

Drogenkonferenz 2005

27. Fachtagung der Landesregierung
mit den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe
in Rheinland-Pfalz
am 09. Juni 2005

Suchtprävention für Familien und ihre Kinder

- Von den Risiko- zu den Protektivfaktoren -

Arbeitsergebnisse



Herausgeber:

Ministerium für Arbeit, Soziales,
Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz
Referat für Reden und Öffentlichkeitsarbeit
Bauhofstraße 9, 55116 Mainz

www.masfg.rlp.de
Broschürentelefon: 06131/16-20 16
Bürgerservice-Telefon: 0800/1 18 13 87

ISBN: 3-936257-16-7
Druck: Johnen Druck, Bernkastel-Kues
Mai 2006

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der rheinland-pfälzischen Landesregierung kostenlos herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen sowie für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht so verwendet werden, dass es als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer einzelnen Mitglieder zu verwenden.

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Geleitwort	
Malu Dreyer, Ministerin für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit	5
I. Rede von Ministerin Malu Dreyer zur Eröffnung der Drogenkonferenz 2005: Die Initiative ‚Viva Familia‘ und Suchtprävention für Familien	6
II. Kurzinformationen über suchtpreventive Maßnahmen und Hilfeangebote für Suchtkranke – Berichtszeitraum 2004/2005	10
III. Impulsreferat: „Familie, Gesundheit und der gesellschaftliche Wandel“	18
Prof. Dr. Stefan Sell Fachhochschule Koblenz, RheinAhrCampus, Remagen	
IV. Das Konzept der Salutogenese: Was hält uns gesund, was brauchen Familien und ihre Kinder?	26
Prof. Dr. Klaus Hurrelmann Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld	
V. Workshops: Aus der Praxis für die Praxis	
Workshop I: Elternarbeit	32
<i>Zu Gast bei Familie ... FamTische</i>	32
Sandra Brüning, Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V., Büro für Suchtprävention, Mainz	
<i>Hilfe, mein Kind pubertiert! – Ein Handbuch zur Elternbildung</i>	37
Dorothee Grotenrath, Drogenberatung Kontakt-Rat-Hilfe e. V., Viersen	
Workshop II: Suchtvorbeugung mit Kindern	40
<i>Kinder stark machen – Vom Umgang mit Konflikten</i>	40
Gesine Otto, Sozialagentur kommstruktiv, Mainz	
<i>Spielzeugfreier Kindergarten, Elternarbeit, Fortbildung – Möglichkeiten der Suchtprävention in Kindertagesstätten</i>	59
Christian Thiel, Psychosoziale Beratungsstelle des Caritasverbandes Mosel-Eifel-Hunsrück e. V., Wittlich Martina Knapp, Fachdienst Sucht – Prävention und Beratung des Caritasverbandes Rhein-Wied-Sieg e. V., Neuwied	

	Seite
Workshop III: Jugendliche – Alltagssüchte und Alltagsrisiken	70
<i>Raucherentwöhnungskurse für Jugendliche</i>	70
Reiner Kuhmann, Soziale Beratungsstelle des Diakonischen Werks, Westerb- burg	
<i>„Alkohol und Drogen am Steuer? – Deine Entscheidung.“</i>	77
<i>Erfahrungen aus einem Modellprojekt</i>	
Klaudia Follmann-Muth, Zentrum für ambulante Suchtkrankenhilfe, Koblenz	
Workshop IV: Essstörungen	81
<i>Durch dick und dünn – Zur Prävention von Essstörungen</i>	81
Nina Roth, Sucht- und Jugendberatung, Ingelheim	
<i>Zur Behandlung von Essstörungen</i>	86
Dr. Bernt Schmitz, Psychosomatische Fachklinik, Bad Dürkheim	
Workshop V: Kinder Suchtkranker	116
<i>Kind trinkt mit – Alkohol und Schwangerschaft</i>	116
Heidrun Michaelis, Guttempler Orden, Hamburg	
<i>Unterstützung für Kinder und ihre drogenabhängigen Eltern</i>	119
Charlotte Grimm, Palette e. V., Hamburg	
Workshop VI: Ehrenamtliche in der Suchtprävention	
<i>Das europäische MoQuaVo-Projekt – zur Motivation und Qualifizierung von</i>	126
<i>Freiwilligen in der Suchtprävention</i>	
Thérèse Michaelis, Centre de Prévention des Toxicomanies, Luxemburg	
Uwe Fischer, Zentrum für empirische pädagogische Forschung, Landau	
VI. Anhang	133
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	
Tagungsprogramm	
Projekte im Präventionscafé	

Geleitwort

Um Familien in Rheinland-Pfalz noch besser zu fördern, habe ich in 2005 die Initiative Viva Familia gestartet. Der Ausbau von Bildungs- und Betreuungsangeboten sowie die Förderung präventiver und beratender Hilfen, mit denen die Kompetenz von Familien bei der Bewältigung ihrer vielfältigen Aufgaben unterstützt werden, gehören zu den Bausteinen dieser Initiative. Ein wichtiger Schwerpunkt ist auch die Gesundheit von Eltern und Kindern. Denn die körperliche und seelische Gesundheit aller Mitglieder einer Familie ist eine wesentliche Voraussetzung für ein zufriedenes und glückliches Leben.



Im Zusammenhang mit der Initiative Viva Familia befasste sich die Drogenkonferenz 2005 mit dem Thema „Suchtprävention für Familien und ihre Kinder“. Die zunehmende Verfügbarkeit von Suchtmitteln erfordert es, Familien verstärkt darin zu unterstützen, ihre Kinder stark zu machen gegen die Verführungen von Drogen und Sucht.

Die Drogenkonferenz verfolgte das Ziel, einem breiten Fachpublikum bewährte, aber auch neue suchtpreventive Ansätze zu präsentieren. Besonders im Präventionscafé der Veranstaltung wurde die ganze Bandbreite der Angebote deutlich. Die Fachkräfte für Suchtprävention, die Regionalen Arbeitskreise Suchtprävention, die Suchtberatungsstellen und das Büro für Suchtprävention machten hier anschaulich, mit wie viel Engagement und Fachlichkeit Suchtprävention in Rheinland-Pfalz umgesetzt wird.

Die vorliegende Broschüre dokumentiert die Vorträge sowie auch die Ergebnisse der Workshops. Ich würde mich freuen, wenn die Veröffentlichung dazu beitragen könnte, die Auseinandersetzung mit diesem wichtigen Thema zu fördern und die Suchtprävention in unserem Land zum Wohle der Familien und Kinder weiter voranzubringen.

A handwritten signature in black ink that reads "Malu Dreyer".

Malu Dreyer

Ministerin für Arbeit, Soziales,
Familie und Gesundheit
des Landes Rheinland-Pfalz

I. Rede von Frau Ministerin Malu Dreyer zur der Eröffnung der Drogenkonferenz 2005

Die Initiative "VIVA FAMILIA" und Suchtprävention für Familien"

Sehr geehrte Herren und Damen,

ich begrüße Sie herzlich zur 27. Fachtagung der Landesregierung mit den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Rheinland-Pfalz. Ich freue mich, dass das heutige Tagungsthema- das mir sehr wichtig ist - offenkundig auch Ihr Interesse gefunden hat und Sie so zahlreich erschienen sind.

Wenn man Suchterkrankungen als Beziehungsstörung versteht und die Arbeit mit den Betroffenen und ihren Angehörigen als Beziehungsarbeit begreift, liegt auf der Hand, dass die Familie eine wesentliche Rolle spielt und auch weiterhin spielen wird.

Denn: Familie, in unterschiedlichen Formen, ist kein Auslaufmodell sondern stabiler als häufig gedacht und bedeutet für die überwiegende Zahl der Menschen in unserem Land die Erfahrung von Geborgenheit, Vertrauen und Verlässlichkeit. Ich bin weit davon entfernt Familie zu idealisieren aber ich sage auch, dass Familie in unserem Sozialstaat unverzichtbar ist.

Wenn im Zuge des gesellschaftlichen Wandels von den Menschen generell mehr Eigenverantwortung und Selbsthilfe abverlangt wird, muss auch darüber gesprochen werden, wie Familienkompetenzen gefördert werden können; und das nicht erst dann, wenn bereits Probleme bestehen. Und es darf natürlich nicht einfach auf das soziale Netz der Familie verwiesen werden, wenn der Staat und die Gesellschaft gefordert sind.

1. Die Initiative "VIVA FAMILIA"

Für die Landesregierung haben die Unterstützung von Familien und die Förderung einer kinderfreundlichen Lebenswelt einen hohen Stellenwert. Hinzuweisen ist u. a. darauf, dass ein Rechtsanspruch auf einen Kindergartengartenplatz bereits 1993 realisiert wurde und auch bei der Ganztagschule Rheinland-Pfalz vorangeht. Erwähnt sei auch die Aktion "Kinderfreundliches Rheinland-Pfalz" und das Programm "Zukunftschance Kinder – Bildung von Anfang an".

Als Familienministerin habe ich Ende 2004 die Initiative "VIVA FAMILIA" ins Leben gerufen, um Familien noch wirksamer in Zukunft unterstützen zu können. Zweck dieser Initiative ist es, in fünf Arbeitsfeldern die Rahmenbedingungen für Familien zu verbessern. Für die Suchtprävention und die Suchtkrankenhilfe sind die beiden ersten Arbeitsgebiete von besonderer Bedeutung.

Zum einen gilt es Familienkompetenzen zu stärken. Dass traditionelle soziale Beratung dazu einen wesentlichen Beitrag leisten kann, liegt auf der Hand. Wir sind aber auch gefordert verstärkt Konzepte umzusetzen, mit denen wir Familien in ihrer Lebenswirklichkeit erreichen. Dabei sind sozial benachteiligte Familien besonders zu berücksichti-

gen. Es muss stärker bewusst werden, dass die Vermittlung von Kompetenzen präventive Wirkung entfaltet.

Ein zweites Arbeitsfeld ist die Förderung der Gesundheit für Kinder und Familien. Mit dem aktuellen "Jahr der Kindergesundheit" sind die Schwerpunkte "Gesundheit um Schwangerschaft und Geburt", "Gesundheit im Alltag", "Kinder mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen" und "Suchtprävention" verbunden. Zwar hat sich die Gesundheit der Kinder in den letzten Jahren deutlich verbessert, zugleich zeigen sich aber auch neue Risiken, wie z. B. Suchtmittelmissbrauch oder Essstörungen. Auch in diesem zweiten Arbeitsfeld werde ich Innovationen fördern und unterstützen.

Weitere Säulen der Initiative "VIVA FAMILIA" sind:

- Arbeit und Ausbildung für junge Menschen
- Familienbewusste Arbeitswelt und
- Hilfen für Familien in Notlagen

Die Landesregierung will konsequent die Beschäftigungschancen junger Menschen verbessern, u. a. durch das Landesprogramm "Job-Füxe" und kommunale Jugend-Scouts und die Schaffung einer familienbewussten Arbeitswelt fördern. Mehr Familienfreundlichkeit in den Betrieben und Verwaltungen ist, in Ergänzung zu den Möglichkeiten der Kinderbetreuung, eine wesentliche Voraussetzung für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Und nach wie vor gilt unsere besondere Verantwortung Familien in Notlagen, z. B. in einer Überschuldungssituation.

2. Das Projekt "Zu Gast bei Familie... (FamTische)"

Ein Maßnahme, um Familien suchtpräventive Kompetenz zu vermitteln ist das Projekt "Zu Gast bei Familie... (FamTische)". Da dieses Projekt in einem Workshop vorgestellt wird und zudem im Präventionscafé weitere Informationen bereitliegen, will ich nur kurz darauf eingehen.

Der Grundgedanke des Konzepts ist vergleichbar mit den bekannten "Tupperware-Partys". Eine Gastgeberin oder ein Gastgeber lädt Freunde und Bekannte ein – allerdings nicht um ein Produkt vorzustellen – sondern, um über ein Thema zu sprechen, z. B. die Essgewohnheiten der Kinder oder das Rauchen. Es gilt, Alltagsentscheidungen positiv zu beeinflussen.

Eine Moderatorin, die von Präventionsfachkräften ausgebildet wurde, führt in das Thema ein und die eingeladenen Gäste tauschen ihre Erfahrungen aus. Ideal ist es, wenn sich in der Runde die nächste Gastgeberin findet. Es ist aber auch möglich, dass die Moderatorin gezielt Personen in ihrem Bekanntenkreis anspricht. Sie sehen, dass dieses Projekt sehr niedrigschwellig angelegt ist und erwartet werden kann, dass auf diesem Weg auch Familien erreicht werden können, die nicht die üblichen Angebote nutzen.

Die Federführung für das Projekt liegt beim Büro für Suchtprävention der Landeszentrale für Gesundheitsförderung. Die Schulung der Fachkräfte hat bereits stattgefunden und die regionale Suche nach geeigneten Moderatoren oder Moderatorinnen wird, so ist es geplant, offiziell morgen beginnen. Den Fachkräften, die das Projekt unterstützen danke ich für ihr Engagement und wünsche uns allen den angestrebten Erfolg.

Ich will die Gelegenheit nutzen um auch auf ein zweites Projekt hinzuweisen, dass erst kurz vor der heutigen Tagung vereinbart werden konnte. In Absprache mit der Landesstelle für Suchtfragen, der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V., der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim und unter Beteiligung der Pfalz-klinik Klingenmünster wird ein "Kompetenznetz Essstörungen" aufgebaut. Ziel dieses Kompetenznetzes ist es, Prävention und Frühintervention durch Bündelung der Ressourcen und einen besseren fachlichen Austausch zu fördern. Ich würde es sehr begrüßen, wenn sich möglichst viele Akteure an diesem Netzwerk beteiligen und die zur Verfügung stehenden Materialien und Angebote nutzen.

3. Daten zur Suchtkrankenhilfe in Rheinland-Pfalz

Die Entwicklung innovativer Projekte ist nur möglich auf Grund der in Rheinland-Pfalz geschaffenen Strukturen in der Suchtprävention und der Suchtkrankenhilfe.

Die zahlreichen Maßnahmen der Regionalen Arbeitskreise Suchtprävention, der Präventionsfachkräfte und des Büros für Suchtprävention erreichen jährlich eine Vielzahl von Menschen. Nach den Angaben der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Fachkräfteprogramm fanden 2004 rund 1.360 Maßnahmen statt, die von den Fachkräften selbst durchgeführt wurden oder an denen diese beteiligt waren.

In den aus Landesmitteln geförderten Suchtberatungsstellen fanden im gleichen Zeitraum 13.380 Menschen Unterstützung, die einmaligen Kontakte nicht mitgezählt. Damit hat sich die Zahl der Rat suchenden gegenüber dem Vorjahre noch einmal deutlich um rund 500 Personen erhöht.

Und auch in den Fachkliniken ist nach einer Auswertung des Statistischen Landesamtes eine Steigerung festzustellen. In den Kliniken wurden 2004 insgesamt 6.772 suchtkranke Menschen behandelt. Die Belegungsquote lag bei 95,6 Prozent. Seit 1998, in diesem Jahr waren 5.183 Menschen in einer Entwöhnungsbehandlung, ist ein kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen festzustellen.

Diese Leistungen des Hilfesystems wären nicht möglich ohne die Unterstützung der Freien Träger der Wohlfahrtspflege, die das ambulante Hilfeangebot zu einem erheblichen Anteil mitfinanzieren, der Trägern der Fachkliniken und das hohe Engagement fachlich qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Es sei auch darauf hingewiesen, dass in dem Flächenland Rheinland-Pfalz die Suchtkrankenselbsthilfe – die auch am Rheinland-Pfalz-Tag in Bad Ems vertreten sein wird – einen hohen Stellenwert hat.

Die jährliche Fachtagung bietet mir die Gelegenheit den Fachkräften, den Träger und der vielen Ehrenamtlichen in der Selbsthilfe ausdrücklich und im Namen der Landesregierung für die geleistete Arbeit zu danken. Sie alle haben dazu beigetragen, dass wir ein hohes Niveau in der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe erreicht haben. Ich werde mich weiterhin dafür einsetzen, dass dieses Hohe Niveau gehalten werden kann.

4. Anmerkungen zu den Tagungsbeiträgen

Um den erreichten Stand zu halten und weiterzuentwickeln ist eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit neuen Anforderungen und Entwicklungen geboten.

Um zielgruppenspezifisch Suchtprävention für Familien leisten zu können, muss Berücksichtigung finden, wie sich der gesellschaftliche Wandel auf Familien auswirkt, was Familien in dieser Situation benötigen und wie es vermittelt werden kann. Herr Prof. Dr. Sell wird in seinem Beitrag ausführen, wie sich aus seiner Sicht gesellschaftliche Veränderungen auf Familien auswirken und welche Konsequenzen daraus zu ziehen sind.

In der anschließende Podiumsdiskussion soll sichtbar werden, wo in der Praxis Probleme liegen, welche Instrumente zur Verfügung stehen und genutzt werden, welche Maßnahmen erfolgreich sind und wo noch Handlungsbedarf gesehen wird.

Der Beitrag von Herrn Prof. Dr. Hurrelmann wird sich mit den protektiven Faktoren auseinandersetzen, die in der präventiven Arbeit zu fördern sind. Von besonderem Interesse ist, wie das Konzept der Salutogenese für die praktische Arbeit zu nutzen ist.

In den Workshops wird die Möglichkeit geboten, sich mit verschiedenen Schwerpunkten präventiver Arbeit zu befassen. Ein Schwerpunkt ist dabei die Elternarbeit, auch im Hinblick auf die weiterhin notwendige Verbesserung der Angebote für Kinder Suchtkranker. Aber auch Alltagssüchte und Essstörungen sind Themen in den Workshops. Wie es gelingen kann Ehrenamtliche für die Suchtprävention zu motivieren und qualifizieren ist ein weiterer Schwerpunkt.

5. Schlussbemerkung

Die Drogenkonferenz bietet ein Forum zum Gedanken- und Informationsaustausch. Dieser Austausch ist kein Selbstzweck oder "Glasperlenspiel" sondern notwendig zur fachlichen Weiterentwicklung, aber auch – und das will ich betonen – zur politischen Gestaltung.

Ich wünsche Ihnen vielfältige Anregungen, gute Gespräche und danke für die Aufmerksamkeit.

II. Kurzinformationen über suchtpreventive Maßnahmen und Hilfeangebote für Suchtkranke – Berichtszeitraum 2004/2005

A. Epidemiologische und polizeiliche Daten

Die Drogenaffinitätsstudie 2004, eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, hat ergeben, dass der Tabakkonsum junger Menschen in den letzten Jahren gesunken ist. Von 2001 auf 2004 ging der Anteil der Raucherinnen und Raucher bei den 12- bis 25-Jährigen von 37 Prozent auf 35 Prozent zurück. Am stärksten geändert hat sich der Tabakkonsum in der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen, die in den 90iger Jahren starke Zuwächse zu verzeichnen hatte. Die Raucherquote ist in dieser Gruppe von 28 Prozent im Jahr 2001 auf 23 Prozent im Jahr 2004 gesunken. Eine aktuelle Repräsentativerhebung, die durch die BZgA Anfang 2005 im Zusammenhang mit der Jugendkampagne „rauchfrei“ durchgeführt wurde, kommt zum Ergebnis, dass die Raucherquote in der Gruppe der 12- bis 17-Jährigen aktuell weiter auf 20 Prozent gesunken ist.

Die Drogenaffinitätsstudie 2004 zeigt, dass das Durchschnittsalter der Jugendlichen beim ersten Alkoholenuss bei 14,1 Jahren liegt. Tendenziell ist ein Rückgang beim Alkoholkonsum junger Menschen im Alter zwischen 12 bis 25 Jahren festzustellen. So ist der Anteil der regelmäßigen Biertrinker von 28 Prozent im Jahr 1979 auf 22 Prozent im Jahr 2004 zurückgegangen. Auch der Weinkonsums (17 Prozent / 7 Prozent) und der Spirituosenkonsum (9 Prozent / 5 Prozent) ist im gleichen Zeitraum in dieser Altersgruppe gesunken. Allerdings ergibt die Studie auch, dass durch die Einführung und intensive Vermarktung alkoholischer Mixgetränken der regelmäßige Konsum von Alkopops von 8 Prozent im Jahr 2001 auf 16 Prozent im Jahr 2004 gestiegen ist. Die aktuell durchgeführte Alkopopstudie der BZgA kommt zu dem Ergebnis, dass der regelmäßige Konsum von spirituosenhaltigen Mixgetränken bei den Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren von 28 Prozent im August 2004 auf 16 Prozent im März 2005 deutlich zurückgegangen ist.

Die Drogenaffinitätsstudie 2004 macht auch deutlich, dass rund ein Drittel der befragten jungen Menschen im Alter zwischen 12 bis 25 Jahren Erfahrungen mit illegalen Drogen haben. Dabei steht der Konsum von Cannabisprodukten mit 28 Prozent im Vordergrund. 8 Prozent haben auch andere illegale Drogen konsumiert (Amphetamine: 4 Prozent, Ecstasy: 4 Prozent, psychoaktive Pflanzen und Pilze: 4 Prozent, Kokain: 2 Prozent, LSD: 2 Prozent). Für fast die Hälfte der Drogenerfahrenen verbleibt es bei einem Probierversuchen.

Nach den Daten des Landeskriminalamtes Rheinland-Pfalz wurden 2004 insgesamt 17.542 Rauschgiftdelikte begangen. Der Anteil der auf Konsum hindeutenden allgemeinen Verstöße nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) lag wie im Jahr 2003 bei 72,9 Prozent. Der Anteil der qualifizierten Delikte des illegalen Handels und Schmuggels sowie der illegalen Einfuhr von Rauschgiften ist mit 4.271 Fällen angestiegen (Vorjahr: 3.840 Fälle). Straftaten im Zusammenhang mit Cannabisprodukten stellen dabei den höchsten Anteil mit 54,8 Prozent (2003: 58,8 Prozent). Nach einem Rückgang der erst auffälligen Konsumentinnen und Konsumenten harter Drogen im Jahr 2003 auf 2.136 Personen war für 2004 ein erheblicher Anstieg um 53 Prozent auf 3.290 Personen zu verzeichnen. Die Gesamtzahl der polizeilich erfassten Konsumentinnen und Konsumenten harter Drogen (16.552 Personen) erreicht einen neuen Höchststand

(2003: 15.382 Personen / 2002: 14.912 Personen / 2001: 14.402 Personen / 2000 - 13.241). Im Berichtszeitraum waren in Rheinland-Pfalz 36 Rauschgifttodesfälle (Vorjahreszeitraum 57) zu verzeichnen. Die häufigsten Todesursachen waren Mischintoxikationen und Überdosierungen, vorwiegend von Heroin. In den letzten Jahren ist ein kontinuierlicher Rückgang der Drogentodesfälle festzustellen (2003 - 57, 2002 – 66, 2001 – 72, 2000 – 88).

Nach einer Stichtagserhebung waren am 15.02.2005 von insgesamt 3.959 Gefangenen in den Justizvollzugs- und Jugendstrafanstalten 1.962 als süchtig bzw. stark suchtgefährdet bekannt. Das sind 49,5 Prozent (Vorjahr 46,9 Prozent). Von legalen Suchtmitteln abhängig waren 525 Gefangene, das entspricht 13,3 Prozent. 1.437 Gefangene (Vorjahr 1.112) wurden als von illegalen Suchtmitteln abhängig eingestuft; das sind 36,2 Prozent (Vorjahr 33,2 Prozent). Die Suchtabhängigkeit gesamt lag bei den männlichen Gefangenen bei 49,8 Prozent, bei den weiblichen Gefangenen lag sie bei 45,1 Prozent. Die Abhängigkeit von illegalen Suchtmitteln lag bei 36,3 Prozent bzw. 36,05 Prozent. Dies entspricht einer Steigerung von 1,6 Prozent bei den Männern und von 3,3 Prozent bei den Frauen.

Im Berichtszeitraum konnten 360 Gefangene, davon 40 Frauen in eine Langzeittherapie vermittelt werden, 56 mehr als im Vorjahr. 1.220 Gefangene hatten zum Teil intensiven Kontakt zur Suchtberatung. Während der Inhaftierung wurden 177 Gefangene (Vorjahr 180) mit L-Polamidon substituiert; 2 Behandlungen wurden während der Haft begonnen. Schwerpunkte der Substitutionsbehandlung liegen in den Justizvollzugsanstalten Rohrbach, Koblenz, Frankenthal und Zweibrücken.

Maßnahmen

B.1 Suchtprävention

Aus Mitteln des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit wurden in 2004 über das **Büro für Suchtprävention** (BfS) bei der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) insgesamt 62 Projekte (2001: 62 Projekte / 2002: 46 Projekte / 2003: 41 Projekte) der bestehenden 34 Regionalen Arbeitskreise Suchtprävention (RAK) gefördert. Die Maßnahmen wurden in folgenden Bereichen durchgeführt:

Bereiche	Anzahl der Maßnahmen	davon Multiplikatoren	davon geschlechtsspezifisch
Kindertagesstätten	4	2	
Schule/Jugendarbeit	7	3	
Jugendarbeit	13	2	1
Öffentlichkeitsarbeit	7		2
Eltern/Erwachsene	5		
Aktionstag 2004	26		

Einen Arbeitsschwerpunkt des BfS bildete 2004 die Koordination des zweiten landesweiten Aktionstags zu Suchtprävention am 26.05.2004, der zusammen mit den Regionalen Arbeitskreisen Suchtprävention unter der Schirmherrschaft von Frau Ministerin Malu Dreyer veranstaltet wurde. Unter dem Motto „be strong, be clean, feel good“ waren Jugendliche an vielen Orten in die Umsetzung der Aktionen eingebunden. Im Mit-

telpunkt stand die Auseinandersetzung mit den legalen Drogen Alkohol und Nikotin, aber auch Fernsehkonsum oder Essstörungen waren Themen.

Im Rahmen des Aktionstages führte das BfS einen landesweiten Wettbewerb zur Suchtvorbeugung durch. Jugendliche im Alter zwischen 14 und 18 Jahren waren aufgerufen, Songs oder Videofilme zur Suchtprävention zu entwickeln. Die Regionalen Arbeitskreise boten den verschiedenen Jugendgruppen Gelegenheit, ihre Wettbewerbsbeiträge am landesweiten Aktionstag in ihrer Region zu präsentieren. In Kooperation mit der Landeszentrale für private Rundfunkveranstalter (LPR) wurden viele Teilnehmerbeiträge am landesweiten Aktionstag über den offenen Kanal ausgestrahlt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Wettbewerbs wurden am 9. Juli 2004 zu einer Abschlussveranstaltung nach Koblenz eingeladen, wo sie ihre Wettbewerbsbeiträge öffentlich vorstellen konnten. Mit dem Wettbewerb konnten auch schwer zugängliche Zielgruppen erreicht werden.

Zum Aktionstag 2004 wurde durch das BfS zudem ein Internetspiel entwickelt. Unter der Adresse www.bestrong-becclean-feelgood.de erhalten Jugendliche vielfältige Informationen zu den Themen Alkohol, Essstörungen und Rauchen. Ein „Info-Check“ bietet in Form eines Quiz Möglichkeiten, sein Wissen zu testen. Unter der Rubrik „Check yourself“ können Jugendliche darüber hinaus z.B. einen kleinen Selbsttest zum Umgang mit Alkohol machen. Das Internetspiel vermittelt Informationen zu Essstörungen oder Möglichkeiten mit dem Rauchen aufzuhören sowie einen Überblick über Online-, Telefonberatung und Hilfeangebote in Rheinland-Pfalz. Für Jugendzentren und Schulen wurde ergänzend eine Spielanleitung entwickelt, um die Integration des Internetangebots in Gesprächsrunden in der Jugendarbeit oder in den Unterricht zu erleichtern. Auf Grund der breiten positiven Resonanz wird das Internetspiel über den Aktionstag hinaus fortgeführt.

Unter dem Motto „Kinder stark machen“ führte das Büro für Suchtprävention in Kooperation mit einer Mainzer Kindertagesstätte ein Modellprojekt zur Suchtvorbeugung in Mainzer Kindertagesstätten durch. Zentrales Ziel war die Förderung der Konfliktfähigkeit. Zielgruppe waren sowohl Kinder in Vorschul- als auch im Hortbereich. Die Projekterfahrungen wurden dokumentiert. Die Dokumentation enthält verschiedene Arbeitsmaterialien, die zur Umsetzung ähnlicher Projekte mit Kindern anregen. Von Dezember 2003 bis September 2004 wurde zudem durch das BfS eine sechsteilige Fortbildungsreihe für Erzieherinnen und Erzieher in Kindertagesstätten durchgeführt.

Einen fachlichen Schwerpunkt der Suchtvorbeugung in der Jugendarbeit bildete 2004 die Sekundärprävention. Fachkräfte der Jugendarbeit begegnen immer wieder auch Jugendlichen mit riskantem Konsumverhalten und Suchtgefährdung. Im Rahmen eines zweitägigen Seminars erhielten die Fachkräfte der Jugendarbeit eine Einführung in motivierende Gesprächsführung. Um das Konzept der motivierenden Gesprächsführung in Rheinland-Pfalz noch breiter zu verankern, startete das Büro für Suchtprävention der LZG im September 2004 das Projekt MOVE. Im Rahmen dieses Projektes werden Fachkräfte der Suchtprävention zu Trainerinnen und Trainern der Frühintervention auf der Basis der motivierenden Gesprächsführung ausgebildet. Die Trainerinnen und Trainer setzen anschließend MOVE-Schulungen zur Frühintervention in Jugendarbeit und Schule um. Sie werden hierbei fachlich begleitet. Die LZG stellt den Trainerinnen und Trainern Schulungsmaterialien zur Verfügung. Für die Bewerbung der Veranstaltungen

vor Ort und für die Pressearbeit wurden Flyer und Broschüren entwickelt, die von den Trainern und Trainerinnen in den Regionen eingesetzt werden können.

Einen weiteren Arbeitsschwerpunkt in der Suchtvorbeugung mit jungen Menschen bildete 2004 das Thema Essstörungen. Ein zweitägiger Workshop bot Fachkräften der Jugendarbeit Gelegenheit, sich intensiv mit Ursachen von Essstörungen auseinander zu setzen und Ansätze für die suchtpreventive Praxis mit Mädchen zu entwickeln. Das Büro für Suchtprävention führte 2003/2004 ferner ein Modellprojekt zur Prävention von Essstörungen durch. Sechs Einrichtungen aus Schule und Jugendarbeit entwickelten unter fachlicher Anleitung modellhafte Maßnahmen zur Prävention. Die Projekterfahrungen flossen in die Erstellung didaktischer Materialien zur Prävention von Essstörungen für Jugendarbeit und Schule ein.

Zu den Hauptursachen des hohen Unfallrisikos junger Fahrerinnen und Fahrer gehört das Fahren unter Alkohol- und Drogeneinfluss. Das Büro für Suchtprävention führte deshalb 2004 in Kooperation mit den Fahrlehrerverbänden Rheinland und Pfalz, der Landesstelle für Suchtfrage und dem IWS der Fachhochschule Koblenz ein Projekt zur Erhöhung der Verkehrssicherheit durch. Fachkräfte der Suchtprävention boten, auch in Kooperation mit Studentinnen und Studenten, im Rahmen der Führerscheinausbildung Präventionseinheiten in Fahrschulen an. An dem Projekt beteiligten sich 31 Fahrschulen. Die Evaluation zeigte eine hohe Akzeptanz bei der Zielgruppe. Aufgrund der positiven Erfahrungen mit dem Modellprojekt sollen über die Modellstandorte hinaus weitere Regionen in Rheinland-Pfalz dazu angeregt werden, entsprechende Präventionsveranstaltungen umzusetzen. Zu diesem Zweck wurde ein Manual entwickelt, das Fachkräften der Suchtvorbeugung Hintergrundinformationen und praktische Unterstützung bietet.

Die Nichtraucherkampagne „Lass stecken“ wurde 2004 weitergeführt. Im Rahmen des landesweiten Aktionstages zur Suchtprävention bildete die Förderung des Nichtrauchens einen der Themenschwerpunkte. In Seminaren und Fachberatungen wurden Fachkräfte aus Jugendzentren und Schulen bei der Tabakprävention unterstützt. Zur Unterstützung der verschiedenen Aktionen in Rheinland-Pfalz stehen verschiedene Materialien (Poster, Plakate, Give-aways) aus der Kampagne zur Verfügung. Ende 2004 kamen auch die Kinospots zur Tabakprävention erneut zum Einsatz.

Nach den Ergebnissen der jährlichen Umfrage des MASFG bei den Fachkräften des **Fachkräfteprogramms Suchtprävention** fanden in 2004 insgesamt 1.358 Maßnahmen statt (2003 – 732 Maßnahmen; 2002 – 461 Maßnahmen; 2001 – 544 Maßnahmen), die von den Fachkräften selbst durchgeführt wurden oder an denen diese beteiligt waren. Dabei wurden 27.045 Personen (2003 – 27.578 Personen; 2002 – 19.320 Personen; 2001 – 16.860 Personen) erreicht. Diese Zahlen belegen das große Engagement der Fachkräfte in der Suchtprävention. Das durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entwickelte Dokumentationssystem für Maßnahmen der Suchtvorbeugung (DotSys) wurde in Rheinland-Pfalz eingeführt.

Ende 2004 startete in Trägerschaft des Caritasverbandes für die Region Rhein-Wied-Sieg e.V. im Landkreis Bad Neuenahr-Ahrweiler das Bundesmodell **HaLT (Hart am Limit)**. Das Modell wurde mit der Zielsetzung einer verbesserten Frühintervention bei alkoholauffälligen Kindern und Jugendlichen entwickelt. Jugendliche, die auf Grund einer Alkoholvergiftung in ein Krankenhaus eingeliefert werden, erhalten durch das be-

handelnde Personal Hinweise auf Angebote der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe der Suchtberatungsstelle des Caritasverbandes in Bad Neuenahr-Ahrweiler. Aufgabe der Fachkräfte der Suchtkrankenhilfe ist es, nach Vermittlung des Krankenhauspersonals, auf diese Jugendlichen zuzugehen und für sie sowie ihre Eltern ein niedrigschwelliges Beratungsangebot vorzuhalten. Zweiter zentraler Schwerpunkt des Projekts ist eine Verstärkung des Jugendschutzes bei Veranstaltungen und im Handel in der Region, die Sensibilisierung von Eltern, Lehrkräften, Verkaufspersonal etc. sowie eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit.

Im Dezember 2004 wurde durch die Sucht- und Drogenberatungsstelle „Die Tür“ in Trier ein **Suchtpräventionszentrum** eingerichtet. Damit sollen die strukturellen Voraussetzungen für eine suchtpreventive Arbeit in Trier nachhaltig gestärkt werden. In Kooperation mit dem Regionalen Arbeitskreis Suchtprävention Trier sollen insbesondere Eltern mit Kindern, Eltern und Angehörige von betroffenen und nicht-betroffenen Jugendlichen sowie Multiplikatoren und Fachkräfte durch das Angebot erreicht werden. Zielsetzung ist ein verbesserter Zugang zu Eltern, Kindern und Jugendlichen über das Medium PC und Internet im Bereich der Suchtprävention und die Einrichtung einer zentralen Stelle für die Prävention in Trier.

B.2 Suchtberatungsstellen

An den **Ergebnissen der jährlichen Befragung** des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit haben sich 45 Hauptstellen und 19 Nebenstellen beteiligt und Angaben für das Jahr 2004 vorgelegt.

Von den befragten Suchtberatungsstellen wurden 2004 insgesamt 13.388 Personen erreicht (zwei und mehr Kontakte). Diese Zahl liegt deutlich über dem Ergebnis des vergangenen Jahres (2003 – 12.906 / 2002 – 13.105 / 2001 – 11.799).

Die Beratung und Betreuung alkoholgefährdeter und alkoholabhängiger Menschen stand wie im Vorjahr mit 47,7 Prozent (2003 – 48,3 Prozent / 2002 – 48,3 Prozent /; 2001 – 50,6 Prozent) im Mittelpunkt der Arbeit. Der Anteil der Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen belief sich auf insgesamt 36,1 Prozent (2003 – 36,4 Prozent / 2002 – 36,2 Prozent).

Die Zahl der Vermittlungen in eine Entgiftung/Entzug erreicht mit 1.305 Fällen nach einem Absinken in 2003 (1.235 Fälle) das Niveau von 2002 mit 1.312 Fällen. Nach einem Anstieg der Vermittlungen in eine Entwöhnungsbehandlung in den vorangegangenen Jahren (2003 – 1.873 / 2002 – 1.812 / 2001 – 1.580) sinkt die Zahl der Vermittlungen in eine Entwöhnungsbehandlung im Jahr 2004 auf 1.778. Nach Angaben der Beratungsstellen wurden 2004 insgesamt 1.198 Personen in Selbsthilfegruppen (2003 – 1.177 / 2002 – 1.135 / 2001 - 1.708 / 2000 – 1.772) vermittelt.

An den Gesamtkosten in Höhe von 10,8 Mio. € (2003 – 11,2 Mio. €; 2002 – 10,8 Mio. €; 2001 - 18,8 Mio. DM) der befragten Sucht- und Drogenberatungsstellen in Rheinland-Pfalz beteiligten sich die Träger im zurückliegenden Jahr mit 41 Prozent. 26 Prozent der Kosten wurden durch die Kommunen und 28,2 Prozent durch das Land finanziert. Dabei werden bei Suchtberatungsstellen in kommunaler Trägerschaft die Trägermittel zu den kommunalen – und damit zu den öffentlichen – Mitteln addiert. Die finanzielle Beteiligung der Renten- und Krankenversicherung durch die Übernahme der ambulanten

ten Leistungen der medizinischen Rehabilitation beläuft sich – entsprechend der Vorjahre – auf 1,3 Prozent.

Die detaillierten Ergebnisse der Befragung 2004 können beim Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung oder dem Fachreferat des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit bezogen werden.

Seit Inkrafttreten der Insolvenzordnung (InsO) zum 01.01.1999 wird in Rheinland-Pfalz ein gesondertes **Fachkräfteprogramm Schuldnerberatung in der Suchtkrankenhilfe** in Anbindung an Suchtberatungsstellen in Altenkirchen, Mainz, Trier, Ludwigshafen und Worms aus Landesmitteln gefördert. Nach der jährlichen Statistik dieser Stellen lag 2004 die Gesamtzahl der laufenden Beratungen bei 310 Fällen (2003: 259 / 2002: 213 Fälle), davon 142 Verbraucherinsolvenzberatungen. 80 Fälle wurden planmäßig beendet. Bei 30 (2003: 25) Klientinnen und Klienten wurde eine amtliche Bescheinigung über das Scheitern des außergerichtlichen Einigungsversuches ausgestellt. Letztlich wurde bei 32 (2003: 32) Klientinnen und Klienten ein Verbraucherinsolvenzantrag gestellt.

Der überwiegende Anteil der Klientinnen und Klienten gehört zur Altersgruppe der 31-40 Jährigen (32 Prozent) und der 41-50 Jährigen (31 Prozent). Der Anteil der Rat suchenden Frauen lag im Jahr 2005 bei rund 25 Prozent (2003: 27 Prozent). Wie im Jahr 2003 hatten rund 68 Prozent der betreuten suchterkrankten Schuldnerinnen und Schuldner Zahlungsverpflichtungen bis zu einer Gesamthöhe von 25.000 €. Durch die Fachkräfte der Schuldnerberatung in der Suchtkrankenhilfe wurden im Jahr 2004 insgesamt 179 kollegiale Fall- und Fachberatungen geleistet. Es wurden eine Fortbildung und 14 Foren zur Schuldnerberatung für 191 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus 63 Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe durchgeführt. Weiterhin übernahmen die Fachkräfte 16 Vorträge zum Themenbereich Schuldnerberatung in der Suchtkrankenhilfe.

Die seit 1996 bestehenden fünf Fachstellen für **frauenspezifische Suchtberatungsstellen** in Trier, Neustadt, Landau, Speyer und Worms setzen mit dem Angebot frauenspezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote ihre Arbeit erfolgreich fort. Die Landesregierung fördert die Einrichtungen jährlich mit einem erhöhten Zuschuss von bis zu 70 Prozent zu den Personalkosten. Der „Arbeitskreis der Beratungsstellen für frauenspezifische Suchtarbeit Rheinland-Pfalz“, dem Vertreterinnen der rheinland-pfälzischen Suchtberatungsstelle und des Ministeriums für Bildung, Frauen und Jugend (MBFJ) angehören und der sich insbesondere die Qualitätsentwicklung und –sicherung frauenspezifischer Suchtberatung zur Aufgabe gemacht hat, wird 2006 anlässlich des zehnjährigen Bestehens der fünf vom MBFJ geförderten Fachstellen eine Festveranstaltung durchführen.

B.3 Stationäre Suchtkrankenhilfe

Im Jahr 2004 wurden in den beiden Stationen für die **qualifizierte Entzugsbehandlung** in Rheinland-Pfalz (Haus Martinsberg in der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach und Cleaneck in der Pfalzlinik Klingenmünster) insgesamt 771 Behandlungen durchgeführt. Der Anteil der Frauen lag bei 18,7 Prozent. Festzuhalten ist, dass die medikamentengestützte Entzugsbehandlung nicht, wie zunächst vermutet, in einem höheren Ausmaß nachgefragt wird. Die durchschnittliche Verweildauer betrug in der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach 16,32 Tage, im Pfalzlinikum Klingenmünster 11,64 Tage.

Nach der im Auftrag des Fachreferats vom Statistischen Landesamt durchgeführten **Erhebung bei den Fachkliniken zur Entwöhnungsbehandlung** in Rheinland-Pfalz standen 2004 insgesamt 1.407 Behandlungsplätze (2003 – 1.378 / 2002 – 1.352 / 2001 – 1.367) zur Verfügung, davon 471 für die Behandlung Drogenabhängiger (2003 – 430 / 2002 – 436 / 2001 – 436). In den Einrichtungen wurden im Jahr 2004 insgesamt 6.772 Personen behandelt. Festzustellen ist ein weiterer Anstieg der Zahl der Behandlungen seit 1998 (1999 - 5.824 / 2000 - 6.009 / 2001 - 6.128 / 2002 - 6.414 / 2003 - 6.398). Die Belegungsquote ist 2004 mit 95,6 Prozent leicht angestiegen (1999 - 83,7 Prozent / 2000 - 87,5 Prozent / 2001 – 92,1 Prozent / 2002 - 95,4 Prozent / 2003 - 94,5 Prozent). Der Anteil der Frauen an den stationär behandelten Personen lag wiederum bei rund 24 Prozent.

4.241 Personen wurden auf Grund einer Alkoholabhängigkeit (2003 – 4.193 / 2002 – 4.424 / 2001 – 4.308), 1.501 Personen auf Grund einer Polytoxikomanie (2003 – 1.613 / 2002 – 1.306 / 2001 – 1.255), 717 Personen auf Grund einer Drogenabhängigkeit (2003 – 507 / 2002 – 546 / 2001 – 493) und 100 Personen auf Grund einer Medikamentenabhängigkeit (2003 – 74 / 2002 – 114 / 2001 – 61) behandelt. Die Qualität der Arbeit in den Einrichtungen spiegelt sich in dem hohen Anteil von Patientinnen und Patienten, welche die Therapie planmäßig beenden (2004 – 75,2 Prozent / 2003 – 75,0 Prozent / 2002 – 74,6 Prozent / 2001 - 74,4 Prozent / 2000 - 72,2 Prozent / 1999 - 64 Prozent).

Der Anteil der erwerbstätigen Patientinnen und Patienten liegt bei 37,7 Prozent (2003 – 36,4 Prozent / 2002 – 37,3 Prozent / 2001 – 39,4 Prozent / 2000 - 39,8 Prozent) Auch der Anteil der Erwerbslosen hat sich mit 48,9 Prozent (2003 – 50,7 Prozent; 2002 – 49,1 Prozent; 2001 – 47,2 Prozent; 2000 - 46,8 Prozent) kaum verändert. Der Anteil der Nicht-Erwerbspersonen liegt unverändert bei rund 13 Prozent. Wie in den Vorjahren haben etwa zwei Drittel (68,1 Prozent) der Patientinnen und Patienten ihren Wohnsitz außerhalb von Rheinland-Pfalz.

In den **Soziotherapeutischen Einrichtungen** für chronisch mehrfach beeinträchtigte Suchtkranke stehen 438 Plätze zur Verfügung.

B.4 Berufliche und soziale (Re-)Integration

2004 standen in den 16 **Wohngruppen für Abhängigkeitskranke** insgesamt 152 Plätze zur Verfügung. Nach der Umfrage des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit wurde dieses Angebot von 197 Betroffenen genutzt. Die Wohngruppen haben durchschnittlich eine Auslastungsquote von 83,2 Prozent erreicht.

Für eine erfolgreiche Rehabilitation Suchtkranker ist die Vermittlung ins Arbeitsleben von ausschlaggebender Bedeutung. Mit **Job->wärts** wurde Ende 2003 daher ein neues Modellprojekt implementiert, das eine schnelle und passgenaue Vermittlung in den Arbeitsmarkt und die Erprobung neuer Instrumente zur Aufgabe hat. Die Fachkräfte der Verbundstellen bieten Beratung und Unterstützung für Betroffene an. Zudem erfolgt eine kollegiale Fallberatung in schwierigen Fällen der Vermittlung und bei der Anwendung geltender Förderrichtlinien für Fachkräfte der Suchtkrankenhilfe in Rheinland-Pfalz. Die Koordination und wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts erfolgt durch das Institut für Weiterbildung und angewandte Forschung in der Sozialen Arbeit

an der Fachhochschule Koblenz (IWS). Im ersten Projektjahr konnten insgesamt 151 Personen erreicht und beraten werden.

B.5 Suchtkrankenselbsthilfe / Elternkreise für drogengefährdete und drogenabhängige junge Menschen

Auch im Haushaltsjahr 2004 konnten Schulungen und Seminare der Suchtkrankenselbsthilfe gefördert werden. Insgesamt wurden 58.169 € zur Förderung der Selbsthilfegruppen und Elternkreise aus Landesmitteln verausgabt (2003: 66.427 €; 2002: 59.689 €). Die Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz beteiligte sich mit 10.692 € erneut an der Finanzierung von Schulungsmaßnahmen.

Am 25. und 26. September 2004 fand die Veranstaltung „Was kann Suchtkrankenselbsthilfe leisten? – Verschiedene Wege, ein Ziel“ statt. Der Landesarbeitskreis Suchtkrankenselbsthilfe hat in Abstimmung mit der Landesstelle für Suchtfragen diesen Workshop für Ehrenamtliche konzipiert, der Gelegenheit bot, verschiedene Themenkomplexe zu diskutieren. Das Fachreferat hat die Ergebnisse des Workshops in Form eines Readers zusammengefasst, der auf Anfrage zur Verfügung gestellt wird.

III. Familie, Gesundheit und gesellschaftlicher Wandel. Familiensoziologische und familienpolitische Aspekte zur Suchtprävention für Familien und ihre Kinder

Prof. Dr. Stefan Sell

*Institut für Bildungs- und Sozialmanagement der Fachhochschule Koblenz,
RheinAhrCampus, Remagen*

1. Familien als „Objekt der Begierde“ – Vielfältige Anfragen und Thematisierungen von Familie

Es ist sicherlich nicht zu bestreiten, dass vieles rund um „die Familie“ Hochkonjunktur hat. Der Stellenwert familienpolitischer Themen hat enorm an Gewicht gewonnen und tatsächlich passiert ja durchaus auch eine Menge in diesem Politikfeld. Was sind die Ursachen für diese Entwicklung?

In der Ökonomie kennt man den fundamentalen Zusammenhang zwischen Angebot und Nachfrage, der besagt, dass der „Preis“ eines Gutes steigt, wenn die Nachfrage größer ist als das Angebot. Zugespitzt formuliert liegt in dieser einfachen, aber überaus wirkkräftigen funktionalen Verknüpfung ein wesentliches Erklärungsmuster für die Renaissance des Themas Familie (bzw. was manche mit dem durchaus unscharfen Begriff der Familie verbinden): Das „Angebot“ an Familien – und vor allem an Kindern – nimmt stetig ab und damit steigt ihr „Preis“ im gesellschaftlichen Gesamtgefüge. Nun kann man „Preis“ auch übersetzen als Aufmerksamkeit, Zuneigung oder - vielleicht weniger gehaltvoll, aber zutreffender - als Interesse an einem Gegenstand.

Die aktuelle, zuweilen inflationäre Thematisierung von „Familie“ hat heute weniger einen ideologischen Impuls, sondern entspringt gesellschaftlichen Strukturwandlungsprozessen, hierbei vor allem den Auswirkungen der demografischen Entwicklungen – nicht nur, aber in den letzten Jahren zunehmend – in den gewachsenen sozialen Sicherungssystemen. Viele scheinbar familienpolitische Debatten bewegen sich in dem Spannungsdreieck aus Geburtenrückgang, „Überalterung“ und Einwanderung.

Die Diskussion über eine neue Ausgestaltung der Familienpolitik ist vor dem Hintergrund der Befunde zur demografischen Entwicklung einzuordnen – und dies verleiht der Debatte einerseits eine enorme Schubkraft, weil zumindest die Problemwahrnehmung in diesem Bereich deutlich zugenommen hat, andererseits resultiert daraus aber auch die Gefahr einer unterkomplexen Reduktion der Ziele (und Möglichkeiten) einer modernisierten Familienpolitik auf eine Bewältigungsfunktionalität im demografischen Wandel. Bei einer detaillierten Betrachtung der dominanten Argumentationsstränge wird man sogar die These aufstellen dürfen, dass es primär die Strukturprobleme der umlagefinanzierten sozialen Sicherungssysteme sind, die das „neue“ und vor allem „andere“ Interesse an Familienpolitik motiviert: Angesichts einer seit nunmehr dreißig Jahren auf niedrigem Niveau angesiedelten Geburtenrate in Verbindung mit einer kontinuierlich steigenden Lebenserwartung und der eklatanten Wachstumsschwäche der Wirtschaft in Verbindung mit einem nicht gelingenden Abbau der Arbeitslosigkeit beginnen die tradierten sozialen Sicherungssysteme gleichsam „heißzulaufen“ und die Politik gerät in

ein Gefangenendilemma von Ausgabenkürzungen (im Wesentlichen durch Umfinanzierung zu Lasten der privaten Haushalte) und systematischer Überforderung des (verbleibenden) Faktors sozialversicherungspflichtige Arbeit in Form einer tendenziell stetig steigenden Beitragsbelastung.

Die Generationen einer Gesellschaft sind entsprechend des Phasenmodells des Lebenslaufs über Kindheit und Jugend, Erwerbsphase und nachberufliche Lebensphase ganz unterschiedlich eingebunden in die Nettozahler- und Nettoempfängerposition der sozialen Sicherungssysteme wie auch des Steuer-Transfer-Systems. Umlagefinanzierte soziale Sicherungssysteme haben bzw. bekommen ein echtes fiskalisches Nachhaltigkeitsproblem, wenn im Vergleich zur Zahl der Erwerbstätigen die Zahl der vor- und nachgelagerten Transferempfänger zu stark ansteigt. In diesem Problemfeld bewegen sich die zahlreichen Vorschläge für eine neue Konfiguration der Einnahmenseite der Sozialversicherung von der Bürgerversicherung bis hin zu den Kopfprämienmodellen. Darüber hinaus richtet sich die Aufmerksamkeit verstärkt auf die Frage, ob und wie man mit Hilfe familienpolitischer Maßnahmen arbeitsmarktliche wie auch bevölkerungspolitische Zielsetzungen realisieren kann.

So diskutiert man derzeit sowohl den angestrebten Ausbau von Kinderbetreuungseinrichtungen wie auch den Vorschlag der Einführung eines am bisherigen Nettoentgelt orientierten Elterngeldes. Mit einem Neuzuschnitt der familienpolitischen Instrumente vor allem hinsichtlich des Ausbaus und der Flexibilisierung der Kinderbetreuungsangebote wie auch der Einführung eines lohnersatzförmig ausgestalteten Elterngeldes zielt man auf eine weitere Mobilisierung des Reservoirs vor allem an qualifizierten Frauen für die Arbeitsmärkte der Zukunft in Verbindung mit der erhofften Realisierung bevölkerungspolitischer Ziele im Sinne einer höheren Geburtenrate. Dieser – nach einer langen Phase historisch bedingter Tabuisierung von aktiver Bevölkerungspolitik – neue Zugriff auf Familienpolitik resultiert aus der anhaltend niedrigen Geburtenrate. Für Deutschland ergab sich im Jahr 2000 eine Quote von 1,36 Kindern pro Frau. Bei einer genaueren Analyse des Geburtenrückgangs zeigt sich, dass in steigendem Maße entweder ganz auf Kinder verzichtet wird oder dass das Paar/der Elternteil sich für mindestens zwei Kinder entscheidet. Auffallend hoch ist der Kinderlosenanteil bei Frauen mit Fachhochschul- und Universitätsabschlüssen in Westdeutschland. In der Altersgruppe der 35- bis 39-Jährigen bewegt er sich zwischen 41% und 44%

Aber es stellt sich die Frage, ob solche partiellen Konzeptualisierungen „moderner“ Familienpolitik nicht viel zu kurz greifen angesichts der kontextuellen Veränderungen, denen Familien heute ausgesetzt sind. Die dominante teilbereichsbezogene Sicht auf Familienpolitik mit ihren Verengungen führt in der Gesamtschau zu dem berechtigten Vorwurf, dass es in Deutschland nur eine – und dann auch noch reduzierte - implizite Familienpolitik gibt.

Kontextuelle Veränderungen – familienwissenschaftliche Befunde zeichnen ein differenziertes Bild

Die neueren Befunde der Familienforschung zeichnen ein weitaus komplexeres Bild von den Lebenslagen der Familien heute, als es die verengte aktuelle familienpolitische Debatte vermittelt.

Der gesellschaftliche Strukturwandel führt zu mehrfach tief greifenden Veränderungen, mit denen das System Familie konfrontiert wird:

- Beobachtbar sind eine stärkere Mobilität bzw. Mobilitätsanforderungen (mit abgeleiteten Folgeproblemen z.B. hinsichtlich der Nicht-Verfügbarkeit familialer Netzwerke im Bereich der Kinderbetreuung),
- eine deutliche Zunahme der lingualen und kulturellen Diversität, mit der vor allem Kinder heute aufwachsen und mit denen sie sich aktiv arrangieren müssen sowie
- generell eine Verschlechterung der ökonomischen Rahmenbedingungen für einen Teil der Familien (und hierbei aus zwei Perspektiven nicht nur in Form einer hohen Armutsbelastung der Kinder, sondern auch eine Verschlechterung des ökonomischen Bedingungsgefüges der Familie durch Kinder).
- Hinzu kommt die Einbindung vieler Frauen in die familialen Pflegearrangements, wenn die Eltern oder Schwiegereltern pflegebedürftig werden – so werden von den derzeit 1,44 Millionen Pflegebedürftigen, die zu Hause leben, eine Million ausschließlich von den eigenen Angehörigen – im Regelfall Frauen – betreut.

Familien sind heute einer größeren Diskontinuität und mehr kritischen Übergängen – z.B. von der Partnerschaft zur Elternschaft - ausgesetzt, aus denen heraus immer auch die Gefahr des Auseinanderbrechens der familialen Strukturen resultiert. Empirisch manifestiert sich das in der Entwicklung der Scheidungshäufigkeit. Nach den gegenwärtig vorliegenden Daten wird mindestens jede dritte Ehe wieder geschieden, die mittelfristige Obergrenze (gemessen an der zusammengefassten ehedauerspezifischen Scheidungsziffer über 40 Jahre) liegt derzeit bei 46%.

Diese Befunde korrespondieren mit einem noch viel zu selten thematisierten qualitativen Wandel im Familiensystem, wobei vor allem die veränderte Motivation zu Ehe und Partnerschaft eine Rolle spielt. Neben den bekannten rechtlichen und sozial-normativen Gründen für eine Heirat (als eine der Familiengründung vorgelagerte Entscheidung) haben psychologische Aspekte an Gewicht gewonnen, also die „sinnstiftende“ Funktion eines Kindes im eigenen Leben und die Verbindung mit dem Institut der Ehe. Zunehmend lässt sich darüber hinaus aber auch eine Verschiebung bei den Partnerschaftsmodellen beobachten, bei dem das Kind nicht mehr im Zentrum steht, sondern die Beziehung an sich, wobei eine Maximierung des individuellen Glücks in einer auf Dauer angelegten hochwertigen Paarbeziehung erreicht werden soll. Wenn eine Beziehung dieses Erwartungsspektrum nicht erfüllt, dann wird sehr häufig ein neuer Partner bzw. Partnerin gesucht. Soziologisch gesehen kommt es zu einer begrenzten (vor allem lebenslaufbezogenen) Deinstitutionalisierung der Ehe und – was viel entscheidender auch für familienpolitische Antworten ist – die soziale Kohäsion kann immer weniger durch tradierte soziale Kontrollmechanismen oder sozial formatierte Rollenmodelle gewährleistet werden, sondern Partnerschaft und Elternschaft werden zunehmend zu einer individuellen Herausforderung, deren Bewältigung vor allem auch von den individuellen Kompetenzen abhängen.

Besonders zwei Aspekte der soziologischen Veränderungen innerhalb der familialen Settings werden in der Literatur mit Blick auf ihre Bedeutung für die Problematik der Suchtgefährdung hervorgehoben:

- Aus dem Verlust an Bindung und Dauerhaftigkeit der Familienbeziehungen, den die Individualisierung und Pluralisierung der Lebensformen mit sich bringt, entstehen neue „riskante Freiheiten“ für eine Vielzahl neuer Sozialcharaktere mit einer „Risikobiographie“ wie dem isolierten Großstadt-Single, der doppelbelasteten Frau, dem rollenverunsicherten (Haus-)Mann, der allein erziehenden Mutter, dem vereinsamten Senioren. Bestimmende Lebensgefühle werden Stress, Angst, Unsicherheit, Einsamkeit, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Verantwortungslosigkeit, Gleichgültigkeit und Pessimismus.
- Aus dem Orientierungs- und Sinnverlust bei der Lebensführung mangels familiär erprobter und vorgelebter Modelle entsteht für die Individuen der Verlust handlungsanleitender Routinen der Lebensführung. Das wiederum begünstigt soziale Anomie (Normenabwesenheit), Rollenunsicherheit und -konflikte, Identitätskrisen, Verlust an sozialer Verortung, Flucht und Rückzug in die Innerlichkeit und Scheinwelten. Dies gilt besonders für die von dem Familienwandel betroffenen Kinder und Jugendlichen, die ohne klare Vorgaben und Bindungen aufwachsen.

Erwartungsdruck hoch zehn

Und was sollen die Familien – vor diesem durchaus schwierigen Hintergrund - alles leisten? Es ist ja nicht nur so, dass die Familien als Systeme unter Druck geraten, zugleich wird der Erwartungshorizont erweitert, ihre Funktionalität wird ausgedehnt auf die sich verändernden Daseinskompetenzen, die schon heute - und zukünftig noch weitaus mehr - den aufwachsenden Kindern und Jugendlichen abverlangt werden.

So sollen die Familien bei den Kindern

- eine möglichst stabile Bindungsfähigkeit im privaten Bereich ermöglichen,
- Bildungs- und Leistungsbereitschaft für das spätere Arbeitsleben produzieren,
- Akzeptanz für eine zunehmende kulturelle und sprachliche Diversität der Gesellschaft schaffen und vieles mehr.

Allein dies ist schon eine gewaltige Aufgabe, mit der schlichtweg viele Familien ganz offensichtlich überfordert sind bzw. deren Bearbeitung von ständigem Scheitern bedroht ist.

2. Familien und Sucht oder: Wo „verstecken“ sich eigentlich die Schutzfaktoren und was machen wir mit den Risikofaktoren?

So wie „die“ Familie derzeit in das Zentrum des politischen Diskurses gerückt ist, hat es auch in der Suchtdiskussion das durchaus zweifelhafte Privileg gegeben, dass zumindest in der (ver)öffentlichten Diskussion Familien in den Mittelpunkt gerückt worden sind – in der Vergangenheit stärker mit Blick auf die Risikofaktoren, die vom System Familie ausgehen und gegenwärtig zunehmend mit Blick auch auf die – tatsächlichen, latenten oder potenziellen - Schutzfaktoren hinsichtlich der Suchtgefährdung und Suchtausprägung.

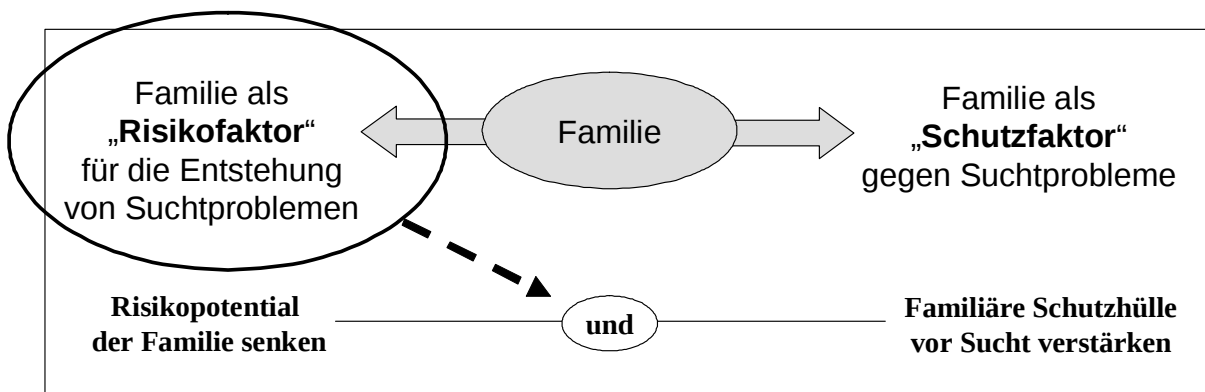


Abbildung 1: Die Rolle der Familie innerhalb der Suchtdiskussion

Typisch für die in der Vergangenheit dominierende Fokussierung auf „defizitäre“ Familienverhältnisse waren prima facie überzeugende Deskriptionen der typischen „Säuferfamilie“, die ihr Trinkverhalten vererbt oder die Korrelationsbehauptung, dass wenn man in der Familie raucht, dann rauchen auch die Kinder. Die Familie wurde als Nährboden für die Suchtproblematiken angesehen und statt des einzelnen Abhängigen muss folgerichtig gleich das ganze Familiensystem behandelt werden.

Seit einigen Jahren findet eine Verschiebung statt von einer defizitorientierten Betrachtungsweise des Systems Familie hin zu einem ressourcenorientierten Blick auf die Möglichkeiten, aber eben auch Begrenzungen des familialen Systems.

- Theoretische und methodische Entwicklungen in der Suchtprävention: In ihren Anfängen basierte die Suchtprävention eher auf Intuition als auf einem theoretischen Fundament: Man ging davon aus, dass Wissen allein genügt, um Verhalten zu bestimmen und gegebenenfalls zu verändern. Entsprechend war Prävention darauf abgestimmt, durch sachliche oder auch abschreckende Informationen aufzuklären. In den 80er Jahren – und hier beginnt auch eine systematisch angelegte Evaluationsforschung – wurde mehr und mehr deutlich, dass der Drogenkonsum durch Wissen allein nicht zu steuern ist. Affektive statt kognitive Prozesse sowie die Bedeutung alternativer Erlebnisformen traten in den Vordergrund des theoretischen Interesses und führten in den Methoden der Suchtprävention zu einer entsprechenden Akzentverschiebung hin zu den Ursachen süchtigen Verhaltens. Durch Konzepte wie die „Theorie des Problemverhaltens“ und das „Risikofaktorenmodell“ gelangten zunächst die Risikofaktoren in den Blick.

Betrachtet man die Kinder und Jugendlichen, dann kann und muss man unterscheiden zwischen den Schutz- und Protektivfaktoren als personale Ressourcen sowie den situativen Ressourcen in Familie, Kita, Schule und Freizeit, die die personalen Ressourcen strukturieren, stärken oder schwächen, verformen können. Orientiert an der Philosophie der Gesundheitsförderung gewannen schließlich ab Ende der 80er Jahre Schutzfaktoren in Form von psychischen und sozialen Ressourcen sowie allgemeine Lebenskompetenzen zunehmend an Gewicht. Folgerichtig bildet die Balance zwischen Risiko- und Schutzfaktoren einen zentralen Ansatzpunkt heutiger Suchtprävention.

Hinsichtlich der **personalen Ressourcen**, die als **Schutz- oder Protektivfaktoren** wirken (können), sind für das Thema Suchtgefährdung und spiegelbildlich Suchtprävention von besonderer Relevanz:

Die personalen Ressourcen als Protektivfaktoren und die Nähe zum Konzept der Salutogenese

- **Hohes Selbstwertgefühl:** Die eigene Person achten und akzeptieren.
- **Aktive Problemlösefähigkeit:** Bei Schwierigkeiten sich selbst zu helfen wissen oder z.B. andere Personen um Hilfe oder um Rat bitten.
- **Hohe Selbstwirksamkeit:** Sich zutrauen, das in einer Situation geforderte Verhalten ausführen zu können.
- **Ausgeprägtes Kohärenzgefühl:** wenn die Anforderungen und Zumutungen, mit denen sie konfrontiert werden, für sie vorhersehbar und begreifbar sind (Vorhersehbarkeit), die Möglichkeiten der Einflussnahme auf Entwicklungen und Ereignisse gegeben sind (Machbarkeit) und wenn die Möglichkeit besteht, unter diesen Bedingungen individuelle oder kollektive Ziele anzustreben und zu erreichen (Sinnhaftigkeit).
- **Vertrauen in die eigene Belastbarkeit:** Sich zutrauen, Lebensschwierigkeiten und Belastungen widerstehen zu können. Diese Widerstandsfähigkeit beinhaltet - das Gefühl der Kontrolle über die Geschehnisse im Leben, ein starkes emotionales Engagement in verschiedenen Lebensbereichen und im Kontakt mit anderen Personen und das Gefühl, Veränderungen im Leben primär nicht als Bedrohung, sondern als Herausforderung zu erleben.

Diese Auflistung der personalen Ressourcen, die als Protektivfaktoren wirken können, verdeutlicht die Nähe zum **Konzept der Salutogenese**, die der amerikanischen Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1923-1994) in den 1970er Jahren entwickelt hat. Bei diesem Ansatz geht es darum, Gesundheit nicht als Zustand, sondern als Prozess zu beschreiben im Sinne eines Kontinuums von Krankheit bis Gesundheit, auf dem der einzelne Mensch lokalisiert werden kann. Im Zentrum dieser Konzeption steht das **Kohärenzgefühl**, dessen Ausbildung nach Antonovsky im Wesentlichen bis zum 25. Lebensjahr abgeschlossen ist. Insofern verweist dieser Ansatz auch auf die Bedeutung entsprechender Strategien, die im Kindes- und Jugendlichenalter andocken.

Eine Zusammenfassung der in der Fachliteratur diskutierten Schutz- und Risikofaktoren der Familien ergab den folgenden Befund:

Familiäre Schutzfaktoren	Familiäre Risikofaktoren
• Unterstützung/Einfühlung/Verständnis • Unterstützung von autonom/unabhängigem Verhalten • Wärme • aufmerksame Kontrolle • harmonisches Familienklima • Öffnung der Familie nach außen • Zutrauen in den Rat der Eltern • Kind lebt mit beiden biologischen Elternteilen • Offenheit im Umgang miteinander • wenig kritische Lebensereignisse • klare Grenzen • Verfügbarkeit der Eltern • weniger als vier Geschwister • Zusammenhalt der Familie • gemeinsame Familienaktivitäten • erfolgreiches Vorleben und Vermitteln von Werten und Einstellungen • Möglichkeit, in Konflikten gemeinsame Entscheidungen auszuhandeln	• mangelnde Unterstützung/Einfühlung, kein Verständnis • überbehütendes, überinvolviertes, überbesorgtes Verhalten, kein Freiraum • mangelnde Wärme • autoritäres Kontrollverhalten • mangelnde Harmonie in der Familie • soziale Isolation der Familie nach außen • Rat der Freunde wird mehr geschätzt als der der Eltern • broken home • keine Offenheit im Umgang miteinander • Häufung kritischer Lebensereignisse • unklare Grenzen • Nicht-Verfügbarkeit der Eltern • mehr als vier Geschwister • Gleichgültigkeit der Eltern • verwöhnender oder ablehnend autoritärer Erziehungsstil • Leistungsdruck und hohe Erwartungshaltung • sehr viele oder gar keine Konflikte • Eltern oder Geschwister als negative Modelle

3. Gute Zeiten, schlechte Zeiten – Möglichkeiten und Grenzen der Suchtprävention in (und mit) Familien in Zeiten öffentlicher Armut

Die für die Politikgestaltung relevante Frage lautet: Wo bieten sich strategische Ansatzpunkte für die Arbeit an und in Familien – und das alles vor dem Hintergrund knapper Ressourcen? Wie kann es gelingen, nicht nur den Blick auf tatsächliche oder angebliche Protektivfaktoren zu richten, sondern diese zu entwickeln, zu fördern oder zumindest sie zu stabilisieren?

Bekanntlich unterscheidet man die **verhaltens-** von der **verhältnisorientierten Prävention**. Eigentlich könnte man annehmen, dass mit Blick auf personale Ressourcen der Anknüpfungspunkt verhaltensorientierte Präventionsstrategien und –maßnahmen darstellen. Dem ist allerdings nicht so, der Schwerpunkt liegt auf verhältnispräventiven Ansätzen, also in der Gestaltung und Einflussnahme auf die situativen Ressourcen aufgrund ihrer Effekte auf die personalen Ressourcen und gerade auch angesichts ihres „Ermöglichungsgehaltes“ für die Ausbildung personaler Ressourcen.

In diesem Kontext wird die **Schwerpunktsetzung auf eine systematisch angelegte und frühzeitige Kombination von verhaltens- und verhältnispräventiven Ansätzen** diskutiert und angemahnt.

Dabei erweisen sich *im Prinzip* die **Kindertageseinrichtungen und die Schulen** als geeignete Settings für professionell gemanagte Netzwerkstrukturen. Allerdings ist dies nicht voraussetzungslos zu haben, sondern erfordert die Herstellung bestimmter Rahmenbedingungen:

- So müssen beispielsweise Beratungsdienste in diese Einrichtungen integriert werden und sie müssen tendenziell von der „klassischen“ Beratung weg und hin zur Förderung und Entwicklung von Selbsthilfepotenzialen kommen.
- Es muss genügend Zeit vorhanden sein, um in diesen Institutionen des „kollektiven Aufwachsens“ entsprechend ausdifferenzierte Strategien der Verhaltens- und Verhältnisprävention verankern und operationalisieren zu können. Gerade in diesem Kontext könnte sich die in Rheinland-Pfalz besonders ausgeprägte und sicherlich an der Entwicklungsspitze stehende Einführung von Ganztagschulen als Gewinn erweisen – vor allem dann, wenn es gelingt, die Potenziale der Ganztagschule im Sinne der Erlebnispädagogik zu nutzen.

Nur ein Beispiel aus dem benachbarten Ausland: In den Niederlanden gibt es immer mehr so genannte „Communityschools“. Diese sind von 7:30 Uhr bis 23 Uhr geöffnet, z.B. in Amsterdam, und fungieren hier als wichtige institutioneller Anker im Sozialraum der Kinder und Jugendlichen. Nicht wirklich überraschend war der auslösende Impuls für die Öffnung der bislang „geschlossenen“ Einrichtung Schule für die Kinder und Jugendlichen – es ging um die Vermeidung und Reduzierung der vielen Gelegenheitsstrukturen im sich selbst überlassenen Sozialraum der Kinder und Jugendlichen, die Suchtverhalten gleichsam wie Humus gefördert haben (und fördern).

Das in Rheinland-Pfalz aufgelegte Programm Viva Familia mit seinem umfassenden Zugang zu familienrelevanten Problemstellungen beinhaltet zum einen mit dem eigenen Schwerpunkt „Gesundheit für Kinder und Familien“ einen explizit gesundheitsbezogenen Ansatz der Suchtprävention, zum anderen – und mittel- bzw. langfristig vielleicht noch viel interessanter – könnte der im Baustein „Zu Gast bei Familie ...“ mit dem Einsatz ehrenamtlicher Moderatoren angelegte konzeptionelle Ansatz eines direkten Zugangs in die familialen Systeme vor allem von Risikofamilien einen wichtigen Schritt nach vorne bringen, denn hier liegt eine gerade in Deutschland ganz offensichtliche fatale Baustelle, dass man aus unterschiedlichen Gründen die direkte Intervention in bestimmte Familien scheut. Strategien der „fürsorglichen Belagerung“, wie sie in Skandinavien entwickelt worden sind, könnten langfristig auch sukzessive auf Deutschland übertragen werden.

IV. Das Konzept der Salutogenese: Was hält uns gesund, was brauchen Familien und ihre Kinder? - Familienbeziehungen bei suchtgefährdeten Jugendlichen

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld

In diesem Beitrag möchte ich aus sozialwissenschaftlicher Perspektive auf die Frage eingehen, in welchen Zusammenhang Familienstrukturen, Familienbeziehungen und Suchtgefährdung bei Jugendlichen miteinander stehen. Meine Ausführungen konzentrieren sich schwerpunktmäßig auf die Altersgruppe der 12- bis 18jährigen Jugendlichen und werden in Thesenform vorgetragen.

1. Veränderung der Familienstruktur

In allen westlichen Industriegesellschaften vollzieht sich seit etwa 20 Jahren eine deutliche Veränderung der Familienstruktur. Schon fast 40 % der Ehebeziehungen werden wieder getrennt, viele junge Leute schieben eine Heirat weit hinaus oder verzichten ganz auf sie. Immer mehr junge Leute verzichten auch auf eigene Kinder. Die Kernfamilie, die noch zu Mitte der 60er Jahre die vorherrschende Familienform war und aus Vater, Mutter und in der Regel zwei Kindern bestand, ist heute nur noch eine Familienform unter anderen. Großfamilien mit mehr als zwei Kindern sind selten geworden, demgegenüber breiten sich Ein-Eltern-Familien sehr stark aus.

Unter diesen Umständen ist es wichtig, eine flexible und zutreffende Definition von Familie zu finden. Es muss eine Definition sein, die nicht auf eine bestimmte Familienform fixiert ist. Es bietet sich eine Definition an wie diese: Familie ist das dauerhafte Zusammenleben von mindestens einem Angehörigen einer Generation mit mindestens einem Angehörigen einer anderen Generation, wobei zwischen den beiden Personen eine Betreuungs- und Pflegebeziehung besteht. Der biologische und rechtliche Status ist aber für die Herstellung einer Familienbeziehung nicht von ausschlaggebender Bedeutung.

Die Betreuung und Erziehung von Kindern findet in immer weniger Haushalten statt. Es handelt sich bei der Kindererziehung um eine derartig anspruchsvolle und dauerhafte Beziehungsarbeit, dass unter den gegebenen Rahmenbedingungen immer mehr potentielle Eltern auf diese Aufgabe verzichten. Das hängt auch mit der strukturellen Familienunfreundlichkeit von Arbeits- und Wohnbedingungen und von Verkehrs- und Freizeitmöglichkeiten zusammen. Kindererziehung ist heute gewissermaßen gegen eine „feindliche Umwelt“ zu verteidigen und abzuschirmen.

Ich halte diese Entwicklung für grundsätzlich suchtfördernd, jedenfalls für risikoreich für eine wachsende Minderheit von Kindern und Jugendlichen. In der Fachliteratur lässt sich auch ein Zusammenhang zwischen geschwächten Bindungen und reduzierten Erfahrungen von Zuverlässigkeit der sozialen Beziehungen auf der einen Seite und psychischer Verunsicherung und psychischer Krankheit auf der anderen Seite erkennen. Ganz offensichtlich kommt die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen mit den veränderten Bedingungen sehr gut zurecht, aber eine Minderheit von etwa 10 bis 20 % zeigt eindeutige Spuren der psychischen Belastung, die sich teilweise auch im Drogenkonsum und in der Suchtgefährdung niederschlagen. Es ist wie anderen Prozessen der

sozialen Veränderung: Sie haben eine ambivalente Dynamik und lassen einen großen Teil der von ihnen Betroffenen zu Gewinnern, einen kleinen Teil aber zu Verlierern der Modernisierung werden.

2. Erziehungs- und Beziehungsarbeit in Familien mit Kindern und Jugendlichen

In einem zweiten Schritt möchte ich nun fragen, was diese veränderten strukturellen Rahmenbedingungen für die inneren Beziehungen des Systems Familie bedeuten.

Die Elternrolle kompetent auszufüllen, ist heute objektiv wohl schwieriger als früher. Eltern müssen sehr unterschiedliche Handlungsanforderungen koordinieren – was bei den Eltern mit guten Ressourcen zu einem Gewinn an Gestaltungsmöglichkeiten führt, bei denen mit schlechten aber zu Unsicherheiten und Verspannungen.

Der Erziehungsprozess ist heute nicht mehr durch traditionell überlieferte, feststehende Muster geformt. Vielmehr sind die Anforderungen an eine individuelle, auf die eigenen und die Persönlichkeitsstrukturen des Kindes abgestellte Erziehung gewachsen.

In einer bildhaften Zusammenfassung der vorliegenden Untersuchungsergebnisse können wir von einem „Beziehungs- und Erziehungs-dreieck“ sprechen, das Eltern in Balance zu bringen haben, wenn sie den Erziehungsprozess erfolgreich bestehen wollen. Erfolgreich heißt: Solche sozialen und psychischen Ausgangsbedingungen für das Kind schaffen, dass das Kind eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung durchlaufen kann. Die drei Pole, die Eltern im Erziehungsprozess in eine ausgewogene Balance zu bringen haben, lassen sich bezeichnen als der

- Wärmepol
- Selbständigkeitspol
- Regelpol.

Ein Kind sollte also erstens in eine solche Beziehung einbezogen sein, die emotionale Zustimmung und Akzeptanz ausstrahlt. Das Kind muss sich angenommen und geliebt fühlen. Allerdings darf diese Beziehung nicht überhitzt sein, ebenso wenig wie sie unterkühlt sein darf. Zweitens sollte ein Kind seinem Alter und seinen Fähigkeiten entsprechend in seiner Selbständigkeit gefördert und in seinem Leistungswillen gestärkt werden. Auch hier besteht die Gefahr einer Überakzentuierung oder einer Unterakzentuierung, die für die gesunde Entwicklung des Kindes ungünstig ist. Drittens sollte das Kind die sozialen Spielregeln für das Umgehen miteinander in der Familie lernen und „Grenzen“ erleben können, also bei dem Verletzen von vereinbarten Regeln Sanktionen erfahren (Bründel und Hurrelmann 1995).

Das Einhalten dieses „Erziehungs-dreiecks“ verlangt heute von den Eltern eine sehr hohe Eigenleistung, die Fähigkeit zur Koordination von eigenen Gefühlen und Bedürfnissen, eine gewisse zeitliche und soziale Managementkompetenz und eine hohe Flexibilität. es ist nicht verwunderlich, dass viele Eltern mit diesem komplexen Aufgabenbereich nicht zurechtkommen.

In unseren Untersuchungen (Engel und Hurrelmann 1994; Hurrelmann 1995; Kolip, Hurrelmann und Schnabel 1995) finden sich Hinweise dafür, dass bei allen drei Polen

eine Fehlakzentuierung negative Folgen für seelische Gesundheit und kontrollierten Drogenkonsum hat:

Am Pol der **Selbstständigkeitsregulation** fällt in Untersuchungen an unserem Sonderforschungsbereich Bielefeld vor allem der überhöhte elterliche Erwartungsdruck im Leistungsbereich auf. Wenn Schülerinnen und Schüler den Eindruck haben, sie könnten den Leistungserwartungen ihrer Eltern nicht gerecht werden, dann steigt der Wert für den Konsum von Medikamenten, Zigaretten, Alkohol und teilweise auch illegalen Substanzen an. Kinder und Jugendliche fühlen sich von ihren Eltern teilweise massiven Erwartungen ausgesetzt, um ihre schulischen Leistungen zu optimieren. Ganz offensichtlich ist die Nutzung von Zigaretten und Alkohol ein Versuch von Jugendlichen, Belastungen auch im Leistungsbereich auszugleichen, indem sie sich durch den Substanzkonsum Anerkennung und Aufmerksamkeit in der Gleichaltrigengruppe verschaffen.

Der **Wärmepol** ist heute, unseren Untersuchungen entsprechend, besonders durch „Unterkühlung“ ein Risikofaktor für den Einstieg in suchtgefährdendes Verhalten. es spielt für die seelische Gesundheit von Jugendlichen eine entscheidende Rolle, in welcher Weise sie die familiäre Situation emotional verarbeiten. Unsere Untersuchungsergebnisse zeigen: Der Konsum von legalen und von illegalen Substanzen ist dann höher, wenn die subjektive Lebenswelt emotional negativ gefärbt ist, weil Gefühle von Überflüssigkeit, Hilflosigkeit und Einsamkeit, aber auch Angst- und Sinnlosigkeitserlebnisse vorherrschen. Auch Überforderungs- und Erschöpfungsgefühle, Wut und das Gefühl von subjektiver Überbeanspruchung können die Erlebniswelt von Jugendlichen prägen, und sie sind ebenfalls verstärkt mit Drogenkonsum verbunden. das gleiche gilt für Jugendliche, die ihre Freizeitsituation als problematisch empfinden und Schwierigkeiten haben, einen Freund oder eine Freundin zu finden. Der Konsum von legalen und illegalen Drogen muss ganz offensichtlich als ein Bewältigungsversuch der Jugendlichen gesehen werden, mit einer emotional unbefriedigenden Situation umzugehen. Die Droge macht sie in mancherlei Hinsicht künstlich infantil und abhängig, zugleich gestattet sie eine Distanzierung und Vernebelung.

Am Pol der **sozialen Spielregeln** scheint heute das größte Risiko durch ein mangelndes Einhalten von Distanz und eine fehlende Konsequenz bei Aushandeln und Einhalten von Regeln im Umgang miteinander gegeben zu sein. Viele Eltern schaffen es nicht, ihre eigenen Bedürfnisse in die Beziehung mit Kindern angemessen einzubringen, und sie können keine von den Kindern akzeptierte Autorität aufbauen. Deswegen bleiben die Spielregeln für den Umgang miteinander diffus, und es kommt zu Konflikten, die sich teilweise an oberflächlichen Anlässen entzünden. Es sind Konflikte über Kleidung und Frisur, über das Ausmaß, in dem Jugendliche zu Hause helfen, über die Unordnung in der Wohnung und im eigenen Zimmer. Natürlich sind es auch Konflikte über das Zigarettenrauchen und das Alkoholtrinken, sofern diese Verhaltensweisen in der Familie praktiziert werden. Viele Eltern sind nicht in der Lage, Grenzsetzungen vorzunehmen und Wünsche und Bedürfnisse der Kinder einzudämmen. Damit fördern sie bei ihren Kindern das Bemühen, sofortige und unersättliche Befriedigung zu erreichen. Viele Kinder erleben die Konsequenzen von übertretenen und verletzten Regeln nicht, weil sie entweder gar keine Regeln kennen lernen und faktisch keine Konsequenzen beim Übertreten erleben. Eine solche Ausgangskonstellation ist, wie unsere Untersuchungsergebnisse zeigen, mit einem über dem Durchschnitt liegenden Ausmaß des Konsums von Zigaretten, Alkohol und illegalen Substanzen verbunden.

Noch in einem anderen Sinne spielen Grenzverletzungen im familialen Kontext eine wichtige Rolle für das Entstehen von Suchtkrankheiten. In Familien mit einem oder zwei suchtkranken Eltern finden Grenzüberschreitungen statt, die die körperliche, seelische und sexuelle Würde und Unversehrtheit der Kinder massiv verletzen. Vor allem für Eltern mit Alkoholabhängigkeit sind die Zusammenhänge inzwischen ziemlich gut erforscht. Mehrere hunderttausend Kinder dürften in Deutschland inzwischen in Familien leben, in denen sie mit mindestens einem alkoholabhängigen Elternteil zusammenleben. Für viele Kinder ist dieses Leben eine psychische und auch körperliche Dauerbelastung. In mindestens 30 % dieser Familien kommt es zu schweren körperlichen und sexuellen Misshandlungen und Missbrauchserfahrungen der Kinder. Auch psychische Persönlichkeitsstörungen, die ein Leben lang anhalten können, sind in der Fachliteratur dokumentiert. Zu den schlimmsten Krankheitsfolgen gehören Magersucht, Depression, Angststörungen und starke Leistungsbeeinträchtigung, aber eben auch Suchtkrankheiten. Denn gegen die Persönlichkeitsstörung, das psychische Leid und die Misshandlungen und Demütigungen finden viele der Betroffenen nur das Mittel der Betäubung und Verdrängung durch psychoaktive Substanzen. Auch wenn genetische Faktoren hierbei im Spiel sein sollten, so ist doch vor allem dieser fatale psychodynamische Prozess verantwortlich für diese „soziale Vererbung“ der Suchtkrankheit von einer Generation zur nächsten.

Fassen wir zusammen: An allen drei Polen des Erziehungs- und Beziehungsdreiecks wirken sich – wie in der Fachliteratur dokumentiert wird – Disbalancen als Risikofaktoren für seelische und psychische Erkrankungen und besonders auch Suchterkrankungen aus. Diese Risikokonstellationen verschärfen sich dann, wenn es nicht nur an einem der Erziehungspole zu einer Verspannung und Desorientierung kommt, sondern wenn das gesamte Gefüge aus Wärme-, Selbständigkeits- und Regelbeziehungen pathologisch aus den Fugen gerät.

Da Familienbeziehungen heute zu einem hohen Ausmaß frei ausgehandelte soziale und psychische Kontaktgefüge sind, haben solche Verspannungen und Verkrampfungen der Beziehungsdynamik heute eine andere Ausprägung und Gestalt als in früheren historischen Epochen, in denen festgelegte soziale Rollen für Vater, Mutter, Tochter und Sohn vorherrschend waren. Die historische Freisetzung der sozialen Rollen dürfte viele Kinder und Jugendliche vor den krankmachenden Folgen autoritärer und repressiver Erziehung schützen, die noch vor 30 oder 40 Jahren an der Tagesordnung waren. Auf der anderen Seite aber dürften heute, - eben gerade wegen der hohen Freiheitsgrade der Gestaltung von Sozialbeziehungen -, Unsicherheiten und Überforderungen einen neuartigen Anlass für verspannte Familiendynamiken geben. Insbesondere müssen wir wohl damit rechnen, dass die psychischen Anforderungen an Beziehungen (sowohl an die Partnerbeziehung wie auch an die Eltern-Kind-Beziehung) sehr hoch geworden sind, teilweise idealisierend gestaltet werden und deswegen der Ausgangspunkt für pathologische Prozesse werden können.

3. Die schwierige Gestaltung der Ablösungsphase

Die Phase der psychosozialen Ablösung der Kinder von den Eltern war schon immer mit dem Eintritt in den verstärkten Konsum von psychoaktiven Substanzen verbunden. Heute findet diese Ablösung zu einem früheren Zeitpunkt als jemals zuvor in der sozial-

wissenschaftlich dokumentierten Geschichte statt. Schon mit 10 und 11 Jahren finden erste Verselbständigungen und Hinwendungen zur Gleichaltrigengruppe statt, verbunden mit einer Abnabelung von den Eltern. Es ist kein Zufall, dass sich der Einstieg in den Zigaretten- und Alkoholkonsum fast in dem gleichen Maße vorverlagert hat wie die innere psychosoziale Ablösung von den Eltern erfolgt.

Der Ablösungsprozess folgt heute keinem reglementierten und traditionell fest gefügten Mustern. Im Bereich der schulischen Leistung, einer der wichtigsten Entwicklungsaufgaben im Jugendalter, sind Kinder praktisch vom Ende des Grundschulalters an auf eine Eigengestaltung ihrer sozialen Rolle als künftiger Leistungsträger und Berufstätiger angewiesen. Im Bereich des Aufbaus von Freundeskontakten sind sie teilweise schon im Grundschulalter allein auf ihre soziale Geschicklichkeit angewiesen. Bei der Gestaltung ihrer Freizeitbeziehungen existiert ein erheblicher Freiheitsgrad und wird teilweise eine soziale und technische Kompetenz entwickelt, die die der Eltern übersteigt. Der Eintritt in den Konsumbereich unserer Gesellschaft erfolgt, auch über die Verfügbarkeit von Geldmitteln, heute sehr früh. Schließlich haben wir auch im Bereich von Partnerbeziehungen mit erotischer und sexueller Komponente eine deutliche Vorverlagerung der Entwicklung. Alles das führt zu einer „psychosozialen Frühreife“, die aber mit einer „ökonomischen Spätreife“ konfrontiert wird. Denn der Eintritt in selbständige Erwerbsrollen am Berufs- und Arbeitsmarkt wird immer weiter hinausgeschoben, teilweise in das dritte Lebensjahrzehnt, und steht in sozialem Widerspruch zu den frühen kulturellen Verselbständigungen.

Diese Rollen- und Statusspannung kennzeichnet auch den Ablöseprozess der Jugendlichen von ihren Eltern. Die Eigenleistungen sind gefragt, die Spielräume für die persönliche Gestaltung sind groß – für einige Jugendliche möglicherweise zu groß. Die Konsequenz ist häufig eine Überforderung der psychischen und sozialen Bewältigungskapazität, die bei einer größeren Gruppe Jugendlicher mit Alkohol- und Drogenkonsum verbunden sein kann.

Die Spannungen zwischen den Generationen sind heute verhältnismäßig gering. Es gibt keine tiefsitzenden Generationskonflikte, wie sie etwa in den 60er Jahren aufgetreten sind. Vielmehr sind sich Jugendliche und Eltern in ihren grundsätzlichen Wertorientierungen und Lebensstilperspektiven ziemlich ähnlich. Umso überraschender ist es, dass sich die Ablösekonflikte an den oberflächlichen Streitpunkten des täglichen Zusammenlebens entzünden. Aber diese scheinbar harmlosen Spannungen haben es in sich: Streit über Aussehen und Kleidung, über Umgangsformen im Haushalt und Kontakte nach außen sind Indikatoren für einen nicht gut gelingenden Ablösungsprozess, wenn über einen längeren Zeitraum keine Lösung und Entspannung eintritt.

Psychoaktive Substanzen begleiten diesen schwierigen Ablösungsprozess. Sie wirken teilweise als „Schmiermittel“ für die Entwicklungsaufgaben, die für den Ablösungsprozess charakteristisch sind. Der Drogenkonsum wird eingesetzt, um diejenigen Leistungseffekte, Kontaktmöglichkeiten, erotischen Impulse und Entspannungserlebnisse zu erzielen, die sich Jugendliche wünschen. In einer kommerzialisierten und durch fast grenzenlose Werbung bedürfnisanheizenden gesellschaftlichen Umwelt wird der Griff zu psychoaktiven Substanzen als selbstverständlich und rational dargestellt.

4. Konsequenzen für Prävention und Therapie

Für Prävention und Therapie von Suchtabhängigkeit bedeuten diese Beobachtungen vor allem folgendes: Wie bei allen seelischen Krankheiten ist eine isolierte Symptomorientierung zwar durchaus situativ hilfreich, aber sie löst nicht die Ausgangssituation für Sucht- und Drogengefährdung. Die liegt in den ungünstigen Rahmenbedingungen für familiäre Erziehungs- und Beziehungsprozesse. Deswegen ist die Sucht- und Drogenpolitik mit Familien-, Bildungs- und Arbeitspolitik zu verzahnen. Drogenprobleme sind eben immer auch sensible Indikatoren für gesellschaftliche, soziale und psychische Probleme von Menschen in bestimmten sozialen und familialen Konstellationen.

Für die präventive Arbeit bedeutet das, neben einer Personorientierung unbedingt auch eine Strukturorientierung in die Initiativen und Aktivitäten einzubeziehen: nicht nur Körpererfahrung, Erlebnis, Genuss, und Kommunikationsfähigkeit zu trainieren, nicht nur Konfliktbewältigung und Selbstwertsteigerung einzuüben, sondern auch für funktionierende Gruppenbeziehungen, soziale und ökologische Gelegenheiten für Körpererfahrung und Genuss, Freizeitspielräume, Kommunikation und Selbsterfahrung zu sorgen. Wenn wir mit dem historischen Gewinn der Freisetzung von traditionellen Rollenanforderungen positive Entwicklungen für möglichst alle Menschen verbinden wollen, dann muss das auch mit einer stärkeren Beteiligung von Kindern und Jugendlichen am familialen Erziehungs- und Beziehungsprozess verbunden sein. D. h.: Viel mehr Mitbestimmung von Kindern und Jugendlichen bei allen familialen Belangen, Einüben von familialer Demokratie in dem anspruchsvollen Sinn des Wortes, nämlich als eine konzentrierte und regelgeleitete Führung eines gemeinsamen Lebens, das Bedürfnisse und Wünsche aller Beteiligten in Gleichgewicht bringt.

Ähnliches gilt für die Lebensbereiche von Kindern und Jugendlichen in Kindergärten, Schulen, Ausbildungseinrichtungen und Freizeiteinrichtungen und selbstverständlichen auch im Bereich von kommunaler, regionaler und überregionaler Politik. Emanzipative Spielräume können nur ausgeschöpft werden, wenn Fähigkeiten und Kompetenzen zu ihrer Gestaltung gegeben sind. Ein inkompetentes Umgehen mit den Gestaltungsspielräumen und eine Einengung der Spielräume durch ungünstige Umweltbedingungen aber provozieren seelische und psychische Anspannungen mit der Folge von Sucht- und Drogenproblemen.

Literatur

Bründel, H. und Hurrelmann, K. (1997). Drogengebrauch und Drogenmissbrauch. Darmstadt: WBG

Engel, U. und Hurrelmann, K. (1993). Was Jugendliche wagen. Weinheim: Juventa

Hurrelmann, K. (1995). Lebensphase Jugend. Weinheim: Juventa

Kolip, P., Hurrelmann, K. und Schnabel, P.-E. (1995). Jugend und Gesundheit. Weinheim: Juventa

V. Workshops: Aus der Praxis für die Praxis

Workshop I: Elternarbeit

Zu Gast bei Familie ... FamTische

Sandra Brüning, Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V.,
Büro für Suchtprävention, Mainz



Wo gibt es Orientierung im Erziehungsalltag?

„Mama, darf ich was Süßes?“

„Papa hat gesagt, dass ich das darf.“

„Nie erlaubt ihr mir etwas.“

„Meine Hausaufgaben mache ich später.“

„Bei uns in der Klasse rauchen alle.“

„Ich bin die einzige, die so früh zu Hause sein muss.“

„Darf ich heute länger fernsehen?“

Diese Sätze, dürften Eltern aus dem eigenen Erziehungsalltag in dieser oder ähnlicher Form bekannt sein. Die täglichen Anforderungen an eine gute, moderne Erziehung und damit verbunden an die Eltern sind sehr hoch gesteckt und in der Theorie sehr klar beschrieben: Die Selbständigkeit und ein reflektiertes Konsumverhalten der Kinder soll gefördert werden, Grenzen müssen gesetzt werden, soziales Verhalten gestärkt werden und vieles mehr – natürlich auf einer vertrauensvollen Basis.

Doch wie sieht der Alltag aus? Kinder und Jugendliche fragen und möchten direkte Antworten, sie testen Grenzen aus und brauchen einen deutlichen Rahmen. In jeder Familie gibt es Dauerbrenner in punkto Stress und Streit. Hausaufgaben, Taschengeld, Fernsehen, Computerspiele, Süßigkeiten, Ausgehzeiten, Schulnoten, Ordnung im Kinderzimmer,... die Liste der Themen ist ellenlang und konfrontiert Väter und Mütter im Erziehungsalltag immer wieder mit dem Problem, was denn wohl die „richtige Entscheidung“ ist und mit welchen Strategien sie mehr oder weniger schnell zum Ziel kommen. Es gilt tagtäglich neu den Alltag zu meistern – und das kann ganz schön anstrengend sein. Vor allem, wenn Eltern oder Alleinerziehende neben dem Beruf und dem Familienleben kaum noch Möglichkeiten haben, sich mit anderen Erziehenden auszutauschen, um gezielt auf Fragestellungen in der Erziehung einzugehen und Unterstützung zu erhalten. Hinzu kommen Themen und Fragen, die Eltern aus ihrer eigenen Kindheit und Jugend unbekannt sind, wie der Umgang mit PC-Spielen und Internet, Alcopops oder Handyrechnungen. Gerade solche Situationen, in denen Mütter und Väter sich als

isoliert empfinden, wachsen Unsicherheiten in der Erziehung. Die eigene Erziehungskompetenz wird angezweifelt und der Beratungswunsch in Erziehungsfragen nimmt zu. Da boomen gerade solche Patentlösungen und Ratgeber, die „den garantierten Lösungsweg“ versprechen. Auch Bildungskurse für Eltern stehen hoch im Kurs (Elternführerschein, Starke Kinder).

Suchtprävention in der Familie – ein aktuelles Thema

Trotz (oder gerade wegen) der zunehmenden Einflüsse durch Medien und Institutionen im Leben eines Kindes, behält die Familie einen prägenden und nachhaltigen Einfluss. Auch im Bezug auf die Bildung von zentralen präventiven und gesundheitsfördernden Eigenschaften von Kindern und Jugendlichen, kommt der Familie eine wichtige Rolle zu. Ich-Stärke, Selbstwert, der Fähigkeit zu genießen, die Fähigkeit mit anderen Menschen zu kommunizieren und Kontakt aufzunehmen, sich abzugrenzen sind nur einige dieser Eigenschaften.

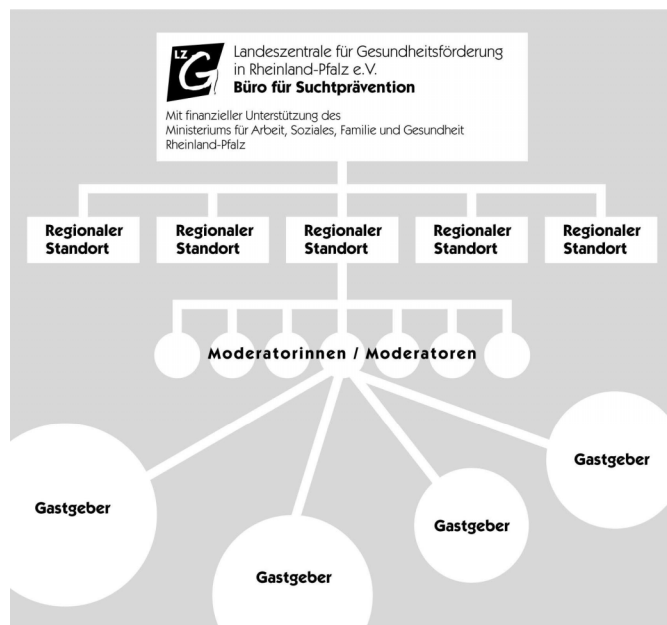
So wurde im Bereich der Suchtprävention beispielsweise die Rolle der Familie bisher verstärkt im Bezug auf die negative Vorbildrolle im Suchtmittelkonsum wahrgenommen. Doch ein derart defizitorientierter Ansatz in der suchtpreventiven Arbeit mit Eltern wird dem Stellenwert von Familie in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen nicht gerecht. Vielmehr müssen sich die Zugänge der Suchtprävention auf die Möglichkeiten und Stärken von Familien richten und die Erziehungskompetenz von Eltern einbinden. Empowerment (Selbstkompetenz) muss als gewichtiges Prinzip in der suchtpreventiven Arbeit berücksichtigt werden. Es gilt, Handlungsmöglichkeiten von Eltern zu erweitern und Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen Eltern die Gelegenheit haben eigene Gestaltungsräume und Ressourcen wahrzunehmen.

Suchtprävention sollte berücksichtigen:

- * Die Familie hat den lebensgeschichtlich ersten und wahrscheinlich wichtigsten Einfluss auf den späteren Umgang mit Suchtmittel.
- * Präventive Maßnahmen sind bereits im Kindesalter notwendig, in der Regel beginnen sie zu spät.
- * Die Stärkung und Förderung bestimmter Faktoren bei Kindern und Jugendlichen trägt dazu bei, einen späteren Drogenmissbrauch zu verhindern. Als solche Faktoren werden insbesondere altersgerechte Problemlösungs- und Kommunikationsfähigkeiten sowie ein positives Selbstbild erachtet.
- * Der Erziehungsstil der Eltern hat einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung des Selbstbildes eines Kindes und auf den Erwerb derjenigen Kompetenzen, die im späteren Alter die Wahrscheinlichkeit eines Missbrauchverhaltens bestimmen.

Das Projekt „Zu Gast bei Familie...- FamTische“ in Rheinland-Pfalz

Das Projekt „Zu Gast bei Familie...- FamTische“ basiert auf einem solchen ressourcenorientierten Ansatz. Projektträger ist das „Büro für Suchtprävention“ der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG), das im Auftrag des Familienministeriums die „FamTische“ für Rheinland-Pfalz als Familienprojekt konzipierte und startete. Landesweit werden im Rahmen des Projektes frühzeitig suchtpreventive Themen mit Eltern thematisiert und das Vertrauen in die eigene Erziehungskompetenz von Vätern und Müttern gestärkt. Eingebunden ist das Projekt in die Kampagne VIVA FAMILIA des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit.



Das Büro für Suchtprävention übernimmt im Rahmen der Koordination

- * die Installierung von Regionalen Standorten in Rheinland-Pfalz,
- * die Abstimmung und Vernetzung der Aktivitäten auf Landesebene,
- * die Schulung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Regionalen Standorten,
- * die Organisation des landesweiten Erfahrungsaustausches,
- * die Unterstützung der Regionalen Standorte mit Projektmaterial,
- * die Förderung der Öffentlichkeitsarbeit,
- * die Dokumentation der Ergebnisse.

Aktuell beteiligen sich in Rheinland-Pfalz acht Institutionen in Mainz-Bingen, Worms, Kusel, Trier, Alzey, Simmern, Speyer und Germersheim als „Regionale Standorte“. Partner sind in diesen Regionen primär Institutionen für Suchtprävention, Erziehung und Gesundheit, die ein Angebot für Eltern bereithalten. Sie stellen eine Mitarbeiterin, bzw. einen Mitarbeiter als Kontaktperson und verpflichten sich für ein Jahr zur aktiven Mitarbeit im Projekt. Die Fachkräfte übernehmen Kooperation mit anderen Institutionen in der Region die Suche nach Moderatorinnen-, bzw. Moderatoren, führen die Schulungen durch und begleiten die Moderatoren über den gesamten Projektzeitraum. Im Gegenpart bieten „FamTische“ den „regionalen Partnern die Möglichkeit, Themen aus der Beratungspraxis in die Diskussion von Eltern zu tragen und den Zugang zu Beratungsangeboten niedrigschwellig zu gestalten. So können auch solche Erziehende erreicht werden, die sich durch die konventionelle Bildungsarbeit wie Vorträge und Elternabende nicht angesprochen fühlen.

„FamTische....“ – Kein klassischer Elternkurs

„Zu Gast bei Familie...- FamTische“ unterscheidet sich deutlich von klassischen Bildungsangeboten, bei denen Eltern durch Fachleute zu einem bestimmten Thema wei-

tergebildet werden und in der Regel eine ausgewählte Erziehungsmethode in den Mittelpunkt gestellt wird.

„Zu Gast bei Familie...- *FamTische*“ hat dagegen zum Ziel

- * Erziehende zu Themen der Suchtprävention und Gesundheitsförderung in Gespräch zu bringen,
- * soziale Netzwerke für Erziehende zu schaffen und zu stärken,
- * den Zugang zu Hilfsangeboten für Eltern und Erziehende niedrigschwellig zu gestalten.

Die Praxis ist einfach gestaltet. Gastgeber laden 5 – 8 Gäste zu sich nach Hause zu einem „*FamTisch*“ ein, um über ein angekündigtes Thema zu diskutieren. Eine Moderatorin bzw. ein Moderator führt mit einem Filmbeitrag ins Thema ein und leitet die nachfolgende Diskussion. Abschließend bleibt Raum für informelle Kontakte. Die private, gesellige Atmosphäre der „*FamTische*“ ermöglicht den Eltern, persönliche Fragen und Anliegen zu formulieren und sich darüber auszutauschen. In zwanglosen Gesprächsrunden im privaten Umfeld erhalten Eltern die Gelegenheit, Themen der Suchtprävention und Erziehung zu diskutieren und individuelle Lösungsansätze zu entwickeln. Bei diesen Themen handelt es sich um Alltagssituationen aus dem Familienleben, wie beispielsweise der Fernsehkonsum, Regeln, Probierverhalten von Jugendlichen oder das Vorbildverhalten von Erwachsenen. Diese Vorgehensweise soll das Vertrauen in die eigene Erziehungskompetenz stärken und den Zugang zu den persönlichen Ressourcen von Vätern und Müttern eröffnen. Die erlebbare Vernetzung bietet gleichzeitig Wege aus der Isolation des eigenen Familienalltags.

Die Moderatorinnen und Moderatoren im Projekt

Doris U.-B. (38) aus Worms, Mutter von zwei Kindern und derzeit in der Erziehungszeit, ist eine von aktuell 50 Moderatoren und Moderatorinnen in Rheinland-Pfalz. Der gezielte Austausch zu Erziehungsthemen mit anderen Eltern ist für die gelernte Erzieherin der Hauptgrund im Projekt mitzuarbeiten. Eine pädagogische Berufsausbildung ist jedoch keine Voraussetzung für Moderatoren und Moderatorinnen. Polizisten, Tierpflegerinnen und zahlreiche andere Berufsgruppen moderieren im Projekt die „*FamTische*“. Ganz bewusst werden die „*FamTische*“ nicht von Fachpersonen für Suchtprävention, Gesundheit oder Erziehung moderiert.

Diese Gesprächsrunden zu leiten und Diskussionen zu moderieren, ist eine nicht immer ganz einfache Tätigkeit, die von den Moderatorinnen und Moderatoren viel Fingerspitzengefühl verlangt. Sie werden durch die Partner der „Regionalen Standorte“ auf die Moderation vorbereitet und während des gesamten Projektzeitraumes unterstützt.

Die „FamTische“

Die Moderatorin, bzw. der Moderator sucht im sozialen Umfeld Personen, die einen „*FamTisch*“ umsetzen möchten. Die Dauer wird auf etwa zwei bis drei Stunden festgelegt und kann morgens, nachmittags oder abends stattfinden. Die Gastgeber laden Eltern und Erziehende aus ihrer eigenen Umgebung zu einem Austausch ein. Die anwesenden Eltern entscheiden aufgrund der eigenen Erfahrungen, in welche Richtung sich die moderierte Diskussion entwickeln soll. Die Eltern werden ermutigt, die eigene Er-

ziehungssituation in den Blick zu nehmen. Grundlage für die Veranstaltungen ist eine wertschätzende Haltung der Beteiligten untereinander. Während der „FamTische“ wird keine perfekte Erziehungsmethode vertreten, sondern Wege und Ideen ausgetauscht. Das Gespräch während des „FamTisches“ findet in der Gruppe statt, ohne dass es sich auf die Fachkenntnisse einer Person zentriert. Denn die anwesenden Eltern sind die Spezialisten für ihren Erziehungsalltag und ihre Erziehungskompetenz steht hier im Mittelpunkt.

Für Fragen, die während des „FamTisches“ nicht gelöst werden können oder bei denen der Moderator, bzw. die Moderatorin den Eindruck hat, dass der Rat einer Fachkraft benötigt wird, stehen die regionalen Partner zur Seite. Doch zahlreiche Erziehungsthemen aus dem Alltag der Familie lassen sich in der Regel gut ohne Familientherapeut oder Kinderpsychologe diskutieren und lösen.

Und was kommt nach einem FamTisch?

Jeder „FamTisch“ findet nur einmal statt, weil die Gäste, die Gastgeber und die Themen bei den einzelnen Abenden wechseln. Für Eltern ist diese Form der Organisation entlastend, da es nicht um die Gründung einer neuen (weiteren) Gruppe handelt, die über einen längeren Zeitraum verpflichtet.

Aus der Gruppe der Teilnehmer findet sich meist ein neuer Gastgeber, der zu einem weiteren Thema wiederum Eltern und Erziehende aus seiner Umgebung zu sich einlädt.

In einigen Fällen entscheiden die Gäste eines „FamTisches“, sich in einem anderen Zusammenhang wieder zu treffen oder etwas gemeinsam zu unternehmen. Die Entwicklung ist ausdrücklich erwünscht und unterstützt das Ziel, Erziehende aus ihrer isolierten Situation zu lösen. Die nächsten Treffen finden dann nicht unter dem Titel „FamTische“ statt, denn „FamTische“ sind einmalig.

Alle aktuellen Termine, Regionalen Standorte und laufenden Informationen im Projekt finden Sie im Internet unter www.famtische.de.

 Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.	Weitere Informationen zum Projekt und zur Mitarbeit in Rheinland-Pfalz gibt: Büro für Suchtprävention Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) Karmeliterplatz 3 55116 Mainz Telefon: 06131/2069-24 Fax: 06131/2069-69 sbruening@lzg-rlp.de
--	---

Hilfe, mein Kind pubertiert! – Ein Kursangebot für Eltern pubertierender und experimentierender Jugendlicher

Dorothee Grotenrath, Drogenberatung Kontakt-Rat-Hilfe e. V., Viersen¹

Geschichte und unsere Motivation

Die Fachstelle für Suchtvorbeugung in der Drogenberatung Viersen arbeitet seit vielen Jahren im Rahmen von Beratungsgesprächen und Kriseninterventionen mit Jugendlichen und Familien.

Im Laufe der letzten Jahre steigerte sich kontinuierlich die Nachfrage nach „Hilfen zur Erziehung“. Information und Aufklärung traten mehr in den Hintergrund, konkrete Handlungsstrategien und Kommunikationshilfen traten hingegen viel stärker in den Vordergrund. Immer wiederkehrende Fragen seitens der Eltern:

- Wie kann ich Grenzen setzen?
- Wie soll ich reagieren?
- Wie gebe ich Orientierungshilfe?
- Welche Werte und Normen vertrete ich?
- Wie handele ich zuverlässige Absprachen aus?
- Sowie Fragen zur Sachinformation

Bei der Suche nach geeigneten Modellen und Konzepten wurden wir im Rahmen der grenzübergreifenden Zusammenarbeit in den Niederlanden fündig, wo ein solcher Kurs schon existiert. Unsere gute Zusammenarbeit ermöglichte uns bei einem solchen Kurs zu hospitieren, und wir entschieden uns zur Durchführung in modifizierter Form auf deutscher Seite.

Unser Netzwerk im Kreis Viersen nutzend boten wir den Elternkurs an und nach einigen Anlaufschwierigkeiten starteten wir im Sommer 2000 mit dem ersten Kurs.

Die Zielgruppe

Der Kurs richtet sich an Eltern mit Kindern zwischen 12 – 18 Jahren. Die Kinder sind dann in der Phase erste Experimente mit Suchtmitteln zu machen. Ausgangspunkt ist es, dass Kinder und Jugendliche in diesem Alter mit Alkohol und Drogen in Berührung kommen. Sei es in Form des Eigengebrauchs oder auch die Konfrontation mit Suchtmittelgebrauch im direkten Umfeld. In den meisten Fällen geht es dann um Alkohol und Cannabis (Haschisch und/oder Marihuana). Im geringeren Umfang kann es auch um das Experimentieren mit XTC, Speed und Pilzen gehen.

Einführung

Das Drehbuch (= Handbuch) beschreibt ein Kursprogramm von fünf Elternzusammenkünften. Das Programm ist für solche Eltern gedacht, die Unterstützung bei Erziehungsproblemen und oder mit Alkohol und Drogen (illegal) wollen.

Das Programm ist aber nicht alleine auf Erziehungsprobleme zum Thema Alkohol gerichtet, sondern auch Drogen machen einen Teil des Inhaltes aus. Der Hintergrund da-

¹ Text in Zusammenarbeit mit Michael Hartges, Fachstelle für Suchtvorbeugung, Viersen.

zu ist, dass im Erziehungsprozess Fragen bzgl. Alkohol und Drogen schwierig zu trennen sind.

Es wird davon ausgegangen, dass jedes Kind früher oder später mit Alkohol und Drogen in Verbindung kommt. Für Eltern ist es wichtig, dass sie über dieses Thema bestmöglich informiert sind, so dass sie ein gleichwertiger Gesprächspartner für ihre Kinder sind.

Am Ende hoffen wir, dass folgendes erreicht wurde:

- Eltern sind besser informiert und damit besser in der Lage die Themen Alkohol und Drogen zu besprechen.
- Eltern können besser mit ihren Kindern kommunizieren, auch wenn es um Alkohol und Drogen geht.
- Eltern sind sich ihrer Möglichkeiten bewusst, die sie haben ihre Kinder zu begleiten, wenn sie Alkohol und Drogen gebrauchen (Konsumbegleitung).

Anders ausgedrückt: Es ist für viele Eltern wichtig, dass Angst und Unwissenheit weggenommen werden. Bei dem Kurs werden sie ermuntert mit ihren Kindern über Alkohol und Drogen zu sprechen und es wird eingeübt, wie ein solches Gespräch sinnvoll verlaufen kann. Zum Schluss geben Eltern, die teilgenommen haben oft an, dass sie eine bessere Wahrnehmung bekommen haben für die Ursachen und Hintergründe des Experimentierverhaltens oder des Konsums ihrer Kinder. (Eltern sehen genauer hin.) Aus Angst vor Abhängigkeit konnten Eltern am Anfang diese Offenheit nicht aufbringen.

Grundriss des Kurses

Der Kurs besteht aus fünf Zusammenkünften von 2 ½ Stunden und einem Nachbereitungstreffen von 2 Stunden. Die Programme können auch separat gebraucht werden oder ausgewechselt werden. In dem Konzept hat man sich für folgende Reihenfolge entschieden:

Zusammenkunft 1: Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit Kennenlernen

Informationen zu den Suchtmitteln

Stadien des Gebrauchs

Kennzeichen von problematischem Gebrauch

Zusammenkunft 2: Eltern und Pubertierende Pubertät, Lebenswelt, Motive

Konfliktfähigkeit vergrößern

Normen und Werte

Zusammenkunft 3: Umgang mit schwierigen Erziehungssituationen Emotionen von Eltern

Ein offenes Gespräch

Sprechen über Alkohol und Drogen

Zusammenkunft 4 + 5: Verhandeln und Grenzen setzen

Erziehungsstile

Wünsche- und Wertekonflikt

Verhandeln

Evaluation

Besuch im Coffeeshop?

Bei jeder Zusammenkunft wird eine Hausaufgabe aufgegeben. Dies geschieht, um die Teilnehmer zu stimulieren in der Zwischenzeit zwischen den Kursabenden sich weiter mit dem Thema auseinanderzusetzen und darüber zu sprechen. Über eine Literaturliste oder speziell empfohlene Literatur können sich die Kursteilnehmer zusätzlich informieren.

Sechs bis acht Wochen nach der letzten Zusammenkunft folgt bei Wunsch ein Nachbereitungstreffen. Ziel des Treffens ist es, den momentanen Stand der Dinge zu besprechen. Erfahrungen werden ausgetauscht und reflektiert, an Hand der im Kurs gelernten Techniken und Informationen.

Erfahrungswerte und Perspektiven

Rückblickend auf den von uns durchgeführten Kursen stellen wir folgendes fest:

- Unsere Entscheidung nicht in der Beratungsstelle, sondern an einem neutralen Ort mit den Eltern zu tagen, machte uns und den Eltern den Einstieg ins Thema leichter.
- Die Gruppe hat sich im Laufe der Abende stark entwickelt, so dass sogar mehrheitlich der Wunsch nach weiterer Zusammenarbeit formuliert wurde.
- Es gelang den Teilnehmern ihre Scheu abzulegen und ihre Alltagssituationen offen anzusprechen. Als besonders hilfreich erwiesen sich hier die durch uns gestellten Hausaufgaben, bzw. damit gemachten Erfahrungen.
- Auswertungsgespräch und Evaluationsbögen ergaben in der Summe eine gute bis sehr gute Bewertung des Kurses seitens der Teilnehmer.
- Viele Anregungen des Kurses probierten die Eltern in ihren Familien aus.

Zitat 1: Es motiviert zu experimentieren in Erziehungsfragen und eingefahrene Gleise zu verlassen.“

Zitat 2: „Wir sind als Ehepartner über diese angesprochenen Themen mehr im Gespräch gewesen.“

Schließen wir unser Resümee mit der Äußerung eines/-r Teilnehmer/-in, die/der auf dem Auswertungsbogen auf die Frage: „In welchem Maß erfüllte der Kurs ihre Erwartung?“ schrieb:

Zitat: „Praxisnähe sehr gut, d. h. keine Belehrungen von oben herab, sondern jeder von uns konnte selbst zu einem Ergebnis gelangen.“

Wenn im Zusammenhang mit dem Kurs, sicherlich leicht missverständlich, auch vom „Elternführerschein“ die Rede ist, so war es unsere Absicht und unser Ziel nicht für die Eltern am Lenkrad zu sitzen, sondern ihnen mehr Fahrsicherheit zu geben und Handlungskompetenzen zu vermitteln.

Die Nachfrage im Kreis Viersen nach weiteren Elternkursen ist hoch, und trotz unserer vielfältigen anderen Verpflichtungen wollen wir dieses Projekt weiterführen.

Workshop II: Suchtvorbeugung mit Kindern

„Kinder stark machen – Umgang mit Konflikten“ im Rahmen des Landesmodellprojektes „Suchtvorbeugung in Kindertagesstätten“ der Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz (LZG)

Gesine Otto, Sozialagentur kommstruktiv, Mainz

Ein Herzlich-Willkommen-Schild begrüßte die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops an der Tür und anschließend empfing sie ein folgendermaßen gestalteter Raum: Auf jedem Stuhl lag ein Flyer zum Projekt, auf dem Boden in der Raummitte befand sich ein schillerndes Tuch mit einem Playmobilmotorrad und außen herum erwartete jeden Anwesenden eine kleine symbolische Süßigkeit, an der Seite befanden sich ein Materialtisch mit u. a. der Projekt-Dokumentation und zwei Handpuppen sowie ein Büchertisch, an den Wänden hingen thematische Sprüche (vgl. letzte Seite) und es war thematische Musik zu hören. Nach einer Begrüßung, einer kurzen Vorstellung von mir, der Referentin, und meinen beiden Praktikantinnen Anna Brogt und Stephanie Wolf plus einem kleinen Kennenlernen der Anwesenden stellte ich das Programm für den heutigen Workshop vor – hier in der Dokumentation wird es tlw. etwas ausführlicher:

- Begrüßung, Kurzes Kennenlernen, Vorstellung Ablauf und Ziel des Workshops
- Baustein A: Reflektion und Erweiterung des eigenen Handlungsrepertoires anhand dargestellter Hintergründe zum Thema „Umgang mit Konflikten“
- Baustein B: Projektvorstellung: „Kinder stark machen – Umgang mit Konflikten“ im Rahmen des Landesmodellprojektes „Suchtvorbeugung in Kindertagesstätten“ der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz (LZG)
- Kurze Auswertung des Workshops, Abschied

Zusammenfassung der im Workshop dargestellten und erarbeiteten Inhalte:

Vorbemerkung: Wenn wir als Pädagoginnen und Pädagogen uns mit dem Umgang mit Konflikten auseinandersetzen, sollten wir neben der ersten auch die drei anderen Ebenen bedenken:

1. Ein/e Pädagoge/in ist anwesend, wenn sich mindestens ein Kind mit mindestens einem anderen Kind streitet
2. Ein/e Pädagoge/in streitet sich mit mindestens einem Kind
3. Ein/e Pädagoge/in streitet sich mit mindestens einem/r anderen Pädagogen/in
4. Ein/e Pädagoge/in streitet sich mit mindestens einem/r Vorgesetzten

Ziel für die Anwesenden beim Workshop

„Ich reflektiere und erweitere mein Handlungsrepertoire im Umgang mit Konflikten und ich erfahre Informationen zum entsprechenden Projekt für Kindertagesstätten.“

Aus zeitlichen Gründen hatte dieser Workshop natürlich nur erste Impulse geboten. Für manche Pädagogen bzw. Pädagoginnen sind es bekannte Inhalte mit für sie tlw. neuen Begriffen. Und für viele Pädagogen bzw. Pädagoginnen klingen die Inhalte womöglich zu einfach (vielleicht wäre es ihnen „lieber“, ich würde ihnen z.B. Chinesisch beibringen, das „klingt immerhin schwierig“), jedoch die Verwirklichung der hier aufgeführten Inhalte ist dann erfahrungsgemäß unerwartet schwer ...

Baustein A:

Reflektion und Erweiterung des eigenen Handlungsrepertoires anhand dargestellter Hintergründe zum Thema „Konflikt“

Als Einstieg überraschten die Praktikantinnen die Anwesenden mit einem kleinen Anspiel, indem sie beide plötzlich von ihrem jeweils gegenüberliegenden Platz aufsprangen, in die Kreismitte stürmten und sich um das dort liegende Playmobilmotorrad stritten. Dabei fielen hauptsächlich folgende Sätze: „Gib her!“ - „Nein!“ - „Ich hab’s zuerst gesehen!“ - „Ist mir doch egal!“ - „Du bist gemein!“ – „Du bist ja nur neidisch!“ - etc.. Mit Beifall beendeten wir das Anspiel, das ich nun als anschauliche Grundlage für die nächsten Schritte verwendete:²

1. Weg eines Konfliktes³

Schritt 1:	Situation	–	außen =	sichtbar
------------	-----------	---	---------	----------

- Es findet etwas statt, das für jeden Anwesenden = Beteiligten sichtbar ist
- In unserem Beispiel wollen zwei Kinder den gleichen Gegenstand haben (Playmobilmotorrad), ein/e Pädagoge/in sowie andere Kinder sind anwesend

Normalerweise setzen wir uns direkt nach diesem ersten Schritt mit dem Schritt der Reaktion seitens der Pädagoginnen und Pädagogen auseinander, sprich wir suchen nach einer Lösung und nach einem konstruktiven Umgang mit der Situation.

Dazwischen sollte jedoch meiner Meinung nach noch der Schritt beachtet werden, der mit der jeweiligen individuellen Ausrichtung zu tun hat, sprich mit der Persönlichkeit des/r Pädagogen/in, da ausgelöst durch das, was außerhalb der Person stattfindet, auch innerhalb ihr etwas stattfindet, zwar in Sekundenschnelle, jedoch mit großer Wirkung.⁴

Denn nur die Berücksichtigung der Kombination aus der jeweiligen Situation und der jeweiligen Person bzw. Persönlichkeit führt zu einer ganzheitlichen und realistischen Betrachtungsweise innerhalb des Umgangs mit Konflikten.

Dabei geht es nicht um eine „falsche“ oder „richtige“ Persönlichkeit und auch nicht um eine „falsche“ oder „richtige“ Reaktion, sondern es geht um die Reflektion der eigenen Strategien und Tendenzen hinsichtlich der Frage nach deren jeweiligen Förderlichkeit oder Hinderlichkeit speziell für eine konkrete Situation. Das häufig angeführte Argument: „Es kommt darauf an ...“ zeigt, dass es dem/der Einzelnen wichtig ist, sein/ihr eigenes Verhalten mit verschiedenen Aspekten in Beziehung zu setzen, so dass sein/ihr Gegenüber dieses Verhalten nicht als allgemeingültig ansehen soll.

² Wenn mehr Zeit zur Verfügung steht, sammle ich mit TeilnehmerInnen Konflikterfahrungen aus deren pädagogischen Alltag, so dass wir dann die folgenden Inhalte an einem dieser Beispiele erarbeiten, was den Transfer auf den eigenen Arbeitsalltag erleichtert. Den hier verwendeten Streit um ein Playmobilmotorrad hatte eine Ulzener Schulpsychologin erlebt.

³ Den hier beschriebenen „Weg eines Konfliktes“ entwickelte ich in Zusammenarbeit mit meinem Mainzer Kollegen Uli Sander (Sozialpädagoge und Mediator)

⁴ Friedemann Schulz von Thun beschreibt in einem seiner Bücher eine sehr interessante mir-selbst-gerechte sowie situationsgerechte Kommunikation (Literaturangabe auf der übernächsten Seite)

a) Deutung

Dies ist eine Frage an die eigene Haltung: Wie stehe ich konkreten Situationen zunächst gegenüber? Meine Antwort ist geprägt von den eigenen Erfahrungen, aufgrund derer ich jede neue Situation bewerte.

- Deutung / Bewertung: „**Das ist ein Konflikt.**“⁵
Dahinter können folgende Haltungen stehen – wie gesagt, jeweils abhängig von der Situation und von einem selbst:

a) Vermeiden: „Oh weh! Ein Konflikt ...“

Die deutende Person vermeidet Konflikte – z.B. weil sie harmonieorientiert ist, weil sie im vorgesehenen Programm weitermachen möchte, weil sie Streit als etwas Unangenehmes empfindet. Diese Haltung ist sehr verbreitet, sprich sie ist nichts Ungewöhnliches, sie ist auch nicht „falsch“ bzw. „schlimm“ oder etwas, das abgeschafft werden sollte, sondern diese Haltung ist verständlich und menschlich, und natürlich kann auch mit dieser Haltung ein/e Pädagoge/in einen gesunden Umgang mit Konflikten leben, da jeder Mensch in seinem Alltag mit Konflikten zu tun hat, seine Strategien im Umgang mit ihnen entwickelt und diese als mehr oder als weniger förderlich erlebt.

b) Forschen: „Aha, ein Konflikt ...“

Die deutende Person ist neugierig – z.B. darauf, wie die Kinder damit umgehen, dass sie beide dasselbe haben wollen, oder darauf, wie die anderen Kinder um sie herum auf den Konflikt reagieren

c) Verändern: „Hurra, ein Konflikt!“

Die deutende Person ist streitlustig – z.B. weil lange nichts Aufregendes passiert ist oder weil sie generell Streit gut / spannend findet

d) Grundsätzliche negative Einstellungen: „Das ist eine schwierige / gefährliche / nervige / störende / ... Situation“

Die deutende Person steht Konflikten negativ gegenüber – z.B. weil sie keine oder wenige positiven Erfahrungen mit Konflikten machen konnte

e) Grundsätzliche neutrale bis positive Einstellungen: „Das ist eine lebendige / beziehungsfördernde / weiterbringende / verändernde / klärende / ... Situation“

Die deutende Person steht Konflikten neutral bis positiv gegenüber – z.B. weil sie entsprechende Erfahrungen sammeln konnte

- Deutung / Bewertung: „**Das ist kein Konflikt.**“
Dahinter können folgende Haltungen stehen: Diese Situation ist z.B. eine Diskussion, diese Situation kann passieren bzw. gehört zum normalen Alltag, die Situation brauche ich nicht ernst zu nehmen etc.

⁵ Ein Konflikt zwischen Menschen ist eine Situation, die für mindestens einen Beteiligten schwierig ist (stark vereinfachte Form der Definition von Friedrich Glasl / Salzburg).

b) Gefühl, Interesse, Bedürfnis, Wunsch, Motiv

Dies ist eine tiefere Frage an mein Innenleben, sie hat mit Selbstreflexion zu tun und dafür bedarf es hauptsächlich an Motivation, Zeit, Ehrlichkeit und Mut.

Der Bereich der Gefühle

Ich bin z.B. genervt, verärgert, wütend, neugierig, gespannt, traurig, enttäuscht, gestresst, froh (z.B. da sich nun endlich etwas klärt), verwirrt / verunsichert, etc..

Der Bereich der Interessen und Bedürfnisse

Meine Interessen als Pädagogin bzw. Pädagoge könnten sein, dass ich möchte, dass der Streit aufhört bzw. die Kinder sich schnell einigen, da ich Streit vermeiden möchte, weil es mir unangenehm ist, wenn Menschen so miteinander umgehen.

Meine dahinter liegenden Bedürfnisse könnten sein, dass mir Harmonie wichtig ist, da ich sie benötige, um mich auf meiner Arbeit wohl zu fühlen, was zugleich mein Ziel sein könnte. Hierzu passt das so genannte Eisberg-Modell – dies ist auf der übernächsten Seite in Verbindung mit den Interessen und den Bedürfnissen der beiden Kinder dargestellt. Weitere Bedürfnisse: Respekt/Wertschätzung/Anerkennung, Sicherheit, Gesundheit, Selbstbestimmung, Vision verwirklichen, Weiterentwicklung,

Der Bereich der Inneren Stimmen

In mir lebt laut Herrn Schulz von Thun ein so genanntes „Inneres Team“ mit verschiedenen Teammitgliedern, die mir jeweils ihre Botschaft vermitteln wollen. Ich kann mich fragen, welche Stimmen tauchen in der konkreten Situation X in mir auf? Oftmals sind diese Stimmen nicht im Einklang miteinander, sondern „wuseln durcheinander“, so dass ich es dann mit zwei Konflikten gleichzeitig zu tun habe, einem außerhalb plus einem innerhalb meiner Person.⁶

c) Entscheidung

Ich überlege:

- Gehe ich dazwischen, indem ich eines der streitenden Kinder herausziehe und somit zunächst erst einmal de-eskalierend eingreife?
- Beobachte ich erst einmal?
- Ignoriere ich das Verhalten der Kinder bzw. gehe nicht darauf ein?
- Verwirre ich die Kinder auf eine freundliche bzw. respektvolle Art, um den Streit zu de-eskalieren?
- Informiere ich eine Kollegin bzw. eine Kollegin?
- Informiere ich die Eltern?
- Drohe ich den Streitenden?
- Vermittle ich zwischen den Streitenden?
- Appelliere ich die Streitenden an die hier geltenden Regeln?
- Werde ich laut?
- Werde ich leise?
- Schnappe ich mir den Einen und bestrafe ihn?
- Schmeiße ich den Anderen aus dem Raum / dem Haus raus?
- etc.

⁶ vgl. das geniale Buch: Friedemann Schulz von Thun: „Miteinander Reden – Das `Innere Team` und situationsgerechte Kommunikation“, Band III (Reinbek / HH: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 1999)

Der Schritt zur Person mit a, b und c läuft wie gesagt in Sekundenschnelle ab, uns ist er in der Regel auch nicht bewusst, da wir in der konkreten Situation meist keine Zeit dafür haben. Diese hier stattfindende künstliche Verlangsamung macht uns unsere inneren Prozesse bewusst, die unser Handeln beeinflussen, so dass wir dadurch eine Basis für einen bewussteren und evtl. vielseitigeren Umgang gewinnen können.

Schritt 3: Reaktion / Verhalten – außen = sichtbar

Jetzt wird für jeden Anwesenden der jeweilige Umgang mit der Situation sichtbar: Verhalte ich mich entsprechend meiner innerlich getroffenen Entscheidung? Oder halte ich eine andere Reaktion als die zunächst innerlich getroffene Entscheidung für angemessener und verhalte mich doch anders als ich es vorhatte?

Im Umgang mit Konflikten passiert also folgendes:

I	Situation	Die konkrete Situation
plus		und
II	Person	die Person mit ihren Erfahrungen, Deutungen, Gefühlen, Interessen, Bedürfnissen, Inneren Stimmen, Stärken und Schwächen bzw. Tendenzen
macht		beeinflussen
III	Reaktion	die Reaktion .

Es gibt keine richtige und keine falsche Reaktion,
sondern jeweils in Bezug auf eine Situation förderliche und hinderliche Reaktionen,
die jeweils eine bestimmte Haltung der Person aufzeigen.

Es gibt nicht „eine einzig wahre“ förderliche Reaktion,
die in allen Situationen und für alle Personen passt,
sondern wir sollten

unser eigenes Handlungsrepertoire für **Reaktionen** reflektieren und erweitern
plus uns mit unseren **persönlichen** Erfahrungen, Stärken und Schwächen bzw. Tendenzen auseinandersetzen,
um mit zukünftigen Konflikt-**Situationen** bewusster umgehen zu können.

Im Folgenden werden unterschiedliche Reaktionsmöglichkeiten durchleuchtet.

2. Das Eisberg-Modell aus der Konflikttheorie

Eine gewinner-orientierte Lösung erfordert, Hintergründe zu vorgetragenen Positionen bzw. gezeigtem Verhalten zu erforschen und mit zu bedenken, also nicht an der Oberfläche stehen zu bleiben, sondern tiefer zu gehen – sozusagen den „Eisberg hinab zu tauchen“. Damit das Eisberg-Modell, das meiner Meinung nach die Basis für einen gesunden Umgang mit Konflikten darstellt, nicht als allgemeine Formel untergeht, wendete ich es direkt auf unser Beispiel an. Und um einen Perspektivenwechsel und dadurch evtl. ein Verständnis für die jeweils anderen Beteiligten zu unterstützen, erhielt jeder einen eigenen Eisberg (hier jetzt in Form einer Tabelle). In den Bildern des Workshops wurde deutlich, dass sich die Beteiligten auf der untersten Ebene annähern können, wenn sie ähnliche Bedürfnisse verfolgen. Für die unteren Ebenen sind X Möglichkeiten denkbar – diese hier erlebte eine Ulzener Schulpsychologin:

ÜBER DER OBERFLÄCHE

Kind A	Kind B	PädagogIn
<i>Position, Verhalten</i> „Ich will das Playmobil-motorrad haben!“	<i>Position, Verhalten</i> „Ich will das Playmobil-motorrad haben!“	<i>Position, Verhalten</i> „Hört auf, Euch zu streiten!“

UNTER DER OBERFLÄCHE

Kind A	Kind B	PädagogIn
<i>Interesse</i> ... weil es so schön fährt.	<i>Interesse</i> ... weil es so silbern glitzert.	<i>Interesse</i> ... weil ich Streit nicht mag.
<i>Bedürfnis</i> Ich will ernst genommen werden.	<i>Bedürfnis</i> Ich will ernst genommen werden.	<i>Bedürfnis</i> Ich will ernst genommen werden.

Anwenden des Eisberg-Modells im Alltag

Als Pädagogin bzw. als Pädagoge kann ich streitende Kinder fragen, warum sie X wollen oder warum sie X nicht wollen. Je nachdem, wie alt die Kinder und wie vertraut ihnen diese Form des Umgangs mit Konflikten ist, benötigen sie dabei intensivere Unterstützung: Der/die Pädagoge/in kann sich in die Kinder einfühlen, sich darüber den jeweiligen (Hinter-)Gründen annähern und dann seine/ihre Vermutungen den Kindern als Frage nach dem Prinzip „Versuch und Irrtum“ anbieten: z.B. „kann es sein, dass Du X möchtest, weil ...?“. Die Kinder können dann daraufhin den angebotenen Grund ablehnen, annehmen oder ihn als Brücke zu dem zutreffenden Grund verwenden.

Dadurch erhält der/die Pädagoge/in eine Art Hebammen-Funktion, da er/sie andere Menschen dabei unterstützt, dass sie etwas von sich nach außen bringen, das bis dahin in ihnen verborgen war. Dies kann über die „Zwiebel-Methode“ geschehen: Frage: „Warum willst Du X?“ Antwort: „Weil Y.“ Frage: „Warum ist Dir Y wichtig?“ Die Antwort darauf deutet dann auf untere Schichten des Eisberges hin.

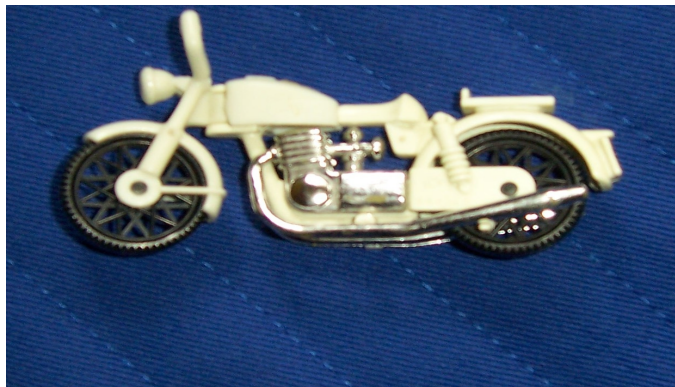
Insgesamt ist dies die Frage danach, was in den jeweiligen Menschen vorgeht, was sie brauchen, was sie ärgert, was sie sich wünschen etc. – dies passt zu dem oben erwähnten Modell „Inneres Team“ von Herrn Schulz von Thun.

(Streitende) Menschen - wie in unserem Beispiel die beiden Kinder - haben jeweils einen Grund, warum sie sich so verhalten, wie sie sich verhalten.

Mit der Haltung, fair zu streiten,
begeben wir uns auf die Suche nach diesem Grund,
wir begeben uns auf die Suche nach den Bedürfnissen der Beteiligten,
die in der konkreten Situation – hier ausgelöst durch das Playmobilmotorrad –
nicht erfüllt werden.

An diesem Playmobilmotorrad
„kleben“ sozusagen bestimmte Interessen und Bedürfnisse,
die im Verborgenen liegen und darauf warten, erfüllt zu werden.

Die Rolle von uns Pädagogen bzw. Pädagoginnen
hat dadurch auch etwas „krimihaftes“ an sich,
da es eine Suche nach den Motiven der Beteiligten ist
– inklusive unserer eigenen.



In Konflikten werden die Bedürfnisse von mindestens einem Beteiligten nicht erfüllt. Ein fairer Umgang mit Konflikten bedeutet dann das Verhandeln von Bedürfnissen – auch die der Pädagogin bzw. des Pädagogen.

Dafür benötigen wir alle eine faire (plus den Klientinnen und Klienten angemessene Ausdrucksweise) Sprache. In Seminaren, Fortbildungen, Elternabenden, Projekten etc. erarbeite ich an den Beispielen der jeweiligen Anwesenden unser so genanntes „Killer- und Türöffner-Modell“. Dies bietet (nicht nur) für den pädagogischen Alltag konkretes Handwerkszeug, auf angemessene Weise unfaire Ausdrucksformen in faire zu verwandeln, ohne dabei den Inhalt zu verändern, um den es der Senderin/dem Sender eigentlich geht. Dann kann ein fairer Streit entstehen: Die Interessen und Bedürfnisse sind die Leitlinie, ich „kämpfe“ für das, was mir wichtig ist, ohne dabei gegen mein Gegenüber anzukämpfen – und wenn es sein sollte, dass ich gegen mein Gegenüber „kämpfen“ möchte, dann sollte auch dies auf eine faire Art passieren.

Im Workshop demonstrierte ich mit den beiden Praktikantinnen recht eindrucksvoll folgenden Haltungs-Unterschied an unserem Beispiel „Playmobilmotorrad“:

Situations-Beispiel: „Streit um ein Playmobilmotorrad“

Haltung bei einem unfairen Streit:

„**Du** bist das Problem!“

Diese Einstellung zielt gegen den (ganzen) Menschen.

Haltung bei einem fairen Streit:

„Unser Problem ist, **wir** haben nur ein Playmobilmotorrad!“

Diese Einstellung zielt auf die Sache – hier: die Situation.

„Sei hart in der Sache und weich zu dem Menschen.“⁷

Bei einem fairen Streit gehen alle Beteiligten zufrieden aus der Situation heraus, da dabei bedürfnisorientiert und gewinnerorientiert vorgegangen wurde. Sie erleben, dass sie in ihren Bedürfnissen ernst genommen werden – idealerweise bekommen alle etwas von dem, was sie möchten. Die Wahrscheinlichkeit, dass mein Gegenüber auch das macht, was ich möchte, ist natürlich deutlich höher, wenn ich dabei auch beachte, dass mein Gegenüber auch etwas brauchen könnte und dass ich ihm dies ggf. im Gegenzug entsprechend ermögliche – sozusagen ein Nehmen und Geben.

Mediation

Die hier dargelegten Ausrichtungen entsprechen fairem Verhandeln und Fairness und grundsätzlich der Haltung der Mediation: Mediation bedeutet die Vermittlung in Konflikten, indem alle Beteiligten mit einer neutralen Person – dem/der Mediator/-in – nach einer tragfähigen Lösung für ihre Situation suchen. Dabei sind die Beteiligten für die Inhalte und die Lösung und der/die Mediator/-in für den Rahmen und den Prozess verantwortlich. Dabei orientiert sich der/die Mediator/-in an fünf Phasen und der dahinter liegenden Haltung. neben dieser klassischen Mediationssitzung kann in Form mediativen Arbeitens die Haltung der Mediation auf unterschiedlichsten Wegen transportiert werden – diese erarbeite ich mit Gruppen in Fortbildungen, Workshops oder Projekten u. a. rund um Kindertagesstätten oder ich stelle sie bei Vorträgen, Elternabenden etc. vor.

⁷ Fisher, Roger; Ury, William; Patton, Bruce: „Das Harvard-Konzept – Sachgerecht verhandeln – erfolgreich verhandeln“ (Frankfurt a.M.: Campus Verlag, 1998)

3. Übersicht der Lösungsarten

Die konkreten Unterstellungen sind nur Beispiele von X möglichen und dienen dazu, Ihre Phantasie für weitere anzuregen.

1.) Verlierer-Verlierer-Lösungen (dies ist ein feststehender Begriff und von daher erlaube ich mir hier die rein männliche Form)

Kind A	Kind B	Pädagogel/in
Verlierer: Bekommt das Playmobil-motorrad abgenommen	Verlierer: Bekommt das Playmobil-motorrad abgenommen	Verlierer: Fühlt sich nicht gut durch sein / ihr machtvolleres Einschreiten und da durch beide Kinder zu verärgern bzw. zu enttäuschen – ebenso fühlt er/sie sich nicht gut, da er/sie von den Kindern gezwungen wird, auf deren Streit zu reagieren

Diese Stufe kann sinnvoll sein, wenn sich z.B. zwei Kinder um ein Messer oder eine Schere streiten. In meinen Projekterfahrungen bewerten Kinder Verlierer-Verlierer-Lösungen auch als fair, da „dann zumindest keiner was von hat.“

Ein zunächst machtvolleres Einschreiten kann also förderlich sein, um einen Konflikt zu de-eskalieren. Geklärt ist der Konflikt dann aber noch nicht – dies kann dann angelehnt an das Eisberg-Modell eintreten, indem der/die Pädagoge/-in mit den Kindern erarbeitet, was sie jeweils mit dem Messer oder mit der Schere wollten. Und wenn das Ergebnis sein sollte, dass sich die Kinder aus dem Grund X gegenseitig ärgern wollten, sollte gemeinsam ausgehandelt werden, in welchem Rahmen dies fair passieren kann, so dass es für beide Kinder in Ordnung ist – z.B. über „ein Spaßkämpfchen mit Regeln“.

2.) Verlierer-Gewinner-Lösungen

Kind A	Kind B	Pädagoge/in
Verlierer: Bekommt das Playmobilmotorrad weggenommen, fühlt sich aber im Recht und dadurch von dem/der Pädagogen/in nicht verstanden etc., ärgert sich	Gewinner: Spielt mit dem Playmobilmotorrad, fühlt sich im Recht, fühlt sich von dem/der Pädagogen/in verstanden etc., freut sich	Verlierer: Findet diese Form der Lösung ungerecht und fühlt sich dadurch nicht gut
Gewinner: Spielt mit dem Playmobilmotorrad, fühlt sich im Recht, fühlt sich von dem/der Pädagogen/in verstanden etc., freut sich	Verlierer: Bekommt das Playmobilmotorrad weggenommen, fühlt sich aber im Recht und dadurch von dem/der Pädagogen/in nicht verstanden etc., ärgert sich	Verlierer: Findet diese Form der Lösung ungerecht und fühlt sich dadurch nicht gut
Verlierer: Bekommt das Playmobilmotorrad abgenommen	Verlierer: Bekommt das Playmobilmotorrad abgenommen	Gewinner: Hat sich durchgesetzt und fühlt sich dabei gut

3.) Gewinner-Gewinner-Lösungen

Kind A	Kind B	Pädagoge/in
½ Gewinner: Bekommt im Wechsel mit Kind B das Playmobil-motorrad zum Spielen	½ Gewinner: Bekommt im Wechsel mit Kind A das Playmobil-motorrad zum Spielen	½ Gewinner: Ist zufrieden, da der Streit aufgehört hat
Gewinner: Pädagoge/in hat mit ihm sein Bedürfnis herausgefunden; Kind A sucht nun mit Kind B nach einem zweiten Gegenstand, der auch fährt oder der auch silbern glitzert, ist froh, da sein Bedürfnis gesehen und ernst genommen wurde	Gewinner: Pädagoge/in hat mit ihm sein Bedürfnis herausgefunden; Kind B sucht nun mit Kind A nach einem zweiten Gegenstand, der auch fährt oder der auch silbern glitzert, ist froh, da sein Bedürfnis gesehen und ernst genommen wurde	Gewinner: Freut sich, da der unfaire Streit zu einem fairen Streit wurde; dabei haben beide Kinder erlebt, dass Konflikte auch fair gelöst werden können, indem die jeweiligen Interessen und Bedürfnisse berücksichtigt werden

Beim konstruktiven / fairen Umgang mit Konflikten geht es also NICHT darum, wer angefangen hat oder wer schuld ist – sondern es geht um das, was die Streitenden jeweils BRAUCHEN !!!
 - plus ggf. ihnen Möglichkeiten anbieten,
 so dass sie herausfinden können, was sie brauchen,
 wenn sie es nicht selbst formulieren können bzw. von sich aus wissen.

4. Das Eisberg-Modell zum Thema „Rauchen“

Ein gesunder Umgang mit Konflikten orientiert sich an Interessen und Bedürfnissen. Dies verdeutlichte ich im Workshop zum Thema „Rauchen“ und dem Eisberg-Modell:

ÜBER DER OBERFLÄCHE

Klient/in	
<i>Position</i>	„Ich will mit dem Rauchen aufhören!“

UNTER DER OBERFLÄCHE

Klient/in	
<i>Interesse</i>	... weil es ungesund ist.
<i>Bedürfnis</i>	...weil ich nicht so ungesund leben will.

Dies ist eine **negativ-orientierte Herangehensweise**, da hier das Ziel ist, **etwas nicht (mehr) zu tun** – dies nennt man auch ein „Weg-von-Ziel“. Mit einem Weg-von-Ziel vor Augen mache ich es mir unnötig schwer, da das Unterbewusstsein das Wort „nicht“ nicht aufnehmen kann. Bewusstes und unbewusstes Ziel widersprechen sich, ich „kämpfe“ gegen mein Unterbewusstsein plus für eine Verhaltensänderung.

Bei einer **positiv orientierten Herangehensweise** nehme ich mir vor, **etwas bestimmtes (mehr) zu machen** – ich habe dann ein so genanntes „Hin-zu-Ziel“ vor Augen. Damit ist das Unterbewusstsein „mit im Boot“ und es zieht mich in die gleiche Richtung wie das Bewusstsein. Eine Orientierung hin zu einem bewussteren Umgang mit positiv formulierten Bedürfnissen kann einem vieles erleichtern.

Auch über die **Titel von Veranstaltungen** werden bestimmte negativ- oder positiv-orientierte Haltungen transportiert, tlw. unbeabsichtigt vom/von der Namensgeber/in:

- z.B. ein Anti-Aggressions-Training oder ein Anti-Gewalt-Training arbeitet gegen etwas (wobei Aggressionen in bestimmten Situationen sehr förderliche Anteile haben, meiner Haltung würde ein Training für den positiven Umgang mit negativen Aggressionen eher entsprechen – klingt mir aber zu kompliziert)
- z.B. ein Fairness-Training oder ein Projekt „Fair Streiten“ arbeitet für etwas.

Ein meines Erachtens „idealer Weg durch den Eisberg“:

1. Oben steht „Ich will aufhören zu rauchen.“
2. Weg nach unten gehen bzw. „tiefer tauchen“ durch Selbstreflexion – alleine oder mit Hilfe z.B. eines/r Pädagogen/in: Warum rauche ich bzw. was sind meine Interessen und Bedürfnisse, die ich mit dem Rauchen erfüllen kann? (ggf. positive Formulierung)
3. Unten angekommen: Beispiel für ein Ergebnis = Ich will Entspannung
4. Weg wieder nach oben einnehmen und sich eine Form der Bedürfnisbefriedigung überlegen, die mehr den eigenen Lebensvorstellungen entspricht
5. Oben angekommen: Ergebnis-Beispiel = Gesunde Formen für Dampf ablassen, z.B. Ich renne einmal ums Haus; ich gehe joggen; ich sage meiner Umgebung, was mich gerade stört, etc..

Positiv-orientierte Herangehensweise

ÜBER DER OBERFLÄCHE

Klient/in	
<i>Position</i>	Warum rauche ich?

UNTER DER OBERFLÄCHE

Klient/in	
<i>Interesse</i>	... weil ich Dampf ablassen will.
<i>Bedürfnis</i>	... weil ich Entspannung will.

Ansatz

Das unten liegende Bedürfnis ist verständlich, menschlich legitim etc., aber evtl. die oben ausgedrückte Form nicht – demzufolge sollte der Fokus darauf liegen, das Verhalten (das WIE) zu verändern, nicht aber das Bedürfnis (das WAS). Dabei geht es um eine angemessene Flexibilität in den Positionen und im Verhalten, die eigenen Bedürfnisse zu befriedigen. Ebenso geht es um die Fähigkeit der Kreativität für eine entsprechende Auswahl an Strategien bzw. ein entsprechendes Handlungsrepertoire.

In Seminaren, Fortbildungen, Elternabenden, Projekten etc. zum Fairen Umgang mit Konflikten gehe ich diesen Weg durch den Eisberg mit unserem „Killer- und Türöffner-Modell“ sowie unserem „Treppen-Modell“.

5. Vervollständigung „Weg eines Konfliktes“

Mit dem Herausarbeiten der Interessen und Bedürfnisse der Beteiligten plus der jeweiligen Gefühle stellt sich in der Regel heraus, dass es mindestens eine Ursache für die Situation gibt, die für mindestens eine Person zu einem Konflikt geführt hatte:

Schritt O	Ursachen / Vorgeschichte	–	außen / innen
-----------	--------------------------	---	---------------

Mögliche Ursachen für Konflikt-Situationen können sein: Angst, bisheriges Erleben der anderen Person (gemeinsame Geschichte), mangelnde Transparenz, Neugier, Unachtsamkeit, Unehrlichkeit, Unsympathie, schlechte Laune, strukturelle Rahmenbedingungen, Ungerechtigkeitsempfinden, Wut, Zeitdruck, ...

6. Ebenen der Lösungsarten

In der Regel sind Kinder wie wir Pädagoginnen und Pädagogen folgendes gewohnt: Viele Entscheidungen im Alltag finden auf der Machtebene statt, meistens als Verlierer-Verlierer- oder als Verlierer-Gewinner-Lösung, basierend auf der Frage, wer angefangen hat oder wer schuld ist:
(bitte stellen Sie sich die folgenden beiden Darstellungen jeweils als Dreieck vor)

M A C H T

REGELN / RECHT

VERMITTLUNG

Fairer wäre dieses Verhältnis:

MACHT

REGELN / RECHT

V E R M I T T L U N G

Bei der fairen Variante bleibt die Machtebene erhalten, da es Konflikte gibt, die auf der Machtebene entschieden bzw. zunächst de-eskaliert werden müssen – wenn sich z.B. Kinder um ein Messer streiten. Macht muss in manchen Situationen angewendet werden – nicht alles kann vermittelt oder geregelt werden.

Bei der fairen Variante geht es darum, so oft wie möglich Konfliktlösungen über Vermittlung oder auch über Regeln anzustreben, es geht um eine Haltung und das eigene Menschenbild: wie gehe ich mit Menschen in Konflikten bzw. überhaupt mit Menschen um.

Auch nach der machtvollen Wegnahme des Messers kann der Umgang mit Konflikten noch fair werden, wenn sich Pädagoginnen und Pädagogen mit den Beteiligten auseinandersetzen, was sie damit jeweils wollten und warum – dann folgt idealerweise eine Orientierung an den jeweiligen Interessen und Bedürfnissen der Beteiligten sowie ein Verhandeln über einen konstruktiven Umgang mit diesen Interessen und Bedürfnissen.

In diesem Zusammenhang noch ein Blick auf Faires Verhandeln

Warum soll die eine Seite (z.B. das Kind) das machen, was die andere Seite (z.B. der/die Pädagoge/in) möchte? „Nur“ weil der/die Pädagoge/in die Macht hat? Fairer wäre, dass die jeweiligen Bedürfnisse abwechselnd oder gleichzeitig befriedigt werden können, da sie dadurch gesehen und ernst genommen werden. Dafür müsste eine Atmosphäre herrschen, in der Bedürfnisse gesagt werden dürfen bzw. erfragt werden können.

Baustein B:

Projektvorstellung: „Kinder stark machen – Umgang mit Konflikten“ im Rahmen des Landesmodellprojektes „Suchtvorbeugung in Kindertagesstätten“ der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz (LZG)

Als Einstieg schlugen die Anwesenden verschiedene mögliche und sehr kreative Bedeutungen der in der Mitte liegenden symbolischen Süßigkeit vor. Mit dem Erraten der von mir damit verknüpften Bedeutung erzählte ich den Anwesenden meinen Wunsch an sie, den ich auch an z.B. Kinder, Eltern und Erzieher/innen richte, wenn ich mit ihnen zu diesem Thema arbeite. Anschließend dürften sich die Anwesenden jeweils eines nehmen...

Innerhalb dieser Dokumentation möchte ich dazu nicht mehr verraten, da wir diese kleine von uns erfundene Methode nicht indirekt per Papier weitergeben, sondern im Rahmen einer Veranstaltung. Hierfür bitte ich um Ihr Verständnis – vielen Dank.

Zum Projekt

Informationen zum Rahmen, dem Ziel, den Inhalten und den Produkten des Projektes lassen sich am besten über den Text des entsprechenden Flyers darstellen – dieser folgt in lesbarer Form auf den beiden kommenden Seiten.

„Kinder stark machen- Umgang mit Konflikten“

Im Rahmen des Landesmodellprojekts „Suchtvorbeugung in Kindertagesstätten“

Entwicklung von konkreten Produkten, die Kinder dabei unterstützen, mit ihren Konflikten konstruktiv umzugehen, um zu einem gesunden Umgang miteinander zu gelangen

Über die Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz
Büro für Suchtprävention

Übersicht Projekt „Kinder stark machen – Umgang mit Konflikten“
Im Rahmen des Landesmodellprojektes „Suchtprävention in Kindertagesstätten“ der Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz – Büro für Suchtprävention

Konzeption, Organisation, Durchführung und Dokumentation des Projektes durch Sozialagentur kommstruktiv
Frau Gesine Otto
Finther Landstr. 45 / 55124 Mainz
Tel: 06131 – 23 20 15
Fax: 06131 – 23 20 16
sozialagentur@kommstruktiv.de
www.kommstruktiv.de

Mit der Städtischen Kindertagesstätte Zwerchallee / Mainz-Mombach und deren Kindern, Erzieherinnen und Eltern.

Ziel
Am Ende des Projektes stehen der Kindertagesstätte konkrete Möglichkeiten zur Verfügung, wie Kinder mit Konflikten gesünder umgehen können.

Haltung hinter dem Projekt war, dass man Kindern nicht vermitteln sollte: „Man streitet nicht!“, da das unrealistisch wäre – sondern ihnen sollte mit entsprechenden Gegenständen für sie begreiflich gezeigt werden, wie man fair und konstruktiv streiten kann – denn Streiten ist etwas Natürliches und kann nicht abgeschafft werden. „Von Klein auf“ sollten Kinder einen Umgang miteinander finden lernen, der ihnen gut tut

Kindgerechter Titel des Projektes
„Freundschaft und Streit“

Phasen

- A: Modellphase
mit einer zusammengestellten Gruppe von 6 bis 8jährigen Kindern
- B: Weiterentwicklung
parallel mit beiden Hort-Gruppen mit 8 bis 13jährigen Kindern
- C: Dokumentation
des gesamten Projektes

Inhalte

- Freundschaft und Streit
- Gefühle - eigene und die der anderen
- Eigene Streit-Erfahrungen
- Weg eines typischen / gewohnten / meist unfairen Streits
- Weg aus diesem Streit heraus in einen meist ungewohnten / fairen Streit
- Faire Streitwerkzeuge (Strategien) für Wendepunkt erarbeiten und üben
- Atmosphärisches Rundmachen
- Verknüpfung mit Alltag

Methoden

- Anschauliche Darstellung der Inhalte
- Malen
- Rollenspiele
- Phantasiereise
- Vorlesen
- Singen (thematische Lieder)
- Blitzlicht
- Rituale: schillernde Tücher, Handpuppen, Plakate (thematisch)

Produkte – Neu entwickelt

- Bildergeschichte im Haus der Freundschaft und des Streites
Mit einzelnen Bildern können Kinder am Beispiel eines typischen Streitverlaufs Phasen eines unfairen Streites verfolgen sowie an einem beispielhaften Wendepunkt den angefangenen Weg in einen fairen Streit verwandeln. Das Haus besteht aus einem Dachboden der Freundschaft (des Respekts), dem Erdgeschoss des Wendepunktes und dem Keller des unfairen Streites. In den Bildern tauchen die Symbole des Gefühls-Barometers auf (s.u).
- Faire Streit-Werkzeuge / Strategien
In dem Haus finden Kinder am Wendepunkt einen Baum mit fairen Streit-Werkzeugen, die sie „pflücken“ können: verbale und non-verbale Strategien, gewohnte und ungewohnte, für jeweils eines der beiden oder für beide Kinder oder für andere Kinder drum herum.
- Streit-Regeln
Die entwickelten Regeln für faires Streiten bauen auf der Bildergeschichte und dem darin beschriebenen Modell für einen fairen Streit auf. Verabschiedet werden sie in einem Vereinbarungs-Kreis. Und Nachhaltigkeit kann ermöglicht werden, indem die Kinder, die schon schreiben können, die Streit-Regeln aufschreiben und alle Kinder feierlich unterschreiben, das Plakat wird dann an einer gut sichtbaren Stelle aufgehängt.

- Klärungs- und Versöhnungsecke
In einer Ecke des Gruppenraumes richten die Kinder eine Stelle ein, die ausschließlich für faires Streiten genutzt wird. Sie kann unterschiedliche Gesichter annehmen, z.B. die gesamte Ecke ist von Kindern mit Symbolen zu Freundschaft und Streit gestaltet, die Streit-Wege und die Fairen Streit-Werkzeugen sind in einer „Schatzkiste“ aufbewahrt oder sie finden dort vorbereitete Sterne, auf die sie nach einem Streit ihre Wünsche aneinander aufschreiben oder aufmalen.

Produkte – Bereits bekannt

- Gefühls-Barometer
Kinder können die Symbolik erarbeiten, das Barometer malen und nutzen. Sie lernen dabei, ihre Gefühle besser wahrzunehmen und sie Anderen mitzuteilen, gleichzeitig realisieren sie, dass positives wie negatives Verhalten von Anderen auch von vorherigen Gefühlen geleitet werden kann und nichts mit ihnen zu tun haben muss.
- Brüll-Eimer
Der entsprechend gestaltete Brüll-Eimer als ein unterstützendes Symbol steht in der Ecke, bereit, die Wutausbrüche und Ärgernisse der Kinder aufzufangen, so dass niemand dabei angegriffen wird.
- Knautsch- und Knutsch-Kissen
Das ebenfalls entsprechend gestaltete Knautsch- und Knutsch-Kissen liegt als ein unterstützendes Symbol für die eine wie die andere Richtung in der Nähe.

Dokumentation

mit Text, Bildern, Fotos und Kopiervorlagen

Hiermit bestelle ich / wir

Anzahl Dokumentationen: _____

Name: _____

Institution: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

Email: _____

Bitte senden an:

Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz

Büro für Suchtprävention

Frau Sandra Brüning
Karmeliterplatz 3
55116 Mainz

Tel.: 06131 – 20 69-24

Fax: 06131 – 20 69-69

E-Mail : sbruening@lzg-rlp.de

Rückmeldungen zum Workshop

Playmobilmotorrad als Redesymbol

Abschied

Abschließende Anregung für Sie als Leserin und für Sie als Leser:

Ihre Haltung im eigenen (pädagogischen) Alltag könnte z.B. so aussehen:

- Menschenbild

Ich sehe, dass streitende Kinder jeweils ein ihnen sehr wichtiges Bedürfnis haben, deshalb nehme ich die Kinder in ihrem Streiten ernst – auch wenn ich zunächst (aus meiner Erwachsenen-Sicht) denke:

* wie albern o. ä., sich wegen X so zu streiten

* beide/eines haben/hat einen unfairen Weg zur Verfolgung von Bedürfnissen gewählt. Ich habe das Eisberg-Modell als Bild für die unsichtbaren Hintergründe, Motive, Gründe etc. für die jeweiligen sichtbaren Positionen und das jeweilige sichtbare Verhalten präsent.

Ich denke daran, dass jeder Mensch einen Grund hat, warum er sich streitet – und sei es für Spaß, aus Wut, um den/die Andere/-n zu ärgern, etc.. Das faire Ausleben dieser Bedürfnisse könnte dann mit dem/der Anderen und dessen/deren Bedürfnissen ausgehandelt werden.

Ich unterstütze die Kinder dabei, einen fairen Weg zur Eisbergspitze zu finden.

- Allparteilichkeit

Ich werde streitenden Kindern soweit wie möglich gerecht, indem ich soweit wie möglich neutral bleibe und mich in alle Beteiligten gleichermaßen hinein versetze, nicht nur in das (vermeintliche) Opfer – denn der (vermeintliche) Täter wird ansonsten wohl weitermachen auf der Suche danach, dass sein Bedürfnis befriedigt oder teilweise befriedigt oder zumindest gesehen und dadurch auch ernst genommen wird.

- Bedürfnis- und Gewinner-Orientierung

Ich unterstütze die Kinder dabei, eine faire Lösung für alle Beteiligten zu finden, die an den jeweiligen Interessen und Bedürfnissen orientiert ist – dies ist dann die Suche nach einem fairen Weg zur Eisbergspitze bzw. zur Oberfläche (Weg durch den Eisberg).

- Unterstützende Struktur

Ich baue ein passendes Ritual inhaltlich und räumlich für diese konstruktive Form des Umgangs mit Konflikten in meiner Institution auf.

***Ich wünsche Ihnen Motivation für und Erfolg beim
Fairen Umgang mit Konflikten !***

Thematische Sprüche, die während dem Workshop an den Wänden hingen

„Jeder vermiedene Streit
zögert die Katastrophe nur hinaus . . .“
Erhard Blanck

„Bevor ein Mensch Schwierigkeiten macht,
hat er welche.“
nach Alfred Adler

„Nicht der Boxer, der zu Boden geht,
hat verloren,
sondern der, der liegen bleibt.“
Unbekannt

„Nicht weil die Dinge schwierig sind,
wagen wir sie nicht –
weil wir sie nicht wagen,
sind sie schwierig.“
Unbekannt

„Wenn Du das tust,
was Du schon immer getan hast,
wirst Du das bekommen,
was Du schon immer bekommen hast.“
R. Dilts

„Wenn ich Andere entflammen will,
muss ich selber brennen.“
Unbekannt

„Was nicht umstritten ist,
ist auch nicht sonderlich interessant.“
Johann Wolfgang von Goethe

„Kompliment: Du bist nicht perfekt,
aber Du bist perfekt Du selbst.“
Kristiane Allert-Wybranietz

„Lösbare Probleme lösen –
unlösbare verkraften.“
*Plakate zur Suchtprävention –
Mobile Drogenprävention Bayern*

„Ein braves Kind gehorcht immer.
Es sagt brav Danke und Bitte.
Es gibt Onkel und Tante artig Küsschen.
Und es sagt auch nicht Nein,
wenn ihm Freunde
den ersten Schuss Heroin anbieten.“
– oder wenn ihn Freunde
zur ersten Schlägerei mitnehmen wollen.
*Rückseite Buchumschlag:
„Starke Kinder – zu stark für Drogen“
(mit einer Erweiterung von Gesine Otto)*

„ ... und jeder Kuss
gab ihm die Kraft
von zehn Ritterrüstungen.“
Helme Heine

Spielzeugfreier Kindergarten, Elternarbeit, Fortbildung – Möglichkeiten der Suchtprävention in Kindertagesstätten

Christian Thiel, Psychosoziale Beratungsstelle des Caritasverbandes Mosel-Eifel-Hunsrück e. V., Wittlich

Martina Knapp, Fachdienst Sucht – Prävention und Beratung des Caritasverbandes Rhein-Wied-Sieg e. V., Neuwied



Christian Thiel
Dipl. Pädagoge u. Betriebswirt VWA
Fachkraft für Suchtprävention
Caritasverband Wittlich

Spielzeugfreier Kindergarten Projekt zur Suchtprävention

Einige Fakten zum Projekt

- Projektentwicklung 1992 durch Suchtarbeitskreis Weilheim-Schongau
- Bundesweit verbreitet
- Infos:
 - =>www.spielzeugfreierkindergarten.de
 - =>Literaturliste
- Projektbegleitung möglich:
z.B. durch Fachkräfte für Suchtprävention in Rheinland-Pfalz

Macht Spielzeug denn süchtig?

- Spielzeug fördert Kreativität
- Überhäufung kann problematisch sein
- Projekt richtet sich nicht **gegen** Spielzeug
 - Projekt ist primärpräventiv
 - Ziel: Förderung der Persönlichkeitsentwicklung

Primärprävention

Förderung von Lebenskompetenzen
(„Kinder stark machen“):

- ◆ Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- ◆ Konfliktfähigkeit
- ◆ Beziehungsfähigkeit
- ◆ Kommunikative Kompetenz

Projektskizze

- Spielzeug herausnehmen für begrenzte Zeit („in Urlaub schicken“)
- Schaffen einer speziellen Lernsituation
- Aktivitäten gehen von Kindern aus
 - Möglichkeiten und Grenzen erproben
 - Bedürfnisse wahrnehmen und artikulieren
 - Erzieher/-innen als „Lernbegleiter/-in“

Möglicher Projektverlauf (I)

Vorbereitungs- und Infophase:

- Informieren, Diskutieren, Zeit lassen
- Entscheidung (Team)
- Informieren der Eltern
 - Elternbrief, Elternabend, Elterngespräche
- Gemeinsame Vorbereitung im Team
 - Rahmenbedingungen festlegen

Möglicher Projektverlauf (II)

Ausräumphase (ca. 1 Woche):

- Spielzeug „in Urlaub schicken“
- Auswahl gemeinsam mit Kindern

Spielzeugfreie Zeit (ca. 3 Monate):

- Dokumentation und Austausch im Team
- Begleitung durch Fachkraft für Suchtprävention
- Austausch mit Eltern und ggf. Großeltern







Möglicher Projektverlauf (III)

Einräumphase (ca. 1 Woche):

- „Rückkehr“ des Spielzeugs
- Abschlussreflexion im Team
- Elternabend zur Auswertung und Erfahrungsaustausch
- Öffentlichkeitsarbeit (Presseartikel etc.)

Ergebnisse und Erfahrungen

- **Kinder:**
 - spielen konzentriert und fantasievoll (Rollenspiele)
 - sprechen mehr miteinander
 - artikulieren ihre Bedürfnisse
 - Auflösung „starrer Gruppen“
 - versuchen Konflikte selbst zu klären
 - Verhaltensauffälligkeiten werden deutlicher
 - wünschen weniger Spielzeug zurück

Ergebnisse und Erfahrungen

- **Erzieherinnen:**
 - Neue Rolle erfordert Zurückhaltung
 - Beobachten ermöglicht bewussteren Blick auf Kind(er)
 - Intensiver Austausch im Team und externe Projektbegleitung als wertvoll erlebt
 - Erstaunen über kreatives Spielen der Kinder mit wenig Materialien
 - Projekt soll wiederholt werden

Ergebnisse und Erfahrungen

- **Eltern:**
 - Vor Projekt teilweise skeptisch
 - Transparenz der Kitas wird positiv gesehen
 - Sehr zufrieden und überrascht über Entwicklung ihrer Kinder
 - Positives Feedback auf Eltern- bzw. Großelternnachmittage
 - Viele wünschen Wiederholung

Martina Knapp:

„Fernsehen entzaubern“ - Ein Projekt zur Medienkompetenz im Kindergarten

Die ersten Gedanken zu dem Projekt „Medienkompetenz im Kindergarten“ machte man sich im Sommer 1999. Eine Mitarbeiterin des ev. Kindergartens „In der Lach“ konnte nach einigem Zögern sowohl ihre Leiterin als auch die Kolleginnen davon überzeugen, sich mit dem Thema Fernsehen zu beschäftigen. Es sollte ein Projekt werden, was Spuren hinterlassen sollte. Das Jahr 2000 war für die Einrichtung geprägt durch die Auseinandersetzung und vor allem durch die Umsetzung des Projekts mit den Kindern.

Im Rahmen dieser einjährigen intensiven Beschäftigung wurde eine Vielzahl von Möglichkeiten entwickelt, mit dem Thema Fernsehen auch schon im Kindergarten kreativ umzugehen. Die Praxisbeispiele sind auf eine Situation in der Einrichtung und in den einzelnen Gruppen zugeschnitten. Sie sind somit nicht einfach zu kopieren, sondern sollen Ideen und Anregungen geben, sich selbst auf den Weg zu machen. Die vorliegende Dokumentation will dazu Mut machen.

Fachliche Unterstützung fand das Team in Günter Bertram, Regionalbeauftragter für Offene Kanäle der Landeszentrale für Medien und Kommunikation (LMK) Rheinland-Pfalz und Martina Knapp, Caritasverband Neuwied, Suchtprävention.

Das Projekt und die Dokumentation wurden außerdem unterstützt von dem Offenen Kanal Neuwied e.V., dem Bildungszentrum Bürgermedien e.V. und der Landeszentrale für Gesundheitsförderung (LZG) in Mainz.

Und was hat das mit Suchtprävention zu tun?

Eine ganze Industrie kümmert sich um die Suche nach zufriedenem Leben, nach Glück, nach dem Ausgleich. Der Vergleich mit den 60er und 70er Jahren zeigt, dass die Motivation zum Drogenmissbrauch heute eine andere geworden ist. Es geht nicht mehr um Bewusstseinsveränderung sondern um ein Ausbrechen aus dem Alltagstrott und um „Genusssucht“. Im Vordergrund steht die Steigerung des Erlebens, die Verdrängung von Problemen über Rauscherlebnisse und nicht zuletzt die Reduzierung von Stress durch ein „Dichtmachen“ über Suchtmittel.

Selbst wenn es gesunde Drogen gäbe, wäre ein Konsum langfristig immer schädlich, denn den Ursachen für unangenehme Gefühle wird nicht nachgegangen, sondern sie werden verdrängt. Aber mit der Verdrängung des Unbehagens werden auch jene Empfindungen abgetötet, die uns etwas Wichtiges über unseren inneren Zustand sagen. – Und hier setzt Prävention an !

Menschen, große und kleine, sollen angeregt werden sich mit sich selbst und ihrer sozialen Umwelt auseinanderzusetzen, Wege zu finden, in denen man ohne Ersatzgüter echte Lebensqualität erreichen kann.

Doch ist der Fernseher nicht auch so ein Ersatzgut?

Unsere inzwischen sehr komplex gewordene Medienwelt (vom Buchdruck bis Internet) bietet viele solcher Ersatzgüter, die je nach Nutzung Information, Unterhaltung, Orientierung, Kommunikation, Bildung aber auch Isolation, Realitätsverlust, Nachahmung negativer Verhaltensformen etc. beinhalten können.

Sich in diesen Medienwelten zurechtzufinden, souverän die neuen Möglichkeiten der Informationsverarbeitung handhaben zu können ohne dabei krank zu werden, bedeutet Medienkompetenz und beinhaltet gleichzeitig einen Beitrag zur Suchtprävention. Müssen das schon Kinder im Kindergarten lernen?

Wir denken ja! Fast alle Kinder wachsen heute mit einer Vielzahl von elektronischen Medien auf. Fernseher und Videorecorder sind nahezu überall, im Elternhaus, in der Kindertagesstätte, in der Schule, beim Einkaufen. Und so wie die meisten Erwachsenen nicht auf das Fernsehen verzichten möchten, sind auch Kinder auf Dauer kaum vom Gerät fernzuhalten. Strenge Verbote sind ebenso wenig hilfreich wie uneingeschränktes Gewährenlassen. Die Gefahr, dass der Fernseher ständiger Langeweilevertreiber, Tröster oder einfach Abstellplatz für Kinder wird, ist sicherlich gegeben.

Aber Kinder suchen im Fernsehprogramm auch Orientierungsmöglichkeiten. Es soll ihre Realität ergänzen oder überprüfen; ersetzen wenn eigene Identifikationsmöglichkeiten fehlen, bei der Geschlechtsrollensuche behilflich sein, Lösungsstrategien aufzeigen und sicherlich auch einfach ablenken. Dieser hohe Anspruch wird jedoch leider von den wenigsten Sendungen erfüllt. Vielmehr werden stereotype Rollenklischees vermittelt, die kaum Orientierungshilfen sein können.

Kinder können von Erwachsenen einen vernünftigen Umgang mit dem Medium Fernsehen erlernen. Kinder lernen von ihren Eltern wie diese mit dem Fernsehgerät umgehen,

ob Regeln bestehen, ob Sendungen gemeinsam ausgewählt werden, ob die Möglichkeit besteht über das Gesehene zu reden.

Unser Projekt im Kindergarten Niederbieber sollte einen zusätzlichen Weg beschreiten. Die Kinder sollten sich aktiv mit dem Thema: „Fernsehen“ auseinandersetzen. Es fanden Gespräche Die gemeinsame Arbeit hat Spaß machen. Vielleicht ist es uns gelungen das Medium Fernsehen für die Kinder ein wenig zu entzaubern, damit sie eine kritischere Distanz zum Fernsehen erlangen. Die Erwachsenen sahen das Fernsehen vielleicht danach mit anderen Augen.

Die praktische Umsetzung für ein Jahr

- Workshop und Planungsgespräch mit den Erzieherinnen der Einrichtung:
 - praktische Übungen mit Videokamera und Mikrofon (Filmtricks, kreative Übungen, Sichtung der Aufnahmen, Reflexion)
 - Planungsgespräch (Ideensammlung für ein halbjähriges Medienprojekt mit den Vorschulkindern, Terminabsprachen)
- Die Arbeit mit den Kindern
 - „Wir lernen verschieden Medien kennen!“ (Kassettenrekorder, Fotoapparat, Videokamera, Bastelangebote, Daumenkino, Gesprächsrunde Filmhelden, Karneval Filmfestival)
 - Die Arbeit mit der Kamera (Interviews, Filmtricks)
 - Das Filmprojekt (Geschichte und Drehbuch entwickeln, Kostüme entwerfen, Schauspielern, Filmen, Schneiden und Vertonen)
 - Theaterbesuch, Besuch des Offenen Kanals
- Elternarbeit
 1. Elternabend (Die eigene Medienbiographie, Vorstellung des Medienprojekts)
 2. Elternabend (Informationen zu entwicklungspsychologischen Aspekten zum Fernsehverständnis bei Vorschulkindern, Gesprächsangebote in Kleingruppen, Zwischenbericht über das laufende Medienprojekt)
 3. Elternabend (Vorführung des entstandenen Films)

Workshop III: Jugendliche – Alltagssüchte und Alltagsrisiken

Raucherentwöhnungskurse für Jugendliche

Reiner Kuhmann, Soziale Beratungsstelle des Diakonischen Werkes, Westerbürg

Grundüberlegungen

Daten – Zahlen – Fakten – Mythen

Es soll hier nicht der Ort sein, die medizinischen Begründungen zur Nikotinprävention im Detail auszuführen. Die mittlerweile eindeutigen Zusammenhänge zwischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und Tabakkonsum sind zwingend. Innerhalb der schier unüberschaubaren Datenlage zum Thema Rauchen hinsichtlich Prävalenz und Verlauf, sind folgende Aspekte von Bedeutung:

Nach Angaben einer Studie der Deutschen Krebshilfe liegt das durchschnittliche Einstiegsalter für den Erstkonsum mittlerweile bei 11,6 Jahren.

Ca. 40 Prozent der 12-bis 25-Jährigen rauchen regelmäßig oder zumindest gelegentlich.

Dabei ist laut Deutscher Krebshilfe davon auszugehen, dass etwa ein Viertel bereits nach den ersten vier Wochen des Zigarettenkonsums Abhängigkeitssymptome an sich feststellt.

Die Raucherquote steigt von 10% bei den 12-bis 13Jährigen bis auf 44% der 16- bis 17-Jährigen. Auch die Menge nimmt mit steigendem Alter zu. Der Anteil der starken Raucher steigt zwischen 17 Jahren (11%) und 21 Jahren (27%) deutlich.

In der Gruppe der 12 – 15 Jährigen sind die Mädchen mit einem höheren Anteil, ab dem 20. Lebensjahr die Jungen/Männer stärker vertreten.
(Quelle Drogenaffinitätsstudie der BZgA 2001)

Der Anteil der Jugendlichen, die im Alter von 12 bis 25 Jahren rauchen, hat sich damit seit 1989 verdoppelt.

In einer Repräsentativerhebung in Rheinland-Pfalz wurde wiederum deutlich, dass Raucherinnen und Raucher im Vergleich zu Nichtraucherinnen und Nichtrauchern eine größere Affinität zum Konsum illegaler Drogen zeigen (36 % gegenüber 5,4 % Jahresprävalenz).

Nikotinprävention ist also gleichzeitig die beste Drogenprävention.

Rauchermotive und Rauchverhalten

Zu den Rauchermotiven der Jugendlichen zählen zu Beginn eher die sekundären Suchtgewinne:

- Befriedigung von Neugier
- Zugehörigkeitswunsch zur Gruppe
- Anerkennung
- Kontaktschwierigkeiten überspielen
- Demonstration von Risikoverhalten und Erwachsenenstatus

Nach längerer Nikotineinnahme werden zunehmend die **pharmakologischen Effekte des Nikotins** wirksam:

Bei kleiner Dosierung anregend und konzentrationsfördernd und bei höherer Dosierung entspannend. Das Abhängigkeitspotenzial von Nikotin wird mittlerweile dem von Heroin fast gleichgesetzt. Das bedeutet, dass die betroffenen Abhängigen mit einem starken Verlangen (Craving) nach dem Stoff zu kämpfen haben.

Bei den Rauchmotiven werden verschiedene Motivationslagen unterschieden. In der Praxis können sich die jugendlichen Raucher selten einem Rauchertypus eindeutig zuordnen, jedoch lassen sich dadurch Tendenzen im Rauchverhalten feststellen.

* Stress * Geselligkeit * Ablenkung * Genuss * Automatik * Anspannung * Anregung
--

(Quelle: BZgA: Ja ich werde rauchfrei)

Das Wissen um die Folgen des Rauchens ist vorhanden (90 % der Jugendlichen kennen den grundsätzlichen Zusammenhang zwischen Rauchen und Krebsrisiko/ Herzkreislauferkrankungen).

(Quelle: Barmer Ersatzkasse, Förderung des Nichtrauchens, 2000)

Rauchen damit als bewusstes Risikoverhalten und als Abgrenzung und Wunsch nach Erwachsenenstatus zu begreifen, macht den wesentlichen Ansatz einer wirksamen Prävention für Jugendliche aus.

- Die Entmythologisierung in den Bereichen Normverletzung und Abgrenzung – weil sie eigentlich keine ist, wenn alle es machen
- Aberkennung in der Gleichaltrigengruppe – weil die Anerkennung für das Nichtrauchen wächst

kann als Gegengewicht zu

- starker Jetzt-Orientierung mit dem aktuellen subjektiven Suchtgewinn
- kaum erste gesundheitliche Einschränkungen bei Jugendlichen

gesehen werden.

Andererseits haben 68 % der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 12 und 25 den Wunsch das Rauchen aufzugeben oder zumindest weniger zu rauchen. Bereits 61 % haben mindestens einmal versucht aufzuhören. (Quelle: Broschüre „Just be smokefree“)

Ansonsten ist abzuklären, in welcher Phase der Veränderungsbereitschaft sich der Konsument befindet (Modell der Veränderungsbereitschaft nach Prochaska / Di Clemente):

Absichtslosigkeit

Es besteht kein Problembewusstsein. Die Änderung des Rauchverhaltens oder gar das Aufhören wird nicht beabsichtigt. Sätze, wie „Ich rauche gern!“ gehören in diese Phase. Appelle von Außen erzeugen eher Widerstände.

Absichtsbildung

Die Haltung ist eher von Ambivalenz geprägt. Erste Zweifel stehen im Widerspruch zu positiven Erlebnissen des Rauchens. Es besteht zumindest eine Offenheit für Argumente für oder gegen das Rauchen.

Vorbereitung

Die ernsthafte Veränderungsabsicht konkretisiert sich in dieser Phase. Nun stellt sich die Frage nach der konkreten Umsetzung und nach wirksamen, realistischen Schritten zur Verhaltensänderung.

Handlung und Aufrechterhaltung

Es wird Veränderung ausprobiert, häufig aber leider nicht lange aus- und durchgehalten.

Die Aufgabe in dieser Phase besteht also in der konkreten Unterstützung durch Motivations- und Krisenmanagement, sowie durch praktische Tipps.

Rauchen und Abhängigkeit

Es können fünf Konsummuster unterschieden werden, die jeweils einen eigenen Grad der Nikotinabhängigkeit aufweisen:

- Probierkonsum (unregelmäßiges, seltenes Rauchen) - keine Nikotinabhängigkeit,
- Gelegenheitskonsum (weniger als 5 Zigaretten pro Tag) - sehr geringe Nikotinabhängigkeit,
- regelmäßiger Konsum (weniger als 10 Zigaretten pro Tag) - geringe Nikotinabhängigkeit,
- Gewohnheitskonsum (bis 20 Zigaretten pro Tag) - mittlere bis hohe Nikotinabhängigkeit,
- starker Konsum (mehr als 20 Zigaretten pro Tag) - hohe Nikotinabhängigkeit.

Während der regelmäßige Konsum bereits zu einer Nikotinabhängigkeit führt, gehört 1/3 der 16-17 jährigen Gelegenheitsraucher innerhalb der kommenden drei Jahre wieder zu den Nichtraucher.

(Quelle: BZgA: Auf dem Weg in eine rauchfreie Schule. Köln, 2003)

Der Grad der **Abhängigkeit** korreliert mit dem Einstiegsalter und der Menge und lässt sich nach den Aspekten

Abstinenzunfähigkeit
Frühmorgentliches Rauchen
Konsum von mehr als 10 Zigaretten

bestimmen. Der zu einer Ermittlung von Nikotinabhängigkeit bei Erwachsenen erstellte Fagerström-Test ist bedingt auf Jugendliche übertragbar.

Im Hinblick auf die Werbemethoden der Zigarettenindustrie und die Griffnähe des Stoffes (820 000 Zigarettenautomaten) wird gerne von der Verführungsseite und in der Opfersituation der Jugendlichen argumentiert. Diese Argumentationslinie entspricht allerdings nicht der Realität. Auch Rauchen ist zweckgerichtetes Handeln, eigenes Verhalten, das in Verhältnissen stattfindet.

Bei den Mädchen schafft zudem die „Bad Girl“-Bewegung einen Handlungsdruck. Hinsichtlich Grenzüberschreitungen und Regelverstöße, verbunden mit der Tatsache der akuten Regulierung des Hungergefühls durch Nikotin, ist eine wachsende Akzeptanz und Attraktivität des Rauchens besonders bei Mädchen festzustellen.

Auf der Grundlage dieser Umstände kann man unter verschiedenen Paradigmen präventive Konzepte entwerfen:

Sehr stark präsent im Verhältnis zum eher ethisch-juristischen Paradigma bei illegalen Drogen ist bei der Nikotinprävention demnach das medizinische Paradigma. (Angst vor Krankheit und Tod). Das blendet jedoch aus, wie gesellschaftlich determiniert das Gesundheitsverhalten insbesondere der Jugendlichen ist. Dies lässt sich bezogen auf den Bildungsaspekt an der Tatsache ablesen, dass Männer mit Volksschulabschluss fast doppelt so häufig rauchen als jene mit höherer Schulbildung. Im Alter zwischen 14 und 16 Jahren rauchen drei ein halb mal so viele Hauptschüler wie Gymnasiasten regelmäßig.

Fazit für die Ansätze der Suchtprävention (des Rauchens)

Suchtprävention hat in den letzten Jahren auf dem Hintergrund der mangelnden Wirksamkeit abschreckender, völlig stoffgebundener Prävention und positiven Erfahrungen mit der ursachenorientierten, Lebenskompetenz und Gesundheit fördernden Prävention einen Paradigmenwechsel erfahren. Es will erscheinen, dass im Rahmen der Nikotinprävention ein Rückgriff stattfindet (Beispiel: Schulklassen besuchen das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg und werden mit Liveübertragungen von endoskopischen Untersuchungen der Lunge von krebserkrankten Rauchern konfrontiert), der aber in einen modernen Begründungszusammenhang zu bringen ist.

Die Prävention durch Sanktionierung wird spätestens ab dem 16. Lebensjahr schwierig, wenn der § 10(1) des Jugendschutzgesetzes nicht mehr zum Tragen kommt. Hinzu kommt, dass im Rahmen außerschulischer Bereiche eine Sanktionierung schwierig umzusetzen ist. Der Ausschluss einer/s Jugendlichen (z.B. Hausverbot aufgrund des Rauchens) ist im Sinne fachlicher Suchtprävention in keinem Fall haltbar.

Für eine wirksame Prävention erscheint es wichtig, auch beim Rauchen erst einmal von einer systemischen, wie persönlichen Sinnhaftigkeit des Symptoms auszugehen.

Und hier bietet nicht zuletzt der Genussaspekt einen wesentlichen Beitrag. Insgesamt bietet ein interaktionistisch-systemischer Ansatz im Verständnis von Sucht, als letzter Zustandsbeschreibung im Kontakt mit der Droge Nikotin, den vielversprechendsten Rahmen für die Prävention, der damit den der stoffgebundenen Drogenprävention verlässt und zur Gesundheitsförderung avanciert.

Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass bei aller Begeisterung für den Gesundheitsbegriff als Zieldimension, die Gefahr darin besteht, Gesundheit in der zunehmenden Entsolidarisierung zu einem neuen gesellschaftlichen Normierungsinstrument verkommen zu lassen, besonders wenn sie auf den Aspekt der körperlichen Gesundheit beschränkt würde. (Vgl. dazu Antonovsky, 1997)

Die Raucherprävention für Jugendliche muss also auf ein Bündel von Interessen und Ansätzen aufgebaut sein. Neben anderen auch auf dem scheinbar alten präventiven Grundsatz der Verhinderung eines nicht wünschenswerten Ereignisses. Denn: die Verhinderung eines Ereignisses (Rauchen) lässt unendlich viele andere als erlaubt zu.

Es geht letztlich bei der Gesundheitsförderung um die Erleichterung der Entscheidung für objektiv gesundheitserhaltenden und -zurückgewinnenden Verhaltensweisen.

Zielkorridor:

Erreichen einer gesunden Form von Abhängigkeit (subjektive autonome Gesundheit) im Prozess als soziales Projekt selbstverantwortlich gestalteter Lebensqualität.

Besonders wichtig ist ein Zusammenwirken von strukturellen Faktoren (Verbote/Regelung, Angebotseinschränkung/Werbung), am Prinzip des Empowerment orientierten personenbezogenen Handelns und Hilfs- und Unterstützungsangeboten für Ausstiegswillige. Insbesondere für Jugendliche muss das Angebot von funktionellen Äquivalenten in den Prozess des Aufhörens integriert sein, um Erfolg versprechend zu sein.

Die Nichtraucher-AG als Beispiel für Raucherentwöhnung mit Jugendlichen

1. Vorbereitung

Die Nichtraucher-AG fand mit Schülerinnen und Schüler der Hauptschule Bad Marienberg statt, einer langjährig als Ganztagschule. Die Schüler wurden im Vorfeld durch eine Ausschreibung der Beratungslehrerin für Suchtprävention über die Struktur des Projektes informiert. Vor allem wurde die Bereitschaft vorausgesetzt, den eigenen Konsum zu reflektieren sowie die Bereitschaft, einen ernsthaften Aufhörversuch zu unternehmen.

Das Projekt war auf ein Schulhalbjahr angelegt und fand in regelmäßigen Treffen montagnachmittags statt.

2. Durchführung

- Anmeldung bei „just be smokefree“, einem internetgestützten Ausstiegsprogramm für jugendliche Raucher.
- Selbsteinschätzung Interviews Fagerströmtest – Rauchertyp
- Tankmodell, Informationen zur Sucht allgemein

- Reduktion
- Aufhörmonat November
- Fahrt ins Haus der Sinne nach Wiesbaden

3. Auswertung

Abschlussinterviews

Erstellung eines Videos zum Projekt in Zusammenarbeit mit Landesfilmdienst in Mainz (Videokamera/ „I-mac“ Schnittcomputer) als reflexive Begleitung.

Stadien der Raucherentwöhnung

- **Stabile Raucher**
(sind nicht bereit, mit dem Rauchen aufzuhören, da sie die Nachteile des Aufhörens höher bewerten als die Vorteile)
↓
- **Absichtsvolle Raucher**
(erwägen einen ernsthaften Aufhörversuch innerhalb der nächsten sechs Monate)
↓
- **Raucher in der Vorbereitungsphase**
(wollen innerhalb des nächsten Monats aufhören, haben bereits einen Plan, sind sich aber unsicher, ob sie diesen umsetzen können)
↓
- **Exraucher in der Aktionsphase**
(sind bereits rauchfrei, jedoch intensiven Rückfallgefahren ausgesetzt)
↓
- **Kurzzeit-Nichtraucher ⇔ Rückfällige**
(haben nach einem Ausstiegsversuch mit zeitweiser Abstinenz dann eine Chance, die Abstinenz wieder zu erlangen, wenn das Rauchverhalten noch nicht wieder alltäglich geworden ist)
↓
- **Langzeit-Nichtraucher ⇨**
(sollten grundsätzlich in ihrer Haltung bestätigt werden und haben nach ca. fünf Jahren ein fast 100 prozentiges Vertrauen, nicht wieder rückfällig zu werden).

Literatur, Kontaktadressen, Ansprechpartner

Antonovsky, A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvtv-Verlag, 1997.

Carr, Allen. Endlich Nichtraucher für Kinder und Jugendliche. München: Mosaik-Verlag, 1999.

Kröger, Christoph. Raucherentwöhnung in Deutschland. Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (Reihe Gesundheitsförderung Konkret Band 2)
Köln: BZgA, 2001

Aktionsprogramm zur Förderung des Nichtrauchens für das Schuljahr 2002/2003
Hrsg. Landeszentrale für Gesundheitsförderung, Mainz.

Anmeldebroschüre zum Programm zur Raucherentwöhnung für Jugendliche und junge Erwachsene. IFT-Nord. Düsternbrooker Weg 2. 24105 Kiel.
www.justbesmokefree.de

Nichtrauchen. Hrsg. AOK. Infothek Bleib gesund.

Zug um Zug auf null. (Nicht-)Rauchen im Alltag und am Arbeitsplatz. Deutsche Angestellten-Krankenkasse. Postfach 101444, 20009 Hamburg.

Be smart – don't start. Institut für Therapieforchung, 2002. IFT-Nord. Düsternbrooker Weg 2. 24105 Kiel.

Bengel, J./Strittmatter, R./Willmann, H. Was hält Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese. Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln, 3.Auflage, 1999.

Auf dem Weg zur rauchfreien Schule. Ein Leitfaden für Pädagogen zum Umgang mit dem Rauchen. Hrsg. BZgA, Köln 2003.

Nichtraucher in 6 Wochen. Ein Selbsthilfeprogramm für alle, die das Rauchen aufgeben wollen. Hrsg. Arbeitskreis Raucherentwöhnung. Ratingen: Preuss, 1997

Deutsches Krebsforschungszentrum. Die Rauchersprechstunde – Beratungskonzept für Gesundheitsberufe. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Band 1. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum, 2000.

Video „Rauchen und deine Gesundheit“. Hrsg.: Kommission der Europäischen Gemeinschaft. Programm „Europa gegen den Krebs“. Rue de la Loi 200. Brüssel.
Vertretung in der Bundesrepublik Deutschland. Zitelfmannstrasse 22, Bonn. 1992.

„Alkohol und Drogen am Steuer? – Deine Entscheidung!“ Erfahrungen aus einem Modellprojekt

Klaudia Follmann-Muth, Zentrum für ambulante Suchtkrankenhilfe, Koblenz

Das so genannte „Fahrschulprojekt“ wurde von November 2002 bis November 2004 in Rheinland-Pfalz durchgeführt. Insgesamt fanden 61 Veranstaltungen in 37 Fahrschulen statt. Dabei wurden 845 Fahrschüler und Fahrschülerinnen erreicht.

Junge Fahrer (18 –24 Jahre) haben nach polizeilichen Angaben mit Abstand das höchste Unfallrisiko im Straßenverkehr. So wird jeder vierte Unfall mit Personenschaden von jungen Fahrern verursacht. Junge Fahrer sind überproportional häufig als Hauptverursacher (ca. 60- 67%) an Unfällen beteiligt. Die Zahl der Unfalltoten liegt in dieser Altersgruppe fast dreimal so hoch wie im Vergleich der Gesamtbevölkerung.

Zu den Hauptursachen des hohen Unfallrisikos junger Fahrer gehört, neben der noch nicht ausreichenden Beherrschung des Fahrzeugs, das Fahren unter Alkohol- und zunehmend auch Drogeneinfluss. Es ist eine hohe Risikobereitschaft zu beobachten: Nicht alle jungen Fahrer betrachten Auto fahren und Alkohol- und Drogenkonsum als Widerspruch. Viele glauben trotz Alkohol- oder Drogenkonsum noch fahrtüchtig zu sein. Ausgehend von den Erfahrungen mit einem ähnlichen Projekt in Sachsen–Anhalt konzipierte das Büro für Suchtprävention in Abstimmung mit dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit das Projekt „Alkohol am Steuer? – Deine Entscheidung!“ für das Land Rheinland-Pfalz.

Ziel des Projekts war die Reduktion alkohol- und drogenbedingter Verkehrsunfälle durch die Information und Sensibilisierung junger Menschen **vor** der aktiven Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr im Rahmen der Fahrschulausbildung. Für die Umsetzung konnten verschiedene Kooperationspartner gewonnen werden.

Die Inhalte des Projekts

Um eine Fahrerlaubnis zu erhalten, muss jeder Führerscheinneuling für einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten eine Fahrschule besuchen. Dieser Besuch erfolgt freiwillig mit dem Ziel, den Führerschein zu erwerben.

An dieser Schwelle zum motorisierten Verkehrsteilnehmer setzte das Projekt „Alkohol und Drogen am Steuer? – Deine Entscheidung!“ an. Im Rahmen der theoretischen Führerscheinausbildung wurde ein Unterrichtsabend gestaltet, der sich gezielt mit der Thematik „Junge Menschen im Straßenverkehr – Alkohol und Drogen im Straßenverkehr“ und den sich daraus ergebenden Konflikten auseinandersetzt.

In einer offenen Gesprächsatmosphäre wurden die Fahrschülerinnen und Fahrschüler über Auswirkungen des Alkohol- und/ Drogenkonsums auf das Fahrverhalten informiert und mögliche Konfliktsituationen thematisiert. Dabei wurden Lösungsmöglichkeiten erarbeitet und die Einstellung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu Alkohol und Drogen reflektiert. Das Projekt wollte damit einen Beitrag zur Reduktion alkohol- und drogenbedingter Verkehrsunfälle leisten und die jungen Menschen in ihrer Bereitschaft zur nüchternen Verkehrsteilnahme stärken.

Die ca. 90- minütigen Unterrichtseinheiten wurden von Fachkräften der Suchtprävention gestaltet. Sie wurden (wenn möglich) durch Peers – im Projektverlauf waren dies Studentinnen und Studenten des Fachbereichs Sozialwesen der FH Koblenz- unterstützt.

Folgende Inhalte waren Gegenstand der Präventionsveranstaltungen:

- Information über Auswirkungen von Alkohol-/ Drogenkonsum auf das Fahrverhalten und damit verbundene rechtliche Aspekte
- Einstellung zum Auto fahren unter Alkohol- und Drogeneinfluss
- Entwicklung von Strategien zur Vermeidung oder Bewältigung von Alltagssituationen, in denen junge Fahrer in den Konflikt „Auto fahren und Alkohol trinken“ gelangen
- Bestärkung der jungen Menschen in einer positiven Einstellung zur nüchternen Verkehrsteilnahme

Projekterfahrungen

Die Evaluation des Projektes ergab, dass das zentrale Ziel die Sensibilisierung der jungen Fahranfänger für die Gefahren des Alkohol- und Drogenkonsums und die damit verbundenen Verkehrsrisiken und Beeinträchtigungen der Fahrsicherheit, realisiert werden konnte.

Dies wurde durch die Ergebnisse der Befragung der Teilnehmenden und durch die Auswertung der Fachkräfte dokumentiert. Fast alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer (95 Prozent) sprachen sich dafür aus, ähnliche Präventionsveranstaltungen auch in anderen Fahrschulen anzubieten.

Wesentlich für den Erfolg war der Ansatzpunkt des Projekts, keine reine Wissensvermittlung zu betreiben, sondern ausgehend von den persönlichen Erfahrungen mit Alkohol und Drogen, Verhaltensstrategien zu entwickeln, wie Trink- bzw. Konsum- Fahrkonflikte gelöst werden können.

Nach Beendigung des „Fahrschulprojekts“ und der abgeschlossenen Evaluation wurde ein Handbuch/ Manual erstellt. Übungen und Materialien, mit denen im Projektverlauf gute Erfahrungen gemacht wurden, sind darin zusammengestellt und wollen helfen, den Praktikerinnen und Praktikern die Arbeit zu erleichtern. Es enthält zudem vielfältige Hintergrundinformationen und Vorlagen für die Öffentlichkeitsarbeit. Ziel des Manuals ist es, Fachkräfte der Suchtvorbeugung dazu anzuregen, ähnliche Präventionsveranstaltungen in Kooperation mit Fahrschulen durchzuführen.

Sowohl das Manual, als auch Materialien (Flyer, Aufkleber etc.), die in den Fahrschulen im Rahmen der Veranstaltungen verteilt werden können, sind über die Landeszentrale für Gesundheitsförderung (LZG) kostenlos zu beziehen.

Umsetzung der Präventionsveranstaltung in den Fahrschulen

Strukturelle Rahmenbedingungen:

Bei der Umsetzung der Präventionsveranstaltung im Rahmen der Führerscheinausbildung müssen zwei Bedingungen erfüllt sein:

1. Umsetzung der Veranstaltung in Anwesenheit des Fahrlehrers/ Fahrlehrerin
2. Integration der Präventionsveranstaltung in die zwölf Lektionen, die zum Erwerb des theoretischen Führerscheins absolviert werden müssen.

Die beiden nachfolgenden Verlaufsschemata sind als Planungshilfe gedacht. Sie können und sollten je nach Teilnehmergruppe, Situation etc. variiert und angepasst werden. Zugehörige Übungen finden sich im „Methodenpool“ des Manuals.

Verlaufsplan 1

5 Min	Persönliche Vorstellung Grundgedanken/Ideen der Veranstaltung Hinweis auf Schweigepflicht
15 Min	Sammlung von diversen Trinkanlässen und Risikosituationen
20 Min	Umgang und Strategien mit und in diesen Situationen
15 Min	Die Rolle der Beifahrerin/ des Beifahrers
20 Min	Auslösende Faktoren, von seinen „guten“ Vorsätzen abzukommen Erfahrungen aus dem Bekanntenkreis
10 Min	Fragerunde (Klärung offener Fragen)
5 Min	Kurze Reflexion Auswertungsbogen

Verlaufsplan 2

5 Min	Begrüßung, Vorstellungsrunde, Kurzinfo über das Anliegen/ Ziel der Einheit
10 Min	Thematische Hinführung: Alkohol/ Drogen – Straßenverkehr a) Impulsreferat b) Kurze Filmsequenz (CD und Übungsbeschreibung im Manual beigelegt)
15 Min	Einstellungen zu Alkohol im Straßenverkehr Einstellungen benennen und in der Gruppe diskutieren Mögliche Methode: Auswertung der Filmsequenz (persönliche Eindrücke, Erfahrungen der Teilnehmer/-innen, Klärung von Sachfragen)
20 Min	Sammlung von Trinkanlässen und Risikosituationen : welche Situationen kennen die Teilnehmer/-innen, in denen junge Menschen in den Konflikt „Alkohol/ Drogenkonsum – Auto fahren“ geraten?
15 Min	Alternativen zum berauschten Fahren entwickeln Fallbeispiel: Discobesuch
10 Min	„Und wenn es doch passiert ist“ Information zu rechtlichen Fragen
10 Min	Abschlussrunde
5 Min	Verabschiedung (Austeilen des Evaluationsbogens, Flyer...)

Abschließend betrachtet war und ist das „Fahrschulprojekt“ ein guter Ansatz zu Sensibilisierung von jungen Menschen, die sich auf die Teilnahme im Straßenverkehr vorbereiten. Das wichtige Thema „Fahren und Konsum eines berauschenden Mittels“ sollte einen Stellenwert in der theoretischen Fahrschulausbildung haben. Bei einigen Fachkräften der Suchtprävention sind aus dem Projekt langfristige Beziehungen zu den Fahrschulen entstanden, so dass ein kontinuierliches Angebot der dargestellten Einheiten gewährleistet ist.

Kontaktadresse zum Bezug des Manuals und weiteren Materialien:

Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.
Büro für Suchtprävention
Sandra Brüning
Karmeliterplatz 3
55116 Mainz
Tel. 06131/ 206924
Mail: sbruening@lzg-rlp.de

Workshop IV: Essstörungen

Durch dick und dünn – Zur Prävention von Essstörungen

Nina Roth, Sucht- und Jugendberatung, Ingelheim

Im Folgenden werden drei mögliche Projekte zur Prävention von Essstörungen vorgestellt:

1. „Essen – warum und warum nicht?“

Es ist bekannt, dass Elternabende zu suchtp Präventiven Themen an weiterführenden Schulen aktuell oft nicht so gut besucht sind. Gerade die Themen der legalen Suchtmittel bedeuten oft auch eine eigene Auseinandersetzung mit den eigenen Konsummustern und erhöhen somit die Hemmschwelle der Teilnahme. Dennoch stellen Eltern eine wichtige Zielgruppe dar.

Daraufhin entstand die Idee, über das Thema *„Essstörungen – Formen und Ursachen“* nicht durch eine eigenständige Veranstaltung, sondern kombiniert mit einer anderen, „unverfänglichen“, Veranstaltung, zu informieren. So wurde eine Kurzinformation konzipiert, die sich in einen 15 minütigen Vortrag und eine ca. 15 minütige Diskussion gliedert.

Als Co-Veranstaltung eignen sich beispielsweise Stufenelternabende mit Wahlen oder Informationen über Klassenfahrten; Veranstaltungen also, die generell gut besucht sind. Bereits in der Einladung wird auf das Programm hingewiesen, damit die Eltern wissen, was sie erwartet.

In der Kurzinformation *„Essen – warum und warum nicht?“* werden dann zunächst die Essstörungen und ihre Ursachen kurz und konzentriert vorgestellt. Wichtig ist dabei, dass aufgezeigt wird, wie sich mögliche Essstörungen bemerkbar machen, denn das ist Hauptinteresse und somit der Bezugspunkt zur Zielgruppe der Eltern.

Außerdem werden die Zugänge zum Hilfesystem direkt dargelegt, z. B. indem man Visitenkarten der zuständigen Beratungsstelle verteilt.

Abschließend werden folgende Botschaften vermittelt:

- Essstörungen sollten ernst genommen werden
- Essstörungen bedürfen professioneller Hilfe
- Hilfe für Betroffene, aber auch für Angehörige

Sie sind kurz und einfach formuliert und somit leicht zu behalten.

Im Anschluss besteht die Möglichkeit, von Seiten der Eltern Fragen zu stellen oder Äußerungen zu machen, die kommentiert werden. Durch den begrenzten Zeitrahmen wird für weitere oder tiefer gehende Themen an die zuständige Beratungsstelle verwiesen.

Voraussetzung für Veranstaltungen dieser Art sind geeignete Kooperationspartner, die sich um Räumlichkeiten, Einladungen, Rückmeldungen, etc. kümmern.

Ein Elternabend dieser Art wurde von der Sucht- und Jugendberatung an der Integrierten Gesamtschule Ingelheim durchgeführt und es zeigte sich, dass mit relativ geringem Aufwand eine große Wirkung erzielt wurde. Eine Evaluation gestaltet sich hier schwie-

rig, aber in der Zeit nach dem Elternabend, der von ca. 100 Elternteilen besucht wurde, konnte in der Sucht- und Jugendberatung ein Anstieg der Nachfragen zum Thema „Essstörungen“ verzeichnet werden.

2. „Gemeinsam durch dick und dünn“ – ein Pilotprojekt der Landeszentrale für Gesundheitsförderung

2.1 Zur Situation:

Neueste Studien belegen, dass weit über die Hälfte der Mädchen im Jugendalter mit ihrem Aussehen unzufrieden sind. Zwei Drittel der Mädchen kennen aus dem näheren Umfeld Diäten oder haben bereits selbst eine ausprobiert. Diäten und Hungerkuren gelten als „klassischer Einstieg“ in alle Ausprägungen des Formenkreises der Essstörungen.

Magersucht, Bulimie und Esssucht sind typische weibliche Suchtformen und eng mit der Rolle als Mädchen und Frau verknüpft. Sie können ein Versuch sein, gängigen Schönheitsidealen zu entsprechen, „verbotene“ – als unweiblich geltende Emotionen (z.B. Aggressionen) zu unterdrücken oder mit Konflikten, die aus widersprüchlichen Rollenanforderungen resultieren, umgehen zu können.

Für viele Mädchen und Frauen wird ihr Körper zum Austragungsort von Problemen: Sie „fressen alles in sich hinein“ (Süßigkeiten, Stress, Ärger...) oder sie brauchen das Hungern, im wenigstens einen Bereich zu haben, über den sie autonom bestimmen.

2.2 Zielsetzung:

Um so bedeutsamer ist es für Mädchen, ihren Körper durch einen vertrauten und liebevollen Umgang in lustvoller und selbstbestimmter Weise zu erleben: stark sein (dürfen), sich gut, schön und lebendig fühlen, die eigenen Wünsche und Potenziale entdecken, sich abgrenzen, sich im Körper zu Hause fühlen, den eigenen Weg finden, ...

2.3 Inhalte:

In dem selektiven Präventionsprojekt sollen auf der einen Seite theoretische Informationen zu Essstörungen vermittelt werden, aber auch konkrete praktische Hinweise zum Umgang damit gegeben und eigene Körpererfahrungen gesammelt werden. Dazu gehören beispielsweise:

- Relevante Lebenskompetenzen fördern
- „Was kann ich tun, wenn jemand gefährdet ist?“
- Informationen zu Sucht, Essstörungen, Diäten und Schönheit
- Übungen zur Gruppendynamik
- Tanzen
- Bewegungsübungen
- Gesprächssimulationen
- Entspannungsübungen
- Filmausschnitte

2.4 Zielgruppe:

Das Projekt richtet sich Mädchen im Alter zwischen zwölf und fünfzehn Jahren, die sich im außerschulischen Bereich innerhalb einer Institution wie Jugendhaus oder Verein aufhalten. Es ist als Peer-to-peer-Projekt im Bereich der universellen Prävention konzipiert, Selbstbetroffenheit ist kein Ausschlusskriterium, kann aber in diesem Rahmen nicht therapeutisch behandelt werden!

Die Teilnehmerinnen sollen im Anschluss an das Projekt ihre erworbenen Kenntnisse innerhalb ihres „Wirkungskreises“ einbringen, um ggf. anderen Jugendlichen helfen zu können.

2.5 Rahmenbedingungen:

- Die Finanzierung erfolgte durch die Landeszentrale für Gesundheitsförderung (LZG) als Pilotprojekt.
- Projektbetreuung:
 - Eva Proissl (Präventionsfachkraft u. Suchttherapeutin), Projektleitung
 - Nina Roth (Dipl.-Pädagogin, Mitarbeiterin Sucht- & Jugendberatung Ingelheim)
- Die Gruppengröße war auf maximal zwölf Teilnehmerinnen beschränkt.
- Das Projekt fand in einem abgeschlossenen Bereich im ersten Stock des Jugendhauses in Ingelheim statt.

2.6 Bewertung

Das Projekt fand bei den Teilnehmerinnen große Akzeptanz. Sie entwickelten ihre Multiplikatorenrolle, erfuhren Unterstützung durch die Gruppe und setzten ihre neuen Erfahrungen in einem weiteren Projekt um.

Die ausführliche Dokumentation dieses Projektes wurde in der Publikation **„Gemeinsam durch dick und dünn“ – Praxishandbuch zur Prävention von Essstörungen in Schule und Jugendarbeit** aufgenommen. Das Praxishandbuch ist bei der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. erhältlich.

3. „Raum nehmen!“ – Eine Raumgestaltung zum Thema Körperkult und Essstörungen

Ausgehend von der Situation, sich mit dem Themen Körperkult und Essstörungen zu beschäftigen und am Aktionstag Suchtprävention 2004 der Landeszentrale für Gesundheitsförderung etwas präsentieren zu können, entstand die Idee, einen Raum als Basis zu gestalten, den man durchlaufen kann und dabei unterschiedliche Stationen besucht.

An dem universellen Präventionsprojekt waren eine Mitarbeiterin der Sucht- und Jugendberatung Ingelheim und die Multiplikatorinnen für Essstörungen beteiligt.

Stationen:

1) Bilderwand: „wer ist schön?“

- Inhalt: Darstellung verschiedener Personen aus unterschiedlichen Kulturen und Lebensbereichen, um aufzuzeigen, dass Schönheit viele Facetten hat
- Material: Bilder von Personen, Klebeband, Pappschild „wer ist schön?“

2) Massage

- Inhalt: durch eigenes oder gegenseitiges Massieren soll ein sorgfältiger Umgang mit dem eigenen und anderen Körpern und Entspannung erzeugt werden. Zusätzlich wird dies musikalisch untermalt
- Material: Massagegeräte (z.B. Rückenroller), Rückenkratzer, Befestigungsband, CD-Player, CDs mit entspannender Musik

3) Verzerrspiegel

- Inhalt: Betrachten des eigenen Körpers durch Verzerrspiegel, um aufzuzeigen, dass Wahrnehmung sehr individuell und unterschiedlich sein kann. Gerade Personen mit Essstörungen haben eine verzerrte Wahrnehmung ihres Körpers.
- Material: Verzerrspiegel

4) Video: Reklame – „Kann man das (für) wahr nehmen?“

- Inhalt: Die Reklame erzeugt eine künstliche Welt mit künstlichen Schönheitsidealen und unnatürlichen Bildern. Dies soll vom Betrachter wahrgenommen und kritisch hinterfragt werden. Die Reklame wird ohne Ton gezeigt, man hört die Entspannungsmusik von Station 2, was eine interessante Kombination bildet
- Material: Tisch, Fernseher, Videorekorder, Videokassette mit Reklame, Pappschild „Kann man das (für) wahr nehmen?“

5) Info-Stellwände

- Inhalt: Informationsvermittlung zu Essstörungen und Körperkult, z.B. Tattoos, Piercing, gesunde Ernährung und „Werbeplakate“ der Multiplikatorinnen für Essstörungen zum Thema „gesundes Leben“
- Material: Stellwände, Informationsmaterial, Plakate, Befestigungsmöglichkeiten

6) Buch „Ausbrechen“

- Inhalt: anhand des hauptsächlich visuell gestalteten Buches sollen mögliche Emotionen und Verhaltensweisen von Menschen mit Bulimie ansatzweise nachempfunden und dadurch verstanden und akzeptiert werden.
- Material: Hocker, Buch „Ausbrechen“, Befestigungsband

7) Videofilm „Hungry Hearts“

- Inhalt: die von Jugendlichen selbst gedrehte Dokumentation „Hungry Hearts“ zeigt durch Interviews mit Betroffenen die Auswirkungen verschiedener Essstörungen auf
- Material: Tisch, 2 Sitzsäcke, Kissen, Fernseher, Videorekorder, Film „Hungry Hearts“

8) Spiegelwand: „Jeder ist auf seine Weise schön!“

- Inhalt: durch das Betrachten der eigenen Körperteile kann man feststellen, dass jeder Mensch auf seine spezielle Art schön ist
- Material: Spiegelwand. Pappe zum Abkleben, 4 Pappschilder: „Jeder...“, „...ist auf...“, „...seine Weise...“, „...schön!“

9) „Tu dir was Gutes!“ Vollkornkekse, Handcreme und Hilfsangebote

- Durch das Eincremen der Hände soll der eigene Körper gepflegt und die Tastsinne angeregt werden. Damit die Geschmackssinne nicht zu kurz kommen, kann man sich Vollkornkekse gönnen.
Außerdem liegen Visitenkarten der zuständigen Mitarbeiterin der Sucht- und Jugendberatung und Broschüren aus, wo man sich im Bedarfsfall hinwenden kann. Für eventuelle Fragen stehen die Multiplikatorinnen zu Verfügung-
- Material: Tisch, Tischdecke, Handcremes, Vollkornkekse, Pappschild „Tu dir was Gutes“, Beratungsstellenbroschüre

Der Raum war Bestandteil des Aktionstages im Haus der Jugend in Ingelheim und wurde gut besucht (schätzungsweise 70 Personen innerhalb von vier Stunden). Die Hauptgruppe bestand aus Mädchen und jungen Frauen (ca. 70 %). Daneben besuchten aber auch Jungen (ca. 20 %) und Multiplikatoren, wie z.B. Lehrkräfte (ca. 10 %) den Raum.

Dieses Projekt wurde ebenfalls in der Publikation **„Gemeinsam durch dick und dünn“ – Praxishandbuch zur Prävention von Essstörungen in Schule und Jugendarbeit** ausführlich dokumentiert.

Effektive Suchtprävention muss auf allen Ebenen – der universellen, selektiven und indizierten Ebene – ansetzen. Wichtig ist dabei, zunächst die Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe zu ermitteln und darauf aufbauend das Projekt zu entwickeln. Nur so können Informationen und Botschaften gehaltvoll transportiert werden.

Stationäre Verhaltenstherapie der Anorexia und Bulimia nervosa

Dr. Bernt Schmitz, Psychosomatische Fachklinik Bad Dürkheim

1. Einleitung

Im Folgenden werden die Störungsbilder der Anorexia und Bulimia nervosa beschrieben, ein biopsychosoziales Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung wird erläutert und es wird über die stationäre verhaltenstherapeutische Behandlung in der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim berichtet. Die Behandlung von Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa ist seit der Eröffnung der Fachklinik im Jahre 1981 ein langjähriger Behandlungsschwerpunkt der Klinik. Dies dokumentieren auch die vorliegenden wissenschaftlichen Studien und Publikationen zur Diagnostik und Behandlung der Krankheitsbilder (z.B. Diehl, S., 2002; Dehmlow & Schmitz, 1988; Fichtner & Schmitz, 1988; Handke-Raubach et al., 2001; Schmitz, 1987, 1988a, b & c, 1989; Schmitz & Mark, 1990; Schmitz et al., 1988; Schmitz et al., 1991), Diplom- und Doktorarbeiten (z.B. de Brito Santos-Dodt, 1993; Dehmlow, 1987; Franik, 1988; Obermeyer, 1998; Peters, 2000; Potrek-Rose, 1986; Reis, 1989; Ziegler, 1989) und ein Aufklärungsfilm für Betroffene und deren Angehörige (Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, 2000). Das therapeutische Konzept der Klinik eignet sich wegen seines multimodalen und interdisziplinären Behandlungsansatzes und seiner vielfältigen störungs-, problem- und altersspezifischen Therapieangebote im besonderen für Patientinnen (ab 16 Jahren) mit komplexen psychischen, somatischen, sozialen und beruflichen Problemstellungen, die meist neben ihrer Essstörung unter weiteren psychischen und psychosomatischen Störungen leiden.

2. Beschreibung der Störungsbilder

Anorexia nervosa und Bulimia nervosa sind verwandte Essstörungen, die in der Regel in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter beginnen und die überwiegend bei Frauen vorkommen. Für beide Krankheitsbilder beträgt das Verhältnis von Frauen zu Männern etwa 11:1. Für beide Krankheitsbilder sind in den vergangenen Jahrzehnten eine Zunahme der Krankheitshäufigkeit und ein verstärktes öffentliches, klinisches und wissenschaftliches Interesse zu verzeichnen. Für das Krankheitsbild der Anorexia nervosa kündigte sich dies bereits in den 60er Jahren an, das Krankheitsbild der Bulimia nervosa wird in der wissenschaftlichen Fachliteratur erst seit Anfang der 80er Jahre, beginnend mit der Aufnahme des Syndroms in das psychiatrische Klassifikationssystem DSM III (APA, 1980), als eigenständige Krankheitsgruppe definiert und untersucht. Obwohl einzelne Symptome gestörten Essverhaltens wie z.B. Unzufriedenheit mit Figur und Gewicht, gezügeltes Essverhalten, Diäten, Heißhungeranfälle, Erbrechen oder Laxantieneinnahme in der Normalbevölkerung relativ weit verbreitet sind, sind die Häufigkeiten der vollständigen klinischen Syndrome sehr viel seltener. Auf Grund der hohen Dunkelziffer und methodischer Probleme ist es schwierig, zuverlässige und repräsentative epidemiologische Daten zu gewinnen. Vorsichtige Schätzungen gehen davon aus, dass ca. 1% der 15- bis 30-jährigen Frauen in westlichen Industrienationen von einer Anorexia nervosa betroffen ist und ca. 2 bis 3 % unter einer Bulimia nervosa leiden (Faiburn & Begin, 1990; APA, 1994). In speziellen Risikogruppen wie Balletttänzerinnen, Modells, Jockeys, Ringer oder Leistungssportler liegen die Häufigkeiten vermutlich deutlich höher.

2.1 Diagnostische Kriterien der Anorexia und Bulimia nervosa nach ICD-10

In der Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen ist störungsspezifisches Fachwissen eine grundlegende Voraussetzung und Ergänzung zu allgemeinpsychotherapeutischen Wissen. Spezifische diagnostische Kriterien helfen, die Erkrankungen korrekt einzuordnen und störungsspezifische Behandlungsmaßnahmen abzuleiten.

Die Diagnostik von Essstörungen erfolgt in der ambulanten und stationären Praxis nach ICD-10 (Dilling et al., 1993). In Tabelle 1 und 2 sind die diagnostischen Kriterien der Anorexia und Bulimia nervosa wiedergegeben. Als Bewertungsmaßstab zur Beurteilung des Körpergewichts wird der Body-Mass-Index (BMI) verwendet. Er errechnet sich nach der Formel $BMI = \text{Körpergewicht (kg)} / \text{Körpergröße (m)}^2$. Eine Person mit 35 kg und 1,75 m Körpergröße hat z.B. einen BMI von 15,5 kg/m².

Die meisten wissenschaftlichen Arbeiten orientieren sich allerdings nicht an der Klassifikation nach ICD-10, sondern an den DSM-III-R (APA, 1987) bzw. DSM-IV Kriterien (APA, 1994) der American Psychiatric Association, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden soll.

Beide Essstörungsformen sind durch ein unermüdliches Streben nach Schlankheit, eine hohes Bedürfnis, perfekt zu sein, eine zwanghafte Beschäftigung mit Nahrung und eine verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers gekennzeichnet.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa nach ICD-10

Für die Diagnose der Anorexia nervosa (F 50.0) gelten nach ICD-10 folgende diagnostische Kriterien:

Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 % unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichten Gewicht) oder Body-Mass-Index (BMI) von 17,5 kg/m² oder weniger. Bei Patienten in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.

Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch: a.) Vermeidung von hochkalorischen Speisen; b.) selbst induziertes Erbrechen; c.) selbst induziertes Abführen; d.) übertriebene körperliche Aktivitäten; e.) Gebrauch von Appetitzüglern und /oder Diuretika.

Körperschema-Störung in Form einer spezifischen psychischen Störung: die Angst, zu dick zu werden, besteht als tiefverwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.

Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse, die sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido- und Potenzverlust manifestiert. Eine Ausnahme stellt das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen mit einer Homonsubstitutionstherapie zur Kontrazeption dar. Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderung des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.

Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt (Wachstumsstop; fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhoe bei Mädchen; bei Knaben bleiben die Genitalien kindlich). Nach Remission wird die Pubertätsentwicklung häufig normal abgeschlossen, die Menarche tritt aber verspätet ein.

Untertypen:

F 50.00 Anorexia ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc.). Dazugehörige Begriffe: asketische Form der Anorexie, passive Form der Anorexie, restriktive Form der Anorexie.

F 50.01 Anorexia mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc. u.U. in Verbindung mit Heißhungerattacken). Dazugehörige Begriffe: aktive Form der Anorexie, bulimische Form der Anorexie.

Unterschiede zwischen den beiden Essstörungen-Diagnosen bestehen hauptsächlich im Körpergewicht, da das Krankheitsbild der Anorexia nervosa mit starkem Untergewicht verbunden ist, während Patientinnen mit Bulimia nervosa in der Regel im Gewicht zwischen unterem Normalgewicht und leichtem Übergewicht liegen. Patientinnen mit restriktiver

Anorexia nervosa erleben ihr restriktives Essverhalten eher mit einem subjektiven Gefühl von Stolz und Selbstkontrolle und neigen, trotz offensichtlichen Untergewichts, oft eher zur Krankheitsverleugung, während Patientinnen mit Bulimia nervosa ihren Umgang mit Essen und insbesondere ihre Heißhungeranfälle und das selbstprovozierte Erbrechen meistens belastender erleben und aus Scham ihre Beschwerden oft verheimlichen. Patientinnen mit Anorexia nervosa bemühen sich oft auch in anderen Lebensbereichen um eine hohe Selbstkontrolle und zeigen häufiger eine Tendenz zur Zwanghaftigkeit. Patientinnen mit Bulimia nervosa verfügen häufiger über geringere Fähigkeiten zur Selbstkontrolle, was in einer erhöhten Impulsivität und emotionalen Instabilität dann zum Ausdruck kommt.

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa nach ICD-10

Für die Diagnose der Bulimia nervosa (F 50.2) gelten nach ICD-10 folgende diagnostische Kriterien:

Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; die Patientin erliegt Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert.

Die Patientin versucht, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Wenn die Bulimie bei Diabetikerinnen auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.

Die psychopathologische Auffälligkeit besteht in einer krankhaften Furcht davor, dick zu werden; die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, weit unter dem prämorbidem, vom Arzt als optimal oder „gesund“ betrachteten Gewicht.

Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode einer Anorexia nervosa nachweisen. Diese frühere Episode kann voll ausgeprägt gewesen sein oder war eine verdeckte Form mit mäßigem Gewichtsverlust und/oder einer vorübergehenden Amenorrhoe.

Beide Essstörungsformen können zu schwerwiegenden medizinischen Komplikationen und körperlichen Folgeschäden führen wie z.B. Kreislaufregulationsstörungen, Herzrhythmus-Störungen, Durchblutungsstörungen mit kalten Händen und Füßen, Elektrolytstörungen, Nierenfunktionsstörungen, Wassereinlagerungen im Gewebe, Geschwüren im Magen oder Zwölffingerdarm, Magenfunktionsstörungen und Völlegefühl, Ver-

dauungsstörungen, Sodbrennen, Hormonstörungen, Menstruationsstörungen bis hin zur Amenorrhoe, Nervenschädigungen, Knochenstoffwechselstörungen, Zahnschäden, Haarausfall, trockene Haut, Lanugobehaarung, Mineral- und Vitaminmangelzustände, vergrößerte Speicheldrüsen oder Hirnatropien.

2.2 Weitere Kategorien für die diagnostische Einordnung von Essstörungen nach ICD-10.

Das ICD-10 stellt neben den beiden genannten Hauptkategorien noch eine Reihe von Nebenkategorien zur Diagnose von Essstörungen zur Verfügung:

- F50.1 Atypische Anorexia nervosa: Wenn ein oder mehrere Kernmerkmale der Anorexia nervosa fehlen (z.B. Amenorrhoe oder signifikanter Gewichtsverlust), bei ansonsten typischem klinischen Bild.
- F50.3 Atypische Bulimia nervosa: Wenn ein oder mehrere Kernmerkmale der Bulimia nervosa fehlen (z.B. Abweichungen im Normalgewicht nach oben oder unten), bei ansonsten typischem klinischem Bild.
- F50.4 Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen: Übermäßiges Essen als Reaktion auf belastende Ereignisse (z.B. Trauerfälle, Unfälle, Operationen und emotional belastende Ereignisse) mit daraus resultierendem Übergewicht.
- F50.5 Erbrechen bei sonstigen psychischen Störungen (z.B. einer dissoziativen oder hypochondrischen Störung)
- F 50.8 Sonstige Essstörungen: psychogener Appetitverlust, nicht organische Pica (essen von Papier, Sand etc. bei Erwachsenen)
- F50.9 Nicht näher bezeichnete Essstörung

2.3 Differentialdiagnosen

Die Differenzialdiagnose der typischen Leitsymptome der Anorexia und Bulimia nervosa erfordert die Beachtung verschiedener somatischer und psychischer Erkrankungen. Folgende somatische Differenzialdiagnosen sollten in Betracht gezogen werden: Malabsorptionssyndrome, Anämie, Hypercalciämie, Schilddrüsenfunktionsstörungen, Diabetes mellitus, Cushing-Syndrom, Urämie, Nebennierenrindeninsuffizienz, Hypophysenvorderlappeninsuffizienz, schwere Herzinsuffizienz, Dysphagie und andere Erkrankungen im Hals-Nasen-Ohren-Bereich, Stenosen im Gastrointestinalbereich, Tumorerkrankungen, intracranielle Raumforderungen, Gastritis, Ulcus ventriculi oder Ulcus duodeni, Lebererkrankungen, Bauchspeicheldrüsen- und Gallenwegserkrankungen, chronische Infektionen, Darmparasiten und unerwünschte Wirkungen von Medikamenten und Drogen.

Es ist ebenso abzuklären, ob sich das spezifische Essverhalten ausschließlich oder am besten durch eine andere psychische Störung erklären lässt. Als psychische Differenzialdiagnosen sollten berücksichtigt werden: Somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Angst- und Zwangsstörungen, depressive Störungen, schizophrene Psychosen und andere wahnhaftige Störungen. So können z.B. schwere depressive Erkrankungen zu Appetit- und Gewichtsverlust oder Gewichtssteigerung führen. Psychotische Erkrankungen mit ernährungsbezogenem Wahn können über extreme Einschränkungen der Nahrungszufuhr zu Untergewicht führen. Angst-

oder Zwangserkrankungen können die Nahrungsaufnahme erschweren oder verlangsamen wie z.B. durch Ängste, sich zu verschlucken oder durch sehr umständliche Einkaufsrituale.

3. Ein biopsychosoziales Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Anorexia und Bulimia nervosa

Die Flut von Publikationen der vergangenen Jahre kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass unser Wissen über die Entstehung und Aufrechterhaltung der Anorexia und Bulimia nervosa noch immer empirisch unzureichend gesichert ist. Es besteht allerdings zunehmend Einigkeit in der Fachwelt darüber, dass es sich bei beiden Krankheitsbildern um komplexe Störungen handelt, deren Entstehung und Aufrechterhaltung durch biologische, soziale und psychologische Faktoren und deren Zusammenwirken bedingt ist und nicht durch eine eindimensionale Sichtweise erklärt werden kann.

Im folgenden werden in einem biopsychosozialen Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Anorexia und Bulimia nervosa diejenigen Faktoren zusammengefasst, von denen – mehr oder weniger empirisch gesichert - angenommen wird, dass sie zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Anorexia und Bulimia nervosa beitragen (siehe Abbildung 1). Dieses Modell erklärt die Entstehung und Aufrechterhaltung der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa aus dem Zusammenwirken von drei Faktorenbündeln (Schmitz, 1987; Legenbauer & Vocks, 2006): Prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren.

Prädisponierende Faktoren oder Risiko-Faktoren sind zeitlich relativ stabile Merkmale der Person oder ihrer Umwelt, die bereits vor dem Auftreten der Krankheit bestehen und die das Risiko für die Entstehung einer Essstörung erhöhen, möglicherweise aber auch nach Krankheitsbeginn weiter wirksam sind. Als potentielle Risikofaktoren für die Anorexia und Bulimia nervosa werden biologische, soziokulturelle, familiäre und individuelle Faktoren diskutiert.

Zu den biologischen Faktoren zählen genetische Faktoren und biologische Veränderungen wie hypothalamische Dysfunktionen, Dysfunktionen des endokrino-metabolischen Systems und Neurotransmitterstörungen. Daneben werden körperliche Faktoren wie prämorbidess Gewicht, ernährungsphysiologische Grundlagen wie restriktives Essverhalten und Störungen des Hunger- und Sättigungshaushaltes diskutiert.

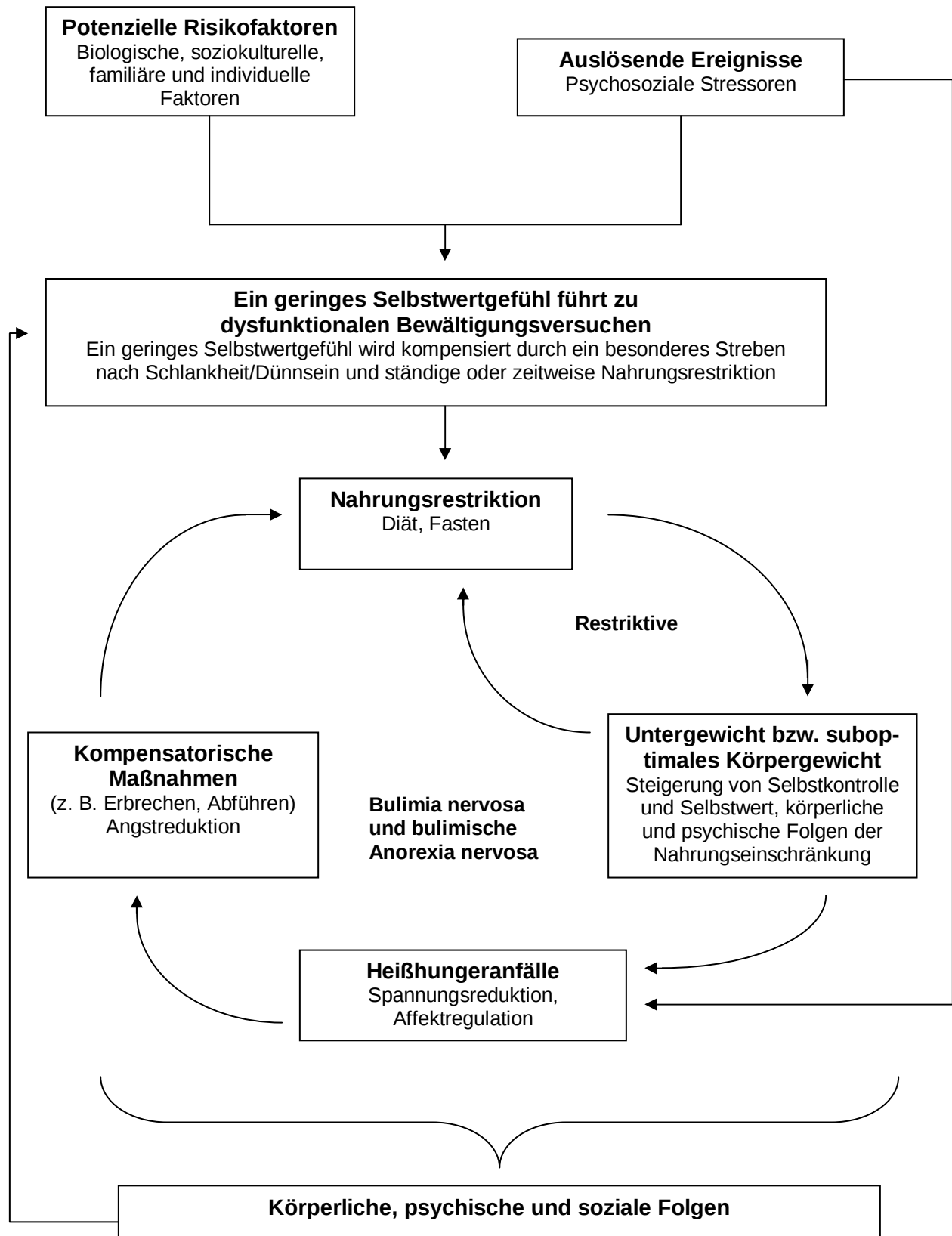
Soziokulturelle Aspekte beziehen sich auf das gesellschaftlich überwertige Schlankheitsideal in den westlichen Gesellschaften und auf die widersprüchlichen Rollenerwartungen und Werthaltungen, mit denen junge Frauen konfrontiert werden. In unserer Gesellschaft des Überflusses gilt Schlanksein als Voraussetzung für Attraktivität, erfolgreiche Lebensbewältigung und als Zeichen der eigenen Selbstkontrolle. Eine Frau, die den gesellschaftlichen Anforderungen genügen will, hat schön und sehr schlank zu sein. Darüber hinaus sollte eine junge Frau aber auch den Anspruch einer perfekten Hausfrau und Mutter erfüllen und sich zugleich erfolgreich persönlich und beruflich in einer betont leistungsorientierten Gesellschaft verwirklichen. Verschiedene Autoren betonen als Folge dieser Entwicklung eine Verunsicherung und Überforderung jüngerer Frauen, vor allem in der Phase der Adoleszenz, die für die Entwicklung der eigenen weiblichen Identität von besonderer Bedeutung ist. Der wesentliche Beitrag soziokultu-

reller Faktoren liegt vor allem in der Erklärung der weitaus größeren Häufigkeit von Essstörungen bei Frauen als bei Männern, für die der Schlankheitsdruck in der Regel in sehr viel geringerem Ausmaß vorhanden ist (Striegel-Moore et al., 1986).

Auf die Rolle der Familie bzw. familiärer Interaktions- und Kommunikationsmuster für die Ätiologie von Essstörungen wurde von systemisch orientierten Autoren bereits in den 70er Jahren hingewiesen (z.B. Selvini-Palazzoli, 1978; Minuchin et al., 1978): Familien von Patientinnen mit Anorexie seien u. a. gekennzeichnet durch einen starken Zusammenhalt, hohe Norm- und Leistungsorientierung, stärkere Überbehütung des Kindes oder Konfliktvermeidung. Familien von Patientinnen mit Bulimie seien durch heftige und offen ausgetragene Konflikte ohne Lösung, einer Missachtung von Intimschranken, Neigung zu impulsiven Handlungen oder Triangulierung gekennzeichnet. Das familiäre Beziehungsfeld, in dem Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa aufwachsen, erschwert u. U. die Entwicklung einer stabilen Identität und Autonomie sowie die Ausbildung eines positiven Selbstwertgefühls der Betroffenen.

Individuelle Faktoren umfassen belastende Lebensereignisse im Vorfeld der Erkrankungen wie sexueller Missbrauch, Scheidung der Eltern etc. und bestimmte Charakteristika der jeweiligen Person wie niedriger Selbstwert, körperliche Unzufriedenheit, Perfektionismus und Impulsivität sowie dysfunktionale grundlegende Überzeugungen. Es muss hervorgehoben werden, dass der Grad der empirischen Absicherung der verschiedenen Faktoren sehr unterschiedlich ist (vgl. Jacobi et al., 2004), verschiedene Risikofaktoren konnten bisher nicht oder nur teilweise bestätigt werden und die Datenlage ist aufgrund fehlender Längsschnittstudien unbefriedigend. Bei einigen Faktoren ist auch die Frage des zeitlichen Auftretens in Bezug auf die Essstörung unklar und es muss in Betracht gezogen werden, dass diese Risiko-Faktoren eher Korrelate oder Folgen der Essstörung sind. So sind auch die Annahmen zu familiären Mustern bei Patientinnen mit Essstörungen mit großer Vorsicht zu interpretieren, da sie bisher nur z. T. empirisch bestätigt werden konnten und auch als Folge aus der Erkrankung eines Familienmitglieds verstanden werden können.

Abbildung 1: Ein biopsychosoziales Modell der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Anorexia und Bulimia nervosa



Auslösende Faktoren bestimmen über den Zeitpunkt der konkreten Manifestation der Essstörung. Es wird weiterhin davon ausgegangen, dass die Anforderungen und Belastungen im Verlauf der Adoleszenz als Bedrohung des eigenen Selbstwertgefühls erlebt werden und starke Ängste vor dem Verlust der Kontrolle über die eigenen Lebensumstände entwickelt werden. Das durchschnittliche Alter der Patientinnen verweist auf den besonderen Stellenwert dieses Lebensabschnitts für die Entwicklung der Anorexia und Bulimia nervosa. Die Adoleszenz stellt eine kritische Lebensperiode zwischen Kindheit und Erwachsensein dar mit erhöhten Anforderungen an die Anpassungsfähigkeit, Autonomieentwicklung und Selbstkontrolle. So bringt die körperliche Entwicklung und sexuelle Reifung neue Anforderungen und Erfahrungen mit sich, die zur Verunsicherung führen können, und es wird von zunehmender Bedeutsamkeit, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und gegebenenfalls gegen Widerstände durchzusetzen, Verantwortung zu übernehmen, eigene Initiativen zu entwickeln und Ziele selbstständig zu verfolgen und eine altersentsprechende Ablösung vom Elternhaus zu vollziehen. Auslösende Faktoren betreffen Veränderungen, die eine Anpassung erfordern wie Trennungs- und Verlusterfahrungen, Angst vor Leistungsversagen, körperliche Krankheiten oder andere Belastungen, denen sich die betreffende Person aber aufgrund fehlender Bewältigungsfertigkeiten nicht gewachsen fühlt, die sie verunsichern und ihr Selbstwertgefühl beeinträchtigen und auf die sie mit Nahrungseinschränkung und Diät reagiert zur Verbesserung von Selbstkontrolle und Selbstwertgefühl.

Aufrechterhaltende Faktoren erklären, warum die Essstörung dauerhaft bestehen bleibt. Zu den Faktoren, die die weitere Krankheitsentwicklung der Störungen bedingen, gehören neben den weiterhin bestehenden prädisponierenden Faktoren und aktuellen Belastungen insbesondere die körperlichen und psychischen Folgen des gezügelten Essverhaltens sowie fehlende Bewältigungsfertigkeiten (z.B. geringe Fähigkeiten, negative Gefühle auszuhalten oder sich zu entspannen und zu beruhigen) und dysfunktionale Denkmuster (z.B. Übergeneralisieren, Katastrophisieren oder Personalisieren), die nicht nur an der Entwicklung der Essstörungen beteiligt sind, sondern auch zu deren Aufrechterhaltung beitragen.

Als potentielle Risikofaktoren für die Anorexia und Bulimia nervosa werden also biologische, soziokulturelle, familiäre und individuelle Faktoren diskutiert, die im Zusammenspiel mit auslösenden Ereignissen im Verlauf der Adoleszenz ein besonderes Essverhalten hervorbringen, das der Aufrechterhaltung von Selbstkontrolle und positivem Selbstwert dient. Die Forschungen zu den Auswirkungen von chronischer Mangelernährung und Untergewicht bzw. suboptimalem Körpergewicht auf somatische (insbesondere metabolische und neuroendokrine) und psychische Funktionen haben den derzeitigen Kenntnisstand wesentlich beeinflusst (Garner et al., 1985; Keys et al., 1950; Laessle et al., 1987). Aus der Starvation-Forschung ist bekannt, wie der Organismus gesunder Personen unter den Bedingungen des Fastens und der niederkalorischen Ernährung reagiert. Keys et al. (1950) haben dazu eine viel zitierte Studie vorgelegt und beobachteten bei jungen, gesunden Männern, die freiwillig unter kontrollierten Bedingungen ihre Nahrungsaufnahme über einen Zeitraum von sechs Monaten um die Hälfte der normalen Kalorienzufuhr reduzierten u. a. eine erhöhte Depressivität, Irritierbarkeit, Nervosität, emotionale Labilität, vermehrten sozialen Rückzug und Einengung der Gedanken auf Nahrung und Essen, Verlust von sexuellem Interesse und Störungen der Konzentration. Darüber hinaus wurden Phasen von Heißhungeranfällen berichtet, die sich über Monate hinzogen, selbst nachdem sich die Betroffenen wieder normal ernährten.

Garner et al. (1985) diskutieren die Auswirkungen des gezügelten Essverhaltens auf dem Hintergrund der Set-Point-Theorie und der Anpassung des Stoffwechsels an ein verändertes Körpergewicht. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass das Körpergewicht eines Menschen keine frei manipulierbare Größe ist, die langfristig ohne Konsequenzen je nach Bedürfnis und gesellschaftlichem Ideal variiert werden kann. Das Körpergewicht ist demnach physiologisch festgelegt und der Körper reagiert auf Veränderungen in der Energiezufuhr unter anderem auch mit entsprechenden metabolischen Veränderungen. Das natürliche Gewicht ist für jede Person individuell verschieden und liegt meistens höher als das persönliche Idealgewicht. Ständige Diätversuche zur Gewichtsabnahme stören dieses biologische Gleichgewicht. Die Folgen des chronischen Diätverhaltens und Fastens sind Ausdruck eines physiologisch begründeten Widerstandes des Organismus gegenüber einer Gewichtsmanipulation. Der Organismus verfüge über interne Regulationsmechanismen im Sinne einer arterhaltenden Funktion, auf Nahrungseinschränkung und Mangelernährung mit Widerstand zu reagieren und das Körpergewicht in einem biologischen Gleichgewicht zu halten bzw., wenn dies nicht der Fall ist, das natürliche Gewicht wieder herzustellen. So habe der soziale Rückzug, die Abnahme sexueller Bedürfnisse, das esszentrierte Denken die Funktion, den gesamten Organismus auf eine notwendige Gewichtszunahme zu konzentrieren.

Die mit dem Diätverhalten oder Hunger einhergehenden Veränderungen der Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen führen bei den Betroffenen zur Verunsicherung und zur Bedrohung des Selbstwertgefühls. Patientinnen mit restriktiver Anorexia nervosa geraten dadurch in einen Teufelskreis: Erlebt die Patientin Hunger, so fühlt sie sich um den Schutz ihrer Kontrolle gebracht, reagiert mit ängstigenden und selbstabwertenden Kognitionen (z.B. „Ich bin haltlos, wenn ich esse“ oder „Ich verliere die Kontrolle, wenn ich meinem Hunger nachgebe“) und verschärft ihr Diätprogramm, um sich das Gefühl zur Selbststeuerung und ein positives Selbstwertgefühl zu bewahren. Aus verhaltensanalytischer Sicht wird das Hungern durch positive und negative Verstärkung aufrechterhalten: So führt der unmittelbare Erfolg bei der Nahrungseinschränkung zur Angstreduktion und das damit verbundene Gefühl von Selbstkontrolle trägt als kurzfristige positive Konsequenz wesentlich zur Aufrechterhaltung des Verhaltens bei. Im Krankheitsverlauf wird das Gefühl der Selbststeuerung und Kontrolle über das Essen zum ausschließlichen Maßstab für das Selbstwertgefühl. Hungern entwickelt sich zu einer umfassenden Bewältigungsstrategie und ermöglicht die Vermeidung angstauslösender Situationen, sodass sich die Betroffene nicht mit den Schwierigkeiten und Anforderungen ihrer Lebenssituation auseinandersetzen muss (z.B. kritische Lebensereignisse wie Auszug, Berufsfindung oder Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität und Körperlichkeit). Der reduzierte Allgemeinzustand löst Aufmerksamkeit, Fürsorglichkeit und Sorge der Umwelt aus aber auch Ärger und Konflikte und je länger die Essstörung besteht, umso größer wird ihr Stellenwert im Alltag der Betroffenen, alle Überlegungen und Handlungen sind auf Essen und Diät konzentriert und dominieren vor allen anderen Interessen. Längerfristig begünstigt das Verhalten die Tendenz zur Isolation, verhindert den Erwerb altersentsprechender psychosozialer Kompetenzen und es entwickeln sich schwere depressive Syndrome sowie körperliche Folgen, die die Gesundheit beeinträchtigen. Die längerfristigen psychischen, körperlichen und sozialen Folgen tragen zu einer weiteren Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls bei und begünstigen die Chronifizierung der Essstörung.

Patientinnen mit Bulimia nervosa und bulimischer Anorexia nervosa gelingt die Kontrolle der physiologischen Bedürfnisse nicht. Der Übergang vom gezügelten Essen zum

bulimischen ist durch den Verlust der Kontrolle des Essverhaltens gekennzeichnet, der dann eintritt, wenn aufgrund von emotionalem Stress die kognitive Kontrollfunktion des schlankheitsfixierten Essverhaltens herabgesetzt ist (Wardle und Beinart, 1981). Der Heißhungeranfall führt allerdings nicht nur zur Spannungsreduktion, die verstärkend erlebt wird, sondern gleichzeitig zu einer panikartigen Angst vor der Gewichtszunahme. Dies führt in der Krankheitsentwicklung in der Regel einige Zeit später zum Erbrechen als Methode, die kalorischen Folgen des Überessens zu vermeiden. Der Kreislauf von Nahrungseinschränkung, Heißhungeranfällen und Erbrechen verselbständigt sich, er wird damit zu einem selbst-perpetuierenden Kreisprozess, da keine Sättigung eintritt. Darüber hinaus legitimiert das Erbrechen den nächsten Heißhungeranfall, da ein Weg gefunden scheint, den kalorischen Folgen zu entgehen und führt damit zu vermehrten Kontrollverlusten. Bestehen bleibt der körperliche Mangelzustand, die dem Erbrechen folgenden Schuld- und Schamgefühle und Depressionen erhöhen den psychischen Stress und die eventuell anstehenden Probleme sind weiterhin ungelöst. Neue Probleme entstehen durch die finanziellen Kosten des Verhaltens, durch die negativen Folgen des Verhaltens für bestehende Beziehungen und berufliche Belange und durch die körperlichen Folgeschäden. Darüber hinaus kann der Zyklus von Nahrungseinschränkung, Heißhungeranfall und Erbrechen genau zum Gegenteil dessen führen, was eigentlich intendiert war, nämlich zu einer Gewichtszunahme und nicht zu einer Gewichtsabnahme (Garner et al., 1985).

4. Stationäre Verhaltenstherapie der Anorexia und Bulimia nervosa

Im Folgenden wird über die Indikation zur stationären Behandlung und das Vorgespräch berichtet und es werden die grundlegenden Therapieziele und Therapiebausteine eines stationären verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts dargestellt. Daran anschließend werden die beiden Behandlungs- und Interventionsschwerpunkte „Normalisierung von Körpergewicht und Essverhalten“ und „Bearbeitung zu Grunde liegender und aufrechterhaltender Problembereiche sowie Behandlung komorbider psychischer Störungen“ näher beschrieben.

4.1 Indikation zur stationären Behandlung und Vorgespräch, Therapieziele und Therapiebausteine eines stationären verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts

Indikation zur stationären Behandlung

Die Entscheidung für eine stationäre Behandlung von Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa lässt sich anhand folgender Kriterien überprüfen (Sipos & Schwaiger, 2005):

Medizinische Gefährdung. Im Vordergrund stehen kardiale Komplikationen und bedrohliche Elektrolytstörungen. In der Fachliteratur werden folgende Werte als Gefahrenindikatoren vorgeschlagen: Bradykardie mit Herzfrequenz $< 40/\text{min}$, Blutdruck unter 90 zu 60 mmHg, Nüchternblutzucker $< 60 \text{ mg/dl}$, Kalium $< 3,0 \text{ mmol/L}$ oder andere schwere Elektrolytstörungen z.B. Hypophosphatämie, Hypothermie $< 36,0 \text{ C}$, Dehydratation, andere wesentliche Beeinträchtigungen der Funktion der Nieren, der Leber oder des Herzens, Untergewicht $< 15,0 \text{ BMI}$.

Einer oder mehrere dieser Gefahrenindikatoren machen in der Regel eine vollstationäre Behandlung in Spezialstationen und Fachkliniken notwendig oder gegebenenfalls akut-psychiatrisch auf geschlossenen psychiatrischen Stationen und/oder bei medizinischen Komplikationen auf intensivmedizinischen Stationen. Ausnahmen sind u. U. chronisch untergewichtige Patientinnen, die über Jahre hinweg an ihren untergewichtigen Zustand adaptiert sind, bei denen stationäre Behandlungsversuche wenig Erfolg hatten und die in der Gesamtabwägung eine längerfristige ambulante Therapie mit enger internistischer Betreuung durchführen sollten.

Suizidalität. Akute Suizidalität stellt eine Indikation für die Aufnahme in eine geschützte psychiatrische Station dar. Bei chronischer Suizidalität sollte für die Wahl des Behandlungssettings die Bereitschaft und Befähigung der Patientin, einen Non-Suizid-Entschluss bzw. Vertrag einzugehen, berücksichtigt werden und es sollte eine stationäre Behandlung mit nachfolgender ambulanten Therapie vorgezogen werden.

Zusätzliche (komorbide) psychische Störungen. Viele Patientinnen leiden neben ihrer Essstörung unter weiteren psychischen und psychosomatischen Störungen (s. u.). Jede zusätzliche bzw. komorbide psychische oder psychosomatische Störung, die für sich genommen eine stationäre Behandlung begründet, tut dies auch im Kontext einer Essstörung. Die stationäre Behandlungsmaßnahme sollte dann auch störungsspezifische Therapieangebote für die jeweiligen komorbiden Störungen anbieten.

Geringe Veränderungsmotivation. Eine hohe Motivation der Patientin stellt für alle Behandlungssettings eine günstige Voraussetzung dar. Niedrige Motivation kann auf Grund der vielfältigeren und intensiveren Möglichkeiten zur Motivationsförderung in Einzel- und gruppentherapeutischen Therapieangeboten eine Indikation für eine stationäre Behandlung begründen. Bei anhaltend niedriger Veränderungsmotivation sollten stationäre Maßnahmen jedoch nicht ausgedehnt werden. In diesem Fall ist eher eine Rückkehr zur ambulanten Behandlung zu empfehlen und nach einem Intervall sollte erneut die Motivation für eine stationäre Maßnahme überprüft werden.

Geringe Selbstkontrollfähigkeiten. Geringe Fähigkeiten zur Selbstkontrolle stellen eine wichtige Indikation für eine stationäre Behandlung dar. Durch entsprechende therapeutische und cotherapeutische Unterstützung kann eine Struktur für erste Verhaltensänderungen geschaffen werden.

Belastende Faktoren in der Umwelt. Aktuell nicht auflösbare Konflikte und Belastungen in der Familie, am Arbeitsplatz oder im weiteren Umfeld der Patientin können den Erfolg ambulanter Therapie verhindern und die Indikation für eine stationäre Behandlung begründen.

Fehlende ambulante Behandlungsmöglichkeit. Die ambulante Behandlung setzt die Verfügbarkeit eines mit Essstörungen erfahrenen Psychotherapeuten in der näheren Umgebung der Patientin voraus. Ist dies nicht gegeben, so ist eine stationäre Behandlung angezeigt.

Unbefriedigende ambulante Behandlungsversuche in der Vorgeschichte. Stellt sich im Verlauf eines Jahres in der ambulanten Therapie kein befriedigender Therapieerfolg heraus, sind teilstationäre oder stationäre Behandlungsmaßnahmen zu empfehlen.

Vorgespräch

Bei Patienten mit spezifischen Störungen und Problembereichen führen wir vor der stationären Aufnahme Vorgespräche durch. So haben Patientinnen mit Anorexia nervosa oft besondere Schwierigkeiten, sich auf ein wesentliches Therapieziel, die Gewichtszunahme, einzulassen. Bei Patientinnen mit Anorexia nervosa führen wir deshalb in der Regel ein Vorgespräch vor der stationären Aufnahme durch zur Informierung der Patientin über unser Behandlungskonzept und zur Klärung der Indikation und Motivation für eine stationäre Maßnahme in unserem Hause. In diesem Rahmen werden relevante Themenbereiche exploriert wie Gewichtsanamnese, Essverhalten, gewichtsregulierende Maßnahmen, Suchtmittelanamnese, Krankheitsvorgeschichte, Krankheitsverständnis, Motivation und Behandlungserwartungen, Suizidalität und komorbide Störungen. Darüber hinaus erläutern wir unser Krankheitsverständnis, leiten im gemeinsamen Gespräch mit der Patientin die grundlegenden Therapieziele ab und beschreiben das multimodale therapeutische Behandlungsangebot der Klinik einschließlich der Spielregeln und Rahmenbedingungen der Behandlung. So werden die Patientinnen auch über das Gewichtsprogramm informiert und die Vereinbarung zu regelmäßiger Nahrungsaufnahme und kontinuierlicher Gewichtszunahme.

Therapieziele der stationären Behandlung

Grundsätzlich orientiert sich die stationäre verhaltenstherapeutische Behandlung an zwei grundlegenden Therapiezielen („two-track-approach“; Garner & Isaacs, 1986; Schmitz et al., 1991):

1. Kurzfristig wird eine Normalisierung von Körpergewicht (bei Patientinnen mit Anorexia nervosa) und Essverhalten (bei Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa) angestrebt. Die therapeutischen Interventionen haben zum Ziel, die körperlichen und psychischen Folgen von Mangelernährung und Untergewicht aufzuheben, die das gestörte Essverhalten aufrechterhalten.
2. Langfristig müssen die zu Grunde liegenden und aufrechterhaltenden psychologischen und psychosozialen Problembereiche der Patientinnen, sowie die komorbiden psychischen Störungen behandelt werden.

Das multimodale und interdisziplinäre Behandlungskonzept der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim

Das Behandlungskonzept der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim basiert auf den wissenschaftlich fundierten, empirisch überprüften Verfahren der Verhaltenstherapie, wie sie mit breiter Indikation in der Psychosomatik, der klinischen Psychologie, der Psychiatrie und der Allgemeinmedizin eingesetzt werden. Die Hauptindikationen der Klinik sind: Psychoreaktive Störungen (z.B. Depressionen, Angsterkrankungen, Zwangsstörungen, somatoforme Störungen); Persönlichkeitsstörungen, andauernde posttraumatische Belastungsstörungen, Impulskontrollstörungen, ADHS und Intervallbehandlungen bei Psychosen; Störungen des Essverhaltens (Anorexia und Bulimia nervosa, Binge-Eating-Störung und Adipositas) und andere klassische psychosomatische Krankheiten (z.B. Ulcusleiden, arterielle Hypertonie); Psychische Störungen im Zusammenhang mit oder in Folge von schweren und chronisch verlaufenden Erkrankungen.

Die Behandlung von Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa ist seit der Eröffnung der Klinik im Jahre 1981 ein langjähriger Behandlungsschwerpunkt der Klinik. Die Behandlungsmaßnahmen für Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa werden im

Rahmen einer multimodalen und adaptiven therapeutischen Gesamtstrategie entwickelt, die sich an einer individuellen Fallkonzeption orientiert und die über ein engeres Therapieverständnis hinausgehend die Beiträge aller Fachdisziplinen gleichwertig einschließt, die für bestimmte Problemlösungen erforderlich sind. Einzeltherapeutische Maßnahmen, cotherapeutische Betreuung, Entspannungstraining nach Jacobson, ein differenziertes Angebot an störungs-, problem- und altersspezifische Gruppentherapien und Vorträgen, Partner- und Familiengespräche, Angebote der Sozio-, Sport- und Ergotherapie sowie medizinische und physiotherapeutische Interventionen haben je nach Problemstellung und Phase im Behandlungsverlauf einen wechselnden, aber grundsätzlich gleichgewichtigen Anteil (s. Tabelle 3). Psychopharmaka werden bei strenger Indikationsstellung z. B. bei einer komorbiden schweren depressiven Störung oder bei einer massiven emotionalen Labilisierung verordnet.

Als Wirkfaktoren der stationären Behandlung kommen nicht nur die therapeutische Beziehung oder die aus den Verhaltens- und Bedingungsanalysen der Probleme abgeleiteten Maßnahmen und Interventionen zum Tragen. Es müssen gleichermaßen die spezifischen institutionellen und organisatorischen Bedingungen der Klinik (z. B. Bezugstherapeuten-Modell, enge interdisziplinäre Zusammenarbeit, internes Supervisionsmodell), Aspekte des therapeutischen Klimas oder der Begegnung der Patienten untereinander sowie die Einbettung der Klinik in die regionale Versorgung als längerfristig wirksame Veränderungsfaktoren berücksichtigt werden.

In der Einzeltherapie ist es erstes Ziel ein therapeutisches Arbeitsbündnis herzustellen. Mit den Patientinnen wird ein individuelles biopsychosoziales Bedingungsmodell ihrer Störung(en) erarbeitet, es werden individuelle kurz- und langfristige Behandlungsziele hieraus abgeleitet und darauf abgestimmte Therapieangebote vereinbart. In den Einzelgesprächen werden auch die Erfahrungen der Patientinnen bei ihrer Teilnahme an diesen Angeboten und die Rückmeldungen der Therapeuten zusammengetragen und ausgewertet.

Das stationäre Behandlungsprogramm für Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa setzt sich im Therapieverlauf in der Regel aus folgenden Therapiebausteinen zusammen, von denen einige kurz beschrieben werden sollten:

Tabelle 3: Das stationäre Behandlungsangebot

- Vorgespräch vor der stationären Aufnahme
 - Einführungstraining
 - Regelmäßige Einzelgespräche
 - Cotherapeutische Betreuung
 - Entspannungstraining
 - Störungs-, problem- und altersspezifische Gruppentherapien: Angstbewältigungsgruppe, Depressionsgruppe, Schmerzbewältigungsgruppe, Zwangsstörungsgruppe, Psychosomatikgruppe, Gruppenangebot oder Vortragsreihe für Patienten mit dysfunktionalen Persönlichkeitsstilen und Persönlichkeitsstörungen, Soziales Kompetenztraining, Gruppe für sexuell traumatisierte Patienten, Gruppe für Männer mit problematischem Sexualverhalten, Problemlösegruppe, Problemlösegruppe für Jugendliche und junge Erwachsene, Therapiegruppe für Patienten im höheren Lebensalter
- Störungsspezifische Gruppen für Patienten mit Essstörungen:
 Essstörungsgruppe 1 (mit Lehrküche und Ernährungsberatung)

(Anorexia und Bulimia nervosa)

Essstörungsgruppe 2 (mit Lehrküche und Ernährungsberatung)

(Adipositas/Binge-Eating-Störung)

- Partner- und Familiengespräche
- Soziotherapie
- Ergotherapie
- Sporttherapie und Krankengymnastik

Störungsspezifische Gruppen für Patienten mit Essstörungen:

Körpererfahrungsgruppe

(Anorexia und Bulimia nervosa)

Adipositasgruppe

(Adipositas/Binge-Eating-Störung)

- Medizinische Maßnahmen
- Physio- und Balneotherapie
- Poststationäre Nachsorgegruppe

- Basisprogramm: Einzeltherapie, cotherapeutische Betreuung, Entspannungstraining, Angebote der Sporttherapie erst ab einem BMI>17,5 sowie Problemlösegruppe nach ausreichender Stabilisierung und Gruppenfähigkeit. In der zieloffenen und ressourcenorientierten Problemlösegruppe sollen sowohl die selbstständigen Problemlösefertigkeiten durch das Erlernen einer kooperativen Arbeitshaltung wie auch die interpersonellen Kompetenzen (z.B. aktives Zuhören, Konfliktfähigkeit) gefördert und gestärkt werden. In der Problemlösegruppe für Jugendliche und junge Erwachsene stehen die altersspezifischen Themen (Umgang mit Gleichaltrigen, Ablösung vom Elternhaus etc.) im Vordergrund.
- Störungsspezifisches Angebot: Essstörungsgruppe (einschließlich Lehrküche und Ernährungsberatung) und nach ausreichender Stabilisierung Körpererfahrungsgruppe. In der Essstörungsgruppe werden die Patientinnen ausführlich über die Erscheinungsformen und Ursachen von Essstörungen informiert. Es werden begünstigende, auslösende und aufrechterhaltene Bedingungen für gestörtes Essverhalten herausgearbeitet und es werden kurz- und langfristige Bewältigungsstrategien eingeübt. In der Körpererfahrungsgruppe werden Übungen zum Körperschema und zur Gefühlswahrnehmung und zum Gefühlsausdruck angeboten. Die Patientinnen lernen ihren Körper positiver und realistischer wahrzunehmen und können sich mit den anderen Betroffenen zu zentralen Themen wie Körperbild, Körperschema, Weiblichkeit usw. austauschen und werden zu einem selbstfürsorglichen und achtsamen Umgang mit sich selbst angeleitet.
- Weitere individuell indizierte Maßnahmen wie z.B.: Soziales Kompetenztraining, Familien- oder Paargespräche, Ergotherapie (z.B. Malen), Soziotherapie oder störungsspezifische Gruppen wie Angst- oder Depressionsgruppe).

Grundsätzlich soll bei der Therapieplanung und Durchführung berücksichtigt werden, dass die Zielsetzungen einer zeitlich begrenzten stationären Behandlungsmaßnahme realistisch eingeschätzt werden müssen. So sollte keine vollständige „Heilung“ erwartet werden, sondern eine „Befähigung zur Weiterbehandlung im ambulanten Rahmen“ (Jacobi et al., 2004). Dies heißt aber auch, dass sich die stationäre Maßnahme in einem gemeinsamen Klärungsprozess mit der Patientin auf ausgewählte Problembereiche und

Therapieziele konzentrieren sollte, um tragfähige Fortschritte zu erzielen und das andere Problembereiche ausgeklammert werden müssen und auf die ambulante Weiterbehandlung verwiesen wird.

4.2 Behandlungs- und Interventionsschwerpunkte

4.2.1 Motivierung und therapeutische Beziehungsgestaltung, Entwicklung eines individuellen und plausiblen Krankheitsmodells

Vor der Beschreibung der beiden Behandlungs- und Interventionsschwerpunkte „Normalisierung von Körpergewicht und Essverhalten“ und „Bearbeitung zu Grunde liegender und aufrechterhaltender Problembereiche sowie Behandlung komorbider psychischer Störungen“ soll auf das Thema „Beziehungsgestaltung und Motivierung“ näher eingegangen werden. Hierzu gehören aus verhaltenstherapeutischer Sicht nicht nur die Förderung einer vertrauensvollen und tragfähigen therapeutischen Arbeitsbeziehung, sondern auch die Transparenz des therapeutischen Vorgehens und die Klärung von Rahmenbedingungen und Therapievereinbarungen, psychoedukative Maßnahmen und die Erarbeitung eines individuellen und plausiblen Krankheitsmodells, Ressourcenorientierung oder die Motivierung der Patientinnen durch die Ermutigung zu kleinen Schritten (Experimenten).

Motivierung und therapeutische Beziehungsgestaltung. Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa kommen oft mit einer ambivalenten Therapiemotivation in die stationäre Behandlung und oftmals sind es insbesondere bei Patientinnen mit Anorexia nervosa nahe Bezugspersonen und Familienmitglieder, die die Patientin zur Behandlung drängen. Dies zeigen auch Ergebnisse einer Studie von Bemis (1986), die zeigen, dass nur 18 % der Patientinnen mit Anorexia nervosa freiwillig eine Therapie aufsuchen, während dies auf 92 % der Patientinnen mit Bulimia nervosa zutrifft. Darüber hinaus stellen wir oft fest, dass Patientinnen mit Anorexia nervosa, die aus eigener Entscheidung zur stationären Maßnahme kommen, oft nicht das niedrige Gewicht beklagen und darauf bezogen wenig Veränderungsmotivation haben, sondern eher die körperlichen und psychischen Folgen wie mangelnde körperliche Leistungsfähigkeit oder depressive Symptome.

Patientinnen mit Bulimia nervosa haben zwar oft einen hohen Leidensdruck hinsichtlich ihrer Kontrollverluste in Form von Heißhungeranfällen, sind aber aus Angst vor einer Gewichtszunahme oft anfänglich wenig motiviert, auf die kompensatorischen Maßnahmen wie selbstprovoziertes Erbrechen oder exzessive sportliche Aktivitäten zu verzichten. Auf Grund der ambivalenten Motivationslage vieler Patientinnen sind vor allem zu Beginn der Behandlung, aber auch im weiteren Behandlungsverlauf, psychoedukative Maßnahmen und Interventionen zur Förderung von Therapiemotivation und Veränderungsbereitschaft besonders angebracht. So kann die Patientin z.B. angeregt werden, sich Gedanken zu den Vor- und Nachteilen ihrer Essstörung kurz- und langfristig zu machen und diese dann gegeneinander abzuwägen. Im Rahmen dieser Übung wird den Patientinnen meist verständlich, dass ihre Essstörung vor allem kurzfristig verstärkend wirkt. Fasten kann z.B. kurzfristig das Gefühl von Stärke auslösen, langfristig kann es aber eine ständige gedankliche Fixierung auf das Thema Essen fördern und zu sozialem Rückzug und depressiver Stimmungslage führen. Selbstinduziertes Erbrechen kann kurzfristig die Angst vor einer Gewichtszunahme verringern, langfristig jedoch zu

Schädigungen der Speiseröhre oder zu einem zunehmenden Selbsthass der Patientin. Grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Motivierung der Patientin ist eine unterstützende therapeutische Beziehung, die von Akzeptanz, Wertschätzung und emotionaler Wärme getragen ist und die entsprechend den dialektischen Therapieprinzipien (vgl. Linehan, 1993) als situationsgerechte Balance zwischen Validierungs- (Verstehen und Wertschätzen) und Veränderungsstrategien charakterisiert werden kann.

So muss der Einzeltherapeut immer wieder klären, ob er stärker den unterstützenden Aspekt der Behandlung betont oder ob es angebracht ist, Strukturierung und Anforderung zu vermitteln und auf die Notwendigkeit bestimmter Veränderungen aktiv hinzuwirken, auch wenn diese zunächst sehr angstbesetzt sind. Ein zu forschendes und forderndes Vorgehen kann sehr nachteilig die Versagensgefühle der Patientin, ihre Gefühle der Minderwertigkeit und Schuld verstärken und führt dann eher zur Verschlechterung oder auch zur Vortäuschung falscher Tatsachen. Ohne Strukturierung und Anforderung besteht die Gefahr, dass entscheidende Veränderungen und Lernchancen verpasst und Misserfolge verursacht werden. Eine annehmende Haltung und eine echte Sorge um die Patientin ist notwendig, vor allem auch, weil die Patientinnen oft starke Befürchtungen haben, wegen ihrer bizarren Verhaltensmuster abgelehnt zu werden und vor allem Patientinnen mit Bulimia nervosa die größten Schuld- und Schamgefühle erleben, weil sie den geforderten Verhaltensnormen nicht entsprechen können.

Entwicklung eines individuellen und plausiblen Krankheitsmodells

Die Patientinnen kommen mit sehr unterschiedlichem Wissen über sich selbst und über ihre Essstörung zur stationären Behandlung. Anknüpfend an das Wissen der Patientin sollte gemeinsam mit ihr ein individuelles Störungsmodell ihrer Essstörung erarbeitet werden, aus dem sich plausibel die Behandlungsmaßnahmen ableiten lassen. Anhand des biopsychosozialen Modells zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Anorexia und Bulimia nervosa (siehe oben) lernen die Patientinnen ein plausibles Verstehensmodell kennen, dass lebensgeschichtlich bedeutsame Faktoren der Entwicklung der Störung und derzeitige aufrechterhaltende Faktoren beinhaltet und dass sie durch individuelle Erfahrungen überprüfen, ergänzen und auf die eigene Situation anwenden können. Ziel ist, dass sich Therapeutin und Patientin auf ein gemeinsames Verstehens- und Veränderungsmodell verständigen, dass durch die Integration der emotionalen und kognitiven Welt der Patientin, wissenschaftlicher Erkenntnisse und therapeutischer Methoden zur Problembewältigung eine plausible und glaubwürdige Basis der Behandlung darstellt. Voraussetzung dafür ist, dass die Patientin aktiv und gleichberechtigt mitarbeiten kann und gleichermaßen der Kompetenz, Akzeptanz und Offenheit der Therapeutin vertrauen kann.

4.2.2 Normalisierung von Körpergewicht und Essverhalten

Die kurzfristig Zielsetzungen der stationären verhaltenstherapeutischen Behandlung von Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa beziehen sich auf die Normalisierung von Körpergewicht (Patientinnen mit Anorexia nervosa) und Essverhalten (Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa).

Förderung der Gewichtszunahme

Hat eine Patientin deutliches Untergewicht oder bleibt sie dauerhaft unter ihrem individuell vermuteten „Set-Point“-Gewicht, so ist nach den vorliegenden Befunden davon

auszugehen, dass sich viele Symptome bzw. Folgeerscheinungen der Essstörung nicht bessern. Für Patientinnen mit Anorexia nervosa steht deshalb die Gewichtszunahme zunächst im Vordergrund. Bereits im Vorgespräch wird den Patientinnen ein Gewichtsprogramm erläutert und ein Therapievertrag vereinbart, der die grundlegenden Prinzipien und Maßnahmen beschreibt wie z. B. Mindestaufnahmegewicht über einem BMI > 13, Vereinbarung einer Gewichtszunahme von täglich 100g bzw. 700g in der Woche sowie regelhaftes Wiegen und Führen einer Gewichtskurve.

Das Gewichtsprogramm wird in drei Varianten durchgeführt:

- als Selbstkontrollprogramm, wenn der Patientin die geforderte Gewichtszunahme in Eigenregie gelingt;
- als Ruheprogramm, wenn der Patientin die geforderte Gewichtszunahme in Eigenregie nicht gelingt. Dann sind aus medizinischen Gründen Einschränkungen der körperlichen Aktivität erforderlich, die eine Gewichtszunahme bei geringer Nahrungsaufnahme ermöglichen sollen. Diese erfolgen, wenn die Patientin mit ihrem täglichen Gewicht unterhalb der Gewichtskurve liegt:
 - o für Patientinnen mit einem BMI > 15 bis 17,5 erfolgt dann Zimmerruhe
 - o für Patientinnen mit einem BMI < 15 erfolgt dann Bettruhe aufgrund des extremen Untergewichts und der körperlichen Gefährdung;
- als Gewichtsstabilisierungsprogramm mit dem Ziel, in den letzten 2 Wochen der stationären Behandlung das erreichte Gewicht zu halten.

Das Gewichtsprogramm soll durch seine verschiedenen Varianten dem Bedürfnis der Patientinnen nach Autonomie und Selbstbestimmung so weit wie möglich Rechnung tragen.

Normalisierung des Essverhaltens und Verhinderung von Heißhungeranfällen und Erbrechen

Die Normalisierung des Essverhaltens ist für Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa ein wesentliches kurzfristiges Ziel. Die Normalisierung des Essverhaltens erfordert nicht nur eine ausreichende Kalorienzufuhr, sondern auch eine adäquate Nahrungszusammensetzung und zeitliche Verteilung der Nahrungsaufnahme. Ein wesentliches Ziel ist, die Patientinnen zu Experten ihrer Erkrankung auszubilden und das vorhandene Fachwissen mit ihnen zu teilen. Hierzu gehört Wissen über eine gesunde Ernährung, die als ausgewogen, vielfältig, kalorisch angemessen und strukturiert beschrieben wird. Ausgewogen bezieht sich auf das Verhältnis der Makronährstoffe.

Nach den Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Ernährung sollte sich die tägliche Nahrung aus etwa 50% Kohlenhydraten, 35% Fett und 15 % Eiweiß zusammensetzen (DGE, 2003). Vielfalt bedeutet – im Unterschied zu den verbotenen Nahrungsmitteln der „schwarzen Liste“ – eine breite Palette von Nahrungsmitteln und als kalorisch angemessen kann eine Ernährung beschrieben werden, die ein Gewicht im Normalbereich stabilisiert bzw. die Abweichungen ausgleicht. Strukturiert bezieht sich – im Unterschied zu kontinuierlich unstrukturiertem Essen oder Essen zu unangemessenen Zeiten – auf das Einhalten von zwei bis drei Haupt- und Zwischenmahlzeiten. Die Vorteile dieses Vorgehens sind u. a. (Laessle et al., 1987): Essverhalten (sowohl Fasten als auch Fressattacken) wird aus den bislang gültigen Kontingenzen gelöst und zeitlich und inhaltlich neu strukturiert. Essen erfolgt damit unabhängig von affektiven und kognitiven Bedingungen. Die nach physiologisch günstigen Zeitabschnitten geplanten Mahlzeiten erhöhen die Wahrscheinlichkeit, körperliche Hungersignale als adäquate Auslöserreize für Essen zu etablieren. Mit ausgewogenen und kalorisch angemessenen Mahlzeiten

kann der körperliche Deprivationszustand gelindert und entsprechende Konsequenzen (wie Heißhunger und Erleben von Kontrollverlust) vermieden werden. Der Körper kann sich zunehmend an normale Portionsgrößen in normaler Zeitabfolge gewöhnen und die Patienten erfahren beim Essen weniger Schuldgefühle oder Kontrollverlust, wenn sie sich vorab eine ausreichende Menge zu bestimmten Zeiten "erlauben".

Die Maßnahmen zur Normalisierung des Essverhaltens und zur Verhinderung von Heißhungeranfällen und Erbrechen beinhalten:

Motivierung zur Veränderung des Essverhaltens: Vermittlung von Informationen zur gesunden Ernährung, zum Einfluss von Diäten auf die Entwicklung des Gewichts und über die körperlichen und psychischen Folgen von Untergewicht, Mangelernährung, Heißhungeranfällen, Erbrechen, Laxantieneinnahme, etc. Besprechung der anamnestischen Gewichtsverlaufskurve und zusammenhängender Lebensumstände im Hinblick auf darauf, wie sich das persönliche Gewicht über die Jahre entwickelt hat und welchen Einfluss Diäten und Lebensumstände auf den persönlichen Gewichtsverlauf hatten.

Vereinbarung zu regelmäßigem und zunehmend ausgewogenem Essverhalten: Um ein regelmäßiges und ausgewogenes Essverhalten zu etablieren, vereinbaren wir mit unseren Patientinnen, drei Hauptmahlzeiten und zwei Zwischenmahlzeiten zu sich zu nehmen mit einem zunehmend ausgewogenen Verhältnis von Kohlehydraten, Fetten und Eiweißen. Kalorienzählen sollte vermieden werden, da hiermit oft dysfunktionale Kognitionen aktiviert werden und keine Mahlzeit sollte ausgelassen werden, um durch eine regelmäßige Nahrungsaufnahme Hunger- und Sättigungsgefühle zu ermöglichen. Wenn sich die Patientin regelmäßig ernährt, sollte auf die Auswahl und Menge der Nahrungsmittel eingegangen werden.

Selbstbeobachtung anhand von Essprotokollen: Mit Hilfe von Essprotokollen kann die Patientinnen nicht nur Zeitpunkt, Ort, Art und Menge der verzehrten Nahrung protokollieren, sondern auch ihre Gedanken und Gefühle vor und /oder nach dem Essen.

Analyse von Auslösesituationen/Verhaltensanalysen: Die Informationen aus den Essprotokollen und aus der Exploration problematischer Esssituationen geben Hinweise auf interne (Gedanken, Gefühle, Hunger) und äußere (z.B. Anblick von Nahrungsmitteln) Auslösebedingungen sowie kurz- und langfristige Konsequenzen für Fasten, Heißhungeranfälle und kompensatorisches Verhalten und ermöglichen die Erarbeitung von individuellen Verhaltens- und Bedingungsanalysen und eine Klärung der Funktionalität der Essstörung.

Verhinderung von Heißhungeranfällen und Erbrechen. Die Einführung eines regelhaften und ausgewogenen Essverhaltens trägt dazu bei, dass keine physiologischen und psychologischen Mangelzustände auftreten, die Heißhungeranfälle auslösen. Wenn jetzt Heißhungeranfälle auftreten, so meist im Zusammenhang mit belastenden Situationen, für die das bulimische Verhalten Erleichterung verspricht. Da gestörtes Essverhalten eine funktionale Rolle in der Stressbewältigung spielt, sind alternative Strategien für diese Belastungen zu erarbeiten, wobei kurzfristige und langfristige Bewältigungsstrategien unterschieden werden. Zunächst werden kurzfristig wirksame alternative Bewältigungsstrategien im Umgang mit kritischen Situationen geübt, die helfen, eine belastende Situation (wenn sie bereits eingetreten ist) erträglicher zu gestalten, um das Problemverhalten zu verhindern wie z.B. Entspannungsverfahren, Sport, Überbrückung und Ablenkung, Selbstinstruktionstechniken. So wäre Ablenkung oder

körperliche Aktivität eine mögliche Strategie, um ein intensives und unangenehmes Gefühl auszuhalten. aber auch angenehme Vorstellungen oder meditative Übungen lassen sich hilfreich einsetzen, um der Anspannung aus dem Weg zu gehen. Manchmal hilft es einfach nur, die Umgebung zu wechseln. Linehan (1993) hat zur Verbesserung der Stresstoleranz vielfältige Übungen entwickelt (z.B. Übungen auf der sensorischen Ebene wie Eiswürfel, Igelballmassage, Musik). Kurzfristige Bewältigungsstrategien helfen, symptomatisches Verhalten zu verhindern und belastende Situationen besser auszuhalten, ersetzen aber keine Lösungsansätze für die spezifischen Konflikte, die dem gestörten Essverhalten zu Grunde liegen und auf die sich die langfristigen Bewältigungsstrategien beziehen (siehe Kap. 4.8). Im Einzelfall wird der Umgang mit den spezifischen Problembereichen Vorrang haben.

Für kritische Situationen können auch vorher alternative Aktivitäten geplant, die mit dem Verhalten unvereinbar sind, wie ein Treffen mit Freunden oder Co-Therapeuten, Gymnastik oder Baden. Eine Vereinbarung, vor der unangemessenen symptomatischen Verhaltensweise eine möglichst angenehme Tätigkeit wie z.B. Briefeschreiben durchzuführen, um damit den Fressanfall oder das Erbrechen hinauszuzögern, hat sich bei einigen Patienten bewährt, ebenso die Einübung sog. "Coping-Phrasen" (z.B. "Ich muss die Nahrung zu mir nehmen, wie ein Medikament") als kognitive Bewältigungsstrategien. Um den Teufelskreis nach dem Heißhungeranfall oder Erbrechen zu unterbrechen, ist es auf der Verhaltensebene notwendig, dass die Patientinnen nach einem Heißhungeranfall trotzdem die nächste vereinbarte Mahlzeit zu sich nehmen, um nicht wieder in den Kreislauf von Nahrungseinschränkung, Heißhungeranfall und Erbrechen zu geraten.

Etablierung strukturierter Esstage: Die Einführung strukturierter Esstrage hat zum Ziel, das gestörte Essverhalten der Patientinnen durch die schrittweise Etablierung strukturierter Esstage zu normalisieren. Hierzu gehört auch die praktische Einübung eines ausgewogenen und regelhaften Essverhaltens (ohne kompensatorische Maßnahmen) im Sinne einer Expositionsübung beim gemeinsamen Kochen oder im begleiteten Essen sowie im Rahmen von Restaurantbesuchen.

Lockerung der selbst auferlegten Nahrungsrestriktion. Zum therapeutischen Vorgehen gehören u. a. Methoden der kognitiven Umstrukturierung mit dem Ziel, dysfunktionale Einstellungen zum Körpergewicht und Aussehen, zur Gewichtsreduktion und zur Nahrung zu verändern (s. 4.8). Auf der Verhaltensebene sollten kalorienreiche Nahrungsmittel, die die Patientin vermeidet zu essen, bzw. wenn sie diese isst, zu Kontrollverlust führen, zunehmend in den alltäglichen Essensplan einbezogen werden (Abbau der „schwarzen Liste“ bzw. der verbotenen Nahrungsmittel). Verbotene Nahrungsmittel müssen dann als erlaubte, ja sogar therapeutisch erwünschte umdefiniert werden, auch um gegen ihren negativen Einfluss zu immunisieren („Was verboten ist, das macht mich gerade scharf“). Übungen zum genussvollen Essverhalten können dieses Vorgehen in einer fortgeschrittenen Therapiephase ergänzen (Pearson & Pearson, 1973).

Rückfallprophylaxe: Auch wenn die Patientin in den beschriebenen Zielsetzungen große Fortschritte erzielt haben, sollten sie davon ausgehen, dass in Stresszeiten wieder Probleme mit dem Essen auftreten können und dass sie diese als Warnsignale betrachten sollten (als ihre „Achillesferse“), die ihnen zeigen, dass ungelöste Schwierigkeiten bestehen, die hinter ihrem Rückfall stehen. Die Patientin wird angeleitet, sich auf kritische Situationen vorzubereiten und hilfreiche Strategien zu sammeln, um diese in

kritischen Situationen anzuwenden. So werden die Patientinnen auch dazu aufgefordert, in Krisensituationen die zwei bis drei wirksamsten Stresstoleranzfertigkeiten (z.B. Igelball) in einem Notfallkoffer bei sich zu führen (vgl. Linehan, 1993).

4.2.3 Bearbeitung zu Grunde liegenden Problembereiche und Behandlung komorbider psychischer Störungen

Neben den kurzfristigen Zielen richten sich die langfristigen Therapieziele von Anfang an und mit zunehmendem Schwerpunkt auf die Bearbeitung der individuell zu Grunde liegenden und aufrechterhaltenden, psychologischen und psychosozialen Problembereiche und auf die Behandlung der komorbiden psychischen Erkrankungen. Die individuellen Problembereiche und die damit verbundenen Therapieziele ergeben sich aus dem funktionalen Bedingungsmodell der Essstörung der Patientin, dass sowohl die relevanten auslösenden Faktoren der Störungsentwicklung wie auch die aufrechterhaltenden Faktoren umfasst. Sie stimmen für viele Patienten überein und treten im weiteren Therapieverlauf zunehmend in den Vordergrund. Im Folgenden sollen einige wesentliche Problembereiche und die damit verbundenen therapeutischen Interventionen dargestellt werden.

Modifikation dysfunktionaler Kognitionen

Kognitive Techniken zur Modifikation dysfunktionaler Gedanken und verzerrter Einstellungen zu Körper und Gewicht sind seit den Arbeiten von Garner und Bemis (1985) ein integraler Bestandteil der verhaltenstherapeutischen Arbeit an den relevanten Problembereichen von Patientinnen mit Essstörungen. Garner und Bemis (1985) haben verschiedene Arten kognitiver Fehler und Verzerrungen im Denken von Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa zusammengefasst, die durch individuellen Entwicklungs- und Sozialisationsprozesse, aber auch durch das Hungern selbst geprägt sind und die als bedeutsame Verhaltensdeterminanten der Störungen gelten:

- Selektive Abstraktion: „Wenn ich dünn bin, bin ich etwas besonderes“
- Übergeneralisierung: „Früher hatte ich Normalgewicht und war unglücklich. Also werde ich mich auch nicht besser fühlen, wenn ich zunehme“.
- Katastrophisierung: „Wenn ich zwei Kilo zunehmen würde, könnte ich keine Shorts mehr tragen“
- Dichotomes Denken: „Man kann entweder dick oder dünn sein“.
- Selbstreferenz: „Wenn jemand auf der Straße lacht, dann tut er das bestimmt wegen meines Aussehens“.
- Abergläubisches Denken: „Wenn ich eine Süßigkeit esse, so wird sie sofort in Bauchspeck umgewandelt“.
- Emotionale Beweisführung: „Ich fühle mich dick, also bin ich zu dick“.
- Gleichsetzung zeitlicher und ursächlicher Reihenfolge: „Zuerst war ich sehr isoliert. Als ich dann abgenommen habe, hatte ich plötzlich viele Freunde. Das zeigt, dass ich vorher fett und unattraktiv war“.

Kognitive Interventionen nutzen den Sachverhalt, dass Gedanken ein günstiger Ansatzpunkt für Veränderungsprozesse sind und lassen sich im Vorgehen z.B. folgendermaßen beschreiben: Ziel ist, die Aufmerksamkeit der Patientin auf ihr eigenes Denken und seine Wirkung zu richten, die Angemessenheit der ihrer Einstellungen zu prüfen und realistische Sichtweisen zu entwickeln. Gemeinsam mit der Patientin wird aus den Essprotokollen oder aus der Exploration kritischer Essepisoden eine dysfunktionale An-

nahmen identifiziert, benannt und von der Patientin aufgeschrieben wie z.B. „Ich bin etwas besonderes, wenn ich dünn bin“. Die Patientin wird daraufhin gebeten, alle Argumente zu nennen bzw. aufzuschreiben, die für die Annahme sprechen, sie belegen oder plausibel machen. Im nächsten Schritt sammelt die Patientin alle Argumente, die gegen die Gültigkeit der Annahme sprechen und sie infrage stellen. Als letzter Schritt wird die Patientin ermutigt, die Pro- und Kontra-Argumente abzuwägen, um so zu einer Neueinschätzung zu kommen.

Hilfreich ist auch, dass ABC-Modell von Ellis (Ellis & Grieger, 1979) zu verwenden. Die Patientinnen werden über den Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten informiert, durch Beispiele in die Benutzung des Modells eingeführt und bei der Anwendung auf persönliche Probleme angeleitet.

Förderung der emotionalen Kompetenz

Es kann davon ausgegangen werden, dass gestörtes Essverhalten eine funktionale Rolle in der Emotionsregulation spielt. Patientinnen mit Essstörungen und insbesondere diejenigen, die unter bulimischem Essverhalten neigen, leiden häufig unter extremen emotionalen Spannungszuständen. Das Erlernen eines angemessenen Umgangs mit Emotionen ist von besonderer Bedeutung für die Bewältigung der Essstörung, deshalb sind Interventionen zum Umgang mit Emotionen sinnvoll und erprobt (Legenbauer & Vocks, 2005; Linehan, 1993). Im Rahmen eines psychoedukativen Ansatzes können verschiedenste Emotionen mit ihren typischen Auslösern, zugehörigen Gedanken und Handlungstendenzen erarbeitet werden. Die funktionale und evolutionäre Rolle von Emotionen für Selbstschutz und soziale Einbindung sollte betont werden. So geben uns Emotionen Impulse und können uns zu einer bestimmten Handlung motivieren. Gerade wenn man eine Emotion intensiv erlebt, ist man stärker motiviert, z.B. einen Konflikt zu klären oder eine Aufgabe zu bewältigen. Ein angemessener Umgang mit Gefühlen umfasst u. a. die Fähigkeit zur achtsamen Wahrnehmung und zum situationsgerechten und kongruenten Ausdruck von Emotionen oder auch die Kompetenz, in spezifischen Situationen entgegen der eigenen Emotionen zu handeln, wenn sie einer Situation nicht angemessen sind und zur Beeinträchtigung der Alltagsgestaltung führen. So können zur Bewältigung einer Beeinträchtigung durch unangemessene Emotionen Übungen zur Exposition und zum entgegengesetzten Handeln („Obwohl ich Angst habe, versuche ich, alleine eine Situation zu bewältigen“ oder „Obwohl ich mich schäme, setze ich mich mit der Situation auseinander“) durchgeführt werden (vgl. Linehan, 1993).

Förderung der sozialen Kompetenz

Patientinnen mit Essstörungen zeigen oft geringe soziale Kompetenzen, die wesentlich zum überwertigen Stellenwert von Schlankheit als Voraussetzung für sozialen Erfolg beitragen. Viele Patientinnen zeigen ein hohes Misstrauen in der interpersonellen Beziehungsaufnahme (Garner & Bemis, 1985), das verbunden ist mit geringer Bereitschaft zur Offenbarung persönlicher Gefühle und Gedanken sowie Angst vor Nähe und Intimität und können sich nur wenig auf das Hier und Jetzt einer offenen und lebendigen Beziehungsgestaltung einstellen. D.h. auch, dass die Wahrnehmungen der Patientinnen oft selektiv sind und von tief verwurzelten Voreinstellungen und Ängsten geprägt sind, dass eigene Wünsche, Bedürfnisse und Meinungen selten direkt geäußert werden, dass eher Antworten gegeben werden, als das Fragen gestellt werden und dass viele Patientinnen sich im Verhalten eher an der vermuteten sozialen Erwünschtheit orientieren. Die Ursachen mögen vielschichtig sein und reichen oft bis in die Kindheit zurück. Das Misstrauen kann auch die Erfahrungen im Krankheitsverlauf widerspiegeln infolge der

vielfältigen subtilen und massiven Versuche anderer, Einfluss auf das Verhalten der Patientin zu nehmen. Für Patientinnen mit Anorexia nervosa mag das interpersonelle Misstrauen auf das hohe Autonomiebedürfnis und auf die Angst vor „zudringlicher Einflussnahme“ anderer bezogen sein, für normalgewichtige Patientinnen mit Bulimia nervosa mag das Misstrauen das hohe Bedürfnis nach positiver Resonanz und die Angst vor Ablehnung widerspiegeln bei starken Scham- und Schuldgefühlen. Eine gute soziale Kompetenz beugt nicht nur dem Entstehen emotionaler Belastungssituationen vor und schwächt damit die typischen Auslöser für gestörtes Essverhalten in interpersonellen Situationen, sondern ermöglicht auch deren kompetente Bewältigung. Im Rahmen der Einzeltherapie und des sozialen Kompetenztrainings können soziale Standardsituationen zu sozialen Kompetenzen in Rollenspielen und Kommunikationsübungen eingeübt werden wie Neinsagen, Umgang mit Kritik, Gefühle und Bedürfnisse direkt äußern, Widerspruch äußern, sich entschuldigen, Schwächen eingestehen, auf Kontaktangebote reagieren und unerwünschte Kontakte beenden, Komplimente machen und akzeptieren, oder Gespräche beginnen, aufrechterhalten und beenden. Darüber hinaus können individuelle Problemlösungen in klärenden Gesprächen und Rollenspielen entwickelt werden, die die Beachtung verschiedener Aspekte erfordern (Linehan, 1993): Was will ich in der Sache erreichen? (Sachebene), Wie wünsche ich mir die Beziehung (Beziehungsebene)? und Wie möchte ich mich fühlen, wenn die Begegnung mit dem Menschen vorüber ist (Selbstachtung)?

Förderung der Körperakzeptanz und Modifikation der Körperschemastörung

Das negative oder verzerrte Körperbild der Patientinnen und die Abhängigkeit des Selbstwertgefühls von Figur und Gewicht sind von entscheidender Bedeutung für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Essstörung. Deshalb sind direkte Interventionen zur Förderung der Körperakzeptanz und zur Korrektur der Körperschemastörung erforderlich. Das negative oder verzerrte Körperbild kann in verschiedene Komponenten unterteilt werden, die sich wechselseitig beeinflussen und die spezifischer therapeutischer Interventionen bedürfen:

- Wahrnehmung des Körpers: Wahrnehmung des eigenen Körpers im Ganzen oder einzelner Körperteile wie Bauch, Oberschenkel, Po und Hüften als zu dick,
- körperbezogene Gedanken, die sich darauf beziehen, dass der Körper als fett und hässlich bewertet wird,
- körperbezogenen Gefühle wie z.B. sich schämen, sich vor dem eigenen Körper ekeln sowie
- körperbezogenes Verhalten, das dazu dient, das negative Körperbild zu bewältigen, das letztlich aber verhindert, dass das verzerrte Körperbild in seiner Realitätsangemessenheit überprüft wird oder dass positive Aspekte des Körpers wahrgenommen werden wie z.B. nicht ins Schwimmbad gehen, vermeiden, in den Spiegel zu schauen oder sackartige Kleidung tragen, um die Körperformen zu verstecken.

Die Interventionen und Übungen beziehen sich auf die Körpererfahrung (z.B. Entspannungs- und Imaginationsübungen, Achtsamkeitsübungen, Abtast- und Zeichnungsübungen, Atem- und Massageübungen, kognitive Interventionen und Expositionsübungen) auf den Körperausdruck (z.B. Bewegungsübungen nach Musik, freies Tanzen und pantomimische Übungen) und auf die Verbesserung der Körperakzeptanz (Übungen zur Förderung positiver Körperempfindungen wie z.B. Bäder, Sauna, Körperpflege, neue Frisur, Make-up und Kleidung) (vgl. Diehl, 2002; Jacobi et al., 2004).

Förderung von Ressourcen und alternativer Quellen des Selbstwertgefühls

Zahlreiche Studien belegen das geringe Selbstwertgefühl von Patientinnen mit Essstörungen und ihr längerfristig erfolgloses Bemühen, das geringe Selbstwertgefühl durch ein unermüdliches Streben nach Schlankheit/Dünnsein und ständige oder zeitweise Nahrungseinschränkung zu kompensieren. Eine zunächst „erfolgreiche“ Gewichtskontrolle führt zu Bewunderung, Anerkennung oder dem Gefühl von Selbstkontrolle und kann gerade für jüngere Frauen im Zeitraum der Adoleszenz zur alleinigen Quelle des Selbstwertgefühls werden und eine anorektische oder bulimische Krankheitsentwicklung begünstigen. So wird davon ausgegangen, dass direkte Interventionen zur Förderung von Ressourcen und alternativer Quellen des Selbstwertgefühls die Patientinnen wesentlich in der Krankheitsbewältigung unterstützen (Schmitz, 1991).

Diese Interventionen können im Gruppensetting eingebettet werden in eine kritische Diskussion der soziokulturellen Aspekte des „Strebens nach Schlankheit/Dünnsein“ und zum Bild der Frau in den Medien (z.B. in Form von Collagen, die Patientinnen aus Zeitschriften herstellen) und zur Förderung des emotionalen Erlebens in eine gemeinsame Inszenierung „Begräbnis der Schlankheitsideals“ münden (vgl. Schmitz, 1991).

Die Interventionen können sich auch anschaulich auf die verschiedenen Säulen des Selbstwertgefühls bzw. des Selbstwerthauses beziehen (vgl. Potreck-Rose & Jacob, 2004): Selbstachtung, Selbstvertrauen, soziale Kompetenz und soziales Netz. Die Patientinnen können in der Erarbeitung ihres individuellen Selbstwerthauses reflektieren, auf welchen Säulen ihr Selbstwert basiert und wie stabil ihr Haus steht, welche Schwierigkeiten entstehen, wenn das Selbstwertgefühl nur auf einer Säule basiert (z.B. berufliche Leistung) oder welche Folgen es hat, wenn die tragende Säule des Selbstwertgefühls aus der Anerkennung durch andere Personen besteht (vgl. Legenbauer & Vocks, 2006). Die Interventionen zur Förderung der sozialen Kompetenz und damit auch des sozialen Netzes wurden bereits beschrieben.

Für Patientinnen mit Essstörungen ist vor dem Hintergrund der hohen perfektionistischen Leistungsansprüche und der besonderen Neigung vieler Patientinnen zu sozial erwünschtem Verhalten die Förderung von Selbstakzeptanz als besonders stabile Selbstwertquelle von Bedeutung – sich so zu akzeptieren, wie man ist, ohne dies von positiven Rückmeldungen oder persönlichen Erfolgen abhängig zu machen (Schütz, 2005). Um die Selbstakzeptanz zu stärken, können die Patientinnen angeregt werden, sich ihrer persönlichen Stärken im Sinne von Fähigkeiten, Talenten etc. (Seligman, 2003) bewusst zu werden (auch mit Hilfe von Feed-back-Übungen mit Mitpatienten und in der Gruppentherapie) und in der Fähigkeit zum „Eigenlob“ und in der Selbstverstärkung angeleitet werden. Die Patientinnen können angeregt werden, den Alltag positiv und genussvoll zu gestalten und ihn hinsichtlich der „Energiefresser“ und der „Energiespender“ zu überprüfen sowie Selbstwert stabilisierende und Energie spendende Maßnahmen wie angenehme Tätigkeiten, bereichernde Kontakte, emotionale Unterstützung und Wertschätzung von Freunden und Familienmitgliedern oder erholsamer Schlaf in den Alltag zu integrieren. Und nicht zuletzt sind Übungen zur Förderung der Achtsamkeit (z.B. Kabat-Zinn, 1997; Thich Nhat Hanh, 2004) und Genuss- und Entspannungsfähigkeit (z.B. Koppenhöfer, 1990) eine wichtige Grundlage einer ausgewogenen Selbstfürsorge.

Behandlung von komorbiden psychischen Störungen

Viele Patientinnen leiden neben ihrer Essstörung unter weiteren psychischen und psychosomatischen Störungen. So zeigen Patientinnen mit Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung, die Fachkliniken zugewiesen werden, häufig zusätzliche psychische Störungen (Fichtner & Schmitz, 1988; Sipos & Schwaiger, 2003; Schmitz, 1989): Etwa 60 % der Patientinnen leiden zusätzlich an einer Depressiven Störung, bis zu 10 % der Patientinnen leiden unter zusätzlichen Zwangsstörungen und besonders bei Patientinnen mit Bulimia nervosa finden sich erhöhte Raten für Angststörungen (bis zu 40%), Substanzmissbrauch (bis zu 40%) und Persönlichkeitsstörungen (bis zu 60%). Etwa 30% der Patientinnen leiden unter Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster C des DSM-IV und etwa 20% leiden an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Und viele Patientinnen mit einer bulimischen Symptomatik leiden an zusätzlichen dissoziativen Symptomen, sexuellen Problemen oder impulsiven Verhaltensweisen wie vermehrte Geldausgaben, Diebstähle, Promiskuität und Selbstverletzungen. Das gleichzeitige Auftreten von Essstörungen und weiteren psychischen Erkrankungen lässt sich in vielen Fällen als komplexe Wechselwirkung verstehen und sollte dann nicht als rein additives Phänomen angesehen werden.

Bei Patientinnen mit multiplen psychischen Störungen besteht unter Umständen die Gefahr einer unzureichenden Komplexität der Behandlung. Durch eine erfolgreiche Behandlung der Essstörung kommt es zwar häufig auch zu einer Besserung der depressiven Symptomatik, andere Störungen wie Agoraphobie, Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen oder Posttraumatische Belastungsstörungen werden dagegen oft nur wenig beeinflusst. Somit ist in vielen Fällen eine gesonderte Behandlung der komorbiden Erkrankungen erforderlich. Die Klinik ermöglicht dies mit einem breiten Angebot störungsspezifischer Konzepte und gruppentherapeutischer Angebote (siehe Hefte „Aktuelle Verhaltenstherapie“, Psychosomatische Fachklinik Bad Dürkheim).

Modifikation dysfunktionaler Schemata bei Patientinnen mit Essstörungen und komorbider Persönlichkeitsstörung.

An dieser Stelle soll der schematherapeutische Ansatz nach Young et al. (2003) kurz dargestellt werden, der unser Behandlungskonzept bei Patienten mit (komorbiden) Persönlichkeitsstörungen wesentlich geprägt hat und der in der Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen und komorbiden Persönlichkeitsstörungen in einer späteren Therapiephase zunehmend einbezogen wird. Der schematherapeutische Ansatz hat eine vertiefende Klärung und Modifikation früher dysfunktionaler Schemata, die den Problemstellungen von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu Grunde liegen, zum Ziel. Frühe dysfunktionale Schemata sind oft lebenslange dysfunktionale Muster des Denkens und Fühlens, die die individuelle Sichtweise und Interpretation der Außenwelt beeinflussen und die der einzelne Mensch blind in seiner Wahrheit akzeptiert. Schemata haben ihre Wurzeln in der Kindheit und Jugendzeit, wobei frühe dysfunktionale Schemata ihren Ursprung in chronisch ungünstigen und oft traumatischen Beziehungserfahrungen haben wie z. B. chronische Vernachlässigung, unzureichende Autonomieförderung, körperliche Gewalterfahrung, sexueller und emotionaler Missbrauch, Verlust wichtiger Bezugspersonen. Das Schema Abhängigkeit/Unfähigkeit (charakteristisch für die dependente Persönlichkeitsstörung) bezieht sich z. B. auf die Überzeugung, nicht fähig zu sein, mit alltäglichen Verantwortlichkeiten kompetent und unabhängig umzugehen. Wenn es z.B. darum geht, Entscheidungen zu treffen oder neue Aufgaben anzupacken, verlassen sich Menschen mit diesem Schema übermäßig auf die Hilfe anderer. Im Allgemeinen entbehrten diese Menschen als Kinder ein förderliches Umfeld für die Ent-

wicklung von Autonomie und wurden nicht ermutigt, unabhängig zu handeln und Vertrauen in ihre Fähigkeit, sich um sich selbst zu kümmern, zu entwickeln.

Frühe dysfunktionale Schemata sind oft lebenslange Muster des Denkens und Fühlens, die die individuelle Sichtweise und Interpretation der Außenwelt und das Verhalten beeinflussen und die der einzelne Mensch blind in seiner Wahrheit akzeptiert. Je traumatisierender, rigider oder eingeschränkter die Lernerfahrungen waren, desto starrer und unflexibler wird der einzelne Mensch an ihnen festhalten. Sie erhalten sich selbst am Leben und sind jeder Veränderung gegenüber sehr widerstandsfähig.

Da frühe dysfunktionale Schemata mit schmerzhaften Erlebnissen und Gefühlen verbunden sind, entwickeln die Betroffenen im Verhalten verschiedene Vorgehensweisen oder Bewältigungsstile, um damit in ihrem späteren Leben umzugehen: Schemakonformes Verhalten, Schema-Vermeidung und Schemakompensation. Diese Bewältigungsstile machen verständlich, wie sich frühe dysfunktionale Schemata selbst am Leben erhalten und verhindern, dass neue Erfahrungen gemacht werden und ausgewogenere und realitätsangemessenere Schemata sich entwickeln können. Bei Patientinnen mit Essstörungen wird vermutet, dass bei den verschiedenen Verhaltensweisen vor allem der Aspekt der Schemavermeidung im Vordergrund steht. Fasten kann mit der damit verbundenen Aufmerksamkeitslenkung als eine Strategie der Schemavermeidung und Heißhungeranfälle können als Schemavermeidung und Selbsttröstung verstanden werden (Spranger et al., 2001). So mag z.B. eine Patientin vor dem Hintergrund des Schemas „Ich bin nicht lebenswert“ immer wieder zu Heißhungeranfällen in Situationen neigen, in denen dieses Schema aktiviert wird und in denen sie sich ungeliebt fühlt und Vermeidung und Trost im Essen sucht.

Frühe dysfunktionale Schemata beinhalten Überzeugungen, die zu dem Zeitpunkt ihrer Entstehung möglicherweise richtig waren. Die dysfunktionale Natur der Schemata wird gewöhnlich im späteren Leben in der Interaktion mit anderen Menschen sichtbar, wenn das Muster des Denkens und Fühlens weiterhin die Interaktionen des Betreffenden mit anderen Menschen prägt, selbst wenn seine Wahrnehmungen und Interpretationen nicht mehr zutreffen und sich als kognitive Verzerrungen und Fehler herausstellen. So kann jemand, der in seiner Kindheit missbraucht oder von Eltern, Geschwistern oder Gleichaltrigen ständig ungerecht behandelt wurden, ein Schema des Misstrauens/Missbrauchs entwickeln und erwartet dann auch als Erwachsener durchgehend, von anderen Menschen verletzt, betrogen oder fallengelassen zu werden, obwohl seine Wahrnehmungen und Interpretationen nicht mehr zutreffend sind.

Frühe dysfunktionale Schemata erhalten sich selbst am Leben und sind jeder Veränderung gegenüber sehr widerstandsfähig. Wenn Kinder beispielsweise das Schema entwickeln, unfähig zu sein, hinterfragen sie diese Überzeugung selbst als Erwachsene kaum. Obwohl Schemata nach ihrem Entstehen fortauern, sind sie uns nicht immer bewusst. Sie wirken gewöhnlich auf subtile Art und Weise außerhalb unseres Bewusstseins. Wenn jedoch ein Schema aktiviert oder durch bestimmte Ereignisse ausgelöst wird, bestimmt es unsere Gedanken und Gefühle, unser Alltagsverhalten sowie die Art und Weise, wie wir das Verhalten anderer wahrnehmen und wie wir generell mit Menschen und Aufgaben umgehen.

Der schematherapeutische Behandlungsansatz beinhaltet ein umfassendes Verständnis für die Entwicklung, Aufrechterhaltung und Modifikation der frühen dysfunktionalen

Schemata und gewinnt angesichts der multiplen und tiefverwurzelten Probleme der Patientinnen in der Regel erst im fortgeschrittenen stationären Verlauf eine Rolle und stellt eine längerfristige Therapiestrategie dar, die in der stationären Behandlung begonnen und in der oft notwendigen ambulanten Weiterbehandlung fortgeführt werden sollte.

Die schematherapeutische Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen umfasst kognitive, erlebnisorientierte, verhaltensorientierte und interpersonelle Interventionen.

Kognitive Interventionen. Der Entwicklung neuer und der Modifikation alter Schemata dienen kognitive Interventionen wie z.B. empirisches Vorgehen zur Überprüfung der Gültigkeit der Schemata und Sammlung schema-widersprechender Informationen über den Patienten, Aufarbeitung von Ereignissen und Informationen, die für und die gegen die Schemata sprechen, Klärung dysfunktionaler Einstellungen und Haltungen in der Familie oder die Verwendung von Schematagebüchern.

Erlebnisorientierte Interventionen. Erlebnisorientierte Interventionen sollen die Schemata verfügbarer und flexibler machen. Um die Gültigkeit der in der Kindheit entstandenen Schemata anhand der Realität prüfen zu können, müssen diese Annahmen jedoch bewusst werden. Einen besonderen Stellenwert nehmen dabei erlebnisorientierte Vorgehensweisen ein wie z.B. Vorstellungsübungen und Rollenspiel zu zentralen Kindheitsepisoden oder imaginative Dialoge mit dem Kind von damals aus der Perspektive des heute Erwachsenen.

Verhaltensorientierte Interventionen. Verhaltensorientierte Interventionen wie z. B. Aktivitätenplanung, Modellvorgaben, Expositionsübungen, psychosoziales Kompetenztraining, Rollenspiele oder Hausaufgaben können zur Überwindung von Ängsten, zur Modifikation selbstschädigender Verhaltensweisen, zur Förderung psychosozialer Kompetenz und lebenspraktischer Fertigkeiten und notwendige Veränderungen in der Lebenssituation eingesetzt werden.

Interpersonelle Interventionen. Eine besondere Beachtung finden Probleme und Strategien der therapeutischen Zusammenarbeit und Beziehungsgestaltung mit der Intention, eine vertrauensvolle und tragfähige Therapiebeziehung aufzubauen, die Beziehungsgestaltung an den interaktionellen Möglichkeiten des Patienten zu orientieren und sie explizit im Sinne einer interpersonellen Intervention als Focus und Wirkfaktor für Veränderungsprozesse zu nutzen, wie z.B. Klärung und Überprüfung interpersoneller Schemata in der therapeutischen Beziehung, empathische Konfrontation, Ermöglichung neuer Beziehungserfahrungen durch „begrenzte elterliche Fürsorge“.

Einbeziehung von Eltern und Partnern in die Therapie

Durch die Essstörung sind bei vielen Patientinnen Partner- und Familienkonflikte entstanden. Häufig wird von Seiten der Familienmitglieder oder von Partnern aus Sorge eine übermäßige Kontrolle auf die Patientin ausgeübt, die sich der Kontrolle meistens zu entziehen versucht und es entwickeln sich zunehmende Spannungen und Konflikte in den Beziehungen, die durch Kritik, Misstrauen und Unaufrichtigkeit bis hin zur Feindseligkeit gekennzeichnet sind und die den emotionalen Stress und die Symptomatik der Patientin weiter verstärken. Die Essstörung ist oft auch eingebettet in eine Ablösungsproblematik und kann unterschiedliche Bedeutung im familiären Kontext gewinnen (Schwarz et al., 1985). Sie kann als Entschuldigung dienen für Leistungsversagen oder

Niedergeschlagenheit in einer Familie, die diese Verhaltensweisen sonst ablehnt. Sie kann als passive Auflehnung verstanden werden gegen überbeschützende und in alles eindringende Eltern. Manchmal stellt die Symptomatik auch einen neuen Focus dar, der von den eigentlichen Problemen oder Konflikten der Eltern ablenkt und damit jene vor Auseinandersetzungen schützt. Oder sie kann als Versuch verstanden werden, sorgende Aufmerksamkeit zu erhalten und die Ernsthaftigkeit der Erkrankung als Problem zu verdeutlichen, wenn Probleme in der Familie sonst verleugnet werden oder wenn die Geschwister in Konkurrenz miteinander stehen. In Partnerschaften stellt die Essstörung oft eine Form indirekter Kommunikation dar zum Ausdruck eigener Wünsche, Gefühle und Bedürfnisse (z.B. Ärger, Unzufriedenheit), wenn die Patientinnen den direkten Ausdruck nicht erlernt haben bzw. aus Angst vor Ablehnung oder Kritik dies vermeiden. Wenn die Essstörung durch Familien- oder Partnerprobleme aufrechterhalten wird, sollten vor allem bei jüngeren Patientinnen, die noch in der Familie leben, die Angehörigen in die Therapie einbezogen werden oder bei älteren Patientinnen, die in einer Partnerschaft leben, deren Partner. Familien- und Partnergespräche werden durchgeführt, um eine Klima der Offenheit und des gegenseitigen Verstehens und Vertrauens zu fördern und die Kommunikations- und Konfliktfähigkeit zu verbessern und bei jüngeren Patientinnen darüber hinaus, um die Autonomie und Selbstständigkeit bzw. die Ablösung aus der Familie zu fördern.

Wiedereingliederung in Ausbildung und Beruf

Bei vielen Patientinnen zeigen sich auch Zusammenhänge zwischen Ausbildungs- bzw. Berufssituation und dem gestörten Essverhalten. So berichten Patientinnen über eine generelle Unzufriedenheit und Unsicherheit hinsichtlich der Berufswahl. Andere erleben eine erhebliche Leistungsverminderung infolge des gestörten Essverhaltens und haben Angst vor Kündigung und Arbeitslosigkeit oder schieben Prüfungen im Studium immer wieder hinaus und entwickeln zunehmende Versagensängste. Wieder andere überfordern sich ständig durch eine übermäßige Orientierung an den Erwartungen ihrer Kollegen und Vorgesetzten oder durch die eigene hohe Leistungsmotivation. Viele Patientinnen haben auch Berufe gewählt (z.B. Mode- und Nahrungsmittelbranche), die die Entwicklung des gestörten Essverhaltens durch spezifische Merkmale (überwertiges Schönheits- und Schlankheitsideal, leichte Zugänglichkeit von Nahrungsmitteln, etc.) begünstigen bzw. verstärken. Die Probleme erfordern eine enge Zusammenarbeit zwischen Bezugstherapeut und Soziotherapeut zur Überprüfung und Verbesserung der schulischen und beruflichen Leistungsfähigkeit und der Reintegrationsfähigkeit, zur Durchführung von Belastungserprobungen und zur Entwicklung realistischer Perspektiven oder zur Förderung einer beruflichen Neuorientierung unter Beachtung der sich aus den Problemstellungen ergebenden psychosozialen Einschränkungen und Ressourcen sowie der jeweiligen Kontextfaktoren.

4.2.4 Therapeutische Nachsorgemaßnahmen

Für die meisten Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa ist eine nachfolgende ambulante Psychotherapie zum Ausbau und zur Stabilisierung der erreichten Fortschritte erforderlich. Wir raten den Patientinnen in der Regel auch, den Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe zu suchen, da der Austausch mit anderen Betroffenen und die gegenseitige Unterstützung sehr hilfreich sein können. Für Patientinnen, die in einem ungünstigen, konflikthaften sozialen Umfeld leben oder die einen hohen Bedarf an Strukturierung und psychosozialer Unterstützung ist manchmal im Anschluss an die stationäre Maßnahme der Umzug in eine therapeutische Wohngemeinschaft erforderlich. Dies

muss frühzeitig während der stationären Maßnahme vorbereitet werden, zumindest wenn der Übergang möglichst direkt erfolgen soll.

Literatur

- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd ed.. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed.. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th. ed.. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten (2000). Essstörungen. Film für Betroffene und Angehörige. Bonn.
- 2000Bemis, K.M. (1986). A comparison of the subject experience of individuals with eating weight disorders and phobic disorders. Dissertation, University of Minnesota, Minneapolis.
- De Brito Santos-Dodt, M. (1993). Der Langzeitverlauf der Bulimia nervosa. Psychologische Diplomarbeit. Universität Heidelberg.
- Dehmlow, A. (1987). Erstevaluation eines stationären multimodalen Behandlungskonzepts für Patientinnen mit Bulimia nervosa. Psychologische Diplomarbeit, Universität Mannheim.
- Dehmlow, A., Schmitz, B. (1988). Erste Ergebnisse der Evaluation eines stationären multimodalen Behandlungskonzepts für Patientinnen mit Bulimia nervosa. In: M. Zielke & N. Mark (Hrsg.) Fortschritte der angewandten Verhaltensmedizin. Dortmund: verlag modernes lernen (im Druck)
- DGE-Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2003). Ernährungsbericht. Henrich: Frankfurt.
- Diehl, S. (2002). Körpererfahrung bei anorektischen und bulimischen Störungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 59, 195 – 200.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.)(1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Huber: Bern.
- Ellis, A. & Grieger, R. (1979). Praxis der rational-emotiven Therapie. München: Urban Schwarzenberg.
- Fairburn, C.G. & Bergin, A. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. Am. J. Psychiatry, 147, 401 – 408.
- Fichtner, O.-A. & Schmitz, B. (1988). Psychiatrische Störungen nach DSM-III-R bei Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 3, 202 – 209.
- Franik, O.-A. (1988). Komorbidität bei Essstörungen. Psychologische Diplomarbeit, Universität Mannheim.
- Garner, D. M., Bemis, K. M. (1985). Cognitive therapy for anorexia nervosa. In Garner, D. M., Garfinkel, P. E. (Eds) Handbook of Psychotherapy for Anorexia nervosa and Bulimia. New York: The Guilford Press
- Garner, D. M., Rockert, W., Omsted, M. P., Johnson, C., Coscina, D. V. (1985). Psycho educational principles in the treatment of bulimia and anorexia nervosa. In D. M. Garner, P. E. Garfinkel (Eds.) Handbook of Psychotherapy for Anorexia nervosa and bulimia. New York: The Guilford Press
- Handke-Raubach, A., Taubert, E. & Diehl, S. (2001). Stationäre Verhaltenstherapie bei Bulimia nervosa. Psychotherapie im Dialog, 2, 163 – 173.

- Jacobi, C., Paul, T. & Thiel, A. (2004). Essstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Kabat-Zinn, J. (1997). Stark aus eigener Kraft. Bern: Scherz Verlag.
- Keys, A., Brozek, J., Hentschel, A., Mickelsen, O. & Taylor, H.L. (1950). The biology of human starvation. Minneapolis: The University of Minnesota Press.
- Koppenhöfer, E. (1990). Therapie und Förderung genussvollen Erlebens und Handelns. In Zielke, M. & Mark, N. (Hrsg.), Fortschritte der angewandten Verhaltensmedizin. Berlin: Springer.
- Laessle, R. B., Waadt, S., Schweiger, U., Pirke, K. M. (1987). Zur Therapierelevanz psychobiologischer Befunde bei Bulimia nervosa. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin, 4, 297-313
- Legenbauer, T. & Vocks, S. (2006). Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. Heidelberg: Springer.
- Linehan, M. M. (1993). Skill training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L. (1978). Psychosomatic families. Cambridge: Harvard University Press
- Obermeyer, L. (1998). Komorbidität und Behandlungsverlauf bei Frauen mit Bulimia nervosa. Psychologische Diplomarbeit, Universität Heidelberg.
- Pearson, L., Pearson, L. (1973). The psychologist's eat-anything diet. New York: Weyden
- Peters, M. (2000). Der Langzeitverlauf der anorexia- und Bulimia nervosa. Psychologische Dissertation. Universität Heidelberg.
- Potreck -Rose, F. (1987). Anorexia nervosa und Bulimia: Therapieerfolg und Therapieprozeß bei stationärer verhaltenstherapeutischer Behandlung. Psychologische Dissertation, Universität Freiburg.
- Potreck-Rose, F. & Jacob, G. (2004). Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz und Selbstvertrauen. Stuttgart: Pfeiffer.
- Reis, S. (1989). Katamnestiche Untersuchung bei Anorexia nervosa. Psychologische Diplomarbeit, Erziehungswissenschaftliche Hochschule Landau.
- Schmitz, B. (1987). Ein integrativer verhaltensmedizinisch orientierter Ansatz zur Pathogenese und stationären Behandlung der Bulimie. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin, 8/1, 27-62.
- Schmitz, B. (1988a). Anorexia und Bulimia nervosa. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 3, 153 – 156.
- Schmitz, B. (1988b). Die Behandlung der Bulimia nervosa im stationären Setting einer verhaltenstherapeutisch orientierten Klinik. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 3, 191 – 201.
- Schmitz, B. (Hrsg.)(1988c). Stationäre und ambulante Behandlung der Anorexia und Bulimia nervosa. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Themenheft 3.
- Schmitz, B. (1989). Persönlichkeitsstörungen nach DSM-III-R bei Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 3, 205 – 211.
- Schmitz, B., Dehmlow, A., Greitemeyer, M. (1988). Evaluation der stationären Behandlung der Bulimia nervosa. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin, 4, 275 – 296.
- Schmitz, B., Mark, N. (1990). Wirkfaktoren eines stationären verhaltensmedizinischen Behandlungsansatzes am Beispiel der Bulimie. In H. Lang (Hrsg.), Wirkfaktoren der Psychotherapie (S. 227 – 250). Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer.

- Schmitz, B., Ecker, D. & Hofmann, C. (1991). Stationäre Gruppentherapie bei Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 1, 19 – 37.
- Schwartz, R. C., Barret, M. J., Saba, G. (1985). Family therapy for bulimia. In D. M. Garner, P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York: The Guilford Press
- Seligman, M. (2003). *Der Glücksfaktor*. Knauer.
- Selvini-Palazzoli, M. (1974). *Self-Starvation*. London: Chaucer.
- Sipos, V. & Schwaiger, U. (2003). *Psychologische Therapie von Essstörungen*. Lengerich: Pabst.
- Spranger, S.C., Waller, G. & Bryant-Waugh, R. (2001). Schema avoidance in bulimic and non-eating-disordered women. *Int. J. Eat. Disorder*, 29, 302 – 306.
- Striegel-Moore, R., Silberstein, L., Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk-factors for bulimia. *American Psychologist*, 41, 246-263
- Thich Nhat Hanh (2004). *Jeden Augenblick genießen*. Berlin: Theseus.
- Wardle, J. & Beinart, H. (1981). Binge-eating: a theoretical review. *British J. clin. Psychology*, 20, 97 – 109.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy*. New York: Guilford.
- Ziegler, S. (1989). *Langzeitverlauf der Bulimia nervosa*. Psychologische Diplomarbeit, Universität Tübingen.

Workshop V: Kinder Suchtkranker

Kind trinkt mit – Alkohol und Schwangerschaft

Heidrun Michaelis, Guttempler Orden, Hamburg

Alkohol in Schwangerschaft und Stillzeit - Einleitung

Schon lange war das Thema „Alkohol in Schwangerschaft und Stillzeit“ Bestandteil der Guttempler-Arbeit, insbesondere die Frauen hatten schon früh die Bedeutung dieses Themas erkannt und sich immer wieder in unterschiedlichen Aktionen dafür eingesetzt. Informationsmaterial wurde in eigener Regie hergestellt.

In der Zeit von April 2003 bis März 2004 hatten wir die Gelegenheit, in enger inhaltlicher Zusammenarbeit und dem gezielten finanziellen Engagement des BKK Bundesverbandes das Kooperationsprojekt mit dem Titel „Alkohol in Schwangerschaft und Stillzeit“ umzusetzen. Es wurde umfangreiches Material hergestellt.

Inzwischen haben wir schon eine große Öffentlichkeit erreicht, indem wir z.B. mit jungen Paaren, werdenden Eltern, niedergelassenen Ärzt/-innen, Fachärzt/-innen, Kliniken, Geburtshäusern, Hebammen, Lehrer/-innen Kontakt aufgenommen haben, Informationsveranstaltungen und Presseberichte herausgegeben haben, um auf diese Problematik aufmerksam zu machen. Wir konnten wichtige Aufklärungs- und Präventionsarbeit leisten.

Darüber hinaus haben wir erkannt, dass wir in unseren bestehenden Gruppen ein Angebot schaffen müssen, um Eltern mit bereits alkoholgeschädigten Kindern ein Gesprächsangebot bieten zu können. Hierfür werden wir in Zusammenarbeit mit Fachkräften erforderliche Fortbildungen für Multiplikator/-innen anbieten, um den Verantwortlichen ein Rüstzeug in die Hand geben zu können.

Allgemeine Informationen

Alkoholkonsum kann das Kind schon in den ersten Wochen nach der Zeugung und während der ganzen Schwangerschaft schädigen.

Schädigungen durch Alkoholkonsum werden unter dem Krankheitsbild Fetales Alkoholsyndrom (FAS) oder Alkoholembryopathie beschrieben. Kenntnisse darüber sind seit etwa 30 Jahren wissenschaftlich belegt.

Doch bekannt ist der schädigende Einfluss von Alkohol auf das un- bzw. neugeborene Leben schon seit Jahrhunderten. In Sparta und Karthago war es z.B. den Brautleuten verboten, in der Hochzeitsnacht Alkohol zu konsumieren, um keine fehlgebildeten Kinder zu bekommen.

Auch während der „Gin-Epidemie“ Anfang der 18. Jahrhunderts wurde eine Petition ins englische Parlament eingebracht, die die Kontrolle des damals noch steuerfreien

Schnapsbrennens forderte. In der Begründung hieß es u. a. „Der Gin ist außerdem Ursache für schwache einfältige und geistig gestörte Kinder.“

Trotz der Kenntnisse über die schädlichen Folgen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft ist Alkohol noch heute die Substanz, die zu den häufigsten Fehlbildungen in der Schwangerschaft führt. Dabei können alle Organe und Organsysteme des entstehenden Kindes im Mutterleib geschädigt werden. Die fetale Entwicklung vollzieht sich als Abfolge verschiedener zum Teil parallel verlaufender Entwicklungsschritte während der gesamten Schwangerschaft.

Etwa 2.200 Kinder werden jährlich allein in Deutschland mit entsprechenden Missbildungen geboren. Die Zahl der Kinder, die ohne körperliche Fehlbildung, dafür aber mit geistigen Defiziten und Verhaltensstörungen in Deutschland zur Welt kommen, wird offiziell auf 10 bis 15.000 geschätzt.

Symptome des fetalen Alkoholsyndroms können sein:

Körperliche Veränderungen:

- Minderwuchs und Untergewicht
- Kleinköpfigkeit
- Auffälligkeiten im Gesichtsbereich
- Auffälligkeiten an Armen und Beinen
- Fehlbildungen innerer Organe

Im Gegensatz dazu sind die Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten, die auftreten können, nicht sofort zu erkennen und später auch oft schwer nachzuweisen.

Wie:

- Intelligenzminderung
- Hyperaktivität
- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsmangel
- Lernschwierigkeiten
- Gestörte Feinmotorik
- Emotionale Instabilität
- Sprachstörungen
- Hörstörungen
- Sehstörungen

Warum ist Alkohol nun so schädlich für das ungeborene Kind?

Wenn eine schwangere Frau alkoholische Getränke zu sich nimmt, trinkt das ungeborene Kind mit. Da Alkohol wasserlöslich ist, gerät er über die Blutbahn zum Fötus. Innerhalb von wenigen Minuten haben Mutter und Kind denselben Alkoholpegel. Im wahrsten Sinne des Wortes kann das Kind im Mutterleib ertrinken. Der im Alkohol enthaltene Giftstoff kann das Kind auf Dauer schädigen.

Das Schlimme dabei ist, dass die Schäden – sind sie erst einmal vorhanden – definitiv nicht wieder gut zu machen sind.

Alkohol ist also auch schon in geringen Mengen schädlich für das Kind. Der regelmäßige Genuss eines Glases Wein beispielsweise kann genauso gefährlich sein, wie einzelne Alkoholexzesse!

Und wie sieht es aus mit dem „Gläschen in Ehren“ in der Stillzeit?

Viele wichtige Nährstoffe werden dem Baby über die Muttermilch zugeführt. So aber nicht nur diese, sondern auch der Giftstoff Alkohol, der von der Mutter getrunken wird. Die Milch erreicht dabei annähernd den gleichen Alkoholgehalt wie der Blutalkoholspiegel der Mutter. Für den Säugling sind schon geringe Mengen Alkohol nicht unbedenklich, denn die kindliche Leber baut ihn nur sehr schwer ab.

Es kann dadurch in seiner weiteren organischen und geistigen Entwicklung gestört werden. Und es kann sich jetzt schon durch die Muttermilch an den Geschmack von Alkohol gewöhnen. Es gerät dadurch in einen rauschähnlichen Zustand. In späteren Jahren besteht die Möglichkeit leichter eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln.

Was ist nun mit den werdenden Vätern? Tragen auch sie schon Verantwortung für ihr ungeborenes Kind? Haben sie Einfluss auf dessen Gesundheit?

Bis heute hat sich die männliche Forschung fast ausschließlich auf Risiken für den Fetus konzentriert, die durch mütterliches Alkoholtrinken entstehen können. Studien haben mittlerweile aber gezeigt, dass die Kinder von männlichen Alkoholikern oft auch gestörte intellektuelle Fähigkeiten haben und häufiger hyperaktiv sind als Kinder nicht trinkender Väter. Allerdings wirkt sich hier der Alkoholkonsum mehr auf die Qualität des Samens aus als direkt auf den Fetus. Stark deformierte Samen können den Nachwuchs erheblich schädigen. Dennoch werden die Schädigungen eher als frauenspezifisches Problem gesehen.

Die Rolle und die Verantwortung des Mannes dürfen nicht außer acht bleiben. Oft trinkt er weiter, während die Partnerin alkoholabstinent lebt. Im schlimmsten Falle animiert er sie sogar zum Mittrinken. Das fetale Alkoholsyndrom ist jedoch nicht einfach ein frauenspezifisches Problem, sondern vielmehr ein Problem der Gesellschaft, in dem auch die Männer mit einbezogen sind.

Auch müssen die weit reichenden körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Folgen für das Kind unter gesamtgesellschaftlicher Verantwortung gesehen werden. Zwar ist die Alkoholembryopathie eine inzwischen anerkannte Krankheit, doch ist der Verursacher Alkohol als folgenschwerer Schadstoff nicht anerkannt, im Gegensatz z. B. zu Contergan, das während der Schwangerschaft genommen, Schädigungen hervorrufen kann.

Eine alkoholpolitische Forderung der Guttempler zu diesem Thema lautet: Ein Warnhinweis auf die Etiketten aller mit alkoholischen Getränken gefüllten Flaschen: **Alkohol gefährdet das ungeborene Leben!**

Um jegliches Risiko einer Schädigung des ungeborenen Kindes und Säuglings auszuschließen, lautet unsere Empfehlung: **Zum Kindes Wohl – keinen Alkohol!**

Unterstützung für Kinder und ihre drogenabhängigen Eltern

Charlotte Grimm, Palette e. V., Hamburg

Das Projekt Iglu und Palette e.V., Hamburg ist eine Drogenberatungsstelle mit dem Schwerpunkt der psychosozialen Betreuung im Rahmen des Substitutionsprogramms und ambulanter Therapie für drogenabhängige Menschen.

Einleitung

Zur Verbesserung der Situation der Kinder von Suchtkranken ist in den letzten Jahren viel getan worden. Es sind gute fachliche Ansätze entwickelt worden, es sind neue Betreuungs- und Behandlungsangebote in den Einrichtungen entstanden und es wurden Hilfeangebote für Kinder von Suchtkranken in den Suchtberatungsstellen verankert. Ebenfalls arbeiten inzwischen Jugendhilfe und Drogenhilfe verstärkt in verschiedenen gemeinsamen Kooperationen.

Es gilt aber auch festzuhalten, dass all diese Unterstützungsmaßnahmen für diese Kinder und ihre Eltern erst dann greifen, wenn suchtkranke Eltern an die Einrichtungen angebunden werden konnten und eine Veränderungsbereitschaft zeigen. Eltern und Kinder befinden sich im Verlaufe der Suchterkrankung in mehreren verschiedenen Hilfs-, Beratungs- und Behandlungsangeboten. Durch unterschiedliche Arbeitsaufträge, Finanzierungsgrundlagen und Zuständigkeiten besteht oft trotzdem zu wenig kontinuierliche Betreuungszeit und damit Wissen über die Problematik der Kinder in den Familien. Wenn Mitarbeiter/-innen von freien Trägern der Jugend- oder Drogenhilfe mit eindeutigen Arbeitsaufträgen handeln, sind ihre Befugnisse bezogen auf die Sicherstellung des Kindeswohl rein rechtlich sehr begrenzt. Um die Kinder von Suchtkranken dennoch im Blick behalten zu können, müssen Arbeitsvereinbarungen zwischen den Mitarbeiter/-innen, als auch den Einrichtungen untereinander gefunden werden, die die gemeinsame Arbeit klären und Schwierigkeiten überwinden helfen.

Voraussetzung ist, dass die verschiedenen Elemente der Jugend- und Suchthilfe miteinander kooperieren, vernetzt arbeiten und dabei die Grundsätze von Freiwilligkeit und Anonymität berücksichtigen.

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, haben wir gemeinsam interne Arbeitsregelungen getroffen, die ebenfalls in Kooperationsverbänden zwischen Jugendhilfeeinrichtungen und Suchthilfeeinrichtungen umgesetzt werden.

Mit welchen Schwierigkeiten haben wir es zu tun?

Auf der Fachtagung in Berlin 2003 wurden zum Thema: „Wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden“ im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in Berlin die „10 Eckpunkte zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien“ definiert und festgehalten.

Hier drei der zehn Eckpunkte, die für unsere Arbeit in den Einrichtungen eine wesentliche Rolle spielen und uns vor viele Aufgaben und Herausforderungen stellen:

- Kinder aus suchtblasteten Familien haben ein Recht auf Unterstützung und Hilfe, unabhängig davon, ob ihre Eltern bereits Hilfeangebote in Anspruch nehmen. (Punkt 1)

Frage: Wie erreichen wir die Kinder?

- Die Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen, insbesondere der Suchtkrankenhilfe, der Kinder- und Jugendhilfe und den medizinischen Diensten muss optimiert werden. (Punkt 3)

Frage: Wie kann Vernetzung funktionieren?

- Bei Kindern, deren Familien sich gegen Hilfsangebote verschließen, kann zum Schutz der Kinder im Einzelfall auch eine Intervention gegen den Willen der Eltern erforderlich werden. (Punkt 8)

Frage: Wie erkennen wir das rechtzeitig?

Der Alltag, in dem Kinder drogenabhängiger Eltern leben, ist meist durch unzureichende Grundvoraussetzungen für eine kindgerechte Entwicklung geprägt. Die Lebensumstände der Kinder offenbaren erhebliche Mängel in der Basisversorgung. Ein funktionierendes soziales Netz und die Anbindung im Sozialraum sind in der Regel nicht vorhanden.

Drogenabhängige Mütter und Väter leben aufgrund des Konsums von illegalen Drogen anonym und in sozialer Isolation in ihrem Stadtteil. Sie wollen nicht als Drogenabhängige erkannt und stigmatisiert werden. Die betroffenen Kinder teilen mit ihren Müttern und Vätern die soziale Isolation. Für ihre Probleme haben die Kinder in der Regel keine Ansprechpartner/-innen. Kontakte zu Gleichaltrigen werden aus Gründen der Geheimhaltung ebenfalls als problematisch erlebt und oft entsprechend reduziert. Die Bedeutung der elterlichen Drogenabhängigkeit und die ungünstigen häuslichen Bedingungen bleiben so in der Regel nicht ohne Folgen für die psychosoziale Entwicklung der Kinder.

Die Kinder sind - abhängig von diesen verschiedenen Faktoren - vielfachen Belastungen und Entwicklungseinschränkungen ausgesetzt. Vor allem die oft angespannte und verunsichernde Atmosphäre im Elternhaus kann bei den Kindern zu abweichenden Verhalten führen.

Auch wenn das Leben und Aufwachsen in einer suchtblasteten Familie einen der wesentlichen Risikofaktoren darstellt, später selbst abhängig zu werden, trifft dies dennoch nicht für alle Kinder zu. Es gibt auch Kinder, die sich trotz der schwierigen Ausgangssituation gut entwickeln (vgl. Resilienzforschung, Opp/Fingerle/Freytag, 1999: Was Kinder stärkt).

Faktoren, die trotz allem eine gute Entwicklung der Kinder in suchtblasteten Familien fördern, sind unter anderem: klare Strukturen, stabile Bezugspersonen neben der Mutter und/oder der Familie und ein guter Zugang zu Professionellen im sozialen System. Die Kinder brauchen somit außerfamiliäre Beziehungsangebote, die ihnen Kontinuität und Verlässlichkeit vermitteln.

Es soll den Kindern die Möglichkeit gegeben werden, ihre Probleme mit anderen Erwachsenen zu besprechen, ohne Angst vor einschneidenden Folgen haben zu müssen.

Gleichzeitig muss jedoch auch gewährleistet sein, dass das Kindeswohl nicht ständig aufgrund der Suchterkrankung der Mutter bzw. Vaters beeinträchtigt wird. Ist dies der Fall, ist eine Trennung von Mutter bzw. Vater und Kind durchaus möglich, eventuell auch

zwingend erforderlich. Ziel ist jedoch nicht ein Beziehungsabbruch, vielmehr soll der gegenseitige Kontakt aufrechterhalten und eine Rückführung zur Mutter bzw. Vater wenn möglich gefördert werden.

Um eine Anbindung für diese Kinder und deren Familien an bestehende sozialraumorientierte Einrichtungen zu erreichen, bedarf es einer guten Kooperation und akzeptierenden Grundhaltung im sozialen Umfeld, denn drogenkonsumierende Eltern haben Befürchtungen und Ängste vor pauschalisierten Stigmatisierungen.

Was müssen wir in der Zusammenarbeit berücksichtigen?

In der Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen Suchthilfe und Jugendhilfe werden unter Fachkolleg/-innen die oft unterschiedlichen Einschätzungen der kindlichen Situation und die hohe emotionale Belastung durch die Sorge um die Kinder deutlich und belasten die Arbeit zusätzlich. Dies tritt besonders dann auf, wenn die Eltern wenig Vertrauen haben und, aus Angst die Kinder zu verlieren, sich immer mehr aus dem Behandlungskontakt zurückziehen oder Mitarbeiter/-innen unterschiedliche Informationen geben. Unabhängig von vorhandener Fachlichkeit ist oft nur noch die Intuition von Seiten der Mitarbeiter/-innen Hinweis gebend, dass Anlass zu Sorge um die Kinder oder Familie besteht. Auch diese Impulse nehmen wir sehr ernst (siehe Fragebogen, Connect).

Doch wie lässt sich dies alles in einer fachlichen Auseinandersetzung begründen? In der gemeinsamen Arbeit mit der Familie brauchen wir daher einen Rahmen in dem sich ein Konsens durch **Offenheit**, **Klarheit** und gemeinsame **Absprachen** einfacher finden lässt.

„Eine zentrale Voraussetzung für eine positive Betreuungsarbeit mit drogenabhängigen schwangeren Frauen bzw. Müttern und Vätern ist einerseits die Wahrung der Vertraulichkeit und andererseits die Transparenz und gemeinsame Offenheit über alle Situationen und Verfahrensweisen, die diese Vertraulichkeit einschränken könnten. Dies ist kein ganz einfaches Unterfangen.“
(I. Vogt, Drogenabhängige Frauen, Schwangerschaft und Mutterschaft Lambertus, 1996)

Zur Umsetzung dieses nicht eben leichten Unterfangens in der Arbeit ist als Voraussetzung eine Kooperation der unterschiedlichen Träger mit einer abgestimmten Arbeitsvereinbarung und Konzeption erforderlich.

In unseren Arbeitsverbünden haben wir unter verschiedenen Blickpunkten gemeinsame Inhalte definiert, die wir als Grundlage in der Arbeit benutzen um:

- die oft erheblichen Unsicherheiten bei Fachkräften bei der Erkennung von Problemlagen der betroffenen Kinder abzumildern und
- eine ausreichende Entwicklung der Kinder in den Familien durch eine soziale Absicherung zu untermauern und

- die Stärkung der Erziehungskompetenzen und aktive Mitwirkung der Eltern von Problemlösungen zu bewirken sowie
- drogenabhängige Eltern als auch deren Kinder in der Einrichtung mit ihren Wünschen und Ansprüchen zu sehen und zu respektieren und
- ein gut funktionierendes unterstützendes soziales Netzwerk durch bessere Vernetzung und Kooperation im Interesse der Kinder aufzubauen.

Arbeitsvereinbarung

Fachliche Grundhaltung

Die Haltung gegenüber unseren Klient/-innen und deren Kindern zeichnet sich aus durch:

- respektvollen Umgang zwischen Klient/-innen und Mitarbeiter/-innen
- Wertschätzung für die Lebensgeschichte und die Leistungen der Klient/-innen
- Einschätzung, dass Klient/-innen Experten in ihrer Lebenswelt sind
- Würdigung der erwachsenen und realitätstüchtigen Anteile der Klient/-innen
- Vermeidung von Bevormundung
- Gestaltung der Angebote in einer Form, die die vorhandenen Ressourcen fördert, statt diese zu ersetzen
- engagierte Parteinahme, wenn Familien und deren Kinder von Ausgrenzung bedroht sind
- gemeinsame Verantwortung, den Rahmen und den Umgang mit den Klient/-innen so zu gestalten, dass diese Vertrauen in das Hilfe- und Beratungsangebot entwickeln können und die Hilfe auch in Anspruch nehmen
- Gewährleistung von Mitbestimmung und Beteiligung der Klient/-innen an der Gestaltung des Beratungs- und Hilfeprozesses
- Transparenz unter allen Beteiligten zur Vermeidung widersprüchlicher oder anderweitig nicht sinnvoller Hilfebemühungen.

Voraussetzungen in der fachlichen Arbeit

Entlastung und Unterstützung der fachlichen Arbeit durch

- Supervision
- Fallbesprechungen
- Fortbildungen
- Rücksprache bei Krisensituationen, Mediation im Konfliktfall
- Vernetzung und Kooperation mit dem Jugendamt und anderen Hilfesystemen, Bereitschaft zum kollegialen Austausch unterschiedlicher Werte und Normen zum Thema „Kinder in suchtbelasteten Familien“

Voraussetzungen in der Teamarbeit

- Alle Mitarbeiter/-innen im Team haben einen „Blick“ für die Situation der Kinder, sie fühlen sich mit verantwortlich und unterstützen den/die Bezugsbetreuer/-in.
- Was weiß das Team über die Kinder, wie geht es den Kindern?
- Was wurde im letzten Quartal über das Kind erfahren?

- Wie wird die Situation zwischen Eltern und Kindern wahrgenommen?
- Welche Institution hat das Kind „im Blick“, wenn die Eltern, die Mutter oder der Vater, nicht mehr in unserer Einrichtung betreut werden oder den Kontakt abbrechen?

Leitfaden im Umgang mit drogenabhängigen Vätern und Müttern.

- Wir nehmen die Klientin und den Klienten auch immer in ihrer/seiner Rolle als Mutter/Vater wahr.
- Wir geben klare Informationen zum Angebot, in der Zusammenarbeit und in den Grenzen.
- Wir formulieren klare Ziele und Konsequenzen (keine Drohungen), die wir auch umsetzen können.
- Wir fragen in den ersten Gesprächen genau nach, wie die Versorgung der Kinder aussieht (siehe Fragebogen „Basiskriterien“).
- Wir besprechen, dass wir regelmäßige Hausbesuche als Standard in der Betreuung anbieten.
- Wir klären unsere Grenzen und sprechen unsere Befürchtungen und Sorgen aus.
- Wir sprechen all das an, was wir ansprechen wollen und müssen und bleiben dabei auf die eigene Person bezogen (Ich-Botschaften).
- Wir brechen Tabus und thematisieren: „Was passiert, wenn...“?
- Wir machen Angebote und bieten Hilfen an, um die Familie zu stärken.
- Wir nehmen wahr und zeigen auf, was gut klappt und positiv ist und bekräftigen dies gegenüber den Eltern.
- Wir zeigen mehrere Lösungswege auf und verfolgen nicht nur einen „richtigen“ Weg.

Fragen an die Eltern

- Was braucht Dein Kind, was brauchst Du selbst?
- Kannst Du die Bedürfnisse Deines Kindes an erste Stelle setzen?
- Wie hast Du bisher alle Aufgaben geschafft?
- Wie trägst Du die Sorge und Angst um die Entwicklung Deines Kindes?
- Was weißt Du über Dein Kind wenn Du Drogen konsumiert hast?
- Kennst Du Deine Rechte und die Rechte Deines Kindes?
- Wie sieht Dein Tagesablauf aus?
- Wer sorgt im Notfall für die Kinder?
- Wie ist die gesundheitliche Situation der Kinder? Gibt es einen Kinderarzt?

Überprüfen der kindlichen Situation durch die Basiskriterien:

- Vorhandensein eines kindgerechten Wohnraums mit Möglichkeiten der Beheizung sowie der Gewährleistung von Wasser- und Stromversorgung
- Vorhandensein von hygienischen Wohnverhältnissen (z.B. keine extremen Verschmutzungen wie Schimmel, Müll)
- Absicherung des Lebensunterhaltes und Krankenversicherung
- Absicherung der ärztlichen Versorgung, z.B. Einhaltung von Vorsorgeuntersuchungen und Impfterminen, Arztbesuche bei Erkrankungen und Befolgen ärztlicher Anordnungen
- Vorhandensein einer festen kontinuierlichen Bezugsperson für das Kind
- Strukturierter Alltag zur regelmäßigen täglichen Versorgung des Kindes: verlässlicher und geregelter Tag-Nacht-Rhythmus für das Kind,

regelmäßige, ausreichende und altersgemäße Ernährung, Körperhygiene, Vorhandensein von entsprechender, witterungsgerechter Bekleidung, Gewährleistung der Aufsichtspflicht

- Gewährleistung einer ausreichenden pädagogischen Förderung, Erziehung und emotionalen Zuwendung (z.B. Bereithaltung von Spielmaterial)
- Nutzung tagesstrukturierender Angebote: Kindergarten, Tagesstätten, Hort, Absicherung des Schulalltags. Bei Bedarf: Förderung durch pädagogische oder therapeutische Einrichtungen

Fallkonferenz unter den Mitarbeiter/-innen verschiedener Einrichtungen

Eine Fallkonferenz kann von einem Kollegen/einer Kollegin einberufen werden, die eine Mutter/einen Vater und ein Kind betreut und es bekannt wird, dass weitere Kolleg/-innen im Hilfesystem beteiligt sind. Dem Charakter solcher Konferenzen entspricht ein eher informeller und ergebnisoffener gegenseitiger Austausch von Informationen. Dieser dient der Abklärung der Hilfestellung und der Entscheidungsfindung für die Kolleg/-innen. Die Fallkonferenz kann ohne Beteiligung der Klient/-innen stattfinden. Sofern deren datenschutzrechtliche Belange betroffen sind, muss ihre Zustimmung vorher eingeholt werden.

In der Fallbesprechung werden folgende Punkte berücksichtigt:

- Was vermuten wir?
- Welche Fakten haben wir?
- Welche Ressourcen kennen wir?
- Was für Maßnahmen schlagen wir vor?
- Welche Wünsche und Vorstellungen bestehen?
- Welche verbindlichen Vereinbarungen mit und unter den Anwesenden können getroffen werden.
- Wer macht was bis wann? Und wer übernimmt welche Verantwortung?

Schweigepflicht:

Die Beteiligten beachten ihre jeweilige amtliche und berufliche Schweigepflicht auch gegenüber den Kooperationspartner/-innen. Personenbezogene Informationen werden auch gegenüber Kooperationspartner/-innen nur offen gelegt oder gemeinsam erörtert, wenn die Betroffenen sich vorher im Wege einer Schweigepflichtsentbindung mit der Erörterung ihres Falles gegenüber der benannten Einrichtung in der Kooperation einverstanden erklärt haben. Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden. Bei dem vorliegenden Einverständnis beachten wir die jeweiligen Kooperationspartner/-innen ihre Verpflichtung zur Vertraulichkeit insoweit, als sie nur solche Informationen offen legen und erörtern, die geeignet und notwendig sind, den jeweiligen Hilfeanspruch in der Kooperation besser zu verwirklichen. Das obliegt der eigenen fachlichen Einschätzung.

Wichtig: Dies alles gilt nicht, wenn eine Gefährdung Dritter – in diesem Fall der Kinder – erkennbar ist! Eine Kindeswohlgefährdung müssen wir sofort dem Jugendamt mitteilen!

Diese Arbeitsvereinbarung werden im Arbeitskreis: „Kinder von Suchtkranken“ immer wieder neu diskutiert und müssen in der Arbeit vertieft und verankert werden. Damit haben wir aber noch keine Garantie, dass wir alle Kinder von Suchtkranken auch im Blick haben. Zusehens erleben wir durch Personalreduzierung und Schließungen von Einrichtungen, sowie kurze Belegungszeiten auf den Entbindungsstationen, dass wir einige Mütter gar nicht erst kennen lernen können, weil Kinderkrankenschwestern, Hebammen oder Kindertagesstätten überlastet sind.

Umso mehr gilt es, im Interesse der Kinder aus suchtbelasteten Familien, dass wir uns in der Arbeit gegenseitig unterstützen und Erfahrungen austauschen.

Workshop VI: Ehrenamtliche in der Suchtprävention

Das europäische MoQuaVo-Projekt! – Zur Motivation und Qualifizierung von Freiwilligen in der Suchtprävention

Thérèse Michaelis, Centre de Prévention des Toxicomanies, Luxemburg

Uwe Fischer, Zentrum für empirische pädagogische Forschung, Landau

Einleitung

Das Engagement von Freiwilligen für soziale und gesundheitliche Belange wie z.B. die Suchtprävention erlangt zunehmende Bedeutung und bildet eine wichtige soziale Ressource in unserer Gesellschaft. Die Motivation der Freiwilligen zu unterstützen sowie ihnen adäquate Möglichkeiten der Qualifizierung zu bieten sind daher herausfordernde Aufgaben der Fachkräfte, die mit Freiwilligen zusammenarbeiten.

Der vorliegende Beitrag zum Workshop möchte Aspekte der Motivation und Qualifikation von Freiwilligen im Bereich der Suchtprävention näher betrachten und ein europäisches Projekt vorstellen, das sich mit diesen Themen eingehend beschäftigt hat. Da der Workshop neben der Darstellung der Inhalte auch interaktive Elemente beinhaltet, in denen die Teilnehmer/-innen eigene Vorstellungen mit einbringen, werden diese Ergebnisse gleichfalls im vorliegenden Beitrag eingebunden.

Es folgt jeweils ein kurzer Überblick zur Entstehung und zu den Inhalten des Projektes sowie zum daraus entwickelten Handbuch. In die Bedeutung sowie die Vor- und Nachteile des freiwilligen Engagements im Bereich der Suchtprävention wird mit den zusammengefassten Standpunkten der Workshop-Teilnehmer/-innen übergeleitet. Es folgen grundlegende Aspekte der Freiwilligenarbeit, die die Motivation, allgemeine Regeln und die Qualifikation betreffen.

Historische Entwicklung der europäischen Projekte

Dem aktuellen MoQuaVo-Projekt liegt eine Entwicklung zugrunde, es baut auf drei vorangegangenen europäischen Projekten auf, die kurz vorgestellt werden. Der Ursprung lag in der gemeindebasierten Suchtprävention. Dazu wurde 1996 ein Modellprojekt in sieben luxemburgischen Gemeinden initiiert, welches durch die Gemeinden finanziert und vom Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT) koordiniert wurde. Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation wurde vom Zentrum für empirische pädagogische Forschung (zepf) der Universität Koblenz-Landau durchgeführt und konnte mit finanziellen Mitteln der Europäischen Kommission unterstützt werden. Das Konzept basiert in erster Linie auf Freiwilligengruppen, die suchtpreventive Aktivitäten in ihrer Gemeinde durchführen und im Sinne von Multiplikator/-innen agierten. Im darauf folgenden Projekt wurden die Erkenntnisse mit weiteren Partner/-innen in europäischen Ländern ausgetauscht, die ähnliche Ansätze verfolgten. Über verschiedene Wege (Befragung, Kongress, Internet, Veröffentlichung) wurde ein Netzwerk mit dem Ziel des Wissenstransfers aufgebaut. Neue Partner/-innen kamen hinzu und es wurde deutlich, welchen wichtigen Stellenwert freiwillige bzw. ehrenamtliche Helfer/-innen auf kommunaler Ebene für die Suchtprävention haben.

Die Bedeutung der Freiwilligen und die damit einhergehenden Fragen der Motivation resultierten im Jahr 2000 in ein neues europäisches Projekt, welches zunächst eine

Bestandsaufnahme des bürgerschaftlichen Engagements in der Suchtprävention in Europa zum Ziel hatte. Im Rahmen von Befragungen der Institutionen, die in diesem Bereich mit Freiwilligen arbeiten sowie der Freiwilligen selbst konnten die Bedürfnisse der Freiwilligen in Bezug auf ihre Tätigkeit genauer erfasst werden.

Die Erkenntnisse drängten danach, in eine praxisnahe Form gebracht zu werden. Gemeinsam mit den Projektpartner/innen beantragten wir für 2003 ein Projekt, welches die Motivation und Qualifikation von Freiwilligen in der Suchtprävention zum Thema hatte.

Informationen zum europäischen Projekt „Motivation und Qualifikation von Freiwilligen“

Das Projekt „Motivation und Qualifikation von Freiwilligen in der Suchtprävention“ (Mo-QuaVo) wurde in den Jahren 2003 bis 2004 durchgeführt. Es waren neun Partner/innen aus sieben europäischen Ländern beteiligt. Soweit möglich wurden die Freiwilligen der beteiligten Organisationen mit eingebunden. Die Hauptkoordination lag beim CePT in Luxemburg. Die Hauptverantwortung für die Ausführung lag beim zepf in Landau und erfolgte in enger Zusammenarbeit mit allen Projektpartnern und ihren Freiwilligen. Das Projekt wurde finanziell von der Europäischen Kommission und den beteiligten Partnerorganisationen unterstützt. Tabelle 1 listet die beteiligten **Projektpartner/innen** auf.

Tabelle 1: Projektpartner/-innen

Organisation	Ort (Land)
Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung	Eupen (Belgien)
Centro Ascolto Problemi Alcolcorrelati	Mailand (Italien)
Centre de Prévention des Toxicomanies	Luxemburg (Luxemburg)
Protasi – Movement for another lifestyle	Patra (Griechenland)
Pfiff – Suchtprävention Fachhochschule Fulda	Fulda (Deutschland)
Wilde Bühne	Stuttgart (Deutschland)
Lions Quest Foundation	Oslo (Norwegen)
Irti Huumeista Ry	Vaasa (Finnland)
Zentrum für empirische pädagogische Forschung	Landau (Deutschland)

Folgende **Ziele** standen im Vordergrund des Projektes:

- Förderung der Freiwilligenarbeit in Europa, insbesondere im Bereich der Suchtprävention
- Ausarbeitung von Richtlinien und praktischen Strategien bezüglich der Motivation und Qualifikation von Freiwilligen
- Veröffentlichung der Ergebnisse in einem Handbuch
- Bereitstellung von Informationen im Internet (www.ecbap.net)
- Informations- und Erfahrungsaustausch mit anderen Fachleuten und Freiwilligen im Rahmen eines europäischen Kongress

Inhalte des MoQuaVo-Handbuchs

Ein wesentliches Produkt, welches aus dem Projekt entstand, ist das MoQuaVo-Handbuch, auf dessen Inhalt nur kurz eingegangen werden soll.

Zunächst wird im Manual ein Überblick über den aktuellen Stand der **Freiwilligentätigkeit** und der **Suchtprävention** gegeben. Die **Charta** für freiwilliges Engagement im Bereich der Suchtprävention fasst das Verständnis der MoQuaVo-Projektpartner zusammen. Ausschnittsweise werden einige **Befragungsergebnisse** des vorangegangenen Projektes dargestellt.

Der Schwerpunkt des Manuals liegt auf den Kapiteln zu **Motivation** und **Qualifikation** von Freiwilligen sowie zur **Evaluation** der Freiwilligenarbeit. Diese Kapitel zeichnen sich durch eine Vielzahl an praktischen Leitlinien, Strategien und Materialien aus. Sie finden Auszüge und Beispiele aus diesen Kapiteln in der vorliegenden Informationsbrochure zum Manual.

Darüber hinaus enthält das Handbuch Beispiele für **Spiele und Übungen** die für die Arbeit mit Freiwilligengruppen nützlich sind. Des Weiteren stellen sich die **MoQuaVo-Projektpartner/-innen** vor und präsentieren ihre **Ausbildungskonzepte**. Zum Schluss werden **Literaturhinweise** zu einzelnen Themen getrennt aufgeführt, die eine weitergehende Lektüre erlauben.

Im Rahmen des Workshops werden wir nur auf einen kleinen Ausschnitt des umfangreichen Manuals eingehen. Vorab möchten wir die Workshop-Teilnehmer/-innen in die Thematik aktiv einbinden und klären, welche Vorstellungen sie von Freiwilligen und deren Einbindung in die Suchtprävention haben.

Warum Freiwillige / Ehrenamtliche in die Suchtprävention einbinden?

Es folgen die zusammengefassten Resultate der Workshop Teilnehmer/-innen:

Vorteile der Einbindung:

- Nähe und Erreichbarkeit sowie frühzeitige Interventionen
- entlasten Professionelle, ermöglichen Synergien, aber auch Kosteneinsparungen
- stärken die Eigenverantwortung
- eigene Betroffenheit (Mitempfinden, Vertrauen, Kompetenz, Hilfestellung)
- hohe Motivation
- breiteres Angebot möglich und es stehen mehr Zeitressourcen zur Verfügung

Nachteile der Einbindung:

- evtl. mangelndes Fachwissen / Qualität
- Gefahr der Überforderung
- Verbindlichkeit steht in Frage
- Möglicherweise zu geringe Distanz / Abstand
- Rückzug des „Staates“ aus der Verantwortung
- Kosten-Nutzen-Relation nicht immer gegeben
- leiden unter geringer Anerkennung
- notwendige Rahmenbedingungen nicht gegeben
- hoher Betreuungsaufwand

“Suchtprävention in den Alltag bringen”

Unser (MoQuaVo-Projektpartner/-innen) Verständnis von primärer Suchtprävention:

- Im Vordergrund steht der Mensch und nicht die Droge.
- Im Sinne der Salutogenese fördert Suchtprävention eine positive und gesunde Lebensweise.
- Suchtprävention zielt darauf, Schutzfaktoren des Individuums und seiner Lebensumwelt aufzubauen bzw. zu unterstützen.
- Ziel ist es, auf angemessene Weise Wissen zu vermitteln, Lebenskompetenzen zu fördern und das Selbstwertgefühl zu stärken, sowie Verantwortung für sich selbst und für andere zu übernehmen.
- Suchtprävention benötigt Engagement auf allen Ebenen und in allen Lebensbereichen der Gesellschaft.
- Suchtprävention fokussiert nicht nur auf Kinder und Jugendliche, sondern auf die gesamte Gesellschaft, insbesondere auf die Erwachsenen.

Die Bedeutung des freiwilligen Engagements

Die folgenden Punkte sind Auszüge aus der Charta für das Freiwillige Engagement in der Suchtprävention, die von den Projektpartner/-innen gemeinsam diskutiert und schriftlich festgehalten wurden.

- Freiwilliges Engagement ist die dritte Kraft in der Gesellschaft; es dient der Entwicklung der Gesellschaft.
- Freiwillige sind in die Gemeinschaft eingebettet und stellen eine wichtige Verbindung zwischen Bürger/innen und professionellen Hilfeangeboten dar.
- Freiwilliges Engagement unterstützt die Prävention und hat selbst präventive Wirkung.
- Freiwilligentätigkeit ergänzt bereits bestehende professionelle Arbeit und ersetzt diese nicht.
- Freiwilligentätigkeit kann suchtpreventive Interventionen anregen und nutzt professionelle Hilfe, um diese zu ergänzen.

Grundlegende Fragen für das freiwillige Engagement in der Suchtprävention

Im Weiteren möchten wir mit Ihnen im Rahmen des Workshops über folgende Themen diskutieren und eigene Ergebnisse vorstellen:

1. Sind Freiwillige motiviert, sich in der Suchtprävention zu betätigen?
2. Welcher Regelungen bedarf eine Freiwilligentätigkeit?
3. Sind Freiwillige qualifiziert genug für ein Engagement in der Suchtprävention?

Motive der Freiwilligen

Welche Motive haben Freiwillige im Bereich der Suchtprävention? Es lassen sich drei grundsätzliche Motivkategorien unterscheiden, die für den Einzelnen eine unterschiedliche Gewichtung erfahren. Die zusammengefassten Ergebnisse basieren auf einer europäischen Befragung von Freiwilligen im Bereich der Suchtprävention.

Selbstverwirklichung: Fertigkeiten, Wissen und Erfahrungen erwerben; Selbstwertsteigerung erfahren; Einfluss im nahen Umfeld nehmen; Anerkennung erfahren;

Sozialer Anschluss: Geselligkeit; Zusammenarbeit erleben; neue oder gleichgesinnte Personen treffen;

Hilfeorientierte Motive, Altruismus: Verantwortung übernehmen; Beitrag zur öffentlichen Wohlfahrt leisten; humanitäre, soziale oder politische Ziele verfolgen;

Die Selbstverwirklichung nimmt dabei einen zunehmend stärkeren Stellenwert bei den Freiwilligen ein. Altruismus und Selbstverwirklichung schließen sich nicht gegenseitig aus. Das so genannte "neue Ehrenamt" ist gekennzeichnet durch ein wechselseitiges Geben und Nehmen zwischen der Institution und den Freiwilligen.

Veränderung der Motivation

Die Motive und die Ansprüche an eine Freiwilligentätigkeit haben sich im Laufe der Jahre verändert und lassen sich an den Kriterien der „alten“ und „neuen“ Freiwilligentätigkeit, wie sie in Tabelle 2 dargestellt sind, festmachen.

Tabelle 2: Kennzeichen der "alten" und der "neuen" Freiwilligenarbeit

Kennzeichen	„alte“ Freiwilligentätigkeit	„neue“ Freiwilligentätigkeit
Integration in traditionelle soziale Settings	stark	gering
Motive	traditionelle Pflicht- und Akzeptanzwerte, selbstloses Engagement für Andere	wechselseitiges Geben und Nehmen, Selbstverwirklichung, Persönlichkeitsentwicklung, Partizipation, Bürgerbeteiligung
organisatorischer Rahmen	vorgegebene Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen, formalisierte Regeln, hierarchisches Verhältnis zwischen Freiwilligen und Professionellen	weitgehend selbstbestimmte, flexible und wenig formalisierte Organisationsstrukturen, Freiwillige und Professionelle als gleichberechtigte Partner

Welche Aspekte gibt es bezüglich der Motivation von Freiwilligen zu beachten?

⇒ Neue Wege in der Motivation von Freiwilligen sind gefordert!

- Freiwilligengewinnung
- Corporate Identity und Öffentlichkeitsarbeit
- Bereitstellung grundlegender Ressourcen
- Organisation und Gruppenleitung
- Interaktion und Kommunikation
- Anerkennung
- Umgang mit Phasen geringerer Motivation bei den Freiwilligen
- Möglichkeiten kurzzeitiger Engagements
- Bedarfserfassung bzgl. der Motivation Freiwilliger

Welche Regeln und Leitlinien sind bei der Zusammenarbeit mit Freiwilligen sinnvoll?

Für folgende Aspekte sind Leitlinien und Regeln sinnvoll:

- Verständnis von Freiwilligentätigkeit klären
- Bedeutung der Freiwilligentätigkeit im spezifischen Bereich klären
- sich über Grundüberzeugungen suchtpreventiver Arbeit einig sein
- Regeln für die Organisation und Leitung aufstellen
- Regeln für die Freiwilligen aufstellen

Ein entsprechendes ausführliches Regelwerk findet sich in der Charta für freiwilliges Engagement in der Suchtprävention wieder.

Bedeutung der Qualifizierung

Qualifikation von Freiwilligen ist eine Investition in die Zukunft:

- **in die Zukunft der Freiwilligen**, weil sie Fertigkeiten erlangen und ihre Persönlichkeit erweitern
- **in die Zukunft der Zielgruppe**, weil sie effektive und qualifizierte Leistungen erhalten und sich ihre Lebensqualität steigert
- **in die Zukunft der Institution**: weil Freiwillige, die gestärkt und handlungsfähig werden sowie persönlichen Nutzen erlangen, länger erhalten bleiben
- **in die Zukunft der Gesellschaft**: weil die Freiwilligen ihre Kenntnisse in den Alltag hineintragen und somit positiven Einfluss auf die gesundheitliche und soziale Situation der Gesellschaft nehmen. Qualifizierung trägt zudem auch zum Empowerment gesellschaftlich benachteiligter Gruppen bei.

Aspekte der Qualifizierung

Für die Freiwilligentätigkeit in der Suchtprävention ist häufig ein Mindestmaß an Ausbildung notwendig, um den Wert und die Qualität der Freiwilligenarbeit zu gewährleisten und der Verantwortung gegenüber der Zielgruppe gerecht zu werden. Die Ausbildungsinhalte sollten von der jeweiligen Institution auf die zu bewältigenden Tätigkeiten abgestimmt sowie an den Kenntnissen und Potentialen der Freiwilligen orientiert werden. Es lassen sich jedoch übergeordnete Themen nennen, die einen Rahmen der zu vermittelnden Inhalte aufzeigen:

- grundlegende Informationen über die Institution und ihre Philosophie
- fachliche Kompetenzen, beispielsweise grundlegende Kenntnisse über das aktuelle Verständnis und die Zielsetzung von Suchtprävention
- methodische Kompetenzen, z.B. über Gruppenarbeit und Moderation, Planung und Umsetzung von Aktionen, Öffentlichkeitsarbeit etc.
- soziale Kompetenzen, z.B. Kommunikationsfertigkeiten, Offenheit und Toleranz, Kooperations- und Teamfähigkeit etc.
- persönliche Kompetenzen wie Selbstreflexion, Kritikfähigkeit, das Wahrnehmen und Zeigen eigener Gefühle und Wünsche etc.

Wie der Überblick zeigt, schließt eine entsprechende Ausbildung der Freiwilligen die Förderung ihrer Persönlichkeit mit ein, was entsprechend eine kreative und aktive Ges-

taltung der Ausbildung erfordert. Sowohl die Ausbildung als auch die spätere Tätigkeit können dabei auch gleichzeitig suchtpreventive Wirkung auf die Freiwilligen selbst haben.

Ausführliche Informationen zum Thema sind im Manual zu finden

Das Handbuch ist in deutscher und englischer Sprache erhältlich (>300 Seiten). Weitere Übersetzungen sind in Planung (Italienisch, Griechisch, Finnisch, Schwedisch, ...).

Die Charta ist (in kleinen Mengen) kostenfrei erhältlich.

Information zum Projekt gibt es auch im Internet ⇒ www.ecbap.net

Literatur

Fischer, U. C., Jung, C., Bergo, C., Godart, A., Michaelis, T., Nägele, D., Passa, A., Ries, J., Ruud, L., Salovaara, A., & Werding, R. (2004). *Motivation und Qualifikation von Freiwilligen. Ein Handbuch zur Arbeit mit Freiwilligen im Bereich Suchtprävention*. Landau: Verlag Empirische Pädagogik.

Fischer, U. C., Jung, C., Bergo, C., Godart, A., Michaelis, T., Nägele, D., Passa, A., Ries, J., Ruud, L., Salovaara, A., & Werding, R. (2004). *Charta für freiwilliges Engagement im Bereich der Suchtprävention*. Luxemburg: Centre de Prévention des Toxicomanies.

Fischer, U. C., & Jung, C. (2001). *Bürgerschaftliches Engagement in der Suchtprävention. Motivation von Freiwilligen im europäischen Kontext*. Landau: Verlag Empirische Pädagogik.

Anhang

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Tagungsprogramm

Projekte im Präventionscafé

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Brüning, Sandra, Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V., Büro für Suchtprävention, Karmeliterplatz 3, 55116 Mainz, E-Mail: SBruening@l zg-rlp.de

Fischer, Uwe, zepf - Zentrum für empirische pädagogische Forschung, Universität Koblenz- Landau, Campus Landau, Bürgerstraße 23, 76829 Landau, E-Mail: Fischer@zepf.uni-landau.de

Follmann-Muth, Klaudia, Zentrum für ambulante Suchtkrankenhilfe, Rizzastraße 14, 56068 Koblenz, E-Mail: zas_koblenz@caritas-koblenz.de

Grimm, Charlotte, Palette e. V. (IGLU Projekt), Lippmannstraße 22, 22769 Hamburg, E-Mail: charlotte.grimm@palette-hamburg.de

Grotenrath, Dorothee, Drogenberatung Kontakt – Rat – Hilfe Viersen e.V., Kreuzherrenstraße 17 – 19, 41751 Viersen E-Mail: d.grotenrath@krh-online.de

Hurrelmann, Prof. Dr. Klaus, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 4 – Prävention und Gesundheitsförderung, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, E-Mail: klaus.hurrelmann@uni-bielefeld.de

Knapp, Martina, Fachdienst Sucht – Prävention und Beratung - des Caritasverbandes, Heddesdorfer Straße 5, 56564 Neuwied E-Mail: knapp@caritas-neuwied.de

Kuhmann, Reiner, Diakonisches Werk im Westerwaldkreis – Fachstelle für Suchtprävention, Hergenrother Str. 2, 56457 Westerburg E-Mail: r.kuhmann@diakonie-westerwald.de

Michaelis, Heidrun, Guttempler in Deutschland (I. O. G. T.), Grüne Grund 12, 27711 Osterholz-Scharmbeck, E-Mail: GuH.Michaelis@t-online.de

Michaelis, Thérèse; Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT), 8 - 10, rue de la Fonderie, L - 1531 Luxembourg E-Mail: tmichaelis@cept.lu

Otto, Gesine, Sozialagentur kommstruktiv, Finther Landstraße 45, 55124 Mainz
E-Mail: sozialagentur@kommstruktiv.de

Roth, Nina, Sucht- und Jugendberatung, An der Griesmühle 7, 55218 Ingelheim
E-Mail: sucht-undjugendberatung@t-online.de

Schmitz, Dr. Bernt, Psychosomatische Fachklinik, Kurbrunnen Straße 12, 67098 Bad Dürkheim
E-Mail: bschmitz@ahg.de

Sell, Prof. Dr. Stefan, Institut für Bildungs- & Sozialmanagement der FH Koblenz (ibus),
Südallee 2, 53424 Remagen
E-Mail: sell@rheinahrcampus.de

Thiel, Christian, Psychosoziale Beratungsstelle des Caritasverbandes, Kurfürstenstraße 6, 54516 Wittlich
E-Mail: suchtpraevention@caritas-wittlich.de

Tagungsprogramm der Drogenkonferenz 2005

09.00 Uhr	Eintreffen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer	
09.30 Uhr	Eröffnung: „Die Initiative ‚Viva Familia‘ und Suchtprävention für Familien Malu Dreyer	Ministerin für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit
09.45 Uhr	Impulsreferat: „Familie, Gesundheit und der gesellschaftliche Wandel“ Prof. Dr. Stefan Sell	Fachhochschule Koblenz, RheinAhrCampus, Remagen
10.15 Uhr	Podiumsdiskussion: „Familie im Kontext von Gesundheitsförderung und Suchtprävention Malu Dreyer Karin Bieg Sabine Gaidetzka Dr. Frank Löhner Andreas Stamm Karl-Heinz Thimm	Ministerin für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Drogenhilfe Zweibrücken, Zweibrücken Landeszentrale für Gesundheitsförderung, Mainz Klinik ‚Am Waldsee‘, Rieden Suchtberatung ‚Die Tür‘, Trier Kreuzbund, Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft, Bingen Fachhochschule Koblenz, Koblenz
Moderation:	Prof. Dr. Robert Frietsch	
11.15 Uhr	Pause	
11.30 Uhr	Referat: Das Konzept der Salutogenese. Was hält uns gesund, was brauchen Familien und ihre Kinder? Prof. Dr. Klaus Hurrelmann	Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld
12.15 Uhr	Mittagspause	
12.15 bis 16.00 Uhr	Präventionscafé	
14.00 bis 16.00 Uhr	Workshops: „Aus der Praxis für die Praxis“	

Workshop I: Elternarbeit

„Zu Gast bei Familie ...“ - FamTische	Sandra Brüning Landeszentrale für Gesundheitsförderung, Büro für Suchtprävention, Mainz
--	--

**Hilfe, mein Kind pubertiert! –
Ein Handbuch zur Elternbildung**

Dorothee Grothenrath
Drogenberatung Kontakt-Rat-Hilfe e.
V., Viersen

Workshop II: Suchtvorbeugung mit Kindern

**Kinder stark machen –
Vom Umgang mit Konflikten**

Gesine Otto
Sozialagentur kommstruktiv, Mainz

**Spielzeugfreier Kindergarten, Elternarbeit, Fort-
bildung – Möglichkeiten der Suchtprävention in
Kinder Tagesstätten**

Christian Thiel
Psychosoziale Beratungsstelle des
Caritasverbandes Mosel-Eifel-Huns-
rück e. V., Wittlich
Martina Knapp
Fachdienst Sucht – Prävention und
Beratung des Caritasverbandes Rhein-
Wied-Sieg e. V., Neuwied

Workshop III: Jugendliche – Alltagssüchte und Alltagsrisiken

Raucherentwöhnungskurse für Jugendliche

Reiner Kuhmann
Soziale Beratungsstelle des Diakoni-
schen Werks, Westerbürg

**„Alkohol und Drogen am Steuer? – Deine Ent-
scheidung.“ – Erfahrungen aus einem Modellpro-
jekt**

Klaudia Follmann-Muth
Zentrum für ambulante Suchtkranken-
hilfe, Koblenz

Workshop IV: Essstörungen

**Durch dick und dünn – Zur Prävention von Ess-
störungen**

Nina Roth
Sucht- und Jugendberatung, Ingelheim

Zur Behandlung von Essstörungen

Dr. Bernt Schmitz
Psychosomatische Fachklinik, Bad
Dürkheim

Workshop V: Kinder Suchtkranker

Kind trinkt mit – Alkohol und Schwangerschaft

Heidrun Michaelis
Guttempler Orden, Hamburg

**Unterstützung für Kinder und ihre drogenabhän-
gigen Eltern**

Charlotte Grimm
Palette e. V., Hamburg

Workshop VI: Ehrenamtliche in der Suchtprävention

**Das europäische MoQuaVO-Projekt zur Motivati-
on und Qualifizierung von Freiwilligen in der
Suchtprävention**

Thérèse Michaelis
Centre de Prévention des Toxicoma-
nies, Luxemburg
Uwe Fischer
Zentrum für empirische pädagogische
Forschung, Landau

Projekte im Präventionscafé

Projekt	Ansprechpartner/-in	Anschrift
Kinder aus suchtbelasteten Familien	Bernsdorff, Dirk	Diakonisches Werk Stadthallenweg 16 57610 Altenkirchen
Sinnenwelten	Bieg, Karin	Stadtverwaltung - Drogenhilfe Herzogstr. 13 66482 Zweibrücken
Zu Gast bei Familie ... - <i>FamTische</i>	Brüning, Sandra	Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. Büro für Suchtprävention Karmeliterplatz 3 55116 Mainz
Kalenderwettbewerb zur Suchtvorbeugung – von Jugendlichen für Jugendliche	Brüning, Sandra	Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. Büro für Suchtprävention Karmeliterplatz 3 55116 Mainz
MOVE MOtivierende KurzinterVENTion bei konsumierenden Jugendlichen	Brüning, Sandra	Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. Büro für Suchtprävention Karmeliterplatz 3 55116 Mainz
Essstörungen - Plakatausstellung	Brüning, Sandra	Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. Büro für Suchtprävention Karmeliterplatz 3 55116 Mainz
Raumgestaltung Essstörungen	Fauth, Daniel	Jugend- und Drogenberatung An der Griesmühle 7 55218 Ingelheim
Schüler-Multiplikatoren-Seminar - Arbeit mit dem Tankmodell	Haacke, Christian Thiel, Christian	Caritasverband Mainz e.V., Außenstelle Bingen, Sucht- und Drogenberatung Rochusstr. 8 55411 Bingen Regional-Caritasverband Kurfürstenstr. 6 54516 Wittlich

Projekt	Ansprechpartner/-in	Anschrift
AG Rauchfrei	Kuhmann, Reiner	Diakonisches Werk Westerbürg Präventionsstelle Hergenrother Str. 2 56457 Westerbürg
	Schreiner, Kerstin	Diakonisches Werk Suchtprävention Postplatz 1 55276 Oppenheim
	von Bothmer, Mirko	Caritasverband Worms e.V. Gießenstr. 2 67547 Worms
Fahrschulprojekt	Laub, Gerd	Drogenhilfe Release Am Gottesacker 13 67655 Kaiserslautern
WunderBar	Zischke, Lothar	Kreisverwaltung Jugendamt Baumgartenstraße 55543 Bad Kreuznach
	Menche, Heinz-Jürgen	Caritasverband Jugend- und Drogenberatung Bahnstr. 26 55543 Bad Kreuznach
Präventionskalender Ausstellung	Möndel, Matthias	Jugend- und Drogenberatung Fachdienst Prävention Landauer Str. 55 67433 Neustadt
Riech- und Geschmackstest für RaucherInnen/ NichtraucherInnen	Möndel, Matthias	Jugend- und Drogenberatung Fachdienst Prävention Landauer Str. 55 67433 Neustadt
Alkopops, Schulung für Klassenelternsprecher	Ochsenreither, Heike	Diakonisches Werk Pfalz Beratungsstelle Sucht u. Abhängigkeit Bahnhofstr. 38 67227 Frankenthal
PrevNet	Richter, Wolfgang	Ev. psychosoziale Beratungsstelle „Help-Center“ Tiefensteiner Str. 27 55743 Idar-Oberstein