

Diplomarbeit

im Studiengang Erziehungswissenschaft
an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
Erziehungswissenschaftliche Fakultät

Das Fetale Alkohol-Syndrom (FAS) – eine vermeidbare Tragödie

vorgelegt von: **Rosemary Lais**

Referent/ in: Prof. Dr. Wolf-Rüdiger Walburg

Kiel, den 31. März 2003

1. Einleitung

Wie viele Eltern bringen ein Baby mit einer Behinderung auf die Welt und fragen sich nach dem ‚Warum‘? Meistens ist diese Frage nicht zu beantworten. Bei einem Kind mit fetalem Alkoholsyndrom ist diese Frage hingegen klar und deutlich zu beantworten: Die Mutter hat während der Schwangerschaft (zu viel) Alkohol getrunken! Der Suche nach dem ‚Warum‘ muss deshalb nicht weiter nachgegangen werden. Und eines steht fest: Das fetale Alkoholsyndrom ist hundertprozentig vermeidbar!

Die Aufklärung über die Folgen übermäßigen und/ oder regelmäßigen Alkoholkonsums während der Schwangerschaft erfolgt häufig erst dann, wenn es bereits zu spät ist. Also erst dann, wenn ein Kind mit den Folgen leben muss, die die Mutter ihm durch das ‚Trinken‘ während der Schwangerschaft zugefügt hat. In diesem Falle fragt man sich sicherlich: „Wurde diese Frau denn nicht über die Risiken aufgeklärt?“ Es ist müßig, die Antwort dieser Frage herauszufinden. Eines steht allerdings fest: Die Verantwortung der Aufklärung über die Folgen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft sollte nicht allein bei den Ärzten liegen. Sie liegt ebenso in den Händen der werdenden Eltern, der Schulen, der außerschulischen Einrichtungen und sogar der Kindergärten.

Ogleich der Alkoholkonsum in der Bundesrepublik Deutschland leicht zurückgegangen ist, besteht weiterhin die Notwendigkeit, präventive Maßnahmen durchzuführen (vgl. Stimmer, 1999, S. 31). Neben dem Schwerpunkt dieser Arbeit, der Aufklärung über das fetale Alkoholsyndrom, und der Zielsetzung, Jugendliche über die Gefahren des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft aufzuklären, ist es mir ein großes persönliches Anliegen, präventive Maßnahmen für Jugendliche auszuarbeiten. Eine eigens entwickelte Unterrichtseinheit mit dem Schwerpunkt ‚Alkohol und Schwangerschaft‘ und ein selbstgestaltetes Falblatt zum selbigen Thema sollen Jugendlichen eine positive Perspektive auf einen eventuellen Kinderwunsch und die eventuelle

Schwangerschaft geben, ohne sich durch den Verzicht auf Alkohol ausgeschlossen zu fühlen.

Aus heutiger Sicht beginnt bereits im Alter von zwölf Jahren die Neugier auf die Wirkung von Alkohol, Zigaretten, Haschisch und eventuell anderen Drogen. Zudem entwickelt sich in dem genannten Alter zunehmend das Interesse für das andere Geschlecht. Folglich erweist sich dieser Zeitpunkt als durchaus sinnvoll, neben der Sexualaufklärung mit der Gesundheitserziehung/ Suchtprävention zu beginnen. Die frühzeitige und kontinuierliche Aufklärungsarbeit kann eine positive Auswirkung auf die Entwicklung von Jugendlichen haben.

2. Hinführung zum Thema

Bis vor ca. zwei Jahren habe ich nicht geahnt, welche psychische und physische Schäden einem Ungeborenen durch das Alkohol trinken während der Schwangerschaft zugefügt werden können. Erst nachdem ich in einer Pflegefamilie, in der ein Mädchen mit fetalem Alkoholsyndrom lebt, angefangen habe zu arbeiten, habe ich die Folgen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft erleben können. Von dem Zeitpunkt an habe ich erkannt, wozu es führen kann, wenn Frauen während der Schwangerschaft Alkohol zu sich nehmen.

Je mehr Auffälligkeiten ich an dem Mädchen feststellen konnte, um so häufiger fing ich an, mich zu fragen, was sich hinter dem Begriff und der Behinderung FAS/ FAE (fetales Alkoholsyndrom/ Alkoholeffekte) verbirgt.

Um mir detaillierte Informationen von Fachkräften einzuholen, bin ich zum Symposium anlässlich des 4. Internationalen FAS-Tages am 08.09.2002 in den DRK-Kliniken Westend in Berlin-Charlottenburg gefahren. Dort gaben mir Pflegeelternberichte über die Problematik betroffener Kinder, ein Vortrag über die Berliner Langzeitstudie zum fetalen Alkoholsyndrom von Prof. Dr. H.L. Spohr

und die Teilnahme an einem Workshop über FAS/ FAE-Diagnose und -Prävention intensive Einblicke in die Problematik dieser Behinderung.

Ich musste feststellen, dass der Informationsstand in Deutschland zum Thema FAS/ FAE nicht sehr hoch ist. Es sind jedoch im Internet einige Webseiten (www.fasworld.de, www.sfa-isp.ch, www.frauennetz.schleswig-holstein.de u.a.) veröffentlicht worden, die über FAS/ FAE informieren oder Auskunft darüber geben, wo weitere Informationen zu erhalten sind.

In der Universitätsbibliothek Kiel konnte ich vorwiegend über die Fernleihe an geeignete Literatur gelangen; an andere Werke zu diesem Thema über die Literaturangaben der Autoren im Anhang ihrer Aufsätze.¹

Um einen kleinen Einblick zu bekommen, wie Kinder mit FAS/ FAE sich verhalten und im sozialen Umfeld bewegen, habe ich das Mädchen aus der oben genannten Pflegefamilie neben der Betreuung zu Hause (seit ca. Februar 2001) in meinem sechsmonatigen Hauptpraktikum in ihrer Schule und im Freizeitbereich betreut und beobachtet.

2.1 Gliederung der Arbeit

In dieser Diplomarbeit wird neben wissenschaftlichen Erkenntnissen ein Einblick in das Themengebiet ‚Jugendalkoholismus‘, ‚Frauenalkoholismus‘ und in die Problemlage von FAS/ FAE und FAS/ FAE-Betroffenen gegeben. Es wird darauf eingegangen, aus welchen Gründen Jugendliche und Frauen in eine Alkoholabhängigkeit geraten, wie sich die Alkoholabhängigkeit bei Frauen entwickelt und welche Auswirkungen der Alkoholkonsum einer Jugendlichen oder einer Frau auf das ungeborene Kind haben kann. Anhand eigener Beobachtungen und Erlebnisse werden Eigenschaften, Verhaltensweisen und körperliche Merkmale von Kindern mit FAS/ FAE in Form einer Fallstudie

¹ In der vorliegenden Arbeit benutze ich bei Personenbezeichnungen grundsätzlich die männliche Form, damit der Text flüssiger zu lesen ist. Hiermit sind sowohl Frauen als auch Männer bzw. Mädchen und Jungen gleichermaßen gemeint.

veranschaulicht und durch Auszüge eines Interviews von einer Pflegemutter eines Mädchens mit FAS verstärkt. In einem weiteren Abschnitt werden allgemeine Präventionsmöglichkeiten aber auch die, die sich gezielt an (weibliche) Jugendliche richten, aufgezeigt. Die frauenspezifische Prävention ist insbesondere im Bereich der Alkoholabhängigkeit deshalb wichtig, da einzig und allein die betroffenen alkoholabhängigen weiblichen Jugendlichen bzw. Frauen für das fetale Alkoholsyndrom oder für die Alkoholeffekte ihres Kindes verantwortlich gemacht werden können. Demzufolge soll abschließend eine Unterrichtseinheit zum Thema: „Wir informieren uns über die Folgen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft“ für Schüler der 8./ 9. Klasse der Förderschule erstellt werden, die als Prävention von Lehrern durchgeführt und auf die Individualität der jeweiligen Schulklasse zugeschnitten werden kann. Zusätzlich wird ein Informationsblatt zur Aufklärung über die Folgen übermäßigen Alkoholgenusses während der Schwangerschaft entworfen.

2.2 Zielperspektive der Verfasserin

Meine Diplomarbeit zum Thema ‚FAS/ FAE‘ soll neben einer generellen Aufklärung über die Alkoholabhängigkeit v.a. die Folgen von übermäßigem Alkoholgenuss während der Schwangerschaft deutlich machen. Da sich die Gesellschaft (z.B. Gesundheitspolitiker, Ärzte, Pädagogen u.a.) aber Gedanken darüber machen muss, was sie leisten kann, bevor es zur Geburt von Kindern mit FAS kommt, ist es von großer Bedeutung, die Möglichkeiten der verschiedenen Präventionsformen aufzuzeigen. Es gibt inzwischen mannigfaltige Möglichkeiten, ein Kind mit FAS umfassend zu fördern, und diese Kinder können genauso glücklich leben wie ‚gesunde‘ Kinder (vgl. Fallbeispiel in dieser Arbeit). Doch es kann nicht das Ziel der Pädagogik sein, eine Behinderung an einem Kind entstehen zu lassen, die durch gelungene Präventionsarbeit im Vorfeld vermeidbar wäre. Damit soll allerdings nicht für eine pränatale Diagnostik o.ä. plädiert werden. Die Prävention soll in diesem Falle der zukünftigen Mutter helfen, nicht dem Alkoholismus zu verfallen und ihr gleichzeitig eine größere Chance auf ein ‚gesundes‘ Kind geben.

Mein Ziel ist es, mit dieser Arbeit eine möglichst umfassende Aufklärung zum Thema ‚FAS/ FAE‘ zu geben. Außerdem möchte ich mit einer von mir entwickelten Unterrichtseinheit zur Aufklärung über Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen dazu beitragen, das fetale Alkoholsyndrom zu vermeiden. Es ist durchaus denkbar, diese Unterrichtseinheit in einer 8./ 9. Klasse einer Förder- oder Hauptschule durchzuführen. Um die Ideen der Unterrichtseinheit jedoch zu realisieren, bedarf es des Interesses und der Motivation der Lehrkräfte, diese auf die eigene Lerngruppe zu übertragen und ihren Schülern zu vermitteln. Aus dieser Sicht wäre es ein wichtiger Beitrag zur primären Prävention unter Jugendlichen und ein ausschlag gebender Aspekt, die Entstehung ‚einer vermeidbaren Tragödie‘ zu verringern.

3. Die Entstehung und Verbreitung des Stoffes ‚Alkohol‘

Alkohol (C₂ H₅ OH), in Fachkreisen auch Ethylalkohol oder Ethanol genannt, entsteht durch Gärung von Zucker, wobei der Zucker durch Hefe in Äthanol und CO₂ umgewandelt wird. Dieser Prozess ist bereits über zwei Milliarden Jahre alt (vgl. www.august-ernst.de/pdf/geschi.pdf, 11.11.2002). In reiner Form ist Alkohol eine wasserlösliche, farblose, bitter schmeckende Flüssigkeit, die mit blauer und weißer Farbe brennt. Der Begriff ‚al-kuhl‘, heute Alkohol, stammt aus dem arabischen Raum und heißt übersetzt soviel wie ‚das Feinste‘ oder ‚feines Pulver‘ (vgl. www.dhs.de/basis/sucht.htm, 11.11.2002).

Die Herstellung und der Verzehr von Alkohol ist bis ins Jahr 5500 v. Chr. zurück zu verfolgen, als die Entwicklung der Weingärung an Bedeutung gewann (vgl. www.august-ernst.de/pdf/geschi.pdf, 11.11.2002). Zur Zeit der Sumerer (ca. 4000 v. Chr.) und Akkader (ca. 2350 v. Chr.) wurden Arbeitslöhne in Brot- und Biereinheiten beglichen (vgl. www.august-ernst.de/pdf/geschi.pdf/geschi.pdf, 11.11.2002; www.dhs.de/basis/sucht.htm, 11.11.2002). Ein überdimensionaler Alkoholkonsum konnte erst für das Mittelalter (ca. 800 bis 1500 n. Chr.) und die beginnende Neuzeit (ca. 16. Jahrhundert) nachgewiesen werden. Durch die zunehmende Verbreitung der Destillation alkoholischer Getränke nahmen die

Konsequenzen des Alkoholkonsums zu. Wegen zunehmender Abhängigkeit des Alkohols in einigen Ländern mussten massive staatliche Maßnahmen ergriffen werden. Ein Beispiel hierfür ist die Gin-Epidemie (1720-1750) in England (siehe Punkt 4.1).

Heute sind eine Vielzahl alkoholischer Getränke in weiten Teilen der Welt unbegrenzt verfügbar. Es gibt kaum eine Feierlichkeit, bei der kein Alkohol ausgeschenkt wird. In unserer Gesellschaft dient der Konsum von Alkohol unter anderem der gesellschaftlichen Auflockerung und wird deshalb als positiv, ‚normal‘ oder gar selbstverständlich angesehen. Bei Ablehnung alkoholhaltiger Getränke tritt oft Verwunderung ob der Abstinenz auf, und der Ablehnende kann sogar in eine Außenseiterposition geraten.

In alkoholpermissiven (wenig Druck ausübenden/ lockeren) Kulturen, zu denen vor allem die Mittelmeerländer gehören, ist der Genuss von alkoholischen Getränken zu den Mahlzeiten erlaubt, z.T. wird er sogar erwartet. Die Trunkenheit ist allerdings verpönt. Im Islam und Hinduismus hingegen ist die Einnahme von Alkohol aus religiösen Gründen strengstens verboten. Demzufolge gibt es in den entsprechenden Staaten weniger alkoholabhängige Menschen (vgl. Schmidt, 1997, S. 41). In Deutschland ist Jugendlichen unter 16 Jahren der Verzehr von alkoholischen Getränken untersagt. Der Genuss von Spirituosen ist sogar erst im Alter von 18 Jahren erlaubt. Dieses schreibt das Jugendschutzgesetz (JöSchG) in § 4 Abs.1 Nr. 1 und 2 vor (Jugendschutzgesetz, in: Gesetze für Sozialwesen, 1998/I, S. 2).

Im Laufe der letzten Jahrzehnte ist der Alkoholkonsum durch den Wandel von Einstellungen, Trinksitten, Einbeziehung von Frauen und Jugendlichen sowie wirtschaftliche Veränderungen beträchtlich gestiegen. Deutschland gehört heutzutage neben Luxemburg, Frankreich und Spanien zu den Spitzenkonsumenten von Alkohol. Diese Aussage wird belegt durch eine Berechnung des Pro-Kopf-Verbrauchs alkoholischer Getränke im ‚Jahrbuch Sucht 1997‘ (vgl. Schmidt, 1997, S. 42f). Jüngste Zahlen informieren hingegen darüber,

dass der Alkoholverbrauch an reinem Alkohol pro Einwohner in Deutschland wieder leicht gesunken ist (vgl. www.suchthilfe.de/navi.htm, 11.11.2002).

3.1 Resorption und Wirkungsweise von Alkohol

Alkohol wird über die Schleimhäute des Verdauungstraktes in die Blutlaufbahn aufgenommen und gelangt mit dem Blutkreislauf durch die Leber ins Herz und von dort aus in alle Organe des menschlichen Körpers. Die Diffusionsgeschwindigkeit (eigenständige Vermischung von Stoffen) ist abhängig von der Alkoholkonzentration der Getränke, der eingenommenen Dosis, der Menge der Magenfülle, der Geschwindigkeit der Magenleerung und der Durchblutung der Schleimhäute. Etwa 30-60 Minuten nach der Alkoholaufnahme wird die höchste Blutalkoholkonzentration erreicht (vgl. Schmidt, 1997, S. 122; www.dhs.de/basis/sucht.htm, 11.11.2002). Bei leerem Magen, schneller Magenentleerung, guter Schleimhautdurchblutung, raschem Trinken, Appetit u.a. findet eine schnelle Diffusion statt; eine langsame Diffusion entsprechend bei einem vollen Magen, fettreichem Mageninhalt, langsamem Trinken, langsamer Magenentleerung, Nikotinabusus (übermäßiger Gebrauch) u.a. Der Großteil des Alkohols wird über die Leber abgebaut, nur 2-5 % des Alkohols wird über Atemluft, Schweiß und Urin ausgeschieden (vgl. www.dhs.de/basis/sucht.htm, 11.11.2002). Die Abbauzeit des Alkohols durch die Leber beträgt etwa 0,1-0,2 Promille stündlich.

Nach Angaben der WHO (Weltgesundheitsorganisation) liegen die Grenzwerte einer gesundheitlichen Gefährdung von Alkohol für Frauen bei täglich 20 g reinem Alkohol und für Männer bei täglich 40 g reinem Alkohol. Die Grenzwerte lassen sich in Blutalkoholkonzentration berechnen und werden in ‚Promille‘ (‰) angegeben. Das bedeutet, dass auf einen Liter Blut ein Milliliter (100-prozentiger) Alkohol kommt. Bei einer Blutalkoholkonzentration von einem Promille beginnt ein Rauschstadium mit heiterer bis depressiver Stimmung. Schon bei Erreichen einer Blutalkoholkonzentration von zwei Promille wird das Betäubungsstadium erreicht und Störungen des Gedächtnisses und der Orientierung können auftreten.

Ab drei Promille ist bereits die Grenze einer akuten Gefährdung erreicht. Im schlimmsten Fall kann eine hohe Konzentration den Tod durch Atemstillstand bedeuten. Die Blutalkoholkonzentration wird für Frauen und für Männer unabhängig voneinander berechnet, da Frauen in der Regel einen höheren Fettgehalt und einen geringeren Wasserverteilungsraum im Körper aufweisen als Männer. Die individuell aufgestellten Formeln zur Berechnung der Blutalkoholkonzentration bei Männern und Frauen führen daher zu einem eindeutigeren Ergebnis des Alkoholgehalts im Körper des jeweiligen Geschlechts.

Formel zur Berechnung der Blutalkoholkonzentration:

Frauen: getrunkenen Alkohol in g : Körpergewicht in kg x 0,6

Männer: getrunkenen Alkohol in g : Körpergewicht in kg x 0,7
(www.dhs.de/basis/sucht.htm, 11.11.2002)

Dieses Ergebnis muss nicht unbedingt auf alle Menschen zutreffen, da es sich hier um eine rein theoretische Berechnung von Werten handelt. Zusätzliche Faktoren wie Verträglichkeit und Trinkdauer spielen außerdem eine enorme Rolle.

Alkoholische Getränke können bei einer mäßigen Einnahme angsthemmend, auflockernd und stimmungssteigernd wirken. Zudem sinkt die Hemmschwelle, und die Kommunikationsbereitschaft steigt gewöhnlich an. Während bei mittleren bis zu höheren Dosen die ausgelassene Stimmung rasch in Gereiztheit, Aggression sowie Gewalt umschlagen kann, führt ein steigender Blutalkoholspiegel gelegentlich zur sogenannten Alkoholvergiftung. Folgeschäden können Störungen der Wahrnehmung, Koordinations- und Artikulationsschwierigkeiten, Verlangsamung der Reaktionszeit sowie Benommenheit und Ermüdung sein. Gerät die Einnahme des Alkohols außer Kontrolle, fällt der Betroffene in einen Komazustand, der tödlich enden kann (vgl. Meulenbelt/ Wevers, 1998, S.154; vgl. www.dhs.de/basis/sucht.htm, 11.11.2002).

3.2 Folgeschäden

Die übermäßige und regelmäßige Einnahme von Alkohol kann eine Vielzahl von physischen, psychischen und sozialen Schäden zur Konsequenz haben. Einige von ihnen werden in der Folge genannt. In der Regel spielen die Dauer und die Menge der Alkoholeinnahme, das Alter, das Geschlecht, die Verträglichkeit u.a. eine bedeutende Rolle.

Übermäßiger Alkoholkonsum wirkt schädigend auf beinahe alle menschlichen Organe, v.a. aber auf die Leber. Lebererkrankungen sind die häufigsten Todesursachen bei Alkoholismus. Ebenso betroffen ist die empfindliche Magenschleimhaut, die den ‚scharfen‘ Alkohol direkt nach Einnahme eines alkoholischen Getränks aufnimmt und in die Blutlaufbahnen weiterleitet (vgl. 3.1). Weitere Defekte können u.a. an der Bauchspeicheldrüse, am Herzen sowie als Nervenentzündungen, hauptsächlich in den äußeren Gliedmaßen, auftreten oder sich in Krebserkrankungen äußern (vgl. www.sfa-ispa.ch, 11.11.2002).

Schädigungen des Gehirns verursachen Störungen des Gedächtnisses, sogenannte Gedächtnislücken. Oft kommt es zu einer allgemeinen Verlangsamung, und u.U. kann sich ein Nachlassen der Kritik- und Urteilsfähigkeit einstellen sowie eine Zunahme an Gleichgültigkeit. Menschen mit einem Alkoholproblem verfallen oft in Selbstmitleid und konzentrieren sich hauptsächlich auf sich und auf den Gedanken an den nächsten Schluck Alkohol. In Berichten von Haushahn und Rudolf kann über die entstehende Gleichgültigkeit gegenüber dem sozialen Umfeld nachgelesen werden. Stark davon betroffen sind in erster Linie engste Familienmitglieder. Sie nabeln sich zunehmend von der betroffenen Person ab. Neben der Gleichgültigkeit kommt es gelegentlich zu Gewalttaten innerhalb der Familie sowohl physischer als auch psychischer Art. Häufig zerbricht die Familie, und die bereits existierende Isolation des Alkoholkranken nimmt weiter zu. Die Kontakte zu Freunden brechen ebenfalls ab. Neben den familiären Problemen können außerdem Schwierigkeiten im Beruf auftreten, die sich z.B. durch Fehlen am Arbeitsplatz, Einschlafen am Arbeitsplatz u.a. äußern und zur Kündigung der

Arbeitsstelle führen können. Zudem verringert sich die Verkehrstüchtigkeit, und das Kriminalitätspotential kann durch einen starken Alkoholkonsum ansteigen (vgl. Haushahn, 1996, S. 38; vgl. Rudolf, 1998, S. 50; vgl. www.dhs.de/basis/sucht.htm, 11.11.2002).

3.3 Alkoholabhängigkeit

Die WHO beschreibt die Begriffsbezeichnungen Drogensucht, Alkoholmissbrauch, Trunksucht oder Alkoholsucht als mehrdeutige und negativ belastete Begriffe und hat deshalb im Jahre 1964 beschlossen, dass der Ausdruck ‚Abhängigkeit‘ im Drogenbereich angemessener und neutraler erscheint. Somit werden in dieser Arbeit die Bezeichnungen Drogenabhängigkeit, Alkoholabhängigkeit, Alkoholismus u.a. verwendet. Der Begriff Sucht ist jedoch weiterhin in Gebrauch, nämlich zur Unterscheidung von zur Abhängigkeit führenden stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchtformen: „Zu ersteren zählen die Abhängigkeiten von Alkohol, Medikamente, Opiaten und Kokain, Nikotin und Kaffee usw., zu den letztgenannten gehören Abhängigkeiten wie Spielsucht, Essstörungen (Esssucht, Ess-Brech-Sucht, Magersucht), Arbeitssucht, Beziehungs- und Sexualitätssüchte, Missbrauch von Medien (Fernsehen, Video, Computer) und Formen wie Kleptomanie, Kaufsucht und die Sucht nach Extremsituationen“ (Stimmer, 1999, S. 18).

Der Ausdruck Drogenabhängigkeit gilt als Oberbegriff sämtlicher Formen der Abhängigkeit von chemischen Substanzen, die stimmungsverändernde Wirkungen hervorrufen können. Demzufolge gehört Alkoholismus in die „Familie“ der Drogenabhängigkeit bzw. der Drogen. Es wird zwischen physischer und psychischer Alkoholabhängigkeit unterschieden.

3.3.1 Physische Abhängigkeit

Mit der physischen Abhängigkeit ist die körperliche Abhängigkeit von einer Droge gemeint. Charakteristisch für die physische Alkoholabhängigkeit ist das

Auftreten von körperlichen Entzugserscheinungen, die nach längerer und eventuell regelmäßiger Einnahme von Alkohol und anschließendem abrupten Absetzen auftreten. Entzugssymptome sind z.B. Übelkeit und Erbrechen, Schlafstörungen, Schweißausbrüche, Herzjagen, Angst, Schmerzen und Zittern in den Gliedmaßen. Schlimmstenfalls kann es zum ‚Delirium tremens‘ kommen, welches in der Regel zwischen drei bis sechs Tage anhält und durch Bewusstseinstörung, Halluzinationen, Angstzustände, Bluthochdruck und heftiges Zittern gekennzeichnet ist und auch tödlich enden kann (vgl. Haushahn, 1996, S. 35).

3.3.2 Psychische Abhängigkeit

Die psychische Abhängigkeit bezeichnet die seelische Abhängigkeit von einer Droge. Hierbei besteht anfangs der Wunsch, später der innere Zwang zu einer dauerhaften Einnahme des Alkohols, um eine Stimmungsänderung zu erlangen oder um Angst und Missbehagen auszuweichen. Es entsteht das Verlangen, das angenehme Gefühl immer wieder zu erleben, was zu einem häufigen und regelmäßigen Gebrauch des Suchtstoffes verleitet. Dem Abhängigen ist es oftmals durchaus bewusst, dass er seine Gesundheit oder gar sein Leben aufs Spiel setzt (vgl. Haushahn, 1996, S. 36).

Die Übergänge von der physischen Abhängigkeit zur psychischen Abhängigkeit sind meist fließend und äußern sich anfangs durch nahezu unscheinbare Anzeichen und Ereignisse. Zudem bedingen sich die Abhängigkeitsformen wechselseitig.

3.3.3 Mögliche Kriterien zur Diagnose einer Alkoholabhängigkeit

Es dauert ungefähr sechs bis acht Jahre bis Frauen alkoholkrank werden. Bei Männern, die im Schnitt mehr Alkohol vertragen, dauert der Verlauf etwa zehn Jahre (Hüllinghorst/ Hoffman, 1998, S. 18). Basierend auf dieser Annahme haben

Hüllinghorst und Hoffman (1998) fünf Phasen der Alkoholabhängigkeit entwickelt, die aber nicht geschlechtsspezifisch unterschieden sind:

1. *Gesellschaftliches Trinken*

Das Trinken wird noch gesellschaftlich akzeptiert, da sich der Alkoholkonsum auf einige Gelegenheiten beschränkt und als Genussmittel eingenommen wird. Es kommt selten zu einem Rausch. In dieser Phase steht eine Alkoholgefährdung noch nicht im Vordergrund.

2. *Anzeichen einer Alkoholgefährdung*

Alkoholische Getränke werden nun nicht mehr aus Genuss getrunken, sondern in der Absicht, bewusst eine Wirkung zu erzielen. Der Alkohol wird z.B. als Problemlöser eingesetzt. Entspannung und Enthemmung ist das Ziel in der Hoffnung, dass Stresssituationen und Probleme verschwinden. Auch zu ungeeigneten Gelegenheiten, wie z.B. beim Autofahren, wird getrunken.

3. *Allmählicher Beginn einer Abhängigkeit*

Gezielte Gelegenheiten, z.B. Treffen mit Bekannten, werden zum Anlass genommen, um zu trinken. Um Hemmschwellen zu überschreiten oder Belastungen bewältigen zu können, ist die Wirkung des Alkohols notwendig. Der Konsum ist bereits soweit angestiegen, dass es gehäuft zum Vollrausch und sogenannten ‚Filmrissen‘ kommt. Vorwürfe der Angehörigen häufen sich, und der Betroffene beginnt heimlich zu trinken. Gewissensbisse und Schuldgefühle sind die Folgen, welche wiederum ein Grund sind, weiter zu trinken, um das Gefühl des schlechten Gewissens zu betäuben.

4. *Abhängigkeit*

Dem Alkohol gelten alle Gedanken und Tätigkeiten wie z.B. Hobbys, werden nebensächlich. Alkoholexzesse mit Kontrollverlust häufen sich, ebenso kann aggressives Verhalten auftreten. Eine mögliche Alkoholabhängigkeit wird von dem Betroffenen rigoros abgestritten. Die Körperhygiene und das äußere Erscheinungsbild werden vernachlässigt. Am Arbeitsplatz kommt es spätestens jetzt zu Konflikten durch das Absinken der Leistungsfähigkeit.

5. Fortgeschrittene Abhängigkeit

Zu der bereits bestehenden psychischen Abhängigkeit kommt nun die physische Abhängigkeit hinzu. Der sogenannte Toleranzbruch tritt ein: Die enormen Mengen an Alkohol, die vorher getrunken wurden, werden nicht mehr in dem hohen Ausmaß vertragen. Eine kleine Dosis reicht aus, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Hinzukommend vollzieht sich eine persönliche Veränderung, die dazu führen kann, dass Angehörige den Betroffenen nicht mehr als den ‚Alten‘ wieder erkennen. Die Arbeitsunfähigkeit tritt häufig ein, und der Verlust des Arbeitsplatzes ist oftmals die Folge. Wegen starker Unzufriedenheit bestehen Selbstmordabsichten. Außerdem kann es in dieser Phase zum bereits erwähnten lebensgefährlichen ‚Delirium tremens‘ kommen.

(Hüllinghorst/ Hoffman, 1998, S. 19ff)

Neben den fünf Phasen der Entwicklung der Abhängigkeit wurden durch die 1991 entwickelte ICD 10 (International Classification of Diseases), ein in Anlehnung an die WHO entwickeltes international anerkanntes Klassifikationssystem, Kriterien zur Feststellung einer Alkoholabhängigkeit erstellt. Um sich der Diagnose ‚Alkoholabhängigkeit‘ sicher zu sein, müssen drei der insgesamt acht Kriterien von der Person in den letzten Jahren erfüllt worden sein:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren;
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Alkoholkonsums;
3. Alkoholkonsum mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern und eine entsprechend positive Erfahrung;
4. Ein körperliches Entzugssyndrom;
5. Toleranzsteigerung;
6. Eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol;
7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkohols;
8. Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises schädlicher Folgen.

(Schmidt, 1997, S. 29)

Allerdings kann nicht gänzlich garantiert werden, dass eine Alkoholabhängigkeit durch die Zuordnung der Kriterien der ICD 10 bewiesen werden kann. Die Alkoholabhängigkeit ist dafür zu komplex. Die ICD 10 gibt z.B. kaum Kriterien zur Schwere der Erkrankung an. Außerdem wird kein Entwicklungsverlauf der Abhängigkeit dargestellt.

Es ist nicht möglich, durch ein einziges Diagnostikum festzulegen, wie weit ein Mensch von einer Alkoholabhängigkeit entfernt ist, wenn dies überhaupt ermittelbar ist. Um den Zeitpunkt der Abhängigkeit einigermaßen feststellen zu können, bedarf es zusätzlich z.B. des Wissens und der Beobachtungsfähigkeit der Entwicklung der Alkoholabhängigkeit (siehe oben). Aber auch diese Fähigkeit reicht nicht aus. Bowman und Jellinek berichten von ca. 23 erschienenen Klassifikationen (vgl. Schmidt, 1997, S. 30). Unter allen Typologien, die bereits erarbeitet wurden und erschienen sind, hat die von Jellinek im Jahre 1960 erarbeitete Typologie die größte Bedeutung erlangt und sich weitestgehend durchgesetzt. Im anschließenden Abschnitt werden die einzelnen ‚Trinktypen‘ ausführlich erläutert.

Nach der Auswertung einer Befragung von ca. 2000 anonymen Alkoholikern erkannte Elvin Morton Jellinek nicht nur den Krankheitscharakter der Alkoholabhängigkeit, sondern erarbeitete gleichzeitig ein Phasenmodell verschiedener Trinktypen. Anhand weiterer Untersuchungen stellte Jellinek die Vielfältigkeit der Alkoholabhängigkeit fest, die er mittels typischer Formen abgrenzen konnte. Jellinek unterteilt die Alkoholiker in Alpha-, Beta-, Gamma-, Delta- und Epsilon-Alkoholiker. Während bei Alpha- und Beta-Alkoholikern jederzeit die Fähigkeit der Abstinenz bestehen bleibt, werden Gamma-, Delta- und Epsilon-Alkoholiker als alkoholabhängig bezeichnet, zumal eine Abstinenz im Bereich dieser Trinktypen nicht gewährleistet werden kann.

Alpha-Alkoholiker (Problem- und Erleichterungstrinker) erlangen durch eine geringe Menge an Alkohol die für sie gewünschte Entspannung, Entlastung und Sicherheit. Angenehm erlebte Alkoholerfahrungen lassen sie in Stresssituationen

erneut zum Alkohol greifen. Es entwickelt sich eine psychische Abhängigkeit, die allerdings nicht mit einem Kontrollverlust einher geht. Sie sind zur Abstinenz fähig.

Beta-Alkoholiker (Gelegenheitstrinker) sind weder psychisch noch physisch abhängig. Die konsumierte Trinkmenge kann jedoch zu körperlichen Schäden führen. Aufgrund von Gewohnheiten und Trinksitten suchen sie bewusst Gelegenheiten, um Alkohol zu konsumieren. Ebenso wie beim Alpha-Alkoholiker besteht beim Beta-Alkoholiker die Möglichkeit, mit dem Trinken aufzuhören.

Gamma-Alkoholiker (‚süchtige Trinker‘). In diesem Stadium ist eine psychische und physische Abhängigkeit garantiert. Zumeist werden hochprozentige Alkoholika konsumiert. Oft kommt es zu einem Kontrollverlust und das Aufhören scheint unmöglich. Es wird zunehmend mehr Alkohol getrunken, um die gewünschte Wirkung zu erzielen.

Delta-Alkoholiker (Gewohnheitstrinker oder Spiegeltrinker). Der Begriff Spiegeltrinker wird deshalb benutzt, weil nach Trinkpausen starke Entzugserscheinungen auftreten und ein entsprechender Blutalkoholspiegel wieder erreicht werden will, um ein angenehmes Gefühl zu erlangen. Große Mengen Alkohol werden über den Tag verteilt konsumiert. Dennoch erlebt diese Gruppe selten einen Rauschzustand. Wegen der körperlichen Abhängigkeit und des intensiven Wunsches nach einem angenehmen Gefühl des Rausches sind Delta-Alkoholiker unfähig, abstinent zu leben.

Epsilon-Alkoholiker (zwischen Trinkexzessen wird das Trinkverhalten als mäßig oder unauffällig beschrieben). Man bezeichnet diesen Typ als periodischen Trinker oder ‚Quartalssäufer‘. Trinkexzesse werden durch seelisch-körperliche Krisen, depressive Verstimmungen und zwanghaftes Denken an Alkohol ausgelöst. Es kommt zum mehrtägigen übermäßigem Alkoholkonsum mit Kontrollverlust.

(vgl. Haushahn, 1996, S. 48f; Schmidt, 1997, S. 30ff)

3.4 Jugendalkoholismus

Haushahn (1996) sagt über die Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen aus: „Bei jungen Menschen setzt die Abhängigkeitserkrankung viel früher als bei Erwachsenen ein. Symptome, die bei Erwachsenen die ersten Anzeichen einer beginnenden Suchterkrankung darstellen [...] sind bei Jugendlichen meist schon Anzeichen einer fortgeschrittenen Abhängigkeit“ (Haushahn, 1996, S. 91). Vielen Jugendlichen ist nicht bewusst, welchen Gefahren sie sich aussetzen. Schätzungszahlen der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) ergaben Mitte 1994, dass ca. 2,5 Millionen aller Bundesbürger behandlungsbedürftige Alkoholiker sind. Davon sind ungefähr zehn Prozent unter 18 Jahren. Die Dunkelziffer lässt noch weitaus höhere Zahlen vermuten (vgl. Haushahn, 1996, S. 25/ 93).

‚Jugend‘ ist der Ausdruck für eine Lebensphase, in der der Mensch weder Kind noch Erwachsener ist. Die Schwierigkeit dieser Phase, in der sich Jugendliche befinden, ist neben der Entwicklung und Veränderung der körperlichen Gestalt die Identitätsfindung. Sie lernen neue, noch unbekannte Rollen und Verhaltensweisen kennen und müssen positive sowie negative Erfahrungen machen. Die Abnabelung vom Elternhaus verläuft parallel zur Orientierung an Peer-Groups (Gruppe von Gleichaltrigen, die als Orientierung für den Übergang von familienorientierter Kindheit zum Erwachsenenendasein fungiert). Die Veränderungsprozesse, denen Jugendliche in der Pubertät ausgesetzt sind, können im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter ausgeführt werden. Die Unsicherheit des Einzelnen kann jedoch ein Grund sein, Probleme durch/ mit Alkohol lösen zu können. Deshalb ist Alkohol ein bedeutender Aspekt für die Persönlichkeitsentwicklung eines Jugendlichen ist der Alkohol, der auf unterschiedliche Art und Weise an ihn heran geführt werden kann (Elternhaus, Gleichaltrige, Probleme in der Schule u.a.). Auf diese Problematik wird im nächsten Abschnitt genauer eingegangen.

3.4.1 Potentielle Einstiegsfaktoren bei Jugendlichen

Einer der häufigsten Lernorte bezogen auf den Alkoholkonsum ist das Elternhaus. Es ergeben sich zahlreiche Möglichkeiten, wie Jugendliche durch das Elternhaus an den Alkohol heran geführt werden.

Die erfolgreiche Berufstätigkeit eines Elternteils oder beider Elternteile erfordert oft lange Arbeitszeiten. Jugendliche sind deshalb im Alltag oft auf sich allein gestellt. Folglich ist der Jugendliche für seine Freizeitgestaltung eigenverantwortlich; die Eltern haben nicht die Möglichkeit, sie zu kontrollieren. Infolge der gesicherten finanziellen Lage mangelt es dem Jugendlichen an nichts Materiellem. So bereitet die Finanzierung von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln dem Jugendlichen keine Schwierigkeit.

Ein weiterer Aspekt der Heranführung von Jugendlichen an den Alkohol sind u.a. Feierlichkeiten. Diese geben häufig den Rahmen für das Zugeständnis des Probierens von Alkohol. Oftmals ist die eigene Konfirmation die erste Begegnung mit Alkohol. Eltern erlauben den Kindern nun, da sie dem Erwachsensein einen Schritt näher gekommen sind, ihr erstes Glas Sekt, Wein oder Bier zu probieren.

In häufigen Fällen neigen diejenigen Jugendlichen zum Alkoholismus, die aus Familien stammen, in denen mindestens ein Elternteil bereits alkoholabhängig ist. Ein ausschlaggebender Grund, weshalb Jugendliche ebenso wie der Vater oder die Mutter zur Flasche greifen, kann unter anderem die nicht erlernte Bereitschaft und Fähigkeit zur Problembewältigung sein. Die häufigsten Probleme, die für Jugendliche auftreten, liegen im Bereich der Familie, der Pubertät, der Schule, krimineller Straftaten u.a. Die Schwierigkeiten in der Bewältigung von Problemen übernehmen Kinder und Jugendliche von ihren Eltern und verfahren in den meisten Fällen gleichermaßen. Man spricht hier auch vom Modell-Lernen, einem Begriff aus der Lernpsychologie (vgl. Schneider, 2001, S. 71).

Ein weiterer wichtiger Faktor in der Hinführung zum Alkoholkonsum von Jugendlichen ist das Verhalten der Peer-Group. Der Konsum von alkoholischen Getränken ist für viele Jugendliche Statussymbol und ein Zeichen für ‚Cool-Sein‘, somit also äußerst erstrebenswert. Gewöhnlich sind es männliche Jugendliche, die sich dem Alkoholtrinken zuwenden, um in der Peer-Group akzeptiert zu sein. Mädchen beginnen meist später mit dem Konsum von Alkohol oder weichen eher auf Medikamente aus, die hauptsächlich der Problembewältigung dienen (vgl. Hüllinghorst/ Hoffman, 1998, S. 31; vgl. Stimmer, 1999, S. 67). Der Alkoholkonsum Jugendlicher wird vom Verhalten Gleichaltriger stark beeinflusst. Ein abstinent lebender Jugendlicher, dessen Freundeskreis mehr oder weniger regelmäßig Alkohol zu sich nimmt, gerät in einen enormen Gruppendruck, wenn er sich nicht der Gruppe anpasst. Die Gefahr, in eine Außenseiterposition zu geraten, ist groß.

Ebenso entscheidend ist die Protesthaltung gegenüber der Erwachsenenwelt, von der Jugendliche sich nicht verstanden fühlen und die sie deshalb ablehnen. Sie wollen z.B. Selbständigkeit erlangen und eigenständig entscheiden können, ab wann und zu welchen Anlässen sie Alkohol trinken dürfen.

Die Hinführung und die Gewöhnung der Alkoholeinnahme zeigt sich ebenfalls bedrohlich im Bereich verschiedener beruflicher Zweige und in Sportvereinen. Nach Schneider (2001) sind Berufstätige in ‚Alkoholberufen‘ besonders gefährdet. ‚Alkoholberufe‘ lassen sich nicht einer bestimmten sozialen Schicht zuordnen. Schneider nennt u.a. Handwerker, Kellner, Verwaltungsangestellte und auch Selbständige. Unter besonderem Druck stehen hier Jugendliche, die als Lehrlinge neu in den Beruf hinein kommen und das Bedürfnis haben, dazu zu gehören (vgl. Schneider, 2001, S. 69). In einer ganzen Reihe von Sportvereinen ist Alkohol fester Bestandteil der Vereinskultur. So werden Jugendliche selbstverständlich an den Konsum von alkoholischen Getränken herangeführt (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001, S. 8). Auch hier herrscht ein starker Gruppenzwang, um nicht als Außenseiter dazustehen.

3.4.2 Entwicklungsverlauf

Unter Punkt 3.4 wurde bereits angedeutet, dass sich die Alkoholabhängigkeit oder -gefährdung bei jungen Erwachsenen deutlich rascher entwickelt als bei Erwachsenen. Schmidt (1997) bestätigt dieses und sagt: „Der bedeutende Anteil häufig konsumierender und rauscherfahrender Jugendlicher bedeutet eine erhebliche Gefährdung, da sich Alkoholkrankheit bei Jugendlichen rascher entwickelt, körperliche Folgeschäden schneller eintreten, psychische Reifeprozesse behindert und Sozialisierungsprozesse gestört werden können“ (Schmidt, 1997, S. 48f).

Gruner entwickelte im Jahre 1976 eine Typologie jugendlicher Alkoholiker, die sich an die Typologie von Jellinek anlehnt, allerdings nur drei Typen darstellt:

‚Der Gelegenheitstrinker‘ - Es wird in der Freizeit und bei geselligen Anlässen getrunken. Gelegentlich kommt es zur übermäßigen Einnahme, die jedoch selten zu einem Kontrollverlust führt. Anzeichen einer Abhängigkeit sind beim Gelegenheitstrinker nicht gegeben.

‚Der Gewohnheitstrinker‘ - Häufig werden bestimmte Anlässe, wie z.B. Feierlichkeiten genutzt, um zu trinken. Der Jugendliche orientiert sich an seiner beruflichen und subkulturellen Umwelt und richtet sein Trinkverhalten danach aus. Wegen des regelmäßigen Trinkens fällt der Verzicht schwer. Eine Abhängigkeit ist auch hier noch nicht gegeben.

‚Der Rauschtrinker‘ - Bei diesem Typ wird ein Rausch bewusst gesucht/ verursacht, um Unwohlsein, Unzufriedenheit, Angst, Überforderung, u.a. zu betäuben. Es entsteht ein Teufelskreis, da Alkohol konsumiert wird, um vorhandene Probleme zu lösen, die durch den Genuss von Alkohol nur erheblicher werden. Wesentlich früher als bei Erwachsenen (siehe 3.3.3) stellt sich bei Jugendlichen bereits nach zwei bis fünf Jahren eine physische und psychische Abhängigkeit ein. (vgl. Haushahn, 1996, S. 86ff)

Die in 3.3.1 bis 3.3.3 dargestellten Fakten über die physische, psychische und soziale Entwicklung zur Alkoholabhängigkeit beziehen sich sowohl auf die Entwicklung erwachsener Alkoholabhängiger als auch auf Jugendliche, die zu regelmäßigem Alkoholkonsum neigen.

Die Problematik des Jugendalkoholismus in Bezug auf die Entstehung von FAS/FAE liegt im Unwissen der meisten Jugendlichen darüber, dass der übermäßige Verzehr von Alkohol oder anderen Rauschmitteln im Falle einer Schwangerschaft dem Ungeborenen auf irreparable Art schädigen kann. Folglich fehlt das Wissen und die Aufklärung über aufkommende erschwerende Lebensumstände, die mit der Beeinträchtigung des Kindes für die Mutter bzw. die gesamte Familie einhergehen.

3.5 Frauenalkoholismus

Bereits im späten Mittelalter hegten Frauen den Umgang mit Alkohol. Damals war es allerdings nicht üblich, dass sie den Alkohol selbst konsumierten, sondern ihn lediglich verarbeiteten (siehe 4.1). Die Einstellung, ob Frauen Alkohol trinken sollten oder nicht, durchlebte einen ständigen Wechsel. Auf die heutige Zeit bezogen hat das Trinkverhalten der gesamten Bevölkerung einen erheblichen Umbruch erlebt, insbesondere die Einstellung zum Alkoholkonsum der Frauen. Noch vor den 70er und 80er Jahren wurde Alkohol primär zu festlichen Anlässen, wie z.B. Geburtstagen oder seltenem Besuch, angeboten und als etwas Besonderes angesehen. In den 70er und 80er Jahren kam der große Umschwung Alkohol wurde in den Alltag aller Gesellschaftsschichten integriert und der Konsum stieg deutlich an. Ein Glas Bier nach der Arbeit, beim Fernsehen oder zu den Mahlzeiten wurde zur Selbstverständlichkeit. Auch Frauen tranken nun vermehrt Alkohol. Alkoholabhängigkeit wurde zuvor nur als Männerproblem gesehen, das sich spätestens jetzt ebenso auf die Frauenwelt projiziert hatte.

Nach Angaben der Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren sind in Deutschland von insgesamt 2,5 Millionen Alkoholabhängigen 660.000-900.000

Frauen, die Alkohol missbräuchlich konsumieren. Diese Zahl beinhaltet wiederum 400.000-530.000 Frauen, die als alkoholabhängig bezeichnet werden (www.dhs.de/basis/sucht.htm, 11.11.2002). Diese Zahlen veranschaulichen nur die Spitze des Eisberges. Die Dunkelziffer ist weitaus höher.

Erst in den letzten Jahren wurde die Entstehung der Sucht geschlechtsspezifisch erforscht. Anhand der Forschungen konnten frauenspezifische Ursachen und Konsummuster belegt werden, welche ergaben, dass Frauen in der Regel später anfangen und regelmäßiger trinken als Männer (vgl. Kersch, in: Mann, 2002, S. 136). Zu alledem zeigt sich bei Frauen die Zeitspanne zur Abhängigkeitsdiagnose geringer (Ebd. S. 136). Der Grund dafür hängt mit der Verträglichkeit des Alkohols bei Männern und Frauen zusammen (siehe 3.1).

Neueste Studien ergeben, dass besonders Frauen mittleren Alters mit höherem sozialen Status und höherer Schulbildung einer Alkoholgefährdung ausgesetzt sind. Verursachende Gründe können sein: Abbau beruflichen Stresses, die Doppelbelastung Familie-Beruf u.a. (Ebd., S. 136). Aber auch Frauen aus unteren sozialen Schichten sind der Gefahr einer Alkoholabhängigkeit ausgesetzt. Bei ihnen können die Beweggründe unter anderem negative Erfahrungen wie z.B. Missbrauch in der Kindheit oder eine finanzielle Notlage sein, die zu einer hohen Frustration führen. Weitere Möglichkeiten über Einstiegsfaktoren zur Abhängigkeit von Frauen werden im nächsten Abschnitt dargestellt.

3.5.1 Potentielle Einstiegsfaktoren bei Frauen

In diesem Abschnitt werden einige der Beweggründe der Entstehung von Frauenalkoholismus dargelegt.

Ausschlaggebend für Frauenalkoholismus ist die komplizierte Bewältigung gravierender Erlebnisse, die bis in die eigene Kindheit zurückführen. Meulenbelt und Wevers (1998) sprechen von einer Reihe von Studien, die sich speziell mit diesem Thema beschäftigt haben und herausfanden, dass 75 % aller

alkoholabhängigen Frauen in ihrer Kindheit Opfer sexuellen Missbrauchs wurden (Meulenbelt/ Wevers, 1998, S. 86). Eine weitere Studie spricht von 67 % misshandelter Frauen (Ebd. S. 86). Die Täter stammen häufig aus der eigenen Familie, oft sind es sogar engste Familienmitglieder. Die Misshandlungen verursachen vielfach eine Erniedrigung des Selbstwertgefühls, die wiederum die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit hemmt und bis ins Erwachsenenalter andauern kann. Eine Ursache hierfür ist oftmals die Zuneigung zu Personen, die derjenigen ähneln, welche die Frau misshandelt hat. Ein unaufhörlicher Teufelskreis entsteht. Insbesondere in der Partnerschaft wird Alkohol von Frauen deshalb getrunken, um den Anforderungen der Beziehung gerecht zu werden, auch, um partnerschaftliche Sexualität erträglich zu machen und um unangenehme Auseinandersetzungen sowie eventuelle Handgreiflichkeiten zu vermeiden (vgl. Kersch, in: Mann 2002, S. 137; vgl. Meulenbelt/ Wevers, 1998, S. 13; vgl. Rudolf, 1998, S. 25f).

Ein ebenso ausschlaggebendes Motiv des Einstiegs in die Alkoholabhängigkeit bei Frauen kann die Einsamkeit sein, die eine nicht erwerbstätige Frau im Alltag erlebt. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn die eigenen Kinder bereits das Elternhaus verlassen haben und der Partner einem Beruf nachgeht. Damit das Gefühl von Einsamkeit nicht aufkommen kann, beginnen einige Frauen zu trinken. Die Empfindung eines angenehmen, leichten und beschwingten Gefühls tritt ein, sodass für eine gewisse Zeit die Einsamkeit vergessen bzw. verdrängt wird (vgl. Meulenbelt/ Wevers, 1998, S. 21).

Weder der Lebenspartner, die eigenen Kinder noch das soziale Umfeld dürfen den regelmäßigen Konsum der alkoholischen Getränke erfahren. Deshalb werden ‚originelle‘ Verstecke für den Alkohol im ganzen Wohnbereich gewählt, um die Möglichkeit des Weitertrinkens zu gewährleisten.

Stress entpuppt sich besonders bei Frauen als ein sehr belastender Lebensfaktor. Die zentrale Lebensaufgabe vieler Frauen besteht darin, eine gute Ehe zu führen, das gesamte Familienleben intakt zu halten und im Beruf erfolgreich zu sein.

Daraus ergeben sich eine Reihe von besonderen Entwicklungsaufgaben, die sie bewältigen wollen, an denen sie jedoch ebenso scheitern können. Frauen, die gleichzeitig im Berufsleben stehen und nebenbei das Familienleben regeln, sind überfordernden Lebenssituationen um so häufiger ausgesetzt. Eine aufkommende Frustration kann bei manchen Frauen den Beginn einer Alkoholabhängigkeit ungemein fördern (vgl. Meulenbelt/ Wevers, 1998, S. 21/ 27).

Die oben genannten Ursachen für einen Einstieg in die Alkoholabhängigkeit sind oftmals miteinander verknüpft oder gehen ineinander über. Tatsache ist, dass die Entwicklung zu einer Alkoholabhängigkeit meistens sehr langsam verläuft und in den seltensten Fällen von Außenstehenden wie z.B. dem Lebenspartner rechtzeitig erkannt wird. Ebenso selten gesteht sich eine alkoholabhängige Frau oder ein alkoholabhängiger Mann ein, dass sie bzw. er fachgerechte Hilfe benötigt (vgl. Meulenbelt/ Wevers, 1998, S. 13).

3.5.2 Entwicklungsverlauf

Hinsichtlich der Lebensumstände werden im Folgenden Unterschiede zwischen alkoholabhängigen Frauen und Männern beschrieben. Frauen zeigen z.T. einen anderen Entwicklungsverlauf der Alkoholabhängigkeit als Männer, trotz der häufigen Parallelen zu den unter Punkt 3.3.1ff genannten Entstehungs- und Entwicklungsgründen.

In diesem Abschnitt wird hauptsächlich auf den Entwicklungsverlauf der Alkoholabhängigkeit bei Frauen eingegangen und diese anhand einiger ausgesuchter Beispiele beschrieben.

Aufgrund einer geringen sozialen Unterstützung des Partners gegenüber seiner alkoholabhängigen Partnerin oder durch den Verlust eines engen Bekanntenkreises geraten alkoholabhängige Frauen häufig in Isolation. Rudolf (1998) schreibt in ihrer Studie: „Viele empirische Befunde belegen eine soziale Isolation alkoholabhängiger Frauen, und ihre Kontakte sind häufig auf die

familiären Angehörigen beschränkt“ (Rudolf, 1998, S. 14). Dort erhofft man sich Verständnis und Unterstützung für die derzeitige Lage. Männer weisen ein geringeres Verständnis für die Alkoholabhängigkeit ihrer Partnerin auf, als Frauen für ihren alkoholabhängigen Mann. Häufig verlassen sie sie eher, als Frauen ihren alkoholabhängigen Mann.

Unter Punkt 3.5.1 wurde das geringe Selbstwertgefühl alkoholabhängiger Frauen erwähnt. Die Folge ist eine mit Hilfe von Alkohol angestrebte Veränderung von negativ erlebten Gefühlen und Situationen, eine verfälschte Wahrnehmung der Realität. Eine von der abhängigen Frau ersehnte ‚Wunschwelt‘ wird für die Zeit des Rausches präsent, die sie letztendlich ebenso wenig wie die Realität erfüllt, da die Alkoholisierung immer wieder vorüber geht und der betroffenen Person die reale Situation anschließend vor Augen führt. Wieder entsteht eine Ausweglosigkeit, die die abhängige Frau öfter zum Alkohol greifen lässt, um erneut in die ‚Wunschwelt‘ zu versinken (vgl. Meulenbelt/ Wevers, 1998, S. 21).

Ein weiterer Aspekt der entstehenden Alkoholabhängigkeit kann, wie bereits erwähnt, das Trinken gegen die Einsamkeit sein. Durch das Trinken wird die Einsamkeit vergessen, doch es kann anschließend dazu führen, dass ein Verlangen nach der angenehm berausenden Stimmung spürbar wird und der Alkoholkonsum gesteigert wird, bis sich die Dosis auf den gesamten Tag verteilt (Ebd., S. 21).

Einer der schwerwiegendsten Folgen der Alkoholabhängigkeit bei Frauen ist die Gefährdung des eigenen Kindes im Mutterleib. Trinkt eine werdende Mutter während der Schwangerschaft übermäßig oder regelmäßig Alkohol, schadet sie nicht nur sich selbst, sondern auch in höchstem Grade dem Ungeborenen. Das Ausmaß der Schädigung wird unter anderem in Punkt 4.5 ff ausführlich erläutert.

4. Das fetale Alkoholsyndrom

Für die Begriffsbestimmung des hier zu beschreibenden Fehlbildungssyndroms gibt es keine weltweit einheitliche Bezeichnung.

In Deutschland hat sich der nicht ganz korrekte Begriff „Alkoholembryopathie“ (AE) durchgesetzt. Er beschreibt nämlich die Schädigung des Ungeborenen durch starken Alkoholgenuss der Mutter sowohl in der Embryonal- als auch in der Fetalzeit. Allerdings wird in Deutschland auch vom fötalen (fetalen) Alkoholsyndrom (FAS) und den fötalen Alkoholeffekten (FAE) gesprochen.

In den USA wird zwischen dem Fetal Alcohol Syndrome (FAS), den Alcohol-related birth defects (ARBD) und den Alcohol-related neurodevelopmental disorders (ARND) unterschieden. Letztere werden in der gängigen Literatur als Fetal Alcohol Effects (FAE) bezeichnet (vgl. Drozella, o.J., S. 9, in: CD-Rom FASWORLD).

Die beiden Charakterisierungen der möglichen Alkoholschädigung von Kindern drücken den Schwerpunkt der Schädigung zu unterschiedlichen Zeiten der Schwangerschaft aus. Demzufolge sagt der Begriff ‚Alkoholembryopathie‘ die größte Gefahr für eine Schädigung in der Embryonalzeit voraus. Die Bezeichnung ‚fetales Alkoholsyndrom‘ hebt hervor, dass auch zu späteren Zeitpunkten, in der Fetalzeit, noch Alkoholschäden entstehen können.

Da aus allen Berichten, Artikeln, Büchern etc. jedoch nicht deutlich hervor geht, zu welchem Zeitpunkt die Schädigung des Kindes während der Schwangerschaft eingetreten ist, werden in dieser Arbeit überwiegend die Begriffe ‚fetales Alkoholsyndrom‘ (FAS) und ‚fetale Alkoholeffekte‘ (FAE) verwendet, außer es erscheint für die Verdeutlichung einer Aussage als wichtig, auf die Einteilung der Schädigungsgrade bei der Alkoholembryopathie (AE) einzugehen.

4.1 Entdeckung und Entstehung von FAS/ FAE

Berichten zufolge ist bereits in der Bibel auf die Konsequenzen von Alkoholschädigung hingewiesen worden. Im „Buch der Richter“ (13,3-5) des Alten Testaments spricht der Engel Gottes zur unfruchtbaren Frau des Manoha: „Siehe ... Du wirst schwanger werden und einen Sohn gebären. So hüte Dich nun, Wein und starkes Getränk zu trinken ... Der Knabe wird ein geweihter Gottes sein, von Mutterleibe an ...“ (Löser, 1995, S. 93).

Zur Zeit der „Gin-Epidemie“ in England (1720-1750) ergaben sich Hinweise auf sichtliche Schädigungen bei Kindern, deren Mütter trunksüchtig waren. Eine Petition des „College of Physicians“ an das Parlament in London stellte 1726 fest, dass die Kinder trunksüchtiger Eltern „schwach, dumm und geistig gestört“ („weak, feeble and distempered“) seien (Löser, 1995, S. 95).

Der Grund dieser Konstatierung lag darin, dass ein Einfuhrverbot französischer Spirituosen bei gleichzeitig bestehenden Getreideüberschüssen die Produktion und den Verbrauch von Gin in England steigen ließ. Wegen des enormen Getreideüberschusses ließ die Regierung von den traditionellen Einschränkungen des Destillierens ab, so dass der Gin extrem billig und reichlich war und fortan in sämtlichen sozialen Schichten bezogen werden konnte.

William Hogarth erstellte 1751 einen Kupferstich, der die Ausmaße der Gin-Epidemie darstellte. Sein Bild "Gin-Lane" trug anschließend zu der Verabschiedung des Gesetzes bei, das zum Ende der "Gin-Epidemie" führte.



William Hogarth (1697-1764): „Gin-Lane“ (Branntweingasse). Kupferstich, 1751. Auf dem Höhepunkt der Gin-Epidemie beschreibt Hogarth mit diesem Bild gesellschaftskritisch die Auswüchse des Alkoholismus. Eine betrunkene Mutter lässt ihr Kind über das Treppengeländer fallen. Einem Säugling wird von einer Mutter (rechts oben) Gin eingeflößt.

(Löser, 1995, S. 96)

Ende des 19. Jahrhunderts wurde die Alkoholembryopathie von englischen Ärzten wissenschaftlich beschrieben. Im Jahr 1899 fand William Sullivan, der in einem Liverpools Gefängnis als Arzt tätig war, mittels seiner Untersuchungen heraus, dass mit Zunahme der Dauer und Intensität des Alkoholgenusses der werdenden Mutter, sich die Lebensfähigkeit des Ungeborenen minimiert. Zudem konnte W. Sullivan nachweisen, dass alkoholabhängige Frauen, die zuvor Totgeburten oder Geburten geschädigter Kinder hatten, durch erzwungene Abstinenz im Gefängnis durchaus gesunde Babys zur Welt bringen konnten (vgl. Spohr, in: Steiner, 1990, S. 32). Eindeutig weist er damit auf die unmittelbar toxische Auswirkung des Alkohols auf den Embryo hin.

Die ersten klaren neurologischen und morphologischen Beschreibungen der Alkoholembryopathie wurden 1968 vom Kinderarzt Lemoine und seinen Mitarbeitern in Nantes (Frankreich) beschrieben. Um zu diesen Erkenntnissen zu gelangen, bedurfte es allerdings einiger wissenschaftlicher und ideologischer Irrungen. Der weiteren Erforschung dieses Gebietes standen die Verdrängung des

Problems durch die Gesellschaft und die mangelnde Auseinandersetzung der betroffenen Mütter entgegen. Die Arbeit wurde außerdem nicht über die Grenzen Frankreichs hinaus veröffentlicht, da sie nur in einem lokalen medizinischen Journal in Frankreich herausgegeben wurde.

Unabhängig von Lemoines Veröffentlichung setzten die Kinderärzte K. Jones und D. Smith vom Zentrum für Kinderentwicklung und mentale Retardierung in Seattle (USA) 1973 entscheidende Zeichen auf dem Gebiet der Alkoholembryopathie - Forschung. Anhand der Untersuchung von elf Kindern, die während der Schwangerschaft Alkohol ausgesetzt wurden, benannten diese Mediziner ein bis zu dem Zeitpunkt unbekanntes Dymorphiesyndrom mit dem Namen „Fetal Alcohol Syndrom“ (dt. auch fetales Alkoholsyndrom oder Alkoholembryopathie). In einem Artikel der Zeitschrift „The Lancet“, eine der international bedeutendsten medizinischen Zeitschriften, wurde diese Neuigkeit über die Grenzen der Vereinigten Staaten hinaus verbreitet. Von diesem Zeitpunkt an wurde vermehrt auf diesem Gebiet geforscht (vgl. Ubrig, 2000, S. 9).

Prof. Dr. med. Frank Majewski zeigte 1973 in einer Konferenz der Universitäts-Kinderkliniken in Tübingen als erster zwei Kinder mit einer äußerst schweren Form von FAS. Majewski beschrieb erstmals die pathophysiologischen Zusammenhänge und formulierte eine Schweregradbestimmung sowie -einteilung, die inzwischen in vielen europäischen Ländern übernommen worden ist (vgl. Löser, 1995, S. 92). Unter Abschnitt 4.3 werde ich ausführlicher auf die einzelnen Schweregrade und ihre Bestimmungen eingehen.

Bis heute ist die Forschung auf dem Gebiet des fetalen Alkoholsyndroms noch nicht abgeschlossen. Es besteht weiterhin ein enormer Forschungsbedarf.

4.2 Definitionen und Diagnose von FAS und FAE

Im Pschyrembel, einem medizinischen Wörterbuch, wird die Alkoholembryopathie wie folgt definiert: „Durch Alkoholkonsum der Mutter

während der Schwangerschaft hervorgerufene pränatale Erkrankung der Frucht mit intrauteriner und postnataler Wachstumsretardierung, Mikrozephalie, statomotorischer und geistiger Retardierung sowie kraniofazialer Dysmorphie“ (Pschyrembel, 2002, S. 42).

Franz Stimmer (2000) definiert die Alkoholembryopathie folgendermaßen: „Durch den Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft verursachte Krankheiten und Missbildungen des Embryos (Kind in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten) bzw. des Fötus (Kind nach den ersten drei Schwangerschaftsmonaten) (Stimmer, 2000, S. 22).

Der Krankheitsbefund des schwer alkoholgeschädigten Kindes kann gestellt werden, wenn die chronische mütterliche Alkoholabhängigkeit sicher nachweisbar ist und die Untersuchung am betroffenen Kind folgende Kriterien erfüllt:

FAS

1. prä- und postnatale Wachstumsretardierung
2. Dysfunktion des zentralen Nervensystems (ZNS) (jede neurologische Auffälligkeit, Entwicklungsverzögerung, intellektuelle Schädigung/ Störung)
3. Charakteristische kraniofaziale (den Kopf betreffend) Auffälligkeiten: Zwei von drei folgenden Merkmalen: a) Mikrozephalie (ein zu kleiner Kopf), b) schmale Lidspalten, c) schmale Oberlippe, wenig modelliertes Philtrum (Einbuchtung in der Mitte der Oberlippe), Abflachung des Mittelgesichts (Maxillahypoplasie)

FAE

Zur Diagnosestellung von Alkoholeffekten sind zwei der drei aufgelisteten Indikatoren ausreichend.

(Spohr, 1997, S. 2)

Löser (1991) beschreibt die fetalen Alkoholeffekte folgendermaßen: „Alkoholeffekte lassen sich als ein Komplex embryotoxisch entstandener, alkoholbedingter, zerebraler (Teil-)Leistungsstörung definieren, die auch ohne typische körperliche Merkmale der Alkoholembryopathie [...] nach Alkoholgenuss in der Schwangerschaft auftreten“ (Löser, 1995, S. 2). Wesentliche Kennzeichen prägen sich überwiegend oder ausschließlich im Gehirn aus.

Für die Entstehung von FAE ist nicht nur die Gesamtdosis an Alkohol bedeutsam, sondern ebenfalls die Dauer und Höhe der Alkoholkonzentration. Pierce und West (1986) haben hierzu Labortests mit Ratten durchgeführt, wonach das Hirnwachstum bei konzentrierter Darreichung von Alkohol deutlich retardierter war, als wenn die gleiche Menge an Alkohol über den Tag verteilt verabreicht wurde. Tiefgreifendere Ausführungen der Tests mit Ratten von Pierce und West würden den Rahmen der Arbeit sprengen. Weitere Testergebnisse sind in Kelley, S.J., Goglet, C.R. u.a.: Microencephaly and hyperactivity in adult rats can be induced by neonatal exposure to high blood alcohol concentrations. *Exp. Neurol.* Heft 96/ 1987. S. 580-593 nachzulesen. Löser gibt die Worte von Randall, C.L., Eklad, L. und Anton, R.F. (1990) bezüglich der Experimente von Pierce und West wieder: „Zwei Mütter, die dieselbe Menge trinken, können sehr unterschiedliche Alkoholspiegel haben und (dennoch) unterschiedlich betroffene Kinder gebären“ (Löser, 1995, S. 83).

4.3 Einteilung der Schweregrade nach Majewski

In der unten angezeigten Tabelle nach Majewski sind sämtliche Fehlbildungen und Symptome zusammengefasst. Es wurde eine Wertung von 26 wesentlichen Symptomen erstellt und die jeweils auftretende Häufigkeit angegeben. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen werden nach den Schweregraden I – III, d.h. milder, mittelschwerer und schwerer Schädigung, eingestuft.

Der mittleren Spalte der Tabelle sind die möglichen Merkmale des fetalen Alkoholsyndroms zu entnehmen. Die rechte Spalte macht ersichtlich, wie häufig diese Symptome von den verschiedenen Autoren gefunden worden sind. In der ersten Spalte werden die Punkte (nach Majewski) für die spätere Einteilung der Schweregrade des fetalen Alkoholsyndroms angegeben:

Punkte nach Majewski	Symptome	Häufigkeiten/ Literaturangaben
4	Intrauteriner Minderwuchs, Untergewicht	88% (Lö), >80% (Cl), 83% (Maj)
-	Postnatale Wachstumsverzögerung	86% (Maj)
-	Vermindert subkutanes Fettgewebe	ca. 80% (Lö)
	Kraniofaziale Dysmorphie	
4	Mikrocephalie	82% (Lö), 72% (Sp), 81% (Maj)
2	Haaraufstrich im Nacken	ca. 35% (Lö)
3	Verkürzter Nasenrücken	51% (Maj), 52% (Sp)
1	Nasolabialfalten	67% (Maj), 48% (Sp)
1	Schmales Lippenrot, dünner Lippenwulst	65% (Maj), 69% (Sp)
-	Fehlendes / flaches / verlängertes Philtrum	95% (Lö)
-	Fehlender Cupidobogen	20% (Lö)
-	kleine Zähne / Zahnanomalien	31% (Sp), 28% (Maj)
2	Hypoplasie der Mandibel, fliehendes Kinn	65% (Maj), >50% (Cl), 82% (Sp)
2	Hoher Gaumen	27% (Maj), >80% (Cl), 69% (Sp)
4	Gaumenspalte	7% (Maj), 7% (Sp), 4,4% (Lö)
-	Dysplastische, tief ansetzende Ohren	59% (Sp), 26-50% (Cl), 31% (Maj)
	Augenfehlbildungen	
-	Myopie / Hyperopie / Astigmatismus	25% (Lö)
-	Strabismus	23% (Lö), 20% (Maj), 27% (Sp)
-	Spaltbildungen	ca. 5% (Lö)
-	Opticusaplasie / - Hypoplasie	ca.10% (Lö)
-	Microphthalmie / Mikrocornea	5% (Lö), 3% (Maj)
2	Epikanthus	54% (Maj), 68% (Sp), 26-50% (Cl)
2	Ptosis	36% (Maj), 26-50% (Cl), 14% (Sp)
2	Blepharophimose	24% (Maj), 49% (Sp)
-	Antimongoloide Lidachsen	34% (Maj), 49% (Sp)
2 / 4	Genitalfehlbildungen	32% (Lö), 39% (Sp), 40% (Maj)
4	Nierenfehlbildungen	9% (Bra), 10% (Maj), 8,0% (Sp)
4	Herzfehler	29% (Lö), 30% (Maj)
-	Alkoholkardiomyopathie	3% (Lö)
-	Haemangiome	10% (Maj), 8,3% (Lö), 11,1% (Sp)
	Extremitäten / Skelettfehlbildungen	
3	Anomale Handfurchen	7% (Maj), 52% (Sp)
-	Flaches Handlinienrelief	ca.15% (Lö)
2	Brachy- / Klinodactylie	38% (Maj), 65% (Sch), 61% (Sp)
2	Kamptodactylie	13% (Maj), 6,8% (Sch), 8,5% (Sp)

1	Hypoplasie der Endphalangen / Nägel	14% (Maj), 11% (Sch), 10% (Sp)
2	Radioulnare Synostose / Supinationshemmung	14% (Lö), 11% (Sp), 11% (Maj)
2	Hüftluxation / -dysplasie	11% (Maj), 14% (Sp), 7% (Sch)
-	Skoliose	7% (Lö), 3% (Maj)
-	Trichterbrust (pectus excavatum)	12% (Lö), 20% (Maj), 17% (Sp)
-	Kielbrust (pectus gallinaceum)	6% (Lö), 7% (Sp), 1-25% (Cl)
-	Rippenanomalien	10% (Lö), 10% (He)
-	Wirbelanomalien	5% (Sch)
	Weitere Fehlbildungen	
2	Hernien	12% (Lö), 25% (Sp), 1-25% (Cl)
-	Bindegewebsschwäche	ca.25% (Lö), 42% (Maj)
1	Fovea coccygea	51% (Maj), 59% (Sp)
	Neurologische, mentale, psychopathol. Störungen	
2 / 4 / 8	Geistige Entwicklungsverzögerung	89% (Lö), 83% (Maj), 93% (Sp)
-	Sprachstörungen	80% (Shaywitz et al. 1984)
-	Hörstörungen	ca.20% (Lö)
-	Ess- und Schluckstörungen	ca.30% (Lö)
-	Schlafstörungen, Pavor nocturnus	ca.40% (Lö)
2	Muskul. Hypotonie, Muskeldysplasie	57% (Maj), 65% (Sp)
-	Verminderte Schmerzempfindlichkeit	ca.20% (Lö)
-	Feinmotorische Dysfunktion	ca.80% (Lö)
-	Krampfanfälle	6% (Lö)
	Verhaltensstörungen	
4	Hyperaktivität, Hyperexzitabilität	72% (Lö), 72% (Sp), 74% (Maj)
-	Distanzlosigkeit, Vertrauensseligkeit	ca.50% (Lö)
-	Erhöhte Risikobereitschaft, Waghalsigkeit	ca. 40%
-	Autismus	3% (Lö)
-	Aggressivität, dissoziales Verhalten	ca.3% (Lö)
-	Emotionale Instabilität	ca. 30%

Punkte	> 40 Punkte:	Schädigungsgrad III (schwere Alkoholembryopathie)
	30 – 39 Punkte:	Schädigungsgrad II (mäßige Alkoholembryopathie)
	10 – 29 Punkte:	Schädigungsgrad I (leichte Alkoholembryopathie)

Abkürzungen: Bra= Brachmann (1987), CL= Clarren und Smith (1978), He= Hermann et al. (1980), Lö= Löser (1991 + 1992), Maj= Majewski (1988 + 1993), Sch= Schubert (1988), Spohr (1989 + 1990)

Tab. 1: Klinische Symptomatik und Bewertung der Alkoholembryopathie

(Löser, 1995, S. 7f)

Durch die Auswertung der Punkte aus der linken Spalte lassen sich die betroffenen Kinder in die drei Formen der Schweregrade einstufen, dabei können die Übergänge oft fließend sein.

Schwere Alkoholembryopathie (AE III)

Hierbei weisen die Kinder gewöhnlich alle oder fast alle Symptome auf. Ausschlaggebend sind: erhebliche intrauterine (im Mutterleib) Wachstumsverzögerung, Mikrozephalie (zu kleiner Kopf), typische kraniofaziale (den Schädel betreffende) Veränderungen, Muskelhypotonie, Hyperaktivität, eine erhebliche geistige Behinderung und eine ganze Reihe von inneren Fehlbildungen (Herzfehler, Gaumenspalte, Nierenanomalien u.a.).

Nach der oben stehenden Tabelle werden mehr als 40 Punkte erreicht.

Mittelschwere Alkoholembryopathie (AE II)

Es bestehen noch vereinzelte Gesichtsanomalien (Gesichtsveränderungen), welche jedoch erst bei genauer und geübter Betrachtung zu erkennen sind. Es bleibt allerdings wie bei AE III die intrauterine Minderwüchsigkeit. Außerdem sind diese Kinder untergewichtig und mikrozephal. Die inneren Fehlbildungen sind seltener zu erkennen. In diesem Fall wäre eine genaue Alkoholanamnese der Mutter zur Diagnosestellung hilfreich.

Die Punktwerte liegen zwischen 20 und 30.

Leichte Alkoholembryopathie (AE I)

Bei Kindern der milden Form einer Alkoholembryopathie sind nur wenige Symptome des Syndroms vorhanden. Das Gesicht ist meist uncharakteristisch und unauffällig. Was allerdings auch bei Kindern mit AE I auffällt, ist das intrauterine Untergewicht, die Minderwüchsigkeit und der zu kleine Kopf. Häufig fallen sie in der Vorschulzeit durch Hyperaktivität und Konzentrationsschwierigkeiten auf. Bei diesem Schweregrad kann eine Diagnose nur dann sicher gestellt werden, wenn eine eindeutige Alkoholabhängigkeit der Mutter bekannt ist.

Es wird ein Punktwert von 10 – 29 Punkten erreicht.

Es gibt über den Schweregrad III hinaus Kinder, die einer extremen Schädigung ausgesetzt sind, die man als Extremform bezeichnen könnte. Solche Kinder werden nie lernen zu laufen oder zu sprechen. Zudem bleiben sie enorm minderwüchsig. Löser berichtet von einem Kind, das im Alter von neun Jahren

nur ein Gewicht von 16,6 kg erreichte und nie das Sprechen lernte (Löser, 1995, S. 15).

Andererseits können Kinder eine so leichte Form von FAS aufweisen, dass häufig Fehldiagnosen auftreten können; die Übergänge zu gesunden Kindern sind fließend. Diese Art der Alkoholembryopathie nennt sich die ‚abortive‘ (unvollständige) Alkoholembryopathie. Dieser wurde lange Zeit kaum Aufmerksamkeit geschenkt. Erst seit 1988, seitdem die Diagnose FAE genauer erforscht wurde, spricht man zusätzlich von der ‚abortiven‘ Alkoholembryopathie, welche eine Ergänzung der Alkoholeffekte ist (vgl. Spohr, o.J., S. 1ff, in: CD-Rom FASWORLD).

4.4 Häufigkeit von FAS/ FAE

Obwohl das fetale Alkoholsyndrom eine der häufigsten angeborenen Schädigungen ist (die Häufigkeitsrate in Deutschland liegt bei ca. 1:365) und in der Häufigkeit noch vor dem Down-Syndrom (Trisomie 21) (ca. 1,2:1000) und der Cerebralparese (ca. 1:833) liegt, wird nicht genügend über diese vermeidbare Behinderung informiert (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2002, S. 38; vgl. Spohr, in: Steiner, 1990, S. 39). Als Verfasserin stehe ich den Zahlen allerdings eher skeptisch gegenüber, da die Dunkelziffer wahrscheinlich weitaus höher ist. Der Grund für das geringe Informationsinteresse über die Folgen von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ist die extreme Scham und die Verleugnung dessen, was die Mütter ihrem Kind antun bzw. angetan haben. Steiner begründet das Schweigen folgendermaßen: „[...] es scheint um diese Kinder eine Aura der Scham, der Abwehr und der Verleugnung gesponnen zu sein. Dies mag wesentlich damit zusammenhängen, dass die Umwelt sich noch eher mit einem Problem wie dem mongoloider Kinder zu identifizieren vermag [...], als mit der Tatsache, dass ein Kind durch Alkoholmissbrauch während der Schwangerschaft behindert, krank oder missgebildet zur Welt kommt. [...] Niemand will sich mitverantwortlich fühlen, und kaum jemand versucht, diesen Kindern in irgendeiner Weise zu helfen“ (Steiner, in: Steiner, 1990, S. 11f).

Die Häufigkeit von FAS/ FAE hängt von dem jeweiligen Kulturraum und der Bevölkerungsschicht ab. Die Schätzungen in einzelnen amerikanischen Indianerreservaten liegen zwischen 1:50 (vgl. Spohr, in: Steiner 1990, S. 39) sowie zwischen 1:100 und 1:700 in den gesamten USA (vgl. Ubrig, 2000, S. 38). Im französischen Roubaix (nahe der französisch-belgischen Grenze) wurden für den Zeitraum von 1977 bis 1990, abhängig von den bereits genannten drei Schweregraden, Raten von 1,3 und 4,8 pro 1000 Neugeborenen ermittelt (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2002, S. 39). Die höchste Inzidenz wurde in Süd-Dakota (USA) in einem Indianerreservat mit einer Häufigkeit von 1:4 Geburten bestimmt (vgl. Löser, 1995, S. 5).

Die neuesten Zahlen lassen vermuten, dass in Deutschland pro Jahr ca. 2.200 Kinder mit dem Vollbild der Alkoholembryopathien geboren werden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2002, S. 9). Diese Zahl ergibt für Deutschland eine Häufigkeitsrate von 1:365. Bei diesen Daten handelt es sich mit großer Wahrscheinlichkeit um eine sehr gering geschätzte Zahl alkoholgeschädigter Kindern. Die Dunkelziffer ist weitaus höher, jedoch nicht schätzbar, da z.B. Symptome der leichten Alkoholembryopathie nach der Geburt nicht auf Anhieb zu erkennen sind (siehe Punkt 4.3).

4.5 Symptome

Nach mehreren klinischen Untersuchungen und vielen tierexperimentellen Ergebnissen besteht bis heute eine hundertprozentige Sicherheit, dass der Alkohol oder sein giftiges Abbauprodukt Azetaldehyd den Grund für die Schädigung des Feten während der Schwangerschaft darstellt. Der Alkohol, den die werdende Mutter aufnimmt, durchdringt ungehindert die Gebärmutterschranke und trifft in gleicher Konzentrationshöhe den sich entwickelnden Fötus. Es besteht kein Unterschied, ob das Ungeborene sich in der Fetalzeit befindet oder sich bereits zu einem Embryo entwickelt hat. In beiden Phasen ist das Ungeborene unfähig, mit seiner unreifen und noch nicht einwandfrei funktionierenden Leber den Alkohol selbständig abzubauen (vgl. Spohr, in: Steiner, 1990, S. 39f).

4.5.1 Klinische Symptome

Das klinische Bild der Alkoholembryopathie setzt sich aus drei Hauptsymptomgruppen zusammen, die international anerkannt sind (vgl. Spohr, in: Deutsche Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft, 1997, S. 2):

1. *prä- und postnatale Dystrophie* (Minderwuchs vor und nach der Geburt)

Erläuterung: Das Azetaldehyd greift in den Stoffwechsel der Zelle ein und bewirkt eine Reduzierung der Gesamtzellzahl (Hypoplasie). Zudem wird die Reduktion der Einzelzellgröße (Hypotrophie) reduziert (vgl. Löser, 1995, S. 6).

2. *Störung des zentralen Nervensystems* (neurologische Auffälligkeiten wie: Mikrozephalus (zu kleiner Kopf), muskuläre Hypotonie, Entwicklungsverzögerung, intellektuelle Schädigung, Hyperaktivität, Konzentrationsstörungen)

Erläuterung: Durch den Alkohol kommt es zu vielfältigen Schädigungen des ZNS in Form von Hirnfunktionsstörungen, Leistungsschwächen am Groß- und Kleinhirn und Beeinträchtigungen im Verhalten.

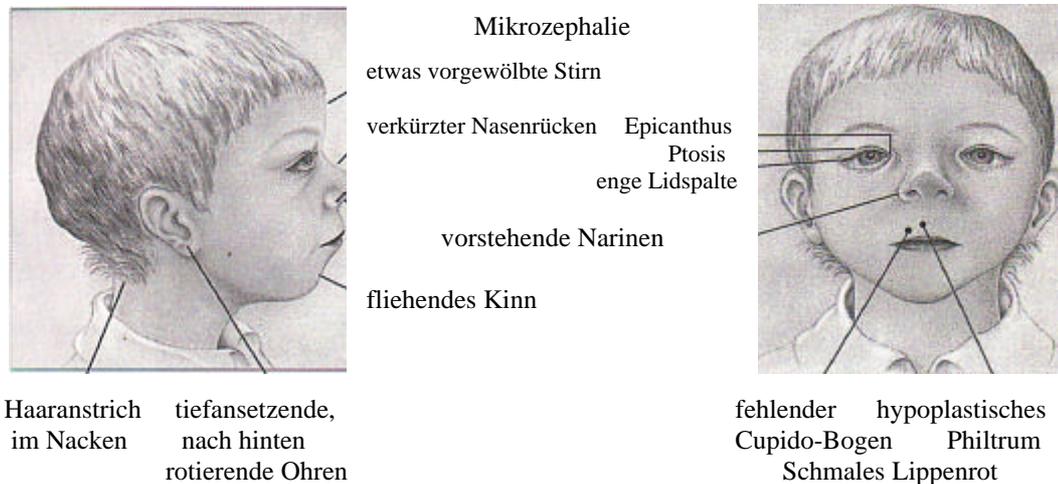


(CD-Rom FASWORLD)

3. *kraniofaziale Auffälligkeiten* (Gesichtsauffälligkeiten)

Erläuterung: Die auffälligsten Veränderungen, am Kopf bzw. am Gesicht deutlich erkennbar, sind: ein zu kleiner Kopf (Mikrozephalie), ein verkürzter Nasenrücken,

ein schmales Oberlippenrot, ein hypoplastisches Philtrum (unterentwickeltes Grübchen in der Oberlippe) und eine schmale Oberlippe (vgl. Spohr, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 1997, S. 794).



(Löser, 1995, S. 37)

4.5.2 Das Herz

Laut Löser leiden, wenn man alle Schweregrade zusammen betrachtet, bis zu 30% der Kinder mit AE unter einem Herzfehler (vgl. Löser, 1995, S. 40). Eine genaue Untersuchung von 216 Kindern mit nachgewiesener Alkoholembryopathie aller Schweregrade ergab bei 63 Kindern angeborene Herzfehler. Löser belegt mit dieser Untersuchung, nachdem die Kinder entsprechend dem Schweregrad eingeteilt wurden, dass Herzfehler überwiegend bei hochgradig betroffenen Kindern auftreten:

Alkoholembryopathie I: 21 % (13 Kinder)

Alkoholembryopathie II: 38 % (24 Kinder)

Alkoholembryopathie III: 41 % (26 Kinder)

(Löser, 1995, S. 41)

Untersuchungen von Majewski ergeben, dass sogar bei 60 % der Kinder mit AE III Herzfehler zu beobachten sind (vgl. Majewski, 1987, S. 116).

4.5.3 Das Skelett

Körperliche Fehlbildungen treten bei 80% der Kinder mit FAS auf. Am auffälligsten sind Fehlbildungen an Händen und Armen. Dies fand Schubert (1988) in einer Langzeituntersuchung (1977-1986) bei 88 Kindern mit einer Alkoholembryopathie heraus (vgl. Löser, 1995, S. 47). Demnach treten an den Armen am häufigsten Supinationshemmungen (Hemmung bei der Aufwärtsdrehung der Hand und des Vorderarms) und radioulnare Synostosen (Knöcherne Verbindung zw. zwei oder mehreren Knochen) auf. Ungewöhnlich oft beobachtete Schubert schwere und leichte Formen der Skoliose. Ein sehr typisches Bild ist der verkürzte und gebeugte Kleinfinger an beiden Händen.

Die Fehlbildungen bei betroffenen Menschen äußern sich allerdings zu individuell, als dass ein charakteristisches Fehlbildungsmuster der Alkoholembryopathie ermittelt werden kann (vgl. Drozella, o.J., S. 27, in: CD-Rom FASWORLD).

4.6 Verhaltensauffälligkeiten

Es konnte bis heute nicht festgestellt werden, ob spezifische Verhaltensmuster bei Kindern mit einer Alkoholschädigung bestehen. Die Kinder mit FAS/ FAE weisen kaum ähnliche Verhaltensmuster auf. Viele Verhaltensweisen sind auf hirnorganische Schädigungen zurückzuführen.

Eltern bzw. Pflege- oder Adoptiveltern und Ärzte kämpfen oft gegen Verweigerung der Nahrungsaufnahme, Schlafstörungen, Wahrnehmungsstörung und Distanzlosigkeit gegenüber der sozialen Umwelt (siehe 5.).

4.6.1. Ess- und Schluckbeschwerden

Am frühesten wird eine Ess-, Saug- und Schluckstörung deutlich, die in den ersten beiden Lebensjahren auftritt. Martin, D.C., Martin, J.C., Streissguth, A.-P. und

Lund, C.A. (1979) äußerten sich zu den Ess- und Schluckstörung in einem Werk von Löser folgendermaßen: „Es besteht eine angeborene muskuläre Saugschwäche der Mund- und Schlundmuskulatur. Für das eigentümliche Verweigern des Schluckaktes gibt es bisher keine sichere pathophysiologische Erklärung“ (Löser, 1995, S. 69). Auffällig für Kinder mit FAS/ FAE ist es, lange auf der Nahrung (besonders wenn es sich um feste Nahrung handelt) herum zu kauen. Deshalb bevorzugen viele Kinder mit FAS pürierte oder flüssige Nahrung. Die Schwierigkeiten des Fütterns betreffen hauptsächlich die Eltern bzw. die Pflege- und Adoptiveltern. Der Grund dafür hängt mit der Nahrungsverweigerung zusammen, die häufig bei Säuglingen mit FAS zu beobachten ist. Die Möglichkeit, die Nahrung in pürierter oder gar in flüssiger Form zu verabreichen, erleichtert sowohl den Kindern als auch den Eltern bzw. Pflege- oder Adoptiveltern das Essen bzw. das Füttern. In Ausnahmefällen müssen betroffene Kinder allerdings künstlich ernährt werden, um ihr Überleben zu sichern.

4.6.2. Schlaf-Wach-Rhythmus

Kinder mit FAS/ FAE haben ein unausgeglichenes Schlafbedürfnis und weisen enorme Einschlafschwierigkeiten auf. Es kann durchaus sein, dass diese Kinder kaum schlafen oder nur in kurzen Abständen zur Ruhe kommen. Oft lassen sie sich schon durch das leiseste Geräusch wecken. Die Kinder selbst leiden selten darunter, dass sie wenig Schlaf bekommen und sind am nächsten Tag meist ausgeruht und fröhlich. Die Überlegung, dem betroffenen Kind ein Schlafmittel zu geben, damit es durchschläft, ist nicht von Vorteil. Schlafmittel für Kinder mit FAS/ FAE sind hochwirksame Medikamente, die das Gehirn soweit dämpfen, dass die Traumphasen entfallen. Dieser Schlaf ist nicht erholsam, und die Kinder sind am nächsten Tag noch benommen (vgl. vom Knappen, Thater, Löser, o.J., S. 7, in: CD-Rom FASWORLD).

4.6.3. Konzentrationsschwäche und Lernverhalten

Durch die Hirnschädigung sind die Aufnahmefähigkeit und die Konzentrationsfähigkeit eindeutig verkürzt und es kann schnell zur Ablenkbarkeit kommen. Die Konzentration und Aufmerksamkeit ist zudem vielfach durch einen gesteigerten Bewegungsdrang (Hyperaktivität) erschwert. Kinder mit FAS/ FAE haben Schwierigkeiten im logischen und problemlösenden Denken. Teilweise ist es ihnen nicht möglich, abstrakt zu denken oder Sinnzusammenhänge zu durchdringen. Durch die Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses muss Erlerntes oft wiederholt werden, da es nicht abgespeichert, sondern in der Regel rasch vergessen wird (vgl. Löser, 1995, S. 61ff). All diese Einschränkungen führen zu Lernschwierigkeiten in der Schule, aber auch im allgemeinen Leben.

4.6.4. Soziales Verhalten

Das Grundgefühl von Kindern mit FAS/ FAE ist allgemein vergnügt, aufgeschlossen und munter. Durch die Hirnschädigung und Hyperaktivität können Handlungen undurchdacht, überstürzt und planlos auftreten, sodass das betroffene Kind ungewollt zu dissozialem Verhalten neigt. Zu aggressiven Neigungen kommt es allerdings selten. Die Folge ist oftmals die Distanzierung seitens Gleichaltriger, die sich wegen der starken Ablenkbarkeit und der Lautheit gestört fühlen. Vielfach kommt es zu ungewollter Isolation in der Schule oder bereits im Kindergartenalter. Erwachsene fühlen sich ebenfalls durch Distanzlosigkeit und durch stereotype Fragen gestört. Kinder mit FAS/ FAE können oft nicht zwischen Privatem und Allgemeinem trennen und sprechen ihre Fragen oder Beobachtungen direkt aus. Das unbedachte Verhalten, ohne Angst Fremden gegenüber, kann zu sozialen Problemen und sogar zu gefährlichen Situationen führen (vgl. Löser, 1995, S. 67).

4.7 Schwierigkeiten der Diagnosestellung

Es gibt drei markante Schwierigkeiten der Diagnosestellung von FAS/ FAE:

1. *Typische Merkmale des Gesichts von FAS Kindern sind kurz nach der Entbindung nicht sofort zu erkennen*

Erläuterungen: Bei schwergradig betroffenen Säuglingen (AE III) ist eine Alkoholschädigung relativ eindeutig und schnell an den Gesichtsanomalien und an der Dystrophie zu erkennen. In Ausnahmefällen kann dem Geburtshelfer sogar auffallen, dass das Fruchtwasser nach Alkohol riecht (vgl. Drozella, o.J., S. 34, in: CD-Rom FASWORLD). Unter Punkt 4.3 wird anhand der Schweregradbestimmung nach Majewski deutlich, dass nicht unbedingt eine Früherkennung von FAS/ FAE gestellt werden kann, sondern dass diese sehr stark vom Schweregrad der Schädigung abhängt. Säuglingen, die den Schweregraden II oder I (nach Majewski) zugeordnet werden können, sieht man die Gesichtsanomalien kurz nach der Entbindung nicht unbedingt an. Auffällig kann höchstens die Mikrozephalie und die allgemeine Dystrophie sein. Um jedoch sicher zu stellen, ob es sich um eine Alkoholschädigung handelt, sollten eine ausführliche Anamnese der Mutter und eine sorgfältige Ganzkörperuntersuchung des Kindes durchgeführt werden.

2. *Alkoholeffekte*

Erläuterungen: Bei Alkoholeffekten wird überwiegend von zerebralen (Teil-) Leistungsstörungen gesprochen. In seltenen Fällen werden körperliche Merkmale wie z.B. Gesichtsanomalien sichtbar. Verhaltensauffälligkeiten eines Kindes mit FAE werden oftmals erst im Schulalltag aufgrund von Zappeligkeit, Ablenkbarkeit und Lernverzögerung sichtbar. Um FAE vor der Einschulung feststellen zu können, bedarf es zeitaufwändiger Untersuchungen, bei denen eine aktive Mitarbeit der Kinder erforderlich ist. Diese ist jedoch in jungen Jahren noch nicht zu erwarten.

3. *Verwachsungen und deren Zurückbildung im Jugendalter*

Erläuterungen: Die allgemeine Entwicklung hängt u.a. vom sozialen Umfeld des Kindes ab. Gute Förderbedingungen und ein angemessenes familiäres Umfeld können sich positiv auf das weitere Leben und die Entwicklung eines Menschen mit FAS/ FAE auswirken. In der Pubertät bilden sich einige kraniofaziale

Veränderungen zurück. Nach Aussagen von Löser verbleiben jedoch in vielen Fällen: „Augenanomalien, die kurzen Lidspalten und die Abflachung des Mittelgesichts. Charakteristisch bleiben das hypoplastische Philtrum, die dünnen Lippen, das Lippenrot, der Cupido-Bogen, die Ohranomalien und Haarveränderungen“ (Löser, 1995, S. 124). Schwerbetroffene Kinder können in den seltensten Fällen ein Aufholwachstum aufweisen. Sind Menschen mit FAS/FAE im Kindesalter meist klein und dürr, können Mädchen in der Pubertät an Gewicht zunehmen und eine rundliche Figur annehmen.

Wird eine frühe oder eindeutige Diagnose gestellt, ist es am ehesten möglich, Organfehlbildungen, Minor- und Majoranomalien operativ zu korrigieren. Hierbei handelt es sich u.a. um Herzfehlbildungen, Fehlstellungen der Gliedmaßen, Nieren- und Augenfehlbildungen (vgl. Ubrig, 2000, S. 26f). Bei Hirnleistungsstörungen und der alkoholbedingten toxischen Enzephalopathie sind fast immer polypragmatische Therapien und Förderungsmaßnahmen nötig.

5. Fallstudie

Nachdem ich im vorherigen Kapitel das fetale Alkoholsyndrom theoretisch beschrieben habe, möchte ich in dieser Fallstudie einige Verhaltensweisen eines Mädchens (J.) mit FAS exemplarisch darstellen, die die Theorie untermauern. Dennoch ist es nicht mein Ziel, die Verhaltensweisen von J. oder J. als Person negativ darzustellen. Ich möchte J. als ein Mädchen gesehen wissen, das mit ihrer Beeinträchtigung lebt und ein glückliches Leben in ihrem sozialen Umfeld führt. Da J. in einer Pflegefamilie lebt, wird die Fallstudie durch Aussagen der Pflegemutter Frau B. ergänzt.²

Seit zwei Jahren betreue ich in meiner Freizeit J. Durch diese Begegnungen ist es mir ein Bedürfnis gewesen, mich mit dem Thema intensiver zu befassen. Um das Mädchen J. noch genauer kennen zu lernen, absolvierte ich mein Hauptpraktikum in ihrer Schulklasse und zu Hause in ihrer Familie.

² Das gesamte Interview mit Frau B. ist im Anhang nachzulesen.

In Verlauf der Fallstudie soll auf drei bedeutende Lebensbereiche von J. eingegangen werden, und es sollen aus diesen exemplarische Beispiele erläutert werden. Als Erstes wird das Leben von J. im vertrauten, familiären bzw. häuslichen Bereich, anschließend in der Freizeit und zum Schluss in der Schule dargestellt.

Im Alter von zehn Monaten kam J. in die Pflegefamilie B. und ist seitdem als Familienmitglied fest in die Familie integriert. Frau B. ist ausgebildete Sozialpädagogin und Herr B. ist als Versicherungskaufmann tätig. Neben dem leiblichen Sohn haben sie sich dazu entschlossen, zwei Kinder mit geistiger Behinderung in die Familie aufzunehmen. Sie haben den Jungen M. mit Down-Syndrom und kurze Zeit später J. zu sich geholt. Da Frau B. im pädagogischen Bereich tätig ist, weiß sie, worauf es grundsätzlich bei der Erziehung von J. und M. ankommt. Sie gibt ihnen im Alltag feste Strukturen vor, an denen sie sich orientieren können und müssen. Herr und Frau B. achten auf eine ideale physische und psychische Entwicklung und Förderung der beiden Kinder. Bevor J. zu Familie B. kam, wuchs sie bei ihren leiblichen Eltern und für kurze Zeit in einem Kinderheim auf. Direkt nach der Geburt wurde J. in einem Brutkasten medizinisch versorgt, da sie als Frühgeburt zur Welt kam. Nachdem die Ärzte entschieden, dass ihr Gesundheitszustand stabil genug sei, wurde sie zu ihren leiblichen Eltern entlassen. Die ersten Lebensmonate gestalteten sich sehr schwierig. In kurzen Abständen musste sie zwei Mal ins Krankenhaus. Das erste Mal wurde ein Leistenbruch festgestellt, mit dem sie längere Zeit im Krankenhaus lag und der zweite Aufenthalt ging auf eine starke Lungenentzündung zurück. Nach ihrer Genesung wurde sie jeweils wieder nach Hause zu ihren leiblichen Eltern entlassen. Die Nahrungsverweigerung und das fortwährende Schreien von J. überforderten die leiblichen Eltern. Laut Aussage des Pflegevaters setzte sich das Jugendamt sehr stark für die Inpflegegabe von J. ein, da beide leiblichen Elternteile zu jener Zeit stark alkoholabhängig waren und den Anschein machten, der Situation nicht gewachsen zu sein. Zum Zeitpunkt der Inpflegegabe war J. verwahrlost und komplett unterernährt. Übergangsweise wurde J. sechs Wochen in einem Kinderheim untergebracht, bis eine Pflegefamilie gefunden wurde.

Anschließend wurde J. in der Pflegefamilie B. aufgenommen. Zu Anfang gestaltete sich die Zeit mit J. als sehr mühsam. Frau B. berichtet im Interview: *„Sie hat fast nur geschrieen. Also wenn sie Kraft hatte, hat sie geschrieen. Und sonst hat sie halt so gedämmert. Nachts hat sie auch stundenlang geschrieen [...] Sie hat ganz wenig geschlafen und war überwach. Nervös, kaltschweißig wie jemand, der abhängig ist. Jemand der Drogen nahm“* (Interview mit Frau B. vom 10.02.2003, S. 120ff). J. verweigerte jede Art von Nahrung. Mit Zwang und unermesslicher Geduld haben Herr und Frau B. ihr Nahrung ‚einflößen‘ können, die sie oftmals jedoch wieder ausspuckte. Sie stellten fest, dass bei J. eine orale Schädigung vorhanden war. Dadurch, dass die Pflegeeltern J. förmlich dazu gezwungen haben, regelmäßig und ausreichend zu essen, haben sie erreicht, dass J. heute den Umständen entsprechend physisch gut entwickelt ist. Für J. ist Essen mittlerweile zur Normalität geworden und sie weiß, dass sie essen muss. Frau B. erzählt, dass J. auch das Sprechen verweigert hat. Sie hat sich überwiegend durch Zeigen oder Hinstrecken zu den jeweiligen Gegenständen verständigt. Das Sprechen hat J. letztendlich über ihren Pflegebruder M. gelernt. Von jeher haben Herr und Frau B. bei J. autistisches Verhalten beobachtet. Als Kleinkind war es ihre Lieblingsbeschäftigung, Räder von Fahrzeugen zu drehen. Dabei richtete sich ihre gesamte Aufmerksamkeit auf das unendliche Rotieren der Räder. Frau B. beschreibt die Art des Verhaltens folgendermaßen: *„Diese Unendlichkeit, bis hin zu leichten Absenzen“* (Interview mit Frau B. vom 10.02.2003, S. 123). Auf die Frage, ob J. zu Hyperaktivität neigt, antwortet Frau B.: *„Ja, Rastlosigkeit und Unruhe. Als Säugling hat sie ständig alles runtergerissen, hat sich unter die Matratze gewöhlt. Es war kein Bleiben-Können in einer Situation. Auch nicht auf dem Arm oder auf dem Schoß. Immer irgendwie Abstoßbewegung. Kein Kontakt haben wollen. Immer und überall war dieses Schieben und Geräusche erzeugen und ‚Klickern‘ und ‚Klackern‘. Das löste bei ihr Emotionen aus und dann lachte sie immer“* (Interview mit Frau B. vom 10.02.2003, S. 123). Im späten Kindesalter hat dieses Verhalten jedoch nachgelassen und J. sucht mittlerweile den Kontakt und die Nähe zu nahestehenden und ihr wichtigen Personen. Trotz leichter Ablenkbarkeit ist J. bemüht, sich ausdauernd und konzentriert mit einer Sache zu beschäftigen. Frau B. berichtete im Interview, dass J. äußerst musikalisch ist.

Wenn sie singt, kommt sie vollkommen aus sich heraus. Sie merkt sich ganze Passagen eines Liedes und spricht die einzelnen Wörter klar und deutlich aus. Allerdings singt J. am liebsten, wenn sie sich unbeobachtet fühlt. Betritt jemand den Raum, verstummt sie meist wieder. Im Interview wird deutlich, dass J. ausschließlich durch den Einsatz der Pflegeeltern einen enormen Entwicklungsfortschritt gemacht hat.

Neben den Berichten der Pflegeeltern möchte ich meine Eindrücke über J.s Verhalten mit einbeziehen. Ein bis zwei Mal in der Woche besuche ich Familie B. und betreue die Pflegekinder J. und M. für mehrere Stunden. Mir fielen insbesondere im freien Spiel markante Verhaltensweisen auf. Wenn J. z.B. unbeaufsichtigt ist, gibt sie sich meist völlig gelöst und frei. Kommt jedoch eine Bezugsperson hinzu, begibt sie sich umgehend und vollkommen bewusst in Unselbständigkeit. Hierzu möchte ich ein Beispiel aus einer Situation geben, die ich bereits mehrfach beobachtet habe. Wenn J. sich unbeobachtet in einem Raum aufhält, habe ich oftmals hören können, wie sie vollständige und verständliche Sätze spricht. Ab und zu spricht sie sogar ganze Monologe oder unterhält sich mit ihrem Bruder M. Hat sie allerdings das Gefühl, beobachtet zu werden, verstummt sie schlagartig oder verfällt in die gewohnten Ein-Wort-Sätze, die sie auch im Gespräch mit Erwachsenen verwendet. Die Sprachentwicklung von J. ist zwar eindeutig verzögert, dennoch nutzt sie die Situation aus, da sie sich dessen bewusst ist, dass ihr Gegenüber das Verhalten akzeptiert. Ein sehr stereotypes Verhalten fiel mir beim Spielen mit Spielzeugautos auf. Mit dieser Beschäftigung kann J. ihren ganzen Nachmittag gestalten. Ohne sich von der Umwelt ablenken zu lassen, schiebt sie pausenlos eine lange Autoschlange Stück für Stück voran. Eine sehr monoton wirkende Tätigkeit, die J. aber fesselt. Dieses Verhalten lässt auf autistische Züge bei J. schließen. Ann Gibson, Pflegemutter und stellvertretende Vorsitzende des Vereins FASWORLD in Deutschland, berichtet, dass autistische Züge als ein Teil des Syndroms zu sehen sind und häufiger bei Menschen mit FAS zu beobachten sind, als in der übrigen Bevölkerung (Email von Ann Gibson vom 08.02.2003, S. 119).³ Erst nach beschwerlicher Hinführung

³ Die gesamte Email mit Frau Gibson ist im Anhang nachzulesen.

durch die Pflegeeltern hat J. gelernt, mit Puppen zu spielen. Ihr gelingt es im Spiel, eine ‚Mutter-Kind-Beziehung‘ aufzubauen. Sowohl die Lehrer von J. als auch ich haben aggressives Verhalten beobachten können, das J. hauptsächlich an ihrer Puppe auslöst, die sie im Grunde aber gerne mag. Aus nicht erkennbarem Grund beißt J. ihrer Puppe mitunter in die Arme oder in die Beine. Es ist zu vermuten, dass sie auf diese Art und Weise Aggressionen los wird, die sich in ihr aufstauen. Aggressionen sind ein Zeichen von Frustration, mit der Kinder mit FAS nicht gut umgehen können und z.B. Gegenstände zerstören. In Einzelfällen kann es sogar zur Tötung kleiner Tierbabys kommen (Email von Ann Gibson vom 08.02.2003, S. 118). Verwunderlich erscheint hingegen, dass J. Gefallen an echten Babys oder Kleinkindern hat, sich an ihrer Babypuppe jedoch vergreift.

In meinem Hauptpraktikum habe ich J. in der Schule und ein Mal pro Woche nachmittags außerhalb ihrer gewohnten Umgebung betreut. Diese Situation sollte der Beobachtung von J.s Sozialverhalten fremden Menschen und Lebenssituationen gegenüber dienen. Neben diversen Aktivitäten haben wir gemeinsam die Stadtbücherei Kiel besucht. Zu Beginn habe ich J. ein Buch vorgelesen, dessen Inhalt ihr durchaus geläufig war. J. fiel das Zuhören äußerst schwer, da die Ereignisse um sie herum sie ständig ablenkten. Es war nicht möglich, ihre Konzentration auf die Geschichte zu fokussieren. Die Ablenkbarkeit durch äußere Einflüsse ist vermutlich auf die beim FAS bekannte Störung des Zentralen Nervensystems zurückzuführen (vgl. 4.5.1) und gehäuft bei Kindern mit FAS zu beobachten. Eine wegen der Störung des ZNS auftretende Hirnfunktionsstörung verursacht bei diesen Kindern Konzentrationsschwächen. Eine zusätzliche Folge ist die verkürzte Aufnahmefähigkeit des Gehörten. J.s Interesse für die Computer, auf denen Kinderspiele installiert waren, überwog. Ohne Scheu setzte sie sich an einen und betrachtete das Geschehen auf dem Bildschirm. Die Spiele auf dem Computer, die per Maus gesteuert wurden, forderten Geschicklichkeit und Schnelligkeit. Wegen einer Hypoplasie der Endphalangen und der Verkürzung der Zeigefinger ist es J. nicht möglich, die Maus vollkommen zu umschließen und zudem die Knöpfe zu betätigen. Zusätzlich erschwert eine Supinationshemmung (vgl. 4.5.3) die unbegrenzte

Bewegung der Arme und Hände. Bei den aufgeführten Beeinträchtigungen handelt es sich um markante Fehlbildungen des Skeletts. Die Kurzfingerigkeit ist laut Schubert häufig bei Menschen mit FAS festzustellen (siehe 4.5.3). J. war es kaum möglich der Geschwindigkeit der Bilder auf dem Monitor zu folgen. Die visuelle Wahrnehmung des Bildes und der gleichzeitig auszuführende Knopfdruck der Maus, um im Spiel fortfahren zu können, waren für sie nicht realisierbar. Ärzte sprechen in diesem Fall von einer verkürzten Reaktionszeit die, wie bei der Konzentrationsschwäche, auf die Hirnfunktionsstörung zurückzuführen ist. Obgleich J. die Spiele auf dem Computer nicht erfolgreich beenden konnte, zeigte sie ein starkes Interesse und Ausdauer. Wieder in ihrer gewohnten Umgebung angekommen, fing J. unverzüglich an mit ihren vertrauten Spielsachen zu spielen. Ihrem Gesicht war ein Ausdruck innerer Ruhe und Zufriedenheit zu entnehmen.

J. besuchte z.Zt. meines Hauptpraktikums (Schuljahr 2001/2002) die Unterstufe 2 einer Schule für Geistigbehinderte. Dort habe ich J. in ihrer Klasse besucht und im Unterricht mitgearbeitet. Auf diese Weise konnte ich neben ihrem familiärem und außerschulischem Verhalten mit erleben, wie sie sich in der Schule gibt. J. wird von der Klassengemeinschaft akzeptiert und ist in diese integriert. Während meiner Beobachtungen sind mir Verhaltensweisen im freien Spiel, im morgendlichen Stuhlkreis und bei auszuführenden Aufgaben aufgefallen. Im freien Spiel äußern sich die Probleme durch mangelnde Selbständigkeit und der Schwierigkeit, eigene Ideen einzubringen. Erfahrungsgemäß muss sie von den Klassenkameraden zum Spielen angeregt werden. Im Rollenspiel wird ihr von einem anderen Kind eine Rolle zugewiesen, da es J. nicht gelingt, eigene Ideen zu entwickeln, sich selbständig in eine Rolle zu versetzen und diese im Spiel ebenso realistisch wiederzugeben. Im Stuhlkreis, der jeden Morgen zur Einführung des Schultages stattfindet, bringt sich J. selten ein. Jeden Morgen wird nach dem jeweiligen Wochentag gefragt, um den Schülern diese beizubringen. J. gelingt es erst nach direkter Aufforderung und mit Unterstützung der Lehrkraft den Wochentag zu nennen. Meistens antwortet sie in Ein-Wort-Sätzen, spielt beim Reden mit den Händen vor dem Mund und rutscht unruhig auf dem Stuhl hin und her. Das Verhalten von J. im freien Spiel und im Stuhlkreis ist vermutlich

ebenfalls auf die Störung des Zentralen Nervensystems zurückzuführen, die zudem eine Beeinträchtigung des logischen Denkens nach sich zieht (vgl. 4.6.3). Die Schwierigkeit für J., den gewünschten Wochentag in ihrem Wortschatz zu ‚finden‘ und diesen dem Lehrer zu nennen, erklärt sich anhand der mangelnden Fähigkeit Sinnzusammenhänge zu begreifen. Zusätzlich erschwert eine Sprachentwicklungsverzögerung das Beantworten der gestellten Frage. Eine emotionale Belastung oder vom Kind gewünschte Konzentration und Lernmotivation wird rasch mit Verweigerung erwidert. Spohr beschreibt diese Eigenart folgendermaßen: „Sie fallen dann gern in frühkindliche Muster zurück, in Verhaltensweisen, die ihnen ihr zierliches Äußeres noch erleichtert“ (Spohr, 1991, S. 298). Des weiteren veranschaulicht die folgende Situation aus J.s Schulalltag die Schwierigkeit, Sinnzusammenhänge zu erkennen, sehr deutlich. J. erfasst die im Stuhlkreis vorgestellte Aufgabe, die im nächsten Moment am eigenen Platz ausgeführt werden soll, sehr gut. Sobald sie ihren Platz, den Arbeitsbogen vor sich liegend, eingenommen hat, ist die Aufgabenstellung für sie aber nicht mehr präsent. Sie kann ferner den Ablauf der Arbeit, die von den anderen Klassenkameraden um sie herum durchgeführt wird, nicht sinngemäß erfassen. Die Aufgabe muss J. erneut erklärt werden. Durchdrungene Aufgaben führt sie allerdings äußerst gewissenhaft und erstaunlich ausdauernd durch. Die Unaufmerksamkeit in Verbindung mit Unruhe und Hyperaktivität ist bei Kindern mit FAS ein ausgesprochen häufig zu beobachtendes Verhalten. Bei einigen Kindern ist es sehr stark ausgeprägt. Wie bereits angesprochen, weist J. in manchen Bereichen Ausdauer und Konzentration auf. Dieses zeigt sich z.B. bei Gemeinschafts- und Brettspielen. J. ist es möglich, die Dauer eines Spiels am Platz sitzen zu bleiben und dem Spiel zu folgen. Erstaunlicherweise begreift sie Spielregeln sehr schnell und kann sich diese in der Regel fortlaufend gut merken. Trotz vereinzelter Schwierigkeiten bringt sich J. im Schulalltag zufriedenstellend ein und trägt durch ihr sehr gutes Sozialverhalten zu einem guten Klassenklima bei.

An dieser Stelle möchte ich mit der Beschreibung der bereits oben genannten Lebenssituationen von J. (Familie, Freizeitbereich und Schule) schließen. Ich bin

mir dessen bewusst, die Vielfältigkeit des Lebens von J. nicht abschließend betrachten zu können.

6. Prävention

Nachdem das fetale Alkoholsyndrom ausführlich betrachtet wurde, möchte ich in diesem Kapitel die Möglichkeiten der Prävention aufzeigen, da das Ziel dieser Arbeit u.a. darin besteht, Wege darzulegen, die Behinderung FAS/ FAE zu vermeiden. In dem vorliegenden Kapitel geht es zunächst um allgemeine Aspekte der Prävention, die im weiteren Verlauf der Arbeit konkretisiert werden (vgl. 7.).

Hüllinghorst spricht in seinem Bericht „Erst Werbung für Suchtmittel - dann Konsumreduzierung durch Prävention?“ von einem Widerspruch, den es aufzulösen gilt: „Wir sagen unseren und den uns anvertrauten Kindern, dass (zuviel) Alkohol- und Tabakkonsum schädlich sind. Gesellschaftlich tun wir aber so, als ob es sich bei Alkohol, Tabak und auch bei Medikamenten um harmlose Konsumgüter bzw. selbstverständliche Lebensmittel und Muntermacher handeln würde“ (Hüllinghorst, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1994, S. 22). Um dieses Irrdenken widerlegen zu können, muss die Suchtpräventionspolitik, wie Schmidt und Hurrelmann es im Sinne der WHO formulieren, in ein übergreifendes psychosoziales, kulturelles, ökologisches, ökonomisches und politisches Netz eingebettet werden (Schmidt/ Hurrelmann, 2000, S. 20).

Der lateinische Begriff ‚praevenire‘, ‚praeventum‘, später Prävention, bedeutet ‚einer Sache zuvorkommen‘. Er wurde zunächst als rechtswissenschaftlicher Begriff zur Verhütung von Straftaten verwendet und wird erst seit dem Existieren der Bundesrepublik Deutschland hierzulande als Ausdruck für Krankheitsvorbeugung und -verhütung benutzt. In der Medizin erklärte man den Begriff ‚Prävention‘ folgendermaßen: „Einer konkreten Erkrankung oder auch nur dem Risiko zu erkranken oder aber einer Verschlimmerung des schon bestehenden Leidens vorbeugen“ (Schipperges, in: Allhoff/ Flatten/ Laaser, 1997,

S. 3). Die Prävention in Bezug auf die Sucht muss sich aus heutiger Sicht einerseits suchtmittelunspezifisch, das heißt sich ganz allgemein auf die Förderung von Lebenskompetenzen beziehen, andererseits aber zugleich auch suchtmittelspezifisch sein und das Ziel vor Augen haben, den Suchtmittelgebrauch zu verhindern (vgl. Stimmer/ Müller-Teusler, 1999, S. 102).

6.1 Geschichte der Prävention

Die Wurzeln der Prävention sind zurückzuführen auf die Forderung der sozialhygienischen Ordnung der äußeren Verhältnisse, die Ende des 18. *Jahrhunderts* von Johann Peter Frank (Mediziner und einer der Begründer des öffentlichen Gesundheitswesens) gefordert wurde. Nach der bakteriologischen Entdeckung von Robert Koch (Arzt und Bakteriologe 1843-1910), befasste sich die Hygiene nicht ausschließlich mit der Frage der Krankheitsverhütung, sondern ebenso mit den Grundgedanken, wie Körper und Geist kräftiger und leistungsfähiger gestaltet werden können (vgl. Stöckel/ Walter, in: Stöckel/ Walter, 2002, S. 274). Den sozialpolitischen Ansätzen während des *zweiten Deutschen Kaiserreiches* (1871-1918) ging die im Zuge der Revolution 1848/49 von Vertretern einer „medizinischen Reform“ gestellte Forderung an die Staatsführungen, die Gesundheit der Bürger aktiv zu schützen, voraus (vgl. Stöckel/ Walter, in: Stöckel/ Walter, 2002, S. 376f). Zur Zeit der *Weimarer Republik* (1919-1933) führte das Ziel eines umfassenden Umgangs mit Krankheiten zu einer stärkeren Ausrichtung und Institutionalisierung der Prävention. Charakteristisch war die Differenzierung in zielgruppenspezifische Fürsorgezweige. Zugleich verschob sich der Schwerpunkt der präventiven Arbeit von der sozialen auf die medizinische Perspektive (Stöckel/ Walter, in: Stöckel/ Walter, 2002, S. 277). Der *Nationalsozialismus* (1933-1945) sorgte für eine ausschlaggebende Kehrtwendung in der Präventionspolitik. Im Vordergrund stand nun eine verstärkte soziale Unterstützung ausschließlich für die ‚erbgesunde Familie‘. Die Erhaltung der Gesundheit war Pflicht und war Beitrag zum ‚gesunden Volkkörper‘ (vgl. Stöckel/ Walter, in: Stöckel/ Walter, 2002, S. 278). Die Abweichung vom eigentlichen Zweck der Prävention wird u.a. darin deutlich,

dass 1933 das ‚Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses‘ verabschiedet wurde (vgl. Stöckel/ Walter, in: Stöckel/ Walter, 2002, S. 277). Dieses Gesetz bedeutete die Selektion und Vernichtung von Kranken und Menschen mit Behinderung. Zur Zeit der *Besetzung durch die Alliierten* gelang es einzig der Sowjetischen Besatzungszone eine Erneuerung und Umstrukturierung des Gesundheitswesens durchzuführen. In kürzester Zeit haben sie an die Ansätze des Gesundheitswesens aus der Weimarer Zeit angeknüpft und eine einheitliche Sozialversicherung für beinahe die gesamte Bevölkerung aufgebaut. Die umfassende Prävention war ein wichtiges Leitbild der Gesundheitspolitik, auch in der späteren DDR. Die Bemühungen um den schnellen Aufbau einer einheitlichen Präventionspolitik auf Seiten der westlichen Alliierten blieb erfolglos (vgl. Stöckel/ Walter, in: Stöckel/ Walter, 2002, S. 278f). Dies änderte sich auch mit der *Gründung der Bundesrepublik Deutschland* (1949) kaum. Bis in die 70er Jahre konzentrierte sich die Aufklärung über den menschlichen Körper und verschiedene Krankheitsbilder auf die Ebene der Informationsvermittlung. Das Ziel der Prävention war, der Bevölkerung vor allem durch Abschreckung ein gesundheitsbewusstes Verhalten beizubringen. Mittels dieser Strategien konnten jedoch keine nachhaltigen Präventionserfolge erzielt werden. Im Gegenteil kann durch das Wecken von Neugier bei der Anwendung von Abschreckungskonzepten sogar Probierverhalten ausgelöst werden (vgl. Pott, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1994, S. 40). Mit der Verabschiedung der sogenannten Ottawa-Charta zur Stärkung der Gesundheitsförderung (WHO) im Jahre 1986 bahnte sich nach mehreren Diskussionen auch in Deutschland die Einstellung auf die Gesundheit und rethematisierte Gesundheit als soziale und ökonomische Herausforderung an (vgl. Stöckel/ Walter, in: Stöckel/ Walter, 2002, S. 282). Der Schwerpunkt der Prävention in den 80er Jahren orientierte sich an vermuteten Ursachen von Suchtverhalten. Voraussetzung des neuen Präventionskonzepts war die Risikovermeidung. Hierfür wurden zunächst die Risiken von Suchtmitteln und die entsprechenden Risikogruppen definiert, um anschließend entsprechende Präventionsstrategien zielgruppengerecht entwickeln zu können (vgl. Grundmann/ Nöcker, in: Suckfüll/ Stillger, 1999, S. 15). 1990 wurde von der Bundesregierung, den Ländern und einer Vielzahl gesellschaftlicher Gruppen der nationale

Rauschgiftbekämpfungsplan verabschiedet, um durch die Bündelung aller verfügbaren Kräfte und die Erschließung von zusätzlichen Ressourcen die Rauschgiftbekämpfung intensivieren zu können. Bei diesem Plan werden sowohl illegale als auch legale Suchtstoffe berücksichtigt (vgl. Pott, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1994, S. 38). Ende des 20. Jahrhunderts interessieren eher Fragen wie: „Was hält den Menschen gesund?“ Mit dieser Frage wird das Augenmerk insbesondere auf die personalen und sozialen Ressourcen, die Menschen gesund erhalten, gerichtet. Statt Risikofaktoren treten Schutzfaktoren wie sogenannte ‚Life-Skills‘ (Vermittlung allgemeiner sozialer Kompetenzen und Bewältigungsstrategien) in den Vordergrund. Ausgangspunkt präventiven Handelns bildet somit eine alltagsorientierte Lebenskompetenzförderung (vgl. Grundmann/ Nöcker, in: Suckfüll/ Stillger, Köln 1999).

6.2 Differenzierung und Ziele der Prävention

Der amerikanische Gemeindepsychologe Caplan hat eine Unterteilung der Prävention in Primäre, Sekundäre und Tertiäre Prävention vorgenommen. Während primäre Prävention die Verhütung und Vermeidung von Krankheitsentstehung bedeutet, setzt die sekundäre Prävention bei der Früherkennung von Krankheitsanzeichen an und behandelt diese. Die tertiäre Prävention dient der Verhütung des Rückfalls (vgl. Franz, in: Franz/ Lumpp, 2000, S. 24). Die nach Caplan entwickelte Dreiteilung soll die individuelle Zielsetzung der Prävention erleichtern.

6.2.1 Primäre Prävention

Die primäre Prävention setzt dort an, wo noch keine Krankheit aufgetreten ist. Aufgabe ist es, dem Missbrauch von Suchtmitteln und der Entstehung von Sucht vorzubeugen. Zielgruppen für die primäre Prävention sind in der Regel soziale Untergruppen wie Menschen mit erhöhtem Abhängigkeitsrisiko, Kinder und Jugendliche oder Menschen in besonderen Lebenslagen. Ausschlaggebend für ein

erhöhtes Risiko ist oftmals der problematische Umgang mit z.B. legitimierten Drogen wie Alkohol. Das Ziel der primären Prävention liegt in der Förderung der Gesundheit und in der Verhütung von Krankheiten (vgl. Funke/ Garbe, in: Fengler, 2002, S. 16; vgl. Köhler-Azara, in: Familie, Partnerschaft, Recht, 1998, S. 41; vgl. Fahrenkrug, in: Suckfüll/ Stillger, 1999, S. 37).

6.2.2 Sekundäre Prävention

Im Bereich der sekundären Prävention besteht die Aufgabe darin, den Übergang vom riskanten zum schädlichen Missbrauch und zur Abhängigkeit zu verhindern. Um die Auswirkung einer bereits existierenden Störung im Sinne einer Chronifizierung zu reduzieren, ist ein frühes Diagnostizieren und Behandeln notwendig. Zu diesem Zweck bedarf es der frühen Identifizierung von Personenkreisen, bei denen zwar bereits ein schädlicher Gebrauch von Substanzen festzustellen ist, aber noch keine manifeste Sucht bzw. Abhängigkeit vorliegt. Zielgruppen sind in erster Linie Kinder und Jugendliche (vgl. Köhler-Azara, in: Familie, Partnerschaft, Recht, 1998, S. 41; vgl. Schleifer, in: Fengler, 2002, S. 274).

6.2.3 Tertiäre Prävention

Die tertiäre Prävention richtet sich an Personen, die bereits abhängig sind. Folgeerkrankungen und Verschlimmerungen sollen verhindert werden. Ambulante Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, Selbsthilfegruppen (Anonyme Alkoholiker) sowie ambulante Rehabilitationseinrichtungen nehmen sich dieses Klientels an. Es wird versucht, mit den Betroffenen gemeinsam u.a. das Rückfallsrisiko zu verringern oder ihnen bei der Wiedereingliederung in die Gesellschaft und/ oder das Arbeitsfeld behilflich zu sein (vgl. Kapteina, in: Fengler, 2002, S. 371; vgl. Fahrenkrug, in: Suckfüll/ Stillger, 1999, S. 37).

Im Rahmen der Prävention gibt es neben den Zielsetzungen aus der Primären, Sekundären und Tertiären Prävention noch weitere Ziele. Auf einzelne soll im

laufenden Abschnitt kurz eingegangen werden. Diese können aber ergänzend betrachtet werden.

Eines der entscheidendsten Ziele hat sich u.a. während der Fachkonferenz der Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 1993 bei der Vorbereitung des Schwerpunkts ‚Prävention‘ herausgestellt und in Fachkreisen gefestigt. Einer der vier ausgearbeiteten Standpunkte dieser Konferenz spricht nämlich von der Förderung und Stärkung der Persönlichkeit, Entwicklung von Selbstvertrauen, Eigenverantwortlichkeit und sozialer Kompetenz (Hüllinghorst, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1994, S. 8). Schmidt und Hurrelmann bekräftigen dies in ihrem Buch ‚Präventive Sucht- und Drogenpolitik‘, wo es heißt: „Ziel gesundheitsfördernder Suchtprävention ist nicht länger die Reduzierung und Vermeidung von Drogengebrauch, sondern die grundsätzliche Ermöglichung und Befähigung zu einem selbstbestimmten und verantwortungsbewussten gesundheitsbewussten Leben in einer gesundheitsförderlichen Umwelt“ (Schmidt/ Hurrelmann, in: Schmidt/ Hurrelmann, 2000, S. 20).

Ein weiteres Ziel der Prävention basiert darauf, die Entwicklung zur Abhängigkeit nicht um jeden Preis verhindern zu wollen, sondern Möglichkeiten der Schadensbegrenzung zu entwickeln (vgl. Lumpp, in: Franz/ Lumpp, 2000, S. 89).

Christine Köhler-Azara, Diplom-Soziologin aus Berlin, ist zudem der Meinung, dass das Ziel der Prävention darin liegen sollte, das Schweigen über Suchtprobleme zu brechen und deutlich zu machen, dass Suchtprävention eine gesellschaftliche Aufgabe ist, die nicht nur an Experten delegiert werden kann (Köhler-Azara, 1998, S. 41).

6.3 Orte und Möglichkeiten der Prävention

Die Suchtvorbeugung ist eine Gemeinschaftsaufgabe. Damit ihre Maßnahmen wirksam werden können, bedarf es der Unterstützung diverser Gruppen und

Organisationen, die auf diesem Gebiet tätig sind (Pott, in: Stöckel/ Walter, 2002, S. 212). Nach den Grundsätzen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine langfristige konzeptionelle Vorarbeit von Nöten, damit die Maßnahmen greifen können. Daher sollte der Präventionsarbeit, egal an welchem Ort oder welcher Art, eine fundierte Theorie vorausgehen. In dieser Arbeit kann allerdings nur eine kleine Auswahl von Institutionen, Therapieansätzen und Kampagnen vorgestellt werden. Hierbei wird die Bedeutung für das in der Arbeit definierte Klientel als Grundlage genommen.

6.3.1 Institutionelle Prävention

Damit die Suchtprävention greifen kann, muss sie sich der Einrichtungen bedienen, die Kontakt zu den potenziellen Zielgruppen haben. Hierbei handelt es sich um Einrichtungen wie z.B. Fachstellen, Verbände und Schulen, um nur einige zu nennen. Des weiteren soll auf einige Arbeitsformen der genannten Einrichtungen eingegangen werden.

„Fachstellen für Suchtvorbeugung“ bestehen seit Anfang der 80er Jahre in einzelnen Bundesländern und sind oft den Trägern der Suchtkrankenhilfe angegliedert. Dem ungeachtet sind sie vermehrt auch als eingetragener Verein selbständig organisiert (vgl. Hüllinghorst, in: Schmidt/ Hurrelmann, 2000, S. 272). Die Arbeitsbereiche beziehen sich durchweg auf einzelne Arbeitsfelder der Prävention (z.B. Arbeit mit Lehrern), Beratung von Multiplikatoren, Veranstaltung von Fortbildungsmaßnahmen u.a.

Die in Deutschland größten *Verbände*, die im Bereich der Suchtprävention arbeiten, sind die *„Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren“* und die *„Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“*, zwischen denen ein arbeitsteiliges Vorgehen besteht. Demnach nimmt die DHS vorrangig sekundärpräventive Aufgaben vor, während die BZgA in erster Linie primärpräventive Ziele verfolgt (vgl. Hüllinghorst, in: Schmidt/ Hurrelmann, 2000, S. 273).

Die *Schule* deckt ein beträchtliches Aufgabenfeld der Prävention ab. Neben der Vermittlung von allgemeinem Wissen, hat die Institution Schule einen weit darüber hinausgehenden Erziehungsauftrag zu erfüllen (vgl. Franz, in: Franz/Lumpp, 2000, S. 76). Zu diesem gehört u.a. die Aufklärung über die Gefahren der Suchtentstehung im Unterricht. Die Lehrerfortbildungsinstitute der Länder unterstützen die schulischen Präventionsmaßnahmen mit umfangreichen Hilfeleistungen und Konzepten für die schulische Praxis (vgl. Hüllinghorst, in: Schmidt/ Hurrelmann, 2000 , S. 272).⁴

Es bleibt festzuhalten, dass die genannten Institutionen nicht im Bereich der Therapie arbeiten, wie sie im folgenden Abschnitt beschrieben wird.

6.3.2 Therapieansätze

Die *Kunsttherapie* ist als Anwendung der Prävention relativ untypisch, dennoch wird sie in einigen Fällen durchgeführt. Anwendungsbereiche der Kunsttherapie in der Behandlung von Suchtgefährdung und Suchterkrankung sind vor allem Alkohol- und Medikamentenprophylaxe und -therapie, Magersucht, Bulimie und Drogenprävention bzw. -therapie (vgl. Wichelhaus, in: Fengler, 2002, S. 300). Die Kunsttherapie wird überwiegend in der tertiären Prävention eingesetzt und kann im präventiven Kontext rehabilitativ, persönlichkeitsstabilisierend, konfliktlösend, sozial und kommunikativ ausgerichtet sein (vgl. Wichelhaus, in: Fengler, 2002, 304). Wichelhaus weist in der Schlussbetrachtung ihres Berichtes darauf hin, dass Kunsttherapie als präventive Maßnahme bei Suchtgefährdung in der Regel sehr positiv eingeschätzt wird. Der Grund dafür ist, dass der kunsttherapeutische Prozess und das künstlerische Produkt einen sozialen Bezugsrahmen ermöglichen, durch den Wahrnehmung und Erleben verändert werden (Wichelhaus, in: Fengler, 2002, S. 313).

Die Möglichkeit der Heilung durch *Musik* ist historisch betrachtet in jeder Epoche präsent. Kapteina bemerkt, dass Musiktherapie als gezielter Einsatz von Klängen

⁴ Nähere Ausführungen zu dem Aufgabenfeld der Schule: siehe 6.4.

und Musik in einer sich entfaltenden Beziehung zwischen Klient und Therapeut definiert werden kann: „Das Zusammenspiel hat das körperliche, geistige, soziale und emotionale Wohlergehen zum Ziel“ (Kapteina, in: Fengler, 2002, S. 367ff). Musiktherapie wird sowohl im Bereich der ambulanten als auch in der stationären Behandlung angewendet. In beiden Bereichen wird die Musik begleitend zu den Beratungsgesprächen, Beschäftigungstherapien oder Arbeitstherapien eingesetzt.

6.3.3 Kampagnen durch (Massen-)Medien

Kennzeichnend für Kampagnen, die sich mit der Prävention, bzw. Suchtprävention befassen, ist, dass sie eine Vielzahl von (Massen-)Medien verwenden, um unterschiedlichste Zielgruppen angemessen anzusprechen (vgl. Hüllinghorst, in: Schmidt/ Hurrelmann, 2000, S. 273). Unter einer massenmedialen Kampagne ist eine Reihe von Einzelmaßnahmen zu verstehen, die sich in ihrer spezifischen Zusammenstellung gegenseitig verstärken.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat eine multimediale Kampagne zur Sucht- und Drogenprävention durchgeführt, die sich speziell an Eltern, zugleich aber auch an Lehrer und Erzieher richtet. Diese am weitesten verbreitete massenkommunikative Kampagne hat den Titel „Kinder stark machen“ und erschien erstmals im Jahre 1991 (vgl. Mersen-Storz/ Nöckert, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1994, S. 51). Ihre wichtigsten Elemente sind Anzeigenmotive, TV- und Kinowerbung, diverse Broschüren und Fortbildungsmaterialien für Multiplikatoren und Endzielgruppen (Hüllinghorst, in: Schmidt/ Hurrelmann, 2000, S. 274). Die Kampagne will mit Hilfe der Erwachsenen die Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen fördern. Es gilt Schutzfaktoren wie z.B. die Förderung von Eigenaktivität, von Selbständigkeit und von Selbstbewusstsein zu vermitteln. Des Weiteren sollen die Kinder und Jugendlichen lernen, Konflikte zu lösen, auf andere zuzugehen und miteinander zu kommunizieren (vgl. Pott, in: Stöckel/ Walter, 2002, S. 212f). Um der Zielgruppe die Schutzfaktoren überzeugend nahe zu bringen, ist es von immenser Bedeutung, die massenmediale Prävention handlungsorientiert zu

gestalten. Die Angesprochenen sollen zu konkreten Tätigkeiten aufgefordert und ermutigt werden – eine Methode, die viel wirksamer ist, als mit ‚erhobenem Zeigefinger‘ darauf hin zu weisen, negative und schädliche Handlungen zu unterlassen (vgl. Mersen-Storz/ Nöckert, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1994, S. 53).

Toomey und Wagenaar berichten in ihrem Artikel ‚Möglichkeiten alkoholbezogener Präventionspolitik in den USA‘ über Etiketten auf Alkoholika, die seit 1989 Warnungen über die Verbindung von Alkoholkonsum und Autofahren sowie übermäßigen Alkoholkonsum und Schwangerschaft beinhalten. Diese Etikettierung ist seit 1990 gesetzlich vorgeschrieben und soll der Reduzierung des Alkoholmissbrauchs dienen (Toomey/ Wagenaar, in: Schmidt/ Hurrelmann, 2000, S. 137). Der Versuch der ‚Aktion Sorgenkind‘, im Jahre 1990 solch eine vergleichbare Kampagne in Deutschland durchzuführen, wurde vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, mit folgender Begründung abgelehnt: Es bestünden „erhebliche Schwierigkeiten [...]“ und es gäbe eine „Etikettenrichtlinie der EG, [die, R.L.] einen solchen Hinweis weder vorsieht, noch als nationale Einzelaktivität zulässt“ (Löser, 1995, S. 137).

6.4 Aufgabenfelder der Prävention für Kinder und Jugendliche

Die Schule als Vermittlungsinstanz von Prävention ist nicht die einzige Institution, wenn es darum geht, Kinder und Jugendliche vor den Gefahren von Suchtmitteln zu schützen. Parallel setzen sich außerschulische Institutionen wie Kindergärten, Jugend- und Freizeitklubs, Sportvereine u.a. ein. In diesem Abschnitt werden überwiegend Präventionsmaßnahmen des schulischen Bereichs behandelt. Die Maßnahmen der außerschulischen Institutionen werden nur sekundär aufgeführt, da die Ansätze der Schulen und außerschulischen Kinder- und Jugendeinrichtungen in mancher Hinsicht identisch sind und gleiche bzw. ähnliche Präventionsvermittlung anwenden.

Bühringer (1994) gibt eine Übersicht über die wichtigsten primärpräventiven Ansätze und deren Wirksamkeit im Bereich der Schule. Die folgenden aufgestellten Ansätze sollen kurz erläutert werden:

Als erstes nennt er die *Informationsvermittlung*, die die älteste und am häufigsten angewendete Methode der Vermittlung von Prävention darstellt. Sie soll hauptsächlich Wissen über Suchtmittelkonsum und seine Konsequenzen vermitteln, um Einstellungen und Verhaltensweisen zu Suchtmitteln zu verändern. Drei Methoden werden hierfür angewendet: 1) die Vermittlung von sachlicher und tatsachenbezogener Information, 2) die Abschreckung und 3) personenbezogene Methoden, die vor allem den Drogenkonsumenten, seine konkrete Lebenssituation und Motive in den Vordergrund stellen. Grundlegend muss zwischen notwendiger und ‚schädlicher‘ Information unterschieden werden. Die reine Faktenvermittlung und die Abschreckungsstrategie kann ein steigendes Interesse des Konsums von Suchtmitteln nach sich ziehen. Hingegen ist die Vermittlung von negativen Effekten durchgreifender (z.B. ‚gelbe Zähne‘ als Folge des Rauchens) (vgl. Bühringer, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1994, S. 57).

Das Konzept der *affektiven Erziehung* beschäftigt sich hauptsächlich mit der Persönlichkeit, den Fähigkeiten und den Gefühlen des Schülers. Ziel der affektiven Erziehung ist die Stärkung des Selbstwertgefühls, die Klärung der persönlichen Werte, das Erkennen und Ausdrücken von Gefühlen, die Förderung verantwortlichen Entscheidens sowie Stressmanagement. Evaluationsergebnisse dieses Ansatzes haben jedoch keine Reduzierung des Suchtmittelgebrauchs nachweisen können. Stattdessen kommt es vereinzelt zu negativen ‚Bumerang‘-Effekten, die eine Erhöhung der Erstkonsumraten verursacht (Ebd., S. 57).

Der Ansatz der *sozialen Beeinflussung* basiert in erster Linie auf Banduras ‚Social Learning Theory‘, bei der es sich zentral um die Hypothese handelt, Verhalten als Resultat seiner positiven und negativen Konsequenzen allmählich zu erwerben und aus zu formen. Die Umwelt (Eltern, Geschwister, Peers) dient als Nachahmungsmodell, die die Möglichkeiten der angebrachten und

unangebrachten Verhaltensweisen und deren Konsequenzen liefert. Die in diesem Aspekt angewandte situationsorientierte Intervention beschäftigt sich überwiegend mit kompliziertem Verhalten und äußeren Gesichtspunkten der Beeinflussung. Mit Hilfe des Rollenspiels, sozialer Verstärkung und Einbeziehung von älteren und gleichaltrigen ‚peer leaders‘ werden Maßnahmen gegen problematisches Verhalten und die negative Beeinflussung der Umwelt in jeweiligen Programmen behandelt und trainiert. Eine Reihe von Studien, in denen diese Programme angewendet wurden, weisen zumindest eine Reduzierung des Rauchens auf (vgl. Bühringer, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1994, S. 58).

Auf der Grundlage von Methoden aus der Verhaltenstherapie basiert der nächste Präventionsansatz: die *Vermittlung allgemeiner Bewältigungsfertigkeiten*. Der Schwerpunkt wird überwiegend auf die konkrete Entwicklung bzw. auf die Veränderung von Verhaltensweisen gelegt. Der auf diesem Gebiet angewandte Aspekt ist der sogenannte ‚Life-Skills-Ansatz‘. Ziel ist es, Kindern und Jugendlichen die Fähigkeit zu vermitteln, mit bestimmten sozialen Einflüssen umzugehen, oder ihnen einen verantwortungsbewussten Substanzgebrauch beizubringen. Es werden insbesondere Bereiche wie die Vermittlung von Information und Training der Standfestigkeit gegen sozialen Druck, die Vermittlung von allgemeinen Bewältigungsfertigkeiten und soziale Kompetenzen wie z.B. Selbstsicherheit angesprochen und näher gebracht. Hinsichtlich der gut ausgearbeiteten und evaluierten Methode, hat sich dieser Präventionsansatz als überaus erfolgreich erwiesen. Die Ergebnisse aus vielen Evaluationsstudien ergaben signifikante Veränderungen in den Kenntnissen und Einstellungen, in der Selbstsicherheit, bei sozialen Ängsten, in der Selbstzufriedenheit sowie in der Fähigkeit, Probleme zu lösen (vgl. Bühringer, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1994, S. 59).

Bereits in den 70er Jahren wurden in den USA die *Alternativ-Programme* zum Substanzmittelmissbrauch entwickelt. Allerdings wurden sie erst in den letzten Jahren relevant. Die Grundannahme besagt, dass eine psychische Abhängigkeit

existiert, wenn die Wirkung eines Suchtmittels das Bedürfnis erfüllt und der Betroffene den Konsum des Rauschmittels beendet, wenn er eine persönlich befriedigende Alternative gefunden hat. Der substanzunspezifische Ansatz versucht individuelle Aktivitäten anzubieten, um den Drang des Gebrauchs von Drogen zu verringern. Folgende Angebote werden geschaffen: Entwicklung von Selbstbewusstsein, Aktivitäten und Erfahrungen im kreativen und intellektuellen Bereich und sozial-politisches Engagement. Die Alternativen-Programme zeigen keine eindeutigen Erfolge oder Misserfolge. In den meisten Studien konnte keine signifikante Reduzierung eines Drogenkonsums festgestellt werden, außer bei Jugendlichen mit hoher sozialer Belastung. Hier konnte eine Besserung der Selbständigkeit, der sozialen Stabilität und Aktivität erzielt werden (vgl. Bühringer, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1994, S. 60f).

Die *Gesundheitsförderung* ist ein sehr junges Konzept, welches in den letzten Jahren entwickelt wurde. Es besitzt einen ähnlichen Ansatz wie die ‚Life-Skills-Methode‘, nämlich den der Gesundheitsförderung. Die Zielgruppen sind überwiegend Schüler, da das Schulsystem eine regelmäßige und systematische Erziehung ermöglicht. Neben der Schule verlangt dieser präventive Ansatz die ständige Einbeziehung der sozialen Umwelt der Jugendlichen (Familie, Gemeinde, Stadtteil). Wegen der Neuheit des Konzeptes basieren die Ergebnisse überwiegend auf persönlichen Eindrücken, die aber vorwiegend positiv ausfallen (vgl. Bühringer, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1994, S. 60f).

Neben den oben aufgeführten Präventionsaspekten gibt es im schulischen Bereich eine Fülle von anderen Möglichkeiten, um den Drogengebrauch in ihrem und im Freizeitbereich zu reduzieren. Einen überaus wichtigen Faktor bilden die zwischenmenschlichen Beziehungen unter Lehrern bzw. Erziehern, unter Schülern und zwischen Lehrern bzw. Erziehern und Schülern. Ein funktionierendes Schulklima kann in gewisser Hinsicht einen wichtigen Beitrag zur Prävention darstellen. Ein aus der Schule bekanntes positives Sozialverhalten kann eine günstige Auswirkung auf den außerschulischen Bereich haben (Franz, in: Franz/Lumpp, 2000, S. 76). Ferner geht es darum, die suchtfördernden Faktoren der

Schule, Jugendeinrichtungen u.a. aufzugreifen und zu verbessern. Die Sucht- und Drogenprävention wird zunehmend effektiver, wenn z.B. das gesamte Arbeitsklima, die Arbeitsbedingungen, die sanitären und hygienischen Bedingungen, die Gestaltung des Schulhofes und der öffentlichen Gelände ausgearbeitet und verbessert werden (vgl. Hurrelmann, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1994, S. 34).

Im außerschulischen Bereich erweist sich die Teilnahme an sportlichen Aktivitäten oder das Spielen eines Instruments als besonders positiv. Dadurch werden Interessen entwickelt und Kontakte zu Gleichaltrigen aufgebaut. Durch sportliche Aktivitäten o.ä. entstehen Möglichkeiten, ihre Gefühle positiv zu beeinflussen, so dass mitunter keine Suchtmittel benötigt werden (vgl. Köhler-Azara, in: Familie, Partnerschaft, Recht, 1998, S. 42).

Um Kinder und Jugendliche über die Gefahren der Abhängigkeit aufzuklären und sie vor ihnen zu bewahren, muss die Suchtprävention bestimmte Bedingungen erfüllen: Es besteht die Notwendigkeit, präventive Maßnahmen langfristig anzusetzen und bereits im Vorschulalter mit ihnen zu beginnen. Sind Maßnahmen nur von kurzer Dauer wie z.B. einmalige Vorträge an Schulen oder Jugend- und Freizeitzentren, wären sie nutzlos und sie könnten sogar Neugier und Interesse auslösen. Zudem muss Suchtprävention ursachenorientiert sein, damit die Botschaft den Empfänger dementsprechend erreichen kann (Bühringer, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1994, S. 61f; Hüllinghorst, in: Schmidt/ Hurrelmann, 2000, S. 270). Lehrer, Erzieher und Eltern gelten für Kinder und Jugendliche häufig als Vorbilder, weshalb es ebenso an den Erwachsenen liegt, die Gefahren der Rauschmittel für sich selbst einzuschätzen und einzusehen. Es gilt nicht, den Minderjährigen Abstinenz als erstrebenswertes Ziel einzureden, sich selbst jedoch davon auszuschließen. Solch ein Widerspruch kann besonders bei Jugendlichen Neugier erwecken. Demnach sollten Lehrer, Pädagogen u.a., die in der Kinder- und Jugendarbeit tätig sind, auf dem Gebiet der Prävention sorgfältig geschult sein (Bühringer, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1994, S. 55).

6.5 Geschlechtsspezifische Prävention

Die geschlechtsspezifische Prävention wird als Arbeit mit sowohl weiblichen als auch männlichen Jugendlichen definiert. Die geschlechtsspezifische Suchtprävention für Jungen bzw. Männer liegt noch in den Anfängen. Die geschlechtsspezifische Suchtprävention für Mädchen bzw. Frauen dagegen wurde bereits in den 80er Jahren aufgegriffen, als die feministische Frauen- und Suchtdebatte aktuell wurde. Seinerzeit spielte der Zusammenhang von geschlechtsspezifischen Anforderungen im Alltag an Frauen und eine mögliche Suchtentwicklung eine enorme Rolle.

Im Laufe der Zeit wurde zunehmend deutlicher, dass das Geschlecht als bedeutsames Differenzierungsmerkmal bei der Zielgruppenbestimmung der Prävention neben den sogenannten klassischen sozialökologischen Kriterien wie Status, Milieu, Region, Kultur u.a. in die interventiven Planungen mit einbezogen werden musste. Die erneuerte Jugendgesundheits- und Risikoforschung hat aus diesem Grunde gezeigt, dass

- sich die Belastungen und Entwicklungsprobleme in der Jugendphase bei Mädchen und Jungen unterscheiden;
- Mädchen und Jungen über unterschiedliche Ressourcen zur Bewältigung von Belastungen verfügen;
- Mädchen und Jungen andere Akzente bei Problemverhaltensweisen aufweisen. Demnach dominieren Jungen z.B. bei den Alkoholgefährdeten und Mädchen bei Essstörungen (Franzkowiak/ Helfferich, in: Abhängigkeiten: Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung, 1997, S. 37).

Anhand der oben aufgeführten Beispiele wird deutlich, dass es der jungen Forschung über die geschlechtsspezifische Prävention an allgemeinen Informationen und Ergebnissen der Verknüpfung von Theorie und Praxis noch fehlt. Es mangelt z.B. an Untersuchungen, die praktische Erfahrungen mit geschlechtsspezifischen Ansätzen bei Mädchen und Jungen theoretisch auswerten.

Im Praxisbereich hingegen fehlt es an Erfahrungen, die aufweisen können, was das Vorwiegende und Signifikante an einer geschlechtsspezifischen Suchtprävention ist bzw. darstellen sollte (vgl. Herschelmann/ Peine, in: Wegehaupt/ Wieland, 1996, S. 147).

Anfänglich wurden überwiegend reine Mädchengruppen angeboten. Das heißt, dass sowohl die Bezugsperson weiblich war als auch der Inhalt sich auf fundamentale Probleme von Mädchen bezog. Der Grund, reine Mädchengruppen anzubieten lag in der Notwendigkeit ihnen den nötigen Freiraum zu geben, der wegen der Dominanz von Jungen in gemischten Gruppen nicht gewährleistet werden konnte. Heutige Arbeitsformen der geschlechtsbezogenen Suchtprävention können sowohl in gleichgeschlechtlichen als auch in gemischtgeschlechtlichen Gruppen stattfinden (Franzkowiak/ Helfferich, in: Abhängigkeiten: Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung, 1997, S. 41). Die Methoden dieses Präventionszweiges weisen Ähnlichkeiten mit denen der Jugendarbeit auf. Franzkowiak und Helfferich haben einige wichtige Methoden aufgeführt, die denen der Jugendarbeit gleichkommen:

- „Kultur- und medienpädagogische Ansätze mit indirekter oder direkter Bearbeitung von geschlechtsbezogenen Drogen- bzw. Suchtthematiken;
- erlebnispädagogische Methoden und Strategien mit dem Ziel der Eröffnung ‚funktionaler Äquivalente‘ zu geschlechtstypischen Drogenaffinitäten;
- themenbezogene Gruppenarbeit mit verschiedenen pädagogischen Strategien: Rollen- und Interaktionsspiele, (Körper-)Übungen, kreatives Gestalten, technisch-handwerkliche Kursangebote;
- reflexive Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischen Lebenslagen und Benachteiligungen, mit der Geschlechtsidentität und soziokulturellen Geschlechts-Rollenstereotypen in ihrem Zusammenhang mit unterschiedlichen Suchtgefährdungen

und zum Schluss soll noch benannt werden

- Streetwork, Krisenintervention, Jugendsozialarbeit, ‚Beziehungsarbeit‘“

(Franzkowiak/ Helfferich, in: Abhängigkeiten: Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung, 1997, S. 43f). Zu jeder Methodenwahl, so Franzkowiak und Helfferich, muss das hinter der Methode stehende Ziel sorgfältig reflektiert werden, um auf dem Gebiet der Prävention Erfolge zu erzielen. Insbesondere nachstehende Problematiken müssen genauestens berücksichtigt werden:

- „Soll eine Methode bzw. ein Projekt eher an geschlechtsspezifischen Stärken/ Ressourcen bzw. Interessen der Mädchen (z.B. Tanzen, Kosmetik, Schlankheitsideale) und Jungen (z.B. Sport, Abenteuererleben) ansetzen und darauf aufbauend weitergehende Angebote machen?
- Steht eher die kompensatorische Bearbeitung von bisherigen Defiziten bzw. die Stärkung von bislang verdrängten oder ausgegrenzten Geschlechtsrollenanteilen im Vordergrund?
- Oder soll ein weder vorrangig geschlechtsspezifischer noch ein vorrangig anti-defizitärer bzw. kompensatorischer, also „dritter“ geschlechtsbezogener Weg gefunden und gefördert werden (mit Schwerpunkt auf die suchtpreventiv relevanten Interaktionen von Mädchen und Jungen)?“ (Franzkowiak/ Helfferich, in: Abhängigkeiten: Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung, 1997, S. 44).

Die Erforschung der frauenspezifischen Prävention kann mitunter der gezielten Aufklärung von jungen Frauen und werdenden Müttern dienen, die bereits ein Abhängigkeitsproblem haben. Zusätzlich setzt sie primärpräventiv ein, mit dem Ziel, junge „werdende“ Frauen aufzuklären, welche Folgen der Genuss von Alkohol, Zigaretten oder anderen berauschenden Mitteln in der Schwangerschaft und der Stillzeit für das Baby haben kann.

7. Unterrichtseinheit – „Wir informieren uns über die Folgen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft“

Das Herausstellen der Präventionsmöglichkeiten ist der Kernpunkt des vorherigen Abschnittes. Um die Prävention aber nicht nur theoretisch darzulegen, ist es mir

ein großes Anliegen, in diesem Kapitel praktische Möglichkeiten der Prävention aufzuzeigen.

Zu Beginn dieser Arbeit habe ich darauf verwiesen, dass es nicht Ziel der Pädagogik sein sollte, eine Behinderung an einem Kind entstehen zu lassen und dann den ‚Förderapparat‘ in Bewegung zu setzen, wenn die Behinderung durch gelungene Präventionsarbeit im Vorfeld vermeidbar ist. Aus diesem Grunde sollte meines Erachtens ergänzend zu den Bereichen der Gesundheitserziehung, Sexualaufklärung und Drogenprävention ein Überblick über die Auswirkungen des Konsums von Alkohol während der Schwangerschaft gegeben werden. Ziel der folgenden Unterrichtseinheit ist es, Jugendliche ausreichend über auftretende Risiken und Folgen des Konsums von Alkohol für das ungeborene Kind und sich selbst aufzuklären. Hierbei sollen sowohl weibliche als auch männliche Jugendliche einbezogen werden.

Im Lehrplan der Sekundarstufe I der weiterführenden allgemeinbildenden Schulen in Schleswig-Holstein sind Gesundheitserziehung, Sexualaufklärung und Drogenprävention zu unterrichtende Aufgabenfelder. Die Form, der Umfang und die Organisation der Umsetzung im Unterricht werden durch die Fachlehrpläne festgelegt (vgl. Lehrpläne Biologie/ Deutsch Sekundarstufe I, 1997, jeweils S. 9). Laut Runderlass der Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Kultur und Sport vom 11.09.1992 hat der Suchtmittelmissbrauch bei Jugendlichen eine bis dahin noch nicht gekannte Höhe erreicht (vgl. Erlass September 1992, S. 303). Folglich wurde beschlossen, dass im Bereich der schulischen Suchtprävention nach neuen Ansätzen gesucht werden muss. Die bisher etablierten Methoden der Aufklärung und Abschreckung haben sich als uneffektiv erwiesen, denn die Sachinformationen über Rauschmittel und deren Wirkung bei Jugendlichen haben die Neugier gegenüber Suchtstoffen eher vergrößert. Der neue Ansatz der Suchtvorbeugung in der Schule soll vor allem die psychosozialen Bedingungen von Suchtentwicklung berücksichtigen und aufgreifen. Auf diesem Gebiet hat sich der Lebenskompetenzenansatz ‚Life-Skills‘ als besonders erfolgreich erwiesen. Gerhard Bühringer beschreibt den ‚Life-Skills-Ansatz‘ folgendermaßen: „Er

arbeitet [...] in Richtung einer konkreten Entwicklung bzw. Änderung von Verhaltensweisen und verwendet hauptsächlich Methoden aus der Verhaltenstherapie. [...] Das problematische Verhalten wird als funktional verstanden, d.h. als Hilfe zum Erreichen persönlicher Ziele“ (Bühringer, in: Deutsche Hauptzentrale gegen die Suchtgefahren, 1994, S. 59). Es werden Bereiche wie das Training der Standfestigkeit gegen sozialen Druck, die Vermittlung von allgemeinen Bewältigungsfertigkeiten und die Vermittlung von sozialen Kompetenzen wie z.B. Selbstsicherheit vermittelt (siehe 5.4). Eine erfolgreiche Suchtprävention innerhalb der Schule sollte berücksichtigen, dass die Präventionsarbeit früh beginnt, fächerübergreifend sowie spirallcurricular ansetzt und in Bezug auf die Suchtformen stetig aktualisiert wird.

Untersuchungen zum Alkoholkonsum von Jugendlichen im Alter von 12-16 Jahren aus Haupt-, Real- und Gesamtschulen sowie Gymnasien haben ergeben, dass Hauptschüler tendenziell eher Alkohol konsumieren als Schüler der anderen untersuchten Schularten (vgl. Rupp, 2001, S. 14f). Es ist zu vermuten, dass eine Parallelität des Alkoholkonsums zwischen Förderschülern und Hauptschülern vorliegt. Miriam Rupp (2001) schreibt in ihrer Arbeit: „Geht man davon aus, dass sich Förderschüler in Bezug auf Persönlichkeitsfaktoren, soziales Milieu und gesellschaftliche Perspektiven am ehesten mit der Gruppe der Hauptschüler vergleichen lassen, kann man annehmen, dass sich die Konsummuster beider Gruppen ähneln bzw. die Konsumhäufigkeit bei Förderschülern im Sinne einer Kontinuität sogar noch zunehmen würde“ (Rupp, 2001, S. 15). Aus diesem Grund ist es mir ein Anliegen, die folgende Unterrichtseinheit für Schüler der Förderschule zu konzipieren. Aufgrund der Nutzung des Lehrplans der Sekundarstufe I ist es aber auch durchaus möglich, diese Unterrichtseinheit an einer Hauptschule durchzuführen. Wenn in dieser Arbeit ausschließlich von Förderschülern die Rede ist, soll dadurch nicht zum Ausdruck gebracht werden, dass einzig und allein bei ihnen eine Vertiefung der Sexualaufklärung und Drogenprävention ratsam ist.

Im Anschluss soll die von mir selbständig entwickelte Unterrichtseinheit mit dem Titel „Wir informieren uns über die Folgen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft“ vorgestellt werden. Wenn diese Thematik von Lehrern nicht als eigenständiges Vorhaben durchgeführt wird, ist es auch möglich, die Vorlagen in die vorgeschriebenen Aufgabenfelder (s.o.) einzugliedern. Die Unterrichtseinheit wurde nicht in der Praxis erprobt und kann dementsprechend nicht durch Erfahrungswerten beurteilt werden. Die Inhalte richten sich an Schüler der 8./ 9. Klasse der Förderschule. Die Einheit kann jedoch je nach Aktualität und Notwendigkeit für andere Klassenstufen und Schularten verändert werden. Die folgende Unterrichtseinheit basiert auf dem Lehrplan Sonderpädagogische Förderung (2002) und wird in den Fächern durch den Lehrplan Sekundarstufe I der weiterführenden allgemeinbildenden Schulen (1997) des Landes Schleswig-Holstein konkretisiert. Durch die Arbeit in Leitthemen und Handlungsfeldern wird die Einheit fächerübergreifend (Biologie und Deutsch) und handlungsorientiert durchgeführt. Da es an Förderschulen immer noch den Fächerkanon gibt und die Verteilung der Fachstunden im Stundenplan festgelegt ist, sollte die Einheit in den Fächern Deutsch und Biologie, in denen laut Lehrplan die suchtpreventiven Inhalte vermittelt werden sollen, unterrichtet werden. Die Struktur der einzelnen Unterrichtsstunden wird anhand des Dreischritts gegliedert: Einstieg/ Orientierung – Aneignung – Reflexion/ Abschluss. Die Reflexion und Abschlussrunde soll mit einem kurzen Auflockerungsspiel o.ä. abgerundet werden. Den Schülern soll die Möglichkeit gegeben werden, eventuell belastende Gedanken der jeweiligen Unterrichtsstunde loslassen zu können. Ziel soll allerdings nicht sein, dass Erlerntes vergessen oder verdrängt wird. Für die folgende Unterrichtseinheit kann das Leitthema 15 ‚Sich mit Sexualität, Partnerschaft und Familie auseinandersetzen‘ gewählt werden (Lehrplan Sonderpädagogische Förderung, 2002, S. 16). Bezüglich der Vertiefung des Themas Alkoholprävention in der folgenden Einheit ist es ebenso möglich, das Leitthema 3 ‚Gesund leben – sich wohlfühlen‘ zu vertiefen (Ebd. S. 16). Das Handlungsfeld soll gemäß dem Lehrplan Sonderpädagogische Förderung der ‚Lebensbedeutsamkeit für die jetzige und zukünftige Lebenssituation der Schülerinnen und Schüler‘ entsprechend ausgewählt werden (Lehrplan Sonderpädagogische Förderung,

2002, S. 17). Aus diesem Grunde wurde das Handlungsfeld folgendermaßen benannt: Alkoholkonsum und Schwangerschaft. Mit Alkoholkonsum werden die Schüler in ihrer derzeitigen Situation und auch in ihrem weiteren Leben konfrontiert. Da Schüler der 8./ 9. Klasse bereits sexuelle Kontakte haben, ist auch die Möglichkeit einer Schwangerschaft nicht auszuschließen. Die Verquickung der Inhalte ‚Alkoholkonsum‘ und ‚Schwangerschaft‘ ist also für die angesprochene Schülerschaft ein aktuelles Thema, das aus ihrer unmittelbaren Lebenswelt entnommen ist. Das Aufzeigen der Zusammenhänge zwischen dem Alkoholkonsum während der Schwangerschaft und dem möglichen Schaden für das Kind erscheint mir als unverzichtbar.

Die Inhalte der Einheit basieren zwar auf den gültigen Lehrplänen, doch ist es durchaus möglich, die Inhalte auch in der freien Jugendarbeit zu vermitteln. Der Aufbau ist logisch gegliedert (Süchte, Alkohol – Partnerschaft, Liebe, Sexualität – Alkoholkonsum während der Schwangerschaft), so dass er für die Jugendlichen nachvollziehbar ist. Da die Einheit einen projektartigen Charakter hat, ist ebenfalls möglich, diese als Arbeitsgemeinschaft (AG) oder Projekt in einem Jugendclub oder Mädchentreff anzubieten. Die Anteile, die in den Vorschlägen zur Einheit die Kulturtechniken (Lesen und Schreiben) betreffen, können vereinfacht oder verbal ausgeführt werden. Dadurch wird den Inhalten der schulische Charakter genommen, der viele Jugendliche abschrecken könnte. Es ist sogar möglich, dass die Motivation der mitarbeitenden Jugendlichen in einem Jugendclub oder Mädchentreff im Vergleich zur Schule höher ist, da sie freiwillig an der AG/ dem Projekt teilnehmen. In der Einheit finden sich viele freie Arbeits- und auch Entspannungsphasen, die der Arbeit mit Jugendlichen im Freizeitbereich ebenfalls entgegen kommen dürften.

Die Materialien zu den einzelnen Stundenverläufen werden gleich im Anschluss an die Verlaufsplanung vorgestellt, damit der Lehrer/ Pädagoge sich den Ablauf besser vergegenwärtigen kann. Außerdem bilden Verlaufsplanung und Materialien eine inhaltliche Einheit, die alleinstehend an Bedeutung verlieren

würde. Aus den genannten Gründen habe ich mich dafür entschieden, die Materialien nicht erst im Anhang aufzuführen.

7.1 Verlaufsplanungen der einzelnen Stunden

Stunde 1

<u>Leitthema:</u>	Sich mit Sexualität, Partnerschaft und Familie auseinandersetzen (LT 15) bzw. Gesund leben – sich wohlfühlen (LT 3)
<u>Handlungsfeld:</u>	Alkoholkonsum und Schwangerschaft
<u>Thema:</u>	Wir informieren uns über die Folgen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft
<u>Unterrichtssequenz:</u>	Was wissen wir über Süchte und ihre Eigenschaften?
<u>Thema der Unterrichtsstunde:</u>	Was wissen wir? Was wollen wir wissen?
<u>Fach:</u>	BIOLOGIE
<u>Zielsetzung:</u>	Vorkenntnisse aktivieren und Bedürfnisse ermitteln

Lernphase	Lernangebote und Schüleraktivitäten
Einstieg/ Orientierung	L. und Sch. setzen sich in den Stuhlkreis. Stummer Impuls: L. hängt ein charakteristisches Bild zum Thema Alkoholabhängigkeit an die Tafel. Sch. sollen sich dazu äußern. L. informiert Sch. über die geplante Einheit und fragt sie was sie über Süchte wissen. L. stellt das Spiel: „Ordne die Drogen den Süchten zu“ vor. Sch. spielen es nach.
Aneignung	L. und Sch. setzen sich in einem großen Kreis auf den Boden. In der Mitte liegt ein undurchsichtiger Sack, der mit Gegenständen zum Thema gefüllt ist. Jeder Sch. soll sich einen Gegenstand herausnehmen und ihn einen Moment betrachten. <u>L. fragt:</u> „Was hat dieser Gegenstand mit Sucht zu tun?“ Sch. erzählen reihum. Keine Erklärung ist falsch. Sch. sollen ihren Gegenstand der Intensität nach in die Nähe eines Symbols für ‚Sucht‘ (ausgeschnittener Kreis auf dem das Wort Sucht steht) legen.
Reflexion/ Abschluss	Sch. betrachten die Gegenstände auf dem Boden. L. fordert Sch. auf das Gesamtbild zu betrachten. Sch. sollen sich zur Entfernung der einzelnen Gegenstände zum Symbol ‚Sucht‘ äußern. L. fordert Sch. auf, sich im Stuhlkreis bequem auf ihre Plätze zu setzen. L. beginnt mit der Einführung zu Entspannungsübungen und liest den Text: „Richtiges Atmen“ vor.

Materialien für Stunde 1:

Bilder:

Alkoholabhängigkeit



(Hüllinghorst/ Hoffmann, 1998, S. 28)



(Hüllinghorst/ Hoffmann, 1998, S. 15)



(Hüllinghorst/ Hoffmann, 1998, S. 50)

Spiel:

„Ordne die Drogen den Süchten zu“

Die Klasse wird in zwei Gruppen geteilt. Die Schüler der Gruppe 1 bekommen eine gut lesbare Karte auf den Rücken geklebt, auf der ein Suchtmittel (z.B. Marlboro, Bier, Schokolade, Meister Propper, Porsche, Aspirin) steht. Die Schüler der Gruppe 2 bekommen ebenfalls gut lesbare Karten auf den Rücken geklebt, auf denen allerdings die zu den Suchtmitteln passenden Süchte stehen (z.B. Nikotinsucht, Alkoholsucht, Esssucht, Putzsucht, Geschwindigkeitssucht, Tabletensucht). Anschließend gehen die Schüler im Klassenraum herum und versuchen, sich paarweise zu finden (Suchtmittel zur entsprechenden Sucht).

Spiel:„Der Suchtsack“

Die Schüler bilden einen Kreis, in dessen Mitte ein undurchsichtiger Sack liegt. Die Gegenstände in dem Sack können sein: Alkoholflasche, Zigarettenschachtel, Schokolade, Putzmittel, Spielgeld, Fernsehzeitschrift, Tablettenpackung u.a. Jeder Schüler soll nacheinander einen Gegenstand aus dem Sack herausnehmen und ihn betrachten. Haben alle Schüler einen Gegenstand, soll jeder Schüler erzählen, was sein Gegenstand mit Sucht zu tun hat. Anschließend legt der Lehrer ein rundes Plakat mit der Aufschrift ‚Sucht‘ in die Mitte des Kreises. Die Schüler sollen nun der Reihe nach ihr ‚Suchtmittel‘ je nach Gefährlichkeit/ Schädlichkeit an das Plakat heranlegen.

Entspannungsübung:„Richtiges Atmen“

Der Lehrer sitzt mit den Schülern im Stuhlkreis (Alternative: auf Decken legen).

„Der Atem kommt von ganz allein. Man braucht sich dabei gar nicht anzustrengen.

Setzt euch bequem hin. Wir legen unsere Hände locker auf die Oberschenkel. Wer mag, kann versuchen bei der Übung die Augen zu schließen. Dann könnt ihr noch besser auf euren Atem achten und entspannen.

Wir achten nun auf unseren Atem. Wir beobachten, wie unser Atem ganz von selbst kommt und geht (...). Wir müssen gar nichts tun. Der Atem kommt und geht von selbst (...).

Wir legen nun eine Hand auf den Bauch (...). Wir spüren die Bewegung beim Atmen (...). Bei jedem Einatmen hebt sich der Bauch ein wenig, bei jedem Ausatmen senkt er sich (...).

Horcht auf das leise Geräusch, das ihr beim Ein- und Ausatmen macht (...). Wir genießen das gleichmäßige Ein- und Ausatmen. Der Atem kommt und geht von selbst wie die Wellen auf dem Meer: auf und ab, ein und aus, auf und ab, ein und aus (...).

Wir stellen uns nun vor, dass wir eine Pusteblume in der Hand halten (entsprechende Haltung einnehmen). Wir versuchen nun ganz vorsichtig die kleinen, weißen ‚Fallschirme‘ der Blüte wegzublasen, mit spitzem Mund, damit sie lange in der Luft bleiben (...).

Nun atmen wir noch mal weiter. Wir legen wieder eine Hand auf den Bauch und zählen 10 Atemzüge innerlich mit (...).

Jetzt atmen wir etwas tiefer ein und aus (...). Wir bewegen unsere Finger, strecken die Arme in die Luft und räkeln uns und öffnen wieder die Augen.“

(...) = Sprechpausen

(Asshauer/ Burow/ Hanewinkel, 1999, S. 40)

Stunde 2

<u>Unterrichtssequenz:</u>	Was wissen wir über Süchte und ihre Eigenschaften?
<u>Thema der</u>	
<u>Unterrichtsstunde:</u>	Wir gestalten ein Plakat zum Thema Alkohol
<u>Fach:</u>	DEUTSCH
<u>Zielsetzung:</u>	Sich über Alkohol und Alkoholkonsum informieren und bewerten

Lernphase	Lernangebote und Schüleraktivitäten
Einstieg/ Orientierung	L. beginnt die Stunde mit dem Spiel: „Begrüßung am Morgen“ L. und Sch. setzen sich anschließend in den Stuhlkreis. L. lässt die Sch. im Unterrichtsgespräch die Ergebnisse der letzten Stunde zusammenfassen.
Aneignung	L. und Sch. bleiben im Stuhlkreis. L. erklärt wie ein Suchtplakat entsteht. L. zeigt die nötigen Materialien (große Bögen Papier, alte Zeitschriften, Klebe). Sch. sollen allein oder in Kleingruppen ein Suchtplakat über Alkohol erstellen. Sch. sollen aus Zeitschriften Bilder und Überschriften zum Thema Alkohol ausschneiden oder herausreißen und mit Klebe auf das Plakat kleben. Die Sch. sollen sich in Kleingruppen absprechen und über die Gestaltung verständigen.
Reflexion/ Abschluss	Suchtplakate werden an die Tafel gehängt. L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis vor den Plakaten. L. bittet die einzelnen Sch. oder Kleingruppen, ihr Plakat vorzustellen. Sch. können eigene Erfahrungen über Alkohol einbringen. <u>Hausaufgabe:</u> Die Sch. bekommen einen Fragebogen mit Fragen zum Alkoholkonsum Jugendlicher. Sie sollen ein Interview mit einem Freund führen. L. stellt das Buch: „Alki? Ich doch nicht!“ vor und liest einige Seiten daraus vor.* * Die Geschichte wird fortlaufend vom L. vorgelesen

Materialien für Stunde 2:

Spiel:

„Begrüßung am Morgen“

Bei lockerer Musik gehen die Schüler kreuz und quer im Klassenzimmer. Von Zeit zu Zeit schaltet der Lehrer die Musik aus und verkündet dann jeweils folgende Aufträge:

1. „Es ist früh am Morgen. Ihr seid nicht ausgeschlafen. Deshalb geht ihr schweren Schrittes und schaut die Leute, die euch begegnen, nicht an.“
2. „Heute seid ihr gut ausgeschlafen und guter Laune. Ihr lächelt allen Leuten freundlich zu.“
3. „Ihr habt verschlafen und habt es sehr eilig, in die Schule zu kommen. Ihr geht sehr schnell und achtet darauf, niemanden zu berühren.“
4. „Heute ist schulfrei. Ihr habt Zeit, alle Leute mit ein paar freundlichen Worten zu begrüßen.“

Anschließend kann eine kurze Reflexion stattfinden:

- Welches Verhalten hat dir am besten gefallen?
- Welches Verhalten kannst du bei dir oft selber beobachten?

(vgl. Asshauer/ Burow/ Hanewinkel, 1999, S. 58)

Fragebogen:

Interview mit einem Freund

1. Hast du schon mal Alkohol getrunken? (ja) (nein)
2. Was denn so? (Bier)
(Wein)
(Korn)
(Kleiner Feigling)
(Wodka Feige)
(oder etwas ähnliches: _____)
3. Wann hast du das erste Mal getrunken? Alter: ()
4. Wie viel Alkohol trinkst du pro Tag? (ca. Schluck/ Glas/ Gläser)
5. Wie viel Alkohol trinkst du pro Woche? (ca. Glas/ Gläser)
6. Warum trinkst du Alkohol?
 - bin dann lustiger ()
 - komme besser bei Freunden an ()
 - kann dann besser reden ()
 - fühle mich stärker ()
 - komme besser an (Mädchen/ Jungen) ()
 - Probleme werden leichter ()
 - ich trinke nicht ()

Buch:

Stewart, Maureen: „Alki? Ich doch nicht!“ Ravensburg 1996.
ISBN 3-473-35148-2

Klappentext:

„Ich – ein Alki? Lächerlich! Bei dem bisschen, was ich jeden Tag trinke. Bin total cool dabei, geh zur Schule, mach meine Tests, wie alle anderen auch. Alki! Völliger Blödsinn! Alles bloß Spießergequatsche.

So denken viele, so denkt auch Vicky (15 Jahre alt), die eines Tages mit ihrer Freundin Sharon betrunken in der Schule erwischt wird. Ein Sozialarbeiter nimmt sich ihrer an. Doch während Sharon in den Gesprächen mit ihm beginnt, die Gefahren des Alkohols ernst zu nehmen, blockt Vicky jede Hilfe ab. Sie fühlt sich

nicht abhängig und schon gar nicht krank, kann trotz „Alk“ klar denken und weiß immer, was sie tut. Und um zu „beweisen“, dass es auch ohne Whisky geht, bleibt Vicky eine Woche trocken. Dann aber schlägt sie um so heftiger zu – und schlittert in die Katastrophe ...

Ein packendes, nichts beschönigendes Buch zu einem alarmierenden Problem.“

Stunde 3

Unterrichtssequenz: Was wissen wir über Süchte und ihre Eigenschaften?

Thema der

Unterrichtsstunde: Wir informieren uns über den Alkoholkonsum bei Jugendlichen und bewerten diesen

Fach: DEUTSCH

Zielsetzung: Sich über die Gründe von Alkoholkonsum bei Jugendlichen informieren und diese bewerten

Lernphase	Lernangebote und Schüleraktivitäten
Einstieg/ Orientierung	L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis. L. spielt das Lied: „Alkohol“ von Herbert Grönemeyer als Impuls für dieser Stunde vor. Sch. lesen den Text mit und äußern sich dazu. Sollen die Ironie des Textes verstehen. L. bittet Sch., ihre Interviews (HA) vorzustellen.
Aneignung	L. und Sch. bleiben im Stuhlkreis. L. erklärt die folgende Aufgabe: „Partnerinterview.“ Sch. sollen sich paarweise zu deren Alkoholkonsum interviewen (Fragebogen von der Hausaufgabe). L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis. Wer möchte kann sein Interview vorstellen. <u>L. fragt:</u> „Welche guten und welche schlechten Gründe gibt es, Alkohol zu trinken?“ Sch. sollen sich dazu äußern. L. schreibt Ergebnisse in eine Tabelle (1 Spalte für gute und 1 Spalte für schlechte Gründe) an die Tafel.
Reflexion/ Abschluss	L. bittet Sch. zu der fertiggestellten Tabelle Stellung zu nehmen. L. liest aus dem Buch: „Alki? Ich doch nicht!“ vor.

Materialien für Stunde 3:

Lied:

Herbert Grönemeyer: „Alkohol“

Wir haben wieder den Tag zur Nacht gemacht.

Ich nehm' mein Frühstück abends um acht.

Gedanken fließen zäh wie Kaugummi.

Mein Kopf ist schwer wie Blei, mit zittern die Knie.

Gelallte Schwüre in rot-blauem Licht,
vierzigprozentiges Gleichgewicht,
graue Zellen in weicher Explosion,
Sonnenaufgangs und Untergangsvision.
Was ist los, was ist passiert?
Ich hab' bloß meine Nerven massiert.
ALKOHOL ist dein Sanitäter in der Not,
ALKOHOL ist dein Fallschirm und dein Rettungsboot,
ALKOHOL ist das Drahtseil auf dem du stehst.
ALKOHOL, ALKOHOL.
Die Nobelszene träumt von Kokain
Und auf dem Schulklo riecht's nach Gras.
Der Apotheker nimmt Valium und Speed
Und wenn es dunkel wird, greifen sie zum Glas.
Was ist los, was ist passiert?
Ich hab' bloß meine Nerven massiert.
ALKOHOL ist dein Sanitäter in der Not,
ALKOHOL ist dein Fallschirm und dein Rettungsboot,
ALKOHOL ist das Drahtseil auf dem du stehst.
ALKOHOL ist das Schiff, mit dem du untergehst.
ALKOHOL ist dein Sanitäter in der Not,
ALKOHOL ist dein Fallschirm und dein Rettungsboot.
ALKOHOL ist das Dressing für deinen Kopfsalat,
ALKOHOL, ALKOHOL.
(Herbert Grönemeyer – 4630 Bochum. CD 1984)

Fragebogen:

Siehe Materialien für Stunde 2

Buch:

Siehe Materialien für Stunde 2

Stunde 4

<u>Unterrichtssequenz:</u>	Was wissen wir über Süchte und ihre Eigenschaften?
<u>Thema der</u>	
<u>Unterrichtsstunde:</u>	Wir finden heraus, welche Wirkung Alkohol auf unseren Körper hat
<u>Fach:</u>	BIOLOGIE
<u>Zielsetzung:</u>	Erkennen, dass Alkohol den Körper schädigt

Lernphase	Lernangebote und Schüleraktivitäten
Einstieg/ Orientierung	L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis. L. beginnt die Stunde mit der Entspannungsübung: „Sommerwiese.“ L. fragt Sch. was sie in der letzten Stunde gemacht haben und lässt sie den Inhalt zusammenfassen.
Aneignung	L. und Sch. bleiben im Stuhlkreis. <u>L. fragt:</u> „Wisst ihr, ob Alkohol innere Organe beschädigt und welche das sind?“ Sch. sollen sich dazu äußern. Sch. werden in Kleingruppen aufgeteilt und jede Gruppe bekommt 10 Kärtchen, auf denen verschiedene Organe abgebildet sind. Jede Gruppe erhält ein großes Bild mit einem menschlichen Körper. Sch. raten/ schätzen, welche Organe vom Alkohol betroffen sein könnten und versuchen, diese an die richtige Stelle auf dem Bild zu platzieren.
Reflexion/ Abschluss	Die fertiggestellten Bilder werden aufgehängt oder im Stuhlkreis auf dem Boden ausgelegt. L. und Sch. schauen sie sich gemeinsam an und besprechen sie. L. zeigt die gefährdeten Organe anhand einer menschlichen Puppe (Torso, der auseinander genommen werden kann). L. liest Sch. die Geschichte: „Das Haus der tausend Spiegel“ vor.

Materialien für Stunde 4:

Entspannungsübung:

„Sommerwiese“

Der Lehrer sitzt mit den Schülern im Stuhlkreis (Alternative: auf Decken legen).
„Setzt euch bequem hin. Wir legen unsere Hände locker auf die Oberschenkel.
Wer mag, kann versuchen bei der Übung die Augen zu schließen. Dann könnt ihr noch besser auf euren Atem achten und entspannen.“

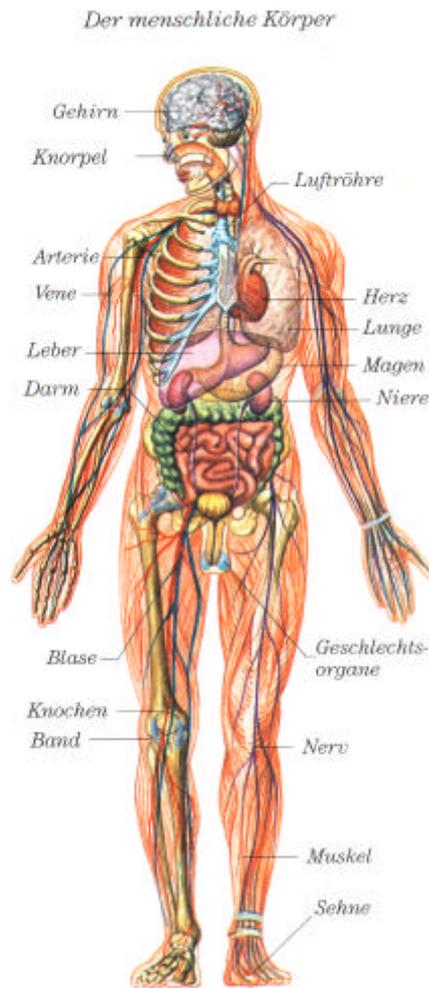
Stell dir eine saftig grüne Sommerwiese vor (...). Auf dieser Wiese blühen unzählige weiße Gänseblümchen und gelbe Butterblumen (...). Du spazierst barfuss über die nach taunasse Sommerwiese (...). Schau dir dabei jede Blume an und entdecke die fleißigen Bienen auf ihnen (...). Atme den herrlichen Duft der Blumen ein. Atme ganz tief und langsam (...). Schau über die ganze Sommerwiese mit all ihren Blumen (...).

Jetzt zählen wir 10 Atemzüge innerlich mit (...). Atme etwas tiefer ein und aus (...). Wir bewegen unsere Finger, strecken die Arme in die Luft und räkeln uns und öffnen wieder die Augen.“

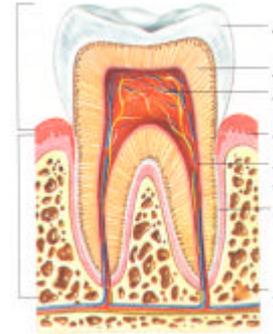
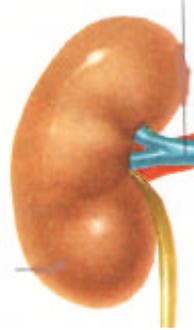
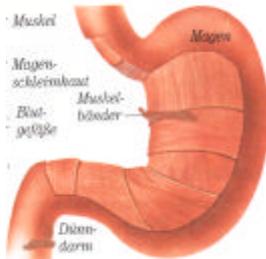
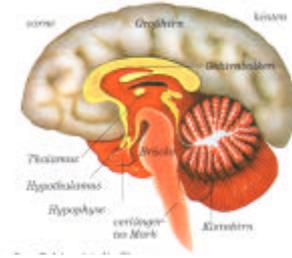
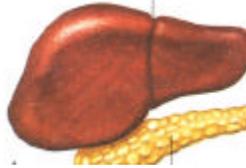
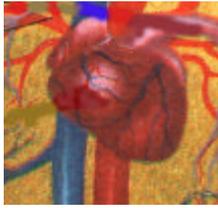
(...) = Sprechpause

Aufgabe:

Organe zuordnen



(Day, o.J., S. 6)



(Day, o.J., S. 25, 51, 83, 39, 42, 52, 8, 47, 60)

Geschichte:

„Das Haus der tausend Spiegel“

Ein Hund hatte vom Haus der tausend Spiegel gehört, einem Ort, der etwas ganz besonderes sein sollte. Er wusste nicht, was Spiegel sind. Aber er war sehr neugierig dieses Haus kennen zu lernen.

Eines Morgens entdeckte er zufällig den Eingang zu dem Spiegelhaus. Gespannt lief er die großen Stufen hinauf. Als er durch die Eingangshalle ging, blickten ihn aus tausend Spiegeln tausend Hunde an. Da zeigte er vor Angst die Zähne und knurrte und aus tausend Spiegeln knurrten tausend Hunde zähnefletschend zurück. Der Hund zog den Schwanz ein und lief eilig davon, in dem Glauben: Die Welt ist voll böser Hunde.

Am Nachmittag entdeckte ein anderer Hund das Haus der tausend Spiegel. Als er durch die Eingangshalle ging, blickten ihn aus tausend Spiegeln tausend Hunde an. Da freute er sich und wedelte mit dem Schwanz. Er verließ das Haus in dem Glauben: Die Welt ist voller freundlicher Hunde.

Eines Tages begegneten sich nun die beiden Hunde. Sie waren sehr verwirrt, denn der eine Hund dachte ja, dass es nur böse Hunde gibt. Und der andere dachte, dass es nur freundliche Hunde gibt. So standen sie sich gegenüber, schauten sich ungläubig an und begannen, sich ihre merkwürdigen Erlebnisse aus dem Haus der tausend Spiegel zu erzählen. „Wir gehen noch mal gemeinsam hin“, beschlossen beide.

Was glaubt ihr wohl, was dort passierte?

Nun, der erste Hund hatte auf dem Wege schon wieder Angst und fletschte die Zähne und der zweite freute sich. Als sie sich aber beide in den Spiegeln sahen, verstanden sie: Dort sind wir ja nur selbst zu sehen. Da mussten beide furchtbar lachen – und 2000 Hunde lachten zurück!

(Asshauer/ Burow/ Hanewinkel, 1999, S. 59)

Stunde 5

Unterrichtssequenz: Was wissen wir über Liebe, Sex und Partnerschaft?

Thema der

Unterrichtsstunde: Wie sehe ich mich, meinen Körper und meine Zukunft? (1)

Fach: BIOLOGIE oder DEUTSCH

Zielsetzung: Vorkenntnisse und Vorstellungen ermitteln

Lernphase	Lernangebote und Schüleraktivitäten
Einstieg/ Orientierung	L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis. L. liest aus dem Buch: „Alki? Ich doch nicht!“ vor. <u>L. fragt:</u> „Schaut euch genau an. Was habt ihr heute an?“ L. und Sch. reden darüber.
Aneignung	L. und Sch. bleiben im Stuhlkreis. L. erklärt die folgende Aufgabe: „Das bin ich.“ Sch. sollen paarweise den Umriss des jeweiligen Körpers auf einen großen Streifen Tapetenrolle malen und hinterher ausschneiden. Anschließend sollen die Sch. sich so anmalen, wie sie zur Zeit aussehen oder sich fühlen. Materialien: Buntstifte, Filzstifte, Tusche, Zeitungsschnipsel, Wollfaden, Watte, o.ä.
Reflexion/ Abschluss	Alle Selbstbildnisse werden im Klassenzimmer aufgehängt und wie in einer Galerie betrachtet. Die Sch. dürfen zu ihrem Selbstbildnis gerne etwas sagen. L. beendet die Stunde mit dem Spiel: „Spiegelbild.“

Materialien für Stunde 5:

Buch:

Siehe Materialien für Stunde 2

Spiel:

„Spiegelbild“

Es werden Paare gebildet, die sich zueinander gewandt im Abstand von ca. anderthalb Metern aufstellen. Bei diesem Spiel darf nicht gesprochen werden. Einer der Schüler fängt an, langsame und fließende Bewegungen zu machen. Der gegenüberstehende Schüler versucht die Bewegungen so gut wie möglich nachzuahmen, sprich zu „spiegeln“.

Nach ca. einer Minute werden die Rollen gewechselt.

Nach einiger Zeit sollen die Rollen ohne Übergang, fließend, zwischen beiden Schülern hin und her gewechselt werden, ohne sich vorher abzusprechen.

(vgl. Barmer Ersatzkasse, o. J., S. 41)

Stunde 6

<u>Unterrichtssequenz:</u>	Was wissen wir über Liebe, Sex und Partnerschaft?
<u>Thema der Unterrichtsstunde:</u>	Wie sehe ich mich, meinen Körper und meine Zukunft? 2
<u>Fach:</u>	BIOLOGIE oder DEUTSCH
<u>Zielsetzung:</u>	Vorkenntnisse und Vorstellungen ermitteln

Lernphase	Lernangebote und Schüleraktivitäten
Einstieg/ Orientierung	L. stellt das Spiel: „Ich fühle, wer du bist“ vor. Sch. spielen es nach. L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis. L. fragt Sch. was sie in der letzten Stunde gemacht haben und lässt von den Sch. zusammenfassen. <u>L. fragt:</u> „Wie stellt ihr euch die ‚große Liebe‘ vor?“ Sch. äußern sich dazu und erzählen von eventuellen Erfahrungen.
Aneignung	L. und Sch. bleiben im Stuhlkreis. L. erklärt die folgende Aufgabe: „So will ich gerne sein“. Sch. sollen paarweise den Umriss des jeweiligen Körpers auf einen großen Streifen Tapetenrolle malen und hinterher ausschneiden. Anschließend sollen die Sch. sich so malen, wie sie gerne aussehen oder sein würden. Materialien: Buntstifte, Filzstifte, Tusche, Zeitungsschnipsel, Wollfaden, Watte, o.ä.
Reflexion/ Abschluss	Alle „So will ich gerne sein“ - Bilder werden im Klassenzimmer neben den Selbstbildnissen der vorigen Stunde aufgehängt und wie in einer Galerie betrachtet. Die Sch. dürfen zu ihren Bildern gerne etwas sagen. L. liest aus dem Buch: „Alki? Ich doch nicht!“ vor.

Materialien für Stunde 6:

Spiel:

„Ich fühle, wer du bist“

Jeder Schüler verbindet sich die Augen. Sie gehen, ohne zu sprechen, vorsichtig durch das Klassenzimmer und versuchen, niemanden zu berühren.

Nach einer gewissen Zeit sollen sie versuchen andere Schüler zu ertasten, um herauszufinden, wer sie sind. Flüstern sie den falschen Namen, geht die Suche weiter. Hat ein Schüler sein Gegenüber „erkannt“ und den richtigen Namen genannt, nimmt dieses Paar die Augenbinde ab, geht an den Rand. Anschließend können die Schüler berichten, woran sie den Partner erkannt haben.

Buch:

Siehe Materialien für Stunde 2

Stunde 7

Unterrichtssequenz: Was wissen wir über Liebe, Sex und Partnerschaft?

Thema der

Unterrichtsstunde: Wir wollen herausfinden was wir über Liebe, Sex und Partnerschaft wissen

Fach: BIOLOGIE

Zielsetzung: Vorkenntnisse und Vorstellungen ermitteln

Lernphase	Lernangebote und Schüleraktivitäten
Einstieg/ Orientierung	L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis. L. beginnt die Stunde mit der Entspannungsübung: „Reise durch den Körper.“
Aneignung	L. und Sch. bleiben im Stuhlkreis. L. fragt Sch. was sie über Liebe, Sex und Partnerschaft wissen. L. schreibt Begriffe an die Tafel. L. erinnert Sch. an das Plakat zum Thema ‚Sucht‘. Sch. sollen allein oder in Kleingruppen ein Plakat über Liebe, Sex und Partnerschaft erstellen. Sch. sollen mit Hilfe von unterschiedlichen Materialien (Buntstifte, Filzstifte, Tusche, Zeitungsschnipsel, Wollfaden, Watte, o.ä.) ein Plakat gestalten. In der Kleingruppe sollen Absprachen hinsichtlich der Gestaltung stattfinden. Es darf auch gemalt werden.
Reflexion/ Abschluss	Die Plakate werden an die Tafel gehängt. L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis vor den Plakaten. L. bittet die einzelnen Sch. oder Kleingruppen ihr Plakat vorzustellen (Freiwilligkeit). L. beendet die Stunde mit dem Spiel: „Spiegelbild.“

Materialien für Stunde 7:**Entspannungsübung:**

„Reise durch den Körper“

Heute versuchen wir eine Reise durch unseren Körper zu machen.

Setzt euch bequem hin. Wir legen unsere Hände locker auf die Oberschenkel. Wer mag, kann versuchen bei der Übung die Augen zu schließen. Dann könnt ihr noch besser auf euren Atem achten und entspannen.

Der Atem kommt und geht von selbst (...).

Stell dir vor, in deinem Kopf leuchtet eine kleine Kugel (...). Sanftes Licht strahlt aus der Kugel in deinen Kopf (...). Alle Gedanken verschwinden (...).

Die kleine Lichtkugel wandert herunter in deinen Hals (...), der Hals wird sanft erleuchtet (...), alles fühlt sich locker und frei an (...).

Das Licht wandert nun weiter in deine rechte Schulter (...), in den rechten Oberarm (...), den Unterarm (...) und in die rechte Hand (...). Jeder einzelne Finger wird von dem sanften Licht angestrahlt (...). Bewege deine Finger (...), achte nun auf das Gefühl in der rechten Hand und im rechten Arm (...).

Nun wanderst du mit der Lichtkugel in die linke Schulter (...), in den linken Oberarm (...), in den Unterarm (...) und in die linke Hand (...). Jeder einzelne Finger in der linken Hand wird von diesem sanften Licht angestrahlt (...). Bewege ein wenig deine Finger (...), achte auf das Gefühl in der linken Hand und im linken Arm (...).

Nun reist die Kugel in deinen Brustraum (...). Das Licht wärmt deinen Atem bei jedem ruhigen und gleichmäßigen Atemzug (...).

Wandere weiter in deinen Bauch (...). Der Bauch ist angenehm (...), entspannt (...), gelöst (...).

Nun wandert das Licht in deinen rechten Oberschenkel (...), in das Knie (...), in den Unterschenkel (...) und schließlich in den Fuß (...). Das rechte Bein ist locker (...), entspannt (...).

Du wanderst nun in das linke Bein (...). In den Oberschenkel (...), in das Knie (...), in den Unterschenkel (...), in den Fuß (...). Dein linkes Bein ist locker (...), entspannt (...). Es ist ein angenehmes Gefühl (...).

Jetzt zählen wir 10 Atemzüge innerlich mit (...).

Atme etwas tiefer ein und aus (...). Wir bewegen unsere Finger, strecken die Arme in die Luft und räkeln uns und öffnen wieder die Augen.“

(...) = Sprechpause

Spiel:

„Spiegelbild“: siehe Materialien für Stunde 5

Stunde 8

<u>Unterrichtssequenz:</u>	Was wissen wir über Liebe, Sex und Partnerschaft?
<u>Thema der</u>	
<u>Unterrichtsstunde:</u>	Wie werden Kinder gezeugt?
<u>Fach:</u>	BIOLOGIE
<u>Zielsetzung:</u>	Vorkenntnisse und Vorstellungen ermitteln

Lernphase	Lernangebote und Schüleraktivitäten
Einstieg/ Orientierung	L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis. L. liest aus dem Buch: „Alki? Ich doch nicht!“ vor.
Aneignung	L. und Sch. bleiben im Stuhlkreis. <u>L. fragt:</u> „Könnt ihr euch an eure Geburt erinnern?“ „Habt ihr schon mal gesehen, wie ein Baby geboren wird?“ Eine Diskussion zum Thema: „Kinder zeugen und Kinder bekommen“ soll angeregt werden. L. stellt das Spiel: „Wenn der Klapperstorch kommt“ vor. Sch. sollen es in Kleingruppen durchführen.
Reflexion/ Abschluss	L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis. Austausch über Gespräche und Erfahrungen aus den Kleingruppen. L. beendet die Stunde mit der Entspannungsübung: „Der standhafte Baum.“

Materialien für Stunde 8:

Buch:

Siehe Materialien für Stunde 2

Spiel:

„Wenn der Klapperstorch kommt“

Es werden drei Gruppen gebildet. Jede Gruppe erhält ein Blatt, auf dem Fragen zum Thema stehen. Die Schüler sollen versuchen, die Aussagen selbständig durchzulesen und in der Kleingruppe zu besprechen.

In einem kurzen Brainstorming versuchen sie, sich gemeinsam noch andere ungewöhnliche, witzige, verrückte Phantasien auszudenken („wie kleine Babys entstehen“) und schreiben diese nieder.

Anschließend werden die Ergebnisse der gesamten Klasse z.B. im Stuhlkreis vorgestellt.

Abschließend liest der Lehrer kurz vor, wie Babys tatsächlich gezeugt werden.

Büchervorschläge über die Zeugung von Kindern:

- Herrath, Frank und Sielert, Uwe: „Lisa und Jan“ (1991)
- Furian, Martin: „Das Buch vom Liebhaben“ (1991)
- Doney, M. und M.: „Vater Mutter und ich“ (1993)

Wenn der Klapperstorch kommt...

1.

	ja	nein
Der Klapperstorch bringt die Kinder	()	()
Eine Fee legt sie in Seerosenblüten	()	()
Sie fallen wie Sternschnuppen vom Himmel	()	()
Sie wachsen auf Bäumen, und wenn sie reif sind, fallen sie herunter	()	()
Sie werden von den Eltern gebastelt	()	()
Sie werden gezeugt und geboren	()	()

2.

Findet ihr noch andere ungewöhnliche, witzige und verrückte Möglichkeiten „wie Babys entstehen“?

Schreibt sie hier auf:

.....

.....

.....

.....

(vgl. Barmer Ersatzkasse, o. J., S. 62f)

Entspannungsübung:

„Der standhafte Baum“

Zwei Schüler setzen sich Rücken an Rücken auf den Boden und winkeln die Knie leicht an. Die Arme werden verschränkt, und die Schüler sollen langsam vor- und zurückschaukeln. Beim Zurücklehnen wird eingeatmet, beim Vorbeugen ausgeatmet. Die Schüler sollen versuchen, einen gemeinsamen Rhythmus zu finden. Lachen während der Übung schadet nicht, sondern entspannt die Rückenmuskulatur!

(vgl. Robra, in: Gruppe & Spiel. Zeitschrift für kreative Gruppenarbeit, 1997, S. 49)

Stunde 9

Unterrichtssequenz: Wie kann Alkohol das Leben meines Babys beeinträchtigen?

Thema der Unterrichtsstunde: Wir überlegen, ob und wie Alkohol zum Ungeborenen gelangt

Fach: BIOLOGIE

Zielsetzung: Begreifen, dass Alkoholkonsum während der Schwangerschaft für das Ungeborene schädlich ist

Lernphase	Lernangebote und Schüleraktivitäten
Einstieg/ Orientierung	L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis. L. liest aus dem Buch: „Alki? Ich doch nicht!“ vor. L. fragt Sch., ob Alkohol zum Ungeborenen gelangen kann und wenn ja, wie? Sch. sollen sich dazu äußern.
Aneignung	L. und Sch. setzen sich an einen großen Tisch. L. erklärt das Spiel: „Was Ungeborene brauchen.“ Sch. sollen es in Kleingruppen spielen und über die Ergebnisse sprechen.
Reflexion/ Abschluss	L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis. Austausch über Ergebnisse aus dem Spiel. L. verdeutlicht, wie Alkohol zum Ungeborenen gelangt. L. beendet die Stunde mit dem Spiel: „Energiesprung.“

Materialien für Stunde 9:

Spiel:

„Was Ungeborene brauchen“

Die Schüler sollen sich in Kleingruppen zusammenfinden. Jede Gruppe erhält 10 „Ungeborene brauchen...“-Kärtchen. Die Schüler sollen gemeinsam herausfinden und darüber diskutieren, welche der Begriffe auf den jeweiligen Kärtchen am relevantesten für Ungeborene sind. Eines der Kärtchen ist unbeschriftet. Auf diesem sollen die Schüler sich einen eigenen Begriff ausdenken und eigenständig formulieren. Der Begriff, der für die Schüler am wichtigsten erscheint wird an oberste Stelle gelegt (Die Kärtchen können auch auf ein Bogen Papier geklebt werden). Die übrigen Kärtchen werden nach Wichtigkeit und Unwichtigkeit abwärts gestaffelt (bzw. aufgeklebt).

Hinterher können die verschiedenen Ergebnisse untereinander verglichen werden. Die Schüler können ihre Meinungen und Vorstellungen gerne untereinander austauschen.

<u>Ungeborene brauchen...</u> ... Zuwendung	<u>Ungeborene brauchen...</u> ... glaubwürdige Vorbilder
<u>Ungeborene brauchen...</u> ... Sicherheit	<u>Ungeborene brauchen...</u> ... Streicheleinheiten
<u>Ungeborene brauchen...</u> ... eine harmonische Welt	<u>Ungeborene brauchen...</u> ... Musik
<u>Ungeborene brauchen...</u> ... eine gesunde Ernährung	<u>Ungeborene brauchen...</u> ... eine Mama, die Alkohol trinkt
<u>Ungeborene brauchen...</u> ... Entspannung	<u>Ungeborene brauchen...</u> ...

Informationen für den Lehrer:

Wie Alkohol zum Ungeborenen gelangt

Der Alkohol, der von der werdenden Mutter getrunken wird, verbreitet sich schnell im eigenen Körper (Eine ausführliche Erklärung über die Aufnahme des Alkohols im Körper ist Punkt 3.1 dieser Arbeit zu entnehmen). Selbst vor der Plazenta macht er nicht halt, sodass sich der Alkohol über die Nabelschnur im Blutkreislauf des ungeborenen Kindes ungehindert verbreiten kann. Innerhalb weniger Minuten haben Mutter und Kind denselben Alkoholspiegel. Der Alkohol wird sowohl in der Leber der Mutter als auch der Leber des Ungeborenen eigenständig abgebaut. Das fatale daran ist, dass die Leber des ungeborenen Kindes noch nicht vollständig entwickelt ist, so dass im Vergleich zur Mutter, der Alkoholspiegel beim Baby wesentlich langsamer sinkt. Das heißt, wenn die Mutter den Alkohol in ihrem Blut bereits abgebaut hat und keine Wirkung mehr spürt, ist das Ungeborene noch der schädigenden Wirkung ausgesetzt und steht noch immer unter Alkoholeinfluss.

(vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2002, S. 6f)

Spiel:„Energiesprung“

Die Schüler stehen im Kreis. Der Lehrer erzählt:

„Du stehst fest mit beiden Füßen auf dem Boden. Deine Hände hast du locker auf den Bauch gelegt. Nun schließe deine Augen und achte auf deinen Atem. Du konzentrierst dich auf deinen Bauch und spürst seine Bewegung beim Atmen. In deinem Bauch sammelst du nun all deine Kraft und schickst sie mit deinem Atem runter in die Beine und bereitest dich vor... Jetzt zähle ich langsam von vier rückwärts und bei 0 fliegen deine Arme nach außen, deine Beine springen nach außen und du reißt die Augen ganz weit auf und schreist „Ha!“ (ca. zweimal durchführen)

(vgl. Asshauer/ Burow/ Hanewinkel, 1999, S. 101)

Stunde 10

Unterrichtssequenz: Wie kann Alkohol das Leben meines Babys beeinträchtigen?

Thema der

Unterrichtsstunde: Wir finden heraus was beim Ungeborenen beschädigt wird, wenn die Frau während der Schwangerschaft Alkohol trinkt

Fach:

BIOLOGIE

Zielsetzung:

Begreifen und verinnerlichen, dass Alkohol dem Ungeborenen schadet

Lernphase	Lernangebote und Schüleraktivitäten
Einstieg/ Orientierung	L. beginnt die Stunde mit dem Spiel: „Energiesprung.“ L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis. L. fragt Sch. was sie in der letzten Stunde gemacht haben und lässt von den Sch. zusammenfassen.
Aneignung	L. und Sch. bleiben im Stuhlkreis. L. führt Experiment: „Ei im Alkohol“ durch ohne etwas dazu zu sagen. Sch. sollen sich dazu äußern. Das Experiment kann mit Erklärungen des L. noch ein zweites Mal durchgeführt werden. L. hält nun zwei Bilder von verschiedenen Babygesichtern hoch. In Kleingruppen sollen die Sch. die Unterschiede auf den beiden Bildern herausfinden und auf dem Bild mit dem FAS-Kind einkreisen.
Reflexion/ Abschluss	L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis. Sch. zeigen die gefundenen Unterschiede auf den Bildern. L. liest aus dem Buch: „Alki? Ich doch nicht!“ vor.

Materialien für Stunde 10:

Spiel:

„Energiesprung“

Siehe Materialien für Stunde 9

Experiment:

„Ei im Alkohol“

Man nehme ein mittelgroßes Ei, ein durchsichtiges Gefäß und reinen Alkohol aus der Apotheke.

Das Gefäß wird bis zur Hälfte mit Alkohol befüllt. Das Ei wird anschließend vorsichtig in den Alkohol geschlagen. Das Eigelb darf nicht zerbrechen. Nach einer Weile verändert sich das Eiweiß.

Dieses Experiment soll vereinfacht verdeutlichen, was mit dem Gehirn eines Menschen im Mutterleib geschieht, wenn die Mutter während der Schwangerschaft übermäßig Alkohol konsumiert.

Vergleichsbild:

Kind mit FAS und gesundes Kind



(Majewski, 1987, S. 150)



(DIFA FORUM, o.J. S. 4)

Buch:

Siehe Materialien für Stunde 2

Stunde 11

<u>Unterrichtssequenz:</u>	Wie kann Alkohol das Leben meines Babys beeinträchtigen?
<u>Thema der Unterrichtsstunde:</u>	Wir laden eine Fachfrau ein, die uns über FAS/FAE informiert
<u>Fach:</u>	BIOLOGIE oder DEUTSCH
<u>Zielsetzung:</u>	Informationen zu einem bestimmten Thema erfragen bzw. herausfinden

Lernphase	Lernangebote und Schüleraktivitäten
Einstieg/ Orientierung	L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis. L. stellt A.G. vor. L. fragt Sch., was sie in den letzten Stunden gemacht haben und lässt von den Sch. zusammenfassen.
Aneignung	L. und Sch. bleiben im Stuhlkreis. A.G. hält einen Vortrag zu FAS/FAE und zeigt eine FAS-Puppe. Sch. dürfen zwischendurch Fragen stellen, die A.G. beantwortet. A.G. zeigt einen Aufklärungsfilm über FAS/FAE.
Reflexion/ Abschluss	Diskussionsrunde. Sch. können Fragen stellen. L. und Sch. verabschieden A.G. L. liest die Geschichte: „Ich schaff das schon“ vor.

Materialien für Stunde 11:

Film:

„Die schuldlosen Trinker!“ (zu bestellen unter: www.FASWORLD.de)

Informationsadresse:

www.fasworld.de/vortrag.html

Kontaktadresse:

Ann Gibson, Telefonnummer: 04346/ 4629

Geschichte:

„Ich schaff das schon“

Als Maike knapp ein Jahr alt war
da konnte sie längst stehen.
Sie übte unermüdlich
an der Wand entlang zu gehen.
Drei Schritte hat sie leicht geschafft
und fast den vierten auch
doch sie entscheid sich lieber

für `ne Landung auf dem Bauch.

Sie sah sich um und hat gelacht
und hat vielleicht zum ersten Mal gedacht:

Ich schaff das schon, ich schaff das schon.
Ich schaff das ganz alleine!
Ich komm bestimmt, ich komm bestimmt
auch wieder auf die Beine!
Ich brauch dazu, ich brauch dazu
vielleicht `ne Menge Kraft
doch ich hab' immerhin schon ganz was anderes geschafft.

Als Maike in der Schule war
da ging's ihr ziemlich gut.
Nur wenn sie im Sport am Barren stand
verlor sie fast den Mut.
Besonders wenn die Klasse sah,
wie sie sich dabei quälte.
Am liebsten wär sie abgehau'n
und viel hat nicht gefehlt.

Doch sie stand da und hat gedacht:
„Da muss ich durch das wäre doch gelacht.“

Ich schaff das schon ...
(vgl. Asshauer/ Burow/ Hanewinkel, 1999, S. 101)

Stunde 12

Unterrichtssequenz: Wie kann Alkohol das Leben meines Babys beeinträchtigen?

Thema der

Unterrichtsstunde: Wir finden heraus, wie wir FAS/ FAE verhindern können

Fach: DEUTSCH

Zielsetzung: Eigenkompetenzen stärken

Lernphase	Lernangebote und Schüleraktivitäten
Einstieg/ Orientierung	L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis. L. liest die Geschichte: „Versuchung im Kaufhaus“ vor. Sch. sollen sich dazu äußern wie sie die Geschichte beenden würden. L. fragt wie die Geschichte positiv enden könnte.
Aneignung	L. und Sch. bleiben im Stuhlkreis. L. stellt das Rollenspiel: „Nein-sagen-können“ vor. Sch. spielen es in Kleingruppen nach. L. erklärt die drei Stationen, an denen die Sch. in Kleingruppen arbeiten sollen.
Reflexion/ Abschluss	L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis. L. fordert Sch. auf, einige Ergebnisse aus den verschiedenen Stationen vorzulesen. L. fragt die Sch. (hauptsächlich die weiblichen Schüler) ob sie dem Alkohol widerstehen könnten/ würden, wenn sie schwanger wären? Sch. äußern sich dazu. L. beendet die Stunde mit der Entspannungsübung: „Mein Freund.“

Materialien für Stunde 12:

Geschichte:

„Versuchung im Kaufhaus“

Stell dir vor, du machst mit zwei Freunden einen Stadtbummel. Ihr habt gerade Taschengeld bekommen und wollt euch vielleicht etwas schönes kaufen.

Ihr geht durch die Straßen und seid so richtig gut drauf. Ihr freut euch auf den Nachmittag. Ihr guckt in die Schaufenster, schnuppert an der Pommes-Bude und dann geht ihr in ein großes Kaufhaus. Ihr fahrt mit der Rolltreppe hinauf in die Spielzeugabteilung.

Da entdeckst du in einem Regal etwas, was dir unheimlich toll gefällt. Du bist ganz begeistert. Deine Freunde sind ebenfalls begeistert. Dann guckt ihr auf das Preisschild. Das hast du schon befürchtet, es ist viel viel zu teuer! Aber du möchtest es unbedingt haben.

Dein einer Freund schlägt dir vor es einfach zu klauen. Ihr drei zusammen könntet es schon schaffen und irgendwie wäre es doch auch spannend. Du überlegst. Es wäre zu schön dieses Spielzeug zu haben. Tausend Gedanken gehen dir durch den Kopf: „Was würden Mama und Papa sagen, wenn ich mit einem so teuren Spielzeug nach Hause komme?“, „Ich wäre der größte in der Klasse“, „Ich müsste nicht bis zu meinem Geburtstag warten.“ ...

Deine Freunde gucken dich erwartungsvoll an. Dir wird ganz heiß und kalt. Dann schaust du dich um, ob jemand guckt und fragst dich: „Soll ich es machen oder nicht?“ ...

(vgl. Asshauer/ Burow/ Hanewinkel, 1999, S. 79)

Die Schüler sollen nun in der Gruppe besprechen, wie sie entscheiden würden und ihre Entscheidung begründen.

Rollenspiel:

„Nein-sagen-können“

Der Lehrer liest das Rollenspiel: „Wird Petra trinken oder nicht?“ vor.

Michael, Heiko und Sabine sitzen auf dem Spielplatz auf einer Bank. Die Schulwoche ist zu ende und die drei stoßen mit Bier, dass Heiko aus der Vorratskammer von seinen Eltern hat mitgehen lassen, auf das sonnige Wochenende an.

Michael sagt: „Puh, bin ich froh, dass wir endlich diesen Mathetest hinter uns haben. Herr Müller ist aber auch gemein den an einem Freitag zu schreiben. Jetzt brauche ich erst mal ein Bier. Gib mal eins rüber, Heiko!“

Heiko reicht ein Bier an Michael und Sabine.

Heiko sagt: „Ich habe bestimmt wieder eine vier. Das war aber auch ein bekloppter Test.“

Sabine sagt: „Bei mir ist es auch nicht so toll gelaufen. Guck mal, da kommt ja Petra. Petra komm doch zu uns. Bekommst auch ein Bier.“

Petra kommt zu den drei herüber.

Die Schüler sollen es in Kleingruppen nachspielen.

Anschließend gibt der Lehrer 3 Station vor, an denen die Schüler in ihren Kleingruppen gemeinsam folgende Aufgaben erfüllen sollen.

- Station 1: Ergänze folgenden Satz:

Eigentlich möchte Petra nichts trinken. Nimmt aber trotzdem ein Bier,

weil ...

- ... sie auch glaubt einen schlechten Mathetest geschrieben zu haben.
- ... sie Angst hat „nein“ zu sagen.
- ... sie denkt, dass trinken cool ist.
- ... sie Angst hat, dass die anderen sie sonst auslachen.
- ... sie dazugehören will.

- Station 2: Petras Ablehnungen lesen und die abschreiben, die dich am meisten überzeugen.

Petra sagt „nein“! Was überzeugt die anderen?

- f. Nein danke, ich bekomme ärger, wenn ich nach Alkohol stinke.
 - g. Nein danke, mein Kopf dröhnt sowieso schon nach dem Mathetest.
 - h. Nein danke, herumsitzen und Bier trinken, dass machen doch nur Penner.
 - i. Nein danke, Bier ist doch nur was für Kleinkinder. Ich trinke nur harte Sachen wie Cola-Rum oder Wodka-Lemon.
 - j. Nein danke, ich habe keine Lust auf Bier. Ich habe jetzt erst mal Hunger und gehe lieber etwas essen.
 - k. Nein danke, ich muss nach Hause. Mein Bruder hat Cola-Rum gekauft. Den wollen wir mit seinen Freunden trinken.
 - l. Nein danke, ich habe in der Pause schon so viel Alkohol getrunken.
 - m. Nein danke, ihr könnt ja trinken, aber ich möchte nicht.
- Station 3:Überlege selbst und schreibe auf, was die Freunde antworten.

Petra sagt „nein“. Was sagen die anderen?

Entspannungsübung:

„Mein Freund“

Setzt euch bequem hin. Wir legen unsere Hände locker auf die Oberschenkel. Wer mag, kann versuchen bei der Übung die Augen zu schließen. Dann könnt ihr noch besser auf euren Atem achten und entspannen.

Der Atem kommt und geht von selbst (...). Langsam merkst du, dass du ruhiger wirst (...).

Stell dir vor, dass du in einem Wald bist (...). Die Sonne scheint und um dich herum wachsen wunderschöne Bäume mit grünen Blättern (...). Du gehst auf einem Weg entlang und siehst zwischen den Bäumen hindurch Wasser blinken (...). Du kommst an einen kleinen See, läufst ans Ufer und schaust dein Spiegelbild im Wasser an (...).

Nach kurzer Zeit spürst du, dass jemand neben dir steht (...). Du siehst, wie neben deinem Bild im Wasser noch ein weiteres Bild erscheint (...). Dieses Wesen ist dein Freund, ein Freund, den du sehr gerne magst (...). Stell dir sein Gesicht vor (...).

Dein Freund gibt dir ein Zeichen, ihm über eine kleine Brücke, die über einen Bach führt, zu folgen (...). Du gehst mit ihm und steigst einen Hügel hinauf, der zu einer gemütlich aussehenden Höhle führt (...). Der Freund betritt die Höhle und zündet eine große, schöne Kerze an (...). Er setzt sich hin (...). Du setzt dich neben ihn (...). Dein Freund beginnt nun, von sich zu erzählen (...).

Vielleicht möchtest du deinem Freund eine ganz bestimmte Frage stellen. Dazu hast du jetzt Zeit (...). Bei der Antwort hörst du ganz genau zu (...).

Dein Freund sagt dir, dass du ihn jederzeit wieder fragen kannst, falls dich etwas bedrückt (...). Er wird immer für dich da sein, um dir bei allem, was du auf dem Herzen hast, zu helfen (...).

Achte nun darauf, wie du dich fühlst, während du den Weg aus der Höhle zum Wasser zurück gehst (...).

Du bedankst dich bei deinem Freund, gehst den Weg zurück, läufst über die Brücke und betrachtest dich noch mal im Wasser (...).

Jetzt zählen wir 10 Atemzüge innerlich mit (...).

Atme etwas tiefer ein und aus (...). Wir bewegen unsere Finger, strecken die Arme in die Luft und räkeln uns und öffnen wieder die Augen.“

(...) = Sprechpause

(vgl. Asshauer/ Burow/ Hanewinkel, 1999, S. 52)

Stunde 13

Unterrichtssequenz: Wie kann Alkohol das Leben meines Babys beeinträchtigen?

Thema der Unterrichtsstunde: Wir überlegen uns, wie man als schwangere Frau ohne Alkohol Spaß haben kann

Fach: DEUTSCH

Zielsetzung: Handlungsalternativen entdecken

Lernphase	Lernangebote und Schüleraktivitäten
Einstieg/ Orientierung	L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis. L. liest aus dem Buch: „Alki? Ich doch nicht!“ vor. L. fragt Sch. was sie in den letzten Stunden gemacht haben und lässt von den Sch. zusammenfassen.
Aneignung	L. und Sch. bleiben im Stuhlkreis. L. stellt die Aufgabe: „Freizeittorte“ vor. Sch. sollen eine Freizeittorte erstellen. Der Verzicht auf Alkohol und die evt. Situation einer Schwangerschaft sollen berücksichtigt werden.
Reflexion/ Abschluss	L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis. Sch. sollen ihre Freizeittorten im Stuhlkreis auf den Boden legen. Wer will, kann sich zu seiner Freizeittorte äußern. L. beendet die Stunde mit dem Spiel: „Die nette Verabschiedung.“

Materialien für Stunde 13:

Aufgabe:

Freizeittorte

Die Schüler sollen ihren Tagesablauf und ihre Freizeitgestaltung reflektieren. Dazu malen sie zwei gleichgroße Kreise auf ein Blatt Papier (Freizeittorten). Der erste Kreis soll mit Tätigkeiten eines gewöhnlichen Tagesablaufs gefüllt werden.

Jedes Tortenstück symbolisiert eine Tätigkeit. Der Lehrer kann zur Verdeutlichung ein Beispiel an die Tafel bringen.

Im zweiten Kreis sollen die Schüler versuchen, ihren Tagesablauf ohne Alkohol und mit dem Gedanken schwanger zu sein (bei Mädchen) gestalten. Den Jungen kann die Situation folgendermaßen vorgestellt werden: Sie sollen den Alkohol außen vor lassen, um ihrer Partnerin nichts „vorzutrinken“.

Auf diese Weise sollen Alternativen aufgezeigt werden, wie ein Tag ohne Alkoholkonsum gestaltet werden kann. Die beiden Freizeittorten sollen helfen, den Schülern die Unterschiede von Freizeitmöglichkeiten plastisch vor Augen zu führen.

Spiel:

„Die nette Verabschiedung“

Die Schüler gehen kreuz und quer im Klassenzimmer umher. Im Hintergrund wird sanfte, leichte Musik abgespielt. Auf das Signal „Stopp“ wenden sie sich an den Schüler, der ihnen am nächsten steht und vervollständigen folgenden Satz: „Ich fand gut, dass du heute ...“ (z.B. ... da warst, ...so gut mitgearbeitet hast, ... niemanden angeschimpft hast, ... so gut mit aufgeräumt hast).

Das wird ca. 4-5 Mal durchgespielt.

(vgl. Asshauer/ Burow/ Hanewinkel, 1999, S. 50)

Stunde 14

Unterrichtssequenz: Wir finden heraus, warum es gut ist, abstinent zu leben

Thema der

Unterrichtsstunde: Wir finden unsere Stärken und Schwächen heraus

Fach: DEUTSCH

Zielsetzung: Eigenkompetenzen stärken

Lernphase	Lernangebote und Schüleraktivitäten
Einstieg/ Orientierung	L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis. L. liest aus dem Buch: „Alki? Ich doch nicht!“ vor. L. fragt Sch., was sie in den letzten Stunden gemacht haben und lässt von den Sch. zusammenfassen.
Aneignung	L. und Sch. bleiben im Stuhlkreis. L. fragt jeden Sch. was er besonders gut kann und was nicht. Sch. sollen in Einzelarbeit ihr eigenes ‚Stärken und Schwächen‘-Bild gestalten.
Reflexion/ Abschluss	L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis. Sch. sollen ihre Bilder im Stuhlkreis auf den Boden legen. Wer will, kann sich zu seinem Bild äußern. L. stellt das Spiel: „Was ich alles kann“ vor. Sch. bereiten es vor. L. fragt die Sch. bestimmte Fragen zu diesem Spiel. Alle Sch. sollen versuchen zu antworten. L. beendet die Stunde mit dem Spiel: „Die nette Verabschiedung.“

Materialien für Stunde 14:

Buch:

Siehe Materialien für Stunde 2

Aufgabe:

Stärken und Schwächen-Bild

Die Schüler sollen auf kleine Kärtchen in kurzen Sätzen oder mit einem Begriff ihre Stärken und Schwächen aufschreiben. Anschließend werden die Kärtchen auf einen großen Bogen Papier geklebt, auf dem ein Mensch (z.B. ein großes Strichmännchen) abgebildet ist. Die linke Seite beschreibt die Stärken der Schüler und die rechte Seite die Schwächen. Die Schüler sollen die Kärtchen allerdings nicht kreuz und quer auf die beiden Seiten kleben, sondern versuchen, diese auf die entsprechende Stelle am Körper zu kleben, mit der die Stärke bzw. Schwäche zu tun hat (z.B. „malen“ wird in die Nähe der Hand geklebt, „lesen“ wird in die Nähe der Augen geklebt).

Spiel:„Was ich alles kann“

Jeder Schüler notiert auf einem Blatt, mit verstellter Schrift, fünf positive Eigenschaften von sich bzw. Dinge, die er besonders gut kann. Die Blätter werden anschließend verdeckt gemischt. Nach einander nehmen sich die Schüler ein Blatt und lesen es vor. Die Gruppe soll den jeweiligen Autor erraten.

Abschließend fragt der Lehrer:

- War es leicht oder schwer, zehn Dinge zu finden?
- Wer hat Neues an sich oder den anderen entdeckt?

(vgl. Robra, in: Gruppe & Spiel. Zeitschrift für kreative Gruppenarbeit, 1997, S. 41)

Stunde 15

Unterrichtssequenz: Wir finden heraus, warum es gut ist, abstinent zu leben

Thema der

Unterrichtsstunde: Wir wollen belegen, dass es sich lohnt, abstinent zu leben

Fach: BIOLOGIE

Zielsetzung: Vorkenntnisse ermitteln und verstärken

Lernphase	Lernangebote und Schüleraktivitäten
Einstieg/ Orientierung	L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis. L. beginnt die Stunde mit der Entspannungsübung: „Reise durch den Körper.“
Aneignung	L. und Sch. bleiben im Stuhlkreis. L. stellt das Spiel: „Vierundvierzig Gründe, weshalb ich drogenfrei leben möchte“ vor. Sch. sollen es an einem großen Tisch nachspielen.
Reflexion/ Abschluss	L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis. L. stellt ein weiteres Spiel vor: „Welcher Grund, drogenfrei zu leben, passt zu wem?“ vor. Sch. bereiten das Spiel vor. Sch. sollen den Karton, in den sie ihre ausgefüllten Karten geworfen haben, in die Mitte des Stuhlkreises stellen und das Spiel spielen. L. beendet die Stunde mit dem Spiel: „Ich bin fit.“

Materialien für Stunde 15:**Spiel:**„Vierundvierzig Gründe, weshalb ich drogenfrei leben möchte“

Die Schüler sollen auf eine Blankokarte notieren, weshalb es für sie wichtig ist drogenfrei zu leben.

Anschließend werden die „44-Gründe“-Kärtchen gleichmäßig verdeckt an die Schüler aufgeteilt (wie ein Stapel Karten). Jeder vergleicht nun die Aussagen der Kärtchen mit dem selbst geschriebenen Grund und überlegt, welche der gezogenen Kärtchen ebenfalls auf ihn zutrifft. Diese werden aussortiert und mit dem selbst geschriebenen Kärtchen in der für ihn stimmigsten Reihenfolge von oben nach unten auf ein Blatt Papier geklebt.

Im Stuhlkreis lesen die Schüler (wer mag) ihre Gründe vor und kommentieren ihre persönliche Reihenfolge. Die anderen Schüler dürfen bei Unklarheiten gerne nachfragen.

„44-Gründe“-Kärtchen

weil ich frei sein will	weil ich mich mag	weil ich mir von niemandem verschreiben lasse, was ich trinke
weil ich mich am Gesang der Vögel freuen kann	weil ich auch ohne Alkohol Spaß haben kann	weil ich nicht unglücklich werden will
weil der echte Rausch vom Lachen kommt	weil Alkohol doof ist	weil ich meine Gefühle nicht einfach wegspülen will
weil ich Umarmungen genieße	weil ich Freunde habe	weil ich dann aufnahmefähiger bin
weil ich ein Vorbild sein will	weil ich mich am Sonnenaufgang erfreuen kann	weil ich weiß, dass mein alkoholfreies Leben toll ist
weil mein Verstand mir sagt, dass das nicht richtig ist	weil ich es schön finde, das Leben zu spüren	weil ich aus dem Mund nicht so stinken will
weil ich die Blumen wachsen höre	weil ich verliebt bin	weil ich bestimme, wohin mein Leben gehen soll
weil mein Gehirn kaputt gehen kann	weil ich mir gegenüber ehrlich sein will	weil ich einen klaren Kopf behalten will
weil ich mich nicht kaputt machen will	weil ich Verantwortung habe	weil sich mein bester Freund auch nicht

		betrinkt
weil ich zufrieden bin	weil ich Probleme auch anders lösen kann	weil ich so tolle Eltern habe, mit denen ich über alles reden kann
weil ich einen klasse Freundeskreis habe	weil Alkohol hässlich macht	weil ich mal Kinder haben möchte
weil ich gesunde Kinder zur Welt bringen möchte	weil ich einen guten Job haben will	weil ich kein Geld für Alkohol ausgeben will
weil nüchtern sein genauso viel Spaß macht	weil ich das Geld lieber an arme Menschen geben möchte	weil ich noch lange leben will
weil Alkohol mich meinen Führerschein kosten kann	weil ich bei meinen Freunden sehe, was Alkohol anrichtet	weil ich lieber schwimmen gehe
weil ich die Sonnenstrahlen auf meiner Haut spüre	weil ich auf einen Urlaub auf Mallorca spare	

(vgl. Robra, in: Gruppe & Spiel. Zeitschrift für kreative Gruppenarbeit, 1997, S. 41)

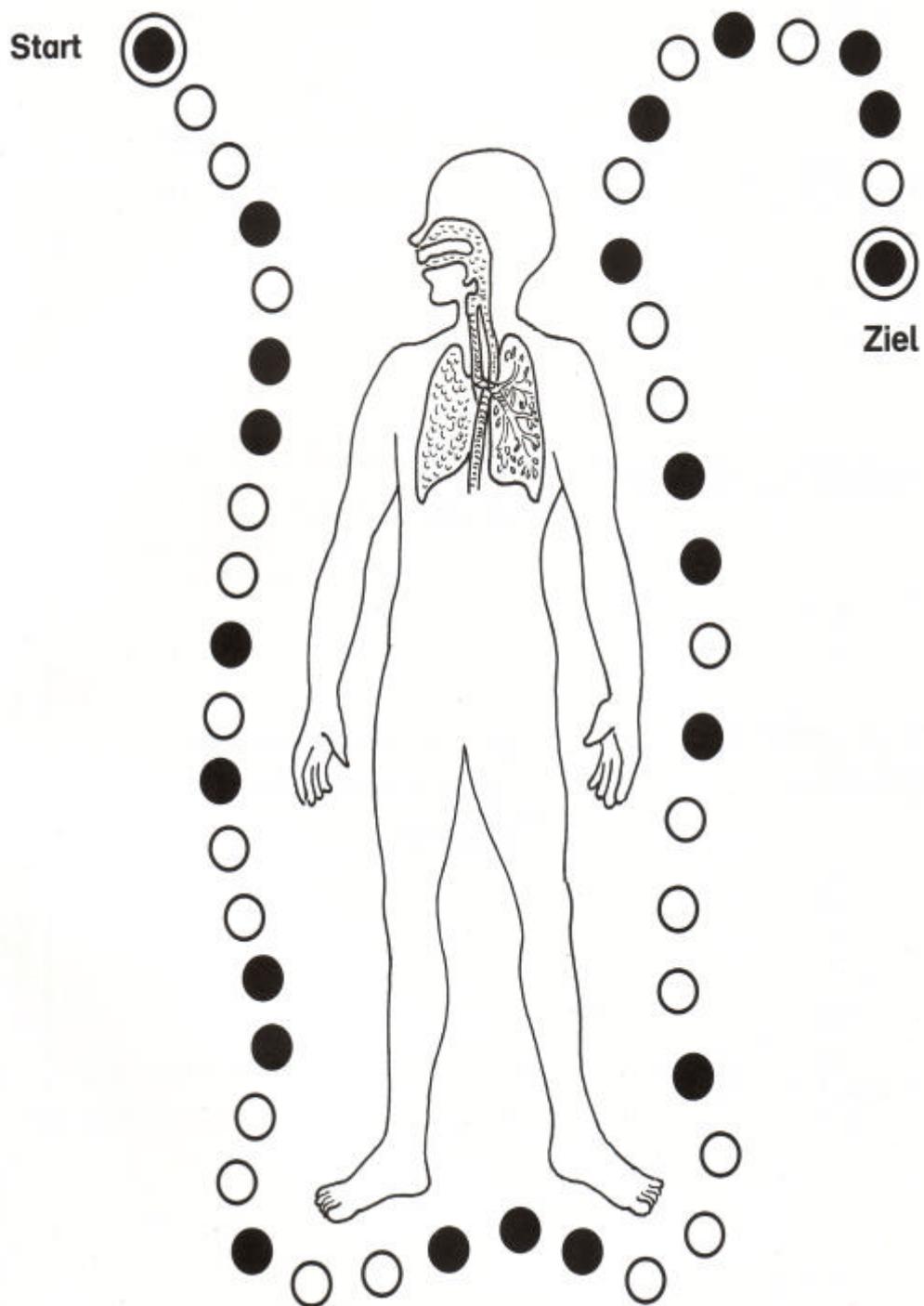
Spiel:

„Welcher Grund, drogenfrei zu leben, passt zu wem?“

Jeder Schüler schreibt, verdeckt und mit verstellter Schrift, einen Grund weshalb er drogenfrei leben würde auf ein Kärtchen. Anschließend werden sie in einem undurchsichtigen Karton gelegt und gut gemischt. Nacheinander ziehen die Schüler eine Karte aus dem Kasten und lesen den Grund laut vor und versuchen ihn dem Schüler zuzuordnen der ihn geschrieben hat. Dieser kann/ darf anschließend erklären, weshalb er sich für diesen Grund entschieden hat.

Spiel:„Ich bin fit“

Spielbrett zum Spiel:



(Asshauer/ Burow/ Hanewinkel, 1999, Kopiervorlage S. 28)

Spielkarten zum Spiel:

<p>1. Stelle ein Tier dar. Wir raten.</p>	<p>2. Nenne mindestens ein Organ, dass durch Alkohol geschädigt wird.</p>
<p>3. Zähle mit der Zunge die Anzahl deiner Zähne.</p>	<p>4. Schließe die Augen, stelle dich auf ein Bein und führe den Zeigefinger zur Nase.</p>
<p>5. Nenne einen Grund weshalb es gut ist während der Schwangerschaft kein Alkohol zu trinken.</p>	<p>6. Schließe deine Augen und nenne deinen Nachbarn.</p>
<p>7. Nenne drei Dinge, die du gut kannst.</p>	<p>8. Du bist zu schnell. Gehe 3 Felder zurück.</p>
<p>9. Schüler fragen dich: „Was, du hast noch nie Alkohol getrunken?“ Sage laut was du antwortest.</p>	<p>10. Wie hältst du dich fit?</p>
<p>11. Du siehst so fit aus. Gehe zwei Felder vor.</p>	<p>12. Zähle deinen Pulsschlag.</p>
<p>13. Nenne deinen Namen rückwärts.</p>	<p>14. Woran denkst du wenn du Sonne und Strand hörst?</p>
<p>15. Bringe mindestens einen Mitspieler zum Lachen.</p>	<p>16. Versuche, mit den Ohren zu wackeln.</p>
<p>17. Welche Schuhgröße hat dein linker Nachbar?</p>	<p>18. Wie gelangt der Alkohol zum ungeborenen Kind?</p>
<p>19. Einmal aussetzen.</p>	<p>20. Was isst du am liebsten?</p>

(vgl. Asshauer/ Burow/ Hanewinkel, 1999, Kopiervorlage S. 29f)

Stunde 16

<u>Unterrichtssequenz:</u>	Was haben wir gelernt?
<u>Thema der</u> <u>Unterrichtsstunde:</u>	Wir beantworten Fragen zum Thema Alkohol und Schwangerschaft
<u>Fach:</u>	DEUTSCH
<u>Zielsetzung:</u>	Ergebnisse sichern

Lernphase	Lernangebote und Schüleraktivitäten
Einstieg/ Orientierung	L. beginnt die Stunde mit dem Spiel: „Energiesprung.“ L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis. L. teilt Sch. mit, dass die Einheit nun beendet werden soll. L. fragt Sch. was ihnen gefallen hat und was nicht.
Aneignung	Die Sch. sollen Fragen zu den Inhalten der Einheit beantworten. Die Sch. dürfen entweder alleine oder mit einem Partner zusammenarbeiten.
Reflexion/ Abschluss	L. und Sch. treffen sich im Stuhlkreis. Ein Sch. liest eine Frage vor und ruft einen anderen Sch. auf, der diese beantworten soll. Das Plenum entscheidet, ob die Frage richtig beantwortet wurde. L. verteilt ein Informationsblatt über die Aufklärung von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft. L. beendet das Buch: „Alki? Ich doch nicht!“

Materialien für Stunde 16:

Fragebogen:

Fragen zu Alkohol und Schwangerschaft

Fragen für den Test (können individuell gestellt werden):

- Ist Alkohol eine Droge?
- Kann Alkohol innere Organe kaputt machen?
- Welche Organe werden kaputt gemacht? (Nenne drei Organe)
- Kann ein ungeborenes Kind auch betrunken werden?
- Wie kommt Alkohol zum Kind?
- Was sieht im Gesicht eines Kindes mit FAS verändert aus?
- Was kann man machen, um nicht zu trinken?
- Wie kann der Mann seiner schwangeren Frau helfen, nicht zu trinken?

Buch:

Siehe Materialien für Stunde 2

8. Faltblatt für Jugendliche über die Gefahren von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft

Die vorangegangene, von mir entwickelte Unterrichtseinheit, ist nur ein Versuch, die Entstehung von FAS/ FAE zu verhindern. Den Jugendlichen muss die Möglichkeit gegeben werden, sich fortlaufend mit dieser Thematik auseinander setzen zu können. Denn, wie in Punkt 5.4 bereits erwähnt wurde, kann Präventionsarbeit mehr bewirken, wenn sie spiralcurricular fortgeführt wird. Daraus entstand der Gedanke, zum Abschluss der durchgeführten Unterrichtseinheit den Schülern ein Faltblatt mitzugeben. Es muss jedoch erwähnt werden, dass das angefertigte Faltblatt nicht ausschließlich Schülern ausgehändigt werden soll, die vorweg die Inhalte der Unterrichtseinheit vermittelt bekommen haben, sondern ebenso in Freizeiteinrichtungen und Jugendklubs ausliegen kann.

Das selbst entworfene Faltblatt hat das Ziel, die Jugendlichen auf prägnante Art und Weise über die Entstehung und die Folgen des fetalen Alkoholsyndroms aufzuklären. Obwohl auf der einen Seite das Thema nicht ‚schön geredet‘ werden soll, ist es auf der anderen Seite aber auch wichtig, nicht den Zeigefinger zu heben oder ausschließlich die negativen Seiten von Liebe, Partnerschaft und Sexualität zu vermitteln. Aus diesem Grunde wurde bei der Auswahl des Titelblattes darauf geachtet, dass die Thematik ‚FAS‘ nicht umgehend angesprochen wird. Die Inhalte sollen den Leser nicht sofort abschrecken. Stattdessen soll ein freundliches Bild von einer Kleinfamilie und eine mutzusprechende Überschrift die positiven Seiten von Liebe, Partnerschaft und Sexualität vermitteln.

Damit zukünftige Mütter und Väter mit dem Versuch, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren oder gar ohne Alkohol auszukommen, nicht alleine fertig werden müssen, sind im Faltblatt drei Hilfestellungen gegeben, die die Reduzierung oder den Verzicht auf Alkohol erleichtern sollen. Es kommt darauf an, den jungen Menschen deutlich zu machen, dass z.B. schwanger sein und Feste feiern durchaus möglich ist, ohne sich ausgegrenzt zu fühlen. Des weiteren soll anhand von positivem Zuspruch und fröhlichen Bildern Liebe, Partnerschaft und Sexualität als etwas Schönes und Einzigartiges dargestellt werden.

Sollten Jugendliche nach der Unterrichtseinheit doch noch unsicher sein oder Fragen haben, die sie nicht mit vertrauten Personen besprechen möchten, besteht die Möglichkeit über Adressen und Internetadressen, die auf der Rückseite des Faltblatts aufgeführt sind, sich über die Thematik zu informieren und beraten zu lassen.

9. Schlussbetrachtung

Die intensive Auseinandersetzung mit den vier verschiedenen Aspekten der Arbeit hinterlässt bei mir eine fundiertere Sichtweise über die Alkoholabhängigkeit, die Entstehung von FAS/ FAE und die heutigen Präventionsmethoden, als zu Beginn dieser Arbeit.

In meiner Diplomarbeit wurde

- a) über die Gründe der Entstehung und Entwicklung von Alkoholabhängigkeit bei Frauen und Jugendlichen aufgeklärt,
- b) über die Behinderung fetales Alkoholsyndrom/ fetale Alkoholeffekte aufgeklärt und auf wesentliche Aspekte aufmerksam gemacht
- c) versucht, eine Unterrichtseinheit für Jugendliche zu erstellen, die ihnen mehr Einsichten in die Folgen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft vermitteln soll
- d) ein Faltblatt gestaltet, das kurz und prägnant über FAS informieren soll, aber den Jugendlichen auch Perspektiven im Umgang mit einer Schwangerschaft zeigt und sie im Verzicht auf Alkohol stärkt.

Vier Bereiche mit jeweils unterschiedlichen Aspekten. Miteinander verknüpft sollen sie in dieser Arbeit jedoch einen einzigen Standpunkt verdeutlichen:

Das fetale Alkoholsyndrom ist vermeidbar!

In Anbetracht der Häufigkeit von FAS/ FAE ist es erstaunlich, weshalb es in Deutschland noch keine großen, bundesweiten Aufklärungskampagnen mit

Warnungen vor dem Alkoholkonsum in der Schwangerschaft gibt. In den USA hingegen ist bereits es seit 1990 gesetzlich vorgeschrieben, auf allen Flaschen und Dosen mit alkoholischen Getränken folgenden Warnhinweis anzubringen: Der Gesundheitsminister weist darauf hin, dass Schwangere keine alkoholischen Getränke zu sich nehmen sollen, da ansonsten ein Risiko für Geburtsfehler besteht.



(Löser, 1995, S. 138)

Hinzu kommt, dass in sämtlichen Broschüren über die Aufklärung von FAS/FAE, die ich gelesen habe, nicht deutlich geworden ist, dass Jugendliche angesprochen werden. Dabei sind es insbesondere junge Erwachsene, die über den idealen Weg der Familienplanung aufgeklärt werden sollten und dementsprechend rechtzeitig über die Entstehung von FAS/FAE aufmerksam gemacht werden sollten.

Mit meinem steigenden Wissen über FAS/FAE, welches ich mir vor und während der Anfertigung dieser Arbeit angeeignet habe, wurde mein Interesse immer stärker geweckt, etwas dazu beizutragen, dieser vermeidbaren Behinderung entgegenzuwirken. Nach langen Überlegungen ist die in dieser Diplomarbeit aufgeführte Unterrichtseinheit „Wir informieren uns über die Folgen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft“ als ein kleiner Beitrag zur

Prävention entstanden. Es ist mir ein besonderes Anliegen, dass die Inhalte der Unterrichtseinheit nicht in dieser Arbeit verborgen bleiben, sondern durch tatkräftige Lehrer bzw. Pädagogen an die jeweiligen Schüler bzw. Jugendlichen vermittelt werden. Des weiteren hoffe ich, dass das von mir gestaltete Faltblatt möglichst weit verbreitet wird und die dargestellten Informationen und Tipps auf ‚fruchtbaren Boden‘ fallen.

Literaturverzeichnis

Literatur zum Themengebiet ‚Alkohol‘

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Jugend & Alkohol. Köln 2001.

Haushahn, Hermann: Jugendalkoholismus. Frankfurt a.M./ Berlin/ Bern/ New York/ Paris/ Wien 1996.

Hüllinghorst, Rolf/ Hoffman, Katja: Alkohol-Probleme: So können Sie helfen. Stuttgart 1998.

Jugendschutzgesetz. In: Gesetze für Sozialwesen. Bd. 3. Regensburg 1998.

Kerschl, Andrea-Viktoria: Weiblicher Alkoholismus – frauenspezifische Perspektiven in Theorie, Forschung und Behandlung. In: Mann, Karl (Hrsg.): Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. Lengerich/ Berlin/ Riga/ Rom/ Wien/ Zagreb 2002. S. 135-144.

Meulenbelt, Anja/ Wevers, Anke: Frauen und Alkohol. Reinbek bei Hamburg 1998.

Rudolf, Heidi: Zufrieden? – Was heißt schon zufrieden? Regensburg 1998.

Schmidt, Lothar: Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch. Stuttgart/ Berlin/ Köln 1997.

Schneider, Ralf: Die Suchtfibel: Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten für Betroffene, Angehörige und Interessierte. Hohengehren 2001.

Stimmer, Franz: Jugend und Alkohol. Wuppertal/ Bern 1999.

<http://www.august-ernst.de/pdf/geschi.pdf> (11.11.2002)

<http://www.dhs.de/basis/sucht.htm> (11.11.2002)

<http://www.sfa-isp.ch> (11.11.2002)

<http://www.suchthilfe.de/navi.htm> (11.11.2002)

Literatur zum Themengebiet ‚fetales Alkoholsyndrom‘

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Alkohol in der Schwangerschaft - Ein kritisches Resümee -. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Bd. 17. Köln 2002.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Auf dein Wohl, mein Kind! Ein Ratgeber zum Thema Alkohol für werdende Eltern. Köln 2002.

Drozella, Annika: Zum aktuellen Forschungsstand des fötalen Alkoholsyndroms. CD – Rom zum Thema Alkoholembryopathie. Von Ann Gibson (FASWorld). O.O. O.J.

Knappen, Beate vom/ Thater, Helga/ Löser, Hermann: Ratgeber zur Alkoholembryopathie. CD – Rom zum Thema Alkoholembryopathie. Von Ann Gibson (FASWorld). O.O. O.J.

Löser, Hermann: Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte. Stuttgart/ Jena/ New York 1995.

Majewski, Frank (Hrsg.): Die Alkoholembryopathie. Frankfurt/ Main 1987.

Psyhyrembel. In Klinisches Wörterbuch. 259. Auflage. Berlin/ New York 2002. S. 42.

Spohr, Hans-Ludwig: Das fetale Alkoholsyndrom – die Alkoholembryopathie – ein klinischer Überblick. In: Steiner, Marianne (Hrsg.): Alkohol in der Schwangerschaft und die Folgen für das Kind. Frankfurt a. M. 1990. S. 16-81.

Spohr, Hans-Ludwig: Alkoholmissbrauch in der Schwangerschaft und die Folgen für das Kind. In: Mitteilungen der Deutschen Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft. Heft 37. O.O. 1997. S. 1-4.

Spohr, Hans-Ludwig: Das fetale Alkoholsyndrom - Alkoholabusus, Schwangerschaft und die Folgen für das Kind. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin. Bd. 73. Heft 14-15. Stuttgart 1997. S. 791-797.

Spohr, Hans-Ludwig: Zum Problem der „abortiven“ (unvollständigen) Alkoholembryopathie. In: CD-Rom zum Thema Alkoholembryopathie. Von Ann Gibson (FASWORLD). O.O. O.J.

Steiner, Marianne: Vorwort. In: Steiner, Marianne (Hrsg.): Alkohol in der Schwangerschaft und die Folgen für das Kind. Frankfurt a. M. 1990. S. 7-15.

Stimmer, Franz: Suchtlexikon. München/ Wien/ Oldenbourg 2000.

Ubrig, Cordula: Förderung, Sozialisation und soziale Integration von Kindern mit Alkoholembryopathie in der BRD und den USA. Regensburg 2000.

Literatur zur Fallstudie

Spohr, Hans-Ludwig: Das fetale Alkoholsyndrom – die Alkoholembryopathie. In: Geistige Behinderung. Heft 4. 1991. S. 289-301.

Email von Ann Gibson vom 08.02.2003

Interview mit Frau B. vom 10.02.2003

Literatur zum Themengebiet ‚Prävention‘

Bühringer, Gerhard: Aktuelle Konzepte zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs mit Schwerpunkt „Schulische Prävention“. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Suchtprävention. Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren. Bd. 36. Freiburg im Breisgau 1994. S. 55-64.

Fahrenkrug, Hermann: Soziologische Betrachtungen zu Familie im Wandel und ihre Konsequenzen für die Suchtprävention. In: In: Suckfüll, Thomas/ Stillger, Barbara: Starke Kinder brauchen starke Eltern. Köln 1999. S. 26-37.

Franz, Heinz Jörgen: Sucht- und Drogenvorbeugung im Jugendalter – Präventives Handeln im Rahmen der Sozialisationstheorie. In Franz, Heinz Jörgen/ Lump, Rudolf (Hrsg.): ... damit das Kind nicht in den Brunnen fällt!: Aspekte zeitgemäßer Suchtprävention. Frankfurt a.M./ Berlin/ Bern/ Bruxelles/ New York/ Wien 2000. S. 23-45.

Franz, Heinz Jörgen: Schule als Lebensraum – Dimensionen von Lebensförderung und Suchtprävention. In: Franz, Heinz Jörgen/ Lump, Rudolf (Hrsg.): ... damit das Kind nicht in den Brunnen fällt!: Aspekte zeitgemäßer Suchtprävention. Frankfurt a.M./ Berlin/ Bern/ Bruxelles/ New York/ Wien 2000. S. 60-79.

Franzkowiak, Peter/ Helfferich, Cornelia: Geschlechtsbezug in der Suchtprävention: Theorien, Definitionen und Methoden für eine neue Praxis. In: Abhängigkeiten: Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung. Bd. 3. Heft 2. Lausanne 1997. S. 37-46.

Funke, Wilma/ Garbe, Dieter: Alkohol. In: Fengler, Jörg (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung – Therapie – Prävention. Landsberg/ Lech 2002. S. 11-18.

Grundmann, Dagmar/ Nöcker, Guido: Suchtprävention – Drei handlungsleitende Thesen zu einem gemeinsamen Anliegen. In: Suckfüll, Thomas/ Stillger, Barbara: Starke Kinder brauchen starke Eltern. Köln 1999. S. 13-20.

Herschelmann, Susanne/ Peine, Elke: Drogenkonsum bei Mädchen – Reflexion der mädchenspezifischen Suchtprävention bei KAJAL, Hamburg. In: Wegehaupt, Hiltrud/ Wieland, Norbert (Hrsg.): Kinder – Drogen – Jugendliche – Pädagogen: in Kontakt bleiben. Münster 1996. S. 147-153.

Hüllinghorst, Rolf: Vorwort. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Suchtprävention. Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren. Bd. 36. Freiburg im Breisgau 1994. S. 7-10.

Hüllinghorst, Rolf: Erst Werbung für Suchtmittel – dann Konsumreduzierung durch Prävention? In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Suchtprävention. Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren. Bd. 36. Freiburg im Breisgau 1994. S. 11-25.

Hüllinghorst, Rolf: Präventive Sucht- und Drogenproblematik in der Bundesrepublik Deutschland. In: Schmidt, Bettina/ Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Opladen 2000. S. 267-280.

Hurrelmann, Klaus: Suchtprävention trotz gesellschaftlicher Ursachen? In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Suchtprävention. Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren. Bd. 36. Freiburg im Breisgau 1994. S. 26-37.

Kapteina, Hartmut: Musiktherapie. In: Fengler, Jörg (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung – Therapie – Prävention. Landsberg/ Lech 2002. S. 367-374.

Köhler-Azara, Christine: Konzepte der Suchtprävention. In: Familie, Partnerschaft, Recht. Bd. 4, Heft 1. München 1998. S. 41-42.

Löser, Hermann: Alkoholembryoathie und Alkoholeffekte. Stuttgart/ Jena/ New York 1995.

Lumpp, Rudolf: „Ich bin ein toller Typ, aber ich bin nicht immer so gut drauf“ – Grundlagen und Durchführung eines Curriculums zur Suchtprävention. In: Franz, Heinz Jörgen/ Lumpp, Rudolf (Hrsg.): ... damit das Kind nicht in den Brunnen fällt!: Aspekte zeitgemäßer Suchtprävention. Frankfurt a.M./ Berlin/ Bern/ Bruxelles/ New York/ Wien 2000. S. 80-99.

Mersen-Storz, Gisela/ Nöcker, Guido: Die Rolle der öffentlichen Meinungsbildung in der Suchtprävention. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Suchtprävention. Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren. Bd. 36. Freiburg im Breisgau 1994. S. 49-54.

Pott, Elisabeth: Zur Entwicklung der Sucht- Und Drogenprävention. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Suchtprävention. Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren. Bd. 36. Freiburg im Breisgau 1994. S. 38-48.

Pott, Elisabeth: Gesundheit in der Gesellschaft Information der Bevölkerung heute. In: Stöckel, Sigrid/ Walter, Ulla (Hrsg.): Prävention im 20. Jahrhundert. Weinheim/ München 2002. S. 204-217.

Schipperges, H.: Verwurzelung und Entfaltung des präventiven Denkens und Handelns. In: Allhoff, P./ Flatten, G./ Lasser, U. (Hrsg.): Krankheitsverhütung und Früherkennung. 2., korrigierte und erweiterte Auflage. Berlin/ Heidelberg/ New York 1997. S. 3-15.

Schleifer, Roland: Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Fengler, Jörg (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung – Therapie – Prävention. Landsberg/ Lech 2002. S. 273-278.

Schmidt, Bettina/ Hurrelmann, Klaus: Grundlagen einer präventiven Sucht- und Drogenpolitik. In: Schmidt, Bettina/ Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Opladen 2000. S. 13-23.

Stimmer, Franz (Hrsg.)/ Müller-Teusler, Stefan: Jugend und Alkohol. Wuppertal/ Bern 1999.

Stöckel, Sigrid/ Walter, Ulla: Prävention und ihre Gestaltung vom Kaiserreich bis zur Jahrtausendwende. In: Stöckel, Sigrid/ Walter, Ulla (Hrsg.): Prävention im 20. Jahrhundert. Weinheim/ München 2002. S. 273- 300.

Toomey, Traci L./ Wagenaar, Alexander C.: Möglichkeiten alkoholbezogener Präventionspolitik in den USA. In: Schmidt, Bettina/ Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Opladen 2000. S. 129- 146.

Wichelhaus, Barbara: Kunsttherapie. In: Fengler, Jörg (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung – Therapie – Prävention. Landsberg/ Lech 2002. S. 300-313.

Literatur zur Unterrichtseinheit

Asshauer, Martin/ Burow, Fritz/ Hanewinkel, Reiner: Fit und stark fürs Leben 3/ 4. Leipzig/ Stuttgart/ Düsseldorf 1999.

BARMER Ersatzkasse: AIDS – Prävention und Sexualaufklärung. O.O. O.J.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Auf dein wohl, mein Kind! Ein Ratgeber zum Thema Alkohol für werdende Eltern. Köln 2002.

Day, Trevor: Wissen für Kinder – Der Mensch. O.O. O.J.

DIFA Forum: Alkohol in Schwangerschaft und Stillzeit. Verantwortung von Anfang an! Wiesbaden o.J.

Hüllinghorst, Rolf/ Hoffman, Katja: Alkohol-Probleme: So können sie helfen. Stuttgart 1998.

Majewski, Frank (Hrsg.): Die Alkoholembryopathie. Frankfurt/ Main 1987.

Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.): Lehrplan für die Sekundarstufe 1 an weiterführenden allgemeinbildenden Schulen, Biologie/ Deutsch. Kiel 1997.

Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.): Runderlass „Suchtvorbeugung in Schulen“ vom 11.09.1992, NBL.MBWKS.

Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.): Lehrplan Sonderpädagogische Förderung. Kiel 2002.

Robra, Andreas: Spiele zur Suchtprävention. In: Gruppe & Spiel. Zeitschrift für kreative Gruppenarbeit. Sonderheft. 1997.

Anhang

A. Abkürzungsverzeichnis

§	Paragraph
%	Prozent
‰	Promille
ABRD	Alcohol-related birth defects
Abs.	Absatz
AE	Alkoholembryopathie
AG	Arbeitsgemeinschaft
ARND	Alcohol-related neurodevelopmental disorders
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
Chr.	Christus
DDR	Deutsche Demokratische Republik
d.h.	das heißt
DHS	Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren
Dr.	Doktor
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
dt.	deutsch
Ebd.	Ebendieser
EG	Europäische Gemeinschaft
etc.	etcetera
f/ ff	folgende/ fortlaufend folgende
FAE	Fetale Alkoholeffekte
FAS	Fetales Alkoholsyndrom
g	Gramm
ICD 10	International Classification of Diseases
kg	Kilogramm
L.	Lehrer
med.	medizin
n.	nach
Nr.	Nummer
o.ä.	oder ähnliches
o.J.	ohne Jahr
o.O.	ohne Ort
Prof.	Professor
S.	Seite
Sch.	Schüler
s.o.	siehe oben
TV	Television
u.a.	und andere
USA	United States of America
u.s.w.	und so weiter
u.U.	unter Umständen

v.	vor
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
WHO	Welt Gesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel
ZNS	Zentrales Nervensystem
z.T.	zum Teil
zw.	zwischen
z.Zt.	zur Zeit

B. Email von Frau Gibson vom 08.02.2003

Hallo Ann,
Während ich meine Diplomarbeit zu FAS schreibe, sind mir etliche Fragen aufgetreten.

Hi Rosy!

So ich versuche zu antworten, was ich Dir erzählen möchte ist wissenschaftlich nicht belegt, sondern Erfahrungen von Eltern von Kindern mit FAS/E und Vermutungen von "Experten", Okay?

- Wie kommt es, dass ein Mädchen mit FAS an ihrer eigenen Babypuppe aggressives Verhalten ausübt, echte Babys und Kleinkinder allerdings über alles liebt und sich stark zu ihnen hingezogen fühlt?

Viele unsere Kinder zeigen sehr aggressives Verhalten. Manche, die ich durch FASlink "kenn", haben Kleintiere sogar umgebracht. Es passiert aber meist bei Kindern, die in irgendeine Art und Weise selbst misshandelt worden sind bzw. es anderswo gesehen haben. Kann es sein, dass dieses Kind so was schon erlebt hat?

Warum sie es nur an die Puppe auslässt, habe ich ehrlich gesagt keine Ahnung, nur die Vermutung das etwas anders dahinter liegt? Dazu kommt es auch oft vor, dass diese Aggression ein Zeichen von Frustration ist, damit können unsere Kinder gar nicht gut umgehen und neigen dazu, bei Frustration Sachen zu zerstören. Vielleicht nur Zufall da sie Mädchen ist und mehr mit Puppen spielt als andere Sachen?

- Ist selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit FAS/ FAE ‚normal‘? Woran kann es liegen??

Selbstverletzungen kommen häufig vor, meistens passiert, es dass die Kindern so lange an gesunder Haut pulen, bis es blutet. S. hatte z.B. letztes Jahr 4 Monaten lang am Fuß so gepult, dass es aussah wie ein Stück rohes Steak! Da die Kinder auch schmerzunempfindlich sind machen die immer weiter da es ja nicht so weh tut. Hier kommen 2 Sachen dazu, erstens wenn sie sich selber verletzen an der Haut, bekommen sie oft eine art "Selbstberuhigung" davon und da sie oft unter "Perseveration" leiden sind sie dann davon so fasziniert das sie einfach nicht aufhören können(Getting stuck and not being able to move on to something else).

- Wurde jemals autistisches Verhalten beobachtet?

Autismus und auch Aspergers sind auch einen Teil des Syndrom, kommt viel öfters vor bei FAS als in der "Normal" Bevölkerung.

-
- FAS/FAE Menschen sind häufig sprachentwicklungsverzögert. Wie kann es sein, dass das Mädchen, das ich betreue, wenn es unbeaufsichtigt ist, sprachlich fast perfekte Monologe führen kann? Wenn eine Bezugsperson jedoch dazu kommt, es wieder in Ein-Wort-Sätze verfällt.

Ich weiß nicht wie alt das Kind ist aber da hattest Du von S. reden können als sie kleiner war und heute ist sie auch oft so. Nimmt das Kind auch Blickkontakt auf? Ich schätze nicht so oft? Die Kinder sind oft sprachlich verzögert, aber wenn die reden können, haben sie meist ein sehr gute Sprachbegabung die ihre Intelligenz voraus ist. S. redet nur "Normal" sag ich, wenn sie mit der Mensch SEHR vertraut ist, sonst bekommt man von ihr nur sehr kurze Sätze. Ist also "Normales" FAS/E-verhalten. Je mehr bewusst das "Anders sein" wird, um so öfter kommt diesen Verhalten vor.

Ich würde mich über eine rasche Antwort freuen.

Lieben Gruß von
Rosy Lais

Hoffe es hat geholfen!

LG

Ann

C. Interview mit Frau B. vom 10.02.2003

R.L.: Seit wann ist J. in dieser Familie?

Fr. B.: Sie ist 10 Monate alt gewesen. Sie hat Geburtstag am 17.10.1993.

R.L.: Wurde sie zu dem Zeitpunkt direkt zur Pflege frei gegeben?

Fr. B.: Ja.

R.L.: Wurde sie gleich nach ihrer Geburt von ihrer leiblichen Mutter getrennt?

Fr. B.: Das weiß ich nicht.

R.L.: Wurde sie denn vorher schon woanders untergebracht?

Fr. B.: Ja. Sie war einmal zu Hause, dann war sie im Krankenhaus, länger, mit einem Leistenbruch. Dann mit einer Lungenentzündung. Dann war sie wieder zu Hause. Das wechselte immer so hin und her und bevor sie zu uns kam war sie auch sechs Wochen in einem Heim.

R.L.: Musste J. medizinisch Versorgt werden nach der Geburt?

Fr. B.: Sicher, sie war im Brutkasten, da sie eine Frühgeburt war. Ein Kilo hat sie gewogen.

R.L.: Wie hat sich die erste Zeit mit J. hier in der Familie gestaltet?

Fr. B.: Sie hat fast nur geschrien. Also wenn sie Kraft hatte, hat sie geschrien. Und sonst hat sie halt so gedämmert. Nachts hat sie auch stundenlang geschrien. Sie hat ja auch keine Beruhigungsmittel bekommen.

R.L.: Weil ihr das nicht wolltet?

Fr. B.: Ja. Also das hat man uns auch nicht angeboten, weil wir auch bei anderen entsprechenden Ärzten sind, die dann vorsichtig sind. Aber sie hat viel geschrien und gekotzt. Ja, immer im Wechsel. Das war so ihre Hauptbeschäftigung.

R.L.: Welche Schwierigkeiten kamen denn so auf? Hatte sie Ess-, Saug- und Schluckbeschwerden?

Fr. B.: Also sie konnte gar nicht essen. Sie hat die Nahrung verweigert.

R.L.: Aber ihr habt keine Sonde gelegt?

Fr. B.: Nein.

R.L.: Und wie habt ihr das hinbekommen, dass sie isst?

Fr. B.: Zwang. Hatte ein ziemlich großes Loch im Sauger und habe dann an der

Plastikflasche gedrückt und ihr dann die Nase zugehalten.

R.L.: Sodass sie auch schlucken musste bzw. den Schluckreflex ausüben musste?

Fr. B.: Ja, genau.

R.L.: Hatte sie denn besondere Vorlieben, was sie gerne aß?

Fr. B.: Nein, gar nichts. Hatte sie auch nie.

R.L.: Auch später nicht? Das sie vielleicht breiige Sachen essen mochte?

Fr. B.: Nein, auch Schokolade nicht. Gar nicht. Sie mochte alles nicht. Also Nahrung komplett null. Alles Orale auch keinen Schnulli, kein Saugen am Finger, dass war alles nicht. Die orale Schädigung war komplett da.

R.L.: Wie habt ihr dass denn hin bekommen, dass sie jetzt so gut isst?

Fr. B.: Ja, über Zwang. Das ist Gewohnheit jetzt. Sie weiß sie muss essen. Sonst gibt es Ärger. Die Mutter ist meiner Meinung nach dazu verpflichtet, Nahrung zu geben. Das ist einfach angeboren, es muss essen und trinken, es muss einfach.

R.L.: Ist für dich wahrscheinlich einfach ein Verantwortungsgefühl, oder?

Fr. B.: Eigentlich nicht. Ich weiß nicht, ich habe mir da keine Rechenschaft drüber abgelegt, aber es war für mich klar, dass sie sonst immer im Krankenhaus sein müsste und das sie an den Tropf muss. Das war die Alternative. Sie hatte ja auch das (azetonische) Erbrechen gehabt. Also, wenn sie eine Flasche drin hatte war ja das Problem, dass sie so lange geschrien hat, bis sie anfing zu kotzen und wieder alles rausgebrochen hat. Durch das Schreien und die Schleimbildung hat sie dann wieder erbrochen. Dann ging die Nahrungsaufnahme wieder von vorne los. Sie war dann auch so kurz vor dem Koma. Durch dieses (azetonische) Erbrechen ist der Kreislauf sehr labil.

R.L.: Hatte sie einen Schlaf-Wach-Rhythmus?

Fr. B.: Nein. Sie hat ganz wenig geschlafen und war aber auch überwacht. Nervös, kaltschweißig wie jemand der abhängig ist. Jemand der Drogen nahm.

R.L.: Also wie ein Entzug.

Fr. B.: Ja, sie ist auch im Entzug gewesen. Dass hat man uns auch gesagt. Gleich

nach der Geburt. Da waren diese Entzugserscheinungen.

R.L.: Die Sprachentwicklung, wie hat sich die gezeigt?

Fr. B.: Sie hat eigentlich nichts nachgesprochen. Also sie hat auch nicht imitiert, es war gar keine Beziehung da. Es war kein Nachahmen, kein ineinander greifen. So dass du Papa sagst und sie sagt auch Papa. Sie hat eigentlich auch die Sprache verweigert. Und sie hat letztendlich über M. das Sprechen gelernt.

R.L.: In wie fern?

Fr. B.: Ja, weil... Ihn liebte sie. Ihm gegenüber konnte sie sich öffnen. Weil er so bedingungslos ist. Er stellt ja keine Bedingungen. Sie liebt ihn. Und ich denke da wo Liebe ist, da kommt sie aus ihren Zwängen am ehesten heraus. Sie redet deswegen auch viel wie M. Früher war es noch extremer. Das sie auch nicht über ihn hinaus kommt. Weil sie sich immer sehr stark an ihn orientiert. Das ist auch heute noch so.

R.L.: Sie muss sich doch mal verständigen müssen. Wenn sie etwas will, wie hat sie denn das gemacht?

Fr. B.: Ja, indem sie sich irgendwie zu irgend etwas hingestreckt hat. Aber auch eher reflexartig zu Licht oder zu Geräuschen oder so. Alles was außen war aber nicht im Bezug zu sich.

R.L.: Ist euch im Verhalten etwas aufgefallen? Aggressives oder autistisches Verhalten?

Fr. B.: Kein Verhalten. Also keine Anwesenheit. Keine persönliche Anwesenheit sondern mehr Hülle. Sie war wie ein seelischer Leerraum.

R.L.: Und wie ist es jetzt, da sie etwas älter ist? Sie hat ja ihrer Puppe den Kopf mehrmals abgerissen. Es ist ja schon ein aggressives Verhalten vorhanden.

Fr. B.: Aggressionen hat sie natürlich.

R.L.: Kannst du dir erklären, woher die kommen?

Fr. B.: Ja klar, durch das Saufen. Die Aggressionen gehen so weit, dass die in Selbstzerstörung gehen.

R.L.: Wurde sie von ihren leiblichen Eltern misshandelt?

Fr. B.: Weiß ich nicht.

R.L.: Und autistisches Verhalten, habt ihr da etwas beobachten können?

Fr. B.: Ja, sie hat ja immer Räder gedreht

R.L.: Oder immer dieses Autoschieben. Dieses Schlange-bilden habe ich öfter beobachten können.

Fr. B.: Sie guckt ja immer nach den Rädern. Ja, Schlangeschieben ist ja in einem bestimmten Kindesalter normal. Das machen alle Kleinkinder.

R.L.: Ja aber doch nicht mehr in dem Alter?

Fr. B.: Nein, aber man könnte ja gut sagen: Entwicklungsverzögert. Aber bei ihr war auch immer das Ding auf die drehenden Räder zu gucken, was auch Autisten machen die immer auf diese Kreisbewegung gucken. Diese Unendlichkeit. Und sie hat auch leichte Absenzen gehabt.

R.L.: Hat sie hyperaktives Verhalten gezeigt?

Fr. B.: Ja, Rastlosigkeit und Unruhe. Also als Säugling ständig alles runtergerissen, unter die Matratze gewühlt. Kein Bleiben können in einer Situation. Auch nicht auf dem Arm, auf dem Schoß. Immer irgendwie Abstoßbewegung. Kein Kontakt. Immer und überall war dieses Schieben und Geräusche erzeugen und ‚Klickern‘ und ‚Klackern‘. Das löste auch Emotionen aus und dann lacht sie immer. Wenn aber ein Mensch lachte, guckte sie immer ganz leer. Das sagte ihr nichts.

R.L.: Aber diese Hyperaktivität hat sich jetzt schon gelegt im Alter, oder?

Fr. B.: Ja, dass kann man nicht so sagen. Sie war irgendwie nie so Hyperaktiv, eher so `ne... Da habe ich auch viel so gemacht. Ich habe sie dann gebremst auch weil das ein unaufhaltsames und rastloses Getue ist und eigentlich auch gemerkt habe, es führt immer weg vom eigenen Tun. Ich habe sie dann z.T. auch festgehalten. Bei mir und auch auf dem Schoß festgehalten. Dann hat sie ja auch geschrieen ohne Ende. Eigentlich nur weg. Man konnte es ihr nicht recht machen. Alles war nicht schön.

R.L.: Wie erklärst du dir denn das sie dennoch manchmal ankommt und einen innig umarmt? Also doch die Nähe sucht?

Fr. B.: Das sind so kleine Anfänge. Da ist natürlich ein menschliches Wesen in ihr. Und das kommt vielleicht mit der Zeit heraus.

R.L.: Wie hat sich die soziale Interaktion bei ihr entwickelt?

Fr. B.: Sie findet Babys gut. Sie kann kein Spiel halten mit anderen Kindern. Ihr

Spielverhalten ist mehr Tätigkeit. Mehr Tätigkeiten aneinander reihen. Es wird mehr inhaltlich aber es ist auch so, dass sie nach spielt, was M. spielt. Oder was ich ihr vorgespielt habe. Aber sie kommt nicht drüber hinaus. Sie hat keine eigenen Ideen. Sie entwickelt keine eigenen Ideen. Sie kann auch keine Schlüsse ziehen. Es kommt mal vor aber selten. Manchmal interessieren sie Sachen. Es kommt manchmal vor, dass sie dann mal nachfragt.

R.L.: Diese Distanzlosigkeit ist ja bei ihr auch zu beobachten. Ich meine, dass sie alle Leute anspricht.

Fr. B.: Es war früher noch extremer. Das habe ich dann aber auch gestoppt. Und sie weiß auch, dass sie das nicht darf.

R.L.: Gibt es sonst noch irgendwelche Auffälligkeiten, die ihr in ihrem Leben beobachtet habt?

Fr. B.: Sie ist eigentlich ziemlich gut. Sie kaut ja auch keine Nägel. Das hatte sie ja auch mal angefangen. Sie hat durchaus den Sinn dafür, wenn man ihr mal sagt, dass es nicht schön ist Nägel zu kauen. Das empfindet sie dann auch so. Ich sehe schon auch die Persönlichkeit. Sie hat ein sehr stark ausgleichendes Wesen. Sie ist eigentlich eine sehr Liebe. Im Kontakt zu M. sehe ich am meisten Persönlichkeit in ihr.

R.L.: Sonst ist da nichts, was sich, seit ihr J. bekommen habt, bemerkbar gemacht hat?

Fr. B.: Ihre Verweigerungshaltung allen gegenüber. Das Zerstörungsprogramm hat sie drauf.

R.L.: Kann sie sich selbständig beschäftigen?

Fr. B.: Ja, im gewissen Rahmen ja.

R.L.: Benötigt sie konstante Aussicht?

Fr. B.: Ja.

R.L.: Ist sie leicht ablenkbar?

Fr. B.: Na klar. Aber erstaunlich konzentrationsfähig.

R.L.: Kann sie lange still sitzen o.ä.?

Fr. B.: Ja, das kann sie. Für ihrer Schädigung kann sie erstaunlich lange still sitzen.

R.L.: Ist J. eher unter- oder überschmerzempfindlich?

Fr. B.: Unterschmerzempfindlich. Sie merkt nicht so leicht was.

R.L.: Hat/hatte J. besondere Gewohnheiten?

Fr. B.: Räder drehen, kaputt machen.

R.L.: War J. im Kindergarten?

Fr. B.: Ja. Im Anthroposophischen Waldorfkindergarten.

R.L.: Ging es da mit ihr gut?

Fr. B.: Genau wie jetzt. Sie war altersgemäß ihrer Schädigung nach entwickelt.

Sie hatte wahnsinnige Probleme mit dem Essen gehabt. Dann war sie noch mal in einem I-Kindergarten. Ein Jahr lang. Weil ich sehen wollte, ob sie jetzt... ihr die Chance geben, sich an ‚normalen‘ Kindern zu orientieren. Es war aber sehr anstrengend. Sie konnte doch nicht mithalten.

R.L.: Kann J. etwas richtig gut? Ist sie in irgend etwas begabt?

Fr. B.: Singen kann sie eigentlich gut.

R.L.: Wie gestaltet sich der Alltag für J. zu Hause?

Fr. B.: Morgens aufwachen. Dann bekommt sie Medizin. Dann sitzt sie eine

Weile im Bett und darf Bilderbücher angucken. Dann dürfen sie sich selbständig anziehen. Danach gibt es Frühstück.

R.L.: Schmiert sie ihr Brot selbst?

Fr. B.: Ja, sie macht es gerne selbständig. Hilft auch gerne beim Tischdecken.

Dann geht es raus mit Papa. Kommen meistens zum Essen zurück. Dann gibt es Mittag. Dann machen wir Mittagstunde. Da darf sie im Bett sitzen und Bücher lesen. Sie muss nicht schlafen. Manchmal schläft sie freiwillig. Dann stehen wir wieder auf und es gibt Kaffee. Danach spielen sie selbständig. Entweder Baby Born oder Theater. M. gibt meistens die Themen vor. Ich lasse sie auch so frei wie möglich spielen.

R.L.: Spielt sie denn auch selbständig, ohne M.?

Fr. B.: Ja, hat dann auch eigene Ideen, die er nicht so gerne zulässt. Dann ist

irgendwann Baden angesagt. Das findet sie ganz schön. Die Körperpflege wird sehr ausgiebig gemacht (einölen, Wärme,..) Das mag sie sehr gerne.

R.L.: Wie ist der Kontakt zu den einzelnen Familienmitgliedern (Pflegefamilie)?

Fr. B.: Sie findet N. (leiblichen Sohn) ganz toll. Denn liebt sie. Mich liebt sie

auch, aber mich fürchtet sie auch. Weil wir eben den Lebenskampf geführt haben. Ma. (Vater) nimmt sie erst am Rande wahr. Sie hat doch noch etwas Distanz zu ihm. Zu mir sucht sie Nähe.

R.L.: Habt ihr noch Kontakt zur leiblichen Mutter? Oder zur Familie?

Fr. B.: Nein.