



Hand-out zum Workshop Rauschbrille und andere Methoden in der Alkoholsuchtprävention in der Arbeit mit Jugendlichen

© Institut für Suchtprävention (ISP) der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW)

Dieses Skriptum ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte bleiben auch bei nur auszugsweiser Verwertung der SDW/dem ISP vorbehalten.

INHALT

1	SUCHTMITTELKONSUM IN ÖSTERREICH – WISSENSWERTES ZUM EINSTIEG	3
2	WAS IST EINE ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG?	5
	DIAGNOSEKRITERIEN EINER ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG	6
	SUBSTANZGEBUNDENE ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG	8
	SUBSTANZUNGEBUNDENE/VERHALTENSBEZOGENE ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG	8
3	KONSUMFORMEN – KONSUMMOTIVE – WIRKUNGSWEISE VON SUCHTMITTELN	9
	KONSUMFORMEN	9
	KONSUMMOTIVE	10
	WIRKUNGSWEISE VON SUCHTMITTELN	10
	MISCHKONSUM, MEHRFACHKONSUM ODER POLYTOXIKOMANIE	11
4	URSACHEN UND ENTSTEHUNG EINER ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG	12
	URSACHENMODELL – SUCHTDREIECK	12
	4.1.1 ABHÄNGIGKEIT ALS PROZESS	14
	(NEURO-)BIOLOGISCHE ERKLÄRUNGSANSÄTZE	14
	PSYCHOLOGISCHE ERKLÄRUNGSANSÄTZE	15
	SOZIOLOGISCHE ERKLÄRUNGSANSÄTZE	16
	TRAUMA UND ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG	17
5	JUGEND UND ALKOHOL	18
6	PRÄVENTION: FÖRDERUNG VON SELBSTVERANTWORTUNG UND RISIKOKOMPETENZ	19
7	WICHTIGE INFORMATIONEN ZUR WIRKUNG VON ALKOHOL IM KÖRPER:	21
8	AUSGEWÄHLTE METHODEN ZUR ALKOHOLSUCHTPRÄVENTION	21
	ÜBUNG „WER HAT SCHON MAL...“	23
	ÜBUNG RAUSCHBRILLE - EIN RAUSCHENDES FEST	24
	BEILAGE ZUM EINSATZ DER RAUSCHBRILLE	25
	BEILAGE FUßSTAPFEN	26
	ÜBUNG ALKOHOLSCHÄTZEN	28
	BEILAGE ALKOHOLGEHALT BERECHNEN	29
	BEILAGE PROMILLEWERT IM BLUT	30
	BEILAGE WIRKUNG DES ALKOHOLS:	31
	ÜBUNG ALKOHOLQUIZ	32
	BEILAGE ALKOHOLQUIZ	33
	ÜBUNG FLASCHENDREHEN BEI VOLL DIE PARTY	33
	BEILAGE KONSEQUENZKARTEN	36
9	LITERATURVERZEICHNIS	40

1 SUCHTMITTELKONSUM IN ÖSTERREICH – WISSENSWERTES ZUM EINSTIEG

Wussten Sie, dass¹ ...

... das Potenzial eines Suchtmittels zur gesundheitlichen Gefährdung nicht vom rechtlichen Status (legal oder illegal) abhängig ist?

.... Suchtmittelkonsum nicht automatisch zu einer Abhängigkeit führt? Das Spektrum reicht von der Abstinenz über den Genuss bis zur Abhängigkeit.

... das legale Suchtmittel Alkohol, gemessen an den Folgen – beispielsweise für die Gesundheit, an einer erhöhten Gewaltbereitschaft, den Unfallgefahren im Straßenverkehr – unverändert das „Suchtmittel Nummer eins“ in unserer Gesellschaft ist. Fast jede Person macht irgendwann einmal Erfahrungen mit Alkohol. Der Alkoholkonsum geht tendenziell zurück (Konsummenge, Problemkonsum, jugendlicher Alkoholkonsum), das Konsumverhalten zwischen den Geschlechtern gleicht sich immer mehr an.

... der tägliche Konsum von mehr als 40 g reinen Alkohols bei Frauen (1 Liter Bier bzw. 0,5 Liter Wein) bzw. mehr als 60 g reinen Alkohols bei Männern (1,5 Liter Bier bzw. 0,75 Liter Wein) laut HEC² als gesundheitsgefährdend gilt? ExpertInnen empfehlen, an mindestens zwei Tagen pro Woche keinen Alkohol zu trinken, um den Körper zu entlasten.

... rund 370.000 ÖsterreicherInnen als alkoholabhängig gelten? 14 Prozent der Bevölkerung trinken in einem problematischen Ausmaß. Den höchsten Anteil an Menschen mit problematischem Alkoholkonsum findet man bei Personen im mittleren Alter (ca. 50 bis 60 Jahre) und nicht – wie in der öffentlichen Berichterstattung manchmal verbreitet wird – bei den Jugendlichen.

... sich ein genereller Rückgang im Rauchverhalten feststellen lässt, jedoch immer noch geschätzte 27 bis 30 Prozent der österreichischen Bevölkerung über 15 Jahre aktuell rauchen? Rund 21 bis 24 Prozent rauchen täglich. Das Rauchverhalten von Männern und Frauen hat sich in den letzten Jahrzehnten zusehends angeglichen. Frauen rauchen

¹ In diesem Kapitel angeführte Informationen entstammen folgenden Quellen: Strizek/Uhl (2018), Kalke/ Wurst (2015), GÖG/ÖBIG (2015), IFES (2015), VIVID-Fachstelle Suchtprävention: www.vivid.at/wissen/was-ist-sucht/zahlen-daten-fakten/, Horvath et al. (2018), Bundesministerium für Gesundheit (2015), Strizek/Uhl (2016)

² HEC: Health Education Council

allerdings etwas seltener als Männer und im Durchschnitt weniger Zigaretten pro Tag als Männer.

... jede fünfte Person (rund 20 Prozent) in Österreich schon mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert hat, Männer häufiger als Frauen? Der Konsum von Cannabis ist in Österreich unter den illegalen Suchtmitteln am weitesten verbreitet. Aktive KonsumentInnen sind unter Jugendlichen häufiger anzutreffen als unter Erwachsenen.

... weniger junge Menschen in den risikoreichen Opioidkonsum³ einsteigen als in früheren Jahren? In Österreich gibt es laut aktuellen Schätzungen rund 35.000 bis 38.000 Menschen mit risikoreichem/problematischem Opioidkonsumverhalten.

... in Österreich rund 64.000 Personen ein problematisches Spielverhalten aufweisen und davon rund 37.000 Personen als pathologische SpielerInnen gelten? Mehr als 60 Prozent der WienerInnen befürworten diverse Maßnahmen zur Eindämmung der Abhängigkeit von Glücksspielen, wie zum Beispiel das Verbot des kleinen Glücksspiels oder eine gesetzliche Verpflichtung der GlücksspielanbieterInnen und Wettbüros, einen Teil ihrer Gewinne in die Suchtprävention zu investieren.

... jede fünfte Person (rund 22 Prozent) in Österreich schon mindestens einmal im Leben Schlaf- und Beruhigungsmittel konsumiert hat, Frauen häufiger als Männer? Die Konsumerfahrungen steigen mit zunehmendem Alter kontinuierlich an.

2 WAS IST EINE ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG?

„Sucht“ ist der umgangssprachliche Begriff für eine chronische, wiederkehrende Erkrankung, die viele Ursachen und unterschiedliche Verläufe haben kann.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet diese Erkrankung im medizinischen Terminus als Abhängigkeitssyndrom – umgangssprachlich „Abhängigkeit“. Dieses Abhängigkeitssyndrom wird durch eine Gruppe von körperlichen, verhaltensbezogenen und kognitiven Symptomen charakterisiert, die sich nach wiederholter Einnahme bzw. wiederholtem Konsum von psychotropen⁴ Substanzen (auch Medikamenten), Alkohol oder Nikotin entwickeln.⁵

Die medizinische Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung kann nur von ausgebildeten Fachkräften aus dem medizinischen und psychologischen Bereich gestellt werden, zum Beispiel von ÄrztInnen, PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen oder PsychologInnen.

Eine Abhängigkeitserkrankung entsteht nicht von heute auf morgen, sondern sie entwickelt sich über eine längere Zeit hinweg. Die meisten Menschen, die Suchtmittel konsumieren, entwickeln keine Abhängigkeitserkrankung, sie konsumieren in bestimmten Phasen oder zu bestimmten Zeiten oder hören mit dem Konsum wieder auf.⁶

Eine Abhängigkeitserkrankung ist keine Willensschwäche oder moralische Verfehlung.

Da Sucht keine Willensschwäche ist, ist es meist wenig zielführend, einem suchtkranken Menschen zu sagen, dass sie/er nur „eisernen Willen“ braucht, um abstinent zu werden. Dennoch braucht es – wie bei jeder anderen Krankheit auch – die Motivation, sich behandeln zu lassen beziehungsweise das gesundheitsschädigende Verhalten zu ändern.

⁴ Eine psychotrope/psychoaktive Substanz ist ein Wirkstoff, der die Psyche des Menschen beeinflusst.

⁵ Vgl. World Health Organisation (WHO)

⁶ Vgl. Degkwitz (2005, S. 63–88), Wiener Zeitschrift für Suchtforschung (2007, Jg. 30, Nr. 1), Klein et al. (2009, S. 3–52)

DIAGNOSEKRITERIEN EINER ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG

Im österreichischen Gesundheitssystem wird die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung in der Regel anhand der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD-10), eines Diagnoseklassifikationssystems der WHO, gestellt.

Von einer Abhängigkeitserkrankung wird laut ICD-10⁷ gesprochen, wenn *„drei oder mehr der folgenden Kriterien (...) zusammen mindestens einen Monat lang bestanden haben. Falls sie nur für eine kürzere Zeit gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von zwölf Monaten wiederholt bestanden haben.“*

- 1. Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren.*
- 2. Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d. h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums, deutlich daran, dass oft mehr von der Substanz konsumiert wird oder über einen längeren Zeitraum als geplant, oder an dem anhaltenden Wunsch oder an erfolglosen Versuchen, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.*
- 3. Ein körperliches Entzugssyndrom (...), wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, mit den für die Substanz typischen Entzugssymptomen oder auch nachweisbar durch den Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.*
- 4. Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz. Für eine Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen der Substanz konsumiert werden, oder es treten bei fortgesetztem Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf.*
- 5. Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügen oder Interessenbereiche wegen des Substanzgebrauchs; oder es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.*
- 6. Anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen (...), deutlich an dem fortgesetzten Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte.“*

Neben der ICD-10 gilt das DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)-5 der American Psychiatric Association (APA) als ein maßgebliches Klassifikationssystem psychischer Störungen. Unter dem Begriff „Substanzgebrauchsstörung“ wird nicht zwischen Missbrauch und Abhängigkeit unterschieden, sondern zwischen „leicht, mittel und schwer“.

⁷ Vgl. Dilling et al. (2006, S. 79–80)

Das DSM-5 kategorisiert die Substanzgebrauchsstörung anhand von elf Kriterien. Sind innerhalb der vergangenen zwölf Monate mindestens zwei Kriterien erfüllt worden, so liegt eine Störung vor. Abhängig von der Anzahl der zutreffenden Kriterien wird auch der Schweregrad der Störung festgestellt. Die Kriterien sind:

1. *wiederholter Konsum, sodass wichtige Verpflichtungen in der Arbeit, in der Schule oder zu Hause vernachlässigt werden;*
2. *wiederholter Konsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann;*
3. *wiederholter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme;*
4. *Toleranzentwicklung, gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung;*
5. *Entzugssymptome oder Substanzkonsum, um Entzugssymptome zu vermeiden;*
6. *längerer Konsum oder in größerer Menge als geplant (Kontrollverlust);*
7. *anhaltender Kontrollwunsch oder erfolglose Versuche der Kontrolle;*
8. *hoher Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von der Wirkung des Konsums zu erholen;*
9. *Aufgabe oder Reduzierung von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums;*
10. *fortgesetzter Gebrauch, obwohl körperliche oder psychische Probleme bekannt sind;*
11. *starkes Verlangen oder Drang, die Substanz zu konsumieren (Craving).⁸*

Wichtiger Hinweis: Das DSM-5 klassifiziert neben stoffgebundenen Störungen auch eine „Störung durch Glücksspielen“. „Pathologisches Spielen“ wird in der ICD-10 unter Störungen der Impulskontrolle angeführt.

⁸ Vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2016): <http://www.medikamente-und-sucht.de/behandler-und-berater/medikamentensicherheit/missbrauch-und-abhaengigkeit/substanzgebrauchsstoerung-diagnosekriterien.html>

SUBSTANZGEBUNDENE ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG

Ist eine Person von einer bestimmten Substanz abhängig, wird dies „substanz- oder stoffgebundene Abhängigkeitserkrankung“ genannt. Substanzen, die abhängig machen können, sind zum Beispiel:

- Alkohol
- Tabak/Nikotin
- Medikamente
- Cannabis
- Opioide
- Designer- und Partydrogen wie Ecstasy oder Speed
- Kokain
- LSD

SUBSTANZUNGEBUNDENE/VERHALTENSBEZOGENE ERKRANKUNG

ABHÄNGIGKEITS-

Eine übermäßige Nutzung von Handy, Computer oder Internet, problematisches Verhalten in Bezug auf Glücksspiele, zwanghaftes Kaufverhalten, ein übersteigertes Verlangen nach sexueller Befriedigung, zwanghafte Haltungen zu Leistung und Arbeit etc. können Anzeichen einer Abhängigkeitserkrankung haben. Diese Formen eines zwanghaften, nicht kontrollierbaren und problematischen Verhaltens werden als substanzungebundene beziehungsweise verhaltensbezogene Abhängigkeitserkrankung bezeichnet. Aber derzeit sind diese Verhaltensweisen mit Ausnahme des pathologischen Spielens (ICD-10) sowie einer Störung durch Glücksspielen (DSM-5) nicht in den Klassifikationsschemata erfasst und daher gibt es hierfür keine einheitliche und allgemeingültige Definition. Es gibt aber Menschen, die hierbei ein problematisches Verhalten entwickeln und bei denen auch Merkmale ähnlich einer Abhängigkeitserkrankung auftreten. Betroffene Menschen benötigen auf jeden Fall professionelle Beratung und Begleitung.

3 KONSUMFORMEN – KONSUMMOTIVE – WIRKUNGSWEISE VON SUCHTMITTELN

KONSUMFORMEN

Die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung ist ein dynamischer Prozess und verläuft nicht linear. Experimentierverhalten oder Konsum führen nicht zwangsläufig in eine Abhängigkeit. Innerhalb des Spektrums von Abstinenz, Genuss und Abhängigkeit gibt es verschiedene Ausprägungen und fließende Übergänge.⁹

Gängige Begriffe, um die Konsumformen zu beschreiben, sind zum Beispiel:

- **Abstinenz**
- **Probierkonsum:** einmaliges oder sporadisches Probieren
- **Experimentierkonsum:** Neugierde und Sensationslust sind bestimmend; unregelmäßiger Konsum, der zu bestimmten Zeitpunkten, z. B. an Wochenenden, intensiver ist
- **regelmäßiger Konsum:** Gewöhnung ohne zwangsläufige Abhängigkeit
- **Risikokonsum:** Durch die Art des Konsums bestehen erhöhte Risiken für schädliche Konsequenzen, z. B. Unfallgefahr, Probleme in der Schule oder am Arbeitsplatz
- **schädlicher und problematischer Konsum:** ein Konsummuster, das körperliche und/oder psychische Schäden zur Folge hat. Die Betroffenen können den Konsum oder suchtfördernde Verhaltensweisen auch dann nicht einstellen, wenn sie sich der damit verbundenen Gefährdung und Schädigung bewusst sind.
- **Abhängigkeit (süchtiger Gebrauch)**

Der Prozess einer Abhängigkeitserkrankung kann mehrere Jahre dauern und unterschiedliche Phasen durchlaufen. Grundsätzlich besteht in jeder Phase die Möglichkeit, dass ein Fortschreiten in Richtung Abhängigkeit stattfindet. Aber auch eine Umkehr ist möglich. Abhängigkeit ist nur eine mögliche Folge von Konsum.¹⁰

⁹ Vgl. Sucht- und Drogenkoordination Wien (2013, S. 66)

¹⁰ Vgl. Degkwitz (2005, S. 63–88)

KONSUMMOTIVE

Jeder Mensch hat unterschiedliche Beweggründe, wenn er zu Suchtmitteln greift. Dabei stehen „normale“ menschliche Grundbedürfnisse nach Geborgenheit, Zugehörigkeit, Entspannung, Leistungsfähigkeit etc. im Vordergrund. Zentrale Motive sind:

- **Verbesserungsmotive:** Genuss, Steigerung des Wohlbefindens, Glückssuche, Bewusstseinsveränderung, Wunsch nach Ekstase, Leistungssteigerung, Steigerung der Konzentration, Wunsch nach Geborgenheit, Experimentieren mit Suchtmitteln, Konsum aus Langeweile, Wunsch nach Abwechslung, Austesten von Grenzen/Verboten, Wunsch nach intensiven Gefühlen, Verstärkung der Stimmung/des Erlebens, Zugehörigkeit oder Abgrenzung, Wunsch nach Anerkennung, Erleben von Gruppendynamik, Spaß, Positionierung innerhalb der Gruppe
- **Verringerungs- und Fluchtmotive:** Verringerung von Ängsten und Missempfinden, Flucht aus der Realität, Stressbewältigung, Selbstmedikation¹¹, Entspannung, Betäubung, Verdrängen von negativen Gefühlen¹²

Problematisch wird es dann, wenn der Konsum als einzige Möglichkeit gesehen wird, um einen bestimmten Zustand zu erreichen – wenn man zum Beispiel, um zu entspannen, Cannabis konsumiert, anstatt Musik zu hören.

WIRKUNGSWEISE VON SUCHTMITTELN

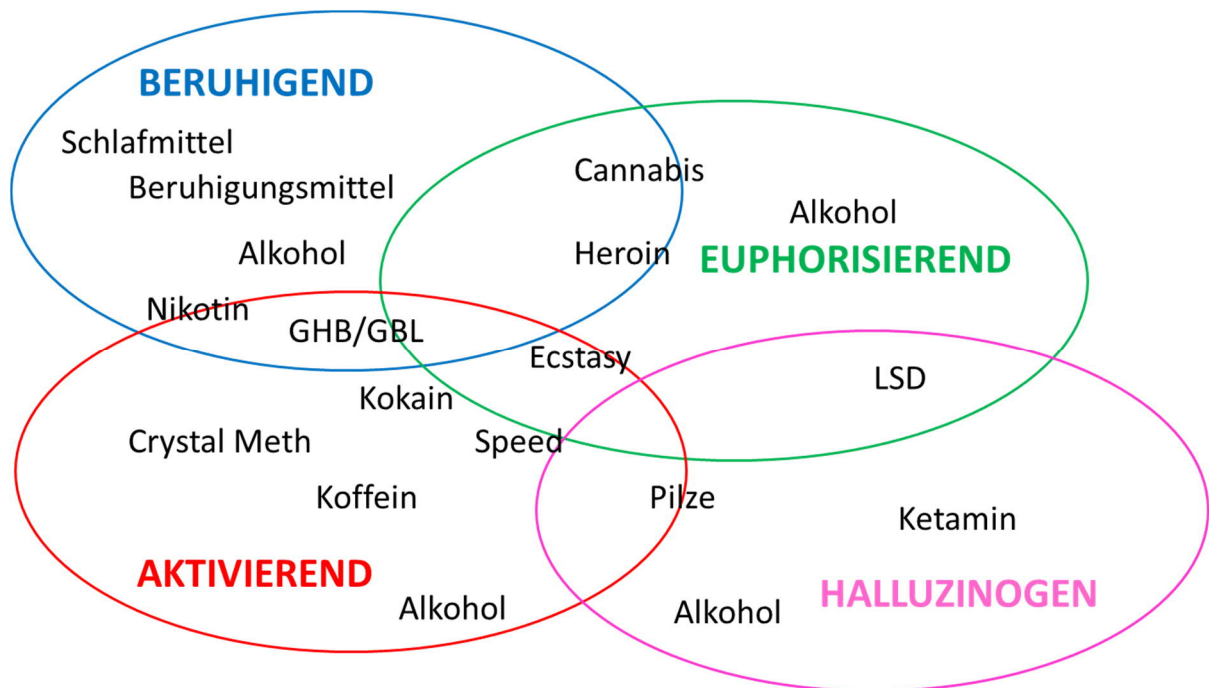
Mit dem Konsum von Suchtmitteln werden bestimmte Wirkungsweisen angestrebt und dementsprechend unterschiedliche Substanzen eingesetzt. Substanzen haben sehr oft mehrfache Wirkungsweisen – sie können zum Beispiel beruhigend und/oder aktivierend sein. Die Wirkweisen von Suchtmittel können je nach Person, abhängig von der jeweiligen Situation beziehungsweise auch von der Verabreichungsform und Dosierung, stark variieren. Nachfolgend finden Sie typische Wirkungsweisen, wobei eine Zuordnung bestimmter Substanzen zu bestimmten Wirkungsweisen in der Regel nicht eindeutig möglich ist:

- Beruhigend: z. B. Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Nikotin, Alkohol, Cannabis, Heroin
- Aktivierend: z. B. Nikotin, Alkohol, Speed, Kokain, Crystal Meth

¹¹ Selbstmedikation = Eigenbehandlung ohne ärztliche Rücksprache bzw. Verordnung, um bestimmte Beschwerden zu lindern

¹² vgl. Klein (2015)

- Euphorisierend¹³: z. B. Heroin, Ecstasy, Cannabis, Alkohol
- Halluzinogen¹⁴: z. B. Pilze, Lachgas, Ketamin¹⁵, Cannabis, LSD



Einen guten Überblick über unterschiedliche Substanzen und deren Wirkungsweise erhalten Sie zum Beispiel unter www.checkyourdrugs.at.

MISCHKONSUM, MEHRFACHKONSUM ODER POLYTOXIKOMANIE

Mischkonsum bezeichnet den gleichzeitigen oder zeitnahen Konsum mehrerer Suchtmittel. Damit überlappen sich die einzelnen Wirkweisen. Je nach Substanz potenzieren oder verstärken sich die jeweiligen Effekte und werden noch unkalkulierbarer als beim Konsum einer einzigen Substanz. Die gesundheitlichen Risiken erhöhen sich durch Mischkonsum und es kommt zu einer extremen Belastung für den Körper.

¹³ Euphorisierend = intensives gutes Gefühl, Hochgefühl, Glücksgefühl auslösend

¹⁴ Halluzinogen = Wahrnehmungen (z. B. im Denken, Fühlen, Sehen) hervorrufend, die nicht der Realität entsprechen

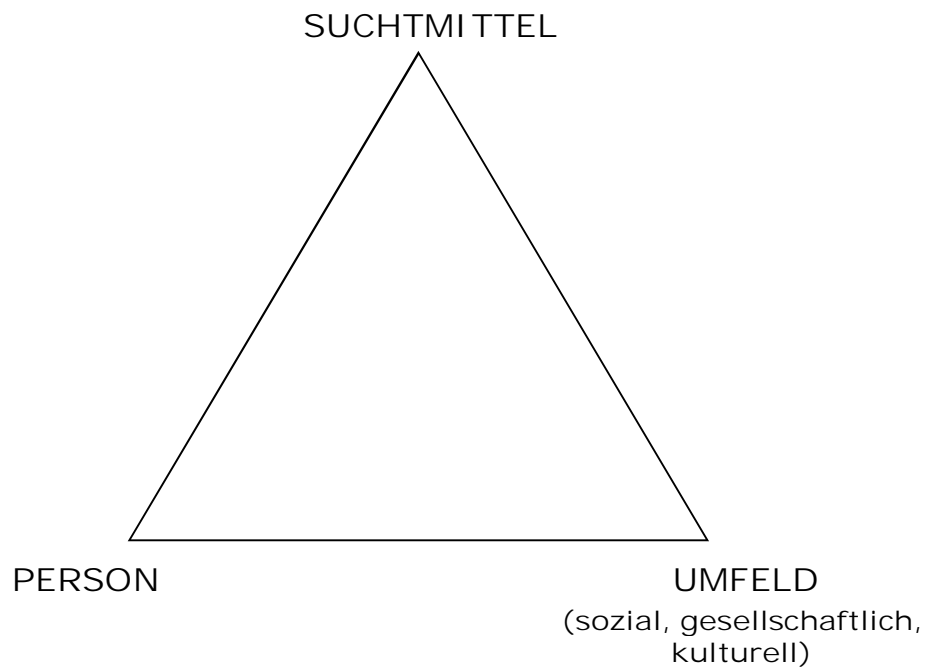
¹⁵ Ketamin ist ein Arzneistoff, der insbesondere in der Anästhesie und zur Behandlung von Schmerzen eingesetzt wird.

4 URSACHEN UND ENTSTEHUNG EINER ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG

URSACHENMODELL – SUCHTDREIECK

Bei Entstehung und Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung wirken viele Einflussfaktoren in unterschiedlicher Stärke und aus verschiedenen Bereichen zusammen. Es handelt sich um einen komplexen, phasenhaft verlaufenden Prozess. Die Dynamik dieses Prozesses wird durch das Verhältnis und die Gewichtung von Belastungs- und Schutzfaktoren bestimmt.

Als zentrale Bereiche, die bei der Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung von Bedeutung sind, spielen die eigene Persönlichkeit, das soziale Umfeld, die gesellschaftlichen/kulturellen Bedingungen und das jeweilige Suchtmittel selbst eine wichtige Rolle.



- **Person:**

Psyche: Die persönliche Lebensgeschichte, die Persönlichkeitsentwicklung und dementsprechend die individuellen Ressourcen für eine Krisenbewältigung und für die Veränderung innerer und äußerer Umstände sowie die gerade aktuell verfügbaren persönlichen Möglichkeiten – etwa begründet im jeweiligen Lebensabschnitt – bilden grundlegende Belastungs- oder Schutzfaktoren.

Körper: Auch wenn Abhängigkeitserkrankungen nicht als vererbbar angesehen werden, weist dennoch einiges auf epigenetische Faktoren hin, die bei der Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung eine Rolle spielen. Neben

neurobiologischen Faktoren sind hierbei zum Beispiel auch Toleranzbildung gegenüber Substanzen, Abbaukapazitäten, Geschlecht, Alter und Körpergewicht zu berücksichtigen.

- **Suchtmittel oder Verhaltensweise:** Unterschiedliche Suchtmittel beziehungsweise abhängigkeitsfördernde Verhaltensweisen haben jeweils unterschiedliche Abhängigkeitspotenziale. Neben der pharmakologischen Wirkung der Suchtmittel spielen hierbei auch die Verfügbarkeit, die Art der Einnahme, die Beschaffenheit der Substanz etc. eine Rolle. Bei abhängigkeitsfördernden Verhaltensweisen hat sich beispielsweise das Spielen an Automaten als problematischer erwiesen als andere Spielformen. Entscheidend sind – ähnlich wie bei legalen oder illegalen Substanzen – auch die Verfügbarkeit der Möglichkeiten abhängigkeitsfördernden Verhaltens, zum Beispiel die Verfügbarkeit von Spielautomaten, sowie die gesellschaftliche Akzeptanz oder Ablehnung eines bestimmten Verhaltens.
- **Umfeld:**
 - Soziales Umfeld:** Das Risiko, eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln, aber auch die Chancen, eine bestehende Abhängigkeitserkrankung zu überwinden, stehen in engem Zusammenhang mit den sozialen Verhältnissen, in denen jemand lebt. Die familiäre Situation, der Freundeskreis und die beruflichen Möglichkeiten haben beispielsweise eine große Bedeutung.
 - Gesellschaftliche/kulturelle Bedingungen:** An Belastungsfaktoren sind hier soziale Perspektivenlosigkeit, Ausgrenzung, Armut sowie insbesondere Arbeitslosigkeit und Wohnungslosigkeit zu nennen. Soziale Integration, Teilhabe – insbesondere auch an Bildung – und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten sind wesentliche Faktoren, die vor der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung schützen können oder dabei hilfreich sein können, eine Abhängigkeitserkrankung zu überwinden.

4.1.1 ABHÄNGIGKEIT ALS PROZESS

Es gibt viele Formen des Konsums. Peter Degkwitz (2005) schlägt daher zur Beschreibung von Konsumformen bzw. Sucht ein „Korridormodell“ vor. Demnach ist ein Sucht- bzw. ein Konsumprozess wie ein „langer Flur“, der durch verschiedene Türen betreten und verlassen werden kann und bei dem Abhängigkeit nur *ein mögliches* Ende darstellt.

Wesentlich ist: Eine Abhängigkeitserkrankung entsteht nicht eindimensional und verläuft auch nicht linear, sondern prozesshaft.

Die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung ist ein komplexer Prozess. Es gibt keinen universell gültigen Ansatz, der diese Erkrankung vollständig erklärt. Deshalb werden die einzelnen Ansätze aus unterschiedlichen fachlichen Richtungen meist verknüpft, mehrere Faktoren in Zusammenhang gestellt und die Dynamik im Zusammenspiel der multifaktoriellen Ursachen zueinander berücksichtigt.

Die verschiedenen Erklärungsansätze, die im Folgenden kurz beschrieben werden, beziehen sich – im Sinne des Suchtdreiecks als Ursachenmodell¹⁶ – immer auf Teilaspekte beziehungsweise bestimmte Schwerpunkte einer Abhängigkeitsentwicklung und sollten daher im Zusammenhang mit den unterschiedlichsten Faktoren der Ursachen einer Abhängigkeitserkrankung gesehen werden.

(NEURO-)BIOLOGISCHE ERKLÄRUNGSANSÄTZE

Der (neuro-)biologische Theorieansatz führt stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen auf (neuro-)biologische Prozesse und Gesetzmäßigkeiten zurück. Die unterschiedlichen Substanzen greifen in verschiedene Stoffwechselprozesse des Gehirns ein und bewirken dort Veränderungen. Heute wird davon ausgegangen, dass eine psychoaktive Substanz zum Konsum verleiten kann, wenn sie hirneigene Mechanismen aktiviert und ein subjektiv empfundenes Belohnungsgefühl – im Belohnungssystem des Zentralnervensystems – erzeugt.

Das Belohnungszentrum im Gehirn wird üblicherweise durch die Befriedigung von Bedürfnissen und Trieben – durch Essen, Trinken, Arbeiten, Sexualeben – aktiviert. Dabei wird der Botenstoff Dopamin freigesetzt, der dann an den Rezeptoren im Belohnungszentrum andockt und Erregungssignale an andere Gehirnstrukturen aussendet, die dann Zufriedenheit und Freude auslösen.

¹⁶ Siehe Seite 17

Die (neuro-)biologischen Theorien führen die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeitserkrankung vor allem auf Stoffwechselfvorgänge im Gehirn zurück.

Eine Schlüsselrolle bei den neurobiologischen Erklärungsansätzen spielt das Stresshormon Cortisol. Ist ein Mensch intensiven Stressbelastungen ausgesetzt (Trauma oder lang anhaltender Stress), hat dies einen Einfluss auf einen Bereich im Gehirn, in dem die Verarbeitung von Emotionen stattfindet. Die Folge kann sein, dass vermehrt Substanzen konsumiert oder Tätigkeiten ausgeführt werden, um das Belohnungszentrum im Gehirn anzusprechen.

Eine weitere Rolle spielt der Bereich der Epigenetik. Unter Epigenetik versteht man jenen Teil der Genetik, der sich damit befasst, wie Umwelteinflüsse (Stressbelastung, Suchterkrankung etc.) einen Einfluss auf die Gene haben: darauf, welche aktiviert und welche deaktiviert sind. Der entscheidende Unterschied zur Genetik ist, dass Veränderungen, die aufgrund von Umwelteinflüssen geschehen sind, zum Beispiel durch starke positive Erlebnisse oder förderliche Lebensumstände wieder rückgängig gemacht werden können.

PSYCHOLOGISCHE ERKLÄRUNGSANSÄTZE

Psychologische Erklärungsansätze suchen die Ursache des Suchtmittelgebrauchs und einer Abhängigkeit beim einzelnen Menschen. Die wichtigsten Ansätze hierzu sind:

- psychoanalytischer Ansatz
- lerntheoretischer Ansatz
- bindungstheoretischer Ansatz
- systemischer Ansatz

Nach dem psychoanalytischen Ansatz wird die Ursache einer Abhängigkeit in einer Störung der Persönlichkeitsentwicklung gesehen.

Im lerntheoretischen Ansatz wird die Persönlichkeitsentwicklung gleichgesetzt mit den Lernerfahrungen der jeweiligen Person. Eine Abhängigkeit gilt als erlerntes Verhalten.

Im bindungstheoretischen Ansatz wird eine sichere Bindung als Basis aller Schutzfaktoren betrachtet. Sie stellt somit einen wichtigen Schutzfaktor gegen späteren problematischen oder risikoreichen Suchtmittelgebrauch dar, eine unsichere Bindung hingegen einen

Belastungsfaktor. Ein Zusammenhang zwischen Bindung und einer Abhängigkeitserkrankung lässt sich besonders dann sehr oft feststellen, wenn die frühen Bindungserfahrungen einer Person von einem Zustand der Entbehrung und des Mangels – z. B. fehlende (elterliche) Zuwendung – und Trauma geprägt waren.

Im systemischen Ansatz stehen die Dynamik und die Beziehung zwischen den Mitgliedern eines Systems (zum Beispiel Familienmitglieder) im Mittelpunkt. Es geht weniger um die Entstehungsgeschichte einer Abhängigkeit, sondern um die Frage, welche Mechanismen das abhängige Verhalten zum gegenwärtigen Zeitpunkt aufrechterhalten bzw. verändern.

SOZIOLOGISCHE ERKLÄRUNGSANSÄTZE

Soziologische Theorien versuchen anhand gesellschaftlicher und lebensweltlicher Einflüsse die Ursachen für ein bestimmtes Konsumverhalten, den Gebrauch von Suchtmitteln und eine Abhängigkeitserkrankung zu erklären.

Aus soziologischer Sicht können beispielhaft folgende Belastungsfaktoren angeführt werden:

- allgemeine Schwierigkeiten des Einzelnen, sich in einer Gesellschaft zurechtzufinden, in der soziale Risiken, wie etwa arbeitslos zu werden, zunehmend individualisiert werden;
- mangelnde Zukunftsperspektiven und Zukunftsängste vor allem im Arbeits- und Ausbildungsbereich;
- massive Verführung zu Suchtmittelkonsum durch entsprechende Leitbilder und Werbung für Suchtmittel oder Schönheitsideale;
- zunehmende Erlebnis- und Konsumorientierung;
- psychosoziale Belastungen in Ausbildung, Arbeit, Freizeit;
- „Peergroup-Effekt“: Der erste Suchtmittelkonsum vollzieht sich in der Regel nicht isoliert, sondern innerhalb einer Gruppe von Gleichaltrigen;
- familiäre Einflüsse: fehlerhafte Erziehungsstile (z. B. zu viele oder zu wenige Grenzen, mangelnde Konsequenz), Vorbildverhalten, Beziehungskrisen.

TRAUMA UND ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG

Nach Fischer und Riedesser¹⁷ ist Trauma ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“.

Durch traumatische Erfahrungen kann die gesamte Persönlichkeit erschüttert werden. Wenn die von außen einwirkenden Kräfte so enorm sind, dass die Verarbeitungsmechanismen lahmgelegt werden, dann wird aus einer Stress-Situation eine traumatische Situation mit dem Erleben von Todesangst. Die wiederum führt zu einer maximalen Erregung des Organismus.

Um eine traumatische Erfahrung zu verarbeiten, reagiert der menschliche Organismus mit:¹⁸

- **Hyperarousal:** einem Zustand gesteigerter geistiger und körperlicher Erregung;
- **Intrusion:** dem Bedürfnis, sich mit dem Trauma auseinanderzusetzen, darüber zu sprechen; dem Phänomen, dass man davon träumt, es immer wieder (unbewusst ausgelöst) erinnert;
- **Konstriktion:** dem Bedürfnis, sich zurückzuziehen und in Ruhe gelassen zu werden.

Gelingt der Prozess einer Traumaverarbeitung aus unterschiedlichen Gründen nicht, kann dies zur Entstehung der Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD – Posttraumatic Stress Disorder) führen.

Es besteht ein starker Zusammenhang von PTSD und Suchtmittelkonsum: Der Konsum von Alkohol, Medikamenten und anderen psychoaktiven Substanzen tritt 1,5- bis zweimal häufiger bei Bestehen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) auf.

Psychoaktive Substanzen werden in diesem Zusammenhang u. a. konsumiert, da sie schmerzstillend wirken und als Hilfsmittel zur Stress- und Gefühlsregulation dienen. Der Suchtmittelkonsum steht somit hier vor allem in Verbindung mit einer sogenannten **Selbstmedikation**, um die als unerträglich erlebten PTSD-Symptome in den Griff zu bekommen. Der Vorteil besteht meist in einer relativ verlässlichen und raschen Wirkung, wobei als Nachteil die unterschiedlichen Nebenwirkungen bis hin zu einer Suchtentwicklung zu beachten sind.

Darüber hinaus gibt es viele Hinweise darauf, dass der Gebrauch von Suchtmitteln ein **Hochrisikoverhalten** ist, das die Wahrscheinlichkeit erhöht, traumatisiert zu werden. Und es

¹⁷ Vgl. Fischer & Riedesser (1998)

¹⁸ Vgl. van der Kolk et al. (2000)

wird vermutet, dass KonsumentInnen von Suchtmitteln eine höhere **Empfindlichkeit** haben und nach traumatischen Erlebnissen mit größerer Wahrscheinlichkeit eine PTSD entwickeln.¹⁹

5 Jugend und Alkohol

Bei einer Befragung von österreichischen 15-jährigen SchülerInnen nach ihrer Alkoholkonsumfrequenz zeigt sich folgendes Bild²⁰:

- 17 % konsumieren mindestens einmal die Woche Alkohol. Dies trifft auf Burschen (23 %) häufiger zu als auf Mädchen (13,5 %). Mädchen trinken eher monatlich oder seltener Alkohol
- 31 % geben an, nie Alkohol zu konsumieren
- 40 % geben zu, bereits einmal im Leben betrunken gewesen zu sein, bei 18 % war das in den letzten 30 Tagen der Fall

Bei den 16- bis 20-Jährigen trinken nach eigenen Angaben 10 % in gesundheitsgefährdendem Umfang, wobei es kaum Unterschiede zwischen Burschen und Mädchen gibt: 11% der Burschen und 10 % der Mädchen geben an, so viel Alkohol zu konsumieren, dass sie dadurch die Gefährdungsgrenze überschreiten. Demgegenüber stufen sich 17 % als aktuell abstinent bzw. fast abstinent ein.²¹

Die Gefährdungs- bzw. Harmlosigkeitsgrenze stellt sich wie folgt dar:

	Männer	Frauen
Harmlosigkeitsgrenze: Konsum wird als unbedenklich eingestuft.	bis 24 Gramm reiner Alkohol pro Tag ≈ 0,6 Liter Bier oder 0,3 Liter Wein	bis 16 Gramm reiner Alkohol pro Tag ≈ 0,4 Liter Bier oder 0,2 Liter Wein
Gefährdungsgrenze: Konsum wird als gesundheitsgefährdend eingestuft.	ab 60 Gramm reiner Alkohol pro Tag ≈ 1,5 Liter Bier oder 0,75 Liter Wein	ab 40 Gramm reiner Alkohol pro Tag ≈ 1 Liter Bier oder 0,5 Liter Wein

Quelle: Health Educational Council (1994) in Handbuch Alkohol – Österreich 2018

Österreichische ExpertInnen nennen drei wesentlichen Trends, in der Entwicklung des jugendlichen Alkoholkonsums:

- Jugendliche passen sich früher den Konsumgewohnheiten Erwachsener an – sie konsumieren also nicht früher Alkohol, sondern früher regelmäßig.
- Die Konsumgewohnheiten von Mädchen und Burschen gleichen sich an.
- Das Angebot der alkoholischen Getränke wird größer.

¹⁹ Vgl. Schwichtenberg (2012)

²⁰ Vgl. Ramelow et al. (2015)

²¹ Vgl. Bachmayer et al. (2018)

- Jugendliche sind hinsichtlich des Alkoholkonsums nicht die Hauptproblemgruppe in Österreich.

Werden die Konsumgruppen im Altersverlauf betrachtet, zeigt sich, dass der höchste Anteil an Personen mit potenziell problematischem Konsum in der Altersgruppe der 50- bis 60-Jährigen zu finden ist, nämlich 19 %.²²

Das Spektrum der Konsumformen reicht vom Probieren über das regelmäßige Trinken bis hin zu problematischen oder riskantem Konsum. Es gibt auch junge Menschen, die ganz auf den Konsum von Alkohol verzichten.

6 Prävention: Förderung von Selbstverantwortung und Risikokompetenz

Der Konsum von Alkohol führt nicht zwangsläufig in eine Suchterkrankung. Sucht entsteht nicht eindimensional und verläuft auch nicht linear, sondern entwickelt sich prozesshaft. Man spricht von einem multifaktoriellen Ursachenmodell, bei dem unterschiedliche Faktoren auf individueller, sozialer und gesellschaftlicher Ebene dynamisch zusammenwirken und zur Suchtentstehung beitragen.

Viele Jugendliche experimentieren mit Alkohol. Bei einigen kann das zu Konsumunfällen führen oder sie pflegen mit der Zeit einen problematischen oder riskanten Alkoholkonsum. Dabei tauchen gesundheitliche Schädigungen und psychosoziale Probleme auf.

Wer problematisch trinkt,

- kann Schwierigkeiten mit den Eltern, in der Schule und auch am Arbeitsplatz bekommen: Unangenehme Folgen können Dauerstreitigkeiten in der Familie und ein drohender Rauswurf aus der Wohnung sein, genauso wie ein angedrohter Schulverweis oder der Verlust der Lehrstelle oder des Arbeitsplatzes.
- kann Probleme mit FreundInnen haben: Neben vernachlässigten Freundschaften kann es zu riskanten Situationen kommen, wie z. B. ungeschützter Sex.
- kann Grenzen überschreiten: So können übermäßiger Alkoholkonsum und Alkoholexzesse zu enthemmten, aggressiven und eskalierten Situationen führen, die strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen, wie zum Beispiel Vandalismus und Gewaltdelikte.
- kann mit dem Gesetz in Konflikt geraten: Neben dem Jugendschutzgesetz, das in Wien den Alkoholkonsum ab 16 Jahren erlaubt, gibt es auch relevante gesetzliche Regelungen bezüglich „Alkohol und Straßenverkehr“.

²² Vgl. Strizek/Uhl (2016)

Veränderungen im Konsum sind möglich. Relevant sind bei der Prävention alkoholbedingter Problematiken vor allem die Förderung von Selbstverantwortung und Risikokompetenz. Wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Suchtforschung und Erfahrungen aus der Praxis der Suchtprävention sind die Basis für zeitgemäße suchtpreventive Aktivitäten und Projekte.

Die Förderung von Lebenskompetenzen („life skills“) zielt auf die Stärkung persönlicher Ressourcen im Umgang mit schwierigen Situationen ab – wie z.B. durch die Stärkung des Selbstwertes oder Konfliktfähigkeit - und trägt erheblich dazu bei, Suchterkrankungen zu verhindern.

Zeitgemäße Prävention alkoholbedingter Problematiken postuliert nicht Abstinenz als alleiniges suchtpreventives Ziel, sondern versucht auch Risiken zu mindern. Die Förderung von Risikokompetenz zielt auf einen risikobewussten Umgang mit Alkohol ab. Dies kann durch die Förderung von Selbstverantwortung im Sinne von sogenannter Punktnüchternheit und Förderung von Risikokompetenz geschehen.

Punktnüchternheit ist eine bewusste Entscheidung zum Konsumverzicht

- in bestimmten Situationen: im Straßenverkehr, bei der Einnahme von Medikamenten,
- in spezifischen Lebensräumen: am Arbeitsplatz, in der Schule, im Krankenhaus,
- in bestimmten Phasen: Kindheit, Adoleszenz, Schwangerschaft.

Dort, wo Konsum stattfindet und wo er nicht zu verhindern ist, setzt das Konzept der Risikokompetenz an. Damit soll längerfristig problematisches Verhalten vermieden werden.

Risikokompetenz umfasst:

- ein informiertes Problembewusstsein über Drogenwirkungen und Suchtgefahren,
- eine kritische Einstellung gegenüber legalen und illegalen Drogen,
- den Verzicht auf bestimmte Substanzen – harte Drogen, Selbstmedikation,
- Punktnüchternheit in bestimmten Situationen,
- die Fähigkeit, sich zwischen Abstinenz und mäßigem Konsum in tolerierten Situationen bewusst und verantwortlich zu entscheiden,
- ritualisierte Formen des nicht schädlichen Umgangs mit Rauschmitteln, zum Beispiel in Form von „Regeln für Rausche“,
- die Entwicklung von Regeln für einen genussorientierten und maßvollen Konsum,
- Beherrschen von Sicherheitsregeln, die das persönliche Risiko und schädliche Folgen für die Lebensumwelt mindern (z. B. kein täglicher Alkoholkonsum).

(in Anlehnung an Peter Franzkowiak)

7 Wichtige Informationen zur Wirkung von Alkohol im Körper:

Alkohol wird zu etwa einem Fünftel im Magen und zu etwa vier Fünfteln im Dünndarm ins Blut aufgenommen, wo er zum Anstieg der Blutalkoholkonzentration führt. Kohlensäure im Getränk beschleunigt die Aufnahme des Alkohols ins Blut.

Alkohol verteilt sich rasch in den durchbluteten Organen, wie dem Gehirn, in dem das „Anfluten“ des Alkohols schnell zu spüren ist: In etwa zwei Minuten ist der Alkohol über den Magen und die Blutbahn im Gehirn angekommen, wo er über Botenstoffe (Dopamin, Serotonin, Endorphine, Glutamat, GABA, u.a.) die Impulsübertragung zwischen den Nervenzellen verändert – letztlich in dämpfender Weise (man wird müde, antriebsarm).

Frauen bauen bei gleicher Alkoholmenge eine höhere Blutalkoholkonzentration auf als gleich schwere Männer. Sie sind somit bei gleicher Alkoholfuhr rascher betrunken und schädigen ihren Körper stärker. Der wichtigste Grund dafür: Der Wasseranteil im Körper von Frauen ist niedriger als bei Männern, dafür der Fettanteil höher. Da sich Alkohol nur in wässrigen Körperbestandteilen verteilt, entsteht bei Männern eine geringere Alkoholkonzentration als bei Frauen.

Das Einzige, was beim Alkoholabbau hilft, ist die Zeit.

Dunkler Alkohol wie Cognac, Whisky, etc. verursacht aufgrund seiner Begleitstoffe eher einen Kater als heller (Gin, Wodka, etc.)

8 Ausgewählte Methoden zur Alkoholsuchtprävention

Es werden einige ausgewählte Übungen zur Alkoholsuchtprävention und Förderung der Risikokompetenz bei Jugendlichen vorgestellt. Die Übungen für sich sind nur ein „Door opener“ zu einem Gespräch bzw. einer Reflexion über den eigenen Konsum.

Ziel dabei ist nicht die Abstinenz von Alkohol sondern ein guter Umgang damit, ohne mit Alkoholvergiftung aus Unwissenheit im Spital zu landen oder sich in gefährliche, unangenehme Situationen zu bringen. Ein guter Umgang bedeutet auch, in bestimmten Situationen (Straßenverkehr) auf Alkohol zu verzichten.

Folgende Übungen sollen dabei unterstützen das Thema Alkohol mit Jugendlichen aufzugreifen und einen reflektierten Umgang mit Alkohol zu fördern:

Übungen zur Alkoholsuchtprävention

ÜBUNG „WER HAT SCHON MAL...“

Ziel:

Ziel ist es, einen Einstieg in Thema Alkohol zu ermöglichen und die BetreuerIn dabei zu unterstützen, die TeilnehmerInnen und ihre Konsumerfahrungen abzuschätzen.

Ablauf:

TN sitzen im Sesselkreis. Es gibt einen Sessel weniger als die TeilnehmerInnenanzahl.

Ein/e TeilnehmerIn steht in der Mitte und beginnt einen Satz mit „Wer hat schon mal....“. Der Satz wird mit einem Teil vervollständigt, der das Thema Alkohol, Party etc. betrifft UND den der/diejenige selber erlebt hat.

z.B. „Wer hat schon mal einen Rausch gehabt.“

Diejenigen, die diesen Satz für sich bestätigen können, stehen auf und müssen ihren Sitzplatz mit jemandem wechseln. Es bleibt einer/eine in der Mitte über und soll sich wieder einen Satz ausdenken.

Der/die BetreuerIn begibt sich bei Bedarf auch ins Spiel und bringt hin und wieder einen Satz ein.

Reflexion:

Keine notwendig

Matreial:

Sessel

ÜBUNG RAUSCHBRILLE - EIN RAUSCHENDES FEST

Vor der Durchführung Beilage zum Einsatz der Rauschbrille beachten.

Ziel:

Ziel ist es, den Alkoholkonsum und damit einhergehenden Risiken wahrnehmbar zu machen und den eigenen Konsum und die damit einhergehende Risikobereitschaft zu reflektieren.

Ablauf:

Die TeilnehmerInnen absolvieren zu zweit einen vorher aufgebauten Stationenparcours. Dieser Parcours simuliert ein Partysetting und den Aufbruch nach Hause. „Stellt euch vor, ihr seid gerade auf einer Party und habt zu viel Alkohol getrunken. (Rauschbrille aufsetzen lassen; Hinweise zur Brille beachten, siehe Beilage zum Einsatz der Rauschbrille) Ihr wollt nach Hause und müsst aber noch einige Dinge auf der Party (an den Stationen) erledigen:

1. Station: Abschiedsbrief schreiben
„Ihr habt wen kennen gelernt und wollt dem oder der noch ein paar Zeilen da lassen“
2. Station: Anziehen
„Hier zieht ihr eure Kleidung, Haube, Handschuhe, Schal,...an.“
3. Station: Geld einsammeln
„Eure Geldbörse ist euch runtergefallen. Die Münzen und Karten liegen verstreut und ihr wollt sie in die Börse zurückgeben.“
4. Station: mit dem Roller nach Hause (Slalom) fahren
„Ihr stellt euch zu zweit auf den Roller und sollt durch die aufgestellten Hindernisse = Kegel eine Strecke damit zurück legen.“
5. Station: Schloss aufsperrn
„Zu Hause angekommen müsst ihr das Wohnungsschloß aufsperrn.“
6. Station: Fußstapfen (siehe Beilage Fußstapfen)
„Ihr folgt den Fußstapfen durch die Wohnung, die als Saustall hinterlassen wurde.“
7. Station: Zähneputzen
„Ihr putzt euch noch die Zähne.“
8. Station: Wasser einschenken
„Ihr schenkt euch noch ein Glas Wasser ein.“
9. Station: Bett = Ende :)

Reflexion:

Nach dem Absolvieren des Parcours sollen im Anschluss die Fehlleistungen anhand der Situation reflektiert werden.

- Wie ging es dir? Bist du so gut Roller gefahren wie sonst auch?
- Hast du dich oder jemanden anderen gefährdet? Was hätte passieren können?
- Was hättest du in dieser Situation anders machen können?
- Welche gefährliche/unangenehme Situation hast du in Zusammenhang mit Alkohol schon mal erlebt?
- Wie kann man Alkohol trinken und gefährliche/unangenehme Situationen vermeiden?

Material:

- Stifte und Papier
- Haube, Hut, Handschuhe, Schal,...
- Geldbörse mit Kleingeld und alten Plastikkarten
- Roller und 5-7 Kegel (oder leere Plastikflaschen)
- 6 Paar Fußstapfen siehe Beilage Fußstapfen
- Zahnbüste und Pasta
- (Fahrrad)schloss mit Schlüssel
- Plastikflasche mit Wasser und Becher

BEILAGE ZUM EINSATZ DER RAUSCHBRILLE

Durch die Rauschbrille wird die Wirkung von Alkohol nachgeahmt und eingeschränkte Rundumsicht, Doppelsehen, Fehleinschätzungen für Nähe und Entfernungen, Verwirrung, verzögerte Reaktionszeit und das Gefühl von Verunsicherung erlebbar gemacht. Leistungsaufgaben, die den Jugendlichen gestellt werden, können so nur erschwert durchgeführt werden. Die Rauschbrille ist als Exemplar in drei abgestuften Stärken vorhanden (0,8 Promille, 1,3 Promille und 1,3-1,5 Promille).

Zielgruppen der Rauschbrille:

Es empfiehlt sich die Rauschbrille mit SchülerInnen und Jugendlichen einzusetzen, die bereits Rausch- Erfahrungen haben. Der Einsatz ist erfahrungsgemäß ab einem Alter von 14 Jahren sinnvoll.

Was muss beim Einsatz der Rauschbrille beachtet werden:

Viele NutzerInnen der Rauschbrille zweifeln beim ersten Blick durch die Brille die Art und Weise der Wirkung an. Die bisherigen Rauscherfahrungen decken sich nicht mit dem was sie sehen. Vor dem Einsatz sollten Hinweise gegeben werden: Die starke optische Wirkung der Brille deckt sich nicht mit den üblichen Rauscherfahrungen. Die Gefühle und die Reaktionen des Körpers jedoch sind mit der Realität vergleichbar. Auch die Zuseher haben den Eindruck eine betrunkene Person zu beobachten. Die bei den Übungen entstehende Komik ist erwünscht, es sollte aber in Folge (in der Reflexionsphase) der ernste Hintergrund der Übungen nicht aus dem Blick geraten.

Die Jugendlichen müssen über die optische Wirkung (siehe oben) vorinformiert werden. Die Freiwilligkeit bei der Umsetzung von Übungen mit der Rauschbrille muss gewährleistet sein.

Was mit dem Einsatz der Rauschbrille erreicht werden kann:

Die TeilnehmerInnen

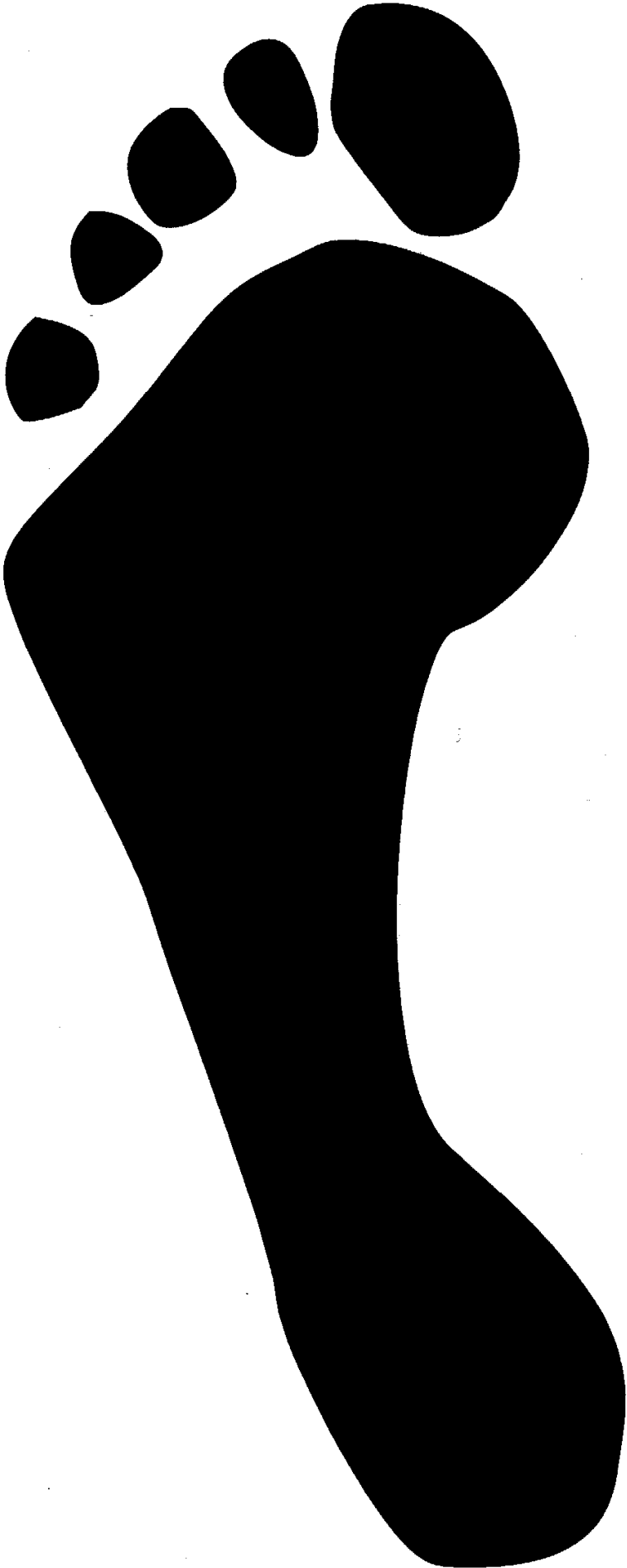
- werden zu einem selbstbestimmten, eigenverantwortlichen und risikobewussten Umgang mit Alkohol hingeführt,
- erfahren die Wirkung und Risiken von Alkoholkonsum für Jugendliche im geschützten Rahmen
- erleben die Beeinträchtigung der Wahrnehmung und Leistungsfähigkeit und
- thematisieren eigene Alkohol- und Rauscherfahrungen.
- Im Rahmen der Durchführung werden Empfehlungen ausgesprochen, die an die Lebensrealität der Jugendlichen anknüpfen (Stichwort Punktnüchternheit: Gefahr im Straßenverkehr, am Arbeitsplatz, in der Schule etc.).

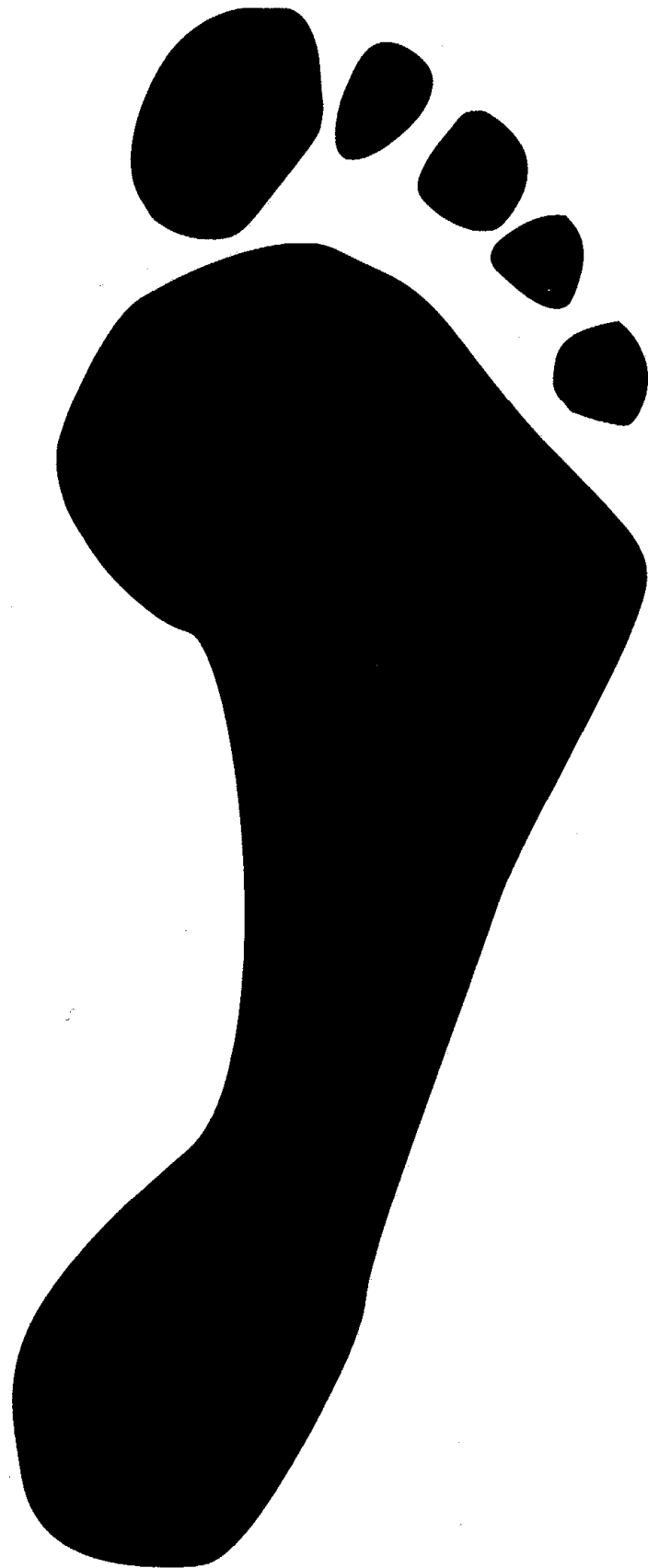
Wie kann die Rauschbrille sinnvoll eingesetzt werden:

- Die Rauschbrille soll nicht als Einzelaktivität angeboten werden, sondern als Teil eines Programms zum Thema Sucht bzw. Alkohol sein.
- Bei der Umsetzung in einer Schulklasse soll in der Vorbereitung mit den LehrerInnen das Ziel dieser Maßnahme abgeklärt werden und eine Elterninformation erfolgen.
- Eine Vorbereitung der Übungen mit den SchülerInnen und Jugendlichen und eine Reflexion sind unbedingt erforderlich.
- Beim Einsatz der Rauschbrille ist es wichtig, viele unterschiedliche Möglichkeiten und Grade der Beeinträchtigung zu thematisieren.

In der anschließenden Reflexionsphase werden das Erlebte und persönliche Rausch-Erfahrungen thematisiert. Hier wird von Abschreckungstaktik oder Dramatisierung abgeraten. Hingegen ist es sinnvoll, sachliche Information über Risiken zu vermitteln beziehungsweise gemeinsam mit den Jugendlichen zu erarbeiten.

BEILAGE FUßSTAPFEN





ÜBUNG ALKOHOLSCHÄTZEN

Ziel:

Abschätzen der Alkoholmenge in verschiedenen Getränken mit dem Ziel besonders bei jungen unerfahrenen Jugendlichen Risikokompetenz zu fördern

Es werden Kleingruppen zu je drei TeilnehmerInnen gebildet. In der Mitte des Raumes stehen gut sichtbar 6-7 Flaschen und eventuell auch ein Cocktail aufgereiht.

Ablauf 1:

Die TeilnehmerInnen sollen die Flaschen reihen (von wenig Alkohol in g bis viel). Die Flaschen enthalten unterschiedliche Gesamtflüssigkeitsmengen. Das heißt, es gibt kleine Flaschen mit einem hohen Anteil an Alkohol. Die TeilnehmerInnen in den Kleingruppen einigen sich auf eine Reihung und notieren sich diese auf einem Zettel (eventuell kann der/die BetreuerIn auch zu den Flaschen Nummern dazu legen)

Die BetreuerIn stellt die richtige Reihenfolge nach g Alkohol auf (Pickerl am Flaschenboden)

Ablauf 2:

Der/die BetreuerIn stellt neben die Flaschen noch ein kleines Glas (ein Achterl, einen kleinen Plastikbecher) und fordert die TN nochmals zu einer Reihung auf, wenn von jeder Alkoholsorte ein Achterl (125ml) genommen wird.

Die BetreuerIn stellt die richtige Reihenfolge auf; siehe Beilage „Alkoholgehalt berechnen“ mit Auflösung der g Alkohol

Ablauf 3: ab 15/16 Jahren bzw viel Konsumerfahrung.

Die TeilnehmerInnen denken sich einen Partyabend aus und stellen zusammen, was und wie viel sie da getrunken haben. Das wird auf einem Zettel notiert. (Eventuell Hilfestellung wie viel 125 ml sind - Glas aufstellen)

Mit der Formel aus der Beilage „Promillewert im Blut“ wird ausgerechnet, wie weil Promille man nach dieser Party im Blut hat. Dazu können im Anschluss die Rauschbrillen aufgesetzt werden.

Reflexion:

- Welche Auswirkungen haben diese Promille im Blut?
- Was will man gar nicht wenn man Alkohol trinkt? Was soll nicht passieren?
- Worauf muss man aufpassen?
- Was ist ein guter Rausch?
- Was könnte man tun, um die unerwünschten Folgen (sich übergeben, ins Spital kommen,...) zu vermeiden?
- Wie viele Rausche verträgt der Mensch?

Material:

- Kopien der Beilagen
- 6-7 Flaschen mit Pickerl am Boden wie viel g Alkohol
- Handoutkopien mit den Formeln
- Leeres Papier und Stifte

BEILAGE ALKOHOLGEHALT BERECHNEN

Um den Alkoholgehalt eines Getränks zu berechnen, sind folgende Angaben nötig:

- Die Menge des Getränks in ml
- Der Alkoholgehalt in Volumenprozent (Vol.-%)

Darüber hinaus müssen Sie zur Berechnung noch das spezifische Gewicht von Alkohol kennen: Dieser Wert ist $0,8 \text{ g/cm}^3$.

Die Formel zur Berechnung des Alkoholgehalts lautet dann:

$$\text{Menge in ml} \times (\text{Vol.-%} / 100) \times 0,8 = \text{Gramm reiner Alkohol}$$

Beispiele:

1 Flasche Bier (330 ml, 4,8 Vol.-%):
 $330 \text{ ml} \times (4,8 / 100) \times 0,8 = 12,7 \text{ g Alkohol}$

1 Glas Wein (100 ml, 11 Vol.-%):
 $100 \text{ ml} \times (11 / 100) \times 0,8 = 8,8 \text{ g Alkohol}$

1 Glas Tequila (20 ml, 38 Vol.-%):
 $20 \text{ ml} \times (38 / 100) \times 0,8 = 6,1 \text{ g Alkohol}$

Bei einem Viertel (125ml)	
Bier	5,2 g
Martini	7,5 g
Wein	10 g
Cocktail	15,2 g
Klopfer	17 g
Jägermeister	35 g
Tequila	38 g
Wodka	38 g

Entspricht einem Standardglas und ist demnach genau die Volumsprozentangabe auf der Flasche: z.B. Wodka hat 38% (das sind dann genau 38 g Alkohol in der Flasche)

BEILAGE PROMILLEWERT IM BLUT

Was ist die Blutalkoholkonzentration und wie berechnet man die Promille im Blut?

Die Blutalkoholkonzentration (BAK) wird in Promille gemessen. 1 Promille BAK bedeutet, dass 1 Liter Blut 1 ml reinen Alkohol enthält.

Mit Hilfe der Widmark-Formel wird die Blutalkoholkonzentration (BAK) in Promille berechnet. Dabei ist der unterschiedliche Anteil Körperflüssigkeit am Körpergewicht bei Männern (ca. 68%) und Frauen (ca. 55%) zu berücksichtigen:

$$\text{BAK (Promille)} = \frac{\text{Alkoholmenge in g}}{\text{Körpergewicht in kg} \cdot \text{Anteil Körperflüssigkeit}}$$

Beispiel: 3 Bier (à 0,3 l, ca. 4,8 Vol.-%), 70 kg

$$\text{Frau} = \frac{3 \cdot 12 \text{ g}}{70 \text{ kg} \cdot 0,55} = 0,93 \text{ Promille}$$

$$\text{Mann} = \frac{3 \cdot 12 \text{ g}}{70 \text{ kg} \cdot 0,68} = 0,75 \text{ Promille}$$

Zur ganz exakten Berechnung der Blutalkoholkonzentration müsste zusätzlich noch die Trinkgeschwindigkeit, der Mageninhalt und der Alkoholabbau mit bedacht werden. Zudem gelangen nur etwa 70-90% des Alkohols in den Blutkreislauf, dies wird als Resorptionsdefizit bezeichnet. 10-30% werden bereits im Magen abgebaut. Daher dürfte die tatsächliche Blutalkohol-konzentration etwas geringer ausfallen. Für die alltägliche Berechnung ist die obige Formel aber völlig ausreichend.

Der Alkoholabbau

Der Alkohol wird zu etwa 95 Prozent in der Leber abgebaut, und zwar recht konstant in einer Größenordnung von etwa 8 g Alkohol pro Stunde, was ein Absinken der BAK um ca. 0,15 Promille/Stunde bedeutet. Das entspricht etwa der Menge von 0,2 l Bier. In die Berechnung des BAK geht somit noch ein, wie lange der Alkoholkonsum zurückliegt.

Beispiel:

Rita wiegt 50 kg und trinkt zwischen 19 und 23 Uhr fünf Alkopops (ein Alkopop = 12 g Alkohol = insgesamt 60 g), sodass sie gegen Ende des Abends geschätzte 1,25 Promille hat. Zwei Freunde (Körpergewicht 70 kg) trinken in derselben Zeit zusammen eine Flasche Wodka und vier Bier, Jeder von ihnen kommt dann auf insgesamt über zwei Promille.

BEILAGE WIRKUNG DES ALKOHOLS:

ab 0,1 Promille

enthemmende Wirkung von Alkohol wird spürbar, Kontaktfreudigkeit nimmt zu; oft gelöste Stimmung; Entfernungen werden bereits falsch eingeschätzt

ab 0,3 Promille

leichte Verminderung der Sehleistung; Nachlassen von Aufmerksamkeit, Konzentration, Kritik- und Urteilsfähigkeit, Reaktionsvermögen; Anstieg der Risikobereitschaft

ab 0,5 Promille

Verminderung der Sehleistung um ca. 15 %; Hörvermögen herabgesetzt; Anstieg der Reizbarkeit; Fehleinschätzung von Geschwindigkeiten

ab 0,8 Promille

ausgeprägte Konzentrationsschwäche; Einschränkung des Blickfeldes um 25 % (Tunnelblick) und verminderte Sehfähigkeit; Reaktionszeit um 30 bis 50 % verlängert; Euphorie, zunehmende Enthemmung, Selbstüberschätzung; Gleichgewichtsstörungen

1,0 bis 2,0 Promille: Rauschstadium

weitere Verschlechterung der Sehfähigkeit und des räumlichen Sehens; gesteigerte Enthemmung und Verlust der Kritikfähigkeit; Reaktionsfähigkeit erheblich gestört; Gleichgewichtsstörungen; Verwirrtheit, Sprechstörungen; Orientierungsstörungen

2,0 bis 3,0 Promille: Betäubungsstadium

starke Gleichgewichts- und Konzentrationsstörungen; Gedächtnis- und Bewusstseinsstörungen; kaum noch Reaktionsvermögen, Muskelerschlaffung; Verwirrtheit; Erbrechen

ab 3,0 Promille

Bewusstlosigkeit; Gedächtnisverlust; schwache Atmung; Unterkühlung; Reflexlosigkeit

ab 4,0 Promille

Lähmungen; Koma mit Reflexlosigkeit; unkontrollierte Ausscheidungen; Atemstillstand und Tod

ÜBUNG ALKOHOLQUIZ

Ziel:

Die TeilnehmerInnen erhalten spielerisch Informationen zum Thema Alkohol und etwaige Mythen über Wirkungsweise oder Umgang mit Alkohol werden richtig gestellt

Ablauf:

Variante 1:

Die TeilnehmerInnen werden in Kleingruppen (2-3 Personen) eingeteilt und erhalten jeweils eine Kopiervorlage mit Fragen oder Aussagen zum Thema Alkohol. Sie sollen gemeinsam diskutieren und am Arbeitsblatt ankreuzen, welche der Aussagen stimmt und welche nicht, siehe Beilage Alkoholquiz.

In der Großgruppe die Lösungen präsentiert, siehe Beilage Alkoholquiz.

Variante 2:

Es werden am Boden 2 Felder mit Kreppband abgeklebt, ein „STIMMT-Feld“ und ein „STIMMTNICHT-Feld“.

Die BetreuerIn liest die jeweiligen Aussagen vor und die TeilnehmerInnen entscheiden in welches Feld sie sich stellen wollen.

Die BetreuerIn spricht – nachdem sich alle aufgestellt haben: „Ob ihr recht habt oder nicht...entscheidet das Licht“ und leuchtet eventuell mit dem Handy die richtige Fläche an. Einer der TeilnehmerInnen liest dann die Lösung vor.

Material:

Kreppband

Kopien der Fragen für die Variante 1

Auflösung aus der Beilage

BEILAGE ALKOHOLQUIZ

Ha

		Stimmt	Stimmt nicht
1	Wer Bier getrunken hat, kann eher noch Auto fahren als wer Schnaps getrunken hat.		
2	Alkohol kann man ausschwitzen.		
3	Ein Kaffee kann die Wirkungen von Alkohol abschwächen		
4	Ein 80 kg schwere Person, die 3 Gläser Wein trinkt, hat weniger Promille im Blut als eine 50 kg schwere Person, die 3 Gläser Wein trinkt.		
5	Es gibt Medikamente, welche die Promille im Blut senken können.		
6	Alkohol wärmt den Körper.		
7	Mit Alkohol schläft man besser.		
8	Wer „geeicht“ ist, dem kann der Alkohol weniger schaden.		
9	Frauen vertragen Alkohol weniger gut, weil sie weniger an den Alkohol gewöhnt sind.		
10	Alkohol macht dick.		

Alkohol-Quiz: Erläuterungen zu den Antworten

1. Das stimmt so nicht. Entscheidend für die Blutalkoholkonzentration ist nicht, was getrunken wird, sondern wie viel Alkohol in den Getränken enthalten ist, die konsumiert werden. In einem normalen Glas Bier ist etwa gleich viel Alkohol enthalten wie in einem üblichen Gläschen Schnaps. Jemand, der zwei Bier trinkt, nimmt also etwa gleich viel Alkohol zu sich wie jemand, der zwei Gläschen Schnaps trinkt. Jemand, der drei Bier getrunken hat, hat mehr Promille im Blut als jemand, der zwei Gläschen Schnaps getrunken hat.
2. Stimmt nicht. Nur ein verschwindend kleiner Teil des aufgenommenen Alkohols „verdunstet“ über die Atmung oder über die Haut. Fast der gesamte aufgenommene Alkohol muss von der Leber abgebaut werden. Circa 0,15‰ pro Stunde werden dort abgebaut.
3. Stimmt nicht. Kaffee kann die Wirkungen von Alkohol nicht vermindern.
4. Das stimmt. Die Blutalkoholkonzentration ist unter anderem auch abhängig vom Gewicht. Bei schwereren Personen führt die gleiche Menge Alkohol zu niedrigeren Blutalkoholkonzentrationen als bei leichteren. Aber Achtung: Alle anderen Risiken des Alkoholkonsums bleiben gleich!
5. Stimmt nicht. Es gibt nichts, was die Blutalkoholkonzentration vermindern kann. Außer die Zeit.
6. Stimmt nicht. Weil bei Alkoholkonsum die Haut stärker durchblutet ist, entsteht der Eindruck von Wärme. Was tatsächlich geschieht, ist aber das Gegenteil: Alkohol erweitert die Blutgefäße in der Haut, und es kommt zu einem Wärmeverlust.
7. Stimmt nicht. Die beruhigende Wirkung von Alkohol kann zwar dazu beitragen, dass man besser einschläft. Aber Personen, die Alkohol getrunken haben, wachen in der Nacht häufiger auf und können dann nicht mehr unbedingt leicht einschlafen. Die Qualität des Schlafs ist unter Alkoholeinfluss schlechter.
8. Stimmt nicht. Wer regelmäßig viel Alkohol trinkt, spürt die Wirkung zwar weniger schnell. Dies ist so, weil der Körper ein zusätzliches Enzym zur Verfügung stellt, damit der Alkohol schnell abgebaut wird. Das Abbauprodukt des Alkohols wirkt aber als Gift im Körper, auch wenn man die berauschende Wirkung des Alkohols nicht wahrnimmt.
9. Stimmt so nicht. Es stimmt, dass Frauen Alkohol in der Regel weniger gut vertragen als Männer mit demselben Gewicht. Dies hat jedoch andere Gründe: 1. Frauen haben durchschnittlich weniger Körperwasser als Männer. Der Alkohol kann sich so weniger gut verteilen, und die Blutalkoholkonzentration ist dadurch bei der gleichen Menge an getrunkenem Alkohol höher. 2. Frauen bauen Alkohol weniger gut ab, da sie über eine geringere Menge alkoholabbauender Enzyme verfügen.
10. Das stimmt. Alkohol enthält viele Kalorien. Zudem wird durch den Alkohol die Fettsäureverbrennung über mehrere Stunden verringert, so dass sich mehr Fett ansammeln kann.

ÜBUNG FLASCHENDREHEN BEI VOLL DIE PARTY

Ziel:

Negative (und positive) Konsequenzen durch Alkoholkonsum diskutieren; Gemeinsame Möglichkeiten der Risikominimierung finden

Ablauf:

Die Großgruppe sitzt im Kreis. Die BetreuerIn legt in die Mitte eine große Flasche zum Drehen auf. Daneben liegt verdeckt ein Stapel Konsequenzkarten auf denen neutrale, positive und negative Konsequenzen durch Alkoholkonsum auf einer Party beschrieben sind.

Zusätzlich steht auf einigen Karten der Vermerk z.B. „Geh für X Minuten ins Krankenhaus, Polizei, Nach Hause oder ins Direktorat ODER du erhältst X Spielchips

Vor Spielbeginn hängt oder legt die BetreuerIn außerhalb des Kreises 5 Schilder mit den oben beschriebenen Stationen auf Krankenhaus, Polizei, zu Hause, Direktorat, Friedhof) Optional kann der Friedhof auch weggelassen werden. Dann müssen die dementsprechenden Konsequenzkarten aussortiert werden. Wird der Friedhof drinnen gelassen, sollen die Konsequenzkarten dazu eher weiter unten im Stapel liegen.

Abwechselnd dreht ein/e MitspielerIn aus dem Kreis die Flasche. Der/die, auf den die Flasche zeigt, geht in die Mitte, nimmt eine Karte vom Stapel und liest vor. Er/sie befolgt entweder die Konsequenz (z.B. X Minuten Auszeit zu Hause) oder bekommt die angeführte Anzahl an Chips. Er/sie nimmt die Karte mit zu sich und setzt sich wieder in den Kreis. Eine neue Runde beginnt.

Variante bei unruhigen Gruppen: Die SpielerInnen verlassen bei einer Konsequenz NICHT den Kreis sondern drehen sich – für die angegebene Zeit - mit dem Rücken zu Mitte um oder legen sich hin

Reflexion:

Es werden die Kärtchen, die die MitspielerInnen, vor sich liegen haben, besprochen und gefragt, wie sich die Auszeiten angefühlt haben, ob jemand schon mal eine der Konsequenzen selber oder im Bekanntenkreis erlebt hat, ob die Konsequenzen realistisch sind ,...

Anschließendes gemeinsames Sortieren von negativen, positiven und neutralen Konsequenzen. Bei den negativen Konsequenzen können gemeinsam Lösungen gefunden werden, wie es z.B. möglich sein kann, mit zu viel Alkohol gut nach Hause zu kommen,...

Material:

Konsequenzkarten siehe Beilage

Schilder für Stationen (5 Kartons mit folgender Beschriftung: Krankenhaus, Polizei, DirektorIn, zu Hause),

50 Spielchips, Steine oder ähnliches

Flasche

BEILAGE KONSEQUENZKARTEN

<p>Jemand hat am Schikurs Alkohol mitgebracht. Du hast davon probiert und ihr seid dabei erwischt worden</p> <p>Geh 5 Minuten nach Hause</p>	<p>Nicht passiert zur Zeit. Es finden keine Partys statt. Dir ist langweilig!</p> <p>Kein Chip</p>
<p>Du warst lange unterwegs und deine Eltern haben sich schon Sorgen gemacht. Egal deine Freunde nicht.</p> <p>1 Chip</p>	<p>Die Feier zu deinem Geburtstag war ziemlich wild! Ihr habt aus der Bar der Eltern Wodka genommen. Du hast das erste Mal Alkohol getrunken und dich in der Menge verschätzt.</p> <p>Geh für 4 Minuten ins Krankenhaus</p>
<p>Du hast verschlafen und dein Vereinsspiel verpasst. Du wirst jetzt nicht mehr für das Turnier aufgestellt.</p> <p>Geh für 3 Minuten nach Hause</p>	<p>Du hast Karten für ein Konzert gewonnen. Satt auf die Homeparty gehst du lieber mit einem Freund ins Konzert.</p> <p>3 Chips</p>
<p>Nächste Woche geht es zum Fußball und du wirst das erste Mal in der Mannschaft spielen. Deshalb trinkst du lieber keinen Alkohol.</p> <p>2 Chips</p>	<p>Die ganze Clique hat Karten für ein Konzert gewonnen.</p> <p>3 Chips</p>
<p>Du hattet eine lustige Homeparty, wo das erste mal auch Alkohol getrunken wurde. Ihr habt aufeinander geschaut, damit es jedem gut geht.</p> <p>2 Chips</p>	<p>Du hast momentan keine Lust auf Schule. Mit Freunden abhängen ist viel lustiger!</p> <p>1 Chip</p>

<p>In der Schule haben ein paar Mädchen aus einer Klasse über dir eine Flasche Barcadi Breezer in der Schule mitgebracht. In der Pause habt ihr euch am Klo getroffen und davon getrunken. Ihr wurdet von der Gangaufsicht erwischt.</p> <p>Geh für 5 Minuten ins Direktorat</p>	<p>Du bist in einer super Clique. Das Leben ist schön ,)</p> <p>3 Chips</p>
<p>Du hattest heute eine tolle Zeit auf einem Feriencamp in den Bergen. Du hast nette Kids kennen gelernt und fühlst dich gut!</p> <p>2 Chips</p>	<p>Du triffst dich mit Freunden im Prater auf der Jesuitenwiese. Eine Flasche mit Tequila macht die Runde. Du erwischst den Punkt nicht, wo du genug hast. Dir wird schlecht und du wirst ohnmächtig.</p> <p>Geh für 5 Minuten ins Krankenhaus</p>
<p>Dein großer Bruder nimmt dich aufs Festival mit. Du trinkst ein paar Flaschen Bier. Du bist noch unter 16 Jahre alt und gerätst in eine Polizeikontrolle.</p> <p>Geh für 3 Minuten auf die Polizeistation</p>	<p>Du fühlst dich gut, weil du dich getraut hast, ein nettes Mädchen/einen netten Burschen anzusprechen. Du hast davor einen Spritzer getrunken.</p> <p>Kein Chip</p>
<p>Bei der letzten Homeparty auf der du eingeladen warst, hast du in die Wohnung deiner Freundin gekotzt. Die fand das gar nicht lustig und ist seither böse auf dich.</p> <p>Kein Chip</p>	<p>Ihr habt euch im Stadtpark getroffen und dort nach dem Nachmittagsunterricht Bier getrunken. Am nächsten Tag war Mathe-Schularbeit und du konntest dich wegen Kopfweh nicht konzentrieren.</p> <p>Kein Chip</p>
<p>Du warst die Seele der Party, hast mit anderen viel gelacht und es war ein gelungener Abend.</p> <p>3 Chips</p>	<p>Du hast das erste Mal Alkohol auf der Schulprojektwoche probiert und bist gleich vom strengsten Lehrer erwischt worden. Voll unfair, die Lehrer trinken selber Wein am Abend.</p> <p>Geh 5 Minuten ins Direktorat</p>

<p>Nachdem du gestern ziemlich lang auf der Pyjamaparty warst, bist du heute viel zu spät aufgestanden und kommst zu spät zu deinen Reitstunden.</p> <p>1 Chips</p>	<p>Du hast die Party wirklich toll gefunden und hast das erste mal jemanden geküsst.</p> <p>3 Chips</p>
<p>Ihr habt getanzt, geschmüsst und euch super amüsiert. Alle waren bis zum Schluss gut drauf.</p> <p>3 Chips</p>	<p>Du bist unter 16 Jahre alt und wirst bei einer Polizeikontrolle alkoholisiert erwischt. Dir ist das vor deinen Eltern furchtbar peinlich.</p> <p>Geh für 3 Minuten nach Hause</p>
<p>Du gehst das erste Mal auf eine Party und alle trinken viel Alkohol. Du möchtest dabei sein und machst mit. Das nächste was du weißt, ist, dass du am Klo liegst und der Notarzt sich um dich kümmert.</p> <p>Geh für 4 Minuten ins Krankenhaus</p>	<p>Auf der letzten Homeparty hat eine Freundin gekotzt. Ihr habt gemeinsam überlegt, was ihr machen sollt. Ich hab euch entschlossen, nicht die Rettung zu rufen, um ihr Ärger zu ersparen.</p> <p>Kein Chip</p>
<p>Du hast dich den ganzen Tag auf die Party gefreut. Es war genau so gut wie erwartet. Alle haben auf den Tischen getanzt und laut mitgesungen.</p> <p>3 Chips</p>	<p>Ihr habt ein lustiges Trinkspiel gespielt und jetzt ist fast allen schlecht.</p> <p>Kein Chip</p>
<p>Du warst mit deinen Freunden auf einer Geburtstagsparty und hast zu viel Eierlikör getrunken. Dir ist schlecht und deine Freunde rufe deine Eltern an. Am nächsten Tag gibt es eine Predigt.</p> <p>1 Chip</p>	<p>Deine Eltern feiern eine Party und es wird auch Alkohol getrunken. Du findest das echt peinlich wie sie sich dann benehmen.</p> <p>2 Chips</p>

<p>Du bist nach der letzten Party gut drauf, weil du wenig Alkohol getrunken hast und dich gut amüsiert hast.</p> <p>3 Chips</p>	<p>Eigentlich findest du Saufpartys langweilig, aber du weißt nicht was du sonst machen sollst.</p> <p>Kein Chip</p>
<p>Alle sind betrunken, dir ist langweilig und du gehst nach Hause.</p> <p>Geh für 2 Minuten nach Hause</p>	<p>Gestern hast du dich mit deiner Freundin über die anderen betrunkenen Gäste amüsiert.</p> <p>1 Chip</p>
<p>Du bist Antialkoholiker und verstehst nicht, warum wer soviel trinken möchte.</p> <p>3 Chips</p>	<p>Da du beschlossen hast, an diesem Abend nichts zu trinken, kannst du einem Freund, dem es nicht gut geht, helfen.</p> <p>3 Chips</p>
<p>Du bist im Fitnessstraining und trinkst keinen Alkohol.</p> <p>2 Chips</p>	<p>Du hast bei der Homeparty nichts getrunken und konntest deinen Freund gut nach Hause bringen.</p> <p>3 Chips</p>
<p>Deine Eltern sind heute nicht zu Hause und machst eine große Party. Die Wohnung wird verwüstet und deine Eltern glauben dir nicht, dass du nicht getrunken hast.</p> <p>Geh für 2 Minuten nach Hause</p>	<p>Ihr werdet auf der Projektwoche von einer Lehrerin mit Wodka erwischt. Die Eltern werden verständigt und ihr werdet nach Hause geschickt.</p> <p>Geh für 4 Minuten ins Direktorat</p>

9 LITERATURVERZEICHNIS

Bachmayer, S., Strizek, J., & Uhl, A. (2018): Handbuch Alkohol – Österreich: Band 1 – Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2018, 7. Aufl.; Gesundheit Österreich GmbH, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation; BMG, Wien

Degkwitz, P. (2005): „Sucht“ in einer „praxeologischen“ Sicht – Überlegungen zum Potential des soziologischen Ansatzes Bourdieus. In Dollinger, Bernd & Schneider, Wolfgang. Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 63–88

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS): Substanzgebrauchsstörung: Diagnosekriterien gemäß DSM-V. <http://www.medikamente-und-sucht.de/behandler-und-berater/medikamentensicherheit/missbrauch-und-abhaengigkeit/substanzgebrauchsstoerung-diagnosekriterien.html>. (Zuletzt zugegriffen am 18.07.2017 um 15:52 Uhr)

Dilling, H. et al. (Hg.) (2006): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 4. überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber, Bern

Fischer, G. & Riedesser, P. (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie, München/Basel

Horvath, I., Anzenberger, J., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Schmutterer, I., Strizek, J.; Tanios, A., & Weigl, M. (2018): Bericht zur Drogensituation 2018. Gesundheit Österreich GmbH, Wien.

IFES (2015): Suchtmittelmonitoring 2015. Bevölkerungsbefragung Wien, Wien

Kalke, J. & Wurst, M. F. (2015): Glücksspiel und Glücksspielprobleme in Österreich. Ergebnisse der Repräsentativerhebung 2015. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD), Hamburg

Klein, M. (2009): Kinder in suchtbelasteten Familien. In: Thomasius, R. et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Verlag Schattauer, Stuttgart

Klein, M. (2015): Vom (Irr-)Sinn der Sucht – ein modernes Konzept für ein archaisches Verhalten. Fachtagung (Neue) Süchte – Neue Wege in der Wohnungslosenhilfe?!; 20.04.–21.04.2015

Meili, D. et al. (2004): Jenseits des Abstinenzparadigmas – Ziele der Suchttherapie. In: Suchttherapie Ausgabe 1; März 2004; Verlag: Thieme, Stuttgart; S. 2–9

Ramelow, D., Teutsch, F., Hofmann, F., & Felder-Puig, R. 2015. Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Schwichtenberg, N. (2012): Trauma und Sucht – Zusammenhänge und therapeutische Möglichkeiten. Bachelor-Thesis, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales – Department Soziale Arbeit, Hamburg

Strizek, J. & Uhl, A. (2016): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015. Band 1. Forschungsbericht, Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Sucht- und Drogenkoordination Wien (2013): Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013, Wien

van der Kolk, B., McFarlane, A., & Weisaeth, L. (Hg.) (2000): Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York – London: Guilford Press

VIVID – Fachstelle Suchtprävention. Zahlen, Daten, Fakten,
<http://www.vivid.at/wissen/was-ist-sucht/zahlen-daten-fakten/> (zuletzt zugegriffen am 15.05.2019 um 14:30 Uhr)

World Health Organisation (WHO): Management of substance abuse.
http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/ (zuletzt zugegriffen am 23.12.2013 um 13:44 Uhr)

Herausgegeben von:

Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH

Modecenterstraße 14/Block B/2. OG

1030 Wien

Stand: September 2017