten geht. Empathie und Mitgefühl gegenüber anderen Menschen in schmerzhaften Lebenslagen nehmen ab. Die Ego-Shooter-Perspektive zwingt zur Identifikation mit der aggressiven Spielfigur. Gewalttätiges Handeln wird durch Fortkommen oder „Weiterentwicklung“ in der virtuellen Welt belohnt (Grossman u. DeGeatano, 2003). Dafür gibt es aus der Neurowissenschaft dringende Hinweise auf ein neurophysiologisches Korrelat: Das dopaminerge System im zentralen Nervensystem wird beim Ausführen von Gewaltspielen aktiviert, ähnlich wie dies beim Konsum von Drogen bekannt ist. Durch längerfristiges und permanentes Computerspielen kommt es zu einem „gebrauchsabhängigen Umbau des Gehirns, zum aktiven Einüben, Modelllernen, sowie zum emotionalen und sozialen Lernen von Gewalt“ (Spitzer 2005, S. 241).

Die amerikanische Armee wirbt mit dem Shooter-Spiel „America’s Army“ junge Männer an. Gute Ergebnisse im Spiel ermöglichen einen raschen militärischen Aufstieg. Da die Darstellung „unblutig“ ist, ist das Spiel in den USA ab 13 Jahren freigegeben. In der Ar-

mee werden Computerspiele gezielt zur Desensibilisierung von Gewalt eingesetzt. Dies bleibt bei minderjährigen Nutzern nicht folgenlos (Spitzer 2005). Zahlreiche Studien belegen einen kausalen, aber nicht monokausalen Zusammenhang zwischen medialer und realer Gewalt (Grossmann u. DeGaetano 2003, Spitzer 2005). Man geht davon aus, dass der kurzfristige Effekt von medialer Gewalt auf Verhalten, Einstellung und Gefühlslage bei den Erwachsenen stärker ist als bei den Kindern, während der längerfristige Effekt bei den Kindern stärker ausgeprägt ist. Bei Erwachsenen treffen die medialen Inhalte auf bereits länger ausgereifte Einstellungen, die gegebenenfalls verstärkt oder bekräftigt werden. Bei Kindern dagegen prägt die wiederholte Konfrontation mit medialer Gewalt die Haltung und Einstellung zum interpersonellen Verhalten längerfristig entscheidend mit.

Neben dem exzessiven Konsum von Computerspielen mit gewalttätigem Inhalt finden sich bei jugendlichen Amokläufern häufig wenig familiärer Rückhalt, kaum soziale Bindungen, Kränkungen und Demütigungen, sowie depressive Grundstrukturen. Der durch die mediale Berichterstattung von Schulamokläufen erweckte Eindruck, die Täter würden immer jünger, konnte in einer Untersuchung in einem Dekadenvergleich nicht objektiviert werden. Psychiatrische Erkrankungen wie Psychosen, Wahnerkrankungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen ließen sich bei 50% der untersuchten Fälle sichern. Dem Amoklauf geht in der Regel eine lange Vorgeschichte von Fehlanpassungen voraus. Die exzessive Nutzung von Computerspielen mit gewalttätigem Inhalt wird als alleinige Ursache vermutlich niemanden zum Amokläufer machen.

Auswirkungen auf das sich entwickelnde Gehirn

Das Zentrale Nervensystem zeichnet sich durch eine hohe nutzungsabhängige Plastizität und Modulationsfähigkeit aus. Die Ausdifferenzierung des Gehirns hängt davon ab, wie und wofür es genutzt wird. In den ersten Lebensjahren bildet sich ein großes Angebot von Nervenzellverbindungen, von denen dauerhaft nur erhalten bleibt, was wiederholt genutzt wird. Bei jugendlichen Handybenutzern, die regelmäßig SMS verschicken, findet sich eine Vergrößerung des Areals, welches die Daumensteuerung repräsentiert, wie bei einem Klavierspieler die Handrepräsentanz. Verbringt ein Kind oder Jugendlicher täglich viele Stunden vor dem Fernseher oder Computer werden einige wenige, vor allem visuelle Verknüpfungsmuster mit den damit verbundenen Emotionen, Vorstellungen, Erwartungen und Bewertungen gefestigt und trainiert. Diese Kinder haben eine enorme visuell-assoziative Kompetenz, die mit zum Erfolg der Computerspiele beiträgt (Spitzer 2005, Bergmann und Hüther 2006).

Aus den Neurowissenschaften wissen wir, dass bei „befriedigenden“, Glück hervorrufenden Tätigkeiten im Gehirn ein harmonisiertes, synchronisiertes Erregungsmuster gebildet wird und es zur Ausschüttung so genannter Botenstoffe wie Dopamin kommt. Dopamin ist unter anderem mit verantwortlich für das sich einstellende Glücksgefühl und wirkt neuroplastisch. Bei wiederholter Ausführung dieser mit Glücksgefühlen assoziierten Handlungen kommt es zu einer effizienten Bahnung, Verknüpfung und Festigung der dabei beteiligten Nervenzellverbindungen (Bergmann und Hüther 2006). Wenn ein Kind oder Jugendlicher das Gefühl des „Mit-sich-selbst-Eins-Seins“ nur mit Hilfe von Mediennutzung im weitesten Sinne herstellen kann, besteht die Gefahr, dass er immer wieder darauf zurückgreift und süchtiges Verhalten entwickelt (Möller 2007a). Ähnlich scheint es auch bei exzessiver Nutzung von Computerspielen, Internet, Chatten und anderer übermäßiger Mediennutzung zu sein (Bergmann und Hüther 2006). In einer Untersuchung mittels Positronenemissionstomographie konnte gezeigt werden, dass es beim Spielen eines Gewaltvideospiels zu einer so starken Dopaminfreisetzung kommt, wie man dies bisher nur durch Psychostimulantien hervorrufen konnte. In einer Untersuchung mit elektroenzephalographischer Aufzeichnung wurde deutlich, dass exzessive Computerspieler im Vergleich zu Gelegenheitsspielern eine signifikant stärkere emotional-motivationale Reaktion auf computerspielassoziierte Reize zeigen. Dies liefere deutliche Hinweise, dass es sich bei exzessivem Computerspiel um eine Verhaltenssucht handele, der ähnli-

che Mechanismen zugrunde liegen, wie bei anderen Abhängigkeiten wie von Alkohol oder Cannabis.

In einer Untersuchung mit 13 Computerspiel-erfahrenen Personen zwischen 18 und 26 Jahren, die im Durchschnitt 14 Stunden in der Woche spielten, wurden diese Personen mittels funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT) untersucht, während sie ein Egoshooter-Spiel spielten. Die Autoren beschreiben ein Erregungsmuster, welches wahrscheinlich mit aggressiven Gedanken und Emotionen zusammen hängt. Es wird nicht untersucht, ob die während des Computerspiels beobachtbaren Erregungsmuster auch Gewalt im realen Leben hervorrufen können. Gleichwohl wird die virtuelle Realität eines Egoshooter-Spiels als Möglichkeit gesehen, die Gehirnaktivität unter diesen simulierten Bedingungen zu untersuchen.

Im EEG ist während des Fernsehens deutlich weniger Aktivität nachweisbar (es finden sich vor allem Alpha-Wellen), als wenn die Probanden lesen. Die beim Fernsehen empfundene Entspannung endet, wenn der Bildschirm ausgeschaltet wird. Ein Gefühl der Passivität und verminderter Aufmerksamkeit bleibt. Sich nach dem Fernsehen zu konzentrieren sei schwieriger als vorher und die Stimmung sei gleich oder schlechter.

Am Computer kann Handlungsplanung erlernt werden. Man kann lernen, die Auswirkungen des eigenen Handelns abzuschätzen und Frustrationen auszuhalten. In wieweit die in der virtuellen Welt erworbenen Fähigkeiten im realen Leben zur Problemlösung nutzbar sind, ist jedoch fraglich (Bergmann und Hüther 2006).

Literatur

Bergmann W, Hüther G. Computersüchtig. Kinder im Sog der modernen Medien. Walter, Düsseldorf, 2006.

van Egmond-Fröhlich A, Mößle T, Ahrens-Eipper S, Schmid-Ott G, Hüllinghorst R, Waschburger P. Risiken für die Psyche und Körper. Dtsch.Ärztebl. 2007; 104 (38): 2560-4.

van Eimeren B, Frees B. Internetnutzung zwischen Pragmatismus und YouTube-Euphorie. ARD/ZDF Onlinestudie 2007. http://www.ard-zdf-onlinestudie.de/fileadmin/Online07/Online07_Nutzung.pdf (14.1.2008)

Grossman D, DeGaetano G. Wer hat unseren Kindern das Töten beigebracht? Freies Geistesleben, Stuttgart, 2003.

Grüsser S, Thalemann R. Computerspielsüchtig. Rat und Hilfe. Huber, Bern, 2006.

Grüsser S, Thalemann R. Griffith M. Excessive computer game playing: evidence for addiction und aggression? Cyberpsychology & behaviour. 2007; 10 (2): 290-292.

Hancox R, Milne B, Poulton R. (2005) Association of Television Viewing During Childhood With Poor Educational Achievement. Arch Pediatr Adolesc Med 159: 614-618.

JIM. Jugend, Information, (Multi-)Media. Basisstudie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland. Medienpädagogischer Forschungsverband Südwest. 2007: www.mpfs.de

KIM Kinder und Medien, Computer und Internet. Basisuntersuchung zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger in Deutschland. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest. 2006: www.mpfs.de

Möller C. Drogenmissbrauch im Jugendalter. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2006.

Möller C. JUGEND SUCHT. Ehemals Drogenabhängige berichten. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2007a.

Möller C. Sucht im Jugendalter. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2007.

Möller C. „Internetsucht/Computersucht“ bei Kindern und Jugendlichen. In: Backmund M. Suchttherapie. 13. Erg.Lfg. 2008 (9): 25-45.

Möller C. „Internetsucht/Computersucht“ – eine Problematik für den Kinder und Jugendarzt? Kinder- und Jugendarzt erscheint 2009.

Spitzer M. Vorsicht Bildschirm. Klett Verlag, Stuttgart, 2005.

Dr. Christoph Möller
Kinderkrankenhaus auf der Bult
Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover
Tel. (05 11) 81 15-22 18
E-Mail: moeller@hka.de

Exzessiver Computer- und Internetgebrauch – Ein Thema für Suchtprävention?

Tanja Gollrad, Jörn M. Scheuermann

Neue Medien erobern und prägen seit Jahren mit einem rasanten Entwicklungstempo unser alltägliches Leben. Mit Begriffen wie Informations- oder Wissensgesellschaft versucht z.B. die Soziologie, das „Postindustrielle Zeitalter“ zu charakterisieren. Gleichzeitig scheint es eine anthropologische Grundkonstante zu sein, dass alles, was lebensnotwendig, genuss- bzw. leistungsorientiert ist, Risiken in sich birgt. Der deutsche Humanmediziner, Psychiater und Psychotherapeut von Gebsattel brachte dies bereits 1954 auf den Punkt: „Jedes menschliche Interesse vermag süchtig zu entarten …“.

Während der Umgang mit neuen Medien zu einer wichtigen Entwicklungsaufgabe für Jugendliche geworden ist und das Spielen an sich zu einem natürlich gegebenen Bestandteil des Heranwachsens gehört, wird in der Fachwelt intensiv über ein neues Phänomen, bzw. eine neue „psychische Störung/Erkrankung“ diskutiert und geforscht: Exzessives Computerspielen/Pathologischer Internetgebrauch (PIG) ist in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt. Neben den Hiobsbotschaften über die „Generation Suff“ ist in der medialen Berichterstattung über das noch junge Phänomen „exzessiver Computer- und Internetgebrauch“ eine Dramatik festzustellen, die gerade bei Eltern Unsicherheiten auszulösen scheint: Auf welche Art und Weise können Kinder und Jugendliche, die des Öfteren im Vergleich zu ihren Eltern größere Experten im Umgang mit dem PC sind, einen „gesunden“ Umgang mit Computer/Internet pflegen?

Bei Jugendlichen hat der Computer mittlerweile das Fernsehgerät als Unterhaltungsmedium erster Wahl abgelöst. Dennoch scheint Gelassenheit geboten: So legen die 15. Shell Jugendstudie, aber auch die JIM-Studie nahe, dass die PC-Nutzung bei den meisten Jugendlichen lediglich eine sehr geschätzte Ergänzung im Freizeitverhalten darstellt, andere Freizeitaktivitäten wie Freunde treffen und Musik hören stehen aber nach wie vor ganz oben.

Die Attraktivität von Chats und Co.

Wenn man sich nun mit den Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen beschäftigt, wird sehr deutlich, welche Faszination und Attraktivität von Kommunikationsplattformen und Computerspielen ausgehen kann.

So ist gerade in der virtuellen Welt das Knüpfen und Pflegen von sozialen Kontakten unbegrenzt und unkompliziert möglich. Gerade beim Chatten – welches oftmals auch unter relativer Anonymität stattfindet – scheint das Artikulieren eigener Wünsche, Träume und Sehnsüchte wesentlich einfacher als im realen Kontakt. Egal um welche Uhrzeit oder welches Problem einen beschäftigt, in der Weite des Webs findet jede/-r Gleichgesinnte – etwas, das in unserer heutigen Zeit in der Realität oft nicht selbstverständlich ist.

Hinzu kommt der Demokratisierungseffekt: Während bei der Kommunikation von Angesicht zu Angesicht soziale Bedingungen wie Aussehen, Geschlecht, Alter, Kleidung und so weiter einen Einfluss auf die Kommunikation haben, so verschwinden diese bei der virtuellen Kommunikation. Durch das Fehlen dieser Äußerlichkeiten können im Internet oftmals viel nähere und persönlichere Beziehungen entstehen und dementsprechend wird in diesem Zusammenhang auch von einer sog. beschleunigten Selbstoffenbarung gesprochen.

Zu wissen, wer man ist, und eine eigene Identität zu entwickeln, gehört zu einer der zentralen Entwicklungsaufgaben im Jugendalter. Auch hier bietet die virtuelle Welt faszinierende Möglichkeiten für Jugendliche, nämlich unter dem Schutz der relativen Anonymität

sowie mit dem Bewusstsein, jederzeit den Chat verlassen zu können mit verschiedenen Rollen/Identitäten zu experimentieren.

Exzessiver Computergebrauch – Forschungs(zwischen)ergebnisse

Doch wo ist die Grenze, wann wird die Fähigkeit, den PC zu nutzen, zum Symptom? Die bisher vorliegenden Forschungs(zwischen)ergebnisse lassen erkennen, dass es auf der einen Seite im Extrem zu einem exzessiven und damit problematischen Gebrauch kommen kann, der mit Folgen einhergehen kann. Auf der anderen Seite gilt es auch die positiven Möglichkeiten zu achten, die dieses Medium bietet, zumal der PC aus unserer Alltagswelt nicht mehr wegzudenken ist.

Die Diskussion zum Thema „Gefahr oder Chance“ ist in der Öffentlichkeit äußerst kontrovers:

Neurobiologisch betrachtet weiß man, dass einseitige, monotone Beschäftigungen wie z.B. exzessives Computerspielen Auswirkungen auf die Komplexität der neuronalen Strukturen im Gehirn haben und es zu einer Verkümmerung von „selten“ genutzten Leitungen kommen kann (z.B. sprachliche/motorische Defizite). Auf der anderen Seite kann es zu einer Verbesserung der Auge-Hand-Koordination sowie einer besseren Verknüpfung der Neuronennetze für strategisches sowie räumliches Denken kommen.

Computerspiele haben einen Einfluss auf den hormonalen Stresspegel (u.a. erhöhte Dopaminausschüttung), somit ist eine Beeinflussung von Emotionen sowie schnelle und effektive Regulierung von Gefühlen möglich. Gerade wenn im Kindes- und Jugendalter exzessiver Computergebrauch vorliegt, kann es damit zu einem Erlernen von inadäquaten Stressverarbeitungsstrategien kommen. Hinzu kommen eventuelle Auswirkungen auf kognitives Lernen: Starke emotionale Reize, wie sie durch Computerspiele ausgelöst werden können, überlagern Neugelerntes (keine Speicherung von schulischem Lernstoff im Langzeitgedächtnis). Auf der anderen Seite wird von der Entwicklung von Problemlösungsstrategien durch Computerspiele berichtet (z.B.: Sims: Verantwortung und umsichtiges Planen, WoW: Teamfähigkeit).

Schließlich können noch eine Reihe von möglichen Gesundheitsrisiken (z.B. Übergewicht) bei täglicher stundenlanger Computernutzung ohne Ausgleich hinzukommen, andererseits kann ein verantwortungsvoller Umgang mit Medien als wichtige Sozialisationsaufgabe gesehen werden.

Prävention – Ansatz und Erfahrungen des Präventionsprojekts Inside, Condrobs e.V.

Das Präventionsprojekt Inside geht für die konkrete Arbeit von einem weiten Suchtbegriff aus. Dies bedeutet, dass ein Phänomen wie beispielsweise exzessiver Computer- und Internetgebrauch als Symptom eines problematisch verlaufenden Sozialisationsversuchs gedeutet werden kann. Aus dieser Sichtweise ergibt sich, dass wirksame Suchtprävention dann einen Beitrag zu gelingender Sozialisation leisten kann, wenn Kinder und Jugendliche bei der Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben und in der Entfaltung ihrer Lebenskompetenzen gefördert werden. Bei der Konzipierung suchtpräventiver Angebote als Lernkontext muss dabei berücksichtigt werden,

- dass „bloße Appelle an die Einsicht wirkungslos“ sind (Roth 2007, 40),
- vor allem dann gelernt wird, wenn Menschen „aufmerksam, motiviert und emotional dabei sind“ (Spitzer 2007, 50) bzw. „wenn starke motivationale Ziele aktiviert sind“ (Grawe 2004,77), und
- „das Ausmaß des Behaltens von dargebotenem Material (…) abhängig von der zugewandten Aufmerksamkeit (ist)“ (Spitzer 2007, 50).

Menschen lernen die Dinge „viel leichter (…), die (sie) gerne lernen wollen“ (Grawe 2004,77).

Darüber hinaus stellt sich parallel die Aufgabe, die genuinen Sozialisationsinstanzen Familie und Schule in der Wahrnehmung ihrer pädagogischen Verantwortung zu stärken und zu fördern. Das Feld der Medienkompetenz kann jedoch nicht Kernaufgabe von Suchtprävention sein, zumal bereits Medienkompetenzzentren existieren. Dies hätte auch ohne Zweifel einen Überforderungscharakter. Hier gilt es, die offenkundigen Schnittstellen herauszuarbeiten, nach möglichen regionalen Kooperationspartnern zu suchen, sich zu vernetzen und für das Thema zu sensibilisieren.

Literatur

Grawe K: Neuropsychotherapie. Göttingen 2004.

Roth G: Wie das Gehirn die Seele macht. In: Schiepek, Neurobiologie der Psychotherapie. 1. Aufl. Stuttgart 2007.

Schiepek G: Neurobiologie der Psychotherapie. 1. Aufl. Stuttgart 2007.

Spitzer M: Neuronale Netzwerke und Psychotherapie. In: Schiepek, Neurobiologie der Psychotherapie. 1. Aufl. Stuttgart 2007.

Tanja Gollrath
Jörn M. Scheuermann
Präventionsprojekt Inside, Condrobs e.V.
Schwanthalerstraße 73 Rgb., 80336 München
Tel. (0 89) 54 36 99-0, Fax (0 89) 54 36 99-11
E-Mail: inside@condrobs.de
www.concrobs.de

Medienpädagogisch-informationstechnische Beratungslehrkräfte, MiB

Wer sind die MiB's ?

Es handelt sich um ein landesweites Netzwerk „Medienpädagogisch-informationstechnischer Beratungslehrkräfte", das bayerischen Schulen und Lehrkräften aller Schularten Information, Beratung und Fortbildung anbietet.

Die Tätigkeitsschwerpunkte:

- Unterrichten und Lernen mit digitalen Medien
- Aktive Medienarbeit mit Bild, Film und Ton
- Jugendmedienschutz in Elternhaus und Schule
- Neue Kommunikationsformen und –techniken
- Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren der Internetnutzung
- Beratung zu medienrechtlichen Fragen

Jeder MiB hat dabei seine individuellen Schwerpunkte. Das Netzwerk erlaubt jedoch eine umfassende Betreuung im medien- und kommunikationstechnischen Bereich für alle Schularten.

Angebote für Schulen, Lehrkräfte und Eltern:

- halb- bis mehrtägige regionale Fortbildungsveranstaltungen
- schulinterne Lehrerfortbildungen
- Gruppen- und Einzelberatung
- Beratung von Erziehungsberechtigten
- Mitarbeit bei Kooperationen im schulnahen außerschulischen Bereich
- digitale Bereitstellung von Unterrichts- und Beratungsmaterial
- Begleitung von Projekten mit medienpädagogischem Schwerpunkt
- Unterstützung virtueller Lehrerfortbildung
- Beratung bei Beschaffungsmaßnahmen und Organisationsfragen im Medienbereich

Die für Sie zuständige Beratungslehrkraft und weiterführende Informationen finden Sie mit einem Klick auf Ihren Regierungsbezirk unter

www.mib-bayern.de

Peter Vogel
MIB für die Gymnasien in Mittelfranken
Melanchthon-Gymnasium Nürnberg

Anhang

Jahresprogramm 2007
9. Bayerisches Suchtforum der LZG
Bernried, 26.-27. November 2007

g, 26.11.2007	**Alkoholprävention – was wirkt**
- 10:40	Begrüßung und Eröffnung Prof. Dr. med. Johannes Gostomzyk, Vorsitzender der LZG
- 10:50	Einführung MR Dr. med. Georg Walzel, BayStMUGV Diskussion
- 11:30	Rausch und Kultur im Focus der Alkoholprävention Prof. Dr. Alfred Springer, Boltzmann-Institut für Suchtforschung am Anton-Proksch-Institut, Wien
- 12:00	Gender-/ Jungenspezifische Alkoholprävention am Beispiel blueboys Uwe Ihlau, Referent für Jungenarbeit und Gender Mainstreaming, FUMA Fachstelle Gender NRW
- 13:45	Mittagessen
- 14:15	Neue Präventionsansätze mit Focus auf mädchenspezifischen Genderaspekten Prof. Dr. med. Renate Schepker, cleankick, Psychiatrie Ravensburg
- 14:45	Flatrate-Partys: wirksame präventive und ordnungsrechtliche Möglichkeiten zur Unterbindung jugendgefährdender Abgaben von Alkoholika Frank Wolke, Jugendschutz der Landeshauptstadt Hannover
- 15:15	Bundesmodellprojekt: HaLT – Hart am Limit, Alkoholprävention für Kinder und Jugendliche Joachim Messer, Jugendberatung und Suchthilfe Am Merianplatz, Frankfurt
- 15:45	Pause
- 16:15	Bundesmodellprojekt: HaLT – Hart am Limit, Alkoholprävention für Kinder und Jugendliche Joachim Messer, s.o.
- 16:45	Prävention für Kinder aus suchtbelasteten Familien Prof. Dr. Michael Klein, Katholische Fachhochschule NRW, Kompetenzplattform Suchtforschung, Köln
- 17:15	Weiterbildung und soziale Milieus Dr. Aiga von Hippel, Ludwig-Maximilians-Universität München
- 17:45	Sucht im höheren Alter / Suchtprävention Dr. Dieter Geyer, Fachklinik Fredeburg, Schmallenberg
	Abendessen
tag, 27.11.2007	**Computer und Prävention von exzessiver Computerspielnutzung bei Heranwachsenden**
- 09:45	Vorstellung des Schulprojektes Anschub.de Renate Bruckmeier, Freising
- 10:25	Verhaltenssüchte – Suchtpotential von Online-Rollenspielen in der Adoleszenz Prof. Dr. Sabine M. Grüsser-Sinopoli, Kompetenzzentrum Verhaltenssucht, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Johannes Gutenberg-Universität Mainz
- 10:55	Präventions-/Interventionsmöglichkeiten zur exzessiven Computerspielnutzung bei Kindern und Jugendlichen Klaus Wölfling, Kompetenzzentrum Verhaltenssucht, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Johannes Gutenberg-Universität Mainz Kurze Pause
- 12:30	Parallele Workshops: 1. Bundesmodellprojekt: HaLT – Hart am Limit, Alkoholprävention für Kinder und Jugendliche Helmut Backhaus, Jugendamt Stadt Schweinfurt, Claudia Ruhe, Amt für Jugend und Familie Landkreis Würzburg 2. Zielgruppenorientierte Planung von Gesundheitsangeboten, Dr. Aiga von Hippel, s.o. 3. Präventions-/Interventionsmöglichkeiten zur exzessiven Computerspielnutzung bei Kindern und Jugendlichen, Prof. Dr. Sabine M. Grüsser-Sinopoli, Klaus Wölfling, s.o.
- 13:45	Mittagessen
- 15:15	Parallele Workshops: 4. Bundesmodellprojekt: HaLT – Hart am Limit, Alkoholprävention für Kinder und Jugendliche, s.o. 5. Zielgruppenorientierte Planung von Gesundheitsangeboten, Dr. Aiga von Hippel, s.o. 6. Präventions-/Interventionsmöglichkeiten zur exzessiven Computerspielnutzung bei Kindern und Jugendlichen, s.o. 7. www.prevnet.de, Internetplattform für Suchtpräventionsfachkräfte, Datenpflege und Arbeit mit interaktiven Modulen, Hildegard Aiglstorfer, Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.
- 16:00	Plenum: Vorstellung der Ergebnisse aus den Workshops Moderation: Hildegard Aiglstorfer, LZG

Jahresprogramm 2008
10. Bayerisches Suchtforum der LZG
Nürnberg, 17.-18. November 2008

Montag, 17.11.2008	**Prävention bei Kindern suchtbelasteter Familien**
9:45	Öffnung des Tagungsbüros (und Stehkaffee)
10:15 – 10:25	Begrüßung und Eröffnung Prof. Dr. med. Johannes Gostomzyk, Vorsitzender der LZG
10:25 – 10:35	Einführung MR Dr. med. Georg Walzel, BayStMUG
10:35 – 11:15	Was brauchen kleine Kinder für ihre seelische Gesundheit? Dr. Julia Berkic, Staatsinstitut für Frühpädagogik (IFP), München
11:15 – 12:00	Kinder suchtbelasteter Familien: Fakten, Risiken, Lösungen Prof. Dr. rer. nat. Michael Klein, Katholische Hochschule NRW, Kompetenzplattform Suchtforschung, Köln
12:00 – 12:30	Münchner Hilfenetzwerk für Kinder und ihre suchtkranken Eltern Birgit Gorgas, Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt
12:30 – 14:00	Mittagspause
14:00 – 14:30	Exzessive PC-, Internet- und Mediennutzung im Kindes- und Jugendalter – Gesundheits- und Entwicklungsstörungen Dr. med. Christoph Möller, Kinderkrankenhaus auf der Bult, Hannover
14:30 – 15:00	Ein Medium verändert die Welt – Prävention von exzessivem Computergebrauch Tanja Gollrad und Jörn M. Scheuermann, Projekt Inside, Condrobs e.V., München
15:00 – 15:30	Pause
15:00 – 17:30	Workshops Workshop 1: Exzessiver Computergebrauch – wenn ein Medium die Welt verändert Dr. med. Christoph Möller, Kinderkrankenhaus auf der Bult, Hannover, Tanja Gollrad und Jörn M. Scheuermann, Projekt Inside, Condrobs e.V., München, Peter Vogel, Medienpädagogische-informationstechnische Beratung für Mittelfranken, Melanchthon-Gymnasium Nürnberg
15:30 – 17:30	Workshop 2: Kind s/Sucht Familie, Curriculum zur Fachkräfteschulung, Themengebiet "Kinder aus suchtbelasteten Familien" Brigitte Münzel, Fachstelle für Suchtprävention, SKM e.V., Köln Workshop 3: Chancen und Risiken der interdisziplinären Kooperation für Familien mit suchtkranken Eltern Birgit Gorgas, Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt, Michaela Schneider, Lilith e.V. Verein zur Unterstützung von Frauen mit Drogenproblematik, Liliput – Beratung für Mutter und Kind, Nürnberg
18:00	Abendessen
Dienstag, 18.11.2008	
9:00 – 10:30	Workshops Workshop 4: Kind s/Sucht Familie, Curriculum zur Fachkräfteschulung, Themengebiet "Kinder aus suchtbelasteten Familien" Brigitte Münzel, Fachstelle für Suchtprävention, SKM e.V. Köln Workshop 5: Ausstellung NA TOLL! Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Peers, Metropolregion Nürnberg, Renate Rumrich, Nürnberg, Luitgard Kern, Erlangen, Wilfried Kohl, Fürth, Lothar Riemer, Bamberg, Fred Herrmann, Roth Workshop 6: Eltern mit Suchtproblemen ein Tabu – wie Elterngespräche (dennoch) gelingen Eva Proißl, Nürnberg Workshop 7: HaLT, Projektimplementierung am Beispiel des Standortes Rosenheim Johanna Senghaas, Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V., Benjamin Grünbichler, Fachambulanz für Suchterkrankungen, Rosenheim
10:30 – 11:00	Pause
11:00 – 12:00	Plenum: Vorbereitung der Arbeitsgruppen und Themen der Teilnehmer/-innen, Methode: Open Space, Theresa Keidel, SeKo Bayern – Selbsthilfe Koordination Bayern
12:00 – 13:00	Mittagspause
13:00 – 14:00	1. Runde der Arbeitsgruppen – zeitlich variable 14-Uhr-Kaffeepause
14:00 – 15:00	2. Runde der Arbeitsgruppen
15:00 – 16:00	Plenum: Abschlussrunde – Berichte aus den Arbeitsgruppen