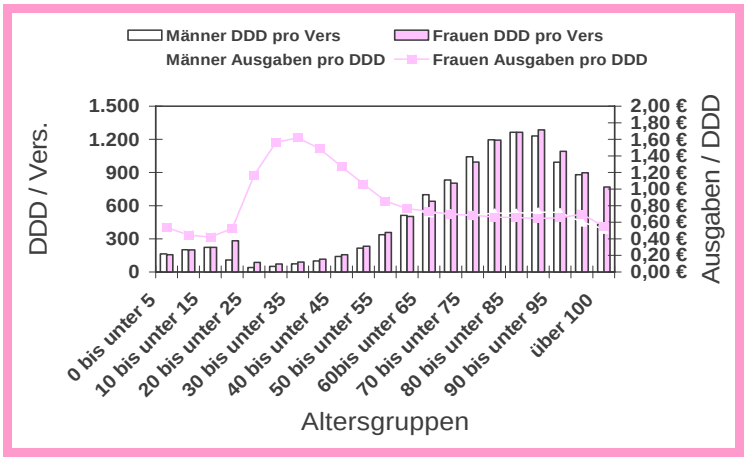
BERICHTE UND MATERIALIEN 9

Bayerisches Forum Suchtprävention

der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.

Perfektionierung der Befindlichkeit



Arzneimittel: Pro-Kopf-Verordnungsmengen und Ausgaben

LANDESZENTRALE FÜR GESUNDHEIT IN BAYERN E.V.

Herausgeber:
Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG), 2010
Pfarrstraße 3, 80538 München
www.lzg-bayern.de

Die LZG wird gefördert durch das Bayerische Gesundheitsministerium.

Redaktion: Dr. med. Martina Christine Enke, Hildegard Aiglstorfer

Die Grafik auf dem Titel zeigt die Pro-Kopf-Verordnungsmengen und Ausgaben pro DDD von Arzneimitteln nach Alter und Geschlecht im Jahr 2006 [Glaeske, Janhsen: GEK-Arzneimittel-Report 2007; vgl. Seite 42]

Die Reihe „Berichte und Materialien“ ist direkt bei der Landeszentrale unter der oben genannten Adresse zu beziehen. Ab Band 2 stehen alle Bände unter www.lzg-bayern.de zum kostenfreien Download zur Verfügung.

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
2009

Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.

Perfektionierung der Befindlichkeit

Berichte und Materialien 9
Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.

Inhalt

Bayerisches Forum Suchtprävention 2009
Perfektionierung der Befindlichkeit

Einleitung 1
Hildegard Aiglstorfer, Landeszentrale für Gesundheit, München

Kommunikation mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als Zielgruppen 3
Steffi Vavrova, Fakultät für Psychologie und Pädagogik, Ludwig-Maximilians-Universität München

Die Bedeutung von Gender für die suchtpräventive Arbeit 14
Christel Zenker, Berlin

DOING GENDER – Wie beeinflussen gängige Gendererwartungen die Kommunikation und Selbstdarstellung in der sozialen Kommunikation von Frauen und Männern? 20
Gitta Mühlen Achs, Weyregg am Attersee

Kraftsportbiographien und Sucht: Doping im Fitness-Studio als stoffgebundene Sucht!? 24
Mischa Kläber, Institut für Sportwissenschaft, Technische Universität Darmstadt

„Alltagsdoping“ und Krankenkassendaten 40
Katrin Janhsen, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Prävention von Ess-Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Kindertageseinrichtungen und Schulen 46
Sigrid Borse, Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen

Glücksspielbezogene Probleme im Jugendalter: Ausmaß und Prävention 50
Tobias Hayer, Institut für Psychologie und Kognitionsforschung, Universität Bremen

Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern – Maßnahmen zur Glücksspielsuchtprävention 61
Andreas Czerny, Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern, München

Erhöhte Wirksamkeit von Projekten/Aktivitäten durch kontinuierliche Qualitätsverbesserung mittels Projektmanagement (mit Workshop) 64
Angela Böttger, Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, Hannover

Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit mit Eltern im Rahmen der Suchtvorbeugung mit motivierender Gesprächsführung (Workshop) 79
Dorothee Grotenrath, Fachstelle für Suchtvorbeugung, Viersen

www.prevnet.de, die Internetplattform für Suchtpräventionsfachkräfte: Kommunikation, Arbeit mit interaktiven Modulen und Datenpflege (Workshop) 81
Hildegard Aiglstorfer, Landeszentrale für Gesundheit, München

Einleitung

Am 24./25.11.2009 fand in Augsburg-Leitershofen das 11. Bayerische Forum Suchtprävention statt, veranstaltet von der LZG im Auftrag des Bayerischen Gesundheitsministeriums. Die vorgestellten Themen reichten von „Kommunikation mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“, der „Bedeutung von Gender in der suchtpräventiven Arbeit“, „Prävention von Ess-Störungen“, „Prävention von Glückspielssucht“ bis zu „Alltagsdoping und Krankenkassendaten“ und „Doping in Fitness-Studios“.

In unserer Gesellschaft werden durch die allgegenwärtigen medialen Darstellungen idealtypischer Weiblichkeits- und Männlichkeitsbilder für Mädchen/Frauen und Jungen/Männer unerreichbare Maßstäbe gesetzt. Darüber hinaus sind die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Lebenswelt der Menschen von der Globalisierung und den Wirtschaftskrisen geprägt. Wer eine Arbeit hat, betrachtet die am Arbeitsplatz zu erbringende Leistung als oberstes Ziel, wegen der knapper werdenden Arbeitsplätze. Folglich versuchen viele Menschen „mit allen Mitteln“ ihre körperliche, geistige und emotionale Leistung bzw. Belastbarkeit zu maximieren. Diese Anforderungen und das daraus resultierende Leistungsdenken betrifft nicht nur die Arbeitswelt, sondern auch Freizeitaktivitäten. Fitness, Bodybuilding und Beauty haben eine hohe Bedeutung erlangt und prägen den Lebensstil vieler Menschen.

Aus der Themenvielfalt der Veranstaltung wird auf das Thema „Alltagsdoping und Krankenkassendaten“ hingewiesen. Um im Einklang mit den genannten Tendenzen unserer Gesellschaft die eigene Befindlichkeit zu perfektionieren, gibt es ein zunehmendes Angebot und einen steigenden Konsum von pharmazeutischen Substanzen. Deutschland liegt im Medikamentenverbrauch weltweit auf dem dritten Rang. Von den Frauen nehmen 20,4% einmal wöchentlich Medikamente, bei den Männern sind es 13,3%. Der hohe Tablettenkonsum beginnt häufig schon in der Kindheit. Laut einer Befragung hatten insgesamt ca. 43% aller Jungen und ca. 48% aller Mädchen mindestens ein Arzneimittel in den letzten sieben Tagen angewendet. Des Weiteren ist besorgniserregend, dass etwa jeder achte Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren sich schon einmal ein psychoaktives Medikament verabreicht hat. 13- bis 16-Jährige schlucken eine Vielfalt von Medikamenten. Besonders häufig werden Schmerzmittel eingenommen. Nach einer Untersuchung des Robert-Koch-Instituts leiden Kinder und Jugendliche insbesondere unter Kopfschmerzen und zwar je älter die Befragten sind desto häufiger. Gegen diese Schmerzen erhalten die Kinder Schmerzmittel. Mädchen nehmen häufiger bzw. bekommen häufiger Medikamente verordnet als Jungen.

Es ist die Frage zu stellen, ob die genannte Steigerung des Medikamentenumsatzes ein Anzeichen von Medikamentenmissbrauch ist. Von Medikamentenmissbrauch spricht man, wenn ein Medikament in einer zu hohen Dosierung und/oder länger als notwendig eingenommen wird. Des Weiteren liegt ein Medikamentenmissbrauch vor, wenn ein Medikament dazu benutzt wird, um ein bestimmtes Befinden zu erreichen, ohne dass dies medizinisch notwendig ist. Der neue Begriff „Alltagsdoping“ bezeichnet die missbräuchliche Verwendung von Substanzen – häufig Arzneimitteln –-, um im Alltag leistungsfähiger zu sein oder um ihn zumindest besser ertragen zu können. Das Spektrum der verwendeten Arzneistoffe ist breit und die Wirkungen sind vielfältig.

Beispielhaft sei hier die Medikamentengabe mit dem Wirkstoff Methylphenidat erwähnt. Das Psychostimulans wird zur Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) eingesetzt, um die Konzentrationsfähigkeit, die Ausdauer und Aufmerksamkeit zu fördern. Besorgniserregend ist der rasante Anstieg der verordneten Mengen an Methylphenidat in den letzten zwanzig Jah-

ren: im Jahr 1990 wurden für alle GKV-Versicherten insgesamt 0,3 Millionen Tagesdosen (DDD, 1 DDD Methylphenidat entspricht 30 mg) verschrieben; im Jahr 2008 waren es 53 Millionen Tagesdosen. Diese Entwicklung könnte auch so erklärt werden, dass es zunehmende missbräuchliche Verwendungen gibt. So wird zum Beispiel Methylphenidat (Ritalin) bereits von Schulkindern als konzentrationssteigerndes Mittel („Vitamin R“) verwendet.

Die zunehmende Verordnung von Medikamenten mit dem oben genannten Wirkstoff bei hyperaktiven Kindern ist umstritten. Möglicherweise könnten die Medikamente unter anderem auch als Ersatz für eine mangelnde Auseinandersetzung der Eltern oder anderer Bezugspersonen mit den betroffenen Kindern dienen. Die Anwendung von Methylphenidat zur Leistungs- bzw. Konzentrationssteigerung ist auch bei Studentinnen und Studenten oder berufstätigen Erwachsenen zu beobachten.

Über die Anzahl derer, die Arzneimittel missbräuchlich verwenden, existieren keine gesicherten Statistiken. Es ist aber bekannt, dass die gelegentliche missbräuchliche Verwendung in eine Arzneimittelabhängigkeit mit schwerwiegenden Folgen münden kann. Die Zahl arzneimittelabhängiger Menschen in Deutschland wird auf 1,4 bis 1,9 Millionen geschätzt, ungefähr die gleiche Anzahl Bürgerinnen und Bürger in Deutschland ist alkoholabhängig.

Kinder und Jugendliche können – ebenso wie Erwachsene – mit Erkrankung reagieren, wenn sie keine adäquate Möglichkeit haben, Belastungen zu verarbeiten. Unter anderem können Stress und Leistungsdruck Kopfschmerzen auslösen. Kindern und Jugendlichen müssen Möglichkeiten aufgezeigt werden, Belastungen z.B. durch Schule, Familie und Pubertät zu bewältigen. Sie können nicht immer die Erwartungen der Erwachsenen erfüllen. Kinder und Jugendliche brauchen Verständnis und Unterstützung und nur selten Medikamente. Eltern, die ihre Kinder nicht überfordern, tragen dazu bei, ein Abgleiten in ein süchtiges Verhalten zu verhindern.

Die Anforderungen an Kommunikationskompetenzen werden in der sich schnell verändernden und komplexer werdenden Welt immer größer. Die Fähigkeit zur Kommunikation stellt eine Basis jeglichen positiven Kontaktes mit anderen Menschen dar. Nicht nur in der Eltern-Kind-Beziehung sondern auch generell in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen führt der Verzicht auf Macht zugunsten von Kooperation und Partizipation zu tragfähigeren Beziehungen untereinander und zu einem psychisch gesunden Klima. Dies trägt entscheidend zur Verminderung von Verhaltensauffälligkeiten, Suchtproblemen und psychosomatischen Beschwerden bei. Die gelungene Kommunikation ist eine der Grundlagen für eine gesunde psychische und physische Entwicklung in der Kindheit.

Ein Qualitätskriterium effektiver Arbeit in der Suchtprävention ist die Genderorientierung (soziales Geschlecht). Denn sowohl Konsummotive als auch Zugänge zu suchtpräventiven Maßnahmen werden von den genderspezifischen Erwartungen, Anforderungen und Lebenslagen der Mädchen/Frauen und Jungen/Männer bestimmt. Frauen/Mädchen und Männer/Jungen müssen aufgrund des Wissens um den Einfluss von Gender bei der Suchtentwicklung in der Praxis stets als spezifische Zielgruppen behandelt werden.

Hildegard Aiglstorfer
Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.

Kommunikation mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als Zielgruppen

Steffi Vavrova

Übersicht

1. Kindheit und Jugend heute: Veränderte familiale Lebensbedingungen
2. Bandbreite und Vernetzung von Risiko- und Schutzfaktoren am Beispiel von Armut und Peers
3. Ansätze der Suchtprävention
4. Beispiel für selektive Prävention; FamilienTeam® - Das Miteinander stärken
5. Welche Art von Kommunikation ist förderlich?
6. Fazit

1. Kindheit und Jugend heute: Veränderte familiale Lebensbedingungen

Kinder und Jugendliche wachsen heute in einer Gesellschaft auf, die durch Pluralisierung der Lebensstile und Werthaltungen gekennzeichnet ist. Eine solche Gesellschaft eröffnet für die Gestaltung des eigenen Lebens viele Optionen, die allerdings auch mit Risiken verbunden sind, weil man sich immer weniger auf vorgegebene Normen, Regeln und Fahrpläne durch das Leben beziehen kann (Keupp, 1999). Biografische Muster der älteren Generation verlieren an Orientierungsfunktion für die nachwachsende Generation, es werden eigene biografische Entscheidungen erforderlich, sei es in der Wahl der Lebensform, in der Gestaltung der Berufsbiografie oder des Lebensstils (Walper, 2008).

Selbst hinter dem Begriff Familie verbirgt sich eine wachsende Vielfalt von Familienverhältnissen und familialen Lebensformen, wobei die Familienkindheit als Grundmuster kindlicher Lebensrealität auch weiterhin zu den zentralen biographischen Erfahrungen der heutigen Kindergeneration gehört (Büchner, 2010). Zentrale Entwicklungstendenzen sind in erster Linie die fortschreitende Individualisierung der Kindheit und die Pluralisierung der Familienformen, in deren Kontext Familienkindheit stattfindet. Es lässt sich eine Vielzahl von gesellschaftlichen Veränderungsprozessen beobachten, die das Leben von Kindern und Jugendlichen am Übergang ins 21. Jahrhundert beeinflusst. Dazu gehört, dass die Heiratsneigung und Heiratshäufigkeit abnehmen und somit immer mehr Kinder in nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften aufwachsen. Die Kinderzahlen pro Ehe sinken und immer mehr Ehen bleiben kinderlos. Die Zahl der Scheidungen, der Alleinerziehenden und der Stiefelternschaften steigt. Außerdem hat sich die Rolle der Frau verändert: die Erwerbstätigkeit von Müttern nimmt zu, woraus das Folgeproblem der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Kinderbetreuung für Mütter und Väter resultiert. Vor diesem Hintergrund haben sich auch die Anforderungen an die familialen Erziehungs- und Versorgungsleistungen der Eltern verändert, was auch Rückwirkungen auf das Selbstverständnis der Eltern hat (Büchner, 2010). Das traditionelle Machtgefälle zwischen den Generationen erodiert und es

setzt sich ein stärker kindorientiertes Elternverhalten als dominierende Umgangsnorm zwischen Eltern und Kindern durch. Vom Befehlshaushalt zum Verhandlungshaushalt – so lässt sich die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung kurz und prägnant charakterisieren (Walper, 2008). Die starren Vorgaben elterlicher Gebote und Verbote, die die Erziehungstaktiken noch bis in die Nachkriegszeit geprägt haben, sind größeren Toleranzbreiten und einer zunehmenden Emotionalisierung und Intimisierung der innerfamiliären Beziehungen gewichen (Reuband, 1997).

2. Bandbreite und Vernetzung von Risiko- und Schutzfaktoren am Beispiel von Armut und Peers

Die Liberalisierung des Familienlebens und der tief greifende soziokulturelle Umbruch zeigen gerade bei Kindern und Jugendlichen seine zwei Seiten: Einerseits bringen sie viele Chancen und Möglichkeiten mit sich, andererseits bergen sie auch Risiken für die Heranwachsenden. Ergebnisse der Risikoforschung haben gezeigt, dass mit Gefährdung und Belastungen in den Lebensbedingungen der Kinder dauerhafte Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung einhergehen (Laucht, Schmidt, & Esser, 2000). Zum einen gelten bestimmte biologische und psychologische Merkmale des Individuums als potenzielle Entwicklungsgefährdung (wie etwa genetische Belastungen, geringes Geburtsgewicht oder schwieriges Temperament), zum anderen stellen auch psychosoziale Merkmale der Umwelt (wie beispielsweise materielle Notlagen, Kriminalität, psychische Erkrankung eines Elternteils oder niedriges Bildungsniveau) einen Risikofaktor dar (Wustmann, 2004). Im Folgenden wird auf die Einflüsse von Armut und Peerbeziehungen näher eingegangen.

Armut als Risikofaktor

Immer mehr Familien in Deutschland müssen ihren Alltag in prekären Einkommenslagen gestalten. Besonders niedrig sind die Einkommen von jungen Familien mit Kindern unter drei Jahren und von Müttern unter 35 Jahren. Oft sind die Pro-Kopf-Einkommen auch in späteren Lebensphasen mit Kindern kaum höher (Merten, 2009). Vergleicht man die Gruppen an beiden Enden der Einkommensverteilung in Deutschland, so verdient das obere Fünftel der Einkommensbezieher etwas das Vierfache dessen, was das untere Fünftel verdient (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2001). Viele Statistiken machen deutlich, dass Kinder diejenige Altersgruppe sind, die am häufigsten vom Wohlstand unserer Gesellschaft ausgeschlossen ist und ein erhöhtes Risiko aufweist, in Armut zu leben (Klocke & Hurrelmann, 2001).

Armutsrisiken beschränken sich nicht allein auf unzureichende finanzielle Mittel. Bei Kindern und Jugendlichen zeigen sich zusätzlich Entwicklungsdefizite, Unterversorgung mit der Folge gesundheitlicher Probleme und nicht zuletzt soziale Benachteiligungen. Kinder aus bildungsfernen Familien haben oft schon in der Grundschule weniger Verwirklichungschancen als andere Kinder. Diese Zusammenhänge gelten besonders häufig für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund (Walper & Kruse, 2008).

Einkommensbedingter niedriger Lebensstandard und die daraus resultierenden eingeschränkten Konsum- und Pflegemöglichkeiten beeinflussen auch das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen. Auch die Stressbelastungen infolge von finanziellen Notlagen und die damit verbundenen Zukunftsängste, Ausgrenzungserfahrungen sowie soziale Vergleichsprozesse spielen hierbei eine Rolle (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2008).

Ein unangemessen niedriges Einkommen trägt auch unabhängig von anderen konfundierenden Drittvariablen (z.B. der elterlichen Bildung und der Familienkonstellation) zu kindlichen Problemverhalten bei (Walper & Kruse, 2008). Bereits Kinder im Alter von 5 Jahren neigen zu mehr Ängstlichkeit, Niedergeschlagenheit und Depressivität. Sie zerstören auch öfter ihre Spielsachen und haben häufiger Wutausbrüche, wenn die Familie mit unangemessen niedrigem Einkommen haushalten muss (Duncan, Brooks-Gunn, & Klebanov, 1994). Chronische Armut geht auch mit kumulativen Belastungseffekten einher: Kinder aus Familien, die von langfristiger Armut betroffen sind, weisen die stärksten Belastungen auf. Doch selbst bei kurzfristiger Armut kann man nicht mit einem Erholungseffekt auf die Kinder rechnen, wenn sich die finanziellen Verhältnisse der Familie wieder verbessern (Walper, 2005). Armut tangiert die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern in zahlreichen Bereichen, von pränatalen Risiken über die körperliche Gesundheit, die kognitive und emotionale Entwicklung bis hin zu Gestaltung sozialer Beziehungen. Das alles hat einen direkten Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden und das Stress- und Belastungserleben von Kindern und Jugendlichen und begünstigt im Jugendalter Problemverhalten wie z.B. die Initiierung des Rauchens. Der Zigarettenkonsum wird nicht nur von Erwachsenen, sondern bereits von Jugendlichen als Mittel zur Entspannung und Befindlichkeitsverbesserung eingesetzt (Palentien & Harring, 2010). Kinder, die bereits sehr früh im Lebenslauf Verhaltensauffälligkeiten und -störungen gezeigt haben, scheinen vulnerabel zu sein und neigen eher zu Substanzmissbrauch und -abhängigkeit.

Alkoholkonsum bei Jugendlichen ist im Gegensatz zum Rauchen nicht mit geringen soziokulturellen Status assoziiert (Wiles et al., 2007). Ganz im Gegenteil, Jungen mit einem hohen familiären Wohlstand trinken sogar tendenziell etwas mehr Alkohol als Jungen aus weniger gut situierten Familien. Trinkexzesse sind ebenso schichtunabhängig, sie ereignen sich bei Jugendlichen aus allen sozialen Schichten. Bei Mädchen ist sogar überhaupt kein Einfluss der sozialen Schicht auf den Alkoholkonsum erkennbar (Lindenmeyer & Rost, 2008).

Einfluss der Peers: Sozialisation in Netzwerken Gleichaltriger

Im Verlauf der Kindheits- und Jugendphase gewinnen Freundschaften mit Gleichaltrigen (Peers) immer mehr an Bedeutung. Im Gesamtnetzwerk der Kinder steigt die relative Zeit, die mit Freunden verbracht wird, mit dem Alter stetig an (Oswald, 2008). Freunde ähneln sich in ihren Einstellungen und Verhaltensweisen nicht nur, weil sie sich gegenseitig beeinflussen, sondern auch, weil ähnliche Einstellungen und Interessen die Basis der Freundschaften bilden.

Der Löwenanteil der Studien, die sich mit Peereinfluss befassen, bezieht sich auf unangepasstes Verhalten, das in der Adoleszenz ansteigt und sich in Form der Schulverdrossenheit, frühen Rauchens und Alkoholtrinkens, illegaler Drogen, Gewalt und Delinquenz äußert (Oswald, 2008). Die meisten abweichenden Verhaltensweisen kommen in Peerkontexten zum Vorschein, weswegen oft von Sozialisation durch Peers oder gar von „Ansteckung“ gesprochen wird (Hartup, 2005).

Bei dieser Selektion bestimmter Peers in das persönliche Netzwerk kommen durchaus auch Einflüsse der Familie zum Tragen, was hauptsächlich für Delinquenz und Drogengebrauch untersucht wurde (Walper, 2008). Die Modellierung von Problemverhalten kann durch entsprechendes Verhalten der Eltern initiiert werden, aber auch das Fehlen enger Bindungen an die Eltern kann dazu beitragen, dass Jugendliche sich devianten Peergruppen anschließen und dann ihrerseits deviante Verhaltensweisen an den Tag legen (Elliott, Huizinga, & Ageton, 1985). Dabei handelt es sich nicht nur um einen passiven Beeinflussungsprozess

seitens der Gleichaltrigen, sondern man muss davon ausgehen, dass Jugendliche sich aufgrund bestimmter motivationaler Konstellationen, die vor allem mit Identitätssuche und „Imagebildung“ zu tun haben, die jeweiligen Freundeskreise durchaus aktiv aussuchen (Palentien & Harring, 2010). Der Umgang mit Alkohol wird vor allem durch die Normen der Peergruppe bestimmt. Der persönliche Trinkstil eines Jugendlichen bildet sich auf der Grundlage von konkreten Alkoholerfahrungen mit Gleichaltrigen heraus (Clark, 2004). Das Trinkverhalten eines Jugendlichen wird dabei im Sinne sozialer Verstärkung unmittelbar durch den Alkoholkonsum seines Freundeskreises geprägt. Umgekehrt suchen sich Jugendliche aber auch Freunde, die einen ähnlichen Umgang mit Alkohol pflegen wie sie selbst. In der Konsequenz führt dies dazu, dass Jugendliche im Kreis ihrer Peergruppe selbst bei Alkoholexzessen in ihrem Trinkverhalten bestärkt werden und subjektiv ein Gefühl des Normalseins behalten. All diese ungünstigen alkoholbezogenen Prozesse innerhalb des Freundeskreises treten umso früher ein, je geringer der Anteil der von den Eltern eines Jugendlichen supervidierten Zeit ist (Lindenmeyer & Rost, 2008). So berichteten Jugendliche, die sich öfters nach der Schule oder am Abend treffen (an vier Tagen oder öfter in der Woche), zwei- bis dreimal so häufig von wiederholten Rauscherfahrungen als Jugendliche, die zuhause bleiben (Settertobulte, 2008).

Risiko- und Schutzfaktoren / Bewältigungsressourcen und das Konzept der Resilienz

Deprivationen unterschiedlichster Art (seien es materielle Armut, soziale Isolation oder etwa psychisch beeinträchtigte Erziehungspersonen) können die Entwicklung, die Lernmöglichkeiten und die Bildungschancen von Kindern und Jugendlichen negativ beeinflussen. Jedoch allein aus der Tatsache des Vorhandenseins von Risikofaktoren kann nicht linear auf Risikofolgen geschlossen werden (Merten, 2009).

Nicht alle Kinder und Jugendlichen, die in der frühen Kindheit Risiken ausgesetzt sind, durchlaufen Entwicklungswege, die mit nachteiligen Folgen oder gar Störungen verbunden sind. Viele dieser Kinder zeigen in einem höheren Alter eine ganz normale, manchmal sogar eine besonders günstige Entwicklung (Wustmann, 2004). Wie die Entwicklung verläuft, hängt maßgeblich von den das Risiko mildernden bzw. schützenden, protektiven Bedingungen der Eigenschaften des Kindes und seiner sozialen Umwelt zusammen. Je nach den verfügbaren Bewältigungsressourcen können sich Kinder durchaus als resilient erweisen, d.h. trotz widriger Lebensumstände einen positiven Entwicklungsverlauf zeigen. Resiliente Kinder und Jugendliche können erfolgreich mit belastenden Lebensumständen (Unglück, traumatische Erfahrungen, Misserfolge, Risikobedingungen etc.) umgehen (Griebel, Niesel, & Wustmann, 2009). Bereits im Alter von zwei Jahren zeichnen sie sich durch ihr selbstständiges und selbstbewusstes, nach Autonomie strebendes Verhalten sowie durch ihre gut entwickelten Kommunikations- und Bewegungsfähigkeiten aus. Zudem zeigen resiliente Kinder auch die Fähigkeiten, in schwierigen Situationen Hilfe zu erbitten (Werner, 1999).

Resilienz bezieht sich nicht nur auf die Abwesenheit von psychischen Störungen, sondern auch auf den Erwerb und Erhalt altersangemessener Fähigkeiten und Kompetenzen der kindlichen Entwicklung. Diese risikomildernden Bedingungen und protektive Faktoren lassen sich in drei Bereiche aufteilen (Wustmann, 2004):

- Kindbezogene Faktoren (personale Ressourcen; Eigenschaften, die das Kind beispielsweise von Geburt an aufweist, wie etwa ein positives Temperament)
- Resilienzfaktoren (Eigenschaften, die das Kind in der Interaktion mit seiner Umwelt sowie durch die erfolgreiche Bewältigung von altersspezifischen Ent-

wicklungsaufgaben im Verlauf erwirbt, wie z.B. ein positives Selbstwertgefühl oder Selbstwirksamkeitsüberzeugungen)

- Umgebungsbezogene Faktoren (Merkmale innerhalb der Familie und im weiteren sozialen Umfeld des Kindes, z.B. eine stabile Beziehung zu einer Bezugsperson)

Schützende Bedingungen summieren sich ebenso wie Risikobelastungen in ihren Effekten und potenzieren sich gegenseitig. Ein Kind, das gute Bindungsbeziehungen zu einer Bezugsperson aufbauen konnte, Verlässlichkeit und Wertschätzung erfährt, wird sich selbst als wertvoll und kompetent erleben, ein positives Selbstbild und ein erhöhtes Gefühl der Selbstwirksamkeit entwickeln (Laucht et al., 2000). Diese Kinder sind auch später in der Lage, zu anderen Menschen zwischenmenschliche Beziehungen aufzubauen. Eine solche Kumulation von risikomindernden Bedingungen kann im Fall widriger Lebensumstände dazu beitragen, Stressereignisse als weniger belastend zu erleben sowie Fähigkeiten und konstruktive Strategien zu ihrer Bewältigung zu entwickeln.

3. Ansätze der Suchtprävention

Je nach Ansatzpunkt werden durch suchtpräventive Maßnahmen bestimmte Risiko- und Schutzfaktoren fokussiert, die sich unterschiedlich klassifizieren lassen. Die Präventionsansätze können z.B. entsprechend den Lebenswelten, in denen Kinder und Jugendliche heranwachsen, geordnet werden: Familie, Schule, Freundeskreis, Medien, Gemeinde, Gesellschaft (Bühler & Heppekausen, 2006). Die familienorientierte Prävention zeichnet sich demnach dadurch aus, dass sie die Erziehungskompetenzen der Eltern (u.a. Disziplinierung, Supervision und Problemlösekompetenz) stärkt sowie den Familienzusammenhalt und die Eltern-Kind-Bindung festigt.

Je nach Grad der Gefährdung und der Risikoausprägung lassen sich die präventiven Angebote in drei Gruppen einteilen:

- Universelle Prävention: richtet sich an alle Eltern und deren Kinder
- Selektive Prävention: richtet sich an Risikogruppen, z.B. sozial benachteiligte Familien oder Alleinerziehende
- Indizierte Prävention: richtet sich an Eltern und Kinder, bei denen schon merkliche Probleme in der Eltern-Kind-Interaktion oder der Entwicklung des Kindes aufgetreten sind.

Darüber hinaus lassen sich Präventionsprogramme nach Problembereichen (wie Nikotinkonsum, Alkoholkonsum etc.) kategorisieren, wobei es auch Programme gibt, die für mehrere unterschiedliche Problembereiche konzipiert wurden und übergreifende Einsatzmöglichkeiten haben (Lohaus & Domsch, 2009). Im Bereich der Prävention von Tabakkonsum lassen sich beispielsweise folgende erfolgreich evaluierte Programme aufzählen:

- „Be Smart – Don’t Start (Primärprävention des Rauchens)
- „Just be smokefree“ (Ein Programm zum Rauchstopp für Jugendliche)
- Die „Rauchfrei“-Jugendkampagne (Primär- und Sekundärprävention des Rauchens, Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

Es gibt auch eine Vielzahl von Präventionsprogrammen zur Gesundheitsförderung und gesundheitsfördernden Ernährung, wie z.B.:

- Die „MediPäds“ – Lehrer und Ärzte im Team (konzipiert für gesamte Schulklassen)
- „Gut drauf“ (Jugendaktion der BZgA, richtet sich vorrangig an Mittlerkräfte und Multiplikatoren in der Arbeit mit Jugendlichen)
- „Klasse2000“ (Ein Programm zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltvorbeugung, das sich an Grundschulkinder richtet)
- „Fitte Schule“ (Spielerische Bewegungsförderung und Quiz-gestützte Vermittlung von relevantem Ernährungswissen)
- „Trinken im Unterricht“ (Trinken im Unterricht in Schulalltag integrieren)

Die Förderung von Lebenskompetenzen gilt derzeit als der erfolgreichste Einzelansatz in der ressourcenorientierten Gesundheitsförderung und Suchtprävention. Vor dem Hintergrund von Befunden aus der Resilienzforschung sind diese Programme darauf ausgerichtet, gesundheitliche Risiken und Risikoverhaltensweisen zu vermeiden bzw. gesundheitliche Folgen möglichst gering zu halten (Jerusalem & Meixner, 2009). Hierbei werden gesundheitsriskante Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum als entwicklungsbedingtes Problemverhalten aufgefasst, dass auf einen Mangel an Bewältigungsstrategien zur Lösung von Alltagsproblemen hinweist (Silbereisen, 1997). Die Unterlassung von Risikoverhalten wird hierbei als erwünschte Nebenwirkung einer gelungenen Persönlichkeitsförderung angesehen. Zur Förderung von Lebenskompetenzen wurden z.B. folgende Programme entwickelt:

- „ALF“ – Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten (Prävention von Substanzkonsum im frühen Jugendalter, primärpräventiv)
- Lebenskompetenzprogramm „IPSY“ (Information + psychosoziale Kompetenz = Schutz; Prävention von Substanzmissbrauch im frühen Jugendalter, primärpräventiv)
- „Fit und stark fürs Leben“ (Persönlichkeitsförderung zur Prävention von Aggression, Rauchen und Sucht – 1./2. Klasse; Stresserleben und Sucht – 3./4. Klasse; Prävention des Rauchens – Klasse 5./6. und 7./8.)
- „Erwachsen werden“ – Lions Quest (Prävention von Sucht)
- Förderung von Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung im Unterricht (FoSS; Förderung durch gezielte Unterrichtsstrategien der Lehrer)

4. Beispiel für selektive Prävention: FamilienTeam® – Das Miteinander stärken

Der stärkste, potenziell veränderbare Risikofaktor für die Entwicklung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten ist die Qualität der Erziehung, die ein Kind genießt. Erziehungspraktiken haben einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung von Kindern (Schneewind, 2008). Der Zusammenhang von Erziehungsverhaltensweisen und psychischen Störungen bei Kindern eröffnet eine große Chance: Erziehungsverhalten ist im Gegensatz zu anderen Risikofaktoren für kindliche Verhaltensauffälligkeiten wie biologische oder sozio-ökonomische Variablen veränderbar. Daher stellen Elterntrainings eine Möglichkeit dar, Familien bei der Erziehung zu unterstützen. Elterntrainings können als Interventionsmaßnahme (um Eltern bei der Erziehung psychisch auffälliger Kinder zu helfen) oder als Präventionsmaßnahme (um der Entwicklung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten vorzubeugen) eingesetzt werden (Heinrichs & Nowak, 2009).

Zu den präventiven Maßnahmen gehört das „FamilienTeam – das Miteinander stärken“. Dieses Elterntraining ist bindungs- und systemtheoretisch begründet und wendet zudem auch zentrale kommunikationstheoretische Prinzipien an. Im Mittelpunkt dieses Trainings steht der kompetente und entwicklungsförderliche Umgang mit kindlichen Emotionen. Das Training umfasst acht Einheiten à drei Stunden, die je nach Bedarf in unterschiedlichen Formaten angeboten werden: Als Wochenkurs (auch in 14-tägigem Abstand), als Block-Kurs (z.B. zweimal Freitagabend und Samstag, im vierwöchigem Abstand) oder als Kombi-Kurs (z.B: ein Samstag, vier Abende, ein Samstag). Doch wodurch zeichnet sich FamilienTeam aus? Die Besonderheiten dieses Elterntrainings sind Folgende:

- **Fundierte Basis.** FamilienTeam verbindet anerkannte und neueste wissenschaftliche Erkenntnisse mit bewährten Erfahrungen zur Frage, was Eltern und Kinder brauchen.

- **Entwicklungsfördernde Kompetenzen.** FamilienTeam stärkt die kommunikativen und emotionalen Kompetenzen von Eltern und Kindern und reduziert aggressiv-oppositionelles Verhalten der Kinder.

- **Ressourcenorientierung.** FamilienTeam lenkt den Blick auf vorhandene Stärken statt auf Defizite/Schwächen – bei Eltern und Kindern gleichermaßen.

- **Systematischer Aufbau.** Schritt für Schritt bauen die Eltern ihre Stärken aus und gewinnen neue Kompetenzen dazu. Jeder Schritt ist leicht zu schaffen und deshalb ein Erfolgserlebnis. Dadurch wächst die Selbstwirksamkeit der Eltern, das Gefühl „ich kann das“, der Glaube an sich selbst.

- **Intensives Training.** Im FamilienTeam werden Fertigkeiten trainiert (statt nur zu informieren). Zwei Trainer/innen unterstützen die Eltern dabei, ihren persönlichen „Werkzeugkasten“ zu verfeinern und auszubauen.

- **Geschützter Rahmen.** Als Paar, zu zweit oder zu dritt üben die Eltern in einem eigenen Raum. Niemand braucht sein Privatleben vor der Gruppe auszubreiten.

- **Maßgeschneiderte Unterstützung.** Die beiden Trainer/innen passen den Schwierigkeitsgrad der Übungen individuell an jede Person an. Fertigkeiten werden an Situationen aus dem eigenen Familienalltag eingeübt (Graf, 2006).

Respektvoll und einfühlsam miteinander umgehen, in der Familie „als Team“ an einem Strang ziehen, sind die Ziele, die sich FamilienTeam auf die Fahne geschrieben hat. Für ein zufriedenes und glückliches Miteinander ist es ausschlaggebend, wie in der Familie mit Gefühlen umgegangen wird: Wie achtsam sie wahrgenommen werden und wie sie mitgeteilt werden. Mit eigenen Gefühlen umgehen können (z.B. sich wieder beruhigen) ist die Voraussetzung dafür, mit anderen und sich selbst zurecht zu kommen. Dies gilt nicht nur für die Eltern-Kind-Beziehung, sondern auch für die Partnerschaft.

Am meisten lernen Kinder durch das Vorbild der Eltern und dadurch, wie sie – in den täglichen Interaktionen – von den Eltern behandelt werden. Erziehen und absichtlich die Kinder beeinflussen können Eltern ihre Kinder nur, wenn sie auch Einfluss haben. Einfluss haben sie dann, wenn die Beziehung im Lot ist (Graf, 2006).

5. Welche Art von Kommunikation ist förderlich?

In jeder Familie gibt es Auseinandersetzungen. Im Alltag des Familienlebens gibt es für Eltern viele Konfliktthemen wie z.B. Zimmer aufräumen, abendliches Zubettgehen, Schulleistungen, Übernahme familiärer Pflichten, Kleidung, Frisur und abendliches Nachhausekommen, an denen sich Eltern und Kinder reiben (Bründel, 2009). Die meisten Alltagsauseinandersetzungen entzünden sich an Kleinigkeiten, schaukeln sich jedoch auf, eskalieren und nehmen nicht selten feindselige Formen der Konfliktbewältigung an. In manchen Familien nehmen die alltäglichen Konflikte ein solches Ausmaß an Destruktivität an, dass alle Familienangehörigen darunter leiden. Die täglichen Auseinandersetzungen um Kleinigkeiten werden oft lautstark ausgetragen und führen langfristig zu einer Atmosphäre von Resignation bei den Eltern und Trotzverhalten auf Seiten der Kinder und Jugendlichen. Nicht selten haben sich Eltern und ihre Kinder im wahrsten Sinne nichts mehr zu sagen, sie sprechen kaum noch miteinander, ihre Kommunikation ist abgebrochen. So können die kleinen alltäglichen Auseinandersetzungen letzten Endes zum Auseinanderbrechen des inneren familiären Zusammenhalts führen.

Der Erziehungsstil der Eltern sowie der Kommunikationsstil innerhalb der Familie sind maßgeblich dafür, wie Konflikte gelöst werden. Ein Erziehungsstil, der einerseits die Persönlichkeit von Kindern und Jugendlichen respektiert und andererseits auch Grenzen setzt, trägt zur Förderung ihrer Selbstständigkeit und ihres Verantwortungsbewusstseins bei. Hierbei geht es in erster Linie darum, Wertschätzung für andere zum Ausdruck zu bringen und gleichzeitig die eigenen Bedürfnisse im Blick zu behalten und die der anderen zu berücksichtigen. Doch wie gelingt es selbst in Krisensituationen diese oberste Prämisse im Blick zu behalten? Engl & Thurmaier (1992) haben Merkmale gelungener Kommunikation formuliert, die im Folgenden erläutert werden. Diese Kommunikationsfertigkeiten lassen sich in zwei Bereiche aufgeteilt, nämlich in die Fertigkeiten der Sprecher- und Zuhörerrolle:

Fertigkeiten der Sprecherrolle:

- Ich-Gebrauch: von eigenen Gedanken und Gefühlen sprechen. Äußerungen, die nur auf andere gerichtet sind (Du-Sätze), sind meist Vorwürfe oder Anklagen, die als Auslöser für Gegenangriffe oder Rechtfertigungen wirken.

- Konkrete Situation und konkretes Verhalten ansprechen: damit werden Verallgemeinerungen (z.B. „immer“, „nie“) vermieden. Verallgemeinerungen rufen meist beim Gegenüber sofortigen Widerspruch hervor und lenken vom eigentlichen Inhalt der konkreten Situation völlig ab.

- Beim Thema bleiben: möglichst auf solche Inhalte eingehen, die für das gewählte Thema von Belang sind. Andernfalls läuft das Gespräch Gefahr, völlig vom eigentlichen Thema abzukommen.

- Sich öffnen: wenn man Gefühle und Bedürfnisse direkt äußert, lassen sich Anklagen und Vorwürfe vermeiden.

Fertigkeiten der Zuhörerrolle:

- Aufnehmendes Zuhören: dem Gesprächspartner nonverbal (nicht-sprachlich) zeigen, dass man interessiert zuhört. Dies kann z.B. durch unterstützende Gesten wie Nicken oder kurze Einwürfe wie „hm“, „aha“, geschehen. Wichtig ist neben dem Blickkontakt auch eine zugewandte Körperhaltung.

- Offene Fragen: verhelfen zum besseren Verständnis der Aussagen des Gesprächspartners. Offene Fragen vermitteln dem Gesprächspartner Interesse, nötigen ihn nicht zu Rechtfertigungen, sondern ermutigen ihn, sich tiefer auf das gewählte Thema einzulassen.

Dieser Ansatz von Engl und Thurmaier fokussiert zwar nicht direkt die Eltern-Kind-Beziehung, lässt sich jedoch sehr gut auf diese und auch auf andere Kommunikationskontexte übertragen.

Das Interaktionsverhalten der Eltern stellt ein Modell für die Kinder und Jugendlichen dar, das kaum ohne Einfluss bleiben wird. Es ist anzunehmen, dass die Eltern ihre Fähigkeiten, in kritischen Situationen Interaktionen positiv zu gestalten, auch im Umgang mit ihren Kindern an den Tag legen. Dadurch können Kinder und Jugendliche lernen, ihre Wünsche und Bedürfnisse in angemessener Form zu äußern und sich um Fertigkeiten des Zuhörens bemühen.

6. Fazit

Die in diesem Beitrag thematisierten veränderten Bedingungen des Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen lassen das Aufwachsen in der heutigen Zeit zu einer Konstellation „riskanter Chancen“ werden (BMFSFJ, 2009). Es eröffnen sich durchaus neue Gestaltungsmöglichkeiten im eigenen Lebensentwurf und in der alltäglichen Lebensführung, gleichzeitig wachsen aber auch die Risiken des Scheiterns. In dieser sich schnell verändernden und komplexer werdenden Welt werden Flexibilität und Kompromissbereitschaft zunehmend wichtiger, um immer wieder einen Konsens zu finden und eine tragfähige Beziehungsrealität auszuhandeln. Gleichzeitig werden die Anforderungen an Kommunikationskompetenzen größer. Eine gelungene Kommunikation stellt die Grundlage jeglichen positiven Kontaktes mit anderen Menschen dar. Nicht nur in Familien sondern auch generell in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen führt der Verzicht auf Macht zugunsten von Kooperation und Partizipation zu tragfähigeren Beziehungen untereinander und zu einem psychisch gesunden Klima. Dies trägt entscheidend zur Verminderung von Verhaltensauffälligkeiten, Suchtproblemen und psychosomatischen Beschwerden von Kindern und Jugendlichen bei.

Literatur

BMFSFJ. (2009). Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 13. Kinder- und Jugendbericht.

Bründel, H. (2009). Kapitel 2: Interne Konflikte und Krisen. In G. Mertens, U. Frost, W. Böhm & V. Ladenthin (Eds.), Handbuch der Erziehungswissenschaft. Teilband III/1: Familie - Kindheit - Jugend - Gender (pp. 473-482). Paderborn: Ferdinand Schöningh.

Büchner, P. (2010). Kindheit und Familie. In H.H. Krüger & C. Grunert (Eds.), Handbuch Kindheits- und Jugendforschung (pp. 519-541). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bühler, A., & Heppekausen, K. (2006). Suchtprävention mit Kindern und Jugendlichen. In K. Krankenkasse & M.H. Hannover (Eds.), Weißbuch Prävention 2005/2006. Stress? Ursachen, Erklärungsmodelle und präventive Ansätze. Heidelberg: Springer Verlag.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2008). Lebenslagen in Deutschland - Dritter Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. (2001). Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin.

Clark, D. B. (2004). The natural history of adolescent alcohol use disorders. Addiction, 99(S2), 5-22.

Duncan, G. J., Brooks-Gunn, J., & Klebanov, P. K. (1994). Economic deprivation and early childhood development. Child Development, 65, 296-318.

Elliott, D. S., Huizinga, D., & Ageton, S. S. (1985). Explaining delinquency and drug use. Beverly Hills, CA: Sage.

Engl, J., & Thurmaier, F. (1992). Wie redest Du mit mir? Fehler und Möglichkeiten in der Paarkommunikation. Freiburg: Herder Verlag.

Graf, J. (2006). FamilienTeam - Das Miteinander stärken. Elterntraining für ein respektvolles und glückliches Zusammenleben. In S. Tschöppe-Scheffler (Ed.), Konzepte der Elternbildung – eine kritische Übersicht. Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Griebel, W., Niesel, R., & Wustmann, C. (2009). Bewältigung von Transitionen und Förderung von Resilienz: Mit Risiken und Veränderungen als Familie umgehen lernen. In G. Mertens, U. Frost, W. Böhm & V. Ladenthin (Eds.), Handbuch der Erziehungswissenschaft. Teilband III/1: Familie, Kindheit, Jugend, Gender (pp. 461-471). Paderborn: Ferdinand Schöningh.

Hartup, W.W. (2005). Peer Interaction: What causes what? Journal of Abnormal Child Psychology, 33, 387-394.

Heinrichs, N., & Nowak, C. (2009). Elterntrainings. In A. Lohaus & H. Domsch (Eds.), Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter (pp. 293-304). Heidelberg: Springer Verlag.

Jerusalem, M., & Meixner, S. (2009). Lebenskompetenzen. In A. Lohaus & H. Domsch (Eds.), Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter (pp. 141-174). Heidelberg: Springer Verlag.

Keupp, H. (1999). Die Hoffnung auf den Körper. Jugendliche Lebensbewältigung als riskante Chance. In P. Becker & J. Koch (Eds.), Was ist normal? Normalitätskonstruktionen in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Weinheim: Juventa.

Klocke, A., & Hurrelmann, K. (2001). Einleitung - Kinder und Jugendliche in Armut. In A. Klocke & K. Hurrelmann (Eds.), Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen (2. vollständig überarbeitete Auflage ed., pp. 10-26). Opladen: Westdeutscher Verlag.

Laucht, M., Schmidt, M.H., & Esser, G. (2000). Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Frühförderung Interdisziplinär, 19(3), 97-108.

Lindenmeyer, J., & Rost, S. (2008). Lieber schlau als blau – für Jugendliche. Ein Präventionsprogramm für die Schule. Weinheim: Beltz.

Lohaus, A., & Domsch, H. (Eds.). (2009). Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter. Heidelberg: Springer Verlag.

Merten, R. (2009). Armut in Familien und die Folgen für die Kinder. In G. Mertens, U. Frost, W. Böhm & V. Ladenthin (Eds.), Handbuch der Erziehungswissenschaft. Teilband III/1: Familie, Kindheit, Jugend, Gender (pp. 493-510). Paderborn: Ferdinand Schöningh.

Oswald, H. (2008). Sozialisation in Netzwerken Gleichaltriger. In K. Hurrelmann, M. Grundmann & S. Walper (Eds.), Handbuch Sozialisationsforschung (pp. 321-332). Weinheim & Basel: Beltz

Palentien, C., & Harring, M. (2010). Kindheit, Jugend und Drogen. In H. Krüger & C. Grunert (Eds.), Handbuch Kindheits- und Jugendforschung (pp. 1005-1017). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Reuband, K.-H. (1997). Aushandeln statt Gehorsam. Erziehungsziele und Erziehungspraktiken in den alten und neuen Bundesländern im Wandel. In L. Böhnisch & K. Lenz (Eds.), Familien: eine interdisziplinäre Einführung (pp. 129-153). Weinheim: Juventa.

Schneewind, K. . (2008). Sozialisation in der Familie. In M. Grundmann & S. Walper (Eds.), Handbuch Sozialisationsforschung (pp. 256-273). Weinheim: Beltz Verlag.

Settertobulte, W. (2008). Der Einfluss der Gleichaltrigen auf das Risikoverhalten im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & W. Ravens-Sieberer (Eds.), Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten - Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO (pp. 229-246). Weinheim: Juventa.

Silbereisen, R.K. (1997). Konsum von Alkohol und Drogen über die Lebensspanne. In R. Schwarzer (Ed.), Gesundheitspsychologie (pp. 189-208). Göttingen: Hogrefe.

Walper, S. (2005). Tragen Veränderungen in den finanziellen Belastungen von Familien zu Veränderungen in der Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen bei? Zeitschrift für Pädagogik, 51, 170-191.

Walper, S. (2008). Eltern-Kind-Beziehungen im Jugendalter. In R. K. Silbereisen & M. Hasselhorn (Eds.), Enzyklopädie Psychologie, Serie V (Entwicklung), Band 5: Psychologie des Jugend- und frühen Erwachsenenalters (pp. 135-188). Göttingen: Hogrefe.

Walper, S., & Kruse, J. (2008). Kindheit und Armut. In M. Hasselhorn & R. K. Silbereisen (Eds.), Psychologie des Säuglings- und Kindesalters (Enzyklopädie der Psychologie, Serie V: Entwicklungspsychologie, Band 4) (pp. 431-487). Göttingen: Hogrefe.

Werner, E.E. (1999). Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Eds.), Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. Müchnen: Ernst Reinhardt Verlag.

Wiles, N.J., Lingford-Hughes, A., Daniel, J., Hickman, M., Farrell, M., Macleod, J., et al. (2007). Socio-economic status in childhood and later alcohol use: a systematic review. Addiction, 102, 1546-1564.

Wustmann, C. (2004). Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Steffi Vavrova
Ludwig-Maximilians-Universität München
Department für Pädagogik und Sozialisationsforschung
Leopoldstraße 13, 80802 München
Tel. (089) 21 80-48 08, E-Mail: vavrova@lmu.de

Die Bedeutung von Gender für die suchtpräventive Arbeit

Christel Zenker

1. Theoretischer Rahmen

Im Gegensatz zum deutschen Sprachgebrauch („Geschlecht“), wird im englischen zwischen „Sex“, dem biologischen Geschlecht, und „Gender“, dem sozialen Geschlecht, unterschieden. Diese Unterscheidung bzw. die Verwendung des Begriffes „Gender“ ist für alle Berufe, die sich mit Menschen und insbesondere mit deren Gesundheit befassen, wichtig, denn Gender verdeutlicht, dass hier explizit die sozialen und gesellschaftlichen Einflüsse angesprochen werden, die das Wohlbefinden von Menschen beeinflussen.

„Gender“ erlangte weltweit politische Bedeutung, nachdem 1995, auf der 4. Weltfrauenkonferenz in Beijing, das Ziel der Gleichstellung der Geschlechter formuliert worden war. 1996 verpflichtete sich die EU, 1999 die Bundesregierung dieses Ziel als politischen Leitgedanken zu übernehmen. Gender sollte Mainstream werden, was bedeutet, dass „Gender Mainstreaming“ (GM) als Querschnittsaufgabe und Leitprinzip politischen Handelns verstanden wird. GM ist ein Top-Down Prozess: Die Ausgangsbedingungen für und die Auswirkungen auf die Geschlechter müssen von der Planung bis zur Überprüfung von Maßnahmen bei allen politischen Entscheidungen aller Ressorts und Organisationen berücksichtigt werden. Die Federführung zur Umsetzung dieses Prinzips liegt in Deutschland beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Simone de Beauvoir hat 1949 in ihrem Buch „Das andere Geschlecht“ gesagt, dass wir nicht als Mädchen (oder Jungen) geboren werden, sondern dazu gemacht werden. Gender wird konstruiert und ist nicht angeboren. Die typischen Verhaltensweisen und zu beobachtenden Wesensmerkmale werden von Mädchen/Frauen und Jungen/Männern erlernt. Nach der Geschlechtszuordnung bei der Geburt setzt ein fortwährender Differenzierungsvorgang ein. Eltern projezieren ihre Rollenvorstellungen auf die Kinder, d.h., dass die seit der Geburt von den Kindern gezeigten Verhaltensweisen geschlechtstypisch verstärkt oder abgeschwächt werden. Die potentiellen Fähigkeiten von Mädchen und Jungen werden gefördert oder, wenn sie dem gesellschaftlichen Bild eines Mädchens oder Jungen nicht entsprechen, beschränkt. Individuen erlernen Gender ein Leben lang. Es prägt ihre Identität, Handlungs-, Denk- und Gefühlsmuster, woraus sich Normierungen ergeben: Typisch Mädchen/Frau – typisch Junge/Mann. Diese Normierungen sind abhängig von sozialer Lage, Bildung, kulturellem Hintergrund und Zeit, so dass das Bild „der Frau“, „des Mannes“ in einer bestimmten Zeit und Kultur jeweils sehr facettenreich ist.

Gender ist immanent an allen sozialen Prozessen der Gesellschaft beteiligt und schafft soziale Unterschiede, weil Frauen und Männern unterschiedliche Bedeutung und Wertigkeit zugeordnet wird. Zur Zeit sind deutliche Änderungen im Selbstverständnis von jungen Frauen und jungen Männern festzustellen, wie die letzte Shell-Jugendstudie gezeigt hat. Das bedeutet, dass Gender verändert, oder, nach J. Butler (1990: Das Unbehagen der Geschlechter), auch dekonstruiert werden kann und zwar: in seiner politischen Dimension, etwa bei der Umsetzung von Geschlechtergerechtigkeit im Arbeitsleben, in seiner sozialen Dimension, wie bei der Änderung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, z.B. welches Verhalten bei Frauen oder Männern akzeptiert wird und in seiner sozial-psychologischen

Dimension, wenn durch Prävention oder Therapie gesundheitsschädliche, an die Geschlechtsrollen geknüpfte Verhaltensweisen individuell neu definiert werden.

2. Der Einfluss von Gender auf Gesundheit und Sucht

Gender beeinflusst das Körperbewusstsein, das Gesundheitsverhalten, die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und Vorsorgeuntersuchungen, Krankheit und Tod sowie die Geschlechter-Segregation bei den Gesundheits- und Sozialberufen. Nur bei letzterem sind die Männer den Frauen „überlegen“, da nach wie vor leitende Stellen überwiegend von Männern besetzt sind. Bei den zuerst genannten Punkten sind Männer das „schwache Geschlecht“: sie achten deutlich weniger auf ihren Körper, gehen seltener zum Arzt und weisen bei vielen, nicht biologisch vermittelten Krankheiten, die höheren Sterberaten auf. Der Anteil der Männer beträgt bei allen abhängigen Rauchern 57%, bei Alkoholabhängigen 68%, bei den missbräuchlich (abhängig) Cannabis Konsumierenden 80% (67%), bei den Konsumenten anderer illegaler Drogen 75% und bei den pathologischen Glücksspielern 75%. Der Anteil alkoholbedingter an allen Todesfällen beträgt bei Männern 25%, bei Frauen 13% (Altersgruppe 35 bis 65 Jahre). Im Gegensatz dazu stellen von allen Medikamentenabhängigen die Frauen 66%, bei den Anorektikern und Bulimikern sind es 90% und bei den atypisch Essgestörten (Binge Eating Disorder) sind 65% Frauen (BZgA 2008, 18- bis 64-Jährige).

Gender-Unterschiede beim Konsum lassen sich schon bei Mädchen und Jungen nachweisen. Mehr Jungen als Mädchen betreiben einen riskanten (6,6%:5,8%) und gefährlichen (2,5%:1,5%) Alkoholkonsum sowie häufiger das Binge Drinking (23,0%:17,7%), (BZgA 2008). Mehr Jungen als Mädchen wurden 2007 wegen Alkoholintoxikationen stationär behandelt (14.400:8.800), (Stat. Bundsamt).

Die europäische Schülerstudie (ESPAD 2007, 15- bis 16-Jährige) hat im Gegensatz dazu gezeigt, dass die Mädchen, seit 1995 unverändert, zu einem höheren Prozentsatz als Jungen Tranquilizer oder Sedativa ohne Arztverschreibung konsumieren. Auch beim auffälligen Essverhalten liegen die Mädchen vorn. Der Unterschied zwischen Jungen und Mädchen betrug sowohl in der KIGGS-Studie (2007, 11- bis 17-Jährige) als auch in einer Bremer Schülerstudie (Gesundheitsamt Bremen 2009, 13- bis 18-Jährige) 15% zu Ungunsten der Mädchen. Darüber hinaus nahmen die Verdachtsfälle in der Pubertät zu (KIGGS) und mehr Mädchen als Jungen hielten sich für zu dick (47%:35%) und hatten Diäterfahrungen (35%:16%) (Gesundheitsamt Bremen).

3. Psychosoziale Risikofaktoren für Suchtentwicklungen

Welche Genderfaktoren sind es, die diese Gesundheits- und Konsumunterschiede plausibel erklären können? In der Literatur werden die klassischen psychosozialen Risiken beim männlichen Geschlecht auf das kennzeichnende Dominanzstreben zurück geführt, wofür Körper und Seele instrumentalisiert werden. Rationalität und Kontrollbedürfnis sind hoch, Emotionalität wird abgespalten, da sie die permanente Leistungsbereitschaft nur stört. Die so überforderten Männer haben darüber hinaus eine positive Erwartungshaltung an Drogen und benutzen sie, um sich in ihrer Männlichkeit darzustellen: „Doing Gender with Drugs“. Drogen werden zur Initiation benutzt, erhöhen die Gewaltbereitschaft, helfen, Angst zu überwinden und Verletzlichkeit zu verbergen.

Marginalisierte Männlichkeiten bilden Männer aus, denen aufgrund sozialer Bedingungen (niedriger Sozialstatus, niedrige Bildung) gesellschaftliche Dominanz

verwehrt ist. Für diese Männer ist hoher Drogenkonsum eine Möglichkeit, Männlichkeit zu demonstrieren.

Ob auch die neuen Männlichkeiten mit ihren alternativen Lebensentwürfen suchtbahnend wirken, muss sich noch zeigen. Es ist aber durchaus vorstellbar, dass Männer, die wegen eines Erziehungsurlaubs ihre Karrieren abbrechen und nicht mehr diejenigen sind, die am stärksten zum Familieneinkommen beitragen, in ihrem Selbstwertgefühl gekränkt und damit suchtanfällig werden.

Als Basis klassischer Weiblichkeitskonstruktion gilt die erlernte Leugnung eigener Bedürfnisse und Wünsche zugunsten anderer, geprägt von Verständnis für Andere, Anspruchslosigkeit und Passivität. Folgen sind mangelnder Einfluss und Ohnmachtserfahrungen. Die heutige Weiblichkeitskonstruktion ist geprägt von der Teilhabe der Frauen an materiellem und immateriellen Erfolg, wodurch (gesundheitsfördernde) Freiräume verloren gehen und die gesundheitsschützenden weiblichen Eigenschaften, da im beruflichen Alltag männliche Eigenschaften erfolgversprechender sind als weibliche. Gleichzeitig wollen die meisten jungen Frauen auch ihrer traditionellen Rolle (Familie, Kinder) gerecht werden, wodurch Doppelbelastungen entstehen, die suchtbahnend wirken können. Auch Drogen werden von jungen Frauen zunehmend eingesetzt: einerseits um den Körper zu manipulieren, um schlank zu sein, andererseits um Emanzipation und Coolness zu demonstrieren.

4. Familiäre Risikofaktoren

Für beide Geschlechter werden folgende in der Familie vorkommende Risikofaktoren als suchtbahnend beschrieben: niedriger Sozialstatus in der Herkunftsfamilie, Vernachlässigung, übermäßige Härte und Aggressivität in der Erziehung, mangelnde emotionale Tragfähigkeit der Eltern-Kind- Beziehung, ein inkonsistentes, widersprüchliches Erziehungsverhalten und Verlusterlebnisse, z.B. der Tod einer wichtigen (stützenden) Bezugsperson. Als klassischer Risikofaktor gilt Sucht in der Familie, die das Familien- und Erziehungsklima negativ beeinflusst und oft mit psychischer, körperlicher und sexueller Gewalt in der Familie und gegenüber den Kindern verbunden ist. Selbst wenn Mädchen und Jungen ähnlichen negativen Erfahrungen ausgesetzt sind, reagieren sie doch unterschiedlich darauf.

Von Mädchen werden innerfamiliäre Überlastungen, Vernachlässigungen, Überforderungen und Gewalterfahrungen internalisiert. Sie zeigen ein unsicheres, ängstliches oder reizbares Verhalten und reagieren mit sozialem Rückzug. Psychisch stehen ängstlich-depressive Störungen, Selbstwertprobleme und/oder selbstverletzendes Verhalten im Vordergrund. Der seelischen Entlastung dienen Essstörungen oder heimlicher Alkohol- und Medikamentenkonsum.

Sind Jungen von nicht lösbaren, nicht verarbeitbaren familiären Erlebnissen betroffen, zeigen sie ein externalisierendes Verhalten, das sich durch verbale und körperliche Aggression sowie dissoziales Verhalten äußert. Seelische Probleme sind emotionale Ausbrüche, ADHS und Verhaltensstörungen. Der entlastende Konsum von Alkohol und/oder illegalen Drogen ist riskant-gefährlich.

5. Gendergerechte Suchtarbeit

In der Suchtarbeit sind Männer durch Leitungspositionen in Einrichtungen und Verbänden und in der Forschung sowie als Patienten das bestimmende Geschlecht (= Androzentrismus). Obwohl als Patienten in der Suchthilfe in der Überzahl, gibt es keine professionell-distanzierte Haltung gegenüber den suchtbah-

nenden Männlichkeitskonzepten. Diese kritische Haltung entwickelt sich erst seit kurzem.

Süchtige Frauen werden von der Suchthilfe überwiegend als besondere Gruppe gesehen, für die spezifische Angebote entwickelt werden müssen. Leitbilder und Behandlungskonzepte sind überwiegend genderneutral. Bestehende Frauen-, seltener Männergruppen haben oft nur eine Alibifunktion („Wir berücksichtigen Gender"). Männliche und weibliche Helfer, ihre Klientinnen und Klienten bleiben dadurch in nicht hinterfragten Geschlechterrollen stecken.

Im Suchtbereich wurde bisher vor allem in der Prävention geschlechterbewusstes Arbeiten bedacht und umgesetzt, obwohl auch hier Mängel identifiziert werden können. Diese betreffen die Tatsache, dass gendergerechte Arbeit noch nicht generell in der Sucht-Prävention (und noch weniger in der Suchtarbeit) verankert ist, ferner ist die geschlechtsspezifische vor allem Mädchen- und nicht Jungenarbeit. Zu wenig bedacht wurde bisher auch die notwendige Gendersensibilität in gemischtgeschlechtlichen Gruppen, nämlich die Frage, ob Mädchen und Frauen gegenüber den (zahlenmäßig) beherrschenden Jungen/Männern zu ihrem Recht und ihren Themen kommen. Ebenso wird bisher die Bedeutung des „gegengeschlechtlichen Blicks" nicht berücksichtigt: Was bedeutet es, wenn Männer in der (präventiven) Suchtarbeit mit Mädchen arbeiten bzw. Frauen (der häufigere Fall) mit Jungen? Weiterhin wird noch zu häufig von den Mädchen oder Jungen geredet, obwohl die soziale Ausdifferenzierung innerhalb einer Geschlechtergruppe oft gewaltig ist (C. Helfferich 2008).

Welche Wege können beschritten werden, um gendergerechte Arbeit zu implementieren? Hier sind vor allem die Einrichtungsleitungen (neben Verbänden, Kostenträgern, Sucht-Politik etc.) gefragt: Im Sinne des Gender Mainstreaming als Top down-Strategie müssen bestehende, nämlich genderneutrale institutionelle Überzeugungen (Konzepte, Personalpolitik usw.) überdacht und dann geändert werden. Gendergerechte Suchtarbeit und Prävention ist aber auch als Bottom up-Maßnahme denkbar, wenn die Gender-Perspektive in die konkrete Arbeit eingeführt wird. Dadurch wird zwar die generelle politische/institutionelle Überzeugung nicht geändert, für konkrete Arbeitsplanungen und -umsetzungen ist diese Genderorientierung aber wichtig und ein erster Schritt.

In Anlehnung an den „Public Health Action Circle" sollten die einzelnen Schritte auf ihre Genderperspektive hin untersucht werden:

Problemdefinition: Werden die identifizierten Probleme (z.B. risikoreiches Konsumverhalten Jugendlicher) geschlechtsspezifisch erfasst?

Lösungsstrategie: Werden geschlechtsspezifische Lösungen für die Adressaten von weiblichen und männlichen Mitarbeiter entwickelt?

Umsetzung: Ist in der Projektorganisation der „weibliche" und „männliche Blick" vertreten? Werden Mädchen-/Frauen-, Jungen- und Männerbedürfnisse und -anliegen gerecht und sensibel berücksichtigt?

Überprüfung: Erfolgt die Dokumentation und Auswertung der Zugänge, Erfolgs- und Abbruchquoten sowie die Zielerreichung geschlechtsspezifisch? Werden die Erfahrungen der weiblichen und männlichen Projektmitarbeiter ausreichend berücksichtigt? Erst wenn diese Aspekte im Verlauf einer (präventiven) Aktion berücksichtigt werden, kann das weitere Vorgehen angepasst werden.

6. Gendersensible Suchtarbeit

Gendersensible Suchtarbeit ist nicht normativ, im Sinne der Formung „richtiger Weiblichkeit oder Männlichkeit“, sondern unterstützt die Entwicklung individueller Lebensentwürfe. Den für beide Geschlechter relevanten Themen müssen sich die Fachkräfte gendersensibel nähern. Die individuellen Erfahrungen, also biografischen Daten der Betroffenen, müssen geschlechtsspezifisch erfasst werden. Weiterhin, welche Bilder sie von sich, als Mädchen/Jungen oder Frauen/Männer, haben und welchen Idealbildern sie nacheifern. Neben der Einstellung und dem Verhalten gegenüber dem eigenen und anderen Geschlecht, der Rolle als Freund/Freundin, Partnerin/Partner muss Sexualität gendersensibel bearbeitet werden. Aktive und passive Gewalterfahrungen dürfen nicht tabuisiert werden.

Geschlechterhomogene Gruppen sind für Suchtprävention und die Arbeit mit Süchtigen unerlässlich, da in ihnen am besten gesellschaftliche Genderkonstruktionen und die bisher gelebten Geschlechtsrollen am besten reflektiert werden können. In der Auseinandersetzung mit anderen des gleichen Geschlechts kann das eigene einengende Rollenverständnis überdacht, Alternativen anerkannt und eigene Rollenerweiterungen können entwickelt werden. Zudem können die mit der jeweiligen Geschlechtsrolle verbundenen Stärken und Ressourcen erfahrbar und spürbar gemacht und Solidarität entwickelt werden. Wichtig ist aber auch, dass gleichgeschlechtliche Gruppen Schutz gewähren, da sie es ermöglichen, seelische Kränkungen zu offenbaren und tabuisierte Themen anzusprechen, wozu bei Jugendlichen Erfahrungen mit (gleichgeschlechtlicher) Liebe, Kontrollverlust und (ungewollter) Sexualität gehören.

Antonovsky (1979) hat als wichtige Parameter zur Stärkung von Gesundheit die Entwicklung von *Kohärenz* (Verstehbarkeit, Machbarkeit und Sinnhaftigkeit des Lebens) und *Resilienz* (persönliche Widerstandskräfte und Ressourcen) identifiziert. Auch diese Eigenschaften lassen sich in geschlechtshomogenen Gruppen am besten erwerben, nämlich Selbstakzeptanz und Selbstwertsteigerung, die Aussöhnung mit Ideal- und Realbild und die Erweiterung und Erprobung von Verhaltens- und Handlungsspielräumen.

Geschlechterübergreifende Gruppen sind dann durchführbar, wenn das Geschlechterverhältnis ausgewogen ist und die Teilnehmer eine ausreichend stabile Gender-Identität haben. Diese Gruppen dienen der Entwicklung von Dialog- und Handlungsfähigkeit und dem respekt- und achtungsvollen Umgang der Geschlechter miteinander, der Förderung des gegenseitigen Verstehens und Lernens und der Erprobung einer neu-definierten Geschlechtsrolle im gemischtgeschlechtlichen Setting.

7. Genderkompetenz

Um gendersensibel arbeiten zu können, ist die positive Verankerung der weiblichen und männlichen Helfer und Therapeuten in ihrer Genderrolle unabdingbar und Teil ihrer Professionalität. Prävention, Beratung und Therapie werden negativ beeinflusst, wenn Fachkräfte vom eigenen oder anderen Geschlecht frustriert sind oder gekränkt wurden, wenn sie ungelöste Autoritätskonflikte in die Arbeit tragen (keine professionelle Distanz, fixierte Adoleszenz) oder Herrschaftsansprüche durchsetzen (strafender Vater, überfürsorgliche Mutter).

Zum Erwerb von Genderkompetenz gehört die Reflexion von Wissen, Einstellung und Erwartungen in Bezug auf das andere Geschlecht. Die selbstkritische Prüfung umfasst auch die Fragen: Kann ich das Anders-als-ich-selbst-Sein von Frauen/Männern ertragen, was ruft meine Akzeptanz, Ablehnung oder Wut hervor? Ist

mein Verhältnis von Neid, Konkurrenz geprägt? Von welchem Geschlecht lasse ich mir mehr bieten, bei welchem bin ich unterwürfig, welches Geschlecht nehme ich ernster als das andere?

Im Rahmen der notwendigen Selbsterfahrung ist es wichtig, sich folgenden Fragen zu stellen: Welches Bild habe ich als Frau/Mann von mir, wie bin ich (erfolgreich, stark, schwach, begehrenswert)? Stimmen bei mir Real- und Idealbild überein? Waren meine Eltern mit mir als Tochter/Sohn zufrieden? Wurde ich meinen Fähigkeiten entsprechend gefördert oder wurde mir etwas verwehrt? Wurde ich gekränkt? In welcher Weise beeinflussen meine persönlichen Erfahrungen meine Sicht auf und mein professionelles Verhalten gegenüber dem anderen Geschlecht?

8. Ausblick

Weil es schwierig ist, gendergerechte und -sensible Arbeit ohne Genderkompetenz im Berufsalltag umzusetzen, muss Genderkompetenz erworben werden. Dies sollte zukünftig durch Verankerung von Gender als Querschnittsthema in den grundständigen Ausbildungen aller beratenden und behandelnden Professionen und in Weiterbildungen geschehen. Für die jetzt Tätigen bietet es sich an, entsprechende Fortbildungsangebote der Suchtfachverbände zu nutzen, wie sie z.B. ab 2010 vom Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR) angeboten werden.

Auswahl weiterführender Literatur

Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, Bella Donna (2004): Anforderungen an eine geschlechtsbezogene stationäre medizinische Rehabilitation mit drogenabhängigen Frauen.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht (2006): Leitfaden zur männerspezifischen Sucht- und Drogenarbeit

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (2008): Geschlechtergerechte Ansätze in der Suchtarbeit und -prävention. 18. Niedersächsische Suchtkonferenz. Berichte zur Suchtkrankenhilfe

Zander M, Hartwig L, Jansen I (Hrsg.) (2006): Geschlecht Nebensache? Zur Aktualität einer Genderperspektive in der sozialen Arbeit. VS: Wiesbaden

Zenker C., Bammann K. & Jahn I. (2002). Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung, Bd. 148. Baden-Banden: Nomos.

Zenker C. (2009). Gender in der Suchtarbeit. fdr-Texte #9. (Broschüre, zu bestellen über den FDR, Hannover)

Zenker C. (2009): Gendertypische Aspekte von Konsum und Missbrauch. In: Thomasius/Schulte-Markwort/Küstner/Riedesser (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Schattauer: Stuttgart, New York.

Prof. Dr. med. Christel Zenker
Schwendenstraße 14c, 14195 Berlin
E-Mail: chzenker@gmx.de

DOING GENDER – Wie beeinflussen gängige Gender-erwartungen die Kommunikation und Selbstdarstellung in der sozialen Kommunikation von Frauen und Männern?

Gitta Mühlen Achs

Auch ich werde mich, wie meine Vorrednerin, mit dem Einfluss von Gender auf unsere Befindlichkeit beschäftigen, allerdings in einer etwas allgemeineren, grundsätzlicheren Weise. Ich möchte Ihnen zeigen, wie sich die gegenwärtigen Gendervorstellungen auf unser alltägliches Leben, auf unsere Selbstdarstellung und unseren Umgang miteinander auswirken und welche sozialen Konsequenzen sich daraus für Frauen und Männer ergeben.

Zunächst zur Klärung der Begrifflichkeiten: Im Gegensatz zum deutschen wird im englischen Sprachraum zwischen dem biologischen Aspekt von Geschlecht (Sex) und dem sozial-kulturellen Aspekt von Geschlecht (Gender) differenziert. Gender bezeichnet also das soziale Geschlecht. Wir verstehen darunter die Summe der Erwartungen und Zuschreibungen in Bezug auf Weiblichkeit und Männlichkeit, die in einer Kultur existieren. Diese Gender-Vorstellungen werden im Verlauf der Sozialisation (von Geburt an) an uns herangetragen und in der Regel von uns angenommen und verinnerlicht. Gender wird damit zu einer Dimension der persönlichen Identität.

Wenn alles „normal“ verläuft, verschmelzen die beiden Aspekte von Geschlecht (Sex und Gender) zu einer Einheit, die insgesamt als „natürlich“ empfunden wird. Welche Genderzuschreibungen existieren gegenwärtig in unserer Kultur? Mit „Männlichkeit“ werden Vorstellungen und Erwartungen wie Stärke, Kraft, Mut, Unabhängigkeit, Rationalität, Aggressivität, Wettbewerbsorientierung und Durchsetzungsfähigkeit verbunden – mit „Weiblichkeit“ hingegen Vorstellungen wie Schwäche, Emotionalität, Beziehungsorientiertheit, Abhängigkeit, Friedfertigkeit und Unterordnung unter männliche Autoritäten.

Die Ergebnisse der Geschlechterforschung (gender studies) zeigen auf, dass die soziale Bedeutung von Gender wesentlich größer ist als die des biologischen Geschlechts (Sex). In der Biologie gibt es keine klaren kategorialen Grenzen, die Übergänge zwischen männlich und weiblich sind in den verschiedenen Dimensionen (z.B. genetisch, chromosomal, hormonell) durchaus fließend. Erst durch Gender – die kulturellen Zuschreibungen – werden wir zu eindeutig „weiblichen“ oder „männlichen“ Menschen gemacht (erst Gender vermittelt, was es bedeutet, männlich oder weiblich zu sein).

Gender ist in unserer Kultur **zweigliedrig und komplementär** strukturiert, d.h. es gibt nur zwei Geschlechter, die durch weitgehend gegensätzliche Unterschiede gekennzeichnet sind. Gender hat einen weitreichenden Einfluss auf die Lebensplanung und die Lebenswege – ich komme später ausführlicher darauf zurück.

Kulturanthropologische Studien haben gezeigt, dass diese Gender-Struktur in unserer Kultur nicht universell ist. In anderen Kulturen gibt es etwa drei oder sogar vier Genderausprägungen, z.B. in Indien, China, bei nordamerikanischen Indianern). In diesen Kulturen können sich Menschen etwas individueller entfalten und haben größere Freiheitsgrade als wir. Bei uns gibt es nur ein entweder – oder, „männlich“ oder „weiblich“, es gibt kein „dazwischen“, kein gleichermaßen anerkanntes „drittes“ oder „viertes“ Geschlecht. Die auch bei uns durchaus existieren-

den und feststellbaren Abweichungen von dem vorgeschriebenen Gender werden nicht als gleichwertige Ausprägungen anerkannt, sondern abgewertet und sanktioniert.

Obwohl Gender eine sozial und kulturell konstruierte Dimension ist, nehmen wir es im allgemeinen nicht als eine solche wahr, sondern als etwas ebenso „Natürliches“ wie unser biologisches Geschlecht. Wie lässt sich dies erklären?

Zum einen wegen der Verankerung von Gender in der persönlichen Identität (durch die sehr frühe Vermittlung der Gendererwartungen im Verlauf der Sozialisation). Gender ist viel mehr als eine „Rolle“, zu der wir eher eine kritische Distanz aufbauen könnten. Zum andern dadurch, dass Gender nicht als „Vorschrift“ vermittelt wird, sondern in den natürlichen Körper „eingeschrieben“ wird. Der Körper wird durch die Genderzuschreibungen in seiner Gesamtheit durchgängig „genderisiert“. Durch diese umfassende Genderisierung wird letztlich jeder körperliche Ausdruck zum **Geschlechterzeichen**. Das gesamte, allgemein-menschliche Ausdrucks- und Kommunikationsrepertoire wird also in zwei unterschiedliche Bereiche aufgespalten – in einen „männlichen“ und in einen „weiblichen“ Ausdrucksbereich. Somit wird jedem Geschlecht also nur ein bestimmtes – ein spezifisch eingeschränktes – Ausdrucks- und Kommunikationsrepertoire als „gendergerecht“ und damit angemessen zugewiesen.

Indem wir uns den verinnerlichten Gendererwartungen entsprechend verhalten und das uns jeweils zugewiesene, unserem jeweiligen Gender „angemessene“ Repertoire benutzen, konstruieren wir also selbst Gender immer und überall. Wir machen das durch die Art und Weise, wie wir unsere Körper bearbeiten (durch Muskeltraining stärken oder durch Diäten schwächen), wie wir uns stylen (schminken), kleiden, schmücken, verhalten, wie wir miteinander kommunizieren und miteinander umgehen. Diese ununterbrochen ablaufenden, alltäglichen Prozesse bezeichnet die sozialkonstruktivistische Geschlechterforschung als **„doing gender“** – also die ununterbrochene und zumeist unbewusste Konstruktion des sozialen Geschlechts in der alltäglichen Kommunikation und Interaktion.

In früheren Zeiten wurden die Gendererwartungen unserer Kultur durch Vorschriften und Regeln als Aspekt des allgemeinen Zivilisationsprozesses vermittelt und oft mit Gewalt umgesetzt (die „schwarze Pädagogik“ beinhaltet dafür eine Menge erschreckender Belege: Männer durften nicht weinen, Frauen nicht kämpfen, sich nicht öffentlich betätigen etc.). Heute werden gesellschaftliche Gendervorstellungen weitgehend durch visuelle Medien vermittelt – durch Zeitschriften, das Fernsehen, die Werbung, Computerspiele etc., die uns mit Bildern „idealer“ Männlichkeit oder Weiblichkeit überhäufen. Die Normierung unseres Verhaltens erfolgt heute kaum noch über formulierte Regeln und Konzepte, mit denen wir uns leichter kritisch auseinandersetzen könnten. Sie erfolgt weitgehend über Perzepte – nebenbei, unterschwellig und oft auf einer unbewussten Ebene. Einige Beispiele für Geschlechterzeichen:

Körpergestaltung = Kraft versus Ästhetik (weibliche Schönheit ist definiert als Jugendlichkeit, Schlankheit, Auswirkungen: wahnhafte Süchte, chirurgische Eingriffe, spezifische Krankheitsbilder, z.B. Anorexia)

Körperhaltungen als Zeichen entweder von Selbstbewusstsein und Dominanz (= männlich) oder Unsicherheit, Verlegenheit, Schamhaftigkeit (= weiblich)

Mimik als Ausdruck von Dominanz, Selbstsicherheit, Emotionskontrolle (= männlich) oder von unkontrollierter Emotionalität, Hingebung an andere, Empathie, Unterwerfung (= weiblich)

Verwendung von Dominanz- bzw. Unterwerfungsgesten bzw. -ritualen in der Selbstpräsentation und im sozialen Umgang

Wir benutzen Geschlechterzeichen als Ausdruck unserer Identität. Von unserer Umgebung wird „passendes“ Verhalten in der Regel belohnt (durch Anerkennung, Bewunderung), „unpassendes“, falsches Verhalten hingegen negativ sanktioniert. Diese Sanktionen können bis hin zur Infragestellung oder gar zur Aberkennung der jeweiligen Geschlechtsidentität gehen. Zum Beispiel wird ein Mann, der sich schminkt, seinen Beruf zugunsten der Aufzucht von Kindern hinten anstellt oder gar aufgibt, sich nicht für Sport, sondern für Handarbeiten interessiert, einen „Frauenberuf“ ausübt, eine körperlich überlegene Frau heiratet, weniger verdient als sie etc., vielfach als „kein richtiger“ Mann wahrgenommen und apostrophiert. Und eine Frau, die den Beruf über die Familie stellt, lieber boxt oder Fußball spielt anstatt ihr Heim zu verschönern, einen „Männerberuf“ ausübt und Karriere machen will, die nicht ununterbrochen auf Diät ist, um ihr Idealgewicht zu erreichen, wird ebenso als keine „richtige“ Frau identifiziert.

Damit bin ich schon beim letzten, entscheidenden Punkt angekommen: den **sozialen Konsequenzen von Gender.**

Gender hat in beiden Sphären der Gesellschaft - im privaten Bereich ebenso wie im öffentlichen Bereich) Auswirkungen zum Nachteil beider Geschlechter. Es schränkt beide Geschlechter in ihren Entfaltungsmöglichkeiten spezifisch ein und es hierarchisiert ihr Verhältnis. Wenn Frauen und Männer sich in ihrer privaten Partnerwahl von Gendervorstellungen leiten lassen, dann resultiert ihr Verhältnis automatisch in einer hierarchischen Geschlechterordnung.

Wir werfen einmal einen genderbewussten Blick auf alltägliche Verhaltensmuster und Beziehungsdarstellungen, wie wir sie von den visuellen Medien ununterbrochen vorgesetzt bekommen.

Das ideale Paar

Im allgemeinen wird der ideale männliche Partner als größer, älter, stärker, selbstbewusster als der weibliche abgebildet; er benutzt Gesten, die ihn als besitzergreifend, führend, beschützend, dominant, aggressiv kennzeichnen; die ideale weibliche Partnerin ist hingegen entsprechend kleiner, zierlicher, unsicherer, haltsuchender, hingebungsvoll, bewundernd, unterwürfig und vor allem fürsorglicher als ihr Partner.

Aber auch im öffentlichen Bereich, in der Arbeitswelt, hinterlässt Gender deutliche Spuren. Durch die Aufspaltung des kommunikativen Repertoires in ein „männliches“ Durchsetzungsrepertoire und ein „weibliches“ Fürsorgerepertoire („Mütterlichkeitskomplex“) werden Frauen und Männer einseitig für die ihnen traditionell zugedachten gesellschaftlichen Aufgabenfelder und Machtpositionen qualifiziert. Gender bestätigt also die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung sowohl in der horizontalen als auch in der vertikalen Dimension – d.h. es gibt einerseits so genannte Männer- und Frauenberufe und innerhalb der jeweiligen Hierarchien befinden sich Frauen nach wie vor im unteren Bereich.

Gender macht es individuellen Frauen und Männern sehr schwer, breitere Interessen zu entwickeln und zu entfalten, im jeweils „anderen“, nicht ihrem Gender entsprechenden Bereich Fuß zu fassen oder gar zu reüssieren. Gelingt es ihnen dennoch, reagieren die öffentlichen Medien sofort mit neuen Zuschreibungen und Bewertungen, die diese besonderen Umstände aufgreifen und versuchen, die

Genderordnung wiederherzustellen (Beispiel Merkel: die „mächtigste Frau der Welt“ wird mit dem Spitznamen „Mutti“ belegt).

Durch die umfassende Genderisierung unserer Körper und unserer kommunikativen Werkzeuge werden ziemlich effektive soziale Schranken errichtet, die die Auflösung der gesellschaftlichen Trennung in weibliche und männliche Bereiche und somit die spezifische Diskriminierung von Frauen und Männern weitgehend, wenn auch nicht gänzlich, verhindern. Frauen oder Männer, die sich dieser spezifischen Einschränkung widersetzen, die sich breiter entfalten, die sich in „untypischen“ Bereichen und Positionen betätigen wollen, müssen sich die dafür nötigen „Werkzeuge“ vorerst noch individuell erarbeiten. Dafür gibt es allerdings bereits entsprechende Angebote im Bildungsbereich – z.B. Durchsetzungstrainings, Gendertrainings etc. – in denen die spezifischen Defizite von Frauen und Männern aufgegriffen und gezielt abgebaut werden können. Die wichtigste Voraussetzung dafür ist allerdings immer noch die kritische Reflexion der eigenen Wahrnehmungs-, Verhaltens- und Bewertungsmuster im Kontext von Gender.

In meinem Workshop werden wir uns damit konkret und praktisch beschäftigen. Wir werden uns einige Geschlechterzeichen bzw. „männliche“ und „weibliche“ Verhaltensmuster bewusst anschauen, ihre sozialen Funktionen herausarbeiten und versuchen, befriedigende Alternativen dazu zu entwickeln.

Literaturhinweise

Mühlen Achs, G.: Geschlecht bewusst gemacht. München, 1998.

Mühlen Achs, G.: Wer führt? Körpersprache und die Ordnung der Geschlechter. München, 2003.

Dr. Gitta Mühlen Achs
Wachtbergstraße 68, A-4852 Weyregg a. Attersee
Tel. 00 43 76 64 20 14, E-Mail: gitta.muehlen_achs@aon.at

Kraftsportbiographien und Sucht
Doping im Fitness-Studio als stoffgebundene Sucht!?

Mischa Kläber

Einleitung

Kommerzielle Fitness-Studios sind zu einem regelrechten Massenphänomen westlicher Industrienationen avanciert und folglich vollends in der modernen Sportgesellschaft angekommen. In über 6.500 Fitness-Studioeinrichtungen trainieren fast sieben Millionen Bundesbürger mit Hanteln, ausgeklügelten Trainingsmaschinen und/oder besuchen mannigfaltige Kursangebote wie Aerobic, Spinning, Thai Chi, Managerboxen usw. (vgl. Geipel 2008: 13f.). Menschen suchen Fitness-Studios auf, um der chronischen Langeweile, Körperdistanziertheit und Affektarmut des modernen Alltags zu entrinnen oder um sich nachhaltige Vergemeinschaftungserlebnisse zu verschaffen. Sie begeben sich in die Trainingshallen der Fitness-Studios, um vom Berufsalltag abzuschalten, ihren Körper wieder neu zu spüren oder den gesundheitsunfreundlichen Lebensweisen der Moderne ein bewegungsreiches und körperlich anstrengendes Kontrastprogramm entgegenzusetzen. Mit vertraglich fixierten Studiomitgliedschaften folgen Fitnessambitionierte den Gesundheits-, Schönheits-, Entspannungs-, Geselligkeits- sowie Spaßofferten der (privat-)wirtschaftlichen Fitness-Unternehmen. Als zahlender Kunde möchte man natürlich nachvollziehbare – am besten für jedermann gut sichtbare – „Erfolge“ verbuchen. Die individuelle Körperoptik ist dafür als Erfolgsbarometer prädestiniert. Das angepeilte Körperideal der Fitness-Studiobesucher variiert zwar je nach Präferenz (Bodybuilding, Fitness oder Gesundheitssport) relativ stark, im Mittelpunkt aber steht unbestreitbar die Körperoptikverbesserung im Sinne einer subtilen Modellierung der individuellen Körperhülle. Dass dabei – initiiert durch diverse studiointerne Stellgrößen – häufig zu „medikamentösen Hilfsmitteln“ gegriffen wird, stellt inzwischen ein offenes Geheimnis dar.

Aus dem deutschen Sprachraum liegen Studien vor, die konstatieren, dass zwischen 13 und 16% der Fitness-Studiokunden über Erfahrungen im Konsum von – oftmals verschreibungspflichtigen – Dopingmitteln verfügen (vgl. Boos et al. 1998; Striegel 2008). Mit der Mitgliedschaft und dem regelmäßigem Training in einem Fitness-Studio beginnen – unabhängig vom intendierten Körperideal – bestimmte biographische Dynamiken an der Sportlerbiographie zu wirken. Um sichtbare und beständige „Erfolge“ am eigenen Körper verbuchen zu können, bedarf es biographischer Fixierungen, die sich auf einer *sachlichen, zeitlichen und sozialen Ebene* differenzieren lassen. Diesen Fixierungsdynamiken haftet ein großes Risiko an, das sich sowohl am Beispiel des Essverhaltens als auch des Substitutionsverhaltens aufzeigen lässt. Häufig entsteht eine biographische Dynamik, die Doping wahrscheinlich macht. Nicht wenige Sportler geraten in eine Dopingspirale, die auf Eskalation ausgerichtet ist.

Biographische Dynamiken im Kraftsport

Auf einer *sachlichen Ebene* muss man sich als Körpermodellierer im zunehmenden Maße mit trainingsspezifischen Aspekten, ernährungs- oder diätspezifischen Strategien sowie leistungs- oder stoffwechselsteigernden Substitutionspraktiken auseinandersetzen. Nicht selten mündet ein anfänglich noch ausgewogenes (gesundes) Essverhalten in ein krankhaftes Diäthalten für den unbedingt gewollten

Waschbrettbauch oder in ein maßloses ‚Mästen' für den sehnsüchtig gewünschten Muskelmassezuwachs. Bei weiblichen Studiomitgliedern können sich aufgrund des steigenden – oft selbst auferlegten und durch die Peergroup verstärkten – Leistungsdrucks zum Schlanksein Ess-Störungen bis hin zu Bulimie u.ä. entwickeln. Männer hingegen unterliegen meist einem Leistungsdruck zum Muskulös-Sein und neigen daher zu einer einseitigen Ernährungsweise, aber immer häufiger auch zu subtilen Formen der Magersucht. Doch nicht nur die Essgewohnheiten spitzen sich sukzessiv zu und werden stetig rigoroser. Um den Stoffwechsel im Rahmen der Diät weiter anzuheizen, nehmen viele Studiokunden Fatburner, Grünteekapseln, L-Carnitin u.ä. Nahrungsergänzungspräparate ein. Der Konsum derartiger Mittel kann zugleich den Weg in die Dopingspirale darstellen. Immer mehr Studiomitglieder wagen aus figur- und leistungstechnischen Gründen den Griff zu verschreibungspflichtigen Dopingmitteln wie Ephedrin, Clenbuterol, Anabolika oder sogar Wachstumshormonen.

Auf einer *zeitlichen Ebene* lässt sich leicht zeigen, dass viele ambitionierte Studiomitglieder immer mehr Zeit für ihr Training aufbringen. Der Aufenthalt im Fitness-Studio nimmt deutlich zu. Außerdem investiert man sehr viel Zeit in das Studium von Trainings-, Ernährungs- und Dopingbüchern. Für die Zubereitung der Mahlzeiten, die pedantisch auf ihren Nährwert- und Kaloriengehalt hin überprüft werden, ist ebenfalls viel Zeit aufzubringen. Summa summarum ist zu konstatieren, dass viele Körpermodellierer in ihren Sport *hyperinkludiert* sind. Das bedeutet, dass sie sich ihrem Sport mit ‚Haut und Haaren' widmen. Der gesamte Tagesablauf ist nach ihrem Sport ausgerichtet. Die *Hyperinklusion* geht mit steigenden zeitlichen Investitionen für Trainingsangelegenheiten einher, die eine Reduzierung der zur Verfügung stehenden Zeit für andere Lebensbereiche zur Folge hat.

Auf der *sozialen Ebene* ist zu festzustellen, dass sich die Sozialkontakte immer drastischer auf Personen aus dem sportlichen Umfeld – hauptsächlich dem heimischen Fitness-Studio – oder aber auf Personen mit ähnlichen Interessen (Training, Ernährung oder Doping) reduzieren. Unter ‚Gleichgesinnten' lassen sich ernährungs- und substitutionsbedingte Verhaltensauffälligkeiten leichter ausleben und müssen nicht permanent gerechtfertigt werden. Es entsteht ein Gefühl der sozialen Nestwärme. Das heimische Fitness-Studio und die Gemeinschaft der Trainierenden gewinnen während des biographischen Verlaufs zunehmend an Bedeutung. Andere Freunde, Arbeitskollegen, nicht-sportliche Hobbys oder die Familie werden in ihrer sozialen Wertigkeit marginalisiert und mit weniger werdender Aufmerksamkeit von Seiten des Kraftsportlers abgestraft. Verliert ein Sportler, der in den Kraftsport hyperinkludiert ist, sein sportliches Umfeld als Bezugsgruppe, läuft er Gefahr, einen sozialen Tod zu erleiden.

Während des (sport-)biographischen Verlaufs bildet sich bei den meisten Studiomitgliedern ein *Leistungsindividualismus* aus. Es wird eine kontinuierliche Verbesserung der Körperoptik angestrebt. Jeglicher figurtechnischer Rückschritt kommt einer Katastrophe gleich und führt zu einem noch waghalsigeren Ernährungs- und/oder Dopingverhalten. Dieser Umstand markiert eine rigide, biographische Pfadabhängigkeit. Je intensiver man sich über die Körperoptik definiert, also seine Figur zum Identitätsaufbau vereinnahmt, desto schwieriger wird es, den einst eingeschlagenen und oft weit fortgeschrittenen biographischen Pfad wieder zu verlassen. Um eine stetige Körperoptikverbesserung dauerhaft zu gewährleisten, werden sämtliche Möglichkeiten zur Leistungssteigerung, etwa Sporternährung und Doping, ausgelotet.

Spiralförmige Eskalationen der Athletenbiographie

Anfängliche, noch als „gesund“ zu bezeichnende Ernährungsumstellungen wie etwa weniger fetthaltige und dafür mehr eiweißhaltige Nahrungsmittel, oder die Substitutionsgewohnheiten wie der Konsum von Vitamin- oder Mineralstoffpräparaten steigern sich kontinuierlich. Ab einem bestimmten Leistungsniveau werden Kohlenhydrate komplett aus dem Ernährungsplan verbannt oder über den Umweg der Prohormone (und anderen Vorstufen des Dopings) immer riskantere ‚Zusatzmittel' konsumiert. Das Trainings- und Ernährungs- sowie das Dopingverhalten ordnen sich einem schleichenden, aber stetig fortschreitenden *Radikalisierungsprozess* unter. Daraus kann – wohlgemerkt kann, muss aber nicht – in Bezug auf das geradezu zwanghaft betriebene Hanteltraining eine Sportsucht (klassische Verhaltenssucht) und in Bezug auf die Ernährungsweise ein gestörtes Essverhalten (z.B. eine Magersucht) entstehen. Im Hinblick auf das Substitutionsverhalten können die im biographischen Verlauf entfesselten Dynamiken in ein Dopingverhalten gemäß einer stoffgebundenen Sucht resultieren.

Um verstehen zu können, warum sich bei manchen Kraftsportlern ein zwanghafter und oft nicht mehr kontrollierbarer Trainingsdrang entfaltet, gilt es, die Hauptfaktoren der Motivation zu erarbeiten. Der Sinn, den die Kraftsportler ihrem Sport zuschreiben, ist für die Etablierung und Stabilisierung einer Verhaltenssucht entscheidend. Nur wenn der Kraftsport dem Athleten etwas vermittelt, das für den Alltag und die subjektiv empfundene Lebensqualität bereichernd ist, kann ein zwanghaftes Verhaltensmuster dominant werden. Gross (2002) konstatiert, dass hinter jeder Sucht eine Sehnsucht steht, und das gilt eben auch für „alltägliche Suchtformen“. Es geht hierbei keineswegs nur um mehr Anerkennung, Selbstbestätigung, Selbstbewusstsein oder das Ausleben einer überzogenen Ichbezogenheit und/oder Selbstverliebtheit (Stichwort: Egozentrismus und Narzissmus), sondern auch um Sinnmotive, die jenseits subjektorientierter – rein psychologischer – Phänomene entstehen und durch funktional ausdifferenzierte Gesellschaftsformen entscheidend mitverursacht sind.

Sinnmotive und kognitive Schließung

Durch regelmäßiges Sporttreiben kann man ungünstige Lebensbedingungen kompensieren, so weit die Ausgangsthese. Konkret: (1) Kraftsport kann zur Kompensation von physischer Unterbelastung sowie psychischer Überlastung beitragen. Die überwiegend sitzenden Tätigkeiten im herkömmlichen Berufsalltag resultieren in zu geringen körperlichen Anforderungen. Permanenter Zeitdruck und häufig zu komplexe Aufgabenstellungen münden früher oder später in psychische Überlastung. Dies kann sich wiederum in Kombination mit andauernder körperlicher Unterforderung – man kann heute sogar von chronisch gewordenem Bewegungsmangel sprechen – gesundheitlich in unterschiedlicher Weise bemerkbar machen. (2) Sport kann auch körper- sowie emotionsbezogene Kontrolldefizite ausgleichen. Ein moderner, nach Selbstbestimmung strebender Mensch unterliegt einer starken Kontrolle durch bestehende Normen und Regeln der Gesellschaft. Wenn die externale Kontrolle wesentlich höher als die internale ist, wie es für Häftlinge im Gefängnis kennzeichnend ist, führt dies zu massivem Unwohlsein, das sich ebenfalls somatisieren kann.

Beim Bodybuilding oder Fitness-Sport kann man mit dem eigenen Körper und sich selbst kontrollierter, aber zugleich auch „freier“ umgehen. Da diese Betätigungsfelder – mal abgesehen von wenigen professionellen Kraftsportlern – in den Freizeitbereich fallen, herrscht ein stark ausgeprägtes Moment der Selbstbestimmung vor. Im unmittelbaren Vergleich zum traditionellen Vereinssport ist die Selbstbestimmung in kommerziellen Fitness-Studios um ein Vielfaches höher an-

zusiedeln (vgl. Bednarek 1984: 55ff.). Schlagworte wie Entfremdung, Bürokratisierung, Spezialisierung, Zeitknappheit oder Anonymität sind nur einige Merkmale, die für westliche Industrienationen typisch sind. Diese Entwicklungen sind zwar als ambivalent zu deuten, denn sie haben zweifellos auch Gutes mit sich gebracht, erscheinen aber für das subjektive Empfinden oft als negative Begleiterscheinungen der Moderne.

Sportarten, in denen das Hanteltraining im Zentrum steht, besitzen vor diesem Hintergrund ein außergewöhnliches Ausgleichspotential. Gemeint ist zuallererst der Ausgleich oder die Entschärfung von wahrnehmbaren Mängelzuständen, die aus den negativen Merkmalen des Industrialisierungs- und Modernisierungsprozesses als logische und zum Teil unvermeidbare Konsequenz resultieren. Derartige Mängelzustände äußern sich am Individuum in Form einer „Ohnmacht" gegenüber gesellschaftlichen Zwängen, um es mit Adornos (1981) Worten zu sagen. Diese Diagnose, die von der extremsten Form der Machtlosigkeit, also der „Ohnmacht", ausgeht, manifestiert sich durch schwindende Machbarkeitserfahrungen, mangelnde Authentizitätserlebnisse, fehlende Lebendigkeitsgefühle und steigende Sinnleere.

Starke körperliche Anstrengung und Schmerzen werden zu einem Garant für Authentizität. Modellierungsmöglichkeiten, die sich am Körper verhältnismäßig schnell und nachvollziehbar manifestieren, bescheren den Sportlern Machbarkeitserfahrungen von höchster ‚Qualität'. Der während des Trainingsprozesses mit Schweiß überströmte und gnadenlos „drangsalierte" Körper ist ein fortwährender Ausdruck für eine hoch aufgeladene Gefühlslage, in der sich der Kraftsportler schlichtweg wohl und ausgesprochen authentisch fühlt. All diese Punkte sind als eine wirkungsvolle Kompensationsmöglichkeit für moderne Verlusterfahrungen zu verstehen. Dabei gilt: „Ermüdung, Schweiß und völlige Verausgabung sind vormoderne Körperzustände, die erst der exzessiv betriebene Sport wieder mit Sinn ausgestattet hat" (Bette 2005: 309). Das tägliche Krafttraining und die dadurch erhofften Fortschritte in der körperlichen Entwicklung üben eine auffallend große Faszination aus. Apraku und Nelles (1988: 8) halten fest: „Wahr ist, was fühlbar ist. Der „Körperkult" wird so zu einer Form der Zurückweisung des tristen und illusionslosen Alltags, zu einem Lebensstil, in dem sich Bilder der Massenmedien – Film, Fernsehen, Werbung – untrennbar mit der Unmittelbarkeit sinnlicher Körpererfahrung verschränken." Sie bringen damit eine überaus emotionsgeladene Argumentationsweise ins Spiel. Evident ist, dass sich die Athleten, ohne eine passionierte Einstellung zu dem zu besitzen, was sie in ihren Fitness-Studios tun, wohl kaum jeden Tag aufs Neue für das an sich „stupide" und mühsame Eisenstemmen motivieren könnten. Es ist daher keinesfalls schwer zu beobachten, dass Bodybuilder und Fitness-Sportler ihren Kraftport aus einer gewissen Leidenschaft heraus betreiben. Kritisch anzumerken ist: „Jede Leidenschaft, im Übermaß ausgeübt, kann süchtig entgleisen" (Gross 2003: 26).

Um das sportartspezifische Körpererleben, den unter Kraftsportlern sog. Pump (damit ist eine übermäßig durchblutete Muskelgruppe gemeint), so effizient wie nur möglich einzuleiten, werden die Muskelgruppen – Latissimus, Pectoralis, Bizeps, Soleus usw. – isoliert voneinander trainiert (vgl. Gießing 2002: 71ff.). Bodybuilder umschreiben die mit dem Pump einhergehende Empfindung gewöhnlich als Nonplusultra der „Glückseligkeit" und räumen ein starkes suchtähnliches Verlangen danach ein. Arnold Schwarzenegger stellt in dem Dokumentarfilm »Pumping Iron«, der in der Bodybuildingszene als Klassiker gilt, sogar Analogien zum Orgasmus beim Geschlechtsverkehr her: „Eisen pumpen ist ein phantastisches Gefühl. Es ist wie Sex mit einer Frau. Ich bin high. Ich bin im Himmel" (Schwarzenegger 1982, zit. nach Pramann 1983: 15ff.). Er führt sinngemäß weiter aus, dass der Pump wie ein Orgasmus sei, nur wesentlich länger und viel intensiver.

Dem Dargestellten entsprechend ist es evident, dass sich einige passionierte Kraftsportler nur während ihrer Trainingseinheiten oder generell nur in den vertrauten Hallen ihres Fitness-Studios wirklich sicher und wohl fühlen. Während der Trainingszeiten können sie vom Alltag abschalten und sich „entspannen“. Primär der Trainingsprozess, aber auch der extravagante Lebensstil in seiner Gesamtheit betrachtet, wird für Kraftsportler zu einer ausweichenden Tätigkeit, die ihnen weitgehend größte Freuden bereitet und mit potenten Lustgefühlen verbunden ist. Diese Lustgefühle, die durch den Pump im Trainingsgeschehen gekrönt werden, spitzen sich im Verlauf ihres sportlichen Werdegangs unaufhörlich weiter zu und resultieren in einem zwanghaften Bedürfnis nach Eisenpumpen. Gemäß Gross (2003: 20f.) entspricht dies dem typischen Entwicklungsverlauf einer stoffungebundenen Sucht.

Der von körpermodellierenden Kraftsportlern propagierte Lebensstil bringt diverse Formen einer schleichenden *Radikalisierung* mit sich. Diesbezüglich setzen sich Sportlerbiographien von den „Normalbiographien“ am frappantesten ab. Das über die Schmerzgrenze hinaus zu absolvierende Hanteltraining und die außergewöhnlich pedantische Ernährungsweise, die dem Athleten durch ihre Rigorosität eine enorme Disziplin abverlangt, werden als ein Muss – als eine Selbstverständlichkeit – hingenommen. Das Erholungsverhalten spitzt sich mit der Zielsetzung, unnötige Bewegung außerhalb der Trainingszeiten möglichst zu vermeiden, kontinuierlich zu. Daraus erfolgt eine sich unaufhörlich weiter zuspitzende *Radikalisierung* der ohnehin bereits ausgebildeten kognitiven Einseitigkeit, die sich in manchen Fällen bis hin zu einer *kognitiven Schließung* steigert (vgl. Bette/Schimank et al. 2002: 356ff.). Unterstützt durch die wechselseitigen Verstärkungen mit den sportlichen Umfeldakteuren, reduzieren sich die meisten Gedanken der Sportler auf den Kraftsport und weniger auf andere, z.T. „objektiv“ wichtigere Aspekte des Lebens wie den Beruf. Besagter Prozess der *kognitiven Schließung* ist der optimale Nährboden für eine Dopingsucht.

Studiointerne Netzwerke und Doping

Wichtig ist, dass die obigen biographischen Mechanismen immer auch eingebettet in soziale Bedingungen, Netzwerke und Beziehungsfallen sind. So wird einerseits das Training und die Ernährung der körpermodellierenden Sportler maßgeblich durch das soziale Umfeld bestimmt. In den Fitness-Studios findet ein reger Austausch über Trainings- und Ernährungsstrategien statt. Leistungen im Rahmen einer Aufbau- oder Abnehmdiät werden im Studioumfeld besonders gewürdigt. Deshalb sind Körpermodellierer ausgesprochen anfällig für Doping, mit dem sich die Körperoptik noch besser ausgestalten lässt. Andererseits sind die Dopinghandlungen der User keine isolierten, rein individuellen Entscheidungen; vielmehr werden Dopinghandlungen durch ein vorbereitendes und assistierendes Umfeld initiiert und getragen. Denn weder das zu erlernende Doping-Know-how noch die notwendigen Dopingpräparate fallen vom Himmel. An Kraftsportbiographien, die ein hohes Leistungsniveau erreicht haben, sind Trainingszwänge, Ess-Störungen und Dopingneigungen – bzw. real existierendes Doping – vor dem Kontext eingeschworener Netzwerke für jedermann beobachtbar, sofern die Kraftsportler zur Auskunft bereit sind.

Immer häufiger lassen sich Studiokunden ihre Ernährungspläne von Medizinern absegnen. Das läuft dann irgendwann Hand in Hand mit einer Überwachung der Dopingpraktiken (vgl. Boos et al. 1998; Striegel 2008). Folglich kommt den Medizinern in den User-Netzwerken der Fitness-Studios eine gewichtige Rolle zu. Non-User konsultieren – nicht selten auf Anraten eines befreundeten Users – diese Ärzte vorerst zum Zweck einer Diätberatung. Sie bekommen eine Beratung anhand ihrer aktuellen Blutwerte und werden zugleich im Hinblick auf Doping vor-

bereitet und desensibilisiert. Überspitzt kann man formulieren, dass besagte Mediziner aus Profitgier die Neigungen zu Ess-Störungen und Doping der Kraftsportler wissentlich schüren. Unabhängig davon reichen wenige Mediziner, um eine Vielzahl an User-Netzwerken im Hinblick auf ihre Diät- und Dopingpraktiken zu stabilisieren und zu professionalisieren.

Im Fokus dieses Artikels steht das Doping als stoffgebundene Suchtform. In der gegenwärtigen Suchtforschung ist es aber nicht unumstritten, ob man Doping als eine genuine stoffgebundene Sucht zu verstehen hat. Wenn Doping als Suchtform thematisiert wird, dann wird es auf hormonelle Präparate wie Steroide oder Peptidhormone (Wachstumshormone) reduziert. So heißt es bei Poser und Poser (1996: 189): „Anabole Steroide (unter Einschluss des männlichen Sexualhormons Testosteron) sind wahrscheinlich eine eigene Gruppe von Suchtstoffen. Ihre Zugehörigkeit zu den Suchtstoffen ist aber (noch) nicht allgemein akzeptiert.“ Exakt darin liegt die Zielsetzung der nachfolgenden Ausführungen. Es wird versucht, Doping als eine stoffgebundene Sucht darzustellen.

„Berichte über Männer, die über Fitness-Studios von Pillen abhängig oder von den Nebenwirkungen dieser Mittel krank geworden sind, werden kaum veröffentlicht. Sucht und chronische Krankheit passen nicht zum Image vom Sport und vom Bodybuilding; Loser haben dort nichts zu suchen“ (Vogt 2007: 251f.). Erfolgreich blendet man sowohl im Sport allgemein als auch im körpermodellierenden Kraftsport die Schattenseite der Jagd nach der – sich wie auch immer manifestierenden – sportlichen Leistungssteigerung aus. Immerhin geht es um das Ansehen „der schönsten Nebensache der Welt“, also das des modernen Sports. In der Regel wird der gesundheitssteigernde Effekt des Kraftsports postuliert. Da wirkt die These, dass einen der Kraftsport unter Umständen in Suchtformen treiben kann, ernüchternd.

Angesichts des paradoxen Umstandes, dass der Sport auch innerhalb der Suchttherapie zum Einsatz kommt, ist es irritierend, wenn jemand auf einmal das Suchtpotential des Sports – im vorliegenden Fall des Kraftsports – aufzeigt und dabei vor einer sich sukzessiv in der Biographie aufdrängenden und durch das soziale (sportliche) Umfeld mitgetragenen „Dopingsucht“ warnt. Dennoch ist dieser Schritt nach Auffassung des Autors essentiell, denn diverses empirisches Datenmaterial zeigt, dass Doping nicht selten zu einem krankhaften Zwangsverhalten entartet (vgl. Boos et al. 1998; Striegel 2008; Kläber 2009). Die Begriffspaarung Doping und Sucht (Dopingsucht) ist eine unübliche, aber durchaus erklärungskräftige Formulierung.

Dopingspirale: Etappen zu einer stoffgebundenen Sucht

Der Begriff Dopingspirale impliziert eine gewisse Eigendynamik und Steigerungsform. Beide Aspekte können wiederum Merkmale für eine ausgebildete Suchtform sein (vgl. Gross 2002: 17ff.). An den biographischen Verlaufsfiguren passionierter Kraftsportler lassen sich besagte Merkmale mühelos festmachen. Ab dem folgenreichen sportbiographischen Punkt, an dem es zur Dopinghandlung kommt, entfaltet sich eine ungemein potente Eigendynamik, die sich im Doping-Karriereverlauf immer weiter intensiviert. Nicht selten endet diese Eigendynamik in einer Eskalation. Die nächsten vier Unterpunkte zeichnen diese Entwicklung prägnant nach.

Der spiralförmige Verlauf der Dopinghandlungen markiert einen Anfang ohne Ende, der für User kennzeichnend ist. Zum einen verdichten und verschärfen sich die individuellen Dopinghandlungen. Zum anderen gibt es nach oben hin keine trennscharfe Grenzlinie. Die Doping-Karriere läuft bei nicht wenigen Usern all-

mählich aus dem Ruder, obwohl sie kalkulierender und somit planvoller Herkunft ist (vgl. Bette/Schimank 2006: 180f.). Substitutionen beginnen meist mit noch „harmlosen“ Ergänzungsmitteln wie Vitamin- und Aminosäurenprodukten. Wenn später dann Prohormone oder Creatin konsumiert werden, lässt der Griff zu verschreibungspflichtigen Dopingpräparaten nicht mehr lange auf sich warten. Nach den ersten Erfahrungen mit Ephedrin oder Spiropent werden in der Regel Anabolika konsumiert. User, die rigoros genug sind – und es sich finanziell leisten können –, gehen noch einen Schritt weiter und verwenden Wachstumshormone und andere Peptithormone. Das Dopingverhalten gelangt allmählich in die Nähe einer Sucht, für die ein Kontrollverlust typisch ist (vgl. Legnaro/Schmieder 2006: 7ff.). Umgangssprachlich kann man obiges auch als ‚Teufelskreis’ bezeichnen, dem man nur schwerlich entkommt. Zu viel hat man bereits in den Körper auf sachlicher, zeitlicher und sozialer Ebene investiert, so dass Rückschritte oder Stagnationen einfach nicht mehr hinnehmbar sind. Doping gewinnt allmählich erste Züge einer Drogensucht.

Angesichts des soeben Dargestellten erscheint ein „kontrollierter“ Drogenkonsum oder gar ein „Drogenkonsum als Lebenskontrolle“, wie es von Legnaro und Schmieder (2006) intensiv diskutiert und von der Majorität der User in Bezug auf ihren Medikamentenkonsum postuliert wird, als nicht möglich. Obwohl man Medikamentenmissbrauch nicht eins zu eins mit einem Betäubungsmittelkonsum gleichsetzen darf, lässt sich die Frage eines kontrollierten Konsums leicht übertragen. Denn viele User sind überzeugt, dass sie ein gesundheitlich unbedenkliches Konsumverhalten an den Tag legen und somit ein „vernünftiges“ Doping betreiben. Verstärkt durch betreuende Mediziner, glauben User, ihr Doping kontrollieren zu können. In Anbetracht der eröffneten Perspektive erscheint eine Kontrolle, die es beim herkömmlichen Drogenkonsum nach Auffassung der Suchtexperten keinesfalls gibt, auch in Bezug auf das Doping als unwahrscheinlich. Für Doping gilt grundsätzlich, dass durchaus ein Suchtpotential besteht, aber z.B. Anabolika-Abusus nicht zwangsläufig in einer therapiebedürftigen Abhängigkeit enden muss. Die Internationale statistische Klassifikation von Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – kurz: ICD – ist eine durch die WHO akkreditierte Klassifikationsschablone. Die ICD 10 Kapitel F1x.2 definiert eine Sucht wie folgt:

- Es liegt ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang vor, die jeweilige Substanz einzunehmen *(Zwanghaftigkeit)*.
- Es liegt eine verminderte Kontrolle über die Substanzeinnahme vor, ein Kontrollverlust über den Beginn, die Beendigung oder die Menge oder den Konsum über einen längeren Zeitraum als geplant bzw. ein erfolgloser Versuch, den Konsum zu kontrollieren *(Kontrollverlust)*.
- Es treten körperliche Symptome auf, wenn die Substanz reduziert oder komplett abgesetzt wird, wie ein geschwächtes Immunsystem, Zittern und Kreislaufprobleme *(Entzugserscheinungen)*.
- Für die Intoxikation (Vergiftung) oder um den gewünschten Effekt zu erzielen, müssen etappenweise höhere Dosierungen konsumiert werden, oder es werden geringere Effekte erzielt *(Toleranzentwicklung)*.
- Es werden andere wichtige Interessen, Vergnügungen, soziale Beziehungen sowie Arbeiten zunehmend vernachlässigt oder es wird viel Zeit darauf verwendet, sich die Substanzen zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Auswirkungen zu erholen *(Horizontverengung)*.
- Es wird am Konsum festgehalten trotz wahrgenommener gesundheitsschädlicher Folgen (körperliche, psychische und soziale). Die Einnahme wird fortge-

setzt, obwohl sich der Betreffende über die Art und das Ausmaß der Schädigungen bewusst war oder hätte bewusst sein können *(Selbstschädigung)*.

Die Diagnose einer Abhängigkeit im Sinne einer Sucht kann man bereits aufstellen, wenn nur drei der Kriterien erfüllt sind. Zudem müssen die drei Kriterien mindestens einen Monat lang bestehen oder innerhalb eines Jahres wiederholt bestanden haben (vgl. Poser/Poser 1996: 33). Da in Bezug auf typische User-Biographien meist alle Kriterien für mindestens neun Monate im Jahr bestehen, sollte man sich nicht mehr davor scheuen, Doping als eine Sucht zu behandeln. Nicht wenige User erfüllen sogar das ganze Jahr über alle sechs Kriterien. Nun sind die einzelnen Etappen der Dopingspirale zu thematisieren.

Etappe I: Nahrungsergänzungspräparate

Die Etappe der Nahrungsergänzungsmittel (sog. Supplements) kann man als Tor zum Doping verstehen. Ergänzungsmittel stellen den Auftakt zur ersten Dopinghandlung dar, weil es sich dabei noch nicht um Doping bzw. nicht um Substanzen handelt, die auf der Dopingmittelliste des IOC's geführt sind (vgl. Nickel/Rous 2007: 12). Die dem Doping immanente Steigerungslogik darf nicht nur von der einen Etappe zur nächsten gedacht werden, sondern macht sich auch innerhalb der Etappen bemerkbar. Alles fängt „relativ" harmlos mit Vitamin- oder Mineralpräparaten an und verschiebt sich dann in Richtung genuines Doping. Dass Vitaminüberdosierungen – besonders in Bezug auf die fettlöslichen Vitamine – auch zu gesundheitlichen Problemen führen können, wird kaum beachtet.

Viele Athleten sind von der Wirkung dieser Mittel überzeugt oder profitieren zumindest von einem Placebo-Effekt. In dem Moment, in dem sich ein Non-User auf Supplements einlässt, lässt er sich zugleich auf die dopingimmanente Kausalitätslogik ein. Nach dem Ursache-Wirkungs-Prinzip nimmt man spezielle Ergänzungsmittel ein, um damit bestimmte Zielsetzungen zu erreichen: Carnitin zur Fettreduktion bzw. Optimierung des Fettstoffwechsels, Creatin zur Kraftsteigerung und zum Muskelmasseaufbau oder isolierte Aminosäuren für eine effizientere Regeneration der im Trainingsprozess stimulierten Muskelgruppen. Dazu Müller (2004: 120): „Das Hauptproblem der ständigen Suche nach neuen, noch wirksameren Nahrungsergänzungen sehe ich jedoch darin, dass genau darin schon der Ansatz einer Dopingmentalität steckt. In der schier unüberschaubaren Grauzone des Marktes an unterschiedlichsten Nahrungsergänzungen können die Grenzen zwischen legal und illegal dann schnell verschwimmen."

Angespornt durch den Drang zur beständigen Leistungssteigerung und angesichts des Punktes einer Toleranzentwicklung, die sich schon beim Konsum von Nahrungsergänzungsmitteln bemerkbar macht, muss der Athlet immer noch ‚Eins drauflegen'. Er muss Stück für Stück höhere Dosierungen einnehmen und potentere Präparate wählen – oder aber er gibt sich mit der erreichten Körperoptik zufrieden, was für die Mehrzahl der Körpermodellierer allerdings atypisch ist. Der Weg innerhalb der Etappe der Nahrungsergänzungspräparate führt über einige Teiletappen (vgl. Butz/Icheln 2001: 20ff.): von Vitamin-, Mineral- oder Enzymtabletten sowie Eiweißdrinks über Creatin, Aminosäuren und aufputschende Getränke (wie Red Bull usw.) bis hin zu Prohormonen, die schon in einem Überschneidungsbereich zum Doping liegen. Mit Müller (2004: 119) etwas anders formuliert: „Inzwischen ist eine regelrechte Grauzone zwischen Nahrungsergänzungsmitteln (Supplements) und Doping entstanden, die auch Kenner der Materie nur noch mit Mühe überschauen." Prohormone sind als eine Vorstufe zu den synthetischen Anabolikapräparaten einzustufen. Neben Prohormonen gibt es noch andere Produkte wie z.B. »Tribulus Terrestris«, das den körpereigenen Testosteronspiegel anheben soll. Derartige Mittel werden ‚kurenweise' eingenommen. An dem bio-

graphischen Punkt, an dem ein Athlet zu Prohormonen greift, ist er schließlich, was Einnahmestrategien anbelangt, dermaßen gut „geschult“, dass er Supplements kalkulierend kombinieren, sie wechselseitig in ihren Effekten verstärken und den Wirkungsverlust beim Absetzen durch andere Ergänzungsmittel auffangen kann.

Je mehr Teiletappen der gekennzeichneten Etappe der (noch) legalen Nahrungsergänzungen von den Athleten durchlaufen werden, umso wahrscheinlicher ist eine erste Dopinghandlung. So führt die Einnahme von Creatin und Prohormonen in den meisten Fällen zum Konsum von verschreibungspflichtigen Dopingmitteln, die für jeden ernsthaft trainierenden Körpermodellierer eine nahezu unwiderstehliche Versuchung sind.

Etappe II: Humanarzneien

Der Missbrauch von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in Form von Dopinghandlungen ist der Analyseschwerpunkt des Artikels. Daher nimmt dieser Unterpunkt die wichtigste Stellung innerhalb der skizzierten Doping-Etappen ein. Viele dopende Kraftsportler bewegen sich seit vielen Jahren innerhalb besagter Etappe, die hier als eine Art ‚Experimentieren mit Arzneien’ umschrieben wird. Auch Etappe II unterteilt sich wiederum in mehrere Teiletappen, die zwischen hormonfreien oder hormonhaltigen Dopingpräparaten differenzieren. Zudem ist innerhalb der Hormonpräparate eine Unterteilung in Steroidepräparate (Anabolika u.ä.) sowie Peptidhormone (Wachstumshormone, Insulin u.ä.) angebracht. Pharmakologische Kategorisierungen oder biochemische Einteilungen nach Wirkstoffgruppen sind für diese Analyse zum einen nicht notwendig und zum anderen nicht von Relevanz. Was dagegen interessiert, sind die Initiierungsabläufe, die maßgeblich vom sportlichen Umfeld beeinflusst werden.

Kein Kraftsportler beschließt nur für sich allein, unter strikter Geheimhaltung und ohne kognitive Anleihen von Gleichgesinnten, eine Anabolikakur zu realisieren. Die für Doping mitverantwortlichen biographischen sowie strukturellen Dynamiken und verschiedenartigen Beziehungsfallen in Fitness-Studios, durch die die Athleten ein achtbares Stück weit gehandelt werden, sind zu Genüge dargestellt. Im Folgenden geht es um die überindividuellen (kollektiven) Wirklichkeitssichtweisen der User und um die Nähe der tradierten Dopinghandlungen zu stoffgebundenen Suchtformen. Dabei gilt: „Süchtiges Verhalten ist erlernbar, aber auch verlernbar“ (Ladewig 2002: 7). Nachdem das sog. natürliche Potential ausgereizt ist, bedient man sich der vielfach gepriesenen Produkte aus der Nahrungsergänzungsindustrie. Bleiben irgendwann die Fortschritte aus, muss man sich Gedanken darüber machen, ob man sich auf die nächsthöhere Niveauebene der Substitution begibt, die dann ohne jeden Zweifel als Doping aufzufassen ist – konform der Devise: „Vom Mineraldrink zu Anabolika“ (Beckers/Wagner 2007: 373).

Der Initiierungsablauf bringt Zuspitzungen mit sich, die die Dopingqualität und -quantität steigen lassen. Nicht nur, dass immer stärkere Mittel konsumiert und kombiniert werden, auch die Verabreichungsform radikalisiert sich. „Es ist eine Rutschbahn, auf die der junge Sportler gesetzt wird: Erst schluckt er nur die harmlosen Pillen, bald auch rezeptpflichtige Medikamente, meist gegen Entzündungen und Schmerz. Am Ende landet er im – legalen – Drogensumpf“ (Poser/Poser 1996: 187). Der Einstieg in den Arzneimittelmissbrauch erfolgt gewöhnlich über hormonfreie Substanzen wie Ephedrin und/oder Clenbuterol. Diese Substanzen – einige verschreibungspflichtige Schmerzmittel außen vor gelassen – stehen auf der Dopingmittelliste (vgl. Nickel/Rous 2007b: 12ff.). Oft werden sie von den Usern in ihrem Risikopotential unterschätzt. Diese Substanzen bilden die erste Teiletappe innerhalb der Etappe II.

Die bisher genannten Substanzen werden in der Regel als Tablette eingenommen. Generell beginnt die durchschnittliche Dopingkarriere mit Tabletten. Erst danach findet eine Umorientierung statt – gewissermaßen ‚von der Pille zur Spritze'. Da es sich bei passionierten Kraftsportlern oftmals um erfahrene User handelt, plädiert die Majorität dieser User für intramuskuläre Injektionen als Verabreichungsform und hält Tabletten nur als Ergänzung zum Spritzen für geeignet.

Eine Testosteron-Spritze ist für den Durchschnitts-User das Maß aller Dinge. „Von den zu injizierenden Substanzen werden in der Regel Depotformen eingesetzt. Manche Sportler nehmen gleichzeitig mehrere anabole Steroide nach einem ausgeklügelten Plan ein (stacking)" (Poser/Poser 1996: 188). Besonders unter erprobten Usern ist es Usus, mehrere Dopingmittel simultan so einzunehmen, dass die Halbwertszeiten aufeinander abgestimmt sind. Auch ein planvolles ‚Ausschleichen' hat am Ende einer jeden Kur stattzufinden. Häufig führen User penibel Tagebuch über ihre Dopingpraktiken. Darin protokollieren sie konsumierte Dopingpräparate, deren Dosierungen und die Kombinationsweisen.

Bei den von Usern angewandten Verabreichungsformen findet also ebenfalls eine spiralförmig verlaufende Zuspitzung statt. Von Tabletten-, Pulver- und z.T. auch Gel-Präparaten zu indizierbaren Präparaten und bezüglich der Injektionsweise von konventionellen zu immer riskanteren. In diesem Artikel können nicht alle gebräuchlichen Dopingpräparate zur Sprache kommen. Vielmehr geht es darum, den biographischen Pfad in die Dopingsucht nachzuzeichnen. Dabei ist die Bedeutung der Erfahrungen, die die User-Szene hinsichtlich der Wirkungsweisen über Jahrzehnte gesammelt hat, nicht zu verkennen. Denn wären User von der Wirkung der Dopingmittel nicht restlos überzeugt, würden sie die gesundheitlichen Risiken (Nebenwirkungen) vermutlich kaum in Kauf nehmen. Um die Wirkungsweisen detaillierter zu beschreiben, wird erneut zwischen *sachlicher, zeitlicher und sozialer Ebene* differenziert.

Auf *sachlicher Ebene* ermöglicht Doping den Usern, das von ihnen intendierte Körperideal zu erreichen. Doping hilft, die (physiologischen) Leistungsgrenzen des menschlichen Körpers hinauszuschieben. Medizinisch ausgedrückt: Mit einer Einnahme von Dopingsubstanzen ist es möglich, in den Bereich des nicht willkürlich aktivierbaren Leistungspotentials – der „autonomen Reserve" – vorzudringen und diese für das Training zu nutzen (vgl. Marées 2003: 639f.). Diverse Dopingmittel eröffnen den heutigen Sportlern vielfältigste Möglichkeiten hinsichtlich ihrer persönlichen Leistungssteigerung. Von aufputschenden und körperfettsenkenden bis hin zu muskelaufbauenden – anabol wirkenden – oder ausdauerverbessernden Arzneien bietet der hiesige Dopingmarkt alles. Das Spektrum an verschreibungspflichtigen Arzneien, das von den Usern gerne genutzt wird, ist überaus breit. Dennoch lassen sich die verwendeten Dopingsubstanzen auf einen gemeinsamen Nenner bringen – den der Anabolika- bzw. Steroidepräparate.

Anzumerken ist, dass speziell die Wirkstoffgruppe der Steroide von männlichen Kraftsportlern – und dabei besonders von Bodybuildern – bevorzugt wird. „Anabole Steroide steigern das Muskelwachstum, vor allem bei gleichzeitigem intensiven Training und hochkalorischer proteinreicher Diät" (Poser/Poser 1996: 188). Fitness-Sportler und die Mehrheit der dopenden Frauen, die primär an einem niedrigen Körperfettanteil interessiert sind, setzen auf Ephedrin- und Clenbuterolpräparate. Dabei werden Steroide keineswegs nur wegen ihrer anabolen Wirkung konsumiert, sondern um Regenerationsprozesse zu optimieren, den Stoffwechsel anzukurbeln oder Verletzungen besser auszukurieren.

Da Steroide einen stoffwechselbeschleunigenden Effekt haben, werden sie auch im Lager der Fitness- und Gesundheitssportler gerne verwendet. Auch sei das

Stichwort Anti-Aging angeführt, unter dem man im Hinblick auf den Erhalt von „Jugendlichkeit“ sowie „Gesundheit“ die Einnahme von Steroiden und Wachstumshormonen rechtfertigt. Mit Nachdruck wird von Seiten der Dopingprotagonisten auf den angeblich „gesundheitsfördernden Effekt“ von Hormonen aufmerksam gemacht. Ob Wachstumshormone u.ä. in bestimmten Applikationen tatsächlich eine positive Wirkung auf die Gesundheit besitzen, muss ungeklärt bleiben. Bekannt hingegen ist, dass Hormone in den westlichen Industrienationen, wie etwa den USA, England oder Deutschland, als Anti-Aging-Substanzen Anwendung finden (vgl. Gießing 2002: 23f.).

Die meisten User machen zwei bis drei Kuren von acht bis zwölf Wochen pro Jahr. Doch fragt man präziser nach, stellt man fest, dass sie in den Phasen zwischen den Kuren (Einnahmezyklen) andere Mittel nutzen, um die antrainierte Muskelmasse und den niedrigen Körperfettgehalt halten zu können. Vereinzelt gibt es User, die das gesamte Jahr über ‚online sind’ – wie sie es nennen. Diese User konsumieren das gesamte Jahr über Hormone und tauschen nur die Präparate aus.

Auf *zeitlicher Ebene* dient Doping einer Beschleunigung körperlicher Prozesse. Mit Doping macht man wesentlich schneller Fortschritte als ohne. Steroide lösen anabol wirkende Mechanismen im Athletenkörper aus, die einen Muskelmassezuwachs begünstigen und somit temporär beschleunigen. Amphetamine dagegen kurbeln den Stoffwechsel an und gewährleisten vor dem Training eine beschleunigte physiologische Aktivierung sowie psychologische Einstimmung. Da einige Dopingmittel helfen, Sportverletzungen schneller auszukurieren, sorgen sie zudem für eine Reduzierung unproduktiver Wartephasen. Nur was den Ermüdungsprozess bei körperlicher Aktivität anbelangt, hat Doping eine deutlich verzögernde Wirkung. So hält man den Trainingsbelastungen länger stand. Mit einer Einnahme von Wachstumshormonen lassen sich die genannten zeitlichen Effekte nochmals intensivieren.

Bezüglich des Konsums von Wachstumshormonen spaltet sich das User-Lager. Steinmeier (2001: 355f.) konstatiert diesbezüglich eine „Zweiklassengesellschaft“. Den meisten Usern ist dieser Schritt schlichtweg zu gefährlich, denn die Nebenwirkungen von Wachstumshormonen sind im Vergleich zu denen der Steroide nicht nur riskanter, sondern oft irreversibel. Wachstumshormone bilden die Grenzlinie zur nächsten Teiletappe innerhalb der Etappe II, bei der auch die Kosten extrem ansteigen. Verlässt man den Blick auf die Wirkungsweisen und sieht sich wieder die User-Biographien in ihrer Gesamtheit an, lässt sich aufzeigen, dass User ihren körperlichen Zenit durch Doping – temporär gesehen – schneller erreichen und länger halten.

Auf *sozialer Ebene* helfen die sportlichen Erfolge, die durch die skizzierten Wirkungsweisen des Dopings auf der *sachlichen* sowie *zeitlichen Ebene* möglich wurden, beim Reüssieren in der Peergroup. Sofern man schon einen festen Platz im User-Netzwerk ergattert hat, wirkt sich erfolgreiches Doping im Hinblick auf die Netzwerkhierarchie „karriereförderndd“ aus. Einige User können durch abenteuerliche Dopinghandlungen und die dabei ausgelösten körperoptischen oder auch krafttechnischen Fortschritte in der User-Hierarchie blitzartig aufsteigen – in kürzester Zeit vom Anwärter zum Spezialisten werden. Dies ist allerdings die Ausnahme, denn je schneller ein Athlet durch Doping Erfolge einfährt, umso schwieriger wird es für ihn, die Erfolge auch dauerhaft zu erhalten. Neulinge sind meist alles andere als unängstlich und uneingeschränkt risikobereit. Der zu erwartende Ruhm sowie die Anerkennung durch die Akteure des User-Netzwerks und andere Studiokollegen sind motivierende Aspekte.

Nicht unwesentlich ist in diesem Zusammenhang auch die Identitätsstabilisierung, die man durch Doping weiter vorantreiben kann. Je mehr und je schneller man seine Körperoptik perfektionieren kann, umso besser ist es für die (individuelle) Identitätsarbeit, die nur vor einem sozialen Hintergrund Sinn macht. Ziel ist es, einen atemberaubenden Körper zu erlangen, den es sozial möglichst eindrucksvoll in Szene zu setzen gilt. Denn nur durch eine Bewunderung von Seiten der Öffentlichkeit wird man sich der erbrachten Leistung bewusst, was zum Weitermachen motiviert. Es sind hauptsächlich reputationssteigernde Erträge, die den Wirkungsweisen auf *sozialer Ebene* zu Eigen sind.

Doping offeriert Usern in ihrem sozialen Umfeld vielerlei Vorteile. Das soziale Umfeld, das überwiegend im sportlichen Umfeld zu sehen ist, hat für die User eine außerordentliche Relevanz. Alle oben genannten Wirkungsweisen, die sich einer *sachlichen, zeitlichen oder sozialen Ebene* zuordnen lassen, stehen in einem interdependenten Verhältnis zueinander. Die vielseitigen Wirkungen oder „positiven“ Effekte – von den nicht intendierten Effekten (Nebenwirkungen) abgesehen – sind verführerische Argumente für ein Langzeit-Doping. Diese ‚Vorzüge' wirken sich auf das Handeln der User (ganz im Sinne eines Dopings als stoffgebundene Sucht) verstärkend aus. Der biographischen Verlaufsfigur eines Users ist zu entnehmen, dass sie eine Suchtstruktur, wie es in der Suchtforschung genannt wird, ausgebildet hat. Die Biographie des Users ist dann gekennzeichnet von einem süchtigen Erleben oder Verhalten, also einem süchtigen Umgang mit Dopingsubstanzen. Für die Majorität der User ist jedoch auf der Doping-Etappe II Schluss und alles, was über sie hinausgeht, nicht mehr akzeptabel. Andere User sind dagegen derart hemmungslos geworden, dass sie sich auf den Konsum von Tierarzneien einlassen.

Etappe III: Tierarzneien

Der Konsum von Medikamenten aus der Veterinärmedizin wird von Kraftsportlern meist sehr „kritisch“ diskutiert. Dennoch haben viele User Erfahrungen mit derartigen Mitteln vorzuweisen und 30% der User greifen regelmäßig auf Präparate für Tiere zurück. Hoffmann (1999: 44ff.) erörtert diese Feststellung: „Athleten verwenden nicht nur Präparate aus der Humanmedizin, sondern auch Medikamente, die zur Behandlung von Tieren gedacht sind. Da an diese geringere Anforderungen bezüglich Reinheit und Sterilität gestellt werden als an Produkte aus der Humanmedizin, kommt es bei manchen Athleten zu Fieber und grippeähnlichen Symptomen.“ An dem Konsum von Arzneien, die eigentlich für Hunde, Katzen, Pferde, Rinder usw. gedacht sind, verdeutlicht sich der abenteuerliche Desensibilisierungsgrad einiger User sowie deren hohe Risikobereitschaft.

Es ist davon auszugehen, dass die Anzahl der Konsumenten im Lager der Bodybuilder am größten ist. Fitness-Sportler verwenden wegen der körperfettreduzierenden Wirkung oft „nur“ Ventipulmin – das Äquivalent der Veterinärmedizin zum Spiropent. Steroide für Tiere sind dagegen selbst im Lager der an sich dopingfreundlichen Bodybuilder umstritten. Einige User schwören aber auf deren enorme Wirkkraft. Andere sind eher skeptisch, was die Kompatibilität mit der menschlichen Physis anbelangt. Allein schon der Gedanke an eine Einnahme von Präparaten, die im Grunde für Tiere bestimmt sind, ist jedoch für die meisten User überaus befremdlich.

Grundsätzlich ist die Beschaffung von dopinggeeigneten Tierarzneien im Vergleich zu Präparaten aus der Humanmedizin wesentlich leichter. Beispielsweise sind Laurabolin (ein Anabolikum für Katzen), Ganabol (ein Anabolikum für Rinder) oder Ventipulmin (ein Asthmatikum für Pferde) in Dopingkreisen leicht zu besorgen. Generell braucht man nach diesen Tiermitteln nicht lange zu suchen. Kennt

man einen Tierarzt, Bauer oder Reitsportler, ist es ein leichtes Unterfangen, an Tierpräparate heranzukommen. In Reitstallungen oder auf Bauernhöfen ist das Clenbuterolpräparat ‚Ventipulmin' für jedermann zugänglich. Oftmals fällt es nicht einmal auf, wenn zwei oder drei Dosen verschwinden. Noch einfacher ist der Bezug über einen profitorientierten Veterinärmediziner.

Poser und Poser (1996: 189) führen zwei Gründe für die Einnahme von Tierarzneien an: „Sportler [verwenden] gerne die veterinärmedizinischen Pharmaka wegen des geringeren Preises und wegen der leichteren Möglichkeit, Verschreibungen dafür zu bekommen." Im Gegensatz zum oben Erläuterten schwärmen einige User von der „Reinheit" dieser Mittel. Dopingpräparaten aus der Veterinärmedizin wird stellenweise sogar ein „höherer Reinheitsgrad" attestiert als den Äquivalenten aus der Humanmedizin. Unter anderem aufgrund der angenommenen „höherwertigen Reinheit" werden automatisch die Effizienz von Tierarzneien als hoch eingestuft und die Nebenwirkungen für gering erachtet. Davon unabhängig wird die Einnahme von Tierarzneien bagatellisiert. Das geschieht in einer bedenklich plakativen und z.T. auch veralbernden Weise, was die Unbekümmertheit mancher User unterstreicht. So heißt es: Was für Tiere gut ist, kann dem Menschen nicht schaden!

Analysiert man biographische Einzelfälle im Hinblick auf Suchtstrukturen, kann man sich nicht bei allen Usern sicher sein, ob man ihr Dopingverhalten zur Sucht deklarieren sollte. Bei denjenigen, die regelmäßig Tiermittel konsumieren, kann man allerdings oft eine eindeutige Suchtstruktur feststellen. Sie sind fortwährend auf der Suche nach „neuen" sowie kostengünstigen Dopingmitteln. Sie sind extrem desensibilisiert, was den Konsum von Medikamenten jeglicher Art anbelangt. Ihre Hemmschwelle ist sehr niedrig und ihre Experimentierfreude auffällig ausgeprägt. Es gibt kaum ein Dopingmittel, das sie nicht ausprobieren würden. Manche User geraten kognitiv völlig aus dem Gleichgewicht und fixieren sich zunehmend auf ihr Doping (*Horizontverengung*). Alles, was nicht direkt mit dem Kraftsport oder Doping zu tun hat, wird marginalisiert. Die individuellen Substitutionshandlungen drohen noch weiter zu eskalieren.

Etappe IV: Straßendrogen

Immer wieder werden aktive oder ehemalige Hochleistungssportler, gleichgültig ob sie vorher schon einmal des Dopings überführt wurden oder aber in dieser Hinsicht noch niemals auffällig waren, mit Straßendrogen (Betäubungsmitteln) in Verbindung gebracht. Viele prominente Fälle sind aus den letzten Jahren bekannt, die nicht aufgeführt werden brauchen (vgl. Sörös/Vogl 2008: 60ff.). Folglich weisen einige Hochleistungssportler eine Affinität zum Straßendrogenkonsum auf. Diese Aussage ist auch auf den kommerziellen Sportbereich der Fitness-Studios generalisierbar. Nicht wenige User, die eine Dopingsucht ausgebildet haben, nehmen gerne ‚eine kleine Prise' Kokain, ein paar Ecstasy-Pillen, eine ‚Tüte' Gras o.ä. zusätzlich zu ihren „Sportdrogen" ein (vgl. Ludwig 2007: 187ff.). Auch wenn diese Feststellung für einige User zutreffend sein mag, laufen derartige Aussagen Gefahr, die Grenzlinie zwischen Doping und Straßendrogen zu verwischen. Folglich ist strikt zwischen dem Konsum von Straßendrogen und dem von Doping zu unterscheiden. Trotz allem sind einige Überschneidungen der beiden Suchtstoffklassen eklatant. Insbesondere Kokain, aber auch Marihuana und Amphetamine, sind als Dopingsubstanzen deklariert und werden offiziell auf der Dopingmittelliste des IOC's geführt (vgl. Nickel/Rous 2007). So manche klassische Straßendroge wird demzufolge auch im Sportbereich zur Leistungssteigerung oder Regenerationsoptimierung eingenommen. Hinzu kommt, dass User grundsätzlich ‚offener' und damit anfälliger für Straßendrogen sind als andere Sportler (oder Nicht-Sportler). Dies ist auf die meist vorhandene Suchtstruktur und die fortgeschrittene

Desensibilisierung bezüglich der Einnahme von bedenklichen Substanzen zurückzuführen.

Grundsätzlich gilt, „dass Personen, die anabole Steroide verwenden, dazu neigen, auch weitere Substanzen zu konsumieren – Opiate, Cannabinoide, Benzodiazepine“ (Franke/Ludwig 2007: 199) u.a. gefährliche Rauschgifte. Es ist wenig verwunderlich, dass User eher eine Straßendrogenaffinität entwickeln als Non-User. Umgekehrt greifen speziell diejenigen, die eine Drogenaffinität aufweisen, mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit auch im Sportbereich zu illegalen Dopingmitteln. Implizit kommt dabei eine Suchtpersönlichkeit zum Tragen, die sich aus „charakteristischen“ Merkmalen von Süchtigen konstituiert (vgl. Gross 2003: 256ff.). In diesem Artikel stehen jedoch die sozialen Anteile der Suchtstruktur im Zentrum und nicht psychologische Persönlichkeitsmerkmale.

Allem Anschein nach existiert zwischen Straßendrogen und Doping ein interdependentes Verhältnis. Es ist demzufolge nicht von einer einseitigen Kausalität auszugehen. Nicht immer führt bei Sportlern eine Einnahme von Straßendrogen automatisch zu einem Dopingverhalten. Ebenso wenig ist davon auszugehen, dass ein tradiertes Dopingverhalten unweigerlich zum Konsum von Straßendrogen führt. Die erkennbare Suchtstruktur in User-Biographien führt in einigen Fällen auch dazu, bereitwillig Straßendrogen auszuprobieren. Weniger überraschend ist, dass viele User, die bereits Tierarzneien verwendet haben oder sie regelmäßig einnehmen, auch über Erfahrungen mit Straßendrogen verfügen. Ein breiter Konsum von Dopingmitteln (inklusive Tierarzneien) und Straßendrogen spricht für eine tief sitzende Sorglosigkeit gegenüber dem Konsum bedenklicher Substanzen. User, die in ihren Substitutionshandlungen derartig breit sind, instrumentalisieren ihren Körper auf allerhöchstem Niveau; sie versuchen sich ihre Körper gefügig zu machen.

Festzuhalten ist, dass mit dem Erreichen der letzten Doping-Etappe, also einem Straßendrogenkonsum, der folgenschwere Höhepunkt einer möglichen – durchaus nicht zwangsläufig so endenden – Doping-Karriere erreicht ist. Alle User, die der Etappe IV zuzuordnen sind oder waren, haben zumindest in dem Zeitraum, in dem die Einnahme von Straßendrogen zusammen mit Dopingsubstanzen stattfand, in der Regel alle sechs Kriterien für eine stoffgebundene Sucht nach der ICD-Klassifikationsschablone erfüllt. *Zwanghaftigkeit, Kontrollverlust, Entzugserscheinungen, Toleranzentwicklung, Horizontverengung sowie Selbstschädigungen* sind in typischen User-Biographien problemlos nachzuweisen (vgl. Poser/Poser 1996: 33f.).

Ausblick

Hinsichtlich des Dopings im Hochleistungssport ist gewissermaßen „das Kind bereits in den Brunnen gefallen“ und somit die Aussicht auf Erfolge in der Dopingbekämpfung zwar nicht hoffnungslos, aber doch eher nüchtern zu betrachten. Folglich ist es angebracht, sich intensiver um den Breiten- und Freizeitsport zu bemühen. Denn sind diese Bereiche des modernen Sports schon nicht mehr „sauber“ zu halten, braucht man sich um den Hochleistungssport wohl kaum noch zu bemühen. Dieser Artikel hat aufgezeigt, wie kolossal sich der Einfluss biographischer Dynamiken in Kraftsportbiographien auf die zumeist ohnehin vorhandene Dopingaffinität von Fitness-Studiokunden auswirken kann. Durch kollektivierte Zwänge und Beziehungsfallen hat sich eine alarmierende Dopingsituation in kommerziellen Fitness-Studios entwickelt. Nicht selten stehen auch Vereinssportler direkt über eine Mitgliedschaft in einem Fitness-Studio oder indirekt über Mittelsmänner mit deren User-Netzwerken in Kontakt. Was die Verbreitung des Doping-Know-hows oder die Beschaffung von Dopingmitteln anbelangt, besitzen die

User des Kraftsportmilieus eine zentrale Funktion für die deutsche Dopingszene. Folglich muss sowohl die Dopingforschung als auch die Dopingprävention verstärkt im User-Milieu kommerzieller Fitness-Studios ansetzen, um ein fundierteres Wissen über die Dopingszene generieren zu können und möglichst früh präventiv auf Studiomitglieder – insbesondere jugendliche – einwirken zu können.

Literatur

Adorno, Theodor W. und Gerd Kadelbach, 1981: Erziehung zur Mündigkeit. Vorträge und Gespräche mit Hellmut Becker 1959-1969. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Apraku, Eva und Stephan Nelles, 1988: Körperkult. Reportagen über ein Phänomen. Frankfurt am Main/Berlin: Ullstein-Sachbuch.

Beckers, Edgar und Thorsten Wagner, 2007: „Falscher Einwurf! – Gegen Doping und Medikamentenmissbrauch“. In: Sportunterricht 56. Jg., H. 12, 371-376.

Bednarek, Joachim, 1984: Formung, Verformung, Formierung des Körpers. Bodybuilding als Freizeitaktivität und Lebensinhalt. In: Michael Klein (Hrsg.), Sport und Körper. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 50-64.

Bette, Karl-Heinrich, Uwe Schimank, Dominik Wahlig und Ulrike Weber, 2002: Biographische Dynamiken im Leistungssport. Möglichkeiten der Dopingprävention im Jugendalter. Köln: Sport und Buch Strauß.

Bette, Karl-Heinrich, 2005c: Risikokörper und Abenteuersport. In: Markus Schroer (Hrsg.), Soziologie des Körpers. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 295-322.

Bette, Karl-Heinrich und Uwe Schimank, 2006b: Doping im Hochleistungssport. Anpassung durch Abweichung. Frankfurt am Main: Suhrkamp (2. Auflage; erste Auflage 1995).

Boos, Carsten, Peter Wulff, Peter Kujath und Hans-Peter Bruch, 1998: Medikamentenmissbrauch beim Freizeitsportler im Fitnessbereich. In: Deutsches Ärzteblatt, 95. Jg., H. 16, C708-C712.

Butz, Katharina und Detlef Icheln, 2001: Muskelpillen. Die besten Fitmacher: Alle Präparate im Test. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Franke, Werner und Udo Ludwig, 2007: Der verratene Sport. Die Machenschaften der Doping-Mafia. Täter, Opfer und was wir ändern müssen. Gütersloh: Zabert Sandmann.

Geipel, Ines, 2008: „No Limit“. Wie viel Doping verträgt die Gesellschaft. Stuttgart: Klett-Cotta.

Gießing, Jürgen, 2002a: Das Muskelaufbautraining beim Bodybuilding. Eine kritische Analyse aus sportwissenschaftlicher Sicht. Marburg: Tectum.

Gross, Werner, 2002: Hinter jeder Sucht ist eine Sehnsucht. Die geheimen Drogen des Alltags. Freiburg: Herder (5. Auflage).

Gross, Werner, 2003: Sucht ohne Drogen. Arbeiten, Spielen, Essen, Lieben ... Frankfurt am Main: Fischer (2. Auflage).

Hoffmann, Jürgen, 1999: Hormon Report. Verbreitung, Anwendung und Beurteilung von Hormonen als Dopingmittel im Bodybuilding. Arnsberg: Novagenics.

Ladewig, Dieter, 2002: Sucht und Suchtkrankheiten. Ursachen - Symptome - Therapie. München: C.H. Beck Wissen (3. Auflage).

Legnaro, Aldo und Arnold Schmieder, 2006: Kontrollierter Drogenkonsum – Drogenkonsum als Lebenskontrolle. Berlin: Lit Verlag.

Ludwig, Udo, 2007: „Ich bin der Stier.“ Immer mehr Jugendliche greifen zu Anabolika, um ihre Muskeln zu stärken. Doch hochdosiert schädigen die Präparate nicht nur Herz, Leber und Hoden: Besonders die psychischen Folgen wurden bisher unterschätzt. In: Der Spiegel, H. 2/2007.

Kläber, Mischa, 2009: Doping im Fitness-Studio. In: Karl-Heinrich Bette (Hrsg.), Doping im Leistungssport. Darmstadt: Verein zur Förderung des Darmstädter Hochschulsports, 70-114.

Marées, Horst de, 2003: Sportphysiologie. Köln: Sport und Buch Strauss (9. Auflage). 15

Müller, Andreas, 2004: Natural Bodybuilding. Training – Ernährung – Wettkampf. Arnsberg: Novagenics.

Nickel, Rüdiger und Theo Rous, 2007a: Das Anti-Doping-Handbuch. Band 1: Grundlagen. Aachen: Meyer & Meyer.

Nickel, Rüdiger und Theo Rous, 2007b: Das Anti-Doping-Handbuch. Band 2: Dokumente – Regeln – Materialien. Aachen: Meyer & Meyer.

Poser, Wolfgang und Sigrid Poser, 1996: Medikamente: Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Verlauf – Behandlung. Stuttgart: Thieme.

Pramann, Ulrich, 1983: Fit. Mehr Spaß am Leben mit Bodybuilding und Körpertraining. Bad Homburg: Limpert.

Sörös, Martin und Erich Vogl, 2008: Sp(r)itzen Leistungen. Doping und die Zukunft des Sports. Wien: Ueberreuter.

Steinmeier, R., 2001: Anabolika 2003. Halle: Sportverlag Anton.

Striegel, Heiko, 2008: Doping im Fitness-Sport. Eine Analyse zwischen Dunkelfeld und sozialer Kontrolle. Baden-Baden: Nomos.

Vogt, Irmgard, 2007: Doing Gender: Zum Diskurs um Geschlecht und Sucht. In: Bernd Dollinger / Henning Schmidt-Semisch (Hrsg.), Sozialwissenschaftliche Suchtforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 235-257.

Mischa Kläber
Technische Universität Darmstadt
Institut für Sportwissenschaft
Arbeitsbereich Sportsoziologie
Magdalenenstraße 27, 64289 Darmstadt
E-Mail: klaeber@sport.tu-darmstadt.de

„Alltagsdoping“ und Krankenkassendaten

Kathrin Janhsen

Müde, unkonzentriert, angespannt, ängstlich – und dabei sollen und wollen wir doch leistungsfähig sein, um im Job voranzukommen oder ihn wenigstens zu behalten, um der Familie gerecht zu werden und auch noch Zeit für Freunde zu finden. Da kommen die kleinen weißen Pillen gerade recht – so, wie es uns im Sport vorgemacht wird. Der neue Begriff „Alltagsdoping“ bezeichnet zutreffend etwas, was es schon sehr lange gibt: die missbräuchliche Verwendung von Substanzen – häufig Arzneimitteln –, um im Alltag leistungsfähiger zu sein oder um ihn zumindest besser ertragen zu können.

Arzneimittelmissbrauch ist ein zweckgerichteter Arzneimittelfehlgebrauch. Während wir eine vom bestimmungsgemäßen Gebrauch – dies ist die Anwendung, die der Pharmazeutische Hersteller für sein Arzneimittel vorgesehen hat und für die das Arzneimittel von der Arzneimittelzulassungsbehörde zugelassen wurde – abweichende Verwendung als Arzneimittelfehlgebrauch bezeichnen, ist der Arzneimittelmissbrauch zusätzlich dadurch gekennzeichnet, dass mit dem vorsätzlichen Fehlgebrauch ein bestimmtes Ziel erreicht werden soll, beispielsweise ein aufputschender, gewichtsreduzierender oder beruhigender Effekt. Mit der Anwendung des Arzneimittels außerhalb der zugelassenen Merkmale, insbesondere mit der missbräuchlichen Verwendung, ist in der Regel das Risiko für unerwünschte Wirkungen, insbesondere der Arzneimittelabhängigkeit, erhöht. Man geht derzeit davon aus, dass in Deutschland 1,4 bis 2 Millionen Menschen arzneimittelabhängig sind. Das bedeutet, dass in Deutschland etwa gleich viele arzneimittelabhängige wie alkoholabhängige Menschen leben.

Das Spektrum der verwendeten Arzneistoffe mit Missbrauchs- und/oder Abhängigkeitspotenzial ist breit und die Wirkungen sind vielfältig. Hierzu gehören unter anderem Schlaf- und Beruhigungsmittel, Grippemittel, Erkältungsmittel, Schilddrüsenhormone, entwässernde Mittel aber auch Nasentropfen. Darüber hinaus enthalten viele Arzneimittel Alkohol. Gerade bei solchen Mitteln werden das Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial und insbesondere das Risiko für einen Rückfall bei „trockenen Alkoholikern“ häufig nicht bedacht.

Auch die Werbung leistet ihren Beitrag. Beispielsweise werden Schmerzmittel, die Koffein enthalten damit beworben, dass sie neben der schmerzstillenden Wirkung durch die Wirkung des Koffeins „den Kopf wieder frei machen“ und damit eine bessere Leistungsfähigkeit bewirken. Vor dem Hintergrund steigenden Konkurrenzdruckes und den so verbreiteten Bildern perfekter, erfolgreicher Menschen lassen sich viele zur Einnahme von Appetitzüglern, Schmerzmitteln, Beruhigungsmitteln & Co verleiten. Schätzungen und Hochrechnungen gehen davon aus, dass 1,1 Millionen von 1,4 Millionen arzneimittelabhängigen Personen von Schlaf- und Beruhigungsmitteln aus der Gruppe der Benzodiazepine und ca. 300.000 Menschen von anderen Arzneimitteln abhängig sind.

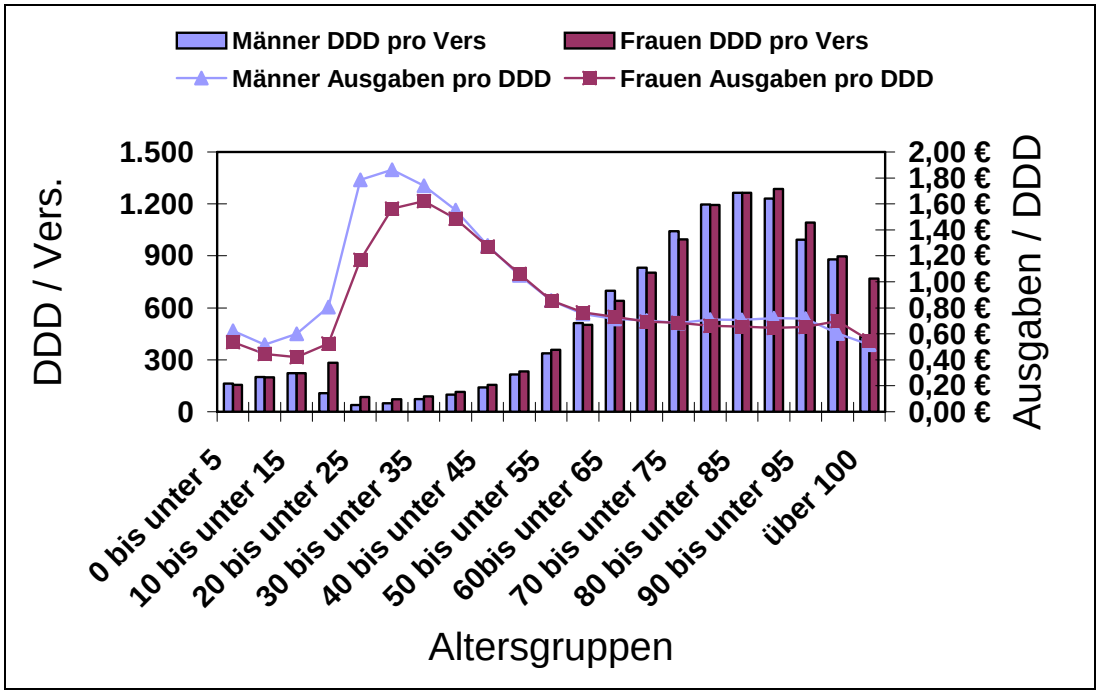
Insgesamt sind nur etwa 6% aller Arzneimittel in Deutschland freiverkäuflich, d.h. in Drogerien oder Lebensmittelgeschäften ohne Beratung durch einen Arzt oder Apotheker erhältlich. Der größere Anteil wird in einer der etwa 20 Tausend Apotheken abgegeben. Mehr als die Hälfte der insgesamt 1,4 Milliarden abgegebenen Arzneimittel-Packungen des Jahres 2007 war ärztlich verordnet. Man geht davon aus, dass ungefähr 4 bis 5% aller häufig verordneten Arzneimittel ein

Suchtpotential haben; etwa ein Drittel bis ein Viertel dieser rezeptpflichtigen Arzneimittel mit Suchtpotential wird langfristig verordnet. Zu diesen Wirkstoffen gehören auch die bereits erwähnten Benzodiazepine, die nur auf ärztliche Verschreibung erhältlich sind und besonders häufig im Zusammenhang mit einer Arzneimittelabhängigkeit stehen.

Im Jahr 2003 erhielt jeder Einwohner in Deutschland 19,5 Packungen Arzneimittel, von denen 12,5 Packungen verordnet und 7 Packungen zusätzlich gekauft wurden. Insgesamt nahm damit jeder Bundesbürger – vom Säugling bis zum Greis – etwa 1.000 Einzeldosen (d.h. ungefähr drei pro Tag) ein. Diese große Zahl – besonders wenn man berücksichtigt, dass ja nicht jeder Mensch im Laufe des Jahres Arzneimittel einnimmt – wirft natürlich verschiedene Fragen auf, beispielsweise „Wer bekommt denn eigentlich diese Arzneimittel?“, „Um welche Arzneimittel handelt es sich?“, „Wie viele Arzneimittel werden tatsächlich eingenommen?“, „Warum nehmen Menschen so viele Arzneimittel?“ und „Wer verordnet so viele Arzneimittel?“. Den Antworten kann man sich annähern, indem man Auswertungen der Medikamentenverordnungen zu Lasten gesetzlicher Krankenversicherungen (GKV) betrachtet, wie sie beispielsweise als Übersicht regelmäßig vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) übergreifend mit Daten aller gesetzlichen Krankenversicherungen oder zu speziellen Fragestellungen von einzelnen Krankenversicherungen, beispielsweise der GEK – selbstverständlich unter Beachtung des Datenschutzrechtes – durchgeführt werden. Die gesetzlichen Krankenversicherungen versichern rund 90% der Bevölkerung; weniger als 10% der Bevölkerung sind Mitglieder privater Krankenversicherungen (PKV). Informationen über Medikamentenverordnungen für privat Versicherte liegen bisher nicht in vergleichbarer Art vor.

Bei den gesetzlichen Krankenkassen stehen neben den Medikamentenverordnungen durch die Abrechnung der versichertenbezogenen Leistungen viele weitere Angaben zu den versicherten Personen zur Verfügung, die für Auswertungen genutzt werden können. So liegen beispielsweise Angaben zu Alter und Geschlecht, über stationäre Leistungen, über Arbeitsunfähigkeit, ambulante Diagnosen, Krankenhausdiagnosen oder die Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen vor. Durch die Verknüpfung mit den Daten über Medikamentenverordnungen bekommt man einen Einblick in die Versorgungssituation und kann auch gezielt speziellen Fragen nachgehen. Beispielsweise sind in Abbildung 1 verordnete Mengen an Arzneimitteln und Kosten pro Mengeneinheit nach Alter und Geschlecht auf der Basis der Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung mit rund 1,6 Millionen Versicherten dargestellt. Dabei fällt auf, dass vor allem ältere Menschen große Mengen an Arzneimitteln bekommen. Teure Arzneimittel werden jedoch eher Erwachsenen jüngeren bis mittleren Alters verordnet. Auch Kinder und Jugendliche bekommen vergleichsweise große Arzneimittelmengen verordnet.

Abb. 1: Pro-Kopf-Verordnungsmengen und Ausgaben pro DDD nach Alter und Geschlecht im Jahr 2006
(Quelle: Glaeske, Janhsen, GEK-Arzneimittel-Report 2007)



DDD = Definierte Tagesdosen, Vers. = Versichertem

Im Zusammenhang mit „Alltagsdoping mit Arzneimitteln“ spielen vor allem die anregend wirkenden Psychostimulantien und Appetitzügler und die beruhigend wirkenden Benzodiazepine in Beruhigungs- und Schlafmitteln eine Rolle. Das vorrangige Ziel dieses „Dopings“ ist eine Leistungssteigerung durch Aktivierung oder Beruhigung. Einige der Substanzen sollen im Folgenden näher betrachtet werden.

Das Psychostimulans Methylphenidat wird als Mittel der ersten Wahl zur Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) eingesetzt – Methylphenidat fördert die Konzentrationsfähigkeit, die Ausdauer und Aufmerksamkeit. Wird Methylphenidat in korrekter Dosierung angewendet, besteht kein bedeutsames Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung. Neben der erwünschten Wirkung kann es aber unter Methylphenidat unter anderem zu Appetit- und Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Herzrasen aber auch Gelenkschmerzen und Wachstumsverzögerungen kommen. Obwohl Methylphenidat bereits 1941 synthetisiert und mindestens seit 1954 in Deutschland verfügbar ist und als bestuntersuchter Wirkstoff zur Behandlung des ADHS gilt, gibt es bisher nur unzureichende, systematisch gewonnene Informationen und Erkenntnisse über langfristige Effekte dieser Substanz bei Menschen. Dies lässt Raum für Spekulationen; so hält sich nach der Beobachtung Parkinson-ähnlicher Symptome an Tiermodellen hartnäckig die Hypothese, dass in Folge einer Methylphenidat-Therapie die Entwicklung einer Parkinson-Erkrankung auch bei Menschen als Spätfolge eintreten könnte.

Besonders bemerkenswert ist der rasante, kontinuierliche Anstieg der verordneten Mengen an Methylphenidat in den letzten 20 Jahren: im Jahre 1990 wurden

für alle GKV-Versicherten insgesamt 0,3 Millionen Tagesdosen (DDD, 1 DDD Methylphenidat entspricht 30 mg) verschrieben; im Jahr 2000 waren es bereits 13 Millionen und im Jahr 2008 sogar 53 Millionen Tagesdosen. Zur Erklärung dieser Entwicklung müssen verschiedene Aspekte berücksichtigt werden. Denkbar ist unter anderem auch, dass zunehmende missbräuchliche Verwendung einen Beitrag dazu leistet. Vor dem Hintergrund der Verordnungsmengenentwicklung, der bekannten Nebenwirkungen, des Abhängigkeitspotenzials bei unsachgemäßer Anwendung und der Unsicherheit bezüglich des Risikos von Spätfolgen fordern daher Meldungen, nach denen Methylphenidat bereits in der Schule unter dem Namen „Vitamin R“ als konzentrationssteigerndes Mittel verwendet wird, besondere Aufmerksamkeit. Die Anwendung von Methylphenidat zur Leistungs- bzw. Konzentrationssteigerung ist auch bei Studenten oder berufstätigen Erwachsenen zu beobachten.

Im Gegensatz zur missbräuchlichen Verwendung leistungssteigernder Arzneimittel und den Ursachen dieses Missbrauches, über die in der Öffentlichkeit häufig diskutiert wird, hört man wenig über Missbrauch und Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln, der häufigsten Form der Arzneimittelabhängigkeit, der eigentlichen „stillen Sucht“.

Aus der Gruppe der Beruhigungs- und Schlafmittel werden besonders die Benzodiazepine aber auch die ähnlich wirkenden so genannten Z-Drugs eingesetzt. Zahlreiche Wirkstoffe aus der Gruppe der Benzodiazepine wurden in den 1960er Jahren entwickelt und in Verkehr gebracht. Sie lösten die Barbiturate als Schlafmittel ab und wurden auf Grund der geringeren Toxizität – Barbiturate wurden häufig in suizidaler Absicht eingenommen – bevorzugt in der Therapie verwendet. Die meisten Barbiturat-haltigen Fertigarzneimittel wurden inzwischen vom Markt genommen. Benzodiazepin-haltige Arzneimittel werden mittlerweile seit Jahrzehnten in großen Mengen verordnet und eingenommen und obwohl die Therapiedauer auf maximal vier Wochen zu begrenzen ist, findet man bei mehr als 1% Dauerverordnungen und Benzodiazepinabhängigkeit. Benzodiazepine können auch bei kurzfristiger Anwendung z.T. schwerwiegende Nebenwirkungen haben, dazu zählen u.a. Gedächtnisstörungen, Reaktionsverzögerungen und die Müdigkeit. Sehr viel weitreichender sind allerdings die Folgen einer langfristigen Anwendung. Dazu gehören beispielsweise ein abgeschwächtes Gefühlserleben, Vergesslichkeit, geistige Leistungsminderung, gereizte Verstimmungszustände, eine abgeschwächte Fähigkeit zur Selbstkritik und eine muskuläre Schwäche, die sich in Gangunsicherheiten mit der Gefahr von Stürzen ausdrücken kann. Die Dauerverordnung dieser Substanzen führt zu einer völligen Persönlichkeitsänderung, die weitreichende Konsequenzen für soziale Kontakte mit sich bringen. In den 1990er Jahren wurden die so genannten Z-Drugs Zopiclon, Zolpidem und Zaleplon eingeführt. Bei diesen Substanzen ging man zunächst davon aus, dass sie ein geringeres Abhängigkeitspotenzial haben, was sich aber im Verlauf nicht bestätigte.

Zunehmend werden diese Wirkstoffe auch für GKV-Versicherte auf Privatrezepten verordnet und es lässt sich darüber spekulieren, ob dies geschieht, um die unsachgemäße Dauerverordnung nicht sichtbar werden zu lassen.

Beide Substanzgruppen – Benzodiazepine und Z-Drugs – werden deutlich häufiger von Frauen eingenommen. Frauentypische Berufe sind häufig mit großen emotionalen Belastungen (z.B. Pflege) oder monotonen Tätigkeiten (z.B. Datenerfassung) verbunden. Häufig erfolgen diese Arbeiten unter einem großen Zeitdruck und weisen eine große Routine auf, so dass Handlungsspielräume stark eingeschränkt sind. Gerade diese Arbeitsbedingungen fördern aber den Gebrauch von Medikamenten, um den Belastungen standzuhalten.

Fragt man, warum Arbeitnehmer sich dopen, so ergeben sich interessante geschlechtsspezifische Unterschiede. Nach den Daten des DAK-Gesundheitsreports 2009 nehmen Männer vor allem Mittel, die die Aufmerksamkeit steigern, Schläfrigkeit und Müdigkeit bekämpfen, wohingegen Frauen eher zu Mitteln gegen psychische Probleme wie beispielsweise depressive Verstimmungen greifen. Bei beiden Geschlechtern liegt jedoch Angst, Nervosität und Unruhe, die dann mit Medikamenten bekämpft werden soll, weit vorne. Die Einnahmehäufigkeit von Medikamenten unterscheidet sich ebenfalls. So nehmen deutlich mehr Frauen als Männer täglich Medikamente ein.

Von nahezu einem Drittel aller Befragten wird die Medikamenteneinnahme zur Steigerung der Leistungsfähigkeit als vertretbar zur Steigerung des Gedächtnisses und der Konzentration, zur Bekämpfung von Müdigkeit, längerer Leistungsfähigkeit unter Termindruck und als Mittel im Konkurrenzkampf der Arbeitnehmer untereinander eingeschätzt. Auch die Einnahme stimmungsaufhellender Mittel wird als vertretbar eingestuft, um den Stress am Arbeitsplatz besser ertragen zu können, um Nervosität und Lampenfieber besser kontrollieren zu können, um im Privatleben besserer Stimmung zu sein, aber auch um eine freundliche Ausstrahlung im Umgang mit Kunden zu erzielen. So gaben knapp 5% der Befragten an, selbst schon einmal ohne medizinische Notwendigkeit Medikamente zur Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit oder psychischen Befindlichkeit eingenommen zu haben. Interessanterweise kennen aber 10% eine und knapp 9% mehrere Personen, die als Gesunde ohne Therapienotwendigkeit derartige Medikamente einnehmen bzw. eingenommen haben.

Die missbräuchliche Verwendung bezieht sich nicht nur auf die Arbeitsplatzsituation, sondern auch auf andere Lebensbereiche. Allerdings kommt ihr im Kontext „Arbeit“ eine besondere Bedeutung zu, weil einerseits die Arbeitsbedingungen häufig den subjektiven „Bedarf“ für die Verwendung leistungssteigernder Substanzen generieren, andererseits können diese Substanzen aber auch früher oder später die Arbeitssicherheit gefährden.

Prof. Dr. H. Rebscher zog während der Pressekonferenz am 12.2.09 zum DAK-Gesundheitsreport 2009 das Fazit: „Wir stellen fest: Doping am Arbeitsplatz ist derzeit noch kein weit verbreitetes Phänomen. Das ist ein positives Ergebnis. Das Thema bleibt jedoch auf der Tagesordnung. Durch die Entwicklung neuer und potenter Wirkstoffe zur Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit und des psychischen Wohlbefindens könnte Doping am Arbeitsplatz zunehmen. Deswegen warnen wir schon heute vor den Gefahren. Konzentriert, kreativ, karriere-bewusst: wer glaubt, immer perfekt sein zu müssen und verstärkt zur Leistungssteigerung auf Pillen zurückgreift, lebt gefährlich …“ Gibt es damit Entwarnung?

Für den Moment mögen die Ergebnisse des DAK-Surveys zum Thema „Doping am Arbeitsplatz“ tatsächlich etwas beruhigen. Es soll aber angemerkt werden, dass bei Erhebungen zu diesem Thema immer von einer Unterschätzung ausgegangen werden muss, die möglicherweise für die beruhigend wirkenden Substanzen sogar noch stärker ausgeprägt ist. Außerdem ist gerade für diese Wirkstoffgruppe davon auszugehen, dass (ehemalige) Arbeitnehmer durch die Arbeitsplatzsituation in die Abhängigkeit gekommen sind und/oder wegen des Dauergebrauchs von Benzodiazepinen aus dem Arbeitsprozess bereits ausgeschieden sind und daher in dieser Erhebung nicht mehr erfasst werden. Entwarnung kann es an dieser Stelle also nicht geben.

Außerdem sind auch andere Lebensbereiche und andere kritische Verwendungen zu berücksichtigen, die ein erhöhtes Risiko für Arzneimittelabhängigkeit in sich bergen. Betrachtet man beispielsweise alleine die Verwendung von Schmerzmit-

teln, so stellt man zunächst fest, dass nach den Angaben des Bundesgesundheitssurveys von 1998 nur 12% der Männer und 8% der Frauen im letzten Jahr keine Schmerzen hatten. Rückenschmerzen, gefolgt von Verspannungen, Gelenkschmerzen und Kopfschmerzen gehörten zu den häufigsten Nennungen in einer Befragung von Berufstätigen zu vorhandenen Gesundheitsproblemen. Im Jahr 2002 wurden 178 Mio. Packungen Schmerzmittel in Deutschland in der Apotheke abgegeben. Umgerechnet bedeutet dies, dass jeder Mensch (vom Säugling bis zum Greis) insgesamt 60 Schmerztabletten erhalten hat, von denen 45 Tabletten ohne ärztliches Rezept gekauft wurden. Auch an dieser Stelle sind Arzt und Apotheker gefordert, denn zum einen gibt es eine Vielzahl von häufig verordneten Arzneimitteln, die Kopfschmerzen auslösen können und die durch andere, weniger problematische Wirkstoffe ausgetauscht werden könnten; zum anderen sind Apotheker aufgefordert, bei einer häufigeren Abgabe von Arzneimitteln zu einem Arztbesuch zu raten. Auch die berechtigte Verordnung bzw. Einnahme von Schmerzmitteln kann über kurz oder lang zu einer Arzneimittelabhängigkeit führen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die Probleme von Alltagsdoping, Arzneimittelmissbrauch und Arzneimittelabhängigkeit weitreichend überschneiden. Alltagsdoping, vor allem am Arbeitsplatz, existiert und ist auch weitgehend akzeptiert, wobei sich das Ausmaß und die daraus resultierende Abhängigkeit nur ansatzweise abschätzen lassen. Krankenkassendaten gesetzlicher Krankenkassen bieten sich für spezielle Fragestellungen an. Ihre Aussagekraft sinkt aber mit zunehmender Verschiebung in den privat verordneten Bereich. Die am Alltagsdoping beteiligten Professionen – vor allem Apotheker und Ärzte – sind leider häufig unsicher im Umgang mit Arzneimittelmissbrauch und Arzneimittelabhängigkeit. Hier wären Berichte in Fachzeitschriften, Schulungsangebote und Praxishilfen neben den existierenden Leitlinien möglicherweise hilfreich.

Anders als beim Doping im Sport wird „Alltagsdoping“ meistens nicht als ungerechte Verschaffung eines Vorteils für einen Einzelnen wahrgenommen. Anders als beim Doping im Sport wird „Alltagsdoping“ mit Arzneimitteln von vielen Menschen auch nicht verurteilt, sondern häufig wird es sogar als adäquates Mittel akzeptiert.

Das Thematisieren der Risiken und des Umgangs mit Arzneimittelmissbrauch und -abhängigkeit in Betrieben, aber auch im Rahmen von Fortbildungsangeboten für die beteiligten Professionen, könnte einem Anstieg des Alltagsdopings vorbeugen und zu einer Reduktion der missbräuchlichen Verwendung von Arzneimitteln insgesamt beitragen.

Dr. Katrin Janhsen
Universität Osnabrück
Gesundheitswissenschaften
Albrechtstraße 28, 49076 Osnabrück
Tel. (05 41) 9 69-24 19, E-Mail: kjanhsen@uni-osnabrueck.de

Prävention von Ess-Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Kindertageseinrichtungen und Schulen

Sigrid Borse

Mehr als jedes fünfte Kind zwischen 11 und 17 Jahren leidet nach den Ergebnissen des Kinder- und Jugend-Gesundheitssurveys (KiGGS) unter Symptomen einer Essstörung. Das sind 1,4 Millionen junge Menschen in Deutschland. 15% der Kinder und Jugendlichen im Alter von drei bis 17 Jahren sind übergewichtig und 6,3% leiden unter Adipositas. Starke Defizite im Familienklima sowie bei der sozialen Unterstützung erhöhen die Chance für ein auffälliges Essverhalten bei Kindern und Jugendlichen um ca. 60%.

Diese alarmierenden Ergebnisse weisen auf die Notwendigkeit hin, mit passgenauen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention bereits im frühen Kindesalter anzusetzen. Ernährungs- und Bewegungsverhalten wie auch Strategien zur Stressbewältigung werden bereits in jungen Jahren geprägt. Dies prädestiniert Kindertageseinrichtungen und Schulen als maßgebliche Akteure in der Gesundheitsförderung.

Insbesondere Kinderbetreuungseinrichtungen bieten als Lernort gute Bedingungen für eine frühzeitige und altersgerechte Gesundheitsförderung. Als Erziehungspartner der Eltern verfügen sie über geeignete Voraussetzungen für die Prägung und Stabilisierung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen. Kindertageseinrichtungen nehmen als erste Ebene des Bildungssystems eine besondere Stellung in Bezug auf die Entwicklung von gesundheitlicher Chancengleichheit ein. Sie können auf die gesundheitlichen Bedürfnisse von Kindern in allen sozialen Lagen und aus unterschiedlichen Kulturkreisen eingehen.

Zielsetzung einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung ist die Entwicklung eines gesunden Lebensstils von Kindern und Jugendlichen. Lebenskompetenzfördernde Präventionsmaßnahmen stärken das Selbstbewusstsein der jungen Menschen, unterstützen die Entwicklung eines positiven Körpergefühls, fördern Kommunikations- und Konfliktfähigkeit, vermitteln Strategien zur Stressbewältigung und schaffen Medienkompetenz.

Gesundheitsbezogene Präventionsmaßnahmen sollten das gesamte Setting Kindertageseinrichtung und Schule mit einbeziehen und alle Akteure, das heißt pädagogische Fachkräfte, Kinder und Eltern beteiligen. Nur so lassen sich vorhandene Ressourcen erschließen und Strukturen nachhaltig verändern.

Präventionsmaßnahmen sollten in die lebensweltlichen Bezüge der Familien integriert werden. Eltern-unterstützende Interventionen wie niedrigschwellige Beratungsangebote und Kochkurse in familienrelevanten Einrichtungen dienen zur Stärkung der Erziehungskompetenzen.

Zudem müssen Maßnahmen zur Früherkennung sowie Fachberatung und Fortbildung für pädagogische Fachkräfte maßgeblich erweitert werden.

Vor diesem Hintergrund bedarf es einer strukturierten Förderung von Angeboten zur Prävention von Essstörungen in Kinderbetreuungseinrichtungen, Schulen und Jugendeinrichtungen in Hinblick auf:

1. Settingorientierte Handlungskonzepte,
2. ganzheitliche Gesundheitsförderung in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung,
3. lebenskompetenzfördernde Präventionsmaßnahmen,
4. geschlechtsspezifische Präventionsangebote für Mädchen und Jungen,
5. Entwicklung und Verbreitung gezielter Fortbildungsmaßnahmen für pädagogische Fachkräfte,
6. Qualitätsverbesserung der pädagogischen Arbeit durch die Erarbeitung und Umsetzung neuer pädagogischer Konzepte und die Entwicklung von Qualitätsstandards,
7. Stärkung der Elternkompetenzen: Eltern unterstützende Angebote, Elternkurse zu gesundheitsrelevanten Themen wie Kinderernährung, Essverhalten in der Familie, gezielte Angebote für junge Mütter,
8. niedrigschwellige Angebote für schwer erreichbare Eltern aus so genannten bildungsfernen Schichten sowie für Familien mit Migrationshintergrund,
9. enge regionale Vernetzung familienrelevanter Einrichtungen,
10. strukturierte Kooperation mit Kinderärzt/innen, Familienhebammen, Gesundheitsämtern.

Hierzu ist eine interdisziplinäre vernetzte Zusammenarbeit von Akteuren aus dem Gesundheits- und Bildungsbereich sowie der Kinder- und Jugendhilfe notwendig. Darüber hinaus gilt es auch, innovative Akteurskooperationen mit der Werbebranche, den Medien und der Industrie zu entwickeln.

Präventionsprojekte des Frankfurter Zentrums für Ess-Störungen

Das Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen engagiert sich seit vielen Jahren im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention für die Förderung eines gesunden Lebensstils von Kindern und Jugendlichen. Exemplarisch werden die beiden Präventionsprojekte „Voll im Leben„ und „BodyTalk“ vorgestellt.

Präventionsprojekt „Voll im Leben“

Die Konzeption des Projektes „Voll im Leben“ bietet geeignete Instrumente für eine nachhaltige Implementierung von Präventionsmaßnahmen und Qualitätsstandards in Kinderbetreuungseinrichtungen. Die Aktionen sprechen Kinder, Eltern und pädagogische Fachkräfte an.

Mit einer Fülle von kreativen und praxisorientierten Methoden basieren die Präventionsmaßnahmen auf einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung der Kinder in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung. Das Präventionsprogramm vermittelt Grundregeln ausgewogener Ernährung, zeigt Handlungsstrategien zum Umgang mit Stress und Konflikten auf und bietet den Kindern Hilfestellung zur Entwicklung ihrer Persönlichkeit. Die konkreten Aktivitäten ermöglichen es, ressourcenorientiert die Stärken der Kinder zu fördern. Breakdance-Projekte bringen die Kinder spielerisch in Bewegung und unterstützen ein positives Körpergefühl. Bewegungsaktivitäten und Rhythmusgefühl werden beim ge-

meinsamen Singen und Musizieren entwickelt. Entspannungsübungen und Konflikttraining stärken soziale Kompetenzen. In Kochevents, Sinnes- und Geschmacksparcours wird Ernährungserziehung sinnlich erfahrbar gemacht. „Voll im Leben“ vermittelt Gesundheitsförderung mit allen Sinnen als Abenteuer und Entdeckungsreise. Lernen auf der Basis von Neugierde macht nicht nur Spaß, sondern bringt auch nachhaltige Effekte mit sich. Es verändert langfristig Grundhaltungen hinsichtlich des Umgangs mit Lebensmitteln, des Wissens über Herkunft und Beschaffenheit von Nahrungsmitteln, des Essverhaltens und der Esskultur.

Mit dem Präventionsprojekt „Voll im Leben“ beschreitet das Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen mit einem niedrigschwelligen Beratungsangebot neue Wege im Bereich der Elternarbeit. Für Eltern steht in den Kindertagesseinrichtungen während der Bring- und Abholzeiten ein Beratungsangebot zu Ernährungsfragen und Essproblemen zur Verfügung. Darüber hinaus werden Elternabende und Kochkurse angeboten, die ernährungsbezogene Informationen und preiswerte Rezepte für schmackhafte und gesunde Gerichte für die ganze Familie vermitteln. Die Kochkurse eröffnen den Eltern zudem die Möglichkeit, in einem angstfreien Rahmen Fragen zur Ernährungserziehung zu stellen. Ein Online-Beratungsangebot sowie eine telefonische Sprechstunde bieten zusätzlich Unterstützung bei Fragen zu Essstörungen und Ernährungserziehung.

Für die pädagogischen Fachteams der Kindertageseinrichtungen werden Fortbildungsseminare zu den Themen kindgerechte Ernährung, Stressbewältigung, Entspannung und Bewegung angeboten. Der exemplarische Charakter der einzelnen Präventionsangebote ermöglicht den Einrichtungen auch zukünftig die Weiterarbeit mit der Thematik und gewährleistet gleichzeitig einen nachhaltigen Einfluss auf die Alltagspraxis. Durch die Erarbeitung und Umsetzung neuer pädagogischer Konzepte und die Entwicklung von Qualitätsstandards wird eine konzeptionelle Verankerung der Thematik in den Kindertagesstätten erreicht.

Der Stadtteilbezug des Projektes bietet eine probate Möglichkeit, um familienorientierte Präventionskonzepte zur Förderung der Ernährungsgesundheit von Kindern nachhaltig umsetzen zu können.

Das Europäische Institut für Sozialforschung führte eine begleitende Evaluation des Präventionsprojektes durch. Eine Veröffentlichung des Evaluationsberichtes in Form eines Praxishandbuches mit „good practice“-Beispielen ist geplant.

Präventionsprogramm „BodyTalk“

Schönheit, Figur und Gewicht sind für Jugendliche wichtige Themen. Häufig wird der eigene Körper als problematisch empfunden. Sogar untergewichtige Mädchen und Jungen halten sich für zu dick. 56% der 13- bis 14-Jährigen wollen dünner sein, 63% würden gerne besser aussehen (BZgA). Die KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts stellte bei 30,1% der Mädchen im Alter von 17 Jahren bereits Anzeichen eines gestörten Essverhaltens fest. Die betroffenen Mädchen haben zudem deutlich häufiger emotionale Probleme wie Depressionen und Ängste sowie ein negatives Körpergefühl.

Die Anforderungen, die entwicklungsbedingt und gesellschaftlich an Jugendliche und insbesondere an Mädchen gestellt werden, sind vielfältig, komplex und teilweise widersprüchlich. Fernsehsendungen und Zeitschriften, die Bilder der Mode-, Musik- und Kosmetik-Branche transportieren ein extrem einseitiges und gleichzeitig überzogenes Schönheitsideal. Gerade Kinder und Jugendliche sind besonders anfällig für Markenbotschaften und die medial vermittelte „Barbie-Matrix“. Die allgegenwärtige Darstellung künstlich perfektionierter Traumkörper

wird zum unerreichbaren Maßstab für die eigene Körperlichkeit. Entspricht der Körper nicht dem gängigen Idealbild, so kann dies zu einer erheblichen Selbstwertproblematik und Verunsicherung der Identität führen. Häufige Diäten als Folge dieser Entwicklung bilden oftmals den Einstieg in eine Essstörung.

Das Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen bietet bundesweit das Präventionsprogramm „BodyTalk“ zur Prävention von Essstörungen in Schulen an. Das Projekt beinhaltet Fortbildungsangebote für pädagogische Fachkräfte und Präventionsworkshops für Mädchen. Im Sinne einer lebensbejahenden und alltagsnahen Gesundheitsförderung tragen die Workshops zur Stärkung der Lebenskompetenzen von Mädchen bei. Die Präventionsangebote dienen der Ich-Stärkung und Beziehungsfähigkeit und vermitteln persönliche Strategien zur Stress- und Konfliktbewältigung. Die Workshops unterstützen einen selbstbewussten, kritischen Umgang mit Schönheitsnormen und fördern die Medienkompetenz der Jugendlichen. Das Präventionsprojekt will Mädchen einen selbstbewussten Umgang mit dem eigenen Körper und seiner individuellen Schönheit vermitteln.

Im Rahmen des Projektes „BodyTalk“ kooperiert das Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen mit der Jugendaktion GUT DRAUF der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Zielsetzung der Kooperation ist eine thematische Erweiterung der bestehenden Präventionsangebote von GUT DRAUF. Die Evaluation des Kooperationsprojektes erfolgt durch das Europäische Institut für Sozialforschung.

Sigrid Borse
Geschäftsführerin des Frankfurter Zentrums für Ess-Störungen
Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen gGmbH
Hansaallee 18, 60322 Frankfurt
Tel. (069) 55 73 62, E-Mail: borse@essstoerungen-frankfurt.de
www.essstoerungen-frankfurt.de

Glücksspielbezogene Probleme im Jugendalter Ausmaß und Prävention*

Tobias Hayer

1. Einleitung

Mit der weltweit zu beobachtenden Ausweitung des Glücksspielangebotes, der Einführung immer neuer Spielanreize bzw. innovativer Spielformate und der Sensibilisierung der Öffentlichkeit in Bezug auf die mit dem Glücksspiel assoziierten Suchtgefahren hat sich in den letzten Jahren auch die gesundheitswissenschaftliche Forschung zunehmend diesem Problemfeld zugewandt (Shaffer, Stanton & Nelson, 2006). Obwohl gerade Jugendliche besonders gefährdet für die Manifestation glücksspielbezogener Probleme sind (Hayer & Meyer, 2008), wurde die Entwicklungsphase der Adoleszenz in der Glücksspiel(sucht)forschung bislang weitgehend vernachlässigt und vornehmlich das Erwachsenenalter betrachtet. Übergeordnetes Ziel dieses Beitrages ist es, die bisher vorliegenden Forschungserkenntnisse zum Thema „glücksspielbedingte Belastungen im Jugendalter" auszugsweise zusammenzufassen, ausgewählte praxisrelevante Aspekte vorzustellen und Implikationen für Erfolg versprechende präventive Handlungskonzepte abzuleiten.

Wie Volberg, Gupta, Griffiths, Olason und Delfabbro (2010, in Druck) unlängst in ihrer Überblicksarbeit festgestellt haben, spricht eine Vielzahl von Gründen dafür, Fehlanpassungen im Zusammenhang mit dem Glücksspiel bei Heranwachsenden ernst zu nehmen und verstärkt auf die öffentliche (Forschungs-)Agenda zu setzen. Erstens werden Jugendliche derzeit mit einer Vielfalt an Glücksspielmöglichkeiten, aggressiven Vermarktungsstrategien sowie – eng damit verbunden – der zunehmenden gesellschaftlichen Akzeptanz von Glücksspielen konfrontiert, wie nicht zuletzt das Beispiel des Pokerspiels und dessen umfassende Medienpräsenz eindrucksvoll belegt (Meyer & Hayer, 2008). Zweitens berichten erwachsene Problemspieler im Vergleich zu sozialen Spielern in der Retrospektive von einem früheren Einstieg in die „Welt des Glücksspiels". Drittens beginnen Kinder und Jugendliche – zumindest im angelsächsischen Sprachraum – eher mit dem Glücksspiel als mit dem Konsum von Suchtmitteln wie Alkohol, Zigaretten oder illegalen Drogen. Viertens tritt ein exzessives Glücksspielverhalten während dieser Entwicklungsphase selten isoliert auf, vielmehr zeigen Betroffene in der Regel weitere Problem- oder Risikoverhaltensweisen bzw. psychische Auffälligkeiten. Fünftens unterstreichen empirische Befunde in konsistenter Weise, dass sich minderjährige Jugendliche nicht nur an informellen, d.h. selbstorganisierten, Spielformen beteiligen, sondern trotz vorherrschender Verbote zumeist problemlos auch Zugang zu kommerziellen Glücksspielangeboten bzw. Spielstätten finden (vgl. Hayer & Meyer, 2008).

Die negativen finanziellen sowie psychosozialen Folgen einer Glücksspielproblematik erweisen sich zum Teil als gravierend und machen unzweifelhaft auf den Bedarf an Maßnahmen zur (frühzeitigen) Verhinderung derartiger Fehlentwicklungen aufmerksam. Das folgende Fallbeispiel, entnommen aus der Presse vom 10.11.2009 (http://noe.orf.at/stories/402028), thematisiert die Beschaffungsdelin-

---

* Dieser Beitrag basiert auf einem Vortrag mit gleichnamigen Titel im Rahmen des 11. Bayerischen Forums Suchtprävention „Perfektionisierung der Befindlichkeit" am 24. November 2009; die Vertextlichung ist als Ergänzung zu den Vortragsfolien zu verstehen.

quenz einer 18-jährigen als glücksspielsüchtig bezeichneten Person und soll exemplarisch auf die Notwendigkeit der Ausarbeitung und Umsetzung von entwicklungsorientierten Strategien der Primär- und Sekundärprävention verweisen.

Raubüberfall auf Trafik in Stockerau geklärt

Ein Raubüberfall auf eine Trafik in Stockerau (Bezirk Korneuburg) vom 23. Oktober ist geklärt. Laut Sicherheitsdirektion hat ein Phantombild zur Ausforschung des mutmaßlichen Täters geführt. Der Mann zeigt sich geständig. Im Verdacht steht ein 18-jähriger Mann. Der Wiener sei geständig, als Motiv gab er Spielsucht an. Er wurde in die Justizanstalt Korneuburg überstellt. Der Verdächtige hatte einen Angestellten der Trafik mit einer Pistole bedroht und Bargeld gefordert. Er erbeutete 700 Euro und flüchtete, eine damals sofort eingeleitete Fahndung blieb erfolglos.

2. Spielanreize und Spielmotive

Zunächst ist festzuhalten, dass die Mehrheit aller Minderjährigen – unabhängig vom soziokulturellen Kontext – bereits eigene Erfahrungen mit Glücksspielen gesammelt hat (vgl. Fröberg, 2006; Valentine, 2008). Wie an anderer Stelle ausgeführt, erweisen sich im Jugendalter insbesondere diejenigen Glücksspielvarianten als reizvoll, die a) leicht verfügbar bzw. zugänglich sind; b) nur geringe Geldeinsätze als Teilnahmevoraussetzung verlangen; c) vom Nahumfeld akzeptiert oder zumindest toleriert werden und d) sich in der Peergruppe großer Beliebtheit erfreuen (vgl. ausführlich hierzu mit Hayer, 2010, in Vorbereitung). Außerdem scheinen nach Jacobs (2000) Geschlechtsunterschiede in Bezug auf das Spielverhalten zu existieren: Männliche Jugendliche geben im Vergleich zu weiblichen Jugendlichen generell mehr Geld für Glücksspiele aus, beginnen früher mit dem Glücksspiel und „zocken“ zudem auch häufiger. Während Jungen Glücksspiele mit Geschicklichkeitsanteilen oder Wettbewerbscharakter bevorzugen (z.B. Karten- und Brettspiele um Geld, Sportwetten), zeigen Mädchen eher Interesse an rein zufallsbasierten Glücksspielen wie Lotterien oder Bingo (Delfabbro, Lahn & Grabosky, 2005). Weiterhin wenden sich Jugendliche mit zunehmendem Alter verstärkt kommerziellen Glücksspielangeboten zu, selbstorganisierte Formen des Glücksspiels verlieren allmählich an Bedeutung. Einschränkend sei darauf hinzuweisen, dass die konkrete Ausgestaltung nationaler Glücksspielmärkte, der Grad der Zugänglichkeit zu kommerziellen Spielformen sowie soziokulturelle Einflüsse die Konsumgewohnheiten der Jugendlichen wesentlich formen dürften.

In Anlehnung an Fröberg (2006) können die Motive für eine Glücksspielteilnahme im Jugendalter wie folgt zusammengefasst werden: a) um Geldgewinne zu erzielen; b) aus Freude, zur Unterhaltung oder zum Spaß; c) weil die Eltern oder Freunde spielen; d) wegen der Spannung und Aufregung; e) wegen des Wettbewerbscharakters einzelner Spielvarianten (z.B. Poker); f) um Alltagsbelastungen auszublenden (Eskapismus). Zu beachten ist, dass die Motivlage in Abhängigkeit individueller Bedürfnisstrukturen variiert. Naturgemäß berichten Problemspieler häufiger davon, Glücksspiele zu „benutzen“, um Belastungen unterschiedlicher Art zu verdrängen oder Konflikten aus dem Weg zu gehen (Gupta & Derevensky, 1998). In der Gesamtbetrachtung der Befundlage fällt auf, dass situationale und soziale Beweggründe wie die Verfügbarkeit eines Glücksspiels und dessen Popularität in der Familie oder Peergruppe eher für den Erstkontakt relevant erscheinen; demgegenüber lässt sich die Aufrechterhaltung des (exzessiven) Spielverhaltens primär den psychotropen bzw. belohnenden Eigenschaften des Glücksspiels zuschreiben (vgl. Hayer, 2010, in Vorbereitung).

3. Teilnahmehäufigkeit: Erste Erkenntnisse aus Deutschland

Nunmehr stellt sich die Frage, welchen Zugang Jugendliche in Deutschland zum Glücksspiel haben und ob das „Zocken“ tatsächlich einen Ausschnitt ihrer Lebenswirklichkeit repräsentiert. Erste wegweisende, wenngleich mittlerweile als veraltet anzusehende Daten legten Hurrelmann, Schmidt und Kähnert (2003) vor. Im Rahmen ihrer Repräsentativerhebung, die in 2002 im Bundesland Nordrhein-Westfalen durchgeführt wurde, gaben 62% der über 5.000 befragten Schüler im Alter von 13 bis 19 Jahren an, schon einmal an kommerziellen Glücksspielen oder selbstorganisierten Spielen um Geld teilgenommen zu haben. Als besonders populär erwiesen sich Rubbellotterien, selbstorganisierte Kartenspiele um Geld, die staatlich betriebene Sportwette „Oddset“, Geldspielautomaten sowie selbstorganisierte Geschicklichkeitsspiele bzw. Würfelspiele um Geld (vgl. Tab. 1).

Tabelle 1: Glücksspielnachfrage von Jugendlichen in Deutschland in 2002 (nach Hurrelmann et al., 2003)

Ausgewählte Glücksspielformen	**Lebenszeitprävalenz (%)**	**12-Monatsprävalenz (%)**
Rubbellose	36,2	15,9
Kartenspiele um Geld	29,2	16,9
„Oddset“-Sportwette	18,1	11,6
Geldspielautomaten	16,9	7,4
Geschicklichkeitsspiele um Geld	16,9	6,7
Würfelspiele um Geld	15,2	7,4
Lotto „6aus49“	13,6	6,1

Geänderte Jugendschutzbestimmungen und der Strukturwandel auf dem deutschen Glücksspielmarkt, bedingt zum Beispiel durch die rasant wachsende Popularität des Pokerspiels spätestens seit 2003, lassen die Annahme zu, dass sich das Nachfrageverhalten Jugendlicher inzwischen ebenfalls verändert hat. Leider mangelt es in Deutschland an epidemiologisch ausgerichteten Forschungsstudien, die regelmäßig das Glücksspielverhalten von Minderjährigen erfassen, bedeutsame Entwicklungstrends abbilden sowie Lücken in der Umsetzung von Jugendschutzbestimmungen dokumentieren. Eine Ausnahme stellen – wenigstens in Ansätzen – die 2007 sowie 2009 durchgeführten Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung dar (BZgA; 2008, 2010). Unter den in 2007 telefonisch interviewten Personen (N = 10.001) befanden sich n = 355 Jugendliche im Alter von 16 und 17 Jahren (BZgA, 2008). Von dieser Altersgruppe berichteten knapp 61% von Glücksspielerfahrungen bezogen auf die gesamte Lebensspanne (12-Monatsprävalenz: 26,6%). Zu den drei beliebtesten Spielformen zählten Sofortlotterien, privat organisierte Glücksspiele und die Teilnahme an Quizsendungen im Fernsehen. Außerdem hatte fast jeder zehnte Jugendliche im vergangenen Jahr Poker mit Geldeinsatz gespielt. Geschlechtsunterschiede deuten sich vor allem bei privat organisierten Glücksspielen, Geldspielautomaten, Poker und der Festquotenwette an, da diese Spielvarianten weit-

aus häufiger von Jungen nachgefragt wurden. In der Wiederholungsstudie von 2009 (BZgA, 2010) mit insgesamt N = 10.000 Personen, darunter n = 298 16- bzw. 17-Jährige, gaben 56,6% der Minderjährigen an, schon einmal an einem Glücksspiel teilgenommen zu haben. Die 12-Monatsprävalenz belief sich auf 24,2%, wobei es wiederum überwiegend männliche Jugendliche waren, die in diesem Zeitraum von einer Glücksspielbeteiligung berichteten (32,3% vs. 15,9%). Zusammengenommen verdeutlichen die beiden Befragungen, dass gerade das privat organisierte Glücksspiel in dieser Altersgruppe relativ verbreitet ist. Im Zeitverlauf ergaben sich für einzelne Spielformen jedoch keine wesentlichen Unterschiede in der Teilnahmehäufigkeit und Teilnahmefrequenz. Aufgrund der kleinen Fallzahlen und der kurzen Zeitspanne war ohnehin nicht davon auszugehen, eindeutige und belastbare Aussagen zu veränderten Konsummustern zu erhalten. Umso dringlicher erscheint die Konzeption einer aussagekräftigen epidemiologischen Untersuchung zum Glücksspielverhalten Jugendlicher mit einer hinreichend großen Stichprobe.

Vor kurzem kam es zu einer Erweiterung der wissenschaftlichen Befundlage durch die Präsentation erster Ergebnisse einer Hamburger Schülerbefragung (Schüler- und Lehrerbefragungen zum Umgang mit Suchtmitteln [SCHULBUS]; Baumgärtner, 2009). Im Rahmen dieser seit 2004 turnusmäßig durchgeführten Untersuchung ließ sich in 2009 eine Sondererhebung zum Thema „Glücks- und Computerspiel“ realisieren, um mit dieser speziellen Schwerpunktsetzung differenzierte Problemeinschätzungen zu diesen beiden Themengebieten treffen zu können. Zielgruppe dieser schriftlichen Befragung im Klassenverbund waren Schüler ab der 8. Jahrgangsstufe von allgemeinbildenden und beruflichen Schulen Hamburgs. Die endgültige Stichprobe setzt sich aus N = 1.132 Mädchen und Jungen im Alter von 14 bis 18 Jahren zusammen und gilt hinsichtlich ausgewählter demographischer Variablen als repräsentativ für das Bundesland Hamburg. Vorläufige deskriptive Analysen bestätigen, dass 82% der Studienteilnehmer schon einmal an einem Glücksspiel mit Geldeinsatz teilgenommen haben, wobei es sich hierbei mehrheitlich um singuläre Ereignisse handelte. Mit Bezug auf die Lebenszeitprävalenz erweisen sich Rubbelllose (62%), Poker (40%), Geldspielautomaten (35%), das Zahlenlotto (28%) und Sportwetten (22%) als die gängigsten Spielvarianten. Die höchste Glücksspielbindung lässt sich bei Sportwetten und Poker beobachten, da jeweils 5,7% der Befragten angaben, mehrmals monatlich Geld für diese Spielformen auszugeben. Weiterführende Auswertungen machen deutlich, dass das regelmäßige „Zocken“ um Geld eindeutig eine männliche Domäne darstellt und eher von Berufsschülern praktiziert wird. Zudem spielen Heranwachsende mit Migrationshintergrund weitaus häufiger mehrmals monatlich als ihre Altersgenossen ohne Migrationshintergrund (gilt hauptsächlich für Poker, Sportwetten und Geldspielautomaten). Schließlich konnte die Abfrage der Motive einer Spielteilnahme die bisherige Befundlage in weiten Teilen bestätigen (vgl. Fröberg, 2006): Die bei Glücksspielen in Aussicht gestellten Geldgewinne bilden den am Häufigsten genannten Beweggrund, gefolgt von Langeweile. Erwartungsgemäß deuten sich in diesem Zusammenhang differenzierende Trends für regelmäßige Spieler und Gelegenheitsspieler an.

4. Internationale Befunde zum Problemausmaß

Eine gewichtige Legitimationsbasis für den Ruf nach effektiven verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen bringen empirische Befunde zum Ausmaß glücksspielbezogener Probleme mit sich. Verschiedene wissenschaftliche Arbeiten belegen einheitlich, dass eine nicht unbedeutende Anzahl an Jugendlichen Belastungen im Zusammenhang mit dem Glücksspiel entwickelt. Zum Beispiel führten Shaffer und Hall (2001) für die USA und Kanada eine metaanalytische Aggregation von Einzelerhebungen durch und kamen zu der Schlussfolgerung,

dass die Gruppe der Jugendlichen als Risikopopulation anzusehen ist. In der Verdichtung der Ergebnisse von 32 Primärstudien mit Jugendlichen-Samples und 66 Studien mit Erwachsenen-Samples ergaben sich im Mittel Ein-Jahresprävalenzen pathologischen Spielverhaltens von 4,80% bzw. 1,46% (sog. Level-III-Spieler). Weitere 14,60% bzw. 2,54% der jeweiligen Altersgruppen gelten als gefährdet (sog. Level-II-Spieler). Eine ähnliche, wenngleich weniger stark ausgeprägte Differenz zwischen Jugendlichen und Erwachsenen findet sich bei der Lebenszeit-Prävalenz wieder (s. Tab. 2). Allerdings muss offen bleiben, ob das vergleichsweise hohe Problemausmaß im Jugendalter primär a) ein entwicklungsbedingtes, d.h. passageres, Phänomen verkörpert; b) einen Kohorteneffekt repräsentiert oder c) in Abwesenheit jugendgerechter Screening-Instrumente auf Messartefakte zurückzuführen ist (vgl. für eine umfassende Diskussion hierzu Hayer, 2010, in Vorbereitung).

Tabelle 2: Metaanalyse zum Ausmaß glücksspielbezogener Probleme in der nordamerikanischen Bevölkerung (nach Shaffer & Hall, 2001)

	Erwachsene (%)	**Jugendliche (%)**
Level 3 – Lebenszeit	1,92	3,38
Level 2 – Lebenszeit	4,15	8,40
Level 3 – vergangenes Jahr	1,46	4,80
Level 2 – vergangenes Jahr	2,54	14,60

Weiterhin deuten erste Prävalenzstudien aus verschiedenen europäischen Ländern an, dass das problematische Glücksspielverhalten im Jugendalter unabhängig von der jeweiligen Ausgestaltung der nationalen Glücksspielmärkte als ein interkulturelles Phänomen anzusehen ist (vgl. Tab. 3; sowie Volberg et al., 2010, in Druck). In Deutschland konnten nach Hurrelmann et al. (2003) 3% der 13- bis 19-jährigen Schüler als problematische Spieler eingestuft werden. Dieser Wert entspricht einem Anteil von 9% bezogen auf die Gruppe der Jugendlichen mit Glücksspielerfahrung im vergangenen Jahr. Leider sind den bereits zitierten Studien (Baumgärtner; 2009; BZgA, 2008, 2010) keine verlässlichen Angaben zum Problemausmaß zu entnehmen: Während die Befragungen der BZgA (2008, 2010) jeweils nur eine geringe Anzahl Minderjähriger umfassten, wurde bei der Hamburger Schülerbefragung von Baumgärtner (2009) auf die Erfassung glücksspielbedingter Fehlanpassungen verzichtet. Zudem sollte ein direkter Vergleich der Prävalenzraten aus unterschiedlichen Ländern immer mit der gebotenen Vorsicht geschehen, da die rechtlichen Rahmenbedingungen und damit der regionale Verbreitungsgrad von Glücksspielen zum Teil erheblich variieren. Spezifische Stichprobenkonstellationen und methodische Vorgehensweisen sowie Variationen bei der landesweiten Umsetzung von Spieler- bzw. Jugendschutzmaßnahmen tragen ebenfalls zu der Heterogenität der Ergebnisse bei (Hayer & Meyer, 2008).

Tabelle 3: Prävalenz glücksspielbezogener Probleme im Jugendalter – Ausgewählte europäische Befunde (in Anlehnung an Hayer & Meyer, 2008, S. 170).

Quelle/Land	**Stichprobe**	**Prävalenz Gefährdete Spieler (%)**	**Prävalenz Problemspieler (%)**
Fisher (1999) England und Wales	9.774 Schüler im Alter von 12 bis 15 Jahren	---	5,6
Hurrelmann et al. (2003) Deutschland	5.009 Schüler der Klassen 7 und 9 (13-19 Jahre)	---	3,0
Johansson & Götestam (2003) Norwegen	3.237 Jugendliche im Alter von 12 bis 18 Jahren	3,5	1,8
Lupu, Onaca & Lupu (2002) Rumänien	500 Schüler im Alter von 14 bis 19 Jahren	---	6,8
Ólason et al. (2006) Island	3.511 Schüler im Alter von 13 bis 15 Jahren	4,1 bzw. 3,7	2,8 bzw. 1,9
Skokauskas & Satkeviciute (2007) Litauen	835 Schüler im Alter von 10 bis 18 Jahren	10,5 bzw. 9,1	5,1 bzw. 4,2

Weitere Studieninformationen sowie die konkreten Quellenangaben finden sich bei Hayer und Meyer (2008).

5. Exkurs: Jugendliche und Online-Glücksspiele

Mit zunehmender Technologisierung gewinnen digitale Medien im Rahmen der Freizeitaktivitäten von Heranwachsenden immer mehr an Gewicht. Aufgrund der leichten Zugänglichkeit und der stetig wachsenden Bedeutung des Internets dürften die ersten Glücksspielerfahrungen von der Gruppe der jugendlichen „Digital Natives“ zukünftig verstärkt online oder – die entsprechende technologische Entwicklung vorausgesetzt – mit Mobiltelefonen gesammelt werden (King, Delfabbro & Griffiths, 2010, in Druck, die einen umfassenden Überblick über diverse jugendaffine Spielangebote mit Glücksspielcharakter geben, welche über moderne Informations- und Kommunikationsmedien vermittelt werden). Aus suchtwissenschaftlicher Perspektive bedarf diese Entwicklung aber einer kritischen Begleitung, da mit dem Online-Gambling spezifische Suchtgefahren assoziiert sind: Neben der 24-stündigen Verfügbarkeit und der breiten Produktpalette bedingen vor allem Faktoren wie eine hohe Ereignisdichte, der benutzerfreundliche bargeldlose Zahlungsverkehr und die Möglichkeit einer anonymen Spielteilnahme das vergleichsweise hohe Suchtpotenzial (vgl. Hayer, Bachmann & Meyer, 2005). Eine weitere Besonderheit des Internets stellen sogenannte Demospiel- oder Trainingsseiten dar, auf denen Spielinteressierte um Spielgeld „zocken“ können. Gefällt dieses Spielangebot oder werden beispielsweise beim Poker schnelle (monetäre) Erfolge erzielt, lockt die Echtgeldseite nur einen Mausklick weiter.

Um die Dynamik des internetbasierten Glücksspiels besser nachvollziehen zu können, soll im folgenden Kasten ein Student zu Wort kommen, der seine suchttypischen Erlebens- und Verhaltensweisen im Zuge des Online-Pokerns in einem Internet-Forum zur Diskussion gestellt hat (www.forum-glueckssspielsucht.de/-forum/index.php/topic,284.0.html vom 23.06.2007; aus Gründen der Lesbarkeit wurde dieser Auszug sprachlich geringfügig überarbeitet). Inwieweit dieser Entwicklungsverlauf als prototypisch für bestimmte Personengruppen anzusehen ist, müssen zukünftige Begleitforschungen klären.

> Ich bin ein wenig verzweifelt. Ich habe vor gut einem Jahr angefangen, Poker zu spielen. Erst nur auf Spielgeld-Seiten. Irgendwann bin ich auf einer Seite gelandet, die auch das Spielen um echtes Geld anbietet, und ich dachte mir: Probier‘s doch einfach ‘mal! Zuerst habe ich 50 Euro eingezahlt, damit ich den angepriesenen Bonus bekommen kann, doch das Geld war schneller weg als ich gucken konnte. Ich dachte mir aber, wenn ich noch was nachzahle könnte ich wenigstens den Bonus noch bekommen. Ich habe irgendwann den Bonus von 50 Euro bekommen, doch leider waren da schon knapp 500 Euro verspielt. So fing leider alles an, und ich zahlte immer mehr ein. Mittlerweile bin ich auch auf einer zweiten Seite angemeldet. Ich habe meine Kreditkarte derzeit mit insgesamt knapp 5.000 Euro belastet, und ich weiß nicht mehr weiter. Ich verdiene nicht viel, da ich noch Student bin, und ich weiß leider auch nicht, wie ich das abbezahlen soll. […] Ich weiß nicht mehr weiter. Meine Freundin und meine Eltern wissen nichts davon, und das soll auch so bleiben. Ich will da irgendwie wieder raus aus den Schulden. In letzter Zeit spiele ich auch nur, um mit einem größeren Gewinn die Schulden auszugleichen. Ich weiß, dass das dumm ist, aber es packt mich immer wieder.

Aufgrund der relativen Neuartigkeit des Online-Gambling liegen bislang nur vereinzelt Forschungsbefunde zu Heranwachsenden vor. In einer unlängst verfassten systematischen Überblicksarbeit tragen Griffiths und Parke (2010, in Druck) diese Erkenntnisse wie folgt zusammen: a) ein kleiner Anteil der Jugendlichen weist Glücksspielerfahrungen im Internet auf, realistisch erscheint derzeit als grobe Orientierung ein Wert von ungefähr 4%; b) unter den Online-Spielern befinden sich vergleichsweise viele Personen mit glücksspielbezogenen Belastungen, wobei es bezüglich des Wirkzusammenhangs wahrscheinlich ist, dass jugendliche Problemspieler das Internet als zusätzlichen „Spielort“ entdecken, um ihre spezifischen Bedürfnisse über dieses Medium in einfacher Weise zu befriedigen; c) die Beteiligung am Online-Gambling erfolgt nicht zwangsläufig allein, vielmehr spielen hierbei Familienmitglieder und Freunde eine nicht zu unterschätzende verstärkende Rolle; d) gerade Websites mit glücksspielähnlichen Produkten (z.B. Demospiele, Punktespiele auf sog. Social-Networking-Websites) finden in dieser Altersgruppe großen Anklang. Auch zu diesem Aspekt besteht weiterer Forschungsbedarf, vorrangig zu der Frage, ob das regelmäßige Spielen um Spielgeld oder Punkte die Tür für das „Weiterzocken“ auf Echtgeldseiten öffnet.

6. Implikationen für eine Erfolg versprechende Präventionspraxis

Ein gängiges Schema zur Einordnung präventiv ausgerichteter Handlungsstrategien unterscheidet verhältnis- von verhaltenspräventiven Maßnahmen. Im Fokus der Verhältnisprävention stehen strukturelle Veränderungen: Über Manipulationen der ökologischen, sozialen und/oder kulturellen Umweltbedingungen soll das Gesundheitsverhalten zumeist der gesamten Bevölkerung (bzw. von weiten Teilen der Bevölkerung) gesteuert werden. Dem gegenüber setzt die Verhaltenspräven-

tion direkt am Individuum mit der Absicht an, gesundheitsgefährdendes Verhalten zu vermeiden. Wenngleich die Auswirkungen vieler verhältnispräventiver Maßnahmen im Bereich der stoffgebundenen Suchtformen als hinreichend gut belegt gelten, finden sich bislang überraschend wenige wissenschaftliche Arbeiten, die die Effektivität und Effizienz von verhältnispräventiven Maßnahmen zur Reduktion glücksspielbezogener Probleme untersucht haben (vgl. Meyer & Hayer, 2010, in Druck, für einen Gesamtüberblick unabhängig vom Jugendalter). Vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus der Alkoholpolitik können dennoch konkrete Maßnahmen der strukturellen Prävention benannt werden, die geeignet erscheinen, Fehlanpassungen im Zusammenhang mit Glücksspielen in der Adoleszenz zu verhindern. Hierzu zählen unter anderem: a) die Einschränkung der generellen Verfügbarkeit von Glücksspielen: Maßvolle Zulassung von Spielangeboten und restriktiver Umgang mit Angebotserweiterungen (z.B. keine Spielstätten in der Nähe von Schulen und Ausbildungsinstituten); b) die Begrenzung der Zugänglichkeit von Glücksspielen: Flächendeckende Umsetzung der Jugendschutzbestimmungen und Erhöhung der Zugangsbarrieren zum kommerziellen Glücksspiel für Minderjährige (inkl. ihrer Überprüfung durch wissenschaftlich begleitete Testkäufe und Erstellung eines transparenten Sanktionskataloges im Falle von Verstößen); c) der Verzicht auf gezielte Bedürfnisstimulation: Untersagung einer extensiven und irreführenden Vermarktung von Glücksspielen (z.B. Verbot von Werbung, die sich explizit an Jugendliche richtet oder jugendtypische Sachverhalte aufgreift) und d) die Beschränkung von Spielanreizen über direkte Eingriffe in die Veranstaltungsmerkmale eines Glücksspiels (z.B. „Entschärfung“ der gewerblichen Geldspielautomaten; Verbot von Rubbellosen mit jugendaffinen Themen).

Ähnliche Forschungsdefizite existieren auch bezüglich der Evaluation von verhaltenspräventiven Maßnahmen. Verglichen mit der Fülle von theoretisch fundierten und praxiserprobten Maßnahmen zur Verhinderung des Substanzmissbrauchs in der Adoleszenz erstaunt der Mangel an wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweisen für glücksspielsuchtpräventive Aktivitäten gerade im schulischen Setting (vgl. Hayer & Meyer, 2008; Kalke & Thane, 2010, in Druck). Erste, hauptsächlich aus Kanada stammende Evaluationsstudien deuten zwar kurzfristige Effekte an, die sich jedoch im Wesentlichen auf den Aufbau von glücksspielrelevantem Wissen oder die Korrektur kognitiver Verzerrungen, nicht aber auf Verhaltensänderungen beziehen (Hayer, Griffiths & Meyer, 2005). Abgesehen von den spezifischen Inhalten lässt sich auch der Vermittlungsform eine gewisse Bedeutung zuschreiben, da sich vor allem Programme mit interaktiven Elementen als effektiv herausgestellt haben. Tabelle 4 gibt einen Überblick über ausgewählte schulbasierte Präventionsprogramme.

Wie bereits dargelegt, stellt eine Erhöhung der Zugangsbarrieren zu Suchtmitteln in Form von gesetzlichen Verboten zwar eine notwendige, jedoch keineswegs hinreichende Präventionsstrategie dar (Hayer & Meyer, 2008). Vielmehr bedarf es in Ergänzung dazu verhaltensorientierter Präventionsprogramme, die bereits vor dem Auftreten des Problemverhaltens ansetzen. In diesem Kontext verspricht der sogenannte „Life-Skill-Approach“ am ehesten Erfolg. Dieser Ansatz beabsichtigt die Vermittlung grundlegender Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Lebensbewältigung: Wenn Kinder und Jugendliche in der Lage sind, mit negativen Gefühlen umzugehen, konstruktive Strategien zur Stressbewältigung und Problemlösung anzuwenden und befriedigende Sozialbeziehungen aufzubauen, wird das Ausweichen auf exzessive Risikoverhaltensweisen als Ersatzbefriedigung unwahrscheinlicher. Um dieses Ziel in der Praxis zu erreichen und somit Veränderungen auf der Wissens-, Motivations-, Einstellungs-, aber auch Verhaltensebene zu bewirken, sind zahlreiche Komponenten bei der Konzeption von verhaltenspräventiven Maßnahmen zu beachten. So muss ein Erfolg versprechendes Vorgehen a) suchtmittelunspezifische und suchtmittelspezifische Programminhalte sinnvoll

miteinander verknüpfen; b) sich an altersspezifischen multiplen Risiko- und Schutzbedingungen orientieren; c) individuelle Ressourcen, Kernkompetenzen und Bewältigungsfertigkeiten fokussieren; d) langfristig angelegt sein; e) auf reine Informationsvermittlung oder Abschreckungsmaßnahmen verzichten; f) auf einem Mehrebenenkonzept basieren und verschiedene Zielgruppen ansprechen (z.B. Schüler, Lehrer, Eltern) sowie g) neben den Inhalten Wert auf die Vermittlungsform legen (s.o).

Tabelle 4: Prävention glücksspielbezogener Probleme im schulischen Setting – Ausgewählte Studien im Überblick

Quelle/Land	**Stichprobe**	**Intervention**	**Effekte (Ebene)**
Ferland et al. (2002) Kanada	424 Schüler der 7. und 8. Klassen (11 bis 15 Jahre)	20-minütiges Video („Lucky“) und/oder Aufklärung	Inadäquate Vorstellungen Wissen
Gaboury & Ladouceur (1993) Kanada	289 Schüler der High School (ca. 16 Jahre)	3 Sitzungen je 75 Minuten (Frontalunterricht sowie interaktive Lernmethoden)	Wissen Bewältigungsstrategien
Lavoie & Ladouceur (2004) Kanada	273 Schüler der 5. und 6. Klassen (10 bis 13 Jahre)	20-minütiges Video („Lucky“) und Aufklärung	Inakkurate Vorstellungen
Mezzera (2004) Schweiz	377 Schüler der 8. bis 10. Klassen	Fächerübergreifende Unterrichtsmaterialien	Wissen
Williams (2002) Kanada	272 Schüler der High School (14 bis 19 Jahre)	5 Sitzungen mit glückspiel(un)spezifischen Modulen (v.a. Gruppenarbeit)	Wissen Einstellung Kognitive Verzerrungen Probabilistik

Weitere Studieninformationen sowie die konkreten Quellenangaben finden sich bei Hayer et al. (2005) sowie bei Kalke und Thane (2010, in Druck), die eine aktualisierte Ergänzung der Befundlage vorgenommen haben.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass effektive Suchtprävention immer nach aufeinander abgestimmten, breit angelegten und nachhaltigen Bestrebungen verlangt, die im Sinne eines „Policy-Mix“ sowohl Aspekte der Verhältnisprävention (z.B. Begrenzung der Verfügbarkeit, Abgabebeschränkungen) als auch Aspekte der Verhaltensprävention (z.B. Stärkung von Lebenskompetenzen, massenmediale Aufklärungskampagnen) umfassen. Im Gegensatz dazu können Einzelmaßnahmen oder singuläre Präventionsaktivitäten bestenfalls begrenzt Veränderungen auf der Wissens- und Einstellungsebene hervorrufen. Wenngleich sich in jüngster Vergangenheit zunehmend die Erkenntnis durchgesetzt hat, dass mit strukturorientierten Maßnahmen unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten bedeutsame Veränderungen des Gesundheitsverhaltens in der Allgemeinbevölkerung relativ schnell erreicht werden können, darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass die Kontrolle derartiger Maßnahmen mitunter einen beträchtlichen Kostenfaktor ausmacht (vgl. für die Alkoholprävention mit Abderhalden, 2010). Ebenfalls dürften sich die Effekte verhältnispräventiver Maßnahmen, wie etwa die Festlegung einer Altersabgabe für den Kauf alkoholischer Getränke oder von Lottoscheinen, immer dann erhöhen, wenn sie auf eine breite gesellschaftliche Akzeptanz stoßen (in diesem Kontext insbesondere beim Verkaufspersonal). Ein weiteres zentrales

Argument, das letztlich für eine Kombination von Verhältnis- und Verhaltensprävention spricht, bezieht sich auf die Tatsache, dass Minderjährige in der Regel trotz vorherrschender Jugendschutzbestimmungen an Suchtmittel im Allgemeinen und an kommerzielle Glücksspielprodukte im Besonderen problemlos „herankommen“ bzw. alternativ und weitgehend ohne soziale Kontrolle Geld für selbstorganisierte Formen des Glücksspiels ausgeben.

7. Zusammenfassende Kernthesen

- Ausgewählte kommerzielle Glücksspielangebote (z.B. Rubbellose, Sportwetten, Poker, Geldspielautomaten) üben für einige Jugendliche einen hohen Spielanreiz aus. Zudem wird unter Minderjährigen nicht selten selbstorganisiert um Geld „gezockt“! In der Adoleszenz besteht ein erhöhtes Risiko, zumindest temporär glücksspielbezogene Probleme zu entwickeln. Jungen nehmen signifikant häufiger als Mädchen an fast allen Spielformen teil und sind auch eher gefährdet, ein problematisches Spielverhalten zu entwickeln. Ähnliches scheint für Jugendliche mit Migrationshintergrund und Schüler bildungsferner Schichten zu gelten (vgl. Hayer & Meyer, 2008)!
- Die Ausweitung jugendaffiner Spielmöglichkeiten (z.B. im Internet, via Handy) macht ein Anwachsen des Ausmaßes glücksspielbezogener Probleme in dieser Entwicklungsphase wahrscheinlich. Zumindest ist zu erwarten, dass Jugendliche ihre ersten Glücksspielerfahrungen in Zukunft verstärkt über das Internet sammeln werden!
- Ausgehend von der Prävalenz glücksspielbezogener Probleme im Jugendalter besteht ein erheblicher Bedarf in Bezug auf die Konzeption, Umsetzung sowie Evaluation von glücksspielbezogenen Präventionsmaßnahmen und deren Einbindung in bereits erprobte Materialien der Suchtprävention!
- Generell bilden aufeinander abgestimmte verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen den Königsweg einer effektiven Präventionspolitik. Die Überprüfung der Umsetzung von Jugendschutzbestimmungen, etwa mit Hilfe von Testkäufen, verkörpert einen zentralen Eckpfeiler dieses multidimensionalen Präventionsansatzes!

8. Literatur

Abderhalden, I. (2010). Alkoholprävention im Spannungsfeld. SuchtMag 36:13-17.

Baumgärtner, T. (2009). Jugendliche und Glücksspiel: Erste Ergebnisse der SCHULBUS-Sondererhebung 2009. Verfügbar unter http://www.suchthh.de/dokumente/jugendliche_gluecksspiel.pdf.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2008). Glücksspielverhalten und problematisches Glücksspielen in Deutschland 2007: Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. Köln: BZgA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2010). Glücksspielverhalten in Deutschland 2007 und 2009: Ergebnisse aus zwei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen. Köln: BZgA.

Delfabbro, P., Lahn, J. & Grabosky, P. (2005). Further evidence concerning the prevalence of adolescent gambling and problem gambling in Australia: A study of the ATC. International Gambling Studies, 5, 209-228.

Fröberg, F. (2006). Gambling among young people: A knowledge review. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health.

Griffiths, M.D. & Parke, J. (2010, in Druck). Adolescent gambling on the internet: A review. International Journal of Adolescent Medicine and Health.

Gupta, R. & Derevensky, J.L. (1998). Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling. Journal of Gambling Studies (JOGS), 14, 319-345.

Hayer, T. (2010, in Vorbereitung). Jugendliche und glücksspielbezogene Probleme: Risikobedingungen, Entwicklungsmodelle und Implikationen für präventive Handlungsstrategien.

Hayer, T., Bachmann, M. & Meyer, G. (2005). Pathologisches Spielverhalten bei Glücksspielen im Internet. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 28 (1-2), 29-41.

Hayer, T., Griffiths, M. & Meyer, G. (2005). Gambling. In T.P. Gullotta & G.R. Adams (Eds.), Handbook of adolescent behavioral problems: Evidence-based approaches to prevention and treatment (pp. 467-486). New York: Springer.

Hayer, T. & Meyer, G. (2008). Problematisches Glücksspielverhalten. In H. Scheithauer, T. Hayer & K. Niebank (Hrsg.), Problemverhalten und Gewalt im Jugendalter: Erscheinungsformen, Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention (S. 164-179). Stuttgart: Kohlhammer.

Hurrelmann, K., Schmidt, L. & Kähnert, H. (2003). Konsum von Glücksspielen bei Kindern und Jugendlichen – Verbreitung und Prävention. Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen.

Jacobs, D.F. (2000). Juvenile gambling in North America: An analysis of long term trends and future prospects. Journal of Gambling Studies, 16, 119-152.

Kalke, J. & Thane, K. (2010, in Druck). Glücksspiel-Prävention im schulischen Setting. Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung.

King, D., Delfabbro, P. & Griffiths, M. (2010, in Druck). The convergence of gambling and digital media: Implications for gambling in young people. Journal of Gambling Studies.

Meyer, G. & Hayer, T. (2008). Poker – Glücksspiel mit Geschicklichkeitsanteil und Suchtpotential. Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht, 3, 153-160.

Meyer, G. & Hayer, T. (2010, in Druck). Problematisches und pathologisches Spielverhalten bei Glücksspielen: Epidemiologie und Prävention. BGesBl.

Shaffer, H.J. & Hall, M.N. (2001). Updating and refining prevalence estimates of disordered gambling behaviour in the United States and Canada. Canadian Journal of Public Health, 92, 168-172.

Shaffer, H.J., Stanton, M.V. & Nelson, S.E. (2006). Trends in gambling research: Quantifying, categorizing, and describing citations. JOGS, 22, 427-442.

Valentine, G. (2008). Literature review of children and young people's gambling. Birmingham: Gambling Commission.

Volberg, R., Gupta, R., Griffiths, M.D., Olason, D.T. & Delfabbro, P. (2010, in Druck). An international perspective on youth gambling prevalence studies. International Journal of Adolescent Medicine and Health.

Tobias Hayer
Universität Bremen
Institut für Psychologie und Kognitionsforschung
Grazer Str. 4, 28359 Bremen
Tel. (0421) 218-4333, E-Mail: tobha@uni-bremen.de

Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern– Maßnahmen zur Glücksspielsuchtprävention

Andreas Czerny, Daniel Ensslen

1. Aktion Jugendschutz – Glücksspielsuchtprävention

Seit dem 01.06.2009 ist die Stelle des Referenten für Prävention gegen Glücksspielsucht bei der Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e.V., besetzt. Finanziert wird diese halbe Stelle (20,05 h) durch die Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern. Stelleninhaber: Diplom-Sozialpädagoge Daniel Ensslen.

Aufgaben des Referats:

- Recherche von vorhandenen personalkommunikativen und verhaltensorientierten Präventionsansätzen
- Erstellung, Veröffentlichung und Vertrieb praxisorientierter Präventionsmaterialien für Jugendliche, Eltern und pädagogische Fachkräfte
- Fortbildungsveranstaltungen für Multiplikatoren zur Glücksspielsuchtprävention
- Evaluation der Präventionsangebote
- Länderübergreifende Kooperationen
- Vernetzung

Im Rahmen der gesetzten Aufgaben des Referats für Prävention gegen Glücksspielsucht der Aktion Jugendschutz sind bisher folgende Projekte und Ansätze verfolgt worden:

Es wurde ein **interaktives Präventionsmaterial zur Glücksspielsucht** entwickelt. Die **„Wenn-Ich-Karten“** zum Thema Glücksspielsucht sind eine Methode für Jugendliche ab 14 Jahren und junge Erwachsene.

Spielerisch setzen sich die Teilnehmer und Teilnehmerinnen in Gruppen mit dem Thema auseinander und reflektieren im Gespräch ihre eigenen Meinungen und Haltungen. In der Anleitung werden pädagogische Ansätze und Perspektiven vermittelt. In kompakter und leicht verständlicher Form werden die nötigen Hintergründe und Zusammenhänge zur Glücksspielsucht dargestellt. Die Methode ist für Pädagogen also ohne Vorkenntnisse und einfach durchzuführen.

Adressen, Links und weitere empfohlene Materialien ermöglichen der Spielleitung eine weiterführende Auseinandersetzung mit dem Thema. Die „Wenn-Ich-Karten“ zum Thema Glücksspielsucht können gut mit den „Wenn-Ich-Karten“ zur Sucht allgemein (Rauchen, Alkohol, Ess-Störungen, Illegale Drogen) sowie zu Migration kombiniert werden. Diese Materialien können bei der Aktion Jugendschutz e.V. bestellt werden.

Methoden und Materialien, die sich besonders gut für die Glücksspielsuchtprävention eigenen, werden gesammelt, bearbeitet und dem interessierten Fachpublikum im Handbuch der Landesstelle Glücksspielsucht zur Verfügung gestellt.

Eine Broschüre für pädagogische Fachkräfte für die präventive Arbeit mit Jugendlichen wird konzipiert und für ein breites Publikum veröffentlicht. Diese wird

Grundlagen zum Glücksspiel und zur Suchtprävention als auch die Verknüpfung beider Elemente so wie die praktische Umsetzung von Präventionsbotschaften beschreiben.

Mit einem Spielentwickler wird über die gemeinsame Entwicklung eines neuen Spieles verhandelt. In diesem Kartenspiel werden sich die Möglichkeiten, sich durch Fähigkeiten („Arbeit“) oder durch Glück (-sspiel) soziale Statussymbole zu erlangen, gegenüberstehen. Das jeweils geringere oder höhere Risiko steht der jeweils geringeren oder höheren Gewinnspanne gegenüber.

Kontinuierlich wird an der Vernetzung und der Zusammenführung von fachlichen Impulsen als auch an deren Weiterentwicklung gearbeitet.

Gerne können Sie sich mit Anregungen und bei Nachfragen an den Referenten wenden (Kontaktadresse s. unten)

2. Kommunikationskampagne „Verspiel nicht dein Leben“

Ziel der Kommunikationskampagne ist zum einen, Awareness für das Thema zu schaffen, dafür zu sensibilisieren und über Risiken wie Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären. Zum anderen soll durch die Werbe- und PR-Kampagne der Bekanntheitsgrad der eingerichteten Fachstellen bzw. der im Kompetenznetz zusammengeschlossenen Beratungsstellen erhöht werden. Dabei wird weniger Wert auf eine bayernweite reine Image-Kampagne gelegt, zumal das Budget hierzu kaum flächendeckende Effekte hervorbringen würde. Vielmehr stellt die Kampagne die Fachstellen in den Fokus. Regionale Schwerpunkte werden deshalb die Orte bilden, an denen die Fachstellen zu finden sind. Dies ermöglicht ein individuelles Vorgehen und damit eine Vermeidung von Streuverlusten. Die Fachstellen erhalten einen verbesserten Bekanntheitsgrad vor Ort und damit die Möglichkeit, möglichst breit wahrgenommen zu werden.

Die Landesstelle erarbeitete gemeinsam mit den Agenturen die Kampagne. Das Kampagnen-Motto „Verspiel nicht Dein Leben“ wird sich wie ein roter Faden durch alle Instrumente und Materialien ziehen.

Die Werbekampagne umfasst einen TV- sowie Radio-Spot, Großflächenplakate, Anzeigenmotive für Tageszeitungen und Anzeigenblätter, Poster, Info-Folder für Betroffene und Angehörige, Postkarten und ähnliches. Zentrales Kommunikationsinstrument wird unter anderem die Website www.verspiel-nicht-dein-leben.de sein, die sich an Betroffene, Angehörige und allgemein Interessierte wendet. (Im Gegensatz dazu ist die bestehende Website www.lsgbayern.de eher für Fachleute gedacht.) Start der Werbemaßnahmen sowie der Website wird Dezember 2009 sein.

Im Frühjahr 2010 wird es eine PR-Kampagne geben, die ebenfalls vorrangig die Fachstellen vor Ort einbinden wird. Diesen wird ein Maßnahmenpaket zur Umsetzung regionaler Aktionstage angeboten. Die Fachstellen können individuell abstimmen, welche einzelnen Aktivitäten sie daraus durchführen möchten. Bei der Auswahl sowie der gesamten Umsetzung werden die Fachstellen von der Landesstelle unterstützt, die für alle PR- und Werbemaßnahmen die Koordination mit den beiden Agenturen übernimmt.

Die Fachstellen werden die Werbe- und PR-Maßnahmen betreffend das Maximum an Unterstützung erhalten. Hierzu gehören im Wesentlichen Mediaschaltungen von TV- und Radiospots, Großflächenplakate und Print-Anzeigen. Für die Kompetenznetzstellen, die keine Förderung in Form von Personalstellen erhalten,

wird es ebenfalls ein Angebot geben (Info- und Werbe-Materialien, Bereitstellung von Spots, Plakaten und Anzeigenmotiven ohne Mediaschaltung). Info-Materialien wie insbesondere Folder für Betroffene und Angehörige werden darüber hinaus allen Interessenten wie Jugend- und Gesundheitsämtern, Arbeitsagenturen, Schulen, Schuldnerberatungsstellen und ähnlichen Einrichtungen kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Andreas Czerny
Geschäftsführung
Landesstelle Glückspielsucht in Bayern
Edelsbergstraße 10, 80686 München
Tel. (089) 55 27 35 90, E-Mail: andreas.czerny@lsgbayern.de
www.lsgbayern.de

Daniel Ensslein
Referent für Prävention gegen Glücksspielsucht
Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V. (AJ)
Fasaneriestraße 17, 80636 München
Tel. (089) 12 15 73-19, E-Mail: ensslen@aj-bayern.de
www.bayern.jugendschutz.de

Erhöhte Wirksamkeit von Projekten/Aktivitäten durch kontinuierliche Qualitätsverbesserung mittels Projektmanagement*

Angela Böttger

Als Projektmanagement bezeichnet man Organisationsverfahren zur Planung und Steuerung von komplexen Vorhaben bzw. Projekten. Ziel ist, die Projektidee wirkungsvoll in die Praxis umzusetzen und bestmögliche Ergebnisse zu erreichen.

Von einem Projekt spricht man, wenn es sich bei dem Vorhaben um eine komplexe Aufgabenstellung handelt, die mit einer konkreten Zielsetzung versehen ist und innerhalb eines zeitlich begrenzten und definierten Zeitraums und mit Einsatz vereinbarter oder zugesicherter Ressourcen (Personal, Finanzen, Sachmittel u.a.) umgesetzt werden soll. Häufig gibt es ein Projektteam, das berufsgruppen- und/oder bereichsübergreifend zusammengesetzt ist.

Ziel der Projektorganisation ist es, die effiziente Zusammenarbeit aller am Projekt Beteiligten sicherzustellen. Dies erfolgt zum einen durch die Festlegung von Aufgaben-, Kompetenz- und Verantwortungsbereichen. Wesentlich für eine erfolgreiche Projektarbeit ist darüber hinaus die Sicherstellung transparenter Informationswege sowie einer guten Kommunikation zwischen den verantwortlichen Akteur/innen.

Das Grundprinzip des Projektmanagements lässt sich am Qualitätsregelkreis PDCA (Plan – Do – Check – Act) darstellen.

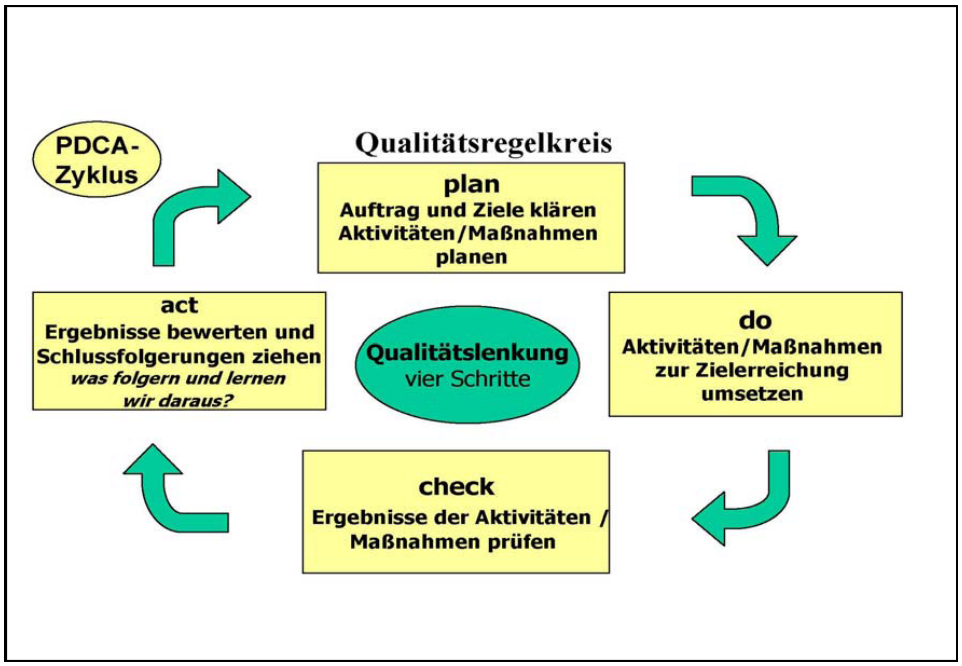


Abb.1: Qualitätsregelkreis PDCA: Plan – Do – Check – Act

* Überarbeitete und erweiterte Fassung eines gleich lautenden Workshop-Vortrags auf der Fachtagung der ginko Stiftung für Prävention und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur „Qualität in der Suchtprävention“ am 6. Mai 2009.

Planungsphase

Bevor mit der Planung und insbesondere dem Start einzelner Aktivitäten und Maßnahmen begonnen wird, muss immer erst eine Ziel- und Auftragsklärung vorgenommen werden. Erst wenn die angepeilten und erwarteten Ergebnisse möglichst konkret definiert sind, kann sinnvoll darüber gesprochen werden, welche einzelnen Aktivitäten und Maßnahmen zur Zielerreichung erforderlich oder wünschenswert sind und wie und von wem dies im Einzelnen realisiert werden kann.

Aktivitäten der Planungsphase sind insbesondere:

Projektidee entwickeln
Um die möglicherweise noch diffusen Projektideen zu konkretisieren, empfiehlt es sich, gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen sowie gegebenenfalls interessierten Partnern einen kreativen Gedankenaustausch über relevante Fragestellungen herbeizuführen: z.B. über die potentiellen Ziele und Zielgruppen, aktuelle Anknüpfungspunkte, denkbare Aktionen und Akteure, erforderliche Rahmenbedingungen und Ressourcen. Häufig wird es darüber hinaus sinnvoll sein, zu recherchieren, ob es wissenschaftliche Studien oder anderes Expertenwissen gibt, das für das Projekt von Bedeutung ist. Geprüft werden sollte zudem, ob es andernorts schon Erfahrungen mit ähnlichen Projekten gibt, auf die für das neue Projekt zurückgegriffen werden kann.

Projektauftrag sicherstellen
Ein bedeutsames Kriterium für den späteren Projekterfolg ist die rechtzeitige Klärung des Projektauftrags: er sollte eindeutig und von den maßgeblichen Projektakteuren gut verstanden und angenommen sein. Worum genau geht es dem Auftraggeber? Was sind seine – expliziten wie auch impliziten (!) – Wünsche und Erwartungen? Sind die daraus abzuleitenden Ziele realistisch und die Anforderungen erfüllbar? Die Klärung dieser Fragen sollte im Dialog mit dem Auftraggeber erfolgen und die wichtigsten Ergebnisse in einem – möglichst schriftlichen – Projektauftrag festgelegt werden. Dieser sollte

- konkrete, messbare Ziele und Zwischenziele enthalten,
- die Verantwortlichen und sonstigen Beteiligten benennen,
- den zeitlichen Rahmen konkret benennen (Projektzeitraum),
- eine Budgetvereinbarung enthalten
- den Termin für ein Abschlussgespräch mit Abschlussbewertung benennen sowie
- Regelungen zur Projektdokumentation enthalten.

Projektorganisation festlegen
Je nach Größenordnung und Komplexität des Projekts werden die relevanten Projektaufgaben und -rollen von verschiedenen Verantwortungsträgern wahrgenommen: insbesondere einer Projektleitung, einem Projekt- oder Koordinationsteam und gegebenenfalls einem Lenkungs- oder Steuerungskreis. Soll es später nicht immer wieder zu Reibungsverlusten kommen, sollten in der Planungsphase Aufgaben und Rollen eindeutig verteilt und Verantwortungs- und Entscheidungsbefugnisse klar geregelt werden. Darüber hinaus sollte vereinbart werden, welche Beteiligten sich in welchen Abständen zusammensetzen, um den Projektverlauf zu steuern.

Projekt-/Koordinationsteam zusammenstellen
Bei der Zusammensetzung dieses Teams sollte darauf geachtet werden, dass die am Projekt beteiligten Institutionen, Abteilungen und Berufsgruppen durch möglichst kompetente Repräsentanten vertreten sind, die auch Entscheidungsbefugnisse besitzen. Wenn diese auch manchmal nicht auf Anhieb als die „einfachsten“

Kooperationspartner erscheinen mögen – sind sie erst einmal überzeugt und „im Boot“, ist ihre Unterstützung umso wertvoller und weitreichender. Die Mitarbeit im Projektteam sollte dabei auf Freiwilligkeit beruhen. In klug zusammengesetzten Teams sind zudem wichtige Teamrollen besetzt: es gibt darin z.B. „Visionäre“, die besonders kreativ sind im Entwickeln von Ideen, es gibt aber auch „Strategen“, die vorausschauend agieren und auf Strukturen und Machtverhältnisse achten. „Kritiker“ haben ihre Stärke darin, darauf zu dringen, dass alles gut durchdacht wird – und „Finisher“ sorgen dafür, dass auch die praktische Umsetzung erfolgt und die Termine eingehalten werden.

Projektleitung festlegen/benennen
Bei der Auswahl der Projektleitung sollte darauf geachtet werden, dass inhaltlich-fachliche Kompetenzen alleine – insbesondere bei komplexeren Projekten – nicht ausreichen, um diese Funktion erfolgreich auszufüllen. Die Projektleitung erfordert darüber hinaus:

- Organisations- und Managementkompetenzen: planen, organisieren, strukturieren; steuern, leiten, Entscheidungen herbeiführen;
- die Kompetenz zur Leitung und Moderation von Gruppen und Teams: angemessener Leitungs- und Gesprächsführungsstil, generelle Sozialkompetenz, Menschenkenntnis. Eine gute Projektleitung weiß, wie Gruppenprozesse befördert werden, und ist in der Lage, konstruktiv mit Störungen umzugehen.

Last not least sollte die Projektleitung, sofern sie nicht unmittelbar über Weisungsbefugnisse verfügt, die formale Kompetenz haben, projektbezogene Entscheidungen fällen zu dürfen oder diese zeitnah herbeizuführen.

Steuerungsgruppe/Lenkungskreis
Bei Projekten im Rahmen größerer Verbände oder Netzwerke bewähren sich sog. Steuerungsgruppen oder Lenkungskreise. Sie übernehmen übergeordnete Aufgaben und Funktionen, insbesondere

- Ernennung und Beratung der Projektleitung
- Beschaffung / Bewilligung der personellen, finanziellen und sachlichen Mittel
- Begleitung und Überwachung der Projektvorbereitung und des Projektablaufs

Der Steuerungs-/Lenkungskreis fungiert als oberste Entscheidungsinstanz für das Projekt und sollte deshalb mit Vertreter/innen der Leitungsebenen besetzt sein.

Projektziele und Aufgaben
Die im Projektauftrag bereits formulierten Ziele sind nun weiter zu konkretisieren:

- Was genau soll erreicht werden?
- Wer genau sind die Zielgruppen?
- Wer muss/soll noch einbezogen werden? Das können Kooperationspartner, aber auch von dem Projekt nur mittelbar betroffene Zielgruppen sein
- Woran wird am Projektende zu merken sein, dass die Ziele erreicht worden sind?

Die Zielklärung sollte am besten unter Einbeziehung aller verantwortlich Beteiligten aus Projektleitung, Projektteam und Steuerungsgruppe erfolgen. Es ist wichtig, dass alle den Projektauftrag kennen und verstehen und dass daraus Ziele für die verschiedenen Aufgabenfelder und Arbeitsbereiche abgeleitet werden.

Bevor dies erfolgen kann, ist zumeist eine Situationsanalyse sinnvoll:

- Was ist die Ausgangssituation?
- Welche Problemlagen und Anforderungen gilt es zu berücksichtigen?
- Welche – expliziten wie impliziten – Anliegen und Interessen sind für einzelne Projektbeteiligte besonders wichtig?

Damit später alle am selben Strang ziehen, ist es von großer Bedeutung, die Sichtweisen und Erwartungen der verschiedenen Projektbeteiligten gleichermaßen anzuerkennen, für wechselseitiges Verständnis zu sorgen und gegebenenfalls Kompromisse für gemeinsam getragene Ziele zu finden.

Gut formulierte Ziele zeichnen sich dadurch aus, dass sie im Projektverlauf als Orientierung dienen, die Akteure im Projekt motivieren und am Ende eine Erfolgskontrolle ermöglichen. Eine Hilfe für die Zielfindung sind die Kriterien für „smarte" Ziele. Entsprechend formulierte Ziele sind:

- **s**pezifisch: positiv, konkret, präzise
- **m**essbar: mit Kriterien zur Messung der Ergebnisse
- **a**ngemessen: nicht zu klein: bedeutsam, attraktiv
- **r**ealistisch: nicht zu groß: akzeptiert und erreichbar
- **t**erminiert: mit klaren Terminvorgaben

Als Setting zur Zielfindung empfiehlt sich ein Zielfindungsworkshop mit den am Projekt beteiligten Mitarbeiter/innen und Funktionsträgern. Darüber hinaus kann es sehr sinnvoll sein, auch (potentielle) Kooperationspartner/innen einzuladen oder Repräsentant/innen der Zielgruppen, die mit dem Projekt angesprochen und erreicht werden sollen.

Planung der Projektaktivitäten und Maßnahmen

Nachdem die Ziele geklärt und vereinbart sind, muss entschieden werden, wie diese am besten erreicht werden können (grundsätzliche Vorgehensweisen, Strategien) und welche konkreten Aktivitäten und Maßnahmen dafür ergriffen werden sollen. Wichtig ist hierbei, im eigenen Verantwortungsbereich zu bleiben. Die Frage muss lauten: „Was können/müssen *wir* zur Zielerreichung tun oder beisteuern?" Hierfür sollte ein Maßnahmenplan entwickelt werden: Wer genau (Namen!) tut was – mit wem – mit welchen Ressourcen – und (bis) wann?! Als Instrument zur systematischen Erarbeitung konkreter Schritte und Maßnahmen zur Zielerreichung hat sich in den niedersächsischen Fachstellen für Sucht und Suchtprävention schon vielfach eine Matrix zur Projektplanung bewährt (Abb. 2).

Wird die Unterstützung Dritter benötigt oder erwartet, so sollte dies als explizites Ziel in die Maßnahmenplanung aufgenommen und darin festgelegt werden, welche Aktivitäten dafür ergriffen werden und wer dies verantwortlich übernimmt – statt zu erwarten, dass „die anderen" sich von sich aus kümmern werden oder müssten.

Bei komplexen Projekten empfiehlt sich die Entwicklung eines Projektstrukturplans und eines Zeit- bzw. Projektablaufplans: während der Projektstrukturplan einen Ziel- und Maßnahmenbaum darstellt, dem die einzelnen Arbeitspakete zugeordnet werden, stellt der Ablaufplan die zeitliche Abfolge der einzelnen Maßnahmen dar (vgl. Abb.1). Bei größeren Projekten wird auch die Ressourcenplanung bezüglich Finanzen, Sachmittel und Personal schriftlich zu fassen sein, mindestens aber ein Budgetplan erstellt.

Matrix zum Projektmanagement

Projektziel: .....

Ziele		Aktivitäten Maßnahmen	Beteiligte		Mittel	Zeit
grundsätz-liche Ziele	konkrete Ziele	Was ist zu tun?	Verantwortliche	Schnittstellen	Zeit/Geld/...	(bis) wann?

Abb. 2

Planung der Projektauswertung / Evaluation

Auch wenn die Projektbeteiligten die Planungsphase nun langsam hinter sich lassen und endlich loslegen wollen – etwas Wichtiges bleibt noch zu tun: nämlich die Planung der Projektauswertung und gegebenenfalls der Projektevaluation:

- Wie sollen die Ergebnisse und Wirkungen des Projekts festgestellt werden?
- Welche Informationen sollen dafür gesammelt, welche Daten dafür erhoben werden?
- Wer soll das tun (intern/extern?)
- Welche Instrumente sollen dafür genutzt oder entwickelt werden? (z.B. statistische Erfassung der Aktivitäten und Ergebnisse; Projektdokumentation; mündliche/schriftliche Befragungen von Teilnehmer/innen; Expertenbefragungen u.a.)
- Welche Ressourcen können dafür bereitgestellt werden?

Diese Fragen sollten unbedingt vor dem Projektstart geklärt werden – und sich aus den Zielen ableiten. Sind die Ziele ausreichend konkret definiert worden, ist es häufig nicht sehr schwierig, entsprechende Kriterien der Erfolgsbewertung zu benennen. Mehr Schwierigkeiten machen da möglicherweise die Methoden und Ressourcen, die entsprechenden Wirkungen dokumentierbar zu erfassen und zu messen.

Realisierungsphase

In der Realisierungsphase geht es darum, die zur Erreichung der Projektziele geplanten und vereinbarten Vorhaben verbindlich umzusetzen: d.h. die einzelnen Teilschritte einzuleiten und zu realisieren. Hierfür sind die Aktivitäten der verschiedenen Beteiligten zu koordinieren und – nicht zuletzt – das Projekt-Netzwerk zu pflegen.

Aktivitäten der Realisierungsphase sind insbesondere:

Start-Workshop
Viele Projekte beginnen mit einem Start-Workshop, in den die relevanten Projektverantwortlichen sowie häufig auch weitere Beteiligte einbezogen werden: insbesondere Auftraggeber, Kooperationspartner, Multiplikatoren, Repräsentanten der Zielgruppen. Neben der nicht zu unterschätzenden Symbolfunktion eines gemeinsam erlebten Auftakts („Jetzt geht's los!") verfolgt ein solcher Start-Workshop eine Reihe wichtiger Ziele. Die Beteiligten lernen sich (besser) kennen und erlangen einen gemeinsamen Informationsstand – beides wichtige Voraussetzungen für eine gute Kooperation während des Projektverlaufs. Darüber hinaus sollten die konkreten Verantwortlichkeiten geklärt und gemeinsam Spielregeln für die Zusammenarbeit vereinbart werden. Dies betrifft bspw. den Informationsaustausch und die Kommunikationsstrukturen im Projekt (Wer informiert wen – wann – auf welche Art und Weise?), das Protokoll- und Berichtswesen (Was wird generell protokolliert – und von wem? Werden Zwischen-/Abschlussberichte erstellt?) und natürlich das Besprechungswesen (Wer trifft sich wann und wie lange mit wem, regelmäßig oder ad hoc, wer übernimmt die Einladungen usw.). Sinnvoll ist darüber hinaus, gemeinsam zu verabreden, wie die Beteiligten sich wechselseitig Feed-back geben (können) und sich auch auf eine Vorgehensweise zu verständigen, falls es einmal zu Konflikten kommen sollte. Die Ergebnisse des Workshops sollten protokolliert und den Beteiligten möglichst zeitnah zur Verfügung gestellt werden.

Projektinformation und -kommunikation
Eine wichtige Aufgabe im Projektalltag ist es, für Information und Transparenz gegenüber und unter den verschiedenen Beteiligten zu sorgen: Welche Fortschritte macht das Projekt? Welche Aktivitäten sind in der Planung? Wie sollen die nächsten Schritte konkret umgesetzt werden? Dabei sollte es nicht dem Zufall überlassen bleiben, wer Informationen erhält, vielmehr sollten deren Adressaten definiert und Vereinbarungen über Informationswege getroffen werden. Je nach Projektstruktur kann der Informationsfluss durch persönlichen Austausch sichergestellt werden (Besprechungen/Sitzungen; Telefonate) und/oder durch das Erstellen und Weiterleiten von Vermerken, Protokollen oder Statusberichten. Zu den Projektterminen sollten rechtzeitig Einladungen mit Tagesordnung verschickt werden. Besondere Aufmerksamkeit ist auf den Kontakt zum Auftraggeber zu richten: er sollte auf dem Laufenden gehalten werden (Statustreffen; Zwischenberichte o.ä.) und gegebenenfalls in die Korrektur von Ziel- oder Maßnahmenplanung einbezogen werden.

Steuerung und Unterstützung des Projekt-/Koordinationsteams
Für den Fortschritt des Projekts ist ein effektiv und effizient arbeitendes Projektteam von besonderer Bedeutung. Die Projektleitung sollte zu diesem Zweck darauf achten, dass die verschiedenen Beteiligten sich auf gemeinsam getragene Ziele verständigen und die konkreten Aktivitäten einen klaren Bezug zu diesen Zielen haben. Die Projektleitung sollte außerdem dafür sorgen, dass das Projektteam sich auf Arbeitsweisen und Spielregeln verständigt – und dass diese eingehalten und gepflegt werden. Dies gilt ganz besonders für die Sicherung des Informationsflusses und die Verbindlichkeit getroffener Vereinbarungen.

Umgang mit Problemen, Störungen, Konflikten
Es ist eine zentrale Aufgabe des Projektmanagements, Abweichungen von den ursprünglichen Plänen – seien es Zeitverzögerungen oder sonstige Hindernisse und Störungen – rechtzeitig wahrzunehmen und darauf zu reagieren, z.B. durch die Anpassung des Zeitplans, die Neuverteilung von Verantwortungsbereichen,

die Korrektur oder nachträgliche Implementierung von Projektstrukturen oder anderer Maßnahmen.

Besondere Aufmerksamkeit ist zudem gefordert, wenn sich im Projektteam oder zwischen verschiedenen Projektbeteiligten ernsthafte Störungen der Kommunikation und Kooperation bemerkbar machen. Häufig liegen dem divergierende Interessen oder Zielkonflikte zu Grunde. Hier ist die Kompetenz des Projektleiters, aber auch die der Mitglieder des Projektteams gefordert, Konflikte auf der Sachebene anzusprechen und konstruktive Lösungen zu finden, die von allen Beteiligten akzeptiert und mitgetragen werden können.

Projektmarketing / Öffentlichkeitsarbeit
Es sollte unter den Beteiligten geklärt sein, wer das Projekt nach Innen und Außen vertritt und als Ansprechpartner für Anfragen zur Verfügung steht. Neben der nach außen gerichteten Öffentlichkeitsarbeit sollte bedacht werden, dass Projekte häufig ein Projektmarketing im eigenen Haus erfordern, um z.B. erforderliche Projektmittel oder personelle Ressourcen zugesprochen zu bekommen.

Projektcontrolling
Der Begriff des Controllings bedeutet, dass der Projektfortschritt kontinuierlich oder von Zeit zu Zeit überprüft wird, um festzustellen, ob es einen Bedarf für Korrekturen oder andere Interventionen gibt. Bezugspunkt ist der ursprüngliche Plan zur Projektrealisierung. Das Projektcontrolling erfasst und bewertet, ob der Zeitplan eingehalten wird, ob die definierten Meilensteine erreicht wurden und ob der Terminplan noch realistisch ist. Eine weitere Fragestellung ist, ob es Probleme gibt, die den Verlauf und Abschluss des Projekts gefährden. Für das Projektcontrolling ist es folglich relevant, Zwischenergebnisse zu erfassen. Hierfür haben sich u.a. Status-Treffen der Projektgruppe bewährt oder „Meilenstein-Workshops“, in die von Fall zu Fall auch weitere Beteiligte einbezogen werden können.

Projektreflexion
Insbesondere im Rahmen von Pilotprojekten sollten regelmäßige Reflexionsschritte eingeplant und durchgeführt werden. Die Projektbeteiligten tragen dabei ihre Erfahrungen und Ergebnisse zusammen und bewerten sie: Was läuft gut? Was funktioniert nicht? Was sind die Gründe dafür? Was muss/sollte verändert werden?

Projektdokumentation
Um sich während des Projekts schnell über das Projektvorhaben und den aktuellen Stand orientieren und bei Bedarf entsprechende Informationen nach innen oder außen kommunizieren zu können, empfiehlt sich die Anlage einer Projektakte oder eines Projekthandbuchs. Dort hinein kommen sämtliche schriftlich fixierten Dokumente wie Konzept, Auftrag, Maßnahmenpläne, Protokolle, Zwischenberichte, Schriftwechsel, Gesprächsnotizen, Zeitungsberichte und diverse andere Nachweise für den Projektverlauf und seine Ergebnisse. Sofern eine Abschlussdokumentation gewünscht oder gefordert ist, sind die gesammelten Informationen und Dokumente eine gute Materialgrundlage dafür.

Projektabschluss
Abschluss-Sitzung des Projekt-Teams: Nachdem die Projektmaßnahmen abgearbeitet und umgesetzt sind, sollte sich das Projektteam unbedingt zu einer Abschluss-Sitzung treffen, um die Ergebnisse und Erfahrungen gemeinsam auszuwerten. Je nach Projektstruktur kann hierzu bereits ein Abschlussbericht vorgelegt werden oder die Erstellung desselben Thema der Abschluss-Sitzung sein.

Abschluss-Workshop: Sehr empfehlenswert ist darüber hinaus ein Abschluss-Workshop, zu dem alle, die sich für das Projekt eingesetzt und engagiert haben,

eingeladen werden: insbesondere Projektmitarbeiter/innen, Kooperationspartner und – last not least – der Auftraggeber. Im Rahmen einer Abschluss-Präsentation können wichtige Meilensteine und Ergebnisse des Projekts dargestellt werden. Wichtig ist, die geleistete Arbeit zu würdigen und allen Projektakteuren ausdrücklich dafür zu danken. Ein schönes Ritual ist, das Projektende beim Abschlussworkshop in einer gemeinsamen Feier ausklingen zu lassen.

„Check“: Ergebnisüberprüfung und -bewertung; Projektevaluation

Nach Abschluss der Projektaktivitäten folgt nun die Auswertung und Bewertung der Projektergebnisse – einschließlich der bereits während des Projekts erfassten Zwischenergebnisse. Die zentrale Fragestellung ist, ob bzw. in welchem Umfang die definierten Ziele erreicht (oder verfehlt?) wurden.

Aktivitäten der Evaluations-Phase sind insbesondere:

Erfassen und Auswerten der Ergebnisse
Unabhängig davon, ob eine fachgerechte Evaluation durchgeführt werden kann oder soll, sollten am Ende jeden Projekts die wichtigsten Ergebnisse erfasst und ausgewertet werden – nur dann kann für die Zukunft aus den Projekterfahrungen gelernt werden. Hierfür können zunächst die schon während der Umsetzungsphase erfassten und gesammelten Informationen und Daten ausgewertet werden, z.B. Teilnehmerzahlen, Menge verteilter Materialien, Teilnehmer-Fragebögen u.ä. Darüber hinaus können zusätzliche Informationen und Ergebnisse eingeholt und ausgewertet werden, z.B. mittels (weiterer) Befragungen – z.B. der Zielgruppen oder beteiligter Experten und Fachkräfte – oder mittels systematischer Auswertung von schriftlichen Dokumenten wie z.B. Veranstaltungs-Dokumentationen oder Medienberichten.

Soll-Ist-Vergleich
Anschließend geht es um die Frage, ob die Ziele, die das Projekt erreichen sollte, erreicht wurden bzw. in welchem Umfang dies (nicht) erfolgte. Wurden die Ziele zu Projektbeginn ausreichend konkret definiert, lässt sich der Projekterfolg nun möglicherweise ablesen. Natürlich kann es auch sein, dass erwartete Ergebnisse ausgeblieben, nicht erwartete dafür eingetreten sind.

Evaluationsbericht
Je nach Interessenslage und Ressourcen können die zusammengestellten Ergebnisse in einem Auswertungs- oder Evaluationsbericht zusammengefasst und intern oder extern publiziert werden. Es sollte nun daran gedacht werden, den Bericht allen am Projekt verantwortlich Beteiligten zugänglich zu machen. Sind Folgeprojekte geplant, ist dies auch ein guter Anlass, das Interesse an weiterer Kooperation zu formulieren bzw. anzufragen.

Auswertungsgespräch mit Auftraggeber
Insbesondere wenn Projektnehmer und Auftraggeber auch künftig zusammenarbeiten wollen oder müssen, sollte die Zufriedenheit des Auftraggebers mit den Ergebnissen des Projekts ermittelt werden. Häufig wird dazu ein Nachtreffen vereinbart – je nach Projektcharakter drei bis zwölf Monate nach Projektende, wenn die Ergebnisse ausgewertet sind und genug Zeit vergangen ist, so dass die erwarteten oder erhofften Projekt-Wirkungen sich in der Praxis zeigen können.

Act: Schlussfolgerungen und Lernerfahrungen

Aktivitäten der act- bzw. learn-Phase sind z.B.

Nach dem Projekt ist vor dem Projekt: in diesem wichtigen Schritt geht es darum zu analysieren, was aus den Erfahrungen und Ergebnissen für künftige Projekte gelernt werden kann – und dies für spätere Gelegenheiten zu dokumentieren.

Projekterfahrungen bewerten
Fragestellungen sind beispielsweise, woran es lag, dass die Ziele erreicht – oder nicht erreicht – wurden und ob die Ziele angemessen und die durchgeführten Maßnahmen zielführend waren. Darüber hinaus sollte reflektiert und bewertet werden, wie zufrieden die Projektakteure mit den Strukturen und Abläufen während der Projektphase waren: was hat sich bewährt, was hat geholfen? Was war unbefriedigend oder hinderlich, was hat sich nicht bewährt und sollte künftig anders gehandhabt werden? Die für den Projekterfolg relevanten Faktoren sollten dafür hinsichtlich ihrer Funktionalität und Effektivität bewertet werden: die Qualität der Planung, die Verbindlichkeit in der Umsetzung, die Aufgaben- und Kompetenzverteilung, der Informationsfluss, die Arbeitsweise des Projektteams, die Zusammenarbeit im Projektteam, die Zusammenarbeit mit weiteren Projektmitarbeiter/innen, die Kooperation mit den Auftraggebern, Kooperationspartnern oder anderen wichtigen Beteiligten usw. – bis hin zur Effektivität der Strukturen zum Leiten und Steuern des Projekts und der Zufriedenheit mit der Projektleitung und gegebenenfalls dem Steuerkreis. Diese Reflexion und Bewertung sollte unbedingt professionell moderiert werden: es geht nicht darum, im Nachhinein über Fehler zu rechten oder gar Schuldige für misslungene Projektaktivitäten zu suchen! Es geht vielmehr darum, zum Zweck der erhöhten Wirksamkeit von Projekten/Aktivitäten aus den Erfahrungen für die Zukunft zu lernen.

„lessons learned“
Soll das Projekt ein weiteres Mal durchgeführt werden, sollten die Ergebnisse der Projektreflexion – insbesondere die Ideen, was beim nächsten Mal anders gemacht oder neu erprobt werden könnte – dokumentiert und im Projektordner oder -handbuch abgelegt werden. Wer weiß, ob beim nächsten Mal dieselben Akteure beteiligt sind und wenn ja, ob diese sich dann noch an die Schlussfolgerungen erinnern. Zur Arbeitserleichterung und Effizienzsteigerung empfiehlt sich auch manchmal das Anlegen von Checklisten, die bei einer Wiederholung des Projekts abgearbeitet werden können.

Eine gute Möglichkeit, die Erfahrungen für künftige Projekte nutzbar zu machen, ist zudem die Identifizierung von Merkmalen und die Beschreibung konkreter Beispiele für effektives Projektmanagement. Entsprechende Ergebnisse sollten in der eigenen Einrichtung, gegebenenfalls auch an Kooperationspartner weitergegeben werden (beispielsweise in Teambesprechungen oder internen Weiterbildungen) oder auch an Dritte vermittelt werden: z.B. im Rahmen von Veröffentlichungen oder Seminaren.

Resumée

Das Projektmanagement stellt eine bewährte Struktur sowie hilfreiche Methoden und Instrumente zur Verfügung. Es befördert ziel- und lösungsorientierte Vorgehensweisen sowie die verbindliche Umsetzung der Projektideen. Wird es mit den aus dem PDCA-Modell bekannten vier Schritten zur Qualitätslenkung verknüpft, trägt es erfolgreich zu einer erhöhten Wirksamkeit von Projekten bei.

Damit dies eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung bewirkt, ist es allerdings erforderlich, dass

- die Ergebnisse tatsächlich – möglichst systematisch – ausgewertet werden und
- in Form von Lernerfahrungen an die relevanten Akteure kommuniziert und weitervermittelt werden und
- beim nächsten Projekt auf diese Erfahrungen zurückgegriffen wird und
- jedes neue Projekt als neuer Zyklus des Planens – Umsetzens – Auswertens und Lernens begriffen und realisiert wird.

Workshop
Erhöhte Wirksamkeit von Projekten/Aktivitäten durch kontinuierliche Qualitätsverbesserung mittels Projektmanagement

Der Workshop knüpfte inhaltlich an den vorangegangenen Vortrag an. Ziel war, die Methode des Projektmanagements in ihrer praktischen Anwendung zumindest beispielhaft zu zeigen. Nach Ermittlung der thematischen Interessen der Teilnehmer/innen wurden

I. die Matrix zur Projektplanung ausführlich erläutert,

II. die Arbeit mit der Matrix am Beispiel einer Teilnehmerin demonstriert und

III. zwei weitere Instrumente des Projektmanagements vorgestellt: der Projektstrukturplan sowie der Projektablaufplan.

I. Projektplanungsmatrix: Erläuterung

Die Projektplanungsmatrix ist ein Instrument zur systematischen Planung und Umsetzung komplexer Vorhaben. Wird sie ausreichend konkret bearbeitet, ist sie zugleich ein Instrument für das Projektcontrolling und die Projektevaluation.

Projektplanungsmatrix

Projektziel: Was wollen wir erreichen?: .....

Ziele		Aktionen / Maßnahmen			Mittel	Zeit
Grundsätzliche Ziele	**Konkrete Ziele**	**Aktivitäten / Arbeitsschritte**	**Beteiligte / Verantwortliche**	**Schnittstellen**		
Wofür ist das Ziel wichtig?	*Woran werden wir merken, dass wir das Ziel erreicht haben?*	*Was müssen wir dafür tun?*	*• Wer tut es? ◊ Wer entscheidet? → Namen!*	*wer muss gefragt oder informiert werden ?*	*Zeit in Stunden; Geld in € usw.*	*(bis) wann**
mögliche / zu erwartende Schwierigkeiten unerwünschte Nebenwirkungen		**Lösungsmöglichkeiten dafür**				

→ länger als ein halbes Jahr: **strategische Planung** → bis zu halbem Jahr: **Konzeptentwicklung** → innerhalb drei Monaten : **operative Umsetzung**

Projektziel

Zunächst ist das Ziel zu definieren, das mit den anschließend zu planenden Aktivitäten erreicht werden soll. Bei der Definition dieses Projektziels ist darauf zu achten, dass es einerseits bedeutsam ist (nicht zu klein) und andererseits realistisch (nicht zu groß). Zu große Ziele, deren Umsetzung für unwahrscheinlich gehalten wird, schrecken ab. Im Zweifelsfall empfiehlt es sich, sie in Teilziele aufzugliedern und für jedes Teilziel eine eigene Umsetzungsplanung mit der Matrix zu entwickeln. Bei kleinen Zielen ist eine Matrix in der Regel nicht erforderlich: sofern an der Umsetzungswahrscheinlichkeit keine Zweifel bestehen sowie die erforderlichen Maßnahmen und Verantwortlichkeiten grundsätzlich klar sind. Manchmal verbergen sich hinter scheinbar kleinen Zielen allerdings größere Hindernisse (z.B. unklare oder uneinheitliche Zielvorstellungen, Überlastungssituationen, Team-/Machtkonflikte o.a.). Dann kann die Frage weiterführen, was die Beteiligten bisher daran gehindert hat, dies Ziel zu erreichen und dann dieses Hindernis lösungsorientiert zu bearbeiten.

Ziele sollten generell immer positiv formuliert sein sowie möglichst konkret und messbar. Das gilt ganz besonders für die nun folgende Analyse und Konkretisierung des Projektziels.

Grundsätzliche Ziele

Um angemessene Teilziele und dafür passende Maßnahmen definieren zu können, ist es wichtig, das Ziel oder die Ziele hinter dem Ziel zu kennen: Warum machen wir das überhaupt? Wofür ist das Ziel wichtig? Welchen Nutzen hat es für uns (!), das formulierte Ziel zu erreichen, welchen Zweck verfolgen wir damit?

Bei der Frage nach den „grundsätzlichen Zielen“ ist genaues Hinschauen und Ehrlichkeit angeraten. Wenn das Projektziel z.B. darin besteht, mittels eines neuen Dienstleistungsangebots die Einnahmeseite einer Einrichtung zu verbessern, dann muss dieser monetäre Aspekt in der Spalte „grundsätzliche Ziele“ auch mit auftauchen, nach Möglichkeit mitsamt der angestrebten Dimension / Größenordnung (z.B.: Finanzierung eines neuen Computers; Sicherung einer Personalstelle o.ä.). Nur dann ist sichergestellt, dass anschließend Maßnahmen ersonnen werden, die nicht nur den Nutzen für die potentiellen Kund/innen ansprechen (z.B. Präventionsangebote nutzen zu können) oder das der Fachkräfte (z.B. qualitativ gute Arbeit zu leisten), sondern auch das Einnahmeinteresse des Trägers abdecken (z.B. Kostendeckung). Gesucht werden dann also Ideen für Dienstleistungen, für die es einen Bedarf resp. einen Markt gibt sowie Kunden, die bereit und in der Lage sind, den vom Maßnahmeträger für erforderlich gehaltenen Preis dafür zu bezahlen.

Konkrete Ziele

Im folgenden Schritt werden den grundsätzlichen Zielen konkrete Ziele zugeordnet. Die Fragestellung lautet jeweils: Woran werden wir merken, dass wir dieses grundsätzliche Ziel erreicht haben? Konkrete Ziele müssen immer positiv, konkret und messbar sein. Um messbare Indikatoren für die Zielerreichung zu finden, helfen Fragen wie:

- Was soll nach der Zielerreichung anders sein als zum aktuellen Zeitpunkt?
- Woran werden wir das dann feststellen?
- Wie können wir das messen?

Am später erarbeiteten Beispiel ist das gut gelungen (vgl. Abb. Planungsmatrix, S.77): Das grundsätzliche Ziel, junge Menschen für einen Verein zu gewinnen, wird erreicht sein, wenn festgestellt wird, dass der Altersdurchschnitt der Mitglie-

der um mindestens drei Jahre gesenkt ist und mindestens fünf neue Mitglieder unter 50 Jahren hinzu gewonnen wurden. Das zunächst pauschale grundsätzliche Ziel, die Finanzierung für den Verein breiter aufzustellen, wird erreicht sein, wenn die Finanzierung durch den jetzigen Hauptkostenträger auf 70% reduziert wurde und andere Einnahmen dafür um den definierten Betrag X (im Beispiel 300.000 €) gestiegen sind.

Für die Messung der Ergebnisse kommen grundsätzlich sowohl quantitative Erhebungen und Kennzahlen (z.B. Teilnehmerzahlen pro Gruppe, Einnahmen pro Quartal) in Frage wie auch qualitative Beobachtungen (z.B. bezüglich Einstellungs- und Verhaltensänderungen). Wenn letztere auch schwieriger messbar sind, wirkt sich gleichwohl bereits die Aufgabenstellung, die erwarteten/erhofften Veränderungen konkret zu definieren, positiv auf die Entwicklung geeigneter Maßnahmen für die Zielerreichung aus.

Aktionen/Maßnahmen

Aktivitäten

Sind die Ziele gut konkretisiert, wird im nächsten Schritt erarbeitet, mittels welcher einzelnen Maßnahmen und Arbeitsschritte sie erreicht werden sollen. Bei komplexen Maßnahmen empfiehlt sich hier gegebenenfalls die Erstellung einer Ablaufplanung: was muss als erstes passieren, was folgt als nächstes oder was kann auch schon parallel umgesetzt werden usw.

Beteiligte/Verantwortliche

Von großer Bedeutung ist die konkrete Benennung der Beteiligten: wer genau wird die jeweilige Aktivität initiieren und umsetzen? Hier sollten die Namen der Akteure in die Matrix eingetragen werden, nur bei eindeutiger Zuordnung können auch Funktionen eingesetzt werden (Leitung; Geschäftsführer o.ä.). Im Zweifelsfall sollte direkt ein Termin vereinbart werden, an dem die Maßnahme weiter bearbeiten werden soll. Das gilt z.B. immer dann, wenn Aktivitäten durch „das Team“ oder „wir alle“ erfolgen sollen. Zugleich sollte eine Person benannt werden, die die Verantwortung dafür übernimmt, dass dieser Termin auch tatsächlich angesetzt wird und das betreffende Thema auf die Tagesordnung kommt. In der Matrix kann das durch eine entsprechende Markierung oder Unterstreichung sichtbar gemacht werden. Diese Person ist nun nicht plötzlich allein für die inhaltliche Bearbeitung zuständig, sondern für die Einhaltung der terminlichen Verabredung.

Bei der Benennung von Verantwortlichen oder Beteiligten sollte strikt darauf geachtet werden, dass die jeweiligen Akteure dem zustimmen und bereit sind, die Aufgabe zu übernehmen. Darüber hinaus sollten sie für die Aufgabe geeignet sein, d.h. über passende Kompetenzen und Ressourcen verfügen und eine passende Rolle und Funktion in der Dienststelle bekleiden. Un-bedingt zu vermeiden ist die Benennung von Personen als Akteure, die selber in der Sitzung nicht anwesend sind. Es kann dann allerdings jemand bestimmt werden, der es verbindlich übernimmt, die Person zu informieren und ihr die Aufgabe anzutragen.

Schnittstellen

Die Frage nach den Schnittstellen lenkt die Aufmerksamkeit darauf, dass die erfolgreiche Umsetzung komplexerer Vorhaben zumeist daran gebunden ist, andere Beteiligte rechtzeitig zu informieren und einzubeziehen. Dies können Vorgesetzte oder Geschäftsführer sein, die um Zustimmung oder Unterstützung zu bitten sind, zumindest aber zu informieren sind. Das können auch Kolleg/innen anderer Abteilungen oder anderer Institutionen sein, die von der Maßnahme betroffen sind oder

sogar in einzelnen Phasen damit betraut werden – z.B. die Verwaltung, wenn Infomaterial erstellt und verschickt werden soll, oder der Hausmeister, wenn ein Tag der offenen Tür, ein Sommerfest o.ä. geplant ist.

Es reicht dabei nicht aus, nur zu definieren, dass eine bestimmte Person informiert werden soll – es muss immer auch festgelegt werden, wer der Anwesenden das erledigen wird: und bis wann. Manchmal wird an dieser Stelle zu diskutieren sein, wie die gewünschte Zustimmung oder Unterstützung am besten erreicht werden kann. Statt die mangelnde Unterstützung von Entscheidungsträgern zu beklagen, sollte ihnen eine gute Entscheidungsgrundlage zur Verfügung gestellt und gegebenenfalls vorgetragen werden: kurze, aber klare Informationen über die Ziele und den Nutzen der Maßnahme sowie über deren Aufwand, insbesondere bezüglich Personaleinsatz und Kostenstruktur. Dies kann z.B. im Rahmen eines (am besten schriftlichen) Kurz-Konzepts samt Kostenkalkulation erfolgen.

Mittel

Sind die Maßnahmen definiert, sollte eine Schätzung des zu erwartenden Aufwands erfolgen: das betrifft insbesondere die personellen und die finanziellen Ressourcen, kann aber auch sachliche Ressourcen (z.B. Räume; Materialien/Broschüren; Medien/sonstige Technik) betreffen. Sind die verfügbaren Mittel von vornherein eher knapp, kann es Sinn machen, sie schon zu einem früheren Zeitpunkt in die Matrix aufzunehmen. Ideen mit großem Ressourcenaufwand werden dann gar nicht erst weiter verfolgt. Oder es wird ein weiteres Ziel definiert: finanzielle Mittel für das Projekt zu akquirieren.

Zeit

Über die Umsetzungswahrscheinlichkeit eines Projekts entscheidet nicht zuletzt ein realistischer und verbindlich umzusetzender Zeitplan. Hierfür sollte in der Planungsphase jeder Teilschritt terminiert und dies in der Matrix dokumentiert werden.

Schwierigkeiten und Nebeneffekte zu erwarten?

Bevor die Entwicklung der Projekt- oder Maßnahmenplanung abgeschlossen wird, empfiehlt sich ein vorausschauender Blick auf möglicherweise zu erwartende Schwierigkeiten oder unerwünschte Nebeneffekte bei der Umsetzung der Teilschritte. Es kann dann direkt besprochen werden, wie im entsprechenden Fall weiter verfahren werden soll.

Projekt-Controlling

Bei komplexen Maßnahmeplänen sollte immer für ein Projekt-Controlling gesorgt werden. Aufgabe der damit beauftragten Person oder des damit beauftragten Gremiums ist es, den Fortgang der gemeinsam vereinbarten Maßnahmen im Auge zu behalten und sowohl den Zeitplan als auch die Ergebnisse regelmäßig zu überprüfen:

- Werden die Termine eingehalten und die Teilziele erreicht?
- Wenn ja: dann sollte dies an Leitung und ins Team kommuniziert werden! Die Ergebnisse wie auch die Aktivitäten der Beteiligten werden dadurch wahrnehmbar, erfahren Anerkennung und motivieren damit für das weitere Engagement.
- Wenn nein: woran liegt es? Und wie soll es weitergehen? Reicht es aus, die Termine neu zu definieren? Müssen Ziele oder Maßnahmeideen überprüft und angepasst werden? Müssen Aufgaben neu verteilt werden?

Am besten wird eine Person bestimmt, die als „Hüter“ der Termineinhaltung fungiert und im Zweifelsfall initiiert, dass auf Störungen oder andere Probleme recht-

zeitig reagiert wird. Allein schon das regelmäßige Nachfragen nach dem Projektverlauf – z.B. in den regelhaften Team- oder Dienstbesprechungen – wirkt als Impuls für die Akteure, die Aktivitäten am Laufen zu halten und voranzutreiben.

II. Projektplanungsmatrix: Ein Beispiel

Anschließend wurde die Arbeit mit der Projektplanungsmatrix an einem Beispiel demonstriert. Eine Workshop-Teilnehmerin stellte hierfür eine Aufgabenstellung zur Verfügung.

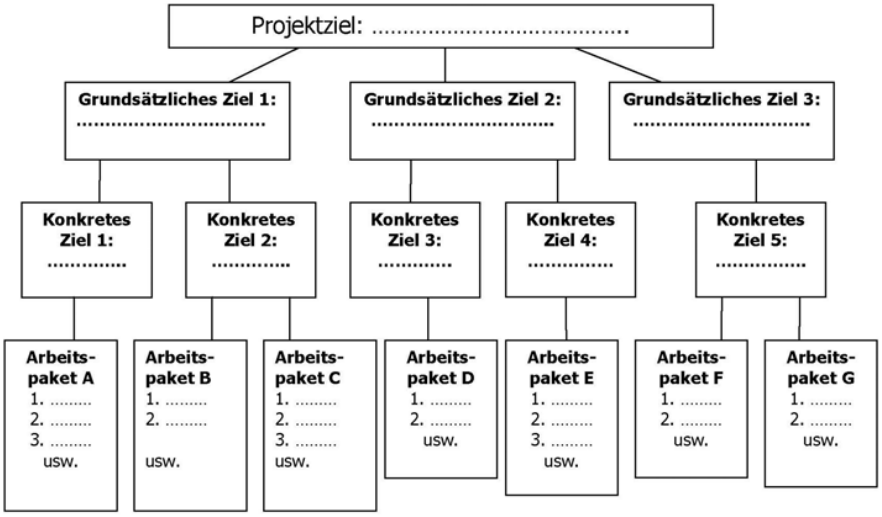
Projektplanungsmatrix: Beispiel

Ziel/Auftrag: Ausbau des Präventionsbereichs eines Trägervereins der Suchthilfe

Ziele		Aktionen / Maßnahmen			Mittel	Zeitpunkt
grundsätzliche	konkrete	Aktivitäten	Beteiligte / Verantwortliche	Schnittstellen		
Wofür ist das Ziel wichtig?	*Woran werden wir merken, dass wir das Ziel erreicht haben?*	*Was müssen wir dafür tun?*	*Wer tut es? Und mit wem? → Namen!*	*wer muss gefragt, informiert werden?*	*Zeit Geld usw.*	*(bis) wann**
Junge Menschen/ Nachwuchs für den Verein (Mitglieder, Ehrenamtliche) gewinnen	Altersdurchschnitt der Mitglieder von 56 um mind. 3 Jahre senken 5 neue Mitglieder (unter 50 Jahren)	Kontaktgespräche mit Schulen und Kita	IK			Weihnachten
Finanzierung für den Verein breiter aufstellen	Bezirksfinanzierung auf 70% reduzieren Andere Einnahmen auf 300.000€ steigern	Finanzierung klären; Anträge an JA, RGU, Stiftungen...	IK, MR, AM			Mitte Januar
Prävention tatsächlich anbieten (Umsetzung des Leitbilds)	Konzept für Präventionsbereich; Präv.angebote in mind. 3 zusätzlichen Einrichtungen (GS, Kita, BS)	schriftl. Konzept ! Koop. mit Klasse 2000; Koop. mit Bl.Kreuz; Koop. mit Pumucklhaus	IK			Mitte Dez 09 Juli 2010
	Gruppe für suchtbelastete Familien ist voll: 6 Kinder / 6 Erwachsene					Juli 2010

III: Weitere Instrumente

Projektstrukturplan



Projektablaufplan: Muster

Zeitraum / Arbeitspakete	Monat/Jahr	Monat/Jahr	Monat/Jahr	Monat/Jahr	Monat/Jahr	Monat/Jahr	Monat/Jahr
A	Frau X.						
B		Herr Y.					
C			Frau X				
D			Herr Z				
E				Herr K			
F				usw.			
G							
H							
J							

Angela Böttger
Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS)
Podbielskistraße 162, 30177 Hannover
Tel. (05 11) 62 62 66-0 (Durchwahl: -15), E-Mail: boettger@nls-online.de

Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit mit Eltern im Rahmen der Suchtvorbeugung mit motivierender Gesprächsführung

Dorothee Grothenrath

Lange Zeit war in der Arbeit mit suchtkranken Menschen die Herkunftsfamilie und deren Bedeutung zweitrangig für die Suchtberatung und Behandlung; es stand der Einzelne im Fokus. Dabei wurde verkannt, dass der Familie eine bedeutende Rolle zur Verhinderung von Suchtkrankheiten zukommt. Die Familie ist oft mit Ursache von Suchtverhalten, hat aber auch ein enormes suchtvorbeugendes Potential, d.h. sie ist Risikofaktor und Schutzfaktor in einem. So ist die Zusammenarbeit mit Eltern gefährdeter Kinder und Jugendlicher einer der wichtigsten Bausteine in der Prävention überhaupt.

Doch in der Arbeit mit Eltern – wenn wir sie denn überhaupt erreichen – begegnet uns immer mehr Hilflosigkeit und Resignation im Erziehungsalltag. Oft gelingt es kaum, so mit Eltern zu kommunizieren und sie so zu unterstützen, dass sie wirklich motiviert sind. Sie sehen sich nicht in der Lage, ihre Erziehungsverantwortung zu übernehmen. Das Bedürfnis nach Begleitung oder Unterstützung ist zwar gegeben, jedoch fühlen sie sich von staatlichen Stellen bewertet oder kontrolliert. Negative Erwartungen und Erfahrungen können zu Ablehnung oder Vermeidungsverhalten führen und so die Zusammenarbeit mit Eltern erschweren oder unmöglich machen.

Im Workshop wurden die Möglichkeiten und Grenzen der Elternarbeit ansatzweise diskutiert, Erfahrungen festgehalten und im Austausch miteinander Perspektiven aufgezeigt.

Der hier vorgestellte Ansatz von „Eltern MOVE“ fußt einerseits auf dem TTM (Transtheoretischen Modell) und andererseits auf der motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnick. Basierend auf diesen Gesprächsstrategien wird die Möglichkeit einer konstruktiven Reflexion für den Umgang mit konfliktbelasteten Alltagssituationen geboten.

Mit dem „Eltern-MOVE“ – Motivierende Kurzintervention bei Eltern im Kontext Schule – wurde eine Fortbildung für Lehrer und Schulsozialarbeiter entwickelt, die auf folgende und viele andere Fragen eine Antwort zu geben versucht:

- Kennen Sie Eltern, die frustriert und entmutigt sind, was ihren Erziehungsalltag betrifft?
- Haben Sie das Gefühl, teilweise erreichen Sie diese Eltern nicht mehr im Gespräch, oder Sie wissen nicht, was Sie diesen Eltern raten/sagen sollen?

„Eltern-MOVE“ will einen konstruktiven Dialog zwischen Schule und den Eltern fördern und stärken, um:

- Eltern Mut zu machen, wieder in den Erziehungsprozess einzusteigen bzw. sich wieder einzulassen auf den Erziehungsalltag
- Eltern zu motivieren, die Herausforderung von Erziehung anzunehmen
- Eltern ernst zu nehmen in ihrem Lebensalltag
- Eltern zu unterstützen bei Erziehungsfragen und sie zu motivieren, evtl. weiterführende Angebote wahrzunehmen.

Dies erreichen wir über:

- Vermittlung der Grundregeln zur motivierenden Gesprächsführung
- Übungen zum Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen
- Praktische Hilfestellungen für den Einstieg ins Gespräch
- Realistische Einschätzung für weitergehende Schritte

Im Workshop waren sich die Teilnehmer darüber im Klaren, dass dies ein wichtiger Baustein in der Elternarbeit ist und gleichzeitig wurde auch deutlich, dass wir einen hohen Anteil an Eltern vorfinden, deren Sprache wir kaum mehr sprechen. Die Lebenswelt dieser Eltern ist bestimmt von Armut und anderen Alltagssorgen und oft von Arbeitslosigkeit. Wenn solch existentielle Sorgen im Vordergrund stehen, ist die Offenheit und Bereitschaft zu einer Zusammenarbeit nur ganz begrenzt. In diesen Fällen zeigt die Praxis, dass die Ansprachen über andere Eltern nach dem Modell der „Fam-Tische“ gute Erfolge bringt, insbesondere bei Eltern mit Migrationshintergrund.

Zusammenfassend wurde aber von allen Teilnehmern nochmals die Notwendigkeit und Unabdingbarkeit von Elternarbeit für eine sinnvolle Präventionsarbeit betont.

Dorothee Grotenrath
Fachstelle für Suchtvorbeugung, Viersen
Kreuzherrenstraße 17-19, 41751 Viersen
Tel. (0 21 62) 95 11-30, E-Mail: d.grotenrath@krh-online.de

Informationen zu MOVE finden Sie unter
www.ginko.de
www.bayern-move.de

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

Hildegard Aiglstorfer

Seit September 2004 steht das internetgestützte Expert/innennetzwerk 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 Landeskoordinator/innen 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, 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 interaktive Elemente und ein virtuelles Büro zur Verfügung. Diese Module sind passwortgeschützt und ermöglichen die Zusammenarbeit und intensive Vernetzung von Fachkräften aus ganz Deutschland.

Das ‚Hilfesystem' dient dazu, PrevNet-Nutzer/innen 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 im 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. Koordinator/innen) an der AG teilnehmen. Die Angaben zu einer AG sind öffentlich abrufbar.

Vor dem Einrichten einer AG bitte auf das Bundesland klicken, dem Sie angehören.

(2) Die Teilnehmer/innen

Prinzipiell können nur PrevNet-Mitglieder AGs einrichten bzw. an ihnen teilnehmen, Erweiterung s. Punkt (6). Die Person, die eine AG eingerichtet hat, entscheidet über die Teilnehmer/innen und wählt diese aus einer Liste der Mitglieder aus.

Wer zu den Teilnehmer/innen gehört, ist öffentlich abrufbar.

(3) Die Funktionen

Alle Teilnehmer/innen von AGs können Dokumente hinterlegen, die wiederum nur dem Teilnehmer/innenkreis 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 Teilnehmer/innen dieser AG angemailt 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), u.a. 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 wird immer nur von einer Person ausgecheckt, um gegebenenfalls bearbeitet und verändert zu werden. Erst wenn diese Person das Dokument wieder eingecheckt hat, ist das Ausschecken und Bearbeiten des Arbeitsdokuments durch die nächste (eine weitere) Person möglich.

(6) Kooperationspartner/innen

Jedes PrevNet-Mitglied, das eine Arbeitsgruppe initiiert, kann andere Personen – Nicht-Prevnet-Mitglieder – als Kooperationspartner/innen 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.

Kooperationspartner/innen können keine eigenen Einträge auf der öffentlichen Seite der Internetplattform machen, sondern nur an AGs 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. Träger, Kooperationspartner, Bilder, Logos und angehängte Dokumente wie Dokumentationen.

Damit über PrevNet zuverlässige Recherchen über die vorhandenen Maßnahmen der Suchtprävention durchgeführt werden können, ist es notwendig, dass alle Daten in PrevNet kontinuierlich aktualisiert werden.

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