

plus

Das österreichische Präventionsprogramm für die 5. bis 8. Schulstufe

Theoretische Grundlagen und Evaluationsergebnisse

1. EINFÜHRUNG

Spätestens mit dem Erscheinen der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln in Auftrag gegebenen Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs im Jahr 1993 stehen das Thema Wirksamkeit von Prävention und damit auch die Entwicklung und Umsetzung wirksamer Maßnahmen auf der suchtpreventiven Agenda. Die zentralen Ergebnisse der Expertise sind: Prävention ist wirksam – aber nur bei sorgfältiger Planung und intensiver Durchführung (vgl. Künzel-Böhmer et al. 1993, VI). Und: Die Schaffung professioneller und hauptamtlicher Präventionseinrichtungen ist dringend anzuraten. In Österreich führte dies zur Errichtung von Fachstellen für Suchtprävention in den Bundesländern (vgl. Weigl et al. 2012, 8). Diese Fachstellen sind österreichweit zur österreichischen Arbeitsgemeinschaft Suchtvorbeugung zusammengeschlossen, deren Ziel es ist, österreichweit qualitätsgesicherte, standardisierte suchtpreventive Angebote zu schaffen. „Grundsätzlich wird ein hohes Maß an Langfristigkeit und Nachhaltigkeit der Präventionsmaßnahmen angestrebt.“ (Weigl et al. 2012, 17)

Nach der Implementierung des Präventionsprogramms „Eigenständig werden“ in der Primarschule (seit 2002) wurde nun mit dem Programm plus ein Spiralcurriculum für die 5. bis 8. Schulstufe auf der Basis aktueller Forschungsergebnisse und entwicklungspsychologischer Erkenntnisse entwickelt. Dabei konnte auf umfassende Vorarbeiten der Tiroler Fachstelle kontakt+co, die sich schon seit 2004 mit der Konzeptionierung dieses Präventionsprogramms befasst, zurückgegriffen werden.

Fachliche Grundlagen

Die fachlichen Grundlagen für das Präventionsprogramm plus werden mithilfe des 6-Phasen-Modells (Uhl 1998, 171 ff.) dargestellt:

PHASE 1: Grundlagenforschung

Die wissenschaftliche Grundlagenforschung stellt die Basis für die Entwicklung von Präventionsprogrammen dar. Sie beinhaltet u. a. die Erfassung von epidemiologischen Daten zur Identifikation von Problembereichen und Konsumtrends, das Formulieren von Theorien, welche die Entwicklung von Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit erklären, sowie die Entwicklung von validen und reliablen Instrumenten für die Messung von Missbrauchsverhalten und anderen relevanten Variablen.

PHASE 2: Präventionsforschung

Auf der Grundlagenforschung aufbauend, formuliert und untersucht die Präventionsforschung kausale Modelle zur Beeinflussung von Konsumaufnahme, -veränderung, -reduktion und -beendigung bei spezifischen Zielgruppen (Interventionsmodell).

PHASE 3 UND 4: Konzeptualisierung und Entwicklung

PHASE 5: Überprüfung

Hier sollen insbesondere die Machbarkeit und Effektivität von Maßnahmen überprüft werden. Für die Forschung stellt sich u.a. die Aufgabe, die zielführenden Elemente einer Intervention zu bestimmen.

PHASE 6: Routinisierung

Die Routinephase stellt den Abschluss der wissenschaftlich basierten Einführung präventiver Maßnahmen dar. Sie ist erreicht, wenn die Programme routinemäßig von einem großen Anwenderkreis eingesetzt werden (Bühler & Kröger 2006, 107 ff.).

2. PHASE I: GRUNDLAGENFORSCHUNG

2.1. EPIDEMIOLOGIE

Verbreitung von Suchtmittelgebrauch, -missbrauch und -abhängigkeit in Österreich:

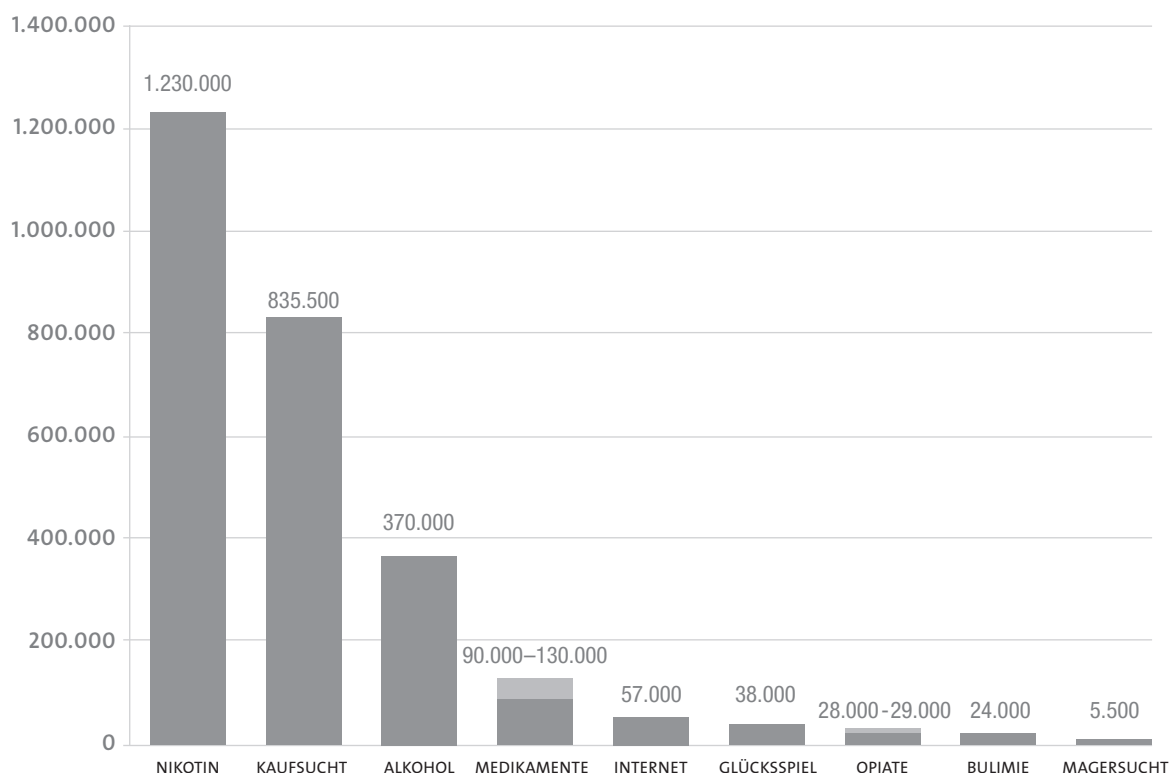
Vorbemerkung

„Die Frage, wie viele Personen eine bestimmte psychoaktive Substanz gebrauchen, bzw. diese in gesundheitsschädigendem Maße gebrauchen, bzw. vom Konsum abhängig sind, ist zentrale Fragestellung der Epidemiologie. Erwartet werden hier meist einfach formulierte relativ präzise Prozentangaben. Der Sachverhalt ist allerdings komplex, es gibt viele methodologische Probleme und gravierende Ungenauigkeiten, die einfache, präzise und sichere Aussagen verunmöglichen. Man muss wissen, dass die betreffenden Statistiken immer mit Unschärfen verhaftet sind. Dies bedeutet nicht, dass die betreffenden Daten nicht mehr erhoben werden sollen, im Gegenteil. Es ist nur wichtig, sich bei der Auseinandersetzung mit den entsprechenden Statistiken der jeweiligen Probleme bewusst zu sein. Von zentraler Bedeutung ist es, verschiedene Datenquellen zur Verfügung zu haben, weil die gesundheitliche Dimension des Substanzgebrauchs nicht aus nur einer einzigen Datenquelle abgeleitet werden kann, sondern eine Einschätzung der Situation nur in der Zusammenschau der verschiedensten Datenquellen möglich und sinnvoll ist.“ (Uhl, Schmutterer, Kobra & Strizek 2013, 9 ff.)

2.1.1. Verbreitung der Sucht- und Drogenthematik in der Allgemeinbevölkerung

Vom Institut Suchtprävention werden seit 1999 alle relevanten Daten zur Sucht- und Drogenthematik analysiert und im „Factsheet Sucht“ (Gschwandtner, Lehner, Paulik, Schmidbauer & Seyer 2019, 5 ff.) dargestellt: In der nachfolgenden Grafik wird ein Überblick zur Abhängigkeit zu verschiedenen Substanzen bzw. Verhaltenssuchten gegeben.

Abb. 1: Abhängigkeit in Österreich 2018, Quelle: Gschwandtner, Lehner, Paulik, Seyer 2013, 4.



Nikotin

Die Zahlen zur Abhängigkeit von Nikotin sind hier nach der Publikation von Schoberberger/Kunze (1999) angegeben. Demnach ist bei 70% der Raucher/innen eine geringe (33%) bzw. eine starke (37%) Nikotinabhängigkeit nachzuweisen. Basis für diese Zahl ist der Fagerströmtest (Schoberberger/Kunze, 1999: 29ff.). Berechnungsgrundlage ist weiters die Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS), in der 24% der über 15-Jährigen angaben, täglich zu rauchen. Das ergibt hochgerechnet auf die österreichische Bevölkerung 1,76 Mio. tägliche Raucher/innen (Klimont/Baldas, : 41). Es soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Angaben über den Anteil der abhängigen Raucher/innen in der Forschung stark schwanken. „Je nach angewandtem Frageninventar (Fagerström- Test oder DSM-IV) sind etwa 17-85% der Raucher stark abhängig.“ (Haustein/Groneburg, 2008)

Kaufsucht

Die letzte Studie zur Kaufsucht in Österreich im Jahr 2016 wies 11% der Bevölkerung ab 14 Jahren als kaufsüchtig aus. Das ergibt für diese Bevölkerungsgruppe eine absolute Zahl von ca. 835.500 Personen, die als „de facto kaufsüchtig“ bezeichnet werden können. Weitere 13% zeigen in Sachen Shopping ein kompensatorisches Verhalten. Damit ist dieser Wert gegenüber der letzten Untersuchung aus dem Jahr 2011 gestiegen (vgl. Tröger, 2017: 9). In der Untersuchung kam als Erhebungsinstrument der Hohenheimer Kaufsuchtindikator (German Addictive Buying Scale) in seiner Standardversion zum Einsatz.

Alkohol

Laut Uhl/Bachmayer/Strizek (2016) können ca. 5 % der erwachsenen österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren als alkoholabhängig eingestuft werden. Für Österreich ergibt sich dabei aktuell die absolute Zahl von ca. 370.000 AlkoholikerInnen. Der Anteil der Alkoholabhängigen unter den Männern ist etwa dreimal so hoch als jener der Frauen: 2,5 % der Frauen und 7,5 % der Männer werden als abhängig von der Droge Alkohol eingeschätzt.

Medikamente

Als Schätzgrundlage dient ein Mittelwert verschiedener Publikationen zur Abhängigkeit von Medikamenten, wobei hier die Schätzung von Haller (2016) übernommen wird.

Ausgehend davon kommt man für die österreichische Bevölkerung vorsichtig geschätzt auf ca. 150.000 bis 200.000 Personen, die von Medikamenten abhängig sind. „Etwa 80 Prozent der Medikamentensüchtigen sind von Benzodiazepinen abhängig. Das Durchschnittsalter der Abhängigen liegt bei circa 50 Jahren. Frauen sind nach allen Untersuchungen häufiger betroffen als Männer.“ (Haller, 2016: 27)

Musalek/Mader beschreiben die Situation aktuell folgendermaßen: „Geschätzte 150.000 Österreicher sind von Arzneimitteln abhängig. Aufgrund der vermutlich sehr hohen Dunkelziffer liegt die Zahl der Medikamentenabhängigen aber wesentlich höher. Schätzungen zufolge könnten es bis zu 300.000 Personen sein. Eine genaue Angabe ist hier schwer möglich, da die Medikamentenabhängigkeit wie keine andere Suchterkrankung im Verborgenen stattfindet und die Betroffenen sehr lange sozial unauffällig bleiben. Auch Aufnahmen in Krankenhäusern weisen darauf hin, dass es bei Medikamenten ein Problem gibt. So werden in Österreich jährlich 30.000 stationäre Aufnahmen wegen Medikamentenzwischenfällen registriert.“ (Musalek/Mader, 2019 : 23)

Glücksspiel

Unter „Pathologischem Spielverhalten“ wird ein Syndrom psychopathologischer Störungen auf der Verhaltens-, kognitiven und emotionalen Ebene nach den Kriterien der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV verstanden. Deren diagnostische Leitlinien finden sich im Anhang (Kap. 6.3). Die erste repräsentative Befragung der österreichischen Bevölkerung (im Alter von 14 bis 65 Jahre) kam zu folgendem Ergebnis: 0,43 % aller Befragten weisen ein problematisches (3 oder 4 der DSM-IV Kriterien sind erfüllt) und 0,66 % ein pathologisches (mindestens fünf der DSM-IV Kriterien liegen vor) Spielverhalten auf. Das ergibt aktuell die absolute Zahl von ca. 26.000 problematischen und ca. 38.000 pathologischen (krankhaften) Spieler/innen im Alter zwischen 14 und 65 Jahren (vgl. Kalke/Buth u. a., 2011). Eine 2015 durchgeführte Folgebefragung (Kalke/Wurst/Buth/Thon, 2015) bestätigte die Ergebnisse der Erstuntersuchung.

Internetsucht

Seit Mitte der 1990er-Jahre wird in zunehmendem Ausmaß die These der Existenz einer „Internetsucht“ diskutiert. Der Begriff „INTERNET ADDICTION DISORDER (IAD)“ hat sich in diesem Zusammenhang etabliert. Beinahe alle Forscher betonen die Nähe zur Spielsucht und zur Diagnose dient auch ein Ausschnitt des Klassifikationssystems nach DSM V.

Zimmerl (2004) empfiehlt den Begriff „pathologischer Internetgebrauch“. Da es für Österreich keine Repräsentativstudien gibt, werden internationale deutschsprachige Studien herangezogen und auf die österreichische Bevölkerung umgelegt, um einen Richtwert hinsichtlich der Problematik zu erhalten. Die bisher umfangreichste und seriöseste Studie zur Internetabhängigkeit wurde im Jahr 2011 im Auftrag des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit von Rumpf/Meyer/Kreuzer/John (2011) fertiggestellt. Darin kommen die Autoren zum Ergebnis, dass bei ca. 1% der 14- bis 64-Jährigen eine Internetabhängigkeit vorliegt. Das Verhältnis Männer: Frauen wird auf 1,5:1 geschätzt. „In der Altersgruppe 14–24 steigt hier die Prävalenz auf 2,5% an (Frauen 2,5%, Männer 2,5%). Bei Betrachtung der 14- bis 16-Jährigen finden sich 4,0% Internetabhängige (Frauen 4,9%, Männer 3,1%).“ (Rumpf/Meyer/Kreuzer/John, 2011: 3) Interessant ist der höhere Anteil der Mädchen und Frauen in der Altersgruppe der 14- bis 24-Jährigen, besonders in der Gruppe der 14- bis 16-Jährigen. Die auffälligen Mädchen und Frauen (14-24 Jahre) nutzen vorwiegend Soziale Netzwerke im Internet (77,1%) und eher selten Onlinespiele (7,2%). Die jungen Männer nutzen ebenfalls, aber in geringerer Ausprägung Soziale Netzwerke (64,8%), aber häufiger Onlinespiele (33,6%). (vgl. Rumpf/Meyer/Kreuzer/John, 2011: 3)

Auf Österreich übertragen sind bei einem Anteil von 1% Internetabhängiger in der Gruppe der 14- bis 64-Jährigen ca. 57.000 Personen als internetabhängig einzuschätzen. Im Jahr 2018 wurde von der WHO die „Gaming Disorder“ als ein Muster anhaltenden oder wiederkehrenden Spielverhaltens das online oder offline erfolgen kann und das durch eine „beeinträchtigte Kontrolle über Beginn, Häufigkeit, Intensität, Dauer, Beendigung und Kontext des Spielens“, eine zunehmende Priorität für das Spielen in einem Maße, dass das Spielen „Vorrang vor anderen Lebensinteressen und täglichen Aktivitäten“ gewinnt und durch die Fortsetzung oder Eskalation des Spielens trotz des Auftretens von negativen Folgen gekennzeichnet ist, aufgenommen. (vgl. WHO, 2018).

Opiate

Als Grundlage für die Anzahl der von Opioiden Abhängigen wurde die Schätzung des risikoreichen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden im Epidemiologiebericht des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheit verwendet: „Laut rezenten Schätzungen gibt es in Österreich zwischen 35.000 und 38.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum, meist in Form von Mischkonsum mit anderen Substanzen. Etwas weniger als die Hälfte dieser Personen lebt in Wien. Ein Viertel ist weiblich und neun Prozent sind unter 25 Jahre alt. Wien als einzige Großstadt Österreichs ist vom risikoreichen Drogenkonsum am stärksten betroffen, gefolgt von Kärnten, Vorarlberg und Niederösterreich“ (Anzenberger u. a., 2019: 8)

Essstörungen

Zur Prävalenz von Essstörungen gibt es in Österreich nur grobe Schätzungen. Gebräuchlich ist eine Anwendung von Ergebnissen deutscher Studien, insbesondere denjenigen von Krüger/Reich/Buchheim/Cierpka (2001), um annäherungsweise Aussagen zur Verbreitung der Essstörungen in Österreich treffen zu können. Demnach leiden ca. 2,5% der 18- bis 35-jährigen Frauen an Ess-Brechsucht (Bulimie) und ca. 1% der 15- bis 25-jährigen Frauen an Magersucht (Anorexie). Epidemiologische Studien (Mangweth-Matzek, 2015: 96) konstatieren ein Geschlechterverhältnis (Frauen:Männer) von 10:1 bei Magersucht und 4:1 bei Bulimie.

2.1.2. Verbreitung von Abhängigkeitserkrankungen bei Jugendlichen

Bei Jugendlichen handelt es sich in der Regel noch nicht um Abhängigkeit, sondern um suchtriskantes bzw. gesundheitsgefährdendes Verhalten. Ausnahmen bilden hier das Rauchen, Essstörungen und der pathologische Internetgebrauch. Aus der Gesundheitsforschung (Felder-Puig et al., 2019) liegen folgende Daten für Österreich vor: 32 % der Burschen und 26 % der Mädchen

ab Schulstufe 9 trinken mindestens einmal pro Woche Alkohol. Geschlechtsspezifische Muster lassen sich nur bei jenen Schüler/innen erkennen, welche häufig Alkohol konsumieren. Bei den Schüler/innen ab Schulstufe 9 gibt es 77 % Nichtraucherinnen und 81 % Nichtraucher. In der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen haben nicht ganz ein Viertel der männlichen und ein Sechstel der weiblichen Schüler/innen bereits Cannabis konsumiert. Von aktuellem Konsum berichten 12 % der befragten Burschen und 6 % der Mädchen. Im Vergleich zu den vorangegangenen Studien der Jahre 2010 und 2014 (diese finden alle 4 Jahre statt) zeigen sich positive Veränderungen bei der Nichtraucherrate und beim wöchentlichen Alkoholkonsum, während der Konsum von Cannabis angestiegen ist. Zum pathologischen Internetgebrauch existieren für Österreich derzeit keine validen Untersuchungsergebnisse. Die Schätzungen orientieren sich daher an den Ergebnissen der Untersuchung, die von Rumpf et al. 2011 in Deutschland durchgeführt wurde (siehe 2.1.1 / Abschnitt Internetsucht).

2.1.3. Thema Gewalt

Suchtprävention hat zum Ziel, Risikofaktoren zu reduzieren und Schutzfaktoren zu fördern (in Hinblick auf Sucht und problematische Verhaltensweisen). Ein Hochrisikofaktor im Setting Schule ist die Erfahrung von sozialer Ausgrenzung und Gewalt. „Die Ausübung von physischer oder psychischer Gewalt, wie Schikanieren/Bullying/Mobbing von Schülerinnen und Schülern untereinander, kann die Gesundheit nachhaltig beeinträchtigen und steht oft im Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum und anderen Problemverhaltensweisen.“ (Becklas & Klocke 2011; Molcho et al. 2004, zitiert nach Ramelow et al. 2011, 46)

Neurobiologische Befunde zeigen, dass Ausgrenzung und Demütigung nicht nur zur Lähmung des Motivationssystems führt (was Lernen generell sehr negativ beeinflusst), sondern wie absichtlich zugefügter (körperlicher) Schmerz wahrgenommen wird. Das Gehirn macht zwischen körperlichem und psychischem Schmerz kaum Unterschiede (Bauer 2009, 111). Aggressives Verhalten in Schulen hat umfassende negative Konsequenzen sowohl auf die Lernleistungen der Schülerinnen und Schüler als auch auf ihr Sozialverhalten. Jugendliche, die in der Schule Aggression erleben, gehen nicht gern in die Schule, sind weniger motiviert und haben auch schlechtere Noten. Ein positives schulisches Umfeld wirkt dagegen motivations- und leistungsfördernd. (Strohmeier, Gradinger, Schabmann & Spiel 2012, 197)

Aktuelle Zahlen aus der Gesundheitsforschung (Felder-Puig et al., 2019) liefern folgendes Bild: 8 % der Schüler/innen (etwas mehr Burschen als Mädchen) sind Opfer von Mobbing in der Schule. 7 % der Burschen und 3 % der Mädchen waren in den letzten paar Monaten wiederholt an Mobbingaktionen gegenüber Mitschüler/innen beteiligt. Verglichen mit den Vorgängerstudien 2010 und 2014 sinkt die Rate an Mobbing-Opfern und Mobbing-Täter/innen.

2.2. GESUNDHEITSPOLITISCHE RELEVANZ

Die Sucht- und Drogenproblematik produziert nicht nur direkt hohe Belastungen für das Gesundheitswesen, der Gebrauch/Missbrauch der legalen Drogen Alkohol und Tabak steht in hoch entwickelten Gesellschaften auch an erster Stelle, wenn es um Risikofaktoren bezüglich Gesundheit allgemein geht – siehe Tabelle „Ranking of selected risk factors“ (vgl. WHO 2009). Laut Gigerenzer verursacht alleine Zigarettenrauchen 20 bis 30 % aller Krebserkrankungen. Alkoholmissbrauch verursacht rund 10 % aller Krebserkrankungen bei Männern und rund 3 % bei Frauen. (Gigerenzer 2013, 279-285)

2.3. THEORETISCHE GRUNDLAGEN

Die Entwicklung von Präventionsaktivitäten basiert auf zwei zentralen Fragen: „Welche Faktoren sind für die Entstehung eines Problemverhaltens verantwortlich?“ (siehe Risiko-, Belastungs- und Schutzfaktorenmodell) und „Mit welcher Intervention können diese Faktoren optimiert werden“ (Huttemann, Schmid & Rösch 2010, 8) respektive beeinflusst werden. Hier müssen sich Ursa-

chenforschung (Ätiologie), Interventionstheorie und Praxis verbinden. Da Suchtprävention nicht nur Sucht verhindern will, sondern auch anderen Problemen im Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen bzw. mit suchtriskanten Verhaltensweisen vorbeugen will (wie Alkoholin- toxikationen, psychoaktive Substanzen im Straßenverkehr usw.), greift sie je nach spezifischer Problemstellung auch auf unterschiedliche theoretische Modelle zurück.

2.4. ZENTRALE MODELLE DER SUCHTVORBEUGUNG

Im Folgenden werden zentrale Modelle der Entwicklung von Sucht und problematischem Substanzkonsum vorgestellt:

- Risiko- und Schutzfaktorenmodell
- Entwicklungsaufgaben und Funktionen des Substanzgebrauchs
- Lebenskompetenzmodell
- Modell der Trias der Entstehungsursachen von Abhängigkeit

2.4.1. Risiko- und Schutzfaktorenmodell

Einflussfaktoren, die die Wahrscheinlichkeit einer Suchtentwicklung erhöhen, werden als Risikofaktoren bezeichnet. Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit einer Suchtentwicklung vermindern, werden als Schutzfaktoren bezeichnet. Petraitis, Flay und Miller haben aus unterschiedlichen Einflussfaktoren und Theorien ein Klassifikationsschema erstellt (vgl. Petraitis, Flay & Miller 1995, 67-86), welches heute bei der Entwicklung suchtpreventiver Programme oftmals als theoretische Grundlage verwendet wird. In der nachfolgenden Tabelle werden relevante Einflussfaktoren auf den Substanzkonsum von Kindern und Jugendlichen dargestellt. Die Autoren unterscheiden die Einflussfaktoren nach der Nähe (ultimativ, distal, proximal) und nach den Merkmalen sozial, gesellschaftlich bzw. individuell.

Abb. 2: Ranking of selected risk factors: 10 leading risk factor causes of DALYs by income group, 2004

RISK FACTOR	DALYs millions	Percentage of total	RISK FACTOR	DALYs millions	Percentage of total
WORLD			LOW-INCOME COUNTRIES*		
1 Childhood underweight	91	5,9	1 Childhood underweight	82	9,9
2 Unsafe sex	70	4,6	2 Unsafe water, sanitation, hygiene	53	6,3
3 Alcohol use	69	4,5	3 Unsafe sex	52	6,2
4 Unsafe water, sanitation, hygiene	64	4,2	4 Suboptimal breastfeeding	34	4,1
5 High blood pressure	57	3,7	5 Indoor smoke from solid fuels	33	4,0
6 Tobacco use	57	3,7	6 Vitamin A deficiency	20	2,4
7 Suboptimal breastfeeding	44	2,9	7 High blood pressure	18	2,2
8 High blood glucose	41	2,7	8 Alcohol use	18	2,1
9 Indoor smoke from solid fuels	41	2,7	9 High blood glucose	16	1,9
10 Overweight and obesity	36	2,3	10 Zinc deficiency	14	1,7
MIDDLE-INCOME COUNTRIES*			HIGH-INCOME COUNTRIES*		
1 Alcohol use	44	7,6	1 Tobacco use	13	10,7
2 High blood pressure	31	5,4	2 Alcohol use	8	6,7
3 Tobacco use	31	5,4	3 Overweight and obesity	8	6,5
4 Overweight and obesity	21	3,6	4 High blood pressure	7	6,1
5 High blood glucose	20	3,4	5 High blood glucose	6	4,9
6 Unsafe sex	17	3,0	6 Physical inactivity	5	4,1
7 Physical inactivity	16	2,7	7 High cholesterol	4	3,4
8 High cholesterol	14	2,5	8 Illicit drugs	3	2,1
9 Occupational risks	14	2,3	9 Occupational risks	2	1,5
10 Unsafe water, sanitation, hygiene	11	2,0	10 Low fruit and vegetable intake	2	1,3

* Countries grouped by 2004 gross national income per capita – low income (US\$ 825 or less), high income (US\$ 10.066 or more)

Quelle: WHO (2009): Global health risks. Genf

Abb.: Risiko- und Schutzfaktoren hinsichtlich des experimentellen Substanzkonsums von Kindern und Jugendlichen (zusammengefasst und modifiziert nach Petraitis et al. 1998)

PERSON	SOZIALES UMFELD	GESELLSCHAFT
EBENE: ULTIMATIV		
stabile Persönlichkeitseigenschaften und biologische Dispositionen, die die Motivation für Substanzkonsum fördern oder die physiologische Empfänglichkeit für Substanzen steigern, u.a.: • genetische Empfänglichkeit für Substanzabhängigkeit • gestörte Impulskontrolle • Aggressivität • hohe Risikobereitschaft • Sensation-Seeking	Kennzeichen der Personen des engsten Systems sozialer Unterstützung; unspezifisch für Substanzkonsum; erhöhen das Risiko, aus sozialem Druck Substanzen zu konsumieren, u.a.: • seltene Belohnung durch Familienmitglieder • Mangel an elterlicher Wärme, Unterstützung oder Aufsicht • Scheidung der Eltern • familiäre Belastung	Merkmale der unmittelbaren Umgebung (Wohnen, Schule, Kultur); erhöhtes Risiko für eine positive Einstellung gegenüber Substanzkonsum, u.a.: • Kriminalitäts- und Arbeitslosenrate • schlechte Schulen und Bedingungen für eine angemessene Ausbildung • Darstellung des Drogenkonsums in den Medien • leichte Verfügbarkeit von Substanzen
EBENE: DISTAL		
emotionaler Zustand und allg. Fähigkeiten, die die Motivation für Substanzkonsum fördern und Standfestigkeit verringern, u.a.: • geringes Selbstwertgefühl • Angst • Depressivität • Stress • fehlende Bewältigungsstrategien	emotionale Bindung an andere Jugendliche und Rollenmodelle, die zu Substanzkonsum ermutigen, u.a.: • geringe Bindung an Familienmitglieder • stärkerer Einfluss durch die Peers mit dem Wunsch, diesen zu gefallen	allg. Werte und Verhaltensweisen, die zu einer positiven Einstellung gegenüber Substanzkonsum beitragen, u.a.: • geringe Bindung an konventionelle Werte und Normen • schwache Leistungsorientierung • Wunsch nach Unabhängigkeit von Eltern
EBENE: PROXIMAL		
subjektive Einschätzung der eigenen Fähigkeit, Substanzen zu konsumieren oder zu vermeiden, u.a.: • Annahme über eigene Standfestigkeit	subjektive Einschätzung der normativen Natur von Substanzkonsum, u.a.: • Schätzung zur Prävalenz • Annahme, dass wichtige Personen Substanzgebrauch befürworten	subjektive Einschätzung der Kosten und Nutzen des Substanzgebrauchs, u.a.: • erwartete Kosten und angenommener Nutzen des Substanzkonsums

Quelle: Jordan & Sack 2009, 130

Die Ebenen (ultimativ, distal und proximal) stellen eine Abstufung bezüglich der unmittelbaren Beeinflussung des Substanzgebrauchs dar. Je weiter ein Faktor entfernt ist, umso mehr vermittelnde Variablen/Ebenen sind zur Klärung des Einflusses auf den Substanzgebrauch notwendig (vgl. Bühler & Kröger 2006, 19).

2.4.2. Entwicklungsaufgaben und Funktionen des Substanzgebrauchs

„Bei den meisten Jugendlichen ist der Substanzkonsum im Jugendalter auf die Adoleszenz beschränkt und weitgehend funktional zu den adoleszenztypischen Entwicklungsaufgaben.“ (Thomasius, Stolle & Sack 2009, 142-143)

Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz und mögliche Funktionen des Substanzkonsums nach Reese und Silbereisen:

Entwicklungsaufgaben	Funktionen des Substanzkonsums
Wissen, wer man ist und was man will (Selbstkonzept und Identität)	Ausdruck persönlichen Stils Suche nach grenzüberschreitenden, bewusstseins-erweiternden Erfahrungen und Erlebnissen
Aufbau von Freundschaften, Aufnahme intimer Beziehungen	Erleichterung des Zugangs zu Peergruppen, Exzessiv ritualisiertes Verhalten, Kontaktauf- nahme zu gegengeschlechtlichen Peers
Ablösung von Eltern	Demonstration der Unabhängigkeit von den Eltern, Bewusste Verletzung der elterlichen Kontrolle
Übernahme von Verhaltensweisen Erwachsener	Demonstration und Vorwegnahme des Erwachsenseins
Lebensgestaltung, -planung	Teilhabe an subkulturellem Lebensstil Spaß und Genuss
Eigenes Wertesystem	Gewollte Normverletzung Ausdruck sozialen Protests
Entwicklungsprobleme	Ersatzziel für verwehrte normative Entwicklungsziele, Stress- und Gefühls- bewältigung (Notfallreaktion)

Quelle: Reese & Silbereisen 2001, 144

Mit dem Übergang in das Erwachsenenalter verliert das Problemverhalten seine Funktionalität und wird meist aufgegeben. Moffitt geht davon aus, dass bei rund 5 % der männlichen Jugendlichen sich der Substanzkonsum als lebensphasenübergreifendes Problemverhalten manifestiert (vgl. Petermann & Roth 2006, 110 f.). „Dabei hat der auffällige Substanzkonsum psychosoziale Hintergründe und ist in der frühen Kindheit (schwieriges Temperament, Aufmerksamkeitsstörung usw.) begründet und wird durch negative Umwelteinflüsse (wie z.B. problematische Familienverhältnisse, Ablehnung in der Schule) verstärkt.“ (Weichold 2012, 13 f.)

Längsschnittuntersuchungen zeigen, dass eine weitere Gruppe von LangzeitproblemkonsumentenInnen besteht. Bei ihnen ist der problematische Konsum ebenfalls nicht auf die Jugendphase beschränkt, hat jedoch keine frühkindlichen Hintergründe. Im Jugendalter ist diese Verlaufsform eng verbunden mit internalisierenden Störungen – wie Depressivität und Angst (vgl. Petermann & Roth 2006, 111).

2.4.3. Lebenskompetenzmodell

Life-Skills-Programme stellen auf Verhaltensebene den zurzeit am meisten Erfolg versprechenden Ansatz dar. Der Life-Skills-Ansatz, als neuer Typ primärpräventiver Intervention, wurde ursprünglich in den USA von Botvin und seinen MitarbeiterInnen (Botvin 1980, in Leppin 2009) auf Basis der Social-Learning-Theorie (Bandura 1986, in Bühler & Kröger 2006) und der Theorie des Problemverhaltens (Jessor 1983, in Bühler & Kröger 2006) entwickelt.

Life-Skills-Trainings, wie sie ursprünglich konzipiert wurden, postulieren keine direkte Wirkung der Intervention auf den Substanzgebrauch, sondern eine über verschiedene Variablen vermittelte Wirkung (Botvin et al. 1992, in Fischer 2009). Life-Skills-Programme basieren auf der Erkenntnis, dass die verschiedenen Problemverhaltensweisen zusammenhängen und dass einige von gleichen Faktoren beeinflusst werden. Die gemeinsamen sozialen und psychologischen Schutzfaktoren sollen gezielt gefördert werden. Nach der **Definition der WHO** (1994) ist diejenige Person lebenskompetent, „die sich selbst kennt und mag, empathisch ist, kritisch und kreativ denkt, kommunizieren und Beziehungen knüpfen und aufrechterhalten kann, durchdachte Entscheidungen trifft, erfolgreich Probleme löst und Gefühle und Stress bewältigen kann.“ (Bühler & Kröger 2006, 23 f.)

Der **Lebenskompetenzansatz** im Kontext der Suchtprävention geht davon aus, dass der Konsum von psychoaktiven Substanzen ein für viele Jugendliche funktionales Verhalten ist, also zur Erreichung persönlicher Ziele und Wünsche dient. Ein Mangel an persönlichen Kompetenzen, negatives Vorbildverhalten von Freund/innen sowie konkrete Erwartungen einer positiven Wirkung (zum Beispiel des Zigarettenrauchens oder des Alkoholtrinkens) spielen bei der Entwicklung von Gebrauchsmustern eine Rolle. Dies kann zu Schädigungen, riskanten Konsummustern und Abhängigkeiten führen. Als Alternative müssen daher den Jugendlichen Kompetenzen vermittelt werden, die ihnen einen konstruktiven Weg zur Erreichung ihrer Ziele eröffnen. Programme, die auf dem Lebenskompetenzansatz basieren, verbinden substanzspezifische Elemente mit Elementen zur Förderung allgemeiner sozialer Fertigkeiten und Bewältigungsstrategien. Dabei werden überwiegend Methoden aus der Verhaltensmodifikation, wie Rollenspiel, Entspannungsverfahren, Kontrakt-Management, Modelling und Selbstinstruktionen, eingesetzt.

Die wichtigsten Elemente von Programmen zur Förderung von Lebenskompetenz sind:

Selbstkonzept und Selbstwertgefühl: angemessenes Selbstwertgefühl, realistisches und differenziertes, reflektiertes Selbstkonzept, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten

Wahrnehmung und Gefühle: Förderung der Selbstwahrnehmung, Ausdruck von und Umgang mit Gefühlen

Grundlegende Bewältigungsfertigkeiten: Stressmanagement, Angstbewältigung, Entscheidungen treffen, Problemlösungsfertigkeiten, Entspannungsübungen, Konfliktbewältigung

Soziale und kommunikative Fertigkeiten: verbale und nonverbale Ausdrucksfähigkeit, Aufnahme neuer Kontakte, konstruktiver Ausdruck sozialer Bedürfnisse und Gefühle, Empathie mit anderen, Gesprächsführung, Umgang mit Konflikten

Kritisches Denken und Standfestigkeit: soziale Beeinflussung identifizieren und sich dagegen abgrenzen können, Informationen und Erfahrungen analysieren können und individuelle Bezugsnormen aufbauen, Stärkung der Fähigkeit, Konsumangeboten zu widerstehen

Kompetenz zur Einschätzung von Substanzen und ihren potenziellen Wirkungen: zielgruppengemäße Information, Konsummotive, Konsumgewohnheiten, Einstellungen und Erwartungen zu Substanzen, Reflexion des eigenen Konsumverhaltens/Alltagsgewohnheiten, rechtliche Aspekte, symbolische Bedeutung, jugendkulturelle Bedeutung, Sucht

Auf ähnliche „Meta“-Kompetenzen wird von der Neurobiologie unter dem Terminus „exekutive Frontalhirnfunktionen“ hingewiesen. Diese umfassen komplexe Fähigkeiten:

- vorausschauend zu denken und zu handeln
- komplexe Probleme zu durchschauen und die Folgen des eigenen Handelns abzuschätzen
- die Aufmerksamkeit auf die Lösung eines bestimmten Problems zu fokussieren und sich dabei zu konzentrieren
- Fehler und Fehlentwicklungen bei der Suche nach einer Lösung rechtzeitig erkennen und korrigieren zu können
- sich bei der Lösung von Aufgaben nicht von aufkommenden anderen Bedürfnissen überwältigen zu lassen (Frustrationstoleranz, Impulskontrolle)

„Für die Hirnforscher ist die Schule neben der Familie der Ort, der sich am besten dafür eignet, die Entwicklung dieser Metakompetenzen zu fördern. Der entscheidende Grund dafür, dass die Entwicklung dieser komplexen Fähigkeiten und Kompetenzen bis heute in Schulen zu wenig beachtet und gefördert wird, ist banal: All diese Kompetenzen und Fähigkeiten, auf die es im späteren Leben wirklich ankommt, sind mit den traditionell in Schulen eingesetzten Evaluationsinstrumenten nicht messbar. Da der Erfolg von Maßnahmen zur Verbesserung dieser Kompetenzen nicht objektivierbar war, bestand weder eine hinreichende Veranlassung noch eine begründbare Notwendigkeit für deren Einführung.“ (Hüther 2009, 106-107)

2.4.4. Modell der Trias der Entstehungsursachen von Abhängigkeit

Bis dato gibt es keine umfassende Suchttheorie, die schlüssig erklären kann, warum von der Mehrheit der Menschen unserer Gesellschaft, die eine Droge probieren bzw. eine Tätigkeit intensiv ausüben, nur vergleichsweise wenige süchtig werden (Loviscach 2000, 265). Die meisten Suchttheorien lassen sich etablierten biologischen, sozialwissenschaftlichen, individualpsychologischen, psychopathologischen bzw. ökonomischen Ansätzen zuordnen. Keine dieser Theorien deckt aber alle Aspekte ab, ist generell anwendbar und umfasst die „ganze Wahrheit“ (Uchtenhagen 2000, 193ff.). Insofern haben sich monofaktorielle Ansätze nur bedingt bewährt und werden daher gewöhnlich zu multifaktoriellen Ansätzen verbunden. Am bekanntesten ist die „**Trias der Entstehungsursachen der Drogenabhängigkeit**“ von Kielholz und Ladewig (1973). Sie verbindet die Faktoren Mensch, Mittel und Milieu. Da dieses Modell zu statistischen Aussagen tendiert, wird verstärkt versucht, dynamische Modelle zu entwickeln, die Genese und Verlauf von Sucht als Prozess aufeinanderfolgender Entscheidungsschritte verstehen, in dem zahlreiche Faktoren in den einzelnen Phasen unterschiedliche Wirkungen entfalten können.

In diesem Zusammenhang wird immer deutlicher: „Die identifizierten Faktoren sind nicht als Ursachen im Sinne eines Ursache-Wirkungs-Mechanismus zu verstehen, sondern als Wechselwirkungsverhältnis, in dem Subjekte biographisch und situativ motivierte Entscheidungen treffen. Der süchtige Gebrauch von Drogen wie analog auch sonstiges süchtiges Handeln ist eine von mehreren Phasen mit fließenden, einander überlappenden Übergängen in diesem Prozess, der eine Vorgeschichte hat und insgesamt aus Einstieg, Fortsetzung und Gewöhnung, Sucht sowie Ausstieg besteht.“ (Loviscach 2000, 265)

2.5. RELEVANZ FÜR DIE ENTWICKLUNG UND DURCHFÜHRUNG VON PLUS

Die Epidemiologie belegt (siehe Seite 3ff), dass ein dringender Bedarf an gezielten Präventionsaktivitäten gegeben ist. Der internationale Vergleich (Inchley et al., 2020) zeigt darüber hinaus, dass die österreichischen SchülerInnen im Alter von 15 Jahren in manchen Bereichen (Trunkenheit durch Alkohol, negatives Körperbild) besorgniserregende Werte aufweisen. Die professionelle Entwicklung einer präventiven Maßnahme wie plus setzt eine theoretische Fundierung voraus. Die vorgestellten Modelle liefern die theoretischen Grundlagen, von denen Programmaufbau und Programminhalte abgeleitet werden können.

3. PHASE II: PRÄVENTIONSFORSCHUNG

Im Folgenden werden drei gängige Strategien der Suchtvorbeugung (settingorientiert bzw. systemübergreifend, MultiplikatorInnenansatz, Einsatz von Lebenskompetenzprogrammen – da in Österreich von besonderer Relevanz) und aktuelle Befunde der Präventionsforschung dargestellt.

3.1. SETTINGORIENTIERTE UND SYSTEMÜBERGREIFENDE ANSÄTZE

Setting heißt wörtlich übersetzt Rahmen oder Schauplatz. Settingorientierte Maßnahmen sind auf die Lebensbereiche ausgerichtet, in denen die Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen und die von der Struktur her die Gesundheit aller Beteiligten maßgeblich beeinflussen. Neben dem bisherigen „Königsweg“ der Förderung der Lebenskompetenz werden verstärkt die Lebenswelten **Schule, Arbeit und Wohnumfeld** in präventive Projekte miteinbezogen. Diese Ansätze, die sich an Theorien der Gesundheitsförderungen orientieren, gehen davon aus, dass die Förderung der individuellen Kompetenzen (Verhaltensprävention) wichtig ist, jedoch die Wirkung wesentlich verstärkt wird, wenn z.B. auch das **Klassen- und Schulklima** gefördert wird oder wenn Lehrkräfte im Alltag kompetenter handeln (im Sinn von Prävention und Gesundheitsförderung). **Settings** gelten als viel wirkungsmächtiger als die individuellen Gesundheitsanstrengungen und Verhaltensweisen einzelner Personen. Nach dieser These ist das Lebensumfeld (Setting) der zentrale Ansatzpunkt, nicht zuletzt im Hinblick auf nachhaltige Wirkungen präventiver Maßnahmen.

Systemübergreifende Maßnahmen gehen davon aus, dass Individuen durch Werte, Normen, Regelungen, kulturelle Muster, Ressourcen und weitere Bedingungen der unterschiedlichen sozialen Systeme wie Familie, Schule und Peergruppen direkt oder indirekt beeinflusst werden und dass es Wechselwirkungen zwischen den Systemen gibt. Präventive Strategien versuchen diese unterschiedlichen Lebenswelten zu berücksichtigen, auf mehreren Ebenen zu intervenieren und die Wirksamkeit damit zu erhöhen. (Bühler & Kröger, 2006)

Als ein Hauptdefizit bisheriger Präventionsarbeit nennt demzufolge Leppin (2004), dass verschiedenste Maßnahmen isoliert und ohne Abstimmung durchgeführt werden. „Vieles deutet darauf hin, dass Prävention vor allem dann erfolgreich ist, wenn Maßnahmen miteinander verknüpft sind, aufeinander aufbauen und in einem konsistenten Kontext stehen.“ (Leppin 2004, 38)

3.2. ZUSAMMENARBEIT MIT QUALIFIZIERTEN MULTIPLIKATORINNEN ALS SCHLÜSSELSTRATEGIE

Aktuelle Konzepte sehen Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die in ein psychosoziales, kulturelles, ökologisches, ökonomisches und politisches Netz eingebettet sein muss (Schmidt & Hurrelmann 2000). Dem MultiplikatorInnenansatz kommt hierbei eine vorrangige Bedeutung zu, da in Zusammenarbeit mit MultiplikatorInnen (und Schlüsselpersonen) die Präventionsthemen in alle relevanten gesellschaftlichen Felder hineingetragen werden können (Blum & Sting 2003).

Als MultiplikatorInnen sollen hier Personen verstanden werden, die über entsprechende präventive Kompetenzen verfügen und diese in ihren Arbeits- und Lebenswelten einbringen und umsetzen. Die Umsetzung kann sowohl im Rahmen von definierten präventiven Projekten und Programmen geschehen (expliziter MultiplikatorInnenansatz), als auch implizit, in der alltäglichen Praxis, also ohne konkrete präventive „Überschrift“. MultiplikatorInnen werden als indirekte Zielgruppe definiert, die durch ihre Arbeit oder ihre Kontakte mit den direkten Zielgruppen präventiv wirken sollen.

Als Voraussetzungen für eine wirkungsvolle Zusammenarbeit mit MultiplikatorInnen sind hochwertige (und qualitätsgesicherte) Aus- und Weiterbildungsangebote für die unterschiedlichen MultiplikatorInnen in den jeweiligen Arbeitsfeldern bzw. Settings, entsprechende Ressourcen (von personalen, zeitlichen bis hin zu finanziellen Ressourcen) und fördernde Strukturen (Unterstützung im System, klare Aufträge etc.) notwendig. Präventive Überlegungen, die die relativ aufwändige Schulung, Kompetenzentwicklung und Begleitung der MultiplikatorInnen vermeiden wollen, verkürzen vielfach präventive Aufgaben auf naive und damit problematische Aufklärungsarbeit oder unterliegen sozialtechnologischen Missverständnissen (Gschwandtner, Paulik, Seyer & Schmidbauer 2011, 329-331). Wie die Bildungsforschung eindrucksvoll belegt, sind es die Lehrpersonen, die den größten Einfluss auf den schulischen Bildungsprozess haben (Hattie 2014, 280). Dies zeigt, dass diese besonders wichtige Schlüsselpersonen und damit ideale MultiplikatorInnen sind.

3.3. EINSATZ VON LEBENSKOMPETENZPROGRAMMEN

Der Erfolg der Programme ist neben dem inhaltlichen Aufbau, der didaktischen Qualität (interaktiv, verhaltensbezogene Strategien) und dem zeitlichen Umfang wesentlich von der Umsetzungstreue (z.B. spiralcurriculare Verankerung im Unterricht) abhängig. Neuere Evaluationskenntnisse deuten darüber hinaus darauf hin, dass stabile Persönlichkeitseigenschaften wie Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstwert nur durch die dauerhafte Anwendung der erlernten lebenskompetenten Verhaltensweisen im Alltag und in Wechselwirkung mit Komponenten, wie sie im Empowermentansatz beschrieben sind (u.a. soziale Unterstützung, Möglichkeit zur Mitgestaltung und Verantwortungsübernahme, Anerkennung durch bedeutende Personen im sozialen Umfeld), beeinflusst werden können (Piontek & Bühler 2009). Darüber hinaus ist nach der psychologischen Interventionstheorie die Befriedigung des Bedürfnisses nach Bindung und Wohlergehen Voraussetzung dafür, dass sich persönliche und soziale Ressourcen aktualisieren und entwickeln lassen (Petermann 2007, 134). Vertrauensvolle Beziehungen sind demnach die Grundvoraussetzung für den Erfolg von Interventionen.

3.4. EMPFEHLUNGEN ZUR ERFOLGREICHEN UMSETZUNG SUCHTPRÄVENTIVER MASSNAHMEN

Es stehen uns heute eine Reihe von wissenschaftlichen Übersichtsarbeiten (Metaanalysen, Reviews, Expertenberichte) zur Sucht- und Gewaltprävention zur Verfügung. Im Folgenden werden die wesentlichsten Erkenntnisse dargestellt. Obwohl Aktivitäten der Suchtprävention und Gewaltprävention oft getrennt durchgeführt und evaluiert werden, gehen die Empfehlungen aus der Forschung weitgehend in die gleiche Richtung. Für eine erfolgreiche Prävention lassen sich folgende Kernelemente identifizieren:

Generell I

Prävention muss in ein breiteres Konzept der Gesundheitsförderung eingebettet sein und die sozialen und strukturellen Rahmenbedingungen der Intervention reflektieren (vgl. Eisner, Ribeaud & Locher 2008, IV; Hüllinghorst 2002, 207; Hawks, Scott & McBride 2002, 41). Sie muss vor allem die Stärkung und Förderung personaler und sozialer Ressourcen zum Ziel haben und darf sich nicht auf sucht- bzw. drogenspezifische Komponenten beschränken (vgl. Kolip 1999; Gutzwiller, Wydler & Stähli 2000, 244). Hierbei spielt insbesondere das Konzept der Lebenskompetenzen eine zentrale Rolle.

Generell II

Die Aktivitäten haben sich am Risiko- und Schutzfaktorenmodell – Minimierung der Risikofaktoren und Maximierung der Schutzfaktoren – auszurichten (vgl. National Institute on Drug Abuse 2003, 2; Eisner, Ribeaud & Locher 2008, IV).

Generell III

Präventionsprogramme dürfen nicht als einmalige Aktionen geplant sein (vgl. Uchtenhagen & Wicki 2000, 256), vielmehr sollten sie frühzeitig einsetzen (im frühen Kindesalter) und langfristig bzw. kontinuierlich sein – schulische Programme sollen sich z.B. über mehrere Jahre erstrecken (vgl. Hawks, Scott & McBride 2002, 44) – und alle Phasen des Lebenslaufs einbeziehen. Die inhaltliche und didaktische Gestaltung der Programme ist alters- und entwicklungsspezifisch auszurichten. (vgl. Eisner, Ribeaud & Locher, 2008, IV; Künzel-Böhmer, Bühringer & Janik-Konecny 1993, 112 f.)

Generell IV

Im Idealfall haben die Aktivitäten nicht nur die Veränderung individueller Einstellungen und Verhaltensweisen im Sinne der „Verhaltensprävention“ zum Ziel, sondern modifizieren auch die relevanten Rahmenbedingungen im Sinne der „Verhältnisprävention“ (vgl. Gutzwiller, Wyder & Stähli 2000, 247; Schmidt & Hurrelmann 2000, 19 ff.). Gezielte Maßnahmen der Sucht- und Gewaltprävention entfalten dann ihre beste Wirkung, wenn gleichzeitig Anstrengungen zur Verbesserung der allgemeinen Rahmen- und Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen unternommen werden. (vgl. Bericht des Bundesrates 2009, 82)

Generell V

Besonders bei Kampagnen, die an Kinder und Jugendliche gerichtet sind, ist es wichtig, die Aufmerksamkeit der Angesprochenen auf sofortige, sehr wahrscheinliche Konsequenzen des Verhaltens zu lenken (vgl. Künzel-Böhmer, Bühringer & Janik-Konecny 1993, 108).

Generell VI

Sehr vorsichtig muss mit dem Einsatz von angsterzeugenden Botschaften und Abschreckung umgegangen werden. (vgl. Künzel-Böhmer, Bühringer & Janik-Konecny 1993, 103 und 109)

Generell VII

Die Aktivitäten sollten zielgruppenspezifisch sein – z.B. in Bezug auf Alter, Geschlecht, ethnischen Hintergrund usw. (vgl. National Institute on Drug Abuse 2003) – und sie müssen einen hinreichenden Differenzierungsgrad aufweisen. (vgl. Hüllinghorst 2002, 207; Hawks, Scott & McBride 2002, 41 f.)

Schule I

Präventionsaktivitäten (explizit im schulischen Bereich) müssen didaktisch über die kognitive Ebene der Wissensvermittlung hinausgehen. Sie müssen insbesondere interaktiv gestaltet sein. (vgl. Bühler & Kröger 2006, 61; McGrath, Sumnall, McVeigh & Bellis 2006, 19; Wilson, Gottfredson & Najaka 2001, 267 ff.; National Institute on Drug Abuse 2003, 5; Hawks, Scott & McBride 2002, 47; Cuijpers 2002, 1013)

Schule II

Substanzspezifische Programme (wie z.B. bezüglich Alkohol) sollten erst mit Jugendlichen ab 13 Jahren durchgeführt werden (vgl. Hawks, Scott & McBride 2002, 49).

Schule III

Wenn LehrerInnen ein Programm durchführen, sind folgende Faktoren wichtig: Die LehrerInnen müssen motiviert und gut geschult sein (adäquate Aus- und Weiterbildung; Booster-Trainings usw.). (vgl. Hawks, Scott & McBride 2002, 50)

Schule IV

Wenn Prävention in der Schule kontinuierlich durchgeführt wird, der Großteil des Kollegiums einbezogen ist und die Maßnahmen strukturell verankert sind, sind die Effekte nachhaltiger. (vgl. Melzer, Schubarth & Ehninger 2006, 234)

Schule V

Präventionsprogramme müssen gut strukturiert sein und reflektiert werden. Es bedarf einer Infrastruktur und Abstimmung der Akteure (vgl. Melzer, Schubarth & Ehninger 2006, 234).

Schule VI

Präventionsprogramme mit einem Umfang von mindestens 15 Einheiten sind effektiver. (vgl. Hansen et al. 2010, zitiert nach Weichold 2012, 21)

Schule VII

Prävention ist dann besonders wirkungsvoll, wenn sie in den Lebensweltzusammenhang der SchülerInnen eingebettet ist und deren Interessen entspricht. Für die Schule begründet dies die Notwendigkeit der Einbindung der außerschulischen Umwelt und der Vernetzung mit Partnern sowie einer Schülerorientierung des Unterrichts mit geeigneten Lernformen wie z.B. offenem Unterricht und Projektlernen. (vgl. Melzer, Schubarth & Ehninger 2006, 234)

3.5. RELEVANZ FÜR DIE ENTWICKLUNG UND DURCHFÜHRUNG VON PLUS

Wirksame suchtpreventive Maßnahmen sind in der Regel in den Alltag integriert und keine punktuellen Interventionen. In diesem Sinne ist es wichtig, die Lebenswelt Schule kontinuierlich und dauerhaft (über mehrere Jahre) mit suchtpreventiven Themen zu erreichen. Das Ausmaß der Intervention sollte mindestens 15 Einheiten umfassen. Die Intervention muss in ein insgesamt gesundheitsförderliches Umfeld eingebettet sein und vor allem die Stärkung und Förderung personaler und sozialer Ressourcen zum Ziel haben, sie darf sich nicht auf sucht- bzw. drogenspezifische Komponenten beschränken. Hierbei spielt insbesondere das Konzept der Lebenskompetenzen eine zentrale Rolle.

Die inhaltliche und didaktische Gestaltung der Programme ist alters- und entwicklungspezifisch auszurichten. Sehr vorsichtig muss mit dem Einsatz von angsterzeugenden Botschaften und Abschreckung umgegangen werden.

Wenn LehrerInnen ein Programm durchführen, sind folgende Elemente wichtig: adäquate Schulung, kontinuierliche Begleitung, laufende Fortbildung. Neben der inhaltlichen und didaktischen Qualität des Programms sind ausreichende zeitliche Ressourcen für die Programmdurchführung, eine gute Abstimmung der Akteure sowie die Unterstützung durch die Schulleitung wichtige Faktoren. Denn: Der Erfolg eines Programms ist ganz wesentlich von der Umsetzungstreue abhängig.

Prävention ist dann besonders wirkungsvoll, wenn sie in die Lebenswelt der SchülerInnen eingebettet ist und die angesprochenen Themen ihren Interessen entsprechen. Die dauerhafte Anwendung der erlernten Kompetenzen im Alltag, erlebte soziale Unterstützung, die Möglichkeit zur Mitgestaltung und Verantwortungsübernahme, Anerkennung durch bedeutsame Bezugspersonen im sozialen Umfeld und vertrauensvolle Beziehungen sind weitere zentrale Bedingungen dafür, dass das Programm in die gewünschte Richtung wirken kann und Kinder in ihrer Entwicklung nachhaltig gefördert werden. Programme, die mehrere Interventionsebenen berücksichtigen (z. B. Kind, Schule, Familie) sind effektiver als solche, die nur personenbezogen vorgehen (z.B. Kind).

Neben den suchtpreventiven Effekten der Programme kann davon ausgegangen werden, dass durch die Förderung der positiven Entwicklung von Jugendlichen problematische Verhaltensweisen umfassend vermindert werden.

4. PHASE III UND IV: PROGRAMMKONZEPTIONIERUNG, ENTWICKLUNG UND ERSTE UMSETZUNG

Ausgehend von den dargestellten relevanten fachlichen Befunden wurde von 2006 bis 2009 das Programm **plus** entwickelt. Dabei wurden die Unterrichtseinheiten laufend erprobt und systematisch das Feed-Back von Lehrkräften eingeholt. Von 2009 bis 2013 wurde das Programm **plus** österreichweit durchgeführt und evaluiert.

Dass das Programm auf zentralen Erkenntnissen der Präventionsforschung aufbaut, wird durch folgende Programmelemente deutlich:

- Prävention wird am jeweiligen Schulstandort langfristig verankert. Das Programm **plus** erstreckt sich über die gesamte Sekundarstufe I. Bei der Implementierung kommt der Schulleitung eine Schlüsselrolle zu, der Schulgemeinschaftsausschuss wird miteinbezogen.
- Prävention geschieht kontinuierlich und regelmäßig (jeweils 10 Einheiten über das Schuljahr verteilt).
- Das Programm wird von gut ausgebildeten Lehrkräften durchgeführt. Die Lehrkräfte werden während der gesamten Durchführung fachlich begleitet und laufend fortgebildet. Das Curriculum ist alters- und entwicklungsspezifisch ausgerichtet und behandelt Lebenskompetenzthemen.
- Das Manual bietet den LehrerInnen vollständige Unterrichtseinheiten zu den einzelnen Themen, Inhalt und Didaktik folgen den Erkenntnissen der Präventionsforschung (interaktiv, erfahrungsbezogen, lebensweltbezogen, entwicklungsspezifisch, geschlechtsspezifisch), die Eltern werden miteinbezogen.

4.1. PLUS – DAS ÖSTERREICHISCHE PRÄVENTIONSPROGRAMM FÜR DIE 10- BIS 14-JÄHRIGEN

plus unterstützt Kinder und Jugendliche gezielt bei der Entwicklung kognitiver, sozialer und emotionaler Kompetenzen, die es ihnen ermöglichen, anstehende Entwicklungsaufgaben positiv zu bewältigen. Dadurch wird die Wahrscheinlichkeit der Entstehung und Aufrechterhaltung von sozial unangepassten und schädlichen Verhaltensweisen, insbesondere von Sucht- und Missbrauchsverhalten, verringert.

Das Konzept von **plus** berücksichtigt neben den Erkenntnissen der Präventionsforschung auch die Rahmenbedingungen, die das österreichische Schulsystem vorgibt. Nicht eine starre Vorgabe, sondern ein flexibler Rahmen mit fixen und variabel einsetzbaren Modulen, die sich den Bedürfnissen der Klasse anpassen lassen, charakterisiert die Struktur des Programms.

Das suchtpreventive Curriculum von **plus** liefert Struktur und relevante Inhalte und zieht sich wie ein roter Faden durch vier Unterrichtsjahre. Die unterrichtenden Lehrpersonen finden im Manual fachlich korrekte und genau beschriebene Unterrichtsvorschläge zu spezifischen Themen, die nahe an der Lebenswelt der SchülerInnen angesiedelt sind und zum aktiven Mitmachen motivieren.

Das Programm erstreckt sich über die gesamte Sekundarstufe I und gliedert sich in folgende Schwerpunkte:

- Ressourcen aufspüren und miteinander umgehen
- Ressourcen integrieren und Kompetenzen erweitern
- Fähigkeiten verstärkt anwenden und üben
- Fähigkeiten unter schwierigen Bedingungen aufrechterhalten

Zu jedem Schwerpunkt gibt es fünf Themenbereiche mit je zwei Unterrichtseinheiten. Diese stellen das Minimum für eine nachhaltige Umsetzung des Präventionsprogramms dar. Zusatzmodule für alternative oder weiterführende Beschäftigung mit den Inhalten, zum Beispiel für den fächerübergreifenden Unterricht, stehen jeweils zur Verfügung.

Themenbereiche und Unterrichtseinheiten

5. SCHULSTUFE		6. SCHULSTUFE	
DIE KLASSE	Wir lernen uns kennen Wir sind eine Klasse	IDENTITÄT	Körper und Geist Rollen und Bilder
ICH SELBST	Ich bin ich Meine Gefühle	UMGANG MIT STRESS	Woher kommt Stress? Wie vergeht Stress?
DIE ANDEREN	Was ist hier los? Wie geht es dir?	KONFLIKTE	Was ist ein Konflikt? Wie löst man Konflikte?
KONSUM	Meine Konsumgewohnheiten Verzicht	HELFEN UND HELFEN LASSEN	Wie kann ich mir helfen lassen? Ich weiß, wie ich helfen kann!
MITEINANDER	Ich sage, was ich will. Alles klar – Ich habe verstanden!	MEDIEN	Medien im Alltag Handy, Computerspiele, Internet
7. SCHULSTUFE		8. SCHULSTUFE	
SEBST-BEWUSSTSEIN	Zeigen, wer ich bin Zeigen, was ich will	WERBUNG	Was macht Werbung? Wie wirkt Werbung auf mich?
VERANTWORTUNG	Was ist Verantwortung? Wie übernehme ich Verantwortung?	ALKOHOL	Wirkung und Risiko Alkohol aus Sicht Jugendlicher
FREUNDINNEN FREUNDE	Was ist ein Freundin/ein Freund? Warum FreundInnen wichtig sind	STREITEN	Wie kann man Streit verhindern? Wie kann man Streit lösen?
MÄDCHEN UND BURSCHEN	Bilder und Klischees Was Frauen und Männer ausmacht	SCHEITERN UND VERLIEREN	Erreichbare Ziele setzen Aus Misserfolg lernen
NIKOTIN	Was bewirkt Nikotin? Umgang mit Nikotin	FREIZEIT UND FEIERN	Was ich in meiner Freizeit mache Feiern will gelernt sein

Die Umsetzung des Präventionsprogramms in der Schule erfolgt durch die Lehrkräfte, koordiniert durch den Klassenvorstand, im Idealfall fächerübergreifend umgesetzt durch das Lehrerteam einer Jahrgangsstufe. Die Entscheidung darüber, ob **plus** in der Schule umgesetzt wird, muss deshalb auch mit der Schulleitung abgesprochen und von der Schulgemeinschaft mitgetragen werden. Die Eltern werden nicht nur über die Durchführung des Programms in der Schule informiert, sie erhalten auch grundlegende Informationen darüber, wie sie ihre Kinder in ihrer Entwicklung unterstützen können.

Verteilt über den gesamten Umsetzungszeitraum von vier Jahren sind insgesamt 44 Unterrichtseinheiten an Fortbildung und Begleitung für ein bis zwei Lehrpersonen/Klasse vorgesehen. Dabei sollen Inhalte, Hintergründe und Ziele des Präventionsprogramms vermittelt und verstehbar gemacht sowie die spezifische Rolle der Lehrperson bei der Umsetzung der Unterrichtseinheiten verdeutlicht werden. Übungen aus dem Manual werden praktisch erprobt und die Erfahrungen, die die Lehrkräfte bereits gemacht haben, reflektiert.

Jahrespläne für die Umsetzung in den einzelnen Schulstufen erleichtern die Kooperation mit KollegInnen. In einem von den SchülerInnen geführten **plus-Tagebuch** („Kompetenzenheft“) können diese selbst den Zuwachs an persönlichen Fähigkeiten und ihre Erfahrungen dokumentieren. Die Schulung bzw. Programmbegleitung erfolgt durch die jeweiligen Fachstellen für Suchtprävention.

5. PHASE V: ÜBERPRÜFUNG

Die erste österreichweite Umsetzung von **plus** (2009 bis 2013) wurde umfassend evaluiert. Die Ziele waren einerseits die kontinuierliche Verbesserung des Programms (formative Evaluation), andererseits die Messung der Programmwirkung bei den SchülerInnen (summative Evaluation).

5.1. FORMATIVE EVALUATION

Für die formative Evaluation wurden folgende Instrumentarien genutzt: (vgl. Juen 2013, 44 ff.)

- mehrfache Reflexion mit den teilnehmenden Lehrpersonen (bei den Fortbildungen und beim Abschluss des Programms; zentrale Erkenntnisse aus den Rückmeldungen: Das Programm **plus** kommt bei LehrerInnen und SchülerInnen gut an; die Lehrpersonen bewerten die Unterrichtsmaterialien und die Fortbildungen als hilfreich und motivierend; als Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung werden Zeitressourcen, die Kooperation mit anderen LehrerInnen und die Unterstützung durch die Schulleitung angesehen; die objektiv messbaren Wirkungen werden auch subjektiv von den LehrerInnen wahrgenommen; die notwendige planmäßige Umsetzung kann gelingen, wenn die dafür nötigen Voraussetzungen gegeben sind; der Aspekt der Elterneinbindung hat Verbesserungspotenzial; Materialien und Fortbildungen bedürfen keiner Veränderung ...)
- regelmäßiger Austausch zwischen den **plus-KoordinatorInnen** der Fachstellen und dem Projektteam (im Durchschnitt zweimal jährlich für einen Tag; Beispiele für die Weiterentwicklung: Überarbeitung der Materialien für Eltern; Sammlung von „Best practice“-Beispielen zu einzelnen Übungen bzw. Unterrichtseinheiten; Feinschliff von Unterstützungsmaterialien – wie z.B. Schulvereinbarungen, LehrerInnen-Zertifikate, Jahresplanungshilfen ...; Überprüfung der Unterrichtsmaterialien hinsichtlich Ziel-Methoden-Passung und anschließende Adaptierung der Materialien)
- Implementierung eines Issue-Tracking-Systems (die Rückmeldungen der Lehrkräfte und KoordinatorInnen wurden an einer zentralen Stelle, einem öffentlich zugänglichen Issue-Tracking-System auf der Website der ARGE Suchtvorbeugung (www.suchtvorbeugung.net), gesammelt. Dadurch war die Weiterentwicklung für alle Beteiligten und Interessierten transparent und es konnten somit Doppelgleisigkeiten vermieden werden. Insgesamt wurden rund 300 „Tickets“ im IssueTracker registriert.)

5.2. SUMMATIVE EVALUATION

Die vierjährige summative Evaluation (2009 bis 2013) wurde unter wissenschaftlicher Leitung der Universität Innsbruck in Kooperation mit den österreichischen Fachstellen für Suchtprävention durchgeführt. Als Evaluationsdesign wurde eine Längsschnittstudie mit Kontrollgruppen gewählt. Es wurden 90 Interventionsklassen und 72 Kontrollklassen österreichweit in die Studie einbezogen. Dabei wurden rund 2.000 SchülerInnen über vier Jahre regelmäßig befragt.

Etwa drei Viertel der teilnehmenden SchülerInnen besuchten zu Beginn der Studie eine Hauptschule, 15 % ein Gymnasium und 9 % eine Neue Mittelschule. Die teilnehmenden Schulen verteilten sich auf Orte unterschiedlicher Größe. Während 20 % aus einer Großstadt mit einer EinwohnerInnenzahl von über 100.000 kamen, besuchten 71 % aller SchülerInnen eine Schule in einem Ort mit weniger als 20.000 EinwohnerInnen.

5.2.1. Allgemeine Wirksamkeit

- **plus** steht in Zusammenhang mit einem signifikant geringeren Anstieg von Verhaltensproblemen in der Selbsteinschätzung der SchülerInnen. Das Ausmaß an Verhaltensproblemen ist dabei in den **plus-Klassen** am Ende der vier Jahre signifikant geringer als in den Kontrollklassen.
- **plus** steht in Zusammenhang mit einem signifikant geringeren Anstieg von Problemen mit Gleichaltrigen in der Selbsteinschätzung der SchülerInnen. Das Ausmaß an Problemen mit Gleichaltrigen ist dabei in den **plus-Klassen** am Ende der vier Jahre signifikant geringer als in den Kontrollklassen.
- **plus** steht in Zusammenhang mit einer signifikant besseren Einschätzung des Verhaltens der SchülerInnen in der Schule (Arbeitsverhalten und Sozialverhalten) durch die Lehrpersonen am Ende der 4-jährigen Durchführung.
- **plus** steht in Zusammenhang mit einer signifikant besseren Einschätzung der Schulleistung (insgesamt sowie getrennt nach Deutsch und Mathematik) durch die Lehrpersonen am Ende der vier Jahre Durchführung.
- **plus** steht in Zusammenhang mit einer signifikant besseren Einschätzung in Bezug auf das Ausmaß an Rücksichtnahme durch die Lehrpersonen am Ende der vier Jahre Durchführung.

5.2.2. Spezifische Wirksamkeit

- **plus** steht in Zusammenhang mit einem signifikant geringeren Anstieg der Konsumerfahrungen mit Zigaretten und Alkohol im Alter zwischen 13 und 14 Jahren. Während in den ersten drei Jahren keine signifikanten Unterschiede beobachtet werden, ist der Anstieg des Konsums im vierten Jahr in den **plus-Klassen** signifikant geringer als in den Klassen ohne spezifische Intervention.
- **plus** steht in Zusammenhang mit einem geringeren Anstieg der angegebenen Konsumerfahrungen mit Zigaretten und Alkohol im Besonderen in Städten über 20.000 EinwohnerInnen.
- Der geringere Anstieg der Konsumerfahrungen mit Zigaretten und Alkohol steht nur dann in einem positiven Zusammenhang mit **plus**, wenn mindestens die Hälfte der 40 geplanten Einheiten durchgeführt wird.
- Das geringere Ausmaß an Verhaltensproblemen steht nur dann in einem positiven Zusammenhang mit **plus**, wenn mindestens die Hälfte der 40 geplanten Einheiten durchgeführt wird.
- Die stärkere Einbindung der Eltern in die Durchführung von **plus** steht in positivem Zusammenhang mit der Verringerung des Ausmaßes an Verhaltensproblemen.

5.2.3. Zielerreichung

Die Evaluation zeigt, dass das **plus-Ziel** erreicht wird, wenn das Programm wie vorgesehen umgesetzt wird.

6. PHASE VI: ROUTINISIERUNG | STANDARDISIERTE UMSETZUNG

Das **Programm plus** wird seit dem Schuljahr 2013/2014 nun im Regelbetrieb von allen Fachstellen für Suchtprävention in Kooperation mit den pädagogischen Hochschulen und der Schulbehörde in Österreich angeboten.

7. FAZIT

Bei **plus** handelt es sich um ein Suchtpräventionsprogramm für die 5. bis 8. Schulstufe, welches sich an den Entwicklungsaufgaben Jugendlicher orientiert und Themen, wie sie der Lebenskompetenzansatz vorsieht, behandelt. **plus** unterstützt Kinder und Jugendliche gezielt bei der Entwicklung kognitiver, sozialer und emotionaler Kompetenzen, die es ihnen ermöglichen, anstehende Entwicklungsaufgaben positiv zu bewältigen. Dadurch wird die Wahrscheinlichkeit der Entstehung und Aufrechterhaltung von sozial unangepassten und schädlichen Verhaltensweisen, insbesondere von Sucht- und Missbrauchsverhalten, verringert.

Die Umsetzung erfolgt über vier Jahre (5. bis 8. Schulstufe) im Rahmen des Regelunterrichts durch ausgebildete Lehrkräfte. Diese werden von MitarbeiterInnen der Fachstellen für Suchtprävention fortgebildet und begleitet. Die teilnehmenden Lehrkräfte erhalten ein vorgefertigtes Unterrichtsmanual, das aus 10 Unterrichtseinheiten pro Schuljahr besteht. Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass – bei korrekter Umsetzung des Programms – die intendierten Ziele erreicht werden.

7. LITERATUR

Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Hojni, Markus; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Strizek, Julian; Tanios, Aida (2019): Epidemiologiebericht Sucht 2019. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich, Wien

Bauer J. (2009): Erziehung als Spiegelung. In: Herrmann, U. (Hrsg.): Neurodidaktik – Grundlagen und Vorschläge für gehirngerechtes Lehren und Lernen. 2. Auflage, Weinheim und Basel: Beltz, 109–123.

Blum C. & Sting S. (2003): Soziale Arbeit in der Suchtprävention. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. 2. Auflage, München u.a.: E. Reinhardt.

Bühler A. & Kröger C. (2006): Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 29. Köln: BZgA.

Cuijpers P. (2002): Effective ingredients of school-based drug prevention programs – a systematic review. In: Addictive Behaviors. 27, 1009–1023.

Dür W. & Felder-Puig R. (2011): Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung. Bern.

Eisner M., Ribeaud D. & Locher R. (2008): Prävention von Jugendgewalt – Expertenbericht. Cambridge. Verfügbar unter: http://www.jugendundgewalt.ch/fileadmin/user_upload_jug/Nationales_Programm_JuG/Expertenbericht_Eisner.pdf (Datum des Zugriffs: 17. Juni 2014).

Felder-Puig, R./F. Teutsch/D. Ramelow/G. Maier (2019): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Fischer V. (2009): Kompetenzfördernde Programme im Bereich der Drogenprävention: Bisherige Entwicklungen, aktuelle Ergebnisse und zukünftige Perspektiven. In: Hanewinkel R. & Röhrle, B. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Tübingen, 165–182.

Gigerenzer G. (2013): Risiko – wie man die richtigen Entscheidungen trifft. München: Bertelsmann.

Gschwandtner F., Lehner R., Paulik R. & Seyer S. (2013): Überblick über statistische Kennzahlen zur Abhängigkeit, zum Konsum von psychoaktiven Substanzen und zu Verhaltenssuchten in Österreich. Version 2.2, Linz.

Gschwandtner F., Paulik R., Seyer S., & Schmidbauer R. (2011): Präventionsforschung. In: 6. Bericht zur Lage der Jugend in Österreich. Wien: Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 323–338.

Gutzwiler F., Wydler H. & Stähli R. (2000): Ziele und Aufgaben der Suchtprävention. In: Uchtenhagen A. & Zieglgänsberger W. (Hrsg.): Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München und Jena: Urban & Fischer, 243–250.

Haller, R. (2016): »Medikamentenabhängigkeit«. In: Österreichische Ärztezeitung 21, 26–30

- Hansen W. B., Derzon J., Dusenbury L., Bishop D., Campbell K. & Alford A. (2010): Operating characteristics of prevention programs: connections to drug use etiology. In: Scheier L. M. (Hrsg.): Handbook of Drug Use Etiology. Washington, DC: American Psychological Association, 597–616.
- Hattie J. (2014): Lernen sichtbar machen. Überarbeitete deutschsprachige Ausgabe von Visible Learning besorgt von Beywl W. & Zierer K., 2. korrigierte Auflage. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren GmbH.
- Haustein K.-O. & Groneberg D. (2008): Tabakabhängigkeit. Gesundheitliche Schäden durch das Rauchen: Ursachen – Folgen – Behandlungsmöglichkeiten – Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Berlin, Heidelberg.
- Hawks D., Scott K. & McBride M. (2002): Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention. Perth: World Health Organisation.
- Hawkins J.-D., Oesterle S., Brown E.-C., Arthur M.-W., Abbott R.-D., Fagan A.-A. & Catalano R.-F. (2009): Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency – a test of communities that care. In: Archive of Pediatric Adolescent Medicine. 163 (9), 789–798.
- Hüllinghorst R. (2002): Suchtprävention – der politische Wille zur Umsetzung fehlt. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2002. Hamm: Geesthacht, 204–212.
- Hüther G. (2009): Die Ausbildung von Metakompetenzen und Ich-Funktionen während der Kindheit. In: Herrmann U. (Hrsg.): Neurolidaktik – Grundlagen und Vorschläge für gehirngerechtes Lehren und Lernen. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz, 99–108.
- Huttemann M., Schmid H. & Rösch C. (2010): Das Paradigma der evidenzbasierten Praxis in der Suchtprävention. In: Suchtmagazin. 1/10, 5–12.
- Inchley J., Currie D., Budisavljevic S., Torsheim T., Jåstad A., Cosma A et al., editors. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
- Jordan S. & Sack P.-M. (2009): Schutz- und Risikofaktoren. In: Thomasius R., Schulte-Markwort M., Küstner U. & Riedesser P. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Schattauer, 127–138.
- Juen F. (2013): Abschlussbericht – plus-Evaluation. Innsbruck.
- Kalke J. et al. (2011): Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich. Empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention der Glücksspielsucht. Freiburg im Breisgau.
- Kalke, J./M. Wurst/S. Buth/N. Thon (2015): Glücksspielverhalten und Glücksspielprobleme in Österreich. Ergebnisse der Repräsentativerhebung 2015. Hamburg. url: http://www.isd-hamburg.de/dl/Repraesentativbefragung_2015_Bericht_final.pdf
- Kessler D. & Strohmeier D. (2009): Gewaltprävention. Persönlichkeitsbildung und soziales Lernen. 2. veränderte Auflage. Wien: Österreichisches Zentrum für Persönlichkeitsbildung und soziales Lernen. Verfügbar unter: <http://www.gemeinsam-gegen-gewalt.at/materialien-links/gewaltpraevention-an-schulen/> (Datum des Zugriffs: 19. März 2013).
- Kielholz P. & Ladewig D. (1973): Die Abhängigkeit von Drogen. München.
- Klimont, J./E. Balasz (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Hrsg. von Statistik Austria. Wien: Statistik Austria
- Kolip P. (1999): Gesundheitliches Risikoverhalten im Jugendalter: Epidemiologische Befunde und Ansätze zur Prävention. In: Kolip P. (Hrsg.): Programme gegen Sucht: Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter. München: Beltz Juventa.
- Krüger C. et al. (2001): Ess-Störungen und Adipositas: Epidemiologie – Diagnostik – Verläufe. In: Cierpka C. & Reich G. (Hrsg.): Psychotherapie der Essstörungen. Stuttgart, New York: Thieme Verlag, 24–42.
- Künzel-Böhmer J., Bühringer G. & Janik-Konecny T. (1993): Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 20. Baden-Baden.
- Leppin A. (1998): Suchtgefährdung und Präventionsmöglichkeiten bei Jugendlichen. In: Gros H. (Hrsg.): Rausch und Realität. Band 3. Stuttgart: Klett, 215–217.
- Leppin A. (2004): Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann K., Klotz T. & Haisch J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber, 31–40.

- Leppin A. (2009): Lebenskompetenzansatz, In: Thomasius R., Schulte-Markwort M., Küstner, U. & Riedesser, P. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart, 383–385.
- Loviscach P. (2000): Genese. In: Stimmer F. (Hrsg.): Suchtlexikon. Oldenburg u.a.: Wissenschaftsverlag, 264–270.
- Mangweth-Matzek, B. (2015): Essstörungen bei Männern. In: Herpertz, S., de Zwaan, M., Zipfel, S. (Hrsg.) (2015): Handbuch Essstörungen und Adipositas. Berlin Heidelberg
- McGrath Y., Sumnall H., McVeigh J. & Bellis, M. (2006): Drug use prevention among young people: a review of reviews. London: National Institute for Health and Clinical Excellence
- Melzer W., Schubarth W. & Ehninger F. (2006): Positives Sozialverhalten von Schülerinnen und Schülern ist ein Bildungswert. In: Heitmeyer W. & Schrötte M. (Hrsg.): Gewalt – Beschreibungen, Analysen, Prävention. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 217–236.
- Musalek, M./R. Mader (2019): »Medikamentenabhängigkeit«. In: Österreichische Ärztezeitung 5, 22–29
- National Institute on Drug Abuse (2003): Preventing Drug Use among Children and Adolescents – a research-based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders. Maryland. Verfügbar unter: http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf (Datum des Zugriffs: 17. 06. 2014)
- ÖBIG (Hrsg.) (2003): Bericht zur Drogensituation 2003. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
- Paulik R., Rabeder-Fink I. & Uhl A. (2012): Grundlagen. In: Suchtprävention in der Schule. Wien: Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, 12–51.
- Petermann H. & Roth M. (2006): Suchtprävention im Jugendalter – interventionstheoretische Grundlagen und entwicklungspsychologische Perspektiven. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Petratis J., Flay B. R. & Miller T. Q. (1995): Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle. In: Psychological Bulletin. 117 (1), 67–86.
- Petratis J., Flay B., Miller T., Torpy E. & Greiner, B. (1998): Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors. In: Substance Use and Misuse. 33, 2604–2651.
- Piontek D. & Bühler A. (2009): Fördern Lebenskompetenzprogramme wirklich Kompetenzen? In: Hanewinkel R. & Röhrle B. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Tübingen: DGVt, 183 – 196.
- Programm Eigenständig werden: Handbuch für Lehrkräfte.
- Ramelow D., Griebler R., Hofmann F., Unterweger K., Mager U., Felder-Puig R. & Dur W. (2011): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen – Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Ramelow D. & Felder-Puig R. (2012): Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis bei österreichischen Schülerinnen und Schülern: Ergebnisse 2010 und Trends. In: HBSC Factsheet Nr. 04/2012. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Reese A. & Silbereisen R. K. (2001): Allgemeine versus spezifische Primärprävention von jugendlichem Risikoverhalten. In: Freund T. & Lindner W. (Hrsg.): Prävention. Zur kritischen Bewertung von Präventionsansätzen in der Jugendarbeit. Opladen: Leske & Budrich, 139–162.
- Rumpf H.-J. et al. (2011): Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA). Greifswald, Lübeck.
- Schmidt B. & Hurrelmann K. (2000): Grundlagen einer präventiven Sucht- und Drogenpolitik. In: Schmidt B. & Hurrelmann K. (Hrsg.): Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Ein Handbuch. Opladen: Leske + Budrich, 13–24.
- Schoberberger R. & Kunze M. (1999): Nikotinabhängigkeit. Diagnostik und Therapie. New York, Wien: Springer
- Strohmeier D., Gradinger P., Schabmann A. & Spiel C. (2012): Gewalterfahrungen von Jugendlichen: Prävalenzen und Risikogruppen, In: Eder F. (Hrsg.): Sonderdruck aus PISA 2009 – Nationale Zusatzauswertung für Österreich. Münster, 166–209.
- Thomasius R., Stolle M. & Sack P.-M. (2009): Entwicklungspsychopathologisches Modell. In: Thomasius R., Schulte-Markwort M., Küstner U. J. & Riedesser P. (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter – das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Schattauer, 139–146.
- Tröger, N. (2017): Kaufsucht in Österreich - 2016. Hrsg. von Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien. https://media.arbeiterkammer.at/wien/PDF/studien/Kaufsucht_in_Oesterreich_2017.pdf

Uchtenhagen A. (2000): Determinanten für Drogenkonsum und -abhängigkeit, In: Uchtenhagen A. & Zieglgänsberger W. (Hrsg.): Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München und Jena: Urban & Fischer, 193–201.

Uhl A. (1998): Evaluation of primary prevention in the field of illicit drugs. Definitions – Concepts – Problems. In: Springer A. & Uhl A. (Hrsg.): COST A6 Evaluation research in regard to primary prevention of drug abuse. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 135–220.

Uhl A., Schmutterer I., Kobra U. & Strizek J. (2013): Delphi-Studie zur Vorbereitung einer „nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“. Wien.

Uhl, A./S. Bachmayer/J. Strizek (2016): Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2016, 7. Vollständig überarbeitete Auflage (Onlineversion). Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. url: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/6/4/1/CH_1039/CMS1305198709856/handbuchalkohol_band_1.pdf

Weichold K. (2012): Prävention und Entwicklungsförderung im Jugendalter: Evaluation des schulbasierten suchtpreventiven Lebenskompetenzenprogramms IPSY. Habilitationsschrift. Jena.

Weichold K. & Silbereisen R. K. (2014): Suchtprävention in der Schule. IPSY – ein Lebenskompetenzprogramm für die Klassenstufen 5–7. Göttingen: Hogrefe.

Weigl M. et al. (2010): Bericht zur Drogensituation 2010. Wien: Gesundheit Österreich GmbH (Geschäftsbereich ÖBIG).

Weigl M., Busch M., Grabenhofer-Eggerth A., Turscherl E. & Wirl C. (2012): Bericht zur Drogensituation 2012. Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht/Lissabon und des Bundesministeriums für Gesundheit, Wien.

WHO (2009): Global health risks. Genf.

World Health Organization. (2018). International Classification of Diseases 11th Revision: The global standard for diagnostic health information. Geneva: World Health Organization.

Wilson D. B., Gottfredson D. C. & Najaka, S. S. (2001): School-based prevention of problem behaviours: a meta-analysis. In: Journal of Quantitative Criminology. 17 (3), 247–272.

Zimmerl H. D. (2004): Internetsucht. Eine neumodische Krankheit? Versuch einer Antwort anhand einer Untersuchung der Applikation: Chatroom. <http://gin.uibk.ac.at/thema/internetsucht/chat-teil1.html>

9. AUTORENSCHAFT

Mag. Ingrid Rabeder-Fink

Studium der Soziologie an der Johannes-Kepler-Universität in Linz. Mitarbeiterin am Institut Suchtprävention der pro mente OÖ. Leitung der Abteilung Schule, Familie und Kindergarten. Leitung der Lehrveranstaltung „Schulische Suchtprävention“ im Masterstudienlehrgang „Sucht- und Gewaltprävention in pädagogischen Handlungsfeldern“. Rund 15 Jahre Erfahrung in der Umsetzung schulischer Suchtpräventionsaktivitäten.

Mag. Dr. Rainer Schmidbauer

Studium der Sozialwirtschaft und des Doktorats der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften in Linz. Leiter des Institut Suchtprävention der pro mente OÖ. Leiter des Masterstudienlehrgangs „Sucht- und Gewaltprävention in pädagogischen Handlungsfeldern“. Mitglied der Jugendschutzkommission des Landes OÖ. Mitglied der Gesundheitsförderungskonferenz OÖ. Mitglied der österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung. Mitglied im Beirat der Akademie für Weiterbildung der FH OÖ.

