

# **Alkoholkonsum unter jungen Europäern**

von

Wolfgang Settertobulte, Bjarne Bruun Jensen  
und Klaus Hurrelmann



Weltgesundheitsorganisation  
Regionalbüro für Europa  
2001

## **GESUNDHEIT21 EUROPÄISCHES ZIEL 12 –**

### **VERRINGERUNG DER DURCH ALKOHOL, DROGEN UND TABAK VERURSACHTEN SCHÄDEN\***

Bis zum Jahr 2015 sollten in allen Mitgliedstaaten die auf den Konsum von suchterzeugenden Substanzen wie Tabak, Alkohol und psychotropen Substanzen zurückzuführenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen signifikant reduziert werden.

*\*Vom WHO-Regionalkomitee für Europa auf seiner achtundvierzigsten Tagung in Kopenhagen im September 1998 verabschiedet.*

### **Abstract**

Die HBSC-Studie über das Gesundheitsverhalten von Schulkindern (Health Behaviour in School-aged Children) wird regelmäßig in zahlreichen Ländern der Europäischen Region der WHO durchgeführt. Das vorliegende Papier gibt einen Überblick über die im Zuge dieses Forschungsprojekts erhobenen Daten über Alkoholkonsum. Es handelt sich um einen speziell für die Europäische ministerielle Konferenz der WHO „Jugend und Alkohol“ (Stockholm, 19.–21. Februar 2001) in Auftrag gegebenen Beitrag.

Die Erhebungsdaten beziehen sich auf verschiedene Formen des Alkoholkonsums unter Jugendlichen (Experimentieren, regelmäßiger Konsum und übermäßiger Konsum) sowie auf die mit Alkohol zusammenhängenden Schäden. Das Papier beinhaltet eine vorläufige Analyse der ermittelten Trends.

Alkohol ist kein isoliert zu betrachtendes Problem im Leben eines Menschen. Deshalb werden die Daten über Alkoholkonsum mit anderen Faktoren – beispielsweise Familie, Schule und Verfügbarkeit von alkoholischen Getränken – in Zusammenhang gebracht.

Zum Abschluss dieser Untersuchung wird die Frage angesprochen, was Schulen tun können, um die durch Alkohol verursachten Schäden zu begrenzen. Das Konzept einer Gesundheitsfördernden Schule wird erläutert und praktische Erfahrungen aus dem Projekt „Gesundheitsfördernde Schulen“ werden beschrieben.

### **Schlüsselwörter**

ALCOHOL DRINKING  
ADOLESCENCE  
HEALTH PROMOTION  
SCHOOLS  
EUROPE

Dieses Papier erscheint nicht als formelle Veröffentlichung. Es darf nur mit Genehmigung des Regionalbüros für Europa der Weltgesundheitsorganisation besprochen, in Kurzfassung gebracht oder zitiert werden. Beiträge, die mit Namensunterschrift erscheinen, geben ausschließlich die Meinung des Autors wieder.

## Inhalt

	<i>Seite</i>
Kapitel 1 Einleitung .....	1
Kapitel 2 Prävalenz des Alkoholkonsums bei Jugendlichen.....	3
Experimentieren mit Alkohol.....	4
Regelmäßiger Alkoholkonsum.....	6
Subjektiv wahrgenommene Trunkenheit .....	7
Veränderte Muster des Alkoholkonsums .....	9
Kapitel 3 Ursachen von Alkoholkonsum und damit zusammenhängenden Faktoren.....	13
Soziale Schichten .....	13
Eltern und Familie.....	15
Schule.....	17
Gleichaltrige und Subkulturen .....	19
Alkoholangebot, Alkoholwerbung und rechtliche Beschränkungen .....	20
Schlussfolgerungen für die Entwicklung Erfolg versprechender Präventionsstrategien .....	24
Kapitel 4 Beispiele von Projekten zum Thema Alkohol an gesundheitsfördernden Schulen .....	27
Die gesundheitsfördernde Schule – einige Prinzipien.....	27
Die Komponenten der gesundheitsfördernden Schule – Beispiel Alkohol .....	28
Fall 1: Entwicklung von Grundsätzen an einer Schule .....	33
Fall 2: Siebtklässler arbeiten mit einem handlungsorientierten Alkohol-Projekt.....	37
Fall 3: Die Verwendung von HBSC-Daten als integraler Bestandteil des Unterrichts .....	40
Kapitel 5 Künftige Herausforderungen .....	45

# Kapitel 1

## Einleitung

Aus der weltweiten Perspektive ist Europa der Kontinent mit dem höchsten Alkoholkonsum. In einigen europäischen Ländern wird die Zahl der alkoholbedingten Todesfälle auf 6% der Gesamtmortalität geschätzt (Harkin et al., 1997). Alkoholkonsum verursacht innerhalb eines staatlichen Gefüges eine Vielzahl von Nachteilen und Schäden, so zum Beispiel Produktivitätsverluste durch eine Verminderung der Arbeitsleistung und alkoholbedingte Erkrankungen. Ebenso entstehen Belastungen im Gesundheitswesen, im Sozial-, Rechts-, und Verkehrswesen. Vor dem Hintergrund dieser Schadensziffern wird Alkohol heute als die gefährlichste psychoaktive Substanz bezeichnet.

Bereits bei Jugendlichen ist der Alkoholkonsum alarmierend. In der Gruppe der Jüngeren nimmt der Alkoholkonsum, allen voran der Konsum von Bier, auch unter den Mädchen zu. Hinzu kommen neue alkoholische Getränke auf den Markt, die so genannten Alcopops (mit Alkohol versetzte Softdrinks), die speziell für diese Zielgruppe hergestellt werden.

Alkoholabhängigkeit ist weltweit eine der häufigsten psychischen Erkrankungen. Die alkoholbedingten Folgeerkrankungen, wie etwa kardiovaskuläre und gastrointestinale Erkrankungen, machen einen großen Teil des Krankheitsgeschehens in der erwachsenen Bevölkerung der westlichen Industriestaaten aus. Sicherlich ist der Anteil der jungen Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit zunächst gering – die alkoholbedingten Erkrankungen treten in der Regel erst im späteren Lebensverlauf auf. Doch wird der Grundstein für einen ungünstigen Umgang mit Alkohol wie auch mit anderen psychoaktiven Substanzen im Kindes- und Jugendalter gelegt.

Die Kenntnis von Daten über die Verbreitung des Konsums von Alkohol bei Kindern und Jugendlichen ist für die Entwicklung präventiver Maßnahmen von großer Bedeutung. Sollen die Präventionsmaßnahmen erfolgreich sein, müssen sie spezifisch auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnitten sein. Dazu reichen jedoch allgemeine epidemiologische Daten nicht aus. Hierzu werden vielmehr Informationen über alters-, geschlechts- und regionenspezifische Konsummuster gebraucht. Ebenso dienen die verschiedenen inzwischen bekannten Einflussfaktoren dazu, an den spezifischen zugrunde liegenden Problemlagen zu arbeiten, die oftmals Auslöser oder Verstärker für den Alkoholkonsum darstellen.

## Kapitel 2

# Prävalenz des Alkoholkonsums bei Jugendlichen

Verlässliche und vergleichbare Daten über die Häufigkeit und Intensität des Alkoholkonsums Jugendlicher sind international schwer erhältlich. Zu verschiedenen sind die methodischen Standards bei entsprechenden Erhebungen. Im Folgenden werden vor allem Daten aus einer der wenigen internationalen Vergleichsstudien präsentiert, die sich streng an gemeinsamen methodischen Vorgaben orientieren. Die Studie „Gesundheitsverhalten von Schulkindern“ („Health Behavior in School-aged Children“, HBSC) ist ein kooperatives Forschungsprojekt der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Ziel der Studie ist, zu einem erweiterten Verständnis gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen junger Menschen beizutragen und die Bedingungen ihrer Entwicklung zu untersuchen. Seit 1982 plant und koordiniert die HBSC-Organisation in vierjährigem Turnus Datenerhebungen in einer ständig wachsenden Zahl von Ländern. Die Durchführung der nationalen Studien obliegt dabei ausgewählten Forschungsteams aus den einzelnen Mitgliedsländern nach festgelegten Richtlinien für die Stichprobenauswahl, die methodische Durchführung und die Aufbereitung der Daten. Die Erhebungen erfolgen mittels eines international standardisierten Fragebogens, der in die jeweiligen Sprachen übersetzt wird. Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 15 Jahren in einer repräsentativen Auswahl von Schulen.

Durch diese Studien soll sowohl die Aufgabe einer Gesundheitsberichterstattung erfüllt werden als auch zu einer Erweiterung des Grundlagenwissens über die Entstehungs- und Entwicklungsbedingungen gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen beigetragen werden. Das Thema Risikoverhalten und Substanzgebrauch nimmt in dieser Studie einen großen Stellenwert ein. Die Daten geben Anhaltspunkte über kulturelle Einflüsse auf das gesunde Aufwachsen junger Menschen und zeigen, inwieweit gesundheitspolitische und präventive Bemühungen zu unterschiedlichen Verhaltensmustern in den betreffenden Regionen beitragen.

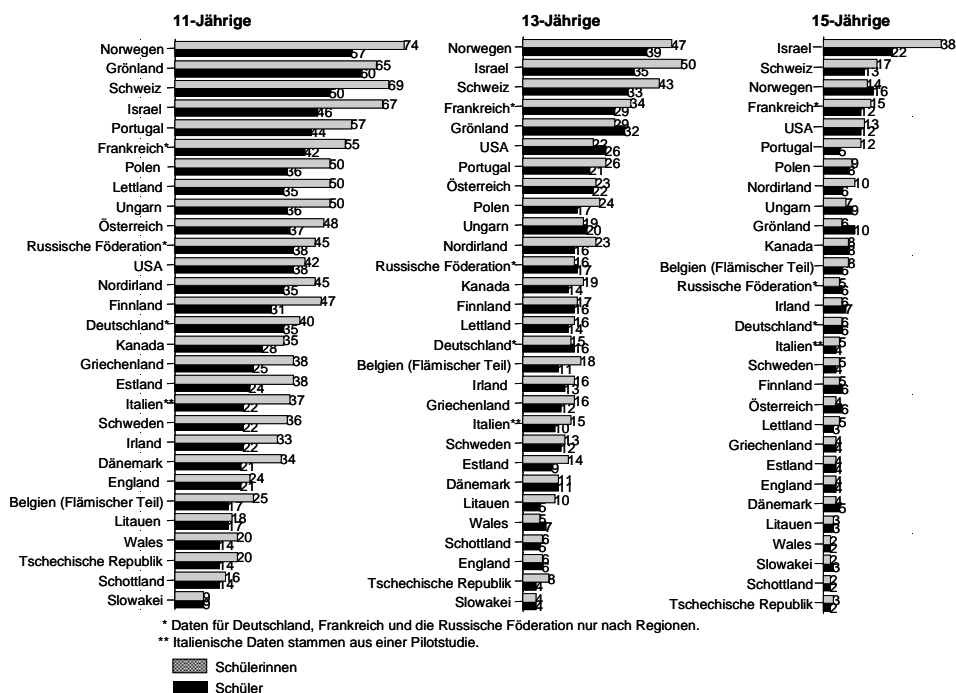
Die Jugendlichen wurden in jedem der 28 beteiligten Länder nach ihrem Alkoholkonsum befragt. Dazu wurde danach gefragt, ob sie jemals alkoholische Getränke probiert haben, wie häufig sie zur Zeit verschiedene alkoholische

Getränke konsumieren und wie häufig sie Erfahrungen mit Trunkenheit gemacht haben.

## Experimentieren mit Alkohol

In Abbildung 1 werden im internationalen Vergleich und aufgeteilt in die drei befragten Altersgruppen die Anteile derjenigen Jugendlichen dargestellt, die in ihrem bisherigen Leben noch keine Erfahrungen mit Alkohol gemacht haben.

Abb. 1: Schüler, die nach eigenen Angaben noch nie Alkohol getrunken haben (%)



Quelle: Currie et al. (2000).

In der überwiegenden Zahl der Länder haben bereits mehr als 50% der 11-Jährigen mindestens einmal alkoholische Getränke probiert. Erwartungsgemäß sinkt die Rate der bisher Abstinenten in den weiteren Altersgruppen kontinuierlich, so dass nur in wenigen Ländern mehr als 10% der 15-Jährigen bisher keine Alkoholerfahrungen haben. Norwegen, Israel und die Schweiz haben in allen Altersgruppen die meisten Abstinenten, aber auch hier sinken die Raten mit zunehmendem Alter. Demgegenüber zeichnen sich das Vereinigte Königreich, die Tschechische Republik, die Slowakei,

Litauen und Dänemark durch besonders geringe Raten bisher abstinenter Jugendlicher aus. Bei den 15-Jährigen verschwinden die Unterschiede zwischen den Ländern jedoch weitestgehend.

Die Rangfolge der Abstinenzraten reflektiert deutlich kulturelle Einflüsse in den einzelnen Ländern. In den Ländern, in denen es eine starke religiös geprägte Abstinenzbewegung gibt, haben deutlich weniger Jugendliche bereits in frühen Jahren Alkoholerfahrungen gemacht. Allein in Israel, wo ein hoher Anteil der befragten Jugendlichen aus dem islamischen Kulturkreis stammt, hält sich ein relativ hoher Anteil von Abstinente(n) auch unter den 15-Jährigen. Demgegenüber hat in Ländern, in denen ein gemäßigter Alkoholkonsum zur Alltagskultur gehört, bereits der überwiegende Anteil der 11-Jährigen Alkoholerfahrungen. Bereits unter den 13-Jährigen haben hier etwa 95% und fast alle der 15-Jährigen mindestens einmal in ihrem Leben Alkohol probiert.

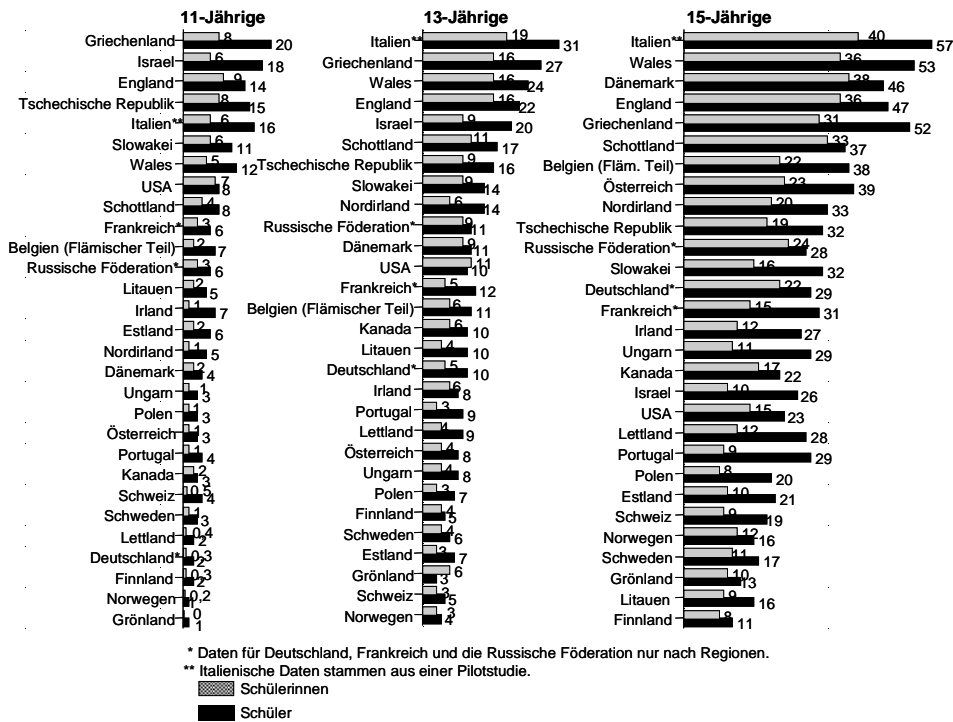
Markante Geschlechtsunterschiede in der Alkoholerfahrung ergeben sich, bis auf wenige Ausnahmen, nur unter den 11- und 13-Jährigen. Hier sind es durchweg die Jungen, die schon häufiger Alkohol probiert haben. Je größer der Anteil der Abstinente(n) in einem Land ist, um so größer stellt sich auch dieser Geschlechtsunterschied dar. Offenbar werden in allen Ländern Alkoholerfahrungen den Jungen eher zugestanden als den Mädchen. Möglicherweise ist dies ein Indiz für eine allgemein größere kulturelle Toleranz gegenüber dem Alkoholkonsum von Jungen. Unter den 15-Jährigen sind die beobachteten Geschlechtsunterschiede nahezu verschwunden. Lediglich in Israel und in Portugal bleiben sie auch in dieser Altersgruppe bestehen.

Junge Menschen werden heute bereits früh an den Alkoholkonsum herangeführt. Dies geschieht zunächst durch die Medien und die Werbung oder im Familienkreis. Alkohol ist ein selbstverständlicher Bestandteil bei vielen sozialen Anlässen. Jugendliche wachsen allmählich in diese akzeptierte Kultur des Alkoholgenusses hinein und erlernen die Bedeutungen des Trinkens bei sozialen Anlässen. Die Daten zeigen, wie stark in den meisten mitteleuropäischen Ländern und in Nordamerika das Ausprobieren von Alkohol zu den kulturell akzeptierten Entwicklungsphasen im Jugendalter gehört. Es ist davon auszugehen, dass diese Erfahrungen nicht von den Kindern und Jugendlichen selbst initiiert werden, sondern in der überwiegenden Zahl der Fälle von den Eltern oder anderen Erwachsenen provoziert werden. Unterschiede ergeben sich jedoch offensichtlich hinsichtlich des allgemein anerkannten Alters für diese Erfahrungen. Nur in wenigen Ländern wird Alkoholtrinken den Kindern unter 11 Jahren zugestanden, aber schon bei den meisten 13-Jährigen gehören erste Alkoholerfahrungen bereits zum sozialen Standard.

## Regelmäßiger Alkoholkonsum

Die Häufigkeit des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke wurde in der HBSC-Studie hinsichtlich eines regelmäßigen mindestens einmal wöchentlichen Konsums ausgewertet. Hier wurde nach drei Gruppen von Getränken gefragt: Bier, Wein und Spirituosen. Die Schwierigkeit eines internationalen Vergleichs der Trinkgewohnheiten bei Jugendlichen ergibt sich aus dem regional geprägten Angebot unterschiedlicher Getränke mit verschiedenem Alkoholgehalt. So wurden etwa in England die verschiedenen angebotenen Biersorten einzeln abgefragt, in Griechenland wurde gesondert nach dem Ouzokonsum, in Frankreich nach Champagner gefragt. Zur besseren Vergleichbarkeit sind diese Angaben in Abbildung 2 jedoch wieder zusammengefasst.

Abb. 2: Schüler, die nach eigenen Angaben einmal oder öfter wöchentlich Bier, Wein oder Spirituosen trinken (%)



Quelle: Currie et al. (2000).

In der überwiegenden Zahl der Länder spielt ein regelmäßiger Alkoholkonsum unter den 11-Jährigen noch keine wesentliche Rolle. Bis auf wenige Ausnahmen liegen die Raten unter einem Durchschnitt von 5%. Besonders

gering sind die Raten in Norwegen, Finnland, Deutschland, Lettland und der Schweiz, wo unter den 11-jährigen Mädchen ein regelmäßiger Alkoholkonsum praktisch nicht vorkommt. Dagegen fallen einige Länder, wie etwa Griechenland, Israel, die Tschechische Republik, die Slowakei sowie das Vereinigte Königreich, durch eine erstaunlich hohe Konsumrate in dieser Altersgruppe auf. Eine moderate Steigerung der Raten ergibt sich im Vergleich zur Gruppe der 13-Jährigen. Die Rangfolge der Länder bleibt dabei nahezu gleich. Lediglich in Deutschland und Dänemark zeigt sich eine überdurchschnittliche Steigerung, während in Israel die Rate nur geringfügig zunimmt. Unter den 15-Jährigen ist der Konsum von Alkohol bereits bei einem Großteil der Jugendlichen in allen Ländern üblich. Die Raten der Jugendlichen, die regelmäßig wöchentlich trinken, zeigen jedoch zwischen den Ländern deutliche Unterschiede. So sind die Raten im Vereinigten Königreich, in Belgien, Dänemark, Österreich und Griechenland am höchsten, während in Polen, Estland, der Schweiz, Norwegen, Schweden, Grönland, Litauen und Finnland nur relativ wenige 15-Jährige regelmäßig trinken.

Analog zu den bereits dargestellten Abstinenzraten zeichnen sich die Jungen in allen hier beteiligten Ländern durch einen wesentlich häufigeren Alkoholkonsum aus. Ausnahmen dazu sind jedoch Grönland und die USA mit leicht höheren Raten für Mädchen in der Altersgruppe der 15-Jährigen (Nic Gabhainn & Francois 2000).

Die Häufigkeit des Alkoholkonsums beschreibt nicht zwangsläufig den missbräuchlichen Umgang mit dieser Substanz. Regelmäßiger Konsum in kleinen Mengen ist vielmehr Teil eines normalen Verhaltens in der Erwachsenenwelt. Es ist zudem nicht auszuschließen, dass hier auch geringfügiger Alkoholkonsum im Rahmen religiöser Zeremonien angegeben wurde.

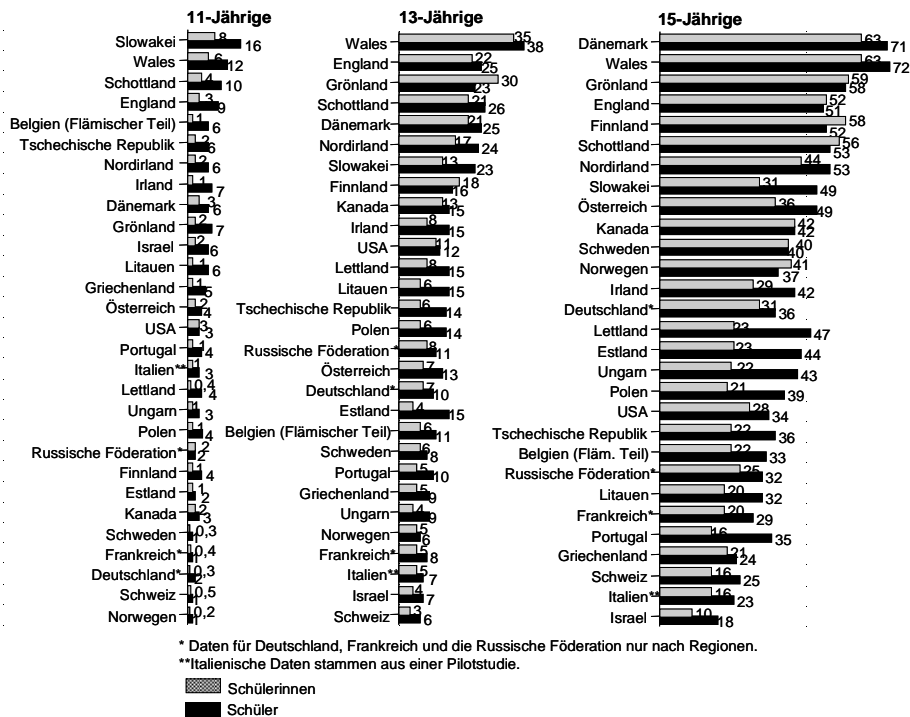
## **Subjektiv wahrgenommene Trunkenheit**

Einen biographisch ähnlich bedeutsamen Charakter wie die Initiation in den Alkoholkonsum hat „das erste Mal betrunken sein“. Die Häufigkeit von Rauscherfahrten wird nachstehend in Bezug auf bestimmte Altersgruppen beschrieben. Häufige Rauscherfahrten sind gleichzeitig ein Indikator für gefährlichen Gebrauch von Alkohol, denn schon eine einmalige Überdosierung birgt bereits eine Vielzahl von Gesundheitsrisiken in sich.

Die gemeldete Häufigkeit von Rauscherfahrten steigt im Längsschnitt über die Altersgruppen steil an (Abb. 3). Bei den 11-Jährigen berichten bis zu 12%, dass sie bereits zweimal oder häufiger betrunken waren. Bei den 13-Jährigen sind es bis zu 37%, bei den 15-Jährigen bis zu 67%. Ein Beispiel dafür ist Lettland, wo die Häufigkeit von Rauscherfahrten von 2% der 11-Jährigen über 11% der 13-Jährigen bis auf 33% der 15-Jährigen steigt. Ein anderes Beispiel sind die USA. Dort wird von Raten in den entsprechenden

Altersgruppen von 3%, 12% und 31% berichtet. Während sich für Schülerinnen und Schüler in den meisten Ländern eine stetige Zunahme im Längsschnitt über die Altersgruppen zeigt, liegt in einigen Ländern der Hauptunterschied zwischen den 13- und 15-Jährigen. In Schweden zum Beispiel steigt der Anteil der Jugendlichen mit mindestens zweimaligem Alkoholrausch von 7% auf 40%, in Österreich von 10 auf 42%, jeweils im Vergleich der 13- und 15-Jährigen.

Abb. 3: Schüler, die nach eigenen Angaben zweimal oder öfter betrunken gewesen sind (%)



Quelle: Currie et al. (2000).

In einigen Ländern bleibt die relative Häufigkeit von Rauscherfahrungen unter Schülerinnen und Schülern im Vergleich zu anderen Ländern auch über die Altersgruppen hinweg gleich. In der Schweiz, Israel, Portugal, Griechenland und Frankreich sind die Raten beständig am unteren Ende der Skala, in Nordirland, England, Schottland und Wales hingegen ebenso beständig am oberen Ende der Skala. Auch hier zeigt sich wieder ein deutliches geographisches Muster. Von Schülerinnen und Schülern in den Mittelmeerländern wird eine geringe Häufigkeit von Rauscherfahrungen gemeldet, ganz im

Gegensatz zu den Verhältnissen in den verschiedenen Landesteilen des Vereinigten Königreichs. Betrachtet man, wie häufig 15-Jährige nach eigenem Bekunden schon zehnmal oder noch öfter betrunken waren, so bleibt dieses Muster im Ländervergleich bestehen. Über 20% der 15-jährigen Schülerinnen und Schüler in Nordirland, Dänemark und Wales fallen in diese Gruppe.

Fast alle Geschlechtsunterschiede in Sachen Trunkenheit zeigen, dass Jungen nach eigenen Aussagen häufiger betrunken sind als Mädchen, und zwar in allen Altersgruppen. Im Allgemeinen sind die Anteile sehr niedrig bei den 11-jährigen Mädchen. Die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen sind in den höheren Altersgruppen tendenziell größer. In Estland zum Beispiel berichten von den 13-Jährigen 11% mehr Jungen als Mädchen, dass sie zweimal betrunken waren; in der Slowakei beträgt das Gefälle in derselben Richtung 10%. Die anderen Unterschiede in dieser Altersgruppe sind kleiner. Im Alter von 15 Jahren sind die Geschlechtsunterschiede normalerweise ausgeprägter; vielfach übersteigen sie die 10%-Marke. In drei Ländern beträgt der Unterschied zwischen Jungen und Mädchen sogar mehr als 20%: in Estland und Ungarn jeweils 21%, in Lettland 24%.

In allen Ländern finden sich unter 11-Jährigen häufigere Bekenntnisse zu Rauscherfahrten bei Jungen als bei Mädchen. Nur in zwei Ländern, Grönland und Finnland, geben 13-jährige Mädchen häufiger als die gleichaltrigen Jungen an, bereits zweimal oder öfter betrunken gewesen zu sein. Im Alter von 15 Jahren zeigt sich dasselbe Muster in Grönland, England, Norwegen und Schottland. Die Unterschiede sind relativ gering, ausgenommen bei den 13-jährigen Grönländern. Von ihnen sagen in dem Alter 7% mehr Mädchen als Jungen, dass sie bereits zweimal oder öfter betrunken waren. Das Verhältnis spiegelt sich in dieser Altersgruppe auch in anderen Parametern, nämlich denen für täglichen und wöchentlichen Tabakkonsum sowie für wöchentliches Biertrinken und wöchentlichen Alkoholkonsum allgemein. Ansonsten jedoch fallen alle Geschlechtsunterschiede bei zehnmaligem oder häufigerem Alkoholrausch zugunsten der Mädchen aus: In vielen Ländern berichten erheblich mehr 15-jährige Jungen als Mädchen, dass sie schon so oft betrunken gewesen sind. Der Unterschied beträgt mehr als zehn Prozentpunkte in Finnland, Grönland, der Republik Irland und Schottland (Nic Gabhainn & Francois 2000).

## **Veränderte Muster des Alkoholkonsums**

Ein Vergleich zwischen den 1994 und 1998 durchgeführten repräsentativen HBSC-Surveys zeigt, dass in der überwiegenden Zahl der beteiligten Länder, der regelmäßige Alkoholgebrauch bei den Jugendlichen in den westeuropäischen Ländern einen deutlich abnehmenden Trend aufweist, während in Osteuropa die Raten regelmäßiger Alkoholkonsumenten ansteigen. Die

Häufigkeit von Trunkenheitserfahrungen dagegen steigt unter den Jugendlichen allgemein an. In Tabelle 1 sind diese Trends für die einzelnen Länder aufgelistet.

Tabelle 1: Trends (1994–1998) in der Häufigkeit von regelmäßigem Alkoholkonsum und Rauscherfahrungen bei 13- und 15-jährigen Jungen und Mädchen (Abnahme/Zunahme in %)

	Alkohol mindestens einmal pro Woche				Rausch zweimal oder öfter			
	13-Jährige		15-Jährige		13-Jährige		15-Jährige	
	Männl.	Weibl.	Männl.	Weibl.	Männl.	Weibl.	Männl.	Weibl.
Belgien (Flämischer Teil)	-3	-1	-6	-3	-2	0	+2	+6
Dänemark	0	0	+6	+5	0	0	+6	-4
Deutschland	+5	+1	+4	+4	+3	0	-2	-5
Estland	0	+2	+7	+5	+8	+2	+18	+13
Finnland	-4	-1	-5	-1	-4	+3	+6	+1
Frankreich	-13	-8	-9	-3	+1	+2	+5	+7
Israel	-2	+2	+2	-1	+2	+3	+10	+4
Kanada	-2	-2	-3	-13	0	+1	+3	+4
Lettland	+2	+2	+8	+4	+5	+4	+12	+2
Litauen	+2	0	+2	+3	+7	+2	+5	+3
Norwegen	+2	+2	+6	+5	+1	+3	+7	+12
Österreich	-10	-5	-4	-3	-3	-2	+3	+6
Polen	-3	-1	-2	-1	+1	0	+5	+3
Russische Föderation	0	+1	+7	+13	+3	+3	+11	+13
Schweden	-1	0	-2	0	+6	+3	+13	+18
Schweiz	+1	+2	+15	+6	+1	+1	+3	+3
Slowakei	-3	+3	-1	+6	+1	+4	+3	+11
Tschechische Republik	-2	+1	-6	0	+1	-1	0	+3
Ungarn	0	0	+5	+3	+1	-1	+6	+2
Vereinigtes Königreich (Nordirland)	-6	-14	-13	-11	+7	+2	+9	+8
Vereinigtes Königreich (Schottland)	-4	-6	-4	+1	0	-2	0	+5
Vereinigtes Königreich (Wales)	-7	-6	+1	-9	+4	+6	+11	+4

Die dargestellten Unterschiede in Tabelle 1 lassen aufgrund methodischer Faktoren nur sehr grobe Rückschlüsse zu. Im Rahmen der statistischen Konfidenzintervalle sind hier lediglich Unterschiede von mehr als 2% als verlässlich anzusehen. Auch der Umstand, dass es sich hier nur um zwei Messzeitpunkte handelt, verhindert die Interpretation langfristiger Trends. Dennoch zeigen sich in verschiedenen Ländern eindeutige Unterschiede beim Vergleich von zwei aufeinander folgenden Generationen von Jugendlichen.

Unter den 13-Jährigen nimmt der Anteil der regelmäßigen Alkoholkonsumenten ab. Besonders deutlich ist dies bei österreichischen und französischen

Jungen und nordirischen Mädchen der Fall. Lediglich in Deutschland ist die Rate leicht angestiegen. Die Häufigkeit von Trunkenheitserfahrungen ist bei 13-jährigen Jugendlichen in der überwiegenden Zahl der Länder gleich geblieben. Nur in Österreich ist eine geringfügige Abnahme festzustellen. Auffällig ist jedoch, dass in den Ländern, in denen die absolute Häufigkeit vergleichsweise gering war, die stärksten Anstiege zu verzeichnen sind. Hier treten besonders die Länder Osteuropas hervor. Aber auch in Schweden, Nordirland und Wales hat die Häufigkeit von Trunkenheitserfahrungen unter den 13-Jährigen zugenommen. Dabei fallen die Zunahmen unter den Jungen größer aus als unter den Mädchen. Einzige Ausnahme bilden hier die Jugendlichen in Wales.

Auch unter den 15-Jährigen nimmt der regelmäßige Alkoholkonsum international tendenziell ab. In Nordirland ging die Rate sogar um 13% bei Jungen und 11% bei Mädchen zurück. Ähnlich hoch ist auch die Abnahme bei kanadischen Mädchen. Zunahmen der Raten zeigen sich dagegen in Osteuropa, mit Ausnahme der Tschechischen Republik, sowie in der Schweiz. Bezüglich der Trunkenheitserfahrungen zeigen sich unter den 15-Jährigen deutliche Zunahmen. Dies ist am deutlichsten in Schweden sowie in Estland zu beobachten, aber auch in den anderen Ländern Osteuropas wiederum mit Ausnahme der Tschechischen Republik. Während bezüglich des regelmäßigen Alkoholkonsums die Raten zwischen den Geschlechtern unsystematisch ab- bzw. zunehmen, sind die Steigerungsraten bezüglich der Trunkenheitserfahrungen bei den Jungen meist größer als bei den Mädchen.

In den berichteten Trends deuten sich zwei Entwicklungen an: Zum einen scheint sich in den westlichen Industrieländern das Konsummuster beim Alkohol zu verändern. Immer häufiger werden nicht regelmäßig kleinere Mengen konsumiert, sondern zu bestimmten Anlässen größere Mengen. Dies erfolgt offenbar zunehmend mit der Absicht der Rauscherzeugung. Im englischen Sprachraum wird dieses Verhalten als „binge drinking“ bezeichnet. Zum anderen zeigen die Unterschiede zwischen den beteiligten Ländern die Effekte gesundheitspolitischer Bemühungen zur Prävention, aber auch die Folgen verstärkter Werbung und, vor allem in Osteuropa, eine verstärkte Tendenz zum Alkoholgebrauch im Zuge einer zunehmenden allgemeinen wirtschaftlichen Prosperität. Auf diese Zusammenhänge wird im Folgenden noch näher eingegangen.



## Kapitel 3

# Ursachen von Alkoholkonsum und damit zusammenhängenden Faktoren

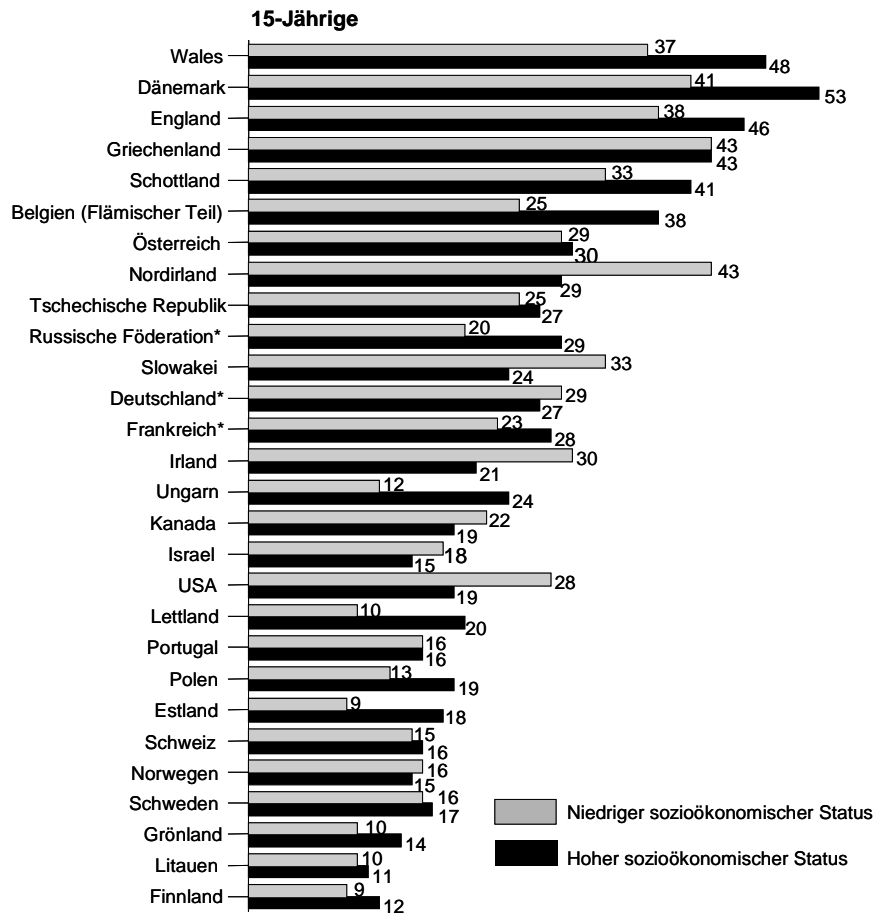
Zahlreiche Forschungsarbeiten befassen sich mit der Identifikation von Ursachenfaktoren und Folgen des Alkoholkonsums bei Jugendlichen. Ziel dieser Arbeiten ist, geeignete Ansatzpunkte für die Prävention zu entdecken. Die Ursachen bzw. Gründe für jugendlichen Alkoholgebrauch und -missbrauch sind im Zusammenspiel verschiedener genetischer, psychischer, sozialer und lebensweltlicher Faktoren zu suchen. Im Folgenden werden die wichtigsten bekannten Ursachen und Korrelate dargestellt.

### Soziale Schichten

Der Konsum und der Missbrauch von Alkohol wird bei Erwachsenen häufig im Zusammenhang mit der sozialen Lage gesehen. Dabei wird eine soziale Benachteiligung als Auslöser für einen erhöhten Alkoholkonsum gesehen. Eine Studie aus den Niederlanden konnte jedoch zeigen, dass dies im Jugendalter nicht der Fall ist: Alkohol- und Drogenkonsum wurde gleichermaßen in allen Gruppen des aus dem Bildungsgrad und dem Berufsstatus beider Eltern gebildeten sozioökonomischen Status (Socio-economic Status „SES“) gefunden (Tuinstra et al., 1998).

In der HBSC-Studie wurde eine ähnliche Fragestellung im internationalen Vergleich behandelt. Die Jugendlichen wurden nach ihrer Einschätzung der finanziellen Lage ihrer Familie gefragt. Die Gruppen derjenigen, die eine besonders gute und eine besonders schlechte finanzielle Lage angaben, werden im Folgenden hinsichtlich ihres regelmäßigen Alkoholkonsums verglichen. In vielen Ländern variiert die Häufigkeit des regelmäßigen Alkoholkonsums bei Jugendlichen mit der sozialen Schichtung. Dieser Zusammenhang ist jedoch im Vergleich zwischen den Ländern nicht eindeutig. In Abbildung 4 wird die unterschiedliche Häufigkeit Alkohol konsumierender Jugendlicher im Alter von 15 Jahren in Abhängigkeit von ihrer Einschätzung der finanziellen Lage ihrer Familie dargestellt.

Abb. 4: Schüler aus Familien mit einem hohen/niedrigen sozioökonomischen Status, die nach eigenen Angaben einmal wöchentlich oder öfter betrunken gewesen sind (%)



\* Daten für Deutschland, Frankreich und die Russische Föderation nur nach Regionen.

Quelle: Currie et al. (2000).

In den Ländern mit vergleichsweise geringen Raten regelmäßiger Alkoholkonsumenten unter den 15-Jährigen zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den sozialen Gruppen. In gleicher Weise sind auch für Griechenland, Österreich, die Tschechische Republik, Deutschland und Portugal keine deutlichen Unterschiede festzustellen. Im Vereinigten Königreich – mit Ausnahme von Nordirland – sowie in Dänemark, Belgien, der Russischen Föderation, Frankreich, Ungarn, Lettland, Polen und Estland sind es Jugendliche aus finanziell besser gestellten Familien, die häufiger Alkohol konsumieren. Dagegen sind es in Nordirland und in der Republik Irland sowie in der Slowakei, in Kanada, Israel und den USA überwiegend

die Jugendlichen aus den finanziell benachteiligten Familien. Die Raten der Jugendlichen mit häufigen Trunkenheitserfahrungen entsprechen im internationalen Vergleich denen des dargestellten regelmäßigen Konsums. Auch hier sind in den Ländern die gleichen sozialen Unterschiede festzustellen.

Die Gründe für die gefundenen Unterschiede zwischen den Ländern sind schwer zu interpretieren. Eine Reihe von Faktoren könnte hier als Erklärung herangezogen werden: z. B. bestimmte subkulturelle Verhaltensmuster, die speziell von Unterprivilegierten angenommen werden, aber auch besonders drastische soziale Unterschiede, die den Problemdruck für die sozial Benachteiligten verstärken und so zu vermehrtem kompensatorischen Alkoholgebrauch führen. Zusammenfassend lässt sich jedoch lediglich zeigen, dass Alkoholkonsum im Jugendalter eben keine zwangsläufige Folge sozialer Ungleichheit ist, sondern ein allgemeines gesellschaftliches Problem darstellt.

## **Eltern und Familie**

Den Eltern und der Familie kommt hinsichtlich des Umgangs der Kinder mit Alkohol aus mehreren Gründen eine besondere Bedeutung zu. So findet die Einführung in den Alkoholkonsum in den meisten Fällen in der Familie statt, überwiegend bei Familienfesten wie Geburtstagen, Hochzeiten, Jubiläen oder Ähnlichem. Aber auch die Fortsetzung des Alkoholkonsums durch die Kinder ist abhängig von einer Reihe familiärer Faktoren, und zwar sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren. Studien zum Einfluss der Familie konnten zeigen, dass dieser generell bereits im Kindesalter wirksam ist und mit einer gewissen Latenz im Jugendalter die Affinität zum Alkohol bestimmt. In der bisherigen Forschung wurden überwiegend genetische Faktoren, das Modellverhalten der Eltern, der Erziehungsstil und die Muster der Kommunikation in der Familie untersucht.

Sowohl die Affinität zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen, wie Alkohol, als auch das individuelle Risiko einer Abhängigkeit wird in gewissem Maße durch die genetische Disposition des Individuum mitbestimmt. Die „Virginia Twin Study of Adolescent Behavioural Development“ (Maes et al., 1999) konnte zeigen, dass der gemäßigte Alkoholkonsum weitestgehend durch Umweltfaktoren beeinflusst wird, schwerer Alkoholmissbrauch bzw. Alkoholsucht jedoch zu einem signifikanten Anteil genetisch mitbedingt werden. Der Alkoholkonsum der Eltern selbst bedingt durch seine Intensität und Häufigkeit entscheidend den Alkoholkonsum der Kinder mit. So ist bei häufig Alkohol konsumierenden Eltern die Verfügbarkeit alkoholischer Getränke größer, da diese in größerer Zahl im Haushalt an verschiedenen Plätzen vorhanden sind. Ebenfalls sind die Anlässe zum Alkoholkonsum in diesen Familien häufiger, so dass die Kinder auch häufiger Gelegenheit zum Probieren bekommen. Der alkoholbezogene erzieherische Einfluss der Eltern – in Hinsicht auf eine Hinführung zu mäßigem und kontrolliertem Genuss

sowie Warnungen vor dem gesundheitlichen Gefährdungspotenzial des Alkohols – ist in solchen Fällen fragwürdig, in denen die Eltern selbst zu Alkoholmissbrauch neigen. Abstinenz- und Moralpredigten sind hier wenig glaubwürdig. In der Regel geht mit dem faktischen Verhalten auch eine höhere Toleranz oder gar eine unterstützende Ideologie gegenüber dem Alkoholkonsum und dem Konsum anderer psychoaktiver Substanzen einher.

Kinder lernen bereits früh, welche Substanzen zu welchem Zweck verwendet werden, und welche Wirkung sie entfalten. Bereits Vorschulkinder imitieren die Rituale des Zuprostens, die Steigerung des geselligen Verhaltens und die Rauschwirkung in Rollenspielen und entwickeln so latente Erwartungen an den späteren eigenen Konsum. Eltern liefern in diesem Sinne die ersten Modelle für den Alkoholkonsum.

Der elterliche Alkoholmissbrauch wirkt sich jedoch nicht erst im Kindes- und Jugendalter missbrauchsfördernd aus. Schon während der Schwangerschaft und der Stillzeit unterliegen Kinder alkoholabhängiger Mütter einem deutlich erhöhten Risiko, körperliche und psychische Störungen auszubilden (Petermann, 1995). Zudem ergibt sich bei Alkoholproblemen eines oder beider Elternteile eine erhöhte Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten, da die familiäre Situation oftmals durch Probleme wie z. B. Ehestreitigkeiten, finanzielle Not, Arbeitslosigkeit, Aggressivität und Gewalt oder andere soziale Missstände gekennzeichnet ist. Komorbide Störungen der Eltern, wie etwa Depressionen, sind hier nicht selten und stellen ein zusätzliches Entwicklungsrisiko für die Kinder dar. Eine deutsche Kohortenstudie konnte zeigen, dass Kinder von Eltern mit hohem Alkoholkonsum auch ihrerseits über mehr Alkoholerfahrungen verfügen. Selbst abstinenten Kinder von Alkohol konsumierenden Eltern hielten es für wahrscheinlich, in Zukunft ebenfalls Alkohol zu trinken (Freitag, 1995).

Für verschiedene Merkmale der Familienzusammensetzung konnte ein erhöhtes Risiko der Kinder für einen auffälligen Alkoholkonsum nachgewiesen werden. So trinken zum Beispiel Kinder von alleinerziehenden Elternteilen, insbesondere aus Scheidungsfamilien, häufiger und mehr Alkohol als Kinder aus vollständigen Familien. Auch die Anzahl der Geschwister sowie deren Konsumverhalten spielt eine Rolle. Konsumieren ältere Geschwister häufiger Alkohol, so erhöht dies auch für die jüngeren Kinder die Wahrscheinlichkeit des Alkoholkonsums (Dielmann et al., 1993).

Viele Aspekte des Zusammenlebens in der Familie wirken sich auf den Alkoholkonsum der Kinder aus. In der Literatur wird hier besonders das Verhältnis zu den Eltern genannt (Duncan et al., 1995; Foxcroft & Lowe, 1995). Ein übermäßig permissiver Erziehungsstil erhöht die Wahrscheinlichkeit des Alkoholmissbrauchs bei den Kindern. Bei jugendlichen Drogenkonsumenten zeigt sich eine Gemeinsamkeit in Form einer negativen, von Kritik und Vorwürfen geprägten Kommunikation innerhalb der Familie. Diese Jugendlichen nehmen ihre Väter häufig als feindselig und zurückweisend wahr

(Hawkins et al., 1992). Ist das Verhältnis der Jugendlichen zu den Eltern dagegen gut, von Vertrauen und gegenseitigem Respekt geprägt und findet ein reger Austausch statt, dann ist der Alkoholkonsum der Jugendlichen geringer als in Fällen, in denen das Verhältnis negativ geprägt oder gestört ist.

Durch einen konstruktiven Umgang mit Konflikten in der familiären Kommunikation lernen die Kinder soziale Kompetenzen und Konfliktbewältigungsfähigkeiten, die ihnen später bei eigenen Problemen zur Verfügung stehen. Dies wird als eine hilfreiche Fähigkeit, dem Gruppendruck zu widerstehen, und als Vermeidung von destruktiven Problemlösungen angesehen; somit ist es ein wichtiger Faktor bei der Vermeidung von Alkoholmissbrauch. Nicht zuletzt haben die Eltern dadurch auch Einfluss auf die Zusammensetzung des Freundeskreises ihrer Kinder und damit indirekt auch auf den Umgang ihrer Kinder mit Suchtmitteln.

## Schule

Obwohl – im Gegensatz zum Tabakkonsum – der Alkoholkonsum in der Regel nicht während der unmittelbaren Schulzeit erfolgt, ist doch ein deutlicher Einfluss von Schulvariablen zu erkennen. Die Häufigkeit und die Intensität des Alkoholgebrauchs gilt als unabhängig von der Intelligenz oder den akademischen Fähigkeiten von Jugendlichen. Dennoch zeigen etliche Studien einen deutlichen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Schulversagen (Hawkins et al., 1992). Eine deutsche Studie von Nordlohne (1992) konnte zeigen, dass sowohl der Alkohol- als auch der Tabakkonsum bei Jugendlichen durch Versagenserlebnisse in der Schule vorhergesagt werden kann. Alkohol dient dabei vor allem zur Kompensation von emotionalem Stress, der mit diesen Versagenserlebnissen verbunden ist. So spielen hier z. B. auch enttäuschte elterliche Erwartungen und daraus resultierende Konflikte in der Familie eine wichtige Rolle.

Aus den vorliegenden Studien wird klar, dass eine Wechselbeziehung zwischen der Schulleistung und dem Alkoholkonsum besteht, wobei das Trinken sowohl als Folge von wie auch als Ursache für Versagen zu sehen ist. Oft sind schulische Defizite, ablehnende Einstellungen gegenüber der Schule und auffällige Verhaltensweisen Auslöser und Folgen eines missbräuchlichen Umgangs mit Alkohol. Dies unterstreicht die kompensatorische Funktion, die dem Alkohol zugeschrieben wird.

Die Schule als Institution hat einen großen Einfluss auf das Verhalten der Schülerinnen und Schüler, da sie neben der Familie und der Freundesgruppe der hauptsächliche Aufenthaltsort ist. Schule gilt als wichtigste Sozialisationsinstanz. Es ist deshalb zu erwarten, dass auch Faktoren, die die Wahrnehmung der sozialen und ästhetischen Atmosphäre einer Schule beschreiben, als Prädiktoren für den Alkoholkonsum bei Schülern herangezogen werden können. Im Folgenden werden die statistischen Zusammenhänge

verschiedener schulbezogener Variablen mit der Häufigkeit der Trunkenheitserfahrungen dargestellt. In der HBSC-Studie wurden dazu verschiedene schulbezogene Variablen erhoben, die geeignet sind, die Wahrnehmung der Schule als Institution und die eigene schulische Leistung und damit verbundene Anstrengung zu beschreiben. In Tabelle 2 sind diese Variablen mit der Häufigkeit von bisherigen Trunkenheitserfahrungen in Beziehung gesetzt.

Das generelle Verhältnis zur Schule, wie es in der Variable „Gefallen an Schule“ und „Schule ist langweilig“ ausgedrückt ist, variiert bei beiden Geschlechtern und in allen Altersgruppen mit der Häufigkeit bisheriger Trunkenheit. Bei Jungen ist der Zusammenhang allgemein etwas stärker. Häufiger Alkoholmissbrauch geht offensichtlich mit einer Ablehnung gegenüber der Schule einher. Der Zusammenhang zwischen den Schulleistungen der Schüler und der Häufigkeit des Alkoholmissbrauchs ergibt sich überwiegend unter den älteren. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass es hier keinen Geschlechtereffekt gibt. Die gefundenen Zusammenhänge legen den Schluss nahe, dass schlechte Schulleistungen um so stärker durch Alkoholmissbrauch kompensiert werden je älter die Schüler sind. Die Belastung durch die Anforderungen in der Schule zeigt nur schwache und uneindeutige Zusammenhänge mit dem Alkoholmissbrauch.

Überwiegend mittlere und starke statistische Zusammenhänge ergeben sich zwischen der Häufigkeit der Trunkenheit und solchen Variablen, die die Wahrnehmung des sozialen Schulklimas betreffen. So ist etwa davon auszugehen, dass 13- und 15-Jährige seltener von Trunkenheit berichten, wenn sie die Schulregeln als fair empfinden und wenn sie ihre Schule als angenehmen Aufenthaltsort beurteilen. Dies wird besonders in der Gruppe der 13-Jährigen relevant. Jungen und Mädchen zeigen sich hierbei annähernd gleich. Die Wahrnehmung zu strenger Schulregeln erweist sich als Prädiktor für häufige Trunkenheit bei 13- und 15-Jährigen. Ebenso konnten Zusammenhänge zwischen der empfundenen Unterstützung durch die Lehrer gefunden werden.

Fühlen sich die Schüler durch ihre Lehrer fair behandelt, berichten sie auch seltener von Trunkenheit. Graduell etwas geringer, aber dennoch deutlich erweist sich der Zusammenhang zwischen hilfsbereiten und an der Person interessierten (emphatischen) Lehrpersonen. Fühlen sich dagegen die Schüler von ihren Lehrern überfordert, geht dies mit häufigeren Trunkenheitserfahrungen einher. Die Assoziationen zwischen Faktoren, die die Schumatmosphäre beschreiben, und dem Alkoholmissbrauch weisen darauf hin, wie die Schule als Setting zur Prävention dieses Verhaltens beitragen kann. Im Vergleich zu anderen genannten Risikofaktoren macht die Schule zwar nur einen geringen Anteil an der Vorhersagbarkeit von Alkoholproblemen aus, als öffentlich zugängliche Präventionsinstanz ist sie jedoch von entscheidender Bedeutung.

Tabelle 2: Zusammenhänge zwischen Häufigkeit der Rauscherfahrung und Schulvariablen

	11-Jährige		13-Jährige		15-Jährige	
	Jungen	Mäd.	Jungen	Mäd.	Jungen	Mäd.
Gefallen an Schule	-,16	-,10	-,21	-,18	-,19	-,19
Schule ist langweilig	,15	,11	,22	,21	,24	,26
Schulische Leistung	-,09	-,06	-,14	-,13	-,17	-,16
Schularbeit erzeugt Druck	,12	,07	,11	,08	,07	,10
Die Regeln an meiner Schule sind zu streng	,12	,09	,17	,15	,14	,12
Die Regeln an meiner Schule sind gerecht	-,12	-,09	-,20	-,19	-,19	-,18
Meine Schule ist ein Ort, an dem ich gern bin	-,11	-,10	-,17	-,18	-,16	-,16
Die Lehrer behandeln uns gerecht	-,12	-,06	-,17	-,15	-,16	-,16
Die Lehrer helfen uns, wenn wir Hilfe brauchen	-,10	-,06	-,13	-,11	-,11	-,09
Die Lehrer interessieren sich für mich als Menschen	-,06	-,05	-,12	-,11	-,12	-,11
Die Lehrer erwarten zu viel	,10	,07	,12	,12	,10	,09
Die Mitschüler sind nett und hilfsbereit	-,06	-,05	-,06	-,05	-,03	-,02
Die Mitschüler akzeptieren mich wie ich bin	-,03	-,03	,00	,00	-,03	-,02
Die Eltern helfen bei Problemen	-,07	-,07	-,08	-,12	-,07	-,11
Die Eltern ermuntern mich zu guten schulischen Leistungen	-,05	-,04	-,05	-,06	-,04	-,04
Die Eltern erwarten zu viel	,08	,06	,10	,10	,08	,08

Pearson-Korrelationen

Überraschenderweise haben Faktoren, die das soziale Miteinander der Schüler beschreiben, keinen Einfluss auf die Häufigkeit des Alkoholmissbrauchs. Ebenso sind die schulbezogenen Verhaltensweisen der Eltern wie etwa Hilfsbereitschaft oder elterliche Leistungserwartungen nur schwach oder gar nicht mit der Trunkenheitshäufigkeit assoziiert.

### Gleichaltrige und Subkulturen

Alle bisher genannten Prädiktoren für den Alkoholkonsum und -missbrauch unter Jugendlichen werden übertroffen durch den normativen Einfluss, den die Gleichaltrigengruppe auf das Verhalten und die Einstellungen ausübt (Jones & Heaven, 1998). Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, in der der überwiegende Teil der Mitglieder häufig und extensiv Alkohol konsumiert, führt dazu, dass das Individuum selbst ebenfalls zu diesem Verhalten neigt. Alkohol als sozial wirksame Droge ist in allen Ländern und Kulturen ein integraler Bestandteil von Geselligkeit und Zusammengehörigkeit bei den Erwachsenen. Dieses kulturelle Vorbild wird von den Jugendlichen in deren Gruppierungen nachgeahmt.

Mit zunehmendem Alter verliert die Familie an Bedeutung für den Sozialisationsprozess, während der Einfluss der Freundesgruppe zunimmt. Dies ist Teil des normalen Ablösungsprozesses von den Eltern. In dieser Phase schließen sich die 12- bis 18-Jährigen typischerweise in mehr oder weniger festen Gruppen zusammen, in denen erwachsenes Verhalten eingeübt wird. Innerhalb dieser Gruppen bildet sich häufig eine subkulturelle Identität aus, die zur Abgrenzung von der Kultur und den Normen der Elterngeneration dient.

Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe von Menschen drückt sich in der Verwendung von Symbolen aus. Besondere Verhaltensmuster und Einstellungen werden als Symbole einer subkulturellen Identität erachtet, denen sich die jungen Menschen verpflichtet fühlen (zum Beispiel „Ein echter Punk muss betrunken sein“). Diese Verhaltensmuster beinhalten häufig ein bestimmtes Risikoverhalten wie zum Beispiel Alkoholmissbrauch. Verschiedene Gruppen von Jugendlichen oder Heranwachsenden haben unterschiedliche Verhaltensmuster, die zur Beschreibung der eigenen Identität dienen. Während der Alkoholkonsum als Teil der allgemeinen Kultur in den meisten westlichen Ländern in fast jeder kulturellen Untergruppe zu finden ist, gibt es doch je nach Untergruppe bestimmte Vorlieben für die eine oder andere Droge. In manchen Gruppen wird zum Beispiel häufiger geraucht als in anderen. In einigen Gruppen nutzen die Mitglieder normabweichendes Verhalten, um ihre persönliche Unabhängigkeit und ihren Widerstand gegen Autorität auszudrücken.

Offensichtlich ist Alkoholkonsum im Alter von Jugendlichen und Heranwachsenden (Adoleszenten) Bestandteil der normalen Kommunikationsprozesse innerhalb von Freundesgruppen und Subkulturen jenes Altersabschnitts. Das Mitmachen in Gleichaltrigen-Subkulturen – und dementsprechend das Experimentieren mit Alkohol – lässt sich als Entwicklungsaufgabe in diesem Alter betrachten. Alkoholkonsum, nicht jedoch in normabweichendem Ausmaß, ist daher ein Zeichen von prosozialem Verhalten und ist in Gruppen mit enger Bindung häufiger als in anderen Gruppen. Alkoholmissbrauch, der über das normale Maß hinausgeht, ist dagegen oft Ausdruck eines gestörten sozialen Verhaltens und einer Neigung zur Delinquenz (Maggs & Hurrelmann, 1998).

## **Alkoholangebot, Alkoholwerbung und rechtliche Beschränkungen**

Der staatliche und kommunale Einfluss auf den Alkoholkonsum, nicht nur bei Jugendlichen, ergibt sich auf drei Ebenen: Verfügbarkeit oder Regelungen darüber, an wen Alkohol verkauft werden darf, wo und wie Alkohol verkauft wird, und der Preis bzw. die Besteuerung alkoholischer Getränke. Eine Reihe von Studien kann zeigen, dass eine hohe Besteuerung – und damit

ein hoher Preis für alkoholische Getränke – die Konsummenge entscheidend beeinflusst. Ist Alkohol nur an wenigen Stellen zu bekommen, ist also die Verfügbarkeit eingeschränkt, so wird weniger getrunken. Die Heraufsetzung des Mindestalters für den Erwerb und den Konsum von Alkohol reduziert die Häufigkeit alkoholbedingter Unfälle und anderer Auffälligkeiten im Jugendalter. Eine strenge Kontrolle über den Verkauf von Spirituosen, z. B. ausschließlich in speziellen Geschäften, reduziert den Alkoholkonsum ebenfalls.

Durch strengere Gesetze verändern sich auch die sozialen Normen und die gesellschaftliche Toleranz des Alkoholkonsums. Dadurch wird ebenfalls eine Reduzierung der allgemein verzehrten Alkoholmenge erreicht (Hawkins et al., 1992). Das Ausmaß und der Grad der Durchsetzung solcher Maßnahmen ist in den verschiedenen Ländern geprägt durch kulturelle und historische Ausgangsbedingungen, wie etwa die vorwiegende religiöse Orientierung der Bevölkerung und damit verbundene Riten und Traditionen, gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen sowie durch die Macht entsprechender Interessengruppen.

Die gesetzlichen Altersbeschränkungen zum Erwerb und zum öffentlichen Konsum alkoholischer Getränke variieren selbst innerhalb der Europäischen Gemeinschaft. Während die überwiegende Zahl der in Tabelle 3 aufgeführten Länder ein Mindestalter von 18 Jahren fordern, die USA und Litauen sogar von 21 Jahren, ist in Deutschland, Österreich, Belgien, Frankreich, Ungarn und der Schweiz ein Mindestalter von 16 Jahren zumindest für Getränke mit geringem Alkoholgehalt festgelegt. Griechenland und Portugal haben keine festgelegte Altersbegrenzung. Diese Begrenzungen werden in den einzelnen Ländern mit unterschiedlicher Strenge durchgesetzt, so dass es sich hier eigentlich nur um grobe Richtwerte handelt. Einflüsse der Altersbegrenzung auf den Alkoholkonsum der Jugendlichen können daher auch nicht unmittelbar festgestellt werden.

Der Verkauf alkoholischer Getränke hat in den einzelnen Ländern verschiedene traditionelle Wurzeln. Nur in wenigen Ländern gelten über die Altersbegrenzung hinaus strenge Verkaufsbeschränkungen. Lediglich in Kanada, Finnland, Grönland, Litauen, Schweden und den Vereinigten Staaten bestehen eindeutige Verbote für den Verkauf an allgemein zugänglichen Orten. In vielen Ländern verlangt das Gesetz jedoch bestimmte Lizenzen für den Verkauf. In der überwiegenden Zahl der Länder werden alkoholische Getränke, wie etwa Bier und Wein, in Supermärkten und Tankstellen sowie auf nahezu allen öffentlichen Veranstaltungen angeboten. In allen Ländern ist der Handel gehalten, die gesetzlichen Altersbeschränkungen durchzusetzen.

Tabelle 3: Alkoholpolitik in verschiedenen Ländern (Erhebungsjahr 1997)

Land	Verkauf alkoholischer Getränke <sup>1</sup>						Gesetzlich vorgeschriebenes Mindestalter für den Kauf von Alkohol (in Jahren)	Durchschnittspreis für 1 Liter Bier (Euro)	Alkoholwerbung erlaubt oder verboten <sup>2</sup>											
	A	B	C	D	E	F			A	B	C	D	E	F	G	H	I			
Belgien (Flämischer Teil)							16	1,15												
Dänemark							15	0,86												
Deutschland							16 (18 <sup>3</sup> )	1,00												
Estland																				
Finnland							18	2,93												
Frankreich							16	1,07												
Griechenland							NR <sup>5</sup>	1,90												
Grönland							18	11,0												
Irland							18	2,90												
Israel							18	2,15												
Kanada							18–19 <sup>6</sup>	2,34												
Lettland							18	1,10												
Litauen							21	1,00												
Norwegen							18	3,50												
Österreich							16 <sup>6</sup>	1,46												
Polen							18	1,12												
Portugal							NR <sup>6</sup>	1,00												
Russische Föderation							18	0,32												
Schweden							18–20	3,30												
Schweiz							16 (18 <sup>3</sup> )	1,96												
Slowakei							18	0,65												
Tschechische Republik							18	0,38												
Ungarn							16	0,36												
USA	b	b	b	b	b	3	21 <sup>6</sup>	2,49	b	b	b	b	b	b	b	b	3	3		
Vereinigtes Königreich:																				
England							18	4,70												
Nordirland							18	5,20												
Schottland							18	4,70												
Wales							18	4,70												

<sup>1</sup> Alkoholische Getränke verkauft: in Supermärkten (A), bei öffentlichen Veranstaltungen (B), an Tankstellen (C), in Kneipen oder Restaurants (D), in Spirituosenhandlungen (E), nur in lizenzierten Geschäften (F).

<sup>2</sup> Werbung für alkoholische Getränke verboten: im Fernsehen/Radio (A), in Zeitungen / Zeitschriften (B), in Kinos (C), bei Sportveranstaltungen (D), an Plakatwänden / an öffentlichen Plätzen in der Nähe von Einrichtungen der Bildung oder der Gesundheitspflege (E), an allen frei zugänglichen Plätzen (F), bei der gezielten Ansprache junger Menschen (G), für Getränke mit einem Alkoholgehalt über einer bestimmten Grenze (H), es sei denn, der Behälter hat einen Gesundheitshinweis oder einen vorbeugenden Hinweis (I).

<sup>3</sup> unterschiedliche Beschränkungen für Spirituosen.

<sup>4</sup> keine Informationen verfügbar.

<sup>5</sup> nicht eingeschränkt.

<sup>6</sup> je nach den Gesetzen in den Bundesstaaten.

Der regelmäßige Alkoholkonsum wird – analog zum Rauchverhalten – auch durch den Preis der alkoholischen Getränke gesteuert. Dabei ist nicht allein die Variation des Preises, sondern auch die Zu- bzw. Abnahme der durchschnittlichen Kaufkraft der Jugendlichen zu beachten. Bei der Betrachtung des zeitweisen Alkoholmissbrauchs in Form von Rauschtrinken spielt der Preis jedoch offenbar eine untergeordnete Rolle.

Der Anteil Alkohol konsumierender Jugendlicher folgt offenbar der industriellen Entwicklung der Länder. Dabei ist es vermutlich neben der Produktivität insbesondere auch die damit einhergehende Konsumorientierung in den osteuropäischen Ländern, die zu den so stark steigenden Konsumentenzahlen im Jugendalter führt. Dabei spielt, neben den bereits genannten Faktoren, auch der Medienkonsum und die damit verbundene Exposition gegenüber einschlägiger direkter und indirekter Werbung eine große Rolle. Werbebeschränkungen für alkoholische Getränke beruhen in der überwiegenden Zahl der Länder auf freiwilligen Selbstbeschränkungen der Industrie. So wird inzwischen in vielen Ländern auf Werbung in spezifischen Jugendmedien wie z. B. Jugendzeitschriften verzichtet. Auch Plakatwerbung in unmittelbarer Nähe von Schulen, Gesundheits- und Jugendeinrichtungen wird weitgehend vermieden.

Nur in wenigen Ländern existieren darüber hinausgehende gesetzliche Regelungen. So haben etwa Belgien, Litauen, Norwegen, Polen und Schweden ein nahezu totales Werbeverbot erlassen, das nur noch durch Sport- und Kultursponsoring durchbrochen wird. In Dänemark, Frankreich, Deutschland, Ungarn und der Schweiz wurde die inhaltliche Darstellung der Werbung reglementiert. Hier dürfen Jugendliche nicht explizit durch die Werbung angesprochen werden. Lediglich in Frankreich ist die Werbung mit gesundheitsbezogenen Warnhinweisen versehen.

In gleicher Weise wie die Tabakwerbung hat auch die Werbung für alkoholische Getränke Wirkung auf das Verhalten der Jugendlichen. Die Ausrichtung der Werbebotschaften an einem jugendlichen Lebensstil, auch unter Einbeziehung junger Frauen, scheint für die zu beobachtenden Zuwachsraten und für die Unterschiede zwischen den Konsumentenraten bei Mädchen und Jungen mitverantwortlich zu sein. Strenge Werbebeschränkungen – wie sie in Tabelle 3 etwa für Belgien, Polen und Schweden verzeichnet sind – gehen mit einer Veränderung der Trinkgewohnheiten in diesen Ländern einher: hier nimmt der regelmäßige Alkoholkonsum ab. Dieser Effekt kann aber nur im Zusammenhang mit anderen gesetzlichen Jugendschutzmaßnahmen, wie z. B. eingeschränktem Verkauf, Altersbegrenzung und erhöhtem Preis, erwartet werden.

Hinsichtlich des Ziels einer signifikanten Verringerung alkoholbedingter Gesundheitsschäden, wie sie in der Europäischen Charta Alkohol (WHO 1996) festgeschrieben wurde, besteht hier ein deutlicher Nachholbedarf. Diese Charta schlägt verschiedene Strategien zur Eindämmung des Alkoholkonsums

vor – u. a. allgemeine Aufklärung über die gesundheitlichen Risiken des Alkoholkonsums, einschlägige Präventionsmaßnahmen im Kindes- und Jugendalter – sowie die Einschränkung der Verfügbarkeit alkoholischer Getränke durch gesetzliche Regelungen und Besteuerung. Der internationale Vergleich zeigt jedoch, dass die Durchsetzung staatlicher restriktiver Mittel zur Reduktion des Alkoholkonsums bei Jugendlichen nicht ausreicht.

## **Schlussfolgerungen für die Entwicklung Erfolg versprechender Präventionsstrategien**

Die dargestellten Daten zur Prävalenz des Alkoholkonsums im Jugendalter lassen erkennen, dass neben der Mehrzahl der Heranwachsenden, die abstinent sind oder nur gelegentlich Alkohol zu sich nehmen, eine nicht unbedeutende Zahl von Jugendlichen steht, die schon in jungen Jahren problematische Konsummuster zeigen. Demgegenüber ist die Zahl derjenigen, die erst ab dem 15. Lebensjahr oder später erste Alkoholerfahrungen sammeln, sehr gering. Die Initiation des Alkoholkonsums findet in der Regel in nahezu allen beteiligten Ländern sehr früh im Lebenslauf statt. Mehr als zwei Drittel aller Jugendlichen verfügen mit dem 16. Lebensjahr über Erfahrungen mit dem Geschmack, der physischen und psychischen Wirkung sowie der sozialen Wirkung und Akzeptanz des Alkohols. Wirkungserwartungen, die aus diesen Erfahrungen resultieren, prägen das weitere Konsumverhalten und führen im positiven Fall zu einer Verstärkung und Stabilisierung des Alkoholkonsums. Präventionsstrategien sollten sich daher bemühen, bereits vor diesem biographischen Stadium anzusetzen.

Es erscheint sinnvoll, mit der Prävention des Substanzgebrauchs allgemein bereits in einem sehr frühen Alter zu beginnen. Das Ziel sollte sein, rechtzeitig die auf die gesundheitsbezogenen Einstellungen, Überzeugungen und Kompetenzen einzuwirken und attraktive Verhaltensalternativen anzubieten. Dabei sind die Kinder, die bereits vor ihrem zehnten Lebensjahr regelmäßig Alkohol konsumieren, mit präventiven Maßnahmen nur noch schwer zu erreichen. Das sehr frühe und oftmals durchaus problematische Trinken ist entweder auf einen starken ungünstigen Einfluss der Eltern oder auf massive Problemkonstellationen zurückzuführen, so dass hier personenbezogene Präventionsbemühungen eine schlechte Prognose haben. Hier sind vielmehr systemisch therapeutische Interventionen notwendig.

Bei einer Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums von annähernd 100% kann vollständige Abstinenz nicht ein ernsthaftes Ziel der präventiven Maßnahmen sein. Vielmehr ist die Befähigung der Jugendlichen zu einem bewussten, gemäßigten und vor allem situationsangemessenen Umgang mit Alkohol anzustreben. Studien zur Wirkungsweise von präventiven Maßnahmen stellen heraus, dass es besonders wichtig ist, die vielfältige soziale Funktion des Alkoholkonsums zu berücksichtigen. Viele Werbebotschaften

transportieren gerade die sozialen Aspekte wie etwa Spannungslösung, Kontakterleichterung, Stimmungshebung und Statusmaximierung. Die Wahrnehmung dieser Botschaften ist bei Jungen und Mädchen unterschiedlich. Jungen sind in bestimmten kulturellen Kontexten etwa deshalb stärker alkoholgefährdet, weil es hier eine inhaltliche Assoziation von Alkoholkonsum, Stärke und Männlichkeit gibt. Längst überfällig ist daher eine geschlechtsspezifische Prävention, die auf die unterschiedlichen Konsumanlässe und Funktionen des Konsums bei Jungen und Mädchen eingeht.

Die Präventionsforschung geht heute davon aus, dass nur die Kombination von personen- und kontextzentrierten Maßnahmen zu einer erfolgreichen Verhaltensänderung führt. Für die Reduktion des Alkoholkonsums bedeutet dies ein Zusammenwirken der genannten gesetzlichen Rahmenbedingungen mit intensiven Bemühungen obligatorischer Verhaltensprävention. Je mehr Erkenntnisse über die Ätiologie und die Korrelate des Alkoholmissbrauchs in die entsprechenden Präventionsmaßnahmen eingeflossen sind, um so größere Erfolge konnten verzeichnet werden. Die Betrachtung des individuellen Substanzmissbrauchs als Versuch der Bewältigung von normativen Entwicklungsanforderungen und Stressereignissen trägt in neueren präventiven Ansätzen dazu bei – über die Vermittlung adäquater Coping-Strategien – die Verhaltensabsichten, die Selbstwirksamkeitserwartungen und das Verhalten selbst günstig zu beeinflussen. Vorher konzentrierten sich die Interventionen lediglich auf das Wissen oder die Einstellungen der Jugendlichen. Neuere Überblicksstudien zur Wirkung von Präventionsprogrammen können diese Entwicklung aufzeigen (Tobler & Stratton, 1997).

Besonders wirkungsvoll ist Prävention dann, wenn sie die Resistenz gegenüber sozialen Einflüssen trainiert, die allgemeine Problemlösungskompetenz schult und prosoziale, interaktive Fähigkeiten sowie Kompetenzen zur Stressregulation fördert. Dabei kommt es auf die Art der Vermittlung an: Nach Tobler und Stratton (1997) haben interaktive, partizipatorische Programmansätze bessere Erfolge als solche, die sich an nicht-interaktiven traditionellen Instinktionsmethoden ausrichten. Dies gilt besonders für die Jüngeren.

Präventionsprogramme sind am günstigsten in den Schulen zu implementieren, wo der überwiegende Teil der Kinder und Jugendlichen erreicht werden kann. Hierzu stehen zahlreiche Modelle zur Verfügung, die zur Zeit jedoch nur unsystematisch eingesetzt werden. Vielfach ist es der individuellen Motivation einzelner Lehrerinnen und Lehrer überlassen, sich in der Prävention zu engagieren. Im Rahmen der Schule ist jedoch Rücksicht auf die Rahmenbedingungen zu nehmen, unter denen die Programme implementiert werden. Die Forschung zu diesem Problem steht zur Zeit noch am Anfang. Die meisten Ätiologiemodelle des Substanzkonsums zeigen zum Beispiel, dass die soziale Bindung an die Schule, und damit auch die Identifikation mit ihr, eine protektive Wirkung gegenüber dem Substanzkonsum hat. Gleichzeitig führen aber schulisches Leistungsversagen und Stress zu verstärkter

Vulnerabilität. Das bedeutet für die Prävention, dass ihr Erfolg hier davon abhängt, wie positiv oder negativ die betroffenen Schüler ihre schulische Umwelt beurteilen und wie gut sie in ihr zurechtkommen.

# Kapitel 4

## Beispiele von Projekten zum Thema Alkohol an gesundheitsfördernden Schulen

Dieser Abschnitt zeigt an einigen Beispielen auf, wie Schulen das Thema Alkohol als wichtigen Teil des täglichen Lebens und Arbeitens angehen können. Die Betonung liegt dabei auf der Nutzung von Erfahrungen, die im Verlauf des Projekts „Gesundheitsfördernde Schule“ gewonnen wurden, das jetzt seit zehn Jahren in Europa läuft (Burgher et al., 1999).

Das Kapitel ist in drei Teile gegliedert: Eingangs werden einige der grundlegenden Konzepte und Prinzipien der gesundheitsfördernden Schule dargestellt. Darauf folgen spezifische Beispiele von Schulen, die sich dem Thema Alkohol im Rahmen eigener Projekte gewidmet haben. Der letzte Abschnitt fasst einige der wichtigsten künftigen Herausforderungen zusammen, denen sich Schulen gegenübersehen, wenn sie sich mit den gesundheitlichen Aspekten des Alkoholkonsums befassen.

### Die gesundheitsfördernde Schule – einige Prinzipien

Das europäische Netz Gesundheitsfördernder Schulen hat 1997 auf einer Konferenz mit dem Titel „Die gesundheitsfördernde Schule – eine Investition in Bildung, Gesundheit und Demokratie“ im griechischen Chalkidike eine erste Bilanz der Lage gezogen. An der Konferenz nahmen 375 Politiker, Forscher, Lehrer und Gesundheitsexperten teil. Das Treffen endete mit einer gemeinsamen Resolution (WHO, 1997), in der Folgendes betont wurde:

- Die gesundheitsfördernde Schule ist eine Investition in Bildung und Gesundheit.
- Gesundheit wird aus einer sozialen Perspektive betrachtet, in der Jugendliche als Menschen gesehen werden, die eng in einen Prozess der Interaktion mit einem dynamischen Umfeld eingebunden sind.
- Im Zentrum der Aufmerksamkeit liegt die Entwicklung von Visionen und Aktionen seitens der am Leben an der Schule handelnd Beteiligten.

Auf dieser Grundlage zielt die gesundheitsfördernde Schule auf einen Wandel durch bestimmte Aktionen ab: Die Schülerinnen und Schüler sollen ihre Fertigkeiten und Kompetenzen in Bezug auf Gesundheit so verbessern, dass sie ihr eigenes Leben und ihre Lebensbedingungen in der Umwelt, in der sie leben, verändern können. Diese Betonung des Wandels drückt sich explizit in zehn in der Resolution verabschiedeten Prinzipien aus. Sie werden als grundlegend für eine fruchtbare Investition in die Bildung, Gesundheit und demokratischen Lebensverhältnisse kommender Generationen erachtet. Die zehn Prinzipien tragen die Überschriften Demokratie, Gerechtigkeit, Befähigung und Handlungskompetenz, schulisches Umfeld, Lehrplangestaltung, Lehrerausbildung, Erfolgsmessung, Zusammenarbeit, Gemeinschaften und Nachhaltigkeit.

Natürlich können und müssen diese zehn Prinzipien im kulturellen Kontext der teilnehmenden Länder und ihrer Schulen umgesetzt werden. Dennoch bezeichnen sie zusammengenommen ein gemeinsames Fundament für die Entwicklung der gesundheitsfördernden Schule. Diese Prinzipien und die Art, in der sie untereinander zusammenhängen, werden im Folgenden kurz vorgestellt.

### **Die Komponenten der gesundheitsfördernden Schule – Beispiel Alkohol**

Das hier verwendete Modell (Jensen, 2001) verkörpert eine Reihe allgemeiner Bestandteile des Konzepts der gesundheitsfördernden Schule, die eine ebenso große Bedeutung bei der Arbeit mit dem Thema Alkohol haben. Darüber hinaus wurde auf den Einschluss von Faktoren geachtet, die explizit auf die Prinzipien in der vorstehend erwähnten Resolution Bezug nehmen.

Das Oberziel der Arbeit an der Schule ist die Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, mit denen Schülerinnen und Schüler ihr eigenes Leben und ihre Lebensbedingungen gestalten können. In diesem Zusammenhang, so die Resolution, ist das allgemeine Ziel die Entwicklung von „Befähigung und Handlungskompetenz“ seitens der Schülerinnen und Schüler. Dabei heißt es, dass „die gesundheitsfördernde Schule die Fähigkeiten junger Menschen verbessert, von sich aus tätig zu werden und Veränderungen herbeizuführen“. Mit anderen Worten, Aktion und Veränderung sind hier zentrale Vorstellungen.

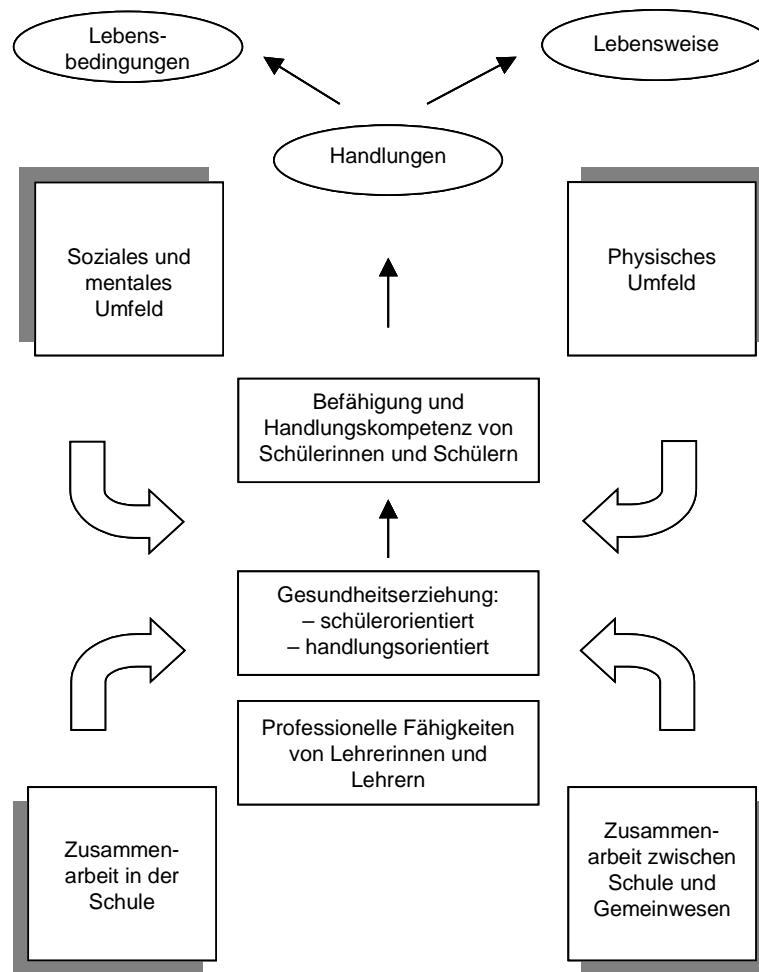
Der Unterricht trägt dazu bei, dass Schülerinnen und Schüler die bezeichneten Fähigkeiten entwickeln. Dadurch sollten sie wiederum in die Lage versetzt werden, ihr eigenes Leben und ihre Lebensbedingungen zu gestalten (Abbildung 5). In Bezug auf den Umgang mit Alkohol geht es hierbei zum einen Teil darum, dass Schülerinnen und Schüler ihren eigenen Alkoholkonsum steuern können, so dass sie sich und anderen keinen Schaden zufügen.

Zum anderen Teil geht es darum, dass sie Alkohol als ein Produkt sehen, das oft einen positiven Beitrag zu ihrer Kultur leistet. Sie müssen die nötige Charakterstärke entwickeln, um für sich selbst „Ja“ oder „Nein“ zum Alkohol sagen zu können und dem Druck durch ihre Umgebung zu widerstehen. Der Unterricht sollte ferner darauf abzielen, die Kompetenz der Schülerinnen und Schüler für eine Veränderung ihrer Lebensbedingungen zu stärken. Dazu könnte zählen, Regeln für Partys im Schulkontext aufzustellen, Möglichkeiten für spannende Freizeitaktivitäten zu schaffen, Unterstützung zu organisieren, falls etwas schief geht, und andere Dinge mehr.

Eine Voraussetzung dafür, dass Schülerinnen und Schüler diese Kompetenz entwickeln können, ist, dass der Unterricht so gestaltet wird und abläuft, dass die Themen, mit denen sie arbeiten, ihnen in gewisser Weise selbst gehören („Miteigentümerschaft“). Die in der Resolution aufgestellten Prinzipien betonen daher auch die Bedeutung der Lehrplangestaltung und der Lehrerbildung. Der Unterricht sollte so organisiert sein, „dass er für die Bedürfnisse junger Menschen relevant ist und zugleich ihre Kreativität anregt“.

Zu diesem Zweck müssen Lehrerinnen und Lehrer für ihren Beruf eine Reihe wichtiger Fähigkeiten mitbringen. Auf der einen Seite müssen sie einen Fundus an professionellem Wissen haben, und zwar in diesem Fall über Gebrauch und Missbrauch von Alkohol. Mit anderen Worten, Lehrerinnen und Lehrer müssen auf solchen Gebieten Bescheid wissen wie den Auswirkungen von Alkohol, den Ursachen verschiedener Formen von Gebrauch und Missbrauch von Alkohol, gesundheitsfördernden Strategien, Präventionsmaßnahmen und Lösungen alkoholbedingter Probleme. Zugleich müssen sie in der Lage sein, verschiedene Unterrichtsmethoden anzuwenden, so dass die Schülerinnen und Schüler selbst aktiv recherchieren, Zukunftsvorstellungen entwickeln und Aktionen einleiten können. Eine entscheidende Voraussetzung dafür, dass Schülerinnen und Schüler in die Lage versetzt werden, eigene Handlungskompetenz zu entwickeln, ist also, dass Lehrerinnen und Lehrer sich professionelle Fähigkeiten und Unterrichtskompetenzen aneignen. Dies gilt auch in Bezug auf Alkoholthemen. Mit anderen Worten, die professionellen Fähigkeiten akademischer und pädagogischer Art der Lehrerinnen und Lehrer sind, wie Abbildung 5 zeigt, die Grundlage, auf der ein nutzbringender Unterricht auch in Sachen Alkohol basiert.

Abbildung 5: Wichtige Bestandteile der Gesundheitsfördernden Schule



Quelle: Nach Jensen (2001).

Das Ausmaß der Qualifizierung von Lehrerinnen und Lehrern ist jedoch nicht die einzige Voraussetzung für einen nutzbringenden Unterricht. Zwar werden das Unterrichten und die Fähigkeiten von Lehrerinnen und Lehrern als zentrale Elemente der gesundheitsfördernden Schule betrachtet; doch muss betont werden, dass sie ihrerseits beide einer Reihe von Bedingungen unterliegen, die sich auf den äußeren Rahmen beziehen, in dem Schule stattfindet. Diese Bedingungen werden in der Resolution als „schulisches Umfeld“, „Zusammenarbeit“ und „Gemeinschaften“ bezeichnet. Sie können die Ziele des Unterrichts fördern oder hemmen. Im vorliegenden Modell weisen die von den vier Kästchen ausgehenden Pfeile darauf hin, dass diese Faktoren den Unterricht sowie die Gesundheit und die Fähigkeiten von Schülerinnen

und Schülern beeinflussen. Aus diesem Grund müssen die Anstrengungen darauf abzielen, die Rahmenbedingungen so zu entwickeln, dass sie, entsprechend den Zielen der gesundheitsfördernden Schule, jene Lernprozesse und die Entwicklung von Kompetenz soweit wie möglich fördern können.

Betreffs des schulischen Umfeldes wird eine Unterscheidung in physische und psychosoziale Komponenten vorgenommen. Erlaubt das physische Umfeld einer Schule zum Beispiel flexible Unterrichtsprozesse und das Arbeiten sowohl in großen als auch in kleinen Gruppen? Sind die Schülerinnen und Schüler beim Aufstellen der Regeln für das Sozialverhalten in ihrer Klasse und an der Schule eingebunden gewesen? Diese Fragen zeigen, was die beiden Kästchen inhaltlich abdecken, die sich auf das schulische Umfeld beziehen. Regeln und Anforderungen bezüglich des schulischen Umfeldes werden in einigen Fällen vielleicht durch das Kultusministerium oder die Schulleitung aufgestellt. Es steht jedoch außer Frage, dass Wertvorstellungen und Anforderungen, die mit Hilfe der Schülerinnen und Schüler und in Zusammenarbeit mit dem Lehrkörper und anderen Beteiligten entwickelt und aufgestellt wurden, viel stärkere Auswirkungen auf das Leben der Schülerinnen und Schüler haben. Der Schlüsselbegriff in diesem Zusammenhang lautet „Miteigentümerschaft“.

Was das Thema Alkohol betrifft, könnte dieses Prinzip zum Beispiel bedeuten, dass die Schülerinnen und Schüler Zukunftsvorstellungen und Ideen entwickeln, wie sie gemeinsame Veranstaltungen und Partys an der Schule durchführen. Welches soziale Verhalten finden sie selbst noch akzeptabel, welches hingegen fällt nach ihrer Meinung aus dem erlaubten Rahmen? Auch die Lehrerinnen und Lehrer müssen eine gemeinsame Vorstellung davon entwickeln, wie sie in bestimmten Situationen reagieren werden, zum Beispiel, wenn Schülerinnen oder Schüler betrunken zu einer Schulveranstaltung erscheinen.

Bei den Kästchen in Abbildung 5, die mit „Zusammenarbeit“ zu tun haben, wird zwischen der Zusammenarbeit innerhalb einer Schule und der Interaktion einer Schule mit dem gesellschaftlichen Umfeld unterschieden. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit an der Schule – zwischen Lehrerinnen und Lehrern unterschiedlicher Fächer sowie zwischen Lehrerinnen und Lehrern auf der einen und professionellen Gesundheitsfachleuten auf der anderen Seite – ist Voraussetzung für eine breit angelegte Erschließung verschiedener Gesundheitsthemen. Der sich daraus ergebende interdisziplinäre Unterricht ist wiederum eine Voraussetzung, die erfüllt sein muss, damit Schülerinnen und Schüler eine in sich kohärente Wahrnehmung von Gesundheitsthemen entwickeln können und davon, wie sie die Bedingungen beeinflussen können, die Auswirkungen auf ihre Gesundheit haben. Ein Biologielehrer könnte zum Beispiel das Thema Alkohol auf eine bestimmte Art und Weise behandeln, während Lehrer für Gesellschaftskunde oder für die kreativen Fächer völlig andere Aspekte herausarbeiten würden. Zusammen tragen sie

zur Erschließung des Themas Alkohol und zur Wahrnehmung von Alkohol als einem Produkt bei, das, im Guten wie im Bösen, auf vielerlei Art Teil unserer Kultur ist. Und zusammen fördern sie die Fähigkeit der Schülerinnen und Schüler, mit Situationen fertig zu werden, in denen sie mit Alkoholgenuss und alkoholbedingten Problemen konfrontiert sind.

Die Zusammenarbeit zwischen der Schule und dem lokalen Gemeinwesen eröffnet vielerlei interessante Aspekte. Fachleute aus der näheren Umgebung – technische Experten, Politiker, Werbeschaffende, Ärzte, Künstler und andere – lassen sich in den von der Schule angebotenen Unterricht einbeziehen. Ihre Beiträge bringen eine sehr wertvolle und anregende Authentizität in die Arbeit. Von der anderen Seite aus betrachtet, kann das gesellschaftliche Umfeld, das Gemeinwesen, profitieren, wenn nämlich die Schülerinnen und Schüler durch ihre Arbeit an der Schule Aufmerksamkeit auf die gesundheitlichen Belange in der Kommune lenken und vielleicht Verbesserungsvorschläge machen oder helfen, bestimmte Vorgehensweisen in die Wege zu leiten. Wenn Schülerinnen und Schüler die realen Lebensbedingungen im Einzugsbereich ihrer Schule erforschen, können sie auf viel nutzbringendere Weise Einblick in gesundheitsbezogene Angelegenheiten gewinnen, als dies der Unterricht im Klassenzimmer normalerweise ermöglicht. Die auf der Konferenz verabschiedete Resolution unterstreicht diese Funktion, bei der Schülerinnen und Schüler, Lehrerinnen und Lehrer zu aktiv Handelnden im örtlichen Gemeinwesen werden: „... Junge Menschen werden mit größerer Wahrscheinlichkeit selbst aktive Bürgerinnen und Bürger in ihrem örtlichen Gemeinwesen. Gemeinsam werden die Schule und ihre Gemeinde Positives für die Schaffung einer gesundheitlich vorteilhafteren sozialen und physischen Umgebung bewirken.“

Bei der Arbeit mit dem Thema „Gebrauch und Missbrauch von Alkohol“ bietet es sich an, die örtliche Gemeinschaft als Kooperationspartner zu sehen. Fachleute, die sich mit dem Phänomen Alkohol in verschiedenen gesellschaftlichen Situationen befassen, können den Lehrstoff in Sachen Alkohol bereichern, indem sie die vielen Rollen, die Alkohol in unserer Kultur spielt, näher beleuchten. Die Schülerinnen und Schüler können in ihrer näheren Umgebung „Jagd“ auf einschlägige Themen machen und so all die verschiedenen Situationen aufspüren und beschreiben, in denen Alkohol auftaucht. Die auf diesem Wege gemachten Beobachtungen können den Ausgangspunkt für eine anschließende Diskussion in der Klasse über Fragen zum Thema Alkohol bilden. Das Ziel ist, die Schülerinnen und Schüler darauf vorzubereiten, dass sie in vielen verschiedenen Situationen auf Alkohol treffen werden, und zwar sowohl in ihrem gegenwärtigen Leben als auch in Zukunft. Rollenspiele und Bühnenaufführungen können helfen, Verhaltensweisen einzuüben, die in solchen Situationen gefragt sind. Wichtige Diskussionen können entstehen, wenn Schülerinnen und Schüler ihren Eltern oder ausgewählten Gruppen aus ihrem Umkreis alkoholbedingte Probleme näher bringen, zum Beispiel in Form von Bühnenaufführungen, Ausstellungen und

dergleichen an der Schule selbst, in der Stadtbücherei oder an anderen Orten in ihrem Umfeld.

Das oben beschriebene Modell unterstreicht die Bedeutung des Unterrichts als zentrales Element einer gesundheitsfördernden Schule. Es zeigt auch eine Reihe von Faktoren des sozialen Miteinanders auf, die die Entwicklung von Schülerinnen und Schülern und die Wissensvermittlung selbst beeinflussen. Darüber hinaus ist auch klar, dass der Unterricht selbst eine wichtige Rolle bei der Herausbildung und Veränderung der Rahmenfaktoren des sozialen Miteinanders spielen kann. Ein Beispiel für letzteres sind Fälle, in denen die in der Klasse absolvierte Arbeit die Schülerinnen und Schüler veranlasst, ethische Regeln für das Verhalten innerhalb der Klasse oder im gesellschaftlichen Umfeld der Schule aufzustellen. Mit anderen Worten: Es besteht ein enger und wechselseitiger Einfluss zwischen der Lehrtätigkeit an der Schule und der Handlungskompetenz der Schülerinnen und Schüler auf der einen Seite und einer Reihe von Faktoren des schulischen Umfeldes und der kooperierenden Partner auf der anderen Seite.

Bei der Vorstellung des Modells und seiner verschiedenen Elemente wurde besondere Betonung auf die aktive Beteiligung von Schülerinnen und Schülern gelegt. Zweifelsohne bestand die größte Übereinstimmung zwischen allen Ländern und Schulen im Europäischen Netz Gesundheitsfördernder Schulen darin, dass das aktive Engagement von Schülerinnen und Schülern ein absoluter Erfolgsfaktor ist, wenn sich die Arbeit und der Unterricht an einer Schule auf die Handlungen und das Verhalten dieser Schülerinnen und Schüler auswirken sollen. Aus diesem Grund sind Schülerinnen und Schüler als aktive, zur Vorausschau fähige Partner bei der Entwicklung der gesundheitsfördernden Schule zu betrachten – und damit auch bei der schulischen Wissensvermittlung über Alkohol.

In den folgenden Abschnitten werden drei Beispiele von Fällen vorgestellt, in denen sich Schülerinnen und Schüler aktiv in die Erarbeitung von alkoholbezogenen Themen an der Schule eingebracht haben. Die Betonung liegt darüber hinaus auf Projekten, an denen sich auch Eltern beteiligt haben.

### **Fall 1: Entwicklung von Grundsätzen an einer Schule**

An dieser Schule hatten zwölfjährige Schülerinnen und Schüler gesagt, dass sie gerne mehr über Alkohol wüssten. Nicht, dass diese Kinder schon Alkohol getrunken hätten – sie waren sich lediglich bewusst, dass sie nur zu bald Bekanntschaft mit dem Alkohol machen würden, da er Teil der Jugendkultur in der Pubertät ist. Außerdem kannten eine Reihe dieser Schülerinnen und Schüler andere, ältere Jugendliche, die bereits angefangen hatten, mit Alkohol umzugehen. Zusammen mit ihrem Lehrer beschlossen die Sechstklässler, drei Wochen lang jeweils zwölf Wochenstunden der Projektarbeit in Sachen

Alkohol zu widmen. Es wurde auch beschlossen, dass das Projekt zu Vorschlägen führen sollte, wie die Schülerinnen und Schüler in der Klasse mit dem Thema Alkohol umgehen sollten.

Die Schülerinnen und Schüler hatten vier Bereiche zu erforschen: 1) Tatsachen über die Auswirkungen von Alkohol; 2) die Gründe, warum Menschen Alkohol trinken; 3) Dinge, die die Schülerinnen und Schüler selber tun könnten; 4) welche Alternativen zur gegenwärtigen Situation vorstellbar oder wünschenswert seien.

Zur Einführung in das Projekt wurden die Ergebnisse der WHO-Untersuchung über das Gesundheitsverhalten von Schulkindern (HBSC-Studie, „Health Behaviour in School-aged Children“) besprochen (Currie et al., 2000). Die Studie hatte unter anderem gezeigt, dass 21 Prozent der Mädchen und 25 Prozent der Jungen im Alter von 13 Jahren schon mindestens zweimal betrunken gewesen sind. Dies überraschte und schockierte die Schülerinnen und Schüler.

Die Kinder sollten daraufhin eine Reihe von Fragen formulieren, auf die das Projekt Antworten geben sollte. Jedes Kind sollte 10 bis 20 Fragen entwerfen. Danach war vorgesehen, dass Gruppen gebildet wurden und jedes Kind seine Fragen dort vorlas. Anschließend sollten die Gruppen die fünf wichtigsten Fragen, auf die sich die Gruppenmitglieder untereinander geeinigt hatten, vorstellen. Dazu gehörten zum Beispiel folgende Fragen: Warum trinken Menschen Alkohol? Was passiert, wenn einem der Magen ausgepumpt werden muss? Wie viel trinken andere, die etwas älter sind als wir? Haben Menschen jemals Unfälle als Folge von Alkoholkonsum? Was genau bewirkt Alkohol beim Menschen körperlich und seelisch-geistig?

Eine Diskussion über die HBSC-Studie und über die von ihnen selbst formulierten Fragen ließ in den Schülerinnen und Schülern die Idee aufkommen, die Situation an ihrer eigenen Schule eingehender zu erforschen. Sie beschlossen, ihre Untersuchungen auf die älteren Schülerinnen und Schüler zu konzentrieren, und entwarfen einen Fragebogen, den sie an die siebten, achten und neunten Klassen verteilten. Insgesamt waren es sechs Klassen, zwei in jedem Jahrgang. Dies waren die individuell zu beantwortenden Fragen:

- A. Trinkst du Alkohol?
- B. Bist du jemals betrunken gewesen?
- C. Wie alt warst du, als du das erste Mal betrunken warst?
- D. Mit wem zusammen trinkst du Alkohol?
- E. Was trinkst du am meisten: Bier, Wein oder Spirituosen?
- F. Wie stehen deine Eltern deinem Alkoholgenuss gegenüber?
- G. Wie viel trinkst du auf einer Party?
- H. Kannst du auch ohne Alkohol auf einer Party Spaß haben?
- I. Macht dich Alkohol lustig oder aggressiv?

- J. Kannst du zu dir „Genug“ sagen, wenn du zu viel getrunken hast?
- K. Hast du schon einmal einen Unfall als Folge von Alkohol gehabt?
- L. Warum trinkst du Alkohol?
- M. Ist dir schon einmal der Magen ausgepumpt worden?
- N. Hast du jemals überlegt, dass es gefährlich sein kann, zu viel Alkohol zu trinken?

Die Schülerinnen und Schüler stellten die Ergebnisse ihrer Umfrage in Form von Balkendiagrammen und Tabellen dar. Dann ging die Debatte richtig los. Die Umfrage war deswegen so spannend, weil sie Tatsachen und Einstellungen zum Thema zutage gefördert hatte, die mit jungen Menschen und Alkohol im eigenen Lebensumfeld der Sechstklässler zu tun hatten. Außerdem beschrieben die Ergebnisse die Einstellungen von Jugendlichen, die nur ein bis drei Jahre älter als sie selbst waren. Damit bot sich das Bild genau der Altersgruppe, vor der die Schülerinnen und Schüler selbst standen.

Die Untersuchung enthüllte zum Beispiel, dass 11 Prozent der Siebtklässler, 14 Prozent der Achtklässler und alle Neuntklässler nach eigenen Angaben Alkohol konsumierten. Das Alter, in dem Jugendliche zum ersten Mal betrunken waren, war in allen Klassen um die 13 Jahre. Keiner der Jugendlichen in den siebten und achten Klassen hatte je irgendeinen Unfall als Folge von Alkoholkonsum. Hingegen gaben acht Schülerinnen und Schüler aus jeder der beiden neunten Klassen an, vom Fahrrad gefallen zu sein.

Die Ergebnisse der Untersuchung erwiesen sich als echte Inspiration für die Arbeit der Klasse. Für die Schülerinnen und Schüler erhöhten sie insgesamt die Bedeutung des Projekts. Außerdem kannten viele der Schülerinnen und Schüler eine Reihe der älteren Schulkameraden, die an der Untersuchung teilgenommen hatten. Die Tatsache, dass insgesamt 16 Jugendliche nach Alkoholkonsum vom Fahrrad gefallen waren, überraschte die Lehrerinnen und Lehrer ebenso wie die Schülerinnen und Schüler in der sechsten Klasse. Eine lebhafte Diskussion wurde dadurch in Gang gesetzt.

Auf der Suche nach den Gründen, aus denen Menschen Alkohol konsumieren, schnitten die Schülerinnen und Schüler Anzeigen aus und stellten die, die sie am besten und wirkungsvollsten fanden, zu einer Schau zusammen. Danach versuchten sie selbst, eine Anzeige für ein alkoholisches Produkt zu entwerfen. Das zwang sie, darüber nachzudenken, woran Werbefachleute appellieren, wenn sie versuchen, uns zu stärkerem Alkoholkonsum zu bewegen. Dieser Teil des Projekts half den Schülerinnen und Schülern, ihr kritisches Denkvermögen in Bezug auf verschiedene Dinge zu entwickeln, durch die sie beeinflusst werden, darunter auch die Werbung.

Ein Gegenstand der Untersuchung war auch die Gesetzgebung in verschiedenen Ländern. Es zeigte sich, dass das Mindestalter für den öffentlichen Ausschank von Alkohol von Land zu Land beträchtlich abweicht. In einigen

europäischen Ländern zum Beispiel liegt die Grenze bei 16 Jahren, in den USA bei 21 Jahren.

Der Preis für Bier, Wein und Spirituosen wurde als ein Faktor besprochen, der den Alkoholkonsum beeinflusst. In diesem Zusammenhang erstellten die Jugendlichen eine Kurve, aus der hervorging, wie viele Flaschen Bier sich im Langzeitvergleich mit einem durchschnittlichen Arbeitnehmereinkommen kaufen ließen. Es zeigte sich, dass die Anzahl der Flaschen seit 1940 sehr stark gestiegen war. Während man zuvor für einen Stundenlohn vier Flaschen Bier kaufen konnte, sind es heute 23.

Als es um konkrete Maßnahmen ging, stellten die Schülerinnen und Schüler Regeln auf, wie sie sich selbst in Bezug auf Alkohol und auf Partys verhalten sollten. Zuerst tat dies jeder für sich. Die individuellen Regeln wurden dann in kleineren Gruppen besprochen. Hier einigte man sich auf ein gemeinsames Regelwerk, das dann der Klasse vorgestellt wurde. Zum Schluss verabschiedete die ganze Klasse gemeinsam Regeln für den Umgang mit Alkohol. Dazu gehörte die EntschlieÙung, dass Schülerinnen und Schüler in der sechsten und siebten Klasse nicht trinken. Für die achte Klasse behielt man sich aber das Recht auf den ersten Alkoholgenuss vor.

Die Schülerinnen und Schüler luden ihre Eltern zu einem Klassenabend in der Schule ein, auf dem sie die Ergebnisse ihrer Recherchen sowie die Vorschläge für ihre eigenen Alkohol-Regeln vorstellten. Daran knüpfte sich eine allgemeine Diskussion von Eltern und Kindern, die mit der Verabschiedung eines Regelwerkes für das bevorstehende Schuljahr endete. Die Schülerinnen und Schüler hatten sich vorher Sorgen gemacht, den Eltern gegenüber zu treten, doch nahm der Abend einen sehr guten Verlauf. Die Eltern machten selbst noch Vorschläge, zum Beispiel, dass die Schülerinnen und Schüler bei Partys und ähnlichen Zusammenkünften Jugendlicher aufeinander Acht geben sollten. Die Kinder lernten eine Menge aus dem ganzen Projekt – nicht zuletzt dadurch, dass sie die Ergebnisse, zu denen sie gekommen waren, anderen präsentieren mussten –, und sie waren zugleich überrascht und beeindruckt von dem Umstand, dass die Erwachsenen sie so ernst nahmen.

Der Lehrer, die Schülerinnen und Schüler und die Eltern waren sich alle bewusst, dass sich die Dinge in dem Alter, um das es hier ging – 13 bis 14 Jahre – sehr rasch entwickeln und dass die Regeln, auf die man sich hier geeinigt hatte, sehr bald unzureichend und ungeeignet werden könnten. Aus diesem Grund war die wichtigste an diesem Abend erzielte Übereinkunft die, dass die Regeln auf jedem Elternabend oder zumindest alle sechs Monate thematisiert und möglicherweise überarbeitet werden würden. Mit anderen Worten, die Arbeit der Schülerinnen und Schüler hatte einen fortlaufenden Prozess in Gang gesetzt.

## Fall 2: Siebtklässler arbeiten mit einem handlungsorientierten Alkohol-Projekt

An dieser Schule nahmen die Schülerinnen und Schüler einer siebten Klasse (13- bis 14-Jährige), ihre Eltern, Lehrerinnen und Lehrer und der Alkoholbeauftragte des Landkreises teil. Über einen Zeitraum von sechs Monaten beschäftigten sich die Schülerinnen und Schüler mit dem Thema „Trinkgewohnheiten“ und mit den verschiedenen Rahmenbedingungen, unter denen Alkohol in der Gesellschaft auftaucht. Im Verlauf des Projekts fanden auch mehrere Abende mit Beteiligung der Eltern, der Lehrerinnen und Lehrer und der Schülerinnen und Schüler statt. Es wurden verschiedene Themen besprochen, und die Eltern spielten ein „Alkohol-Spiel“ mit ihren Kindern. Der Alkoholbeauftragte des Landkreises fungierte auf allen allgemeinen Zusammenkünften als Moderator.

Die Schülerinnen und Schüler hatten Interesse am Arbeiten mit dem Thema Alkohol geäußert, da sie in einem Alter waren, in dem Partys und Alkoholkonsum ihre Anziehungskraft auf sie ausübten. Die Eltern waren aus demselben Grund an dem Thema interessiert. Zusätzlich hatten sie aber auch Gelegenheit, mit den Lehrerinnen und Lehrern über die jüngsten Ergebnisse der HBSC-Studie der WHO (Currie et al., 2000) zu sprechen.

Die Untersuchung war nämlich im Rahmen des landkreiseigenen Projekts „Gesundheitsfördernde Schulen“ in den fünften, siebten und neunten Klassen der betreffenden Schule durchgeführt worden. Die Schülerinnen und Schüler konnten die Daten von ihrer Schule mit den Durchschnittszahlen des Landes und mit den Daten aus anderen europäischen Ländern vergleichen. Besondere Aufmerksamkeit erzeugten die Zahlen zum wöchentlichen Alkoholkonsum, über die rege diskutiert wurde. Sie zeigten, dass in dem betreffenden Landesteil mehr Jungen als Mädchen jede Woche Alkohol konsumierten und dass 11 Prozent der 13-jährigen Jungen jede Woche Bier tranken, 2 Prozent Wein und 3 Prozent jede Woche Spirituosen.

Die Erhebungen des Landkreises ergaben, dass der Teil des Landes, in dem die Schule lag, dem Landesdurchschnitt in punkto Bier- und Weinkonsum junger Menschen entsprach, aber dass dort in derselben Altersklasse mehr Spirituosen konsumiert wurden. Einer der Gründe dafür kann die Tatsache gewesen sein, dass der betreffende Landesteil nahe der deutschen Grenze liegt und dass viele Leute Spirituosen in Deutschland kaufen, wo die Preise niedriger sind als in Dänemark.

Die Eltern waren durch die Ergebnisse der Untersuchung beunruhigt. Dies war einer der Gründe, warum sie sich entschlossen, bei dem Projekt mitzumachen. In diesem Fall war die HBSC-Studie ein wichtiger Anstoß für die

aktive Teilnahme der Eltern an der Arbeit der Klasse zum Thema „Trinkgewohnheiten“.

Im Rahmen des Projekts sollten die Schülerinnen und Schüler auch ihren Einstellungen zum Alkohol Ausdruck geben. Ziel dieser Übung war, bei ihnen einen Denkprozess anzustoßen. Dazu waren schriftliche Stellungnahmen zu einer Reihe alkoholbezogener Situationen zu formulieren. So lautete die Aufgabe:

*Gib an, wie du zu den folgenden Fragen oder Situationen stehst, und erkläre deine Einstellung. Es kommt darauf an, dass du Argumente für deine Ansichten nennst. Du kannst dich gern auf Beispiele aus deiner eigenen Erfahrung beziehen.*

- A. Stelle dir vor, dass du in einer Gesellschaft ohne Alkohol und andere Stimulanzien lebst.  
*Was wäre anders?*
- B. Viele Menschen sind der Ansicht, dass Partys und Alkoholkonsum zusammengehören.  
*Warum? Und was denkst du?*
- C. Marianne erzählt dir, dass sie gehänselt wird, weil ihr Vater ihr nicht erlaubt, Alkohol zu trinken.  
*Was würdest du ihr darauf sagen?*
- D. Du bist auf einer Party und hast keine Lust zu trinken.  
*Wie würdest du „Nein“ sagen?*
- E. *Werden Jungen und Mädchen gleich betrunken, wenn sie dieselbe Menge trinken?*
- F. Viele Eltern werden unruhig, wenn ihre Kinder anfangen zu trinken.  
*Wovor haben diese Eltern deiner Meinung nach Angst?*
- G. Henrik schmeißt eine Party. Er und Jakob fangen einen Saufwettbewerb an.  
*Warum tun sie das wohl? Was hältst du davon?*
- H. Peter gibt vor einigen seiner Klassenkameraden damit an, wie viel er vergangenen Freitag getrunken habe. Du warst an dem Tag mit ihm zusammen und weißt daher, dass er stark übertreibt.  
*Was tust du?*

- I. Die Leute verlieren ihre Hemmungen, wenn sie trinken.  
*Ist das gut oder schlecht?*

Die Antworten der Schülerinnen und Schüler bildeten die Grundlage einer Diskussion in Gruppen und mit der ganzen Klasse. Daraus ergaben sich wiederum eine Reihe von Fragen, die weiter bearbeitet wurden.

Höhepunkt des Projekts war ein 24-stündiges Seminar, an dem alle Schülerinnen und Schüler und ihre Eltern sowie die Lehrerinnen und Lehrer und der Alkoholbeauftragte des Landkreises teilnahmen. Das Seminar war so angelegt, dass die Schülerinnen und Schüler und ihre Eltern aus völlig verschiedenen Blickwinkeln über das Thema Alkohol diskutierten.

Zu Beginn des Seminars sollten die Eltern zum Beispiel drei Geschichten erzählen, in denen es um Alkohol ging. Eine der Geschichten sollte wahr, die beiden anderen erfunden sein. Die Schülerinnen und Schüler mussten dann raten, welche der Geschichten die wahre war. Dadurch hatten die Gruppen einen gemeinsamen Bezugsrahmen in Gestalt verschiedener Erfahrungen und Geschichten, den sie später verwenden konnten, wenn sie Beispiele zur Erhellung eines Gesprächsthemas brauchten. Außerdem machte diese Übung die Eltern in den Augen der Kinder glaubwürdig, da die Erwachsenen offen über einige selbst erfahrene Probleme als Folge von Alkoholkonsum gesprochen hatten.

Bei einigen der Gruppenaufgaben wurden die Schülerinnen und Schüler und die Eltern so verteilt, dass Eltern nicht mit ihren eigenen Kindern in einer Gruppe waren. Dann wurden Situationen und Probleme aufgezeigt und besprochen, die mit Alkoholkonsum zu tun hatten. Themen wie Verkehrsunfälle, Streitigkeiten, Gewalt, Scheidung und Sexualverhalten dienten dazu, beispielhaft die negativen Folgen des Trinkens aufzuzeigen. Zusammenkünfte, Familienfeiern und Partys wurden als Situationen identifiziert und diskutiert, in denen der Alkohol oft positiv zur Stimmung und zum Miteinander beiträgt. Im weiteren Verlauf gerieten Partys stark in den Mittelpunkt der Diskussion.

Eine der Aufgaben, die die Gruppen lösen mussten, bestand darin, den jüngsten Teilnehmer zum Bierholen in ein Geschäft, zu einer Tankstelle oder zu einer anderen Verkaufsstelle zu schicken. Damals war kurz vorher ein Gesetz in Dänemark verabschiedet worden, das den Verkauf von Alkohol an Jugendliche unter 15 Jahren verbot. An sieben von acht Kindern wurde jedoch ohne weiteres Alkohol verkauft. Daran knüpfte sich eine lebhaftere Diskussion über die Vorteile und Grenzen der Gesetzgebung als Instrument der gesellschaftlichen Kontrolle. Die Schülerinnen und Schüler, die zum Bierholen losgeschickt wurden, waren alle 13 Jahre alt.

Zur Abrundung des Seminars diskutierten die Schülerinnen und Schüler und die Lehrerinnen und Lehrer in getrennten Gruppen über die Hauptpunkte einer zu treffenden Vereinbarung über das Verhalten von Schulkindern bei häuslichen Partys in Abwesenheit der Eltern. Die Gruppe der Schülerinnen und Schüler schlug zum Beispiel vor, dass sie a) drei bis vier Flaschen Bier mitbringen dürften, b) die Partys bis zwei Uhr nachts dauern dürften und c) dass sie füreinander mehr Verantwortung übernehmen sollten. Die Eltern machten ihrerseits eine Reihe von Vorschlägen. Ihrer Ansicht nach sollten die Schülerinnen und Schüler jeweils ein Bier mitnehmen dürfen, sie sollten vor Mitternacht zu Hause sein und so weiter.

Nachdem die Gruppen ihre Vorschläge unterbreitet hatten, zogen sie sich wieder zurück, um zu versuchen, zu einem Kompromiss zu kommen. In der abschließenden „Vollversammlung“ konnte eine Übereinkunft in einer Anzahl von Punkten getroffen werden, zum Beispiel, dass jeder Jugendliche zwei Flaschen Bier zu einer Party mitbringen dürfe, dass Partys um 0.30 Uhr zu Ende sein müssten und dass man nie einen Freund oder eine Freundin allein lassen sollte, der/die sich schlecht fühlte. Generell nahmen die Themen der sozialen Verantwortung und des Kümmerns um andere eine zentrale Stellung in der Diskussion ein. Es war deutlich, dass diese Dinge für alle wichtig waren. Die Vereinbarung wurde schließlich schriftlich fixiert und von den Schülerinnen und Schülern und den Eltern unterschrieben. Zugleich wurde beschlossen, die Vereinbarung auf die Tagesordnung des sechs Monate später stattfindenden Elternabends zu setzen, um darüber zu sprechen, ob und wie die beschlossenen Regeln anzupassen seien.

Natürlich bietet dieses Projekt keine Garantie dafür, dass später keine Probleme auftauchen oder dass die schriftliche Vereinbarung buchstabengetreu eingehalten wird. Was das Projekt vielmehr bewirkt hat, ist, dass ein Thema öffentlich gemacht wurde, über das Eltern und Kinder miteinander zu sprechen oft Schwierigkeiten haben. Hier ging es um ein Thema, für das sich alle interessierten und bei dem sie gerne mitmachten. Das Ergebnis war ein besseres Verstehen und damit Verständnis zwischen den Eltern untereinander und zwischen Eltern und Kindern. Dies ist eine der Voraussetzungen für die Entwicklung gemeinsamer Werte und gemeinsam getragener Verantwortung in der Klasse und an der Schule.

### **Fall 3: Die Verwendung von HBSC-Daten als integraler Bestandteil des Unterrichts**

An einer der Schulen hatten die Lehrer schon einige Zeit lang in der Gesundheitserziehung mit dem so genannten IVAC-Ansatz gearbeitet: Investigations (Untersuchen) – Visions (Visionen entwickeln) – Actions (Handeln) – Changes (Verändern). Dieser Ansatz (Jensen, 1997) unterstreicht die Bedeutung eines handlungs- und schülerorientierten Arbeitens. Die verschiedenen

Zugänge, die der Ansatz bietet, sind in Abbildung 6 dargestellt. Unter jeder der drei Hauptüberschriften sind verschiedene Fragen formuliert worden, die Schülerinnen und Schüler und Lehrerinnen und Lehrer als Anregung für ihre Arbeit benutzen können.

Abbildung 6: Der IVAC-Ansatz

**A: Untersuchung eines Themas**

Warum ist es uns wichtig?  
Wo liegt seine Bedeutung für uns/andere jetzt/in der Zukunft?  
Welchen Einfluss haben Lebensweise und Lebensbedingungen?  
Welchen Einflüssen sind wir ausgesetzt, und warum?  
Wie waren die Dinge früher, warum haben sie sich geändert?

**B: Entwicklung von Visionen**

Welche anderen Möglichkeiten sind vorstellbar?  
Wie sind die Verhältnisse an anderen Schulen, in anderen Ländern oder Kulturen?  
Welche anderen Möglichkeiten bevorzugen wir, und warum?

**C: Handeln und Verändern**

Welche Veränderungen bringen uns unseren Visionen näher?  
Veränderungen in uns selbst, in der Klasse, in der Gesellschaft?  
Welche Handlungsmöglichkeiten bestehen, um die Veränderungen herbeizuführen?  
Was könnte der Durchführung dieser Handlungen entgegenstehen?  
Was könnte verhindern, dass die Handlungen zu Veränderungen führen?  
Welche Handlungen werden wir initiieren?  
Wie werden wir die Bewertung dieser Handlungen vornehmen?

Im ersten Kästchen dieses Modells geht es darum, zu einer gemeinsamen Wahrnehmung des Themas zu gelangen, mit dem man arbeitet. Die Schülerinnen und Schüler müssen aktiv mitmachen und sich für ein Thema entscheiden, das sie interessiert. Die Wahl müssen sie dann auch begründen. Dies ist vielleicht die wichtigste Voraussetzung, die erfüllt sein muss, wenn das Projekt das Gefühl der Schülerinnen und Schüler für ihre „Miteigentümerschaft“ am Unterrichtsthema stärken und damit ihr Verhalten und ihre Handlungen beeinflussen soll.

Die Schülerinnen und Schüler sollten ihr Thema darüber hinaus aus einer historischen Perspektive bearbeiten. Um abzuschätzen, wie die gegenwärtigen Bedingungen oder ein bestimmter Trend beeinflusst worden sind, kommt es darauf an zu verstehen, welche Faktoren zu deren Entwicklung beigetragen haben. Kurzum, ein Ansatz, der darauf abzielt, Veränderungen herbeizuführen, verlangt, dass man die Voraussetzungen im Wandel der Zeit betrachtet.

Wichtig ist darüber hinaus eine sozialwissenschaftliche Perspektive. Dadurch lassen sich die dem Problem zugrunde liegenden Ursachen herausarbeiten. Selbst wenn sich das Problem in der Klasse oder an der Schule manifestiert, wird sich oft herausstellen, dass die Ursachen außerhalb dieser Parameter liegen. Hier kommt es auf Beobachtungsmethoden an, mit denen sich Gesundheits- und Umweltprobleme innerhalb der wirtschaftlichen, kulturellen und sozialen Strukturen darstellen lassen, in denen sie sich entwickeln.

Nach dem zweiten Kästchen geht es darum, Zukunftsvorstellungen darüber zu entwickeln, wie sich die Bedingungen, mit denen man arbeitet und die sich ändern sollen, in Zukunft aussehen könnten. Schülerinnen und Schüler sollen also Ideen, Empfindungen und Vorstellungen über ihre Zukunft und über die Gesellschaft entwickeln, in der sie aufwachsen werden.

Das dritte Kästchen sagt aus, dass es ebenso wichtig ist, die Phantasie spielen zu lassen und alle möglichen denkbaren Vorgehensweisen zu entwickeln, wie sich einige dieser Zukunftsentwürfe umsetzen lassen. Sehr wichtig ist, alle Vorschläge in die Diskussion einzubringen. Die verschiedenen möglichen Handlungsweisen werden dann auf ihre Wirkung und auf potenzielle Widerstände hin abgeklopft. Zum Schluss treffen die Beteiligten eine Entscheidung, welche Vorgehensweise(n) ausgeführt wird oder werden.

Im vorliegenden Fall haben Schülerinnen und Schüler einer siebten Klasse (13 Jahre) beschlossen, ihr Augenmerk auf das Thema Alkohol zu richten, da dies mehr und mehr von ihnen interessierte und auch die Eltern bewegte. Die Jugendlichen arbeiteten zuerst die Schritte „Untersuchung eines Themas“ und „Entwicklung von Visionen“ ab, dann, in der Handlungsphase, erörterten sie Machtstrukturen sowie mögliche Handlungsweisen und Strategien.

In der Untersuchungsphase analysierten sie das Thema Alkohol aus biologischer, soziologischer, kultureller und geschichtlicher Perspektive. Mit Hilfe von Materialien des Staatlichen Gesundheitsamtes erfuhren sie die Bedeutung alkoholbedingter Erkrankungen und Unfälle. Ebenso lernten sie, dass der Gesamtalkoholkonsum von den ökonomischen Verhältnissen in einer Gesellschaft abhängt. Sie analysierten unter anderem den Alkoholkonsum im Verlauf des vergangenen Jahrhunderts und verglichen ihn mit der Entwicklung der wirtschaftlichen Verhältnisse in der Gesellschaft, der Arbeitslosigkeit und anderen Faktoren. Sie sprachen mit Menschen aus unterschiedlichen Ländern, darunter Äthiopien, der Türkei, Wales und Jugoslawien, die in ihrer Gegend lebten. Sie erforschten, wie unterschiedlich Alkohol in verschiedenen Kulturen und Religionen eingesetzt wird. Sie schauten sich auch an, wie eine Reihe von Faktoren ihren eigenen Alkoholkonsum beeinflussen könnte, zum Beispiel Druck von Seiten Gleichaltriger, die Werbung, Einsamkeit, Unglücklichsein und soziale Ereignisse. Mehrere Rollenspiele halfen den

Schülerinnen und Schülern, die Mechanismen hinter diesen Ursachen zu erkennen (denen wir im Übrigen natürlich alle unterliegen).

Die Zukunftsvorstellung, die sie entwickelten, drehte sich darum, wie eine Gesellschaft und eine Schule zu entwickeln seien, in der sich die Menschen angemessen und verantwortungsbewusst in Bezug auf Alkohol verhielten und in der niemand als Folge von Alkoholkonsum sich selbst oder anderen Schaden zufügte. Sie sprachen darüber, wie eine solche Gesellschaft aussehen würde und wie sicherzustellen sei, dass alle Mitglieder der Gesellschaft, Kinder ebenso wie Erwachsene, dieselben Möglichkeiten hätten, ein anregendes und interessantes Leben zu führen. Schließlich schwebte ihnen eine Gesellschaft (und eine Schule und eine Familie) vor, in der sich niemand ausgeschlossen oder allein fühlte.

Eine der Handlungen, die die Jugendlichen ausführen wollten, bestand darin, ihren Eltern Ratschläge zu geben, wie sie, die Eltern, sich nach Ansicht der Schülerinnen und Schüler gegenüber ihren eigenen Kindern verhalten sollten, wenn es um Alkohol ging. Die Jugendlichen fanden, dass ihre Eltern falsche Vorstellungen davon hatten, was in der jüngeren Generation vor sich ging. Folgende sieben Ratschläge wurden festgehalten:

1. Auch junge Menschen haben eine Meinung in Bezug auf Alkohol.
2. Habt Vertrauen zu jungen Menschen und zu euren Kindern.
3. Es ist nicht euer Problem, wenn andere Kinder Alkohol trinken.
4. Erlaubt den Kindern, auf Partys zu gehen – es wird nichts passieren.
5. Erlaubt Kindern, Alkohol zu probieren.
6. Erlaubt ihnen zu Hause eine Vor-Party.
7. Erlaubt Kindern den Genuss von niedrigprozentigen Getränken.

Über diese sieben Ratschläge kann man sich natürlich unterhalten, aber darum geht es hier nicht. Es soll nur deutlich werden, dass die Vorstellungen der Schülerinnen und Schüler ein guter Ausgangspunkt sein können, um eine interessante und nützliche Diskussion unter Jugendlichen, Eltern und Lehrern anzustoßen. Konkret bestand die Handlung der Schülerinnen und Schüler darin, einen Elternabend zu planen. Die Schulkinder baten ihre Eltern zu einem Treffen, um ihnen ihre Arbeit, ihre Ideen und die Ratschläge vorzustellen und dann mit ihnen über das gesamte Thema Alkohol zu sprechen.

Alle Eltern erschienen zu dem Abend. Die sieben Ratschläge der Schülerinnen und Schüler wurden als Ausgangspunkt für eine Diskussion in kleineren Gruppen von Schülerinnen und Schülern und Eltern vorgestellt. Die Schülerinnen und Schüler hatten die Gruppen bereits vorher gebildet, damit nicht Eltern und Kinder aus derselben Familie in einer Gruppe waren. Nach der Gruppenarbeit gaben die Eltern ihre Kommentare über die Arbeit der Schülerinnen und Schüler ab. Es folgte eine lebhaftere Diskussion.

Nach dem Abend sagten die Eltern, sie hätten eine Menge über die Einstellung ihrer Kinder zum Thema Alkohol erfahren. Mehrere Eltern räumten ein, ihre Ansicht geändert zu haben, nachdem sie den Vortrag der Kinder und die Kommentare anderer Eltern gehört hatten. Am Schluss des Abends gab es zwar keine große allgemeine Übereinstimmung darin, wann, wie und wie viel Alkohol Kinder trinken dürfen. Aber das Verständnis füreinander war deutlich gewachsen, und alle fanden, dass es eine sehr interessante Erfahrung war.

Im vorliegenden Fall war die Rolle des Lehrers als Moderator, Berater und „kritischer Freund“, der den Schülerinnen und Schülern provokante Fragen zum Thema stellte, von herausragender Bedeutung für den gesamten Prozess und für den Lernerfolg der Kinder. Die Herausforderung besteht darin, ein ausgewogenes Verhältnis zu finden: Auf der einen Seite sind die Schülerinnen und Schüler als aktive Partner beteiligt, sie werden ernst genommen. Auf der anderen Seite spielt der Lehrer eine wichtige Rolle als Partner im Dialog und im gesamten Prozess. Ohne dieses qualifizierte Gegenüber wird es den Schülerinnen und Schülern nicht gelingen, ihre eigene Haltung und ihr Verständnis zu entwickeln.

## Kapitel 5

# Künftige Herausforderungen

Die oben beschriebenen Beispiele veranschaulichen, welchen Herausforderungen sich die Gesundheitserziehung und gesundheitsfördernde Schulen in Zukunft gegenübersehen. Dies gilt sowohl im Allgemeinen als auch spezifischer in Bezug auf die Vermittlung von Lerninhalten über das Trinken und über alkoholbedingte Probleme. Diese Herausforderungen beziehen sich auf ein Problem, dessen Bedeutung zunehmend erkannt wird, und zwar, dass Menschen, auch junge Menschen, anscheinend entgegen ihrem eigenen Wissen handeln. Das gilt auf jeden Fall dann, wenn man ihr gesundheitliches Verhalten in der Praxis mit ihrem theoretischen Wissen über gesundes und ungesundes Verhalten vergleicht.

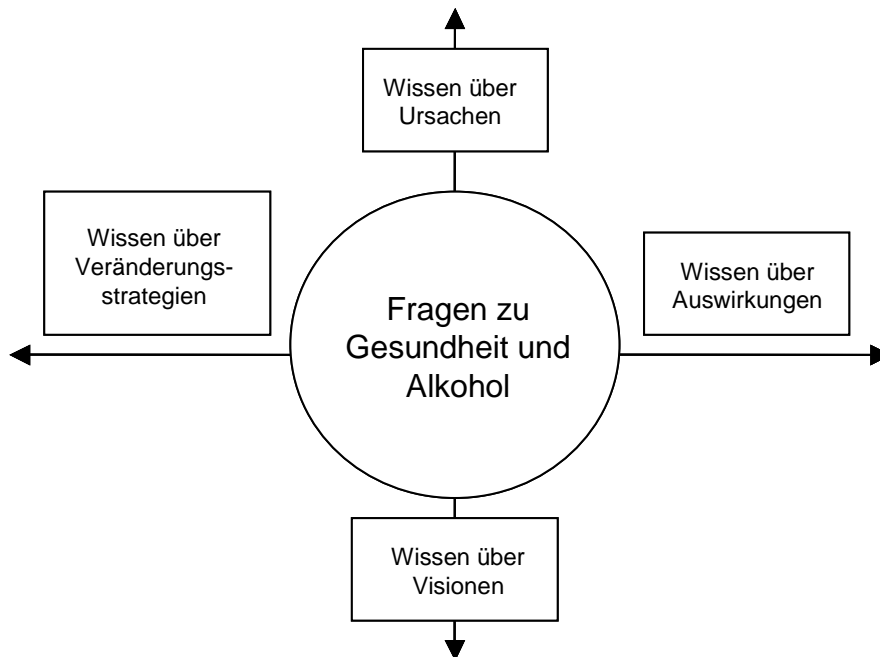
Bei der ersten Herausforderung geht es um das Prinzip der aktiven Einbeziehung und der Beteiligung von Schülern. In dieser Arbeit ist die Meinung vertreten worden, dass es notwendig ist, Schülerinnen und Schüler einzubeziehen, wenn der Unterricht Auswirkungen auf ihr Handeln und ihr Verhalten haben soll. Das bedeutet, dass Lehrerinnen und Lehrer in der Lage sein müssen, mit komplexen Situationen umzugehen, in denen Schülerinnen und Schüler als unabhängige Entscheider auftreten, während sie, die Lehrerinnen und Lehrer, gleichzeitig nicht die Verantwortung dafür aufgeben können, dass die Schülerinnen und Schüler Kompetenzen in Bezug auf den fraglichen Arbeitsgegenstand entwickeln. Was dabei den Alkohol betrifft, so bedeutet dies, dass die Schülerinnen und Schüler unter anderem ein eigenes Verständnis dieser Frage entwickeln.

Daher muss die Frage gestellt werden, welche Art von gesundheitsbezogenem Wissen oder Verständnis betreffs des Umgangs mit Alkohol eine Gesundheitserziehung zu vermitteln versuchen sollte. Sollte es zum Beispiel darum gehen, welche Art von Verhalten das größte Krankheitsrisiko für das spätere Leben mit sich bringt? Sollte es darum gehen, warum bestimmte gesellschaftliche Verhältnisse zu einem Mehr an Gesundheit, andere jedoch zu Alkoholmissbrauch führen? Oder sollte es darum gehen, wie wir ständig dem Einfluss der Werbung und anderen Einflüssen unterliegen? Oder, als letzte Möglichkeit, ist es vielleicht so, dass, wenn wir auf dem Gebiet des Umgangs mit Alkohol arbeiten, das Element des Wissens mehr oder weniger irrelevant oder unwichtig ist?

Bei jeglicher Diskussion um die grundlegenden Wissensinhalte, die eine Gesundheitserziehung und gesundheitsfördernde Schulen vermitteln sollten, ist natürlich von der Überlegung auszugehen, welches Oberziel mit solchen Aktivitäten angestrebt wird. In diesem Teil der vorliegenden Arbeit vertreten die Autoren die Meinung, dass es hauptsächlich darum geht, die Fähigkeit der Schülerinnen und Schüler zu entwickeln, zu handeln und etwas zu ändern. Nach ihrer Meinung hat dies auch Folgen für die Anforderungen an das Wissen und die Einsichten, die die Schülerinnen und Schüler entwickeln sollen. Eine gesundheitsorientierte Vorgehensweise sollte daher im Kern auf das Handeln ausgerichtet sein. Wenn man davon ausgeht, hat dies beträchtliche Konsequenzen für die Art von Wissen, auf die man sich bei der Planung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen konzentriert.

Vier verschiedene Aspekte solch handlungsorientierten Wissens lassen sich mit dem in Abbildung 7 verwendeten Modell (Jensen, 2000) veranschaulichen. Die vier Dimensionen verdeutlichen verschiedene Perspektiven des Wissens, unter denen sich ein vorgegebenes Gesundheitsthema betrachten und analysieren lässt.

Abbildung 7: Wissen und Einsichten im Bereich Gesundheit in vier Dimensionen



*Die erste Dimension: Welche Art von Problem liegt vor? – Wissen über Auswirkungen*

Die erste Dimension befasst sich mit dem Wissen von der Existenz und der Verbreitung gesundheitlicher Probleme. Dies sind die gesundheitsbezogenen Auswirkungen von Umweltbedingungen, Lebensweisen, sozialen Beziehungen und so weiter. Diese Art von Wissen kann verschiedene Dinge beinhalten, zum Beispiel die Folgen eines bestimmten Verhaltens oder von saurem Regen oder von schlechter Luft in Ballungsräumen oder am Arbeitsplatz. Oder es kann darum gehen, wie sich das Schikanieren von Schülerinnen und Schülern auf deren Gesundheit und Wohlergehen auswirkt. Bezüglich des Alkohols gehört hierhin auch das Wissen darum, welche Auswirkungen die Substanz auf Körper und Geist des Menschen hat, wie Alkohol unser Verhalten beim Fahren, bei sexuellen Beziehungen oder gesellschaftlichen Ereignissen beeinflusst und welche Auswirkungen des Alkohols gut und welche schlecht sind.

Diese Art von Wissen befähigt uns normalerweise zu überlegten Aussagen wie „Wenn wir dies tun, könnte das passieren“ oder „Wenn die Bedingungen oder Umstände so und so sind, wird das Risiko hierfür oder dafür steigen“.

Dieses Wissen ist natürlich wichtig, da es Anteilnahme erzeugt und die Aufmerksamkeit weckt. Ja, man könnte sogar behaupten, dass es den Ausgangspunkt für den Willen zum Handeln darstellt. Dies kann also eine der Vorbedingungen dafür sein, die Befähigung und die Handlungskompetenz von Schülerinnen und Schülern zu entwickeln. Für sich genommen erklärt dieses Wissen jedoch nicht, warum wir bestimmte Probleme haben oder auch nur, wie wir dazu beitragen können, sie zu lösen. Dieses Wissen ist hauptsächlich naturwissenschaftlicher Art. Quasi auf sich allein gestellt, kann es bei Schülerinnen und Schülern gleichzeitig Betroffenheit oder Angst erzeugen und jegliches Handeln lähmen.

*Die zweite Dimension: Warum haben wir die Probleme, die wir haben? – Wissen über Ursachen*

Der nächste Aspekt befasst sich mit den kausalen Dimensionen gesundheitlicher Probleme: Warum und unter welchen Umständen werden wir krank, welche Faktoren bedrohen oder verbessern unsere Lebensqualität und so weiter. Unter „Ursachen“ verstehen wir die gesellschaftlichen Faktoren, die unserem Handeln zugrunde liegen: Warum wird in bestimmten sozialen Gruppen mehr geraucht? Welche Aspekte unserer Lebensbedingungen haben stärkere Auswirkungen darauf, ob Alkoholkonsum zu Alkoholmissbrauch führt? Wie kommt es, dass ein Taxifahrer fast das doppelte Risiko hat, an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zu sterben als ein Architekt? Warum wird Arbeitslosigkeit in unserer Gesellschaft mit einem viel höheren Krankheits- und Sterberisiko in Verbindung gebracht? Welche Zustände an einer Schule zum Beispiel tragen dazu bei, ob sich Schülerinnen und Schüler untereinander

schikanieren? Wer schikaniert an einer Schule andere, und wo liegt die Ursache dafür?

Was den Alkohol betrifft, so befasst sich diese Dimension damit, die Faktoren aufzuzeigen und zu erörtern, die unseren Alkoholkonsum beeinflussen. Werbung, gesellschaftlicher Druck seitens der Bezugsgruppe, Erwartungen, Einsamkeit, Arbeitslosigkeit und niedriges Selbstwertgefühl ließen sich beispielhaft als Einflussfaktoren benennen.

Vielerlei Erklärungen für die zunehmende Ungleichverteilung von Gesundheit in Europa sind in dieser Dimension zu finden. Solche Art Wissen bezieht sich hauptsächlich auf die soziologischen, kulturellen und wirtschaftlichen Bereiche.

*Die dritte Dimension: Wie verändern wir die Dinge? – Wissen über Veränderungsstrategien*

Diese Dimension umfasst den eigentlichen Prozess des Wandels. Sie deckt das Wissen darüber ab, wie man sein eigenes Leben lenkt, wie man die Zustände an einer Schule beeinflusst und wie man daran mitarbeitet, die Lebensbedingungen in einer Gesellschaft zu verändern. Welche psychologischen Mechanismen sind am Werk, wenn man in einer Gruppe mitmacht, die versucht, ihre Mitglieder dazu zu bringen, ihr Leben auf eine bestimmte Art zu leben oder vielleicht sogar ihre Lebensweise zu ändern? Und wie gehen wir es an, wenn wir die Strukturen an einer Schule, am Arbeitsplatz oder in unserer Wohnumgebung auf verschiedenen Wegen verändern wollen? An wen wenden wir uns, wie stellen wir es an, mit wem können wir uns verbünden?

Was den Alkohol betrifft, so könnte es in dieser Dimension darum gehen, eine gemeinsame soziale Verantwortung zu entwickeln, Regeln für ein akzeptables Verhalten unter den Schülerinnen und Schülern einer Klasse aufzustellen, gemeinsam mit Erwachsenen, zum Beispiel Eltern, Treffen nach der Schule zu organisieren und so weiter.

Dieses gesamte Wissensgebiet ist von zentraler und entscheidender Bedeutung für eine handlungsorientierte Gesundheitserziehung an einer demokratisch organisierten gesundheitsfördernden Schule. Hierzu gehört auch das Wissen darüber, wie eine Zusammenarbeit aufzuziehen ist, wie man Strategien organisiert, wie man Machtstrukturen erarbeitet und analysiert und so weiter. Diese wichtigen Wissensgebiete beziehen sich insbesondere auf psychologische und soziologische Studien.

Es ist äußerst wichtig, wenn man Veränderungsstrategien entwickelt, über das Wissen bezüglich des Umfangs des Problems nachzudenken und nicht nur über die Ursachen des Problems. Man sollte die verschiedenen Dimensionen

des Wissens bezüglich der gesundheitlichen Verhältnisse, an denen die Schülerinnen und Schüler arbeiten, als miteinander verbunden betrachten.

*Die vierte Dimension: Wo wollen wir hin? – Wissen über Alternativen und Visionen*

Die vierte und letzte Dimension befasst sich mit der Notwendigkeit, eigene Zukunftsvorstellungen zu entwickeln. Eine wichtige Vorbedingung für den Willen und die Fähigkeit, zu handeln und etwas zu verändern, besteht darin, dass man reale Möglichkeiten hat – dazu zählt auch die notwendige Unterstützung und ein Extra an Energie –, seine eigenen Träume und Zukunftsideen in Bezug auf das eigene Leben, die Arbeit, die Familie und die Gesellschaft zu entwickeln und ihnen eine Gestalt zu geben.

Zu dieser Dimension könnte Wissen über die Zustände an einer benachbarten Schule gehören oder darüber, wie Probleme in anderen, nah oder fern gelegenen Kulturen angegangen werden; denn das Wissen von diesen Verhältnissen kann eine gute Quelle für Eingebungen zur Entwicklung der eigenen Zukunftsvorstellungen sein. Vielleicht hatte eine Schule in der Nachbarschaft Erfolg bei der Planung von Partys für ältere Schülerinnen und Schüler, auf denen kein Alkohol konsumiert wurde oder nur mit Einschränkungen. Man könnte die Schülerinnen und Schüler jener Schule einladen, damit sie einmal über ihre Vorstellungen und Erfahrungen berichten. Oder einige Eltern von Schülerinnen und Schülern aus anderen Klassen haben vielleicht Ideen entwickelt, wie sie mit ihren eigenen Kindern über Fragen im Zusammenhang mit Alkohol diskutieren und gemeinsam Vorstellungen entwickeln können. Auch diese Eltern könnte man einladen, damit sie ihre Ideen auf einem Treffen mit allen Schülerinnen und Schülern einer Klasse und deren Eltern vorstellen können.

In Bezug auf Abbildung 7 würden die herkömmlichen Gesundheitsinformationen entlang der Achse der ersten Dimension stehen, in Verwandtschaft mit dem Wissen über die Auswirkungen von gesundheitlichen Verhältnissen. Bei dieser Art von Information herrscht die naturwissenschaftliche Betrachtungsweise vor. Im Mittelpunkt steht hier, dass Schülerinnen und Schüler Wissen darüber erwerben, dass wir ernste Gesundheitsprobleme haben, wie rasch sich diese entwickeln, welches Verhalten zu welchen Krankheitsrisiken führt und dergleichen.

Diese Art Wissen führt nicht unbedingt von sich aus dazu, dass Schülerinnen und Schüler handeln, und es stärkt auch nicht ihre Befähigung und Handlungskompetenz, besonders dann nicht, wenn es für sich steht. Ja, solches Wissen kann im Gegenteil zu sehr viel Verängstigung führen und, wenn nicht anderes Wissen über zugrunde liegende Ursachen und mögliche Veränderungsstrategien folgt, in direktem Zusammenhang mit dem Zerstören von Engagement stehen und lähmend wirken.

Alle Aspekte gesundheitlichen Wissens sollten daher sehr gründlich unter der Perspektive von Handeln und Veränderung durchdacht werden. Ähnliche Methoden und Verfahren müssen dann für den Schulunterricht entwickelt werden. Eine demokratische gesundheitsfördernde Schule ist darum noch lange nicht ohne grundlegendes Wissen und Verständnis von Gesundheit. Im Gegenteil, es zeigt, dass die neue „Landschaft“ von Wissen und Verständnis weiter und in sich kohärenter wird.

In diesem Abschnitt haben wir versucht, aufzuzeigen, warum es notwendig ist, Alternativen zur herkömmlichen, sprich: moralisierenden, verhaltensändernden Gesundheitsinformation zu entwickeln – auch auf dem Gebiet der Alkohol-Erziehung. Hier liegt eine Herausforderung für Lehrer, Wissenschaftler und Lehrerausbilder. Sie müssen die Umriss einer demokratischen und handlungsorientierten Alkohol-Erziehung genauer beschreiben und entwickeln. Wir haben besondere Betonung darauf gelegt, dass solch eine Alternative auf einem qualifizierten, professionellen Fundament aufgebaut werden sollte.

Wir haben versucht, den Inhalt dieses Fundaments aufzuzeigen, und betont, dass das Prinzip, Schülerinnen und Schüler als aktive Partner in den pädagogischen Prozess einzubeziehen, den Inhalt einer Gesundheits- und Alkohol-Erziehung nicht überflüssig macht. Es bedeutet nur, dass dieser Inhalt aus einer Perspektive des Handelns neu gedacht werden muss. Dieses interdisziplinäre Verständnis sollte hauptsächlich ein Bewusstsein vom Zusammenhang zwischen Gesundheit, Alkohol, Menschen, Kultur und Gesellschaft beinhalten.

Das bedeutet jedoch nicht, dass die Anforderungen an die Lehrerschaft geringer werden oder dass das Wissen eines Lehrers die Fragen der Gesundheit und des Alkohols eine weniger wichtige Rolle spielen sollte. Vielleicht trifft sogar das Gegenteil zu. Der Lehrer sollte sowohl in der Lage sein, als Ratgeber aufzutreten, als auch, auf der Basis eigener Erfahrungen und Fähigkeiten, die heutigen Verhältnisse und Probleme in Bezug auf Alkohol unter einem interdisziplinären und handlungsorientierten Blickwinkel zu betrachten.

### **Danksagung**

Wir bedanken uns bei den folgenden Lehrerinnen und Lehrern, dass sie uns konkrete Beispiele und Ideen aus ihrem Unterricht zur Verfügung gestellt haben: Vivi Erhardsen, Karen Mette Hansen, Birthe Hvid und Jette Pedersen.

# Literaturverzeichnis

BURGHHER, M.S. ET AL. (1999). *The European Network of Health Promoting Schools – the alliance of education and health*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa.

CURRIE, C. ET AL. (2000). *Health and health behaviour among young people. International report*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa.

DIELMAN, T.E. ET AL. (1993). Structural equation model tests of patterns of family interaction, peer alcohol use, and intrapersonal predictors of adolescent alcohol use and misuse. *Journal of drug education*, **23**(3): 273–316.

DUNCAN, T.E. ET AL. (1995). Consistency of family and peer influences on the development of substance use in adolescence. *Addiction*, **90**(12): 1647–1660.

FOXCROFT, D.R. & LOWE, G. (1995). Adolescent drinking, smoking and other substance use involvement: Links with perceived family life. *Journal of adolescence*, **18**(2): 159–177.

FREITAG, M. (1999). Familiäre Determinanten des Alkoholkonsums von Kindern: Implikationen einer prospektiven Längsschnittstudie für die Prävention. In: Kolip, P., *Programme gegen Sucht*. Weinheim, Juventa Verlag.

HARKIN, A.M. ET AL. (1997). *Smoking, drinking and drug taking in the European Region*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa (Dokument).

HAWKINS, D.J. ET AL. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin*, **112**(1): 64–105.

JENSEN, B.B. (1997). A case of two paradigms within health education. *Health education research*, **12**(4): 419–428.

JENSEN, B.B. (2000). Health knowledge and health education in relation to a democratic health promoting school. *Health education*, **100**(4): 146–153.

JENSEN, B.B. (2001). Main components of a health promoting school. In: Jensen, B.B. & Simovska, V., ed. *Models of health promoting schools in Europe*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa.

JONES, S.P. & HEAVEN, P.C.L. (1998). Psychosocial correlates of adolescent drug-taking behaviour. *Journal of adolescence*, **21**: 127–134.

MAES, H.-H. ET AL. (1999). Tobacco, alcohol and drug use in eight- to sixteen-year-old twins: The Virginia twin study of adolescent behavioral development. *Journal of studies on alcohol*, **60**(3): 293–305.

MAGGS, J.L. & HURRELMANN, K. (1998). Do substance use and delinquency have differential associations with adolescents' peer relation? *International journal of behavioral development*, **22**(2): 367–388.

NIC GABHAINN, S. & FRANCOIS, Y. (2000). Substance use. *In*: Currie, C., et al., ed. *Health and health behaviour among young people*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa. (Health Policy for Children and Adolescents (HEPCA) Series, No. 1).

NORDLOHNE, E. (1992). *Die Kosten jugendlicher Problembewältigung*. Weinheim, Juventa Verlag.

PETERMANN, F. (1995). Kinder aus Alkohol- und Drogenfamilien. *Zeitschrift f. klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, **43**(1): 4–17.

TOBLER, N.S. & STRATTON, H.H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of primary prevention*, **18**(1): 71–128.

TUINSTRAN, J. ET AL. (1998). Socio-economic differences in health risk behaviour in adolescence: do they exist? *Social science and medicine*, **47**(1): 67–74.

WHO (1996). *Alkohol – weniger ist besser*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa. (Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe, Nr. 70).

WHO (1997). *First Conference of the European Network of Health Promoting Schools. Conference resolution. „The Health Promoting School – an investment in education, health and democracy*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa.