



PIT Brandenburg

Schulische Prävention im Team

Präventionsfelder im Bereich Gesundheit

- Sucht (allgemeinen)
- Tabak
- Alkohol
- Illegale Drogen
- Essstörungen
- HIV / AIDS
- Suizid
- Lärmschwerhörigkeit

IMPRESSUM

Eine Veröffentlichung des Landesinstituts für Schule und Medien Berlin-Brandenburg
im Auftrag der Landesregierung Brandenburg unter Mitwirkung folgender Ressorts:

Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBSJ), Koordination Margitta Seikrit
Ministerium des Innern (MI),
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (MASGF)
Ministerium für Infrastruktur und Raumordnung (MIR)
Ministerium der Justiz (MdJ)
Ministerium für Ländliche Entwicklung, Umwelt und Verbraucherschutz (MLUV)
Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kultur (MWFK)

Herausgeber:

Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg (LISUM)

14974 Ludwigsfelde-Struveshof

Tel.: 03378 209-200

Fax: 03378 209-232

Internet: www.lisum.brandenburg.de

Fachliche Verantwortung: Ulrike Kahn

unter Mitarbeit von Boris Angerer, Ralf Dietrich, Beate Fritz, Angelika Meinz,

Hermann Zöllner und Lothar Zscheile

Umschlaggestaltung: Christa Penserot

Zeichnungen: Dr. Rolf Hanisch

Dank für die Unterstützung durch:

AIDS-Hilfe Potsdam e. V., Sabine Kaschubowski

Aktion Kinder- und Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Brandenburg e. V. (AKJS), Klaus Hinze

Kobranet – Landeskoooperationsstelle Schule – Jugendhilfe, Katrin Kantak, Elke Klein

Landesamt für Arbeitsschutz (LAS), Dr. Rainulf Pippig

Landgericht Cottbus, Sigrun von Hasseln

neuhland e. V. Berlin, Sigrid Meurer

Polizei des Landes Brandenburg (Landeskriminalamt, Polizeipräsidien und –schutzbereiche)

Regionale Arbeitsstellen für Ausländerfragen, Jugendarbeit und Schule, Brandenburg/RAA e.V.

Verbraucherzentrale Brandenburg (VZB), Annett Albrecht

Zentralstelle für Suchtprävention in der Brandenburgischen Landesstelle gegen die

Suchtgefahren e. V., Ingrid Weber

1. Auflage als Printfassung und unter www.bildung-brandenburg.de im Januar 2007

© Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg (LISUM), Ludwigsfelde-Struveshof

Dieses Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte einschließlich
Übersetzung, Nachdruck und Vervielfältigung des Werkes sind vorbehalten.

Die Verwendung der Inhalte für präventive Maßnahmen in den Bereichen Kinder, Jugend und
Schule ist ausdrücklich erwünscht.

INHALT

GESUNDHEIT	5
Regionale Vernetzung im Team	8
Präventionsfeld – Sucht im Allgemeinen	9
Präventionsfeld: Tabak	13
Präventionsfeld: Alkohol / Alkopops.....	21
Präventionsfeld: illegale Drogen	31
Präventionsfeld: Essstörungen	42
Präventionsfeld: HIV / AIDS.....	53
Präventionsfeld: Suizidprävention.....	62
Präventionsfeld: Prävention der Lärmschwerhörigkeit.....	73

GESUNDHEIT

Gesundheit ist ein wichtiger persönlicher und gesellschaftlicher Wert. Erst bei einer Krankheit oder einem Unfall wird dies deutlich. So ist es auch erklärbar, dass Kinder und Jugendliche diesen Wert noch nicht ausreichend zu schätzen wissen, da sie unbeschwerter und risikofreudiger leben. Da Jungen insgesamt risikofreudiger sind, ist im Erwachsenenalter entsprechend das Gesundheitsbewusstsein geprägt.

Im Allgemeinen sind Frauen gesundheitsbewusster als Männer, so die Statistik. Privilegierte Bevölkerungsgruppen sind gesünder und haben eine längere Lebenserwartung als Menschen, die über geringere Bildung, Einkommen und Berufsstatus verfügen. Zwar sind auch die Belastungen am Arbeitsplatz unterschiedlich, aber vor allem die Bewältigungsressourcen und die ärztliche gesundheitliche Versorgung, ebenso die Vorsorge zeigen Unterschiede beim Gesundheits- und Krankheitsverhalten (z. B. Ernährung, Rauchen).

Die Förderung und Erhaltung der Gesundheit erfordern geringe finanzielle Mittel. Teuer ist dagegen der Versuch, Gesundheit wiederherzustellen. Aus diesem Grunde ist die schulische Gesundheitsförderung nicht nur zum Wohle des Einzelnen, sondern auch für die Gesellschaft von Bedeutung. Einig sind sich heute alle, dass die Abschreckungs- und Aufklärungsprogramme der vergangenen Zeit unwirksam sind.

Deshalb knüpft die Gesundheitsförderung nach heutigen Konzepten bei den Jugendlichen an den Erfahrungen und Erlebnissen von Lebensfreude und der Vorstellung von Genussfähigkeit an, die als Unterstützung bei der Entwicklung eines individuellen Lebenskonzepts verstanden werden, und darf die Aspekte unserer Lebensbedingungen, die die Entwicklung und Erhaltung der Gesundheit beeinträchtigen und belasten, nicht verschweigen¹.

Die Kinder lernen im Grundschulalter gesunde Verhaltens- und Lebenseinstellungen. So hat eine frühzeitig einsetzende, kontinuierliche Gesundheitsförderung Aussicht auf einen längerfristigen Erfolg. Neben der Familie, dem Kindergarten und dem Jugendfreizeitheim ist die Schule ein zentrales Präventions- und Interventionsfeld als Lern- und Lebensraum. Die Kinder und Jugendlichen verbringen immerhin 12 bis 13 Jahre ihres Lebens in der Schule.

Die Schule steht in der Verantwortung, aufgrund ihres Bildungs- und Erziehungsauftrags (Beschluss der KMK²) an der Gesundheitsförderung mitzuwirken. Die Schwerpunkte sind in den Rahmenlehrplänen in mehreren Fächern verankert. Dabei erhalten die nachfolgenden Fächer eine sog. Leitfunktion: Sachunterricht, Biologie, Sport, aber auch Fächer wie Wirtschaft-Technik-Arbeit, LER, Deutsch und Kunst bieten entsprechende Anknüpfungspunkte. Die spiralcurriculare Anbindung erfolgt im Hinblick darauf, dass die Themen unter verschiedenen Aspekten und in der entsprechenden altersgemäßen Komplexität mehrfach behandelt werden.

¹ über das Fach hinaus fachübergreifender, fächerverbindender Unterricht und die Übergreifenden Themenkomplexe (ÜTK), Materialien zur Rahmenlehrplanimplementation, LISUM Bbg (Hrsg.), Ludwigsfelde-Struveshof, www.lisum.brandenburg.de, S. 155

² KMK-Richtlinie zur Gesundheitserziehung, 1992

Orientierungsrahmen Schulqualität Brandenburg - 6 Qualitätsbereiche und 32 Qualitätsmerkmale guter Schulen

1. Ergebnisse und Erfolge der Schulen	2. Lernkultur – Qualität der Lehrer und Lernprozesse	3. Schulkultur	4. Schulmanagement	5. Lernprofessionalität und Personalentwicklung	6. Ziele und Strategien der Qualitätsentwicklung
● 1.1 Persönlichkeitsbild	● 2.1 Schuleigene Lehrpläne	● 3.1 Soziales Klima in der Schule und den Klassen	● 4.1 Schulleitungshandeln und Schulgemeinschaft	● 5.1 Zielgerichtete Personalentwicklung	● 6.1 Schulprogramm
● 1.2 Fachkompetenzen	● 2.2 Lernangebote zur Stärkung der Persönlichkeit	● 3.2 Gestaltung der Schule als Lebensraum	● 4.2 Kooperative Wahrnehmung der Gesamtverantwortung	● 5.2 Weiterentwicklung beruflicher Kompetenzen	● 6.2 Entwicklung und Evaluation der Unterrichts- und Erziehungsarbeit
● 1.3 Schlüsselkompetenzen	● 2.3 Unterrichtsgestaltung (Lehrerhandeln im Unterricht)	● 3.3 Beteiligung der Schülerinnen und Schüler und Eltern	● 4.3 Schulleitungshandeln und Qualitätsmanagement	● 5.3 Lehrerkooperation (Arbeits- und Kommunikationskultur im Kollegium)	● 6.3 Evaluation der Schule und ihre Entwicklung
● 1.4 Schulabschlüsse/ Weiterer Bildungsweg	● 2.4 Leistungsanforderungen und Leistungskontrolle	● 3.4 Kooperation mit gesellschaftlichen Partnern	● 4.4 Verwaltungs- und Ressourcenmanagement	● 5.4 Personaleinsatz der Beschäftigten	● 6.4 Maßnahmen zum schulübergreifenden Vergleich
● 1.5 Schulzufriedenheit und Schulimage	● 2.5 Schülerunterstützung im Lernprozess		● 4.5 Unterrichtsorganisation	● 5.5 Gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen	● 6.5 Dokumentation und Umsetzungsplanung
● 1.6 Gesamteindruck der Schule	● 2.6 Außerunterrichtliche Schülerberatung und -betreuung				● 6.6 Verbesserung des Schulumfeldes

ab 2007/08 verbindlich/ aus: Orientierungsrahmen Schulqualität in Brandenburg, MBJS 2004, Potsdam

Gesundheitsförderung und Qualitätsmerkmale guter Schulen.

Vom Ansatz her ist der übergreifenden Themenkomplex „Gesundheit“ in allen sechs Qualitätsbereichen des Orientierungsrahmens Schulqualität³ im Land Brandenburg eingebettet (s. Abb.).

Er findet sich im ersten Qualitätsbereich **Ergebnisse und Erfolge in der Schule** vor allem unter den Merkmalen Persönlichkeitsbildung (1.1), Fachkompetenz (1.2.), Schlüsselkompetenz (1.3.), Schulzufriedenheit und Schulimage (1.5.).

Im zweiten Qualitätsbereich **Lernkultur – Qualität der Lehr- und Lernprozesse** kommt der Präventionsbereich „Gesundheit“ vor allem unter den Merkmalen Schuleigene Lehrpläne (2.1.), Lernangebote zur Stärkung der Persönlichkeit (2.2.), Schülerunterstützung im Lernprozess (2.5.), Außerunterrichtliche Schülerberatung und -betreuung (2.6.) zum Tragen.

Im dritten Qualitätsbereich **Schulkultur (4)** sind die Merkmale Soziales Klima in der Schule und in der Klasse (3.1.), Gestaltung der Schule als Lebensraum (3.2.), Beteiligung der Schülerinnen, Schüler und Eltern (3.3.), Kooperation mit gesellschaftlichen Partnern (3.4.) relevant.

Im vierten Qualitätsbereich **Schulmanagement (4)** wird die Kooperative Wahrnehmung der Gesamtverantwortung (4.2.) tangiert.

Im fünften Qualitätsbereich **Lehrerprofessionalität und Personalentwicklung** haben die Weiterentwicklung beruflicher Kompetenzen (5.2.) und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen (5.5.) eine Bedeutung

Im sechsten Qualitätsbereich **Ziele und Strategien der Qualitätsentwicklung (6)** wird im Rahmen von Schulprogramm (6.1.), Entwicklung und Evaluierung der Unterrichts- und

³ Orientierungsrahmen Schulqualität in Brandenburg, Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, Potsdam 2004

Erziehungsarbeit (6.2.) und Verbesserung des Schulumfeldes (6.6.) eine Qualitätssteigerung im Präventionsfeld „Gesundheit“ geleistet.

Vergleicht man diese Qualitätsmerkmale mit internationalen Studien⁴ zur Gesundheitsförderung, so kommt man zu ähnlichen Erkenntnissen, wenn es dort heißt, dass

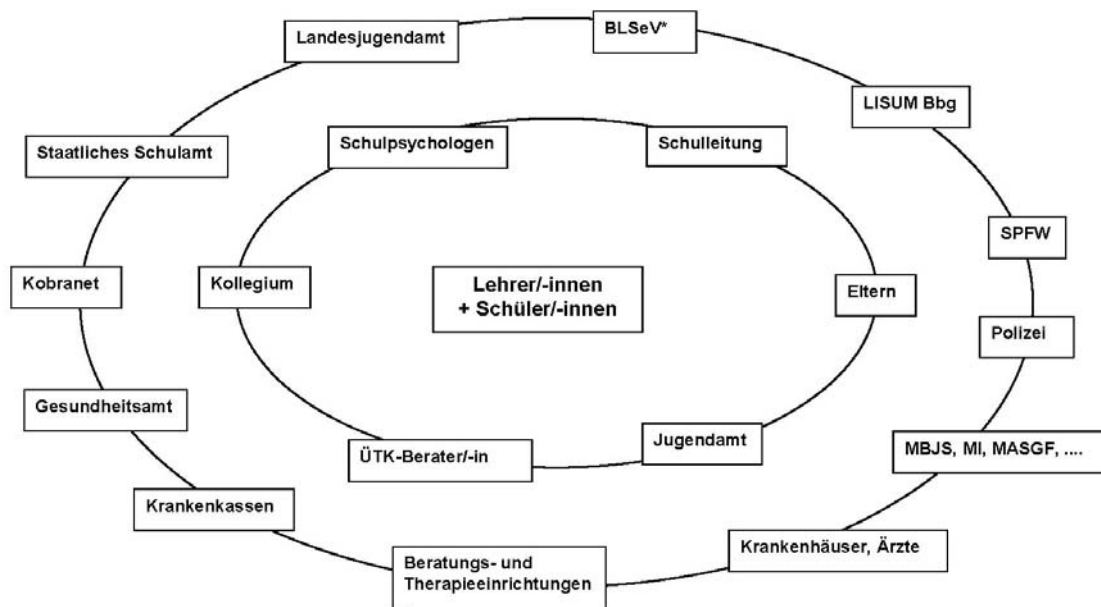
- „das Selbstvertrauen von Schülerinnen und Schülern auch davon abhängt, ob sie sich in der Schule wohlfühlen;
- Wohlbefinden und Selbstvertrauen positive Auswirkungen auf den körperlichen und den seelischen Gesundheitszustand der Schülerinnen und Schüler haben (z. B. selteneres Auftreten von Rücken- und Kopfschmerzen, von morgendlicher Müdigkeit und Nervosität);
- das Gesundheitsverhalten durch die Schule beeinflusst wird. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Schulklima und dem Anteil der rauchenden Jugendlichen an der Schule; auch zwischen Alkoholkonsum und Schulklima scheint eine Wechselwirkung zu bestehen;
- Gesundheit und Schulleistungen parallel gehen. Gesundere Schülerinnen und Schüler bringen bessere Schulleistungen. Leistungsstarke Schülerinnen und Schüler verhalten sich gesünder. Gezielte Interventionen führen zu einer verbesserten Stress- und Problembewältigung bei Lehrpersonen und in der Folge zu einer längerfristig befriedigenden und gesundheitlich weniger belastenden Arbeitshaltung.“

⁴ <http://www.bmbwk.gv.at/schulen/unterricht/prinz/Gesundheitserziehung1592.xml>

Regionale Vernetzung im Team

Wie in jedem Präventionsfeld sind die Synergieeffekte mit den regionalen Möglichkeiten für die Schule zu nutzen. In dem Schaubild sind die Ansprechpartner aufgeführt, die der Schule zur Verfügung stehen, um die präventive Arbeit im Bereich Sucht-, HIV/AIDS und Suizid leisten zu können. Allen Lehrkräften, Schülerinnen und Schülern sowie den Eltern stehen bei der komplexen Aufgabe der Prävention im Gesundheitsbereich zahlreiche Möglichkeiten der fachlichen Beratung zur Verfügung. Diese Ansprechpartner sind bei dem jeweiligen Präventionsfeld genauer mit Adresse, Telefonnummer und E-Mail auf der CD-ROM bzw. in der Internetfassung benannt.

PIT – Team im Bereich Gesundheitsprävention



* Brandenburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.
Zentralstelle für Suchtprävention Brandenburg

Präventionsfeld – Sucht im Allgemeinen

Aktuelle WHO-Daten bei Jugendlichen

„Eine kürzlich veröffentlichte Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zeigte, dass deutsche Jugendliche „Europameister“ beim Rauchen sind, außerdem trinken unsere Jugendlichen viel Alkohol, treiben wenig Sport und werden immer dicker. Schlack spricht von Häufigkeiten bis 20% von fehlernährten Kindern und Jugendlichen (23). Jeder 4. Junge und mehr als jedes vierte Mädchen in Deutschland greifen täglich zur Zigarette. (Frankreich, Niederlande 19%, Dänemark 15%). In Deutschland kiffen danach 18% regelmäßig Haschisch oder Marihuana.

Beim Alkoholkonsum liegen deutsche Jugendliche hinter Briten, Niederländern und Dänen im oberen Drittel, 15 % der 13-Jährigen, 46 % der 15-Jährigen geben wöchentlichen Alkoholkonsum an. Alkopops sind Hits, „Komatrinken“, Alkoholvergiftungen haben nach neuesten Statistiken innerhalb von 2 Jahren um 26% zugenommen, trotz erhöhter Steuern. Insbesondere sind es immer Kinder und Jugendliche in sozialen Brennpunkten, die sich mit Zigaretten und Alkohol ruinieren. Über 15% der Jugendlichen sind nach dieser Studie übergewichtig, dieser Anteil ist europaweit gleich. Elf- bis 13-jährige Kinder sind einen Tag pro Woche weniger körperlich aktiv als amerikanische Kinder.“⁵

Die schulische Suchtprävention als Bestandteil der schulischen Gesundheitsförderung verzichtet auf Abschreckung und ausschließlich kognitive Wissensvermittlung. Vielmehr geht es um eine versachlichende Darstellung von Ursachen der Sucht, Suchtformen und Suchtmitteln, deren Risikopotenzial und Funktionsweisen und die darauf bezogenen Präventionsformen. Die Orientierung an der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen bleibt für einen schulischen Präventionsansatz handlungsleitend. In den aktuellen Materialien wird von einem erweiterten Suchtbegriff ausgegangen, der stoffliche und nicht stoffliche Aspekte mit einbezieht.

Stoffgebundene Suchtmittel		Stoffungebundene Suchtmittel
legale Drogen	illegale Drogen	
Alkohol	Haschisch, Marihuana	Essstörungen
Nikotin	LSD, Zauberpilze	Spielsucht
Koffein	Opium, Morphinum, Heroin	Arbeitssucht
Medikamente (Schmerz-, Beruhigungs-, Schlafmittel)	Speed	Kaufsucht
Schnüffelstoffe	Ecstasy	
Engelstropfete, Mutterkorn, Fliegenpilz		

Alle Materialien der Suchtprävention und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung setzen auf die Förderung von Lebenskompetenz. Die Persönlichkeitsbildung von Kindern und Jugendlichen wird gefördert, indem diese lernen

- ihren Körper zu beobachten und wahrzunehmen,

⁵ http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Fachbeitrag/a_Kindheitsforschung/s_1376.html#who

- eine positive Gesundheitseinstellung zu entwickeln,
- ihr Selbstwertgefühl und ihre Sozialkompetenz zu stärken,
- den Umgang mit Genussmitteln und Alltagsdrogen kritisch zu reflektieren.

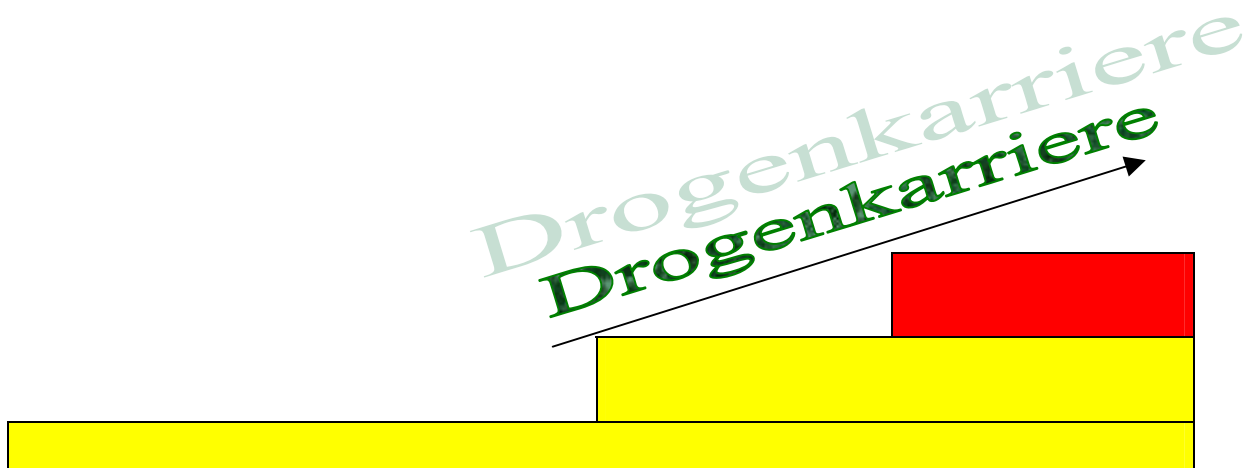
Das pädagogische Handeln in den Präventionsfeldern des Suchtbereiches lässt sich in einem Stufenmodell erklären und gibt den Lehrerinnen und Lehrern die Möglichkeit eines strukturierten Handelns in der Arbeit mit den Schülerinnen und Schülern.

Die Arbeit im Präventionsbereich „Sucht“ untergliedert sich in drei Stufen:

Primärprävention

Sekundärprävention

Intervention in der Krisensituation



Primärprävention ist das alltägliche Handeln von Lehrkräfte in der Schule, die den gesetzlich verankerten Bildungsauftrag ernst nehmen und die allgemeinen Grundsätze der Rahmenlehrpläne mit der Förderung von Handlungskompetenz umsetzen. Dabei ist die Entwicklung der personalen und der sozialen Kompetenz gleichbedeutend mit der Entwicklung der Sachkompetenz. Primäre Suchtprävention findet in jeder Unterrichtsstunde statt, wenn die Lehrerinnen und Lehrer nicht nur einen fachlichen Anspruch haben, sondern es ihnen gleichbedeutend ist, dass sich die Kinder und Jugendlichen im Unterricht wohlfühlen, ihre Kompetenzen entwickeln und Eigenverantwortung für sich selbst und andere in der Klasse übernehmen können. Diese Lehrerhaltung führt zur Verringerung der Risikofaktoren und zur Optimierung der Schutzfaktoren für alle Kinder und Jugendlichen.

Sekundärprävention findet nicht im Unterricht statt und ist auch keine Aufgabe der Fachlehrkraft. Im Allgemeinen wird hier die Klassenlehrkraft oder eine Lehrkräfte des Vertrauens tätig. Welche Stütz- und Pflegemaßnahmen kommen für möglicherweise gefährdete Kinder oder Jugendliche infrage? Aufmerksamkeit und Gesprächsbereitschaft auf Augenhöhe – mit der betroffenen Person selbst, aber auch mit dem Freundeskreis und den Eltern – können ebenso wirksam sein wie die Hilfe durch Fachkundige. Das kann schulintern ein anderer Kollege, der sich spezifisch mit Drogenproblemen beschäftigt,

eine Schulsozialarbeiterin oder auch eine externe Beratung sein. Ziel ist, die Gefahr zu verringern oder abzuwenden.

Intervention in der Krisensituation umfasst einen abgestimmten Katalog von pädagogischen Maßnahmen (Beratungsgespräch durch Fachleute, Schulpsychologen), Grenzziehungen, Elterninformation bis hin zu den Ordnungsmaßnahmen als letztes Mittel.

Was tun bei einem Vorfall? Sicher kommt es im Einzelfall auf die Schwere des Vorfalls an. Sicher werden Erfahrungswerte in der eigenen Schule vorliegen, wie mit der Krisensituation umzugehen ist. Die Lehrkräfte sind keine Therapeuten und dürfen sich deswegen fragen, ob sie sich selbst nicht mit der Situation überfordert fühlen. Das Erkennen der eigenen Grenzen ist wichtig und statthaft, nur das Wegschauen, um pädagogisch zu überleben, wäre grobe Unterlassung. Je nach Schulstufe und Schularart gibt es bereits Erfahrungen und erfahrene Kollegen in jeder Schule, an die man sich wenden kann. Darüber hinaus stehen der Schule externe Experten im PIT-Team zur Verfügung. Hilfreich können auch die Kollegen sein, die den Schulen Supervision anbieten.

Welche Formen der Intervention⁶ gibt es?

Grundsätzlich gilt, dass überlegt koordiniert und dem Sachverhalt angemessen gehandelt wird. Die folgende Aufzählung ist nur eine kleine Auswahl von Möglichkeiten, die vor allem auch die Vielfalt der Steigerungsmöglichkeiten aufzeigt:

- Bei dem ersten Vorfall ist ein Gespräch unter vier Augen über die Hintergründe des Verhaltens mit einem Hinweis auf die Schulordnung sinnvoll;
- Klären, ob die Bereitschaft besteht, eine Vereinbarung zum eigenen Suchtmittelkonsum abzuschließen, ggf. mit Führung eines Tagebuchs;
- Abschließen einer Patenschaft mit einem älteren Schüler oder einem Paten aus dem Umfeld der Schule, um vertrauensvolle Gespräche führen zu können;
- zuerst telefonisches, dann persönliches Gespräch mit den Eltern bzw. einem Elternteil;
- Benennen der Konsequenzen auch bei möglicher Wiederholung – nicht gleichzusetzen mit einer Strafe;
- Entscheiden über pädagogische Konsequenzen (Belehrung, schriftliche Darstellung des Vorfalles, schriftliches Referat über mögliche Gefahren des Suchtmittelkonsums, schriftlicher Verweis, Androhung der Umsetzung in eine Parallelklasse, Besuch bei einer Beratungsstelle etc.).

Auf jeden Fall ist eine Begleitung durch Sachverstand bzw. Supervision geeignet, um die Zielstellung nicht aus dem Auge zu verlieren: den Hintergrund des Verhaltens zu klären, die Einsicht des Kindes/Jugendlichen zu fördern, indem Grenzen der Duldung ausweichenden Verhaltens aufgezeigt werden, Integration statt Ausgrenzung durch das pädagogische Handeln zu bewirken, im Team zu kooperieren und die Eltern zu stützen.

Hinweis: Bei diesen Fällen handelt es sich nicht um das Dealen. Das Dealen mit Suchtmitteln im schulischen Rahmen darf auf gar keinen Fall geduldet werden. Maßnahmen sind unerlässlich, d. h. Meldung an die Schulleitung, Schulaufsicht, evtl. Strafverfolgung.

⁶ Schulpraktische Beispiele findet man in der Broschüre „Schule und Cannabis – Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer der Klassen 7 bis 13“. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Bonn, Bestellnummer: 20460000, www.bzga.de

Zusammenfassend gilt: Vorrang in der Entscheidung über das pädagogische Handeln hat nicht die schulddisziplinarische Maßnahme, sondern das Wohl der Schülerinnen bzw. Schüler.

Übersicht der überregionalen Suchtpräventionsfachkräfte des Landes Brandenburg

Träger	Anschrift der überregionalen Suchtpräventionsfachstelle	Regionen	Name in ÜSPF
Suchthilfe Prignitz e.V. Röhlstr. 21 19322 Wittenberge	Überregionale Suchtpräventionsfachstelle Suchthilfe Prignitz e. V. Wahrenberger Str. 2 19322 Wittenberge Tel.: 03877 60353, Fax: 03877 5627179 jugendschutzpraevention@freenet.de	Prignitz, Ostprignitz- Ruppin	Frau Koynowski
Salus Klinik GmbH & Co. Lindow Straße nach Gühlen 10 16835 Lindow	Überregionale Suchtpräventionsfachstelle Salus-Klinik Simone Rost Weichselstr. 54 12045 Berlin Tel.: 01736353097, Fax: 03393388119 rost@salus-lindow.de	Uckermark, Oberhavel, Havelland, Potsdam	Frau Rost
Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V., Region Brandenburg Ost, Leipziger Str. 39 15232 Frankfurt (Oder).	Überregionale Suchtpräventionsfachstelle der Caritas Große Str. 12 15344 Strausberg Tel.: 03341 3901056, Fax: 03341 3901059 CV.suchtpraevention@web.de	Barnim, Märkisch- Oderland, Oder-Spree, Frankfurt (Oder)	Herr Kirschneck
Tannenhof Berlin- Brandenburg e. V. Schulweg 14 15711 Königs Wusterhausen	Überregionale Suchtpräventionsfachstelle Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V. Beethovenweg 14b 15907 Lübben Tel.: 03546 186556, Fax: 03546 225499 SPF-luebben@tannenhof.de	Dahme- Spreewald, Elbe-Elster, Oberspreewald- Lausitz, Spree-Neiße, Cottbus	Frau Martin
		Potsdam- Mittelmark, Brandenburg/ Havel Teltow-Fläming,	

Präventionsfeld: Tabak

1. Problembeschreibung

Tabakwaren sind in Deutschland die am häufigsten konsumierten Suchtmittel. Allerdings hat sich der Umgang mit dem Tabakkonsum in den letzten Jahren gewandelt. An vielen Orten wird nach dem amerikanischen Vorbild nicht mehr geraucht bzw. werden staatlicherseits öffentliche Gebäude zu rauchfreien Zonen erklärt, wie z. B. die Schulen im Land Brandenburg.

Rauchen ist in der Jugendszene trotz der öffentlichen Debatte um rauchfreie Zonen noch nicht rückläufig. Der Tabakkonsum hat besonders bei der jüngeren Altersgruppe stark zugenommen. Ältere Jugendliche und rauchende Erwachsene sind ihre Vorbilder, die selbst die gesundheitsschädigende Wirkung „kleinreden“. Gern wird in diesem Zusammenhang Churchill als Vorbild zitiert oder der Spruch bemüht, dass „man nur einmal lebt“. Die Erwachsenenwelt ist tendenziell immer noch durch militante Raucher und tolerierende Nichtraucher geprägt, aber auch noch zu viele ältere Jugendliche und Erwachsene tolerieren rauchende Kinder. Das Konsumverhalten wird durch die nicht zu unterschätzende Wirkung der Werbung befördert: Der Duft nach Freiheit, großer Welt und Abenteuerlust etc. stillt kindliche und jugendliche Sehnsüchte nach der heilen großen Welt. Die Realität aber sieht anders aus.

Schätzungen gehen davon aus, dass 70 – 80 % der Raucher abhängig sind. In Deutschland sterben jährlich etwa 140.000 Menschen an den **Langzeitfolgen** des **Aktivrauchens**, weltweit sind es etwa 3,5 Millionen. Rauchen ist damit in den Industrieländern Ursache für Invalidität und vorzeitigen Tod. Rauchen ist ein Hauptrisikofaktor für zahlreiche Krebserkrankungen, für Herzinfarkt und Schlaganfall sowie für chronische Bronchitis und Lungenerkrankungen.

Angesichts der enormen gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Schäden, die durch das Rauchen jährlich entstehen, werden vom Staat umfassende Maßnahmen der Tabakkontrolle angestrebt.

Die Bundesregierung hat sich gemäß „Gesetz zu dem Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation zur Eindämmung des Tabakgebrauchs“ von 2005 und „Aktionsprogramm Tabakprävention“ der Bundesrepublik zur Aufgabe gemacht, den Tabakkonsum zu reduzieren. Dabei hat die Prävention die Aufgabe, bei Kindern und Jugendlichen den Einstieg in das Rauchen zu verhindern bzw. zu verzögern und den Ausstieg aus dem Rauchen durch geeignete Entwöhnungshilfen zu fördern. Oberste Priorität ist, das Rauchverhalten insbesondere in der Altersgruppe von 12 bis 17 Jahren von heute 28 % auf 20 % zu senken. Ziel der bundesweiten Kampagnen ist, dass Nichtrauchen in Deutschland zum „Mainstream“ wird.

2. Analyse

Um sich diesem gesellschaftlichen Ziel einer mehrheitlich nicht rauchenden Bevölkerung zu nähern, sind bundes- und europaweit Studien in Auftrag gegeben worden, die zu folgenden Ergebnissen kommen:

Gegenwärtig rauchen 35 % der 12- bis 15-Jährigen in Deutschland⁷. Zwei Drittel (65 %) der Jugendlichen sind Nichtraucher.

⁷ Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2004

Im Land Brandenburg, so die Europa-Schülerstudie Brandenburg 2003 (ESPAD)⁸, haben 17,9 % der Kinder und Jugendlichen zwischen 12 und 25 Jahren noch nie geraucht (20,5 % der Jungen, 15,4 % der Mädchen). Bei der Schülerschaft, die ein Gymnasium besucht, ist der Anteil der Nichtraucher mit 24,1 % am höchsten.

Jugendliche fangen früh an zu rauchen: Der Erstkonsum lag bei 30,8 % der Befragten vor Erreichen des 11. Lebensjahres und jeder 20. Schüler ist bereits ein starker Raucher. Fokussiert man den individuellen Zigarettenkonsum, so rauchen 5,1 % der Befragten mehr als 20 Zigaretten täglich, d. h. 6,4 % der Jungen und 3,9 % der Mädchen.

Langfristig betrachtet ging der Tabakkonsum im Zeitraum der letzten drei Jahrzehnte langsam zurück. Allerdings verläuft dieser Trend nicht gradlinig in allen Bevölkerungsgruppen. So waren 1979 noch 44 % der Jugendlichen Raucher und gegenwärtig liegt der Wert bei 35 %. Die Aufhörbereitschaft ist bei den 12- bis 15-Jährigen am höchsten. Ab 16 Jahre, wenn Rauchen für viele zur Gewohnheit geworden ist, sind weniger Raucher bereit aufzuhören und erfolglose Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören, nehmen zu. 83 % der Jugendlichen begründen das Rauchen damit, dass es ansteckend wirke, wenn andere rauchen; 80 % der Kinder und Jugendlichen sagen, dass Rauchen eine beruhigende Wirkung hat. 70 % kennen die gesundheitsschädigenden Risiken des Tabakkonsums: 69,4 % der Befragten schätzen das Risiko einer körperlichen Schädigung bei einem täglichen Konsum von einer oder mehr Packungen Zigaretten als groß ein.

3. Lösungsansatz

Wenn die Suchtprävention in der Schule psychosozial und kommunikativ angelegt ist, hat sie Erfolgschancen. Nur in diesem Zusammenhang sind Informationen über den Tabakkonsum, süchtiges Verhalten und die Entstehung von Sucht wirksame Prävention. Isolierte, belehrende Informationen über individuelle und gesellschaftlich relevante Folgen zeigen ohne einen ganzheitlichen Ansatz keinen Erfolg. Am wirkungsvollsten sind langfristig angelegte Belohnungen (wie z. B. das Versprechen: „wenn du bis zu deinem 18. Geburtstag nicht rauchst, finanzieren wir dir deinen Führerschein“, etc.) durch das Elternhaus sowie kontinuierliche Falldiskussionen in der Schule, die das Einstiegsverhalten von Kindern und Jugendlichen reflektieren bzw. Möglichkeiten des Ausstiegs ansprechen und Aktivitäten zum Ausstieg organisieren.

4. Zielgruppen

Schülerinnen und Schüler der Jahrgangsstufen 3 bis 12

5. Ziele

Allgemeine Ziele:

Die Stärkung der Lebenskompetenz von Schülerinnen und Schüler sind allgemeine Ziele der Suchtprävention:

- Erkennen von Stärken, Wahrnehmen von Schwächen und das Fördern von Wünschen,
- Ausprägen eines individuellen Problembewusstseins,

⁸ Europa- Schülerstudie Brandenburg 2003 (ESPAD)

- Auseinander setzen mit der eigenen Person und dem sozialen Umfeld (Motive für den Konsum),
- Kommunikation anregen und somit auch unterschiedliche Variationen von Konfliktlösungen für verschiedene Situationen darstellen,
- Bestandsaufnahme eigener Bewältigungsstrategien,
- Fördern von Eigenverantwortung und Konfliktfähigkeit,
- Kenntnisse über den Zusammenhang von körperlichem Wohlbefinden und seelischer Zufriedenheit.

Spezielle Ziele im Unterricht:

- Stärkung der Widerstandskraft der Zielgruppe gegen das Rauchen,
- zielgruppenorientierte Information über Sucht, Suchtmittel und Suchtursachen,
- allgemeine Informationen über den Zigarettenkonsum,
- Wissen um die Tatsache, dass vom Genießen zur Sucht die Grenzen fließend sind,
- Kenntnisse über Suchtvorbeugung und Hilfsangebote bei Suchtproblemen,
- Intensivierung bisheriger Präventionsanstrengungen im Hinblick auf das Gefahrenpotenzial des Zigarettenkonsums,
- Schutz vor gesundheitsschädigendem Zigarettengebrauch,
- auf mögliche Bewältigungsversuche von Problemen und Belastungen aufmerksam machen,
- Erarbeitung von Handlungsstrategien zur Reduzierung des Zigarettenkonsums,
- Entwicklung von Strategien zum erfolgreichen Vermeiden von süchtigem Verhalten.

6. Inhaltliche Ausgestaltung

Ursachen

Einer der **stärksten Einflussfaktoren** für den Tabakkonsum eines Kindes oder Jugendlichen stellt das Rauchverhalten im Freundeskreis dar. Rauchende Freunde können die Einstellung zum Tabakkonsum beeinflussen, als Verhaltensmodelle fungieren oder die Verfügbarkeit von Zigaretten sicherstellen. Über die Hälfte der befragten Jugendlichen ist der Meinung, dass die Mehrheit der Freunde raucht. Ein Vergleich aktueller Raucher und Nichtraucher hinsichtlich ihrer Prävalenzschätzung zeigt deutlich, dass Jugendliche, die selbst rauchen, den Tabakkonsum im Freundeskreis für verbreiteter halten als nicht rauchende Jugendliche. Die Einschätzung, wie viele der Freunde aktuell Raucher sind, repräsentiert gleichzeitig auch die normative Erwartung, der sich ein Jugendlicher ausgesetzt sieht. Häufig beobachtbar ist dabei, dass die Jugendlichen die Prävalenz des Konsums Gleichaltriger höher einschätzen als sie tatsächlich ist.

Die Ursache ist vor allem darin zu sehen, dass die gesundheitlichen Schäden durch das Rauchen erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung auftreten: Für Jugendliche gibt es kein „natürliches Frühwarnsystem“ und keine Vorbildfunktion in der Erwachsenenwelt. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass bei rauchenden Kindern und Jugendlichen eine höhere Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen z. B. der oberen Atemwege, Asthma oder Herzerkrankungen besteht.

Chemisch gesehen sind die **Rauchinhaltsstoffe** ein Aerosol, ein Gemisch aus verschiedenen Gasen, in dem 0,1 bis 1mm große Teilchen gelöst sind. Insgesamt wurden bislang mehr als 4000 verschiedene Stoffe nachgewiesen. Nicht nur das Nikotin, sondern die zahlreichen anderen Inhaltsstoffe werden für die äußerst schweren Schädigungen durch das Rauchen verantwortlich gemacht.

Der für die psychotrope **Wirkung** entscheidende Stoff ist das Nikotin, Hauptalkaloid der Tabakpflanze. Die Wirkung des Nikotins ist uneinheitlich. In kleinen Dosen überwiegt die Anregung, in höheren Dosen die Dämpfung.

Da Nikotin ein starkes pflanzliches Gift ist, treten **unmittelbare Folgen** auf. Für einen Erwachsenen sind etwa 60 mg oral eingenommen tödlich. Nikotin belastet unmittelbar das Herz-Kreislauf-System.

Das im Tabakrauch enthaltene Kohlenmonoxid verdrängt den Sauerstoff aus dem Blut, die körperliche Leistungsfähigkeit sinkt unmittelbar. Die Tabakabhängigkeit ist durch einen Doppelcharakter gekennzeichnet, durch Nikotinabhängigkeit und durch Gewöhnung an das Rauchen.

Dass das Aktivrauchen die Gesundheit schädigt, ist bekannt, aber auch das **Passivrauchen schadet**. Der kindliche Organismus ist gegenüber dem Passivrauchen besonders empfindlich.

Unter **Passivrauchen** versteht man das Einatmen von Tabakrauch. Nichtraucher, die Tabakrauch ausgesetzt sind, atmen unter Alltagsbedingungen im Laufe eines Tages erbgutverändernde und krebserzeugende Substanzen ein, die sonst vom Raucher beim Konsum von Zigaretten aufgenommen werden.

Erscheinungsformen

Rauchen ist in der Kinder- und Jugendszene Ausdruck von oppositionellen Verhalten gegen die Welt der Erwachsenen und wird in der Peergroup nicht sanktioniert. Obwohl das Rauchen für Kinder und Jugendliche bis zum 16. Lebensjahr nach dem Jugendschutzgesetz nicht gestattet ist, dulden es viele Eltern. Die Schule hat mit diesen Auswirkungen zu tun, denn die Lehrkräfte sind verpflichtet, dieses Verhalten zu sanktionieren.

Alle Schulen des Landes Brandenburg sind durch das Gesetz der Landesregierung zu „**Rauchfreien Schulen**“ erklärt worden. Allerdings gilt bis zum In-Kraft-Treten des neuen Schulgesetzes, voraussichtlich am 1. August 2007, eine Übergangsregelung. Alle Aktivitäten der jeweiligen Schule, sich als rauchfrei zu definieren, sind weiterhin erwünscht. Die jeweilige Schulkonferenz legt in ihrem Programm fest, wie die Schule in einem Übergangszeitraum bis zum bis zum In-Kraft-Treten des neuen Schulgesetzes zur generell „Rauchfreien Schule“ wird.

(Eine Schule gilt als generell „Rauchfreie Schule“, wenn im Schulgebäude und auf dem Schulgelände das Rauchen von allen an Schule Beteiligten – Schülerinnen und Schülern, Lehrerinnen und Lehrern, Eltern, Besucherinnen und Besuchern sowie sonstigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern – unterbleibt.). Allerdings hat sich das „Rauchproblem“ jetzt verlagert und es treten neue Probleme auf, denn es wird vor der Schule geraucht. Die Lehrkräfte können nur den unter 16-Jährigen das Rauchen verbieten. Viele Lehrkräfte fühlen sich nicht für das Gelände außerhalb des Schulgeländes verantwortlich, da sie es auch nach dem Schulgesetz dafür nicht sind.

Gesetzliche Bestimmungen

Als **gesetzliche Bestimmungen** sind besonders die „Verwaltungsvorschrift über die Organisation der Schulen in inneren und äußeren Schulangelegenheiten“ in der jeweils gültigen Fassung und das „Jugendschutzgesetz“ vom 23. Juli 2002, „§ 10: In der Öffentlichkeit, in Gaststätten und Verkaufsstellen dürfen Tabakwaren an Kinder- und Jugendliche unter 16 Jahren weder abgegeben noch darf ihnen das Rauchen gestattet werden“ zu beachten

7. Anregungen für Unterricht und Schulleben

In der Grundschule / Förderschule ist der Zugang zu dem Präventionsfeld „Tabak“ über die allgemeine Gesundheitsförderung im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes sinnvoll⁹. Dabei übernehmen der Sachunterricht und der Sportunterricht eine Leitfunktion. Im Fach „Wirtschaft-Arbeit-Technik“ werden unterstützend das Konsum-Verbraucherverhalten und die Werbung reflektiert.

Selbst wenn in der Grundschule prozentual gesehen erst wenige Schülerinnen und Schüler rauchen, so hat die Aktion „Rauchfreie Schule“ sowie die Beteiligung an dem Nichtraucherwettbewerb einen nicht zu unterschätzenden pädagogischen Wert.

Allerdings sind die Programme zum sozialen Lernen und zur Entwicklung von Lebenskompetenz¹⁰ prädestiniert, den Einstieg zu verzögern bzw. zu verhindern, da diese das Selbstwertgefühl der Kinder und Jugendlichen stärken.

In den brandenburgischen Schulen der Sekundarstufen I und II sind umfangreiche Zugangsmöglichkeiten über Unterricht und Schulleben möglich und in einer **Recherche in den Rahmenlehrplänen**¹¹ übersichtlich dargestellt. Dabei wird primär die Sachkompetenz beschrieben. Themen wie Rauchen – Genuss, Missbrauch und Tabakabhängigkeit, Allgemeines zum Tabakkonsum in Deutschland, Epidemiologie des Rauchens, die gesundheitlichen Gefährdungen durch das Rauchen, Passivrauchen / Nichtraucherschutz, soziale und psychische Aspekte des Rauchens und der Tabakabhängigkeit, biologische Grundlagen der Tabakabhängigkeit, Raucherent-

⁹ Recherche zu dem Präventionsfeld „Tabak“ auf dem Bildungsserver: www.bildung-brandenburg.de

¹⁰ z.B. Sozialtraining nach Petermann, s. Kapitel 1

¹¹ Recherche zu dem Präventionsfeld „Tabak“ auf dem Bildungsserver: www.bildung-brandenburg.de

wohnungsmöglichkeiten, Zigarettenwerbung sowie gesetzliche Grundlagen werden empfohlen.

Umfassende Präventionsstrategien sind über das Schulprogramm in Form von Mehrebenenkonzepten und Trainingsprogrammen zum sozialen Lernen und zur Entwicklung von Lebenskompetenz im Schulleben zu verankern.

Auf der **individuellen Ebene** bieten die Trainingsprogramme den Kindern und Jugendlichen die Qualifizierung der eigenen Kompetenzen an, die das Nein-Sagen selbst bei sozialem Gruppendruck der „peers“ stärken. Dabei ist das Vorbildverhalten eines nicht rauchenden Lehrerkollegiums für den einzelnen Jugendlichen eine besondere Unterstützung. Zugewandte Gespräche und individuelle Ansprache steigern das persönliche Wohlbefinden und Selbstvertrauen. Zahlreiche kostenlose Broschüren in einer „Gesundheitsecke“ in der Klasse, Schulcafé usw. verschaffen individuelle Zugänge und Reflektion des eigenen Suchtverhaltens. Aufgestellte Verhaltensregeln, klare Sanktionierungen (dabei gilt: weniger ist mehr) schaffen Orientierungen. Aktivitäten mit und seitens der Eltern bieten weitere Verstärkung.

Aktiv gestützt wird das Nichtraucherverhalten /Ausstiegsverhalten, indem die Schülerinnen und Schüler auf der **Ebene der Klasse bzw. Jahrgangsstufe** selbst Regeln aufstellen und die Sanktionierung eigenverantwortlich übernehmen. Dabei bietet der Nichtraucherwettbewerb „Be smart – Don´t start“ nicht nur einen Anreiz, sondern auch Hilfe und Unterstützung durch Begleitveranstaltungen. Außerdem hat das Schreiben von Tagebüchern eine nachhaltige Wirkung, wenn diese als Instrument der Unterstützung und nicht entlarvend genutzt werden.

Umfassend gestützt wird eine Präventionskonzeption durch die **schulische Ebene**: Die Schule erhält aufgrund eigener Aktivitäten das Gütesiegel „Rauchfreie Schule“. Dies ist noch bis zum In-Kraft-Treten des neuen Schulgesetzes voraussichtlich am 1. August 2007 möglich. Die Schule erhält das Gütesiegel, wenn sie wirksame Maßnahmen zum Nichtrauchen und zum absoluten Rauchverbot in der Schule ergriffen hat. Bei all diesen Aktivitäten – und es sind nicht alle möglichen aufgeführt – ist es sinnvoll, sich Expertenverstand von außen zu holen. Vernetzung im Team erleichtert der einzelnen Lehrkraft die Präventionsbemühungen, verbessert die Qualität der Unterrichts- und Schulkultur und stabilisiert die Wirkungen präventiver Arbeit in der Schule und im schulischen Umfeld.

8. Medien für den Unterricht

Alle hier aufgeführten Materialien sprechen Kinder und Jugendliche altersgemäß an, um die sozialen Kompetenzen zu erweitern. Gleichzeitig sind die entsprechenden Informationen nach modernen präventiven Grundsätzen aufgearbeitet. Alle Materialien sind kostenfrei zu beziehen:

Unterrichtsmaterial der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (weitestgehend kostenloses Material), Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln, Tel.: 0221 8992-0, Fax: 0221 8992-300, E-Mail: poststelle@bzga.de, <http://www.bzga.de>

gesund und munter – Heft 6: Nichtrauchen; (Sachinformationen für die Grundschule, Elternbrief und 10 Kopiervorlagen inkl. Lösungen. Ess-Themen: Was ist ein starker Typ?; Wie ist das mit dem Nein-Sagen?; Vom Rauchen und Nichtrauchen ; Wo bleibt der Zigarettenrauch?; Was Nichtrauchen wert ist.; „Nichtrauchen ist echt stark!“ – Hier wird geworben; Bestellnummer 20410600

Basisinformationen Tabak; Bestell-Nr.: 33 23 00 02

<http://www.drugcom.de/?uid=bff25ff8f036714a6413f5cffd20d48f&id=check&sub=7>

Nikotintest

Auf dem Weg zur rauchfreien Schule; Bestell-Nr.: 31 60 00 00

Unterrichtsmaterial des Landeskriminalamtes Brandenburg, Abteilung Polizeiliche Prävention, Trammer Chaussee 1, 16225 Eberswalde, Tel. 03334/388-2601,

Interaktive Drogenpräventions-DVD „Hast du noch was vor?“ mit Begleitfaltblatt für Schülerinnen und Schüler, Jahr 2006. In fünf Kapiteln werden Nikotin, Alkohol, Cannabis, Amphetamine und die Frage „Was ist eigentlich Sucht?“ behandelt. Im Sonderkapitel „Wie sieht’s bei dir aus?“ geben die Protagonisten des Films Auskunft über Erfahrungen und Ziele und ermöglichen so den jugendlichen Zuschauern eine Diskussion an konkreten Beispielen. (kostenlos)

Unterrichtsmaterial der BLS/ZSB, Tel.: 0331 9573284

Wegweiser rauchfreie Schule

Infokarten für Jugendliche

9. Erweiterungsangebote

Unterrichtsmaterial der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (weitestgehend kostenloses Material), Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln, Tel.: 0221 8992-0, Fax: 0221 8992-300, E-Mail: poststelle@bzga.de, <http://www.bzga.de>

Let`s talk about smoking; Bestell-Nr.. 31 60 10 009

Stop smoking Girls; Bestell-Nr.: 31 60 200999

Stop smoking Boys; Bestell-Nr.: 31 60 30 00

Plakatserie, BzgA; Bestell-Nr.: 31 60 40 10

Stop smoking Boys; Bestell-Nr.: 31 60 30 00

DVD rauchfrei; Tel.: 01805 313131

Raucherinformationen; <http://www.rauch-frei.info>

PIT-Tipps für Eltern

Das Online-Familienhandbuch: Rauchende Kids. Deutsche Lungenstiftung e. V.

http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Gesundheit/s_1847.html

10. PIT- Ansprechpartner

Regional stehen den Schulen Unterstützungsangebote für den Unterricht sowie für Elternabende am staatlichen Schulamt zur Verfügung:

Schulräte mit der Fachaufgabe Gesundheit und jugendliche Lebenswelten in den staatlichen Schulämtern

ÜTK-Berater Gesundheit und jugendliche Lebenswelten

Schulpsychologische Beratung
Suchtberatungsstellen
Gesundheitsämter der Landkreise Brandenburgs.

Landesweit bieten überregionale externe Beratung an:

Brandenburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V. / Zentralstelle für Suchtprävention (BLS/ZSB), Carl-Ossietsky-Straße 29, 14471 Potsdam,
Ansprechpartnerin: Frau Ingrid Weber,
Tel.: 0331 9513284, Fax: 0331 9513293,
E-Mail: ZSB-Weber@t-online.de;
<http://www.blsev.de>

Landesgesundheitsamt des Landes Brandenburg
Wünsdorfer Platz 3, 15838 Wünsdorf
E-Mail: landesgesundheitsamt@lga.brandenburg.de
<http://www.lasv.brandenburg.de>

Ansprechpartnerin ist die Abteilungsdirektorin
Frau Dr. med. Gabriele Ellsäßer
Tel.: 033702 71106
Fax: 033702 71101
E-Mail: gabriele.ellsaesser@lga.brandenburg.de

überregionale Suchtpräventionsfachkräfte des Landes Brandenburg

Nichtraucher-Initiative Brandenburg e. V., Barnimstraße 2/1,
14770 Brandenburg an der Havel.

Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg (LISUM),
14974 Ludwigsfelde-Struveshof, <http://www.lisum.brandenburg.de>
03378 209 – 200
Ansprechpartnerin:
Ulrike Kahn
ulrike.kahn@lisum.brandenburg.de

Bundesweit sind Beratungsstellen zu finden:

Nichtraucher-Initiative Deutschland e. V. (NID),
Carl-von-Linde-Str. 11, 85716 Unterschleißheim, Tel.: 0893 171212,
Fax: 0893 174047
nid@nichtraucherschutz.de
<http://www.nichtraucherschutz.de>

Telefonberatung:

Nichtraucherhotline der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:
Telefon: 01805 313131
Sucht & Drogen Hotline:
Telefon: 01805 313031 (12 Cent / Minute), Mo – So: 0 – 24 Uhr,
Rauchertelefon der Deutschen Krebshilfe, Tel.: 06221 424200

Präventionsfeld: Alkohol / Alkopops

1. Problembeschreibung

Alkoholkonsum ist fester Bestandteil unserer Alltagskultur, und mäßiger Alkoholkonsum ist allgemein gesellschaftlich akzeptiert. Die Tatsache, dass Alkoholwerbung das alltägliche Leben mit Bedürfnissen nach Freiheit und sexueller Erfüllung verknüpft, sowie die Angebotsbreite des Marktes machen den Alkoholkonsum tatsächlich „legal“. Erwachsene wie Kinder und Jugendliche nehmen Alkohol als Selbstverständlichkeit in unserer Lebenswelt, insbesondere auch in den Medien, wahr und gehen im Allgemeinen ohne Bedenken mit diesem Suchtmittel um. Alkohol ist eine legale Droge und birgt ein beträchtliches Abhängigkeitspotenzial, das gesellschaftlich verharmlost wird. Besonders bei Jugendlichen kann bei übermäßigem Konsum die psychische, physische und soziale Befindlichkeit so stark beeinflusst werden, dass ein selbstbestimmtes Leben gefährdet ist.

Der Markt für alkoholische Getränke regelt sich über Angebot und Nachfrage. Der Umsatz der Alkoholindustrie beträgt jährlich rund 15 Mrd. €. Das Angebot an alkoholischen Getränken kennzeichnet Vielfalt, ständige Verfügbarkeit und niedrige Preise. Die Teuerungsrate für alkoholische Getränke lag in den vergangenen Jahren unterhalb der allgemeinen Teuerungsrate. Rund 3,4 Mrd. € jährlich betragen die Einnahmen an alkoholbedingten Steuern.

Der volkswirtschaftliche Schaden durch alkoholbedingte Sterblichkeit und Krankheit beziffert sich dagegen auf etwa 20,6 Mrd. €.

Alkopops. Kinder (etwa ab 8 Jahren) und Jugendliche haben immer früher ersten Kontakt zu Alkohol und es ist sinnvoll, dass sie rechtzeitig lernen, mit diesem Suchtmittel verantwortungsbewusst umzugehen. Viele Kinder und Jugendliche sammeln ihre ersten Erfahrungen im Elternhaus (zunehmender Alkoholkonsum besonders in sozial schwachen Familien oder nicht intakten Elternhäusern; ca. 16% der deutschen Bevölkerung konsumiert Alkohol in gesundheitlich riskanten Mengen), im Freundeskreis oder im unmittelbaren Umfeld von Schulen.

Neben einem häufig zu beobachtenden Probierverhalten (gruppenspezifische Prozesse, „In sein“ etc.) wirken sich insbesondere gruppenspezifische Warenangebote (Alkopops und Co.) verbunden mit entsprechender Werbung und das „Vorbildverhalten“ von Stars aus Film, Fernsehen und Musikszene fördernd auf den Alkoholkonsum aus. Oft wird für den Jugendlichen völlig unbemerkt der Einstieg in die Abhängigkeit erreicht. In den letzten Jahren hat sich unter Jugendlichen ein gefährlicher Trend etabliert: das Rauschtrinken. Folge davon ist, dass immer mehr Jugendliche mit Alkoholvergiftung in Krankenhäuser eingeliefert werden.

Alkopops (nach Einführung der Alkopopsteuer ebenso vermehrt wein- und bierhaltige Cocktails) sind insbesondere für Mädchen die „Einstiegsdroge Nr. 1“, denn sie sind nicht nur bunt, poppig und trendy, sondern enthalten auch eine gehörige Portion Alkohol (4 – 7 %), der geschmacklich dank hoher Zuckermengen und raffinierter Aromakompositionen nicht sofort erkennbar ist.

2. Analyse

Etwa 1,6 Mill. Menschen in Deutschland sind akut alkoholabhängig, Alkoholmissbrauch liegt aktuell bei ca. 2,65 Mill. Menschen vor. Das sind zusammen 6,4 % der Bevölkerung ab 18 Jahre.

Jährlich sterben in Deutschland ca. 42 000 Menschen direkt oder indirekt in Verbindung mit Alkohol.

Um zielgerichtet präventiv arbeiten zu können, sind bundes-¹² und europaweit¹³ Studien in Auftrag gegeben worden, die zu folgenden Ergebnissen kommen:

Alkohol ist bei Jugendlichen von allen Drogen am weitesten verbreitet. 86 % von ihnen haben in den letzten Monaten Bier, Wein, Spirituosen und Mixgetränke getrunken. Das Einstiegsalter beträgt durchschnittlich 14 Jahre. Männliche Jugendliche trinken mehr Alkohol als weibliche Jugendliche. Das Biertrinken ist von 38 % (1979) auf 22 % im Jahr 2004 gesunken. Der Konsum von alkoholischen Mixgetränken (Alkopops) ist deutlich von 8 % auf 16 % gestiegen. Das hat dazu geführt, dass Jugendliche insgesamt wieder häufiger Alkohol trinken. Alkohol wird von Jugendlichen vor allem getrunken, weil es die Stimmung fördert (67 %). Die Studie zeigt, dass Jugendliche im Land Brandenburg kaum Alkohol trinken: 16,2 % der Befragten tranken in den vergangenen 30 Tagen keinen Alkohol (befragt wurden ca. 1 800 Schülerinnen und Schüler im Alter von 15 bis 16 Jahren zum Konsumverhalten).

Fast jeder 20. Schüler betreibt riskanten Alkoholkonsum: 4,2 % der Befragten hatten in den vergangenen 30 Tagen mehr als 20-mal Alkohol konsumiert. 24,4 % der Befragten hatten niemals eine Rauscherfahrung, 32,8 % innerhalb der vergangenen 30 Tage eine Rauscherfahrung, 8,1 % innerhalb der vergangenen 30 Tage mehr als 3 Rauscherfahrungen. Jugendliche (ab 11 Jahre) fangen sehr früh mit dem Alkohol-Erstkonsum an. Dieser Konsum beträgt bei den Jugendlichen: Bier 19,9 %, Wein / Sekt 17,5 %, Spirituosen 4,5 %.

Alkopops sind bei Jugendlichen am beliebtesten; jeder 10. Schüler trinkt diese regelmäßig (in den vergangenen 30 Tagen mehr als 10-mal) und fast jeder zweite Schüler konsumiert sie in riskanten Mengen.

Alkopops. Laut Erhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus dem Jahr 2004 hat sich der Kauf von Alkopops bei Käuferinnen und Käufern bis zu 29 Jahren von 1998 bis 2003 versechsfacht. 48 Prozent der 14- bis 17-Jährigen konsumieren regelmäßig Alkopops, obwohl laut Jugendschutzgesetz spirituosenhaltige Getränke an diese Altersgruppe nicht abgegeben werden dürften.

Das Ausweichen der Produzenten auf wein- und bierhaltige Mischgetränke (zur Umgehung der Alkopopsteuer) legalisiert bei vergleichbarem Alkoholgehalt die Abgabe an Jugendliche bereits ab 16 Jahren – auch sind hier keine Warnhinweise auf den Alkoholgehalt vorgeschrieben. Das bunte, an Limonade und Sportgetränke angelehnte Erscheinungsbild dieser Einstiegsdrogen erhöht nicht nur deren Attraktivität, sondern täuscht gerade Kinder und Jugendliche bei der Getränkewahl. Mehr als die Hälfte der durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) befragten Jugendlichen gab an, eigentlich keine hochprozentigen Alkoholika zu trinken. Über die Alkopops konsumieren aber 75 % unbemerkt Spirituosen und damit hochprozentigen Alkohol.

3. Lösungsansatz

Wenn die Suchtprävention in der Schule psychosozial und kommunikativ angelegt ist, sind Erfolgschancen abzusehen. In diesem Kontext sind Informationen über den Alkoholkonsum, süchtiges Verhalten, die Entstehung von Sucht und das Aufzeigen der individuellen und gesellschaftlich relevanten Folgen wichtige Präventionsstrategie. Die Jugendlichen werden so angemessen und selbstverantwortlich auf persönliche und

¹² Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2004

¹³ Europa- Schülerstudie Brandenburg 2003 (ESPAD)

soziale Probleme, Konflikte und Realitätsforderungen reagieren. Mit der Entwicklung von Lebenskompetenz können Jugendliche lernen, gesundheitlich und rechtlich angemessen sowie selbstverantwortlich mit legalen Drogen umzugehen, d. h., sie streben Abstinenz bzw. verantwortlichen Umgang mit der Droge Alkohol an.

Für die Behandlung des Themas „Einstiegsdroge Alkopops“ im Unterricht bedeutet dies:

Es ist wichtig, dass Kinder und Jugendliche auf einen verantwortungsvollen Konsum von Alkoholika vorbereitet werden, denn als Heranwachsende sind sie neugierig, wollen sich und alles Neue ausprobieren sowie ihre Grenzen erkunden. Ohne entsprechende Sensibilisierung gegenüber den Gefahren des Alkoholkonsums gehen sie dabei oft unkalkulierbare Risiken ein. Dies insbesondere dann, wenn das Elternhaus nicht den notwendigen Rückhalt gewährt bzw. aus einer oppositionellen Haltung heraus die „guten Ratschläge der Alten“ sowieso nicht angenommen werden.

Deshalb ist im Rahmen der schulischen Prävention insbesondere die Beschäftigung mit folgenden Problemfeldern erwünscht: Bestandsaufnahme der eigenen Situation (was will ich erreichen, wie und warum will ich mich gegenüber anderen Gleichaltrigen hervorheben, Stärkung des Selbstbewusstseins auf normalem Wege); Information über alkoholhaltige Getränke, ihren Alkoholgehalt; Wissen um die Wirkungsmechanismen von Alkohol und über den Weg zur Abhängigkeit; kritische Auseinandersetzung mit der Werbung für alkoholhaltige Getränke; Aufzeigen von „coolen“ Alternativen; Auseinandersetzung mit dem Jugendschutzgesetz (Schutz oder übertriebene Fürsorge? Wer kontrolliert die Einhaltung? Welche Unterstützung kann gefährdeten oder bereits abhängigen Kindern / Jugendlichen gewährt werden?).

4. Zielgruppen

Schülerinnen und Schüler der Jahrgangsstufen 5 bis 12

5. Ziele

Allgemeine Ziele:

Die Stärkung der Lebenskompetenz von Schülerinnen und Schülern ist allgemeines Ziel der Suchtprävention.

Um die **personale Kompetenz** zu fördern, werden folgende Ziele angestrebt:

- das eigene Selbstwertgefühl und die eigene Selbstsicherheit stärken,
- sich selbst und andere akzeptieren,
- eigene Wahrnehmungen fühlen und artikulieren können,
- sich selbst und den anderen in der Unterschiedlichkeit anerkennen,
- die Verantwortung über das eigene Handeln übernehmen,
- den Zusammenhang von körperlichem Wohlbefinden und seelischer Zufriedenheit ausbauen,
- Stärken und Schwächen erkennen, entsprechend ausbauen bzw. minimieren und Wünsche fördern,
- Kommunikationsfähigkeit ausbauen,
- gesundheitsfördernde Einstellungen annehmen und verfolgen,
- Ansätze bzw. Anfänge von süchtigem Verhalten wahrnehmen und kritisch reflektieren.

Um die **Sozialkompetenz** zu fördern, werden folgende Ziele angestrebt:

- Problemlagen und Konflikte erkennen und adäquat verantwortlich lösen,
- die eigene Kooperationsfähigkeit qualifizieren,
- eigene Interessen artikulieren und gegenüber der „Peergroup“ vertreten, auch wenn es sich um eine Minderheitenmeinung handelt,
- Nein-Sagen lernen und sozialen Druck abwehren.

Um die **Sachkompetenz** zu fördern, werden folgende Ziele angestrebt:

- zur Lebenskompetenz die notwendigen sachorientierten Grundlagen intellektuell und emotional erfassen,
- sich grundlegendes Wissen über die Droge Alkohol aneignen und sich auf ganzheitliche Lernerfahrungen einlassen,
- Handlungsstrategien zur Problembewältigung von Drogenkonsum erarbeiten.

Spezielle Ziele im Unterricht:

- Informationsdefizite aufarbeiten und sich bewusst machen, welche Gefahr die Droge Alkohol für das eigenen Leben hat,
- eigene Widerstandskraft gegen die Droge Alkohol stärken,
- Entwickeln von Strategien zur erfolgreichen Vermeidung von süchtigem Verhalten,
- Erfahrungen sammeln, dass sich erwünschte Wirkungen auch ohne Alkohol erreichen lassen,
- Entwickeln der Erkenntnis, dass auch einfacher Konsum schwere persönliche Folgen haben kann (z. B. Unfälle, Krankheit, Strafen).

6. Inhaltliche Ausgestaltung

Ursachen

Kinder und Jugendliche, die es aufgrund von besonders schwierigen Lebensumständen nicht schaffen, ein eigenes Selbstwertkonzept zu entwickeln bzw. die möglicherweise bereits durch ihre alkoholgefährdeten Eltern geprägt sind, sind einem besonderen Drogengefährdungspotenzial ausgesetzt. Hinzu kommt, dass Jugendliche sich ohnehin in der Pubertät gern über Verbote hinwegsetzen, Grenzerfahrungen sammeln und den eigenen Stellenwert in der Peergroup erhöhen wollen. Alkohol verdrängt die Langeweile, die Probleme der Pubertät und steigert das Wohlbefinden sowie den Lustgewinn.

Erscheinungsformen

Als **risikoarmer Alkoholkonsum** gilt bei Erwachsenen: Frauen sollten nicht mehr als 20 g Alkohol (ca. 2 Gläser Bier) und Männer nicht mehr als 30 g (ca. 3 Gläser Bier) täglich trinken. Außerdem sollte mindestens 2 – 3 Tage pro Woche auf Alkohol verzichtet werden, um eine Gewöhnung zu vermeiden. Risikoarmen Alkoholkonsum bei Kindern und

Jugendlichen gibt es praktisch nicht. Kinder sollten keinen Alkohol trinken, Jugendliche nur in Ausnahmefällen und deutlich unter den empfohlenen Mengen für Erwachsene.

Für den Unterricht werden die nachfolgenden Fachinformationen stichwortartig zur Verfügung gestellt.

Alkohol bezeichnet im allgemeinen Sprachgebrauch den zur Gruppe der Alkohole gehörenden Äthylalkohol, der durch Vergärung mit Zucker aus unterschiedlichen Grundstoffen gewonnen wird und berauschende Wirkung hat.

Gefährdet ist, wer regelmäßig Alkohol trinkt, um alltägliche Anspannungen und Konflikte besser zu bewältigen. **Alkoholmissbrauch** ist jeder Alkoholkonsum, der zu körperlichen, seelischen und / oder sozialen Schäden führt.

Alkoholabhängigkeit hat fünf Kriterien (WHO): Kontrollverlust, Toleranzentwicklung, zwangsweise Wiederholung, Entzugssymptome, Interesseneinengung. Alkoholabhängige sind unfähig, ihren Alkoholkonsum dauerhaft zu steuern.

Bereits ab ca. 0,2 Promille zeigt sich die **Wirkung** des Alkohols unmittelbar; es verändern sich das subjektive Erleben und das persönliche Verhalten. Alkohol ist ein Zellgift und schädigt Kinder und Jugendliche besonders, weil deren körperliche Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist. Als Faustregel gilt: Je früher der regelmäßige Alkoholkonsum beginnt, desto größer die gesundheitlichen und suchtspezifischen Risiken. Regelmäßiger Alkoholkonsum kann zum problematischen Alkoholkonsum führen.

Alkopops sind Mischgetränke aus Spirituosen und Wasser, Limonade oder Saft. Sie werden größtenteils abgefüllt in handliche Flaschen oder Dosen im jugendlichen Design. Die Getränke enthalten oft etwa 4 cl Schnaps. Der Alkoholgehalt beträgt durchschnittlich 13 – 15 %, sodass das fertige Getränk etwa 5,5 % vol. enthält. Das entspricht in etwa dem eines starken Bieres. Die Variationsbreite ist jedoch sehr groß und reicht von circa 2 % vol. bis 7 % vol. In einer Disconacht können leicht sechs bis acht Flaschen Alkopops getrunken werden. Das wären 10 bis 14 Schnäpse.

Alkopops enthalten häufig Konservierungsstoffe, Farbstoffe und Aromen. Teilweise sind sie auch versetzt mit Koffein, Taurin, Inosit und Glucuronolacton, wie sie in Energy Drinks zu finden und die als Wachmacher oder Leistungsförderer bekannt sind. Der durch Süßstoffe und Aromen geprägte Geschmack verdeckt den bitteren Geschmack von Alkohol, sodass gleichfalls Kinder diese Mischgetränke „wie Limonade“ trinken können. Es wird diskutiert, ob durch Geschmack und Aufmachung der Eindruck entstehen könnte, dass diese Mischgetränke zur Gruppe der Softdrinks zählen. Alkopops könnten sich damit zu einer neuen Art von Einstiegsdroge entwickeln.

Gesetzliche Bestimmungen

Grundlage ist die „Verwaltungsvorschrift über die Organisation der Schulen in inneren und äußeren Schulangelegenheiten“ in der jeweils gültigen Fassung und das „Jugendschutzgesetz (JuSchG)“ vom 23. Juli 2002, „§ 9: Alkohol darf in der Öffentlichkeit grundsätzlich an unter 16-Jährige nicht abgegeben werden und der Konsum ist verboten. Einzige Ausnahme: Bier, Wein und Sekt dürfen an 14- bis 16-Jährige abgegeben und ihnen der Konsum erlaubt werden, wenn sie von den Eltern begleitet werden.“

7. Anregungen für Unterricht und Schulleben

In der Grundschule / Förderschule ist der Zugang zu dem Präventionsfeld „Alkohol/Alkopops“ über die allgemeine Gesundheitsförderung im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes sinnvoll. Dabei übernehmen der Sach- und der Sportunterricht eine Leitfunktion. Im Fach: Wirtschaft-Arbeit-Technik werden unterstützend das Konsum-Verbraucherverhalten und die Werbung reflektiert.

Selbst wenn in der Grundschule prozentual gesehen erst wenige Schülerinnen und Schüler Alkohol trinken, so hat die Auseinandersetzung mit der Droge „Alkohol“ einen nicht zu unterschätzenden pädagogischen Wert.

In den brandenburgischen Schulen der Sekundarstufen I und II sind umfangreiche Zugangsmöglichkeiten über Unterricht und Schulleben möglich und notwendig. Diese werden in einer **Recherche in den Rahmenlehrplänen**¹⁴ übersichtlich dargestellt. Dabei wird vorrangig die Sachkompetenz beschrieben:

Alkohol ist eine Alltagsdroge und wird von vielen Erwachsenen ohne Vorbildhaltung konsumiert. Konsummotive, Suchtursachen, Gründe für den Konsum; Wirkung und seine Folgen; Genuss, Gefährdung, Missbrauch sind Themen eines reflektierten Unterrichts. Außerdem haben Rechtsfragen und Hilfsangebote einen Stellenwert. Dabei sind Rollenspiele¹⁵ und Fallbeispiele¹⁶ ein wichtiges didaktisches Mittel.

„Jürgen hat mit 17 Jahren mit einem regelmäßigen Alkoholkonsum angefangen. Er machte damals gerade seine Lehre, die er nicht zum Abschluss brachte. Auch die Schule hat er nach der achten Klasse verlassen und galt dort schon als verhaltensauffällig. Sein Vater trank und hat Jürgen unter Alkoholeinfluss häufig geschlagen. Er bekam viel Ablehnung und Abwertung zu spüren. In der Schule wurde er zum Einzelgänger, hatte keine Freunde. Als er den Alkohol für sich entdeckte, fand er ein Hilfsmittel, um der inneren Spannung zu begegnen. Er rutschte aber relativ schnell in die Abhängigkeit und lebte auf der Straße. Alkoholvergiftungen, manchmal auch aggressives Verhalten nach außen, ebenso selbstverletzendes Verhalten und Suizidversuche kennzeichneten seinen weiteren Weg. Jürgen war misstrauisch gegenüber neuen Menschen, fasste aber Vertrauen zu Streetworkern, zu denen er Kontakt bekam. Sie schienen es ernst zu meinen und ihn zu mögen. Er ging auf ihren Vorschlag ein, in Behandlung zu gehen und machte mit 27 eine Therapie. Dabei zeigte sich seine massive Abwertung sich selbst gegenüber und er musste langsam lernen, dass er selbst etwas bewirken kann, um sein Selbstwertgefühl aufzubauen. Jürgen hat einen wichtigen Schritt für sich gemacht und begonnen, Alternativen für sich aufzubauen und zu entdecken.“

Ein Gesamtcurriculum im Rahmen einer ganzheitlichen Suchtprävention bietet das kostenlose Material der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA): Alkohol – Material für die Jahrgangsstufen 5 bis 10 an. Es werden drei inhaltlich und methodisch ausgearbeitete Akzentuierungen in einer Übersicht vorgestellt. Insgesamt sind in dem kostenlosen Material 27 Bausteine didaktisch für den Unterricht aufbereitet.

¹⁴ Recherche zu dem Präventionsfeld „Drogen“ auf dem Bildungsserver: www.bildung-brandenburg.de

¹⁵ Lerchenmüller, H.(2006): Soziales Lernen, s. Kapitel 2

¹⁶ Fallbeispiele sind zu finden unter: Sucht hat immer eine Geschichte, <http://www.ausweg.de/>

Nachfolgend ist ein Beispiel exemplarisch dargestellt:

Zielbereich Jahrgangsstufen	„Thema Alkohol“ ¹⁷		
	Selbstkompetenz*	Sozialkompetenz	Sachkompetenz
5 und 6	„Gute Gefühle – schlechte Gefühle“ (Wahrnehmung eigener Gefühle)	„Stell dich doch nicht so an“ (erste Trinkanlässe)	„Wie wirkt Alkohol“ (biologische Wirkung des Alkohol)
7 und 8	„Was Mädchen dürfen, was Jungen müssen ...“ (Rollenstereotype)	„Karin, 14 Jahre alt, erzählt ...“ (Verhalten in der Clique)	„Party machen ohne scharfen Sachen“ (alkoholfreie Getränke)
9 und 10	„Alkohol ist doch gar nicht so schlimm!“ (eigenen Standpunkt finden)	„Alkohol – ein Sanitärer in Not?“ (Alkohol als Alltagsdroge)	„Promille und Prozent“ (Alkoholkonsum und Blutalkoholkonzentration)

* Der Begriff „Selbstkompetenz“ entspricht dem Begriff „personale Kompetenz“ der brandenburgischen Rahmenlehrpläne.

Wirkungsvolle Präventionsstrategien sind über das Schulprogramm in Form von Mehrebenenkonzepten und Trainingsprogrammen zum sozialen Lernen und zur Entwicklung von Lebenskompetenz im Schulleben zu verankern:

Auf der **individuellen Ebene** bieten die Trainingsprogramme den Kindern und Jugendlichen die Qualifizierung der eigenen Kompetenzen an, die das Nein-Sagen selbst bei sozialem Gruppendruck der „peers“ stärken. Dabei ist das Vorbildverhalten eines Lehrerkollegiums, das zu Geburtstagen keinen Alkohol trinkt, beispielhaft für den einzelnen Jugendlichen und bringt eine besondere Unterstützung. Zugewandte Gespräche und individuelle Ansprache steigern das persönliche Wohlbefinden und Selbstvertrauen. Zahlreiche kostenlose Broschüren in einer „Gesundheitsecke“ in der Klasse, im Schulcafé usw. verschaffen individuelle Zugänge und Reflexion des eigenen Suchtverhaltens.

Da Alkohol im Allgemeinen nicht in der Schule getrunken wird, machen Regularien diesbezüglich für die Schule keinen Sinn. Effektiv ist, wenn gefährdete Kinder und Jugendliche angeleitet werden, persönliche Tagebücher zu schreiben und selbst bzw. mit der Peergroup auszuwerten.

Dennoch schaffen aufgestellte allgemeine Verhaltensregeln klare Orientierungen und wirken suchtvorbugend. Die Schülerinnen und Schüler stellen auf der **Ebene der Klasse bzw. Jahrgangsstufe** selbst Regeln auf und übernehmen die Sanktionierung eigenverantwortlich. Bei all diesen Aktivitäten – und es sind nicht alle möglichen aufgeführt – ist es wichtig, sich Expertenverstand von außen zu holen. Vernetzung im Team erleichtert der einzelnen Lehrkraft die Präventionsbemühungen, verbessert die Qualität der Unterrichts- und Schulkultur und stabilisiert die Wirkungen präventiver Arbeit in der Schule und im schulischen Umfeld. Erst die Verankerung auf **der Schulebene** im Schulprogramm und im Schulalltag ist nachhaltig präventiv. So können z.B. soziale

¹⁷ Alkohol. Materialien für die Suchtprävention in den Klassen 5-10, Bestell-Nr.:20450000, BzGA

Lernprogramme, die die Lebenskompetenz stärken, sowie Beratungsmöglichkeiten für alkoholgefährdete Schülerinnen und Schüler Bestandteil des Schulprogramms werden.

8. Medien für den Unterricht

Unterrichtsmaterial der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (weitestgehend kostenloses Material), Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln, Tel.: 0221 8992-0, Fax: 0221 8992-300, E-Mail: poststelle@bzga.de, <http://www.bzga.de>

Alkohol. Materialien für die Suchtprävention in den Klassen 5-10; Bestell-Nr.: 20450000

Alles klar – Infos für einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol. Bestell-Nr.: 32 01 00 00

Basiswissen Alkohol. Bestell-Nr.: 33 23 00 00

Alkoholfrei ist besser. Bestell-Nr.: 32 08 00 02

Rat und Hilfe bei Alkoholproblemen. Bestell-Nr.: 32 01 10 00

Karte – Wissenstest. Bestell-Nr.: 32 10 30 00

Unterrichtsmaterial des Landeskriminalamtes Brandenburg, Abteilung Polizeiliche Prävention, Tramper Chaussee 1, 16225 Eberswalde, Tel. 03334/388-2601,

Interaktive Drogenpräventions-DVD „Hast du noch was vor?“ mit Begleitfaltblatt für Schüler des Landeskriminalamtes Brandenburg, Abteilung Polizeiliche Prävention, Tramper Chaussee 1, 16225 Eberswalde, Tel. 03334/388-2601, Jahr 2006. In fünf Kapiteln werden Nikotin, Alkohol, Cannabis, Amphetamine und die Frage „Was ist eigentlich Sucht?“ behandelt. Im Sonderkapitel „Wie sieht’s bei dir aus? geben die Protagonisten des Films Auskunft über Erfahrungen und Ziele und ermöglichen so den jugendlichen Zuschauern eine Diskussion an konkreten Beispielen. (kostenlos)

9. Erweiterungsangebote

Internetadressen

<http://www.ausweg.de> – Die Jugendseite der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. bietet vielfältige Einstiegsmöglichkeiten für eigenständiges Arbeiten der Schülerinnen und Schüler.

<http://www.bist-du-staerker-als-alkohol.de> – jugendgemäße Seite zum direkten Einsatz im Unterricht

<http://www.alkohol-lexikon.de> – ein Lexikon zur Droge Alkohol

PIT-Tipps für Eltern

Das Online-Familienhandbuch: Alkohol, Drogen und Co. – welche Präventionsmaßnahmen helfen?, Rainer Greca

http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Fachbeitrag/a_Jugendforschung/s_1459.html

10. PIT- Ansprechpartner

Regional stehen den Schulen Unterstützungsangebote für den Unterricht sowie für Elternabende am staatlichen Schulamt zur Verfügung:

Schulräte mit der Fachaufgabe Gesundheit und jugendliche Lebenswelten in den staatlichen Schulämtern

ÜTK-Berater Gesundheit und jugendliche Lebenswelten

Schulpsychologische Beratung

Suchtberatungsstellen

Gesundheitsämter der Landkreise Brandenburgs.

Landesweit bieten überregionale externe Beratung an:

Brandenburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V./Zentralstelle für Suchtprävention (BLS/ZSB), Carl-Ossietsky-Straße 29, 14471 Potsdam,

Ansprechpartnerin: Frau Ingrid Weber,

Tel.: 0331 9513284, Fax: 0331 9513293,

E-Mail: ZSB-Weber@t-online.de;

<http://www.blsev.de>

überregionale Suchtpräventionsfachkräfte des Landes Brandenburg.

Landesgesundheitsamt des Landes Brandenburg

Wünsdorfer Platz 3, 15838 Wünsdorf

E-Mail: landesgesundheitsamt@lga.brandenburg.de

<http://www.lasv.brandenburg.de>

Ansprechpartnerin ist die Abteilungsdirektorin

Frau Dr. med. Gabriele Ellsäßer

Tel.: 03 37 02 7 11 06

Fax: 03 37 02 7 11 01

E-Mail: gabriele.ellsaesser@lga.brandenburg.de

Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg (LISUM),

14974 Ludwigsfelde-Struveshof, <http://www.lisum.brandenburg.de>

03378 209 – 200

Ansprechpartnerin:

Ulrike Kahn

ulrike.kahn@lisum.brandenburg.de

Bundesweit sind Beratungsstellen zu finden:

Telefonberatung:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:

Telefon: 0221 892031,

Mo – Do: 10 – 22 Uhr,

Fr – So: 10 – 18 Uhr

Sucht & Drogen Hotline:

Telefon 01805 313031 (12 Cent / Minute), Mo – So: 0 – 24 Uhr.

Fortbildungsangebote für Berlin-Brandenburg

Aktionen und Vorträge mit geringer Kostenbeteiligung (ca. 1 Euro / Teilnehmer) durch die Verbraucherzentrale Brandenburg e. V., Projekt Lebensmittel / Ernährung, Anfragen per E-Mail an eb@vzb.de

Präventionsfeld: illegale Drogen

1. Problembeschreibung

Die Entwicklung des Konsumverhaltens illegaler Drogen im Land Brandenburg lässt unter den Kindern (etwa ab 12 Jahre) und Jugendlichen (ab 13 bis 14 Jahre) in den letzten Jahren einen Aufwärtstrend erkennen. Kinder und Jugendliche, die illegale Drogen konsumieren, sammeln ihre ersten Erfahrungen im Umgang mit Betäubungsmitteln (BtM) meist im Freizeitbereich und im unmittelbaren Umfeld von Schulen bzw. Ausbildungsstätten. Die meisten von ihnen sind möglicherweise nikotinabhängig und haben bereits Alkohol konsumiert.

Neben einem häufig zu beobachtenden Probierverhalten (gruppendynamische Prozesse, „In sein“, Spaß haben, abschalten etc.) werden als weitere Gründe für den Gebrauch von illegalen Drogen häufig Stress und Probleme in der Familie bzw. der Schule genannt. Junge Menschen, die mit der Einnahme von Betäubungsmitteln (BtM) in Berührung kommen, kennen die damit verbundenen Risiken für die eigene Gesundheit, aber sie ignorieren diese und denken nicht an die Spätfolgen im Erwachsenenalter. Der Besitz konsumgeeigneter Rauschmittelmengen wie Cannabis wird im Allgemeinen nicht als Straftat angesehen.

Die Behauptung bzw. „wohlgemeinte präventive Aussage“, Cannabis sei eine „Einstiegsdroge“, ist nicht aufrechtzuerhalten, da Untersuchungen zeigen, dass dem Konsum von illegalen Drogen in der Regel ein intensiver Konsum legaler Drogen wie Nikotin und Alkohol vorausgeht. Die Mehrzahl der Cannabis rauchenden Jugendlichen beendet nach einem relativ kurzen Zeitraum, nach dem ihr Neugierverhalten befriedigt ist, diesen Konsum. Da der Erwerb von Cannabisprodukten strafbar ist, kann ein häufiger oder regelmäßiger Konsum von Haschisch einen Einstieg in die Illegalität bedeuten.“¹⁸

2. Analyse

Fast ein Drittel (32 %) der 12- bis 25-Jährigen in Deutschland hat in seinem bisherigen Leben nur einmal illegale Drogen konsumiert. Davon haben 31 % Cannabis und nur 1 % ausschließlich andere Drogen konsumiert. Insgesamt 7 % der Jugendlichen sind Mehrfachkonsumenten, die neben Cannabis noch andere Substanzen genommen haben.

Bei den Jugendlichen in den neuen Bundesländern hat zwischen 1993 und 2001 seit der Vereinigung ein Angleichungsprozess an den Drogenkonsum der westdeutschen Jugendlichen bezogen auf die Lebenszeit-Prävalenz stattgefunden.¹⁹

Eine europaweite Studie²⁰ kommt zum Ergebnis, dass jede dritte Schülerin bzw. jeder dritte Schüler Erfahrungen mit illegalen Drogen hat.

34,5 % der Befragten hatten bereits Kontakt mit illegalen Drogen, davon

mit Cannabis	31,8 %
mit Amphetaminen	6,3 %
mit Ecstasy	5,3 %

¹⁸ http://www.ausweg.de/frame_faq7.htm

¹⁹ Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) 2004)

²⁰ Europa-Schülerstudie Brandenburg 2003 (ESPAD))

mit LSD	4,4 %
mit Kokain	3,3 %
mit Heroin	1,1 %.
Andere Substanzen:	
mit Schnüffelstoffen	9,6 %
mit Pilzen	6,5 %.

„Laut polizeilicher Kriminalstatistik des Landes Brandenburg²¹ wurden im Jahr 2005 insgesamt 6.977 Fälle von Rauschgiftkriminalität registriert. Der Anstieg gegenüber dem Vorjahr (6.656 Fälle) beträgt 4,8 Prozent.

Die Anzahl von tatverdächtigen Kindern an den aufgeklärten Rauchgiftdelikten ist rückläufig. Die absolute Zahl von erfassten Kindern ging von 122 (in 2003) und 108 (in 2004) auf 55 (in 2005) zurück.

Besonders stark waren hier die 12- bis 14-Jährigen mit 52 Personen. Rund 90,9 % der erfassten Kinder wurden bei Konsumdelikten polizeilich auffällig, darunter 88 % im Zusammenhang mit Cannabis (44 Kinder)²²

3. Lösungsansatz

Wenn die Suchtprävention in der Schule psychosozial und kommunikativ angelegt ist, sind Erfolgschancen zu erwarten. In diesem Kontext sind Informationen über süchtiges Verhalten, die Entstehung von Sucht und über illegale Drogen wichtig. Die Schule und das Elternhaus stehen in der Verantwortung, gemeinsam über Präventionsstrategien nachzudenken, um Jugendlichen den Ausstieg aus den illegalen Drogen zu ermöglichen. Durch die Illegalität der Droge „Cannabis“ können die Lehrkräfte keinen offenen und offensiveren Umgang mit der Droge angehen. Aus diesem Grunde sind die Überlegungen zu einem Konzept der Entwicklung von Lebenskompetenzen als Ansatz in der Schulkultur von besonderer Bedeutung, damit die Jugendlichen bereits eine eigene Identität aufgebaut haben, um sich selbst vor illegalen Drogen schützen und „Nein“-sagen zu können.

4. Zielgruppen

Schülerinnen und Schüler der Jahrgangsstufen 6 bis 12

5. Ziele

Allgemeine Ziele der Suchtpräventionsarbeit in der Schule:

Die Entwicklung von Lebenskompetenz, wie bei den legalen Drogen spezifiziert, ist Aufgabe der Suchtprävention in diesem Präventionsfeld. Es bedarf eines besonderen Vertrauensverhältnisses, wenn Jugendliche überhaupt mit Erwachsenen über den eigenen Konsum von illegalen Drogen sprechen.

²¹ Lagebild – Rauschgiftkriminalität Brandenburg 2005

²² Polizeiliche Kriminalstatistik des Landes Brandenburg, 2005, Ministerium des Innern

Soziale und personale Kompetenz zu

- der Analyse des eigenen Suchtverhaltens und dem Erkennen eigener Bewältigungsstrategien in der Auseinandersetzung mit der eigenen Person und dem sozialen Umfeld,
- dem Erkennen von Stärken, Schwächen und Wünschen in der Reflexion der eigenen Selbstwahrnehmung,
- Kenntnissen über den Zusammenhang von körperlichem Wohlbefinden und seelischer Zufriedenheit und Einübung von Empathie,
- dem Einüben von Kommunikations- und Konfliktlösungsstrategien.

Sachkompetenz

- Wissen über Sucht, Suchtmittel und Suchtursachen, Drogenkonsum, illegale Drogen und Drogenabhängigkeit,
- Erkenntnis, dass vom Genießen zur Sucht die Grenzen fließend sind,
- Kenntnisse der Entwicklung, Folgen und Vielfalt der Sucht,
- Kenntnisse der Suchtvorbeugung und Hilfsangebote bei Suchtproblemen,
- Kenntnis des rechtlichen Rahmens.

Spezielle Ziele im Unterricht:

Soziale und personale Kompetenz zu

- der Förderung totaler Abstinenz im Hinblick auf illegale Drogen,
- der Stärkung der Widerstandskraft gegen Drogen,
- dem Entwickeln der Erkenntnis, dass bereits einfacher Konsum schwere persönliche Folgen haben kann (z. B. Unfälle, Krankheit, Strafen),
- der Stärkung des Rechts- bzw. Unrechtsbewusstseins bezüglich des illegalen Drogenkonsums.

Sachkompetenz zu

- dem zielgruppenorientierten Ausgleich von Informationsdefiziten,
- der Intensivierung bisheriger Präventionsanstrengungen im Hinblick auf das Gefahrenpotenzial der Cannabisprodukte und der synthetischen Drogen,
- dem Schutz vor gesundheitsschädigendem Drogengebrauch,
- der Prävention als Grundlage eines Gesundheitsverhaltens, das ein verantwortungsbewusstes Handeln gegenüber Körper und Psyche von sich selbst sowie der Mitmenschen aus dem sozialen Umfeld voraussetzt,
- der Sensibilisierung der Schülerinnen und Schüler für die Themen „Sucht“, „Suchteinstellung“ und „Suchtentwicklung“,
- dem Erarbeiten allgemein gültiger Kriterien für die Beschreibung des Suchtbegriffs,
- der Auseinandersetzung mit den möglichen Ursachen einer Suchtentwicklung,
- den Erkenntnissen und dem Aufzeigen von Wegen, dass sich erwünschte Wirkungen auch ohne Suchtverhalten erreichen lassen.

6. Inhaltliche Ausgestaltung

Ursachen

Sucht liegt immer dann vor, wenn eine psychische und / oder physische Abhängigkeit den persönlichen Entscheidungsspielraum eines Menschen beträchtlich einengt. Aus diesem Grunde beschränkt sich die Suchtprävention nicht auf Informationen über legale und illegale Drogen, sondern fokussiert ein weiter gefasstes Spektrum von Gewohnheiten und Abhängigkeiten.

Gründe für den Konsum von illegalen Suchtmitteln sind

- in der Persönlichkeit selbst zu suchen. Ein mangelndes Selbstwertgefühl, und gering ausgebildete Konfliktfähigkeit sind vielfältig zitierte Gründe. Ebenso spielen Langeweile, Neugier, Angst sowie Einsamkeit als Komponenten insbesondere in der Pubertät eine Rolle;
- im persönlichen Umfeld des Jugendlichen zu suchen. Gruppendruck, Schwierigkeiten bis hin zum erlebten Versagen in Familie, Beruf und Schule, Trennung von lieben Menschen, andere Lebensperspektiven, Leistungserwartung, Oppositionshaltung gegen die Erwachsenenwelt, fehlende Freizeitalternativen, Suchtverhalten im familiären Umfeld sowie traumatische Kindheitserlebnisse zählen zu den Ursachen;
- in den Suchtmitteln selbst zu sehen. Neben positiven Erfahrungen – dem Rauscherlebnis, einem Neugieverhalten, Verbotenes auszuprobieren und dem Mangel an jugendgemäßen Abenteuern ist auch die Verfügbarkeit.

Gründe für Drogenkonsum können in der Anhäufung von Problemen und fehlenden Möglichkeiten der Konfliktbewältigung, z. B. nicht erlernte Handlungsalternativen in Problemsituationen, liegen. Ursachenzusammenhänge von Missbrauchsverhalten und Abhängigkeit wie kritische Lebenseinstellungen, traumatische Kindheitserlebnisse, Versagen in der Schule, Grundeinstellungen und Konsumgewohnheiten werden erarbeitet.

Erscheinungsformen

Die „neue“ Generation der Drogengebraucher kümmert sich kaum um die Debatte, welche Stoffe legal, welche illegal sind. Die jungen Leuten konsumieren offenbar alle erreichbaren Drogen gleichzeitig – je nach gewünschter Wirkung. Mit diesen Drogen sind vorwiegend Alkohol, Cannabis, synthetische Drogen wie Ecstasy und Medikamente gemeint, allerdings auch zunehmend so genannte „Bio-Drogen“. Sie gelten bei den Jugendlichen als ökologisch korrekter und harmloser „Partyspaß“. Dabei sind die psychoaktiven Pflanzen und Pilze, die in nahezu jedem Gartencentrum zu haben sind, besonders gefährlich in der Kombination mit Alkohol oder Ecstasy. Ebenso birgt die kaum kontrollierbare Dosierung große Risiken. Manche Party endet auf der Intensivstation.

Vergiftungen dieser Art sind bei ersten Anzeichen in der Klinik zu behandeln. Hier allerdings gilt es für den Arzt, an die Möglichkeit einer solchen Intoxikation zu denken und ihre biochemischen und medizinischen Risiken zu kennen. Um Ärztinnen und Ärzte hier kompetent und rasch reagieren zu lassen, hat der Arbeitskreis Suchtmedizin der Landesärztekammer das Symposium zu „Biogenen Drogen“ angeboten. Die Referenten haben ihre Vorträge zum Nachlesen zur Verfügung gestellt.²³

²³ <http://www.aerztekammer-bw.de/25/08laek/drogen/index.html>

Illegale Drogen – Aussehen, Wirkung und Konsumformen²⁴

Zu den illegalen Drogen gehören Cannabis (Haschisch, Marihuana), Amphetamine (Speed, Crystal, Glass) und Ecstasy (MDMA, XTC, Adam oder Cadillac), LSD, Zauberpilze, Opium, Morphin, Heroin. Während bei Cannabisprodukten die Abhängigkeit lange umstritten war, führen die anderen illegalen Drogen bereits durch einen Kurzzeitkonsum von Cannabis in die Abhängigkeit. Allerdings ist heute erwiesen, dass bei einem Langzeitkonsum psychische und physische Schädigungen der Körpers auftreten. Da der Organismus von Jugendlichen noch im Wachstumsprozess begriffen ist, kann auch bei geringerem regelmäßigem Konsum, vor allem bei psychischer Instabilität, eine Abhängigkeit entstehen. Besonders gefährlich ist der Drogenkonsum von Cannabis in Verbindung mit anderen Drogen, insbesondere mit LSD.

Die Beschreibung von Aussehen, Wirkung und Konsumformen wird nur von einigen der illegalen Drogen aufgeführt. Weitere Beschreibungen sind den Stoffkunden²⁵ zu entnehmen.

Cannabis²⁶

Cannabis, ein Hanfgewächs, enthält psychoaktive Wirkstoffe. Verwendet wird es vor allem als Haschisch (Harz der Blütenstände) oder Marihuana (getrocknete und zerkleinerte Pflanzenteile), seltener als Haschischöl.

Cannabis hat eine Jahrtausend alte Tradition als Nutz- und Heilpflanze und gehört zu den ältesten bekannten Rauschmitteln. Hauptwirkstoff ist das Tetrahydrocannabinol (THC). Die Menge von THC ist je nach Pflanzensorte sehr unterschiedlich. Haschisch und Marihuana werden meist geraucht.

Wirkung: Cannabis wirkt vor allem psychisch. Wie es wirkt, hängt von der jeweiligen Grundstimmung sowie von Situation und Umgebung ab. Aber auch Dosis, Qualität und streckende Beimischungen spielen eine Rolle. Grundsätzlich werden die bereits vorhandenen Stimmungen – ob positiv oder negativ – verstärkt. Nebeneffekte können Denkstörungen sowie verminderte Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit sein. Niedergedrückte Stimmung, Unruhe, Angst und Panik sind eher selten, ebenso wie Verwirrtheit oder alptraumartige Erlebnisse. Körperlich können erhöhter Blutdruck, leicht erhöhte Herzfrequenz, Augenrötung sowie Übelkeit auftreten.

Risiken und Abhängigkeit: Durch die Wirkung von Cannabis ist die Fahrtüchtigkeit eingeschränkt. Ob weitere Risiken bestehen, hängt vor allem davon ab, ob Cannabis gelegentlich oder dauerhaft und gewohnheitsmäßig genommen wird. Mittel- und langfristig kann hoher und dauerhafter Konsum zur psychischen Abhängigkeit führen, ebenso zu Leistungsproblemen, Teilnahmslosigkeit und Aktivitätsverlust. Das Rauchen von Cannabis führt zu Lungen- und Bronchialerkrankungen und Gesundheitsschäden. Langfristiger Konsum kann psychische und soziale Folgen haben.

Gesetzliche Bestimmungen

Das Verhalten der Schule bei Vorfällen mit Drogen und Handlungshinweise zur Suchtprävention sind durch das Rundschreiben 11/01 des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport (MBS) vom 11. Mai 2001 geregelt.

²⁴ weitere Informationen unter: www.dhs.de

²⁵ weitere Infos im Internet: www.dhs.de

²⁶ Da die anderen illegalen Drogen nur eine geringe Rolle bei brandenburgischen Jugendlichen spielen, wird in dieser Fassung auf deren Beschreibung verzichtet. Detaillierte Beschreibungen s.: www.dhs.de

In den §§ 29 ff. Betäubungsmittelgesetz (BtMG) ist in langen Listen aufgeführt, was beim Umgang mit Betäubungsmitteln strafbar ist und wie viel Strafe dafür verhängt werden kann.

In der Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) vom Januar 1998 heißt es:

„Nicht verkehrsfähig sind Pflanzen und Pflanzenteile, Tiere und tierische Körperteile in bearbeitetem und unbearbeitetem Zustand mit dieser oder einer anderen Anlage aufgeführten Stoffen, wenn sie als Betäubungsmittel missbräuchlich verwendet werden sollen.“ [BtMG § 1, Anlage 1]

Nicht verkehrsfähig bedeutet, dass die Substanzen nicht gehandelt, verkauft oder weitergegeben werden dürfen (auch unentgeltlich nicht). Der Besitz ist strafbar. **Psilocybinhaltige Pilze und Khat** werden durch das BtMG eingeschlossen: der Großteil der Substanzen (wie Stechapfel und Engelstropfete) nicht. Daher brauchen sich die Konsumenten der zuletzt erwähnten Substanzen bisher vor strafrechtlichen Konsequenzen nicht fürchten. Verboten sind auch **so genannte Duftkissen**. Das sind Stoffbeutel, in die getrocknete Pilze eingenäht wurden und die angeblich „duften“ sollen.²⁷

Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren kann bestraft werden, wer Betäubungsmittel unerlaubt anbaut, herstellt, mit ihnen Handel treibt, sie, ohne Handel zu treiben, einführt, ausführt, veräußert, abgibt, sonst in den Verkehr bringt, erwirbt oder sich in sonstiger Weise verschafft. Wer das gewerbsmäßig macht oder als Person über 21 Jahren Betäubungsmittel an eine Person unter 18 Jahren abgibt, muss mit Freiheitsstrafe zwischen einem und fünfzehn Jahren Freiheitsstrafe rechnen.

Nach § 29 Abs. 5 und § 31 a Abs. 1 S. 2 BtMG kann – aber muss nicht – von der Strafverfolgung bzw. der Bestrafung abgesehen werden, wenn ein Probierer oder Gelegenheitskonsument Betäubungsmittel lediglich zum Eigengebrauch in geringer Menge anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt.

Was ist eine geringe Menge? Es gibt in Deutschland keine einheitlichen Richtlinien darüber, was unter einer geringen Menge Betäubungsmittel bei Eigenverbrauch zu verstehen ist. Die meisten Staatsanwaltschaften sehen bei Ersttätern, die bis zu 10 g Cannabis mit sich führen, von einer Verfolgung ab. Einige Länder haben ihren Staatsanwaltschaften in einer Richtlinie die Einstellung des Verfahrens bei Mengen bis zu 6 g Cannabis und bis zu 1 g Heroingemisch vorgeschrieben.²⁸

Im Land Brandenburg liegt die Obergrenze einer geringen Menge von Cannabisprodukten derzeit bei 6 g.

²⁷ http://www.thieme.de/viamedici/medizin/notfall/biogene_drogen.html#anker1

²⁸ im Einzelnen vgl. Körner, Betäubungsmittelgesetz, München 2004, § 31 a RN 28-33

7. Anregungen für Unterricht und Schulleben

In der Grundschule / Förderschule ist der Zugang zu dem Präventionsfeld „illegale Drogen“ über die allgemeine Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes sinnvoll. Dabei übernehmen der Sach- und der Sportunterricht eine Leitfunktion. Ob illegale Drogen im Unterricht selbst thematisiert werden, sollte je nach Situation in der Klasse bzw. Schule entschieden werden. Bei Schulen in sozialen Brennpunkten können illegale Drogen bereits in der Jahrgangsstufe 6 eine Rolle spielen. Dabei wird es pädagogisch sinnvoller sein, mit einzelnen, möglicherweise gefährdeten Schülerinnen und Schülern zu sprechen, als eine Unterrichtseinheit für die gesamte Klasse durchzuführen.

In den brandenburgischen Schulen der Sekundarstufen I und II sind umfangreiche Zugangsmöglichkeiten über Unterricht und Schulleben möglich sowie notwendig und in einer **Recherche in den Rahmenlehrplänen**²⁹ übersichtlich dargestellt. Dabei wird primär die Sachkompetenz beschrieben:

Nach dem Aufzeigen der Erscheinungsformen von illegalen Drogen schließt sich ein Erfahrungsaustausch über Alltagssituationen und die beispielhafte Vertiefung von Lösungsansätzen an. Themen können sein:

- gewünschte Wirkungen von legalen/illegalen Drogen,
- Konsummotive / -anlässe / -situationen und die Folgen des Drogenkonsums im sozialen Umfeld (Warum und wann werden illegale Drogen konsumiert? Welche Wirkung haben Drogen auf meinen Körper?),
- Geschlechtsspezifik (Gibt es geschlechtsspezifische Zugänge und Affinitäten zum Konsum illegaler Drogen? Welche Funktionen übernehmen die thematisierten Drogen für Mädchen / Frauen bzw. Jungen / Männer?) und
- dazugehörige Aktivitäten (Reflektieren eigener Suchterfahrung; Entwickeln und Probieren von Alternativangeboten; Anwendung und Übung von Denkweisen, die das komplexe Umfeld besser durchschauen und beherrschen lassen; gezieltes Beobachten und Befragen von Konsumenten).

Wichtig sind **Informationen** über unterschiedliche Konsumstadien (Abstinenz, Gebrauch, Genuss, Missbrauch, ausweichendes Verhalten, Gewöhnung, Sucht), die vom Genuss zur Abhängigkeit führen, sowie über Konsumformen und Wirkungsmechanismen.

Beispiele von **Fragestellungen zur Problembewältigung**³⁰ zur Erarbeitung durch die Schülerinnen und Schüler können sein:

- Wie kann ich mich vor illegalen Drogen schützen und lernen, diese abzulehnen?
- Wie gehöre ich trotz Ablehnung zu meiner Gruppe?
- Was gewinne ich, wenn ich keine illegalen Drogen konsumiere?
- Warum können illegale Drogen – insbesondere Haschisch – an der Schule nicht geduldet werden?
- Wie erkennt man problematischen Suchtmittelkonsum? Welche Hilfestellungen gibt es?

²⁹ Recherche zu dem Präventionsfeld „Drogen“ auf dem Bildungsserver: www.bildung-brandenburg.de

³⁰ Bei Haschisch stellt sich diese Frage besonders, dass die Diskussion über die Gefährlichkeit nicht eindeutig und der Haschischgebrauch nicht gänzlich verboten ist und es Länder gibt, die den Gebrauch von Cannabisprodukten nicht verbieten.

Mögliche negative Folgen von illegalen Drogen werden an Fallbeispielen wie Ärger mit Justiz / Polizei, Gesundheitsschäden, Schulprobleme, Beschaffungskriminalität, Verlust des eigenen sozialen Umfeldes, Auswirkungen auf die Fahrerlaubnis (Einschränkungen bei Erwerbstätigkeit und im Freizeitbereich) reflektiert.

Umfassende Präventionsstrategien sind über das Schulprogramm in Form von Mehrebenenkonzepten und Trainingsprogrammen zum sozialen Lernen und zur Entwicklung von Lebenskompetenz im Schulleben zu verankern.

Auf der **individuellen Ebene** bieten die Trainingsprogramme den Kindern und Jugendlichen die Qualifizierung der eigenen Kompetenzen an, die das Nein-Sagen selbst bei sozialem Gruppendruck der „peers“ stärken. Zugewandte Gespräche und individuelle Ansprache steigern das persönliche Wohlbefinden und Selbstvertrauen. Zahlreiche kostenlose Broschüren in einer „Gesundheitsecke“ in der Klasse, im Schulcafé usw. verschaffen individuelle Zugänge und Reflexion des eigenen Suchtverhaltens. Eindrucksvoll und aufklärend sind die Möglichkeiten, bei <http://www.drugcom.de> einen Drogentest zu durchzuführen. Ist das Vertrauensverhältnis zu den Schülerinnen und Schülern groß, bietet die Durchführung jede Menge Gesprächsanlässe. Außerdem kann Jugendlichen empfohlen werden, ein Tagebuch³¹ zu schreiben.

„Dies ist ein Beispiel eines fiktiven Teilnehmers – Nick, 17 Jahre, männlich

Meine Ausgangssituation: Ich kiffe jeden Tag. Die meisten meiner Freunde kiffen, zum Teil täglich mehrmals. Ich kiffe auch alleine, meist am Abend und vor dem Einschlafen. Morgens fühle ich mich dann ziemlich matt, was häufig dazu führt, dass ich nicht rechtzeitig in der Schule ankomme. Meine Leistungen in der Schule sind auch schlechter geworden.

In den vergangenen drei Jahren habe ich mehrmals versucht, meinen Konsum einzuschränken, damit ich mehr in der Schule auf die Reihe kriege. So richtig gut gelungen ist mir das bisher aber nicht.

Mein persönliches Ziel

Mein Ziel ist es, nicht mehr täglich zu kiffen, damit ich mich wieder stärker auf die Schule konzentrieren kann. Ganz aufhören zu kiffen, will ich aber nicht. Ich will meinen Konsum auf das Wochenende beschränken.....“

Für das Präventionsfeld der illegalen Drogen schaffen Verhaltensregeln klare Orientierungen auf der **Ebene der Jahrgangsstufe / sowie der Schulebene**. Dies soll am Beispiel der Droge Cannabis verdeutlicht werden und ist übertragbar für alle anderen illegalen Drogen.

Dass der Konsum von Cannabis in der Schule nicht toleriert werden kann, steht außer Frage. Wie soll diese Haltung den Jugendlichen gegenüber zum Tragen kommen, wie soll auf Verstöße durch die Lehrerschaft reagiert werden? Hierzu wurde ein Leitfaden³² entwickelt, der als Einstieg grundlegenden Fragen zum Thema „Cannabis und Schule“ klärt, über die Einbindung der Eltern aufklärt, ein erprobtes systemisches Regelsystem beschreibt, das von jeder Schule übernommen werden kann: Ein schulinternes Suchtpräventionsteam arbeitet einen Regelkatalog aus, der von der Schulkonferenz verabschiedet wird. Dabei werden Haltungen geklärt, Regeln formuliert, Maßnahmen festgelegt, Rollen zugeschrieben. Nachdem dies in der ganzen Schule kommuniziert wurde, ist es von großer Bedeutung, dass die Kontinuität sichergestellt wird. Ein ausführlicher Interventionsleitfaden beschreibt die Möglichkeiten, wie auf Drogenvorfälle

³¹ <http://www.drugcom.de/?uid=ad4c94f7720609daac12fda33efe5dfc&id=quittheshit>

³² Schule und Cannabis - Regeln, Maßnahmen, Frühintervention – Leitfaden für Lehrerinnen und Lehrer der Klassen 7 bis 13. BzGA, Bestellnummer 20460000

in der Schule reagiert werden kann. Diese Verfahren gelten nicht für den Fall, dass eine Schülerin bzw. ein Schüler dealt. Es wird empfohlen, die Polizei einzuschalten, da sich die einzelne Lehrkraft nicht in Gefahr bringen soll.

8. Medien für den Unterricht

Unterrichtsmaterial der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (weitestgehend kostenloses Material), Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln, Tel.: 0221 8992-0, Fax: 0221 8992-300, E-Mail: poststelle@bzga.de, <http://www.bzga.de>

Schule und Cannabis - Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer der Klassen 7 bis 13. Bestellnummer 20460000

Cannabis: Haschisch und Marihuana – eine Informationsbroschüre. Bestellnummer 33260000

Ecstasy, Medienpaket zur Suchtprävention Sek. I und Sek. II (gymnasiale Oberstufe). (Achtung: Schutzgebühr 10,00 €). Bestellnummer: 99480000

Drugcom-Drogentest., <http://www.drugcom.de>

Fragebogen von der Jugendseite der BZGA Fragen zu Drogen, Sucht und Abhängigkeit; http://www.ausweg.de/frame_faq7.htm

Unterrichtsmaterial der BLS / ZSB, Tel.: 0331 9573284

Biogene Drogen. Broschüre (kostenlos)

Schule gegen Drogen. Broschüre (kostenlos)

Unterrichtsmaterial des Landeskriminalamts Brandenburg, Abteilung Polizeiliche Prävention, Trammer Chaussee 1, 16225 Eberswalde, Tel. 03334 388-2601

Interaktive Drogenpräventions-DVD „Hast du noch was vor?“ mit Begleitfaltblatt für Schülerinnen und Schüler Jahr 2006. In fünf inhaltlichen Kapiteln werden Nikotin, Alkohol, Cannabis, Amphetamine und die Frage „Was ist eigentlich Sucht?“ behandelt. Im Sonderkapitel „Wie sieht’s bei dir aus?“ geben die Protagonisten des Films Auskunft über Erfahrungen und Ziele und ermöglichen so den jugendlichen Zuschauern eine Diskussion an konkreten Beispielen. (kostenlos)

9. Erweiterungsangebote

Material für Lehrkräfte und Eltern der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (weitestgehend kostenloses Material), Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln, Tel.: 0221 8992-0, Fax: 0221 8992-300, E-Mail: poststelle@bzga.de, <http://www.bzga.de>

Schule und Cannabis – Regeln, Maßnahmen, Frühintervention – Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer der Klassen 7 bis 13. Bestellnummer 20460000

Ecstasy – Eine Broschüre zur Suchtvorbeugung für Pädagogen und Eltern. Bestellnummer 33714000

Themenbroschüre des Programms Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes (Hrsg.),

Thema „So schützen Sie Ihr Kind vor Drogen“, Titel: „Sehn-Sucht“. Diese Broschüre bietet eine umfassende Einführung in Ursachen und Folgen des Konsums legaler und illegaler Drogen. (erhältlich über die Sachgebiete Prävention in den Polizeischutzbereichen; s. a.

<http://www.polizei-beratung.de/mediathek/kommunikationsmittel/>)

PIT-Tipps für Eltern

Schule und Cannabis – Regeln, Maßnahmen, Frühintervention - Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer der Klassen 7 bis 13. Bestellnummer 20460000, BzGA (Bestellung s.o.)

Ecstasy – Eine Broschüre zur Suchtvorbeugung für Pädagogen und Eltern. Bestellnummer BzGA (Bestellung s. o.) 33714000

Das Online-Familienhandbuch: Suchtprobleme in der Pubertät, Roswitha Spallek

http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Haeufige_Probleme/s_602.html

Unterrichtsmedienangebot der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) (weitestgehend kostenloses Material), Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln, Tel.: 0221 8992-0, Fax: 0221 8992-300, E-Mail: poststelle@bzga.de, <http://www.bzga.de>

Hendrik – Porträt eines Junkies. Video; telefonische Bestellung: 0221 892031 oder per E-Mail: order@bzga.de)

Internetangebote

<http://www.drugcom.de> – drugcom.de ist ein Projekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

<http://www.ausweg.de/> – „Jugend und Sucht“ ist die Jugendseite der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

<http://www.partyrack.de> – Partydrogeninfoseite der Drogenhilfe Köln e.V. und informiert über Aktivitäten, aber auch über Drogen und den Gesetzesrahmen.

<http://www.drogen-wissen.de> informiert lexikal über Drogen, Gesetze und zeichnet sich durch ein Glossar aus, in dem Begriffe erklärt sind für diejenigen, die keine Insider sind.

10. PIT- Ansprechpartner

Regional stehen den Schulen Unterstützungsangebote für den Unterricht sowie für Elternabende am staatlichen Schulamt zur Verfügung:

Schulräte mit der Fachaufgabe Gesundheit und jugendliche Lebenswelten in den staatlichen Schulämtern

ÜTK-Berater Gesundheit und jugendliche Lebenswelten

Schulpsychologische Beratung

Suchtberatungsstellen

Gesundheitsämter der Landkreise Brandenburgs.

Sachgebiete Prävention in den Polizeischutzbereichen;

<http://www.internetwache.brandenburg.de>,

Menü „Informationen“, Menüpunkt „zur Prävention“

Landesweit bieten überregionale externe Beratung an:

Brandenburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V. / Zentralstelle für Suchtprävention (BLS/ZSB), Carl-Ossietsky-Straße 29, 14471 Potsdam,

Ansprechpartnerin: Frau Ingrid Weber,

Tel.: 0331 9513284, Fax: 0331 9513293,

E-Mail: ZSB-Weber@t-online.de;

<http://www.blsev.de>

überregionale Suchtpräventionsfachkräfte des Landes Brandenburg

Landesgesundheitsamt des Landes Brandenburg

Wünsdorfer Platz 3, 15838 Wunsdorf

E-Mail: landesgesundheitsamt@lga.brandenburg.de

<http://www.lasv.brandenburg.de>

Ansprechpartnerin ist die Abteilungsdirektorin

Frau Dr. med. Gabriele Ellsäßer

Tel.: 03 37 02 7 11 06

Fax: 03 37 02 7 11 01

E-Mail: gabriele.ellsaesser@lga.brandenburg.de

Im „**Suchtwegweiser – Landeseinrichtungen Brandenburg**“ des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie findet man im Internet unter

http://www.brandenburg.de/cms/list.php?template=masgf_site_detail&siteid=17&to_pic=51596 eine Übersicht, gegliedert nach Landeseinrichtungen und Einrichtungen der einzelnen Landkreise.

Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg (LISUM),

14974 Ludwigsfelde-Struveshof, <http://www.lisum.brandenburg.de>

03378 209 – 200

Ansprechpartnerin:

Ulrike Kahn

ulrike.kahn@lisum.brandenburg.de

Bundesweit sind Beratungsstellen zu finden unter <http://www.kmdd.de> oder <http://www.drogensoforthilfe.de>

Telefonberatung:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:

Telefon: 0221 892031, Mo – Do: 10 – 22 Uhr, Fr – So: 10 – 18 Uhr

Sucht & Drogen Hotline:
Telefon 01805 313031 (12 Cent / Minute), Mo – So: 0 – 24 Uhr.

Fortbildungsangebote für Berlin – Brandenburg

Aktionen und Vorträge mit geringer Kostenbeteiligung (ca. 1 Euro / Teilnehmer) durch die Verbraucherzentrale Brandenburg e. V., Projekt Lebensmittel / Ernährung, Anfragen per E-Mail an eb@vzb.de

Präventionsfeld: Essstörungen

1. Problembeschreibung

Hinter jeder Essstörung stehen große seelische Nöte und tief liegende persönliche Probleme. Den Betroffenen ist das meist nicht bewusst. Die Erlebnisweisen sind bei allen Betroffenen gleich. Der eigene Körper bzw. sein Gewicht ist das alles beherrschende Thema im Leben. Unbeschwertes Genießen und gesunder Appetit sind den Betroffenen fremd. Essen ist verbunden mit Angst und Schuldgefühlen weiter zuzunehmen und zu versagen.

Ein starker sozialer Druck in Richtung eines schlanken Körpers und ein daraus resultierendes kollektives Diätverhalten haben zur Folge, dass das Hungern unter Mädchen zur häufigsten Sucht geworden und auch bei den Jungen zunehmend zu beobachten ist. Essstörungen sind seelische Erkrankungen.

Essstörungen entwickeln sich meist über einen längeren Zeitraum und bleiben häufig unbemerkt.

Im Land Brandenburg leidet nach Erkenntnissen des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport (MBJS) jede dritte Schülerin bzw. jeder dritte Schüler zwischen 12 und 20 Jahren an Frühformen von Essstörungen.

Die größte Schwierigkeit liegt in der Sensibilisierung der Kinder und Jugendlichen, denn: für Esssüchtige (hier für Personen mit Essstörungen verwendet) ist Schlanksein der Zauberschlüssel zum Glück; ihr Essverhalten hat sich so verselbstständigt, dass sie es nicht mehr kontrollieren können, und jede Einmischung von außen als Bedrohung ihres Glücks angesehen wird.

2. Analyse

Fast 50 % der Mädchen zwischen 11 und 13 Jahren hatten bereits eine **Diät** gemacht. Ca. 40 % der normalgewichtigen und der untergewichtigen Mädchen und weiblichen Jugendlichen zwischen 11 und 19 Jahren fühlten sich zu dick. Gestörtes Essverhalten hängt deutlich mit Körperunzufriedenheit und gestörter seelischer Befindlichkeit zusammen.³³

Neben der Bulimie und der Anorexie wird seit 1994 die **Binge Eating Störung** (Binge Eating Disorder, BED; dt.: Essstörung mit „Fressanfällen“) als eigenständiges Krankheitsbild untersucht. Hierunter leiden 20 – 30 % aller Übergewichtigen. Ebenso von dieser Störung sind überwiegend (zwei Drittel) Mädchen / Frauen betroffen (vgl. Krüger et al.,

³³ Publikation des Vereins Kabera, 1999

2001). Auch hier gibt es einen erheblichen Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen.³⁴

Nicht zu den Essstörungen zählen im klinischen Sinne **Adipositas und Übergewicht**, da sie nicht zwangsläufig mit gestörtem Essverhalten verbunden sind. Bei dieser Erscheinungsform sind die Ursachen teilweise in unserer Wohlstandsgesellschaft begründet. Studien zeigen, dass soziale und ökonomische Armut eng mit Übergewicht korreliert: Bei Einschulungsuntersuchungen im Land Brandenburg wurde ermittelt, dass Adipositas bei Schulanfängern mit niedrigem sozialem Status erheblich häufiger auftritt.³⁵

Nach Aussagen von Kinder- und Jugendärzten hat sich in Deutschland die Zahl der übergewichtigen Kinder bei den Schuleingangsuntersuchungen in den letzten 10 – 15 Jahren verdreifacht.

Im Land Brandenburg liegen die prozentualen Werte zwar noch deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Im Jahre 2003 waren 6,0% der Jungen und 6,1% der Mädchen der 10. Jahrgangsstufe adipös. Hier sind gegenüber den Untersuchungen des Jahres 2000 (Jungen 4,8%, Mädchen 5,2%) eine Zunahme zu vermerken.³⁶

3. Lösungsansatz

Der beste Schutz vor Essstörungen sind ein stabiles Selbstwertgefühl und ein gesundes Selbstvertrauen. Im schulischen Alltag kann die positiv partizipatorische Lehrerhaltung, gestützt durch Lob und Ermunterungen, die Lebenseinstellung der Kinder bzw. Jugendlichen fördern. Dabei stehen die Fähigkeiten im Mittelpunkt. Kinder und Jugendliche sollen über ihre Gefühle und Wünsche sprechen und die Erfahrungen machen, dass sie von Gleichaltrigen und Erwachsenen ernst genommen werden. Die einzelne Lehrkraft wird in ihrer Haltung gestützt, wenn die Schule ein Konzept zur Lebenskompetenz entwickelt und in das Schulprogramm einbindet.

Mit dem Wissen, dass vor allem ein gutes Körpergefühl Schutz vor Essstörungen bietet, ist der natürliche Bewegungsdrang von Kindern und Jugendlichen besonders zu fördern. Die bewegte Grundschule bietet hierzu einen bereits erprobten Erfahrungsschatz an.

Um dem Übergewicht präventiv zu begegnen, ist auch ein altersgerechtes Wissen über die Themenbereiche „Essstörungen“ und „Ernährung“ hilfreich, vor allem mit dem Hintergrund, dass in den meisten Familien diese Kenntnisse aufgrund der sich veränderten Lebensbedingungen verloren gegangen sind. Wenn gleich die Schule nicht der Ort zur Therapie von Essstörungen ist, können Kinder und Jugendliche hier sensibilisiert werden, rechtzeitig professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, um eine chronische Ausprägung von Essstörungen zu verhindern. Erfolg versprechend sind dabei ein behutsames Vorgehen und die Einbeziehung des Umfeldes, damit Betroffene Hilfe annehmen.

4. Zielgruppen

Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen

³⁴ Krüger, C., Reich, G., Buchheim, Cierpka, P. (2001) Ess-Störungen und Adipositas: Epidemiologie – Diagnostik – Verläufe. In: Reich, G. ; M. Cierpka, M.: Psychotherapie der Essstörungen. S. 24-42, Stuttgart

³⁵ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie, Ref. 45, Auswertung 2002

³⁶ Adipositas bei Einschülern und Schülern der 10. Klassen im Land Brandenburg / Landesgesundheitsamt Brandenburg – Referenzwerte nach Cole et. al 2000

5. Ziele

Allgemeine Ziele:

- Hilfe zur Selbsthilfe durch Schaffen eines gesunden, stressfreien Umfeldes in der Schule,
- Förderung der Lebenskompetenz im Stadium der primären Prävention von Essstörungen,
- Förderung individueller physischer und psychischer Ressourcen,
- Förderung kommunikativer Fähigkeiten,
- Förderung der Eigenverantwortung,
- Förderung der Problembewältigung und sozialen Kompetenz,
- Sensibilisierung auch der Eltern, erste Anzeichen von Essstörungen ernst zu nehmen und für Betroffene Aufzeigen von Handlungsmöglichkeiten (Schulpsychologen, Ratgebertelefone, Selbsthilfegruppen ...),
- Ausprägung einer sensibilisierten Wahrnehmung und eines individuellen Problembewusstseins für sich und andere, insbesondere objektive Wahrnehmung des eigenen Körpers.

Spezielle Ziele im Unterricht:

- Informationen über Körperbilder, Körpergefühl, „richtiges“ Körpergewicht,
- Arten von Essstörungen, Nutzen, Wirkungsweisen und Gesundheitsrisiken von Diäten,
- gesundheitliche Gefahren von Medikamenten sowie speziellen Präparaten zur Gewichtskontrolle wie z. B. Appetitzügler oder Abführmittel.

Im Einzelnen bedeutet das z. B.

- allgemeine Information über Essstörungen und deren Folgen im Klassenverband,
- Auseinandersetzung mit Schönheitsidealen im Wechsel der Zeiten (z. B. im Kunstunterricht),
- Vorstellung von und kritische Auseinandersetzung mit alternativen Ernährungsformen sowie Diskussion über die Unsinnigkeit von Extremdiäten (im Rahmen von Projekttagen oder in interessierten Gruppen).

6. Inhaltliche Ausgestaltung

Ursachen

Mögliche Auslöser und Ursachen von Essstörungen sind vielfältiger Art. Dabei ist das heute gültige Schlankheitsideal vielfach einer der Auslöser: Nur wer schlank ist, kann attraktiv und fit sein, so die herrschende Meinung. Das Bemühen um die Idealfigur kann der Einstieg in eine Essstörung werden.

Welche Einflüsse und Probleme im Einzelfall zur Ausbildung einer Essstörung führen, werden dem Betroffenen erst in einer intensiven Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte bewusst.

Als „normal“ gilt aus Sicht der Ernährungswissenschaftler ein Essverhalten, bei dem Appetit, Hunger- und Sättigungsgefühl darüber entscheiden, was und wie viel gegessen wird. Dabei regelt sich die Nahrungsaufnahme weit gehend selbstständig, sodass die benötigten Nährstoffe in angemessener Menge aufgenommen werden.

Essstörungen zählen zu den klassischen Feldern der Suchtprävention. Hier sind es nicht Alkohol, Nikotin oder Drogen, die im Mittelpunkt allen Strebens stehen, sondern die Gier bzw. der bewusste Verzicht auf Nahrungsmittel. Mit dieser Haltung bekämpft der Esssüchtige das eigene, vermeintlich minderwertige „Ich“, um ein besserer Mensch zu sein bzw. zu werden. Damit verschafft sich der Süchtige die Befriedigung, die als lebensnotwendig angesehen wird und der sich alles andere unterzuordnen hat. Meist sind es multifunktionelle Ursachen, die einer Essstörung zugrunde liegen und die häufig im Umfeld zu finden sind (gestörte Mutter-Kind-Beziehung bereits im Säuglingsalter; fehlende Zuwendung; Angst vor der eigenen Sexualität; fehlende gestörte Bedürfnisbefriedigung bzw. das Unvermögen, Bedürfnisse zu äußern; angespannte bis gestörte Familienbeziehungen; dominante Mütter bzw. autoritäre Väter; sexueller Missbrauch/Gewalt in der Familie; Verlust geliebter Personen; ...). Diese können einzeln oder in Kombination die Ursache für Essstörungen sein. Diese Komplexität einerseits und Unbestimmbarkeit andererseits machen die Analyse, Prävention und Bekämpfung von Esssüchten schwierig.

Erscheinungsformen

Folgende Hauptformen von Essstörungen gibt es:

- **Bulimie**
- **Anorexia nervosa**
- **Binge Eating Disorders.**

Bulimie bedeutet Ess- / Brechsucht (Bulimina nervosa), bei der ein Kreislauf aus Diätversuchen, Essanfällen und selbst herbeigeführtem Erbrechen und / oder anderer Maßnahmen zur Gewichtskontrolle entsteht.

Diese Form der Essstörung ist sehr komplex und deshalb gibt es hierfür unterschiedliche Diagnosekriterien. Überwiegend wird auf das von der American Psychiatric Association entwickelte „Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders“ (DMS-III-R) Bezug genommen, wonach Bulimie wie folgt charakterisiert wird: wiederholte Episoden von Fressanfällen (mindestens zwei pro Woche über einen Mindestzeitraum von drei Monaten); das Gefühl, während dieser Anfälle das Essverhalten nicht unter Kontrolle halten zu können; zur Vermeidung einer Gewichtszunahme selbst induziertes Erbrechen, Gebrauch von Abführmitteln, strenge Diäten oder Fastenkuren, übermäßige körperliche Bewegung sowie andauernde, übertriebene Beschäftigung mit Figur und Gewicht.

Betroffene sind in der Regel normal bis leicht untergewichtig (fallen also auf den ersten Blick nicht auf), sie sind aber der Meinung, stark übergewichtig zu sein. Bulimie entwickelt sich unbemerkt und schleichend; rechtzeitiges Gegensteuern ist also schwierig, da die Krankheit erst spät erkannt wird.

Es gibt drei Entwicklungsphasen:

Phase 1: Der Wunsch, unkontrolliert essen zu können, verträgt sich nicht mit dem Wunsch, schlank zu sein: deshalb häufiges Erproben von Diäten, Einnahme von Appetitzüglern bis zum Erlernen des „gesteuerten Erbrechens“. Das Erbrechen erlaubt einerseits ungezügelt Essen, andererseits verhindert es die Gewichtszunahme und verschafft so in der ersten Phase Befriedigung.

Phase 2: Gewohnheiten schleifen sich ein; der bulimische Umgang mit Essen wird zwanghaft und zum Allheilmittel bei Frustrationen und Spannungen. Zunehmende Unzufriedenheit stellt sich ein.

Phase 3: Betroffene erkennen ihre Abhängigkeit; diese Erkenntnis führt aber immer stärker in den Teufelskreis der Bulimie.

Durch die Schwere der Symptomatik ergeben sich weit reichende Folgen.

Medizinisch entstehen Dysfunktion der Organsysteme, Zahnschäden, starker Kräfteverfall, Herzrhythmusstörungen, Lähmungen durch Störung des Mineralstoffhaushaltes, hormonelle Störungen.

Psychisch entstehen hohe Schuld-, Scham- und Ekelgefühle; Depressionen und Selbstmordversuche.

Sozial entstehen Vereinsamung, da Krankheit geheim gehalten werden soll; hoher Kostenaufwand für die Beschaffung der Nahrungsmittel und damit erhebliche finanzielle Belastungen.

Anorexia nervosa bedeutet Magersucht, d. h. ein unerbittliches Fasten bis hin zu manchmal lebensbedrohlichem Untergewicht. Diese Form der Essstörung ist bereits seit 1847 als Krankheitsbild bekannt und wird insbesondere durch folgende Symptomatik charakterisiert: Gewichtsverlust von ca. 20 % vom Ausgangsgewicht innerhalb kurzer Zeit (ca. 3 – 4 Monate), wobei der Gewichtsverlust selbst herbeigeführt wird (z. B. durch eingeschränkte, streng kontrollierte Nahrungsaufnahme; übertriebene sportliche Aktivitäten beziehungsweise Abführmittelmissbrauch oder provoziertes Erbrechen); extreme Angst vor Gewichtszunahme; ständiges Beschäftigen mit Nahrung und Figur; fehlende Krankheitseinsicht; Hyperaktivität und Perfektionismus sowie eine gestörte Körperwahrnehmung.

Magersucht beginnt typischerweise in der Pubertät – meist gepaart mit bulimischen Symptomen. Bedeutsam für Betroffene ist vor allem, durch Hungern die Kontrolle über ihren Körper zu erlangen, was ihnen wiederum ein erhöhtes Selbstwertgefühl vermittelt. Gleichzeitig kommt es bei Magersüchtigen zum Verlust von sozialen Kontakten.

Die pubertäre Magersucht kann zur chronischen Magersucht führen, die dann häufig medizinisch relevante Folgen nach sich zieht wie z. B. Ausbleiben / Störung der Regelblutung, verlangsamter Herzschlag, niedriger Blutdruck, Untertemperatur, Hauttrockenheit, Unterfunktion der Schilddrüse, Schäden des Magen-Darm-Traktes. In 5 bis 10 % der Fälle endet die Magersucht tödlich.

Binge Eating Disorders bedeutet Esssucht mit Übergewicht, d. h. anfallartiges Überessen, das zu mäßigem bis massivem Übergewicht führt. Diese Essstörung ähnelt in Bezug auf die Fressanfälle der Bulimie, jedoch erfolgen keine Gegenmaßnahmen zur Verhinderung der Gewichtszunahme. Betroffene sind meist mehr oder weniger stark übergewichtig.

Diese Essstörung wird gemäß DMS IV wie folgt charakterisiert: wiederholte Episoden von Fressanfällen (es wird innerhalb einer begrenzten Zeitspanne bedeutend mehr konsumiert als das, was die meisten Menschen unter ähnlichen Umständen essen würden); Essverhalten kann während des Fressanfalles nicht kontrolliert werden; sehr viel schnelleres Essen als normal; Essen bis zu unangenehmen Völlegefühlen; Essen großer Nahrungsmittelmengen ohne Hungergefühl sowie verstecktes Essen (ohne Zeugen) aus Scham.

Von Binge Eating Disorders kann man ausgehen, wenn durchschnittlich mindestens zwei Fressanfälle pro Woche über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten auftreten.

Als **Folgen** treten erhöhte Stressbelastung während der Fressanfälle, Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Depressivität und starke Gewichtszunahme und damit verbundene Belastungen auf.

Gesetzliche Bestimmungen

In diesem Präventionsfeld kommen keine gesetzlichen Bestimmungen zum Tragen.

7. Anregungen für Unterricht und Schulleben

In der Grundschule/Förderschule ist der Zugang zu dem Präventionsfeld „Essstörung“ über die allgemeine Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes sinnvoll. Dabei übernehmen der Sach- und der Sportunterricht eine Leitfunktion. Die „bewegte Grundschule“ bietet hier vielfältige Anregungen. Im Fach Wirtschaft-Arbeit-Technik werden unterstützend das Konsum-Verbraucherverhalten und die Werbung reflektiert.

Gerade auch in den ersten beiden Jahrgangsstufen kann über ein gemeinsames Frühstück in einer vertrauten Atmosphäre eine kindorientierte Reflexion über das Essverhalten gelingen und Essstörungen vorgebeugt werden. Die Rahmenlehrpläne³⁷ der brandenburgischen Grundschule bieten durch das Kompetenzmodell und den allgemeinen Bildungsauftrag der Grundschule vielfältige Entwicklungsmöglichkeiten von Lebenskompetenz an.

In den brandenburgischen Schulen der Sekundarstufen I und II sind Zugangsmöglichkeiten über Unterricht und Schulleben möglich und in einer **Recherche in den Rahmenlehrplänen**³⁸ übersichtlich dargestellt. Dabei wird primär die Sachkompetenz beschrieben, d. h., es wird auf Erscheinungsformen und Ursachen von Essstörungen hingewiesen .

Wirkungsvolle Präventionsstrategien sind über das Schulprogramm in Form von Mehrebenenkonzepten und Trainingsprogrammen zum sozialen Lernen und zur Entwicklung von Lebenskompetenz im Schulleben zu verankern.

Auf der **individuellen Ebene** bieten die Trainingsprogramme den Kindern und Jugendlichen die Qualifizierung der eigenen Kompetenzen an, die die Ich-Stärkung hervorheben. Zugewandte Gespräche und individuelle Ansprache steigern das persönliche Wohlbefinden und Selbstvertrauen. Zahlreiche kostenlose Broschüren in einer „Gesundheitsecke“ in der Klasse, im Schulcafé usw. verschaffen individuelle Zugänge und Reflexion des eigenen Suchtverhaltens.

³⁷ Rahmenlehrpläne der Grundschule, Sachunterricht, Kapitel 1: Bildung und Erziehung in der Grundschule, S. 6 ff, www.bildung-brandenburg.de

³⁸ Recherche zu dem Präventionsfeld „Drogen“ auf dem Bildungsserver: www.bildung-brandenburg.de

Was können die Lehrkräfte in der Begegnung mit essgestörten Jugendlichen tun? Sie können helfen, dass frühzeitig eine Diagnose gestellt wird, und betroffene Jugendliche verantwortungsbewusst ansprechen. Sie können zur Motivation, fachliche Hilfe anzunehmen, beitragen sowie das Umfeld aufklären und eine Diskriminierung Betroffener seitens der anderen Gruppenmitglieder verhindern. Durch das Schaffen einer entdramatisierten, verantwortungsvollen Atmosphäre der Selbstachtung und eines harmonischen Verhältnisses von Anspannung und Entspannung können sie präventiv wirken.

Die Beschäftigung mit dieser Suchtproblematik setzt ein Vertrauensverhältnis zwischen der Lehrkraft bzw. dem Schulpsychologen und den betroffenen Schülerinnen bzw. Schülern voraus. Diese beratenden Gespräche setzen eine Kommunikationskompetenz voraus. Sie sind nicht belehrend, Wertungen unterbleiben und ausreichend Zeit für die Gespräche ist Voraussetzung, um Möglichkeiten zur aktiven Auseinandersetzung mit der Thematik zu schaffen. Hierbei stehen Alternativen zur Sucht im Mittelpunkt der Bemühungen und nicht die Warnung vor den mit der Esssucht verbundenen Gefahren; durch die Entwicklung kreativer und stabiler Potenziale in verschiedenen Lebensbereichen gilt es, den Rückzug in die Sucht zu verhindern.

Im Schulbereich kann hier Hilfe insbesondere durch die Förderung von Alternativen zur Befriedigung von Bedürfnissen geleistet werden. Hierzu zählen insbesondere

- die Entwicklung des Bewusstseins für die eigene Person,
- die Stärkung des Selbstbewusstseins,
- die Anregung zur Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen,
- die Entwicklung von Selbstständigkeit,
- die Förderung der Bewegung,
- die Entwicklung und Förderung beruflicher / kreativer Fertigkeiten,
- die Förderung ästhetischer und intellektueller Erfahrungen,
- die Förderung des Engagements für soziale / politische Ziele,
- die Meditation (und eingeschränktes, auf die jeweilige Person abgestimmtes sowie dosiertes Kennenlernen philosophisch-existenzieller sowie spirituell-mystischer Aspekte) sowie Hilfe zum Begreifen und Annehmen der eigenen Sexualität.

Eine Kultur der gegenseitigen Anerkennung und ein Umgang der Achtsamkeit der Schülerinnen und Schüler untereinander wirken auf der **Ebene der Klasse bzw. Jahrgangsstufe** präventiv. Regularien hierzu sind besonders effektiv, wenn diese von den Kindern und Jugendlichen entworfen werden und sie auch gemeinsam und eigenständig für deren Einhaltung Sorge tragen.

Nur die Verankerung von Trainingsprogrammen zur Stärkung der sozialen Kompetenz und der Lebenskompetenz auf **der Schulebene**, im Schulprogramm und im Schulalltag, wie das Konzept der bewegten Schule, hat eine nachhaltige präventive Wirkung.

8. Medien für den Unterricht

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (weitestgehend kostenloses Material), Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln, Tel.: 0221 8992-0, Fax: 0221 8992-300, E-Mail: poststelle@bzga.de, <http://www.bzga.de>

Material für Betroffene, Angehörige und Multiplikatoren

Essstörungen ... was ist das?; Bestell-Nr.: 35231002

Leitfaden für Eltern, Angehörige, Partner, Freunde, Lehrer und Kollegen

Essstörungen. Bestell-Nr.: 35231400

Handbuch für Gruppenmoderatoren

Essstörungen - Arbeit mit Selbsthilfegruppen; Bestell-Nr.:35231300

Lektüre für 12- bis 16-Jährige Jugendliche

Gut-Drauf-Tipp: Die heimliche Sucht: Essstörungen. Bestell-Nr.: 35550500

Gut-Drauf-Tipp: Fitness, Sport, Body. Bestell-Nr.: 35550600

Gut-Drauf-Tipp: Immer Ärger mit der Schönheit. Bestell-Nr.: 35550100

Gut-Drauf-Tipp: Open Air – Feste & Feiern. Bestell-Nr.: 35550200

Gut-Drauf-Tipp: Novel Food & Co. Bestell-Nr.: 35550300

Gut-Drauf-Tipp: Fast Food. Bestell-Nr.: 35550400

Gut-Drauf-Tipp: Fit ohne Pillen. Bestell-Nr.: 35550700

Gut-Drauf-Tipp: Gefährliches Ziel Traumbody - Zwischen Hungerwahn und Muskelsucht. Bestell-Nr.: 35550800

Unterrichtsmaterial für einzelne Jahrgangsstufen

Schulfrühstück (1.- 4.). Bestell-Nr.: 20290003

Ernährung und Gesundheit (1.-4.). Bestell-Nr.: 20330003

Ernährung und Gesundheit (5.-10.). Bestell-Nr.: 20340003

Essgewohnheiten (5.-10.). Bestell-Nr.: 20310003

Film (für Mädchen und Jungen zwischen 15 und 16)

„Zu dick? Zu dünn?“ TV-Serie (4 x 15 Minuten)

Folge 1: Hauptsache schön

Folge 2: Essen, aber wie? Folge 3: Sich krank essen. Folge 4: Sich helfen lassen; Schutzgebühr von 8 €

Zu Dick zu Dünn? Essstörungen bei Jugendlichen - Begleitmaterial zur Filmreihe. Bestell-Nr.: 99860001

9. Erweiterungsangebote

Literatur und Jugendliteratur

Auszug aus: <http://www.bzga-essstoerungen.de/literatur/index.htm>

Bulimie / Magersucht:

Eikenbusch, G.: Und jeden Tag ein Stück weniger von mir.
Ravensburger Jeans TB, 1990

Langsdorff, Maja: „Die heimliche Sucht, unheimlich zu essen“. Fischer
Taschenbuch Verlag, Frankfurt/Main 1985/2002

Magersucht und Bulimie, Informationen und Tipps für Jugendliche.
Schulverlag bmv (2005), enthalten: 1 A4-Ordner, 1 Audio-CD, 2 DVDs, 1 CD-
ROM

Frey, J.: Luft zum Frühstück – Ein Mädchen hat Magersucht.
Loewe Verlag GmbH (2005)

van Erkel, G.: So hungry. Verlag Sauerländer GmbH (2005)

Esssucht

Pressler, M.: Bitterschokolade. Beltz & Gelberg, 2001

Stein-Fischer, E.: Gummibärchen und Pommes frites.
Verlag Jugend und Volk, 1989

Material des **aid Bonn** – Die Materialien sind nicht kostenlos (s. Preisliste der aid)
aid-Vertrieb DVG, Birkenmaarstraße 8, 53340 Meckenheim, Fax: 02225 926118
Tel.: 02225 926146, E-Mail: Bestellung@aid.de

Schlankheitsideal – Baustein für den Projektunterricht – für Lehrerinnen und
Lehrer, Beraterinnen und Berater, Erzieherinnen und Erzieher. Bestell-Nr. 35 40

FOOD News – Didaktisches Material, CD-ROM / Schullizenz. Bestell-Nr. 41 34

Wege in Food-News, Unterrichtseinheit in Form einer Rallye. Erscheinungsjahr
2005

Aussehen und Gewicht – Unterrichtseinheit. Erscheinungsjahr 2005

Vita-Pyramid Box – Esskontrolle ohne Kalorienzählen. Bestell-Nr. 37 39

Internetadressen

<http://www.aid.de> – Medienliste (Das Material ist nicht kostenlos.), Infos und Foren

<http://www.anad-pathways.de> – mit Chatmöglichkeit für Jugendliche



Aktion Mahlzeit ist eine Beratungsstelle speziell für Essstörungen

<http://www.aktion-mahlzeit.de>



<http://www.bzga.de> - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

<http://www.bzga-essstoerungen.de/willkommen.htm>. mit Medien- und
Adressenliste und vielfältige Informationsmöglichkeiten (Das Material ist
überwiegend kostenlos.),



<http://www.aktion-mut.de> – Aktion Mut ist eine bundesweite Beratungsstelle

<http://www.dick-und-duenn-berlin.de> – Beratungszentrum bei Essstörungen

<http://www.bundesfachverbandessstoerungen.de> (Definitionen, Hilfen)

<http://www.netzwerk-essstoerungen.at>

<http://www.mehr-bewegung-in-die-schule.de>

10. PIT- Ansprechpartner

Regional stehen den Schulen Unterstützungsangebote für den Unterricht sowie für Elternabende am staatlichen Schulamt zur Verfügung:

Schulräte mit der Fachaufgabe Gesundheit und jugendliche Lebenswelten in den staatlichen Schulämtern,

ÜTK-Berater Gesundheit und jugendliche Lebenswelten,

Schulpsychologische Beratung,

Suchtberatungsstellen,

Gesundheitsämter der Landkreise Brandenburgs.

Landesweit bieten überregionale externe Beratung an:

Aktionen / Vorträge mit geringer Kostenbeteiligung (ca. 1 Euro / Teilnehmer) durch die Verbraucherzentrale Brandenburg e. V., Projekt Lebensmittel / Ernährung, Anfragen per E-Mail an eb@vzb.de,

überregionale Suchtpräventionsfachkräfte des Landes Brandenburg

Landesgesundheitsamt des Landes Brandenburg

Wünsdorfer Platz 3, 15838 Wünsdorf

E-Mail: landesgesundheitsamt@lga.brandenburg.de

<http://www.lasv.brandenburg.de>

Ansprechpartnerin ist die Abteilungsdirektorin

Frau Dr. med. Gabriele Ellsäßer

Tel.: 033702 71106

Fax: 033702 71101

E-Mail: gabriele.ellsaesser@lga.brandenburg.de

Beratungszentrum bei Essstörungen , DICK & DÜNN e.V.

Innsbrucker Straße 37, 10825 Berlin

Tel.: 030 8544994

Fax: 030 8548442

weitere Adressen unter: <http://www.dick-und-duenn-berlin.de/adressen.htm>.

Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg (LISUM),

14974 Ludwigsfelde-Struveshof, <http://www.lisum.brandenburg.de>

03378 209 – 200

Ansprechpartnerin:

Ulrike Kahn

ulrike.kahn@lisum.brandenburg.de

Bundesweit sind Beratungsstellen zu finden:

<http://www.bzga-essstoerungen.de/beratungsstellen.htm>

Das von der BZgA herausgegebene „Adressverzeichnis: Beratung, Selbsthilfe, Therapie bei Essstörungen“ richtet sich vor allem an Hilfesuchende. Die Daten des Adressenverzeichnisses beruhen auf den Angaben der Einrichtungen vom Mai 2005.

Telefonberatung:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:
Telefon: 0221 892031, Mo – Do: 10 – 22 Uhr, Fr – So: 10 – 18 Uhr
Sucht & Drogen Hotline
Telefon: 01805 313031 (12 Cent / Minute), Mo – So: 0 – 24 Uhr,

Dick und Dünn, Innsbrucker Str. 37,
10825 Berlin, Tel.: 030 8544994

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Westring 2, 59065 Hamm,
Tel.: 02381 901518 (Beratung / Info zu Essstörungen).

Fortbildungsangebote für Berlin – Brandenburg

<http://www.bzga-essstoerungen.de/fortbildung1000.htm>

Präventionsfeld: HIV / AIDS

1. Problembeschreibung

„AIDS betrifft mich nicht“: Das ist oft ein folgenschwerer Irrtum in der heterogenen Welt, denn die Mehrzahl der Menschen in Europa betrachtet das AIDS-Problem als Problem von schwulen Beziehungen. Aus diesem Grunde wägt sich auch die Mehrzahl der Jugendlichen auf der sicheren Seite. Die Zahl derer, die AIDS als Bedrohung ansehen, geht immer weiter zurück. Andererseits steigen auch in Europa die Zahlen der HIV-Neuinfektionen. Solange in der Welt der Jugendlichen wie in der westlichen Erwachsenenwelt AIDS als Randproblem angesehen wird, sind jeder Jugendliche und Erwachsene schutzlos dieser Krankheit ausgesetzt. Die Gefahr wächst durch die zunehmend globalisierte Welt, in der immer mehr Jugendliche und Erwachsene Reisen unternehmen in Länder, wo die Gefahr der AIDS-Infizierung weitaus größer ist als in Europa.

2. Analyse

Die Bekämpfung von HIV und AIDS hat sich international zu einer der großen Herausforderungen der Gegenwart entwickelt. Ein Blick über unsere Grenzen hinweg zeigt, welche dramatischen Veränderungen in der Folge der AIDS-Erkrankung im gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Leben der Entwicklungsländer und zunehmend auch in Mittel- und Osteuropa entstehen.

Weltweit leben heute ca. 40,3 Mio. Menschen mit HIV / AIDS. Davon leben ca. 30 Mio. HIV-Infizierte und AIDS-Kranke in Afrika. Seit der Epidemie sind bisher weltweit ca. 25 Mio. Menschen an den Folgen der Infektion verstorben.

Vor diesem Hintergrund ist die AIDS-Situation in **Deutschland** vergleichsweise noch nicht Besorgnis erregend. Hier leben rund 49.000 Menschen, die mit dem HI-Virus infiziert oder an AIDS erkrankt sind. Die deutschlandweite Aufklärungsarbeit hat das Ziel, eine möglichst weit gehende Eindämmung der HIV-Neuinfektionen zu erreichen. Mit einer Strategie der Information, Beratung und Betreuung ist es bei uns in den letzten Jahren gelungen, die Zahl der HIV-Neuinfektionen – die nur geschätzt werden kann – weit gehend konstant zu halten. (Leider haben die Zahlen des letzten Berichtes des Robert-Koch-Instituts Berlin eine Zunahme der HIV-Infektionen seit 2003 beschrieben, nun im neuesten Bericht November 2005 sogar einen Anstieg von 20 %)

Jährlich wird von ca. 2 000 HIV-Neuinfektionen, ungefähr 20 % davon bei Frauen, ausgegangen. Mehr als 26 000 Menschen in Deutschland – im Jahr 2005 etwa 750 Menschen – sind bisher an den Folgen der HIV-Infektion bzw. an AIDS gestorben.

Moderne antiretrovirale Medikamente (Kombinationstherapie) können eine HIV-Infektion mitunter lange in Schach halten. Doch besiegt sind das Virus und die Krankheit noch lange nicht.

Solange keine Schutzimpfung in Sicht ist und die Medizin AIDS nur behandeln, nicht aber heilen kann, sind Vorbeugung und Schutz die wichtigsten Instrumente bei der Bekämpfung der Immunschwächekrankheit.

Das Einzige, was hilft, ist Aufklärung – Prävention über Wissen.

Im Land Brandenburg haben sich seit 1993 350 Menschen mit dem HI-Virus infiziert. Von den insgesamt 125 Menschen, die in der Folge der Infektion an AIDS erkrankten, sind 70 Menschen gestorben.

Gemäß der gemeinsame Presseerklärung³⁹ des Robert-Koch-Instituts und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sind folgende Tendenzen zu beobachten: Der Trend, dass die HIV-Epidemie in Deutschland eine neue Dynamik erhalten könne, verhärtet sich immer mehr. Dies belegen zunehmende HIV-Erstdiagnosen bei Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten im Jahr 2003. Parallel steigt in der gleichen Gruppe die Zahl der Syphilisinfectionen deutlich an. In den sexuell aktiven Gruppen der Bevölkerung ist ein Rückgang im Schutzverhalten zu beobachten. Das zeigt sich vor allem an der selteneren Kondomnutzung in riskanten Situationen und in den sinkenden Absatzzahlen bei den Kondomherstellern.

3. Lösungsansatz

Die schwierige Zeit des Übergangs vom Kind-Sein zum Erwachsen-Werden meistern Jugendliche oftmals allein. Sie streben einerseits nach mehr Unabhängigkeit und Grenzüberschreitung, andererseits aber auch nach sexueller Nähe und Intimität, wobei die Fähigkeit zu vorausschauendem Planen und Handeln oft noch nicht zielgenau entwickelt ist. Jugendliche möchten entdecken, Grenzerfahrungen machen, auch Tabus brechen und kreativ sein.

Partnerschaft, Liebe, Sinnlichkeit und Sexualität stellen einen Lebensbereich dar, der im Jugendalter einen großen Stellenwert hat. Indem Jugendliche ihr Liebesleben bewusst und zufrieden gestalten und sich in ihrer eigenen Persönlichkeit bestätigt fühlen, kann ihnen der Weg eines erfüllten und eigenständigen Liebeslebens aufgezeigt werden.

Eingebettet in diesem Zusammenhang sind Präventionsbotschaften hinsichtlich der Vermeidung einer ungewollten Schwangerschaft oder einer sexuell übertragbaren Krankheit (STD) bis hin zum Schutz vor einer HIV-Infektion zu überbringen. Die Angebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Freien Träger und der AIDS-Hilfe (auch Betroffene, die in diesem Bereich ehrenamtlich tätig sind) können für die Präventionsarbeit in der Schule angefragt und genutzt werden. Präventionsarbeit bei HIV / AIDS ist, sofern interessant gestaltet, kontinuierlich, authentisch, realitätsgerecht, flächendeckend und enddiskriminierend.

Es ist wünschenswert, dass die Schule die vorhandenen externen Präventionsangebote der freien Träger und der Gesundheitsämter nutzt und Unterstützung einfordert.

4. Zielgruppen

Kinder im Rahmen der Gesundheitsförderung und der Sexualerziehung ab der Jahrgangsstufe 1 sowie HIV/AIDS und STD-Prävention für Jugendliche ab den Jahrgangsstufen 7 bis 13

5. Ziele

Allgemeine Ziele:

- gezielte Stärkung des Selbstbewusstseins, um verantwortungsbewusst und reflektiert mit der eigenen Sexualität umgehen zu können und sich und andere eigenverantwortlich zu schützen,

³⁹ Gemeinsame Presseerklärung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Robert-Koch-Institut vom 24.03.2004, im Pressearchiv unter www.bzga.de

- Kinder und Jugendliche motivieren, die Auseinandersetzung zu Themen wie Liebe, Sexualität, Verhütungsmittel, Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten offensiv und öffentlich zu führen.

Spezielle Ziele im Unterricht:

- Wissenszuwachs und Einstellungsänderungen in Bezug auf Ansteckungswege der sexuell übertragbaren Krankheiten und Kondombenutzung,
- eine solidarische Haltung gegenüber HIV-infizierten Menschen entwickeln bzw. stärken.

6. Inhaltliche Ausgestaltung

Ursachen

AIDS ist keine Krankheit wie andere. Obwohl sich seit Mitte der neunziger Jahre aufgrund neuer Therapieoptionen die Lebensdauer und Lebensqualität von HIV-infizierten Menschen verbessert haben, gibt es weder eine Heilung noch eine wirksame Schutzimpfung gegen die Krankheit.

Der Schwerpunkt der Epidemie liegt in Afrika, aber derzeit steigen die HIV-Neuinfektionen in Osteuropa, in Süd-Ostasien und auch in Deutschland an. Insbesondere wird AIDS bzw. eine HIV-Infektion kaum mehr als lebensbedrohend eingestuft. Menschen mit HIV / AIDS haben unter wirksamer Therapie häufig eine scheinbar fast uneingeschränkte Lebensqualität, eine wesentlich erhöhte Lebenserwartung und oft auch keine erkennbaren Symptome. AIDS verlor seine frühere Bedrohung und unterliegt heute einer zunehmenden weit gehenden Normalisierung. Die Gefahr, die von der Seuche ausgeht, wird in Deutschland unterschätzt bzw. als Problem in der homosexuellen Welt abgetan. Durch die Globalisierung und die damit verbundenen Urlaubsreisen in andere Länder und die Promiskuität sind Menschen, die sich nicht schützen, durchaus der Gefahr der Infektion mit HIV / AIDS und STDs täglich ausgesetzt.

Erscheinungsformen

Seit 2002 gibt es wieder einen Rückgang des Kondomgebrauchs und eine Zunahme von sexuellen Risikokontakten.

Im Rahmen der Lernstrategie sind auch Jugendliche eine zentrale Zielpopulation, weil sie vor oder am Beginn sexueller Aktivitäten stehen. Jugendliche sind zwar nicht überproportional HIV-riskiert, aber es ist sinnvoll, dass sie lernen, dauerhaft ihr Sexualleben in einer Welt mit zunehmender HIV-Verbreitung und Gefährdung durch andere sexuell übertragbarer Krankheiten möglichst sicher zu gestalten. Die Gefahr, die von HIV / AIDS ausgeht, wird von Kindern und Jugendlichen gleichermaßen negiert, wie die Gefahr, die vom Rauchen ausgeht. „Das passiert mir doch nicht“ – so würden bei einer Befragung 85% der Kinder und Jugendlichen antworten, denn HIV / AIDS ist eine Krankheit von Schwulen und Menschen aus Afrika. Hinzu kommt, dass heute noch die Jugendlichen, besonders die jungen Männer, über Sexualpraktiken zwar in der gleichgeschlechtlichen Gruppe gern in übersteigerter Weise angeben, aber Geschlechtsverhütung mit Kondom eher ablehnen. Lieber macht man gemeinsam einen AIDS-Test beim Beginn einer Freundschaft schwört sich Treue und hofft, dass nichts schief geht, als ein Kondom zum eigenen Schutz grundsätzlich zu benutzen.

In den fachwissenschaftlichen Kreisen wird allerdings davon ausgegangen, dass sich, wie in der Sucht- oder in der Gewaltprävention, der Ansatz der Persönlichkeitsstärkung und des Trainings der allgemeinen Lebenskompetenzen auch in der AIDS-Prävention als effektiver und wirkungsvoller Weg darstellt. Durch die Stärkung des Selbstwertgefühls, die

Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung, den Ausbau der Konfliktfähigkeit oder Frustrationstoleranz lernen die Jugendlichen, mit ihrer Gesundheit und ihrem Leben bewusst umzugehen.

Gesundheitsprävention bei jungen Menschen bedeutet zu einem erheblichen Teil sexualpädagogische Aufklärungsarbeit bezogen auf HIV / AIDS und STD (sexuell übertragbare Krankheiten).

Dabei sollen diese Aspekte als Orientierung für sexualpädagogische Arbeit dienen:

- Die Ausgestaltung von empathischen und sachorientierten Lernsequenzen ist auf die Zielgruppe (Alter, Herkunft, Bildung / Ausbildung, Mädchen, Jungen, soziale und ökonomische Verhältnisse) zu beziehen.
- Die Frage, welche persönlichen Beziehungen unter den Jugendlichen bestehen, hat eine große Bedeutung für das Gelingen des Unterrichts.
- Der Unterricht knüpft immer an die Interessen, Bedürfnisse, Probleme und Erfahrungen der Kinder und Jugendlichen an.

Der Lernerfolg ist weitaus größer, wenn möglichst geschlechtsspezifisch – in einer maximalen Gruppengröße von 15 Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern – zu dem Thema gearbeitet wird. Experten der AIDS-Hilfe sind nicht nur fachkundig, sondern ermöglichen es diese Unterrichtsorganisation umzusetzen.

Gesetzliche Bestimmungen⁴⁰

Ein Partner hat keinen Rechtsanspruch darauf, dass beim Geschlechtsverkehr Kondome benutzt werden oder vor dem Geschlechtsverkehr ein AIDS-Test durchgeführt wird. Prävention ist hier Vertrauenssache.

Wer allerdings einen anderen Menschen mit AIDS durch Geschlechtsverkehr oder auf andere Art - z. B. durch eine infizierte Nadel bei Drogensüchtigen oder durch eine Bluttransfusion im Krankenhaus - infiziert, obwohl er weiß oder wissen kann, dass er selbst infiziert ist oder dass das von ihm benutzte Gerät oder das übertragene Blut infiziert ist, begeht eine Körperverletzung. Er kann zu einer hohen Freiheitsstrafe und zur Zahlung von Schadenersatz, Schmerzensgeld bis zu 100.000 Euro und monatlichen Rentenzahlungen verurteilt werden. Schwierig ist häufig die Beweissituation. So muss man bei Übertragung durch Geschlechtsverkehr als Geschädigte bzw. Geschädigter beweisen, dass der andere zum Zeitpunkt des Verkehrs mit dem HI-Virus infiziert war, dies wusste oder zumindest ahnte. Man wird darüber hinaus glaubhaft darstellen müssen, dass man seit dieser Zeit mit niemandem Verkehr hatte, der infiziert war.

Hat man den begründeten Verdacht, von einem anderen wissentlich infiziert worden zu sein, sollte man bei der Polizei oder der Staatsanwaltschaft Strafanzeige wegen Körperverletzung stellen. Das ist schon deshalb wichtig, damit weitere Menschen geschützt werden.

7. Anregungen für Unterricht und Schulleben

In der Grundschule / Förderschule ist der Zugang zu dem Präventionsfeld „HIV/AIDS“ über die allgemeine Gesundheitsförderung und Gesundheits- und Sexualerziehung im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes sinnvoll. Dabei nimmt der Sachunterricht mit den Themenfeldern „Sich selbst wahrnehmen“ und „Zusammenleben“ eine Leitfunktion ein. Im

⁴⁰ von Hasseln, Sigrun: Jugendrechtsberater Geld – Familie – Schule – Freizeit. 2. Auflage 2006, ca. 300 S., 8,90 Euro, ISBN 3-423-58099-2, im Kapitel I: Sexualität, AIDS, Schwangerschaft

Rahmen der Selbst- und Fremdwahrnehmung ist dies bereits ab der Jahrgangsstufe 1 möglich. Insgesamt bieten die Rahmenlehrpläne⁴¹ der brandenburgischen Grundschule durch das Kompetenzmodell und den allgemeinen Bildungsauftrag der Grundschule vielfältige Entwicklungsmöglichkeiten von Lebenskompetenz besonders auch im LER-Unterricht an.

Es ist zu überlegen, ob bereits in den Jahrgangsstufen 3 und 4, aber auf jeden Fall in der Jahrgangsstufe 5 bzw. 6 in einem gemeinsamen Gespräch in einer vertrauten Atmosphäre bei einer kindorientierte Reflexion über das Sexualverhalten das Thema „HIV / AIDS“ vor allem im Biologieunterricht angesprochen werden kann.

In den brandenburgischen Schulen der Sekundarstufen I und II sind Zugangsmöglichkeiten über Unterricht und Schulleben möglich und in einer **Recherche in den Rahmenlehrplänen**⁴² übersichtlich dargestellt. Es wird primär die Sachkompetenz beschrieben, d. h., es wird auf die Erscheinungsformen und Ursachen von HIV / AIDS – Prävention hingewiesen.

Es wird allerdings darauf ankommen, dass Kinder und Jugendliche über die eigene Sexualität sprechen lernen, Etikettierungen als solche erkennen und diesen im Zusammenhang der Entwicklung von Sozialkompetenz entgegenwirken. Allgemeine Grundsätze einer offenen Sexualerziehung sind die Grundlage der HIV / AIDS – Prävention. Dabei ist ein schulisches allgemeines Präventionskonzept, das als Mehrebenenkonzept bereits beschrieben wurde, hilfreich. Betrachtet man das Arbeitsmaterial „LIZA“, so wird deutlich, dass auch die Arbeit in diesem Präventionsfeld davon ausgeht, die Lebenskompetenz von Schülerinnen und Schülern zu stärken.

Demzufolge ist ebenfalls für dieses Präventionsfeld die Verankerung von Trainingsprogrammen zum sozialen Lernen und zur Entwicklung von Lebenskompetenz im Schulleben bedeutsam.

Auf der **individuellen Ebene** schaffen diese Trainingsprogramme bei den Kindern und Jugendlichen die Ich-Stärkung und die Möglichkeiten, über Sexualität zu sprechen. Dies ist eine Voraussetzung für die eigene Vorsorge. Broschüren in einer „Gesundheitsecke“ in der Klasse, im Schulcafé usw. bieten individuelle Zugänge und die Möglichkeit, sich in der Peergroup mit den Freundinnen bzw. Freunden über Sexualpraktiken auszutauschen.

Eine Kultur der gegenseitigen Anerkennung und ein Umgang der Achtsamkeit der Schülerinnen und Schüler untereinander wirken auf der **Ebene der Klasse bzw. Jahrgangsstufe** präventiv. Regularien hierzu sind besonders effektiv, wenn diese von den Kindern und Jugendlichen entworfen werden und sie auch gemeinsam und eigenständig für deren Einhaltung Sorge tragen.

Nur die Verankerung von Trainingsprogrammen zur Stärkung der sozialen Kompetenz und der Lebenskompetenz auf **der Schulebene**, im Schulprogramm und im Schulalltag hat eine nachhaltige präventive Wirkung und beugt der HIV/AIDS-Infizierung vor.

8. Medien für den Unterricht

Arbeits- und Unterrichtsmaterial zur Sexualerziehung und zur AIDS-Prävention

„LIZA – Liebe in Zeiten von AIDS“. Hrsg.: Bayrisches Staatsministerium für Unterricht und Kultur, Bayrisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, für die Jahrgangsstufen 7 und 8
als download: <http://www.stmugv.bayern.de/de/gesundheits/liza.pdf>

⁴¹ Rahmenlehrpläne der Grundschule, Sachunterricht, Kapitel 1: Bildung und Erziehung in der Grundschule, S. 6 ff.

⁴² Recherche zu den Rahmenlehrplänen im Präventionsfeld „Drogen“ auf der CD-ROM und auf dem Bildungsserver

Sielert, Uwe; Keil, Siegfried: Sexualpädagogische Materialien – für die Jugendarbeit in Freizeit und Schule. Hrsg.: Beltz Verlag, Weinheim

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (weitestgehend kostenloses Material), Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln, Tel.: 0221 8992-0, Fax: 0221 8992-300, E-Mail: poststelle@bzga.de, <http://www.bzga.de>

Unterrichtsmaterial zur Sexualerziehung und zur AIDS-Prävention

Sexualerziehung, die ankommt ... Selbstwahrnehmung, Sexualwissen und Körpergefühl von Mädchen und Jungen der 3. – 6. Jahrgangsstufe.
Arbeitsmaterialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Veranstaltungen von Mensch zu Mensch am Beispiel des Themas „AIDS“ planen – durchführen – auswerten. Arbeitsmaterialien der Bundeszentrale für gesundheitlichen Aufklärung

AIDS – Unterrichtsmaterial für den 7. bis 10. Jahrgang.
Bestellnummer 20210002

AIDS – Unterrichtsmaterial für die gymnasiale Oberstufe.
Bestellnummer 2030000

AIDS – Unterrichtsmaterial für die Oberstufenzentren. Bestellnummer 20210002

9. Erweiterungsangebote

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (weitestgehend kostenloses Material), Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln, Tel.: 0221 8992-0, Fax: 0221 8992-300, E-Mail: poststelle@bzga.de, <http://www.bzga.de>

Leitfaden für Eltern und Lehrkräfte zur Sexualerziehung

Das Kleine Körper ABC, zzt. nur als PDF-Datei im download

Kindergartenbox – Entdecken, schauen, fühlen! Sexualerziehung für Kinder ab 3 Jahren, aber auch noch für die Grundschule geeignet. Schutzgebühr 60,00 €
Bestellnummer 13700000

Körper, Liebe, Doktorspiele, Ratgeber für Eltern und Lehrkräfte zur kindlichen Sexualentwicklung in zwei Teilbänden. 1. bis 3. Lebensjahr: Bestellnummer 13660100; 4. bis 6. Lebensjahr: Bestellnummer 13660200

Sexualerziehung, die ankommt ... Selbstwahrnehmung, Sexualwissen und Körpergefühl von Mädchen und Jungen der 3. – 6. Jahrgangsstufe.
Bestellnummer: 13300015

Veranstaltungen von Mensch zu Mensch am Beispiel des Themas „AIDS“ planen
– durchführen – auswerten. Bestellnummer: 70900000

Lektüre für 12- bis 16-jährige Jugendliche zur Sexualerziehung und AIDS

Verhütung im Überblick – Plakat; zzt. nur als PDF-Datei im download
In unserer Straße ... Jungsgeschichten über Liebe, Freundschaft, Sex und AIDS.
Bestellnummer 70460000

Mädchensache. Bestellnummer 70450000

Ach, übrigens ... – Informationen über sexuell übertragbare Krankheiten.
Bestellnummer 70410000

Fliegende Herzen - Leporello zum Kondomgebrauch. Bestellnummer 70470000

AIDS hat viele Gesichter. Bestellnummer 70510000

AIDS von A bis Z: Fragen, Antworten, Informationen zu AIDS, HIV und zum Test
Bestellnummer 70010000

Reisefieber - Gesundheitstipps für einen unbeschwerten Urlaub.
Bestellnummer 80040000

Plakat „Das Wichtigste über AIDS“. Bestellnummer 70150000

Safer Sex ... sicher. Bestellnummer 70420000

Heterosexuell? Homosexuell? für Eltern und für Menschen im Coming-out.
Bestellnummer 13080000

Flyer Frauen, Mädchen, HIV und AIDS – Leben! Lieben! Schutz vor HIV!
Bestellnummer 70838800

... ist da was? – Wichtiges über Krankheiten, mit denen man sich beim Sex anstecken kann. Bestellnummer 70430000

Medien

CD-ROM „Loveline“ (Windows 98, ME, 2000, XP); weitere Informationen unter <http://www.loveline.de>; Schutzgebühr 6,00 €

Weiterführende Literatur und Jugendliteratur

Sexualität:

Aufregende Jahre – Jules Tagebuch. Mädchen von 10-15 Jahren; zzt. nur als PDF-Datei im download

HIV / AIDS:

Mankell, Henning: Ich sterbe, aber die Erinnerung lebt. Paul Zsolnay Verlag 2004, ISBN: 3552052976

Sielert, Uwe; Keil, Siegfried: Sexualpädagogische Materialien – für die Jugendarbeit in Freizeit und Schule. Beltz Verlag, Weinheim

Internet

Kostenlose Informationsmaterialien können bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln, Tel.: 0221 8992-0, <http://www.bzga.de> bestellt werden.

<http://www.machsmitt.de> - Neben vielfältigen (z. T. animierten) Informationen zur Aktion gibt es Medien und Materialien, Hinweise und Tipps unter der Rubrik „**Safer Sex**“ <http://www.machsmitt.de/aids/safer/inhalt.html>, die außerdem unter dem Titel kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden können.

<http://www.redribbon.de>

<http://www.gib-aids-keine-chance.de>

<http://www.aidshilfe.de>

<http://www.aidsfinder.de>

Der Kreativwettbewerb „**Mach's mit**“ der [Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung \(BZgA\)](#) bietet Lehrerinnen und Lehrern handlungsorientierte Materialien für ihre Präventionsarbeit an. Mit den verschiedenen Angeboten können in kleineren oder größeren Gruppen, bei Projekten in der Schule und bei öffentlichen Aktionen neue „Mach's mit“-Motive gestaltet werden.

Die [ZUM-Datenbank](#) enthält einen Beitrag, der sehr gut bebildert die Funktionsweise des AIDS-Virus (HI-Virus) und die Zell-Mechanismen bei einer AIDS-Infektion erklärt.

Die gute Qualität der Grafiken ermöglicht die Erstellung von Kopiervorlagen bzw. Overhead-Auflagen. Der **fachlich anspruchsvolle Inhalt** ist für Kurse der **Oberstufe** geeignet: <http://www.zum.de/Faecher/Materialien/beck/12/bs12-57.htm>

Weitere Infos: [learnline-Angebot: Sexualaufklärung](#)

10. PIT- Ansprechpartner

Regional stehen den Schulen Unterstützungsangebote für den Unterricht sowie für Elternabende am staatlichen Schulamt zur Verfügung:

Schulräte mit der Fachaufgabe Gesundheit und jugendliche Lebenswelten in den staatlichen Schulämtern

ÜTK-Berater Gesundheit und jugendliche Lebenswelten

Schulpsychologische Beratung

Gesundheitsämter der Landkreise Brandenburgs.

Landesweit bieten überregionale externe Beratung an:

AIDS-Hilfe Potsdam e.V., Kastanienallee 27, 14471 Potsdam

Tel.: 0331 95130851, Fax: 0331 95130852

E-Mail: info@aidshilfe-potsdam.de

<http://www.aidshilfe-potsdam.de>.

Landesgesundheitsamt des Landes Brandenburg

Wünsdorfer Platz 3, 15838 Wünsdorf

E-Mail: landesgesundheitsamt@lga.brandenburg.de

<http://www.lasv.brandenburg.de>

Ansprechpartnerin ist die Abteilungsdirektorin

Frau Dr. med. Gabriele Ellsäßer

Tel.: 03 37 02 7 11 06

Fax: 03 37 02 7 11 01

E-Mail: gabriele.ellsaesser@lga.brandenburg.de

Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg (LISUM),

14974 Ludwigsfelde-Struveshof, <http://www.lisum.brandenburg.de>

03378 209 – 200

Ansprechpartnerin:

Ulrike Kahn

ulrike.kahn@lisum.brandenburg.de

Bundesweit sind Beratungsstellen zu finden:

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH)

Dieffenbachstr.33

10967 Berlin.

Tel.: 030 690087-0

Präventionsfeld: Suizidprävention

1. Problembeschreibung

Das Thema „Suizidprävention“ ist an deutschen Schulen bisher wenig präsent. Im Gegensatz zu anderen Präventionsthemen ist es verständlicherweise mit Unsicherheit und auch Ängsten verbunden. Im Allgemeinen existiert wenig Wissen über Ausmaß, Ursachen, Erscheinungsformen, Handlungs- und Hilfsmöglichkeiten. Suizidalität ist im Widerspruch dazu aber ein gravierendes Thema in Pubertät und Adoleszenz.

Eine Suizidalität trifft die Schulen unvorbereitet; und die Betroffenen beschäftigen sich in der Regel erst mit der Thematik, wenn ein aktueller Anlass vorliegt. Er tritt in unterschiedlichen Erscheinungsformen auf: Das können eine Suizidandrohung, ein Suizidversuch, der Suizid einer Schülerin bzw. eines Schülers oder auch einer Lehrkraft oder ein so genannter „erweiterter Suizid“ in Form von Gewalttätigkeiten gegen andere mit anschließendem Suizid (Amoklauf) sein.

2. Analyse

In der Bundesrepublik sterben im Jahr 11 000 bis 12 000 Menschen durch Suizid. Die Zahl liegt damit mehr als doppelt so hoch wie die der Verkehrstoten. Im Land Brandenburg starben im Jahr 2003 (aktuellste Zahlen) insgesamt 400 Menschen durch **Suizid** (nachgewiesene Selbsttötungen), davon 316 männlich, 84 weiblich (Vergleich: Verkehrstote insgesamt 330)⁴³. Zusätzlich ist von einer erheblichen Dunkelziffer verdeckter Suizide auszugehen (z. B. in der Gruppe der Verkehrs- und Drogentoten). Das Risiko eines Suizids steigt mit dem Lebensalter, d. h., die Zahl der vollendeten Suizide ist bei der Gruppe der jungen Menschen nicht so hoch wie bei den älteren, die Zahl der **Suizidversuche** aber umso höher. Allerdings ist Suizid die zweithäufigste Todesursache bei jungen Männern in der Altersgruppe bis zu 25 Jahren. Suizidversuche (versuchte Selbsttötungen / Parasuizid) werden statistisch nicht erfasst. Eine Erfassung aller Suizidversuchshandlungen wäre schwierig, weil nur ein Teil professionell behandelt wird. Viele suizidale Handlungen bleiben unbehandelt.

Die Untersuchungen zur Häufigkeit von Suizidversuchen kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Einigkeit besteht allerdings darin, dass die Zahl der Suizidversuche bei jungen Menschen besonders hoch ist. Nach Schätzungen ist deren Anzahl ca. 20- bis 30-mal höher als die der vollendeten Suizide. Vorangegangene Suizidversuche sind ein erhöhter Risikofaktor für einen späteren vollendeten Suizid.

Die **Ursachen** für eine suizidale Gefährdung liegen in der Regel nicht im schulischen Bereich; Schulstress als alleiniger Auslöser ist keine ausreichende Erklärung für suizidales Verhalten. Suizide und Suizidgedanken haben in der Regel eine längere Entwicklungsgeschichte. Sie sind ein Ausdruck von Überforderung, Beziehungsstörungen, mangelnden Konfliktlösungsstrategien und geringem Selbstwertgefühl. Sie entstehen meistens im familiären Kontext.

Die Schule nimmt allerdings einen großen Raum in der Erfahrungswelt der Kinder und Jugendlichen ein. Durch Leistungsdruck, Mobbing und andere Schulprobleme kann die Schule zum **auslösenden Faktor** werden.

Auch wenn diese Thematik glücklicherweise nicht alle Schulen trifft, besteht immer die Möglichkeit, davon betroffen zu werden. Erfahrungsgemäß reagieren Schulleitungen und

⁴³ Zahlen: Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Land Brandenburg 2005

Lehrkräfte im Ernstfall ruhiger und weniger ängstlich, wenn sie auf die Problematik vorbereitet sind. Die Auseinandersetzung mit dem Thema „(Jugend-)Suizid“ führt eindeutig zum Abbau von Ängsten und Handlungsunsicherheiten.

Suizidgefährdete Kinder und Jugendliche senden häufig im Schulalltag Signale gegenüber Mitschülerinnen bzw. Mitschülern, Lehrkräften und Freunden aus (siehe Erscheinungsformen von suizidalem Verhalten und Alarmzeichen). Sowohl für die Mitschülerinnen und Mitschüler als auch für die Lehrkräfte ist es schwierig, auf diese Signale richtig zu reagieren.

Suizidale Gedanken, Drohungen oder Ankündigungen lösen zwangsläufig Ängste und Unsicherheiten aus. Sie ziehen einen großen Handlungsdruck nach sich und geben vielschichtige Fragen auf: Soll ein Schüler direkt angesprochen werden, auch wenn er noch keine konkreten Suizidgedanken geäußert hat? Besteht die Gefahr, ihn durch Nachfragen erst auf den Gedanken zu bringen, einen Suizidversuch zu unternehmen? Wer übernimmt die Verantwortung, wenn der Schüler sich mit Suizidgedanken anvertraut? Darf oder soll ein Mitschüler oder eine Lehrkraft die Mitteilung für sich behalten, wenn der suizidgefährdete Schüler das verlangt? Ist es notwendig, diese Äußerungen ernst zu nehmen oder will der Schüler sich nur wichtig machen, andere unter Druck setzen? Wann ist die Schulleitung, sind die Eltern einzubeziehen?

3. Lösungsansatz

Zur **allgemeinen Prävention** gehören die Förderung der psychischen Gesundheit in der Schule (positives Schul- und Unterrichtsklima, Stärkung der Ressourcen und der psychischen Widerstandskräfte bei den Lernenden, Gesunderhaltung der Lehrkräfte) und die Auseinandersetzung mit Wertefragen, dem Sinn des Lebens, Lebenskrisen, Suizidgefährdung (möglich in unterschiedlichen Unterrichtsfächern).

Zur **Prävention von konkretem suizidalem Verhalten** und zu einem spezifischeren präventiven Eingehen auf die Suizidproblematik gehören die Früherkennung von Krisen, das Erkennen von Signalen, das Vorgehen bei Verdacht auf eine suizidale Gefährdung, die Schritte nach einem Suizidversuch eines Schülers, die Handlungsmöglichkeiten nach einem Suizid und die Entwicklung eines Handlungsplans für Krisenintervention.

Das **schulische Umfeld** ist im Sinne präventiver Maßnahmen durchaus gestaltbar. Für eine effektive schulische Suizidprävention kann eine Reihe von Voraussetzungen geschaffen werden. Dazu zählen: das Schaffen einer stärkenden und stützenden Lehr- und Lernumgebung; das Berücksichtigen von gesundheitsfördernden Themen im Unterrichtsalltag; gezielte Programme zur Stärkung der psychischen Gesundheit; das Schaffen von Strukturen innerhalb der Schule; das Gewährleisten der sofortigen Krisenintervention des Krisenmanagements und der Nachsorgemaßnahmen für die Betroffenen nach einem Suizidversuch, Suizid oder einem anderen Gewaltereignis; der Aufbau eines Netzes von Hilfestrukturen zwischen schulischen und außerschulischen Einrichtungen.

Sinnvoll sind die **gezielte Schulung und Sensibilisierung** von Lehrkräften im Bereich Krisenprävention. Alle Lehrkräfte sollten über die Thematik informiert sein. Für den Krisenfall ist es hilfreich, wenn spezielle Lehrkräfte (z. B. Beratungslehrer) im Bereich „Krisenintervention“ fortgebildet sind. Verschiedene Studien (Resilienzforschung) zeigen, dass eine positive Verbindung zur Schule oder auch zu einzelnen Lehrkräften ein starker Schutzfaktor gegen psychische Krisen sein kann. Das gilt insbesondere für Schülerinnen und Schüler, die mangelnde familiäre Unterstützung erfahren. Die Bedeutung der Verbundenheit wird in diesem Zusammenhang besonders hervorgehoben (Identifikation mit der Schule, positive Einbindung in Gruppenstrukturen).

Wie sehr das Thema „Suizidgefährdung“ Unterrichtsinhalt sein sollte, hängt von der Bereitschaft und dem Wissen der Lehrkräfte ab sowie von der Klassensituation. Es gibt zahlreiche Möglichkeiten des Integrierens in den Schulalltag. Die verständliche Angst, das Ansprechen des Themas „Suizidalität“ könnte die Schülerinnen und Schüler erst auf den Gedanken bringen, Selbstmordgedanken zu entwickeln, ist unbegründet.

Durch das Sprechen über die Suchtgefährdung beispielsweise werden die Schülerinnen und Schüler auch nicht drogenabhängig. Menschen, die suizidale Handlungen begehen, haben mit größerer Wahrscheinlichkeit mehr darunter gelitten, nicht nach ihrem Befinden gefragt worden zu sein, als an konkretem, verständnisvollem Nachfragen.

Im Gegenteil erhalten gefährdete Schülerinnen und Schüler durch die Thematisierung Informationen über Hintergründe und Hilfsmöglichkeiten. Andere Schülerinnen und Schüler können sensibilisiert werden, Alarmsignale bei Mitschülerinnen bzw. Mitschülern sowie Freunden zu erkennen und adäquat zu handeln. Sie lernen, wie sie Wege aus der eigenen Hilflosigkeit finden und welche Ansprechpartner sie zur Unterstützung einbeziehen können.

Entscheidend ist aber, wie das Thema aufbereitet wird. Grundsätzlich ist es sinnvoll, das Thema „Suizidalität“ in einem breiteren Rahmen von psychischer Gesundheit anzusprechen. Im Vordergrund stehen dabei Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien in Krisensituationen, die Stärkung der eigenen Ressourcen und Hilfsmöglichkeiten. Das Thema ist nicht zu tabuisieren: Die Botschaft dabei heißt, dass Suizidgedanken immer in Notsituationen entstehen und meistens mit dem Wunsch nach Lebensveränderung verbunden sind; Suizidgedanken sind aber keine Bagatelle.

Über Suizidmethoden und Todeswahrscheinlichkeiten zu informieren, den Suizid an Beispielen als heroisch, romantisch, unausweichlich oder schicksalhaft darzustellen und über den Sinn und die Legitimation von Suizid zu diskutieren, hat keinen pädagogischen Wert.

In der **unterrichtlichen Auseinandersetzung** mit dem Themenfeld „Suizidprävention“ sind folgende Leitsätze von Bedeutung:

Suizidgedanken sind häufig kein Ausdruck von psychischer Erkrankung, aber es gibt auch psychische Erkrankungen, die zu Suizidgedanken führen (z. B. Depressionen).

Suizidale Äußerungen und Handlungen sind in der Regel Hilferufe, Signale, die einen Empfänger suchen. Die meisten suizidgefährdeten Menschen senden Signale aus.

Für die meisten Probleme gibt es eine Lösung, aber nicht alle Probleme lassen sich allein lösen. In manchen Situationen ist es wichtig, sich Hilfe zu holen (für sich selbst oder andere). Hilfe einzubeziehen, ist ein Ausdruck von Stärke, nicht von Schwäche. Besonders für die männlichen Schüler ist dieses Thema wichtig.

Wenn man sich um jemanden sorgt, darf man ihn ansprechen und muss keine Angst haben, ihn auf „dumme Ideen“ zu bringen. Die Verantwortung für den anderen kann man nicht übernehmen. Wenn man sich überfordert fühlt, darf man sich Hilfe holen, auch wenn der Betroffene sich dann über einen ärgert. Wenn eine Suizidabsicht konkret geäußert wird, muss man sich Hilfe von Erwachsenen holen.

4. Zielgruppen

Schülerinnen und Schüler der Jahrgangsstufen 7 bis 12

Allerdings betrifft die Problematik zunehmend ebenso jüngere Schülerinnen und Schüler. Lehrkräfte an Grundschulen sollten deshalb über die Thematik informiert sein.

5. Ziele

Allgemeine Ziele:

- Auseinandersetzung mit dem Wert des Lebens,
- Schaffung eines gesunden Schulklimas,
- Entwicklung von Lösungsstrategien in Krisensituationen,
- Stärkung der psychischen Widerstandskräfte,
- Abbau von Ängsten und Unsicherheiten bei Lehrkräften und Eltern im Zusammenhang mit gefährdeten Schülerinnen und Schülern.

Spezielle Ziele im Unterricht:

- Signale erkennen und Handlungsmöglichkeiten entwickeln,
- Aufklärung über Suizidalität,
- Erkennen von Vorurteilen und Fehlmeinungen zur Thematik.

6. Inhaltliche Ausgestaltung

Ursachen

Die Suizidgefährdung nimmt bei Jugendlichen im Vergleich zum Kindesalter deutlich zu. Fast 2/3 aller Jugendlichen kennen Suizidgedanken, die allerdings meist nicht zu einem Suizidversuch führen. Suizid ist bei männlichen Jugendlichen in der Altersgruppe von 15 bis 25 Jahren die zweithäufigste Todesursache nach Verkehrsunfällen. Bei weiblichen Jugendlichen ist die Anzahl der Suizidversuche besonders hoch.

Pubertät und Adoleszenz sind untrennbar mit Krisen, Veränderungen, Trennungen, Ablösungen vom Elternhaus und gravierenden körperlichen Veränderungen verbunden. Selbstzweifel und Fragen nach dem Sinn des Lebens auf der einen Seite, Größenfantasien auf der anderen Seite gehören in dieser Zeit zur Entwicklung. Sehr viele Jugendliche haben in schwierigen Lebenssituationen Suizidgedanken, die meisten entwickeln ausreichende Konfliktlösungsstrategien, um diese Krisenzeiten zu überstehen.

Gefährdet sind diejenigen, die in der Familie ungewünscht und ungewollt, emotional vernachlässigt sind; die in der Familie Funktionen übernehmen, mit denen sie überfordert sind; die Gewalterfahrungen machen oder Gewalt miterleben (physisch und / oder psychisch), traumatisiert sind; die in der Gruppe wenig anerkannt oder ausgestoßen sind; die schulisch versagen; die an psychischen Erkrankungen (z. B. Depressionen oder psychotische Störungen) leiden; die bereits mehrere Verluste erlitten oder belastende Trennungen erfahren oder / und bereits in der Vergangenheit Suizidversuche unternommen haben oder in der Familie Suizidversuche oder Suizide vorgekommen sind.

Suizidale Jugendliche haben in der Regel keine hoffnungsvolle Lebenseinstellung und nicht das Gefühl, ihr Leben selbst beeinflussen und verändern zu können. Sie haben wenig Vertrauen in sich selbst und in andere Menschen.

Suizidale Gedanken oder Handlungen bei Kindern und Jugendlichen sind in der Regel als ein Kommunikationsversuch und -wunsch zu verstehen. Sie wünschen sich einerseits Hilfe, haben andererseits keine Hoffnung auf Hilfe oder lehnen Hilfe aus Scham oder Angst vor Enttäuschung ab.

Erscheinungsformen

Suizidale Krisen bei Kindern und Jugendlichen sind nicht unbedingt sofort erkennbar. Signale und Alarmzeichen können auf eine suizidale Gefährdung hinweisen, dabei ist jeder Hinweis ernst zu nehmen.

Folgende Anzeichen können in der Schule als Alarmzeichen gelten:

Selbst verletzendes Verhalten. Selbst verletzendes oder selbst schädigendes Verhalten ist nicht gleichzusetzen mit suizidalem Verhalten. Selbst verletzendes Verhalten reicht von „Ritzen“ (oberflächliche Hautverletzungen), Verbrennungen, Kopf anschlagen, Haare ausreißen bis zu massiven Verletzungen durch tiefe und manchmal auch lebensbedrohliche Schnitte. Selbstverletzungen können in suizidaler Absicht geschehen, haben aber häufig – auch wenn sie in massiver Form auftreten – eine andere Motivation. Sie erfüllen, so paradox es klingt, oft die Funktion einer Entlastung von innerem Druck und Schmerz und sind damit eher ein Suizid verhindernd. Trotzdem sind sie ernst zu nehmende, beeinträchtigende und behandlungsbedürftige Symptome, die neben Suizidalität bestehen oder in Suizidalität übergehen können.

Sozialer Rückzug / Isolation. Menschen in suizidalen Krisen haben die Tendenz, sich aus bestehenden Beziehungen zurückzuziehen. Sie verlieren ihr Selbstbewusstsein, fühlen sich ungeliebt, nicht beachtet, wertlos. Die Kommunikationsfähigkeit schränkt sich immer mehr ein.

Aggressiv-abwehrendes Verhalten. Insbesondere gefährdete Jugendliche zeigen nicht selten nach außen ein abwehrendes oder auch aggressives Verhalten. Ihre selbst zerstörerischen Impulse führen zu Abwehr und Ablehnung gegen die Außenwelt. Das Umfeld reagiert dann häufig ebenso abwehrend gegen diese Verhaltensweisen.

Stimmungsschwankungen. Auffällig können stark wechselnde Stimmungen sein. Suizidgefährdete Menschen zeigen sich meistens nicht durchgängig depressiv. Gereizte, depressive und gelöste, manchmal auch „überdrehte“ Stimmungen können sich abwechseln. Suizidale Menschen können, wenn sie bereits konkrete Pläne zum Suizid gefasst haben, ungewohnt ruhig und gelöst wirken, da sie sich durch den Entschluss, ihre Probleme endgültig „loszuwerden“, entlastet fühlen.

Veränderungen der äußerlichen Erscheinung. Akut auftretende Veränderungen der äußerlichen Erscheinung, die einer äußerlichen Vernachlässigung gleicht, sowie die Verarmung von Mimik und Gestik können Alarmzeichen sein.

Andere auffällige Verhaltensweisen. Andere auffällige Verhaltensweisen wie z. B. Essstörungen (auffällig durch starke Gewichtszunahme oder -abnahme), vermehrter Alkohol- / Drogenkonsum, Leistungsveränderungen in der Schule, Schulverweigerung, Interesselosigkeit, Aufgabe von Hobbys, vermehrte Unfallneigung (insbesondere bei Kindern), Verschenken von geliebten Dingen sowie konkrete Handlungen wie das Sammeln von Tabletten, Gegenständen zur Selbstverletzung, Waffen sind möglicherweise Anzeichen von Suizidgedanken.

Körperliche Beschwerden / psychosomatische Symptome. Plötzlich und ständig auftretenden Erschöpfung und Ermüdung, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Schwindelgefühle könnten Symptome für Suizidgedanken sein.

Konkrete verbale oder schriftliche Äußerungen. Mehr oder weniger konkrete verbale Äußerungen, die auf Gefühle von Wertlosigkeit, Traurigkeit, auf Belastungen hinweisen oder auch konkrete Suizidplanungen beinhalten, z. B. „Am liebsten würde ich von allem meine Ruhe haben“, „Es wäre für alle besser, wenn es mich nicht geben würde“, „Bald seid ihr mich los“, „Meinen Geburtstag erlebe ich sowieso nicht mehr“, sowie schriftliche Äußerungen sollten Beachtung finden. In Schulaufsätzen können suizidale Gedanken oder eine intensive Beschäftigung mit dem Tod auffallen. Briefe oder Zettel mit Hinweisen werden an Lehrerinnen und Lehrer oder Freunde gegeben. Weitere Hinweise sind

„testamentarische Verfügungen“, in denen festgelegt wird, wer welche Dinge bekommen soll.

Zeichnungen und Symbole wie deprimierend wirkende Bilder, Zeichnungen von Gräbern und Kreuzen, in Bildern ausgedrückte Todesfantasien können Hinweise auf suizidale Gedanken sein.

Jugendliche mit Suizidgedanken versuchen manchmal in „**philosophischen Auseinandersetzungen**, über den Sinn des Lebens und die Legitimation von Suizid zu diskutieren. Darin enthaltene Botschaften werden von den Erwachsenen oft nicht erkannt.

Das Auftreten von einzelnen der beschriebenen Alarmzeichen muss noch kein Hinweis auf eine suizidale Gefährdung sein. Sie können auch Ausdruck einer pubertären Auseinandersetzung oder belastenden Lebenssituation sein. Besonders wenn mehrere Alarmzeichen auffallen, sollten sie ernst genommen werden.

Ob eine tatsächliche Suizidgefährdung besteht, kann nur durch Nachfragen erfahren werden. Wenn Kinder oder Jugendliche suizidale Signale aussenden, sollten sie unbedingt angesprochen werden!

Wie bereits beschrieben, handelt es sich bei suizidalem Verhalten im Kindes- und Jugendalter meistens um Hilferufe, die auf eine ausweglos erscheinende Situation aufmerksam machen. Diese Hilferufe sind unbedingt ernst zu nehmen. Das gilt auch, wenn das Verhalten manipulativ, erpresserisch eingesetzt wird.

Zu beachten ist aber Folgendes: Lehrkräfte sollen nicht die Funktion von Therapeuten übernehmen – bei akuter Gefährdung ist unbedingt Unterstützung von Fachkräften einzuholen. Dieses dient der eigenen Sicherheit, beugt Überforderungen vor und belegt im Konfliktfall ein professionelles Vorgehen. Unterstützungsangebote für die Schülerinnen und Schüler, die aus Sicht der Lehrkräfte gefährdet sind, in die Wege zu leiten, ist rechtlich unproblematisch. Die weitere Verantwortung übernimmt dann die Fachkraft.

Die Schulleitung sollte zur Unterstützung und zum gemeinsamen Überlegen des weiteren Vorgehens einbezogen werden.

Ob und wann die Eltern einbezogen werden, ist gut zu überlegen. Die Eltern haben ein Informationsrecht, das ernst zu nehmen ist. Andererseits ist teilweise eine Gefährdung des Kindes durch die Einbeziehung der Eltern möglich (z. B. bei Gewalt und / oder Missbrauch in der Familie). In diesem Fall sollte der örtliche Fachdienst (Jugendamt) eingeschaltet werden. Wenn suizidpräventive Themen in der Klasse/im Jahrgang angesprochen werden, dann sollten zugleich die Eltern informiert werden (z. B. themenbezogener Elternabend mit Unterstützung einer Fachkraft).

Gesetzliche Bestimmungen

Die Lehrkräfte sind häufig verunsichert, wenn es im Zusammenhang mit Suizidalität um **rechtliche Aspekte** geht. Sie fürchten, ihre Kompetenzen zu überschreiten oder Verantwortung zu übernehmen, der sie sich nicht gewachsen fühlen. Diese Befürchtungen sind in der Regel unbegründet. Die Wahrscheinlichkeit, durch Untätigkeit eine mögliche Gefährdung nicht zu beachten, ist sehr viel größer als die Gefahr, durch eine Intervention Grenzen zu überschreiten.

„Grundsätzlich sind bei Kindern und Jugendlichen im Falle einer akuten Gefährdung die Eltern einzubeziehen, insbesondere bevor eine Schülerin bzw. ein Schüler an einen Beratungsdienst vermittelt wird. Jedoch sind die Eltern in Absprache mit der Schülerin bzw. dem Schüler einzubeziehen. Aus dem Spannungsfeld zwischen dem Wunsch der Schülerin oder des Schülers „Versprechen Sie mir, meinen Eltern niemals etwas davon zu sagen?“ und dem grundsätzlichen Anspruch, die Eltern einzubeziehen, ergeben sich in der Praxis Gewissens- und Entscheidungsprobleme für den Lehrer. Oberster Wert ist immer

die Hilfe für die suizidgefährdete Schülerin und den suizidgefährdeten Schüler. Wenn zu befürchten ist, dass die Schülerin bzw. der Schüler bei einer Einbeziehung der Eltern eventuell einen Suizidversuch begehen wird, so ist die Hilfe für die Schülerin oder den Schüler auch ohne die Eltern gerechtfertigt. Dieses Problem kann in einem Vorgespräch mit einer helfenden Einrichtung besprochen werden. In der weiteren Beratung werden dann sicherlich die Gründe für die Angst vor dem Einbeziehen der Eltern deutlich.“⁴⁴

7. Anregungen für Unterricht und Schulleben

In der Grundschule/Förderschule ist der Zugang zu dem Präventionsfeld „Suizid“ über die allgemeine Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes sinnvoll. Das Thema an sich wird im Allgemeinen nicht angesprochen, vielmehr ist von Bedeutung, dass die Lebenskompetenz gestärkt wird. Dabei nimmt der Sachunterricht mit den Themenfeldern „Sich selbst wahrnehmen“ und „Zusammenleben“ eine Leitfunktion ein. Im Rahmen der Selbst- und Fremdwahrnehmung ist dies bereits ab der Jahrgangsstufe 1 möglich. Insgesamt bieten die **Rahmenlehrpläne** der brandenburgischen Grundschule durch das Kompetenzmodell und den allgemeinen Bildungsauftrag der Grundschule vielfältige Entwicklungsmöglichkeiten von Lebenskompetenz besonders auch im LER-Unterricht an.

In den brandenburgischen Schulen der Sekundarstufen I und II sind Zugangsmöglichkeiten über Unterricht und Schulleben wie nachfolgend beschrieben möglich. Eine **Recherche in den Rahmenlehrplänen** ergibt, dass das Thema als direkter Zugang nicht aufgeführt ist.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, das Thema „Suizidalität“ auf der Grundlage der Rahmenlehrpläne für folgende Unterrichtsfächer präventiv aufzugreifen:

Deutsch. Suizidalität wird in zahlreichen Beispielen in der Literatur, in Theaterstücken, in Filmen thematisiert. Goethes „Die Leiden des jungen Werther“ beispielsweise wird häufig als Klassenlektüre behandelt. Der Jugendsuizid wird dabei in der Regel nicht angesprochen. Viele Lehrkräfte sind unsicher, ob sie damit Grenzen überschreiten könnten.

Es ist gut und schadet nicht, das Tabu zu brechen und über Suizid zu sprechen.

Es können folgende Fragen reflektiert werden:

- In welcher Situation war Werther, welche Auswege hätte es geben können?
- Wie würden sich die Schülerinnen und Schüler in einer ähnlichen Situation verhalten, wer könnte Hilfe anbieten?
- Warum hat es nach Erscheinen des „Werthers“ viele Nachahmungsfälle gegeben („Werthereffekt“)?

Die Schülerinnen und Schüler könnten z. B. in Referaten Beratungsangebote und hilfreiche Literatur bzw. Internetseiten vorstellen. Das Hilfesuchverhalten von Schülerinnen und Schülern zu unterstützen, wirkt suizidpräventiv, auch wenn einige – besonders Jugendliche – zunächst mit Abwehrverhalten reagieren. Die Gelegenheit, Hintergründe zum „Suizid“ zu geben, kann so hier gut genutzt werden. Besondere Bedeutung hat der Perspektivwechsel: Die Lehrkräfte initiieren Fallsituationen, indem die Schülerinnen und Schüler sich in die Situation eines anderen suizidgefährdeten Jugendlichen hineinversetzen. Dabei gilt der Grundsatz, dass sich die Schülerinnen und Schüler nicht in der Gruppe / Schulklasse „outen“ brauchen. Wer sich diese

⁴⁴ http://www.neuhland.de/haupt/html/fa_fs.htm

Fallsituationen selbst nicht zutraut, kann sich kompetente Partner im Team in den Unterricht einladen.

Politische Bildung. Hier finden sich diverse Ansatzpunkte im Rahmenlehrplan, etwa „Individuum und Gruppe“ oder „gesellschaftliche Initiativen in der Gesundheitspolitik“, wo als Beispiel das „Nationale Suizidpräventionsprogramm“ der Problembehandlung dienen kann.

Weitere Anknüpfungspunkte bieten die Fächer Wirtschaft-Arbeit-Technik mit dem Themenfeld „Betreuen und Beraten“; Biologie mit dem Thema „Pubertät und Adoleszenz“ und im Lebensgestaltung-Ethik-Religionskunde - Unterricht weist das Themenfeld „existenzielle Erfahrungen“ Anknüpfungspunkte auf.

Für den **Projektunterricht** im Rahmen fächerverbindenden Unterrichts sind Beispiele für den Unterricht auf der Homepage von **neuhland** (<http://www.neuhland.de>) dargestellt.

Insgesamt sollte das Thema „Suizidalität“ in die allgemeine Förderung der psychischen Gesundheit eingebettet sein und ihren Schwerpunkt auf die Möglichkeit der Bewältigung von Krisen und auf die Stärkung der eigenen Ressourcen setzen.

Weitere präventive Unterstützung erfolgt nach dem Mehrebenenkonzept auf der **individuellen Ebene**. Trainingsprogramme erhöhten bei den Kindern und Jugendlichen die Ich-Stärkung und das Selbstwertgefühl. Eine Kultur der gegenseitigen Anerkennung und ein Umgang der Achtsamkeit der Schülerinnen und Schüler untereinander wirken auf der **Ebene der Klasse bzw. Jahrgangsstufe** präventiv. Das Klassen- und das Schulklima schaffen eine Vertrauensbasis, wo auch Selbstmordgedanken ausgesprochen und gehört werden. Die Verankerung von Trainingsprogrammen zur Stärkung der sozialen Kompetenz und der Lebenskompetenz auf **der Schulebene**, im Schulprogramm und im Schulalltag hat präventiven Charakter. Sicher werden Selbstmordgedanken auch weiterhin gedacht, aber die Kinder und Jugendlichen können sich so besser vor sich selbst schützen.

8. Medien für den Unterricht

Arbeits- und Unterrichtsmaterial

de Zanger, J. (2004): Warum haben wir nichts gesagt? ab 14 Jahre; Beltz & Gelberg; EUR 6,90 / sFr 12,80; ISBN 3-407-78807-X; Unterrichtsmaterial zum Download unter <http://www.beltz.de/catalog/einzelbuch.asp?ISBN=3-407-99123-1>

Zwischen Selbstzerstörung und Lebensfreude; Broschüre der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS). Die Broschüre informiert über die Hintergründe von Suizidgefährdung bei Kindern und Jugendlichen und enthält einen Materialteil (Literaturliste, Filme, Musikstücke, Internetseiten, Adressen). Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. Westring 2, 59065 Hamm, Postfach 1369, 59003 Hamm Telefon: 02381/9015-0, Telefax: 02381/901530 E-Mail: info@dhs.de, Internet: <http://www.dhs.de>

Medien

Video des Grips-Theater, Berlin: Eins auf die Fresse, (ab 13 Jahre). 15,00 €-Länge: 100 Minuten; ein Krimi über Mobbing, Liebe und die alltägliche Gewalt unter Jugendlichen. Das Stück behandelt die Themen „Suizid“, „Mobbing“ durch Mitschülerinnen und Mitschüler und führt hin zu eigenen Handlungsmöglichkeiten in Krisensituationen. Internetshop: <http://www.grips-theater.de>

9. Erweiterungsangebote

Weiterführende Literatur und Jugendliteratur

Auszug aus: <http://www.bzga-essstoerungen.de/literatur/index.htm>

Käsler, Heide; Bitte, H. (2001): Hört, was ich nicht sage. Kösel Verlag

Feid, A.; Wegner, N. (1990): Trotzdem habe ich meine Träume. Die Geschichte von einer, die leben will. Rowohlt Tb.

Wißner, B. Dempf; P. Magritta (2000): Selbstmord einer Schülerin. Wißner Verlag

Quinnett, P. G. (2000): Es gibt etwas Besseres als den Tod. Suizidgefährdung – Rat und Hilfe für TherapeutInnen. Herder, Freiburg

Stewart, M. (2000): Alles hinter sich lassen? Ravensburger Buchverlag

Schütz, J. (2002): Ihr habt mein Weinen nicht gehört. Hilfe für suizidgefährdete Jugendliche. Herder Verlag, Freiburg

Weiterführende Literatur für Lehrkräfte und Eltern

Das Online-Familienhandbuch: Trauerkultur in der Familie

In dem von Getrud Ennulat geschriebenen Artikel können wir viel für den Umgang mit dem Thema auch für die Schule profitieren.

http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Haeufige_Probleme/s_807.html

Internetadressen

<http://www.neuhland.de> – Die Internetseite der Kriseneinrichtung **neuhland** in Berlin bietet ausführliche Informationen zum Thema „Suizidgefährdung“ bei Kindern und Jugendlichen. Unter anderem findet sich hier eine Veröffentlichung des Raabe-Verlags zum Thema „Suizid und Suizidprävention in der Schule“ (mit praktischen Übungen für den Unterricht).

<http://www.ak-leben.de> – Auch auf dieser Seite sind zahlreiche und gut aufgearbeitete Hinweise für unterschiedliche Nutzer zu finden.

<http://www.mindmatters-schule.de> – Ein gutes Beispiel eines Programms zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Schule ist das Programm "MindMatters" aus Australien, das sich auch in Deutschland verbreitet und angewendet wird.

<http://www.frnd.de/> – Freunde fürs Leben e.V. sind Hinterbliebene, die einen Verein gegründet haben. Auf dieser Internetseite kann man Information, Beratung etc. erhalten. Gute weiterführende Links.

<http://www.lehrer-online.de/dyn/9.asp?url=255282.htm> – Lehrer-online bietet eine Sammlung von Informationen zur Beratung an.

<http://www.suizidprophylaxe.de> – Auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) finden sich Hinweise zum neu entstandenen „Nationalen Suizid Präventionsprogramm“ sowie zahlreiche Themen- und Adressenlinks und ein Verzeichnis bundesweiter Hilfseinrichtungen.

10. PIT- Ansprechpartner / Unterstützungsangebote

Regional stehen den Schulen Unterstützungsangebote für den Unterricht sowie für Elternabende am staatlichen Schulamt zur Verfügung:

Schulräte mit der Fachaufgabe Gesundheit und jugendliche Lebenswelten in den staatlichen Schulämtern,

ÜTK-Berater Gesundheit und jugendliche Lebenswelten,

Schulpsychologische Beratung – hier ist nur für jeden Schulamtsbereich ein Ansprechpartner aufgeführt. Alle Schulpsychologen in unmittelbarer Nähe sind zu finden unter <http://www.schulaemter.brandenburg.de>

Brandenburg: Frau Dr. Berndt, Tel.: 03381 224-467
simone.berndt@schulaemter.brandenburg.de

Cottbus: Frau Bodenschatz, Tel.: 0355 4866-221
margret.bodenschatz@schulaemter.brandenburg.de

Eberswalde: Frau Purrmann, Tel.: 03334 2776-161
sylvia.purrmann@schulaemter.brandenburg.de

Frankfurt (Oder): Frau Makowski, Tel.: 0335 5524037
sabine.makowski@schulaemter.brandenburg.de

Perleberg: Herr Dr. Beck, Tel.: 03876 713-8175
eberhard.beck@schulaemter.brandenburg.de

Wünsdorf: Herr Dr. Quade, Tel.: 033702 727-36
wilfried.quade@schulaemter.brandenburg.de

Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken (<http://www.dgkjp.de/kjp-verz-liste.pdf>)
und Kinder- und jugendpsychiatrische Dienste des Gesundheitsamtes
(<http://www.luis-bb.de/service/adressen/S7100011/>) der entsprechenden Region können im Akutfall einbezogen werden.

Sozialpädagogische Dienste der Jugendämter und Erziehungs- und Familienberatungsstellen sind für Maßnahmen zuständig (z. B. Unterbringung nach KJHG) und bieten Beratung an. Alle regionalen Adressen sind über den Internetauftritt des Landesjugendamts zu erreichen: <http://www.lja.brandenburg.de>

Landesweit bieten überregionale externe Beratung auch für Brandenburg an:

neuhland in Berlin leistet Krisenintervention ambulant in zwei Beratungsstellen und stationär in zwei angeschlossenen Krisenwohnungen (Aufnahme allerdings in der Regel nur bei Kindern und Jugendlichen mit Wohnsitz in Berlin; Kostenübernahme durch das Jugendamt ist Voraussetzung), bietet Beratung von Angehörigen und Menschen, die mit Suizidgefährdeten konfrontiert sind, spezielle Beratungsangebote für Lehrerinnen und Lehrer (Fall- und Unterrichtsberatung), Intervention in der Schule (im Berliner Umkreis), Fortbildungsangebote für Lehrerinnen und Lehrer (kostenpflichtig), Informationsangebote für Schulklassen in den Beratungsstellen und Onlineberatung an. **neuhland** ist von Montag bis Freitag telefonisch zu erreichen.

neuhland in Wilmersdorf,
Nikolsburger Platz 6,
10717 Berlin
Tel.: 030 8730111,
Fax 030 417283919
<http://www.neuhland.de>

Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg (LISUM),
14974 Ludwigsfelde-Struveshof, <http://www.lisum.brandenburg.de>
03378 209 – 200
Ansprechpartnerin:
Ulrike Kahn
ulrike.kahn@lisum.brandenburg.de

Bundesweit sind Beratungsstellen zu finden:

Kinder- und Jugendtelefon

Beratungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche, überwiegend vom Deutschen Kinderschutzbund. <http://www.kinderundjugendtelefon.de>

Tel.: 0 800/111 0 333 (bundesweit, kostenlos)

[Was kannst du tun, wenn du Selbstmordgedanken hast?](#)

Lesen Sie auch unseren Artikel, den wir parallel für das Mädchennetzwerk LizzyNet geschrieben haben.

<http://www.lizzynet.de/dyn/9.asp?Aid=215&Avalidate=615490138&cache=51944&url=23160.asp>

Telefonberatung

neuhland in Berlin von Montag bis Freitag, Tel.: 030 8730111

Die Telefonseelsorge ist ein Beratungs- und Seelsorgeangebot der evangelischen und katholischen Kirche und ist rund um die Uhr für ein anonymes und vertrauliches Gespräch kostenfrei zu erreichen, Tel.: 0800 1110111 und 0800 1110222.

Internetberatung

<http://www.neuhland.de> - **neuhland** bietet auch Online-Beratung an.

<http://www.youth-life-line.de> - Jugendliche beraten Jugendliche!

Es beraten 33 Jugendlichen (Peers) per Chat und E-Mail, wenn ein Jugendlicher in einer schweren Krise steckt. Die Peer-Berater werden von 3 hauptamtlichen Fachleuten unterstützt und ausgebildet.

<http://www.telefonseelsorge.de/index.html#Internetberatungsangebot> - bietet Chat und E-Mailberatung.

Präventionsfeld: Prävention der Lärmschwerhörigkeit

1. Problembeschreibung

Die lärmbedingte Schwerhörigkeit ist eine vermeidbare Krankheit, bei der das Hörvermögen infolge von lang anhaltender intensiver Lärmeinwirkung bleibend geschädigt wurde. Die Ursachen und Zusammenhänge sind in der Arbeitswelt seit langem bekannt. Die lärmbedingte Schädigung des Gehörs ist jedoch bereits seit mehr als 15 Jahren nicht mehr auf die Arbeitswelt konzentriert, sondern hat sich zu einer Herausforderung für die Prävention in allen Lebensphasen entwickelt. Im Freizeitbereich werden gehörgefährdende Lärmbelastungen insbesondere durch tragbare Musikabspielgeräte, lautes Spielzeug, Knallkörper und leistungsstarke elektro-akustische Beschallungsanlagen von Diskotheken und Rock- und Pop-Konzerten verursacht.

Das Risiko, durch diese Expositionen einen permanenten und irreversiblen Hörverlust zu erleiden, ist bei den Betroffenen weitestgehend unbekannt. Ebenso wenig bestehen Vorstellungen über die Auswirkungen für Beruf und Lebensqualität. Wegen der Irreversibilität der Lärmschwerhörigkeit sind allein primärpräventive Maßnahmen sinnvoll.

2. Analyse / Lagebeschreibung

Umfangreiche statistische Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen beruflicher Lärmexposition und verursachtem permanentem Hörverlust haben im Jahr 1975 zu der internationalen Norm ISO 1999 : 1975 „Acoustics – Determination of occupational noise exposure and estimation of noise-induced hearing impairment“ geführt. Zur Vermeidung arbeitsbedingter Hörschäden wurde nach diesem empirischen Hörverlust-Modell die zulässige wöchentliche Lärmdosis am Arbeitsplatz (zulässiger A-bewerteter Beurteilungspegel von 85 dB für eine 40-Stunden-Arbeitswoche) festgelegt. Die gleiche Dosis wird z. B. in nur 4 Stunden bei einem Beurteilungspegel von 95 dB erreicht.

Sehr viele Jugendliche hören mehr als 4 Stunden pro Woche laute Musik. In Diskotheken und unter Kopfhörern der Musikabspielgeräte sind dabei regelmäßig Dauerschallpegel von mehr als 95 dB festzustellen. Nicht selten werden sogar Pegel von weit über 100 dB gemessen. Die lärmbedingte Schwerhörigkeit ist heimtückisch, weil die Schädigung unbemerkt, schleichend und ohne Schmerzen entsteht und irreversible ist. Die Betroffenen wissen fast nichts über ihre gesundheitsgefährdende Situation. Verfügbare Informationen zur sachgerechten Aufklärung erreichen nur selten die Zielgruppe. Die durch die Medien vermittelten Informationen sind häufig nicht sachgerecht und tragen eher zur Vernachlässigung des Gehörschadensrisikos bei.

Dem Menschen fehlt ein natürlicher Mechanismus zum Schutz des Hörvermögens. Selbst wenn ihm diese Tatsache bewusst ist, wird das Gehörschadensrisiko fast immer unterschätzt, weil das Risiko überproportional mit der Zunahme des individuellen Lautstärkeindrucks zunimmt. Eine Verdopplung dieses Eindrucks entspricht einer Verzehnfachung des Risikos! Zu dieser Fehleinschätzung trägt die für die Allgemeinheit undurchsichtige Beschreibung der Lärmsituation mit der (logarithmischen) dB-Skala bei. Das Risiko wird auch deshalb unterschätzt, weil der Zusammenhang zwischen Lärmexposition und Entstehung einer (spürbaren) Lärmschwerhörigkeit aufgrund der zeitlichen Verzögerung von mehreren Jahren nur schwer erkennbar ist.

Zur Nachlässigkeit führt auch die trügerische Auffassung, dass ein Hörgerät den Hörverlust in gleicher Weise wie ein Brille die Fehlsichtigkeit korrigieren könne. Bei der Lärmschwerhörigkeit ist eine große Anzahl von Sensoren (im Innenohr) zerstört. Der diesem

Schadensbild entsprechende Vergleich mit einem Schaden an der Netzhaut macht deutlich, dass in diesem Fall eine Brille auch keine Abhilfe schaffen kann.

3. Lösungsansatz

Die Lärmschwerhörigkeit kann durch Begrenzung der individuellen Lärmdosis vermieden werden. Hierzu ist in ganz besonderem Maße die bewusste Mitwirkung jedes Einzelnen notwendig. So früh wie möglich ist das Gehörschadensrisiko bewusst und fassbar zu machen, um eigenverantwortliches Handeln der Kinder und Jugendlichen zu ermöglichen.

4. Zielgruppen

- Kinder bis zur Jahrgangsstufe 4,
- Kinder und Jugendliche ab Jahrgangsstufe 5

5. Ziele

Kinder bis zur Jahrgangsstufe 4:

Erarbeitung einer positiven Grundeinstellung für die Erhaltung des eigenen Hörvermögens. Dazu sind die Antworten zu folgenden Fragen zu erarbeiten:

- Warum ist es gut und wichtig, dass wir hören können?
- Wie funktioniert das Hören?
- Was kann den Ohren schaden?
- Wie können wir das Hörorgan schützen?
- Welche Nachteile und Konsequenzen hat schlechtes und fehlendes Hörvermögen?

Kinder und Jugendliche ab Jahrgangsstufe 5:

Kritisches Hinterfragen eigener Hörgewohnheiten und Verhaltensweisen; Erarbeitung möglicher Konsequenzen für das eigene Leben (u. a. Sozialkontakte, Beruf und Lebensqualität):

- Erweiterung der Antworten auf die oben genannten Fragen,
- Aufspüren von Gefahrenquellen durch Trends in Medien und Gesellschaft

6. Inhaltliche Ausgestaltung

Ursachen

„Die dauerhafte Einwirkung von Lärm einer Stärke von mehr als 85 Dezibel kann zu einer Schädigung des Innenohres führen, die im hochfrequenten Bereich bei 4.000 Hertz (c^5) beginnt. Hierbei sind weniger mechanische Schäden der Sinneszellen ursächlich, als vielmehr eine Erschöpfung der Stoffwechselprozesse durch lang dauernde Überforderung. Von Bedeutung sind auch hier individuelle Faktoren, aber auch die Stärke, Art, Dauer und der Zeitablauf der Lärmeinwirkung sowie die Anwendung individueller Lärmschutzmaßnahmen (Lärmschutzkappen oder Stöpsel). Solche Lärmbelastungen treten in vielen Lebensbereichen auf: Zunächst einmal sind viele Menschen am *Arbeitsplatz* einer erheblichen Lärmbelastung durch Maschinen ausgesetzt. Zur Orientierung: Pumpen und Kompressoren erreichen in geschlossenen Räumen einen Schalldruck von 85 Dezibel, Holzbearbeitungsmaschinen bis über 100 Dezibel. Arbeiter in der Forstwirtschaft benutzen Motorsägen, die über 115 Dezibel erreichen.

Aber auch vermeintlich schöne Töne sind laut: Berufsmusiker sind erheblichem Lärm ausgesetzt, den sie selbst erzeugen. Bei Opernaufführungen können im Orchestergraben Werte von über 100 Dezibel gemessen werden, Spitzenintensitäten von bis zu 120 Dezibel erreichen Trompeten, Posaunen und Schlagzeug, das entspricht etwa einem startenden Düsenflugzeug. Auf dem 6. Europäischen Kongress für Musikermedizin 1998 in Berlin wurden unter anderem schwere Hörstörungen bis hin zur Taubheit als typische Berufskrankheit der Tonkünstler beschrieben. Unphysiologische Körperhaltungen, die zum korrekten Spiel vor allem von Streichinstrumenten eingenommen werden, können den Effekt verstärken, da es durch Abknickungen der Wirbelsäule zusätzlich zu Durchblutungsstörungen im Innenohr kommen kann.

In zunehmendem Maße werden auch im privaten Heim- und Gartenbereich für alle anfallenden Tätigkeiten Maschinen zu Hilfe genommen. Dabei erreichen besonders Rasenmäher, Laubsauger, kompressorbetriebene Hochdruckreiniger, aber auch Staubsauger und Küchenmixer oft beträchtliche Schalldruckwerte, die ebenfalls bei 100 Dezibel liegen können, also deutlich oberhalb der Grenze, für die im Arbeitsplatzbereich umfangreiche Lärmschutzmaßnahmen erforderlich sind. Und nicht zuletzt spielt auch der Lärm, der eigentlich zu Unterhaltungszwecken erzeugt wird, eine nicht geringe Rolle bei der Entstehung der Lärmschwerhörigkeit. Hier sind besonders die Diskotheken und Popkonzerte, zunehmend auch Sportstudios zu nennen, in denen oft erhebliche schädigende Lärmwerte erreicht werden. Den selben Effekt haben Walkmen, bei denen Musik mit hohem Schalldruck über Kopfhörer konsumiert wird.⁴⁵

Erscheinungsformen

Schwerhörigkeit entsteht in der Regel sehr langsam. Zu den auffälligsten Anzeichen dieser Erkrankung gehört die Notwendigkeit, Sätze vom Gegenüber wiederholt zu bekommen. Die Patienten überhören Worte oder ganze Sätze, weil sie diese nicht verstehen oder innerhalb des Gespräches durcheinander bringen. Es kann auch vorkommen, dass tiefere Töne (zum Beispiel im Straßenverkehr) als sehr laut empfunden werden und dadurch die Verständlichkeit der Sprache schlechter wird.

Hinzu kommt, dass bei vielen hörbehinderten Menschen die Hörbeeinträchtigung bei hohen Tönen größer ist als bei tiefen Tönen. Das ist der Grund, warum die für das Sprachverständnis wichtigen, hochfrequenten Konsonanten (C, S, F, Z) oftmals gar nicht

⁴⁵ <http://www2.lifeline.de/yavivo/Erkrankungen/Laerm/25Ursachen.html>

gehört werden. Stimmen von Kindern sind in der Regel in der Tonlage höher und damit für die Betroffenen noch schwerer verständlich.

Auch das Bedürfnis, die Lautstärke des Fernsehers oder des Radios höher zu stellen, ist ein Anzeichen der Schwerhörigkeit, welches ernst genommen werden sollte.

Sehr viele Jugendliche hören mehr als 4 Stunden pro Woche laute Musik. In Diskotheken und unter Kopfhörern der Musikabspielgeräte sind dabei regelmäßig Dauerschallpegel von mehr als 95 dB festzustellen. Nicht selten werden sogar Pegel von weit über 100 dB gemessen. Die lärmbedingte Schwerhörigkeit ist heimtückisch, weil die Schädigung un bemerkt, schleichend und ohne Schmerzen entsteht und irreversible ist. Die Betroffenen wissen fast nichts über ihre gesundheitsgefährdende Situation. Verfügbare Informationen zur sachgerechten Aufklärung erreichen nur selten die Zielgruppe. Die durch die Medien vermittelten Informationen sind häufig nicht sachgerecht und tragen eher zur Vernachlässigung des Gehörschadensrisikos bei.

7. Anregungen für den Unterricht und Schulleben

Die Vermittlung des notwendigen Wissens ist grundsätzlich nicht an ein bestimmtes Unterrichtsfach gebunden.

Das Thema kann auf sehr verschiedene Weise erarbeitet werden, sodass methodisch keine Vorgaben notwendig sind. Didaktisch ist es jedoch wichtig, zwischen der auralen und extraauralen Wirkung von Lärm zu unterscheiden. Für die Schädigung des Gehörs (aurale Wirkung) sind A-bewertete Dauerschallpegel von 80 dB und mehr maßgebend.

Die Abfolge der im Abschnitt „Ziele“ genannten Fragen ist didaktisch (Motivation, Fakten, Ableitung eigener Schlussfolgerungen, weitere Auseinandersetzung anhand von Beispielen des gesellschaftlichen Umfelds) sicher zweckmäßig. Anregungen und Hinweise können den unten genannten Informationsquellen entnommen werden.

8. Medien für den Unterricht

Arbeits- und Unterrichtsmaterial zur Prävention der Lärmschwerhörigkeit

Knall und Schall: physikalische & biologische Phänomene im Ohr beim Hören; ein Schulbuch nicht nur für Schüler. Hrsg.: Unabhängiges Institut für Umweltfragen e. V. Autorinnen: Susanne Neyen. Ill.: Martina Genest. – 1. Aufl. – Berlin: UfU, 2005. – 36 S.: zahlr. Ill.; 21 x 30 cm, kart.; ISBN 3-935563-11-6

Gehörschäden durch Musik: Bearb.: Hartmut Ising; Charlotte A. Sust; Peter Plath. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. – 11. Aufl., unveränd. Nachdr. – Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2004. – 51 S.: Ill., graf. Darst.; 20 x 21 cm, geh.; ISBN 3-88261-435-8; kostenlose Anforderung oder Download über: http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Publikationen/Quartbroschueren/Gesundheitsschutz/Quartbrosch_C3_BCreen_20Gesundheitsschutz.html_nnn=true

Lärmwirkungen: Gehör, Gesundheit, Leistung / Bearb.: Hartmut Ising; Charlotte A. Sust; Peter Plath. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. - 9. Aufl. - Dortmund : Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2002. - 55 S. : Ill., graf. Darst. ; 20 x 21 cm, geh.; ISBN 3-88261-345-9; kostenlose Anforderung oder Download über: http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Publikationen/Quartbroschueren/Gesundheitsschutz/Quartbrosch_C3_BCreen_20Gesundheitsschutz.html_nnn=true

Gut, dass du Ohren hast, gut, dass du hörst! : ein Vorlese-Bilderbuch für Kinder und Eltern. Hrsg.: Unabhängiges Institut für Umweltfragen e. V. Autorinnen: Susanne Neyen. Ill.: Martina Genest. – 1. Aufl. – Berlin : UfU, [2001]. – [36] S. : Ill.; 21 x 30 cm, kart.; ISBN 3-935563-03-5

Lärm und Gesundheit : Materialien für die Grundschule (1. bis 4. Klasse); / hrsg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. Von Johann-Wolfgang Landsberg-Becher – 1. Aufl. – Köln: BZgA, [2001]. – 144 S. : Ill., graph. Darst. ; 30 cm + 1 CD-ROM, kart.; ISBN 3-933191-53-X; kostenlose Anforderung über BZgA (s. Punkt 8)

Lärm und Gesundheit : Materialien für 5. bis 10. Klassen; hrsg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. Von Johann-Wolfgang Landsberg-Becher ... – [Stuttgart]: Klett. – Medienkombination (Gesundheitserziehung und Schule) – Köln : Bzga, [1998]. – 152 S. ; 30 cm + 1 CD-ROM, kart. (Aktualisierung 2006/07 vorgesehen); ISBN 3-12-990583-9 ; kostenlose Anforderung über BZgA (s. Punkt 8) oder Download über: http://www.bzga.de/bzga_stat/lug/

9. Erweiterungsangebote

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (weitestgehend kostenloses Material), Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln, Tel.: 0221 8992-0, Fax: 0221 8992-300, E-Mail: poststelle@bzga.de, <http://www.bzga.de>

Leitfaden für Eltern zur Lärmschwerhörigkeit

Zuviel für die Ohren?; Broschüre ist als **Elterninformation** im Klassensatz. Bestell-Nr. 20 391 000

Internet

<http://www.schluss-mit-laerm.de> – (qualitätsgesicherte) Fakten und Darstellungen; Homepage der gleichnamigen gemeinsamen Informations- und Präventionskampagne von Bund, Ländern und der gesetzlichen Unfallversicherung

<http://www.earaction.de> – Das earaction-Projekt verbindet Information und Interaktion und will aktiv zur Lärmaufklärung beitragen, indem es u. a. einen Hörtest anbietet.

<http://bb.osha.de/docs/laermfaltbl.pdf> – Faltblatt zur Verdeutlichung des Begriffs der Lärmdosis

<http://www.jwsl.de>

– Unterrichtskonzept für Lehrer mit Unterrichtsfolien, Video etc.

<http://www.umweltbildung-berlin.de/laerm.php> – Unterrichtsmaterialien für Arbeitslehre, Biologie, Erdkunde, Musik, Physik zum Thema „Lärm“

<http://www.german.hear-it.org> – Daten, Fakten etc. zur Schwerhörigkeit

<http://www.gut-hoeren.ch/de> – Daten, Fakten etc. zur Schwerhörigkeit

<http://www.ganzohr.ch> – Schulinformationen

<http://www.tinnitus-liga.de> – Texte zum Lesen und zur Besinnung

<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/Gehrsch.html> – informative Textsammlung

10. PIT- Ansprechpartner / Unterstützungsangebote

Regional stehen den Schulen Unterstützungsangebote für den Unterricht sowie für Elternabende am staatlichen Schulamt zur Verfügung:

Schulräte mit der Fachaufgabe Gesundheit und jugendliche Lebenswelten in den staatlichen Schulämtern

ÜTK-Berater Gesundheit und jugendliche Lebenswelten

Gesundheitsämter der Landkreise Brandenburgs.

Landesweit bieten überregionale externe Beratung an:

Landesamt für Arbeitsschutz, Horstweg 57, 14478 Potsdam,
Postanschrift: PF 90 02 36, 14438 Potsdam, <http://bb.osha.de>

Ansprechpartner: Dr. Rainulf Pippig, Dienstsitz: Max-Eyth-Allee 22, 14469 Potsdam,
Telefon: 0331 8683-303, E-Mail: rainulf.pippig@las.brandenburg.de.

Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg (LISUM),
14974 Ludwigsfelde-Struveshof, <http://www.lisum.brandenburg.de>
03378 209 – 200

Ansprechpartnerin:

Ulrike Kahn

ulrike.kahn@lisum.brandenburg.de