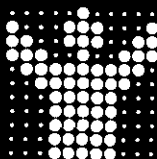




**Expertise
zur Primärprävention des
Substanzmißbrauchs**

060016



Band 20
Schriftenreihe des
Bundesministeriums
für Gesundheit

Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden

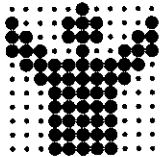
**Expertise zur
Primärprävention des Substanzmißbrauchs**

ARCHIVEXEMPLAR

**Reg.-No. 60016
(6.1.16)**

Expertise zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs

Jutta Künzel-Böhmer
Gerhard Bühringer
Theresa Janik-Konecny



Band 20
Schriftenreihe des
Bundesministeriums
für Gesundheit

Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden

Zu dieser Expertise gibt es eine separate Kurzfassung.

Die Deutsche Bibliothek-CIP-Einheitsaufnahme

Künzel-Böhmer, Jutta:

Expertise zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs / Jutta Künzel-Böhmer ;
Gerhard Bühringer ; Theresa Janik-Konecny.

– Baden-Baden : Nomos Verl.-Ges., 1993

(Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit ; Bd. 20)

ISBN 3-7890-3223-9

NE: Bühringer, Gerhard:: Janik-Konecny, Theresa:: Deutschland /

Bundesministerium für Gesundheit: Schriftenreihe des Bundesministeriums...

Herausgeber: Das Bundesministerium für Gesundheit
53108 Bonn

Gesamtherstellung: Heinz Neubert GmbH, Bayreuth 1993

Verlag: Nomos-Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG Baden-Baden

Verlagsort: Baden-Baden
Printed in Germany

Vorwort

Über die große Bedeutung primärpräventiver Maßnahmen zur Vorbeugung von Suchtentstehung insbesondere zur Vorbeugung des Mißbrauchs illegaler Drogen besteht unter Experten Übereinstimmung. Der Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan betont daher die Notwendigkeit, primärpräventive Maßnahmen zu intensivieren. Die Bundesregierung hat deshalb zusätzliche Mittel für die Suchtprävention zur Verfügung gestellt. In den Mittelpunkt rückt nun die Frage, welche primärpräventiven Ansätze und Maßnahmen die größte Wirksamkeit versprechen und als gesichertes Fundament einer langfristigen Präventionsstrategie anzusehen sind.

Die vorliegende Expertise gibt hierzu mehrere Antworten. Auf der Grundlage einer umfassenden wissenschaftlichen Bestandsaufnahme hat sie wichtige Eckpfeiler für eine effektive Suchtprävention erarbeitet.

Diese Studie kann deshalb sowohl zur Überprüfung bestehender Konzepte und Maßnahmen als auch als Planungshilfe für neue Aktivitäten dienen.

Erfreulicherweise bestätigen die Studienergebnisse grundsätzlich das Präventionskonzept des Bundesministeriums für Gesundheit. Im Mittelpunkt der durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bereits durchgeführten Maßnahmen steht die Herausbildung eines suchtfreien Lebensstils durch die Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Lebensbewältigung sowie eines (selbst-)kritischen Umgangs mit suchtbildenden Stoffen.

Vor allem sollten die Ergebnisse der Studie aber Mut machen. Denn obgleich noch erhebliche Kenntnislücken bestehen und weitere Forschung notwendig ist, kann als gesichert gelten, daß Prävention wirksam ist und deshalb für diesen Bereich die Anstrengungen noch gesteigert werden müssen.



Horst Seehofer

Vorwort

Die Primärprävention des Substanzmißbrauchs, insbesondere des Mißbrauchs illegaler Drogen, ist in den letzten Jahren zunehmend in den Mittelpunkt des fachlichen Interesses geraten. Durch die Erstellung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplans im Jahre 1990, der der Prävention einen hohen Stellenwert zuschreibt, ist das Thema auch einer breiteren Öffentlichkeit bewußt geworden.

Ganz im Gegensatz zu dem hohen Interesse steht der praktische Ausbau präventiver Maßnahmen in Deutschland sowie die Erforschung ihrer wissenschaftlichen Grundlagen. Während die Präventionsforschung vor allem in den anglo-amerikanischen und skandinavischen Ländern seit Jahren einen hohen Stellenwert hat, und intensiv gefördert wird, spielt sie in Deutschland praktisch keine Rolle, vor allem für den Bereich präventiver Interventionsprogramme, etwa in Kindergärten, Schulen oder Jugendzentren. In jüngster Zeit erfolgt zumindest ein rascher Ausbau präventiver Maßnahmen in den Bundesländern, so daß zu erwarten ist, daß die administrativen und personellen Voraussetzungen für eine flächendeckende Prävention in Deutschland allmählich geschaffen werden.

Die Expertise, die im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstellt wurde, versucht durch die Zusammenstellung der wissenschaftlichen Grundlagen einer modernen Primärprävention den Forschungsrückstand gegenüber anderen Ländern zumindest zu reduzieren. Die Untersuchungen zeigen, daß Primärprävention bei sorgfältiger fachlicher Planung und intensiver Durchführung wirksam ist. Die Ergebnisse zeigen aber auch, daß eine intensive Forschung in der Zukunft notwendig sein wird, einerseits zur Verbesserung der Ergebnisse, andererseits zur Überprüfung der Übertragbarkeit ausländischer Konzepte auf die Situation in Deutschland. Es ist zu hoffen, daß der neuere Förderungsschwerpunkt „Suchtforschung“ des Bundesministeriums für Forschung und Technologie hier auch einen Beitrag zur Forschungsförderung im Bereich der Primärprävention leistet.

Primärprävention kann nicht Aufgabe weniger Fachleute oder Beratungsstellen sein und darf sich auch nicht auf Trainingsprogramme und andere erzieherische Maßnahmen beschränken, sondern ist eine Gemeinschaftsaufgabe aller Bürger. Nur wenn (1) Engagement und Vorbildverhalten aller Erwachsenen, (2) fachliche Kompetenz in der Erziehung von Kindern und Jugendlichen sowie (3) gesundheitspolitische Maßnahmen wie etwa die Einschränkung der Verfügbarkeit von psychoaktiven Substanzen bei Minderjährigen oder die Verbesserung der Ausbildung des Kindergartenpersonals für primärpräventive Aufgaben gebündelt werden, besteht die Hoffnung, daß durch eine flächendeckende Primärprävention

langfristig das Problem des Mißbrauchs aller psychoaktiven Substanzen reduziert werden kann.

Die Auswertung der Literatur für diese Expertise wurde im Herbst 1991 abgeschlossen, der Bericht im Dezember 1991 fertiggestellt. In der Zwischenzeit sind zahlreiche neue Arbeiten erschienen, die für eine Ergänzung der Expertise ausgewertet werden müssen.

München, März 1993

Dr. Gerhard Bühringer

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Aufgabenstellungen und Zielsetzung	1
1.3 Hinweise	2
2. Überblick über den empirischen Kenntnisstand zum Substanzmißbrauch	5
2.1 Konsumverhalten	5
2.2 Rahmenbedingungen des Konsums	8
3. Modelle zur Entwicklung und Aufrechterhaltung eines Substanzmißbrauchs	13
3.1 Eindimensionale Konzepte	14
3.2 Prozeß- und interaktionsorientierte Konzepte	16
3.3 Risikofaktoren-Konzepte	22
3.4 Suchtprotektive Konzepte	27
4. Modelle zur Wirkung präventiver Maßnahmen über personale Kommunikation	31
4.1 Überzeugungs-Kommunikations-Modell	31
4.2 Konzept des sozialen Lernens (social influence approach)	31
4.3 Konzept der Lebenskompetenzentwicklung (life skills approach)	32
4.4 Gesundheitsförderung	33
4.5 Förderung der Lebensalternativen zum Substanzmißbrauch	34
5. Modelle zur Wirkung präventiver Maßnahmen durch Massenmedien	37
5.1 Bereiche der Medienwirkungsforschung	37
5.2 Theorien zur Einstellungs- und Verhaltensänderung (Medienwirkung)	40
6. Ziele und Evaluationskriterien für die primäre Prävention	44
7. Interventionsbereiche und Maßnahmen	46
7.1 Präventionsbereich Familie	46
7.2 Präventionsbereich Schule	51
7.2.1 Drogenerziehung und Informationsvermittlung	52
7.2.2 Affektive Erziehung	58
7.2.3 Alternative Erlebnisformen	59
7.2.4 Standfestigkeit bei sozialer Beeinflussung (social influence resistance)	61
7.2.5 Allgemeine Bewältigungsfertigkeiten (like skills)	65

7.2.6	Vergleichende Untersuchungen.....	71
7.2.7	Die Trainer.....	75
7.2.8	Die Ausbildung der Trainer.....	77
7.3	Präventionsbereich Gemeinde.....	77
7.3.1	Jugendarbeit.....	78
7.3.2	Übergreifende Programme.....	81
7.4	Präventionsbereich Massenmedien.....	86
7.4.1	Die Medienkampagne.....	86
7.4.2	Soziales Marketing.....	88
7.4.3	Evaluation.....	90
7.4.4	Ergebnisse.....	92
8.	Schlußfolgerungen.....	102
8.1	Personale Kommunikation.....	102
8.2	Massenkommunikation.....	107
9.	Vorschläge.....	110
9.1	Exkurs: Organisation der Prävention in Deutschland.....	110
9.2	Vorschläge.....	111
	Literatur.....	119

1. Einführung

1.1 Ausgangslage

Die Primärprävention des Substanzmißbrauchs, insbesondere des Mißbrauchs illegaler Drogen, ist seit einiger Zeit wieder in den Mittelpunkt des öffentlichen und gesundheitspolitischen Interesses gerückt. Dies hat mehrere Gründe. Zum einen deuten verschiedene Indikatoren darauf hin, daß nach einer Phase der Stabilität bzw. des Rückgangs des Drogenproblems bis etwa 1985, das Mißbrauchsverhalten in der Bundesrepublik möglicherweise wieder zunimmt. So zeigt sich z.B. in der Repräsentativerhebung 1990 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren, daß der Anteil der Drogenerfahrenen (Lebenszeitprävalenz) zwischen 1986 und 1990 bei den 12 – 29jährigen von 12,1% auf 16,1% zugenommen hat und der Anteil aktueller Konsumenten (letzte 12 Monate) von 4,5% auf 6,2% (Simon, Bühringer, Wiblishauser, 1991). Die Zunahme ist allerdings allein durch die älteren Jahrgänge (18 bis 29jährige) bedingt, die Werte für die jüngeren Personen sind nach wie vor konstant bzw. sogar rückläufig.

Ein zweiter Grund für das verstärkte Interesse mag darin liegen, daß die Phase des Aufbaus therapeutischer Einrichtungen im ambulanten und stationären Bereich weitgehend abgeschlossen ist. Die Effizienzuntersuchungen zeigen, daß trotz aller therapeutischen Bemühungen ein Teil der behandelten Klienten dauerhaft oder zumindest episodenhaft rückfällig wird, so daß die Frage nach der Verhinderung des Drogenmißbrauchs stärker in den Vordergrund rückt.

Allen Fachleuten wurde zuletzt im Zusammenhang mit der Erstellung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplanes deutlich, daß durch die notwendige Schwerpunktsetzung im therapeutischen Bereich der Ausbau der Primärprävention zu kurz kam. Die Situation der Primärprävention in der Bundesrepublik kann insgesamt nur als desolat bezeichnet werden (Bühringer, 1990). Dies gilt nahezu für alle Aspekte: es fehlen strukturelle Rahmenbedingungen für die Trägerschaft präventiv tätiger Einrichtungen, die Zahl der Einrichtungen und Mitarbeiter ist zu gering, der präventive Kenntnisstand unzureichend. Es fehlen in vielen Bereichen wissenschaftlich fundierte Konzepte und Programme für die Durchführung präventiver Maßnahmen sowie Effizienzkontrollen.

1.2 Aufgabenstellungen und Zielsetzung

Allgemeine Zielsetzung der Expertise ist die Zusammenstellung von Vorschlägen für präventive Strategien, für einzelne Maßnahmen sowie für den Forschungsbedarf auf dem Hintergrund des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstandes zur

Primärprävention des Substanzmißbrauchs. Im Rahmen dieser Zielsetzung sollen sowohl die vorherrschenden Theorien zu verursachenden Bedingungen des Drogenmißbrauchs dargestellt werden, als auch neuere Modelle für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Drogenabhängigkeit sowie für die Wirkung präventiver Maßnahmen. Als letztes sollen neuere präventive Interventionen vorgestellt und bewertet werden. Auf der Grundlage dieses aktuellen Kenntnisstandes sollen Schlußfolgerungen und Vorschläge für das weitere Vorgehen abgeleitet werden.

1.3 Hinweise

Bei der Erstellung dieser Expertise wurden vorab verschiedene, im folgenden dargestellte Festlegungen getroffen, um den Umfang des Textes in zumutbaren Grenzen halten zu können:

- **Schwerpunktsetzung bei den psychoaktiven Substanzen**
Es besteht heute weitgehend Einigkeit darüber, daß die Primärprävention überwiegend substanzunspezifisch gestaltet werden muß. Dennoch ist ein großer Teil der Literatur zumindest unter dem Aspekt einer bestimmten psychoaktiven Substanz geschrieben worden, sei es Alkohol, illegale Drogen oder Tabak. Soweit es sich um grundlegende Konzepte und Modelle handelt, wurde immer ein umfassender Ansatz berücksichtigt. Dennoch besteht vor allem im praktischen Teil eine Schwerpunktsetzung der ausgewählten Literatur bei illegalen Drogen. Diese Schwerpunktsetzung der Expertise steht etwas im Gegensatz zur (quantitativen) Schwerpunktsetzung der vorhandenen wissenschaftlichen Literatur: hier dominiert die Prävention des Tabakkonsums.
- **Beschränkung auf empirisch fundiertes Material**
Die Überlegungen darüber, was Substanzmißbrauch verursacht, und wie man ihm präventiv begegnen könnte, sind in ihrer Zahl derart umfangreich, daß eine umfassende Zusammenstellung heute nicht mehr möglich ist. Auch nur ein ansatzweiser Versuch würde mehrere Bände füllen, vor allem wenn man die verschiedenen europäischen und außereuropäischen Erfahrungen berücksichtigt. Da es in dieser Expertise vor allem um neuere Erkenntnisse geht, wurde als Auswahlkriterium im Regelfall ein empirisch-hypothetisches Vorgehen bei der Konzeptbildung bzw. empirisch überprüfte Konzepte und Maßnahmen festgelegt. Dieses Auswahlkriterium ist insofern einschneidend, als damit ein großer Teil pragmatisch entwickelter oder pseudowissenschaftlich begründeter Maßnahmen und Modelle nicht einbezogen wird. Eine solche einschneidende Eingrenzung ist nicht nur aufgrund der unübersehbaren Materialmenge sinnvoll; vielmehr erscheint es gerade aufgrund dieser Materialmenge

notwendig, sich in Zukunft verstärkt auf ein empirisch-hypothesengeleitetes Vorgehen zu konzentrieren, um den „Wust“ von sich häufig auch widersprechenden Überlegungen zur Prävention auf eine Basis abgesicherter Erkenntnisse reduzieren zu können. Nur durch ein solches empirisches Vorgehen ist auch eine Ausweitung abgesicherter Erkenntnisse in der Zukunft möglich. Diese Beschränkung auf empirisch fundiertes Material führt dazu, daß vor allem Studien aus dem angloamerikanischen Bereich einbezogen wurden. Entsprechende Studien sind für Kontinentaleuropa kaum verfügbar.

Konzepte und Maßnahmen über empirisch gesichertes Wissen hinaus wurden nur dann einbezogen, wenn sie aufgrund analoger Erkenntnisse in anderen Bereichen als bedeutsam anzunehmen sind, bzw. wenn sie als Ergänzung zu bereits feststehenden Erkenntnissen einen sinnvollen Beitrag leisten können. In solchen Fällen wurde allerdings auf den (noch) spekulativen Charakter hingewiesen.

– Konzept der Lebenskompetenzförderung

Die Idee der Lebenskompetenzförderung als Alternative bzw. Ergänzung zum bisher in der Bundesrepublik vorherrschenden Risikofaktorenkonzept war ein zentraler Inhalt des Projektantrages zu dieser Expertise. Im Gegensatz zu den Risikofaktoren für die Entwicklung eines Drogenmißbrauchs, die in den letzten Jahren immer zahlreicher wurden, so daß sie für die Gestaltung präventiver Maßnahmen zunehmend fragwürdiger wurden, basiert das Lebenskompetenzkonzept auf der Frage, was eigentlich bei der Mehrzahl der Jugendlichen einen Drogenmißbrauch verhindert. Es geht dabei nicht unbedingt um den einmaligen oder kurzzeitigen Drogenmißbrauch im Rahmen eines adoleszenten Neugier- oder Probierverhaltens, sondern um die Faktoren, die bei Jugendlichen ein langfristiges Mißbrauchsverhalten mit allen Konsequenzen verhindern. Aufgrund verschiedener Überlegungen und Untersuchungen, die noch dargestellt werden, geht dieses Konzept davon aus, daß Jugendliche, die kein langfristiges Mißbrauchsverhalten entwickeln, bestimmte Kompetenzen zur selbstständigen und befriedigenden Lebensgestaltung und zur aktiven Bewältigung von Krisen haben. Innerhalb dieser Expertise nimmt die Darstellung und empirische Analyse dieses Konzepts einschließlich der daraus zu ziehenden Schlußfolgerungen eine zentrale Stellung ein.

Der Begriff „Lebenskompetenzförderung“ steht nicht für ein spezifisches Konzept aus der Literatur bzw. für ein spezifisches Programm. Er wurde vielmehr von den Autoren dieser Expertise als Überbegriff für eine Reihe von Ansätzen verwendet, die sich nicht mehr wie früher mit der Reduzierung bzw. Vermeidung von Risiken befassen, sondern mit der aktiven und sehr konkreten Förderung von verschiedenen Kompetenzen, von denen angenommen wird, daß sie die Wahrscheinlichkeit eines Mißbrauchsverhaltens reduzieren.

Teilweise werden solche Konzepte in „reiner Form“ eingesetzt, teilweise zusammen mit anders theoretisch begründeten Konzepten wie etwa der Schaffung von Lebensalternativen zum Drogenkonsum. Aus diesem Grund wurden sie nicht isoliert in einem Kapitel beschrieben, sondern in ihrem jeweiligen Entstehungs- und Nutzungszusammenhang.

In der Expertise sind sie im Rahmen des Kapitels über Modelle zur Entstehung eines Mißbrauchsverhaltens (3.) und im Abschnitt Suchtprotektive Konzepte (3.4) dargestellt. Im Kapitel über die Modelle zur Wirkung präventiver Maßnahmen (4.) werden sie vor allem als „life-skills-approach“ (4.3) beschrieben. Im Kapitel zu den Interventionsbereichen (7.) sind sie intensiv im Bereich der Peer-Gruppen Arbeit (7.3) eingesetzt worden und deshalb dort in mehreren Abschnitten ausführlich beschrieben.

– Zeitraum der Literaturlanalyse

Für diese Literaturexpertise wurden mehr als 500 Zeitschriftenartikel, Bücher und Manuskripte gesucht und ausgewertet. Der Schwerpunkt liegt bei der neueren empirischen Literatur ab etwa 1980, doch wurde in wichtigen Teilen bis 1970 zurückgegangen, teilweise in noch frühere Zeiträume, soweit dies für die theoretischen Grundlagen heutiger Programme notwendig war. Die Beschaffung erfolgte zum einen über Literatursuchsysteme, zum anderen über persönliche Kontakte mit Wissenschaftlern, um vor allem neueste Literatur sowie sogenannte „graue Literatur“ zu bekommen.

Die Literatur ist im Verzeichnis vollständig wiedergegeben. Auch wenn der Inhalt dieser Literaturangaben möglichst vollständig ausgewertet wurde, sind sie doch nicht alle im Text beschrieben und zitiert. Auch dies erfolgte aus Gründen der Übersicht und des Platzbedarfes. Dazu kommt, daß sich verschiedene theoretische Ansätze bzw. Programme sehr ähnlich sind, so daß jeweils nur ein prominenter, am besten dargestellter bzw. empirisch untersuchter Ansatz herausgegriffen und zitiert wurde.

2. Überblick über den empirischen Kenntnisstand zum Substanzmißbrauch

Für empirisch orientierte Modelle zur Entstehung eines Mißbrauchsverhaltens bzw. für Konzepte zur Prävention sind abgesicherte Daten zum Mißbrauchsverhalten selbst sowie zu den vorausgehenden Ursachen bzw. Bedingungen notwendig. Aus der Präventions- wie aus der Therapieforschung ist heute relativ abgesichert, daß präventive Maßnahmen und deren Erklärungsmodelle sehr spezifisch für einzelne Verhaltensweisen, Altersgruppen, Lebenszusammenhänge und teilweise auch für einzelne Substanzgruppen erarbeitet werden müssen. Der Mangel zahlreicher Konzepte und Maßnahmen liegt aber in der unzureichenden Berücksichtigung des empirischen Kenntnisstandes. Da dieser über zahlreiche Publikationen verteilt ist, und teilweise auch kontrovers diskutiert wird, soll im folgenden ein Überblick über solche Daten zum Mißbrauchsverhalten und dessen vorausgehenden Bedingungen gegeben werden, die nach dem heutigen Stand der Forschung als weitgehend abgesichert gelten können. Da diese Expertise vor allem für zukünftige Maßnahmen in der Bundesrepublik erstellt wurde, beschränkt sich die Übersicht auf dieses Gebiet. Zwar liegen etwa für die USA weitaus mehr empirische Kenntnisse vor, doch ist der Umfang und die kulturelle Einbettung des Mißbrauchs von illegalen Drogen und Alkohol in den USA völlig anders als in der Bundesrepublik, so daß der empirische Kenntnisstand nicht ohne weiteres übertragen werden kann.

2.1 Konsumverhalten¹⁾

Konsum von illegalen Drogen

Die Daten, die im folgenden aufgeführt werden, beziehen sich ausschließlich auf die alten Bundesländer, da in den neuen Bundesländern die Prävalenz des Konsums von illegalen Drogen noch zu geringfügig ist.

Einer aktuellen repräsentativen Bevölkerungsumfrage (N=18845) zufolge sind 4,8% der Bevölkerung in den alten Bundesländern im Alter zwischen 12 und 39

1) Sofern nicht anders vermerkt stammen die in Kapitel 2.1 und 2.2 aufgeführten Daten aus: Simon, R., Bühringer, G., Wiblishauser, P. (1991). Repräsentativerhebung 1990 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren, sowie aus unveröffentlichtem Datenmaterial zu o.g. Erhebung.

Jahren aktuelle Konsumenten von illegalen Drogen (d.h. Konsum von illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten)²⁾. Deutlich dominieren die 18-29jährigen, die in ihren Altersstufen die höchsten Anteile an Drogenkonsumenten aufweisen (9%), was sich auch in anderen Untersuchungen bestätigt hat (Institut für Jugendforschung, 1990). Darin spiegelt sich ein Trend wider, der auch im Ausland zu beobachten ist: die kontinuierliche Verschiebung des Hauptanteils der Drogenabhängigen in die oberen Altersgruppen (Hanel, 1991). Dies bedeutet jedoch nicht, daß in den unteren Altersgruppen der Konsum von illegalen Drogen keine Rolle mehr spielt. So zählen bereits in der Altersgruppe der 12 bis 14jährigen 0,3% der Befragten zu den aktuellen Konsumenten illegaler Drogen und insgesamt 1% der 12-14jährigen hat bereits Erfahrungen mit illegalen Drogen gemacht (d.h. Drogenkonsum irgendwann im Leben).

Bei dem Konsum von illegalen Drogen überwiegt die Einnahme von Haschisch (3,9%), bei den unteren Altersgruppen zeigt sich dies besonders deutlich (5,7% bei den 12-24jährigen). Es wird mehr Kokain (0,3%) als Heroin (0,2%) konsumiert, was für alle Altersgruppen zutrifft. In den aktuellen Gebrauchsmustern der einzelnen Substanzen zeigt sich über alle Substanzen hinweg eine eher seltene Einnahme von maximal 5mal im Jahr, wobei dies in besonderem Maße für den Konsum von Halluzinogenen und Kokain zutrifft. Bei Heroin, Haschisch und Aufputschmitteln findet man vermehrt Einnahmen von über 40mal pro Jahr.

Frauen konsumieren aktuell weniger illegale Drogen als Männer, ein Anteil von 3,3% der Frauen steht hier einem Anteil von 6,2% der Männer gegenüber. Ein entsprechendes Verhältnis findet man auch bei den Erfahrungen, die im Verlauf des gesamten Lebens mit illegalen Drogen gemacht wurden (Frauen: 12,8%, Männer: 19,7%).

Tabelle 1: Verteilung des Erstkonsums von illegalen Drogen nach Alter und Geschlecht (N=2745)

	Alter bei Erstkonsum				
	<10	10-15	16-18	19-25	26-39
Alle	0.1%	13%	49%	35%	3%
Frauen	0.1%	21%	46%	29%	4%
Männer	0%	9%	50%	37%	4%

2) Sofern keine anderen Altersgruppen angegeben werden, beziehen sich die Daten immer auf die Altersgruppe der 12 bis 39jährigen.

Das Haupt-Einstiegsalter für den Konsum von illegalen Drogen liegt zwischen 16 und 18 Jahren (siehe Tabelle 1), beinahe 50% aller, die schon Drogenerfahrungen haben, haben in diesem Zeitraum zum ersten Mal entweder Haschisch oder eine andere Substanz probiert. Bei 13% lag der Erstkonsum im Alter zwischen 10 und 15 Jahren. Bei Frauen zeigt sich die Tendenz zum früheren Einstieg: 22% aller Frauen mit Drogenerfahrung haben vor ihrem 16. Lebensjahr zum ersten Mal Drogen genommen, wohingegen dies nur bei 9% der Männer der Fall ist.

Konsum von Tabak

39,4% der 12-39jährigen sind in den alten Bundesländern zu den aktuellen Rauchern zu zählen. 15,5% haben im Laufe ihres Lebens geraucht, konnten aber damit aufhören und 45,5% haben bisher noch nie zu Zigaretten oder ähnlichem gegriffen. Die Mehrzahl der Raucher konsumiert zwischen 10 und 29 Zigaretten am Tag (61%), 11% sind gelegentliche Konsumenten und 12% rauchen über 30 Zigaretten täglich. Auffällig ist, daß die Vielraucher vor allem in den höheren Altersgruppen zu finden sind.

Tabelle 2: Verteilung des Erstkonsums von Tabak nach Alter und Geschlecht (N=10507)

	Alter bei Erstkonsum				
	<10	10-15	16-18	19-25	26-39
Alle	0.4%	37%	48%	13%	2%
Frauen	0.4%	35%	49%	13%	3%
Männer	0.5%	37%	48%	12%	2%

Das Alter, in dem mit regelmäßigem Rauchen (wenn auch nur in kleinen Mengen) begonnen wurde, liegt niedriger als das Alter bei Erstkonsum von illegalen Drogen: die Mehrzahl der Raucher (75%) beginnt zwischen 14 und 18 Jahren zu rauchen. Bei 10% liegt der Anfang des regelmäßigen Gebrauchs noch vor dem 14. Lebensjahr, der früheste genannte Zeitpunkt liegt bei einem Alter von 6 Jahren (immerhin in vier Fällen). In Bezug auf das Einstiegsalter bestehen keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern.

Konsum von Alkohol

11% der Bevölkerung (12-39 Jahre) der alten Bundesländer behauptet von sich niemals Alkohol zu sich zu nehmen. Demgegenüber stehen 8%, die fast täglich

hauptsächlich zu Bier oder sonstigen Alkoholika greifen. 56% trinken Alkohol mehrmals in der Woche bis mehrmals im Monat.

Der Konsum von Bier sowie auch der Konsum von Wein und Spirituosen, unabhängig davon, ob er täglich oder nur einmal im Monat stattfindet, ist in der Hauptsache eine Angelegenheit der „älteren“ Jahrgänge (25 bis 39jährige). Dennoch trinken 20% der 12 bis 24jährigen täglich bis mehrmals die Woche Bier, 4% in dieser Häufigkeit Wein und 1% Spirituosen. Männer trinken häufiger Bier als Frauen, während Frauen etwas häufiger Wein trinken (insgesamt trinken aber mehr Männer Wein als Frauen).

Tabelle 3: Verteilung des Erstkonsums von Alkohol nach Alter und Geschlecht (N=6261)

	Alter bei Erstkonsum				
	<10	10-15	16-18	19-25	26-39
Alle	0.2%	16%	54%	26%	4%
Frauen	0.2%	12%	46%	37%	5%
Männer	0.2%	18%	58%	22%	2%

Der Einstieg in den Alkoholkonsum beginnt in Einzelfällen sehr früh, es gibt Nennungen, die noch unter dem 5. Lebensjahr liegen. Der Hauptanteil (70%) derer, die Alkoholerfahrung haben, hat jedoch im Alter zwischen 16 und 20 Jahren damit begonnen regelmäßig Alkohol zu trinken. Bei Männern besteht die Tendenz früher mit dem regelmäßigen Gebrauch von Alkohol anzufangen als bei Frauen: 18% der Männer sind bei Beginn 15 Jahre oder jünger, was nur für 13% der Frauen zutrifft.

2. 2 Rahmenbedingungen des Konsums

Die im folgenden dargestellten Ergebnisse sind nicht im Sinne einer Ursachenbeschreibung für den Beginn und die Aufrechterhaltung eines Substanzmißbrauchs zu verstehen. Es wird lediglich die Gruppe der Konsumenten, zum Teil im Vergleich zu Nichtkonsumenten, charakterisiert, unabhängig davon, welche Faktoren den Konsum bedingen und welche durch ihn bedingt sind. Hypothesen bzw. Theorien über die Zusammenhänge der einzelnen Faktoren sind in Kapitel 3 dargestellt.

Familie

Unterteilt man die Gruppe der Personen, die bei der Repräsentativerhebung von Simon et al. (1991) befragt wurden, in Abstinente (d.h. ohne einen einzigen Gebrauch von Drogen während des gesamten Lebens), in Probierer (d.h. Gebrauch von Drogen weniger als 10mal im gesamten Leben) und in Häufigkonsumenten (d.h. Gebrauch von Drogen mehr als 10mal während des gesamten Lebens), so ergeben sich hinsichtlich der familiären Situation einige interessante Unterschiede. Die Unterschiede wurden noch nicht auf ihre Signifikanz überprüft, jedoch ist anzunehmen, daß bei vorliegender Stichprobengröße (N=18845) jede Differenz signifikant ist.

89% der Abstinenten sind bei ihren leiblichen Eltern aufgewachsen, wohingegen dies nur bei 81% derer, die öfters Drogen konsumieren, der Fall ist. Bei nur einem Elternteil sind 5% der Abstinenten und 5% der Wenigkonsumenten groß geworden, dieser Anteil liegt mit 8% bei den Häufigkonsumenten höher. Im Hinblick auf eine Kindheit bei Adoptiv-/Pflegeeltern oder im Heim zeigen sich zwischen den drei Gruppen keine Unterschiede.

Bei allen drei Gruppen waren die Väter überwiegend ganztags berufstätig (72%), wobei 43% der Mütter der Abstinenten und 35% der Mütter der Häufigkonsumenten nicht berufstätig waren. Arbeitslosigkeit eines der Elternteile wird von *allen Gruppen kaum genannt* (0,4% – 1%). Auch bezüglich der Einschätzung der finanziellen Lage der Familie gibt es kaum Unterschiede. Die Mehrzahl der Schätzungen liegen im mittleren Bereich (64% bei allen Gruppen), 31% (Abstinente) bis 32% (Wenig-/Häufigkonsumenten) geben an, daß sie eher sehr sparsam leben mußten und nur 3% (alle Gruppen) konnten sich alles leisten.

Befragt zum Verhältnis zu den beiden Elternteilen erklären 66% der Abstinenten ein sehr gutes bis gutes Verhältnis zum Vater gehabt zu haben und nur 3% ein sehr schlechtes Verhältnis. Dieses Bild verändert sich bereits bei den Wenigkonsumenten: *nur 56% hatten in ihrer Kindheit ein sehr gutes bis gutes Verhältnis zum Vater* und bei 6% war dieses Verhältnis sehr schlecht. Noch negativer wird das Vater-Kind-Verhältnis von den Häufigkonsumenten dargestellt: nur 47% geben ein sehr gutes bis gutes Verhältnis an, 7% ein sehr schlechtes. Ähnliche Unterschiede sind auch in der Beziehung zur Mutter zu finden, wobei jedoch generell das Verhältnis zur Mutter besser bewertet wird. 83% der Abstinenten, 76% der Wenigkonsumenten und 68% der Häufigkonsumenten bezeichnen ihr Verhältnis zur Mutter während der Kindheit als sehr gut bis gut. Sowohl 1% der Abstinenten als auch 1% der Wenigkonsumenten hatten eine sehr schlechte Beziehung zur Mutter, bei den Häufigkonsumenten trifft das für 3% zu.

Hinsichtlich des Erziehungsstils des Vaters zeigen sich keine grundlegenden Unterschiede, das heißt in der Regel ist der von den Abstinente(n) meistgenannte väterliche Erziehungsstil auch der am meisten genannte bei den Häufigkonsument(en) etc. Trotzdem werden die einzelnen Stile von den drei Gruppen in unterschiedlicher Häufigkeit angegeben. Vorherrschend bei allen dreien ist der ruhige, gelassene Erziehungsstil (bei 43% der Abstinente(n), bei 40% der Wenigkonsument(en), bei 38% der Häufigkonsument(en)), am wenigsten wird von allen die väterliche Erziehung als anregend oder aufmunternd empfunden. Beim zweithäufigst genannten Erziehungsstil gibt es einen auffälligen Unterschied zwischen den Abstinente(n) und den Wenig- bzw. Häufigkonsument(en): während bei ersteren das anerkennungs- und achtende Verhalten des Vaters in der Erziehung genannt wird, steht bei den beiden übrigen Gruppen das strenge, befehlende Verhalten an zweiter Stelle. Anerkennung wird erst als dritthäufigste Verhaltensweise genannt. Generell läßt sich feststellen, daß bei den Personen, die noch nie Drogen konsumiert hatten, die positiven, auf Verständnis, Unterstützung und Gelassenheit basierenden, Erziehungsweisen dominieren, während bei den Drogenkonsument(en) eher Strenge und Ablehnung im Vordergrund stehen.

Ein ähnliches Bild ergibt sich auch in Bezug auf den Erziehungsstil der Mutter. Auch hier finden sich zu allen „positiven“ Verhaltensweisen der Mutter häufigere Nennungen bei den Abstinente(n) als bei den Drogenkonsument(en), bei „negativem“ Verhalten verhält es sich umgekehrt. In der Rangreihe der Erziehungsstile unterscheiden sich die drei Gruppen unwesentlich, jedoch zeigen sich Unterschiede zur väterlichen Erziehung. Bei der Mutter dominiert die zärtliche, liebevolle Erziehung, gefolgt von Anerkennungsbereitschaft, Heiterkeit und Lockerheit, während beim Vater Charakteristika wie Ruhe, Gelassenheit und Strenge im Vordergrund stehen.

Soziale Schicht

Zur Schichtzugehörigkeit liegen aus der Repräsentativerhebung noch keine Ergebnisse vor, aber in einer Analyse verschiedener deutscher Studien von Hanel (1991), welchen allerdings nur Stichproben von Drogenabhängigen zugrundeliegen, zeigte sich folgendes: Die Eltern der Abhängigen kommen aus allen sozialen Schichten, die Verteilung entspricht dabei in etwa der des Bundesdurchschnitts. Das heißt, über 50% der Eltern stammen aus der breiten Mittelschicht. Die Väter sind in der Regel Facharbeiter oder mittlere Angestellte, wohingegen die Mütter in der Hauptsache als einfache Arbeiterinnen oder Angestellte mit einfacher Tätigkeit arbeiten. Jedoch nimmt auch ein nicht unerheblicher Teil der Väter und Mütter eine gehobene Stellung ein.

In Bezug auf die Abhängigen selbst zeigt sich, daß verglichen mit dem Bundesdurchschnitt kaum Unterschiede in der Schulbildung vorliegen. Lediglich der Anteil der Abiturienten/-innen ist deutlich geringer. Frauen haben meistens höhere Schulabschlüsse als Männer, jedoch im Verhältnis dazu die schlechtere Berufsausbildung (sehr häufig handelt es sich um nicht abgeschlossene Berufsausbildungen). Insgesamt findet man unter den Abhängigen ca. 15% Hilfs-/arbeiter und 63% Erwerbslose.

Soziales Umfeld

In der Untersuchung von Simon (1991) zeigt sich, daß sich bei 8% derer, die noch nie Drogen genommen haben, im Freundeskreis Konsumenten von weichen Drogen und bei 1% Konsumenten von harten Drogen befinden. Dieser Anteil erhöht sich erheblich, wenn die Befragten selbst Drogenerfahrung haben. So haben ca. 54% der Haschischerfahrenen unter ihren Freunden Konsumenten von weichen Drogen, jedoch nur 3% der Haschischerfahrenen Konsumenten harter Drogen. Beide Anteile sind noch wesentlich höher bei Konsumenten härterer Drogen wie z.B. Kokain (78% Freunde, die weiche und 23% Freunde, die harte Drogen konsumieren).

Viel krasser stellt sich der Anteil der konsumierenden Freunde beim Alkohol dar, denn ca. 96% der Befragten geben an, daß sich zumindest einige Alkoholkonsumenten im Freundes- und Bekanntenkreis befinden. Bei 13% trinken alle Freunde, bei 51% die meisten.

In der Umfrage des Instituts für Jugendforschung bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 25 Jahren (1990) zeigt sich, daß es sich mit den Rauchern sehr ähnlich verhält. Von den ständigen Rauchern erklären 73%, daß die meisten ihrer Freunde ebenfalls rauchen. Die Zahl der rauchenden Freunde reduziert sich mit der Menge bzw. Häufigkeit des eigenen Zigarettenkonsums: nur noch 59% der gelegentlichen Raucher und nur 44% der ehemaligen Raucher geben Raucher in ihrem Freundeskreis an.

Psychologische Variablen

Im Rahmen der großen Bevölkerungsumfragen wurden keine Items zu psychologischen Variablen erhoben, die gemäß der bekannten Theorien möglicherweise im Zusammenhang mit dem Substanzmißbrauch stehen, wie z.B. der Grad der Selbstunsicherheit oder der Depressivität. Um Aufschluß über die psychische Struktur von Substanzmißbrauchern zu erhalten, müssen Studien, die speziell diese Population untersucht haben, herangezogen werden.

In einer Studie von Hanel und Herbst (1988) an Drogenabhängigen in verschiedenen stationären therapeutischen Einrichtungen zeigte sich deutlich, daß die Abhängigen zu Beginn der Behandlung hochgradig depressiv sind, in einem Ausmaß das deutlich von den Werten der Normalbevölkerung abweicht. Die Werte liegen bei den Frauen höher als bei den Männern. Dieses Ergebnis liegt auch aus anderen Studien vor (Ellgring, Vollmer, im Druck). Auch hier wurden erhöhte Depressivitätswerte zu Beginn der Therapie festgestellt, zusammen mit einem hohem Ausmaß an emotionaler Labilität.

Zum Bereich Selbstunsicherheit bei Drogenabhängigen konnten keine aktuellen Daten aus Deutschland gefunden werden. Diese und weitere psychologische Variablen werden aber zur Zeit im Rahmen der epidemiologischen Projekte des Instituts für Therapieforchung erhoben.

3. Modelle zur Entwicklung und Aufrechterhaltung eines Substanzmißbrauchs

In seinem Resümee über die suchtheoretische Fundierung der Prävention kommt Renn (1990) zu dem Schluß, daß immer noch kein geschlossener theoretischer Ansatz zur Erklärung der Sucht vorliegt. Was vorliegt ist zum einen eine große Anzahl an Theorien, deren Erklärungswert nur eine sehr begrenzte Reichweite hat und/oder die empirisch nicht belegt bzw. auch schwer belegbar sind. Zum anderen existiert eine Fülle von meist deskriptiven Einzelbefunden, die nur schwer zu einem theoretischen Geflecht verknüpft werden können, da sie zum Teil sogar widersprüchliche Aussagen machen. In der Übersicht von Lettieri & Welz (1983) sind allein 38 Ursachenkonzepte versammelt, wovon jedes nur als ein Repräsentant einer bestimmten Theoriegruppe (u.a. psychologisch, physiologisch oder soziologisch) aufgenommen wurde. Trotz aller Widersprüche besteht die Forderung, daß präventive Maßnahmen von einem wissenschaftlich begründbaren und überprüfbareren Konzept abgeleitet sein müssen, um kostspielige Versuch-Irrtum-Verfahren zu vermeiden.

Im folgenden werden die verbreitetsten Modelle und aussagekräftigsten empirischen Befunde dargestellt. Es ist schwierig, die vorhandenen Konzepte zur besseren Übersicht zu gliedern. Es wurde eine Untergliederung vorgenommen nach *eindimensionalen Konzepten* (3.1), *Prozeß- und Interaktionsmodellen* (3.2), *Risikofaktorenmodellen* (3.3) und *suchtprotektiven Modellen* (3.4). Die Modelle in den ersten beiden Abschnitten haben insofern gewisse Gemeinsamkeiten, als sie mehr oder weniger von einem Ursachenkonzept ausgehen, also auf Kausalitätszusammenhänge ausgerichtet sind. Der Unterschied liegt lediglich darin, daß im Abschnitt „Eindimensionale Modelle“ vor allem solche Konzepte dargestellt sind, die sich auf eine oder sehr wenige Ursachen beziehen.

Die Modelle im Rahmen des Risikofaktorenkonzepts sowie die suchtprotektiven Modelle haben gemeinsam, daß sie nicht mehr nach kausalen Ursachen-/Wirkungskonzepten aufgebaut sind, sondern einzelne Faktoren im Sinn von Wahrscheinlichkeitsangaben für das Risiko eines Substanzmißbrauchs nennen. Die beiden Konzeptbereiche unterscheiden sich spiegelbildlich darin, daß im Abschnitt 3.3 die Modelle dargestellt sind, die Risiken für einen Substanzmißbrauch angeben, während im Abschnitt 3.4 protektive Faktoren dargestellt sind, die die Wahrscheinlichkeit eines Substanzmißbrauchs senken. Die Schwierigkeit der Darstellung bzw. Gliederung liegt darin, daß im Laufe der Zeit zahlreiche Modelle konzeptionell nicht mehr „rein“ entwickelt werden, sondern häufig unterschiedliche Aspekte einbeziehen. Historisch entspricht die Reihenfolge

der Gliederung in diesem Kapitel in etwa der Entwicklung der einzelnen Konzeptbereiche. Allerdings gelten auch hierfür Einschränkungen: Zum Beispiel beruht eine erst in jüngster Zeit abgeschlossene Studie mit als sensationell zu bewertenden Daten über den Zusammenhang von frühkindlichen Persönlichkeitsstörungen und späterem Drogengebrauch auf einem Konzept, das überwiegend den „eindimensionalen Modellen“ zugeordnet werden kann.

Auch die vorgenommene Gliederung in eindimensionale sowie Prozeß- und interaktionsorientierte (mehrdimensionale) Konzepte ist nicht ganz unproblematisch, da es fließende Übergänge gibt. Zum Beispiel sind persönlichkeitspsychologische Konzepte sowohl in diesem Abschnitt aufgeführt, soweit sie für das Konstrukt der „Suchtpersönlichkeit“ entwickelt wurden, als auch im nächsten Abschnitt, soweit bestimmte Persönlichkeitsaspekte als Risikofaktoren im Rahmen eines komplexeren Modells angenommen wurden. Die Einteilung reflektiert auch eine historische Entwicklung, da ursprünglich eindimensionale Konzepte vorherrschten.

3.1 Eindimensionale Konzepte

Persönlichkeitspsychologische Konzepte

Ein Ansatz auf der Suche nach den Ursachen der Abhängigkeit ist der Versuch, Persönlichkeitseigenschaften in Beziehung zum Substanzmißbrauch zu bringen, um in letzter Konsequenz, die „Suchtpersönlichkeit“ (addiction prone personality) zu finden (Schenk, 1979), auch wenn dies bis heute nicht gelungen ist (Eilgring, 1990). Die Literatur weist hier ein weites Feld an widersprüchlichen Untersuchungsergebnissen auf.

Ziel des Ansatzes ist es, anhand der Persönlichkeitsstruktur drogengefährdete Personen frühzeitig ausfindig zu machen, um mit präventiven Maßnahmen der drohenden Abhängigkeit entgegenwirken zu können. Problematisch ist die Tatsache, daß die Persönlichkeitsvariablen im Gros der Untersuchungen erst an bereits auffällig gewordenen Drogenabhängigen erhoben wurden, so daß nicht mehr auszumachen ist, wie die zugrundeliegende Persönlichkeitsstruktur ausgesehen hat (Schmerl, 1984). Die Skala der vorgeschlagenen Persönlichkeitstypen ist umfangreich, sie reicht vom unangepaßten Typ, der mit seiner Umgebung nicht zurechtkommt und sich daher in die Droge flüchtet, über die psychisch gestörte Persönlichkeit, die nicht in der Lage ist, ihre inneren Konflikte zu lösen und daher sich Abhilfe durch Drogenkonsum verschafft bis hin zu Zuckermans erlebnishungrigem „sensation-seeker“ (Zuckerman, 1978; Schenk, 1979), der immer auf der Suche nach noch stärkerer Stimulation ist.

Die empirischen Studien zu diesen Ansätzen sind in der Regel so aufgebaut, daß Personen mit umfangreichen Testbatterien auf bestimmte Persönlichkeitseigenschaften im Querschnitt untersucht werden. Meist wird eine Einteilung in Abstinente, Probierer bzw. Experimentierer und Konsumenten vorgenommen, wobei es in einigen Studien gelingt, diesen Gruppen anhand der Testergebnisse bestimmte Persönlichkeitskorrelate zuzuordnen. An dieser Stelle ist die Längsschnittstudie von Shedler & Block (1990) zu erwähnen, in der 101 Personen über einen Zeitraum von 15 Jahren (3. – 18. Lebensjahr) insgesamt siebenmal getestet wurden. Das Ergebnis zeigte deutliche Persönlichkeitsunterschiede zwischen den drei oben genannten Konsumtypen, die sich bereits von früher Kindheit an manifestierten. Während die Abstinente eher furchtsame, passive, überkontrollierte Personen sind, sind die regelmäßigen Konsumenten als eher emotional labil, mit wenig Selbstvertrauen, beziehungsgestört und unkonzentriert charakterisiert. Die Experimentierer dagegen sind ausgeglichene Persönlichkeiten, die sich im Mittelfeld der Persönlichkeitsextreme aufhalten. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind mit großer Vorsicht zu interpretieren, da u.a. die Stichprobe für die angewandte Methodik sehr klein war. Allerdings wird eine Reihe der Befunde auch durch Ergebnisse früherer Studien unterstützt (Brook et al., 1985; Kellam et al., 1980).

Psychiatrische Konzepte

In ihrer Kernaussage berufen sie sich auf eine *Persönlichkeitsstörung*, die auch genetisch bedingt sein kann, und die als Syndrom zur Ursache für den Drogenkonsum wird (Schmerl, 1984). An dieser Stelle kann man auch die unter dem Risikofaktorenkonzept (vgl. 3.3) erwähnten Ansätze der Prädisposition und Vulnerabilität einer Person einordnen. Drogenkonsum wird als eine Art Selbstheilungsversuch (Battegay, 1972; Greaves, 1983) oder als natürliche Folge der anlage- und entwicklungsbedingten Charakterschwäche (Battegay, 1972) angesehen.

Psychoanalytische Konzepte

Im psychoanalytischen Erklärungskonzept wird Substanzmißbrauch als Symptom einer neurotischen Persönlichkeitsstörung klassifiziert, wobei zusätzlich eine „Prämorbidität“ der Persönlichkeit, das heißt eine besondere Anfälligkeit des Menschen gegenüber Sucht, angenommen wird (Bäuerle, 1989; Wöbcke, 1987). Die Prämorbidität wird durch eine Störung in der individuellen Entwicklung bedingt. In der Regel ist damit eine gestörte Mutter-Kind-Beziehung gemeint. Folge der Beziehungsstörung ist die Verunsicherung des Kindes in seinem Ver-

trauen zur Mutter, woraus zum einen ein übersteigertes Befriedigungsverlangen und Sicherheitsbedürfnis, zum anderen eine ständige Angst vor neuen Enttäuschungen resultiert (Bäuerle, 1989). Die Folge davon ist, daß die Belastbarkeit des Individuums stark vermindert ist. Es hat Schwierigkeiten, Spannungen und Frustrationen zu ertragen. Es neigt deshalb verstärkt dazu, bei Belastungen auf eine frühkindliche Entwicklungsstufe zu regredieren und auf dieser entsprechende Bedürfnisbefriedigungen zurückzugreifen, wie zum Beispiel das Verschaffen von schnellem Lustgewinn.

Einen anderen Akzent im psychoanalytischen Konzept der Suchtentstehung setzt der Ansatz des narzißtisch gestörten Suchtkranken (Grond, 1989). Hier wird eine nicht vollzogene Lösung aus der Symbiose mit der Mutter zugrundegelegt, die zur Folge hat, daß das Individuum narzißtisch bleibt. Diese Persönlichkeit ist charakterisiert durch geringes Selbstwertgefühl, Furcht vor Enttäuschungen, Schwanken zwischen Größenphantasien und Minderwertigkeitsgefühlen, zu hohen Ansprüchen an die eigene Person, Realitätsverkenning, Schwierigkeiten im Umgang mit Aggression und Angst vor Beziehungen. Der Weg in die Sucht wird als Akt der Selbstverwirklichung und Selbsttherapie interpretiert.

Die Schwäche des psychoanalytischen Ansatzes liegt vor allem in der mangelnden empirischen Untermauerung. In der Regel werden hierzu Fallstudien herangezogen, wobei die Beweisführung nach Schmerl (1984) lediglich Interpretationsarbeit darstellt, die wiederum dem einschränkenden Denkmuster des Forschers unterliegt. Hinzu kommt, daß die Theorie nicht schlüssig erklären kann, wie die Lücke zu schließen ist, die sich zwischen frühkindlich erworbenen Prädispositionen und dem viel später im Leben auftretenden Substanzmißbrauch ergibt.

3.2 Prozeß- und interaktionsorientierte Konzepte

Trias-Konzept

Das Trias-Modell, das bereits Anfang der siebziger Jahre von Kielholz und Ladewig formuliert wurde (Kielholz & Ladewig, 1973), basiert auf der Annahme, daß Drogenmißbrauch ein Resultat des Zusammenwirkens verschiedener Faktoren in der Person, der Umwelt und der Droge ist. Somit kann dieses Konzept auch als Rahmen gesehen werden, in den eine Vielzahl von Modellen unterschiedlichster Genese eingeordnet werden könnten. Da das Konzept sehr allgemein gehalten ist, ohne ein explizites Ursachen-, Bedingungs- oder Interaktionsgefüge aufzuzeigen, kann nur aufgelistet werden, welche Variablen den drei Hauptelementen zuzuordnen sind.

Unter dem Faktor Person subsumieren sich sowohl körperliche (z.B. Erbanlagen) als auch psychische Variablen (z.B. Persönlichkeitseigenschaften). Dem Faktor Umwelt zuzuordnen sind soziokulturelle Einflüsse wie z.B. Konsumverhalten, Einstellung gegenüber Drogenkonsum, soziale Schichtzugehörigkeit, allgemeine Lebensbedingungen, Familienstruktur, Arbeitssituation sowie der Einfluß sozialer Gruppen (Nöcker, 1990). Den Faktor Drogen bedingen die spezifischen Wirkungen der Drogen, die Art und Dauer der Einnahme sowie die Höhe der Dosis.

Lernpsychologische Konzepte

Die lernpsychologischen Konzepte gehen grundsätzlich von der Annahme aus, daß sowohl normales als auch abweichendes Verhalten aufgrund der gleichen Lernprinzipien erworben wird (Wöbcke, 1977) und betonen dabei in der Hauptsache die externe Determination des Suchtverhaltens unter Berücksichtigung kognitiver und affektiver Aspekte. Zur Erklärung des Beginns und der Aufrechterhaltung des Drogenkonsums sowie des Rückfalls in die Abhängigkeit nach Zeiten der Enthaltbarkeit werden in der Hauptsache die klassischen Lernprinzipien wie die klassische und operante Konditionierung sowie das Lernen am Modell herangezogen (Bühringer, 1990).

Für den Weg in die Sucht wird der initiale Konsum von Drogen als sehr entscheidend angesehen. Da auf der pharmakologisch-physischen Ebene beim erstmaligen Gebrauch von Drogen in den meisten Fällen keine angenehme, d.h. positiv verstärkende Wirkung eintritt, sondern eher eine unangenehme Wirkung wie z.B. Geschmacksaversionen oder Übelkeit, spielen das Umfeld und die Erwartungen des Konsumenten eine wichtige Rolle. Nach dem Prinzip des Modellerlerns erfährt der Erstkonsument durch Beobachten des Konsums bei z.B. Freunden die positiven Folgen des Drogengebrauchs. Der Eindruck ist umso stärker, je anerkannter und geschätzter die beobachtete Person ist. Hinzukommen kann als sekundäre Verstärkung der Zugang zu sozial attraktiven Gruppen, der durch den Drogenkonsum erwartet wird oder aber, falls man bereits in dieser Gruppe integriert ist, die positive Verstärkung durch die Gruppenmitglieder. In diesem Zusammenhang ist interessant, daß der weitaus größte Anteil von Heroinkonsumenten beim Erstkonsum nicht allein war, sondern von Freunden bzw. Bekannten eingewiesen wurde (Revenstorf, 1987). Die genannten positiven Folgen können ausschlaggebend sein für die Fortführung des Konsums, der zunächst zu angenehmen pharmakologischen Auswirkungen (Stimulierung/Sedierung) führt. Früher oder später jedoch kommt es zur körperlichen Toleranz und damit auch zu Entzugserscheinungen, wenn die nötige Drogenmenge nicht aufgenommen wird. Negativ verstärkend wirkt dann die Beseitigung der Entzugssymptome durch erneuten und gesteigerten Konsum. Die oben genannten positiven sozialen und

körperlichen Folgen werden dann als besonders stark empfunden, wenn die Situation des Konsumenten seit längerer Zeit schon schwierig und emotional negativ besetzt war (Schul-, Arbeitsbelastungen, Probleme mit den Eltern, dem Partner etc.) (Bühringer, 1990). Das gesamte Verhaltensrepertoire einer Person richtet sich allmählich immer mehr auf den Erwerb und Konsum von Drogen aus. Dies ist besonders dann der Fall, wenn die Verhaltenskompetenzen der Person schon vorher unzureichend waren (z.B. Unsicherheit, geringe Selbstwirksamkeitserwartung) und dadurch im täglichen Leben eine Vielzahl von Mißerfolgserlebnissen gemacht wurden. Es herrscht also gewissermaßen ein „Verstärkerdefizit“, das nun durch die positive Verstärkerwirkungen des Drogenkonsums ausgeglichen wird (Revenstorf, 1987).

Zahlreiche Einzelaspekte des lerntheoretischen Erklärungskonzepts, wie etwa die verschiedenen Lernprinzipien, sind durch experimentelle Untersuchungen mit Tieren und Menschen sehr gut untersucht. Auch kann man mit dem Modell im klinischen Einzelfall die Entwicklung eines abhängigen Verhaltens analysieren und die verschiedenen vorausgehenden und nachfolgenden Bedingungen gut bestimmen. Dennoch kann ein solches komplexes Modell, allein schon aus ethischen Gründen, als Ganzes nicht empirisch validiert werden.

Entwicklungspsychologische Konzepte

Eine Reihe von Autoren (Silbereisen & Kastner, 1984; Silbereisen, 1990; Kandel et al., 1978; Kandel et al., 1987) haben den Versuch gemacht, Drogenkonsum in Zusammenhang mit Lebensabschnitten und Lebensereignissen zu bringen.

Kandel (1983, Kandel et al., 1978) stellt die Hypothese auf, daß das Drogenverhalten bestimmten kulturell bedingten Entwicklungsstadien unterliegt. Dabei spielen jeweils unterschiedliche Kausalfaktoren eine Rolle. In den ersten Stadien des Drogenkonsums sieht Kandel vor allem soziale Einflüsse als entscheidende Variablen an, z.B. hat sich herausgestellt, daß in der ersten Phase des Konsums der elterliche Umgang mit Alkohol oder Tabak für den Alkohol- bzw. Tabakkonsum der Kinder Mitbedingung ist. In der darauffolgenden Konsumphase spielen gleichaltrige Freunde eine ähnliche Rolle, auch in Hinblick auf den Konsum von illegalen Drogen. In späteren Lebensjahren sieht Kandel den hauptsächlichsten Einfluß weniger in sozialen als vielmehr in innerpsychischen Faktoren.

Dem Konzept von Silbereisen & Kastner (1984) liegt der entwicklungspsychologische Gedanke zugrunde, daß Drogenkonsum eine ganz bestimmte Funktion bei der Bewältigung von Entwicklungsstufen im Lebensverlauf eines Jugendlichen einnimmt. Aufgrund der Ergebnisse zahlreicher internationaler Längsschnittana-

lysen entwickelten Silbereisen et al. sechs Funktionen des Drogenkonsums im Entwicklungsprozeß Jugendlicher:

- (1) als bewußte Normverletzung, als Ausdruck einer nonkonformistischen Haltung;
- (2) zur Demonstration von Erwachsensein;
- (3) als Spielart exzessiv-ritualisierten Verhaltens;
- (4) als Ausdruck des Mangels an Selbstkontrolle, der durch mangelnde Problemlösungskompetenzen und frustrierende Situationen zustande kommt;
- (5) als Zugang zu Peer-Gruppen und schließlich
- (6) als Notfallreaktion auf Entwicklungsstreß, indem ein Ersatzziel für nicht bewältigbare Entwicklungsanforderungen gesucht wird.

Drogenkonsum wird somit als eine Strategie unter anderen interpretiert, mit der Jugendliche entwicklungsbedingte Belastungen zu bewältigen versuchen. Hinzu kommt, daß das Erlernen des Umgangs mit Drogen, vor allem mit Alkohol, durchaus zu Entwicklungsaufgaben gehört, die von der Gesellschaft erwartet werden.

Hurrelmann & Hesse (1991) kommen unter oben genannten Voraussetzungen zu folgenden Schlußfolgerungen: 1) Drogenkonsum ist eine durchaus normale „Ausdrucksform der individuellen Verarbeitung der Lebensrealität“. Zugleich ist er aber auch 2) eine „problematische Form der Realitätsverarbeitung insofern, als Menschen damit einen Weg der Manipulation ihrer psychischen, sozialen und körperlichen Befindlichkeit einschlagen“, der ihnen schließlich mehr schadet als nützt und eigentlich bedeutet, daß das Repertoire an Lebenskompetenzen unzureichend ist. Auch hier wird nochmals die Grundthese der entwicklungspsychologischen Ansätze deutlich, daß Drogenkonsum individuell unterschiedlich bewertet werden muß.

Ein weiteres Modell, das im Wesentlichen dem Bereich der Entwicklungspsychologie zuzuordnen ist, wurde von Hurrelmann (1991) entwickelt. Es bildet einen Rahmen nicht alleine für die Entwicklung der Substanzabhängigkeit, sondern stellt den Zusammenhang von Belastung, Bewältigung und Gesundheit sowie Krankheit im Jugendalter dar. Ausgangspunkt ist für Hurrelmann die Tatsache, daß der Jugendliche einer Vielzahl an Entwicklungsaufgaben gegenüber steht, „die das ganze Spektrum von körperlichen, physiologischen, psychologischen und sozial-kulturellen Kapazitäten des Individuums herausfordert und nach ständigen aktiven Anpassungsleistungen verlangt“ (Hurrelmann, 1991). Die Belastungen, die ein Kind dabei zusätzlich noch bewältigen muß, sind in den letzten Jahrzehnten im Zuge zunehmender Individualisierung deutlich gestiegen. In diesem Zusammenhang werden genannt: ungesicherte Beziehungen innerhalb

der Familie (hohe Scheidungsraten), veränderte Lebens- und Berufsperspektiven der Eltern, die auf Kosten der physischen, psychischen und sozialen Pflege der Kinder gehen können. Hinzukommen die hohen Leistungsanforderungen in der Schule, die eine große Belastung für die Jugendlichen darstellen, wie in zahlreichen Studien belegt werden konnte (Hurrelmann et al., 1989; Hurrelmann, 1989). Als weitere Risikokonstellationen nennt Hurrelmann die übergroßen Freiheiten zur Entwicklung eines eigenen Lebensstils, die Jugendliche oft überfordern und nicht zuletzt die zunehmenden Umweltprobleme, die eine beängstigende Zukunftsperspektive liefern. Fallen nun für den Jugendlichen eine Vielzahl von Belastungskonstellationen zusammen, dann kann er je nach persönlicher Disposition und dem Grad der sozialen Unterstützung diese entweder auf seine Art bewältigen oder er ist physisch und psychisch überfordert und es kann zu Störungen im psychosozialen und psychosomatischen Bereich sowie auch zu Suchtverhalten kommen.

Sozialpsychologische Konzepte

Unter dieser Überschrift ist insbesondere die „Theorie des Problemverhaltens“ von Jessor & Jessor (1983, 1977) zu nennen, die genau genommen eine Kombination aus entwicklungs- und sozialpsychologischen Elementen darstellt. Ihre Komponenten sind die Persönlichkeit, die Umwelt und das Verhalten, aus deren Wechselbeziehung ein dynamischer Zustand resultiert, der als „Anfälligkeit für Problemverhalten“ bezeichnet wird. Als Variablen der Persönlichkeit gelten Werte, Erwartungen, Überzeugungen, Einstellungen zu sich selbst und zu anderen. Variablen der Umwelt sind Unterstützungspotentiale, sozialer Einfluß und Kontrolle, Verhaltensmodelle und soziale Erwartungen. Aus der Wechselbeziehung der Persönlichkeits- und Umweltvariablen resultiert das Verhalten, wobei keinem der beiden eine ursächliche Priorität zugeschrieben wird. Das Problemverhalten erfüllt nach Jessor & Jessor bestimmte Funktionen (z.B. Opposition zur Gesellschaft, Solidarität mit Gleichaltrigen etc.) und kann als Versuch, Ziele zur erreichen, die auf anderen Wegen unerreichbar geblieben wären, gewertet werden. Jessor & Jessor führten selbst zur Untermauerung ihrer Theorie eine Reihe von Untersuchungen durch (z.B. Jessor & Jessor, 1978), in welchen sie unter anderem auf dem Hintergrund ihrer Theoriekomponenten Unterschiede zwischen Drogenkonsumenten und Nichtkonsumenten herausarbeiteten. Zusammengefaßt lassen sich Persönlichkeitsdifferenzen auf der Dimension Konventionalität versus Unkonventionalität ansiedeln. Hinsichtlich der Unterschiede in den Umweltvariablen hat sich bei den Konsumenten eine geringe Unterstützung durch die Eltern, ein größerer Einfluß seitens der Freunde als seitens der Eltern, eine geringe Vereinbarkeit der Erwartungen von Eltern und Freunden und eine

größere Akzeptanz des Drogenkonsums im Freundeskreis herausgestellt. Jessor & Jessor halten ihre Theorie auch für geeignet, andere Formen abweichenden Verhaltens zu erklären.

Soziologische Konzepte

Die soziologischen Erklärungsansätze fokussieren auf das gesellschaftliche Umfeld des Individuums und dessen Auseinandersetzung damit. Nach Kutsch & Wiswede (1980) sind die häufigst zitierten Theorien zur Erklärung abweichenden Verhaltens, die auf die Substanzabhängigkeit angewandt werden, die Anomietheorie, die Zuschreibungstheorie (labeling approach) sowie die Theorie der differentiellen Assoziation (siehe auch Lukoff, 1983). Die zugrundeliegende Annahme der Anomietheorie ist, daß es sowohl kulturell vorgegebene Ziele als auch institutionell vorgegebene Wege gibt, auf welchen diese Ziele zu erreichen sind. Abweichendes Verhalten entsteht immer dann, wenn der Zugang zu diesen Wegen blockiert ist und somit die Ziele nicht erreichbar sind oder wenn die Ziele grundsätzlich abgelehnt werden. Die Labeling-Theorie (Goffman, 1967) bietet nicht in erster Linie eine Erklärung für die Entstehung der Sucht sondern eher für deren Aufrechterhaltung. Die Vorstellung ist hier, daß der Drogenkonsument von der Gesellschaft etikettiert bzw. stigmatisiert wird z.B. zum Asozialen, zum Charakterschwachen, zum Kriminellen, er dadurch mit bestimmten Reaktionsformen konfrontiert ist und er sich daraufhin immer weiter in seine abweichende Rolle verstrickt. Die Theorie der differentiellen Assoziation geht davon aus, daß abweichendes Verhalten in erster Linie innerhalb sozialer Gruppen, vor allem solcher, die diesem Verhalten positiv gegenüberstehen, erlernt wird.

Eine mehr dynamische Betrachtungsweise vertritt unter den soziologischen Ansätzen das sogenannte „Karriere-Modell“ (Berger et al., 1980), das im Verlauf der fünfziger und sechziger Jahre auf die Erklärung abweichenden Verhaltens, so auch des Drogenkonsums, angewendet wurde.

Sozialisations-theoretische Ansätze

„Die neueren sozialisations-theoretischen Ansätze bemühen sich darum, die komplexe lebensweltliche und lebensgeschichtliche Verflechtung der Entstehung von sozialer und psychischer Auffälligkeit und körperlicher Beeinträchtigung herauszuarbeiten und zugleich diesen Prozeß als einen schrittweisen und ständigen Veränderungen unterliegenden Entwicklungsprozeß zu analysieren“ (Hurrelmann, 1988). In seinem „Modell für den stufenweisen Entstehungsprozeß sozialer Abweichung, Verhaltensauffälligkeit und Gesundheitsbeeinträchtigung“ trägt Hurrelmann (1988) diesem Ansatz Rechnung. Er geht darin grundsätzlich von

dem Zusammenwirken von Persönlichkeits- und Umweltmerkmalen aus. Stufe 1 im Entstehungsprozeß bilden die Entwicklungsaufgaben, die ein Heranwachsender zu bewältigen hat (z.B. Schulleistungen, Ablösung vom Elternhaus) wofür ihm sowohl personale und soziale Ressourcen zur Verfügung stehen oder nicht. Nun kann es in Stufe 2 zu Problemen bei der Lösung dieser Aufgaben kommen, eine Reihe von Risikofaktoren wie Schulversagen, Konflikte mit den Eltern etc. kommen hier zum Tragen. Wieder hängt der weitere Fortgang der Entwicklung von den personalen und sozialen Ressourcen ab, die vorhanden sind. Sind sie nur unzureichend vorhanden, kommt es in Stufe 3 zum Auftreten von Symptomen der Verhaltensauffälligkeit (z.B. Drogenmißbrauch) und auch hier werden die Weichen wieder durch Verfügbarkeit personaler Kompetenzen oder sozialer Unterstützung zur Bewältigung dieser Schwierigkeiten gestellt. Im ungünstigen Fall kommt es in Stufe 4 zur Verfestigung und Verstärkung der Symptome und die Entwicklung geht in Richtung „abweichende Karriere“. An jeder Stelle des Modells, an der auf die Ressourcen zurückgegriffen wird, ist es möglich den ungünstigen Entwicklungsprozeß positiv zu verändern, sofern diese effektiv genutzt werden können.

3.3 Risikofaktoren-Konzepte

Strenggenommen darf das Risikofaktorenkonzept nicht unter der Überschrift „Ursachen des Drogenkonsums“ subsumiert werden, da es sich bei Risikofaktoren zunächst nur um einen korrelativen Zusammenhang zweier Erscheinungen handelt. Ob der Zusammenhang Risikofaktor – Verhalten ein kausaler ist und wenn ja, wie stark er ist, läßt sich aus der Mehrzahl der Studien gar nicht oder zumindest nicht eindeutig beantworten, da es sich in der Regel um Querschnitts-Untersuchungen handelt, die nur den Status zu einem bestimmten Zeitpunkt erfassen. Validere Aussagen über Kausalzusammenhänge oder Entwicklungsprozesse erfordern sehr viel mehr Forschung. Dazu sind vor allem Längsschnittstudien notwendig, die bisher erst in relativ geringem Umfang durchgeführt wurden. Letztendlich wird mit den Risikofaktoren-Konzepten der Tatsache Rechnung getragen, daß eine eindeutige Erklärung für das Zustandekommen einer Krankheit durch einen einzelnen Faktor nicht möglich ist (Hurrelmann, 1991).

Biologische Risikofaktoren

In den letzten 20 Jahren hat besonders in den USA die Forschung zum Bereich der biologischen Suchtdeterminanten große Fortschritte gemacht (DuPont, 1989). Festgestellt wurde dabei folgendes:

- Es gibt empirische Hinweise (u.a. Zerbin-Rüdin, 1986; Propping, 1983), daß zumindest für einige Suchtformen Erbfaktoren eine Rolle spielen und daher bestimmte Personen eine höhere Vulnerabilität besitzen, was aber zumindest derzeit nicht die Schlußfolgerung zuläßt, daß es auch „suchtimmune“ Personen geben könnte. Eine Reihe von Familien-, Zwilling- und Adoptionsstudien zur Alkoholismusedgenese lassen es als sehr wahrscheinlich erscheinen, daß genetische Faktoren eine Rolle spielen. Allerdings liegt es auch hier nahe, eine Wechselwirkung zwischen genetischer Disposition und Umweltfaktoren anzunehmen (Propping, 1983). So fanden Cadoret et al. (1989) eine enge Verbindung zwischen Genotyp und Umwelt heraus. Sie untersuchten Eltern, die in ihrer Biographie delinquente Phasen aufzuweisen hatten, und deren Kinder, die zur Adoption freigegeben waren. Sofern diese Kinder in einer Adoptionsfamilie mit niedrigem sozialen Status untergebracht waren, fand man bei ihnen gehäuft das Auftreten von Alkoholmißbrauch und andere Anzeichen einer geschädigten Persönlichkeit.
- Nach der Entdeckung der Opiatrezeptoren und der Endorphine, körpereigene opiatähnliche Stoffe, wurde vermutet, daß das endogene Opiatsystem auch an der Entwicklung einer Substanzabhängigkeit beteiligt ist, was aber bis heute noch nicht schlüssig belegt werden konnte (Simon, 1983). Zu dem Bereich der neurophysiologischen, neurologischen und biochemischen Grundlagen der Substanzabhängigkeit finden international sehr rege Forschungsaktivitäten statt.
- Bei Personen, die schon einmal körperlich von einer Substanz (hier ist vor allem Alkohol gemeint) abhängig waren, bleiben biologische Unterschiede bestehen im Vergleich zu Personen, die niemals abhängig waren.

Psychische Risikofaktoren

Nachdem sich die Suche nach der Suchtpersönlichkeit als wenig ergiebig herausgestellt hatte (vergl. 3.1), konzentrierte sich die Suche im Rahmen des Risikofaktorenkonzepts mehr auf einzelne Persönlichkeitsaspekte bzw. Merkmalskombinationen, die möglicherweise im Zusammenhang mit dem Drogenmißbrauch stehen könnten. Die Studien wurden über klassische Ansätze hinaus ausgeweitet auf die mangelnde Bewältigung von Lebenssituationen, z.B. eine unzureichende Streßbewältigung.

- *Psychopathologische Faktoren*
In einer Reihe von Untersuchungen wurde versucht einen korrelativen Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstörungen von Drogenabhängigen und dem Substanzmißbrauch darzustellen (Craig, 1982). Übereinstimmende Resultate

in bezug auf gravierende Störungen der Persönlichkeit von Abhängigen legen daher die Vermutung nach hochkorrelativen Zusammenhängen zwischen abnormer Anpassung und schweren Formen der Substanzabhängigkeit nahe (Swaim et al., 1989).

- Persönlichkeitseigenschaften (traits)
Der Ansatz über charakteristische Merkmalskombinationen von Persönlichkeitseigenschaften bei Abhängigen ließ sich bisher nicht bekräftigen, zu wenig eindeutig sind die empirischen Belege.
- Emotionale Aspekte mangelnder Lebensbewältigung
Hinter diesem Ansatz steht die Annahme, daß emotionaler Streß, aufgrund von Angst, Depressionen oder anderen Formen psychischer Beeinträchtigungen, der Auslöser für den Konsum von Drogen sei, mit dem Ziel den unangenehmen Befindlichkeitszustand zu verbessern. Swaim et al. (1989) untersuchten an 563 High-School Studenten den Zusammenhang zwischen den Streßvariablen Selbstvertrauen, Depression, Ängstlichkeit, Entfremdung, Ärger und dem Drogengebrauch. Das Ergebnis brachte keine Bestätigung der oben genannten Hypothese, was sich auch in anderen Studien gezeigt hatte (White et al., 1986; Ginsberg & Greenley, 1978). Die Autoren folgern aus ihren Befunden, daß der Konsum von Drogen, als einem Mittel der Selbstmedikation bei emotionalem Streß, eher bei Erwachsenen als bei Jugendlichen zu finden ist.

Diese Meinung findet sich jedoch nicht überall in der Literatur wieder, denn vor allem in Untersuchungen zum Zigarettenkonsum wird Streß oft als auslösender Faktor herausgestellt. Raucher berichten über erhöhten Zigarettenkonsum in Zeiten besonderer Belastung und Anspannung, was die Schlußfolgerung nahelegt, daß Rauchen eine Technik ist, mit Streß besser umzugehen (Pomerleau & Pomerleau, 1991). Billings et al. (1983) verglichen erwachsene Raucher mit Nichtrauchern und fanden heraus, daß die besonders starken Raucher im Gegensatz zu den Nichtrauchern wesentlich höhere Angst- und Depressionswerte erreichten. Unterstützt wurden diese Ergebnisse auch von Laboruntersuchungen (Schachter, 1978), die den Zusammenhang zwischen Stressauslösern wie zum Beispiel Flugzeuggeräusche, Sprechen in der Öffentlichkeit und erhöhtem Zigarettenkonsum nachgewiesen haben. Allerdings ist noch nicht geklärt, ob der entscheidende Punkt für die Streßreduktion die Nikotinzufuhr oder das Rauchverhalten an sich ist.

Den Zusammenhang von **Depressivität** und Konsum von weichen und harten Drogen untersuchten Paton et al. (1977) im Längsschnitt, allerdings nur über ein Jahr, an einer Stichprobe von etwa 5.500 High-School Studenten. Dabei zeigte sich, daß bei den Studenten mit Beginn des Konsums von Marihuana auch eine depressive Stimmungslage einherging, wobei hier die Frauen signifikant höhere

Werte erreichten. In bezug auf härtere Drogen konnte eine Verminderung der Depressivität im Verlauf ihrer Konsumzeit festgestellt werden. Die Autoren interpretieren ihre Ergebnisse vorsichtig dahingehend, daß Depressivität nicht als die Ursache für Drogenkonsum anzusehen ist, sondern lediglich ein Risikofaktor für den Drogenkonsum.

Insgesamt muß der emotionale Einflußbereich als völlig ungenügend erforscht betrachtet werden (Lopez & Fuchs, 1990).

Familiäre Risikofaktoren

Risikofaktoren im Bereich der Familie lassen sich folgendermaßen kategorisieren:

- Familiengeschichte

Kinder von Eltern (vor allem Vätern), die selbst exzessiv Alkohol konsumiert haben, sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, selbst verstärkt Alkohol zu trinken. Welchen Anteil jeweils Vererbung und Lernerfahrung am Zustandekommen des Alkoholmißbrauchs haben, ist noch nicht geklärt. Es zeichnet sich allerdings aus der Zwillings-Forschung ab, daß genetische Faktoren einen größeren Einfluß haben als bisher angenommen wurde, vor allem bei Männern (vgl. 3.1). Jugendliche mit Eltern oder Geschwistern, die antisoziales Verhalten zeigen, unterliegen ebenfalls einem erhöhten Risiko, Drogen zu nehmen, (Robins, 1966).

- Erziehung

Eltern, die nur sehr gering entwickelte Fähigkeiten haben, mit ihren Kindern adäquat umzugehen (Erziehungsstile), haben ein höheres Risiko für Kinder mit Drogenproblemen (Kumpfer & DeMarsh, 1985; Penning & Barnes, 1983). Nach Hornung et al. (1983) weisen aufgrund der empirischen Befunde vor allem drei Merkmale des Erziehungsverhaltens der Eltern auf eine Beziehung zum Substanzmißbrauch hin: Gleichgültigkeit, Verständnislosigkeit, Überbesorgtheit der Mutter und Inkonsequenz im Verhalten der Eltern, was sich auch in neuester Zeit bestätigt hat (Shedler & Block, 1990).

- Konsum der Eltern und Geschwister

Als Risikofaktor gelten auch Eltern, die selbst Alkohol oder andere Drogen zu sich nehmen und auch eine positive Einstellung gegenüber dem Konsum vertreten (Johnson et al., 1984; Hornung et al., 1983; Kandel, 1982;). Hornung et al. zeigten auch, daß der Konsum der Geschwister ein ausschlaggebender Faktor ist, die Zahl der konsumierenden Geschwister nahm in ihrer Untersuchung mit der Konsumintensität deutlich zu.

– „broken-home“

Eine Vielzahl von Untersuchungen belegen (Lazarus, 1980; Berger, 1981; Hornung et al., 1983) aber auch widerlegen (Wormser, 1973) die These, daß Drogenkonsumenten häufiger aus unvollständigen Familien kommen, sei es durch Trennung oder Scheidung der Eltern oder durch Tod der Eltern oder eines Elternteiles.

Peer-Group als Risikofaktor

Aus wissenschaftlicher Sicht besteht die einhellige Meinung, daß einer der stärksten Prädiktoren für das Auftreten von Drogenkonsum bei Jugendlichen das Drogenkonsumverhalten der Jugendlichen in deren unmittelbaren Umgebung ist (DuPont, 1989; Lopez & Fuchs, 1990; Jessor et al., 1980; Kandel et al., 1978). Das Risiko liegt einmal in der Auswahl von Freunden, die Drogen konsumieren. Es ist besonders groß, wenn die Tendenz besteht, sich eher an Gleichaltrigen als an Erwachsenen zu orientieren. Hinzu kommt ein erhöhtes Risiko für Jugendliche mit drogenkonsumierenden Geschwistern.

In der Untersuchung von Swaim et al. (1989), die weiter oben im Zusammenhang mit emotionalem Streß als Risikofaktor bereits erwähnt wurde, hat sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Einfluß der Peer-Gruppe und dem Konsum von Drogen ergeben. Wenn ein Jugendlicher einer Gruppe von Gleichaltrigen angehört, in der Drogen genommen werden bzw. Drogenkonsum unterstützt wird, dann ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, daß er selbst Drogen nehmen wird.

Soziale Strukturen als Risikofaktoren

– Schichtzugehörigkeit

Die soziale Herkunft galt lange Zeit als Prädiktor für Substanzmißbrauch (Berger et al., 1980), was sich jedoch nicht in jeder Studie nachweisen ließ. Eine kürzlich fertiggestellte Recherche von Hanel (1991) hat ergeben, daß die heutigen Konsumenten in der BRD in bezug auf ihre Herkunftsfamilie einen Querschnitt der Bevölkerung darstellen. Die Situation im europäischen Ausland unterscheidet sich leicht, hier konzentrieren sich die Konsumenten auf die Mittel- und untere Mittelschicht. Untersuchungen in den USA haben ergeben, daß Kinder, die in extremer Armut und Deprivation aufwachsen, hochgefährdet in bezug auf späteres delinquentes Verhalten und Substanzgebrauch sind (DuPont, 1989; Farrington, 1985).

– Kulturzugehörigkeit

Ein weiterer Einflußfaktor auf den Lebensstil und entsprechend auch auf das Gesundheitsverhalten des Einzelnen stellt die jeweilige Kultur dar. „Kulturen

bestimmen nicht nur Entwicklungsaufgaben für spezifische Lebenssituationen und präformieren damit gesellschaftlich differentiell verteilte Spannungspotentiale, sondern sie geben auch die Art und Weise vor, wie man sich an Spannungen anzupassen hat“ (Müller & Spinatsch, 1988). In diesem Zusammenhang wurde 1986 in der Schweiz eine repräsentative Umfrage an ca. 3.000 Schulkindern im Alter von 10 bis 16 Jahren durchgeführt. Ziel der Untersuchung war es, kulturell bedingte Differenzen im Lebensstil von Heranwachsenden aufzuzeigen, wobei die drei Sprachregionen der Schweiz, die auch geographisch klar voneinander abgegrenzt sind, als drei unterschiedliche Kulturen mit ähnlichen Strukturen definiert wurden. Unter anderem kamen die Autoren zu dem Ergebnis, daß bei Alkoholkonsum und Rauchverhalten hochsignifikante Interaktionseffekte zwischen Kultur, Geschlecht und Alter bestehen. So zeigte sich, daß in der französischen Schweiz der Anteil starker Zigarettenkonsumenten zwischen 12- und 16jährigen Schülern beider Geschlechter mit zunehmendem Alter stetig und linear von 5% auf 27% ansteigt. In der deutschen Schweiz dagegen existiert noch bei den 14jährigen (in der Hauptsache bei den Mädchen) ein geringer Anteil an regelmäßigen Rauchern (< 5%), wohingegen in der italienischen Schweiz bereits 10% aller 13jährigen regelmäßige Raucher sind. Ein ähnlicher kulturbezogener Trend war auch in bezug auf den Alkoholkonsum feststellbar, wobei in allen Alterstufen in der Regel die Jungen unter den Alkoholkonsumenten zu finden waren. Dieser Befund bestätigt eine frühere Untersuchung Müllers (1983) über kulturell variierende Trinkmuster Erwachsener.

3.4 Suchtprotektive Konzepte

Während der letzten zehn Jahre wurde das Konzept der „protektiven Faktoren“ besonders im Bereich der psychiatrischen Risikoforschung angewandt (Rutter, 1990; Garnezy, 1985). Als Schutz- oder protektive Faktoren sind hier Bedingungen zu verstehen, die eine Person davor bewahren, eine bestimmte Krankheit bzw. negative Verhaltensweisen wie zum Beispiel Substanzmißbrauch zu entwickeln. Dem Konzept liegt die Beobachtung zugrunde, daß die Reaktionen verschiedener Personen unter den gleichen Einflüssen wie z.B. Streß, Milieu oder Unglücksfälle auf einem breitem Spektrum stattfinden: einige nehmen überhaupt keinen Schaden, andere werden schwer geschädigt. Obwohl dieser Sachverhalt schon vor langer Zeit bemerkt wurde (Ainsworth, 1962), rückte er erst relativ spät in den Blickpunkt des Forschungsinteresses, als sich herauskristallisierte, daß die protektiven Faktoren eine Schlüsselfunktion im Verständnis der Risikoprozesse haben und wesentliche Implikationen für Prävention und Intervention haben könnten.

Es ist derzeit unklar, in welcher Relation protektive Faktoren und Risikofaktoren stehen. Es scheint allerdings so zu sein, daß sie sich nicht gegenseitig ergänzen. Das heißt, eine geringe Ausprägung von Risikofaktoren schützt nicht automatisch vor negativen Folgen des Drogenmißbrauchs. Vielmehr muß eine positive Ausprägung protektiver Faktoren hinzukommen. Die Frage nach den protektiven Faktoren muß in drei Aspekte untergliedert werden: Was sind protektive Faktoren, wie werden sie erworben (oder vererbt) und wie schaffen es Individuen, einzelne protektive Faktoren wie zum Beispiel ein großes Selbstvertrauen trotzdem zu erhalten, auch wenn im Verlauf des Lebens extreme Widrigkeiten zu bewältigen sind, die andere Personen zur Aufgabe und Hoffnungslosigkeit bewegen?

Rutter (1990) kommt unter Berücksichtigung des gegenwärtigen Forschungsstands zu folgenden Mechanismen von protektiven Prozessen:

- Minimierung der Risikoeinwirkung
Diese kann erfolgen entweder durch Änderung der Bedeutung des Risikos, was heißt, daß nicht jeder Risikofaktor ein Absolutum darstellt, das unabhängig von der Beurteilung oder den Erfahrungen des Individuums ist. Risiko kann relativiert werden, wenn es, einmal erlebt, mit positiven Erfahrungen gekoppelt wird. Die zweite Möglichkeit der Risikominimierung ist, wenn die Möglichkeiten, dem Risiko ausgesetzt zu sein, gering gehalten werden, z.B. wenn Eltern ihre Kinder von „schlechten Freunden“ fernhalten.
- Verhinderung von negativen Kettenreaktionen
Oft ist nicht die Risikoeinwirkung der eigentliche Schadensverursacher, sondern das, was im Anschluß daran passiert. So hinterläßt z.B. nicht der Verlust eines Elternteils einen bleibenden Schaden bei dem betreffenden Kind, sondern die institutionalisierte Fürsorge, die sich in manchen Fällen daran anschließt (Brown et al.; 1986).
- Förderung des Selbstvertrauens und der Selbstwirksamkeitserwartung
Es gibt empirische Evidenzen, daß es protektiv wirkt, wenn ein Individuum sich selbst wertschätzt und von seiner Fähigkeit, mit den Anforderungen des Lebens fertig werden zu können, überzeugt ist. Einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung dieser Fähigkeiten leisten sichere und unterstützende persönliche Beziehungen, was bereits durch Studien aus dem Bereich der Streß-, Coping- und Social-Support-Forschung belegt ist (Cohen & Syme, 1985; Franz, 1986; Lösel et al., 1988; Hurrelmann, 1988). Ein weiterer Faktor für die Entwicklung von Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeitsgefühl ist der Erfolg bei der Bewältigung von Aufgaben, die eine Person für sich selbst als wichtig einschätzt.

– Eröffnung von Möglichkeiten

Dieser protektive Prozess wird wirksam an Wendepunkten des Lebens eines Individuums. Eine richtige Entscheidung, eine erfolgreiche Bewältigung einer Aufgabe ermöglicht eine Vielzahl von Wegen, die nun besprochen werden können.

Es gibt noch nicht viele, aber immerhin einige Längsschnittstudien, die Aufschluß über die Art und Wirkung von protektiven Faktoren geben. Nur mit Hilfe dieses Untersuchungsdesigns können hierzu plausible Aussagen gemacht werden.

Werner & Smith (1982) verfolgten den Lebensverlauf von ca. 650 hawaiianischen Kindern über den Zeitraum von 18 Jahren, das heißt, die Mütter wurden schon interviewt als sie schwanger waren. Ziel der Studie war es unter anderem Aufschluß darüber zu gewinnen, wie die Kinder im Verlaufe ihrer Entwicklung mit Stressfaktoren umgehen und welche protektiven Faktoren die Kinder innerhalb der Person und extern in der Umwelt schützen. Die Kinder kamen fast ausnahmslos aus sehr armen Familien, mit Vätern, die als ungelernte Arbeiter ihr Geld verdienten und Müttern, die vorzeitig die Schule verlassen hatten. Somit werden die Kinder von den Autoren als Risikokinder klassifiziert. Eines von zehn Kindern aus der Stichprobe konnte am Ende des Untersuchungszeitraums eine positive Entwicklung zu einem kompetenten und autonomen Individuum aufweisen. Im Verlauf ihrer ersten 18 Lebensjahre waren sie selten ernsthaft krank, und wenn ja, dann wurden sie schnell wieder gesund. Ihre Mütter erlebten sie als sehr aktiv und sozial verantwortungsbewußt, als sie Kinder waren. Entwicklungspsychologische Tests im zweiten Lebensjahr ergaben, daß sie ausgeprägte Fähigkeiten zur Selbsthilfe hatten, im mittleren Kindesalter wiesen sie adäquate Problemlöse- und Kommunikationsfähigkeiten auf. Im späteren Jugendalter war ihr Selbstkonzept positiver und ihre Lebenseinstellung verantwortungsvoller und leistungsorientierter im Vergleich zu ihren Altersgenossen mit ernsthaften Coping-Problemen. Mit 18 Jahren zeigten sie großes Interesse sich selbst weiterzuentwickeln. Als protektive Faktoren in der Umwelt der Kinder erwiesen sich das Alter des gegengeschlechtlichen Elternteils (junge Mutter für Jungen, älterer Vater für Mädchen), die Anzahl der Geschwister (vier oder weniger); der Altersabstand zwischen den Geschwistern (mindestens zwei Jahre); die Anzahl und die Art von weiteren Bezugspersonen innerhalb des Haushalts (Vater, Großeltern, ältere Geschwister); die Arbeitsbelastung der Mutter; das Ausmaß der Aufmerksamkeit, die die Bezugspersonen dem Kind schenken; Struktur und Regeln im Haushalt während der Jugendzeit; der Familienzusammenhalt; die Anwesenheit von Bekannten und Freunden aller Generationen; die kumulative Anzahl von chronischen streßreichen Lebensereignissen während Kindheit und Jugend, die alle gut bewältigt wurden.

Eine sehr aktuelle Studie, deren Ergebnisse auch unter dem Aspekt der protektiven Faktoren interpretiert werden können, ist die weiter oben bereits erwähnte Längsschnittuntersuchung von Shedler & Block (Shedler & Block, 1990), die den Zusammenhang von Drogenkonsum, Persönlichkeitsmerkmalen und Erziehungsstilen analysiert. Shedler & Block fanden heraus, daß sich das Erziehungsverhalten der Eltern der abstinenten, der experimentierfreudigen und der regelmäßig konsumierenden Jugendlichen signifikant unterscheidet. Im Vergleich zu den Müttern der Experimentierer zeigten die Mütter der Konsumenten sich feindlich, nicht spontan im Umgang mit dem Kind, ohne Gespür für dessen Bedürfnisse, underprotective, Druck ausübend und verkehrten oft eine ursprünglich erfreuliche Interaktion in eine unerfreuliche. Ähnliche Merkmale weisen auch die Mütter der Abstinenten auf. Die Väter unterscheiden sich im ersten Fall kaum voneinander, während die Väter der abstinenten Jugendlichen sich als sehr autoritär und dominant erweisen.

4. Modelle zur Wirkung präventiver Maßnahmen über personale Kommunikation

In diesem Kapitel werden Wirkungsmodelle dargestellt, soweit sie über personale Kommunikation Aussagen machen. Im nächsten Kapitel folgen Modelle zur Wirkung von Massenmedien. Auch hier ist die Einteilung nicht vollständig korrekt vorzunehmen, da ein Teil der Modelle für die personale Kommunikation auch übertragbar auf die Wirkung von Massenmedien ist. So ist zum Beispiel das Konzept sozialen Lernens nach Bandura (1969) vor allem für die personale Kommunikation in der direkten Interaktion mit anderen Personen entwickelt worden, kann aber auch auf Massenmedien angewandt werden, z.B. auf Videos und Filme, in denen Modellpersonen agieren.

Es gibt Gruppen von Konzepten, die nur substanzspezifisch sind wie etwa das „Überzeugungs-Kommunikations-Modell“ (4.1), sowie diejenigen zur Gesundheitsförderung. Konzepte zur Förderung von Lebensalternativen (4.5) sind demgegenüber substanzunspezifisch. Dazwischen liegen die Konzepte des sozialen Lernens (4.2) und des life-skills-approaches (Lebenskompetenzentwicklung; 4.3), die sowohl substanzspezifische wie -unspezifische Anteile haben.

4.1 Überzeugungs-Kommunikations-Modell

In erster Linie liegt das Überzeugungs-Kommunikations-Modell (Communication/Persuasion Model) von McGuire (1989) den Präventionsmaßnahmen zugrunde, die mit Informationsvermittlung arbeiten (Rabes, 1987). Nach McGuire läßt sich der Vorgang von der Informationsaufnahme bis zur Verhaltensänderung auf seiten der Zielperson in sieben Schritten beschreiben: (1) Die Person wird einer überzeugenden Kommunikation ausgesetzt, (2) ihr Interesse für die Inhalte wird geweckt, (3) sie versteht den Inhalt, (4) sie lernt neue Fertigkeiten, (5) sie stimmt den Schlußfolgerungen zu und ändert eventuell ihre Einstellung, (6) sie behält die neue Überzeugung bei und schließlich (7) handelt sie in Übereinstimmung mit der neuen Einstellung.

4.2 Konzept des sozialen Lernens (social influence approach)

Dieser Ansatz basiert auf der Theorie des sozialen Lernens (Bandura, 1969), die davon ausgeht, daß Verhalten aus den negativen oder positiven Konsequenzen resultiert, die auf eben dieses Verhalten folgen. Weiterhin werden Verhaltens-

weisen auch dann erworben, wenn diese an anderen Personen, die als Modell akzeptiert sind, beobachtet werden bzw. wenn die Belohnung des Verhaltens am Modell beobachtet wird. Eine weitere wichtige Rolle spielt daher die Umgebung, die als Quelle von Reizen, Belohnungen und Bestrafungen dient. Der Ansatz betont eine situationsorientierte, konkret auf das Konsumverhalten zugeschnittene Interventionstrategie, die in erster Linie auf externe Einflußfaktoren wie z.B. sozialen Druck abzielt (Lopez & Fuchs, 1990). Sozialen Einfluß zu erkennen und angemessene Strategien zu entwickeln, mit welchen man diesem angemessen begegnen kann, ist das grundsätzliche Anliegen der Präventionsmaßnahmen, die diesem Ansatz folgen. Besonders bei den amerikanischen Programmen bildet die Theorie des sozialen Lernens häufig die wissenschaftliche Grundlage.

4.3 Konzept der Lebenskompetenzentwicklung (life skills approach)

Die Förderung von Lebenskompetenzen wird in der wissenschaftlichen Literatur immer häufiger als eines der vorrangigsten Präventionsziele erkannt. „Bei der Bekämpfung des legalen ebenso wie des illegalen Drogenkonsums sollte der Schwerpunkt vielmehr auf der sozialen und psychischen Immunisierung jedes einzelnen Jugendlichen gegen den Mißbrauch liegen“ (Hurrelmann, Hesse, unveröffentlichtes Manuskript, 1991).

Der Ansatz der Lebenskompetenzförderung wurde ursprünglich in den USA von Botvin und seinen Mitarbeitern entwickelt (Botvin, 1988; Botvin et al., 1990), und war zunächst in erster Linie zur Prävention des Tabakkonsums konzipiert (Lopez & Fuchs, 1990). Theoretisch verwurzelt ist auch er in der Theorie des sozialen Lernens sowie in der Theorie des Problemverhaltens (Jessor & Jessor, 1983). Das heißt, Substanzmißbrauch wird als Ergebnis sozialer Lernprozesse in Kombination mit personalen Faktoren wie Kognitionen, Einstellungen und Überzeugungen gesehen. Das Konzept der Lebenskompetenzförderung ist inhaltlich verwandt mit dem Konzept der „Affektiven Erziehung“, allerdings ist es wesentlich komplexer und beabsichtigt in erster Linie Veränderungen auf der Verhaltenzebene, was sich in der vorrangigen Verwendung von Methoden aus der Verhaltenstherapie zeigt. Trotz der Fokussierung auf ein bestimmtes Abhängigkeitsverhalten, ist das Ziel dieses Ansatzes sehr breit gefaßt in Richtung auf die generelle Verbesserung sozialer Kompetenzen und Entwicklung allgemeiner Coping-Strategien. Im einzelnen werden als Ziele dieses Konzeptes genannt: (1) durch Information und gezieltes Training des Widerstandes gegen soziale Einflüsse den Drogengebrauch zu verhindern bzw. nicht ausufern zu lassen, (2) grundlegende personale Bewältigungsfertigkeiten sowie (3) grundlegende soziale

Kompetenzen zu vermitteln. Dahinter steht die Vorstellung von einem Menschen, der bewußt über eine Reihe von effektiven Fähigkeiten zur Lebensbewältigung verfügt, daher nicht Gefahr läuft, in negative Entwicklungsprozesse wie z.B. Drogenabhängigkeit hineinzugeraten. Somit gehört zu den Inhalten der Präventionsprogramme zum einen die Ausformung gesundheitsfördernden Verhaltens und zum anderen die Vermittlung von Fertigkeiten zum Widersetzen gegenüber sozialen Einflüssen (Rabes, 1987).

Einen Schwerpunkt auf den Aspekt der Lebenskompetenzförderung legt auch Hurrelmann (1991; 1989; Hurrelmann et al., 1989) in seinen Arbeiten im Rahmen des Sonderforschungsbereiches „Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter“. Den Aufbau von Handlungskompetenzen, „mit denen auch komplizierte und belastende Lebensereignisse und Lebenssituationen bewältigt werden können“ sieht er als wirksame Präventionsmaßnahme an. Er geht allerdings noch einen Schritt weiter und plädiert für eine Veränderung der „soziostrukturellen und sozialökologischen Lebensbedingungen“ (Hurrelmann, 1989), da dem Konsum von Drogen nicht alleine auf der Ebene des Individuums zu begegnen ist.

Das Konzept der Lebenskompetenzförderung ist der ursachenspezifischen Prävention zuzuordnen, da es mit seinen Maßnahmen an entscheidenden persönlichkeitspezifischen und verhaltenspsychologischen Schutzfaktoren für die Verhinderung eines Substanzmißbrauchs ansetzt.

4.4 Gesundheitsförderung

Ein im Prinzip ähnliches Anliegen wie die Modelle zur Lebenskompetenzförderung verfolgen die Konzepte zur Förderung der psychischen Gesundheit. Auch dieser Ansatz ist im Rahmen des Trends, die drogenspezifische Prävention eher zugunsten einer breiter angelegten Prävention zu reduzieren, die sowohl auf personale als auch auf Umweltgegebenheiten abzielt und immer mehr an Bedeutung gewinnt. Gesundheit ist, legt man die WHO-Definition zugrunde, eine Verknüpfung personaler und Umweltstrukturen, wobei beide Strukturkomplexe die gleiche Wertigkeit haben. „Aus diesem Verständnis von Gesundheit folgt, daß jeder mann seine Gesundheit verbessern kann, indem er seine funktionellen Fähigkeiten (social skills, coping styles) entwickelt und voll ausnutzt, auch wenn die gegenwärtigen Lebensverhältnisse nicht optimal sind. Gesundheit ist in diesem Sinne ein Ausdruck für umfassende Lebenskompetenz“ (Neumann et al., 1989). In diesem Zusammenhang gewinnen die wissenschaftlichen Erkenntnisse in bezug auf „gesundheitsprotektive Faktoren“ immer mehr an Bedeutung, was

zur Folge hat, daß die hauptsächliche Konzentration auf das Risikofaktoren-Modell heute an Gültigkeit verliert.

Das vorrangige Ziel der gegenwärtigen Gesundheitsförderungs-Programme ist, einen gesunden Lebensstil bzw. eine gesunde Lebensweise zu fördern und zu unterstützen. Vor noch nicht allzu langer Zeit hat sich Gesundheitsförderung in der Hauptsache auf die physische Gesundheit oder die Veränderung von einzelnen Gesundheitspraktiken bzw. gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen bezogen, das heißt, daß in erster Linie Krankheitsprophylaxe betrieben wurde. Heute argumentieren die Befürworter des Lebensweisenkonzepts, daß das Individuum ein ganzheitliches Wesen ist, daß Verhalten nicht isoliert entsteht, sondern vielmehr sich unter spezifischen wirtschaftlichen, ökologischen, sozialen und kulturellen Bedingungen und Zusammenhängen entwickelt und manifestiert. Aus dieser Anerkennung der Bedeutung des sozialen und kulturellen Settings für die individuelle Gesundheit ergibt sich als weitere Aufgabe für die Gesundheitsförderung, daß auch umweltbezogene (soziale, politische, natürliche Umwelt) Veränderungen angestrebt werden.

Als Forschungs- und Interventionsfelder für die Gesundheitsförderung gelten Variablen wie psychische Verfassung, Streß, kritische Lebensereignisse, Bewältigungsfertigkeiten (Coping-Strategien), persönliche Ressourcen (Schutzfaktoren) und soziale Ressourcen (soziale Netze etc.) (Schwarzer, 1990).

4.5 Förderung der Lebensalternativen zum Substanzmißbrauch

Bereits 1972 formulierte Dohner ein Präventionskonzept, dessen Grundidee es ist, Alternativen zum Drogenkonsum zu schaffen, wobei Alternativen nicht nur als Beschäftigungen verschiedener Art zu verstehen sind, sondern sich zum Teil auch als Verbesserung der Lebenskompetenzen definieren (siehe 4.3).

Dohner geht von Ergebnissen der Verhaltensforschung bei Tieren aus. Dort wurde beobachtet, daß Eltern mit unerwünschten Verhaltensweisen ihrer Kinder so umgingen, daß sie die Aufmerksamkeit auf akzeptables Verhalten umlenkten. Dieses Angebot an alternativen Verhaltensweisen hat einen positiven Effekt auf die gesunde Entwicklung des Nachwuchses. Hieraus resultieren für Dohner eine Reihe von Grundannahmen:

- Psychische Abhängigkeit entsteht, wenn der Drogeneffekt ein Bedürfnis befriedigt bzw. als Ersatz fungiert. - Drogenkonsumenten sind nicht zwangsläufig unreif, unmoralisch, verantwortungslos, sozial benachteiligt, entfremdet, rebellisch oder psychisch gestört. Drogengebrauch ist ein Punkt auf dem

Kontinuum menschlichen Daseins.

- Der Konsum von Drogen ist nicht notwendigerweise abhängigkeiterzeugend.
- Die Wirkung von stimmungsverändernden Substanzen ist für gewöhnlich angenehm.
- Man beginnt mit dem Drogenkonsum, weil man es will.
- Der Konsum von Drogen wird nicht eingestellt, solange man keinen besseren Ersatz gefunden hat.
- Die Alternativen zum Drogenkonsum sind auch Alternativen zu den zugrundeliegenden Ursachen für das selbstzerstörerische Verhalten.

Als Alternativen zum Drogenkonsum werden zwölf Bereiche aufgeführt:

- 1) Entwicklung des Bewußtseins für die eigene Person
Darunter fallen sowohl Körperbewußtsein; die Fähigkeit die eigenen emotionalen und intellektuellen Reaktionen zu erkennen und sich offen ausdrücken zu können; Spontanität; Kontrolle über eigene Aggressionen; Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen und schließlich die Fähigkeit, seine Wirkung auf andere einschätzen zu können.
- 2) Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen
Als wichtige Faktoren gelten das Erkennen der Grundelemente für zwischenmenschliche Beziehungen wie Verständnis, Teilnahme, Verantwortlichkeit, Respekt und wechselseitige Abhängigkeit.
- 3) Entwicklung der Selbständigkeit
Das Ziel ist es, dem Gefühl der eigenen Hilflosigkeit vorzubeugen und in der Hauptsache sind Fertigkeiten angesprochen, die für das Alltagsleben relevant sind wie z.B. Reparaturen ausführen können, Umgang mit Geld, Erste Hilfe, aber auch Kindererziehung und Eltern-Kind-Kommunikation.
- 4) Entwicklung beruflicher Fertigkeiten
Hervorgehoben wird der Aspekt der frühzeitigen Erkennung von Fähigkeiten und Interessen in Verbindung mit beruflichen Perspektiven.
- 5) Erfahrung von Ästhetik
Die Fähigkeiten sowohl Kunst zu verstehen als auch intensiv empfinden zu können, werden als wichtiges Entwicklungsziel angesehen.
- 6) Erfahrung der eigenen Kreativität
Wichtig ist es, zu erkennen, daß Kreativität nicht nur einigen wenigen Leuten gegeben ist und daß produktive Kreativität nichts sozial Anerkanntes hervorbringen muß, sondern in erster Linie ein Gewinn für die eigene Persönlichkeit ist.

- 7) Intellektuelle Erfahrungen
Intellektuelle Herausforderungen stellen eine Hilfe dar zur Reduzierung der Langeweile, zum Erkenntnisgewinn und zur eigenen Bewußtseinserweiterung.
- 8) Philosophisch-Existentielle Erfahrungen
Für den Heranwachsenden ist es entscheidend, seinen Lebenssinn zu finden, seine persönliche Identität zu etablieren oder sich eine Glaubensstruktur aufzubauen.
- 9) Spirituell-Mystische Erfahrungen
Eine Weiterführung der unter 8) genannten Punkte in Richtung „religiöse Erfahrungen“, Erleben von transzendentalen Zuständen.
- 10) Engagement für soziale/politische Ziele
Die Ideale sind hierbei Übereinstimmung mit den Zielen von Aktionen und Engagement, ohne Aufgabe der eigenen Identität.
- 11) Erfahrung der Sexualität
Gelungene sexuelle Identifikation wird als Resultat angesehen der Akzeptanz der eigenen Person als normales, natürliches und schönes Wesen sowohl in körperlicher als auch psychischer Hinsicht.
- 12) Meditation und „Mind-Trips“
Als wichtige Alternative zu Drogen werden die Fähigkeiten angesehen, sich durch eigene mentale Kraft andere Bewußtseinsebenen zu erschließen, sich entspannen und in sich selbst zurückziehen zu können.

Diese nicht-stoffgebundenen Alternativen sieht Dohner als geeignet an, die Qualität des Lebens und der Lebenserfahrungen zu erhöhen und den verantwortungsbewußten Umgang mit Drogen zu fördern.

Einen ähnlichen Ansatz vertreten in Deutschland Silbereisen & Kastner (1984), die das Angebot „funktioneller Äquivalente“ als Schlüsselkonzept jeder Prävention ansehen. Aufbauend auf ihrem entwicklungspsychologischen Modell des Substanzgebrauchs (vgl. Kap. 3.2), das die Funktion des Drogenkonsums bei der Bewältigung einzelner Entwicklungsstufen im Leben eines Jugendlichen betont, folgerten Silbereisen et al. für die Prävention daraus, daß Maßnahmen das gesamte Lebensfeld Jugendlicher mitberücksichtigen müssen. Der Risikogedanke sollte zurückgestellt werden zugunsten einer Verlagerung der Aufmerksamkeit auf kreative und stabilisierende Entwicklungspotentiale in den einzelnen Lebensbereichen. Desweiteren sollten zum Drogengebrauch inkompatible Aktivitäten gefördert, neue Gruppenbeziehungen aufgebaut und die Grundlage für die Erlangung neuer Lebenskompetenzen geschaffen werden (Silbereisen & Kastner, 1984; Nöcker, 1990).

5. Modelle zur Wirkung präventiver Maßnahmen durch Massenmedien

Massenmedien gelten zum Teil als „Manipulatoren des menschlichen Verhaltens“ (Bergler, 1972), oder – etwas positiver formuliert – als ein „wesentlicher Faktor bei der Schaffung von öffentlicher Meinung und bei der Beeinflussung von Verhalten“ (Hoppe, 1983). Doch wird diese verbreitete Meinung in vielen Arbeiten relativiert und die Macht der Medien als eine durchaus beschränkte angesehen. So sehen Green und McAlister (1984) den Einfluß der Medien als reziprok an. Denn Medien benötigen immer Konsumenten und müssen sich daher auf die Bedürfnisse dieser Konsumenten einstellen. Sie können lediglich helfen den Ausdruck der öffentlichen Bedürfnisse und Interessen zu konturieren. Das bedeutet, daß der Inhalt der Medienbotschaften von den bestehenden Bedürfnissen geformt wird.

Die Medienwirkungsforschung hat in Deutschland, im Gegensatz zu den USA, dem „Mutterland der neueren Kommunikationswissenschaften“ (Koszyk & Pruys, 1981), noch keine sehr lange Tradition. Sie ist immer noch im Entwicklungsprozeß, z.B. ist sie dabei, an den Universitäten die notwendigen Forschungsaktivitäten zu institutionalisieren. In der ersten deutschen Dokumentation zu Problemen der empirischen Untersuchung von Medienwirkungen, die 1986 von der Deutschen Forschungsgemeinschaft erstellt wurde, lautet eine der Schlußfolgerungen der Kommission: „Der Umfang der Forschungsaktivität zum Thema Medienwirkungen – soweit veröffentlicht oder wissenschaftlich zugänglich – ist insgesamt gering und entspricht bei weitem nicht der gesellschaftlichen Bedeutung der Massenmedien und der politischen Problematik ihrer Wirkungen“ (DFG, 1986). Ungefähr zur gleichen Zeit kommt man in den USA zu einem ganz anderen Fazit: „... a contemporary reviewer encounters a relatively well-marked area of research presented in a well-defined set of publications devoted exclusively to the study of communication“ (Roberts & Maccoby, 1985). Bereits zehn Jahre früher konnte man in der Bibliographie von Comstock und Fisher (1975), die wissenschaftliche Untersuchungen zum Thema Fernsehen und menschliches Verhalten auflistet, mehr als 2.300 Titel zählen.

5.1 Bereiche der Medienwirkungsforschung

1947 differenzierte Lasswell (1949) (Massen-)Kommunikation in der – allerdings umstrittenen – Formel: „Who/says what/in which channel/to whom/with what effect“. Dieses Zitat ist sehr hilfreich bei der Standortbestimmung der Medien-

wirkungsforschung, denn es enthält in gleicher Sequenz folgende Forschungs-Teilbereiche der Massenmedienforschung:

- Kommunikatorforschung
- Inhalts- bzw. Aussagenanalyse
- Medienforschung
- Publikums- und Rezipientenforschung sowie die eigentliche – Wirkungsforschung.

Was in der Lasswell-Formel unberücksichtigt geblieben ist, ist zum einen die Wechselbeziehung der einzelnen Elemente untereinander und zum anderen das „why“ im Aussageprozeß (Koszyk & Pruys, 1981).

Die der Medienwirkung zugrundeliegenden Modelle folgten zunächst dem einfachen S(timulus)-R(esponse)-Modell. Dieses impliziert eine Übertragung der Inhalte der Medienbotschaft auf den Rezipienten und läßt die Wahrnehmung, Interpretation und Bewertung durch den Rezipienten unberücksichtigt. Letztlich enthält dieser Ansatz keinerlei Erklärungswert, da er nur Ursache und Wirkung dokumentiert. Die Tatsache, daß gleiche Reize bei verschiedenen Personen oder bei der gleichen Person zu verschiedenen Zeitpunkten zu unterschiedlichen Effekten führen können, macht eine Erweiterung des oben genannten Modells um die „Organismusvariable“, die Vorgänge innerhalb der Person beschreibt, notwendig. Und schließlich findet der ganze Prozeß nicht im luftleeren Raum statt, das heißt, die Einflüsse der Umgebung müssen ebenfalls mitberücksichtigt werden.

Im folgenden werden exemplarisch einige wichtige Themen der Medienwirkungsforschung, die im Zusammenhang mit der Fragestellung stehen, ob Medien wirkungsvoll für präventive Strategien eingesetzt werden können, genannt.

- Agenda setting

Dieser Ansatz hat seine Wurzeln in den früheren Überzeugungen von Wissenschaftlern und Politikern bezüglich der Macht der Presse, die öffentliche Meinung zu kontrollieren (Lasswell, 1949). Agenda setting bedeutet, daß die Massenmedien in der Lage sind, durch Konzentration auf einige wenige Themen, die in großer Häufigkeit behandelt werden, das Publikum in seinem Urteil, was von sozialer und politischer Wichtigkeit ist, zu beeinflussen. Eine Reihe von Studien untersuchten den Zusammenhang zwischen der Dichte der Berichterstattung über ein Thema durch die Medien und die Themen-Priorität in der Bevölkerung. Shoemaker, (1989) führte über einen Zeitraum von 15 Jahren eine Studie zum Thema „Öffentliches Bewußtsein und Drogen“ durch. Sie ana-

lysierte die Anzahl von Artikeln in den Zeitungen und Sendungen im Fernsehen zum Thema Drogen und ließ die Frage beantworten, welches Thema die Leute zur Zeit für das wichtigste im Land halten. Das Ergebnis unterstützt die Agenda setting-Hypothese: je mehr die Medien Drogenberichterstattung leisteten, desto mehr war dieses Thema auch im Bewußtsein der Öffentlichkeit.

- Use and Gratification-Approach (Nutzen-Ansatz)
Nachdem über lange Zeit hinweg dem Empfänger im Kommunikationsprozeß nur eine passive Rolle zugebilligt wurde, ist er vor allem durch den sogenannten „Nutzen-Ansatz“ zum entscheidenden Faktor im Medienwirkungsprozeß geworden. Die grundlegende Frage lautet hier nicht, was die Medien mit dem Publikum machen, sondern was das Publikum mit den Medien macht, das heißt, welchen Nutzen sie aus den Medien ziehen. Zusammengefaßt beschäftigt sich der Nutzen-Ansatz mit den sozialen und psychologischen Ursprüngen von Bedürfnissen, durch die Erwartungen an die Medien geweckt werden, was wiederum zu verschiedenen Mustern von Mediennutzung führt. Hieraus resultiert eine Befriedigung der Bedürfnisse sowie andere Folgen, die oft auch gar nicht intendiert sind (Roberts & Maccoby, 1985).
- Knowledge-Gap-Hypothese
Ursprünglich wurde diese Hypothese formuliert, um deutlich zu machen, wie Personen von unterschiedlichem sozioökonomischen Status massenmediale Informationen aufnehmen. Personen mit höherem sozioökonomischen Status nehmen Informationen schneller auf als Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status, was wiederum den Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen hinsichtlich der Informationen, die sie zu einem Thema haben, bedingt. Der sozioökonomische Status ist nur eine der Variablen, die eine verminderte Informationsaufnahme bedingen. Zu erklären, wie das Phänomen dieser Wissenskluft zustande kommt, wird auf verschiedene Weise versucht: (1) es wird der Art der Information zugeschrieben; (2) eine der Gruppen leidet an Kommunikationsdefiziten oder (3) die Unterschiede unter den Gruppen bedingen eine unterschiedliche Bedeutungszuschreibung in Bezug auf die Information (Roberts & Maccoby, 1985; Shingi & Mody, 1976).

Einen besonderen Stellenwert nehmen die Wirkungsmodelle der Medienkommunikation ein, da sie den eigentlichen Kernpunkt der Informationsaufnahme, Verarbeitung, Deutung und schließlich der Einstellungsänderung und eventuellen Verhaltensänderung erklären sollen. Im folgenden Kapitel sind die wichtigsten Theorien zusammengestellt.

5.2 Theorien zur Einstellungs- und Verhaltensänderung (Medienwirkung)

William McGuire (1989) hat auf der Basis der Medienwirkungsforschung der letzten Jahre eine umfassende Zusammenstellung verschiedener Theorien erarbeitet, die zu erklären versuchen, was eine Person dazu bringt, dargebotene Informationen in irgendeiner Weise zu verarbeiten. Er bezeichnet diese Theorien als „Theorien über die dynamischen Aspekte der Überzeugung“ (Theories about the dynamic aspects of persuasion) und sieht sie auf vier bipolaren Dimensionen angesiedelt. Die erste Dimension (Stabilität-Wachstum) unterscheidet zwischen Stabilisierungs- und Wachstums-Theorien, die zweite (aktiv reaktiv) unterscheidet zwischen Ansätzen, die die Person entweder als aufgrund interner Bedürfnisse agierend oder auf externe Einflüsse reagierend sehen. Die dritte Dimension differenziert zwischen kognitiven und affektiven Theorien, die vierte zwischen internen und externen Motiven. Die 16 Felder der sich daraus ergebenden Matrix werden jeweils von einer „Theoriengruppe“ gefüllt, die die dynamischen Kräfte zu erklären versuchen, von der eine Person in Überzeugungssituationen geleitet wird.

Kognitive Stabilitäts-Theorien

1) Konsistenz-Theorien

Hierunter fallen z.B. die Theorie der kognitiven Dissonanz von Festinger (1954) und diverse andere Ansätze, die alle einen engen Zusammenhang zwischen den Überzeugungen, Gefühlen und Handlungen einer Person sehen. Auftretende Diskrepanzen zwischen diesen Komponenten werden von der Person durch geeignete Maßnahmen abgebaut wie z.B. selektive Vermeidung von Informationen, die dem eigenen Weltbild widersprechen oder Einstellungsänderung, um Verhaltensänderung vor sich selbst zu rechtfertigen. Das heißt diese Theorien glauben an eine Änderung der Überzeugungen durch konsequente Überredung.

2) Kategorisierungs-Theorien

Der gemeinsame Tenor dieser Theorien ist, daß eine Person die Vielzahl der auf sie einströmenden Informationen in bereits bestehende Begriffsraster ein-sortiert.

3) Attribuierungs-Theorien

Das Individuum wird beschrieben als jemand, der mit unerwarteten und unerklärlichen Erfahrungen solange nichts anfangen kann, bis er eine geeignete Erklärung findet. Daraus ist die Schlußfolgerung für Einstellungsänderungen,

daß man einen Rahmen für das Individuum schaffen muß, innerhalb dessen die Empfehlungen sinnvoll erscheinen.

4) Induktions-Theorien

Ähnlich wie die Attribuierungs-Theorien wird auch hier die Annahme hervorgehoben, daß es für das Individuum ein Bedürfnis ist, seine Erfahrungen verstehen zu können. Allerdings wird in diesem Fall dieses Bedürfnis weniger als ein inneres als vielmehr ein von außen erzwungenes angesehen. Daher sollten die äußeren Umstände derart gestaltet werden, sei es durch sozialen Druck, durch Instruktion oder Ausschalten von Alternativen, daß die Person gezwungen ist, ein Verhalten zu zeigen, das diese Situation berücksichtigt.

Kognitive Wachstums-Theorien

5) Autonomie-Theorien

Hierin wird das Bedürfnis des Individuums nach persönlicher Freiheit und Eigenverantwortlichkeit für sein Schicksal und auch für seine Umwelt hervorgehoben. Schlußfolgerung daraus ist für Überzeugungsversuche, daß man zunächst ein Vertrauen schaffen muß, daß ein Eingehen auf die neuen Empfehlungen keine Aufgabe der Selbstbestimmung bedeutet, sondern im Gegenteil ein Mitmachen einen Zuwachs an persönlicher Freiheit bewirken wird.

6) Problemlösungs-Theorien

Das Individuum wird hier eingeschätzt als jemand, der Probleme in der Weise löst, daß er seinen Zielen dadurch näher kommt. Neue Herausforderungen werden als Wachstumschance bzw. persönlicher Nutzen bewertet (Rust, 1985). Dieser Aspekt sollte hervorgehoben werden, wenn man überzeugen will.

7) Stimulations-Theorien

Dem Individuum wird ein Hunger nach Reizen, nach Neuem, nach Aufregung mit der Hoffnung auf neue Erfahrungen nachgesagt. Daher sollten Botschaften den Charakter von Neuheiten und Unerwartetem tragen.

8) Teleologische Theorien

In diesen Theorien wird auf ein internes zielgerichtetes Konzept des Individuums hingewiesen, wodurch es mit sich selbst und der Umwelt dergestalt umgeht, daß die Situation in Einklang mit ihrer internen Repräsentation gebracht wird. Die Kommunikation muß daher so aufgebaut werden, daß sowohl ein gut vorstellbares Endziel, als auch ein Plan der Verhaltenssequenzen, die dort hinführen sollen, vorgestellt wird.

Affektive Theorien der Stabilität

9) Spannungsreduktions-Theorien

Bei diesen in der Regel behavioristischen Ansätzen wird herausgestellt, daß das Individuum prinzipiell darauf ausgerichtet ist, sein Erregungsniveau zu senken, was bedeutet, daß Spannungsreduktion zum positiven Verstärker wird. Für die „Überzeugungsbotschaft“ bedeutet dies, daß weniger die beunruhigenden Aspekte, die dann zum tragen kämen, wenn das erwünschte Verhalten nicht gezeigt wird, angesprochen werden, sondern vielmehr die Aufmerksamkeit auf die präventiven Möglichkeiten gerichtet wird.

10) Ich-Verteidigungs-Theorien

Unter diesem Begriff versammeln sich eher psychoanalytische Theorien, die die Tendenz des Individuums hervorheben seine Selbstachtung durch selektive Aufmerksamkeit, verzerrte Wahrnehmungen, Phantasie u.a. zu erhalten. Die Übernahme des erwünschten Verhaltens sollte daher besonders als persönliche Stärke gewürdigt werden.

11) Ausdrucks-Theorien

Diese Konzepte betonen das Bedürfnis des Menschen sich auszuleben z.B. im Sport, in riskanten Unternehmungen oder auch nur in Phantasiespielen. Bei dieser Motivlage wird man eher von Botschaften angesprochen, die es vermeiden das erwünschte Verhalten als die Person in irgendeiner Form einschränkend darzustellen.

12) Wiederholungs-Theorien

Hervorgehoben wird, daß Verhaltensweisen, die in sozialen Situationen erlernt wurden, wiederholt werden, da sie Sicherheit vermitteln. Das bedeutet, daß die Botschaft in einem Kontext vermittelt werden sollte, der bei den Zuhörern/Zusehern eine positive Stimmung erzeugt.

Affektive Theorien des Wachstums

13) Selbstbehauptungs-Theorien

Hier wird der egoistische, machtorientierte und ehrgeizige Zug der menschlichen Natur in den Vordergrund gestellt, oft in Zusammenhang mit dem Bedürfnis, Macht über andere zu erlangen. Medienbotschaften, die so gestaltet sind, daß sie das erwünschte Verhalten als persönliche Errungenschaft, als Statusverbesserung etc. darstellen, sind bei dieser Motivlage erfolgreich.

14) Identifikations-Theorien

Hier sind Motive angesprochen, die in erster Linie im Jugendalter eine Rolle spielen: die Tendenz zur Identifikation mit Idolen und Symbolen zur Bestätigung der Persönlichkeit oder zur Identitätsfindung.

15) Empathie-Theorien

Sie zielen ab auf das Bedürfnis des Individuums nach emotionaler Angenommenheit, nach dem Geschätzt- und Geliebtwerden. Hierher gehören auch die altruistischen Motive, die Tatsache, daß man eher bereit ist, etwas zum Wohle für einen anderen zu tun als für sich selbst.

16) „Ansteckungs“-Theorien

Im Focus steht hier die Bereitschaft des Individuums zur Nachahmung anderer, zur Übernahme von Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen. Die *positive Reaktion auf Aktionen und andere Personen, die bereits mitmachen, und erfolgreich damit sind, wird hier besonders hoch sein.*

Jeder dieser nur kurz skizzierten Ansätze hat diverse Varianten, es wurde jeweils nur der Grundgedanke erwähnt. Jeder dieser Theorien sollte man grundsätzlich gleiche Gültigkeit unterstellen, jedoch muß man davon ausgehen, daß sie jeweils nur in bestimmten Situationen oder auf bestimmten lebensgeschichtlichen Entwicklungsstufen zum tragen kommen.

6. Ziele und Evaluationskriterien für die primäre Drogenprävention

Die Kriterien, anhand deren beurteilt wird, ob präventive Maßnahmen erfolgreich sind, stehen in engem Zusammenhang mit den für die jeweiligen Maßnahmen gesetzten Zielen. Das allgemeine Ziel der Drogenpolitik besteht darin, die Prävalenz des Drogenmißbrauchs zu reduzieren. Das Ziel der primären Prävention soll vor allem in Verminderung der Inzidenz langfristigen Mißbrauchsverhaltens liegen (Botvin, 1988). Diese globale Zielsetzung läßt sich in eine Reihe unterschiedlicher Ziele operationalisieren wie Abstinenz, Aufschub des Konsumbeginns oder „verantwortlicher“ Umgang mit Drogen. Dies soll jeweils durch Vermeidung der ersten Versuche, des Experimentierens, des gelegentlichen Konsums oder des Abhängigwerdens erreicht werden.

Wissenschaftler sind sich nicht einig, welche der Ziele Priorität haben sollen. Die Entscheidung hängt mit dem jeweiligen sozialen Klima für die einzelnen Substanzen zusammen: z.Zt. wird Zigarettenrauchen in der Gesellschaft weit weniger akzeptiert als noch vor 10-20 Jahren, wogegen die sozialen Normen bezüglich Alkohol in vielen Fällen einen gemäßigten Konsum sogar vorschreiben. Aus diesem Grund herrscht unter den Forschern keine grundsätzliche Übereinstimmung, ob Alkoholprävention ein Teil der Drogenprävention sein sollte, oder ob man sich mit Alkohol getrennt beschäftigen soll. Der Trend bei Jugend-Präventionsprogrammen geht allerdings schon seit einigen Jahren zu einer gemeinsamen Behandlung von Alkohol und anderen Drogen, wobei diese Programme die geringste Wirksamkeit bezüglich des Alkoholkonsums aufweisen. Dies soll aber keinesfalls heißen, daß ein Programm, das von dem sozialen Klima profitiert, wie z.Zt. ein Antiraucherprogramm, nicht notwendig ist. Es bedeutet nur, daß es einfacher ist, positive Ergebnisse bei der Rauchen-Prävention als bei der Prävention des Alkoholmißbrauchs zu erzielen.

Kontrovers wird die Frage diskutiert, ob es um die grundsätzliche Verhinderung des Konsums legaler und illegaler Substanzen geht, oder um die Verhinderung eines längerfristigen Mißbrauchsverhaltens. Im zweiten Fall wird ein kurzzeitiges Experimentierverhalten mit dem Argument toleriert, daß dies für die Adoleszenzphase altersspezifisch sei. Die Lösung dieser kontroversen Diskussionen liegt nach dem Stand der Literatur mit hoher Sicherheit darin, daß die Zielpersonen spezifisch angesprochen werden müssen. Es gibt Gruppen von Personen, die durch die Erziehung bzw. durch spezifische präventive Maßnahmen dazu gebracht werden, einzelne Substanzen gar nicht erst zu probieren. Dies zeigen auch die relativ hohen Ablehnungsquoten gegenüber dem Erstkonsum verschie-

dener illegaler Substanzen in epidemiologischen Studien. Auf der anderen Seite gibt es Personen, die wahrscheinlich durch eine höhere Neugierde und Experimentierbereitschaft gekennzeichnet sind, die sich nicht von einem Erstkonsum abbringen lassen. Hier muß das Ziel der Prävention sein, den Konsum auf ein Probierstadium einzugrenzen, um langfristiges Mißbrauchsverhalten zu verhindern. Für präventive Maßnahmen bedeutet dies zum einen, daß zusätzliche Informationen für unterschiedliche Zielgruppen benötigt werden und zum anderen, daß sie die beschriebenen unterschiedlichen Zielgruppen mit entsprechenden Botschaften ansprechen müssen. Die Evaluation muß sowohl die Verhinderung des Erstkonsums als auch die Eingrenzung auf einen Probierkonsum als Beurteilungskriterien verwenden.

7. Interventionsbereiche und Maßnahmen

7.1 Präventionsbereich Familie

Die tiefste und in ihren Wirkungen am längsten anhaltende Sozialisation wird von einem Kind in seiner Familie erfahren (Großmann & Großmann, 1991; Shedler & Block, 1990). Die Familie hat daher den größten Einfluß auf die Ausbildung bestimmter Verhaltensweisen und dadurch auch das größte Potential, dem Kind eine Lebensweise beizubringen, die seine psychische und körperliche Gesundheit fördert. Aus diesem Grund sollte die primäre Prävention im Sinne einer Gesundheitserziehung von den ersten Lebenstagen an beginnen. Es bestehen jedoch grundsätzliche Schwierigkeiten, in diesem Bereich Studien durchzuführen und zu evaluieren.

Allgemeine Suchtvorbeugende Erziehung

Die wichtigste primärpräventive Maßnahme in der Familie ist eine grundlegende, suchtvorbeugende Familienerziehung (Eiseman, 1974). Die Aufgaben einer solchen Gesundheitserziehung bestehen darin, „die Kinder vom frühen Alter an zu eigenständigem und verantwortlichem Handeln anzuleiten, ihnen zu helfen, selbständig Konflikte auszutragen, fair zu sein, Risiken abschätzen zu lernen, damit Selbstvertrauen und Selbstbewußtsein als wesentliche Voraussetzungen gegen Abhängigkeit und Sucht in der Persönlichkeit des Kindes und Jugendlichen aufgebaut und gestärkt werden“ (Bäuerle, 1989). Es wurde mehrmals aufgezeigt, daß eine gestörte Beziehung zwischen Eltern und Kind zum mangelnden Selbstwertgefühl beim Kind führt. Um eine gesunde Persönlichkeitsstruktur zu entwickeln, braucht das Kind seitens der Eltern Liebe, Anerkennung und Vertrauen (Eisemann, 1974). Wie man diese sehr komplexen Aufgaben bewältigt, wird jedoch nirgendwo gelehrt. Es wird von den Eltern erwartet, daß sie ihre Kinder zu selbständigen, arbeits- und liebesfähigen Menschen erziehen, als ob dies ganz natürlich wäre. Die meisten Menschen haben jedoch ihre „familiären Defizite“ (Müller, 1981), insbesondere in kommunikativen Fertigkeiten, Offenheit, konstruktivem Problem- und Konfliktlösen und im Führen einer guten Partnerschaft. Es kommt z.B. häufig vor, daß die Eltern sich Gedanken darüber machen, ihr Kind nicht durch zu viel Lob zu „verderben“. Die negativen, oft schädlichen Auswirkungen eines kritischen, tadelnden (oft in guten Absichten eingesetzten) Verhaltens sind vielen Eltern gar nicht bekannt.

Es gibt nur wenige dokumentierte Aktivitäten für den Bereich der familiären Erziehung. Müller (1981) beschreibt ein von ihm und Moskau auf der Basis des

Familientherapieansatzes von Satir entwickeltes Präventives Eltern- und Familientraining. Aus der Erkenntnis heraus, daß viele Probleme und Störungen in den Lernerfahrungen der Ursprungsfamilie ihre Ursache haben, leitet sich die Zielsetzung dieser präventiven Intervention ab: „Eltern erziehen jetzt die nächste Generation“. Das Präventive Elterntraining wird in Gruppen mit höchstens sechs Elternpaaren durchgeführt. Die Dauer beträgt zwei Wochenenden und sechs bis acht aufeinanderfolgende Abende, dazu kommen Auffrischungssitzungen. Das Training umfaßt zwei Themenbereiche: 1. Erziehung und Verhalten, 2. Kommunikation und Partnerschaft. Die Teilnehmer üben, Interaktionen zu beobachten, Zusammenhänge und Wirkungen bestimmter Verhaltensweisen, insbesondere in kritischen Erziehungssituationen zu erkennen und arbeiten Änderungen aus. Sie lernen auch, wie sie ihre Selbst- und Partnerwahrnehmung sowie die Kommunikation mit dem Partner verbessern können.

Eine präventive Maßnahme, die die Verbesserung des Kommunikationsklimas zwischen Eltern und ihren adoleszenten Kindern zum Ziel hatte, wurde in Hamburg (von der Aktion gegen Drogenmißbrauch Hamburg e.V.) vorgenommen (Lange, 1984). Die Autoren gingen von der Annahme aus, daß „gestörte Beziehungen zu den Eltern oftmals dazu führen, daß Jugendliche sich von zu Hause abwenden und sich mehr und mehr von devianten Bezugsgruppen lenken lassen“ (Lange, 1984). Es wurden zwei Tonbandkassetten aufgezeichnet, auf denen in Dialogen typische Familienauseinandersetzungen zwischen Jugendlichen und ihren Eltern dargestellt wurden. Zuerst wurden die Situationen mit einem meist üblichen, negativen Ausgang dargestellt. Es folgte ein Kommentar darüber, welche Wirkungen ein solcher Streit auf die Heranwachsenden haben kann. Danach wurde dargestellt, auf welche Weise ein solches Gespräch positiv verlaufen könnte, wenn die Eltern anders reagiert hätten. U.a. handelte sich in den Dialogen um folgende Situationen: Gespräche über Alkohol und Drogen, spätes Ausgehen, schlechtes Schulzeugnis, erster Freund. Durch diese Medien sollte die affektive Kompetenz der Eltern im Umgang mit ihren Kindern erhöht werden, was einen direkten Einfluß auf das Kommunikationsklima in der Familie hätte.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gab als Hilfe für die Eltern in Fragen der Suchtmittelprävention mehrere Materialien heraus, wie z.B.:

- die Schrift „Familienszenen. Mal etwas anderes über Drogen“ (BZgA, 1982). Sie enthält Hinweise und Tips für Eltern von Jugendlichen zur Verbesserung der Kommunikation und zur gemeinsamen Lösung typischer familiärer Problemsituationen in Form von konkreten Beispielen und Familiengeschichten. Auch die Wirkung vom Rauchen und Trinken seitens der Eltern auf das Verhalten und die Einstellungen ihrer Kinder wird thematisiert.

- den Film „Laßt uns miteinander reden“, der sich hauptsächlich an die Eltern wendet. In kurzen Geschichten und Interviews zeigen die Autoren auf, daß fehlende zwischenmenschliche Kommunikation (in der Familie) zum Gebrauch von Suchtmitteln führt, die dann eine Ersatzbefriedigung liefern.

Direkt auf Substanzmißbrauch bezogene Prävention

In die familiären Präventionsmaßnahmen ist ebenso die direkte, suchtmittelbezogene Vorbeugungsarbeit der Eltern einzuordnen. Dazu gehört zuerst, daß die Eltern sich früh genug über das Thema Substanzmißbrauch informieren, damit sie nicht überrascht sind, wenn sie mit Fragen, Gesprächen oder sogar Konsum seitens der Kinder konfrontiert werden. Der wichtigste Aspekt des elterlichen Verhaltens ist aber ihr eigenes Verhalten in bezug auf ihr Mißbrauchsverhalten. Das Kind wird dadurch geprägt, was die Eltern ihm vorleben (Bäuerle, 1989) und aus diesem Grund ist das elterliche Vorbild bei dem Suchtmittelkonsum von einer wesentlichen Bedeutung. Diesbezüglich Prävention zu leisten, erfordert häufig eine kritische Auseinandersetzung mit den eigenen Gewohnheiten seitens der Eltern. Es muß nicht heißen, daß sie abstinent leben oder womöglich ihren Konsum vor den Kindern verbergen. Das Vorleben eines gemäßigten, genußvollen und situationsgerechten Konsums durch die Eltern ist für die Kinder im Sinne eines Modells sogar von Vorteil. Auf keinen Fall sollen die Eltern von den Kindern das fordern, was sie selbst nicht einhalten, da sie dadurch sie ihre Glaubwürdigkeit verlieren.

Wie stark die Verhaltensmuster der Eltern (oder anderer erwachsenen Personen aus der nächsten Umgebung) das Kind beeinflussen, demonstrieren die Ergebnisse einer Studie von Parcel et al. (1984). In einer Kinder-Tagesstätte wurde ein Antirauchen-Curriculum bei Vorschulkindern (4 Jahre alt) durchgeführt. Das Programm umfaßte Themen wie ‚Ich und mein Körper‘, ‚Wie funktioniert mein Körper?‘, ‚Was ist gut für meinen Körper?‘, ‚Was ist schlecht für meinen Körper?‘ und ‚Aufpassen auf meinen Körper damit ich mich wohl fühle‘. Großer Wert wurde auf die Erklärung der Aktion gegenüber den Eltern und auf die Zusammenarbeit mit ihnen gelegt. 49% der Kinder, die das Curriculum absolviert hatten, erwarteten, daß sie in der Zukunft Zigaretten rauchen werden, verglichen mit 76% in der Kontrollgruppe. Dieser signifikante Unterschied bestätigt die Wirksamkeit des Curriculums bei einem Teil der Kinder. Trotzdem erwartet ein großer Prozentsatz der Kinder, daß sie in der Zukunft rauchen werden.

Die Autoren schreiben dazu: „These findings suggest the curriculum had only a small impact on overcoming children’s perceptions, that smoking is an appropriate adult behavior“ (Parcel et al., 1984). Die Studie illustriert also, daß spezi-

elle Programme zur Gesundheitserziehung auch schon bei Kindergarten-Kindern nur in begrenztem Rahmen ihre Wirkung entfalten können. Wenn solche Interventionen bessere Ergebnisse zeigen sollten, müßten sie auch Veränderungen im Konsumverhalten der Eltern und der sozialen Umgebung des Kindes bewirken.

Zu den elterlichen Aktivitäten im Bereich der direkten Auseinandersetzung mit Suchtmitteln gehören auch Eltern-Präventions- und Selbsthilfegruppen. In den USA verbreiteten sich in den letzten Jahren immer mehr Elterninitiativen (parent movement for drug-free youth), die sich als Ziel Drogenfreiheit ihrer Kinder setzen (Lindblad, 1983; Schuchard, 1984). In diesen Gruppen informieren und unterstützen sich die Eltern gegenseitig, um dem Druck der Peer-Gruppe zum Drogenkonsum den Gegendruck der Eltern, Familie und des sozialen Netzes entgegenzusetzen. Es engagieren sich auch immer mehr junge Leute in der Bewegung, sei es weil sie von ihren Eltern Beispiel nehmen, sei es, weil sie für ihre jüngeren Geschwister ein Beispiel abgeben wollen.

Die Bewegung begann 1978 in dem Ort Naples in Florida und fand seitdem zahlreiche Nachahmer in den USA (ca. 4.000 Gruppen) und anderen Ländern. 1980 wurde eine Dachorganisation der Elterngruppen in den USA gegründet: NFP (National Federation of Parents for Drug-Free Youth). Zu den Aufgaben der NFP gehört vor allem die Zusammenstellung und Verbreitung von Informationen über Drogenmißbrauch, Begleitung der Entstehung neuer Elterngruppen sowie die Funktion als Verbindungsstelle zwischen den Mitgliedsorganisationen.

Nach einer NIDA-Zusammenstellung (Lindblad, 1983) gibt es eine Vielfalt von unterschiedlichen Elterngruppen-Typen:

- Gemeinde- (bzw. Wohnviertel-) Gruppen, aus eigener Initiative entstanden, die sich auf die Prävention des Drogenmißbrauchs konzentrieren
- schulorientierte Elternorganisationen, bei denen die Suchtmittelprävention nur eins der zu verfolgenden Ziele darstellt
- Gemeindeorganisationen, deren Mitglieder hauptsächlich Eltern sind, in welchen die Präventionsarbeit einen Teil einer umfassenderen Aufgabe bildet
- halbunabhängige Gruppen, die ein Teil der existierenden Präventionsprogramme sind und dazu eine externe Unterstützung, bzw. Leitung bekommen
- nicht unabhängige Gruppen, die nicht aufgrund eigener Initiative zustande gekommen sind, sondern einem Angebot zur Suchtmittelprävention (z.B. Elterntraining) folgen

- informelle Gruppen, die in unmittelbarer Nachbarschaft entstehen und deren Mitglieder sich gegenseitig helfen und unterstützen.

Klitzner et al. (1990) haben in einer retrospektiven Studie die Wirkung von Eltern-Präventionsgruppen (parent-led prevention groups) untersucht. Aus mehreren Gemeinden wurde eine Familienstichprobe befragt, die aus den gruppenaktiven Eltern und ihren Kindern bestand. Als Kontrolle dienten Familien aus Gemeinden, in denen kein elternorientiertes Präventionsprogramm durchgeführt wurde. Erhoben wurde das Vorhandensein und die Menge des Suchtmittelkonsums bei den Jugendlichen sowie Veränderungen in den Beziehungen innerhalb der Familie, in der elterlichen Kontrolle der Jugendlichen-Aktivitäten, in dem Suchtmittelkonsum bei den Adoleszenten und ihren Freunden, seitdem die Eltern an der Präventions-Gruppe teilnahmen. Die Ergebnisse zeigten Verbesserung der Beziehungen in der Familie und der Kontrolle der Eltern über die Aktivitäten ihrer Kinder, jedoch kaum Effekte auf den Suchtmittelgebrauch. Als ein unerwarteter, jedoch wichtiger Effekt kam heraus, daß sich hauptsächlich die Eltern in die Präventionsgruppen engagiert hatten, deren Kinder nicht das größte Risiko eines Suchtmittelmißbrauchs aufwiesen.

Zusammenarbeit der Familie mit der Schule und Jugendhilfe

Die Möglichkeiten der Zusammenarbeit der Eltern mit der Schule und der Jugendberatung sind sehr vielfältig. Die Eltern können sowohl selbst aktiv werden wie auch sich an den präventiven Aktionen der Schule beteiligen. Folgende Beispiele zeigen auf, in welchen Bereichen die Zusammenarbeit stattfinden kann (Bäuerle, 1989):

- Schriftliche oder persönliche (Beratungslehrer) Aufklärung der Eltern über die Suchtmittel und Sucht
- Elternabend mit einem Jugendberater
- Elterngruppe zum Thema Suchtmittel unterstützt durch die Schule oder die Jugendberatung
- Beratungsgespräche mit den Eltern die durch den Beratungslehrer, Schulpsychologen, Jugend- oder Drogenberater geführt werden können
- Krisenintervention, wenn die Eltern mit dem Suchtproblem ihres Kindes konfrontiert werden: sowohl die Jugendberatung wie auch die Schule sollten in einem solchen Fall besonders intensiv Hilfe leisten

- Schulveranstaltungen über Sucht und Suchtmittel – hier ist die Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen besonders wichtig.

Zusammenfassend läßt sich für den Bereich Familie feststellen, daß dazu in den 80-er Jahren sehr wenige, neue, präventive Interventionsstrategien entwickelt wurden. Ebenso wenig gibt es fundierte, empirische Studien und Evaluationen zu diesem Thema. Obwohl dies nach den neuen Forschungsergebnissen (Shedler & Block, 1990; Großman & Großman, 1991) der wichtigste Bereich der primären Prävention ist, wurde ihm noch nicht genug Aufmerksamkeit geschenkt.

7.2 Präventionsbereich Schule

Die Schule ist außer dem Elternhaus der wichtigste Ort, an dem Drogenprävention stattfinden kann. In der Schule kann man fast alle Kinder und Jugendliche von 6 bis 15/18 Jahren erreichen. Wird ein schulisches Präventionsprogramm eingeführt, wird es von den meisten Schülern in ihrer sozialen Einheit der Peer-Gruppe absolviert, wodurch nicht nur ein einzelner angesprochen wird, sondern die sozialen Normen der ganzen Gruppe beeinflusst werden können. Ein Präventionscurriculum läßt sich leicht in den Schulplan einfügen, was, mit anderen Maßnahmen (z.B. Jugendarbeit) verglichen, einen kleineren organisatorischen Aufwand bedeutet. Das Präventionsprogramm kann auch während mehrerer Schuljahre wiederholt und erweitert werden. Vor allem in den USA werden schon seit den 60-er Jahren Präventionsprogramme für die Schule entwickelt, durchgeführt und evaluiert. In Europa ist eine diesbezügliche Forschungsaktivität kaum entwickelt, ansatzweise nur in den Niederlanden und geringfügig in Deutschland.

Generell kann man auch die Maßnahmen in zwei Gruppen aufteilen: suchtmittelspezifische, die sich direkt mit den Substanzen beschäftigen und unspezifische, die über Veränderung von Mediatorvariablen (z.B. Einstellungen oder Selbstwert) einen indirekten Einfluß auf den Drogenkonsum ausüben wollen. Die Informationsvermittlungs- (7.2.1), Standfestigkeits- (7.2.4) und Lebenskompetenzförderungs-Programme (7.2.5) gehören zu den suchtmittelspezifischen, die affektiven (7.2.2) und Alternativen-Programme (7.2.3) zu den unspezifischen präventiven Maßnahmen. In der Praxis ist diese Trennung oft nicht mehr vorhanden, denn besonders in den letzten Jahren wurden mehrere „gemischte“ Programme entwickelt, welche beide Komponenten enthalten.

7.2.1 Drogenerziehung und Informationsvermittlung

Informationsvermittlung als Präventionsstrategie

„Education/information prevention programs are based on the assumption that knowledge of the deleterious effects of substances on health and well being will deter use and prevent abuse. Most early substance abuse prevention programmes emphasized factual information and scare tactics through the graphic presentation of the effects of substance use. This type of program has been shown to be effective with adults. Education/information only interventions with adolescents, however, generally have been ineffective...; although some early adolescents who have not yet experimented with illicit substances may benefit...“ (Forman & Linney, 1988). Diese Einschätzung wird durch einzelne Untersuchungen und Metaanalysen (Schaps et al., 1981; Bangert-Drowns, 1988; Tobler, 1986) bestätigt. Sie zeigen auf, daß die Programme, deren Schwerpunkt auf Wissensvermittlung liegt, nur zu einer Kenntniserhöhung führen. Einige Studien belegen, daß Informations- bzw. Drogenerziehungsprogramme den Konsum sogar erhöhen können (siehe weiter unten). Es wurde mehrmals aufgezeigt, daß diese Strategien keinen oder einen sehr geringen Einfluß auf die Einstellung zu Drogen und auf deren Gebrauch haben, doch sind sie nach wie vor die am häufigsten eingesetzten Methoden der Drogenpräventionsarbeit. Beim Vergleich anderer Strategien mit der Methode der Informationsvermittlung als eine isolierte Maßnahme kommt Tobler (1986) zu dem Schluß, daß diese Methode aufgegeben werden sollte.

Untersuchungen zur Informationsvermittlung

DeHaes und Schuurman (DeHaes, 1987; Meyenberg, 1988) führten 1975 in Holland eine Studie durch, die die drei folgenden, am häufigsten verwendeten Drogenerziehungsmethoden hinsichtlich ihrer Wirksamkeit auf die Kenntnisse, die Einstellungen und den Konsum untersuchte:

- Warnende, abschreckende Herangehensweise
Der Schwerpunkt des Programms wird auf die Gefahren des Drogenkonsums gelegt.
- Tatsachenbezogene Strategie
Diese Unterrichtsmethode besteht in konkreten Angaben bezüglich Drogen (Drogenwirkung auf Körper, Bewußtsein, Verhalten; Zahlen zu Abhängigkeit, Unfällen, Kosten usw.).

– Personenbezogene Methode

Es werden vor allem die drogenkonsumierenden Menschen, ihre konkreten Situationen und Motive dargestellt und diskutiert.

Die Wirksamkeit der drei Herangehensweisen wurde jeweils in einem Drogenerziehungsprogramm an Schülern der Sekundarstufe untersucht. Keines der drei Aufklärungsprogramme war imstande, eine Konsumreduzierung oder -einstellung zu bewirken. Hinsichtlich der Neuanfänge beim Konsum von Marihuana und Haschisch zeigten die erste und zweite Vorgehensweise sogar eine negative Wirkung, denn die Anzahl der Onsets war hier höher als in der Kontrollgruppe, die keinen Drogenunterricht hatte. Dagegen wirkte das personenbezogene Programm reduzierend auf die Neuanfänge von Marihuana und Haschisch. Darüber hinaus verbesserte jede Methode die Kenntnisse über Drogen, auch das Programm drei. Wie andere Studien belegt auch diese, daß Aufklärung keinen der erwarteten Effekte auf den Drogenkonsum zeigt und sogar „Nebenwirkungen“ wie Stimulation des Gebrauchs, haben kann (Bumerang-Effekt).

Eine deutsche Studie (Nevermann & Perlwitz, 1986) belegt auf eine eindrucksvolle Weise, daß das im Unterricht erworbene Wissen über die Schädlichkeit vom *Zigarettenrauchen* (nach dem Unterrichtswerk zu Drogenproblemen, BZgA, 1980a) von den meisten Schülern zwar zufriedenstellend wiedergegeben wurde, jedoch in Beurteilung alltäglicher Situationen nur von wenigen angewandt wurde. Die Ergebnisse zeigen auf, daß „Informiertheit nicht zwangsläufig von steigender Anwendungskompetenz begleitet“ wird .

Die den Drogenerziehungs-Programmen zugrunde liegende Annahme hat sich insgesamt in der Drogenprävention bei Jugendlichen als falsch herausgestellt. Die abschreckende Information, die sich Bildern von Lungenkrebs, Leberzirrhose oder Herointod bedient, kommt bei Jugendlichen nicht an, denn sie wird von ihnen nicht in Beziehung zu sich selbst gesetzt. Eine sachliche Information dagegen kann Neugier und Lust zum Ausprobieren wecken. In den neueren Programmen ist deshalb die Informationsvermittlung nur ein und zwar nicht der wichtigste Teil des gesamten Konzepts. Als nützlich haben sich Informationen zu solchen unmittelbaren Effekten des Konsums herausgestellt, die Jugendliche negativ bewerten (z.B. gelbe Zähne beim Zigarettenkonsum), wie auch Angaben zu dem Konsumumfang in der Gesellschaft, der von den Schülern meistens überschätzt wird.

Drogenerziehung als Schulfach

In Holland wurde 1985 ein Gesetz über die Gründung der Elementarschule (Kindergarten und Grundschule wurden zusammengeschlossen) verabschiedet (Mey-

enberg, 1988). In der neu organisierten Schule wurde das Fach Gesundheitserziehung eingeführt. Das Schulcurriculum dazu wurde fast vollständig zentral ausgearbeitet. Die Drogenprävention soll als ein integrierter Teil des Gesundheitsunterrichts und nicht als „eine isolierte Kampagne gegen den Mißbrauch von Genußmitteln“ verstanden werden. Die Unterrichtsziele in diesem Fach wurden positiv formuliert: d.h. nicht Vorbeugung von Drogenkonsum, sondern „gesunder“ Umgang mit ungesunden Produkten, deren Konsum in unserer Gesellschaft gang und gäbe ist. Die Schüler sollen auch lernen, wie man dem sozialen Druck sowie dem Einfluß der Werbung widerstehen kann.

Das Schulcurriculum beruht hauptsächlich auf einem Programm der NCA (Nationale Commissie tegen het Alcoholisme en andere verslavingen), das in mehreren Grundschulen durchgeführt und von der Universität Utrecht evaluiert wurde. Die NCA organisiert auch das Training der Lehrer für die über 8.000 Elementarschulen, die es in den Niederlanden geben wird.

Als sehr wichtig findet die NCA die Behandlung der Themen Rauchen und Alkoholkonsum bei jüngeren, präadoleszenten Schülern. Der Leitgedanke der schulischen Gesundheitserziehung in den Niederlanden ist folgender: „Die NCA hält das Experimentieren mit Alltagsdrogen (teilweise auch mit illegalen Drogen) durchaus für sinnvoll, wenn es schulisch, wie außerschulisch (Elternhaus) begleitet wird. Sie sind der Auffassung, daß das Bewußtmachen der damit verbundenen Gefahren und entsprechendes Verhaltenstraining sie eher vor dem Mißbrauch schützt, als Verbote oder Tabuisierung. Vor allem aber wissen sie, daß das Experimentieren nicht zur Abhängigkeit führt.“ (Meyenberg, 1988).

Die Gesundheitserziehung wird auch nach der Elementarschule in der Sekundarstufe fortgesetzt. Die Ausarbeitung eines dazugehörenden Curriculums ist jedoch erst in der Anfangsphase.

Ein anderes Modell gibt es in den schwedischen Schulen. Die Gesundheitserziehung stellt dort kein separates Schulfach dar, sondern ist in alle Fächer stückweise eingeschlossen und wird als ein integrierter Teil unterrichtet. Auch in den deutschen Schulen wird die Suchtmittelprävention im Unterricht hauptsächlich innerhalb der einzelnen Fächer vorgenommen.

Drogenkontaktlehrer

In den meisten Bundesländern wurden zum Teil bereits in den 70er Jahren Drogenkontaktlehrer in den Schulen benannt, deren Aufgaben in etwa folgende sind:

- Beschaffung und Verbreitung suchtmittelrelevanter Informationen
- Information der Lehrer, Eltern und Schüler
- Beratung der Schüler und anderer Lehrer
- Kontakt zu Beratungsstellen
- im allgemeinen Durchführung geeigneter Präventionsmaßnahmen (Bujny, 1987; Priebe, 1989)

Eine solche Beauftragung bedeutet jedoch noch nicht, daß der betreffende Lehrer auf die auf ihn zukommende Arbeit vorbereitet ist. Dazu bedarf es der Ausbildung dieser Lehrer und der Zusammenarbeit mit anderen Lehrern in Form von Informationsveranstaltungen, pädagogischen Konferenzen, Seminaren oder Lehrerarbeitskreisen.

Untersuchungen zur Situation der Drogenkontaktlehrer

Es gibt nur wenige Berichte darüber, wie in der Wirklichkeit an den Schulen primärpräventiv gearbeitet wird (Rabes, 1987). Eine Umfrage unter den Berliner Drogenkontaktlehrern (Clemens, 1982) ergab, daß über die Hälfte von ihnen der Meinung sind, im Unterricht finde viel zu wenig Suchtprävention statt. Es wird weitgehend der Initiative der Lehrer überlassen, wie weit sie sich für den präventiven Unterricht engagieren. In den einzelnen Fächern wird dieser Thematik zu wenig Zeit eingeräumt und es mangelt an adäquatem Unterrichtsmaterial – dies sind die häufigsten Aussagen in dieser Befragung. Die meisten der Drogenkontaktlehrer finden, daß die primäre Suchtmittelprävention auch außerhalb der Schule stattfinden sollte und (überraschenderweise) daß sie dort erfolgreicher sein würde.

Eine Umfrage der Universität Oldenburg unter den Kontaktlehrern in Niedersachsen (Rabes, 1987) ergab, daß der präventive Unterricht am häufigsten in den Fächern *Deutsch und Sozialkunde*, seltener in *Gemeinschaftkunde*, *Biologie*, *Kunst*, *Chemie* und *Religion* stattfindet. Fast ausschließlich wird die Methode der Informationsvermittlung verwendet: „Vorrangiges Ziel drogenpräventiven Unterrichts besteht für die befragten Lehrer (...) darin, Wissen über Wirkungen und Folgen des Drogenkonsums zu vermitteln. 90% des Samples besitzen diese Zielrichtung“ (Rabes, 1987). Es zeigte sich ein hochgradiger Widerspruch in den Urteilen der befragten Lehrer zwischen der *eingesehenen Dringlichkeit und Notwendigkeit* des suchtmittelpräventiven Unterrichts und der subjektiv empfundenen eigenen *Hilflosigkeit*. Daraus resultierte häufig eine mangelnde Praktizierung der schulischen Prävention durch die befragten Lehrer.

Materialien der BZgA für die Schule

Die primäre Prävention des Suchtmittelmißbrauchs unter Kindern und Jugendlichen bildet einen der Schwerpunkte im Tätigkeitsbereich der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Im Rahmen dieser Arbeit erstellt und verbreitet die BZgA Informations- und Hilfsmaterialien, Kurse und Fortbildungen für Jugendarbeitsmultiplikatoren, Lehrer, Eltern und Kinder, bzw. Schüler selbst. Im schulischen Bereich wurden in der letzten Dekade vielseitige Unterrichtshilfen zur Suchtmittelprävention für die Lehrer herausgegeben. Dies sind u.a.:

- „Unterrichtswerk zu Drogenproblemen“ (BZgA, 1980a)
Dies ist eine sehr umfangreiche Materialsammlung für den Lehrer zum Drogenunterricht in den Klassen 5-10. Sie enthält ausführliche Informationen, Vorschläge zu Unterrichtsmethoden, Arbeitsmaterialien, Quellentexte, Folien u.v.m. Die jeweiligen Unterrichtseinheiten beschäftigen sich mit Themen wie die im persönlichen und nahen sozialen Bereich häufig vorkommenden Probleme und Schwierigkeiten (z.B. Eltern – Kinder) für die Klassen 5-6, die Motivationen zum Drogenkonsum, welche mit der Schule oder Peer-Gruppe zusammenhängen, für die Klassen 7-8 und Verlauf einer Drogenkarriere mit allen möglichen Folgen für die Klassen 9-10. Dieses Unterrichtswerk enthält eine Fülle von Vorschlägen zur Unterrichtsgestaltung, jedoch vermutet Alfs (1986), daß sich die Lehrer im Unterricht eher der traditionellen, lehrerzentrierten Methode der Wissensvermittlung bedienen und die anderen Herangehensweisen, die die Entwicklung von Handlungs-, Gefühls- und Kommunikationskompetenzen bei Schülern fördern würden, außer acht lassen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Einrichtung von adäquaten Vorbereitungs-, bzw. Ausbildungsmöglichkeiten für die Lehrer.
- „Unterrichtsmaterialien zum Thema Abhängigkeit – Sucht Drogen für berufliche Schulen“ (BZgA, 1985) einschließlich Folien und Cassette.
Dieses Werk enthält inhaltliche und methodische Planungsvorschläge für den Unterricht, „Materialien für Unterricht“ in einer sehr großen Vielfaltigkeit (z.B. Fragebögen, Arbeitsblätter, Bildgeschichten, Spielkarten u.v.m.) und „Informationen für Lehrer und Schüler“.
- „Vier Theaterstücke über Alkohol und Drogen“ (BZgA, 1980b)
sind als Hilfe für Lehrer oder andere Multiplikatoren in ihrer suchtpreventiven Arbeit gedacht. Sie wurden von Jugendgruppen geschrieben und behandeln Suchtmittelprobleme auf der Basis alltäglicher Schwierigkeiten Jugendlicher. Eine Evaluation unter den Jugendlichen-Theatergruppen ergab, daß bei etwa der Hälfte der Befragten eine positive Veränderung der Einstellungen zum Suchtmittelkonsum stattfand (Alfs, 1986).

Es wurden auch BZgA-Materialien für die Jugendlichen ausgearbeitet, wie z.B. der Fotoroman „Alltag – Szenen einer Clique“ (BZgA, 1980c). In Form von Bildergeschichten werden dort typische Probleme und Schwierigkeiten Jugendlicher (Gefühle, Probleme mit Eltern, Alkohol und Drogen, Freundschaften) dargestellt, dazu gibt es zusätzliche Informationen und Kommentare.

Das Nordrhein-Westfälische Konzept der schulischen Sucht- und Drogenvorbeugung

Das in Nordrhein-Westfalen ausgearbeitete Konzept basiert auf der Überzeugung, daß die primäre Suchtmittelprävention eine pädagogische Aufgabe ist, die jedoch nicht einem einzelnen Lehrer zufallen kann, sondern vom gesamten Lehrerkollegium angegangen und praktiziert werden muß (Priebe, 1989). Die speziell qualifizierten „Berater für Suchtvorbeugung“ haben daher hauptsächlich die Aufgabe der sekundären Prävention. Ihre Qualifikation wird durch ein aufgrund jahrelanger Erfahrungen entwickeltes Fortbildungsmodell gewährleistet. Die Fortbildung wird in regionalen Lehrerarbeitskreisen über einen längeren Zeitraum durchgeführt. Dazu gibt es beispielsweise folgende Bausteine des Material- und Medienverbunds (entwickelt vom Landesinstitut für Schule und Weiterbildung): fachliche Grundlagen, Unterricht, Beratungsgespräch, kollegiale Beratung, Kooperation, Rechtsaspekte, Zusammenarbeit mit Eltern u.a. Der Baustein Unterricht umfaßt eine breite Palette von Unterrichtsvorschlägen für alle Fächer, Klassen und Schultypen (u.a. Inhalte wie: Entwicklung der Persönlichkeit, kognitives Wissen über Sucht und Suchtmittel oder Umgang mit sich selbst und anderen) (Priebe, 1989; Weissinger, 1989).

Sucht- und Drogenprävention – Konzept des Niedersächsischen Kultusministeriums 1991 – 1994

In einem aktuellen Papier des Niedersächsischen Kultusministeriums (1991) wird *Sucht- und Drogenprävention als Teil der Gesundheits- und Sozialerziehung* verstanden. In den Grundsätzen zeichnet sich als Schwerpunkt des Programms die Förderung von allgemeinen Lebenskompetenzen ab. „Diese neue Prävention stärkt die Abwehrkräfte und Kompetenz der Kommunikation, z.B. in Gefährdungssituationen nein sagen zu können. Gefördert werden soll die Kompetenz zur eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensweise, zur Bewältigung des Lebens einschließlich der Probleme und Krisen, z.B. auch der typischen entwicklungsbedingten Krisen in Pubertät und Jugendalter. Die Sucht- und Drogenprävention entwickelt ein Mißbrauchsbewußtsein und erzieht zur Mündigkeit und Konfliktfähigkeit. Die Vermittlung von Selbstwertgefühl und Stabilisierung

der Persönlichkeit sind entscheidende Kriterien der ganzheitlichen Prävention...“ Als übergreifende Maßnahmen sind u.a. Lehrerfortbildung, Multiplikatoren-Schulungen, Ausbildung von speziellen Beratungslehrern, Videofilme und die Herausgabe eines Handbuchs für Lehrer, Eltern und Erzieher geplant.

Auch die anderen Bundesländer erarbeiten jedes für sich Konzepte zu primärprophylaktischen Maßnahmen für die Schule. Langzeitige, quantitative Evaluationen der Wirksamkeit der verwendeten Strategien auf den Suchtmittelkonsum werden leider bis heute nicht durchgeführt.

7.2.2 Affektive Erziehung

Diese Präventionskonzepte, die in den 70-er Jahren entwickelt wurden, konzentrieren sich auf das Individuum und nicht auf die Drogen. Ihnen liegt die Annahme zugrunde, daß der Drogenkonsum determiniert wird durch individuelle Faktoren wie geringes Selbstwertgefühl, mangelnde Entscheidungsfähigkeit oder negative bzw. fehlende Werte hinsichtlich des Lebensinhalts und der eigenen Person. Es wird angenommen, daß der Drogenkonsum automatisch abnehmen oder aufhören wird, wenn sich diese Aspekte in positive und konstruktive umwandeln. Daher werden in diesen Ansätzen insgesamt folgende Ziele verfolgt (Rokeach, 1983; Schaps et al., 1981; Tobler, 1986):

- Verbesserung des Selbstwertgefühls. Zum Beispiel durch Problemlösen oder Ziele-Setzen wird eine Verminderung der Motivation zum Konsum erreicht.
- Klärung der persönlichen Werte (values clarification). Eine Person, die einen Satz an positiven Werten besitzt, braucht keine Drogen. Die Betroffenen sollen daher ihre Wertestruktur überprüfen und sie korrigieren, bzw. neue Werte aufbauen.
- Erkennung und adäquater Ausdruck der eigenen Gefühle. Die meisten Drogenkonsumenten haben Schwierigkeiten, ihre Gefühle zu identifizieren und mit ihnen umzugehen.
- Entscheidungen treffen. Es wird gezeigt, wie man verantwortungsvolle Entscheidungen treffen kann.
- Ziele setzen und realisieren. Hier üben die Betroffenen, sich kurz- und längerfristige positive Ziele zu setzen.
- Streßmanagement und Entspannung. Es werden Entspannungstechniken unterrichtet, zum Beispiel progressive Muskelentspannung oder tiefes Atmen.

Zu dieser Gruppe von Präventionsprogrammen gehört das in amerikanischen Schulen sehr verbreitete Schulcurriculum HLAYT („Here’s Looking at You, Two“). Eine Gesamtauswertung (Metaanalyse) mehrerer Evaluationen dieses Programms aus verschiedenen Bundesstaaten Amerikas ergab in allen Altersstufen einen signifikanten Anstieg des Wissensniveaus. Es wurden jedoch keine signifikanten Veränderungen in persönlichen Variablen, wie Selbstwert, Bewältigungsfertigkeiten und Entschlußfähigkeit festgestellt, die oft dem Drogenmißbrauch vorangehen (Green & Kelley, 1989). Die bisherige Evaluation zeigt auch, daß die affektiven Konzepte meistens keine Wirkung auf den Drogenkonsum haben oder sogar den Bumerang-Effekt hervorrufen. In der 143-Programm-Metaanalyse von Tobler (1986) erwiesen sie sich als wirkungslos. Die affektiven Programme scheinen aber schon von ihrem eher drogenunspezifischen Konzept her ungeeignet, Erwartungen bezüglich einer schnell auf ein Curriculum folgenden Konsumreduktion zu erfüllen. Folgende Aspekte sind in diesem Zusammenhang von Bedeutung:

- vermehrtes Experimentieren kann auch Ausdruck größerer Selbstständigkeit sein (Shedler & Block, 1990)
- der Ansatz ist richtig, die Verhaltensweisen werden jedoch nicht trainiert; die größten Effekte auf den Konsum weisen aber Programme auf, in denen bestimmte Verhaltensweisen explizit trainiert werden (Tobler, 1986)
- psychologische Programmaspekte brauchen wahrscheinlich viel mehr Zeit und eine bessere Vorbereitung der Lehrer
- bekannt aus psychotherapeutischer Praxis: Selbstwertgefühl ist extrem schwer zu verändern.

Allerdings sind viele Aspekte der affektiven Konzepte (z.B. Selbstwert, Entscheidungsfähigkeit) Teil der neueren, komplexen Präventionsprogramme, die die persönliche Kompetenz fördern (z.B. Life Skills Training von Botvin – dort heißen sie jedoch ‚kognitiv‘, auch in den Programmen DARE, SMART; vgl. 7.2.5)

7.2.3 Alternative Erlebnisformen

Diese Programme gehen davon aus, daß Drogen Gefühle der Entspannung, Entlastung sowie Aufregung liefern, die die Betroffenen auf einem anderen Wege nicht bekommen können (Dohner, 1972). „In order to prevent or reduce drug abuse, individuals must be provided with ‚positive alternatives‘ to drug abuse – ways of gaining the desired rewards and pleasures through healthy, nonchemical activities.“ (Cook et al., 1984). Als Alternativen zum Drogenkonsum schlägt

Dohner u.a. folgende Aktivitäten vor: zwischenmenschliche Beziehungen, Entwicklung von Selbstvertrauen, berufliche Fertigkeiten, ästhetische Erfahrungen, intellektuelle Erfahrungen, sozialpolitisches Engagement, sexueller Ausdruck, Meditation, spiritual-mystische Erfahrungen, Kreativität. Im Grunde könnte also jede Aktivität als eine Alternative zum Drogenkonsum aufgefaßt werden.

Swisher & Hu (1983) unterscheiden vier Modelle der präventiven Programme, die auf dem Alternativen-Konzept basieren:

1. Spezifische Aktivitäten, die den Jugendlichen ermöglicht werden (z.B. eine Klettertour)
2. Verknüpfung bestimmter Bedürfnisse mit spezifischen Tätigkeiten (Alternativen) auf der individuellen Ebene (Dohner, 1972)
3. Intensivierung der Teilnahme an vorhandenen Aktivitäten (z.B. den Betroffenen aufzeigen, wie sie ihre aktuellen Interessen entwickeln, erweitern und mit anderen teilen können)
4. Unterstützung der Jugend-Gruppen im Prozeß der Ein- bzw. Durchführung selbstgewählter Aktivitäten (z.B. Channel One – siehe Kap. 7.4.2).

Zu dem Bereich 3. gehört das in einigen Schulen in Wisconsin, USA durchgeführte Alternativen-Schulcurriculum PAY (Positive Alternatives for Youth), von dem Cook und Mitarbeiter 1984 berichten. Das einsemestrige Curriculum begann mit einer Orientierungsphase, um die Entstehung von Gruppenkohäsion zu fördern. Danach folgten Themen wie Kommunikation über Gefühle und Selbstsicherheit, Bewußt-Werden über sich selbst und das eigene Selbstkonzept, Trennung der Wahrnehmung von sich selbst und von anderen Menschen, Erkennen und Bewältigen von depressiven und Streßzuständen, körperliche, kreativ-expressive und bewußtseinsverändernde Aktivitäten. Das Thema Drogen stellte keinen Schwerpunkt dar, wurde aber auch nicht ausgeklammert, sondern war in einigen Programmteilen enthalten. Die verwendeten Techniken bestanden in Diskussionen, Üben von aktivem Zuhören, sowie zeichnerischer Darstellung der eigenen Werte und Eigenschaften. Obwohl die Autoren behaupten, den Alternativen-Ansatz dem Konzept ihres Curriculums zugrundegelegt zu haben, erinnert das Programm sehr stark an die affektive Erziehung.

Nach dem Programm durchgeführte Messungen ergaben in der Experimentalgruppe eine höhere Konsumreduktion allerdings nur von hartem Alkohol als in der Kontrollgruppe. Es wurden keine Veränderungen in Einstellungen zum Suchtmittelkonsum festgestellt. Nachträglich wurde die Stichprobe der Schüler in zwei Gruppen aufgeteilt: solche, die an dem Curriculum engagiert und solche, die

nicht engagiert teilnahmen. Zwischen diesen beiden Gruppen bestanden mehrere signifikante Unterschiede, u.a. in Einstellung zum Alkoholkonsum und im verantwortlichen Umgang mit Alkohol. In einer Metaanalyse von über hundert Präventionsprogrammen für Jugendliche fand Tobler (1986) heraus, daß die Alternativen-Programme positive Ergebnisse zeigen, wenn sie bei speziellen Gruppen (mit erhöhtem Risiko) und mit einer hohen Intensität durchgeführt werden.

7.2.4 Standfestigkeit bei sozialer Beeinflussung (social influence resistance)

In diesem Ansatz, der seinen Ursprung in der Sozialpsychologie des Drogenkonsums und -mißbrauchs hat, konzentriert man sich auf interpersonale Beziehungen zu Gleichaltrigen, die in der Adoleszenz den größten Einfluß auf das Verhalten eines Jugendlichen ausüben. Es geht hier besonders um das Bewußtmachen des sozialen Drucks, seitens der Gleichaltrigen, der Erwachsenen oder der Massenmedien, der eines der Motive zum Drogenkonsum darstellt. Das Ziel dieses drogenbezogenen Ansatzes besteht darin, daß Jugendliche die sozialen Fertigkeiten lernen, die ihnen das Nein-Sagen zum Drogenkonsum und im allgemeinen den adäquaten Umgang mit Situationen, in welche Drogen involviert sind, ermöglichen. In den USA werden diese Methoden auch als „Saying No“-Programme bezeichnet.

Als eine wirkungsvolle Methode, das Nein-Sagen zu lernen, hat sich das behaviorale Training im Sinne der Förderung sozialer Kompetenzen herausgestellt, mit Techniken wie Rollenspiel, Modelllernen und positiver Verstärkung. Die Jugendlichen lernen, Situationen, in denen sozialer Einfluß oder Druck stattfindet, zu erkennen, sich dem Gruppendruck nicht zu beugen und dem Medieneinfluß zu widerstehen, indem sie Standfestigkeit und selbstsichere Verhaltensweisen im Rollenspiel gezielt trainieren. Sie werden auch über die Prävalenz von Konsum der einzelnen Suchtmittel informiert, den sie meistens höher wahrnehmen, als er wirklich ist. Das Vorgehen wurde hauptsächlich auf der Grundlage der „sozial inoculation theory“ von McGuire entwickelt. Dabei wird angenommen, daß ein Schüler, der im Training bestimmte Verhaltensweisen gelernt hat, sie später auch im realen Leben anwendet; das Training soll wie eine „Impfung“ wirken.

Diese situations- und fertigkeitenorientierten Präventionsstrategien wurden vor allem in Rauchen-Präventionsprogrammen verwendet. Zum ersten Mal wurde diese Methode zur Rauchen-Prävention an der University of Houston von Evans und seinen Mitarbeitern verwendet (Evans et al., 1978, 1981). Den Schülern wurden in Filmen Situationen gezeigt, in denen soziale Beeinflussung oder Druck zum Zigarettenrauchen vorkam, sowie Verhaltensweisen, wie man solche Ange-

bote zurückweisen könnte. Dieses Programm zeigte bescheidene, positive Effekte auf das Rauchverhalten.

Viele Forscher fanden das Modell attraktiv und starteten eigene Studien, um es weiter zu evaluieren. Im Projekt **CLASP** (Consueing Leadership Against Smoking Pressures; Perry et al., 1980, Telch et al., 1982) wurde mit Schülern der siebten Klasse ein Programm von sieben Unterrichtseinheiten durchgeführt, in dem das Vorgehen von Evans um ‚social commitment not to smoke‘ und um im Rollenspiel verwendete behavioristische Techniken erweitert wurde. Es zeigte sich eine signifikante Reduzierung des Rauchens bei den Programmteilnehmern. Auch in einer 2-Jahre-Katamnese gab es um zwei Drittel weniger Raucher unter den Experimental-Schülern als in der Kontrollgruppe. Leider wies diese Studie methodische Mängel sowie einen geringen Stichprobenumfang auf.

Luepker et al. (1983; **1. Minnesota Study**) berichten von einer 2-Jahres-Katamnese eines kurzfristigen Schulcurriculums (4-5 Unterrichtseinheiten) für die siebte Klasse, das aus Filmmaterial (wie in Evans‘ Studie), Diskussionen und Training von Standfestigkeitsfertigkeiten bestand. In einer Schule wurde das Programm von Studenten (Erwachsenen), in einer anderen von gleichaltrigen „peer opinion leaders“, die von den Schülern aus ihren eigenen Reihen gewählt wurden, durchgeführt. Direkt nach der Durchführung zeigten beide Programm-Varianten eine signifikante Rauchen-Reduktion im Vergleich zu der Kontrollgruppe aus einer dritten Schule. Am Ende der neunten Klasse wurde allerdings in der Schule, in der das Programm durch die „peer leaders“ durchgeführt wurde, signifikant weniger geraucht als an den beiden anderen Schulen.

Im darauffolgenden, **zweiten Minnesota Smoking Prevention Programm**, das viele methodische Mängel der vorherigen Studie überwunden hat (Arkin et al., 1981), verglich man zwei aus jeweils fünf Unterrichtseinheiten bestehende Schulcurricula. Das „Short-Term Influences Curriculum“ konzentrierte sich auf die unmittelbaren, sowohl körperlichen, wie auch sozialen Konsequenzen des Rauchens. Die Schüler sollten u.a. die Anzahl von Rauchern in ihrer Altersklasse einschätzen und wurden in der nachfolgenden Stunde mit den realen Zahlen konfrontiert, so daß den meisten ihre Überschätzung klar wurde. Ein Bestandteil des Curriculums war eine öffentliche Versprechung, Nichtraucher zu sein. Ein Teil der Schüler wurde von den selbstgewählten „peer leaders“ unterrichtet, die das Programm selbständig durchführten, ein anderer von erwachsenen Gesundheits Erziehern. Das „Long-Term Influences Curriculum“ beschäftigte sich mit den negativen Langzeitfolgen vom Zigarettenrauchen wie Lungenkrebs, kardiovaskulären Krankheiten oder Schädigung von ungeborenen Kindern.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, daß beide Curricula und im Falle des Short-Term-Curriculums beide Trainergruppen eine reduzierende Wirkung auf die

Onsets besitzen. Es zeigten sich aber keine Unterschiede zwischen den beiden verwendeten Präventionsprogrammen. Ein ähnlicher Vergleich zwischen einem Programm, dessen Schwerpunkt auf den unmittelbaren Konsequenzen lag und einem, das die gesundheitlichen Langzeitfolgen behandelte, wurde von Forschern von der Stanford University mit Schülern der zehnten Klasse durchgeführt. Nach der Durchführung rauchten signifikant weniger Schüler, die das erste Programm absolviert hatten, als in der Kontrollgruppe (Perry et al., 1980).

1989 veröffentlichten Murray und Mitarbeiter die Ergebnisse der 5- und 6-Jahres-Katamnesen der beiden Minnesota-Studien (s. oben). Hinsichtlich der Inzidenz, der Intensität des Rauchens bei den Baseline-Rauchern und der Prävalenz zeigten sich keine Unterschiede mehr zwischen den fünf unterschiedlichen Bedingungen: 1) Kontrollgruppe mit einem traditionellen Curriculum, 2) das soziale Curriculum geleitet von „peer leaders“, 3) das soziale Curriculum geleitet von „peer leaders“ mit Filmmaterial, 4) Sozialcurriculum geleitet von Erwachsenen mit Filmmaterial, 5) Langzeitwirkungs-Curriculum geleitet von Erwachsenen mit Verwendung des Filmmaterials.

Das Schulcurriculum der **Minnesota-Untersuchung** (Arkin et al., 1981) wurde in einer leicht modifizierten Version in **Australien** in der siebten Klasse getestet (Fisher et al., 1983). Das Programm zeigte signifikante Reduzierung der Onsets, allerdings nur, wenn es durch die Schullehrer durchgeführt wurde. Geringe Effekte bis zum Bumerang-Effekt zeigten sich im Falle der „peer leaders“ als Trainer. In keiner der amerikanischen Untersuchungen schnitten die jugendlichen Leiter so schlecht ab. Diese Ergebnisse scheinen darauf hinzuweisen, daß einige Programmfaktoren in verschiedenen Ländern durchaus unterschiedliche Wirkungen zeigen können.

Die kanadische **Waterloo-Studie** untersuchte die Wirkungen eines 8-Stunden-Curriculums in der sechsten Klasse, mit 1-2 Zusatz-Unterrichtseinheiten in der siebten und achten Klasse. Wie die anderen Programme enthielt auch dieses ausgewählte Informationen, Training der Standfestigkeit in sozialen Situationen und Übungen, Entscheidungen zu treffen. Die nachfolgende Evaluation sowie 1- und 2-Jahres-Katamnesen zeigten mehrere signifikante Effekte, insbesondere bei den Schülern, die aufgrund von rauchenden Eltern, Geschwistern und Freunden als eine Risikogruppe eingestuft wurden. Bei der 2-Jahres-Katamnese waren 67% dieser Schüler vs. 22% in der Kontrollgruppe Nichtraucher, entsprechend 6% vs. 39% waren Experimentierer. Insgesamt gab es signifikant weniger Raucher und Experimentierer unter den Schülern, die das Programm absolvierten, als bei der Kontrollgruppe. Die Effekte waren gleich nach dem Programm am größten mit der Tendenz, im Laufe der Zeit trotz der Auffrischungs-Einheiten kleiner zu werden.

Nach Durchführung einer 6-Jahres-Katamnese (Flay et al., 1989) zeigte sich, daß die Effekte des Präventionsprogramms von Jahr zu Jahr kleiner wurden, bis sie 6 Jahre später ganz verschwunden waren. Diejenigen, die das Curriculum absolviert hatten und die Kontrollgruppe unterschieden sich nicht mehr voneinander über alle Kategorien des Zigarettenrauchens. Von den Variablen, die am Anfang des Programms (in der sechsten Klasse) erhoben wurden, waren (1.) das Rauchen zum damaligen Zeitpunkt sowie (2.) die Existenz von Rauchern in der nächsten sozialen Umwelt des Betreffenden (Eltern, Geschwister, Freunde) prädiktive Faktoren für das Rauchverhalten sechs Jahre später. Ein anderes wichtiges Ergebnis dieser Langzeituntersuchung besteht darin, daß es zu dem letzten Meßzeitpunkt einen viel größeren Raucheranteil unter denjenigen Projektteilnehmern gab, die von der Schule abgegangen waren (68%), als bei denen, die noch die Schule besuchten (28%).

Wenn andere Langzeituntersuchungen die Ergebnisse der Minnesota- und Waterloo-Studie bestätigen, würde dies bedeuten, daß dieser Typ von Programmen lediglich einen Aufschub des Konsums bewirken kann, dies jedoch bis zu 4-5 Jahren (Murray et al., 1988). Das bedeutet für die Betroffenen eine Verkürzung der Periode ihres Lebens, in der sie Raucher sind, was an sich auch ein wichtiges Resultat darstellt. Es gibt einige Hinweise, daß diejenigen, die mit dem Rauchen später anfangen, früher und mit weniger Schwierigkeiten damit aufhören können (DuPont, 1989). Notwendig wäre hier das Fortführen der Studie, um festzustellen, wie sich das Rauch-Verhalten der Probanden im Laufe der nachfolgenden Jahre entwickelt. Außerdem wurden die zum jetzigen Zeitpunkt evaluierten Langzeitprogramme vor über 10 Jahren konzipiert. Seitdem wurden die schulischen Präventionsprogramme ständig weiterentwickelt und verfeinert, so daß es möglich ist, daß die heutigen Interventionen eine bessere und nachhaltigere Wirksamkeit haben. Dabei ist auch zu bedenken, daß viele der untersuchten Programme nur wenige Schulstunden (häufig weniger als 10) umfassen, was für langfristige Effekte mit hoher Sicherheit nicht intensiv genug ist.

Aufgrund von positiven Evaluationsergebnissen oben dargestellter fundierter Programme in der Rauchen-Prävention wurde in den USA eine nationale „Just Say No“-Kampagne eröffnet. NIDA (National Institute on Drug Abuse) und NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) arbeiteten ein „Just Say No“-Programm aus. Es wurden Medienaktionen und auch kurze Schulprogramme gegen Drogen unter diesem Motto durchgeführt. So gut wie keine dieser „Just Say No“-Aktionen wurde evaluiert, so daß ihre Wirksamkeit im dunklen bleibt. Eine Ausnahme bildet hier ein Schulcurriculum „WHOA! A Great Way To Say No.“ (Kim et al, 1989), das aus drei Unterrichtseinheiten besteht. Den Schülern werden aufeinanderfolgende Schritte aufgezeigt, welche sie anwenden

sollten, um auf eine adäquate Art zum Drogenkonsum oder anderen potentiellen Problemen nein zu sagen. Eine Evaluation dieser Kurzprogramme ergab einen Bumerang-Effekt hinsichtlich Einstellungen der Schüler zum Nein-Sagen, sonst aber keine Wirkungen.

Flay (1985) bespricht in einem Übersichtsartikel insgesamt 17 Studien zur Rauchen-Prävention, die auf dem Peer-Standfestigkeits-Modell basieren. Er stellt fest: „the social influences approach to smoking prevention is an efficacious approach“. Allerdings kann so gut wie keine der bestehenden Studien alleine einen Wirksamkeitsnachweis aufbringen, da jede mehr oder weniger unter methodologischen Mängeln leidet, wie z.B. erheblicher Probandenausfall, bereits vor der Durchführung des Programms vorhandene Unterschiede zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe (häufig in Richtung der erwarteten Ergebnisse), knappe Signifikanz u.a. Erst in ihrer Gesamtheit betrachtet, stellen sie ernstzunehmende Forschungsergebnisse dar. Diese werfen allerdings viele neue Fragen auf: wie wirken die Programme genau, welche ihrer Aspekte sind notwendig und welche nicht, wie ist die Wirkung auf verschiedene Schülertypen? Diesen Fragen muß in weiteren Studien nachgegangen werden.

7.2.5 Allgemeine Bewältigungsfertigkeiten (life skills)

Dies ist eine drogenunspezifische Strategie, die konzeptuell Ähnlichkeit mit der affektiven Erziehung aufweist (vgl. 7.2.2), jedoch verstärkt lerntheoretische Methoden und praktische Übungen (z.B. Rollenspiele) einsetzt. Die Teilnehmer lernen, wie sie mit schwierigen Situationen und Belastungen adäquat umgehen können, sowohl im sozialen, wie auch im persönlichen Bereich. Es handelt sich um Probleme wie geringes Selbstwertgefühl, Ängstlichkeit, Überzeugung von externer Kontrolle, Impulsivität, Unsicherheit, geringe soziale Kompetenz, für die belegt wurde, daß sie einem verstärkten Drogenkonsum vorangehen. Zu den verwendeten Methoden gehören hier Diskussion, Verhaltenstraining und praktische Aufgaben.

Das Widerstehen gegen den zum Drogenkonsum veranlassenden Gruppendruck sowie gegen die Werbung (resistance skills) und Fertigkeiten zur Bewältigung inter- und intrapsychischer Belastungen werden in den neueren schulischen Präventionsprogrammen miteinander kombiniert, welche als „new generation“ der Präventionsprogramme bezeichnet werden. Diese Programme unterscheiden sich untereinander jeweils im Anteil der zwei Hauptinhalte – man könnte sie sich alle auf einem Kontinuum vorstellen, auf dessen einem Ende Widerstehen gegen den sozialen Druck zum Drogenkonsum und auf dem anderen allgemeine Bewältigungsfertigkeiten (general life skills) liegen (Botvin, 1988). Ihre Wirksamkeit

wurde bei der Prävention vom Zigarettenrauchen regelmäßig belegt, und daraufhin wurden sie systematisch in ihren Zielsetzungen auch auf Prävention von anderen Substanzen erweitert. Botvin & Wills (1985) beschreiben vier Programme von diesem Typ, die in den USA Anfang der 80-er Jahre entwickelt wurden.

Life Skills Training von Botvin

Das bekannteste Beispiel eines solchen Programms ist das von Botvin und seinen Mitarbeitern (Botvin et al., 1983) entwickelte Life Skills Training. Da dieses Schulprogramm in mehreren systematisch erweiterten Studien deutliche positive Ergebnisse zeigte, kontrolliertes Untersuchungsdesign aufweist und mehrere Nachahmer sowie Weiterentwickler gefunden hat, wird es hier detailliert dargestellt (Botvin & Tortu, 1988).

Das Programm ist als eine Lehrveranstaltung für die siebte Klasse konzipiert. Es besteht aus 18-20 Lehreinheiten, die fünf Hauptbereiche umfassen:

- Informationen und Fakten bezüglich Zigaretten, Alkohol und Marihuana (4 Schulstunden)
Die zu vermittelnden Kenntnisse sind speziell ausgewählt, abgestimmt auf die kognitive Entwicklung der Schüler, die sich in diesem Alter hauptsächlich an der Gegenwart orientieren und noch keinen Bezug zu einer Zukunft in 30-40 Jahren haben. Besprochen werden allgemeine Einstellungen und Überzeugungen zum Konsum der drei Substanzen, ihre Prävalenz (von den Adoleszenten meistens überschätzt), die soziale Akzeptanz ihres Gebrauchs, der Prozeß des Abhängig-Werdens sowie unmittelbare Konsequenzen des Drogengebrauchs.
- Entscheidungen treffen (4 Stunden)
Die Schüler lernen Strategien, die für selbständiges Treffen wichtiger Entscheidungen notwendig sind. Diese Fertigkeiten werden insbesondere für den Umgang mit dem Einfluß der Werbung auf Konsumverhalten angewandt. Hierzu werden Beispiele von Zigaretten- und Alkoholwerbung analysiert.
- Selbständige Verhaltensmodifizierung (2 Stunden)
Die Schüler befassen sich mit dem Thema Selbstbild und Selbstverbesserung. Sie sollen sich ein Ziel zur Verbesserung eines Aspekts ihres Lebens setzen, und es als ein 8-Wochen-Programm mit wöchentlichen Schritten planen und durchführen.

– Angstbewältigung (2 Stunden)

Die Teilnehmer lernen, Angstgefühle zu erkennen und wahrzunehmen und werden in einige Techniken, wie Entspannung, tiefes Atmen und mentales Training zum Umgang mit und zur Kontrolle der Angst eingewiesen.

– Training der sozialen Fertigkeiten (6 Stunden)

Mit jeweiliger Schwerpunktsetzung auf kommunikative, Kontakt-, Umgang-mit-dem-anderem-Geschlecht- und Selbstsicherheitsfertigkeiten sowie mit besonderer Berücksichtigung der Situationen des Gruppendrucks auf den Drogenkonsum üben die Schüler im Rollenspiel adäquate Verhaltensweisen.

Damit die erzielten Wirkungen des Programms verstärkt bzw. aufrechterhalten werden, wurden spezielle Zusatzcurricula (booster sessions) für die Schüler der 8. und 9. Klasse entwickelt, in denen die wesentlichen Inhalte wiederholt und weitertrainiert werden. Das Programm für die achte Klasse umfaßt 10 Lerneinheiten: Ursachen und Effekte des Rauchens, Entscheidungen treffen und unabhängiges Denken, Widerstehen gegen Werbung, Angstbewältigung, kommunikative Fertigkeiten, soziale Fertigkeiten, Selbstsicherheit, Widerstehen gegen sozialen Druck zum Drogenkonsum und Problemlösungsstrategien.

Das Programm wurde in mehreren Studien mit stufenweise erweiterten Fragestellungen sowie immer größeren Stichproben während der letzten Dekade getestet und evaluiert. Getestet und verglichen wurden bzw. werden u.a. folgende Aspekte: Prävention des Konsums von Zigaretten, Alkohol, bzw. gateway drugs; Lehrer vs. ältere ‚peer leaders‘; trainiert durch Lehrer mit einer, bzw. mehreren Klassen pro Woche; ohne vs. mit Zusatz-Programm, weiße vs. Minderheiten-Populationen (schwarz, hispanic) Lehrer-Training-Workshop vs. Fern-Lehrer-Schulung (Lese- und Video-Unterlagen).

In der ersten Evaluationsstudie des Life Skills Trainings – (Botvin & Eng, 1980), das ursprünglich mit der Zielsetzung der Zigarettenrauchen-Prävention konzipiert wurde, hat man das Programm bei 8-10-Klässlern durchgeführt (Botvin et al., 1980, Botvin & Tortu, 1988). Botvin fand bei den Schülern, die das Curriculum absolviert hatten, 75% weniger Onsets als in der Kontrollgruppe. In einer 3 Monate später durchgeführten Katamnese-Untersuchung fanden sich 67% weniger neue Raucher. In einer nachfolgenden Studie wurde die Wirksamkeit des Programms auf das Rauchverhalten untersucht, wenn als Trainer ältere „peer leaders“ (11. und 12. Klasse) fungierten. Außer Selbstberichts-Bögen wurde das Thiocyanat-Niveau im Speichel gemessen, um die Selbstangaben der Schüler über ihren Konsum zu überprüfen. Auch in dieser Studie fand man bei den Teilnehmern wesentlich weniger neue Raucher, als bei Schülern ohne Treatment (um 58%). Nach einer 1-Jahres-Katamnese gab es 56% weniger reguläre Raucher bei den Trainings-Partizipanten.

In einer anderen Studie wurde die Effizienz des Life Skills Training Programms bei Schülern der siebten Klasse getestet, wobei ein Teil der Teilnehmer das Zusatzprogramm (booster sessions) in der achten Klasse erhielt (Botvin et al., 1983). Diese Untersuchung bestätigte die Ergebnisse der früheren Studien. Es gab 50% weniger neue Raucher in der Teilnehmer-Gruppe bei der an das Programm anschließenden Messung und 55% weniger bei einer 1-Jahres-Katamnese. Allerdings gab es 87% weniger reguläre Raucher bei Schülern, die das Zusatzcurriculum absolviert hatten, als in der Kontrollgruppe.

Social Assertiveness Skills Training (Penz, 1983)

Das von Penz entwickelte Schulpräventionsprogramm basiert auf der Annahme, daß Suchtmittelkonsum in der Adoleszenz hauptsächlich aus dem sozialen Einfluß auf den Betreffenden (Peer-Gruppe, Eltern) und aus seiner mangelnden sozialen Kompetenz im Umgang mit Situationen resultiert, in denen sozialer Druck stattfindet. Die Jugendlichen, die eine geringe soziale Kompetenz aufweisen, zeichnen sich besonders häufig durch Delinquenz, Aggressivität, soziale Zurückgezogenheit, niedrige Schulleistungen und Suchtmittelkonsum aus. Würden sie in der frühen Adoleszenz mehr soziale Kompetenz und Selbstbewußtsein entwickeln, könnten sowohl der Drogenkonsum wie auch andere problematische Verhaltensweisen reduziert werden, so die Hypothese. Soziale Kompetenz wird definiert als bestimmte Fertigkeiten: nein zu sagen, Wünsche und Kritik zu äußern, Kontakte aufzunehmen, aufrechtzuerhalten und zu beenden. Als Selbstwirksamkeit wird die Überzeugung bezeichnet, daß man bestimmte Aufgaben und Ziele erfolgreich ausführen kann.

Das Schulcurriculum lehnt sich an der kognitiven Therapie und dem verhaltenstherapeutischen Training der sozialen Kompetenz an. Es besteht aus sieben einstündigen Einheiten, die durch einen Lehrer und einen Assistenten durchgeführt werden. Es werden soziale Situationen aus dem Alltag von dem Trainer vorgespielt und von den Schülern im Rollenspiel geübt, darunter solche, die sich auf Drogen beziehen.

Nach den positiven Ergebnissen des Life Skills Programms bei der Rauchenprävention untersuchte Botvin mit seinen Mitarbeitern (Botvin & Tortu, 1988) die Wirksamkeit des (modifizierten) Programms bezüglich des Alkoholkonsums. Keine Effekte hinsichtlich des Trinkverhaltens zeigten sich in der ersten, an das Programm anschließenden Messung. Allerdings gab es nach 9 Monaten 54% weniger Schüler, die im vorherigen Monat getrunken haben, 73% weniger Jugendliche, die schwer tranken und 79% weniger Schüler, die einmal oder häufiger im Monat betrunken waren als in der Kontrollgruppe.

Als nächstes wurde das Programm für die drei „gateway drugs“ ausgeweitet und bei einer recht großen Stichprobe (1.311) getestet. Untersucht wurden auch andere Bedingungs-Variationen: 1. Lehrer vs. ältere „peer leaders“ als Trainer, 2. Zusatzcurricula (booster sessions) sowohl in der achten, als auch in der neunten Klasse vs. kein Zusatzprogramm (Botvin et al., 1984; 1990). In den Post-Messungen wurde das Konsumverhalten, die Kenntnisse über Drogen und ihre Wirkung, die Einstellungen zu Drogen und Persönlichkeitsmerkmale wie Selbstsicherheit, soziale Angst, Beeinflußbarkeit u.a. untersucht.

Die gleich nach dem Training durchgeführte Evaluation zeigte positive Effekte nur bei den Schülern, die durch ältere „peer leaders“ unterrichtet wurden, dagegen keine oder sogar negative Ergebnisse bei Teilnehmern mit Lehrern als Trainern. Bei den Programmteilnehmern gab es 40% weniger Experimentalraucher und 71% weniger Schüler, die von Marihuana-Gebrauch berichteten, als in der Kontrollgruppe. Nach einem Jahr wurde bei den Schülern, bei denen das Programm von älteren Jugendlichen durchgeführt wurde, signifikant weniger Zigaretten- und Marihuana-Konsum festgestellt, im Vergleich zur Kontrolle und zu den von Lehrern unterrichteten Schülern. Die 2-Jahres-Katamnese ergab größte Effekte bei der Rauchen-Prävention.

Cognitive-Behavioral Skills Training

Dieses Konzept wurde von Schinke und seinen Mitarbeitern (Schinke & Gilchrist, 1984) an der University of Washington ausgearbeitet. Auf der Basis des Modells der sozialen Beeinflussung durch die Peer-Gruppe wird angenommen, daß die Jugendlichen mit dem Konsum deshalb anfangen, weil ihnen die momentanen Vorteile dieses Verhaltens wichtiger sind, als die eventuellen späteren Probleme und Krankheiten. Aus diesem Grund sollten die Schüler vor allem Problemlösungsfertigkeiten sowie Entscheidungen treffen lernen. Das hilft ihnen, ihr Wissen besser zu nutzen und Entscheidungen zu treffen und durchzustehen, die ihnen ein gesundes und befriedigendes Leben ermöglichen. Notwendig sind dazu auch kommunikative Fertigkeiten, die einen Teil dieses Curriculums darstellen.

Das Programm besteht aus folgenden Schritten: Vermittlung von ausgewählten Informationen, Problemlösungstraining (Problemdefinition, Brainstorming, Entscheidung für eine Alternative und Überprüfung), Selbstinstruktionstraining, Strebbewältigungs- und Entspannungstraining und Selbstsicherheitstraining. Als Techniken werden Rollenspiele und Hausaufgaben angewandt. In diesem Ansatz geht es darum, den Schülern einen Satz von Fertigkeiten zu vermitteln, den sie in unterschiedlichsten, nicht nur Drogen betreffenden Situationen anwenden können.

Decision Skills Curriculum

Dieses Präventionsprogramm basiert auf dem psychosozialen Modell des Suchtmittelkonsums von Wills & Shiffman (1985), das sich mit den Zusammenhängen zwischen Konsum, Streß, und Bewältigung beschäftigt. Es besteht aus acht Unterrichtseinheiten, die von Gesundheitserziehern durchgeführt werden. Die Schüler beginnen mit Übungen zu „values clarification“. Anschließend werden sie unterwiesen, wie man Entscheidungen auf eine systematische Art trifft. Ebenso wird als Thema die soziale Beeinflussung zum Konsum seitens Gleichaltriger und der Werbung behandelt: die Jugendlichen lernen kognitive Gegenargumente und im Rollenspiel praktische Verhaltensweisen mit denen sie Angeboten zum Suchtmittelkonsum begegnen können. Ein wichtiger Unterrichtsbereich ist das Streß-Management, welches die Bewältigung von kurz- und langandauernden Belastungen umfaßt. Zum Abschluß werden gezielte Informationen zum Suchtmittelkonsum gegeben und mit den Schülern diskutiert.

Im folgenden wird ein europäisches Programm dargestellt, das auf einer ähnlichen Grundlage wie die life-skills-Programme arbeitet.

Das Konzept Klassenarbeit der Suchtpräventionsstelle Zürich (1986)

Im Gegensatz zu den USA, wo sich in den letzten Jahren viele Wissenschaftler mit der Entwicklung und Evaluation neuer schulischer Programme beschäftigen, wird in Europa in diesem Bereich weit weniger unternommen. Das im folgenden dargestellte schweizerische Programm stellt eher eine Ausnahme dar. Dieses Programm geht von der Feststellung aus, daß die Sucht als ein nicht adäquater Konfliktlösungsversuch zu verstehen ist. Primäre Prävention heißt hier Entwicklung von konstruktiven Verhaltensweisen, die den Betroffenen befähigen, in einer Krisensituation Bewältigungsstrategien zu entwickeln und anzuwenden. Ein 1,5-2-Tage-Blockunterricht wird von den Mitarbeitern der Suchtpräventionsstelle durchgeführt.

Das Blockseminar fängt mit einer Diskussion über Sucht, Suchtmittel und süchtiges Verhalten an. Damit die Schüler (besonders die jüngeren) einen Bezug zu sich selbst herstellen können, werden sie aufgefordert, für einen Tag auf eine gewohnheitsmäßige Handlung, wie Fernsehen oder Naschen zu verzichten. Im weiteren Verlauf werden die häufigsten Ursachen des Suchtmittelkonsums wie Angst, Langeweile, Verführung, Gruppendruck oder Streit besprochen und im Rollenspiel durchgespielt. Diese Situationen werden dann so überarbeitet, daß sie zu einem positiven Schluß führen und wieder in Rollenspielen geübt.

Es wird großer Wert auf die Zusammenarbeit mit dem Klassenlehrer gelegt. Von dem Lehrer geht die Initiative aus, das Präventionscurriculum stattfinden zu lassen. Ein Vor- sowie ein Nachgespräch mit dem Lehrer sind Bestandteile des Programms. Der Lehrer ist während des Präventionsunterrichts anwesend, wobei er zuerst einen Beobachterstatus, später aber auch eine aktive Rolle einnehmen sollte. Es geht darum, daß der Lehrer dann im schulischen Alltag die präventiven Maßnahmen praktiziert.

Zu dem Programm gehört ebenfalls ein Elternabend, an dem auch die Schüler mitwirken. „Für die Eltern soll spürbar werden, daß sich das Thema Sucht nicht allein auf illegale Drogen beschränkt, sondern grundsätzliche erzieherische Fragen tangiert“ (Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich, 1986). Das Programm liegt in zwei Versionen vor: für die Schüler der Ober- und die der Mittelstufe. Zum Abschluß werden den Teilnehmern die örtlichen Präventions- und Beratungsstellen vorgestellt. Eine quantitative Evaluation ist nicht bekannt.

Auch in die Sucht-Präventionskonzeptionen einzelner Bundesländer in Deutschland werden bereits tendenziell die Prinzipien des Lebenskompetenztrainings mitaufgenommen. So heißt es z.B. im Konzept für die Jahre 1991 bis 1994 des Niedersächsischen Kultusministeriums (1991): „...Diese neue Prävention stärkt die Abwehrkräfte und Kompetenz der Kommunikation, z.B. in Gefährdungssituationen nein sagen zu können. Gefördert werden soll die Kompetenz zur eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebensweise, zur Bewältigung des Lebens einschließlich der Probleme und Krisen, u.B. auch der typischen entwicklungsbedingten Krisen in Pubertät und Jugendalter....Die Vermittlung von Selbstwertgefühl und die Stabilisierung der Persönlichkeit sind entscheidende Kriterien der ganzheitlichen Prävention...“.

Die Wirksamkeit der eben dargestellten Programme wurde in mehreren ausländischen Studien belegt. Nach dem aktuellen Forschungsstand läßt sich jedoch nicht feststellen, welche Programmbestandteile (z.B. drogenspezifische oder -unspezifische, sozial- oder individuumorientierte) auf welche Weise zu den Ergebnissen beitragen.

7.2.6 Vergleichende Untersuchungen

Ein Vergleich zwischen dem Standfestigkeits-Training und einem affektiven, drogenbezogenen Präventionsprogramm wurde im Projekt SMART (Self-Management und Resistance Training) unternommen (Hansen et al., 1988). Insgesamt 2863 Schüler der 7. Klasse nahmen an der Studie teil.

Das Standfestigkeitstraining wurde von der Annahme aus konzipiert, daß die meisten Ursachen des Drogenkonsums außerhalb des Individuums liegen – vor allem der soziale Druck der Gleichaltrigen und das Verhalten bestimmter Personen, die als Rollenmodelle fungieren. Das affektive Curriculum bestand aus Themen, die sich auf die internen, im Individuum liegenden Aspekte konzentrierten, und die meistens im Zusammenhang mit Drogenkonsum genannt wurden. Beide Programme konzentrierten sich auf die drei „gateway drugs“: Zigaretten, Alkohol und Marihuana. Beide wurden innerhalb eines Semesters abwechselnd von Klassenlehrern und Gesundheitsberatern durchgeführt und bestanden aus 12 Unterrichtseinheiten. Das soziale Programm umfaßte Widersetzen gegen sozialen Druck in der Gleichaltrigengruppe, Richtigstellung der Normeinschätzungen der Schüler in bezug auf den Konsum, „Impfung“ gegen Medieneinfluß, Besprechung des Eltern-, bzw. Erwachseneneneinflusses, Motivationen zum Drogenkonsum, Alternativen zum Drogenkonsum, „public commitment“: nein zu Drogen. Der Schwerpunkt lag auf Drogen, als Methode wurde häufig das Rollenspiel verwendet.

Das affektive Konzept enthielt Themen wie Selbstwert, Erhöhung des Selbstwertgefühls, Motivationen, Konsequenzen und Alternativen zum Drogenkonsum, sich ein Ziel setzen, Entscheidungen treffen, Selbstsicherheit, „public commitment“: sich in Alternativen statt in Drogenkonsum zu engagieren.

Das soziale Curriculum zeigte sich als besonders effektiv in der Prävention von Neuanfängen beim Rauchen und Trinken. Das gilt für beide Posttest-Messungen, die ein und zwei Jahre nach der Prätest-Messung erfolgten. Weniger effektiv war es in bezug auf Marihuana (nur beim ersten Posttest). Es zeigte sich aber keine Reduzierung des Gebrauchs bei den Schülern, die bereits Konsumenten waren. Das affektive Programm schien eine negative Wirkung zu haben, denn sowohl der Inzidenz- wie auch der Prävalenzvergleich ergaben einen signifikant größeren Konsum bei den Schülern, die das affektive Curriculum absolviert hatten, als bei der Kontrollgruppe. Dieser so große Bumerang-Effekt ist sehr überraschend. Den einzigen positiven Effekt des affektiven Programms gab es beim Vergleich der Konsumenten, welche ihren Gebrauch von Zigaretten und Alkohol im ersten Jahr nach dem Programm reduziert hatten. Hier gab es einen signifikant größeren Prozentsatz von den Schülern, die das affektive Programm absolvierten, als bei der Kontrollgruppe.

Es muß erwähnt werden, daß die Ausfallraten 37% beim ersten und 52% beim zweiten Posttest betragen. Es wurde zwar nicht festgestellt, daß Schüler mit einem größeren Risiko für Onset vermehrt ausgefallen sind, möglicherweise sind aber durch diese erheblichen und für die jeweiligen Gruppen verschiedenen Ausfallraten inkonsistente Ergebnisse zustande gekommen.

Metaanalyse über Präventionsprogramme gegen ‚gateway drugs‘

Tobler (1986) untersuchte in einer Metaanalyse 143 Adoleszenten-Präventionsprogramme und fand heraus:

- Die besten Resultate in der Reduzierung des Suchtmittelkonsums zeigen die Peer-Programme, die sich auf den sozialen Einfluß der Gleichaltrigen auf den Jugendlichen konzentrieren.
- Die meisten Programme zeigen bessere Effekte, wenn an ihrer Durchführung die „peer leaders“ beteiligt sind.
- Signifikante Veränderungen des Verhaltens sind möglich, ohne daß sich die zugrundeliegenden Einstellungen ändern müssen. Die Programme, deren Schwerpunkt auf dem Erwerb bestimmter Fertigkeiten liegt, zeigen die besten Effekte.
- Es zeigen sich insgesamt keine wesentlichen Unterschiede in der Wirkung der Maßnahmen auf Jungen und Mädchen.
- Multimodale Präventionsprogramme sind den eindimensionalen vorzuziehen.

Untersuchung verschiedener Erfolgsindikatoren

Sind die schulischen Programme effektiver bei der Vorbeugung von Zigarettenrauchen als von Alkoholtrinken? Unterscheidet sich ihre Wirkung auf die Nichtverwender, Experimentatoren und Konsumenten? Wird die Wirkung durch zusätzliche Unterrichtseinheiten (booster sessions) verstärkt? Ist das Programm erfolgreicher, wenn ältere, bzw. gleichaltrige Jugendliche (peer leaders) an der Durchführung als Hilfsassistenten beteiligt sind? Diesen Fragen wurde in einer umfassenden, kontrollierten Präventionsstudie nachgegangen (Ellickson & Bell 1990), die mit Schülern der 7. Klasse von 30 Schulen aus Kalifornien und Oregon durchgeführt wurde.

Das Curriculumkonzept wurde den erfolgreichen Rauchenpräventionsprogrammen entnommen und erweitert. Seine theoretische Basis liegt in der Selbstwirksamkeitstheorie der Verhaltensänderung von Bandura (1969) und dem „health belief model“ (Becker, 1974). Die Teilnahme an dem Programm soll die Schüler befähigen, Motivationen zum Nichtkonsum zu entwickeln, Druck zum Konsum wahrzunehmen, auf Pro-Drogen-Botschaften adäquat zu antworten, auf externen und internen Druck Nein-Sagen zu lernen. Außerdem sollen die Schüler die Vorteile des Nichtkonsums erkennen, sowie die Tatsache, daß die meisten Menschen keine Drogen gebrauchen.

Aufgrund ihres Konsums beim Pretest wurden die Schüler in drei Gruppen aufgeteilt (Nichtkonsumenten, Experimentatoren und Konsumenten) für welche getrennte Auswertungen vorgenommen wurden. Die Teilnahme an dem Curriculum brachte gleich danach in allen drei Gruppen eine signifikante Reduzierung des Alkoholtrinkens. Diese Effekte zeigten sich jedoch nicht mehr in den nachfolgenden Katamnese-Untersuchungen, auch nicht nach Absolvieren eines Zusatzcurriculums in der achten Klasse.

Das Zigarettenrauchen hat sich in der Gruppe der Experimentierer signifikant reduziert, verglichen mit der Kontrollgruppe. Diese Effekte zeigten sich aber erst bei der dritten Post-Messung, nach dem Zusatzcurriculum. Keine Effekte gab es überraschenderweise bei den Nichtkonsumenten. Bei den regulären Rauchern zeigte sich ein Bumerang-Effekt, also ein Anstieg des Konsums.

Einen klaren Effekt gab es in der Reduktion von Marihuana-Onsets bei den Schülern, die vor dem Programm Nichtraucher und Marihuana-Nichtkonsumenten waren (um ca. ein Drittel). Bei den restlichen Schülern zeigte sich bei allen Messungen eine Konsumreduzierung, die jedoch weniger ausgeprägt war.

Die umfangreiche Studie bringt viele wichtige Erkenntnisse. Vor allem wird belegt, daß Programme dieser Art effektiv in der Vorbeugung eines ersten Konsums und eines regulären Konsums sind, d.h. in den Gruppen Nichtkonsumenten und Experimentatoren. Bei regulären Konsumenten sind sie im besten Fall ineffektiv, im schlimmsten bewirken sie einen Konsumanstieg. Dies ist aber kein Argument gegen diese Programme, wenn jemand schon Raucher oder Trinker geworden ist, ist keine Primärprävention mehr angebracht. Bei Konsumenten sind andere, meistens viel intensivere (therapeutische) Maßnahmen notwendig, damit sie ihren Konsum einschränken oder einstellen. Ein Vergleich der regelmäßigen Konsumenten mit den Nichtkonsumenten oder Experimentatoren zeigte, daß bei erheblich mehr dieser Schüler Probleme mit Eltern, geschiedene Eltern, Schulwechsel, Stehlen oder schlechtere Noten vorkommen als bei den restlichen Kindern. In diesen Fällen müßte die Prävention viel früher einsetzen und erheblich umfassender sein als ein einsemestriges Curriculum.

Einen anderen wichtigen Punkt betrifft die lediglich kurzfristige Wirksamkeit des Programms bezüglich des Alkoholtrinkens. Die Autoren schreiben dazu: „Drinking is an integral part of American social life, whereas smoking and marijuana use are considerably less common and less accepted. Among high school seniors, two thirds report current drinking while less than 30% report smoking or using marijuana. Similarly, over 55% disapprove of trying marijuana once or twice; only 21% disapprove of trying one or two drinks... . The implication is that sustained

reductions in teenage drinking are unlikely without substantial changes in society's attitudes toward alcohol and its use.“ (Ellickson & Bell, 1990).

7.2.7 Die Trainer

Viele Evaluationsstudien untersuchen die Wirksamkeit des Trainings hinsichtlich unterschiedlicher Trainer-Varianten. Am häufigsten werden Schullehrer, ältere, bzw. gleichaltrige Jugendliche oder auch externe Gesundheitserzieher miteinander verglichen. Wenn Jugendliche (peer leaders) als Trainer eingesetzt werden, bedeutet dies nicht unbedingt, daß sie das Programm alleine durchführen; häufig sind sie nur als Hilfsassistenten beschäftigt. Leider werden in den Veröffentlichungen ihre Aufgaben selten genau beschrieben, was wahrscheinlich für die zum Teil widersprüchlich klingenden Ergebnisse unterschiedlicher Studien verantwortlich ist.

In der Studie von **Botvin** zur Prävention von „gateway drugs“-Konsum (Botvin et al., 1990) wurde das Programm entweder von Klassenlehrern alleine oder mit älteren Jugendlichen als Hilfsassistenten durchgeführt. Ein völlig unerwarteter Effekt dieser Studie war die mangelnde Wirksamkeit des Programms im Falle seiner Durchführung durch die Schullehrer. Frühere Untersuchungen zeigten jedoch gleiche Effekte bei beiden eingesetzten Trainergruppen. Eine spätere Analyse hat gezeigt, daß mehrere Gründe für dieses Scheitern verantwortlich waren: eine lediglich teilweise Durchführung des Programms und mangelndes Engagement mehrerer Lehrer, sowie die Tatsache, daß die Forscher die Trainerselektion der Schulleitung überlassen haben. Zumeist wurde von den Lehrern im Unterricht nur ein Teil des Curriculum durchgearbeitet – es waren hauptsächlich die informativen und kognitiven Inhalte – und das Fertigkeitentraining wurde nicht durchgeführt. Beachtet man, daß die Trainer auf ihre Tätigkeit nur durch einen 4-Stunden-Workshop vorbereitet wurden, kann man sich leicht vorstellen, daß viele Personen nicht die für ihre Arbeit notwendige Überzeugung über die Wirksamkeit des Trainings gewannen und selbst nicht ausreichend über die zu vermittelnden Fertigkeiten verfügten.

Nachträglich wurde aufgrund einer Beurteilung der Genauigkeit der Durchführung des Programms seitens der Pädagogen eine Teilstichprobe der Schüler gebildet, deren Trainer das Curriculum präzise durchführten. Für diese Gruppe wurden auch positive Effekte festgestellt, allerdings hauptsächlich für Mädchen. Es gab 44% weniger weibliche Raucher, 51% weniger Alkoholgebrauch während der letzten Woche und 47% weniger Experimentieren mit Marihuana, als bei den Mädchen in der Kontrollgruppe. Sowohl weibliche wie auch männliche Schüler berichteten von weniger Betrunkenzuständen als die Kontrollgruppe.

Im Projekt ALERT (Ellickson & Bell, 1990), in der Gesundheitserzieher alleine oder mit „peer leaders“ als Hilfsassistenten als Trainer dienten, haben sich beide Varianten als gleichwertig herausgestellt. Wenn Effekte da waren, dann unter beiden Bedingungen. Manchmal waren bessere Ergebnisse mit „peer leaders“, manchmal mit Gesundheitserziehern alleine zu verzeichnen, keine Variante hat sich aber als überlegen gezeigt. In diesem Projekt wurde jedoch die Durchführung des Programms systematisch beobachtet (ca. 50% der Unterrichtsstunden), so daß durch diese Kontrolle die Durchführungstreue sichergestellt wurde.

Ein hinsichtlich der Person des Trainers interessantes Konzept stellt die Verwendung von erfahrenen Polizeibeamten als Trainer dar. Dies wurde im Programm DARE (Drug Abuse Resistance Education), welches in Zusammenarbeit von Los Angeles Police Department und Los Angeles Unified School District zustande kam, realisiert (DeJong, 1987). Die Beamten wurden aufgrund ihrer Lehrer-Qualitäten vom Forscherteam ausgewählt und von Gesundheitsexperten trainiert. Sie trafen sich auch regelmäßig in kleineren Gruppen, um im Unterricht aufgetauchte Probleme zu besprechen und zu lösen. Das durchzuführende Programm war ein einsemestriges Präventionscurriculum mit Schülern der sechsten Klasse.

Eine Post-hoc-Untersuchung zeigte signifikante Unterschiede zugunsten der Schüler, die das Programm absolviert gegenüber denen, die es nicht absolviert haben, und zwar im Gebrauch von Zigaretten und Alkohol, in der Bereitschaft, ein Drogenangebot zurückzuweisen und in Anzahl differenzierter Verhaltensweisen, wie man es ablehnen kann. Durch die Wahl der Polizeibeamten als Trainer wurde nach Aussagen der Autoren eine viel größere Glaubwürdigkeit und Attraktivität des Unterrichts erreicht als dies bei regulären Klassenlehrern der Fall ist.

In einer vor kurzem veröffentlichten Studie (Perry & Grant, 1991) wurde die Effizienz des Standfestigkeitstrainings in Bezug aufs Alkoholtrinken in vier Ländern von unterschiedlichen Kulturen und Kontinenten (Australien, Chile, Norwegen und Swasiland) untersucht. Eine der wichtigsten Fragestellungen der Studie war die Untersuchung der Wirksamkeit des Trainings in Abhängigkeit von dem Durchführer: ein Teil der Schüler wurde durch die Schullehrer, ein anderer durch ‚peer leaders‘ unterrichtet. Die Kontrollgruppen erhielten kein Training. Das Programm bestand aus fünf Unterrichtsstunden. In einer Prä- und einer Post-Messung wurden der Alkoholkonsum, die Kenntnisse und Einstellungen sowie das Trinkverhalten der Freunde der Befragten gemessen. Die Auswertung ergab, daß in allen vier Ländern die ‚peers leaders‘ bessere Resultate zeigten. Die von den Jugendlichen unterrichteten Schüler wiesen weniger Alkoholkonsum als die, die von den Lehrern unterrichtet wurden, und als die Kontrollgruppe auf. Zwischen den zwei letztgenannten Gruppen bestanden kaum Unterschiede.

7.2.8 Die Ausbildung der Trainer

Aufgaben der Trainer

Die Rolle und Aufgaben des Lehrers in Programmen wie zum Beispiel Life Skills Training von Botvin (Botvin & Tortu, 1988) unterscheiden sich erheblich von den traditionellen Unterrichtsmethoden, wie Wissensvermittlung oder Diskussionsleitung. Im Präventionsunterricht sollen die Schüler komplexe, soziale und persönliche Fertigkeiten im Verhaltenstraining lernen. Die dazu notwendigen Techniken wie Modellernen, Rollenspiele, positive Verstärkung und Rückmeldung sollten den Lehrern vorher im speziellen Training vermittelt werden. Danach müßten die Lehrer auch eine Möglichkeit haben, die gelernten Techniken in kleinen Gruppen zu üben. Botvin und seine Mitarbeiter (Botvin & Tortu, 1988) führen mit den Lehrern normalerweise ein Eintages-Training durch, in dem den Lehrern zuerst das Programm und seine Begründung dargestellt wird, dann wird das Durchführungsmanual besprochen, die Lerntechniken bezüglich der einzelnen Fertigkeiten werden demonstriert und nachher geübt. Generell ist es wichtig, daß die Lehrer nach dem Workshop von dem Programm und seiner Wirksamkeit überzeugt sind.

Ohne eine adäquate Ausbildung mit vorhandenen Auffrischungsmöglichkeiten fühlen sich viele Lehrer unsicher oder überfordert. Möglicherweise sind sie von der Wirksamkeit des Programms nicht ganz überzeugt oder sie begreifen ihre Rolle vor allem als Wissensvermittler. Es kann auch sein, daß sie über die zu lehrenden Fertigkeiten selber nicht verfügen. Daher die enorme Wichtigkeit eines von Fachleuten durchgeführten Lehrer-Trainings (Eiseman et al., 1984).

Unterstützung und Supervision

Besonders während der Einführung eines schulischen Präventionsprogramms, aber auch in den späteren Phasen, soll es für die Lehrer (oder andere Trainer) eine Stelle geben, wo sie bei ihren Schwierigkeiten Unterstützung oder Supervision bekommen. Diese Aufgabe kann von dem Forschungsteam, das das Programm entwickelt hat, von einer Beratungsstelle oder einer Lehrergruppe übernommen werden.

7.3 Präventionsbereich Gemeinde

Die Interventionen in diesem Bereich kann man in zwei Gruppen aufteilen: 1. Programme, deren primäres Ziel in der Suchtprävention liegt und in denen das

Thema Suchtmittel ein Bestandteil des Programms darstellt, sowie 2. gesundheitsfördernde Programme, welche die Förderung einer gesunden Lebensweise und intakten Umwelt, und dadurch eine unspezifische Prävention nicht nur von Suchtmittelmißbrauch, sondern auch von Suiziden, Delinquenz und psychischen Störungen, zum Ziel haben. Der ersten Gruppe gehört das weiter unten dargestellte Programm STAR, der zweiten das Projekt „Prävention in Oberrheinland“ an (s. Kap. 7.4.2).

7.3.1 Jugendarbeit

„Der Bereich der Jugendarbeit bildet ein repressionsarmes Praxis- und Übungsfeld, das Anregung und Unterstützung in lebensbewältigenden Lernprozessen bieten kann und gleichzeitig die Umsetzung sozialer Lerninhalte in praktisches soziales Handeln ermöglicht. Damit sind vielfältige Chancen für die Durchführung suchtpreventiver Maßnahmen geboten, die die suchtvorbeugende Arbeit in anderen Sozialisationsfeldern ergänzen und erweitern können.“ (Hallmann, 1989). Die außerschulische Jugendarbeit ist, im Gegensatz zu der Schule, freizeitorientiert. Die Teilnahme an dem Programm steht den Jugendlichen frei. Wesentliche Aspekte der präventiven Jugendarbeit sind ihre ganzheitliche Ausrichtung, ‚Lernen durch Tun‘ und direkte Vermittlung von Erfahrung. Dadurch wird ein Bezug zu der Lebenswirklichkeit der jeweiligen Jugendlichen-Gruppe ermöglicht. Berücksichtigt werden sollten sowohl alltägliche Konflikte, wie auch jugendspezifische Probleme.

Hallmann (1989) unterscheidet zwei Bestandteile der präventiven Jugendarbeit, die sich gegenseitig ergänzen:

- regelmäßige, ‚alltägliche‘ Begegnungen (z.B. Gruppenabende)
- besondere Aktivitäten (‚Projektarbeit‘), welche außerhalb der alltäglichen Möglichkeiten liegende Erfahrungen ermöglichen (z.B. Bergwanderungen). Bei den Projektaktivitäten spielen Ansätze, die ungewöhnliche Erlebnisse, Abenteuer oder Auseinandersetzung mit der Natur als ihr wichtigstes Element betrachten, eine immer größere Rolle. Ein Beispiel dafür ist das Konzept der Erlebnispädagogik, welches in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts von Kurt Hahn (Nöcker, 1990) entwickelt wurde. In einer stark modifizierten Form gibt es auch heute die von ihm propagierten Kurzschulen als eine Suchtpreventionsmaßnahme. Als Beispiele für ein solches Modell können hier die Aktionen des Gesprächs-, Informations- und Kontaktzentrums (GINKO) in Mülheim a.d. Ruhr genannt werden:

- Gründung einer „Kiffer-Surf“-Gruppe
- Planung und Durchführung einer „Clean-Fahrt“ mit Wanderungen und Kanufahrten (Hallmann, 1989)

Im Bereich der Jugendarbeit werden primärpräventive Aktionen von verschiedenen Institutionen und Gruppen unternommen. In Deutschland gehören dazu Beratungsstellen unterschiedlicher Träger, Verbände und Vereine, Informations- und Koordinationsstätten, deren Arbeit sich auf Bereiche wie Sucht, Suchttherapie, Suchtmittelkonsum, -mißbrauch und -prävention oder Gesundheit konzentriert, Präventionszentren usf. Weissinger (1989) präsentiert eine detaillierte und systematische Darstellung der suchtpreventiven Maßnahmen der letzten 10-15 Jahre in der ganzen Bundesrepublik. Zusammenfassend meint er jedoch, daß für die meisten vorgestellten Stätten und Institutionen nicht die präventive Arbeit, sondern die therapeutischen Aktivitäten den Schwerpunkt ihrer Tätigkeit bilden.

Um die Vielfalt der möglichen Aktivitäten aufzuzeigen, werden im folgenden einige Beispiele der in Deutschland durchgeführten Präventionsmaßnahmen oder -aktionen aus dem Bereich der Jugendarbeit genannt:

- Filmvorführungen, Filmerstellung durch Jugendliche
- Theatergruppen, Theatervorstellungen
z.B. wurde im Rahmen des Projekts „Theaterspiel gegen die Suchtgefahren“ von der Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Schleswig-Holstein (ajs) eine Theater-Tournee mit dem Stück „Mensch, ich lieb' dich doch“ organisiert
- Schaffen von Räumen und Möglichkeiten für die Entwicklung der Kreativität Jugendlicher
z.B. die Aktion „Alles Banane“ des Referats für Drogenfragen des Senators für Jugend und Familie in Berlin, in der Jugendliche die Möglichkeit bekamen, unter Anleitung von Fachkräften Musikstücke zu proben, Kleidung zu entwerfen und zu schneiden, Tänze einzuüben oder Videofilme zu drehen
- Ausstellungen
z.B. „Liebe und Sucht“, welche von Jugendlichen in Berlin zusammengestellt wurde
- spezielle Aktionen
z.B. „Anti-Drogen-Woche“, Aktionswochen zur Alkoholprävention in Bayern
- Wettbewerbsaktionen
Dazu gehört z.B. die Aktion „Ideensafari“ in Stuttgart (Gemeindestudie Stuttgart, 1989), in der sich Schüler mit dem Thema Rauchen bzw. Nichtrauchen

auseinandersetzen sollten, oder „Liebe und Sucht“ in Berlin (Weissinger, 1989), wo Jugendliche ihre Gedanken und Erfahrungen in Form von Bildgeschichten, bzw. Hörstücken darstellen konnten.

- Festivals
z.B. die Nichtraucherfestivals in mehreren Städten Deutschlands nach einem Konzept der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (v. Troschke, 1990; 1991)
- Jugend-Multiplikatoren-Schulung
z.B. Fortbildungsseminare der BZgA für Mitarbeiter von Jugendfreizeiteinrichtungen zum Thema Drogenprävention
- Gründung von drogenfreien Gruppen
z.B. Gemeinschaft drogenfreier Jugend (gdj) im Rahmen der Arbeit der Katholischen Sozialethischen Arbeitsstelle oder Deutscher Guttempler-Orden
- „Anti-Drogen-Disco“, drogenfreie Cafes
- Einführung billiger alkoholfreier Getränke in Gaststätten z.B. Aktion des Jugendamtes in Nürnberg
- erlebnispädagogische Projekte: Auseinandersetzung mit der Natur, Abenteuer in freier Natur (s.o)
- Erstellung von Medien wie Video- oder Tonbandcassetten, Broschüren, Büchern, Spielen, Plakaten, Hilfs- und Anleitungsmaterialien für die Multiplikatoren z.B. Materialien der BZgA

Von den meisten Aktionen wurden keine quantitative Evaluationen ihrer Auswirkungen auf den Konsum durchgeführt.

Evaluation des Channel One-Programms

In den USA hat sich in den letzten Jahren das Channel One-Konzept, das man den Alternativen-Programmen (Kap.7.2.3) zuordnen kann, in der Jugendarbeit verbreitet. Organisatorisch von den lokalen Präventionskräften und finanziell von bestimmten Unternehmen unterstützt, wählen Jugendliche selbständig Arbeitsaufgaben und führen sie in eigener Verantwortung durch. Das Programm umfaßt natürliche Gruppenbildung, Gruppeninteraktion, alternative Aktivitäten, von den jugendlichen initiierte Aktivitäten, Schaffen eines Raumes für Entscheidungen und Übernehmen der Verantwortung für eigene Entscheidungen. Dieses Konzept wurde von dem Künstler Al Duca ins Leben gerufen, der eine Gruppe junger Leute einstellte, die ihm beim Herstellen einer großen Statue halfen. Im weiteren

wurde dieses Konzept von NIDA verbreitet und unterstützt, was zu einer verstärkten Förderung der Aktionen durch Bussineskräfte führte (Swisher & Hu, 1983). Resnick & Adams berichten 1981 von ca. 130 bestehenden Channel One-Gruppen, deren Aufgaben überwiegend aus beruflichen und alternativen Bereichen, sowie vereinzelt aus dem sozialen, schulischen, Denkmalschutz- oder Umweltbereich kamen.

Hu und Mitarbeiter (Swisher & Hu, 1983) führten eine Analyse der suchtpreventiven sowie der Kosteneffektivität von Channel One durch. Die Studie wurde in sechs Rekreationszentren durchgeführt. In drei von ihnen wurden Channel One-Gruppen initiiert, die restlichen drei lieferten die Kontrollpersonen. Die Auswertung brachte uneinheitliche Ergebnisse: teilweise gab es Verbesserung in Gruppenproblemelösungsstrategien und Engagement in positiven Alternativen. Keine Veränderungen wurden dagegen im Selbstwertgefühl der Teilnehmer festgestellt. Auch einige negativen Effekte im Suchtmittelgebrauch (mehr Konsum von Inhalantien und Halluzinogenen, häufiger Betrunkenhheitszustände) zeigten sich unter einem Teil der Experimentalgruppe.

7.3.2 Übergreifende Programme

Als Gründe für die übergreifende Gemeinde-Prävention werden in der Literatur genannt:

- „A multicomponent community approach calling upon all relevant resources in the community has the potential to reach those at greatest risk at the time and place of risk, and to reinforce and support the prevention message consistently across time and place“ (Johnson, 1986).
- Die größte Wirkung wird nicht mit vereinzelt Aktionen erzielt, die nur eine bestimmte Subgruppe erreichen, sondern mit multifaktoriellen, auf mehrere Gruppen zielenden Aktivitäten, die sich dann in ihren Effekten synergetisch verstärken.
- Suchtmittelgebrauch ist soziales Verhalten, und ist deshalb eingebettet in ein bestehendes System von sozialen Normen und in das soziale Netz der Gemeinde. Finden positive Veränderungen in einer ganzen sozialen Gemeinschaft statt, hat dies Auswirkungen auf alle Mitglieder, vor allem auf Kinder und Jugendliche, die in dieser Umwelt aufwachsen.
- In einer Gemeinde, in der für die Lebensqualität viel gemacht wird, deren Mitglieder aktiv sind, in der es viele Möglichkeiten gibt, sich zu beschäftigen, sinkt die Wahrscheinlichkeit der sozialen Isolation, Einsamkeit, mangelnden

Lebenssinnes für ihre Mitglieder. Dies bedeutet gleichzeitig eine erhöhte psychische Gesundheit.

Der Erfolg in der umfassenden und übergreifenden Suchtprävention hängt gravierend von der politischen Unterstützung ab. Es ist sehr wichtig, daß die Regierung und andere staatliche sowie regionale Institutionen die präventiven Bemühungen in den Gemeinden intensiv fördern. Die Hauptbereiche eines übergreifenden Gemeindeprogramms sind: die Familie, die Peer-Gruppe, die Schule und die Gemeinde als Struktur (Perry, 1986). In den USA wurden Modelle zur gemeindeweiten Prävention der kardiovaskulären Krankheiten entwickelt und in einigen Pilotprojekten evaluiert. Die Ergebnisse dieser Programme lassen positive Erwartungen aufkommen hinsichtlich ähnlicher Bemühungen im Bereich der Suchtmittelkonsumvorbeugung (DuPont, 1989).

Evaluation des Programms STAR

Ein mehrere Gemeinden umfassendes, mehrfaktorielles Präventionsprogramm in Kansas City beschreibt Pentz et al. (1989). Das ganze Programm wurde für 6 Jahre geplant, die Autoren berichten über die Ergebnisse der ersten zwei Jahre. Zuerst sollten die Schulen und Gemeinden ihre Präventionsaktivitäten sowie diesbezüglichen Wünsche beurteilen. Es wurden mehrere schulische und Gemeindekoordinatoren, Lehrer und Fernsehmanager trainiert.

Ein Bestandteil des Programm war ein Schulcurriculum (Social Assertiveness Skills Training – siehe oben) für Schüler der sechsten oder siebten Klasse (je nach Schultyp). Anschließend nahmen die Schüler an einem 10-teiligen Hausaufgaben-Programm teil. Sie sollten ihre Eltern und andere Familienmitglieder zu den Familiennormen hinsichtlich des Suchtmittelkonsums befragen. Die Ergebnisse dieser Interviews wurden in der Schule besprochen. Es wurden Methoden ausprobiert, wie die Familie ihre diesbezüglichen Normen verändern und was sie dem Einfluß der Werbung und der Gemeinschaft entgegensetzen kann.

Zu dem Programm gehörte auch eine intensive Media-Kampagne, an der sich mehrere Fernseh- und Radiostationen sowie Zeitungen und Zeitschriften beteiligten. Die Berichterstattung umfaßte Informationen über die Projektziele und -methoden, Interviews mit den Koordinatoren und Teilnehmern sowie direkte Aufzeichnungen aus dem Programmverlauf.

Als Evaluationsmethode diente die Ermittlung der Konsumraten der drei „gateway drugs“. Eine 1-Jahres-Katamnese zeigt eine signifikante Reduzierung ihrer Prävalenz auf folgende Werte (Experimental- vs. Kontrollgruppe): 15% vs. 22% für Zigaretten, 9% vs. 12% für Alkohol und 4% vs. 7% für Marihuana. Ein Jahr später, in der 2-Jahres-Katamnese waren diese Effekte weiterhin vorhanden.

Prävention in Obervieland (Bremen)

Dieses Modellprojekt stellt die Evaluation des vom Europarat ausgearbeiteten Konzepts einer ganzheitlichen Suchtprävention „Education for Health“ dar, welches in der Gemeinde bzw. einem Stadtteil ansetzt und individuelle sowie strukturelle Aspekte miteinander verbindet (European Health Committee, 1984). Das Programm basiert auf der folgenden Definition für die Erziehung zur Gesundheit: „A process with intellectual, psychological and social dimensions relating to activities which increase health consciousness and responsibility and people's ability to take informed decisions affecting their personal, family and community well-being. This process, on scientific principles, facilitates learning, behavioral change, and changes in attitudes, alike in the population as a whole, target groups, mediator groups, and decision-making groups.“

Die Definition macht klar, warum die traditionellen Drogenziehungsmethoden nach Meinung der Initiatoren keinen Erfolg haben. Sie lösen weder den oben genannten Prozeß aus, noch halten sie ihn aufrecht, und aus diesem Grund erziehen sie auch nicht im wahren Sinne des Wortes. Das Konzept sieht die primäre Prävention nicht als eine „von oben“ durchzuführende Aktivität, sondern im engen Zusammenhang mit selbsterfahrenen und selbstgeäußerten Bedürfnissen der in einer Gemeinde lebenden Menschen. Die eigentliche Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche, durch die Verbesserung der Lebensqualität in der Gemeinde findet ihre Erziehung zur Gesundheit statt. Die Hauptbereiche, in denen die konkreten Aktionen ansetzen sollten, sind: individuelle Gesundheit und Körperpflege, Ernährung, Genußmittel, Entwicklung der Kinder über die Adoleszenz zum erwachsenen Leben, zwischenmenschliche Beziehungen, Erziehung zur Elternschaft, Gesundheit in der Gemeinde, Umweltschutz und -pflege, Sicherheit und erste Hilfe.

Es wurden nach diesem Modell in Europa elf Pilotprojekte in neun Ländern durchgeführt – darunter eins in Bremen. Im Stadtteil Obervieland haben an dem Projekt mehrere Institutionen und Bewohner zusammengearbeitet: das Drogenreferat, das Schulzentrum Obervieland, das Ortsamt, das Bürgerhaus Gemeinschaftszentrum, die Sozialverwaltung des Stadtbezirks, das Hauptgesundheitsamt Bremen, Lehrer, Eltern und die Kinder und Jugendlichen selbst. Unter ihrer Mitarbeit wurden folgende Teilprojekte durchgeführt:

– Gesundes Schulfrühstück

Den Schwerpunkt bildete hier die Arbeit mehrerer Mütter im Schulkiosk, in dem nach und nach ein gesundes Frühstücksangebot eingeführt wurde. In Zusammenarbeit mit Lehrern, Ärzten und Krankenschwestern wurden auch solche Aktivitäten, wie eine gemeinsame Frühstückspause, Aufklärung über

gesunde Ernährung und Gründung einer Arbeitsgemeinschaft ‚Kochen‘ an dem Schulzentrum durchgeführt.

– AIDS

Dieses Teilprojekt hatte zum Ziel die Entwicklung und Erprobung neuer Konzepte zur AIDS-Vorbeugung, die schulische und außerschulische Aktivitäten miteinander verbinden würden. Dazu gehörte auch die Ausarbeitung und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen für Lehrer, Sozialarbeiter und Multiplikatoren.

– Suchtvorbeugung in der Orientierungsstufe

Hier war die Kooperation zwischen Lehrern, Schülern, Eltern und Mitarbeitern anderer Institutionen besonders wichtig. Es wurde eine Bestandaufnahme der Unterrichtsaktivitäten sowie der Wünsche von Lehrern, Schülern und Eltern in diesem Bereich durchgeführt. Daraus wurde ein Leitfaden für suchtpräventive Arbeit mit Hilfen und Anregungen für die Lehrer ausgearbeitet.

– Pausenaktivitäten

Eine Rasenfläche und später der Schulhof wurden mit Sportgeräten ausgestattet. Die Kinder bekamen die Möglichkeit, während der 25 min langen Spielpause bei verschiedenen Sportarten und Spielen (u.a. Fußball, Volleyball, Badminton, Tennis, Wurfspiele, Tischtennis) mitzumachen. Einmal in der Woche gab es eine Tanzpause, bei der die Schüler sowohl mitmachen wie auch der schuleigenen Tanzgruppe nur zuschauen konnten.

– Wohnumfeld von Jugendlichen

Das Ziel war hier, daß die Jugendlichen ihr Wohnumfeld wahrnehmen und Ideen zu seiner Veränderung entwickeln. Es wurde durch Fotoexkursionen, gemeinsame Arbeit im Fotolabor und soziale Gruppenarbeit verwirklicht.

– Experten im Unterricht

Um den Einsatz von außerschulischen Fachleuten im Unterricht zu fördern, wurde eine Dokumentation von Erfahrungen mit Experten erstellt und an andere Lehrer weitergegeben.

– Gesundheitserziehung in Lehrplänen

Es sollten Möglichkeiten ausprobiert und dokumentiert werden, wie man in unterschiedlichen Fächern Gesundheitserziehung praktizieren kann. Das Ergebnis dieser Arbeit wurde als eine Broschüre ‚Gesundheitserziehung in Lehrplänen der Orientierungsstufe‘ herausgegeben.

– Gesundheitsförderung im Vorschulalter

Es ging hier um Kursangebote zur Geburtsvorbereitung und Säuglingspflege. Ein breiteres Ziel besteht in der Aufhebung der häufig vorkommenden Isola-

tion der jungen Mütter durch die Unterstützung bestehender und Gründung neuer Mutter-Kind-Gruppen.

- Elternarbeit
Hier sollte die Zusammenarbeit zwischen den Eltern und Lehrern verbessert und intensiviert werden. Es wurde eine Umfrage durchgeführt und veröffentlicht, in Elternbeiräten wurde Gruppenarbeit ausprobiert.
- Darstellung des Stadtteils Obervieland in der Bremer Presse.
An diesem Teilprojekt waren ein Lehrer, ein Mitarbeiter des Gesundheitsamts und Schüler der 8. und 9. Klassen beteiligt.
- Fotoexkursion im Stadtteil
In diesem Teilprojekt fand eine aktive und kreative Auseinandersetzung der Schülerinnen und Schüler mit ihrem Stadtteil statt.
- Obervieland – ein Platz für Kinder?
Nach einer in Seattle entwickelten Kid-place-Methode wurden Kinder und Jugendliche als „Experten“ nach ihrem sozialen bzw. gesundheitlichen Umfeld befragt.

Die zweijährige Pilotphase des Projekts, die 1990 zu Ende ging, wurde mit einem Evaluationsbericht abgeschlossen. Die dafür zuständigen Mitarbeiter entschieden sich für eine Form des Projektberichts, in der sowohl die Erfahrungen der Beteiligten dargestellt, wie auch die für den Verlauf des Projekts entscheidenden Situationen beschrieben wurden. Zu allen Teilprojekten wurde eine ausführliche Dokumentation erstellt.

Die qualitative Evaluation des Projekts ergab, daß die Mitarbeit für fast alle Teilnehmer eine sehr wichtige und positive Erfahrung war und daß viele der Aktivitäten weitergeführt werden. Die meisten dieser Teilprojekte entstanden nicht aufgrund einer im Konzept des Europarates enthaltenen gründlichen Analyse der Zustände und Probleme im Ortsteil, sondern aus einer Bereitschaft der an Mitarbeit interessierten Personen, sich ihre Aufgaben selbst zu suchen und an ihnen zusammen mit anderen zu arbeiten. Diese Abweichung hat sich als sehr fruchtbar erwiesen. Dadurch konnten sich die Teilnehmer als Subjekte und nicht als nur Ausführende fremder Ideen begreifen.“

„Präventionsansätze müssen die Menschen da erreichen, wo sie wirklich sind, sowohl entwicklungs- als auch bewußtseinsmäßig. Dazu gehört vor allem, ihnen zuzuhören, damit wir ihre Wünsche, ihre Ängste und ihre Sorgen verstehen und nachvollziehen können. Präventionsansätze dürfen den Menschen nicht ‚übergestülpt‘ werden noch an ihnen vorbeigehen, wenn sie wirklich erfolgreich sein sol-

len. Ein Aspekt, der häufig nicht genügend Berücksichtigung findet, besonders dann, wenn Vorschläge für präventive Arbeit das Ergebnis einer Diskussion am ‚grünen Tisch‘ sind. Für uns im Projekt ‚Prävention im Oberriveland‘ heißt das, daß die im Stadtteil lebenden Menschen nicht nur frühzeitig in den Planungsprozeß präventiver Aktivitäten einbezogen werden, sondern daß sie diejenigen sind, die diesen Prozeß und die daraus resultierenden Aktivitäten maßgeblich bestimmen.“ Eine Ärztin sagt dazu: „Prävention kannst du eben nicht für andere machen. Ich finde das ganz wichtig zu sehen. Wir können zwar in solch einem Projekt wachsen und ein bißchen zu Fachfrauen und Expertinnen werden, aber Prävention können wir nicht für andere machen, das müssen die Menschen schon selbst tun“ (Projekt „Prävention in Oberriveland“, Evaluationsbericht, 1990).

Beurteilung der vorgenommenen Evaluation

Der Projektbericht entstand hauptsächlich aufgrund intensiver, qualitativer Interviews, die mit mehreren Projektteilnehmern durchgeführt wurden. Eine quantitative Evaluation wurde nicht durchgeführt, so daß generalisierbare Aussagen über die Effekte nicht möglich sind.

Ein ähnliches Konzept – allerdings in einem viel kleineren Rahmen – wurde als Modellprojekt in einem Stadtteil Frankfurts realisiert (Gerberding & Moos-Hofius, 1988). Durch die Eröffnung eines Selbsthilfe- und Nachbarschaftszentrums konnte ein dort entwickeltes Gesundheitsförderungskonzept erprobt werden: „die (Re-)organisation der sozialen Voraussetzungen für die Gesundheit des Menschen: Tragfähige soziale Beziehungen, leistungsfähige soziale Netzwerke, Freiräume zur Selbstvergewisserung und Selbsterprobung und Möglichkeiten zur Partizipation am öffentlichen Leben.“ (Gerberding & Moos-Hofius, 1988).

7.4 Präventionsbereich Massenmedien

7.4.1 Die Medienkampagne

Rogers and Storey (1987) verglichen elf Definitionen des Begriffs Medienkampagne, die sowohl von Theoretikern als auch Praktikern stammen und kristallisierten hieraus vier Elemente, die eine „Minimaldefinition“ enthalten muß:

- 1) Eine Kampagne verfolgt einen Zweck, d.h. sie will bestimmte Effekte erzeugen
Das weite Feld der möglichen Ziele und Effekte einer Kampagne läßt sich entlang des Kontinuums Information – Überzeugung – Verhaltensänderung

strukturieren. Die niedrigste Ebene ist hier die Vermittlung von Wissen, auf dem alle weiteren Ziele aufbauen, bis zur höchsten Ebene, der Mobilisierung der Zielgruppe ein bestimmtes Verhalten zu zeigen bzw. nicht mehr zu zeigen. In ähnlicher Form findet sich diese Auffassung auch in der deutschen Literatur zur Medienforschung wieder. Bergler (1972) sieht drei Aufgaben für die Gesundheitserziehung durch Massenkommunikation. Zunächst soll ein Problem eingeführt werden; dies geschieht sowohl durch die Versorgung mit Grundinformationen als auch durch die Vermittlung des „Gefühls permanenter Betroffenheit“. Der nächste Schritt ist die Überführung des Problembewußtseins in spezifische soziale Normen und als letztes sollen Verhaltensanleitungen entwickelt werden. Die Skala der Kampagneneffekte reicht vom individuellen bis zum gesellschaftlichen Niveau. Oft ist ein Effekt auf der Ebene des Einzelnen intendiert, dahinter steht jedoch das eigentliche, höhere Ziel: Veränderungen im sozialen System. Wenn Kampagnen Wirkungen erzielen wollen, so stellt sich auch die Frage, wer davon profitiert. Rogers und Storey (1987) sehen auch den Nutzen einer Kampagne auf einem Kontinuum angeordnet, an dessen einem Endpunkt der Empfänger am anderen Endpunkt der Sender der Nachricht steht, wobei sich natürlich nicht ausschließt, daß beide oder auch Dritte davon profitieren.

2) Eine Kampagne richtet sich an ein relativ großes Publikum.

Im Gegensatz zu weniger breit gestreuten, mehr auf interpersonaler Kommunikation basierenden Aktionen, ist die Zielgruppe einer Medienkampagne im Regelfall sehr groß (einige hundert Personen bis zur Gesamtbevölkerung eines Landes), da der finanzielle und organisatorische Aufwand nur bei einer breiten Streuung gerechtfertigt ist.

3) Eine Kampagne unterliegt einem mehr oder weniger genau festgesetzten Zeitlimit

Die Zeitspanne innerhalb derer sich eine Kampagne erstreckt, reicht von der ersten Medienaktion bis zur Beendigung der Evaluation. In der Regel dauert dies zwischen einigen Wochen bis zu einigen Monaten.

4) Eine Kampagne setzt sich aus einer organisierten Reihe von Kommunikationsmaßnahmen zusammen

Es ist kaum der Fall, daß für eine Kampagne nur ein Kanal zur Erreichung der Zielgruppe gewählt wird. In der Regel handelt es sich um eine konzentrierte Aktion verschiedener Maßnahmen und Medien, z.B. Anzeigen im Fernsehen und in den Printmedien, Informationsbroschüren, Informationssendungen, Werbemittel wie Aufkleber, T-Shirts und vieles mehr. Essentiell ist hier die Logistik der Kampagne, d.h. was wird wann wie unter die Leute gebracht.

7.4.2 Soziales Marketing

Aus den USA kommt die relativ neue Idee des sozialen Marketings (Wallack, 1990a,b; Solomon, 1989; Lefebvre & Flora, 1988; Manoff, 1985), das bei der Entwicklung und Durchführung von Medienkampagnen im Bereich der Gesundheitserziehung eingesetzt werden soll. Von der Systematik her ist es nicht ganz korrekt, diesen Ansatz unter dem Gliederungspunkt Massenmedien einzuordnen, da das Konzept über den Einsatz von Massenmedien hinausgeht, jedoch sind die Medien hier als das primäre Instrument anzusehen, wodurch sich die Einordnung an dieser Stelle legitimiert.

Ausgehend von der Erfahrung, daß die gesundheitserzieherischen Aktivitäten, wenn sie größere Populationen bis hin zur ganzen Bevölkerung eines Landes erreichen sollen, mit den traditionellen Methoden wenig erfolgreich sind, z.B. in der Erreichung von bestimmten Gruppen, wurde das Konzept des „social marketing“ formuliert. Kurzgefasst läßt sich soziales Marketing als Adaptation von Marketing-Strategien für den Bereich der öffentlichen Gesundheit charakterisieren, wobei der Unterschied von beiden nicht in der Methodik sondern in den Inhalten und den Zielen liegt. So versuchen kommerzielle Marketingkampagnen z.B. den Konsumenten zumeist zu bestimmtem Verhalten zu ermutigen, während soziale Kampagnen eher zum Ziel haben, die Konsumenten von bestimmten, meist sogar beliebten, Verhaltensweisen abzubringen. In der Konzeption des sozialen Marketings lassen sich deutlich die Erkenntnisse der Massenkommunikationsforschung wiedererkennen.

Im wesentlichen setzt sich das inhaltliche Konzept des sozialen Marketings aus folgenden Komponenten zusammen (Lefebvre & Flora, 1988):

- Orientierung am Konsumenten
Die Maßnahmen des modernen Marketings richten sich in erster Linie an die Bedürfnisse und Interessen der Konsumenten, die folglich in einem ersten Schritt erkannt und im zweiten Schritt im Prozess der Programmentwicklung auch getroffen werden müssen.
- Kosten und Nutzen für Produzenten und Konsumenten
Das heißt zum Beispiel, Kosten auf der Seite der Produzenten sind Ressourcen wie Geld, technische Sachkenntnisse, eine Vielzahl von Ideen, Produkten und Serviceleistungen. Kosten auf der Seite der Konsumenten sind zum Beispiel Zeit, physische und kognitive Anstrengungen, psychologische Faktoren wie Coping-Fähigkeiten und Selbstvertrauen. Der Nutzen auf der Seite der Produzenten ist zum Beispiel eine bessere Chance für ihre Finanzierung durch verschiedenen Sponsoren. Für die Konsumenten liegt der Nutzen in einer besseren Lebensqualität, im Wohlbefinden oder mehr sozialen Kontakten.

- **Konsumentenanalyse**
Konsumentenanalyse dient zur Identifizierung der Bedürfnisse, zur Kosten-Nutzen-Berechnung und zur Erstellung eines Programms, das auf die Konsumentenbedürfnisse zugeschnitten ist und ein optimales Kosten-Nutzen-Verhältnis sowohl für Produzent als auch Konsument gewährleistet.
- **Marktsegmentierung**
Segmentierung bedeutet, die Gesamtpopulation aufzuspalten in Teilpopulationen, die in sich so homogen als möglich sein und sich von den anderen Gruppen bestmöglich unterscheiden sollten. So kann die Kampagne in einzelnen Elementen genau auf die Bedürfnisse der unterschiedlichen Gruppen abgestimmt werden. Segmentierungskriterien können zum Beispiel sein: demographische Variablen, Lebensstil, Einstellungen, Konsumentenbedürfnisse.
- **Forschung zur Methodenverbesserung**
Als unentbehrlich wird Forschung im Bereich Markt- und Konsumentenanalyse angesehen, die zum Beispiel Konzepte, Ideen und Botschaften vorstet, ehe sie an die breite Öffentlichkeit gebracht werden.
- **Analyse der Verteilungs-/Kommunikations-Kanäle**
Ein weiterer wichtiger Faktor des sozialen Marketings ist die Identifikation und Analyse der geeigneten Verteilerkanäle. Diese reichen vom Fernsehen über die Printmedien bis zu Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens, sowie jeder Person, die Zugang zu einer Zielgruppe hat. Zu weiteren Kommunikationskanälen zählen sogenannte „Anlaufpunkte des täglichen Lebens“ wie Haltestellen, Gaststätten, Läden ebenso wie bestimmte Techniken, die Botschaft unter die Leute zu bringen (direktes Anschreiben, Anrufen, öffentliche Veranstaltungen usw.).
- **„Marketing-Mix“**
Hierunter sind die sogenannten vier P's des Marketing zu verstehen: Produkte – Preise – Plätze – Promotion. Es gilt die Produkte wie zum Beispiel „gesünderes Leben“ für die Zielgruppe greifbar zu machen, die Barrieren/Kosten für das Mitmachen zu reduzieren und Anreize zur Veränderung zu schaffen, die richtigen Verteilerkanäle, die richtige Nachrichtenfrequenz etc. zu wählen und schließlich die passende Promotion-Strategie, die eng mit den drei vorangegangenen P's verknüpft sein muß, aufzustellen.
- **Prozeßanalyse**
Die Kampagne soll in wesentlichen Punkten wie Durchführung, Erreichung der Zielgruppe, Nutzungstrends etc. im Verlauf evaluiert werden, damit noch während des Programms schnell und effektiv auf eventuelle Fehlentwicklungen reagiert werden kann.

7.4.3 Evaluation

Methodologische Schwierigkeiten der Evaluation

Zur Evaluation von massenmedialen Aktionen existieren sehr gegensätzliche Meinungen in bezug auf die Aussagefähigkeit. Auf der einen Seite stehen gänzlich pessimistische Aussagen, wie die von Silbermann (1969): „...direkte Effekte der Massenkommunikation als solche lassen sich überhaupt nicht aus dem Gesamt der Wirkungsfaktoren herauskristallisieren“. Auf der optimistischen Seite findet man die Ansicht, daß eine Evaluation durchaus möglich ist, die Methoden müssen nur gut sein (Wallack, 1980).

Pfaff et al. (1982) charakterisieren eine vollkommene Evaluationsstudie durch die zugrundeliegende Fragestellung: „Wer macht was für wen mit welcher Zielsetzung und mit welchem Erfolg? Zu überprüfen sind diese Fragen in den Phasen der Planung, der Durchführung und der Überprüfung der Ergebnisse. Es wird jedoch eingeräumt, daß diese Anforderungen in der Regel nur unter Laborbedingungen, d.h. bei Konstanzhaltung aller Beeinflussungsfaktoren und Ausschluß aller Störvariablen erfüllt werden können und daher sich Evaluationsstudien in der Regel auf die Erfolgskontrolle bzw. die Wirksamkeitsanalyse beschränken müssen.

Um die Effektivität einer Kampagne überprüfen zu können, müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein:

- die Zielsetzung der Kampagne muß klar sein;
- die Zielgruppe muß klar abgegrenzt sein;
- die Erfolgsindikatoren müssen definiert sein.

Nur wenn jede dieser Forderungen erfüllt ist, kann eine Evaluierung durchgeführt werden. Als deren Aufgabe wiederum wird angesehen, daß sie Auskunft gibt über die Effekte verschiedener Kampagnen und im Idealfall auch mögliche Ursache-Wirkungszusammenhänge aufzeigt.

Bei weitem nicht alle Evaluationsstudien werden diesen Ansprüchen gerecht. So kann es durchaus vorkommen, daß eine Kampagne als erfolglos eingestuft wurde, obwohl sowohl das theoretische Modell als auch die Umsetzungsmethoden ausreichend waren, lediglich die Bemühungen dies zu messen fehlgeschlagen sind (Wallack, 1980). Daher ist es notwendig, bei der Durchsicht der Studien auf eine Reihe von methodischen Unsauberkeiten zu achten (Pfaff et al., 1982; Blane and Hewitt, 1977; Weiss and Rein, 1972; Wallack, 1980):

Zielsetzung

Die Zielsetzung der Kampagne fehlt oder ist nur sehr vage formuliert. Das erschwert nicht nur die Wirksamkeitsuntersuchung, sondern verringert in hohem

Maße den Erfolg der Kampagne. Desweiteren ist es auch notwendig für die einzelnen eingesetzten Medien konkrete Ziele zu formulieren (z.B. nur Information oder auch Verhaltensänderung).

Erfolgskriterien

Die Mängel, die hier auftreten, sind zum Beispiel

- das Versäumnis, klar zu definieren, was als Erfolg einer Kampagne gewertet werden soll;
- die Erfolgskriterien so eng zu fassen, daß unerwartete Effekte nicht erkannt werden;
- die Beschränkung allein auf erwartete, erwünschte Konsequenzen, wobei unerwünschte Folgen in der Analyse unberücksichtigt bleiben.

Erfolgszuordnung

Die Medienkampagnen werden immer komplexer, verschiedene Medien und Strategien kommen geballt zum Einsatz. Dadurch wird es sehr schwierig, den Erfolg einzelner Maßnahmen herauszufiltern. Es bleibt oftmals ungeklärt, ob eine bestimmte Maßnahme den Erfolg oder Mißerfolg herbeigeführt, oder ob die Gesamtheit aller Maßnahmen dies verursacht hat. Hinzu kommt, daß gerade bei der Konzentration auf die Veränderung des individuellen Verhaltens eine Vielzahl von Einflußfaktoren zum Tragen kommen, die außerhalb der Kampagne liegen, wie z.B. sich wandelnde kulturelle Normen, so daß dadurch die Effekte nicht mehr eindeutig zuordenbar sind. Nicht zuletzt sollte auch bedacht werden, daß eventuell schon die Befragung der Probanden vor oder nach der Maßnahme eine wirksame Intervention im Sinne der Zielsetzung der Kampagne sein könnte.

Theoriegeleitetes Vorgehen

Wenn die Kampagne keine theoretische Fundierung hat, kann sich die Wirksamkeitsanalyse lediglich auf eine Beschreibung der Ergebnisse beschränken. Dieser Umstand ist nicht zufriedenstellend, da es nicht möglich ist, aus den Ergebnissen Schlußfolgerungen abzuleiten.

Design

Ergebnisse einer einfachen Querschnitts-Erhebung, die nur eine Probandengruppe und eine Post-Testung vorsieht, müssen sehr vorsichtig interpretiert werden.

Auch wenn bei der Konzeption der Evaluationsuntersuchung versucht wird, so viele methodologische Probleme als möglich auszuschließen, wird es immer Randbedingungen aus dem alltäglichen Kommunikationszusammenhang geben, die unkontrollierbar sind. Unter dieser Beschränkung muß jede Evaluation gesehen werden.

7.4.4 Ergebnisse

Betrachtet man die letzten 40 Jahre der Medienforschung vor allem in den USA, so ist die Beurteilung der Wirksamkeit von Medieneinsätzen wellenartig verlaufen (Solomon, 1982; Roberts & Maccoby, 1985; Rogers & Storey, 1987; Rice & Atkin, 1989;). Ausgehend von Erfahrungen mit der Propaganda im Ersten Weltkrieg, war man zunächst höchst optimistisch bezüglich der Macht der Medien, jeden zu überzeugen. Schon bald kamen jedoch erste Untersuchungen in den 40er Jahren zu einem sehr negativen Urteil hinsichtlich der Beeinflußbarkeit der Individuen durch die Medien, mit der Tendenz weniger die Kampagne selbst als vielmehr den Empfänger, die Botschaft oder den Kanal für den Mißerfolg verantwortlich zu machen. Diese negative Einschätzung wurde aber wieder zugunsten einer eher neutralen bis optimistischen Einschätzung aufgegeben, nachdem einige Kampagnen sehr erfolgreich verlaufen waren. Die gegenwärtige Meinung spricht den Medien durchaus große Wirkung zu, allerdings nur unter bestimmten Bedingungen bzw. abhängig von dritten Variablen.

Überblicksarbeiten

Zum Thema Wirksamkeit von Medienkampagnen gibt es vor allem in der amerikanischen Literatur eine Reihe von bedeutenden Überblicksarbeiten anhand derer man sich schnell einen Eindruck über vergangene und gegenwärtige Beurteilungen der Wirksamkeit von Massenmedien machen kann.

Solomon (1982) analysierte acht Reviews zum Thema „Effektivität von Kommunikationskampagnen“, die insgesamt eine Zeitspanne von 30 Jahren umfassen. Die Arbeiten spiegeln in ihrer Essenz das oben angesprochene Auf und Ab in der Effektivitätseinschätzung von Medienkampagnen wider. Ausgangspunkt der Arbeit von Solomon ist ein, was den Erfolg von Kampagnen betrifft, pessimistischer Artikel (Hyman & Sheatsley, 1947), wobei hier insbesondere der Person des Empfängers eine ausschlaggebende Bedeutung beigemessen wurde. Die Annahmen waren, daß (1.) eine gewisse Gruppe von Personen, die chronischen „know nothings“, so gut wie gar nicht erreichbar sind, daß (2.) die Botschaft am optimalsten von Leuten, die sowieso schon interessiert sind, aufgenommen wird, und daß (3.) vor allem Nachrichten, die bestehende Einstellungen bestätigen, aufgenommen werden. Hinzukommt, daß ein und dieselbe Nachricht von den verschiedenen Personen unterschiedlich verstanden wird und schließlich, die wichtige Erkenntnis, daß durch Informationen nicht notwendigerweise auch Einstellungen verändert werden.

Die geringe Erfolgserwartung setzt sich auch im etwa zur gleichen Zeit formulierten Artikel von Lazarsfeld & Merton (1971, erstmals publiziert 1949) fort;

jedoch wird hier die Aufmerksamkeit weg vom Empfänger hin zur Nachricht und Kommunikation gelenkt mit der Aussage, daß Massenmedien eher eine statusbestätigende eine „narkotisierende“ Wirkung haben. Es werden drei wichtige Voraussetzungen für die Effektivität von Kampagnen benannt, die auch heute noch Gültigkeit haben: (1) Monopolisierung, das heißt, es sollte keine Gegenwerbung geben (z.B. Zigarettenwerbung), (2) Kanalisierung, das heißt Einstellungen sollen in Aktion umgewandelt werden und (3) Unterstützung, das heißt massenmediale Aktionen sollten von interpersonaler Kommunikation unterstützt werden. In einer weiteren Arbeit aus den 40-er Jahren (Cartwright, 1949) wird das Verständnis des massenmedialen Prozesses erweitert um den Aspekt der Interaktion zwischen dem Individuum, der Nachricht und der Umwelt. Die Erfolgchancen werden als relativ hoch eingeschätzt, wenn es gelingt geeignete kognitive, motivationale und Verhaltensstrukturen zu schaffen.

Noch zuversichtlicher äußert sich Wiebe (1951;1952), der den Focus auf den Empfänger und die Nachricht als zu einem komplexen System gehörig richtet, das Verhaltensänderung verhindern oder begünstigen, das aber bei Berücksichtigung bestimmter Regeln beeinflusst werden kann. Die Zuversicht hinsichtlich des Kampagnenerfolges stellt sich als geringer dar im Überblick von Griffith & Knutson (1960). Sie heben insbesondere die Wichtigkeit von persönlichen Appellen und glaubhaften Quellen hervor, sowie die Rolle der „Meinungsführer“ (Personen, die die Nachricht von den Massenmedien aufnehmen und sie persönlich und überzeugend weitergeben; ein Konstrukt, daß schon Lazarsfeld 1955 unter der Bezeichnung „two-step flow of communication“ eingebracht hat).

Mendelsohn (1973) bringt den sehr modernen Ansatz der verstärkten Nutzbarmachung der Empirie für die Gestaltung der Botschaft und der Kampagne in die Diskussion, deren Ergebnisse bisher so gut wie nie berücksichtigt wurden, und wenn, dann nur, um sich vor Augen zu führen, was eine Kampagne nicht kann. Als entscheidenden Punkt sieht er die Prozeßevaluation an, als Möglichkeit noch während des Kampagnenverlaufs andere Strategien zu wählen. Atkin (1979) kommt nach Durchsicht einer großen Anzahl von Evaluationsstudien zu dem Schluß, daß sich Erfolge eher auf der kognitiven als auf der Einstellungs- und Verhaltensebene nachweisen lassen, ist aber zusammenfassend doch der Ansicht, daß der Einsatz von Massenmedien die Orientierungen der Personen im Bereich der Gesundheit etwas beeinflußt.

Brian R. Flay (Flay & Sobel, 1983; Flay, 1987) untersuchte Evaluationsstudien zu 40 Nichtraucher-Kampagnen, die in Ländern wie Amerika, Kanada, Großbritannien, Griechenland, Norwegen und Österreich durchgeführt wurden. Neun der Kampagnen waren Informations/Motivations - Programme, 11 waren Werbung für Raucherentwöhnungsmaßnahmen und bei 20 handelte es sich um Entwöh-

nungsprogramme, die in den Medien durchgeführt wurden. In allen bis auf zwei Kampagnen wurde das Fernsehen eingesetzt, die meisten nutzten zusätzlich auch noch Radio und Printmedien.

Das Fazit des Überblicks ist, daß Massenmedien zur Verringerung des Zigarettenkonsums eingesetzt werden können, allerdings in der Regel mit eher bescheidenem Erfolg. Es hat sich aber gezeigt, daß die Programme, die sehr gut im Vergleich abgeschnitten haben, überdurchschnittlich gute Ergebnisse erzielt hatten. Das gibt zu der Hoffnung Anlaß, daß bei entsprechender Gestaltung der Kampagnen, der positive Effekt sehr deutlich werden könnte.

Im Literaturüberblick von Rust (1985) über Wirkungsanalysen von Medienkampagnen aus den 70er Jahren finden sich eine Reihe von einschlägigen Arbeiten zu Informationskampagnen aus dem Bereich Suchtprävention. In beinahe allen findet sich die Problematik, daß zwar Informationen aufgenommen, verstanden und sogar akzeptiert werden, jedoch keine Veränderung des Verhaltens erfolgt. So sieht O'Keefe (1971) in dieser Tatsache die „funktionale Unabhängigkeit emotionaler und kognitiver Motivationen des Alltagshandelns“ bestätigt. Diese Beobachtung wird unterstützt durch die Untersuchung von Schmeling und Wotring (1976): auch hier zeigte sich das Medium Fernsehen nicht in der Lage, bereits konsolidiertes Verhalten zu verändern. Eine noch pessimistischere Sichtweise zeigen Fejer et al. (1971) in ihrer Untersuchung an College Studenten. Sie fanden heraus, daß nur für Studenten, die Drogenkonsum völlig ablehnen, das Fernsehen und andere Medien bestätigende Hilfen darstellen. Das heißt, nur die Personen werden durch die Medienbotschaften erreicht, die von vornherein mit dem Tenor der Botschaften übereinstimmen. Diese Beobachtung machten in ähnlicher Form auch schon Hyman & Sheatsley (1947), als sie feststellten, daß man mit Aufklärungskampagnen oftmals die Personen nicht erreichen kann, die es betrifft. Eine weitaus positivere Wirkung findet Rust in denjenigen Kampagnen, die Medien nur eine Hilfsrolle zugewiesen haben.

Einzelne Kampagnen

Im folgenden werden exemplarisch einige Ergebnisse aus evaluierten Medien-Präventions-Kampagnen dargestellt. Aus jeder der Studien wurden eine Reihe von Schlußfolgerungen gezogen, die im Kapitel 8 erläutert werden.

„When to Say When“ – Campaign, Pennsylvania, USA, 1975

1975 wurde von der öffentlichen Fernsehanstalt Pennsylvaniens eine Serie von insgesamt fünf 1 1/2 stündigen Sendungen zum Thema „Alkoholismus“ gestartet.

Im Einzelnen ging es um Alkoholismus bei jungen und alten Personen, bei Reichen und Armen, und bei Personen in unterschiedlichen beruflichen Umgebungen. Hinzu kamen noch Fernsehspots und Zeitungsanzeigen, sowie Aktionen von Institutionen und Einzelpersonen, die das Interesse der Bevölkerung an der Kampagne wecken sollten. Zielgruppen waren Alkoholiker, deren Angehörige, Freunde und Arbeitgeber. Die Zielsetzungen der Aktion waren:

- Wahrnehmung des Alkoholismus in der öffentlichen Meinung als soziales Problem ;
- Anreiz für kommunale Kräfte, angemessene Maßnahmen zu ergreifen (als ein übergeordnetes Ziel).

Um den Erfolg der Kampagne zu messen, wurden 1.200 Bewohner Pennsylvaniens im Alter von 18 Jahren aufwärts unmittelbar nach Beendigung der Kampagne telefonisch befragt. Die Stichprobe konnte als repräsentativ bezeichnet werden. Folgende Fragen sollten beantwortet werden:

- Welche Teile der Population sind mit der Kampagne vertraut?
- Aus welchen Quellen bezog die Population ihre Informationen über die Kampagne?
- Hat die Kampagne Einwohner erreicht, die einschlägige Erfahrungen mit Alkohol gemacht haben?
- Unterstützte die Kampagne diese Personen darin, ihr Alkoholproblem zu erkennen und Hilfe aufzusuchen?

Die Ergebnisse erfüllten nicht die Erwartungen der Organisatoren. Generell ließ sich feststellen, daß der gewählte Ansatz, der relativ kostspielig war, nur einen geringen Anstoß zur Einstellungsänderung gegenüber dem Trinken gegeben hat. In einzelnen stellt sich dies folgendermaßen dar:

- Von den 1200 Befragten waren nur 6,1% mit der Kampagne vertraut. Gemessen an den soziodemographischen Variablen unterscheidet sich das Publikum, das mit der Kampagne vertraut war, nicht vom Rest der Zuseher. Allerdings hat die Zuseherschaft des öffentlichen Fernsehsenders andere Charakteristika als die der kommerziellen Sender, wobei ein wesentlicher Unterschied darin liegt, daß in der ersteren Personen mit Alkoholproblemen eher unterrepräsentiert sind.
- Die Leute bekamen ihre Informationen über die Kampagne eher durch die Massenmedien als durch die anderen Kanäle.

- Von den 6,1%, die die Kampagne kannten, hatten 44% bereits Probleme mit dem Alkohol.
- Der Erfolg der Kampagne lag eher darin, den Blick für Alkoholproblem zu schärfen, als konkrete Verhaltensänderungen anzuregen.

Anti-Tabak-Kampagne (1980/1981, Österreich)

Im November 1980 wurde vom Österreichischen Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz eine Anti-Tabak-Kampagne ins Leben gerufen (Gredler und Kunze, 1981). Die Laufzeit der Aktion betrug acht Wochen, das Budget belief sich auf ca. DM 1.000.000,-. Die Zielgruppe waren Personen im Alter von 16 bis 69 Jahren. Für die Kampagne wurden der Slogan „Ohne Rauch geht's auch“, sowie ein charakteristisches Signet und eine Erkennungsmelodie entwickelt.

Es wurden zwei Maßnahmen durchgeführt, eine Aufklärungsmaßnahme in den Massenmedien und im Anschluß an diese eine „Aufhör-Aktion“ für entwöhnungswillige Raucher. Für die erste Maßnahme wurde im österreichischen Rundfunk und Fernsehen kostenlose Sendezeit zur Verfügung gestellt, wodurch während der acht Wochen Laufzeit der Kampagne 85 Fernsehspots und 485 Radiospots gesendet werden konnten. Die Medienaktion wurde desweiteren durch 35 Anzeigen in Zeitungen, 38 Anzeigen in Zeitschriften und 34 Anzeigen in speziellen Jugendmagazinen unterstützt. Außerdem wurden in 66 Kinos Spots gesendet und 2695 Reklametafeln aufgestellt. Zur Unterstützung der Kampagne wirkten prominente österreichische Nichtraucher, in der Hauptsache Sportler, in den Fernseh- und Radiospots mit. Im Rahmen der zweiten Maßnahme, der „Aufhör-Aktion“ wurde an Interessenten kostenlos ein Nichtraucher-Programm verschickt. In Arztpraxen und anderen medizinischen Einrichtungen wurde mit Hilfe von Postern für dieses Programm Werbung gemacht.

Der Erfolg der Kampagne wurde anhand einer Bevölkerungsumfrage (mündlich, semi-strukturiertes Interview) untersucht, die unmittelbar nach Beendigung der Aktionen durchgeführt wurde. Befragt wurde eine für Gesamtösterreich repräsentative Stichprobe von 2.004 Personen im Alter von 16 bis 69 Jahren. Themenblöcke des Interviews waren: Bekanntheit der Anti-Tabak-Kampagne – Rauchverhalten – Einstellungen zum Rauchen. Die Daten über Rauchverhalten und Einstellungen zum Rauchen konnten mit entsprechenden Daten aus zwei früheren Repräsentativerhebungen verglichen werden. Als Erfolgskriterien für die Kampagne wurden festgesetzt:

- die positive Antwort auf die Frage: „Kennen Sie in Ihrem Verwandten- oder Bekanntenkreis jemanden, der sich kürzlich das Rauchen abgewöhnt hat, oder jemanden, der vorhat, jetzt mit dem Rauchen aufzuhören?“
- die Reduktion des eigenen Tabakkonsums.

Folgende Ergebnisse wurden besonders hervorgehoben:

- Hoher Bekanntheitsgrad der Kampagne innerhalb der Bevölkerung (83%)
- Gegenüber früheren Untersuchungen hat der Anteil der mit ihrer Rauchgewohnheit unzufriedenen Personen stark zugenommen
- 26% aller Raucher wollen das Rauchen aufgeben, 31% haben die Absicht, weniger zu rauchen, und 2% wollen auf eine leichtere Marke übergehen
- Die Mehrzahl der dissonanten Raucher (Raucher, die mit der Tatsache, daß sie rauchen unzufrieden sind) lehnt die Inanspruchnahme eines erprobten Entwöhnungsprogrammes ab.

Die Kampagne wurde als großer Erfolg gewertet aufgrund folgender Ergebnisse:

- 32% der Österreicher kennen jemanden, der sich erst kürzlich das Rauchen abgewöhnt hat und 12% kennen jemanden, der sich das Rauchen abgewöhnen will.
- Im Vergleich zu 1979 gingen die Raucher-Anteile in der Gesamtbevölkerung zurück, von 33% auf 27%.

Der Evaluationsbericht läßt die Frage unbeantwortet, warum die positiven Ergebnisse dem Einfluß der Kampagne-Aktionen zuzuschreiben sind, zumal die erhobenen Konsumverringerungen sich über einen längeren Zeitraum erstrecken. Die Einschätzung der Effektivität des Programms ist somit nur mit großer Vorsicht vorzunehmen.

AADAC Alkohol- und Drogenpräventions Programm „How to make the most of you“, (Kanada, 1981 – heute)

Im Herbst 1981 startete die AADAC (An Agency of the Government of Alberta) ein Primärpräventions-Programm, das sowohl auf einen langen Zeitraum angelegt war, als auch ein außerordentlich breitgefächertes Maßnahmenpaket anbietet. Die Zielgruppe besteht aus Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren und ihren Eltern. Das Programm basiert auf einem Ansatz zur Gesundheitsförderung und versucht die Zielpersonen zur Übernahme von gesunden Lebensweisen und

in deren Beibehaltung zu unterstützen. Die Programmplanung, -durchführung und -evaluation basiert auf Prinzipien des sozialen Marketings, das heißt es gab eine sehr umfangreiche Planung des Programms nach den weiter oben genannten Kriterien, es gab eine sehr sorgfältige Gestaltung der Botschaften und Materialien sowie eine Prozeßevaluation des Programms.

Im einzelnen setzt sich die Kampagne aus folgenden Elementen zusammen: 1) Massenmediale Kommunikation (Fernsehen, Hörfunk, Printmedien und ein speziell entwickeltes Jugendmagazin), 2) Initiativen auf Gemeindeebene (Theaterprojekten und anderen Aktionen, die etwas Engagement von seiten der Jugendlichen erfordern), 3) Aktivitäten im Schulbereich (Veröffentlichungen, Video-Vorführungen) und 4) Evaluationsforschung (Prozeßevaluation, Ergebnisse).

Die massenmedialen Aktivitäten konzentrierten sich vor allem auf die ersten fünf Jahre des Projekts, es wurden 24 Fernseh- und 62 Radiospots, sowie begleitende Anzeigen in Zeitungen und Zeitschriften entwickelt. Ziel war dabei, das Programm bekannt zu machen, die Inhalte verständlich zu machen, die Jugendlichen zu ermutigen sich selbst positiv zu sehen und ihnen zu vergegenwärtigen, daß sie durchaus Alternativen zu ihrem Lebensstil haben. Im einzelnen wurden folgende Punkte angesprochen: 1) Übernahme einer verantwortungsbewußten Unabhängigkeit durch die Jugendlichen, 2) die Unterstützung durch und auch für Gleichaltrige, 3) soziale Einflüsse, welchen der Einzelne ausgesetzt ist, 4) Information über Drogen und Förderung der verantwortungsbewußten unabhängigen Entscheidung in bezug auf den Konsum von Drogen und schließlich 5) die Ermutigung von Erwachsenen (Eltern und anderen Bezugspersonen) die Jugendlichen in ihrer Entwicklung zu unterstützen.

Zur Evaluation der Kampagne wurden ab 1981 wiederholt Haushaltsbefragungen sowohl in Alberta, mit einer Stichprobengröße von 450 Jugendlichen und deren Eltern, als auch in einer Vergleichs-Provinz mit 300 Jugendlichen und Eltern durchgeführt. Die wichtigsten Ergebnisse waren:

- ein hoher Bekanntheitsgrad der Kampagne (1986) unter den Jugendlichen (über 90%) und ihren Eltern (über 88%) mit in der Hauptsache sehr positiven Bewertungen des Konzeptes und den einzelnen Anzeigen
- jedoch in späteren Befragungen mußte man feststellen, daß viele der Themen, die in früheren Jahren angesprochen worden waren, in Vergessenheit geraten sind und auch neue Themen sich nicht mehr so erfolgreich etablieren konnten
- in den ersten Jahren der Kampagne waren große Erfolge in der Reduzierung des Alkohol- und Drogenkonsums unter den Jugendlichen zu verzeichnen (von 55% 1981 auf 43% 1987)

- jedoch auch hier konnte man das gleiche Phänomen wie oben zu beobachten: der Konsum erhöhte sich nach einigen Jahren wieder, allerdings mit verändertem Muster. Die Gelegenheiten zu welchen z.B. getrunken wird sind weniger geworden, aber wenn getrunken wird, dann in größeren Mengen
- ein ähnlicher Effekt war auch in bezug auf den Zigarettenkonsum zu verzeichnen, auch er stieg nach anfänglichem Zurückgang später wieder an. Bei den Mädchen stärker als bei den Jungen.

Die Initiatoren schlußfolgerten aus den Evaluationsergebnissen, daß es notwendig sein wird, mit Hilfe der Massenmedien, die Ziele des Programms wieder bekannter zu machen und die Akzeptanz zu erhöhen. Auch die Verbreitung des Programms auf kommunaler Ebene erscheint ihnen sehr entscheidend, allerdings immer mit Bedacht darauf, daß die Programm-Identität und das positive Image nicht verloren gehen.

The Stanford Five-City Project – Smokers' Challenge I (USA, 1983)

Die Beschreibung dieser Kampagne versteht sich als ein Beispiel für den Einsatz von „Social Marketing“-Strategien. Im Zeitraum von sechs Wochen wurde in fünf Städten der USA ein Wettbewerb zum Thema „Rauchen aufgeben“ durchgeführt. Vorausgegangen waren Fernsehsendungen zum gleichen Thema und eine Kampagne in den Zeitschriften mit Anleitungen zur Selbsthilfe. Ziele der Aktion waren:

- ein großer Bekanntheitsgrad des Wettbewerbs in der gesamten Bevölkerung
- eine große Anzahl von Rauchern, die sich für den Wettbewerb einschreibt
- viele Männer für den Wettbewerb gewinnen
- über 50% der teilnehmenden Raucher motivieren, zur Rauchentwöhnung Gemeinderessourcen zu nutzen
- *Erfolgsquote bei der Raucherentwöhnung von über 20%*
- die erfolgreich Entwöhnten mit Fertigkeiten versehen, mindestens ein Jahr rauchfrei zu bleiben.

Die Bedürfnisanalyse der Konsumenten ergab eine Zielgruppe von leicht motivierten Rauchern und den Einsatz von gewissen Anreizen zur Gewinnung von Wettbewerbsteilnehmern. Zur Verbesserung der Wettbewerbsstrategie und der Bekanntmachung wurden diesbezügliche Evaluationen durchgeführt. Um eine Entscheidung bezüglich des Wettbewerbstitels zu treffen, wurden Raucher in Bars und nach Arbeitstreffen gebeten, sich zwischen verschiedenen Vorschlägen

zu entscheiden. Eine Zufallsstichprobe von Rauchern wurde telefonisch befragt, welcher Anreiz sie zur Teilnahme an dem Wettbewerb motivieren könnte. Auf der Grundlage der Daten zu den Mediennutzungs-Mustern, wurden als Kanäle der Botschaft das Fernsehen, Zeitungen, Büchereien, Arbeitsplätze, Schulen, Geschäfte und Arztpraxen gewählt.

Es wurden nicht alle der gesetzten Ziele erreicht. Die Evaluation der Aktion ergab, daß nur 60% der Bevölkerung den Wettbewerb kannte, 501 Raucher nahmen am Wettbewerb teil, der Frauenanteil lag dabei höher als der Männeranteil. Nur wenige beteiligten sich an Gemeindeprogrammen, 45% hörten für eine kurze Zeit und 22% hörten für ein Jahr mit dem Rauchen auf.

Auf der Grundlage der Erfahrungen mit der Kampagne wurde eine verbesserte Kampagne „**Smokers' Challenge II**“ durchgeführt. Hierfür wurden neue Broschüren zur Raucherentwöhnung entwickelt und der Wettbewerb wurde von sechs Wochen auf drei Monate verlängert. Als Anreiz gab es nicht mehr nur einen Hauptpreis, sondern auch kleinere Preise, die gewonnen werden konnten, wenn die Raucher monatlich ihre „quit cards“ einschickten. Mit der zweiten Kampagne wurden 588 Raucher erreicht, diesmal in der Mehrzahl Männer und eine Katamneseuntersuchung, durchgeführt zwei Monate nach Beendigung des Wettbewerbs, ergab eine Beendigungsrate von 30%.

The Harvard Alcohol Project (USA, 1987 – 1990)

1987 startete das „Center for Health Communication of the Harvard School of Public Health“ in Zusammenarbeit mit Fernsehanstalten, Hollywood-Studios und führenden Werbeagenturen eine Medienkampagne. Das Ziel war, eine grundlegende Veränderung der sozialen Normen hinsichtlich des alkoholisierten Fahrens im Straßenverkehr zu schaffen. Es wurden Anzeigen und Werbespots zu besten Sendezeiten etwa 20mal in der Woche gezeigt, die das Konzept des „Kompetenten Fahrers“ (designated driver) publik machten. Außerdem wurde Einfluß auf die Drehbücher von insgesamt 80 Fernsehsendungen aus dem Unterhaltungsbereich genommen, worin die soziale Norm „wer fährt, trinkt nicht“ verstärkt wurde.

Die Ergebnisse der Evaluation sind sehr positiv: die Kampagne erreichte einen hohen Bekanntheitsgrad in der Bevölkerung (78% der Leute, die an Veranstaltungen oder Einladungen teilgenommen hatten, wo Alkohol angeboten wurde, kennen die Kampagne); das Konzept des „designated driver“ wurde übernommen (72%). Allerdings wird eingeräumt, daß es sich bei den Antworten lediglich nur um sozial erwünschte handeln könnte, was jedoch von den Autoren als erster Schritt in die richtige Richtung gewertet wird (DeJong & Winsten, 1990).

National Campaign Against Drug Abuse (Australien, 1986 1988)

1986 wurde von der australischen Regierung eine Nationale Kampagne gegen den Drogenmißbrauch (NCADA) mit einer Laufzeit von drei Jahren gestartet. Zielsetzung der Kampagne war, die Öffentlichkeit zum verantwortungsbewußten Umgang mit Drogen zu erziehen unter der Prämisse, daß Sucht sich nicht nur auf illegale Drogen beschränkt. Um dies zu erreichen, wurden eine Reihe von Anzeigen veröffentlicht, Fernseh-Werbespots gesendet und Broschüren verteilt, unter anderem ein Handbuch mit den Titel „The Drug Offensive“, das jeder Haushalt im Land erhalten sollte. Inhalt des Buches war einerseits Information über die Gefährlichkeit von Drogen aller Art (legale und illegale) und auf der anderen Seite wurde versucht, die gängige Sichtweise, daß Drogenkonsum (zumindest in Bezug auf Alkohol und Nikotin) eine sozial wünschenswerte Handlung ist, in Frage zu stellen. Die massenmedialen Aktivitäten konzentrierten sich hauptsächlich auf die ersten drei Monate der Kampagne. Zielgruppe der Kampagne war die gesamte Bevölkerung Australiens, evaluiert wurde eine Teilpopulation aus Nord-Queensland (Barber & Griching, 1990).

Für die Evaluation wurde eine quasiexperimentelle Methode, das Prätest-Posttest-Design, gewählt, da die Einrichtung einer Kontrollgruppe unter den gegebenen Umständen unmöglich war. Die Probanden wurden in zwei Gruppen aufgeteilt, Gruppe 1 (n=410) wurde unmittelbar vor und kurz nach der Durchführung der Kampagne getestet, Gruppe 2 (n=509) nur kurz nach der Kampagne. Durch dieses Design sollte ein möglicher Effekt des Vortests erfaßt werden.

Mit jedem der Teilnehmer wurde ein 50-minütiges strukturiertes Interview von einer geschulten Person durchgeführt. Als Information bekamen die Probanden lediglich, daß es sich um eine Universitäts-Studie über drogenbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen handelt. Die Medienkampagne wurde nicht erwähnt. Inhalte des Interviews waren Fragen nach Kenntnissen über Drogen, den Drogenkonsum der Probanden, nach Einstellungen gegenüber legalen und illegalen Drogen, nach der Einschätzung der Gefährlichkeit der Substanzen und nach der Meinung zu diversen sozialen Kontrollaktivitäten in bezug auf den Drogenmißbrauch.

Die Ergebnisse waren insgesamt wenig ermutigend. Zwar konnte eine Verbesserung des Wissens über Drogen und eine vermehrte Einschätzung der Drogen als gefährlich (mit Ausnahme von Alkohol) verzeichnet werden, jedoch ist nicht auszuschließen, daß der Vortest alleine oder in Kombination mit der Kampagne einen Einfluß darauf hatte. Derselbe Effekt zeigte sich auch in Bezug auf die Einstellungen gegenüber Drogen. Der Konsum von Zigaretten reduzierte sich nach der Kampagne nicht, lediglich beim Alkoholkonsum war ein leichter Rückgang zu verzeichnen.

8. Schlußfolgerungen

8.1 Personale Kommunikation

1. Prävention ist wirksam

Entgegen vieler Vermutungen konnte empirisch nachgewiesen werden, daß präventive Maßnahmen wirksam sind in Hinblick auf eine Verhinderung des Konsums, eine Verschiebung des Konsumbeginns und/oder eine Verhinderung eines langfristigen Mißbrauchsverhaltens. Die Wirksamkeit ist allerdings sehr differenziert zu beurteilen in Hinblick auf

- Auswahl und Intensität der Maßnahmen
- Altersgruppe
- Zielgruppe (Nichtkonsumenten, Probierer bzw. Konsumenten)
- Substanz
- präventiv tätige Personen (z.B. Lehrer oder altersgleiche Bezugspersonen)
- Rahmenbedingungen der Durchführung.

2. Das Konzept der protektiven Faktoren gegenüber einem Drogenmißbrauch ist für die Prävention aus methodischen und pädagogischen Gründen besser geeignet als das Risikofaktorenkonzept.

Nachdem bereits vor Jahren das Konzept der Suchtpersönlichkeit und ähnliche eindimensionale Modelle zur Erklärung eines Drogenmißbrauchs aufgegeben wurden, da sie empirisch nicht begründet werden konnten, erscheint es aufgrund des heutigen Forschungsstandes sinnvoll, auch das derzeit gängige Risikofaktorenkonzept zu modifizieren beziehungsweise zumindest in seinem Stellenwert gegenüber dem Konzept der protektiven Faktoren deutlich zu reduzieren.

Das Risikofaktorenkonzept geht davon aus, daß das Vorhandensein bestimmter Risiken in der Entwicklung einer Person (zum Beispiel unangepaßtes Verhalten), in der engeren sozialen Umgebung (zum Beispiel Alkoholmißbrauch in der Familie) sowie in der sozialen Umwelt (zum Beispiel hohes Angebot von Drogen) die Wahrscheinlichkeit eines späteren Drogenmißbrauchs erhöhen. Kritisch an diesem Konzept ist, daß in den letzten Jahren sehr viele Risikofaktoren genannt wurden, die auf einen großen Teil der Bevölkerung zutreffen, tatsächlich aber nur ein – statistisch gesehen – geringer Anteil von Personen einen Substanzmißbrauch beginnt.

Demgegenüber hat das Konzept der protektiven Faktoren einen spiegelbildlichen Ansatz. Es prüft, welche Faktoren gegeben sein müssen, damit eine Person kein Mißbrauchsverhalten beginnt. Dieser Ansatz hat zunächst einen

methodischen Vorteil, da wegen der sehr viel größeren Zahl von Personen, die kein Mißbrauchsverhalten beginnen, wissenschaftliche Untersuchungen wesentlich leichter durchgeführt und Zusammenhänge besser erkannt werden können. Darüber hinaus ist es aus psychologischen und pädagogischen Gründen besser geeignet, da es immer schwieriger ist, Risiken zu beseitigen als positive Faktoren zu fördern. Zwar ist das Konzept der protektiven Faktoren bisher vorwiegend im Bereich des individuellen Verhaltens untersucht worden, doch kann es auch auf die soziale Umgebung und auf gesellschaftliche Rahmenbedingungen ausgeweitet werden.

3. Prävention braucht einen langfristigen Ansatz, kurzfristige Aktionen sind nicht effektiv

Zahlreiche Untersuchungen zeigen, daß langfristige präventive Programme im Vergleich zu kurzfristigen wesentlich effektiver sind. Weiterhin sind langfristige Analysen des Verhaltens nach Ende präventiver Programme notwendig, da sich zum einen positive Effekte reduzieren und zum anderen positive Effekte erst langfristig auftreten. Die Ursachen für die unterschiedlichen Entwicklungen sind noch unbekannt.

4. Informationsvermittlung als präventive Maßnahme ist kritisch zu beurteilen
Aufgrund der vorhandenen wissenschaftlichen Literatur besteht einhellig die Meinung, daß Informationsvermittlung über psychoaktive Substanzen im günstigsten Fall ineffektiv, im ungünstigsten Fall schädlich in Hinblick auf die Reduzierung eines Mißbrauchsverhaltens ist. Dies gilt besonders dann, wenn Abschreckung Teil der Informationsvermittlung ist. Geringe positive Effekte werden nur dann erreicht, wenn als Ziel nur eine Wissensverbesserung angestrebt ist, wenn die Zielgruppe aus sehr jungen Personen im frühen Adoleszenzalter besteht, wenn die Information Teil umfangreicherer Kampagnen ist und auf unmittelbare, direkt beobachtbare Konsequenzen (z.B. „gelbe Zähne“ durch Zigarettenrauchen) hingewiesen wird.

5. Die Förderung der Lebenskompetenz bei Jugendlichen ist eine wirksame präventive Maßnahme

Die Mehrheit der Studien zeigt deutlich positive Ergebnisse für präventive Maßnahmen auf der Basis der Lebenskompetenzförderung in Hinblick auf eine Verhinderung bzw. Verzögerung des Konsumbeginns und eine Verhinderung des langfristigen Mißbrauchsverhaltens. Die Förderung schließt zwei Teile ein: einen suchtmittelspezifischen Teil, der unter dem Begriff „Standfestigkeitstraining“ zusammengefaßt werden kann, sowie einen suchtmittelun-spezifischen Teil, in dem allgemeine Kompetenzen zur Lebensbewältigung gefördert werden. Dazu gehören zum Beispiel Problemlösungs- und Kommunikationsfähigkeiten sowie Selbstsicherheit und Durchsetzungsvermögen.

Aufgrund des umfangreichen Wissens aus den Untersuchungen der letzten Jahre sind bei der Durchführung eines solchen Lebenskompetenzkonzepts zahlreiche Einzelaspekte zu beachten, zum Beispiel in Hinblick auf die einzelne Substanz, die Altersgruppe, die Art der Vermittlung und die Auswahl der Personen für die Vermittlung.

6. Als Ergänzung zum Lebenskompetenzkonzept sind Maßnahmen zur Schaffung von Alternativen zum Drogenkonsum positiv zu beurteilen, Programme im Rahmen einer „affektiven Erziehung“ eher kritisch

Nach den bisherigen Erkenntnissen haben Maßnahmen im Rahmen des Konzepts zur Schaffung von Alternativen zum Drogenkonsum einen gewissen positiven Effekt und können (insbesondere für Jugendliche mit einer hohen sozialen Belastung) ergänzend eingesetzt werden. Es handelt sich dabei um Aspekte wie Beziehungen fördern, Erfahrungen sammeln, allgemeine Lebensaktivitäten und Fertigkeiten steigern. Allerdings muß gesagt werden, daß der Aufwand für solche Alternativen-Programme erheblich ist.

Kritisch müssen Maßnahmen im Rahmen des Konzepts der „affektiven Erziehung“ gesehen werden, zumindest wenn sie isoliert durchgeführt werden. Sie befassen sich mit Aktivitäten wie der Förderung des Selbstwertgefühls, Gefühle erkennen, Entscheidungen treffen und Ziele setzen. Die Programme haben überwiegend keinen positiven Effekt, gelegentlich einen Effekt in Hinblick auf die Wissenserhöhung, nicht selten aber einen negativen Effekt in Hinblick auf die Zunahme des Mißbrauchsverhaltens.

7. Präventive Maßnahmen beginnen zu spät, sie sind bereits im Kindesalter notwendig

Untersuchungen deuten darauf hin, daß die Erziehungsstile der Eltern einen hohen Einfluß auf den Erwerb der Kompetenzen haben, die im späteren Alter die Wahrscheinlichkeit eines Mißbrauchsverhaltens bestimmen. Kinder mit einem späteren Drogenkonsum sind im Alter von 7 bis 10 Jahren nach einer Längsschnittuntersuchung eher selbstunsicher, unfähig, gesunde Beziehungen einzugehen und emotional gestreßt. Sie haben eine schlechte elterliche Zuwendung im Sinne einer fehlenden positiven Förderung, die Mütter sind „kalt, kritisch, üben Druck aus und kümmern sich wenig um die Bedürfnisse der Kinder“.

Die Ergebnisse bedeuten, daß präventive Maßnahmen für die Verbesserung des Erziehungsstils der Eltern bereits im Kindesalter von 5 bis 7 Jahren eingesetzt werden müssen. Wegen der bisher erst in einigen wenigen Untersuchungen gefundenen Zusammenhänge können generalisierende Aussagen allerdings nur sehr vorsichtig gemacht werden. Darüber hinaus gibt es noch keine

auf diese Ergebnisse aufbauenden präventiven Interventionsstudien, da die Studie erst vor zwei Jahren abgeschlossen wurde. Auf jeden Fall sollten aber entsprechende präventive Programme ausgearbeitet und empirisch erprobt werden.

8. Präventive Maßnahmen sind für Nichtkonsumenten wirksamer als für Probierer und regelmäßige Konsumenten

Untersuchungen zeigen, daß präventive Maßnahmen bessere Ergebnisse haben, wenn sie bei noch nicht konsumierenden Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden. Die Ergebnisse werden konsistent schlechter, wenn die angesprochenen Personen bereits mit Substanzen experimentieren bzw. einen regelmäßigen Konsum begonnen haben. Auch dies zeigt, daß präventive Maßnahmen früher im Leben von Kindern beginnen müssen (siehe 7.).

9. Die Familie hat den lebensgeschichtlich ersten und wahrscheinlich wichtigsten Einfluß auf den späteren Umgang mit Drogen, wird aber für präventive Maßnahmen zu wenig beachtet

Die bisher bekannten Untersuchungsergebnisse deuten darauf hin, daß bereits in der frühen Kindheit die Erziehungsstile der Eltern eine wichtige Rolle spielen im Hinblick auf die Entwicklung protektiver Faktoren zur Verhinderung eines Drogenmißbrauchs. Zwar ist auch hier davon auszugehen, daß genetische Faktoren eine Rolle spielen, doch zeigen die Ergebnisse, daß unterschiedliche Formen des Erziehungsstils einen Einfluß auf die Wahrscheinlichkeit eines späteren Drogenmißbrauchs haben. Diese teilweise noch neuen Erkenntnisse werden sowohl für die Forschung als auch für die Praxis der Prävention noch nicht genutzt. Es fehlen Studien zu präventiven Maßnahmen, die zum Beispiel über Seminare mit Eltern versuchen, das Erziehungsverhalten zu verbessern, um zu sehen, inwieweit dadurch die Wahrscheinlichkeit eines späteren Drogenmißbrauchs gesenkt werden kann. Insgesamt ist der Bereich der Familie als Interventionsort präventiver Maßnahmen, etwa im Vergleich zur Schule, in Forschung und Praxis deutlich vernachlässigt.

10. Die Notwendigkeit einer frühzeitigen Intervention bestärkt die wichtige Rolle der Schule neben der Familie als Ort präventiver Maßnahmen

Die Ergebnisse zeigen, daß geeignete präventive Maßnahmen in der Schule positive Effekte zeigen. Teilweise gehen die Langzeiteffekte nach vier bis sechs Jahren zurück. Dies bedeutet, daß mehr als bisher längerfristige Programme erprobt werden müssen. Darüber hinaus ist bereits eine Verschiebung des Konsumbeginns ein positives Ergebnis, da verschiedene Untersuchungen zeigen, daß Personen mit einem höheren Alter bei Mißbrauchsbeginn diesen weniger gravierend entwickeln und früher wieder aufhören. Die Ergebnisse für die Schulprogramme zeigen, daß auch hier

Lebenskompetenzprogramme mit einem substanzspezifischen und einem substanzunspezifischen Teil auf der Basis von Verhaltensübungen (Rollenspielen) die beste Wirkung zeigen. Eine entscheidende Rolle spielt die Auswahl und die Ausbildung der Personen, die die Programme durchführen.

11. Die Gestaltung des Peer-Gruppen-Einflusses hat eine hohe Bedeutung für präventive Maßnahmen

Alle Ergebnisse zeigen für die USA konsistent, daß altersgleiche Personen aus der nahen Bezugsgruppe präventive Maßnahmen am besten durchführen können. Eine Kombination mit Lehrern ist dabei in der Regel hilfreich. Lehrer sind nur dann geeignet, wenn sie (1.) gut ausgebildet, (2.) in ihrer pädagogischen Kompetenz für präventive Maßnahmen selektiert und (3.) in der Durchführung laufend supervidiert werden. Ist dies nicht der Fall, werden die Programme im Umfang und in der Qualität unzureichend durchgeführt.

Peer-Gruppen-bezogene Schulprogramme auf der Basis eines Lebenskompetenztrainings haben die besten Ergebnisse so wohl für den Raucherbereich alleine als auch für die sogenannten „gateway-Drogen“ (Alkohol, Marihuana und Zigaretten).

12. Gemeindebezogene Programme können einen zusätzlichen Effekt erreichen, wenn sie auf der Grundlage der dargestellten Programme in der Familie, der Schule und in der Peer-Gruppe aufbauen

Dies gilt vor allem dann, wenn es gelingt, alle Einzelmaßnahmen zu koordinieren und dauerhaft anzulegen. Wichtig ist weiterhin ein hohes Engagement von Bürgerinitiativen, lokalen Gruppen und den einzelnen Bürgern. Prävention muß als Gemeinschaftsaufgabe aller gesehen werden.

13. Der Forschungsstand ist unzureichend

Es gibt eine Reihe von Wissenslücken, in denen zur Verbesserung der präventiven Maßnahmen mehr als bisher geforscht werden muß. Dies betrifft in der Grundlagenforschung zum einen echte Längsschnittanalysen, um die bisherige Einzeluntersuchung zur Auswirkung der Erziehungsstile auf den langfristigen Drogenkonsum zu verifizieren. Zweitens ist das zunehmend zu beobachtende Phänomen völlig unerforscht, daß immer mehr ältere Personen (ab 25/30 Jahre) ein Mißbrauchsverhalten beginnen (vor allem mit Kokain). Es ist anzunehmen, daß die gängigen entwicklungspsychologisch orientierten Konzepte zur Erklärung dieses Trends nicht geeignet sind. Es fehlen für die betroffene Altersgruppe jegliche Kenntnisse über Motive, Entwicklung und Verlauf des Mißbrauchsverhaltens und über Konzepte zur Prävention und Behandlung. Im Bereich der Interventionsforschung fehlen Programme und Untersuchungen, die auf die Ergebnisse zum Erziehungsstil aufbauen sowie realistische Konzepte für die breitenwirksame Umsetzung von präven-

tiven Maßnahmen in der Familie. Weiterhin fehlen in der Bundesrepublik Untersuchungen zum Lebenskompetenzkonzept im Bereich der Familie, der Schule, des Jugendzentrums und insgesamt der Peer-Gruppe.

8.2 Massenkommunikation

14. Für den Erfolg präventiver Maßnahmen über Massenmedien ist eine sorgfältige Planung, Durchführung und Evaluation aller Aktivitäten unter Berücksichtigung des wissenschaftlichen Kenntnisstandes notwendig
Als entscheidende Erfolgsgaranten für Kampagnen über Massenmedien haben sich erwiesen:

- eine gut definierte Zielgruppe
- Analyse der Bedürfnisse der Zielgruppe
- Botschaften, die auf bestehendem Wissen der Zielgruppe aufbauen und bestehende Bedürfnisse und Motive befriedigen
- Durchführung eines Prätests mit den Kampagnematerialien
- Ein Medien-Plan, um zu gewährleisten, daß diejenigen, die erreicht werden sollen, auch erreicht werden
- Evaluation
- lange Laufzeit.

15. Massenmedien können als Zielgruppe einerseits Kinder und Jugendliche als direkt Betroffene ansprechen, andererseits die gesamte Öffentlichkeit
Die wichtigsten Zielgruppen für drogenpräventive Kampagnen sind:

- **Kinder**
Da mit dem Drogenkonsum (zumindest Tabak) schon relativ früh begonnen wird, ist es wichtig, sich in den Massenmedien an diese sehr junge Zielgruppe zu wenden, eventuell zur Ergänzung und Unterstützung der Prävention in der Schule.
- **Jugendliche**
Die für die Kinder angelegten Kampagnen sollten in für die Jugendlichen angepaßter Form wiederholt werden. Jugendliche mit einem beginnenden Mißbrauchsverhalten können allerdings mit Massenmedien kaum bzw. gar nicht mehr erreicht werden.
- **Öffentlichkeit**
Auch wenn es nicht immer möglich ist, die Zielgruppen direkt mit Hilfe der Massenmedien zu erreichen, so können Kampagnen, die sich an die gesamte Öffentlichkeit wenden, doch etwas für die Notwendigkeit der Prävention bewirken. *Dadurch, daß die Öffentlichkeit für ein Problem*

sensibilisiert wird, indem zum Beispiel die Aufmerksamkeit auf den sozialen Kontext, in dem Drogenkonsum stattfindet, gelenkt wird und Diskussionen über die Verfügbarkeit von Drogen, Alkohol- und Tabakwerbung sowie politische Einflußmöglichkeiten angeregt werden, können sich Erfolge sowohl in der breiten Bevölkerung (z.B. Änderung sozialer Normen) als auch auf politischer und institutioneller Ebene (z.B. Bereitstellung von Ressourcen) zeigen.

16. Es ist sinnvoll, diejenigen negativen Überzeugungen der Zielgruppe anzusprechen, die eine Übernahme des erwünschten gesundheitsgerechten Verhaltens verhindern

Auf Seiten der Zielgruppe existieren oft Meinungen und Überzeugungen, die im Kontrast zu den Zielen der Kampagne stehen. So kann zum Beispiel die Einschätzung der persönlichen Betroffenheit durch ein Gesundheitsproblem gering sein, die vorgeschlagenen Maßnahmen können als nicht sehr effektiv bzw. das „neue Verhalten“ als eher nachteilig (z.B. aus finanziellen Gründen oder Unbequemlichkeiten) bewertet werden. Weiterhin ist wichtig, wie die Zielpersonen die öffentliche Meinung sowie die normativen Erwartungen in bezug auf das zu ändernde Verhalten wahrnehmen und verstehen.

17. Die Anreize, die in bezug auf das erwünschte Verhalten gegeben werden, sollen auf den vorhandenen Motiven, Bedürfnissen und Werten der Zielgruppe aufbauen

Der Ansatz wird in der kommerziellen Werbung bereits dahingehend verfolgt, daß mit den Sehnsüchten und Bedürfnissen der Zielgruppe gearbeitet wird, und dann ein Produkt oder ein Service angeboten wird, um genau diese Bedürfnisse zu befriedigen.

18. Im Falle von Kindern und Jugendlichen ist es entscheidend, Themen anzuschneiden, die im Prozeß der Identitätsfindung von Relevanz sind

Gemeint sind zum Beispiel Freiheit, Autonomie und Akzeptanz in der Peer-Gruppe. In diesem Zusammenhang ist ein wichtiges Thema der soziale Druck, der von den Gleichaltrigen, der Familie und durch die Medien ausgeübt wird und der die Erreichung dieser Ziele behindern kann.

19. Besonders bei Kampagnen, die an Kinder und Jugendliche gerichtet sind, ist es wirksamer, die Aufmerksamkeit der Angesprochenen auf sofortige, sehr wahrscheinliche Konsequenzen des Verhaltens zu lenken

Das bedeutet zum Beispiel, daß in bezug auf Zigarettenrauchen nicht mehr die Gefahr einer Krebserkrankung in den Vordergrund der Information gerückt werden sollte, sondern eher Effekte, die sich viel früher einstellen werden wie Verfärbung der Zähne, Mundgeruch, Verschlechterung der körperlichen Leistungsfähigkeit.

20. Sehr vorsichtig muß mit dem Einsatz von angsterzeugenden Botschaften umgegangen werden
Verschiedene Studien haben gezeigt, daß es sehr schwierig ist, dieses richtig auszuführen, außerdem sind solche Kampagnen wenig erfolgreich. Wird nur geringe Angst erzeugt, so erfolgt keine Motivierung, wird zu große Angst erzeugt bzw. erscheint das erwünschte Verhalten als ungeeignet zur Furcht-reduktion, so zeigt sich die Tendenz, sich der Botschaft zu entziehen oder ihre Glaubwürdigkeit in Frage zu stellen. Gerade die angsterzeugenden Appelle führen oft zu einer Manifestierung des Verhaltens, das eigentlich geändert werden soll.
21. Vorsichtig sollte man mit dem Einsatz von Prominenten als Verbreiter der Botschaft sein
Zum einen kann die Person durch ihre große Popularität zu sehr im Vordergrund stehen, so daß die Nachricht dahinter verschwindet, zum anderen kann die Popularität auch sehr schnell sinken und ihr neues Image könnte dann der Kampagne eher schaden als nutzen. Desweiteren begegnen Jugendliche und Erwachsene diesen Persönlichkeiten eher mit Argwohn, da man ihnen unterstellt, entweder nur an der Kampagne teilzunehmen, weil sie dafür bezahlt werden, oder sogar selbst zu den Drogenkonsumenten zu gehören (z.B. Fernsehstars, Hochleistungssportler).
22. Mit einer Medienaktion kann ein Image bzw. ein Lebensstil kreiert werden, der Drogengebrauch ausschließt
Manche Autoren gehen sogar soweit zu fordern, daß es für Jugendliche angemessener ist, mehr auf das Image des Nichtkonsumenten als auf das Wissen über die Gefahren des Konsums zu setzen. Dies bedeutet zum Beispiel in bezug auf das Rauchen, daß die Strategie nicht sein sollte, das Rauchen anzugreifen, denn „Gesundheitsappelle, die darauf abzielen, werbewirksame Aussagen der Zigarettenindustrie zu attackieren, sind von vornherein zum Scheitern verurteilt“, sondern ein Nichtraucherimage aufzubauen. Das darf allerdings nicht mit Hilfe von Idealen aus der Erwachsenenwelt wie zum Beispiel Gesundheit oder Langlebigkeit erfolgen.
23. Sehr wichtig ist die Ergänzung von massenmedialer Kommunikation durch eine personale Kommunikation
Es sollte immer eine Unterstützung von Medienkampagnen durch Maßnahmen der zwischenmenschlichen Kommunikation erfolgen. Dies ist besonders entscheidend im Hinblick auf die langfristige Stabilität aller Ergebnisse.

9. Vorschläge

9.1 Exkurs: Organisation der Prävention in Deutschland

Für die Vorschläge zur Verbesserung der Prävention in Deutschland ist zum einen eine Analyse des wissenschaftlichen Kenntnisstandes notwendig, die Inhalt dieser Expertise ist. Zum anderen ist aber auch eine Analyse der organisatorischen Grundlagen der Prävention notwendig, da nur auf diesem Hintergrund Verbesserungsvorschläge in die Praxis umgesetzt werden können. Eine Analyse der Organisation der Prävention in der Bundesrepublik war nicht Gegenstand dieser Expertise. Da Vorschläge zur Prävention aber auch organisatorische Angaben enthalten müssen, muß vorweg auf die Organisation der Prävention in Deutschland eingegangen werden.

Auf Bundesebene entwickelt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung präventive Strategien und daraus abgeleitete Materialien, vor allen Dingen im Bereich der Massenkommunikation (z.B. Broschüren und Filme) aber auch im Bereich der personalen Kommunikation (z.B. Theaterstücke für Kinder und Jugendliche). Neben der BZgA werden auf Landes- bzw. Verbandsebene nur wenige Materialien für die Primärprävention entwickelt. Sie ist auch die einzige nennenswerte Organisation, die zumindest im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung dieser Materialien und Erprobungen eine, insgesamt gesehen, bescheidene Forschung zur Prävention (Interventionsforschung) durchführt beziehungsweise fördert. Außerhalb der BZgA gibt es nur ganz wenige Forschungsansätze, die sich aber weniger mit Interventionen, als viel mehr mit der Analyse von Entwicklungsverläufen von Kindern und Jugendlichen befassen, und damit auch indirekt Schlußfolgerungen für die Entwicklung des Drogenmißbrauchs erlauben.

Prävention ist Aufgabe der Länder, die diese an verschiedene Institutionen delegieren. Auf der lokalen Ebene gibt es vor allem die Drogenberatungsstellen, die aber vorwiegend im Bereich der Sekundärprävention engagiert sind. Sie sind auch für primärpräventive Ansätze, etwa in der Schule oder im Kindergarten sowohl personell wie kompetenzmäßig und von der Notwendigkeit eines langfristigen Ansatzes her überfordert. Die lokalen Gesundheitsämter haben zwar in ihrem Aufgabenkatalog die Verantwortung für präventive Maßnahmen, nehmen sie aber im Bereich der Drogenprävention praktisch nicht wahr. Es fehlt sowohl an personeller Kapazität wie sachlicher Kompetenz. Auch die verschiedenen Verbände tragen nur sehr wenig zur primären Prävention bei, da ein großer Teil von ihnen im Therapiebereich tätig ist. Die Landeszentralen für gesundheitliche Aufklärung und ähnliche Organisationen sind ebenfalls von der personellen Kapa-

zität unterbesetzt und von der fachlichen Voraussetzung her kaum in der Lage langfristig angelegte präventive Maßnahmen auf lokaler Ebene organisatorisch zu planen und durchzuführen.

Insgesamt muß die Situation der Prävention in Deutschland in Hinblick auf die Sicherstellung einer flächendeckenden personellen und organisatorischen Grundlage, immer noch als völlig unzureichend bezeichnet werden. Zwar gibt es inzwischen eine fast unübersehbare Anzahl neuer primärpräventiver Maßnahmen in den unterschiedlichsten Bereichen, doch fehlt ihnen überwiegend die langfristige personelle und organisatorische Verankerung in Organisationen, die unabhängig von therapeutischen Aufgaben sind, sondern sich überwiegend der Prävention widmen, entweder speziell für den Substanzmißbrauch, oder im Rahmen einer allgemeinen Gesundheitserziehung. Es gibt aber zunehmend mehr neuere Ansätze, die möglicherweise in der Zukunft dieses Problem reduzieren. So hat zum Beispiel der Stadtrat der Stadt München vor wenigen Monaten eine Konzeption für die Drogenhilfe verabschiedet, die unter anderem auch eine Verbesserung der organisatorischen Grundlagen für örtliche präventive Maßnahmen vorsieht. Es soll eine selbständige Organisation mit mehreren Mitarbeitern geschaffen werden, die nur für präventive Maßnahmen zuständig sind. Die Organisation soll von der Stadt und von interessierten Verbänden gemeinsam getragen werden. Ähnliche Konzepte in anderen Städten sind geplant beziehungsweise existieren seit längerer Zeit, zum Beispiel in Baden-Württemberg, Bremen und Berlin. Insgesamt spielen sie aber für eine ausreichende Sicherstellung präventiver Maßnahmen in der Bundesrepublik noch keine Rolle.

Diese sehr kurz gefaßte Darstellung der organisatorischen Grundlagen macht deutlich, daß alle Vorschläge zur Verbesserung der fachlichen Qualität der Prävention in Deutschland auch Vorschläge zur Verbesserung der Organisation enthalten müssen.

9.2 Vorschläge

Die Vorschläge basieren auf fachlichen Überlegungen und berücksichtigen nicht die organisatorischen bzw. juristischen Zuständigkeiten für präventive Maßnahmen in Deutschland.

Grundlagen

1. Ziel aller präventiven Maßnahmen muß die Stärkung derjenigen protektiven Faktoren bei Kindern und Jugendlichen sein, die einen späteren Drogenmißbrauch verhindern

Es ist die Aufgabe aller präventiven Maßnahmen, Kindern und Jugendlichen den Erwerb von Wissen, Einstellungen und Kompetenzen zu ermöglichen, die einen späteren Drogenmißbrauch verhindern. Dies soll vor allem dadurch erreicht werden, daß die aus der bisherigen Forschung bekannten protektiven Faktoren beim einzelnen Kind und Jugendlichen gestärkt werden (u.a. altersadäquate Problemlöse-, Kommunikationsfähigkeiten, positives Selbstkonzept). Die Prävention des Drogenmißbrauchs muß in ein allgemeines Konzept der Gesundheitserziehung eingebettet werden.

2. Zentraler Bestandteil von präventiven Maßnahmen muß die Förderung von Lebenskompetenzen sein

In Zukunft soll darauf geachtet werden, daß in präventiven Maßnahmen vor allem die Förderung der Kompetenzen zur Lebensbewältigung (z.B. Selbstsicherheits-, Problemlöse-, Kommunikationstraining, Streßmanagement etc.) einbezogen werden. Im Rahmen dieses generellen Konzepts sind Informationen zu Drogen und zum Drogenmißbrauch sorgfältig zu planen und altersadäquat einzusetzen, wobei vor allem alle Ansätze zur Angsterzeugung unbedingt zu vermeiden sind. Informationen sollen sich auf die Beschreibung der Substanzen, auf kurzfristige für die jeweilige Altersgruppe erlebbare Konsequenzen sowie auf den Umfang des Konsums in der Bevölkerung beschränken.

3. Die Prävention muß substanzspezifische und substanzunspezifische Anteile enthalten

Wirksame präventive Maßnahmen haben einen substanzspezifischen Anteil (vor allem „Standfestigkeitstraining“) und einen in der Regel sehr viel umfangreicheren substanzunspezifischen Anteil, der sich mit der Förderung von Kompetenzen zur allgemeinen Lebensbewältigung befaßt. Je nach Altersgruppe ist der substanzspezifische Anteil unterschiedlich hoch, im frühen Kindesalter entfällt er völlig. Grundsätzlich überwiegt der substanzunspezifische Anteil deutlich. Untersuchungen über Konzepte mit einem solchen breiten Ansatz zeigen, daß neben der Reduzierung des Drogenmißbrauchs auch Verbesserungen in anderen Bereichen des Lebens von Kindern und Jugendlichen erreicht werden, etwa im Hinblick auf destruktive Handlungen. Die Prävention des Drogenmißbrauchs in der hier verstandenen Form trägt deshalb auch zur Reduzierung von sonstigen Problemen von Kindern und Jugendlichen bei, bzw. zur besseren Bewältigung dieser Probleme.

4. Prävention muß frühzeitig einsetzen, langfristig angelegt sein und kontinuierlich durchgeführt werden

Im Gegensatz zu heute, wo präventive Maßnahmen zum Drogenmißbrauch vor allen Dingen die Altergruppen 12/14 bis 20 erfassen, sollte in Zukunft ein sehr viel früherer Altersbereich im Mittelpunkt stehen. Kurzfristige präventive

Aktionen und Maßnahmen zeigen kaum einen Effekt, so daß sie in Zukunft unterbleiben können. Prävention muß eine integrierte und langfristige Aufgabe elterlicher Erziehung sowie eine langfristig angelegte pädagogische Aufgabe in Schulen, Kindergärten und ähnlichen Einrichtungen werden. Prävention darf nicht mehr eine spezielle Handlung, Maßnahme oder Aktion sein, sondern integrierter Bestandteil des täglichen Lebens in der Familie und in der Schule bzw. ähnlichen Einrichtungen. Prävention muß Gemeinschaftsaufgabe aller Bürger werden.

Zielgruppe

5. Die Zielgruppe muß in Zukunft auch den Alterbereich unter 10 bis 12 Jahren berücksichtigen

Die Untersuchungen deuten darauf hin, daß entscheidende Grundlagen für die Gefahr eines Drogenmißbrauchs in der frühen Kindheit gelegt werden, so daß präventive Maßnahmen für Kinder spätestens ab dem 5. Lebensjahr beginnen müssen.

6. Durch den frühzeitigen Beginn der Prävention erhalten Eltern sowie Mitarbeiter von Kindergärten und Schulen einen besonderen Stellenwert

Während der überwiegende Anteil der präventiven Maßnahmen bisher eher bei Jugendlichen ansetzt und deswegen entsprechende Bezugspersonen wie Mitarbeiter in Jugendzentren und ähnliche angesprochen wurden, müssen in Zukunft stärker Eltern und Mitarbeiter von Institutionen im Kinderbereich in präventive Maßnahmen einbezogen werden. Dies bedeutet unter anderem die Entwicklung von Seminaren und Kursen für Eltern um ihnen entsprechend der präventiven Ziele Anregungen für eine verbesserte Erziehung zu geben. Dies bedeutet aber auch die Schulung von Kindergärtnern und Lehrern. Um dieses Ziel auch effizient zu erreichen, dürfen präventive Maßnahmen nicht nur im Rahmen der Fortbildung vermittelt werden, sondern müssen integrierter Bestandteil der Grundausbildung von Kindergärtnern und Lehrern werden. Dies hat insbesondere für den Lehrerberuf radikale Konsequenzen, als der Schwerpunkt der heutigen Lehrerausbildung sowie ihrer pädagogischen Sichtweise in der Vermittlung und Verarbeitung von Informationen liegt, nicht aber in der Vermittlung von Lebenskompetenzen. Die Veränderung der Lehrerausbildung im Hinblick auf die genannten Forderungen stellt eine entscheidende Grundlage für eine effiziente Prävention des Drogenmißbrauchs dar.

Interventionsorte

7. Die Familie ist der erste und für lange Jahre wichtigste Interventionsort für präventive Maßnahmen

Will man eine ernstzunehmende und breit angelegte Prävention des Drogenmißbrauchs in der Bundesrepublik erreichen, müssen die ersten und für lange Jahre wichtigsten Maßnahmen in der Familie angesetzt werden. Dies bedeutet, daß Erziehung in der Familie nicht mehr dem Zufall überlassen werden kann, sondern daß Eltern durch Seminare in die Lage versetzt werden, ihr Erziehungsverhalten in Hinblick auf die notwendigen Voraussetzungen für eine effektive Drogenprävention zu verbessern. Darüber hinaus ist es aber auch notwendig, die Rahmenbedingungen zu verbessern. In einer Familie mit jungen Kindern, in der beide Elternteile ganztags beruflich tätig sind, sind die Voraussetzungen für eine wirksame Prävention denkbar schlecht. Prävention braucht nicht nur Kompetenzen bei den Eltern, sondern auch Zeit, Ruhe, ökonomische und soziale Sicherheit als wichtige Rahmenbedingungen.

8. Nach der Familie sind der Kindergarten und die Schule die wichtigsten Orte für präventive Maßnahmen. Diese Erkenntnis aus der Forschung stellt besonders an die Schule erhebliche Anforderungen in Hinblick auf Veränderungen. Wenn Schule Wissen, Einstellungen und Lebenskompetenzen zur Prävention des Drogenmißbrauchs vermitteln soll, dann ist es notwendig, neben der Lehrerbildung auch die Struktur des Unterrichts zu verändern. Neben einem spezifischen Fach Gesundheitserziehung, in dem auch die Inhalte zur Prävention des Drogenmißbrauchs einbezogen werden können, muß die Idee der Prävention über die Vermittlung von Lebenskompetenz, die ja nicht nur für die Verhinderung des Drogenmißbrauchs sinnvoll ist, integrierter Bestandteil des Unterrichts werden, zumindest bis etwa zum 15. Lebensjahr. Alle punktuellen Aktionen wie Aufklärungswochen, Vorträge von externen Referenten (zum Beispiel Drogenberatungsstellen) und ähnliche eher plakative und zeitbefristete Maßnahmen sind abzuschaffen, da sie im besten Fall wirkungslos, mit hoher Wahrscheinlichkeit eher kontraproduktiv sind. Dies gilt auch für polizeiliche Vorträge über die Gefahren des Mißbrauchs einzelner Drogen. Abschreckungskonzepte dieser Art sind günstigstenfalls wirkungslos.

9. Bezugsgruppen von Kindern und Jugendlichen sind stärker in die Prävention einzubeziehen

Untersuchungen aus den USA zeigen, daß präventive Maßnahmen, etwa ein Seminar in Schulen, die von altersgleichen Jugendlichen durchgeführt werden, bessere Ergebnisse bringen als die von nicht oder wenig in der Prävention geschulten Lehrern durchgeführten. Insofern muß versucht werden, in möglichst alle Aktivitäten auf Schul- und Gemeindeebene Kinder und Jugendliche aktiv einzubeziehen. Es muß untersucht werden, ob und gegebenenfalls wie dieses Konzept für die Bundesrepublik modifiziert werden muß.

Organisation der Prävention

10. Die BZgA soll sich im personalkommunikativen Bereich auf Entwicklungsaufgaben beschränken, aber eine ständige Beratungsgruppe für Maßnahmen auf lokaler Ebene zur Verfügung stellen

Im personalkommunikativen Bereich der Prävention ist die lokale Umsetzung präventiver Maßnahmen eine unabdingbare Voraussetzung. Die BZgA sollte deshalb ihre Tätigkeit in diesem Bereich auf die Entwicklung von Konzepten, Manualen und Unterlagen sowie auf die Erprobung in wissenschaftlich begleiteten Modellvorhaben konzentrieren. Falls sie derzeit noch erprobte Unterlagen und Konzepte für die laufende Anwendung betreut, sollte sie diese Tätigkeiten aufgeben. Dies sollte in Zukunft durch lokale Gremien wahrgenommen werden (siehe nächster Punkt).

Stattdessen wird vorgeschlagen, daß die BZgA eine Gruppe von Fachleuten zur Verfügung stellt, die als Beratergremium für die Auswahl, Planung, Durchführung und Bewertung von präventiven Maßnahmen auf lokaler Ebene zur Verfügung steht. Da das präventive Wissen auf dieser Ebene derzeit unzureichend ist, soll mit dieser Maßnahme erreicht werden, daß in relativ kurzer Zeit der aktuelle Kenntnisstand in Hinblick auf die Prävention des Drogenmißbrauchs auf lokaler Ebene weitergegeben werden kann. Dies sollte zumindest für eine Übergangszeit von 5 bis 10 Jahren erfolgen. Hierfür ist eine individuelle Beratung notwendig, da die jeweiligen örtlichen Bedingungen sehr unterschiedlich sind. Die BZgA könnte eine solche Beratungsgruppe entweder aus eigenen Mitarbeitern zur Verfügung stellen oder eine Gruppe aus externen Fachleuten an Universitäten und ähnlichen Institutionen zusammenstellen, die jeweils im Auftrag der BZgA tätig sind. Eine solche Beratungsgruppe wird als eine der wenigen Möglichkeiten gesehen, den aktuellen Kenntnisstand zur Prävention möglichst rasch und flächendeckend in konkrete präventive Maßnahmen umzusetzen. Dazu müssen Seminare über Präventionskonzepte und daraus abzuleitende Maßnahmen entwickelt und angeboten werden.

11. Es müssen neue lokale Gremien geschaffen werden, die nur für präventive Maßnahmen zuständig sind

Zur Koordination der örtlichen präventiven Maßnahmen auf Gemeinde- oder Landkreisebene sollten neue Institutionen geschaffen werden. Sie sollten auf jeden Fall von therapeutisch tätigen Institutionen unabhängig sein. Es gibt derzeit noch zu wenig Erfahrungen, wie solche Institutionen organisatorisch eingebettet sein könnten. Möglich wäre eine Behörde des Stadtjugendamtes oder des Gesundheitsreferates, eine gemeinsam von den beiden Institutionen geleitete Behörde, ein unabhängiger Verein, der von öffentlichen Einrich-

tungen und Verbänden getragen wird, oder ähnliche Konstruktionen. Da es dazu noch zu wenig Erfahrungen gibt, wird vorgeschlagen, im Rahmen eines Demonstrationsmodells die Entwicklung und Erprobung von inhaltlichen Konzepten mit der Erprobung organisatorischer Strukturen zu verbinden.

Massenkommunikation

12. Der Einsatz von Massenmedien als primärpräventive Strategie soll sich auf zwei Zielgruppen beziehen: die breite Öffentlichkeit sowie Kinder und Jugendliche als direkt Betroffene

Massenmediale Aktionen können und sollen in erster Linie die Aufmerksamkeit breiter Bevölkerungsschichten auf das Präventionsthema richten, sie aufgeschlossen für den Präventionsgedanken machen, mit dem Ziel, daß Prävention als Gemeinschaftsaufgabe aller betrachtet und somit ein Klima für eine „Trendwende“ geschaffen wird. Darin ist die Hauptfunktion von Massenmedien-Kampagnen in bezug auf das Mißbrauchsverhalten zu sehen.

Direkte Verhaltensänderungen bei Kindern und Jugendlichen lassen sich ohne zusätzliche Maßnahmen auf personaler Ebene kaum erwarten, vor allem dann, wenn Jugendliche bereits mit Drogen experimentieren. Dieses Zusammenwirken ist aber nur dann erfolgreich, wenn beide Bestandteile in Planung und Ausführung gut sind. Für die Massenmedien-Aktion bedeutet dies, daß in ihrem Vorfeld genaue Zielgruppenanalysen durchgeführt werden müssen, die gewährleisten, daß vorhandene Motive, Bedürfnisse und nicht zuletzt auch aktuelle Trends, die innerhalb dieser Gruppe vorherrschen, vor allem berücksichtigt werden. Dies gilt ebenso für bereits existierende Überzeugungen, die im Prinzip bereits in die erwünschte Richtung gehen und die nach ihrer Identifikation besonders verstärkt werden müssen.

Wissenschaftliche Forschung als Voraussetzung von Kampagnen ist somit unerläßlich, jedoch auch während ihrer Laufzeit sollte sie wissenschaftlich begleitet werden, um eventuellen Fehlentwicklungen rechtzeitig entgegensteuern zu können.

Forschung

13. Die Forschung zur Primärprävention muß in Deutschland erheblich ausgeweitet werden

Deutschland ist im Vergleich zu anderen europäischen Ländern und den USA ein Entwicklungsland im Hinblick auf die Quantität und Qualität der Forschung zur Prävention des Drogenmißbrauchs. Dies gilt sowohl für Stu-

dien über den Zusammenhang zwischen einzelnen protektiven Faktoren (zum Beispiel im Familienbereich) und der Entwicklung eines Drogenmißbrauchs beziehungsweise anderer Entwicklungsstörungen als auch für die Interventionsforschung über die Effektivität und Effizienz präventiver Maßnahmen. Es sind deshalb alle Anstrengungen notwendig, diese beiden Aspekte präventiver Forschung zu fördern. Darüber hinaus muß dem Trend nachgegangen werden, daß zunehmend Erwachsene im Alter ab 25 Jahren ein Mißbrauchsverhalten (vor allem Kokain) beginnen. Hierzu liegen kaum Kenntnisse vor, weder zum Umfang des Problems, noch zum Entwicklungsverlauf oder zu präventiven Ansätzen.

Das geringe Interesse der Präventionsforschung an den Universitäten ist bedauerlich, kann aber kaum durch externe Aktivitäten verbessert werden. Eine Möglichkeit besteht darin, im Rahmen des geplanten Forschungsschwerpunktes beim BMFT die Präventionsforschung entsprechend dem geringen Kenntnisstand überproportional zu berücksichtigen. Im Bereich der mehr anwendungsorientierten Interventionsforschung sollten durch Mittel der BZgA und/oder des BMG vor allem zwei Arten von Forschungsvorhaben gefördert werden:

- Forschungsprojekte, in denen unterschiedliche Formen präventiver Maßnahmen möglichst unter experimentellen Bedingungen erprobt und deren Auswirkungen langfristig nachuntersucht werden
- Wissenschaftliche Begleitung von neu einzurichtenden Modellvorhaben, in denen unter Praxisbedingungen auf lokaler Ebene umfassende präventive Ansätze erprobt und analysiert werden, wobei gleichzeitig organisatorische Aspekte der Administration präventiver Aufgaben miteinbezogen und untersucht werden.

Finanzierung

14. Prävention des Drogenmißbrauchs erfordert erhebliche personelle und finanzielle Ressourcen

Eine Prävention, die nicht nur Feigenblattcharakter hat und sich auf spektakuläre Aktionen beschränkt, muß finanziell, personell und administrativ entsprechend ausgestattet werden. Ohne eine entsprechende finanzielle Grundlage bleibt die Forderung nach Prävention, wie sie derzeit im öffentlichen Raum ständig erhoben wird, nur ein Lippenbekenntnis. Es geht darum, sehr viel menschliches Leid bei Drogenabhängigen und ihren Familien zu verhindern. Diese Verhinderung wird gleichzeitig erhebliche finanzielle Mittel einsparen, die den Aufwand für die Prävention rechtfertigen. Unabhängig

von dieser ökonomischen Betrachtungsweise ist es aber eine Gemeinschaftsaufgabe aller, die mit dem Drogenmißbrauch verbundene Zerstörung der Lebensperspektiven von Jugendlichen zu verhindern.

Auch wenn eine direkte Zuordnung von finanziellen Mitteln für präventive Maßnahmen aus den Einnahmen der Alkohol- und Tabaksteuer rechtlich wahrscheinlich nicht möglich ist, wird vorgeschlagen, einen bestimmten Anteil jährlich für präventive Zwecke zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus sollten sich neben Ländern und Gemeinden in Zukunft auch die Krankenkassen an der Finanzierung der örtlichen Einrichtungen beteiligen.

Literatur

- Aaro, L.E.; Wold, B.; Kannas, L.; Rimpelä, M. (1986). Health behaviour in schoolchildren. A WHO cross-national survey. *Health Promotion* 1(1), pp. 17-33.
- Abgeordnetenhaus von Berlin (Hrsg.). (1981). Bericht über Maßnahmen zur Suchtprophylaxe und Maßnahmen zur Verringerung des Drogenkonsums bei Kindern und Jugendlichen. Drucksache 8/683 Nr. 214, S. 4-17.
- Abolz, H.-H.; Borgers, D.; Karmaus, W.; Korporal, J. (Hrsg.). (1982). Risikofaktorenmedizin: Konzept und Kontroverse. Berlin/New York: Walter de Gruyter.
- Adams, T.; West, B. (1988). The private sector: Taking a role in the prevention of drug and alcohol abuse for young people. *Journal of Drug Education* 18(3), pp. 185-199.
- Affemann, R. (1981). Drogenprophylaxe als Element umfassender Gesundheits-erziehung. *ajs Informationen* 3/81, S. 1-4.
- Ainsworth, M.D. (1962). The effects of maternal deprivation. A review of findings and controversy in the context of research strategy. In World Health Organization (Ed.), *Deprivation of maternal care: A reassessment of its effects*. Geneva.
- Aktion Jugendschutz (Hrsg.). (o.J.). Prävention – Sammelmappe – Nikotin – Alkohol – Drogen – Jugendkriminalität – Jugendsekten – Kinder- und Jugendsuizide. Schriftenreihe „Beiträge zum Jugendschutz“, Heft 5, S. 1-80.
- Aktion Jugendschutz Baden-Württemberg (Hrsg.). (1982). Grundlagenstudie Suchtprophylaxe. Stuttgart.
- Albon, J. (1982). Furcht als Werkzeug der Prophylaxe: Zur Verwendung furchterregender Informationen aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht. *Drogalkohol* 6(2), S. 3-14.
- Alfs, G. (1986). Drogenprävention III. Schulische Drogen- und Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland von 1970 bis heute – ein Vergleich der Unterrichtseinheiten und Materialien unter konzeptionellen Gesichtspunkten; Schlußfolgerungen für die Lehreraus- und Lehrerfortbildung. Oldenburg: Universität.
- Allison, K.R. et al. (1990). Effects on students of teacher training in use of a drug education curriculum. *Journal of Drug Education* 20(1), pp. 31-46.

- Anderson Johnson, C.; Solis, J. (1983). Comprehensive community programs for drug abuse prevention: implications of the community heart disease prevention programs for future research. NIDA Research Monograph Series 47. Rockville.
- Anderson, R.B.; Maypole, D.E.; Norris-Henderson, K. (1987). A model for the evaluation of statewide substance abuse prevention programs. *International Journal of the Addictions* 22(10), pp. 917-925.
- Andritsch, F. (1985). Regionale Suchtprophylaxe – Koordinierung von Maßnahmen gegen den Drogen- und Rauschmittelmisbrauch auf örtlicher Ebene. *Suchtgefahren* 31, S. 425-427.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Arkin, R.M.; Roemhild, H.F.; Johnson, C.A.; Luepker, R.V.; Murray, D.M. (1981). The Minnesota Smoking Prevention Program: A Seventh-Grade Health Curriculum Supplement. *The Journal of School Health* 51, pp. 611-616.
- Athen, D. (1983). Alkoholabhängigkeit – Psychische Entstehungsbedingungen und präventive Maßnahmen. *Drogalkohol* 7(2), S. 3-17.
- Atkin, C.K. (1979). Research evidence on mass mediated health communication campaigns. In Nimmo, D. (Ed.), *Communication Yearbook* 3. New Brunswick: Transaction.
- Atkin, C.; Wallack, L. (Eds.) (1990). *Mass communication and public health*. Newbury Park, Cal.: Sage.
- Babayan, E.A.; Igonin, A.L. (1982). Prävention der Alkohol und Narcoticaabhängigkeit in der USSR. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 5(1&2), S. 61-63.
- Badry, E.; Knapp R. (1989). Gesundheitserziehung und Suchtvorbeugung als Teilaufgabe von Erziehung. In Knapp, R. (Hrsg.), *Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren* (S. 3-41). Heidelberg.
- Baer, P.E. et al. (1988). Alcohol use and psychosocial outcome of two preventive classroom programs with seventh and tenth graders. *Journal of Drug Abuse* 18(3), pp. 171-184.
- Bäuerle, D. (1989). Suchtvorbeugung in der Familienerziehung. In Knapp, R. (Hrsg.), *Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren* (S. 159-179). Heidelberg.

- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bangert-Drowns, R.L. (1988). *The effects of school-based substance abuse education – a meta-analysis*. *Journal of Drug Education* 18(3), pp. 243-265.
- Barber, J.; Grichting, W. (1990). *Australia's media campaign against drug abuse*. *International Journal of the Addictions* 25(6), pp. 693-708.
- Barnea, Z. (1989). *A critical and comparative review of the prevention of drug and alcohol abuse in Israel*. *Journal of Drug Education* 19(1), pp. 59-81.
- Barresi, C.; Gigliotti, R. (1975). *Are drug education programs effective?* *Journal of Drug Education* 5(4), pp. 301-317.
- Bartsch, N. (1982). *Suchtprävention in der Grundschule*. *Suchtgefahren* 28, S. 251-254.
- Bartsch, N.; Knigge-Illner, H. (Hrsg.) (1987). *Sucht und Erziehung*. Weinheim/Basel: Beltz.
- Bartsch, N., Winter, K. (1980). *Primärpräventive Drogenerziehung in der Grundschule*. *DHS-Schriftenreihe, Band 22*, S. 102-111.
- Bastian, J.; Plantiko, G. (1981). *Zwischen Konsum und Protest*. *Westermanns Pädagogische Beiträge* 33(5), S. 180-188.
- Battegay, R. (1978). *Vom Hintergrund der Süchte*. Bern, Wuppertal-Barmen.
- Battegay, R. (1972). *Vom Hintergrund der Süchte. Zum Problem der Drogen- und Alkoholabhängigen*. Bern, Wuppertal-Barmen: Blaukreuz-Verlag.
- Battjes, R.J. (1985). *Prevention of adolescent drug abuse*. *The Int. Journal of the Addictions* 20(6&7), pp. 1113-1134.
- Battjes, R.J.; Bell, C.S. (1985). *Future directions in drug abuse prevention research*. *NIDA Research Monograph* 63, pp. 221-228.
- Battjes, R.J.; LaRue-Jones, C. (1985). *Implications of etiological research for preventive interventions and future research*. *NIDA Research Monogr.* 56, pp. 269-276.
- Baur, H. (1984). *Suchtprävention in der Schule: Anregungen aufgrund praktischer Erfahrungen*. *Prävention* 4, S. 116-124.
- Becker, M.H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Slack.

- Becker, P.; Minsel, B. (1986). *Psychologie der seelischen Gesundheit 2*. Göttingen: Hogrefe.
- Bell, P. (1984). Anthropological overview of substance abuse: A social policy prevention approach. *The Alabama Journal of Medical Sciences* 21(2), pp. 162-169.
- Bell, C.S.; Battjes, R. (1985). *Prevention Research: Deterring Drug Abuse Among Children and Adolescents*. NIDA Research Monograph 63, A RAUS Review Report. Rockville, Maryland.
- Berberian, R. M.; Gross, C.; Lovejoi, J.; Paparella, S. (1976). The effectiveness of drug education programs: A critical review. *Health Education Monographs* 4(4), pp. 377-398.
- Berger, H. (1981). Fixersein als Lebensstil. In Völger, G. (Hrsg.), *Rausch und Realität, Drogen im Kulturvergleich Bd.2*, S. 688-693. Köln.
- Berger, H.; Reuband, K.-H.; Widlitzek, U. (1980). *Wege in die Heroinabhängigkeit: Zur Entwicklung abweichender Karrieren*. München: Juventa.
- Bergler, R. (Hrsg.) (1972). *Marktpsychologie*. Bern, Stuttgart.
- Berkmann, L.F.; Breslow, L. (1983). *Health and ways of living: The Alameda County Study*. New York: Oxford University Press.
- Beß, R.; Laußer, A.; Schneider, B.; Thiele, W. (1985). Alkoholkonsumfördernde Faktoren in der Arbeitswelt – erste Ergebnisse eines Forschungsprojekts. *Suchtgefahren* 31, S. 38-46.
- Best, J.A.; Flay, B.R.; Towson, S.M.J.; Ryan, K.B.; Perry, C.L.; Brown, K.S.; Kersell, M.W.; d'Avernas, J.R. Smoking prevention and the concept of risk. *Journal of Applied Social Psychology* 14(3), pp. 257-273.
- Biener, K. (1982). *Jugend und Drogen: Sozialmedizinische Studien zur primären Prävention des Drogenproblems der Jugend*. Derendingen.
- Biener, K.; Epper, R. (1980). *Gesundheits-erziehung Jugendlicher gegen Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum*. *Münchener medizinische Wochenschrift* 122, 47, S. 1695-1698.
- Billings, A.G.; Moos, P.H. (1983). Social-environmental factors among light and heavy cigarette smokers: a controlled comparison with non-smokers. *Addictive Behaviors* 8, pp. 381-391.
- Blane, H.T.; Hewitt, L.E. (1977). *Mass Media, Public Education and Alcohol: A State-of-the-Art-Review*. Prepared for National Institute on Alcohol Abuse

- and Alcoholism. Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration, Rockville, Maryland.
- Blizard, R.A.; Teague, R.W. (1981). Alternatives to drug use: An alternative approach to drug education. *Int. Journal of the Addictions* 16(2), pp. 371-375.
- Bloch, St.A.; Ungerleider, St. (1988). Targeting high-risk groups on campus for drug prevention: An examination and assessment. *Int. Journal of the Addictions* 23(3), pp. 299-319.
- Block, J.; Block, J.H. (1988). Longitudinally foretelling drug usage in adolescence: Early childhood personality and environmental precursors. *Child Development* 59(2), pp. 336-355.
- Blotner, R.; Lilly, L. (1986). „Spectra“-a comprehensive approach to the delivery of substance abuse prevention services in the N.Y.C. school system. *Journal of Drug Education* 16(1), pp. 83-89.
- BMJFFG (Hrsg.) (1990). Nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan: Maßnahmen der Rauschgiftbekämpfung und der Hilfe für Gefährdete und Abhängigkeiten. Bonn.
- Bolling, G. (1984). Drug abuse prevention: What the AMA auxiliary has to offer. *Journal of the Florida Medical Association* 71(4), pp. 249-250.
- Bonaguro, J.A. et al. (1988). Effectiveness of four school health education projects upon substance use, self-esteem, and adolescent stress. *Health Education Quarterly* 15(1), pp. 81-92.
- Botvin, G.J. (1988). Defining „success“ in drug abuse prevention. *NIDA Research Monograph Series* 90, pp. 203-212.
- Botvin, G.J. (1986). Substance abuse prevention research: Recent developments and future directions. *Journal of School Health* 56(9), pp. 369-374.
- Botvin, G.J.; Baker, E.; Fiazzola, A.D.; Botvin, E.M. (1990). A Cognitive-Behavioral approach to substance abuse prevention: One-year follow-up. *Addictive Behaviors* 15, pp. 47-63.
- Botvin, G.J.; Tortu, S. (1988). Preventing adolescent substance abuse through life skills training. In Price, R.H.; Cowen, E.L.; Lorion, R.P.; Ramos-McKay, J. (Eds.), *Fourteen ounces of prevention* (pp. 98-110). Washington.
- Botvin, G.; Wills, T.A. (1985). Personal and social skills training: Cognitive-behavioral approaches to substance abuse prevention. *NIDA Research Monograph Series* 63. Rockville.

- Botvin, G.J. et al. (1984). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention. *Addictive Behaviors* 9, pp. 137-147.
- Botvin, G.J.; Eng, A. (1982). The efficacy of a multicomponent approach to the prevention of cigarette smoking. *Preventive Medicine* 11, pp. 199-211.
- Botvin, G.J.; Renick, N.; Baker, E. (1983). The effects of scheduling format and booster sessions on a broad spectrum psychosocial approach to smoking prevention. *Journal of Behavioral Medicine* 6, pp. 359-379.
- Botvin G.J.; Eng, A. (1980). A comprehensive school-based smoking prevention program. *J Sch Health* 50, pp. 209-213.
- Botvin G.J.; Eng, A.; Williams, C.L. (1980). Preventing the onset of cigarette smoking through life skills training. *Preventive Medicine* 9, pp. 135-143.
- Brandstädter, J.; v. Eye, A. (1982). *Psychologische Prävention*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Braucht, G.N. et al. (1973). Drug education. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 34, pp. 1279-1292.
- Braun, K.-H.; Gekeler, G. (1983). *Psychische Verelendung, Heroinabhängigkeit, Subjektentwicklung*. Köln.
- Braunschweig, B.; Günther, E.; Kammholz, J.; Krasemann, E.O. (1981). Primärprävention des Drogenmißbrauchs. *Öffentliches Gesundheitswesen* 43(10), S. 471-474.
- Braunschweig, B. et al. (1979). Prävention des Drogenmißbrauchs bei Jugendlichen. *Öffentliches Gesundheitswesen* 41, S. 68-76.
- Brochu, S.; Souliere, M. (1988). Long-term evaluation of a life skills approach for alcohol and drug abuse prevention. *Journal of Drug Education* 18(4), pp. 311-331.
- Brook, J.S.; Gordon, A.S.; Whiteman, M. (1985). Stability of personality during adolescence and its relationship to stage of drug use. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs* 111(3), pp. 317-330.
- Brown, G.W.; Harris, T.O.; Bilfulco, A. (1986). The long term effects of early loss of parent. In Mutter, M.; Izard, C.E.; Reads, P.B. (Eds.), *Depression in young people* (pp. 251-296). New York: Guilford Press.
- Bruhn, J.G.; Philips, B.U. (1975). Follow-up of adult participants in drug education courses. *Int. Journal of the Addictions* 10(2), pp. 241-249.

- Bruhn, J.G.; Philips, B.U.; Gouin, H.D. (1975). The effects of drug education courses on attitudinal change in adult participants. *Int. Journal of the Addictions* 10(1), pp. 65-96.
- Bry, B.H. (1983). Empirical foundations of family-based approaches to adolescent substance abuse. *NIDA Research Monograph Series 47*. Rockville.
- Bry, B.H. (1982). Reducing the incidence of adolescent problems through preventive intervention: One- and five-year follow-up. *American Journal of Community Psychology* 10(3), pp. 265-276.
- Bryson, L. (1964). The communication of ideas. *Religion and Civilization Series*. New York: Cooper Square.
- Buckalew, L.W.; Daly, J. (1986). Drug education and counseling programs: content, strategy, and responsibility. *Journal of Alcohol and Drug Education* 31(2), pp. 29-35.
- Budd, R.D. (1983). Drug abuse prevention. *The Medical Journal of Australia* 2(11), pp. 541-542.
- Bühringer, G. (1991). Drogenabhängige: Spielball der Gesundheitspolitik? Das Parlament, Beilage, B 42, 12-27.
- Bühringer, G.; Krauthan, G.; Buschor, J.; Spies, G. (1981). Ergebnisse einer Untersuchung über Rahmenbedingungen, Konzepte und Maßnahmen ausgewählter Multiplikatoren für die Prävention des Drogenmißbrauchs. *IFT-Berichte Band 23*. München.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). (1985). Unterrichtsmaterialien zum Thema Abhängigkeit – Sucht Drogen für berufliche Schulen. Köln/ Stuttgart.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1982). Familienszenen. Mal etwas anderes über Drogen. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1980a). Unterrichtswerk zu Drogenproblemen. Illegale Drogen, Arzneimittelmißbrauch, Alkohol, Rauchen. Materialien für die Klassen 5-10. Köln/ Stuttgart.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1980b). Vier Theaterstücke über Alkohol und Drogen. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1980c). Alltag – Szenen einer Clique. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1975). Drogenerziehung durch Lehrer und Eltern. Köln.

- Bujny, P. (1987). Suchtprävention in Nordrhein-Westfalen. Mülheim a.d. Ruhr.
- Bukoski, W.J. (1986). Drug abuse prevention funding resulting from the omnibus budget reconciliation act of 1981. *Journal of Drug Education* 16(1), pp. 51-55
- Bush, P.J.; Ianotti, R. (1985). The development of children's health orientations and behaviors: Lessons for substance use prevention. NIDA Research Monograph Series 56, pp. 45-74.
- Cadoret, R.J.; Troughton, E.; Bagford, J.; Woodworth, G. (1989). Genetic and environmental factors in adoptee antisocial personality. Unpublished Manuscript, Department of Psychiatry, University of Iowa.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. London.
- Carlhoff, H.-W.; Wittemann, P. (Hrsg.) (1987). *Jugend und Gesundheit: Standortbestimmung, Gefährdungen, Lösungsansätze*. Stuttgart: ajs.
- Carlini, E.A. (1990). Research is badly needed to improve programmes for the prevention and treatment of drug abuse and drug dependence in Brazil. *Drug and Alcohol Dependence* 25, pp. 169-173.
- Cartwright, D. (1949). Some principles of mass persuasion: selected findings of research on the sale of U.S. war bonds. *Hum. Relat.*, 2, pp. 253-267.
- Chapman, S.; Egger, G. (1980). Die Schaffung einer Nichtraucher-Identität: Die Verwendung von Mythen in der Gesundheitsförderung. *Internationales Journal für Gesundheitserziehung* (23), 3, pp. 3-17.
- Chatterjee, S.K. (1987). Can demand for illicit drugs be reduced? *Bulletin on Narcotics* 39 (2), pp. 1-87.
- Clausen, J.A. (1987). Health and life course: Some personal observations. *Journal of Health and Social Behavior* 28, pp. 337-344.
- Clemens, W. (1982). *Zur Lage der Drogenkontaktlehrer an der Berliner Schule*. Berlin: Pädagogisches Zentrum.
- Clemens, W.; Lachmund, M. (1984). Kommunikative Ansätze in der schulischen Drogenprävention. *Prävention* 4, S. 120-124.
- Clements, G. et al. (1988). The use of the transcendental meditation programme in the prevention of drug abuse and in the treatment of drug-addicted. *Bulletin on Narcotics* 40 (1), pp. 51-56.
- Climent, E.C.; de Aragon, L.V.; Plutchik, R. (1990). Prediction of risk for drug use in high school students. *Int. Journal of the Addictions* 25(5), pp. 545-556.

- Coates, T., Petersen, A., Perry, Ch. (Hrsg.). (1982). Promoting adolescent health. A Dialog on Research and Practice. New York: Academic Press.
- Cohen, P.; Brook, J. (1987). Family factors related to the persistence of psychopathology in childhood and adolescence. *Psychiatry* 50, pp. 332-345.
- Cohen, S.; Syme, S. (Eds.) (1985). Social support and health. New York.
- Comstock, G., Fisher, M. (1975). Television and human behaviour: a guide to the pertinent scientific literature. Santa Monica, Calif.: Rand Corp.
- Cook, R. et al. (1984). An evaluation of the alternatives approach to drug abuse prevention. *Int. Journal of the Addictions* 19(7), pp. 767-787.
- Council of Europe, Pompidou Group (Ed.). (1986). Organisation of prevention in primary health care. *Broschüre*, pp. 4-88.
- Craig, R. (1982). Personality characteristics of heroin addicts: Review of empirical research 1976-1979. *Int. Journal of the Addictions* 17, pp. 227-248.
- Crawford, R. (1979). Gesundheitsgefährdendes Verhalten: Zur Ideologie und Politik des Selbstverschuldens. *Argument für eine soziale Medizin VIII, Argument Sonderband 30*, S. 6-29.
- Crippen, D.R. (1983). Substance use-abuse and cognitive learning: Suggested approaches to viable drug education programs. *Journal of Instructional Psychology* 10(2), pp. 74-82.
- Davidson, P.O.; Davidson, S.M. (Eds.). (1980). Behavioral medicine: Changing health lifestyles. New York: Brunner/Mazel.
- Deckart, R. (1986). *Gesundheitstheater als Drogenprophylaxe? Öffentliches Gesundheitswesen* 48(4), S. 182-184.
- DeHaes, W. (1987). Looking for effective drug education programmes: Fifteen years exploration of the effects of different drug education programmes. *Health Education Research* 2(4), pp. 433-438
- Deissler, K.J.; Feller-Frey, D. (1977). Drogensucht und der Lehrer. Paper, S. 1-7.
- DeJong, W. (1987). A short-term evaluation of project DARE (drug abuse resistance education): Preliminary indications of effectiveness. *Journal of Drug Education* 17(4), pp. 279-294.
- DeJong, W.; Winsten, J.A. (1990). The use of mass media in substance abuse prevention. *Health Affairs* 9(2), pp. 30-46.

- Dembo, R. (1981). Critical issues and experiences in drug treatment and prevention evaluation. *Int. Journal of the Addictions* 16(8), pp. 1399-1414.
- Deutsche Forschungsgemeinschaft DFG (Hrsg.). (1986). *Medienwirkungsforschung in der Bundesrepublik Deutschland Teil 1+2*. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). (1982). *Drogenprävention – eine Standortbestimmung*, Hamm: Hoheneck.
- Deutscher Caritasverband (Hrsg.). (1990). *Suchtprävention: Ein Konzept der aktiven Gesundheitsförderung*. Konzeptionspapier.
- Dickmann, F.B.; Keil, T.J. (1977). Public television and public health: The case of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol* 38(3), pp. 584-592.
- Dietsch, P. (1980). Rauschmittel und Schule. *ajs* 5/80, S. 1-4.
- Dinslage, A. (1986). Grenzen präventiven Handelns. *Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren* 28, S. 115-127.
- Dohlie, E.; (1990). Alcohol and drug education. Parents as target group. Paper presented at the 35th International Seminar on the Prevention and treatment of alcoholism, 18th International Seminar on the Prevention and Treatment of Drug Dependence. Berlin 10-15 June 1990.
- Dohner, A. (1972). Alternatives to drugs – a new approach to drug education. *Journal of Drug Education* 2(1), pp. 3-22.
- Dohrenwend, B.P.; Dohrenwend, B.S. (1981). Socioenvironmental factors, stress, and psychopathology. *American Journal of Community Psychology* 9(1), pp. 128-164.
- Donovan, J.E.; Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53(6), pp. 890-904.
- Dorn, N. (1976). Problems and rewards of evaluation of European drug education. Paper 29 July 1976, pp. 1-31.
- Dorn, N.; Thompson, A. (1974). *Planning teaching about drugs, alcohol & cigarettes*. ISDD Information/Education Series.
- DuPont, R.L. (Ed.). (1989). *Stopping alcohol and other drug use before it starts: The future of prevention (OSAP Prevention Monograph 1)*. Rockville.
- DuPont, P.J., Jason, L.A. (1984). Assertiveness training in a preventive drug education program. *Journal of Drug Education* 14(4), pp. 369-378.

- Durell, J.; Bukoski, W. (1984). Preventing substance abuse: The state of the art. *Public Health Reports* 99(1), pp. 2331.
- Ebert, K.; Filzen, G.; Griese, H.M. (1973). *Jugendarbeit und Drogenproblem: Zu Theorie und Praxis der Drogenprophylaxe*. Duisburg.
- Edelstein, B.; Michelson, L. (1986). *Handbook of Prevention*. New York: Plenum Press.
- Edwards, G.; Holloway, J.S. (1975). Drug education – a misnomer. *Journal of Research and Development in Education* 8(2), pp. 83-95.
- Egger, G.; Fitzgerald, W.; Frape, G.; Monaem, A.; Rubinstein, P.; Tyler, C.; McKay, B. (1983). Results of large scale media antismoking campaign in Australia: North coast „quit for life“ programme. *British Medical Journal* 287, pp. 1125-1128.
- Einstein, S. (1973). Drug-abuse prevention education: scope, problems, and prospective. *Preventive Medicine* 2, pp. 569-581.
- Eiseman, S. (1974). An approach to primary prevention of drug abuse among children and youth – Parental influence. Baywood Publishing Co.
- Eiseman, S. (1971). Education about narcotics and dangerous drugs – a challenge to our schools. *Journal of Drug Education* 1(2), pp. 177-185.
- Eiseman, S. et al. (1984). M.D.A.: A multi-disciplinary approach for teacher effectiveness training in drug education. *Journal of Drug Education* 14(4), pp. 357-367.
- Eisenbach-Stangl, I. (1982). Alkohol- und Drogenprävention: Gesundheitspolitik oder neue Wege sozialer Kontrolle? *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* Nr.1/2, S. 3-12.
- Eiser, C.; Eiser, R.; Pritchard, M. (1988). Reactions to drug education: A comparison of two videos produced for schools. *British Journal of Addiction* 83, pp. 955-963.
- Elder, G.H. Jr. (Ed.). (1985). *Live course dynamics*. Ithaca.
- Elias, M.; Gara, M.; Ubriaco, M.; Rothbaum, P.; Clabby, J.; Schuyler, T. (1986). Impact of a preventive social problem solving intervention on children's coping with middle-school stressors. *American Journal of Community Psychology* 14(3), pp. 259-273.
- Ellickson, P.L.; Bell, R.M. (1990). Drug prevention in junior high: A multi-site longitudinal test. *Science*, pp. 1299-1305.

- Ellgring, H. (1990). Persönlichkeitsfaktoren bei Abhängigen und deren Bedeutung für die Therapie. Vortrag gehalten auf der Tagung: Psychoanalyse und Verhaltenstherapie in der Suchtkrankenhilfe, München, 28.-30.3.1990.
- Ellgring, H., Vollmer, H.C. (1992). Changes of personality during treatment of drug addicts. In Bühringer G., Platt J. J. (Hrsg.) Drug addiction treatment research. German and American perspectives (S. 197-209). Malabar, Florida: Krieger Publishing Co.
- Emmelkamp, P.M.G., Heeres, H. (1988). Drug addiction and parental rearing style: a controlled study. *The International Journal of Addictions* 23(2), pp. 207-216.
- Engler, K. (1986). Rechtliche Grundlagen schulischer Suchtprävention. In Kollehn, K.; Weber, N.H. (Hrsg.), Suchtprävention (S. 196-221). Berlin.
- Erne, H. et al. (1977). Evaluation eines Lernprogramms zum Thema „Rauchen, Alkohol und Medikamentenmißbrauch“. *Sozial- und Präventivmedizin* 22, S. 331-336.
- European Health Committee (Ed.). (1984). Education for health: Preventing dependence and addiction. Strasbourg.
- Evans, R. (1976). Smoking in children: Developing a social psychological strategy of deterrence. *Preventive Medicine* 5, pp. 122-126.
- Evans, R.I.; Rozelle, R.M.; Maxwell, S.E.; Raines, B.E.; Dill, C.A.; Guthrie, T.J.; Henderson, A.H.; Hill, P.C. (1981). Social modeling films to deter smoking in adolescents: Results of a three-year field investigation. *Journal of Applied Psychology* 66, pp. 399-414.
- Evans, R.I.; Rozelle, R.M.; Mittelmark, M.B.; Hansen, W.B.; Bane, A.L.; Havis, J. (1978). Deterring the onset of smoking in children: Knowledge of immediate physiological effects and coping with peer pressure, media pressure, and parent modeling. *Journal of Applied Social Psychology* 8(2), pp. 126-135.
- Fahrenkrug, H. (1986). Zum Stand der sozialwissenschaftlichen Alkoholforschung in der Bundesrepublik Deutschland. *Drogalkohol* 10(1), S. 53-56.
- Falck, R., Craig, R. (1988). Classroom-oriented, primary prevention programming for drug abuse. *Journal of Psychoactive Drugs* 20(4), pp. 403-408.
- Farrington, D.P. (1985). What we know about the social influences to smoking prevention: Review and recommendations. In Bell, C.; Battjes, R. (Eds.), *Prevention Research: Deterring drug abuse among children and adolescents*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, pp. 67-112.

- Fejer, D.; Smart, R.G.; Whitehead, P.C.; La Forest, L. (1971). Sources of information about drugs among high school students. *Public Opinion Quarterly*, 35(2), pp. 235-241.
- Feldhege, F.-J. (1982). Präventive und therapeutische Arbeit in einer Suchtfachambulanz. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* Nr.4, S. 19-30.
- Feldhege, F.-J., Stadler, T. (1982). Möglichkeiten präventiver Hilfen für rauchmittelgefährdete Jugendliche: Ein Seminarkonzept für Lehrer. *Suchtgefahren* 28, S. 181-185.
- Felner, R.D.; Ginter, M.; Primavera, J. (1982). Primary prevention during school transitions: Social support and environmental structure. *American Journal of Community Psychology* 10(3), pp. 277-290.
- Felner, R.D., Jason, L.A., Moritsugu, J.N., Farber, S.S. (Eds.). (1983). *Preventive psychology*. New York: Pergamon Press.
- Feser, H. (Hrsg.). (1978). *Drogenerziehung: Ein praktisches Handbuch*. Ulm: Vaas.
- Feser, H. (1977). Zur Theorie der Prävention. Schleswig-Holstein. *Ärzteblatt*, Heft 12, Sonderdruck.
- Feser, H. et al. (1983). Drogenprävention in der Gemeinde. *Suchtgefahren* 29, S. 292-297.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, pp. 117-140.
- Feuerlein, W. (Hrsg.). (1986). *Theorie der Sucht*. Berlin: Springer.
- Fiddle, S. (1978). Drug cognitive structures and strategies: With special reference to drug education programs. *Drug Education* 8(2), pp. 151-161.
- Fischer, N.M. (1986). Ansätze zum Lehrertraining in der Suchtprävention. In Kolléhn, K.; Weber, N.H. (Hrsg.), *Suchtprävention* (S. 234-242). Berlin.
- Fisher, D.A.; Armstrong, B.K.; de Klerk, N.H. (1983). A randomized-controlled trial of education for prevention of smoking in 12 year-old children. Paper. 5th World Conference on Smoking and Health in Winnipeg, Canada.
- Flay, B.R. (1987). Mass media and smoking cessation: A critical review. *American Journal of Public Health* 77(2), pp. 153-160.
- Flay, B.R. (1986). Mass media linkages with school-based programs for drug abuse prevention. *Journal of School Health* 56(9), pp. 402-406.

- Flay, B.R. (1985). What we know about the social influences approach to smoking prevention: Review and recommendations. NIDA Research Monograph Series 63. Rockville.
- Flay, B.R.; Burton, D. (1990). Effective mass communication strategies for health campaigns. In Atkin, C.; Wallack, L. (Eds.), *Mass communication and public health* (pp. 129-146). Newbury Park, Cal.: Sage.
- Flay, B.R.; Koepke, D.; Thomson, S.J.; Santi, S.; Best, A.; Brown, K.S. (1989). Six-year follow-up of the first Waterloo school smoking prevention trial. *American Journal of Public Health* 79(10), pp. 1371-1376.
- Flay, B.R.; Sobel, J.L. (1983). The Role of Mass Media in Preventing Adolescent Substance Abuse. In Glynn, T.J.; Leukefeld, C.G.; Ludford, J.P. (Eds.), *Preventing Adolescent Drug Abuse: Intervention Strategies*, NIDA Research Monograph 47.
- Forman, S.G.; Linney, J.A. (1988). School-based prevention of adolescent substance abuse: Programs, implementation and future directions. *School Psychology Review* 17(4), pp. 550-558.
- Forman, S.G.; Neal, J.A. (1987). School-based substance abuse prevention programs. *Special Services in the Schools* 3(3-4), pp. 89-102.
- Franke, M. (1983). Prävention des Drogenmißbrauchs in der Bundesrepublik Deutschland. *Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik* 5(9), S. 406-411.
- Franklin, J.T. (1985). Alternative education as substance abuse prevention. *Journal of Alcohol and Drug Education* 30(2), pp. 12-23.
- Franz, H.J. (1986). Bewältigung gesundheitsgefährdender Belastungen durch soziale Unterstützung in kleinen Netzen: Überlegungen zur Relevanz eines sozialepidemiologischen Forschungsansatzes für das Erziehungswesen. Konstanz.
- Franzkowiak, P. (1986). Risikoverhalten und Gesundheitsbewußtsein bei Jugendlichen: Der Stellenwert von Rauchen und Alkoholkonsum im Alltag von 15- bis 20jährigen. Berlin: Springer.
- Fredisdorf, M. (1989). Alcohol and drug abuse prevention in Wisconsin public schools. *Journal of School Health* 59(1), pp. 21-24.
- Furian, M. (Hrsg.). (1981). *Ursachenorientierte Prophylaxe süchtigen Verhaltens*. Heidelberg: Quelle & Meyer.

- Gampe, H.; Rieger, G. (1989). *Rechtliche Gesichtspunkte bei der Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren*. In Knapp, R. (Hrsg.), *Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren* (S. 125-155). Berlin: Springer.
- Garnezy, N. (1985). *Stress resistant children: the search for protective factors*. In Stevenson, J. (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology*. Oxford: Pergamon Press.
- Gassmann, B. (1984). *Suchtprophylaxe als Lebenshilfe*. *Prävention* 4, S. 99-102.
- Gassmann, B.; Jost, K.; Rohner, H.; Sager, S. (1985). *Suchtprophylaxe in Theorie und Praxis*. Lausanne: Verlag Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme.
- Gawin, F.H. (1987). *Laboratory assessments in treatments of substance abuse: Utilization and effects on treatment design*. *Clinical Chemistry* 33, Nr.11(B), pp. 95B-100B.
- Gazmuri-Plaza, C. et al. (1985). *Prevention of drug abuse by promoting mental health among school students*. *Bulletin on Narcotics* 37, pp. 107-112.
- Gebauer, J. (1986). *Die Umsetzung der Ziele vorbeugender Suchtbekämpfung im örtlichen Bereich*. *Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren* 28, S. 105-107.
- Gemeindestudie Stuttgart (1989). *Abschlußbericht zur „Ideensafari“*. Unveröff. Manuskript.
- Gerberding, A.; Moos-Hofius, B. (1988). *Projekt Gesundheit. Schlußbericht*. Frankfurt: Selbsthilfe- und Nachbarschaftszentrum Ostend e.V.
- Gerhardt, U. (1979). *Coping and social action: Theoretical reconstruction of the life-event approach*. *Sociology of Health and Illness* 1(2).
- Ghodse, H.; Maxwell, D. (1990). *Substance abuse and dependence*. London: Macmillan Press.
- Gilchrist, L.D. (1990). *The role of schools in community based approaches to prevention of AIDS and intravenous drug use*. *NIDA Research Monograph Series* 93, pp. 150-160.
- Gilchrist, L.D. et al. (1987). *Skills enhancement to prevent substance abuse among American indian adolescents*. *Int. Journal of the Addictions* 22(9), pp. 869-879.
- Ginsberg, J.; Greenley, J.R. (1978). *Competing theories of marijuana use: A longitudinal study*. *Journal of Health and Social Behavior* 19, pp. 22-34.

- Glynn, T.J. (1989). Essential elements of school-based smoking prevention programs. *Journal of School Health* 59(5), pp. 181-188.
- Glynn, T.J.; Leukefeld, D.S.V.; Ludford, M.S.: Preventing Adolescent Drug Abuse: Intervention Strategies. NIDA Research Monograph Series 47, Rockville.
- Goffman, E. (1967). *Stigma*. Frankfurt/ a.M.
- Goldstein, G.S. (1985). Institutional barriers to alcohol and drug abuse prevention. *Int. Journal of the Addictions* 20(1), pp. 217-231.
- Goodstadt, M.S. (1986). School-based drug education in North America: What is wrong? What can be done? *Journal of School Health* 56(7), pp. 278-281.
- Goodwin, D.W. (1983). Bad-Habit Theorie des Drogenmißbrauchs. In Lettieri, D.; Welz, R. (Hrsg.), *Drogenabhängigkeit – Ursachen und Verlaufsformen*. Weinheim: Beltz.
- Gossop, M., Grant, M. (Eds.). (1990). *Preventing and controlling drug abuse*. Genf: World Health Organization.
- Graham, J.W. et al. (1990). Drug use prevention programmes, gender, and ethnicity: Evaluation of three seventh-grade project SMART cohorts. *Preventive Medicine* 19, pp. 305-313.
- Grant, M. (1987). Die Reaktion auf den Mißbrauch psychoaktiver Substanzen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* Nr.3/4, S. 79-84.
- Greaves, G.B. (1983). Existentielle Theorie der Drogenabhängigkeit. Ursachen und Verlaufsformen. (S. 39-43). Weinheim: Beltz.
- Gredler, B.; Kunze, M. (1981). Die Auswirkungen einer nationalen Kampagne auf die Einstellungen und Verhaltensweisen der Raucher in Österreich. *Internationales Journal für Gesundheitserziehung* 24(4).
- Green, J.J.; Kelley, J.M. (1989). Evaluating the effectiveness of a school drug and alcohol prevention curriculum: A new look at „here's looking at you, two“. *Journal of Drug Education* 19(2), pp. 117-132.
- Green, L.W.; McAlister, A.L. (1984). Macro-intervention to support health behavior: Some theoretical perspectives and practical reflections. *Health Education Quarterly* 11(3), pp. 323-339.
- Griffith, W.; Knutson, A. (1960). The role of mass media in public health. *American Journal of Public Health* 50, pp. 515-523.

- Grond, E. (1989). Vorbeugung und Sozialberatung aus medizinischer Sicht. In Knapp, R. (Hrsg.), *Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren* (S. 71-123). Berlin: Springer.
- Großman K.; Großman, Kl. (1991). Ist Kindheit doch Schicksal? Interview. *Psychologie Heute* 8, S.21-27.
- Grumiller, I.; Strotzka, H. (1981). *Modelle psychosozialer Versorgung. Brennpunkte der klinischen Psychologie*. München: Kösel-Verlag.
- Gullotta, T.P. (1981). Can prevention survive its popularity? *Human Science Press*, pp. 145/146.
- Hallmann, H.-J. (1989). Konzepte und Erfahrungen zur Suchtvorbeugung aus der Jugendarbeit. In Knapp, R. (Hrsg.), *Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren* (S. 207-236). Berlin: Springer.
- Hallmann, H.J. (1983). *Drogenprävention in der Schule*. München.
- Hallmann, H.J.; Vogt, M. (1986). Sinn- und Wertvermittlung als Prävention. *Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren* 28, S. 89-97.
- Hanel, E. (1991). *Literaturrecherche zu ausgewählten Fragestellungen aus dem Bereich der Drogenabhängigkeit*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Hanel, E., Herbst, K. (1988). Beschreibung und erste Ergebnisse einer prospektiven Studie zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen. *Suchtgefahren* 34, S. 1-21.
- Hansen, W.B. et al. (1988). Affective and social influences approaches to the prevention of multiple substance abuse among seventh grade students: Results from project SMART. *Preventive Medicine*, pp. 135-154.
- Harten, R. (1981). Normal und süchtig: Suchtprobleme in unserer Gesellschaft – Material für die vorbeugende Arbeit. *ajs Grundlagen* Heft 6.
- Hartmann, K.D.; Koeppler, K. (Hrsg.). (1977). *Fortschritte der Marktpsychologie*. Frankfurt a.M.
- Hasenpusch, B. (1980). Kriminalprävention in den USA, Kanada, Frankreich, Belgien und der Schweiz. In Schwind, H.-D.; Berckhauer, F.; Steinhilper, G. (Hrsg.), *Präventive Kriminalpolitik* (S. 459-472). Heidelberg.
- Hawk, D.E. (1985). Substance abuse prevention: Components of program planning. *Special Services in the Schools* 1(3), pp. 99-112.
- Hawkins, J.D.; Lishner, D.M.; Catalano, R.F. (1985). Childhood predictors and the prevention of adolescent substance abuse. *NIDA Research Monograph Serien* 56, pp. 75-126.

- Heckmann, W. (1987). Der ganzheitliche Ansatz in der Suchtprävention. *Bewährungshilfe* 34(3), S. 327-333.
- Herha, J. (1980). Aspekte der Prävention in der sozialpädagogischen Drogenarbeit. *Soziale Arbeit* 10, S. 425-432.
- Herwig-Lempp, J. (1987). Das Phänomen der sogenannten neuen Süchte. *Neue Praxis* 17(1), S. 54-64.
- Hoffmann, W. (1981). Die Fragwürdigkeit medialer Drogenaufklärung. 11. Internationales Seminar zur Behandlung und Verhütung der Drogenabhängigkeit, Wien, S. 201-202.
- Hollingshead, A. (1958). *Social class and mental illness*. New York: Wiley.
- Holsaple, R.; White, M. (1984). A model school-based comprehensive alcohol/drug abuse prevention program. *Journal of the Florida Medical Association* 71(4), pp. 233-234.
- Hoppe, F.E. (1983). *Drogeninformation in Presse und Fernsehen: Ein Medienvergleich*. Frankfurt: Peter Lang.
- Hops, H.; Weissman, W.; Biglan, A.; Thompson, R.; Faller, C.; Severson, H.H. (1986). A taped situation test of cigarette refusal skill among adolescents. *Behavioral Assessment* 8, pp. 145-154.
- Holler, B., Hurrelmann, K. (1990). Gesundheitliche Beschwerden und soziales Netzwerk bei Jugendlichen. In J. Seiffge-Krenke (Hrsg.) *Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen. Jahrbuch der medizinischen Psychologie*, Band 4, S. 59-79. Berlin: Springer.
- Hollin, C.R., Trower, P. (1988). Development and applications of social skills training: a review and critique. In M. Hersen, R.M. Eisler, P.M. Miller (Eds.) *Progress in Behavior Modification* 22, pp.165-214, New York: Academic Press.
- Horan, J.; Shute, R.; Swisher, J.; Westcott, T. (1973). A training model for drug abuse prevention: Content and evaluation. *Journal of Drug Education* 3(2), pp. 121-127.
- Horan, J.J.; Kerns, A.; Olson, C. (1988). Perspectives on substance abuse prevention. *Elementary School Guidance & Counseling* 23(2), pp. 84-92.
- Horn, K.; Beier, C.; Kraft-Krumm, D. (1984). *Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn: Zur Logik von Widerständen gegen gesundheitliche Aufklärung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Hornung, R.; Schmidtchen, G.; Scholl-Schaaf, M. (1983). Drogen in Zürich: Verbreitung und Hintergründe des Drogenkonsums Jugendlicher – Ergebnisse einer repräsentativen Motivstudie. Bern: Hans Huber.
- Huba, G.J.; Palisoc, A.L. (1984). Drug abuse examples and methodological considerations in inexpensive computerized path diagramming. *Journal of Drug Education* 14(1), pp. 73-91.
- Huba, G.J.; Bentler, P.M. (1980). The role of peer and adult models for drug taking at different stages in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* 9(5), pp. 449-465.
- Huber, G.L.; Schlottke, P.F. (1986). Prävention und Intervention. Pädagogische Psychologie. München: Urban & Schwarzenberg.
- Hudolin, V. (1978). Die Stellung der Familie in der Prävention und Behandlung der Suchtkrankheit. *Suchtgefahren* 1, S. 9-27.
- Hülsbusch, R. (1986). Wirksam gegen Drogenabhängigkeit vorbeugen! Aber wie? Möglichkeiten und Grenzen präventiver Arbeit in der Schule. *Suchtgefahren* 32, S. 426-430.
- Hurrelmann, K. (1991). Neue Gesundheitsrisiken für Kinder und Jugendliche. *Pädagogik* 3, S. 6-11.
- Hurrelmann, K. (1990). Jugendliche im Lebensstreß. *Psychomed* 2, S. 180-184.
- Hurrelmann, K. (1989a). Gesundheitsgefährdende Lebensbedingungen und Lebensstile im Jugendalter. *Jugendschutz heute* 5, S. 4-12.
- Hurrelmann, K. (1989b). Lebensbedingungen, Drogenkonsum, Sucht – soziologische und sozialisationstheoretische Erklärungsversuche. *Bayerische Schule* 3, S. 19-22.
- Hurrelmann, K. (1988). Social structure and personality development. The individual as a productive processor of reality. Cambridge University Press.
- Hurrelmann, K. (1988). Sozialisation und Gesundheit. Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K. (1986). Einführung in die Sozialisationstheorie: Über den Zusammenhang von Sozialstruktur und Persönlichkeit. Weinheim: Beltz.
- Hurrelmann, K.; Hesse, S. (1991). Drogenkonsum als problematische Form der Lebensbewältigung im Jugendalter. Unveröff. Manuskript.
- Hurrelmann, K., Nordlohne, E. (1989a). Sucht- und Drogenvorbeugung in der Schule. *Bayerische Schule* 5, S. 15-19.

- Hurrelmann, K., Nordlohne, E. (1989b). Drogen im Jugendalter. *Pädagogik* 12, S. 26-29.
- Hurrelmann, K.; Rosewitz, B.; Wolf, H. (1989). *Lebensphase Jugend*. Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K.; Engel, U.; Holler, B.; Nordlohne, E. (1987). Jugendspezifische Belastungen und psychosomatische Beschwerden. Ergebnisse einer Schülerbefragung zu auffälligem Verhalten. In Laaser, U.; Sassen, G.; Murza, G.; Sabo, P. (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitserziehung* (S. 486-491). Berlin: Springer.
- Hyman, H.H. (1973). Mass communication and socialization. *Public Opinion Quarterly* 37, pp. 525-540.
- Hyman, H.H., Sheatsley, P.B. (1947). Some reasons why information campaigns fail. In Schramm, W. & Roberts, D.F. (Ed.), *The process and effect of mass communication*. Chicago: University of Illinois Press 1971.
- Iben, G. (1981). Kompensatorische Erziehung als Prävention. In Minsel, W.R.; Scheller, R. (Hrsg.), *Brennpunkte der Klinischen Psychologie 2* (S. 176-193). München.
- Institut für Jugendforschung (1990). Die Entwicklung der Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer Trendanalyse 1973, 1976, 1979, 1982, 1986, 1990. (unveröffentlichter Bericht an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung).
- Institut für Publizistik und Kommunikationswissenschaft (Hrsg.). (1985). *Die Massenmedien und das Drogenproblem*. Salzburg.
- Issing, L.J. (1985). Wissensvermittlung mit Medien. In Mandl, W.; Spoda, N. (Hrsg.), *Wissenspsychologie* (S. 531-553). Wien.
- Iverson, D.C.; Jurs, S. (1978). The effects of an education intervention program for juvenile drug abusers and their parents. *Drug Education* 8(2).
- Jaffe, A. (1974). Spark: School rehabilitation through drug prevention programs. *Drug Forum* 3(2), pp. 137-147.
- Jaffe, J.H. (1987). Footnotes in the evolution of the American national response: Some little known aspects of the first American strategy for drugs. *British Journal of Addiction* 82, pp. 587-600.
- Janz, H.W. (1983). Das Alkohol- und Drogenproblem als Aufgabe der Gesundheitserziehung. *Drug and Alcohol Dependence* 11(1), S. 67-70.

- Jason, L.A. (1980). Prevention in the schools. *Prevention in Mental Health*, pp. 109-134.
- Jensen, M. et al. (1989). Student desires for a University drug education program. *Journal of Drug Education* 19(3), pp. 231-244.
- Jesse, J. (1983). *Suchtprävention in Schleswig-Holstein*. Kiel: Aktion Jugendschutz.
- Jessor, R. (1979). Marijuana: A review of recent psychological research. In Dupont, R.L.; Goldstein, A.; O'Donnel, J.O. (Eds.). *Handbook on drug abuse*, pp. 337-355. Washington, DC: Government Printing Office.
- Jessor, R.; Jessor, S.L. (1983). Ein sozialpsychologisches Modell des Drogenkonsums. In Lettieri, D.J.; Welz, R. (Hrsg.) *Drogenabhängigkeit. Ursachen und Verlaufsformen*. Weinheim: Beltz.
- Jessor, R.; Jessor, S.L. (1978). Theory testing in longitudinal research on marijuana use. In Kandel, D.B. (Ed.). *Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues* pp. 41-71. Washington, DC: Hemisphere.
- Jessor, R.; Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. New York: Academic Press.
- Jessor, R.; Chase, J.A. & Donovan, J.E. (1980). Psychosocial correlates of marijuana use and problem drinking in a national sample of adolescents. *American Journal of Public Health*, 70, pp. 604-613.
- Jessor, R.; Collins, M.; Jessor, S. (1972). On becoming a drinker: Social-psychological aspects of an adolescent transition. *Annals of the New York Academy of Sciences* 197, pp. 199-213.
- Job, S. (1988). Effective and ineffective use of fear in health promotion campaigns. *American Journal of Public Health* 78(2), pp. 163-167.
- Johnson, C.A. (1986). Objectives of community programs to prevent drug abuse. *Journal of School Health* 56(9), pp. 364-368.
- Johnson, C.A.; Hansen, W.B.; Collins, L.M.; Graham, J.W. (1984). Final report: The High School anti smoking- projekt. Report to NIDA.
- Jones, R.T. et al. (1990). A primary preventive approach to children's drug refusal behavior: The impact of rehearsalplus. *Journal of Pediatric Psychology* 15(2), pp. 211-223.
- Jost, W. (1984). Prophylaxe in der Drogenarbeit. *Suchtgefahren* 30, S. 295-299.

- Kagelmann, A.J.; Wenninger, G. (Hrsg.). (1982). *Medienpsychologie*. München.
- Kandel, D.B. (1983). Entwicklungsstadien beim Drogengebrauch Jugendlicher. In Lettieri, D.J.; Welz, R. (Hrsg.), Weinheim: Beltz.
- Kandel, D.B. (1982). Epidemiological and psychological perspectives on adolescent drug use. *Journal of American Academic Clinical Psychiatry*, 21, pp. 328-347.
- Kandel, D.B. (1980). Drug and drinking behavior among youth. *Annual Review of Sociology*, 6, pp. 235-285.
- Kandel, D.B. (1978). Convergences in prospective longitudinal surveys of drug use in normal populations. In D. Kandel (Ed.), *Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues*, pp. 3-38. Washington, DC: Hemisphere.
- Kandel, D.B.; Mossel, P.; Kaestner, R. (1987). Drug use, the transition from school to work and occupational achievement in the United States. *European Journal of Psychology of Education* 2, pp. 337-363.
- Kandel, D.B.; Kessler, R.C.; Margulies, R.Z. (1978). Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: A developmental analysis. In Kandel, D.B. (Ed.), *Longitudinal research on drug use* (pp. 73-99). New York.
- Kaplan, H.B. (1975). Increase in self-rejection as an antecedent of deviant responses. *Journal of Youth and Adolescence* 4(3), S. 281-292.
- Kaplan, H.B. (1983). *Psychosocial stress*. New York: Academic Press.
- Kastner, P.; Silbereisen, R. (1984). *Jugendentwicklung und Drogen – Eine prospektive Längsschnittstudie als wissenschaftliche Begründung präventiver Intervention*. Berlin.
- Katschnig, H. (Hrsg.). (1980). *Sozialer Streß und psychische Erkrankung: Lebensverändernde Ereignisse als Ursache seelischer Störungen?*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Katz, E., Blumler, J.G., Gurevitch, M. (1973). Uses and gratification research. *Public opinion quarterly* 37, pp. 509-523.
- Kellam, S.G.; Ensminger, M.E.; Simon, M.B. (1980). Mental health in first grade and teenage drug, alcohol, and cigarette use. *Drug and Alcohol Dependence* 5, pp. 273-304.
- Kessler, R.C.; McLeod, J.D. (1984). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American Sociological Review* 49, pp. 620-631.

- Kessler, R.C.; Price, R.H., Wortmann, C.B. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology* 36, pp. 531-572.
- Khant, U. (1985). Measures to prevent and reduce drug abuse among young people in Burma. *Bulletin on Narcotics* 37, pp. 81-89.
- Kickbusch, I. (1981). *Betroffenheit und Beteiligung: Ein soziales Konzept der Gesundheitserziehung*. *Int. Journal für Gesundheitserziehung, Supplement* 24(4), S. 2-16.
- Kielholz, P.; Ladewig, D. (1973). *Die Abhängigkeit von Drogen*. München.
- Kim, S. (1981). How do we know whether a primary prevention program on drug abuse works or does not work? *Int. Journal of the Addictions* 16(2), pp. 359-365.
- Kim, S.; McLeod, J.H.; Shantzis, C. (1989). An outcome evaluation of refusal skills program as a drug abuse prevention strategy. *Journal of Drug Education* 19(4), pp. 363-371.
- Kinder, B.N. (1975). Attitudes toward alcohol and drug abuse: II. Experimental data, mass media research, and methodological considerations. In *International Journal of the Addictions* Addict, 10, pp. 1035-1054.
- Kisker, K.P.; Lauter, H.; Meyer, J.-E.; Müller, C.; Strömngren, E. (Hrsg.) (1987). *Abhängigkeit und Sucht*. Berlin: Springer.
- Klapper, J.T. (1960). *The effects of mass communication*. New York.
- Kleiber, D. (1982). Zur Notwendigkeit einer Systematisierung von Maßnahmen der Alkoholismus- bzw. Suchtprävention. *Suchtgefahren* 28, S. 262-264.
- Klein, M.; Petersson, J. (1982). Ein alternatives Konzept zur Ausbildung von Drogenberatungslehrern. *Prävention* 5(1), S. 22-24.
- Klein, U. (1980). Möglichkeiten der Suchtprophylaxe in der Schule. *ajs* 5/80, S. 4-9.
- Kleiner, D. (1975). Prophylaxe und Verhinderung von Medikamenten- bzw. Drogenmißbrauch aus jugendpsychologischer Sicht. *Suchtgefahren, Heft 19, Sonderdruck eines Vortrags*.
- Klepp, K.I. et al. (1986). The efficacy of peer leaders in drug abuse prevention. *Journal of School Health* Vol. 56(9), pp. 407-411.
- Klitzner, M. et al. (1990). The assessment of parent-led prevention programs: A preliminary assessment of impact. *Journal of Drug Education* 20(1), pp. 77-94.

- Kolbe, L.J. (1986). Preventing drug abuse in the United States: Integrating the efforts of schools, communities, and science. *Journal of School Health* 56(9), pp. 357.
- Kolitzus, H. (1988). „Christiane F.- Wir Kinder vom Bahnhof Zoo“ – Ein Drogenpräventionsfilm? *Suchtgefahren* 34, S. 137-144.
- Kommer, D.; Röhrle, B. (1981). Handlungstheoretische Perspektiven primärer Prävention. In Minsel, W.-R.; Scheller, R. (Hrsg.), *Brennpunkte der Klinischen Psychologie* 2, S. 89-151.
- Koszyk, K.; Pruys, K.H. (1981). *Handbuch der Massenkommunikation*. München: dtv.
- Krupka, L.F.; Knox, L.A. (1985). Enhancing the effectiveness of alcohol and substance abuse prevention programs for children. *International Journal of the Addictions* 20(9), pp. 1435-1442.
- Kumpfer, K.-L.; DeMarsh, J. (1985). Family environmental and genetic influences on children's future chemical dependency. Special Issue: Childhood and Chemical Abuse: Prevention and Intervention. *Journal of Children in Contemporary Society*. 18 (1-2), pp. 49-91.
- Kunze, M.; Schoberberger, R. (1982). Gesundheitserziehung zur Prävention von Mißbrauchsverhalten in Österreich. *Drogalkohol* 6(3), S. 3-20.
- Kunze, M., Gredler, B. (1981). Austria's Antismoking Campaign, *World Smoking an Health* 6(3), pp. 30-33.
- Kury, H. (1982). Zur Drogenproblematik in der Bundesrepublik, insbesondere im Strafvollzug. *Drogalkohol* 2/82, S. 15-42.
- Kutsch, T.; Wiswede, G. (Hrsg.). (1980). *Drogenkonsum: Einstieg – Abhängigkeit – Sucht*. Königstein: Hain.
- Laaser, U.; Sassen, G.; Murza, G.; Sabo, P. (Hrsg.). (1987). *Prävention und Gesundheitserziehung*. Berlin: Springer.
- Labisch, A. (1986). Der präventive Staat oder Kraft durch Freude – eine kritische Bestandsaufnahme (zur Funktion der Gesundheit in Industriegesellschaften). *Drogalkohol* 10(10), S. 71-89.
- Lang, S. (1985). *Lebensbedingungen und Lebensqualität von Kindern*. Frankfurt: Campus.
- Lange, K.-J. (1984). „Miteinander reden – miteinander leben“: Eine Hamburger Aktion zur Primärprävention. *Prävention* 2, S. 50-52.

- Lange, K.J.; Günther, E. (1983). Grundlagen einer neuen Aktion zur Prävention des Drogenmißbrauchs. Partner 17, S. 10-12.
- Lasswell, H.D. (1949). Language of politics. In Lasswell, H.D.; Leithes (Eds.), Studies in quantitative semantics. Cambridge/Mass.
- Laudeman, K.A. (1984). Seventeen ways to get parents involved in substance abuse education. Journal of Drug Education 14(4).
- Lazarsfeld, P.F.; Merton, R.K. (1971). Mass communication, popular taste, and organized social action. In Schramm, W.; Roberts, D.F. (Eds.), The process and effects of mass communication. Chicago.
- Lazarus, A. (1980). Objektive and subjektive Familienstruktur von Drogenkonsumenten. In Kutsch, H.; Wiswede, G. (Hrsg.): Drogenkonsum. Einstieg – Abhängigkeit – Sucht. Meisenheim: A. Hain.
- Leavy, R.L. (1983). Social support and psychological disorder: A review. Journal of Community Psychology 11(1), pp. 3-21.
- Lefebvre, R.; Flora, J. (1988). Social marketing and public health intervention. Health Education Quarterly 15(3), pp. 299-315.
- Lehmann, A. (1984). Zur Präventionsleistung von Tagespresse und Illustrierten – ein Diskussionsbeitrag: Gutes und Schlechtes – unter dem Strich vielleicht gar nichts?. Schriftenreihe aktuelle Orientierungen, Suchtgefahren 3, S. 460.
- Lettieri, D.J.; Welz, R. (Hrsg.). (1983). Drogenabhängigkeit – Ursachen und Verlaufsformen. Ein Handbuch. Weinheim: Beltz.
- Leu, D. (1980). Drogen – Sucht oder Genuß. Basel: Lenos.
- Leupker, R.V.; Anderson Johnson, C.; Murray, D.M.; Pechacek, T.F. (1983). Prevention of Cigarette Smoking: Three-Year Follow-Up of an Education Program for Youth. Journal of Behavioral Medicine 6(1), pp. 53-62
- Leventhal, H.; Keeshan, P.; Baker, T.; Wetter, D. (1991). Smoking prevention: Towards a process approach. British Journal of Addiction 86, pp. 583-587.
- Lewis, J.M. et al. (1972). Evaluation of a drug prevention program. Hospital and Community Psychiatry 23(4), pp. 36-38.
- Lindblad, R.A. (1983). A review of the concerned parent movement in the United States of America. Bulletin on narcotics 35, S.41-53.
- Linneberg, J.H. (1984). „Laß tausend Steine rollen“: Rockmusik als Methode der Sozialarbeit. Suchtgefahren 30, S. 142-144.

- Lösel, F.; Bliesener, T.; Köferl, P.; Mittag, W.; Schmidpeter, C. (1988). Familiäre Belastung, Problemverhalten und soziale Unterstützung bei Kindern und Jugendlichen. Deskriptive Ergebnisse einer Befragung von Schülerinnen und Schülern. Sonderforschungsbereich Prävention und Intervention im Kinder- und Jugendalter. Preprint Nr. 4. Bielefeld.
- Lohrmann, D.K.; Fors, S.W. (1986). Can school-based educational programmes really be expected to solve the adolescent drug abuse problem? *Journal of Drug Education* 16(4), pp. 327-339.
- London, W.M. (1989). Once upon a synapse: A drug education simulation in three acts. *Health Education* 20(6), pp. 57-59.
- Lopez, H., Fuchs, R. (1990). Rauchen. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S.185-197). Göttingen: Verlag für Psychologie – Hogrefe.
- Lopez, C; Pendley, L. (1987). Substance abuse prevention program – Albuquerque, New Mexico. *Journal of the American Medical Ass.* 258(22), pp. 3231.
- Lorion, R. (1988). Designing substance abuse preventive interventions within a developmental framework. *NIDA Research Monograph Series* 90, pp. 193-202.
- LoSciuto, L.; Ausetts, M.A. (1988). Evaluation of a drug abuse prevention program: A field experiment. *Addictive Behaviors* 13, pp. 337-351.
- Luepker, R.V.; Johnson, C.A.; Murray, D.M., Pechacek, T.F. (1983). Prevention of cigarette smoking: Three-year follow-up of an education program for youth. *Journal of Behavioral Medicine* 6(1), pp. 53-63.
- Lukesch, H., Kischkel, K.-H., Amann, A., Birner, S., Hirte, M., Kern, R., Moosburger, R., Müller, L., Schubert, B., Schuller, H. (1989). *Jugendmedienstudie*. In H. Lukesch (Hrsg.) *Medienforschung Band 1*. Regensburg: Roderer.
- Lukoff, I.F. (1983). Sozialstruktur und Drogenkonsum. In Lettieri, D.J.; Welz, R. (Hrsg.), *Drogenabhängigkeit – Ursachen und Verlaufsformen* (S. 213-224). Weinheim: Beltz.
- Lutz, R. (Hrsg.) (1983). *Genuß und Genießen*. Weinheim.
- Lyndon, R.W.; Russell, J.D. (1990). Can overuse of psychotropic drugs by the elderly be prevented? *Aust. N Z J Psychiatry* 24(1), pp. 77-81.
- Maccoby, N. (1990). Communication and Health education research: Potential sources for education for prevention of drug use. *NIDA Research Monograph Series* 93, pp. 1-23.

- Macdonald, D.I. (1987). ADAMHA goes into high gear in the prevention, research, and treatment of drug and alcohol abuse. *Public Health Reports*, pp. 122-123.
- Magnusson, D., Allen, V.L. (1983). *Human development. An interactional perspective*. New York: Academic Press.
- Manning, T.M.; Banfield, K.C. (1989). Do parents today need drug education programs as badly as their parents needed them? *Journal of Drug Education* 19(2).
- Manoff, R.K. (1985). *Social marketing: New imperative for public health*. New York: Praeger.
- Mansel, J., Hurrelmann, K., Wlodarek, J. (1991). Problematische Lebenssituationen und Symptome der psychosozialen Belastung bei polnischen und deutschen Jugendlichen. Eine kulturvergleichende jugendsoziologische Analyse. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 43 (1), S. 44-69.
- Mansel, J., Hurrelmann, K. (1989). Emotionale Anspannung als Reaktion auf Leistungsschwierigkeiten. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungspsychologie* 9(4), S. 285-304.
- Maritsch, F., Uhl, A. (1982). Probleme und Möglichkeiten der Drogenpräventionsforschung. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* Nr.1/2, S. 29-37.
- Martin, C.E.; Oglesbee, F.W. (1983). Television advertising and drug use. *American Pharmacy* NS23(5), pp. 44-45.
- Maypole, D.E.; Anderson, R.B. (1987). Culture-specific substance abuse prevention for blacks. *Community Mental Health Journal* 23(2), pp. 135-139.
- McAlister, A.; Perry, C.; Killen, J.; Slinkard, L.; Maccoby, N. (1980). Pilot study of smoking, alcohol and drug abuse prevention. *American Journal of Public Health* 70(7), pp. 719-721.
- McCormack, T. (Ed.) (1980). *Studies in communications*. Greenwich, Conn.: Jai Press Inc.
- McCulloch, P.C. (1980). The ecological model: A framework for operationalizing prevention. *Journal of Prevention* 1(1), pp. 35-43.
- McGuire, W.J. (1989). Theoretical foundations of campaigns In Rice, R.E.; Atkin, Ch.K. (Eds.), *Public communication campaigns*. Newbury Park: Sage Publications.

- McGuire, W.J. (1968). The nature of attitudes and attitude change. In Lindsey, G.; Aronson, E. (Eds.), *Handbook of Social Psychology*. (pp. 136-314). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Mendelsohn, H. (1973). Some reasons why information campaigns can succeed. *Public Opinion Quarterly* 37, pp. 50-61.
- Merschheim, H. (1984). *Medizin im Fernsehen: Probleme massenmedial vermittelter Gesundheitsberichterstattung*. Bochum: Studienverlag Dr. N. Brockmeyer.
- Meyenberg, R. (1988). Drogen und Schule in den Niederlanden. Ein Beitrag zur Suchtprävention im Unterricht der Bundesrepublik Deutschland. *Suchtgefahren* 34, S. 285-296.
- Meyer, E. (1982). Drogenerziehung. *Krankenpflege* 36(11), S. 376.
- Milgram, G.G. (1987). Alcohol and drug education programs. *Journal of Drug Education* 17(1), pp. 43-57.
- Miller, R. (1983). Acknowledging college students' interests in drug education. *Health Education* 14(3), pp. 37.
- Miller W.R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, pp. 84-107.
- Miller, W.R. (1985). Motivation for change: What research tells us. Handout 3rd Edinburg, Conference, 1985.
- Mills, R.C.; Dunham, R.G.; Alpert, G.P. (1988). Working with high-risk youth in prevention and early intervention programs: Toward a comprehensive wellness model. *Adolescence* 23(91), pp. 643-660.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.). (1983). *Vorbeugende Suchtbekämpfung: Hinweise und Empfehlungen für Maßnahmen im Örtlichen Bereich*. S. 1-31.
- Minkler, M. (1984). Health promotion in long-term care: A contradiction in terms? *Health Education Quarterly* 11(1), pp. 77-89.
- Moskowitz, J.M. et al. (1984). Evaluation of substance abuse prevention programs for junior high school students. *Int. Journal of the Addictions* 19(4), pp. 419-430.
- Moskowitz, J.M.; Malvin, J.H.; Schaeffer, G.A., Schaps, E. (1984). An experimental evaluation of a drug education course. *Journal of Drug Education* 14(1), pp. 9-22.

- Müller, G.F. (1981). Vorsorgen für die nächste Generation. *ZfHP* 3/4, S. 63-71.
- Müller, R. (1983). Trinksitten im Wandel. *Arbeitsberichte der Forschungsabteilung No.13*. Lausanne: SFA/ISPA
- Müller, R. (1982). Die Wirksamkeit der Drogenerziehung. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* Nr.1/2, S. 23-28.
- Müller, R.; Spinatsch, M. (1988). Lebensstil von Schweizer Schulkindern: Eine interkulturelle Perspektive. *Drogalkohol* 12, S. 3-17.
- Münch, I., von, (Hrsg.). (1973). *Rauschgift: Bekämpfung des Drogenmißbrauchs*. Berlin.
- Murray, D.M.; Davis-Hearn, M.; Goldmann, A.I.; Pirie, P.; Luepker, R.V. (1988). Four- and five-year follow-up results from four seventh-grade smoking prevention strategies. *Journal of Behavioral Medicine* 11(4), pp. 395-405.
- Murray, D.M.; Pirie, P.; Luepker, R.V., Pallonen, U. (1989). Five- and six-year follow-up results from four seventh-grade smoking prevention strategies. *Journal of Behavioral Medicine* 12(2), pp. 207-218.
- N.N. (1988). Delivery of prevention services: A policy statement. *Iowa Medicine* 78(7), pp. 334-337.
- Nathan, P.E. (1983). Failures in prevention. *American psychologist*, pp. 459-467.
- Neumann, J.; Scheuch, K.; Voß, P. (Hrsg.). (1989). *Psychische Gesundheit und Wohlbefinden innerhalb des Konzeptes der Gesundheitsförderung*. Vierter WHO-Workshop, Ausgewählte Beiträge, Dresden.
- Nevermann, C.; Perlwitz, E. (1986). Prävention gegen Tabakrauchen und ihr Erfolg bei Schülern 9. Klassen eines Großstadtbezirkes. *Suchtgefahren* 32, S. 400-410.
- Nickel, W. (1985). Tee und Spiele in der Suchtprophylaxe. *Suchtgefahren* 31, S. 428-431.
- Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). (1981). *Prävention im Suchtbereich*. Hannover.
- Niedersächsisches Kultusministerium (1991). *Sucht- und Drogenprävention. Konzept/Programm des Niedersächsischen Kultusministeriums 1991-1994*. Hausinternes Papier.
- Nitsch, J. (Hrsg.). (1981). *Streß: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. Bern: Hans Huber.

- Nöcker, G. (1990). Von der Drogen- zur Suchtprävention. Herford: Busse Druck.
- Nöcker, G. (1985). Teenage Institute – ein primärpräventiver Ansatz. Suchtgefahren 31, S. 420-424.
- Nordlohne, E. Hurrelmann, K., Holler, B. (1989) Schulstreß, Gesundheitsprobleme und Arzneimittelkonsum. Prävention 12(2), S. 47-53.
- Nurco, D.N.; Balter, M.B. (1990). A plan aimed at the prevention and treatment of drug dependence. Drug and Alcohol Dependence 25, pp. 193-197.
- O'Keefe, M.T. (1971). The anti-smoking commercials: A study on television's impact on behaviour. In Public Opinion Quarterly, 35(2), pp. 242-248.
- Olton, A.L. (1985). The effect of locus of control and perceptions of school environment on outcome in three school drug abuse prevention programs. Journal of Drug Education 15(2), pp. 157-169.
- Orlandi, M.A. (1986). Community-based substance abuse prevention: A multicultural perspective. Journal of School Health 56(9), pp. 394-401.
- Parcel, G.S.; Bruhn, J.G.; Murray, J.L. (1984). Effects of a health education curriculum on the smoking intentions of preschool children. Health Education Quarterly, Spring, pp.49-56.
- Paton, S.; Kessler, R.; Kandel, D. (1977). Depressive mood and adolescent illicit drug use: A longitudinal analysis. The Journal of Genetic Psychology 131, pp. 267-289.
- Pearlin, L.I.; Liebermann, M.A. (1979). Social sources of emotional distress. Research in Community and Mental Health 1, pp. 217-248.
- Penning, M.; Barnes, G.E. (1983). Adolescent marijuana use review. International Journal of the Addictions, 17, pp. 561-566.
- Pentz, M.A. (1985). Social competence skills and self-efficacy as determinants of substance use in adolescence. In Shiffman, S.; Wills, T.A. (Eds.), Coping and substance use. New York: Academic Press.
- Pentz, M.A. (1983). Prevention of adolescent substance abuse through social skill development. In: Glynn, T.J.; Leukefeld, D.S.V.; Ludford, M.S.: Preventing Adolescent Drug Abuse: Intervention Strategies. NIDA Research Monograph Series 47, Rockville.
- Pentz, M.A. et al. (1989). A multicommunity trial for primary prevention of adolescent drug abuse: Effects on drug use prevalence. Journal of the American Medical Ass. 261(22), pp. 3259-3266.

- Perlmutter, F.D. et al. (1975). An Instrument for differentiating programs in prevention-primary, secondary and tertiary. *Orthopsychiat.* 46(3), pp. 533-541.
- Perry, C.L. (1986). Community-wide health promotion and drug abuse prevention. *Journal of School Health* 56(9), pp. 359-363.
- Perry, C.L.; Grant, M. (1991). A Cross-Cultural Pilot Study on Alcohol Education and Young People. *Wld. hlth. statist. quart.* 44, pp. 70-73.
- Perry, C.L.; Jessor, R. (1985). The concept of health promotion and the prevention of adolescent drug abuse. *Health Education Quarterly* 12(2), pp. 169-184.
- Perry, C.L.; Telch, M.J.; Killen, J.; Dass, R.; Maccoby, N. (1983). High school smoking prevention: The relative efficiency of varied treatments and instructions. *Adolescence* 18(71).
- Perry, C.; Killen, J.; Telch, M.; Slinkard, L.A.; Danaher, B.G. (1980). Modifying smoking behavior of teenagers: A school-based intervention. *American Journal of Public Health* 70(7), pp. 722-725.
- Pestalozzi, H.A. (1980). Umfassende Prophylaxe: Jugend-Alkohol, Tabak, Drogen. *ajs Informationen* 4, S. 1-4 u. 9.
- Peterson, J.E. (1975). Special contribution: National survey of marijuana use and attitudes. *Journal of School Health* 45, pp. 542-544.
- Pfaff, M.; Kistler, E.; Schulze, H., Theis, A.; Empter, S.; Fuchs, G. (1982). Methoden und Kriterien zur Überprüfung des Erfolgs von Aufklärungskampagnen: Handbuch zur Durchführung von Wirksamkeitsanalysen. Köln.
- Pflug, B. (1981). Drogenberatungslehrer – „keine Raufbolde, Querköpfe, Exoten“. *Prävention* 4(3), S. 89-92.
- Platt, J., Hermalin, J. (1989). Social skills deficit interventions for substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors* 3, pp. 114-133.
- Pöhm, N., Paschen, M. (1981). Beratungsstellen in Schulen eine sekundärpräventive Maßnahme? *Suchtgefahren* 27, S. 207-214.
- Pomerleau, O.; Pomerleau, C. (1991). Research on stress and smoking: Progress and problems. *British Journal of Addiction* 86, pp. 599-603.
- Prävention des Drogenmißbrauchs. (1980). *drogen-report* 3, S. 6-7.
- Priebe, B. (1989). Sucht- und Drogenvorbeugung in der Schule. Das Beispiel Nordrhein-Westfalen. In Knapp, R. (Hrsg.), *Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren* (S. 181-205). Berlin: Springer.

- Projekt „Prävention in Obervieland“ (Hrsg.). (1990), 4. Zwischenbericht, Bremen.
- Projekt „Prävention in Obervieland“ (Hrsg.). (1990), Evaluationsbericht, Bremen.
- Propping, P. (1983). Genetische Aspekte des Alkoholismus. In Lettieri, D.J.; Welz, R. (Hrsg.), Drogenabhängigkeit – Ursachen und Verlaufsformen (S. 311-322). Weinheim: Beltz.
- Rabes, M. (1987). Suchtprävention in der Schule. Oldenburg: Universität Oldenburg.
- Rabes, M. (Hrsg.) (1985). Drogenprävention II. Erfahrungsberichte und empirische Studien zur schulischen Prävention in den Niederlanden und in der Bundesrepublik Deutschland. Oldenburg: Universität.
- Ramsay, A.W. (1988). Drugwise 12-14: A Scottish drug education programme for 12-14 year olds. *Journal of the Royal Society of Health* 108(3), pp. 102-103.
- Ramsey, G.R. (1986). Two sides to the prevention equation: demand reduction vs. supply reduction. *Journal of School Health* 56(9), pp. 418.
- Reichel, W. (1983). Der vorverlegte Eingriff: Zur Verrechtlichung von Prävention. In Wambach, M.M. (Hrsg.), *Der Mensch als Risiko. Zur Logik von Prävention und Früherkennung* (S. 89-102). Frankfurt.
- Reiners, W. (1982). Prävention durch die Art, wie wir (miteinander) leben. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* Nr.1/ 2, S. 13-21.
- Reiners, W. (1981). Prävention als „konzertierte Regionalaktion“. *Suchtgefahren* 27(1), S. 67-69.
- Renckstorf, K. (1982). Massenmedien, Gesellschaft und sozialwissenschaftliche Kommunikationsforschung. Hamburg: Internationales Handbuch für Rundfunk und Fernsehen.
- Renn, H. (1990). Defizite der Prävention und Notwendigkeiten der Präventionsforschung. *Suchtgefahren* 36, S. 416-422.
- Renn, H. (1980). Evaluationsprobleme der Drogenerziehung. In Feser, H. (Hrsg.), *Handbuch Drogenerziehung*. Ulm: Vaas.
- Renn, H.; Feser, H. (1980). Das Konzept der staatlichen Drogenpolitik. *Prävention* 4, S. 109-113.

- Reuband, K.-H. (1986). Drogenverbreitung, Wertewandel und Problemwahrnehmung. *Neue Praxis* 16(6), S. 491-500.
- Rhodes, J.E.; Jason, L.A. (1987). The retrospective pretest: An alternative approach in evaluating drug prevention programs. *Journal of Drug Education* 17(4), pp. 345-356.
- Rice, R.E.; Atkin, C.K. (Eds.). (1989). *Public communication campaigns*. Newbury Park, Cal.: Sage.
- Ritzel, G. (Hrsg.) (1978). Drogenprävention: Der strafrechtliche Beitrag. *Sozialmedizinische und pädagogische Jugendkunde* 15, S. 136-170.
- Roberts, D.F.; Maccoby, N. (1985). Effects of mass communication. In Lindzey, G.; Aronson, E. (Eds.), *Handbook of social psychology* 2 (pp. 539-598). New York: *Random House*.
- Robins, L.N. (1966). *Deviant children grown up*. Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Robins, L.N. (1978). Study childhood predictors of adult antisocial behaviour: Replications from longitudinal studies. *Psychological Medicine* 8, pp. 611-622.
- Rodos, J.J. (1990). Education – not legislation – resolves benzodiazepine abuse. *JAOA* Vol. 90(1), pp. 26-30.
- Röhling, P. (1986). Suchtprophylaxe – Theorie und Praxis. *Prävention* 9(1), S. 16-19.
- Rogers, E. M., Storey J. D. (1987). *Communication Campaigns*. In Berger C. & Chaffee S. (Hrsg.). *Handbook of communication sciences* (S.817–846). Beverley Hills.
- Rokeach, M. (1983). A value approach to the prevention and reduction of drug abuse. In: Glynn, T.J.; Leukefeld, D.S.V.; Ludford, M.S.: *Preventing adolescent drug abuse: Intervention strategies*. NIDA Research Monograph Series 47, Rockville.
- Rosenstiel, L. von; Neumann, P.; (1982). *Einführung in die Markt- und Werbepsychologie*. Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft.
- Rosenwald P.R. (1985). Operating a primary prevention programm. *Children today* 14(4), pp. 7-9.
- Rüegg, F. (1985). For an overall approach to prevention: Basic critical considerations. *Bulletin on Narcotics* 37, pp. 177-184.

- Rust, H. (1985). Die Massenmedien und das Drogenproblem. Bericht über ein Spezial-Proseminar im Sommersemester 1984. Arbeitsberichte des Instituts für Publizistik und Kommunikationswissenschaft der Universität Salzburg, Band 10. Salzburg: Universität.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In Rolf, J.; Masten, A.S.; Cicchetti, D.; Nuechterlein, K.H.; Weintraub, S.; (Eds.), Risk and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ryan, W.P. (1974). A school-based drug abuse prevention program: An evaluation. *Drug Education* 4(1), pp. 61-67.
- Saunders, B. (1989). Alcohol and other drugs: The prevention paradoxes. *Community Health Studies* 13(2), pp. 150-155.
- Schachter, S. (1978). Pharmacological and psychological determinants of smoking. *Annals of the Internal Medicine* 88, pp. 104-114.
- Schaps, E.; DiBartolo, R.; Moskowitz, J.; Palley, C.S.; Churgin, S. (1981). A Review of 127 Drug Abuse Prevention Program Evaluations. *Journal of Drug Issues*, Winter, pp.17-43.
- Schaps, E. et al. (1981). Die Beurteilung der Wirksamkeit von 127 Programmen zur Drogenprävention. *Drogalkohol* 3/81, S. 21-38.
- Schenk, J. (1979). Die Persönlichkeit des Drogenkonsumenten. Göttingen: Hogrefe.
- Schioler, P. (1981). Information, teaching and education in the primary prevention of drug abuse among youth in Denmark. *Bulletin on Narcotics* 33, pp. 57-65.
- Schill, W. (1986). Interventionen im beruflichen Schulbereich. In Kollehn, K.; Weber, N.H. (Hrsg.), *Suchtprävention* (S. 148-184). Berlin.
- Schinke, S.P. (1981). Interpersonal-skills training with adolescents. In Hersen, M.; Bisler, R.; Miller, M. (Eds.), *Progress in behavior modification* 11, pp. 65-115. New York: Academic Press.
- Schinke, S.P.; Gilchrist, L.D. (1985). Preventing substance abuse with children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53(5), pp. 596-602.
- Schinke, S.P.; Gilchrist, L.D. (1984). *Life Skills Counseling with Adolescents*. Baltimore: University Park Press

- Schlömer, H. (1981). Abschied von der Drogenkunde! Westermanns Pädagogische Beiträge 33(5), S. 189-192.
- Schmeling, D.G., Wotring, C. E. (1976). Agenda setting effects of drug abuse public service ads, *Journalism Quarterly*.
- Schmerl, C. (1984). Drogenabhängigkeit: Kritische Analyse psychologischer und soziologischer Erklärungsansätze. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Schneider, K. (1982). Probleme und Aufgaben in der Drogenprophylaxe mit Schülern, Lehrern und Eltern. *Suchtgefahren* 28, S. 257-261.
- Schneider, W. (1987). Drogenforschung ohne Gegenstand? Bemerkungen zum Verhältnis von Jugend- und Drogenforschung und ihre Bedeutung für die Drogenprävention. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, S. 43-50.
- Schoberberger R.; Kunze M. (1983). Legale und illegale Drogen: Aktiv vorbeugen – Mißbrauch vermeiden. Bröschüre, S. 3-45.
- Schoberberger, R.; Kunze, M. (1982). Projekt „Moosham“. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* Nr.1/2, S. 49-53.
- Schuchard, M. (1984). Parent power and prevention: the national movement for drug-free youth. *The Journal of the Florida Medical Ass.* 71(4), pp. 225-226.
- Schuster, Ch.R. (1987). The United States' drug abuse scene: An overview. *Clinical Chemistry* 33(11B), pp. 7B-12B.
- Schwartz, S.; Bodanske, E.A. (1981). Environmental strategies for primary drug abuse prevention programs. *Journal of Prevention*, pp. 188-198.
- Schwarzer, R. (Hrsg.). (1990). *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Segal, B. (1986). Intervention and prevention of drug-taking behavior: A need for divergent approaches. *Int. Journal of the Addictions* 21(2), pp. 165-173.
- Segal, M. et al. (1983). The 1990 prevention objectives for alcohol and drug misuse. *Public Health Reports* 98(5), pp. 426-435.
- Seidel, R. (1972). Bedingungen für die Prävention psychischer Störungen. *Das Argument*, Heft 1/2, S. 14-61.
- Seifert-Schröder, B. (1983). Drogenabhängigkeit Jugendlicher: Problematik, Prävention, Elternarbeit: Eine Literaturdokumentation. München: Verlag Deutsches Jugendinstitut.
- Selnow, G.W. (1985). Using a stratified approach in substance intervention and

- prevention programs among adolescents: An empirical analysis. *Journal of Drug Education* 15(4), pp. 327-341.
- Sexter, J. (1984). Substance abuse: Assessment of the outcomes of activities and activity clusters in school-based prevention. *Int. Journal of the Addictions* 19(1), pp. 79-92.
- Shedler, J., Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health. *The American Psychologist*, pp. 612-630.
- Sheppard, M.A. (1984). Drug abuse prevention education: What is realistic for schools? *Journal of Drug Education* 14(4), pp. 323-329.
- Sheppard, M.A. et al. (1985). Drug education: Why we have so little impact. *Journal of Drug Education* 15(1), pp. 1-5.
- Shingi, P.M., and Mody, B. (1976). The communication effects gap: a field experiment on television and agricultural ignorance in India. *Communication Research*, 3, pp. 171-190.
- Shoemaker, P.J. (Ed.). (1989). *Communication campaigns about drugs*. Hillsdale: Lea.
- Shute, R.; Swisher, J. (1974). Training models for drug abuse prevention: Recommendations for the future. *Journal of Drug Education* 4(2), pp. 169-178.
- Silbereisen, R.K. (1990). Konsum von Alkohol und Drogen über die Lebensspanne. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S.169-184). Göttingen: Verlag für Psychologie – Hogrefe.
- Silbereisen, R.K.; Kastner, P. (1984). Entwicklungstheoretische Perspektiven für die Prävention des Drogengebrauchs Jugendlicher. In Brandstädter, J.; Gräser, H. (Hrsg.), *Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne*. Göttingen: Hogrefe.
- Simon, E.J. (1983). Opiatrezeptoren und ihre Bedeutung für die Entstehung der Drogenabhängigkeit. In D.J. Lettieri; R. Welz (Hrsg.), *Drogenabhängigkeit – Ursachen und Verlaufsformen* (S. 323-328). Weinheim: Beltz.
- Simon, R.; Bühringer, G.; Wiblishauser, P. (1991). Repräsentativerhebung 1990 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren. Bericht Nr. 3: Grundausswertung für die alten und neuen Bundesländer. IFT München.
- Skinner, W.J. (1970). Role of pharmaceutical industry in preventing drug abuse. *American Journal of Pharmacy* 142(4), pp. 184-188.

- Skrlj, M. (1986). Programme base for the prevention of drug abuse in Yugoslavia. *Bulletin on Narcotics* 38, pp. 105-112.
- Skutle, A. (1987). Treatment and prevention of alcohol and drug abuse: Coordination of professional services. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 337, pp. 52-54.
- Smart, R.G. (1983). Some personal reflections on drug abuse research, chiefly epidemiology and prevention. *Drug and Alcohol Dependence* 11(1), pp. 39-41.
- Smart, R.G. et al. (1988). Drug abuse and prevention programs in 29 countries. *Int. Journal of the Addictions* 23(1), pp. 1-17.
- Sobel, M.E. (1981). *Lifestyle and social structure*. New York.
- Solomon, D.S. (1989). A social marketing perspektive on communication campaigns. In Rice, R.E.; Atkin, C.K. (Eds.), *Public communication campaigns* (pp. 87-104). Newbury Park: Sage.
- Solomon, D.S. (1982). Mass media campaigns for health promotion. *Prevention in human services*, 2, pp. 115-123.
- Spivack, G.; Shure, M.B. (1982). The cognition of social adjustment. In Lahey, B.; Kazdin, A. (Eds.), *Clinical child psychology* (pp. 323-373). New York.
- Springer, A. (1982). Drogenfilme und Antidrogenfilme, Teil 1. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* Nr.3, S. 23-31.
- Stolz, P. (1982). Einige Alternativen zur Drogenkontrollpolitik. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* Nr.1/2, S. 3-13.
- Strasburger, V.C. (1989). Prevention of adolescent drug abuse: Why „Just say no“ just won't work. *Journal of Pediatrics* 114(4), pp. 676-681.
- Stumpf, W.; Schmidt-Dreher, G. (1981). Drogenprophylaxe im Bereich der Schule. *ajs Informationen* 3/81, S. 6-11.
- Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich (1986). *Konzept Klassenarbeit*. Zürich.
- Sullivan, A.P. et al. (1986). Measuring and interpreting school-based prevention outcomes: The New York City model. *Journal of Drug Education* 16(2), pp. 181-190.
- Sullivan, A.P.; Guglielmo, R. (1986). The practice of prevention in the New York City public schools. *Int. Journal of the Addictions* 21(11), pp. 1145-1155.
- Sullivan, A.P.; Guglielmo, R.; Levander, L. (1986). Evaluating prevention and intervention procedures. *Journal of Drug Education* 16(1), pp. 91-98.

- Swaim, R.C.; Oetting, E.R.; Edwards, R.W.; Beauvais, F. (1989). Links from emotional distress to adolescent drug use: A path model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57(2), pp. 227-231.
- Swisher, J.D.; Hu, T.-W. (1983). Alternatives to drug abuse: Some are and some are not. In: Glynn, T.J.; Leukefeld, D.S.V.; Ludford, M.S.: Preventing Adolescent Drug Abuse: Intervention Strategies. NIDA Research Monograph Series 47, Rockville.
- Tausch, R. (1991). Präventive Förderung der seelisch-körperlichen Gesundheit: Wirksame psychologische Möglichkeiten. Vortrag auf der Fachtagung der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie, Göttingen, 11.-13. März 1991.
- Telch, M.J.; Killen, J.D.; McAlister, A.L.; Perry, C.L., Maccoby, N. (1982). Long-term follow-up of a pilot project on smoking prevention with adolescents. *Journal of Medicine* 5(1), pp. 1-8.
- Teske, R. (Hrsg.). (1981). Drogen in der Schule. Westermanns Pädagogische Beiträge 33(5), S. 177-224.
- Thamm, B.G. (1984). Markt contra Prävention: Wirtschaftliche Aspekte des Drogenmißbrauchs. *Prävention* 4, S. 108-111.
- Tobler, N.S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues* 16(4), pp. 537-567.
- Toohy, J.V. (1979). Planning international programs in drug and substance abuse education. *Journal of School Health* 49, pp. 514-515.
- Tricker, R.; Davis, L.G. (1988). Implementing drug education in schools: An analysis of the costs and teacher perceptions. *Journal of School Health* 58(5), pp. 181-185.
- v. Troschke, J. (1991). Gutachten zur Evaluation von Teilprojekten der Kampagne der BZgA zur Förderung des Nichtrauchens im Jahr 1990. Emmendingen: unveröff. Manuskript.
- v. Troschke, J. (1990). Wissenschaftliches Gutachten über die Kampagne zur Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen. Emmendingen: unveröff. Manuskript.
- Tully, K. (1989). Basisdokumentation Medienliteratur. München: Verlag DJI.
- Twentyman, C.T., Zimering, R.T. (1979). Behavioral Training of social skills. A critical review. In M. Hersen, R.M. Eisler, P.M. Miller (Eds.) *Progress in Behavior Modification* 7, pp. 321-400, New York: Academic Press.

- Ulapec, K. (1981). Drogenproblematik in Salzburg als Grenzstadt und Prophylaxe-Maßnahmen seit 1968: Elfte internationales Seminar zur Verhütung und Behandlung der Drogenabhängigkeit, Wien 22.6.-26.6.1981. Lausanne: ICAA.
- UN Educational, Scientific and Cultural Organization (Ed.) (1981). Meeting of experts on the co-ordination of school and out of school education concerning the problems associated with the use of drugs. Meeting-Report, 8-12 September 1980.
- United Nations Secretariat (Ed.). (1983). Preventive and treatment measures to reduce drug abuse: Summary of responses to a survey of national programmes. Bulletin on Narcotics 35 (3), pp. 33-40.
- United Nations, Division of Narcotic Drugs (Ed.). (1978). Resource book on measures to reduce the illicit demand for drugs. Geneva: MPIP, Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit.
- United Nations, Division of Narcotic Drugs (Ed.). (1982). Report on the seminar on national pilot projects on the utilization of community resources for the prevention and reduction of drug abuse. Bangkok.
- Vann, J.F. (1984). Prescription drug abuse and misuse: Primary prevention programs are needed. American Pharmacy NS24, 8, pp. 5-7.
- Völker, U. (1981). Primäre Prävention: Vorbeugen ist besser als Heilen. ZfHP 3/4, S. 20-31.
- Vogler, R.E., Revenstorf, D. (1978). Alkoholmißbrauch. Sozialpsychologische und lerntheoretische Ansätze. München: Urban & Schwarzenberg.
- Volpe, R. (1977). Feedback facilitated relaxation training as primary prevention of drug abuse in early adolescence. Journal of Drug Education 7(2), pp. 179-194.
- Voß, R. (1983). Fördern Eltern, Lehrer, Erzieher und Ärzte den fortschreitenden Medikamentenmißbrauch bei Kindern und Jugendlichen? Suchtgefahren 29, S. 369-378.
- Vulcano, B.A.; Barnes, G.E.; Langstaff, P. (1990). Predicting Marijuana use among adolescents. Int. Journal of the Addictions 25(5), pp. 531-544.
- Wagstaff, A. (1987). Government prevention policy and the relevance of social cost estimates. British Journal of Addiction 82, pp. 461-467.
- Wallack, L. (1990). Two approaches to health promotion in the mass media. World Health Forum 11(2), pp. 143-154.

- Wallack, L.M. (1980). Assessing effects of mass media campaigns: An alternative perspective. *Alcohol Health and Research World* 5(1), pp. 17-29.
- Wambach, M. (Hrsg.) (1983). *Der Mensch als Risiko: Zur Logik von Prävention und Früherkennung*. Frankfurt.
- Warner, K.E. (1977). The effects of the Anti-Smoking Campaign on cigarette consumption. *American Journal of Public Health* 67(7), pp. 645-650.
- Weber, N.H. (1986). Der Einsatz von audiovisuellen Medien in der Drogenprävention. In Kollehn, K.; Weber, N.H. (Hrsg.), *Suchtprävention*, S. 185-195. Berlin.
- Weber, W. (1980). Psychologische Erfahrungen und Ansätze zu wirksamer Prävention. *DHS-Schriftenreihe*, Band 22, S. 37-46.
- Weimar, R. H. (1972). Toward a model of primary prevention of drug abuse in elementary schools. *British Journal of the Addictions* 68, pp. 57-63.
- Weiss, R.S., Rein, M. (1972). The evaluation of broad-aim programs: Difficulties in experimental design and an alternative. In Weiss, C.H. (Ed.) *Evaluating action programs*. Boston: Allyn and Bacon.
- Weissberg, R.; Gesten, E.; Carnrike, C.; Toro, P.; Rapkin, B.; Davidson, E.; Cowen, E. (1981). Social problem-solving skills training: A competence-building intervention with second-to fourth-grade children. *American Journal of Community Psychology* 9(4), pp. 411-423.
- Weissinger, V. (1989). *Suchtprävention – Eine Studie. Organisationen und ihre Verflechtungen, Aktivitäten und Maßnahmen, Empfehlungen*. Bonn: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V.
- Weitz, D. (1975). Drug education curriculum guide K-6: An integrated approach: developing self esteem. *Journal of the New York State School Nurse Teachers Ass.* 6(4), p. 31.
- Wengle, E. (1983). *Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit präventiver Gesundheitsmaßnahmen – Problemstellung und Stand des Wissens*. Paper, S. 1-13.
- Werner, E., Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- White, H.R.; Johnson, V.; Horowitz, A. (1986). An application of three deviance theories to adolescent substance use. *Int. Journal of the Addictions* 21, pp. 347-366.

- Wiedl, K.H. (1981). Epidemiologie in der Klinischen Psychologie: Exemplarische Inhaltsbereiche sowie Forschungsprobleme und Perspektiven präventiver Intervention. In Minsel, W.R.; Scheller, R. (Hrsg.), *Brennpunkte der klinischen Psychologie 2* (S. 63-87). München.
- Wikler, A. (1961). On the nature of addiction and habituation. *British Journal of Addiction* 57, pp. 73-79
- Wiley, J.A.; Camacho, T.C. (1980). Life-style and future health: Evidence from the Alameda county study. *Preventive Medicine* 9, pp. 1-21.
- Wille, R. (1985). Die Darstellung der Sucht im Film. *Prävention*, S. 110-114.
- Wills, T.A. (1985). Stress and coping related to smoking and alcohol use in early adolescence. In Shiffman, S.; Wills, T.A. (Eds.), *Coping and substance abuse*. New York: Academic Press.
- Wills, T.A.; Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. In Shiffman, S.; Wills, T.A. (Eds.), *Coping and substance use*. New York: Academic Press.
- Winter, K. (1986). Interventionen im allgemeinbildenden Schulbereich. In Kollehn, K.; Weber, N.H. (Hrsg.), *Suchtprävention*, S. 120-147. Berlin.
- Wöbcke, M. (1987). Ursachen der Drogenabhängigkeit. In Bartsch, N.; Knigge-illner, H. (Hrsg.), *Sucht und Erziehung Bd. I* (S. 31-45). Weinheim: Beltz.
- Wöbcke, M. (1977). *Rauschmittelmisbrauch – Prävention und Therapie*. München: Kösel.
- Wolfson, E.A.; Luria, D.B. (1972). Prevention of drug abuse. *Postgraduate Medicine* 51(1), pp. 163-167.
- Wong, M.R.; Barbatsis, G.S. (1978). Attitude and information change effectet by drug education via broadcast television and group viewing. *Drug Education* 8(2), pp. 161-171.
- World Health Organization (Ed.). (1988). Substance-abuse education for health professionals. Report on a WHO Consultation, pp. 1-21.
- World Health Organization (Ed.). (1986). *Drug depenence and alcohol-related problems: A manual for community health workers with guidelines for trainers*. Geneva: WHO.
- Wormser, R. (1973). *Drogenkonsum und soziales Verhalten bei Schülern*. München: Kindler.

- Zoller, U. (1986). Effectiveness evaluation of smoking, drug, and alcohol education courses via actual relevant behavior. *Journal of Drug Education* 16(1), pp. 1-12.
- Zuckerman, M. (1978). Sensation Seeking. In: London, H. & Exner, J.E. (Eds.), *Dimensions of Personality*. New York: Wiley.