

# SUCHTPRÄVENTION an der Gemeng

Entwicklung,  
Durchführung und  
Evaluation eines Modells  
zur gemeindeorientierten  
Suchtprävention.

Uwe Ch. Fischer &  
Winfried Krieger

1998

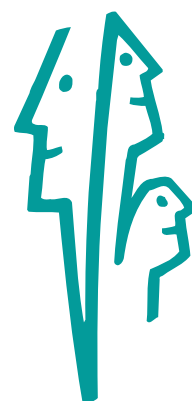


Pilot projekt kofinanziert von  
der Europäischen  
Kommission



# INHALTSVERZEICHNIS

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>5</b>
1.1 Die europäische Dimension .....	5
1.2 «Suchtprävention geht uns alle an» .....	6
<b>2 Theorie</b> .....	<b>6</b>
2.1 Entwicklung der Suchtprävention .....	6
2.2 Suchtprävention und Gesundheitsförderung .....	7
2.3 Ursachen der Sucht .....	7
2.4 Konzepte und Theorien der Suchtprävention .....	7
2.4.1 Modelle der Suchtprävention .....	8
2.4.2 Modelle der Gesundheitsförderung .....	8
2.4.3 Der systemische Ansatz einer Suchtpräventionstheorie .....	9
2.5 Der Bedarf an geeigneten Konzepten und Forschungen im Bereich der Suchtprävention .....	11
2.6 Ansatzpunkte der Prävention .....	12
2.6.1 Risiko- und protektive Faktoren im Sinne der Gesundheitsförderung .....	12
2.6.2 Der globale Ansatz .....	14
2.6.3 Zielgruppen der Prävention .....	14
2.6.4 Systemischer Ansatz bei der Umsetzung einer Suchtprävention .....	15
2.6.5 Gemeindegetragene Ansätze .....	15
2.7 Evaluation und Qualitätssicherung in der Suchtprävention .....	17
<b>3 Das Projekt</b> .....	<b>18</b>
3.1 Inhalt .....	18
3.2 Planung des Gesamtprojekts .....	18
3.3 Ziele der gemeindegetragenen Suchtprävention .....	20
3.4 Die beteiligten Gemeinden .....	21
<b>4 Planung der Evaluation</b> .....	<b>22</b>
4.1 Evaluation im Rahmen der Großerhebung (Makroevaluation) .....	22
4.1.1 Entwicklung eines Fragebogens für die Großerhebung .....	24
4.1.2 Erläuterung der Skalen .....	28
4.1.3 Übersetzung des Fragebogens .....	30
4.2 Evaluation einzelner Teilbereiche des Projekts (Mikroevaluation) .....	30
4.2.1 Dokumentation der Präventionsgruppensitzungen und der geplanten Aktionen .....	30
4.2.2 Evaluation der Aktionen auf der Gemeindeebene .....	30
4.2.3 Die Dokumentation der Koordinatorentreffen .....	31
4.3 Vorgehensweise bei der Stichprobenauswahl .....	31
4.3.1 Bestimmung der Stichprobengröße .....	31
4.3.2 Quotenbestimmung der einzelnen Zielgruppen .....	31
<b>5 Ergebnisse der Bedarfserhebung</b> .....	<b>32</b>
5.1 Der Rücklauf der Bedarfserhebung .....	32
5.2 Demographische Daten .....	33
5.3 Ergebnisse der Single-Item-Messungen .....	33
5.3.1 Kenntnisse und Gefahreinschätzung von Suchtmitteln .....	33
5.3.2 Konsumverhalten .....	34
5.3.3 Veränderungswünsche .....	36
5.3.4 Aktuelle Probleme und struktureller Bedarf .....	36
5.4 Ergebnisse der Skalen .....	37
5.5 Geschlechts- und Bildungsunterschiede .....	39
5.6 Diskussion der Ergebnisse der Bedarfserhebung .....	39
5.6.1 Diskussion des Rücklaufs .....	39
5.6.2 Diskussion der Single-Item-Ergebnisse .....	40
5.6.3 Diskussion der Ergebnisse der Skalen .....	41
<b>6 Ergebnisse der Evaluation</b> .....	<b>42</b>
6.1 Ergebnisse der Mikroevaluation .....	42
6.1.1 Aufbau und Verlauf der Präventionsgruppen .....	43
6.1.2 Dokumentation und Evaluation der durchgeführten Aktionen .....	44
6.1.3 Diskussion des Aufbaus und Verlaufs der gemeindegetragenen Suchtprävention .....	48
6.1.4 Diskussion der durchgeführten Aktionen .....	48
6.2 Ergebnisse der Evaluation auf der Makro-Ebene .....	49
6.2.1 Welche Personen konnten mit den Aktionen in der Gemeinde erreicht werden ? .....	49



6.2.2 Die Veränderung der Kommunikation über Sucht im Verlauf des Projektes	51
6.2.3 Ergebnisse der Veränderungen im Vergleich zur Wartegruppe	52
6.2.4 Zusammenfassung der Ergebnisse der Evaluation auf der Makro-Ebene	57
6.3 Diskussion der Makro-Evaluation	58
6.3.1 Diskussion der Anteilnahme am Projekt	58
6.3.2 Diskussion der Veränderungen bei der Kommunikation	58
6.3.3 Diskussion der Veränderungen im Vergleich zur Wartegruppe	58
<b>7 Gesamtbewertung und Ausblick</b>	<b>59</b>
7.1 Diskussion der Makro-Evaluation im Rahmen einer Gesamtbewertung	59
7.1.1 Motivation	60
7.1.2 Kommunikation	60
7.1.3 Sensibilisierung	60
7.1.4 Information	60
7.1.5 Einstellungen	61
7.1.6 Nutzung struktureller Ressourcen	61
7.1.7 Erziehung (Schule & Familie)	62
7.1.8 Verhalten	62
7.1.9 Persönlichkeit	62
7.2 Fazit	63
7.3 Ausblick	63
<b>8 Literatur</b>	<b>64</b>
<b>9 Anhang</b>	<b>68</b>
<b>Anhang zu Kapitel 5:</b>	<b>69</b>
Tabelle A_5.1a: Demographische Daten Teil 1	69
Tabelle A_5.1b: Demographische Daten Teil 2	69
Abbildung A_5.1: Medikamenteneinnahme nach Altersgruppen	70
Abbildung A_5.2: Mindestens einmaliger Konsum illegaler Drogen	70
Abbildung A_5.3: Wünsche zum Thema Sucht	70
Tabelle 5.2: Veränderungswünsche der vier Altersgruppen (Prozentangaben)	71
Abbildung A_5.4: Bereiche, in denen es Schwierigkeiten und Probleme gibt (17-60 Jahre)	71
Abbildung A_5.5: Bereiche, in denen es Schwierigkeiten und Probleme gibt (12-16 Jahre)	71
Abbildung A_5.6: Zufriedenheit mit den Angeboten der Gemeinde	72
Tabelle A_5.3: Varianzanalytische Ergebnisse der Altersgruppenvergleiche	72
<b>Anhang zu Kapitel 6:</b>	<b>73</b>
Tabelle A_6.1: Zeitliche Veränderung der Kommunikation über Sucht	73
<b>Tabellen A_6.2-A_6.19: Varianzanalytische Ergebnisse der Makro-Evaluation</b>	<b>74</b>
Tabelle A_6.2: «Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse über die Wirkungen und Gefahren der folgenden Drogen ein?»	74
Tabelle 7.3: Gefährlichkeit von Konsummitteln oder Tätigkeiten in Bezug auf Sucht	74
Tabelle A_6.4: Angst, Barrieren und Sicherheitsbedürfnis beim Thema Sucht	74
Tabelle A_6.5: Gesamtindex zu Meinungen zu legalen und illegalen Drogen	75
Tabelle A_6.6: Meinungen zu Alkohol	75
Tabelle A_6.7: Meinungen zu Rauchen	75
Tabelle A_6.8: Meinungen zu Medikamente	76
Tabelle A_6.9: Meinungen zu illegalen Drogen	76
Tabelle A_6.10: Meinungen zum Thema Sucht	77
Tabelle A_6.11: «Wann und wie oft trinken Sie alkoholische Getränke?»	77
Tabelle A_6.12: «Wenn ich Alkohol trinke, dann trinke ich...»	78
Tabelle A_6.13: Durchschnittliche Medikamenteneinnahme	78
Tabelle A_6.14: «Wie häufig nehmen Sie folgende Rauschdrogen ein?»	78
Tabelle A_6.15: Problembewältigungsstrategien	78
Tabelle A_6.16: Funktionales Freizeitverhalten	79
Tabelle A_6.17: «Wo verbringen Sie Ihre Freizeit?»	79
Tabelle A_6.18: Veränderungswünsche in verschiedenen Bereichen	80
Tabelle A_6.19: «Wenn ich Suchtprobleme hätte, würde ich mich am ehesten wenden an...»	80



## ZUSAMMENFASSUNG

Drogen und Sucht machen nicht vor den Grenzen halt. In Europa ist diese Problematik nach wie vor präsent. Eine wesentliche Aufgabe der Europäischen Gemeinschaft liegt in der Prävention und der Forschung in diesem Bereich. Der vorliegende Bericht beinhaltet die Evaluation eines Modells zur gemeindenahen Suchtprävention.

In das Projekt sind sieben luxemburger Gemeinden eingebunden, in denen Präventionsgruppen gebildet wurden, die aus freiwilligen Gemeindemitgliedern bestehen. Die Koordination und Weiterbildung dieser Gruppen erfolgt vom Centre de Prévention des Toxicomanies aus. Diese Präventionsgruppen führen in ihren Gemeinden bedarfsgerechte suchtpreventive Aktionen durch.

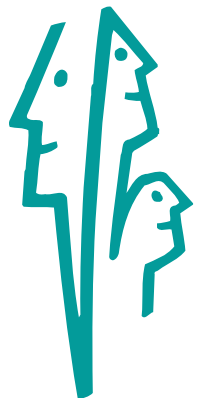
Der suchtpreventive Ansatz dieses Projektes basiert auf den aktuellen Modellen, die sich bereits in der Praxis als effektiv herausgestellt haben. Folgende Schwerpunkte kennzeichnen das Projekt:

- der **gemeindegetragene Ansatz**, der die spezifischen Gegebenheiten der Gemeinde und deren Strukturen nutzt und die Eigenverantwortlichkeit der Gemeindemitglieder stärkt,
- der **gesundheitsförderliche Ansatz** unter Berücksichtigung von Risiko- und protektiven Faktoren beim Individuum und seinem Umfeld,
- der **globale Ansatz** der die komplexe Verknüpfung der verschiedenen Lebensbereiche mitberücksichtigt und auf verschiedenen Ebenen ansetzt,
- der **systemische Ansatz**, der die komplexe Dynamik und Wechselwirkung von Personen und Gruppen nutzt, um Änderungen herbeizuführen,
- ein **zielgruppenorientiertes Vorgehen**,
- der **evaluative Ansatz**, der es ermöglicht, die Wirksamkeit der gemeindegetragenen Aktionen nachzuweisen und einer qualitätssichernden kontinuierlichen Verbesserung der suchtpreventiven Maßnahmen und deren strukturellen Verankerung auf kommunaler Ebene dient.

Die Zielsetzung des Projektes liegt in der Etablierung suchtpreventiver Strukturen in der Gemeinde und der Sensibilisierung der Verantwortlichkeit der Gemeindemitglieder. Neben den Informationen sollen die Bürger angeregt werden, über das Thema zu diskutieren, nachzudenken und aktiv mitzuwirken. Anvisiert werden nicht nur suchtmittelspezifische Einstellungs- und Verhaltensänderungen, sondern vor allem das Erkennen und Verändern risikoreicher und schützender Bedingungen im Umfeld der Familie, Schule und Gemeinde.

Die Evaluation setzt an zwei Ebenen an: Die **Mikroevaluation** erfaßt die gemeindenah durchgeführten Aktionen und die Betreuung der Präventionsgruppen, bei der **Makroevaluation** werden Daten einer repräsentativen Stichprobe der Gemeinden zu mehreren Meßzeitpunkten maßnahmenunspezifisch erhoben. Die Teilnehmer werden vor und nach einer Phase gebündelter suchtpreventiver Aktionen in der Gemeinde befragt. Diese Ergebnisse werden mit denen einer Wartegruppe verglichen, die vor und nach einer vergleichbaren Zeitspanne ohne Aktionen befragt wird. Der erste Erhebungszeitpunkt dient gleichzeitig der **Bedarfsplanung**.

Im Zuge der **Makroevaluation** und **Bedarfsplanung** wurde in der ersten Erhebungswelle eine nach Altersgruppen geschichtete repräsentative Stichprobe der einzelnen Gemeinden mit Hilfe eines Fragebogens befragt. Die Altersspanne liegt zwischen 12 und 60 Jahren. Der Fragebogen enthält Fragen zu Kenntnissen, Einstellungen, Kommunikation und Verhalten in Bezug auf legale und illegale Drogen sowie zum Thema Sucht. Weiterhin werden Fragen zum Umgang mit Problemen und dem Freizeitverhalten gestellt und eigene Veränderungswünsche sowie die Zufriedenheit mit den strukturellen Angeboten erfaßt. Der Fragebogen liegt in deutscher, französischer und portugiesischer Sprache vor.



667 (34%) der per Zufallsverfahren angeschriebenen Personen haben den Fragebogen zur ersten Erhebungsphase ausgefüllt zurückgesandt. Insgesamt läßt sich für die **Bedarfserhebung** feststellen, daß die Personen, die den Fragebogen beantwortet haben, ein hohes **Interesse** an der Thematik Sucht zeigen. Die **Kenntnisse** im Bereich der illegalen Drogen werden subjektiv als mittel bis gering eingeschätzt. Die älteren Personengruppen (25 - 60 Jahre) geben höhere **Konsummengen** für Alkohol, Zigaretten und Medikamente an. Im Bereich der illegalen Drogen haben vor allem die 17-40-Jährigen bereits Erfahrungen gesammelt. In Bezug auf die eigene Person werden Veränderungswünsche und aktuelle Probleme angegeben. Der **strukturelle Bedarf** variiert nach den Gegebenheiten und Möglichkeiten der Gemeinden. Generell werden mehr Angebote für Jugendliche und Kinder gefordert und in kleineren Gemeinden auch mehr Freizeiteinrichtungen. Die Gruppe der 17-25-Jährigen hat geringere **Barrieren** und **Ängste** gegenüber dem Thema. Demgegenüber sind diese Werte bei der älteren Altersgruppe deutlich höher.

Befragt nach ihren **Einstellungen** gegenüber Genuß- und Suchtmitteln wie Alkohol und Zigaretten, stimmen ältere Personen den genußbezogenen und emotional regulierenden Eigenschaften eher zu als die jüngeren. Im **Umgang mit Problemen** ist ein Unterschied dahingehend festzustellen, daß ältere Personen eine aktivere und internale Bewältigungsstrategie wählen, während Jugendliche und junge Erwachsene eher ein problemvermeidendes Verhalten zeigen. Bei den **Funktionen des Freizeitverhaltens** ist durchgängig folgendes Bild zu beobachten: Jüngere Personen bevorzugen ein risikoorientiertes erlebnisreiches Freizeitverhalten in der Gruppe, das zudem die Funktion der Herstellung positiver Stimmung und des emotionalen Abreagierens beinhaltet. Ältere Personen suchen dagegen eher Entspannung und Ruhe in ihrer Freizeit, verbunden mit intellektuellen Interessen. Weiterhin lassen sich bei einzelnen Meßgrößen Geschlechts- und Bildungsunterschiede feststellen.

Für die **Mikroevaluation** sind folgende Ergebnisse festzustellen: Der **Aufbau der Präventionsgruppen** in den Gemeinden verlief erfolgreich und stieß auf großes Interesse der Beteiligten. Der weitere Verlauf der Präventionsgruppen zeigt auf, daß sich die Gruppen unterschiedlich schnell strukturiert haben. Die Präventionsgruppen wollen ihre Arbeit fortsetzen, und es sind bereits weitere Aktionen geplant.

Die **Dokumentation der Aktionen** macht deutlich, daß eine große Anzahl in den Gemeinden innerhalb des Beobachtungsraumes eines halben Jahres durchgeführt wurden. Es bestand ein vielfältiges Angebot, das die verschiedenen Bereiche der informativen, affektiven und beratenden Präventionsstrategien abdeckt.

Die Auswertung der **Makroevaluation** basiert auf 644 Personen, die zum ersten und zweiten Meßzeitpunkt den Fragebogen ausgefüllt haben (1223 zum ersten Meßzeitpunkt). Etwa die Hälfte der Befragten konnte mit den **Aktionen erreicht** werden. Allerdings hat nur ein Zehntel selbst daran teilgenommen. Das Projekt hat generell Einfluß auf die **Kommunikation** über das Thema Sucht genommen. Dabei setzten die Gespräche teilweise bereits vor dem Beginn der eigentlichen Gemeindeaktionen ein. Ein kontinuierlicher Anstieg konnte bei der Kommunikation zwischen Jugendlichen und ihren Eltern festgestellt werden. Die **Sensibilität** gegenüber der Suchtgefahr hat bei der Treatmentgruppe zugenommen. Nicht nur die Gefährlichkeit der illegalen und legalen Drogen wird höher eingeschätzt, sondern auch alltagsnahe Tätigkeiten und Konsumprodukte werden kritischer gesehen. Bei der Einschätzung des eigenen **Kenntnisstandes** von einzelnen Suchtmitteln zeigt sich ein Anstieg im Bereich des Zigarettenkonsums. In den Bereichen **Hilfe, Barrieren, Angst und Sicherheit** in Bezug auf das Thema Drogen zeigen sich keine Veränderungen in der Gesamtgruppe. Bei den 17-25 Jährigen nehmen die Kenntnisse über offizielle Ressourcen zu, und die Barrieren gegenüber dem Thema Sucht nehmen ab.

Der Gesamtindex der **Meinungen zu den legalen und illegalen Drogen** in Bezug auf deren Image und Funktionen verringert sich bei der Treatmentgruppe. Dies ist vor allem auf die Einstellung gegenüber dem Image und der Funktion des Rauchens zurückzuführen.

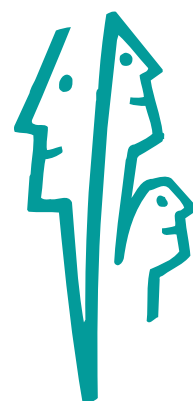


Weiterhin verringert sich die Meinung gegenüber der emotionalen und sozialen Funktion illegaler Drogen. In den anderen Unterskalen zu den Meinungen in Bezug auf Alkohol, Medikamente, Rauchen und illegale Drogen zeigen sich keine statistisch bedeutsamen Veränderungen für die Gesamtgruppe, jedoch einzelne Abnahmen in den Untergruppen.

Im **Konsumverhalten** sind bisher keine generellen Tendenzen feststellbar. Es zeigen sich nur vereinzelte Veränderungen in den Untergruppen. So hat der Zigarettenkonsum bei den 26-40-Jährigen abgenommen. Bei den **Problembewältigungsstrategien** zeigen sich keine Veränderungen. Im Bereich des ‚**funktionalen Freizeitverhaltens**‘ nimmt die risikoorientierte Erlebnisfunktion ab. In einzelnen Untergruppen ist zusätzlich eine Verringerung der passiven Freizeitorientierung erkennbar.

Die Ergebnisse der Bedarfserhebung werden in Bezug auf andere europäische Studien diskutiert. Es zeigen sich ähnliche Bezüge zu anderen Befragungen. Die Ergebnisse der Mikro- und Makroevaluation wird hinsichtlich der zuvor gesteckten Ziele bewertet. Der Aufbau der Präventionsgruppen und die Durchführung der Aktionen können als erfolgreich bewertet werden. Trotz des engen Beobachtungszeitraumes konnten auch hinsichtlich der großen Befragung auf der Gemeindeebene erste Veränderungen in den veränderungssensiblen Bereichen festgestellt werden. Allerdings bedarf es einer längerfristigen Beobachtung, um Veränderungen, die über die Einstellungen hinaus gehen, nachweisen zu können.

Das laufende Projekt liefert eine Vielzahl neuer Einblicke und Ergebnisse, die einen Schritt weiter in Richtung einer europäisch orientierten Suchtprävention führen. Für eine erfolgreiche Fortsetzung sind weitere Fragen zu klären, die inhaltlich und zeitlich über die Rahmenbedingungen des bisherigen Projektes hinausreichen.



## 1 EINLEITUNG

Nach wie vor ist die Suchtproblematik ein aktuelles Thema. Während in Deutschland der Alkoholkonsum leicht rückläufig ist und der Nikotinkonsum stagniert, ist bei den illegalen Drogen ein Wiederanstieg festzustellen. Dieser Wiederanstieg ist vor allem auf die neuen synthetischen Drogen (Ecstasy), Kokain und Haschisch zurückzuführen (BzGA, 1994b; DHS, 1995). Ein ähnliches Bild ist in Luxemburg erkennbar (Dickes, Houssemand & Martin, 1996; Matheis, Prussen & Reuter, 1995). So konsumieren 2.4% der 13-16-Jährigen Schüler laut dieser Befragung illegale Drogen, und 10.3% nehmen täglich Alkohol zu sich.

### 1.1 DIE EUROPÄISCHE DIMENSION

Drogen und Sucht machen nicht vor den Grenzen halt. In den verschiedenen europäischen Staaten bietet sich ein ähnliches Bild. So rangiert z.B. der Cannabiskonsum bei den Jugendlichen in den europäischen Ländern zwischen 5 bis 15%. Die Zahl der Heroinsüchtigen in der europäischen Union wird auf 1/2 bis 1 Million geschätzt (EMCDDA, 1996). Gefordert sind gemeinsame europäische Strategien zur Eindämmung der Drogengefahr und Stärkung der europäischen Bürger gegenüber den Suchtgefahren.

Die Europäische Union nimmt im Artikel 129 der Vertragstexte von Maastricht Stellung zum Gesundheitsschutz und der Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsstaaten:



*Die Tätigkeit der Gemeinschaft ist auf die Verhütung von Krankheiten, insbesondere der weitverbreiteten schwerwiegenden Krankheiten, einschließlich der Drogenabhängigkeit, gerichtet; dabei werden die Erforschung der Ursachen und der Übertragung dieser Krankheiten sowie die Gesundheitsinformation und -erziehung gefördert.*

(Europäische Union, 1994, S.206f.)

Während im Bereich der Suchtkrankenhilfe noch strukturelle Unterschiede zwischen den europäischen Staaten bestehen (EUROAFIS, 1991), bietet die Suchtprävention aufgrund ihres primären Ansatzes die Möglichkeit eines gemeinsamen europäischen Vorgehens. Ausgehend von europäischen Modellprojekten können Erfahrungen gesammelt werden, inwieweit ein gesamteuropäischer Ansatz möglich ist und inwieweit die Besonderheiten der einzelnen Länder berücksichtigt werden müssen.

## 1.2 «SUCHTPRÄVENTION GEHT UNS ALLE AN»



«Suchtprävention geht uns alle an». Will man diesem Slogan gerecht werden, stellt sich die Frage, wie die Betroffenheit und Verantwortlichkeit jedes Einzelnen geweckt und letztendlich die Suchtgefahr eingedämmt werden kann. In dem hier vorgestellten europäischen Modellprojekt, das sieben Gemeinden in Luxemburg einschließt, wird ein gemeindegetragener suchtmittelunspezifischer Ansatz verfolgt. Das Projekt wird vom Suchtpräventionszentrum in Luxemburg koordiniert und vom Zentrum für empirische pädagogische Forschung in Deutschland wissenschaftlich begleitet. Dr. J.P. Nilles, Kommunikationswissenschaftler aus Österreich, führt die Fort- und Weiterbildung für die Koordinatoren in den Gemeinden durch. Das methodologische Konzept der Arbeit des Präventionszentrums mit den Präventionsgruppen in den Gemeinden wird vom Centre d'Etudes de la Famille et des Systèmes in Brüssel supervidiert.

Im folgenden wird das Projekt hinsichtlich seiner theoretischen Grundlagen und Konzeption vorgestellt und die bisherigen Leistungen dokumentiert. Weiterhin werden die Ergebnisse der Evaluation berichtet und diskutiert sowie ein Ausblick auf die weitere Arbeit gegeben.

## 2 THEORIE

### 2.1 ENTWICKLUNG DER SUCHTPRÄVENTION

Von einer stofforientierten Abschreckungsprophylaxe und wissensorientierten Drogenkunde hat sich die Suchtprävention über verhaltensorientierte Konzepte der Image-Umkehr hin zu einer ganzheitlichen ursachenorientierten Prävention entwickelt (Alfs, 1986).

Die heutige Suchtprävention steht im engen Zusammenhang mit den Bereichen der Gesundheitserziehung, -förderung und -bildung. Einige Autoren (Hildebrandt, 1990; Renn 1990) ordnen sie auch als einen Teilbereich der Gesundheitsförderung ein.



## 2.2 SUCHTPRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Die Prävention läßt sich klassisch unterteilen in die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention (Caplan, 1964). Dabei geht es in der primären Prävention um die Verhinderung einer akuten Erkrankung oder im Sinne der Suchtprävention um die Verhinderung von Sucht. Soweit im weiteren der Begriff der Prävention gebraucht wird, wird generell die primäre Prävention darunter verstanden. Während bei der Prävention der Schwerpunkt auf der Krankheit und deren Verhinderung liegt, steht bei der Gesundheitsförderung die Nutzung der Ressourcen zum Aufbau und zur Stärkung der Gesundheit im Vordergrund. Becker (1997) schlägt daher in Anlehnung an Antonovsky (1987) die Anordnung von Gesundheit und Krankheit auf einem Kontinuum vor. Da die Methoden der Prävention und der Gesundheitsförderung viele Gemeinsamkeiten aufweisen, empfiehlt Becker, die Gesundheitsförderung als Oberbegriff zu verwenden, «... der alle Maßnahmen umfaßt, die geeignet erscheinen, bei einem Individuum oder in einer Population das Auftreten von Krankheiten zu verhindern (oder zu erschweren) bzw. den Gesundheitszustand zu verbessern» (Becker, 1997, S. 519).

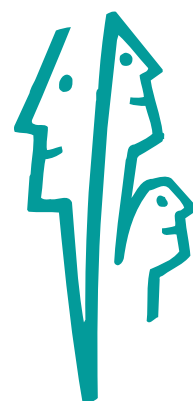
Hildebrandt (1990) betont diesen Aspekt für den Bereich der Suchtprävention, die sich in das Gesamtkonzept einer Gesundheitsförderung einordnen und aktiv daran mitwirken sollte. Gerade die neueren Konzepte der Suchtprävention orientieren sich erfolgversprechend an der Stärkung von Schutzfaktoren und beschränken sich nicht nur auf die Risikofaktoren.

## 2.3 URSACHEN DER SUCHT

Sucht durchläuft immer verschiedene Stadien, bis eine Abhängigkeit zu verzeichnen ist. Stehen am Anfang die Einnahme und der unproblematische Genuß, so kann dieser unter Umständen zur Gewohnheit und anschließend zum Mißbrauch bis hin zur Abhängigkeit führen. Der Konsum umfaßt zuerst einmal nur den Gebrauch eines Stoffes. Der Genuß geht darüber hinaus, indem er zusätzlich die dabei besonderen und angenehmen Empfindungen umfaßt. Die zunehmende Wiederholung des als angenehm empfundenen Zustands kann zur Gewohnheit werden. Dies kann im zunehmenden Maße zum Mißbrauch führen, wenn sich der Konsument selbst damit schädigt, andere Personen in irgendeiner Weise erheblich beeinträchtigt, belästigt oder ausnutzt. Der zunehmende Mißbrauch kann eine körperliche und seelische Abhängigkeit zur Konsequenz haben. Es sollte klar sein, daß der Konsum und Genuß von Drogen nicht in allen Fällen automatisch in eine Abhängigkeit führt. Abhängigkeit von der Droge liegt erst dann vor, wenn der Konsument den Wirkstoff und die Umstände des Konsums als so angenehm und für sich wichtig empfindet, daß das Absetzen des Wirkstoffes oder das Verlassen des Milieus körperliche oder seelische Entzugserscheinungen oder unerträgliche Beziehungsverluste nach sich zieht (Bäuerle, 1989).

## 2.4 KONZEPTE UND THEORIEN DER SUCHTPRÄVENTION

Es gibt eine Reihe unterschiedlicher Ansätze und Modelle in der Suchtprävention. Im folgenden wird ein kurzer Überblick über die suchtpreventiven Konzepte gegeben. Da die Gesundheitsförderung dabei eine zunehmende Bedeutung erlangt, wird ihr ein eigener Punkt zugeordnet. Eine eingehendere Betrachtung findet der systemische Ansatz in der Suchtprävention. Mit einer etwas anderen Betrachtungsweise und Betonung einzelner Faktoren lassen sich die Elemente der anderen Modelle darin integrieren.



## 2.4.1 MODELLE DER SUCHTPRÄVENTION

Künzel-Böhmer et al. (1993) unterteilen die Modelle zur Wirkung personenbezogener präventiver Maßnahmen in fünf Gruppen:

1. Überzeugungs-Kommunikations-Modell: Der Schwerpunkt liegt in der Informationsvermittlung. McGuire (1989) unterscheidet verschiedene Stufen von der Informationsvermittlung über die Einstellungsänderung bis hin zur Verhaltensänderung.
2. Konzept des sozialen Lernens: Dieses auf Bandura (1969) zurückgehende Konzept basiert auf dem Prinzip des Lernens am sozialen Modell, das durch Verstärkerreize beeinflusst wird.
3. Konzept der Lebenskompetenzentwicklung: Dieser breit angelegte Ansatz (z.B. Botvin, Baker, Fiazzola & Botvin, 1990) zielt auf eine Verbesserung sozialer Kompetenzen und der Entwicklung allgemeiner Coping-Strategien, die u.a. eine Immunisierung gegenüber negativen sozialen Einflüssen bewirken sollen.
4. Konzept der Gesundheitsförderung: Dieses von Künzel-Böhmer et al. (1993) getrennt aufgeführte Konzept könnte auch als grundlegendes Konzept verstanden werden, welches die Anderen mitbeinhaltet. Es erhebt einen allgemeineren Anspruch, indem es über die Veränderung des Individuums hinausgeht und Umweltaspekte miteinbezieht.
5. Förderung funktioneller Alternativen zum Substanzmißbrauch: Ausgehend von der Annahme, daß die Droge als ein Bedürfnisersatz dient, fordert Dohner (1972) die Stärkung verschiedener Alternativen. Entsprechend betonen Silbereisen & Kastner (1984) die Funktionalität des Drogenkonsums und die Bereitstellung «funktioneller Äquivalente».

Diese, häufig in Kombination auftretenden, Strategien und Konzepte bilden allerdings nur schemenhaft die Theorie einer Suchtprävention ab. Löcherbach (1992) hat verschiedenartige theoretische Ansätze in der aktuellen praxisbezogenen Suchtprävention zusammengestellt. Die darin enthaltenen Präventionstheorien werden in unterschiedlichem Maße explizit gemacht. Die fünf Gruppen der oben genannten präventiven Maßnahmen treten in diesen Theorien zumeist in Kombinationen auf mit unterschiedlicher Betonung. Grundsätzlich ist ein Trend zu erkennen, der die breite Palette der Maßnahmen nutzt. Es werden zunehmend das soziale Umfeld und Netzwerk, die Gesundheitsförderung und die funktionellen Aspekte des Risikoverhaltens betont.

## 2.4.2 MODELLE DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

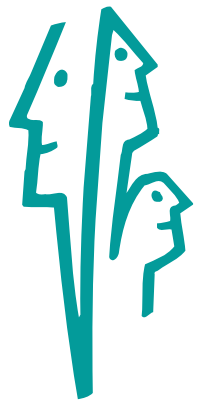
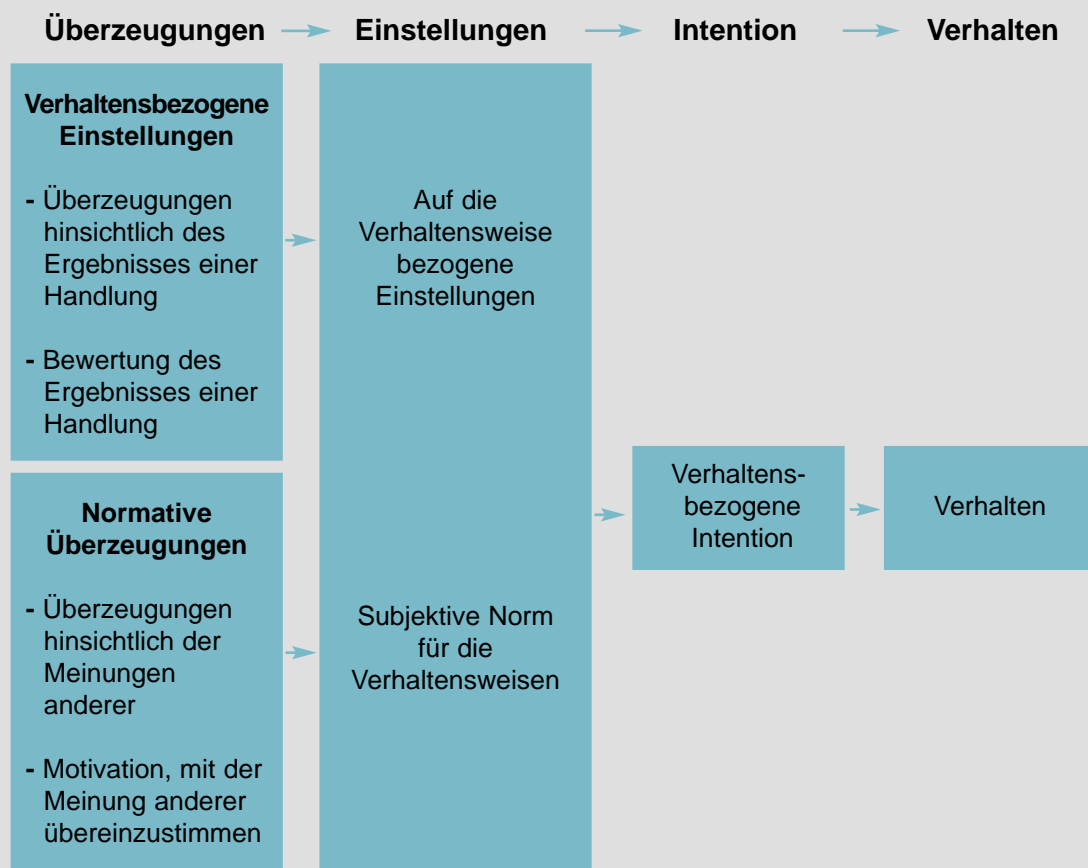
Ausgehend von der Annahme, daß die Suchtprävention der Gesundheitsförderung zuzuordnen ist, können allgemeine Modelle des Gesundheitsverhaltens und der -förderung herangezogen werden. Dlugosch (1994) gibt einen Überblick über die Gesundheitsmodelle. Grundsätzlich werden in den Gesundheitsmodellen Anforderungen und Ressourcen (Becker, 1992) auf individueller und sozialer Ebene unterschieden. Trojan & Hildebrand (1989) betonen zusätzlich den Stellenwert der sozio-kulturellen Faktoren.

Handlungstheoretische Bezüge weisen bereits das Health Belief Modell und dessen Erweiterungen (s. Becker, Maimann, Kirscht, Haefner, Drachman & Taylor, 1982) auf: Gesundheit wird beeinflusst von der wahrgenommenen Bedrohung einer Krankheit, die durch demographische und sozialpsychologische Gegebenheiten auf der einen Seite und durch handlungsaktivierende Kommunikation auf der anderen Seite modifiziert wird. Weiterhin erfolgt eine Art Kosten/Nutzen-Abschätzung, die neben der empfundenen Bedrohung die Wahrscheinlichkeit für die Befolgung einer präventiven Gesundheitsmaßnahme beeinflusst. Dieses Modell erfuhr verschiedenartige Ergänzungen durch die Hinzunahme des sozialen Netzwerkes und weiterer kognitiver Variablen (Einschätzung der Wirksamkeit, Wert der Gesundheit etc.).



In der Theory of Reasoned Action (REACT) (s. Abbildung 2.1) betonen Ajzen und Fishbein (1980) den Stellenwert der Intentionen bei der Veränderung gesundheitsbezogener Handlungen. Die Intentionen resultieren aus den subjektiven Normen und den auf die jeweilige Verhaltensweise bezogenen Einstellungen. Den Einstellungen voraus gehen individuelle verhaltensbezogene und normative Überzeugungen. Aus den individuellen und sozialen Bewertungen von Handlungen, sowie der Überzeugungsstärke und der Motivation, Meinungen der anderen zu übernehmen, resultieren die eher affektiv-bewertenden Einstellungen (vgl. Schwarzer, 1992). Eine wichtige Unterscheidung ist zwischen der Motivation zur Veränderung und der tatsächlichen Umsetzung zu treffen. Auf der Grundlage der Volitionstheorie (Allmer, 1990) unterscheidet Schwarzer (1992) eine Motivationsphase, in der die Intention gebildet wird, und eine Volitionsphase, die bestimmend ist für die Umsetzung der Veränderung. Der volitionale Prozeß wird dabei von den individuellen und sozialen Ressourcen und Barrieren, sowie der Kompetenzerwartung im handlungstheoretischen Sinne (Heckhausen, 1980; Krampen, 1987) beeinflusst.

Abbildung 2.1: Das REACT-Modell (nach Ajzen & Fishbein, 1980)



## 2.4.3 DER SYSTEMISCHE ANSATZ EINER SUCHTPRÄVENTIONSTHEORIE

Der systemische Ansatz hat auf der Anwendungsseite seine traditionelle Bedeutung vor allem in der Familientherapie gefunden. Er hat allerdings, auf der Grundlage des Konstruktivismus (Watzlawick, 1985; Maturana & Varela, 1987) aufbauend, Allgemeingültigkeit überall dort, wo Lebewesen miteinander interagieren und ein System bilden. Für die Suchtprävention gibt es bisher nur wenige Theorien, die den systemischen Ansatz explizit miteinbinden (Löcherbach, 1992, Michaelis, 1996). Viele der sozialen und soziologischen



Faktoren der anderen Suchtpräventionsmodelle beinhalten allerdings bereits implizit Ansätze systemischer Sichtweisen. Da der Schwerpunkt der Systemtheorie im Zusammenspiel einzelner Komponenten liegt, kann sie auch als Rahmentheorie dienen, die die bestehenden Theorieelemente integriert und ihnen aus der interaktionistischen Sichtweise eine neue Bedeutung gibt. Im folgenden wird ein kurzer Überblick in erster Linie über die systemische integrative Suchtpräventionstheorie von Löcherbach (1992) gegeben, der, auf einer Analyse bestehender Theorien aufbauend, eine Rahmentheorie aus interaktionistischer Perspektive herleitet. Zum Verständnis des systemischen Ansatzes sollen vorab kurz die Grundannahmen und Hinweise aus der systemischen Literatur zur Erklärung von Sucht vorgestellt werden.

Löcherbach (1992) stellt folgende Grundannahmen des systemischen Denkens dar:

1. *Symptome werden als Interaktionsphänomene konzipiert.*
  2. *Symptome entstehen durch Interaktionen mit relevanten Beziehungspartnern in einem Kreislauf gegenseitiger Beeinflussung und Verstärkung.*
  3. *Symptome haben in diesem Konzept eine stabilisierende Funktion für das Familiensystem.*
  4. *In einem Wirkungskreislauf bilden Realitätskonstruktionen (Ideenebene) und Beziehungsregeln (Muster) einen rekursiven Prozeß und bedingen/bestätigen und erhalten sich so gegenseitig.*
  5. *Symptome sind gezeigte und als solches interpretierte Verhaltensweisen und nicht Eigenschaften einer Person.*
  6. *Symptome werden als «der Beziehungsgestaltung dienliche» Verhaltensweisen interpretiert.*
  7. *Eine Funktion von Symptomen besteht in der Entlastung und Verschiebung der Verantwortung.*
- (Löcherbach, 1992, S. 162)

Zu Punkt 3 läßt sich ergänzen, daß die stabilisierende Funktion sich auf alle soziale Systeme anwenden läßt.

Ursprüngliche systemische Erklärungsansätze von Sucht lassen sich bei Watzlawick, Weakland & Fisch (1975) in der Form des introjektiven Utopie-Syndroms finden:

*Wer sich ein utopisches Ziel, das heißt unerreichbares Ziel setzt, schafft aus sich heraus durch diesen Akt der Zielsetzung eine Situation, in der die Unerreichbarkeit des Ziels nicht dessen utopischer Natur, sondern der eigenen Unzulänglichkeit zugeschrieben wird: Mein Leben sollte reich und tief sein, ich aber lebe in Banalität und Langeweile; ich sollte große Gefühle haben, kann sie aber nicht erwecken. Das Ergebnis ist Entfremdung, Depression, eventuell Selbstmord, Scheidung, nihilistische Weltanschauungen, und häufig Flucht zu Alkohol oder Drogen, die, wenn der Rausch verflogen ist und die banale Alltagswirklichkeit nun noch grauer und kälter erscheint, den Teufelskreis existentieller Leere vollends schließen.*

(Watzlawick et al., 1975, S. 70f.)

Auf eine suchtmittelbezogene introjektive Utopie weist Wieviorka (1995) hin: «L'ideal toxicomaniaque du bonheur absolu, de l'indépendance absolue, de la satisfaction immédiate des besoins, se retourne tragiquement en une vie de solitude, de misère, de maladie» (S. 82).

Neben diesen eher innerlichen, aber sozial gebildeten Utopien werden bestimmte Familienstrukturen betont, die eine Suchtproblematik bedingen. So weist Eberling (1989) darauf hin, daß bei Familien mit Suchtproblematik starre komplementäre Denkhaltungen und Beziehungsmuster sowie eine extreme Form der Entweder-Oder-Logik vorzuherrschen scheinen.

Ausgehend von der Betonung rekursiver Abläufe stellt Löcherbach (1992) folgende relevante



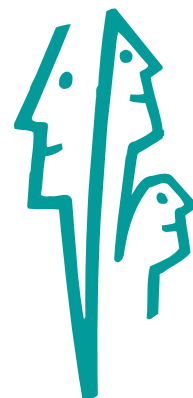
Relationen im Ursache-Wirkungszusammenhang von Suchtmittelabhängigkeit relativiert dar. Dabei werden die Konzepte der anderen Suchttheorien integriert und erfahren eine Betonung der sozialen Bedingungen.

- *Drogengebrauch ist ein sozial relevantes Interaktionsphänomen, an dem viele Faktoren auf einem Kontinuum von Zeit(en) unterschiedlich stark beteiligt sind, die sich gegenseitig bedingen, strukturieren, verändern, stabilisieren.*
- *Manchmal stellt Drogengebrauch ein übliches Entwicklungsmuster dar, das nach der Jugendzeit an Bedeutung verliert. Das kann, muß aber nicht zutreffen.*
- *Drogengebrauch kann eine Antwort auf Entwicklungsdruck sein bzw. kann als subjektiv vermeintlich funktionale Antwort auf den Versuch, sich sozial zu integrieren, verstanden werden.*
- *Drogengebrauch kann als intentionaler Akt, sich mit der Umwelt auseinanderzusetzen, gesehen werden.*
- *Drogengebrauch wird auch als passives Problembewältigen und Ausweichen vor Konflikten interpretiert, obwohl dies ebenso als aktiver Bewältigungsversuch von sogenannten Entwicklungsaufgaben beschreibbar ist.*

(Löcherbach, 1992, S.71)

Für die Bildung einer Suchtpräventionstheorie gilt es zu hinterfragen, inwieweit die dahinterstehende Suchtentstehungstheorie zur Stigmatisierung und Etikettierung von Verhalten beiträgt, in dem sie Normen setzt und so zur Gefahr einer Ausgrenzung von «Süchtigen» und «Gefährdeten» führt. Problem und Problemlösung kann in diesem Sinne ein System bilden, das eher zur Aufrechterhaltung des Problems beiträgt.

Löcherbach (1992) betont die sozialwissenschaftlichen Perspektiven in seiner Theorie zur Suchtprävention und setzt sie in Beziehung zur systemischen Sichtweise. Relevante Bestandteile seiner Theorie sind die soziale Unterstützung und das soziale Netzwerk, die sowohl positive als auch negative Konsequenzen haben können. So kann die soziale Unterstützung auch zur Einschränkung der tatsächlichen oder wahrgenommenen Eigenverantwortlichkeit führen. Einen weiteren wichtigen Stellenwert in seiner Theorie nimmt das Konzept der Etablierten-Außenseiter-Figuration von Elias (1990) ein. Selbstwert und Macht der Gruppen werden durch Gruppenkohäsion und soziale Kontrolle beeinflusst. Stigmatisierung wird ermöglicht durch das Machtgefälle zwischen den Gruppen und wird von der mächtigeren Gruppe initiiert. Aus einer integrativen Theorienbildung heraus entwickelt er eine rahmenbildende «interaktionistische Perspektive». Suchtprävention wird grundlegend als Beziehungsgestaltung verstanden. Es gilt, die Widersprüchlichkeit zwischen subjektiver Wertigkeit und sozialer Normsetzung zu vermindern durch die Schaffung eines entsprechenden sozialen Kontextes, eines autonomen Umgangs mit Widersprüchen und jene soziale Kompetenz an eine Person interaktionistisch zu vermitteln, die die Suchtvariante als Umgang mit Widersprüchen ausschließt. Die Entwicklung der Kompetenzen und der damit verbundenen Autonomieentwicklung steht im Einklang zu den Zielen der Gesundheitserziehung und -förderung.



## 2.5 DER BEDARF AN GEEIGNETEN KONZEPTEN UND FORSCHUNGEN IM BEREICH DER SUCHTPRÄVENTION

Im Rahmen der Gesundheitsförderung läßt sich ein Mangel an theoretischer Fundierung und der Überprüfung der Qualität und Effektivität von Maßnahmen feststellen. Um den Anforderungen, die heute an eine Gesundheitsförderung und damit auch an eine Suchtprävention gestellt werden, gerecht zu werden, stellen Dlugosch, Krieger & Fröhlich (1996) folgende zwei Forderungen auf:



*Das aktuelle Gesundheitsförderungsangebot ist durch theoretisch fundierte, individuelle, ganzheitlich und interdisziplinär ausgerichtete Präventionsprogramme zu erweitern.*

*Zur Optimierung der Versorgungsstrukturen und zur Qualitätssteigerung und -kontrolle des Interventionsangebots im Bereich der Gesundheitsförderung sind neue diagnostische Strategien und Verfahren zu entwickeln und einzusetzen.*

Dlugosch, Krieger & Fröhlich (1996, S.1)

Bezogen auf die Suchtprävention werden entsprechende Forderungen für die Präventionsprogramme und -forschung spezifiziert. Nach dem heutigen Stand sollte die Suchtprävention ganzheitlich ausgerichtet, ursachenorientiert, zielgruppenspezifisch, prozessorientiert und langfristig angelegt sein, sowohl kommunikative als auch strukturelle Maßnahmen ergreifen und suchtmittelspezifische wie suchtmittelunspezifische Maßnahmen enthalten (Dembach, 1992).

Wie in einer Expertise zur Primärprävention festgestellt wurde, besteht eine große Notwendigkeit zur Präventionsforschung (BzgA, 1994a). Es läßt sich also weiterhin der von Renn (1990) postulierte Forschungsbedarf in folgenden Bereichen aufrechterhalten:

1. Theoriekonstruktion und -integration, Meta-Analysen empirischer Ergebnisse
2. Durchführung von «Erprobungsprojekten»
3. Entwicklung einer präventiven Evaluierungsmethodik
4. Politikanalysen
5. Analysen zur interorganisatorischen Koordination und Zusammenarbeit
6. Verbesserung der epidemiologischen Methodik.

Insgesamt ist also ein Bedarf an theoretischen Konzeptionen und Modellen, die in ihrer Anwendung wissenschaftlich mit geeigneten Instrumenten evaluiert werden, festzustellen. Dies trägt dazu bei wo und wie suchtpreventive Arbeit ansetzen sollte um effektiv und effizient zu wirken.

## 2.6 ANSATZPUNKTE DER PRÄVENTION

Ausgehend von den theoretischen Konzepten einer Suchtprävention sollen nun die für das Projekt relevanten Ansatzpunkte vorgestellt werden. Dabei gilt es zu fragen, welche Risiko- und protektive Faktoren können eine Rolle spielen, auf welcher Ebene sollte angesetzt werden und wer sind die Zielgruppen? Welche systemischen Zusammenhänge sind zu beachten und wie kann auf der Gemeindeebene vorgegangen werden?

### 2.6.1 RISIKO- UND PROTEKTIVE FAKTOREN IM SINNE DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Ausgehend von einem ursachenorientierten Ansatz stellt sich die Frage nach den verschiedenen Faktoren, die eine Sucht auslösen (Risikofaktoren) oder auch verhindern können (protektive Faktoren).



Die Ursachen und Erklärungsansätze der Sucht sind vielfältig und lassen sich häufig nur durch Wechselwirkungen verschiedener Faktoren erklären. Ausgehend von verschiedenen theoretischen Ansätzen der Suchttheorie, wie der psychoanalytische, soziologische, lern-, persönlichkeits- und motivationspsychologische Ansatz, lassen sich einige Faktoren an der Person, deren Umwelt und der Droge festmachen. Im folgenden sei nur eine Auswahl dargestellt (vgl. Bäuerle, 1989):

### 2.6.1.1 RISIKOFAKTOREN

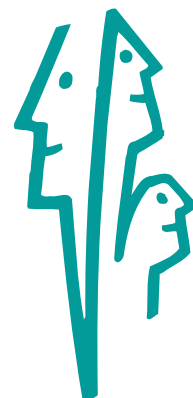
**Droge:** Verfügbarkeit, Art der Droge, Dosis, Häufigkeit des Gebrauchs, Wirkweisen, gesellschaftliche Wertungen und kulturelle Einbindung von Drogen aller Art; Ökonomie der legalen und illegalen Drogen; suchtfördernde Situationen, Milieus; Atmosphäre von Konsum, Genuß und Rausch; Wertungsdiskrepanzen stoffgebundener und -ungebundener Abhängigkeiten; ...

**Person:** Prämorbidität, Regression; Introversion; starkes Verlangen nach Lust-, Glücks- und Rauscherlebnissen; Labilität; starke Gegenwartsorientierung; Flucht- und Verdrängungsneigung; niedrige Frustrationstoleranz; schwaches Selbstwertempfinden; Selbstüberschätzung, Risikobereitschaft; Beziehungsstörungen; Sinnleere; Depressivität; Tendenzen zur Selbsterstörung; ...

**Umwelt:**

a) Sozialer Nahraum: Ungünstige Familienbedingungen; Fehlverhalten der Erzieher; suchtbegünstigende Gleichaltrigenkontakte, Gruppendruck; Konsumanreiz und negative Vorbilder; Belastungen aus Schule, Ausbildung, Beruf und Freizeit; überfordernde Konflikte; unterdrückende Abhängigkeiten; Mangel an tragenden Beziehungen; Partnerschaftsprobleme; Isolation; Verlassenheit ...

b) Gesellschaft: gefährdende Leistungs- und Konkurrenzsituationen; Mangel an Zukunftsperspektiven; repressive Politik, u.a. Drogenpolitik; Konsumorientierung; ungünstige wirtschaftliche Bedingungen; legaler und illegaler Drogenmarkt; einseitige Wertorientierung; Jugendfeindlichkeit; Minderung der Umwelt- und Lebensqualität; Diskriminierung von Minderheiten; Mangel an Alternativen; ...



### 2.6.1.2 PROTEKTIVE FAKTOREN

Entsprechend lassen sich protektive Faktoren identifizieren, die zielbestimmend für die suchtpreventive Arbeit sind.

**Droge:** Schwieriger Zugang, klare Regelungen

**Person:** Konfliktfähigkeit, positives Selbstwertgefühl, kritisches Konsumbewußtsein, Genußfähigkeit, Frustrationstoleranz, ...

**Umfeld:** Vielfältige Entfaltungsmöglichkeiten, gutes Familienklima, günstige peer-group, soziales Unterstützungssystem, günstiges Schul- und Arbeitsplatzklima, Ressourcen innerhalb der Gemeinde, gute Vorbilder, ...

Im Sinne eines 'Resilience's-Ansatzes' (Lösel, Bliesener, 1990) ist es wichtig, diese Schutzfaktoren beim Individuum und in der Umwelt aufzubauen. Dies ermöglicht die Stärkung jedes Einzelnen gegenüber den Gefahren des Drogenkonsums und -handels. Nur eine Schwächung der Nachfrage nach Drogen kann z.B. den illegalen Drogenhandel austrocknen.



## 2.6.2 DER GLOBALE ANSATZ

Suchtpräventive Arbeit sollte sich nicht auf einzelne Punkte beschränken, sondern die Bedeutung des Ineinandergreifens der verschiedenen Faktoren mitberücksichtigen. Vernachlässigt wird bei vielen Ansätzen die komplexe Verknüpfung verschiedener Verhaltensweisen und Lebensbereiche im Sinne eines gesundheitsförderlichen bzw. -beeinträchtigenden Lebensstils (vgl. Badura, 1984, Bowers, 1987). Es reicht also nicht aus, einen Faktor herauszugreifen und eine darauf abgestimmte Maßnahme durchzuführen. Vielmehr müssen mehrere Maßnahmen koordiniert auf verschiedenen Ebenen ansetzen unter Berücksichtigung übergeordneter Verhaltensmuster und Umweltbedingungen. Die Gemeinde als sozialer Nahraum mit überschaubaren Strukturen bietet sich hierfür besonders an.

Servais (1992) fordert in seinem gesamtgesellschaftlichem Ansatz alle Lebensbereiche der Gesellschaft einzubeziehen. Dies betrifft z.B. das Schul-, Familien- und Arbeitsmilieu sowie den Wohnort und den Freizeitbereich. Das Suchtproblem ist nicht auf Jugendliche beschränkt, sondern ist ein gesellschaftliches Problem, das die Erwachsenen mitbetrifft. Entsprechend sollte sich auch die Suchtprävention nicht allein auf die Jugendlichen beschränken. Der Erwachsene wird dabei in seiner Rolle als Betroffener, als Erzieher und Vorbild angesprochen. Ausgangspunkt für den globalen Ansatz sind sogenannte Kernequipes, die aus bestehenden oder neu formierten Gruppen bestehen, die in ihrem Bereich suchtpräventiv aktiv werden.

## 2.6.3 ZIELGRUPPEN DER PRÄVENTION

Im Bereich der Präventionsarbeit können folgende Personen und Institutionen hinsichtlich ihrer Funktion als Zielgruppen unterschieden werden:

- Die eigentliche Zielgruppe (Kinder, Jugendliche, SchülerInnen, Erwachsene, ...)
- Sogenannte Risikogruppen
- Mediatoren = Unmittelbare Bezugsgruppen wie Eltern, in der Jugendarbeit Tätige,
- LehrerInnen, ErzieherInnen
- Multiplikatoren = Mittelbare Bezugspersonen (Entscheidungsträger, Schlüsselpersonen etc.)
- Öffentlichkeit (Presse, Kampagnen)
- Arbeitskreise (Vernetzung, Infrastruktur, Koordination)

Eine effektive Prävention erfordert die Einbeziehung aller Ebenen und deren Koordinierung. Die Präventionsarbeit wird damit vor hohe Anforderungen gestellt. Dies kann nur in einem überschaubaren Rahmen, wie der Struktur einer Gemeinde, geleistet werden. Durch den Einbezug von Arbeitskreisen, Mediatoren und Multiplikatoren können Verantwortlichkeiten gestärkt und verteilt werden. Damit verlagert sich die Arbeit zunehmend auf koordinierende Bereiche und die Deckung des Informations- und Qualifizierungsbedarfs der aktiven Personen und Gruppen.

Maßgeblich ist die Sensibilisierung und Verantwortungsübernahme aller Gemeindemitglieder. Es tritt nicht mehr so sehr die Risikogruppe in den Vordergrund mit den damit zusammenhängenden Gefahren der Stigmatisierung (Löcherbach, 1992). Gerade die Fokussierung auf Risikogruppen, bei denen die Gefahr besteht, daß sie zu Randgruppen einer Gesellschaft werden, kann im Sinne einer selffulfilling-prophecy zu einem negativen Kreislauf führen. Es lenkt von der Betroffenheit und Verantwortlichkeit jeder einzelnen Person ab.

Eine besondere Funktion haben die Mediatoren und Multiplikatoren. Die Mediatoren sind durch die soziale Beziehung, die Präsenz und die direkte Ansprechmöglichkeit geeignet, präventive Hilfeleistungen zu geben oder zu vermitteln. Weiterhin ist ihre Position durch Verantwortung für andere Menschen gekennzeichnet. Dies hat zur Konsequenz, daß ihr eigenes Verhalten gegenüber den anderen unterstützend oder beeinträchtigend sein kann.



Weiterhin haben sie Einflußmöglichkeiten bezüglich der Rahmenbedingungen und dienen als Vorbilder (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1994a).

## 2.6.4 SYSTEMISCHER ANSATZ BEI DER UMSETZUNG EINER SUCHTPRÄVENTION

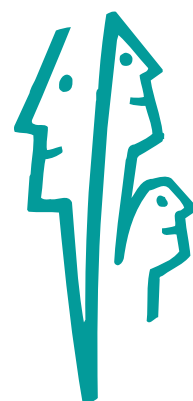
In Anlehnung an die «zehn Gebote» eines systemischen Vorgehens (De Rosnay, 1975) und deren Adaption von Michaelis (1996) für die primäre Suchtprävention lassen sich folgende systemische Leitsätze beschreiben:

- **Bewahre die Vielfältigkeit:** Der Komplexität einer Sache sollte mit der entsprechenden Reichhaltigkeit und Vielfalt an Informationen, Erklärungen und Maßnahmen begegnet werden. Vereinfachungen sind zu vermeiden.
- **Regelkreise sollten nicht «aufgebrochen» werden:** Die Beschränkung auf punktuelle isolierte Aktionen, die die Strukturen eines gesamten Systems aufbrechen und desorganisieren, sollten vermieden werden.
- **Suche nach den Verstärkerpunkten:** Um eine Veränderung zu bewirken, sollte innerhalb eines Systems gleichzeitig an verschiedenen Punkten, die eine verstärkende Wirkung besitzen, angesetzt werden.
- **Stelle die Homöostase durch Dezentralisierung wieder her:** Im Sinne des Gesetzes der erforderlichen Vielfalt führt die Dezentralisierung zu einer Multiplikation von Lösungen und zu einer besseren Anpassung an die gegebene Lebenssituation und damit zu einer Wiederherstellung der Gleichgewichte.
- **Wissen verpflichtet:** Das Wissen um die Gefährlichkeit von Drogen verpflichtet zum entsprechenden vorbildlichen Verhalten.
- **Differenziere, um besser zu integrieren:** Unterschiedliche Personen und Positionen ermöglichen adäquate Lösungen und deren Integration in das tägliche Leben.
- **Zur Weiterentwicklung gehört, Kritik zuzulassen:** Eine Gruppe, die das Ziel hat, Umweltgegebenheiten zu verändern, bildet mit dieser Umwelt selbst ein System. Eine Veränderung der Umwelt geht also zwangsläufig mit einer Veränderung der sie verändernden Gruppe einher.
- **Die Ziele sind wichtiger als die detaillierte Programmgestaltung:** Eine starre Programmgestaltung kann am Ziel vorbeigehen. Es sollte immer ein flexibler Spielraum vorhanden sein zur Zielerreichung.
- **Die Leitung und Führung sollte angemessen genutzt werden:** Im Aufbau von Netzwerken spielt die Leitung eine wichtige Rolle. Im Sinne der Vielfältigkeit und Autonomie ist eine Koordination auf dem Prinzip der Partizipation und Selbstverwaltung gefordert.
- **Beachte die Zeitspanne der Rückmeldung und Wirkung:** Veränderungen, die effektiv und lange aufrechterhalten bleiben sollen, benötigen auch eine lange Zeit, bis ihre Wirkung wahrgenommen wird.

## 2.6.5 GEMEINDEGETRAGENE ANSÄTZE

Die Kommunen als unmittelbarer sozialer Nahraum für Kinder, Jugendliche und Erwachsene bieten eine geeignete Grundlage für eine umfassende und ganzheitliche Suchtprävention (vgl. Dembach, 1995). Weiterhin sind auf der Gemeindeebene eine Vielzahl von Schnittstellen zu anderen präventiven Arbeitsfeldern (Schulen, Jugend-, Erwachsenen- und Öffentlichkeitsarbeit) möglich.

Einen großen Stellenwert in der gemeindenahen Prävention nehmen die koordinierenden



und vermittelnden Tätigkeiten ein. Es gilt, auf der Gemeindeebene mit den einzelnen Institutionen, Arbeitskreisen und Verbänden eine gemeinsame Plattform zu finden. Folgende Zielsetzungen werden dabei auf der Gemeindeebene relevant:

- Öffentlichkeitswirksame Sensibilisierung
- Verminderung der Zugangsschwellen zu kommunalen Beratungsangeboten
- Stärkung sozialer Netzwerke und der unmittelbaren Stützsysteme

Die Kommune als überschaubare, dezentrale und bürgernahe Versorgungseinheit ermöglicht am ehesten die regionale Vernetzung und den Aufbau einer präventiven Infrastruktur. Strukturelle Verbesserungen sind nur in Kooperation mit allen anderen in diesem Bereich tätigen Institutionen möglich. Daher liegt in der Koordination und Vermittlung der Präventionsarbeit auf Gemeindeebene eine wesentliche Aufgabe.

Der Ansatz einer gemeindebezogenen Gesundheitsförderung grenzt sich bewußt von professionellen Dienstleistungsangeboten ab und versucht statt dessen, über Beratung und Unterstützung selbstentwickelter Aktionen von Laien neue Kooperationsstrukturen an der bürgerschaftlichen Basis aufzubauen und weiterzuentwickeln. Damit wird der Entfremdung von Gesundheit entgegengewirkt, die Eigenverantwortlichkeit gestärkt und die Fähigkeit gefördert, sich eigenverantwortlich für die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen im Umfeld der Gemeinde zu engagieren (v. Troschke, 1987).

Ein weiterer Schritt ist die Entwicklung von gemeindezentrierter zu gemeindegetragener Prävention. Inhalt dieses Konzepts (Wilm & Kork, 1987) ist die schrittweise Etablierung einer kommunalen präventiven Infrastruktur, wie sie mit der Idee eines «Inventors» beginnt und über die Beteiligung relevanter Personengruppen auf drei Ebenen (Steuerungsebene, Bürger- bzw. Laienebene und Expertenebene) organisiert wird. Diese Basis ermöglicht die Durchführung und Bewertung eines Gesundheitsprogramms und geht zunehmend entprofessionalisiert in die eigenständige Verantwortung von Bürgerarbeitsgemeinschaften über. Wesentliches Strukturmerkmal dieses Ansatzes ist die explizite Einführung einer Kontakt- und Steuerungsebene, auf der sich Experten einerseits (Ärzte, Apotheker, Sozialarbeiter, Psychologen, Gemeindepolitiker...) und Bürger/Laien andererseits begegnen und gemeinsam Projekte organisieren. Mit wachsenden Kenntnissen und Kompetenzen der beteiligten Bürger sowie dem allmählichen Rückzug der Professionellen aus dominanten Positionen führt diese Kontaktebene stufenförmig hinab auf ein Niveau, das die Bezeichnung «gemeindegetragene Prävention» verdient.

Gemeindeorientierte Maßnahmen in der Suchtprävention sind in den meisten europäischen Ländern selten anzutreffen. Großbritannien, Spanien, Portugal und Belgien bilden hierbei eine Ausnahme. Prävention wird in diesen Ländern oft in einem multidisziplinär besetzten gemeindeorientierten Team durchgeführt (Hallmaier, 1993). Ein gemeindeorientiertes europäisches Suchtpräventionsprojekt, das in verschiedenen europäischen Gemeinden läuft, wird von der Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebenshilfe koordiniert und durchgeführt (Servais, 1994). Basierend auf dem Konzept der Bildung von Kernequipes und dem gesamtgesellschaftlichen Ansatz von Servais (1992) werden kommunale Suchtvorbeugungsgruppen gegründet, die aus freiwilligen ortsansässigen Bürgern bestehen.

Wie im suchtpreventiven Bereich besteht ebenfalls nach wie vor ein Bedarf an geeigneter Forschung und Evaluation gemeindeorientierter Maßnahmen (Fehlau, 1987). Dies betrifft sowohl die Konzeption und Durchführung solcher Maßnahmen wie auch die Entwicklung und Anwendung geeigneter Beurteilungsstrategien, -verfahren und -instrumente.



## 2.7 EVALUATION UND QUALITÄTSSICHERUNG IN DER SUCHTPRÄVENTION

Evaluation ist ein wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherung. Sie ermöglicht die Rückmeldung der Qualität eines Programmes und somit dessen Kontrolle und Verbesserung. Eine klare begriffliche Einschränkung von 'Evaluation' ist bisher in der einschlägigen Literatur nicht feststellbar. Scriven (1967) versteht darunter jegliche Art der Festsetzung des Wertes einer Sache. Diese relativ weitreichende Begriffsbestimmung läßt allerdings offen, welchen Gegenstandsbereich und welche Methoden die Evaluation ausmachen. Generell wird Evaluation als ein ziel- und zweckbestimmter Bewertungsprozeß verstanden. Dies schließt jedoch nicht grundsätzlich die Verwendung von wissenschaftlichen Methoden und Techniken ein (vgl. Wottawa & Thierau, 1990). In diesem Sinne findet der Begriff der 'Evaluationsforschung' eine engere Bedeutung. Dieser impliziert die Verwendung systematischer wissenschaftlicher Forschungsmethoden. Evaluation beinhaltet also ein unterschiedliches Ausmaß an impliziter und expliziter Strukturiertheit, Methoden und Kriterien, die sich auf einem Kontinuum ansiedeln lassen. Nachfolgend wird der Begriff der Evaluation im engeren Sinne der Anwendung wissenschaftlicher Methoden und Kriterien verwandt.

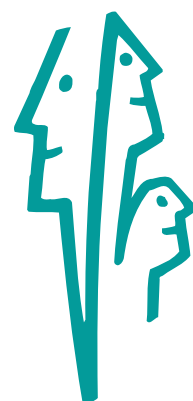
Es lassen sich eine Reihe verschiedener Formen der Evaluationsforschung unterscheiden (Mittag & Jerusalem, 1997; Dlugosch & Wottawa, 1994; Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung, 1993; Rossi & Freeman, 1993). Neben den **Rahmenbedingungen** einer Evaluation ist deren **Zielrichtung** von Bedeutung: Geht es nur um das Ergebnis eines konkreten Programmes (Praxisorientierte Evaluation) oder steht die Weiterentwicklung (Entwicklungsorientierte Evaluation) oder die theoretische Fundierung (Theorieorientierte Evaluation) im Vordergrund? So wie die Qualitätssicherung nach Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität gegliedert ist (Donabedian, 1982), so läßt sich entsprechend die Evaluation diesbezüglich ausrichten (Input-, Prozeß-, Outputevaluation). Damit lassen sich unterschiedliche **Zeitpunkte** für die Evaluation identifizieren: vor (Antizipatorische Evaluation), während (Prozeßevaluation) und nach einer Maßnahme (Ergebnisevaluation). Größere Projekte beinhalten zumeist verschiedene Phasen und Ebenen, die aus mehreren Einzelmaßnahmen bestehen. Evaluation kann dahingehend das **gesamte Projekt** (Makroevaluation), wie auch die einzelnen **Bestandteile** (Mikroevaluation) betreffen. Die **Ergebnisse** der Evaluation lassen sich gemäß der Zielsetzung **summativ** oder **formativ** weiterverarbeiten (Scriven, 1967).

Die Aufgaben der Evaluation liegen daher nicht allein in der Überprüfung der Effektivität und Effizienz eines Programmes, sondern können auch den Bedarf, den Aufwand, die Zielsetzungen, die Indikationen, die Akzeptanz, die Qualität und Angemessenheit als Bewertungsgrundlage beinhalten (Biefang, 1980, Bengel & Koch, 1988). Im Sinne einer umfassenden Programmevaluierung (Rein, 1985) ist es sogar notwendig, diese Aspekte mitzuberücksichtigen.

Für die Planung der Evaluation sollten folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- klare Zielsetzungen der Maßnahmen
- klar umrissene Zielgruppen
- zeitliche und organisatorische Planung der Evaluation
- zielorientierte und konzeptionelle Operationalisierung und Auswahl der Meßinstrumente
- Definition der Erfolgsindikatoren.

Für die bisherige Evaluation im Bereich der Suchtprävention zeichnet sich ein heterogenes Bild ab. Soweit eine wissenschaftliche Evaluation durchgeführt wird, beschränkt sich diese zumeist auf Einzelmaßnahmen. Ein Großteil der Evaluation setzt im schulischen Bereich an. Großserhebungen sind im wesentlichen bei dem Einsatz von Massenmedien zu finden. Maßnahmen, die auf der Gemeindeebene oder im familiären Bereich stattfinden, sind bisher selten zu finden (Künzel-Böhmer, 1993; BzGA, 1994a). Auf den Bedarf an Evaluationsstudien in der Suchtprävention wurde bereits hingewiesen.



## 3 DAS PROJEKT

Welche Ansätze verfolgt nun das Projekt? Im wesentlichen orientiert sich die Konzeption an den bereits erläuterten erfolgversprechenden Ansätzen der Gegenwart, die bisher meist nur vereinzelt umgesetzt und bislang wenig evaluiert wurden. Eine besondere Bedeutung erlangt der systemische und gemeindegetragene Ansatz, der in dieser Form im Bereich der primären Suchtprävention seinesgleichen sucht. Vor der Erläuterung des hier vertretenen Ansatzes sollen kurz die Aufgabenbereiche des für die Koordinierung zuständigen Präventionszentrums skizziert werden.

Die Aufgabenbereiche des Präventionszentrums bestehen in ...

- der Koordination der suchtpreventiven Arbeit,
- dem Informationsangebot über alle Bereiche der Suchtprävention,
- der Sensibilisierung der Bevölkerung für die Drogenproblematik,
- der Multiplikatorenschulung (Eltern, Lehrpersonal, Erzieher usw.),
- der zur Verfügungstellung des didaktischen Materials,
- der Initiierung von Projekten und
- der Erleichterung des Zugangs zu den Hilfsangeboten (z.B. Suchttelefon).

### 3.1 INHALT

Der hier vertretene Ansatz läßt sich zusammenfassend beschreiben als

- gemeindenah und -getragen,
- systemisch
- gesundheitsfördernd (protektive Faktoren),
- auf einem globalen/ganzheitlichen Ansatz beruhend (Personengruppen, Multiplikatoren und Institutionen auf verschiedenen Ebenen sowie Person, Droge und Umwelt),
- unter Berücksichtigung funktionaler Aspekte des Verhaltens und des Lebensstil-Konzeptes,
- suchtmittelunspezifisch,
- und methodisch vielfältig.

Die mit diesen Ansätzen verbundenen Inhalte sind in der vorausgegangenen Beschreibung bereits erläutert worden.

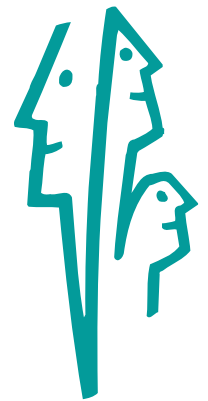
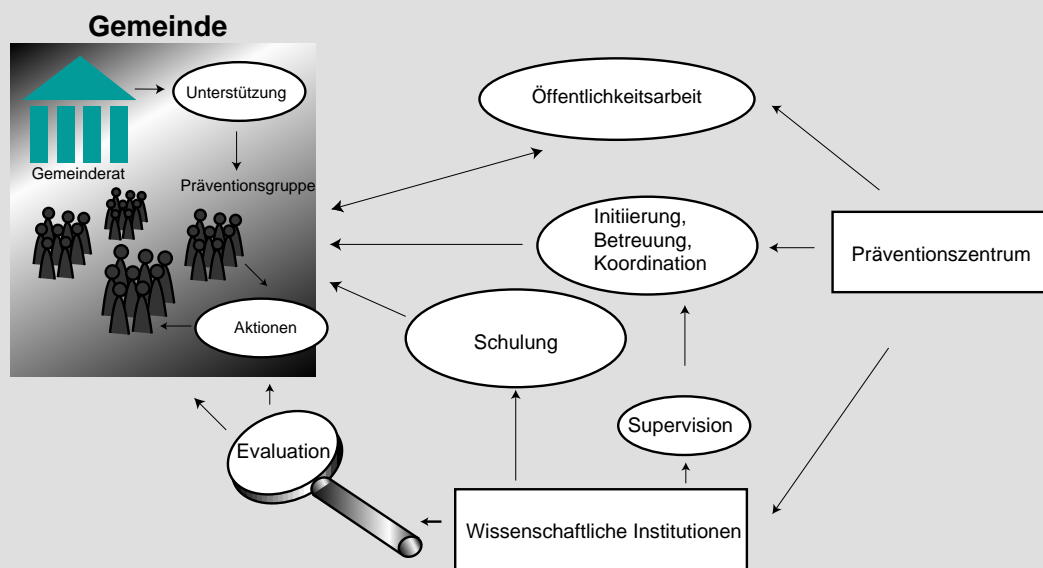
### 3.2 PLANUNG DES GESAMTPROJEKTS

Die Planung des Projektes umfaßt eine Vielzahl von Teilschritten und Verknüpfungen. Abbildung 3.1 gibt einen Überblick über die Planung und deren Vernetzung mit anderen Gruppen und Institutionen. Das übergeordnete Leitziel ist eine ganzheitlich-alltagsnahe, bedürfnisorientierte gemeindegetragene Suchtprävention. Das Suchtpräventionszentrum als initiiierende Koordinationsstelle fragt an, welche Gemeinden teilnehmen und vergewissert sich der sozialpolitischen Unterstützung. Es beauftragt und kooperiert mit den wissenschaftlichen Institutionen, die für die Begleitforschung und die projektbegleitende Weiterbildung zuständig ist. Auf der Gemeindeebene können so Struktur- und Bedarfsanalysen durchgeführt und Präventionsgruppen gebildet werden. Diese bedürfen der Motivierung und Koordinierung durch das Präventionszentrum. Dabei sollten jeweils motivations- und gruppendynamische Probleme berücksichtigt werden, damit zielgruppenorientierte Projekte von den Präventionsgruppen durchgeführt werden können. Diese Koordinationsleistung wird von



einer unabhängigen wissenschaftlichen Institution supervidiert. Aufgrund der unterstützenden wissenschaftlichen Begleitung, der Weiterbildung und wachsenden Erfahrung durch die praktische Umsetzung der Projekte unter aktiver Beteiligung der Bürger lässt sich ein qualitätssicherndes System aufbauen. Dies ermöglicht zunehmend, eigenständig Projekte aus der Mitte der Gemeinde zu initiieren und durchzuführen.

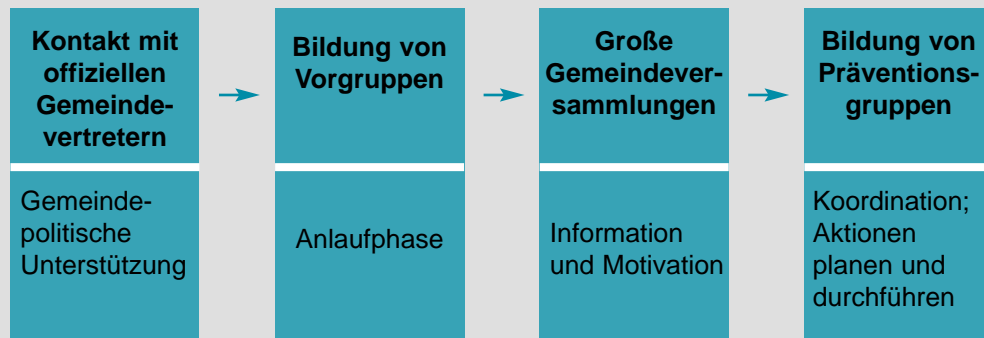
**Abbildung 3.1: Schema des Gesamtprojekts**



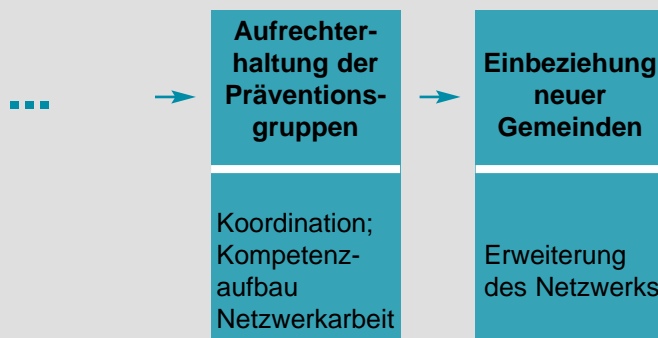
Das Konzept des Präventionszentrums für den Aufbau der suchtpreventiven Struktur in den Gemeinden beinhaltet mehrere Schritte, die im folgenden kurz skizziert werden. Dazu ist es notwendig, auf der Gemeindeebene schrittweise eine organisatorische Struktur aufzubauen (s. Abbildung 3.2). Von ersten Kontakten mit Gemeindevertretern über die Bildung von Vorgruppen wird eine große Gemeindeversammlung initiiert, aus der sich eine Präventionsgruppe formiert, die aus Laien und Multiplikatoren besteht. Diese Präventionsgruppe bestimmt wiederum zwei Koordinatoren, die im direkten Kontakt zum Präventionszentrum stehen. Für die jeweiligen Teilschritte sind intern wie extern (Öffentlichkeitsarbeit) verschiedene Aufgaben zu leisten, die einen solchen Aufbau ermöglichen. Entsprechend lassen sich interne und externe Aufgaben für die Aufrechterhaltung und den Ausbau der Struktur benennen.

Abbildung 3.2: Aufbau und Ausbau der gemeindegetragenen suchtpreventiven Struktur

### Phase I: Aufbau der Strukturen



### Phase II: Stabilisierung und Ausbau der Strukturen



Die Ansätze für die konkrete suchtpreventive Arbeit im Kontext dieser Planung lassen sich in den folgenden Zielen wiedergeben.

## 3.3 ZIELE DER GEMEINDEGETRAGENEN SUCHTPRÄVENTION

Die einzelnen Ziele werden nach inhaltlichen Bereichen geordnet aufgeführt:

#### Information

- Wissen und Bewusstheit über Drogen, Sucht und Suchtprevention vermitteln
- Kenntnis der Ressourcen (im nahen sozialen Umfeld, offizielle Hilfen)

#### Kommunikation

- Kommunikation und Diskussion über das Thema anregen
- Viele Leute erreichen

#### Sensibilisierung

- Betroffenheit und Verantwortlichkeit der Bürger wecken

#### Motivation

- Viele Leute aktivieren
- Veränderungswünsche auslösen



### **Einstellungen**

- Identifizierung der Bürger mit den Zielen der Suchtprävention
- Einstellungen verändern

### **Verhalten**

- eigenes Konsumverhalten verändern
- Vorbild gegenüber anderen (Kindern, Jugendlichen)
- Soziales Verhalten gegenüber anderen

### **Erziehung**

- in der Familie (offene Beziehung, zuhören, nicht überängstlich, nicht ablehnend)
- in der Schule (Erziehung zur Selbständigkeit und Selbstbehauptung, Aufbau sozialer und kommunikativer Kompetenzen, Hilfe annehmen können)

### **Persönlichkeit**

- positives Selbstwertgefühl aufbauen
- Frustrationstoleranz steigern
- Konfliktfähigkeit und -bewältigung entwickeln

### **Nutzung struktureller Ressourcen**

- Nutzung alternativer Freizeitmöglichkeiten
- Nutzung der Informations- und Beratungsressourcen

Es sollte klar sein, daß die einzelnen Ziele je nach Situation und Möglichkeiten vor Ort adaptiert werden müssen. Für die Evaluation dient dieser Zielkatalog als Anhaltspunkt für die Zielerreichung.

## **3.4 DIE BETEILIGTEN GEMEINDEN**

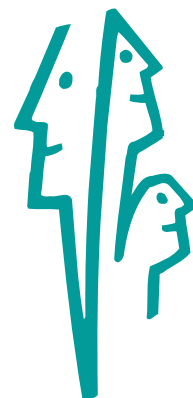
Gemäß dem Ansatz, Suchtprävention nicht auf explizite Dienstleistungsangebote zu verkürzen, sondern lebensnah im Alltag der Menschen zu etablieren, wurden sieben Gemeinden aus teils pragmatischen, teils politischen sowie aus forschungsgeleiteten Gründen für das Projekt gewonnen:

Folgende Punkte wurden bei der Auswahl berücksichtigt:

- Ein ausgeglichenes Maß an politischen Gruppierungen.
- Verschiedene Regionen des Landes sowie kleine und große Gemeinden.
- Unterschiedliche Wirtschafts- und Sozialstrukturen.

Die Gemeinden wurden nach ihrer Größe in drei Gruppen geteilt: A entspricht einer kleinen, B einer mittelgroßen und C einer großen Gemeinde. Da für die Evaluation und für einen außenstehenden Leser die Rahmenbedingungen wichtig sind und weniger der Name der jeweiligen Gemeinde, werden die Gemeinden mit einem entsprechenden Kürzel versehen.

Zwei Gemeinden fallen unter die Kategorie A. Die Einwohnerzahl liegt zwischen 1.000 und 1.800. Vorwiegend spielt die Landwirtschaft und in einer Gemeinde der Weinbau eine größere Rolle. Vier mittelgroße Gemeinden (Kategorie B) weisen eine Einwohnerzahl von 3.500 bis 4.500 auf. Sie sind relativ unterschiedlich geprägt durch Tourismus, ehemaligem Bergbau und öffentlichen Sektor sowie Handel. Die größte Gemeinde (Kategorie C) mit 15.600 Einwohnern ist durch das Dienstleistungs- und Industriegewerbe charakterisiert.



Die Evaluation des gemeindegetragenen Suchtpräventionsprojektes findet auf mehreren Ebenen statt. Um den Verlauf und die Wirkungen des gesamten Projektes auf die jeweiligen Gemeinden abschätzen zu können, werden Befragungen einzelner Gemeindemitglieder durchgeführt, die maßnahmenunspezifisch sind und die allgemeinen Ziele des Projektes und deren Randbedingungen betreffen. Diese Großerhebung wird im folgenden als **Makroevaluation** bezeichnet.

Die verschiedenen Maßnahmen werden von den durchführenden Gruppen in den Gemeinden selbständig dokumentiert. Die Evaluation der Einzelmaßnahmen und der Koordination des Präventionszentrums bilden die Ebene der **Mikroevaluation**.

Abbildung 4.1 gibt einen Überblick über die verschiedenen Ebenen der Evaluation und deren zeitliche Dimensionierung. Diese werden nun, getrennt nach Makro- und Mikroevaluation, näher erläutert.

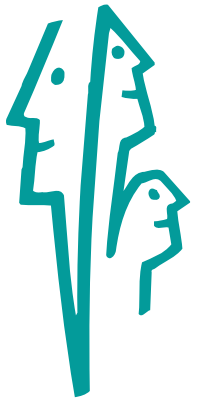
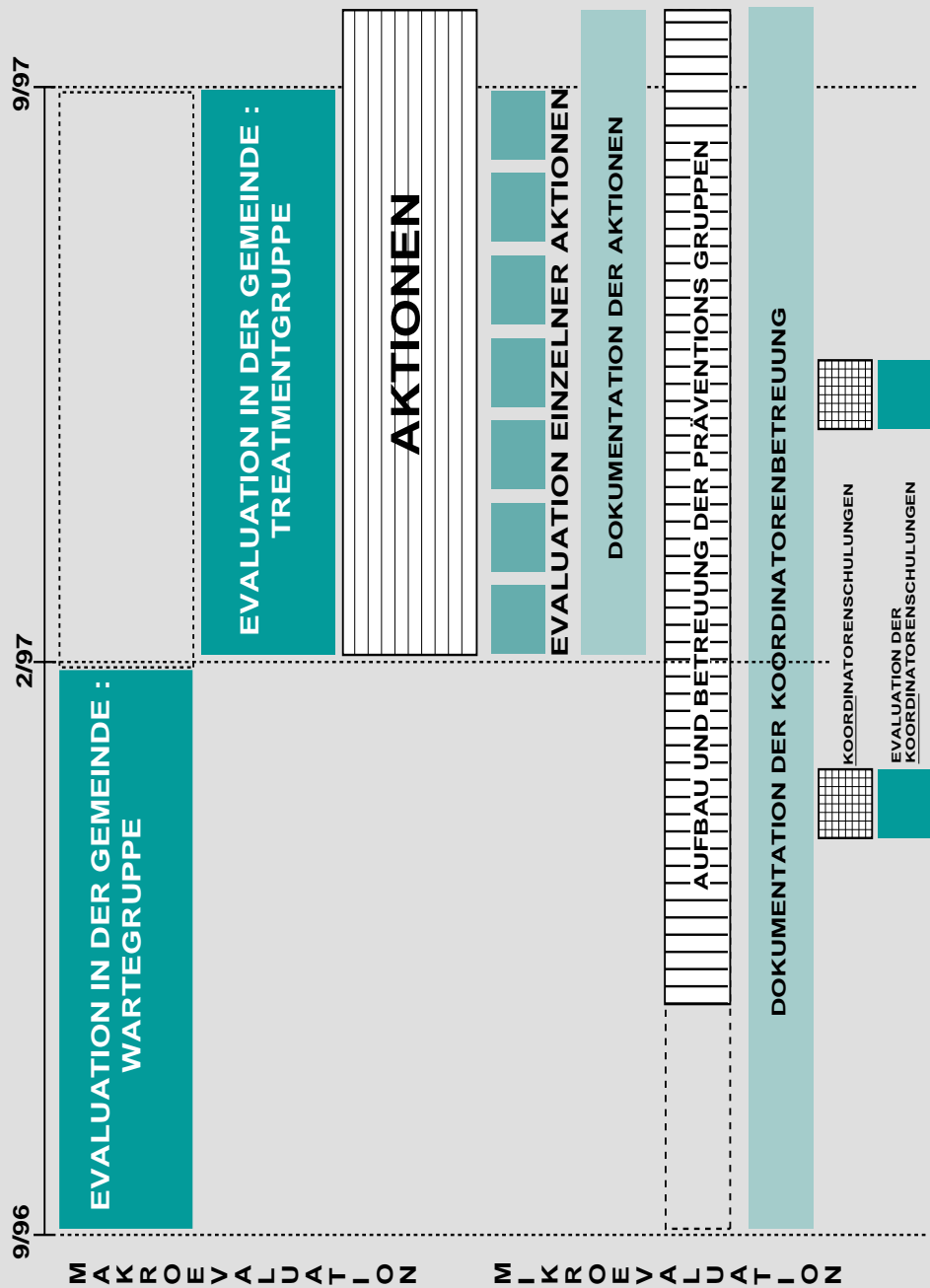
## 4.1 EVALUATION IM RAHMEN DER GROSSERHEBUNG (MAKROEVALUATION)

Die Makroevaluation dient grundsätzlich der Überprüfung der gesteckten Projektziele auf der Gemeindeebene. Der Evaluationsplan basiert auf einer Prä-Post-Messung mit einem Warte- und Treatmentgruppendesign. Es werden also vor und 'nach' bestimmten Aktionen schriftliche Befragungen bei den Gemeindemitgliedern durchgeführt. Da die Aktionen nach der zweiten Erhebung nicht enden, sondern eine selbstgesteuerte Fortführung intendiert ist, handelt es sich im strengen Sinne eher um eine Zwischenerhebung. Dem üblichen Sprachgebrauch bei Evaluationsdesigns entsprechend, wird dennoch im weiteren der Begriff der Nachher-Messung verwendet. Von dem Vergleich mit einer Kontrollgruppe wird in diesem Kontext abgesehen, da dieser aus verschiedenen Gründen als nicht praktikabel erscheint:

- Als Kontrollgruppe müßten ähnlich strukturierte Gemeinden herangezogen werden, die nicht nur in der Größe übereinstimmen sollten, sondern auch in Bezug auf soziodemographische, institutionelle und geographische Gegebenheiten. Dies ist in Luxemburg so gut wie unmöglich, da die Projektgemeinden speziell aufgrund ihrer unterschiedlichen Charakteristika ausgewählt wurden.
- Eine Kooperation mit eventuellen Kontrollgemeinden und deren Mitgliedern, die nicht in den 'Genuß' von Aktionen gelangen, könnte problematisch sein und sich negativ auf die Motivation zur freiwilligen Teilnahme und Beantwortung der Befragung auswirken.



Abbildung 4.1: Zeitplan für die Evaluation und Dokumentation



Als Alternative wird eine Wartegruppe verwandt, die in denselben Gemeinden zu einem vorgezogenen Zeitpunkt befragt wird. Die Erhebung bei Mitgliedern der Projektgemeinden findet demnach vor und nach einer äquivalenten Zeitspanne statt, in der keine Aktionen stattfinden. Dies hat folgende Vorteile:

- exakte Vergleichbarkeit aufgrund äquivalenter soziodemographischer und anderer Gegebenheiten;
- erhöhte Kooperationsbereitschaft;
- die vorgezogene Messung kann als Bedarfsermittlung für die Planung der gemeindebezogenen Aktionen herangezogen werden.

Der Unterschied zu einer Kontrollgruppe liegt in der Äquivalenz der Meßzeitpunkte, die es, soweit sie sich als Störvariable herausstellen sollte, bei einem Vergleich zu berücksichtigen gilt.

Als Erhebungsmeßzeitpunkte wurden September 1996 und Februar 1997 für die Wartegruppe und März 1997 und September 1997 für die Treatmentgruppe festgesetzt. Die Zielgruppe für die Aktionen ist streng genommen die gesamte Gemeinde. Für die schriftlich durchzuführende Makroevaluation gilt es jedoch, Einschränkungen und Betonungen bestimmter Gruppen vorzunehmen. Diese werden in der Stichprobenbestimmung detailliert aufgeführt.

Die Messung selbst sollte sich nach der Maßgabe der Angemessenheit orientieren. Da nicht alles gemessen werden kann, müssen Einschränkungen vorgenommen und Prioritäten gesetzt werden. Ein allgemeines Kriterium für Veränderungsmessungen wird an dieser Stelle kurz erläutert. Die projektspezifischen Kriterien werden in der Operationalisierung und Fragebogenerstellung ausgeführt.

Eine Evaluation, die einen Prozeß bzw. eine Vorher-/Nachhermessung beinhaltet, ist immer auch eine Messung von Veränderungen. Bei der Veränderungsmessung sollte die unterschiedliche Veränderungssensibilität des Meßobjektes mitberücksichtigt werden. So können z.B. Emotionen in kürzester Zeit starken Veränderungen unterliegen, während Persönlichkeitseigenschaften eher stabil und änderungsresistent sind. Berücksichtigt man diesen Umstand, so kann eine Veränderungsmessung der Persönlichkeit im vorgegebenen Rahmen als nicht erfolgversprechend angesehen werden. Auch Verhaltensweisen, die sich als Gewohnheiten manifestiert haben, sind oft nur in langfristigen Zeitabschnitten veränderbar, wenn der Kontext, in dem das Verhalten stattfindet, relativ konstant bleibt. Allerdings lassen sich aufgrund handlungstheoretischer Modelle Indikatoren für zukünftige Verhaltensveränderungen identifizieren. Weiterhin verspricht ein ganzheitlicher Ansatz, wie er hier verfolgt wird, eine Veränderung auf mehreren Ebenen, die auch die Veränderung von Gewohnheiten mit einschließt.

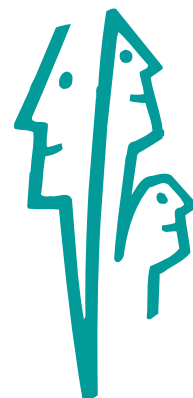
### 4.1.1 ENTWICKLUNG EINES FRAGEBOGENS FÜR DIE GROSSERHEBUNG

Ausgehend von den Zielsetzungen des Projektes und den maßgeblichen Faktoren in der Suchtprävention wurden entsprechende Dimensionen gebildet. Aufgrund der Vielfältigkeit der Faktoren auf der einen Seite und der notwendigen Praktikabilität auf der anderen Seite wurden die in Tabelle 4.1 aufgeführten Bereiche ausgewählt:



**Tabelle 4.1: Inhaltliche Bereiche des Fragebogens**

Bereich	Spezifikation
<b>Demographische Angaben</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alter</li> <li>- Geschlecht</li> <li>- Nationalität</li> <li>- Berufsgruppe</li> <li>- Familienstand</li> <li>- Kinder in bestimmten Altersbereichen</li> <li>- Haushalt</li> </ul>
<b>Informationen und Einstellungen zum Thema Sucht</b>	<p><i>Allgemein:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kenntnis über Sucht, deren Wirkungen und Bedingungen</li> <li>- Betroffenheit, Bewußtsein und Verantwortung</li> <li>- Realistische Gefahreinschätzung und emotionale Betroffenheit</li> </ul> <p><i>Spezifisch:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kenntnis über Ressourcen</li> <li>- Kenntnis über das Projekt</li> </ul>
<b>Kommunikation</b>	<p><i>Suchtspezifisch:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- über Medien</li> <li>- zwischen Erwachsenen, Eltern, Kindern und Jugendlichen</li> </ul>
<b>Suchtmittel und deren Gebrauch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsum (Rauchen, Alkohol, Medikamente, illegale Drogen)</li> <li>- Einstellungen gegenüber den Suchtmitteln und deren Funktionalität (Emotionen regulierend, sozial oder genußorientiert)</li> </ul>
<b>Weitere Dimensionen im Bereich der Suchtprävention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Art der Probleme</li> <li>- Konfliktbewältigungsstrategien (aktive Bewältigung unter Nutzung sozialer Ressourcen, interne Bewältigungsstrategien, problemvermeidendes Verhalten)</li> <li>- Freizeitgestaltung und deren Funktionalität (Risikosuche, soziale Funktion, aktiv/passiv)</li> <li>- Orte der Freizeitgestaltung</li> </ul>
<b>Bedarf</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informationen über Sucht und Erziehung</li> <li>- eigene Veränderungswünsche (Konsum, Coping, Erziehung, Kommunikation, Freizeit)</li> <li>- Bedarf an strukturellen Angeboten in der Gemeinde</li> </ul>



Der Großteil der Bereiche läßt sich auf drei übergeordneten Ebenen zusammenfassen. Diese zusammenfassende Darstellung ist nicht als Modell des Suchtmittelgebrauchs zu verstehen, sondern nur als strukturierender Überblick, der allerdings als Grundlage für ein zu entwick-

kelndes Modell dienen kann. Die kausalen und rekursiven Beziehungen zwischen den einzelnen Elementen werden daher an dieser Stelle nicht aufgeführt:

a) Die **Suchtmittlebene**, in deren Zentrum das Konsumverhalten von legalen und illegalen Drogen steht, und dessen Beziehung zur Kenntnis, der Einstellung und der Risikoeinschätzung der Droge sowie einem möglichen Veränderungswunsch (s. Abbildung 4.2). Diese Gruppierung orientiert sich an den handlungstheoretischen Modellen gesundheitlichen Handelns (vgl. Schwarzer, 1992). Die Aufspaltung in Überzeugungen und subjektive Normen, wie sie im REACT-Modell von Ajzen & Fishbein (1980) erfolgt, wird in der hier zu messenden Einstellung zusammengefaßt. Der Veränderungswunsch entspricht der Intention als vorausgehende Bedingung für den volitionalen Prozeß der Handlungsänderung. Der Schwerpunkt liegt also auf dem Gebrauch von spezifischen Suchtmitteln und wird in den späteren Meßzeitpunkten für die Veränderung des Konsums relevant werden.

**Abbildung 4.2: Suchtmittlebene: Konsum von Drogen**



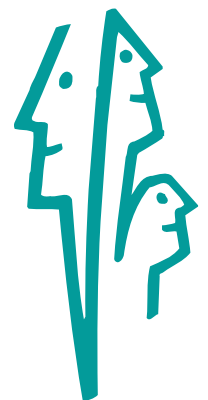
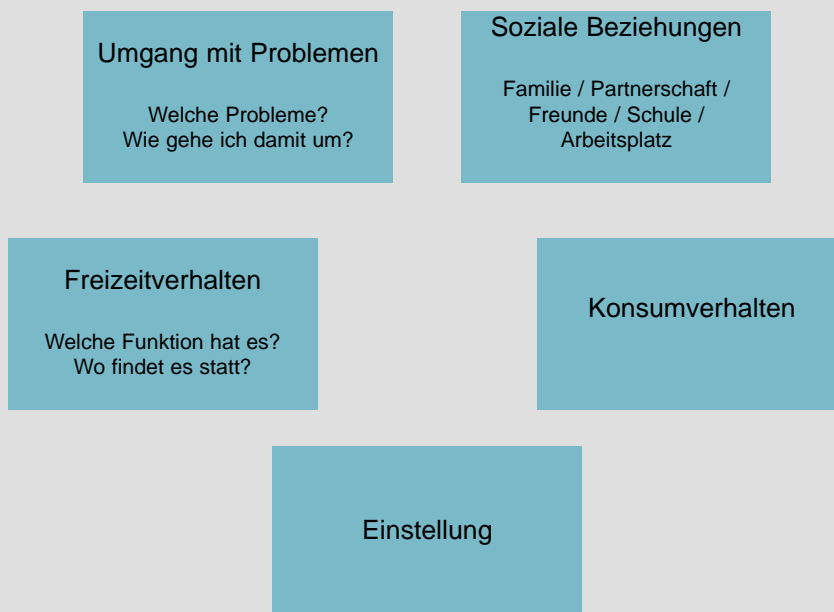
b) Die **Suchtebene**, die sich mit den motivationalen (Interesse), kognitiven (Wissen, Einstellung, Barrieren) und Handlungsaspekten (Inanspruchnahme von Hilfen, Handlung, Kommunikation) des Themas Sucht auseinandersetzt, ist ebenfalls im handlungstheoretischen Kontext zu sehen (s. Abbildung 4.3). Das Interesse entspricht der Intention, sich mit dem Suchtgeschehen auseinanderzusetzen. Die Auseinandersetzung kann in Form von Kommunikation über das Thema Sucht, der aktiven Teilnahme an den Aktionen in der Gemeinde oder der Inanspruchnahme von konkreten Hilfen erfolgen. Der Bereich Handlung, also die aktive Teilnahme an suchtpreventiven Aktionen der Gemeinde oder eigenständige suchtpreventive Handlungen, wird vor allem bei der zweiten Erhebung, nachdem der Großteil der gemeindenahen Aktionen stattgefunden hat, relevant. Daher ist dieser Bereich für den Überblick der ersten Erhebung gestrichelt aufgeführt. Als weitere Faktoren sind die Barrieren und Ressourcen mit aufgenommen, die vor allem das volitionale Geschehen beeinflussen.

**Abbildung 4.3: Suchtebene: Sucht als Thema**



c) Die **Ebene des Zusammenhangs zwischen dem Konsumverhalten und anderen Bereichen**, in der die verschiedenen Faktoren aufgelistet sind, die in ihrer Kombination einen suchtmittelförderlichen oder -protektiven Lebensstil und dessen Lebensumwelt widerspiegeln (s. Abbildung 4.4). Da sich der Lebensstil in vielfältigen Verhaltensweisen ausdrückt und funktionelle Äquivalente eine bedeutsame Rolle in der Suchtprävention spielen, werden das Freizeitverhalten und die Bewältigung (Coping) miteinfaßt. Das Vorliegen von Problemen und deren Bewältigung stehen in deutlichem Zusammenhang zum Konsumverhalten. Die Örtlichkeiten der Freizeitgestaltung und die damit verknüpften funktionellen Aspekte des Freizeitverhaltens stehen ebenfalls in enger Beziehung zum Suchtmittelkonsum. Auf den Zusammenhang zwischen der Einstellung und dem Verhalten wurde bereits hingewiesen. In diesem Rahmen wäre die Erfassung einer Lebenseinstellung in Bezug zum verhaltensmäßigen Lebensstil zweckmäßig. Im vorliegenden Kontext beschränkt sich die Erfassung auf die Einstellung gegenüber dem Suchtmittelkonsum und deren Beziehung zum Lebensstil. Ein weiterer Faktor, der von Bedeutung für das konkrete Verhalten ist, ist das soziale Netzwerk. Dieses kann hier nur aufgrund grober Kriterien erfaßt werden und ist daher gestrichelt gekennzeichnet. Die einzelnen Faktoren stehen in wechselseitiger Interaktion zueinander und bedingen sich teilweise gegenseitig.

**Abbildung 4.4: Zusammenhänge zwischen dem Konsumverhalten und anderen relevanten Bereichen**



Da es nur wenige Verfahren in der Suchtprävention gibt, die die aufgelisteten Faktoren messen, wird der überwiegende Teil des Fragebogens durch eigene Operationalisierungen der Faktoren neu entwickelt. Adaptiert wurden die Verfahren von Seiffge-Krenke (1989) zur Messung der Problembewältigung und der APS-Fragebogen von Petry & Krampen (1985) zur Messung des Drogenkonsumverhaltens. Für die spezifischen Bereiche, die eine reliable Antwort erwarten lassen, wurde die Single-Item-Konstruktion bevorzugt, während übergeordnete Bereiche wie Einstellungen und funktionales Freizeitverhalten auf der Skalenebene zusammengefaßt wurden. Der Ausdruck «Single-Items» dient zur Abgrenzung von Skalen und bezeichnet nichts anderes als Werte, die mit einem einzigen Item gemessen werden. Mehrere Items, die einer gleichen Dimension angehören werden zu Skalen zusammengefaßt.

Die Konstruktion der Skalen erfolgte auf der Grundlage von verschiedenen rational gebildeten Facettengruppen, die als bedeutsam für den jeweiligen Bereich gelten und ihn strukturieren. Die in einer Facettengruppe zusammengefaßten Items stellen noch keine definitive und

abgrenzbare Dimension dar Da diese Vorgehensweise eine explizite Mischform zwischen einer rein rationalen und empirischen Skalenkonstruktion darstellt, soll an dieser Stelle kurz darauf eingegangen werden. Die Facettengruppen können, müssen aber nicht voneinander unabhängig sein. Allerdings sollten sie bei einer empirischen Überprüfung jeweils als Gruppe gebündelt auftreten. D.h. in einer Faktorenanalyse (Bortz, 1989) sollten die Items einer Facettengruppe nicht auf unterschiedlichen Faktoren laden. Es können allerdings mehrere Facettengruppen auf einem Faktor laden. Dieses deduktiv-empiristische Vorgehen erhöht die Wahrscheinlichkeit, daß die gefundene Faktorenstruktur eines erst in Entwicklung begriffenen Verfahrens über Zeit und Situationen hinweg stabil bleibt. Die Konstruktion und der Inhalt der Skalen werden im folgenden dargestellt.

## 4.1.2 ERLÄUTERUNG DER SKALEN

Mit Ausnahme der Skalen zum Umgang mit Problemen von Seiffge-Krenke (1989), wurden die Skalen auf der Grundlage der Faktorenanalyse und der Berücksichtigung der im voraus postulierten Facettengruppen gebildet. Überwiegend konnten die Facettengruppen beibehalten werden und bildeten häufig sogar eigenständige Faktoren. Schwierigkeiten gab es in den Fällen, in denen die Facettengruppen mit nur wenigen Items besetzt waren. Die Minderbesetzung ist darauf zurückzuführen, daß nur eine begrenzte Anzahl von Items für die freiwilligen Teilnehmer einer solchen Befragung zumutbar sind. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse verschiedener Faktorenanalysen hinsichtlich der Anzahl der Faktoren und verschiedener Subpopulationen konnten stabile Faktorenstrukturen gefunden werden. Nach der Bereinigung der Skalen von Items mit geringen Faktorenladungen konnten folgende Skalen gebildet werden, die kurz mit deren inhaltlicher Bedeutung und einem Beispiel-Item charakterisiert werden.

### **Meinungen zum Gebrauch einzelner Substanzen**

#### **Meinungen zum Rauchen**

**GENUß:** Rauchen als Genuß. Bsp.: «Zigaretten schmecken gut».

**Emotionale und soziale FUNKTION:** Emotionale und soziale Funktion des Rauchens. Bsp.: «Rauchen beruhigt.», «In Gesellschaft raucht es sich am besten.»

**IMAGE:** Image und Vorbildfunktion des Rauchens. Bsp.:»Rauchen gibt einem das Gefühl von 'Freiheit und Abenteuer'.«

**RISIKO:** Beeinträchtigung der Gesundheit durch den Konsum von Zigaretten. Bsp.: «Rauchen schadet der Gesundheit.»

**MEINUNG zum Rauchen\*:** **Allgemeine Meinung zum Image und zur Funktion von Rauchen** (GENUß, Emotionale und soziale FUNKTION und IMAGE zusammengefaßt).

#### **Meinungen zum Alkoholkonsum**

**GENUß:** Alkoholkonsum als Genuß. Bsp.: «Alkohol schmeckt gut.»

**Emotionale FUNKTION:** Emotionale Funktion des Alkoholkonsums. Bsp.: «Alkohol hebt die Stimmung.»

**IMAGE:** Image und Vorbildfunktion des Alkohols. Bsp.: «Jeder sollte einmal Alkohol probiert haben.»

**RISIKO:** Beeinträchtigung der Gesundheit durch den Konsum von Alkohol. Bsp.: «Alkohol schadet der Gesundheit.»

**MEINUNG zum Alkohol\*:** **Allgemeine Meinung zum Image und zur Funktion von Alkohol** (GENUß, Emotionale FUNKTION und IMAGE zusammengefaßt).



## Meinungen zum Medikamentengebrauch

**Emotionale FUNKTION:** Emotionale Funktion der Medikamente Bsp.: «Medikamente tragen zur Entspannung bei.»

**IMAGE:** Image der Medikamente. Bsp.: «Wer krank ist, muß Medikamente nehmen, um wieder gesund zu werden.»

**RISIKO:** Beeinträchtigung der Gesundheit durch den Konsum von Medikamenten. Bsp.: «Medikamente haben gefährliche Nebenwirkungen.»

**MEINUNG zu Medikamenten\*:** Allgemeine Meinung zum Image und zur Funktion von Medikamenten (Emotionale FUNKTION und IMAGE zusammengefaßt).

## Meinungen zum Konsum von illegalen Drogen

**Emotionale und soziale FUNKTION:** Emotionale und soziale Funktion illegaler Drogen. Bsp.: «Drogen helfen dabei, mit Streß / Frust umzugehen.», «Drogen helfen, die Einsamkeit zu bekämpfen.»

**IMAGE:** Image und Vorbildfunktion des illegalen Drogenkonsums. Bsp.: «Man muß auch mal Drogen genommen haben, um mitreden zu können.»

**RISIKO:** Beeinträchtigung der Gesundheit durch den Konsum von illegalen Drogen. Bsp.: «Drogen machen abhängig.»

**MEINUNG zu illegalen Drogen\*:** Allgemeine Meinung zum Image und zur Funktion von illegalen Drogen (GENUß, Emotionale FUNKTION und IMAGE zusammengefaßt)

## Meinungen zu legalen und illegalen Drogen

**GI MEINUNG zu legalen und illegalen Drogen\*:** Gesamtindex Meinung zu Rauchen, Alkohol und illegalen Drogen (MEINUNG zu Rauchen, MEINUNG zu Alkohol, MEINUNG zu illegalen Drogen zusammengefaßt)

\* Diese Skalen wurden zu einem späteren Zeitpunkt gebildet und blieben daher bei der Bedarfserhebung berücksichtigt.

## Umgang mit Problemen (in Anlehnung an Seiffge-Krenke, 1989)

**Aktive Bewältigung unter Nutzung sozialer Ressourcen:** Bsp.: «Ich versuche, mit Freunden meine Probleme gemeinsam zu lösen.»

**Problemvermeidendes Verhalten:** Bsp.: «Ich ziehe mich zurück, da ich es doch nicht ändern kann.»

**Internale Bewältigungsstrategien:** Bsp.: «Ich denke über das Problem nach und spiele verschiedene Lösungsmöglichkeiten in Gedanken durch.»

## Funktionales Freizeitverhalten

**Risikoorientierte Erlebnisfunktion** (Abenteuer/Aktion): Bsp.: «In meiner Freizeit bin ich abenteuerlustig.»

**Soziale Funktion** (Geselligkeit): Bsp.: «In meiner Freizeit unternehme ich etwas mit anderen Leuten.»

**Intellektuelle Funktion** (Kultur/Wissen): Bsp.: «In meiner Freizeit möchte ich mich geistig anregen.»

**Passivität** (Langeweile): Bsp.: «In meiner Freizeit langweile ich mich.»

**Funktion zur Herstellung positiver Stimmung** (Spaß/ Alltagsflucht): Bsp.: «In meiner Freizeit will ich gute Laune bekommen.»

**Entspannungssuchende Funktion** (Ruhe): Bsp.: «In meiner Freizeit suche ich eher die Ruhe.»

**Selbstwerterhöhende Funktion:** Bsp.: «In meiner Freizeit kann ich meine wahren



Fähigkeiten zeigen.»

**Emotionales Abreagieren:** Bsp.: «In meiner Freizeit reagiere ich mich körperlich ab (Tanzen, Sport etc.).»

### 4.1.3 ÜBERSETZUNG DES FRAGEBOGENS

Die Konstruktion des Fragebogens erfolgte in deutscher Sprache. Da in Luxemburg jedoch häufig auch die französische Sprache angewandt wird und ein großer Teil der luxemburgischen Migranten aus Portugal stammen, wurden zusätzlich eine französische und eine portugiesische Übersetzung angefertigt.

## 4.2 EVALUATION EINZELNER TEILBEREICHE DES PROJEKTS (MIKROEVALUATION)

Auf der Mikroebene wurden die einzelnen Aktionen, deren Vorbereitung und Durchführung dokumentiert und evaluiert. Weiterhin wurden der Aufbau und die Betreuung der Präventionsgruppen in den Gemeinden dokumentiert. Zusätzliche Evaluationen, die die Koordinatorenschulung, gesonderte Aktionen, das Suchttelefon und die kommunikativen Strukturen mit Hilfe einer Telefondokumentation betreffen, werden an dieser Stelle nicht weiter beschrieben. Interessenten seien auf den Zwischen- und Abschlußbericht für die EU verwiesen (Fischer & Krieger, 1997a; Fischer & Krieger, 1997b).

### 4.2.1 DOKUMENTATION DER PRÄVENTIONSGRUPPENSITZUNGEN UND DER GEPLANTEN AKTIONEN

Für die Dokumentation und die spätere Auswertung der Aktionen sowie für den geregelten Informationsaustausch zwischen den Projektgemeinden und dem Präventionszentrum wurden den Koordinatoren Vorschläge für die Erfassung unterbreitet. Diese beinhalteten die Protokollierung der Präventionsgruppensitzungen und die Dokumentation der Planung, Durchführung und anschließenden Bewertung der Gemeindeaktionen. Hierzu wurden Anleitungen, Hilfsblätter und Beispiele für Dokumentationssysteme entwickelt. Dies dient zum einen für den besseren Informationsaustausch innerhalb der Präventionsgruppe als auch zu einer Strukturierung und Optimierung der Planung und Durchführung der Aktionen aufgrund des reflektiven Charakters.

### 4.2.2 EVALUATION DER AKTIONEN AUF DER GEMEINDEEBENE

Aufgrund der Vielfältigkeit der zu erwartenden Aktionen und deren Zielgruppen kann keine spezifisch auf die jeweilige Aktion abgestimmte Evaluation geleistet werden. Daher erfolgt die Evaluation auf der Grundlage eines allgemein formulierten Fragebogens, der jeweils zum

Ende einer Aktion von den Veranstaltern ausgefüllt werden sollte. Die jeweiligen Spezifika



der Aktionen wurden - unter zusätzlicher Nutzung der im vorangegangenen Punkt angesprochenen Dokumentationen der Gruppensitzungen - qualitativ erfragt.

## 4.2.3 DIE DOKUMENTATION DER KOORDINATORENTREFFEN

Neben der spezifischen Weiterbildung für die Koordinatoren fanden Gruppensitzungen statt, die zum Austausch und zur Koordination dienten. Hierbei wurden Erfahrungen, Probleme und offene Fragen im Bereich der Projekt- und Gruppenarbeit in der Gemeinde ausgetauscht. Diese Sitzungen wurden protokolliert und konnten als zusätzliche Informationsquelle bei der Evaluation genutzt werden.

## 4.3 VORGEHENSWEISE BEI DER STICHPROBENAUSWAHL

### 4.3.1 BESTIMMUNG DER STICHPROBENGRÖSSE

Ausgehend von einer Stichprobe von durchschnittlich 200 Personen pro Gemeinde, resultiert eine anvisierte Gesamtstichprobe von 1400 Personen. Angesichts der schwankenden Einwohnerzahl zwischen 1100 bis 15000 wird eine Berücksichtigung dieses großen Unterschiedes als notwendig erachtet. Im Sinne eines logarithmischen Verhältnisses sollen dabei die Abstände von besonders kleinen und großen Gemeinden entzerrt werden. Dies dient dazu, daß einerseits bei den kleinen Gemeinden eine statistisch akzeptable Mindestgröße erreicht wird und die Größe einer großen Gemeinde nicht unnötig hoch ist, da bereits bei akzeptablen Größen eine repräsentative statistische Auswertung möglich ist. Da die Erhebung entsprechend angekündigt und von der Gemeinde unterstützt wird und die Anschreiben jeweils mit dem Logo der jeweiligen Gemeinde ausgestattet werden, wird von einer relativ guten Beteiligung von ca. 40% ausgegangen. Daraus resultiert eine Stichprobengröße, die zwischen 160 und 700 pro Gemeinde und Gruppe (Warte- vs. Treatmentgruppe) schwankt. Insgesamt sollen für die Bedarfserhebung über 1940 und für die Evaluation über 3880 Personen angeschrieben werden.

### 4.3.2 QUOTENBESTIMMUNG DER EINZELNEN ZIELGRUPPEN

Als Zielgruppen stehen verschiedene Altersgruppen im Vordergrund:

- Jugendliche und Schüler zwischen 12 und 16 Jahren
- junge Erwachsene zwischen 17 und 24 Jahren
- Erwachsene zwischen 25 und 60 Jahren.

Die Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen soll aufgrund der Bedeutsamkeit für die Suchtprävention im besonderen Maße erfaßt werden. Trotz des Anspruches, daß Suchtprävention alle Altersgruppen angeht, wird für die Untersuchung das Altersspektrum auf 12 bis 60 Jahre eingeschränkt. Einerseits sind bestimmte Altersgruppen für eine umfangreiche Fragebogenerhebung eher ungeeignet, andererseits sollen homogene Gruppen gebildet werden, wie z.B. Jugendliche und Eltern mit jungen Kindern. Daraus ergibt sich eine



Aufteilung wie folgt: 50% der Stichprobe soll aus der Teilstichprobe der Erwachsenen gezogen werden, 25% aus der Teilstichprobe junge Erwachsene und 25% aus der Teilstichprobe Jugendliche und Schüler. Damit wird vor allem der Anteil der Jugendlichen überproportional berücksichtigt und bietet so eine ausreichend große statistisch verwertbare Stichprobe.

## 5 ERGEBNISSE DER BEDARFSERHEBUNG

Bevor die Ergebnisse der Bedarfserhebung dargestellt werden, wird auf den Fragebogenrücklauf eingegangen, an den sich ein Überblick über die Demographie anschließt. Da der Haupttenor dieses Berichtes auf der Evaluation liegt, wird bezüglich der Bedarfserhebung nur ein kleiner Ausschnitt der Ergebnisse dargestellt. Der Großteil der Ergebnisse wird daher nur in einer zusammengefaßten Form präsentiert. Epidemiologisch relevante Resultate, wie z.B. das Konsumverhalten, werden etwas genauer dargestellt. Die einzelnen Ergebnisse der Bedarfserhebung mit den zugehörigen statistischen Angaben sind in den Projektberichten zu finden (Fischer & Krieger, 1997a,b). Die Darstellung erfolgt zum Großteil getrennt nach den Altersgruppen. Unter dem Stichwort «Weitere Vergleiche» werden die Ergebnisse zu den Unterschieden in Bezug auf das Geschlecht und die Schulbildung zusammengefaßt.

### 5.1 DER RÜCKLAUF DER BEDARFSERHEBUNG

Insgesamt wurden für die Bedarfserhebung, die gleichzeitig die erste Erhebung der Wartegruppe darstellt, 1967 Personen in den Gemeinden angeschrieben. Davon wurden 667 ausgefüllte und verwertbare Fragebogen zurückgeschickt. Dies entspricht einer Beteiligung von 33.9%. 58 Fragebogen (3%) wurden aufgrund unstimmiger Adresse zurückgeschickt (verzogen, Adresse unbekannt etc.). Da bereits nach zwei Wochen abzusehen war, daß die Rücklaufquote unter den Erwartungen lag (ca. 27%), wurden zusätzliche Schreiben verschickt, um an die Bedeutung der Untersuchung zu erinnern und die Personen zu motivieren, sich zu beteiligen.

Die verschiedenen Altersgruppen beteiligten sich gleichermaßen. Die Beteiligung der ausländischen Mitbürger variierte allerdings. Da die Portugiesen die größte Migrantengruppe in Luxemburg darstellt und die Beteiligung dieser Gruppe an der Befragung bei 15.7% liegt, verringert sich der Gesamtanteil der Migranten von ursprünglich 33% Angeschriebenen auf 23.7% (s. Abbildung 5.1). Da insgesamt etwas mehr Frauen als Männer geantwortet haben, verlagert sich das ursprüngliche Verhältnis der Geschlechter leicht zugunsten der Frauen (s. Abbildung 5.2). Die Beteiligung der einzelnen Gemeinden liegt zwischen 28% und 39%. Die größeren Gemeinden weisen eine geringere Beteiligung auf als die kleineren. Dies ist allerdings unter anderem auf den höheren Anteil der in den Großgemeinden lebenden Portugiesen zurückzuführen, die bereits durch eine geringe Beteiligung aufgefallen sind.



Abbildung 5.1 : Anteil von Luxemburgern und Migranten in Prozent

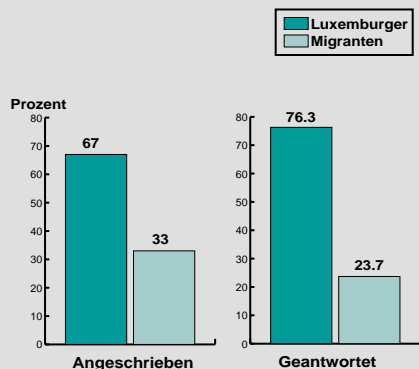
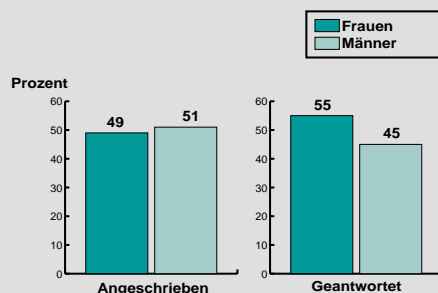


Abbildung 5.2: Aufteilung der Geschlechter

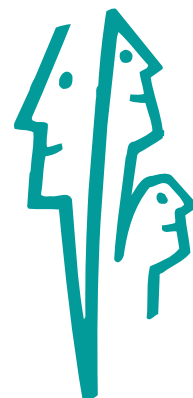


## 5.2 DEMOGRAPHISCHE DATEN

In den folgenden Ergebnisdarstellungen werden alle sieben Gemeinden und die drei Sprachformen (deutsch, französisch, portugiesisch) berücksichtigt. Die Altersspanne der Teilnehmer reicht von 12 bis 60 Jahre.

Angesichts der stärkeren Berücksichtigung der jüngeren Altersgruppe ist ein hoher Anteil lediger Personen zu verzeichnen (49.9%). 38.4% der Befragten sind verheiratet, und 7.4% haben eine feste Partnerschaft. 37.4% haben Kinder, davon die Hälfte zwei Kinder. 30.7% haben noch keinen Schulabschluß, und 25.3% besitzen eine abgeschlossene Berufsausbildung oder besuchten eine Mittelschule. Bei der Berufsgruppe ordnen sich jeweils 19% den Schülern oder Studenten zu, gefolgt von den Angestellten mit 17.6%. 11.8% zählen sich zu den Beamten und 11.5% zu den Hausfrauen oder -männern (s. Tabellen A\_5.1a,b im Anhang).

Insgesamt mangelt die Repräsentativität etwas an der geringen Beteiligung der Männer und der ausländischen Mitbürger. Für die gemeindeübergreifenden Ergebnisse sind diese Abweichungen allerdings als gering einzuschätzen.



## 5.3 ERGEBNISSE DER SINGLE-ITEM-MESSUNGEN

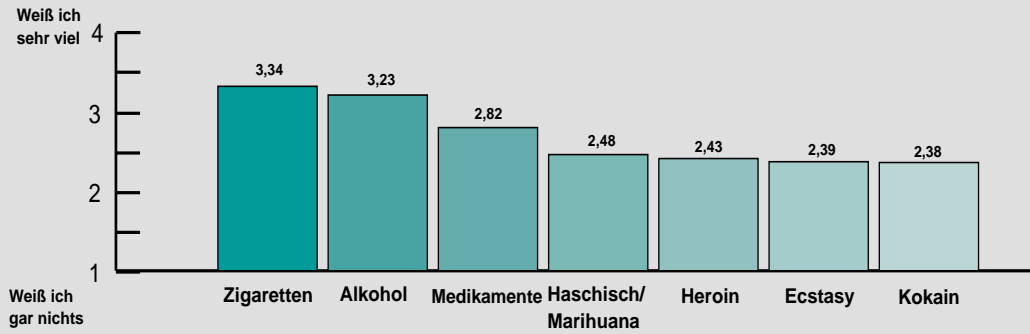
Die Ergebnisse beschränken sich vorerst auf die Kenntnisse über Drogen, den eigenen Umgang mit diesen und möglichen Veränderungswünschen. Soweit es inhaltlich sinnvoll erscheint, werden die Ergebnisse getrennt nach Altersgruppen aufgeführt.

### 5.3.1 KENNNTNISSE UND GEFAHRENEINSCHÄTZUNG VON SUCHTMITTELN

Bei den gesellschaftlich akzeptierten Drogen wie Zigaretten, Alkohol und Medikamenten, bestehen nach der Einschätzung der Befragten hohe Kenntnisstände, während über die illegalen Drogen relativ wenig Wissen vorliegt (s. Abbildung 5.3).

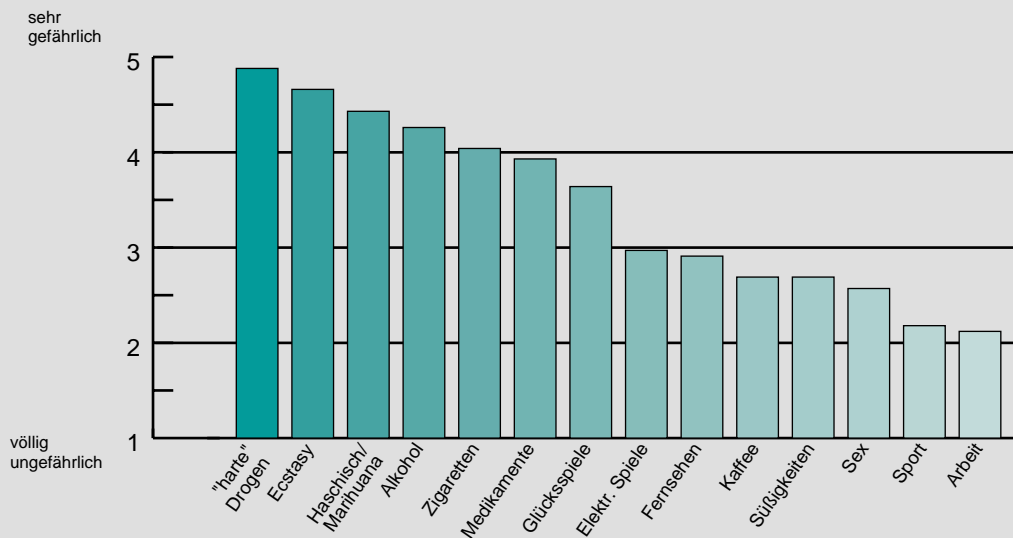


Abbildung 5.3: Kenntnisse über Wirkungen und Gefahren folgender Drogen



Die illegalen Drogen werden generell als sehr gefährlich eingestuft. Aber auch die gesellschaftlich akzeptierten Drogen (Alkohol, Zigaretten, Medikamente) werden als relativ gefährlich eingeschätzt, gefolgt von Glücksspielen. Im mittleren Bereich sind die elektronischen Spiele und das Fernsehen angesiedelt. Es folgen Kaffee, Süßigkeiten und Sex. Als ungefährlich werden vor allem die Arbeit und der Sport erlebt (s. Abbildung 5.4).

Abbildung 5.4: Einschätzung der Gefährlichkeit von Konsummittel oder Tätigkeiten in Bezug auf Sucht

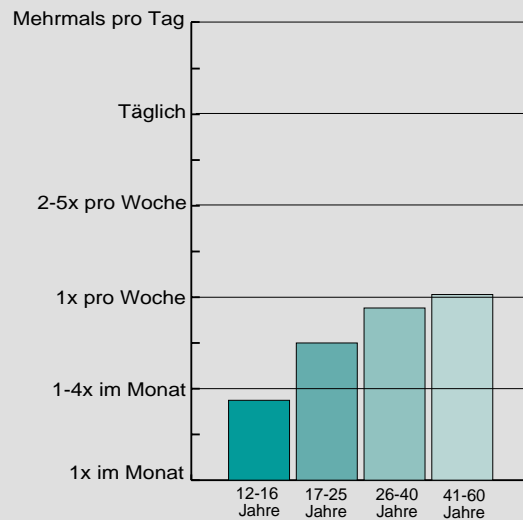


## 5.3.2 KONSUMVERHALTEN

Ältere Personengruppen geben an, im Schnitt häufiger Alkohol zu konsumieren. Die 12-16-Jährigen trinken, wenn sie Alkohol konsumieren, im Durchschnitt 1 bis 4 mal im Monat (s. Abbildung 5.5).

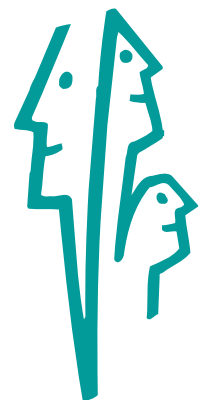


**Abbildung 5.5: Häufigkeit des Alkoholkonsums der verschiedenen Altersgruppen**

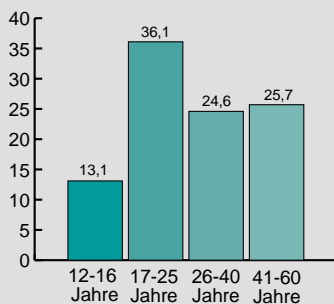


Bei der Medikamenteneinnahme fällt auf, daß die Gruppe der 41-60-Jährigen über die Medikamentenarten hinweg (vor allem Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmittel) mehr verbrauchen als die jüngeren Altersgruppen. Bei den Appetitzüglern und Aufputzmitteln liegen die Werte der Gruppe der 17-25-Jährigen etwas höher (s. Anhang Abbildung A\_5.1).

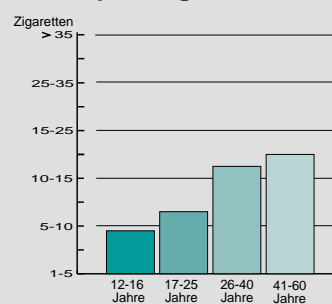
Während der Anteil der Raucher bei den 17-25-Jährigen besonders hoch ist (36.1%) (s. Abbildung 5.6), verändert sich dieses Muster, wenn man nach dem Ausmaß des Nikotinkonsums fragt. Je älter die Raucher sind, desto mehr konsumieren sie. Der Schnitt der 26-60-Jährigen liegt bei 10 bis 25 Zigaretten am Tag, während die 17-25-Jährigen zwischen 5 und 15 Zigaretten pro Tag rauchen (s. Abbildung 5.7).



**Abbildung 5.6: Prozentsatz der Raucher**

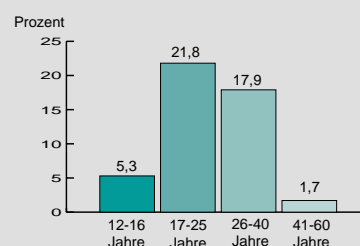


**Abbildung 5.7: Zigarettenkonsum der Raucher pro Tag**



**Abbildung 5.8: Prozentsatz der Personen, die schon einmal Erfahrungen mit illegalen Drogen gemacht haben**

21.8 Prozent der 17-25-Jährigen haben schon einmal Erfahrungen mit illegalen Drogen gemacht (vgl. Abbildung 5.8). Dabei handelt es sich in erster Linie um Haschisch, Marihuana oder Gras (18.9%) (s. Anhang Abbildung A\_5.2). Die 26-40-Jährigen weisen ebenfalls vermehrt Erfahrungen in diesem Bereich auf (17.9%). Diese Altersgruppe hebt sich im



Vergleich zu den anderen Altersgruppen vor allem bei den 'harten Drogen' (LSD/ Meskalin, Kokain und Opiate/Heroin) heraus.

Im Sinne einer Identifizierung von Risikofaktoren wird der Konsum von legalen und illegalen Drogen noch einmal hinsichtlich des häufigen und regelmäßigen Gebrauchs betrachtet. Tabelle 5.1 gibt einen Überblick über den Prozentsatz von regelmäßigen Konsumenten, aufgeteilt nach Altersgruppen. Auffallend ist dabei der Konsum von Schmerzmitteln. Ein Zehntel der 17-60-Jährigen nehmen solche Mittel häufig ein. Aber auch 6.2% der 12-16-Jährigen nehmen bereits häufig Schmerzmittel ein. Der häufige Konsum von Alkohol und Zigaretten nimmt mit dem Alter zu. Der Prozentsatz der Personen, die Haschisch oder Marihuana mittel bis häufig konsumieren, liegt bei den 12-40-Jährigen zwischen 2.8 und 3.8%. Bei den 41-60-Jährigen scheint es keine regelmäßigen Konsumenten dieser Produkte zu geben.

**Tabelle 5.1: Häufiger Konsum diverser Suchtmittel, unterteilt nach Altersgruppen**

Itemname	Altersgruppen			
	12-16 Jahre	17-25 Jahre	26-40 Jahre	41-60 Jahre
häufiger Konsum von Schmerzmitteln	6.2%	9.6%	11.4%	15.2%
häufiger Konsum von Beruhigungsmitteln	1.1%	1.3%	1.9%	4.4%
häufiger Alkoholkonsum	2.9%	22.1%	30.3%	37.7%
über 15 Zigaretten am Tag	1.1%	8.4%	12.6%	14.3%
mittel bis häufiger Konsum von Haschisch/ Marihuana	2.8%	3.8%	3.0%	0.0%



### 5.3.3 VERÄNDERUNGSWÜNSCHE

Das Interesse am Thema Sucht, deren Entstehung und Verhinderung ist bei allen Befragten relativ hoch (61.7% bis 78.2%) (s. Anhang Abbildung A\_5.3).

In Bezug darauf, was die Befragten für sich gerne ändern würden, rangieren über die Altersgruppen hinweg die Bereiche 'Freizeitgestaltung' und 'Umgang mit Problemen' an erster Stelle (s. Tabelle A\_5.2 im Anhang). Änderungswünsche in den Beziehungen zu Freunden und Bekannten stehen bei den 12-25-Jährigen an dritter Stelle, während sie bei den 26-60-Jährigen das Rauchen betreffen.

### 5.3.4 AKTUELLE PROBLEME UND STRUKTURELLER BEDARF

Die Frage nach den Bereichen, in denen es Probleme oder Schwierigkeiten gibt, wurde für die jüngere Altersgruppe angepaßt, weshalb hier eine getrennte Darstellung erfolgt. Betrachtet man die Altersgruppe der 17-60-Jährigen in ihrer Gesamtheit, so werden «Unzufriedenheit mit mir selbst», «finanzielle Situation», «Arbeit / Beruf» und «Gesundheit» an erster Stelle genannt. Im Mittelfeld liegen Probleme im Bereich der sozialen Beziehungen (Familie / Kinder, Freunde / Bekannte, Ehe / Partnerschaft). Differenziert nach den Altersgruppen, machen sich große Unterschiede im Bereich «Gesundheit» bemerkbar: Die

41-60-Jährigen schätzen diesen Bereich am häufigsten als problematisch ein. Die Altersgruppe der 17-25-Jährigen sticht bei der «finanziellen Situation» und bei «Freunde/Bekannte» stärker heraus (s. Anhang Abbildung A\_5.4). Bei den 12-16-Jährigen stehen Probleme im Bereich der Schule oder Arbeit im Vordergrund (25.1%), gefolgt von «Unzufriedenheit mit mir selbst». Im mittleren Bereich finden sich Probleme mit den Eltern, der Familie, dem anderen Geschlecht und der finanziellen Situation (s. Anhang A\_5.5).

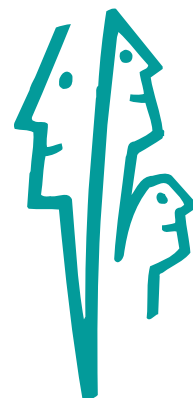
Befragt nach der Zufriedenheit mit den strukturellen Angeboten, äußern sich die meisten Personen relativ zufrieden hinsichtlich der Sportmöglichkeiten, des kulturellen Angebots und des Angebots für Kinder (s. Anhang Abbildung A\_5.6). Etwas weniger zufrieden sind sie mit den Beratungsstellen und Treffpunkten für Jugendliche. Unterschiede in den Altersgruppen sind kaum vorhanden. Die Altersgruppe der 41-60-Jährigen antwortet generell etwas zufriedener. Ein aufschlußreicherer Bild eröffnet sich bei der Differenzierung nach den einzelnen Gemeinden: So sind die Bewohner der kleineren Gemeinden weniger zufrieden mit den Sportmöglichkeiten, Freizeiteinrichtungen und den Angeboten für Kinder und Jugendliche sowie Beratungsstellen. In Bezug auf Treffpunkte für Jugendliche sind Unterschiede der einzelnen Gemeinden feststellbar, die sich allerdings nicht allein auf die Größe der Gemeinden beziehen lassen.

Zusätzlich wurde qualitativ nach «sonstigem Bedarf» gefragt. Sehr häufig wurde mitgeteilt, daß Treffpunkte für Jugendliche bzw. Jugendhäuser fehlen und daß keine Angebote für Kinder und Jugendliche vorhanden sind (je 8 Nennungen). Weiterhin wurde der Bedarf an Räumlichkeiten für kulturelle Veranstaltungen genannt, und es wurden mehr Sport- und Freizeitmöglichkeiten gefordert.

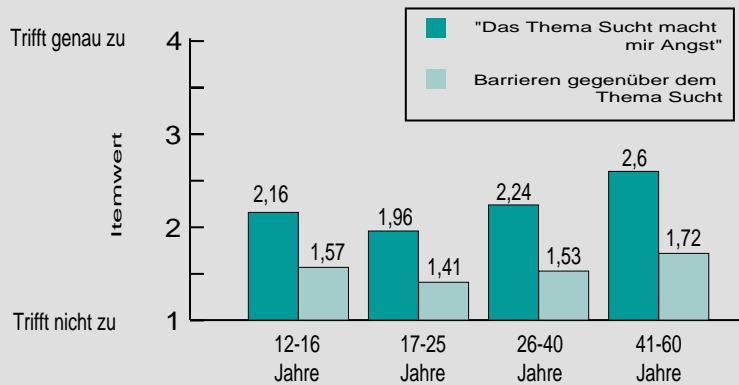
## 5.4 ERGEBNISSE DER SKALEN

Im folgenden wird eine kurze Zusammenfassung der Befunde zu ausgewählten Skalen unter der Perspektive von Altersunterschieden gegeben. Dabei werden wiederum vier Altersgruppen verglichen: die 12-16-Jährigen, die 17-25-Jährigen, die 26-40-Jährigen und die 40-60-Jährigen. Um die statistische Signifikanz der Altersunterschiede abschätzen zu können, wurden einfaktorielle Varianzanalysen berechnet. Der hierbei resultierende F-Wert gibt das Ausmaß des Gruppenunterschiedes an. Bei signifikanten F-Werten wird weiterhin unterschieden zwischen signifikanten ( $\alpha \leq .05$ , \*), sehr signifikanten ( $\alpha \leq .01$ , \*\*) und hochsignifikanten ( $\alpha \leq .001$ , \*\*\*) Ergebnissen. Soweit in den a posteriori-Einzelvergleichen (nach Scheffé) signifikante Unterschiede feststellbar sind, werden diese explizit genannt. Hinweise zu den statistischen Verfahren finden sich in den gängigen Statistiklehrbüchern (Bortz, 1993). Die Mittelwerte und F-Werte der entsprechenden Skalen sind in der Tabelle A\_5.3 im Anhang zusammengestellt. Die Skalen sind in Kapitel 4.1.2 erläutert.

Bei der Skala «**Barrieren** gegenüber dem Thema Sucht» zeigt sich folgender signifikanter Gruppenunterschied: Die 41-60-Jährigen haben höhere Skalenwerte als die 17-25-Jährigen (s. Abbildung 5.9). Ein ähnliches Bild ist bei dem Item «Das Thema Sucht macht mir **Angst**» festzustellen.



**Abbildung 5.9: Angst und Barrieren gegenüber dem Thema Sucht**

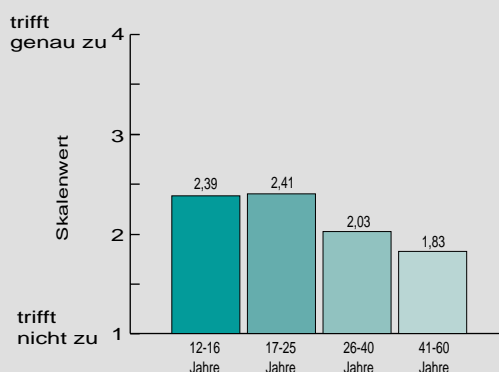


Bezüglich der **Meinungen gegenüber Genuß- und Suchtmitteln** erfahren die Bereiche Alkohol und Zigaretten bei den älteren Personen eine höhere Zustimmung im Hinblick auf genußbezogene und emotional regulierende Eigenschaften. Generell sind die Zustimmungen zu den in Skalen zusammengefaßten Aussagen, daß Drogenkonsum imagefördernd oder eine notwendige Erfahrung ist, sehr niedrig. Die Meinungen zur gesundheitsbeeinträchtigenden Wirkung von Drogen treffen dagegen auf relativ hohe Zustimmung. Auch die sozialen und emotionalen Funktionen dieser Substanzen erfahren nur geringe Bejahung, während die tatsächlichen Konsumenten der Genußkomponente des Alkohols eher zustimmen.

Im **Umgang mit Problemen** ist ein Unterschied dahingehend festzustellen, daß ältere Personen eine aktivere und internalere Bewältigungsstrategie ausüben, während Jugendliche und junge Erwachsene eher ein problemvermeidendes Verhalten zeigen. Unabhängig von der Altersgruppe überwiegen die internalen Bewältigungsstrategien, gefolgt von der aktiven Bewältigung durch Nutzung sozialer Ressourcen.

Im Bereich des **funktionalen Freizeitverhaltens** ist durchgängig folgendes Bild zu beobachten: Jüngere Personen geben an, ein risikoorientiertes erlebnisreiches Freizeitverhalten in der Gruppe zu bevorzugen, das zudem die Funktion der Herstellung positiver Stimmung und des emotionalen Abreagierens beinhaltet. Ältere Personen scheinen dagegen in ihrer Freizeit eher Entspannung und Ruhe, verbunden mit intellektuellen Interessen, zu suchen (vgl. Tabelle A\_5.3 im Anhang). Exemplarisch für die Unterschiede in den Altersgruppen wird die Skala «risikoorientierte Erlebnisfunktion» in Abbildung 5.10 dargestellt.

**Abbildung 5.10: Risikoorientierte Erlebnisfunktion**

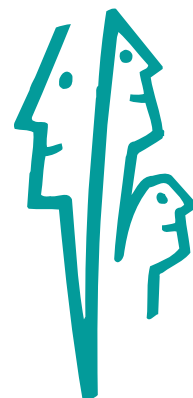


## 5.5 GESCHLECHTS- UND BILDUNGSUNTERSCHIEDE

Neben der Altersgruppe sind die Variablen Schulbildung und Geschlecht von großer Bedeutung. Entsprechend werden im folgenden in zusammengefaßter Form die Unterschiede bezüglich des Geschlechts und der Schulbildung vorgestellt, wobei lediglich die statistisch signifikanten Unterschiede aufgeführt werden. Für die Geschlechtsunterschiede wurden t-Tests (Bortz, 1993) durchgeführt, für die Schulbildung erfolgte eine einfaktorielle Varianzanalyse über die vier Stufen 'obligatorische Schulzeit beendet', 'berufliche Ausbildung / Mittelschule', 'Abitur / Fachabitur' und 'Hochschul-/Fachhochschulabschluß'. Die ausführlichen Ergebnisse sind in den Projektberichten dargestellt (Fischer & Krieger, 1997a,b).

Zusammenfassend lassen sich auf der Basis der vorliegenden Datenlage folgende **geschlechtsspezifische Unterschiede** feststellen: Frauen geben an, häufiger Schmerzmittel einzunehmen, Männer trinken häufiger Alkohol und haben eine höhere Meinung über dessen genußbetonte Vorzüge. Frauen interessieren sich mehr für das Thema Sucht und kommunizieren auch mehr darüber. Männer erleben eher Barrieren bezüglich dieses Themas und äußern gleichzeitig geringe Ängste gegenüber der Thematik. Frauen geben mehr Veränderungswünsche an. Sie bedienen sich eher aktiver Problembewältigungsstrategien unter Nutzung sozialer Beziehungen und gestalten ihre Freizeit hinsichtlich sozialer, intellektueller und entspannungssuchender Funktionen. Männer hingegen tendieren eher zu risikoorientierten Erlebnissen und emotionalem Abreagieren in der Freizeit.

Personen mit höherer **Schulbildung** schreiben sich mehr Kenntnisse über die legalen und illegalen Drogen zu. Bezüglich der Gefahreinschätzung von Suchtsubstanzen und Tätigkeiten zeichnet sich eher ein heterogenes Bild ab. Personen mit geringer Schulbildung nehmen deutlich mehr Medikamente ein. Sie tendieren auch zu vermeidenden Problembewältigungsstrategien und zur passiven Freizeitgestaltung, während Personen mit höherer Schulbildung intellektuellere Aspekte der Freizeit nutzen. Barrieren gegenüber dem Thema Sucht sind eher bei Personen mit geringerer Schulbildung anzutreffen.



## 5.6 DISKUSSION DER ERGEBNISSE DER BEDARFSERHEBUNG

Die Diskussion der Großerhebung orientiert sich an der inhaltlichen Reihenfolge der Ergebnisdarstellung. Die Ergebnisse der weiteren geschlechts- und schulbildungsspezifischen Vergleiche werden jeweils im inhaltlichen Kontext mitberücksichtigt und nicht separat abgehandelt.

### 5.6.1 DISKUSSION DES RÜCKLAUFS

Geht man von den Erfahrungen anonymer Konsumentenbefragungen aus, die gemeindeun- spezifisch durchgeführt werden, so ist die Rücklaufquote in diesem Projekt als sehr gut zu bezeichnen. Da der Aufruf von der Gemeinde mitgetragen wurde und die Thematik eine gemeindespezifische ist, wurde generell von einer hohen Beteiligung ausgegangen. Mit Hilfe von zusätzlichen Erinnerungsschreiben konnte eine zufriedenstellende Anzahl an Teilnehmern gewonnen werden, die sich der ursprünglich veranschlagten Zahl annähert. Die geringere Beteiligung der portugiesischen Migranten, trotz portugiesischer Übersetzung, muß noch genauer eruiert werden. Es stehen mehrere Hypothesen zur Disposition: a) Generell geringeres Interesse der Migranten am luxemburgischen Gemeindeleben, b) Schwierigkeiten mit dem Fragebogen, da bei älteren Migranten mit einer höheren Schreib- und Leseschwäche zu rechnen ist, c) höhere Ausfallquote aufgrund veralteter Adressen oder



häufigerem Auslandsaufenthalt. Der letzte Punkt kann allerdings nur geringe Auswirkungen haben, da die Anzahl der aufgrund unbekannter Adresse zurückgesandten Fragebogen lediglich einen kleinen Prozentsatz (3%) ausmachen.

## 5.6.2 DISKUSSION DER SINGLE-ITEM-ERGEBNISSE

### 5.6.2.1 KENNTNISSE & RISIKOEINSCHÄTZUNG

Der relativ hoch eingeschätzte Kenntnisstand bei den legalen Drogen ist eine subjektive Bewertung und sagt nichts über die Qualität des tatsächlichen Wissens aus. Nichtsdestotrotz kann davon ausgegangen werden, daß neben den Kenntnissen aufgrund eigener Erfahrung auch wissenschaftliches bzw. gesundheitsrelevantes Wissen vorhanden ist. Das hohe Risikobewußtsein in Bezug auf diese Drogen weist darauf hin. Auch verfügen die Personen mit höherer Bildung über höhere Kenntnisse.

Interessant ist die niedrige Einschätzung des Suchtpotentials von Kaffee, Süßigkeiten, Sex, Arbeit und Sport. In diesen Bereichen bestehen Suchtmöglichkeiten, die allerdings erst in jüngerer Zeit ein verstärktes Forschungsinteresse erhalten haben (Poppelreuter, 1996). Das Suchtpotential von Kaffee und Süßigkeiten ist schon länger bekannt. Essen oder Nichtessen wird z.B. in Beziehung zu Eßstörungen (z.B. Bulimie und Anorexie) gesetzt. Personen mit höherem Bildungsabschluß verbinden diese Substanzen und Verhaltensweisen mit einer höheren Gefahr. Ungeklärt bleiben die einzelnen Komponenten des Urteilsprozesses, d.h. welche Kriterien zur Risikobeurteilung herangezogen werden.

### 5.6.2.2 KONSUMVERHALTEN

Die Zunahme des regelmäßigen Alkohol- und Zigarettenkonsums mit dem Alter weist auf die fortschreitende Gewohnheitsbildung in Bezug auf Drogen hin. Geht man davon aus, daß generationenspezifische Faktoren keine Rolle spielen, kann gesagt werden, daß die Personen, die den Konsum dieser Substanzen über die Zeit hinweg aufrechterhalten, diese im Alter in einem steigenden Ausmaß konsumieren. Es findet also eine langsame Dosissteigerung statt. Im weiteren werden die Daten zum Konsum in Beziehung zu Daten aus anderen Studien in Luxemburg und Deutschland gebracht.

#### **Alkohol**

Das Ergebnis, daß der Konsum von Alkohol am Wochenende doppelt so hoch ist wie werktags, wie dies die BzGA (1994b) in einer Studie für die 12-25-Jährigen angibt, läßt sich auch in dieser Erhebung aufrechterhalten. In einer Befragung von Luxemburger Schülern des 11. Schuljahres gaben 12.2% regelmäßigen Alkoholkonsum an (Matheis, Prussen & Reuter, 1995). In einer anderen Studie gaben 10.3 % der Schüler an, daß sie täglich Alkohol konsumieren (Dickes, Houssemand & Martin, 1996). Demgegenüber ist der Prozentsatz in dieser Erhebung relativ gering. 2.9% der 12-16-Jährigen trinken mehr als zweimal in der Woche Alkohol. Dies kann auf die unterschiedliche Befragung und den Altersdurchschnitt innerhalb der Altersgruppe zurückgeführt werden. In dieser Altersgruppe verändert sich das Konsumverhalten sehr schnell. Während bei den 14-Jährigen kein regelmäßiger Alkoholkonsum feststellbar ist, liegt er bei den 17-Jährigen bereits bei 20%.

#### **Rauchen**

Das Verhältnis von Rauchern und Nichtrauchern bei der Altersgruppe der 12-16-Jährigen (13.1% Raucher) ist vergleichbar zu der Studie von Dickes et al. (1996), die einen Wert von 12% Raucher angeben. Den größten Raucheranteil hat die Altersgruppe der 17-25-Jährigen.



Dies wird allerdings relativiert, wenn man das Ausmaß betrachtet: Die älteren Personen konsumieren, wenn sie rauchen, sehr viel mehr Tabak als diese Gruppe.

### **Medikamente**

Auffallend ist der hohe Konsum an Medikamenten bei den Einwohnern der sieben Gemeinden. Frauen, ältere Personen und Personen mit niedrigerer Bildung heben sich dabei besonders ab. Aber bereits 6.2% der 12-16-Jährigen nehmen in größerem Ausmaß Schmerzmittel ein. 5.7% dieser Gruppe nehmen, wenn auch selten, Beruhigungsmittel. Die Gefahr der Medikamentenabhängigkeit wird häufig unterschätzt, da diese Substanzen im medizinischen Kontext stehen.

### **Illegale Drogen**

Nach einer deutschen Erhebung haben 24% der 14-25-Jährigen schon einmal Erfahrungen mit illegalen Drogen gemacht (BzgA, 1994b). Dies läßt sich nur grob mit den 21.8% der 17-25-Jährigen in dieser Studie vergleichen, deutet aber auf Ähnlichkeiten hin. Während 3.2% der 13-16-Jährigen aus der Studie von Dickes et al. (1996) schon einmal illegale Drogen genommen haben, ist der Wert mit 5.3% in dieser Studie etwas höher. Hinsichtlich der Art der Drogen dominieren nach wie vor, wie in anderen Studien, die Cannabis-Produkte. Der auffällige Anstieg des Konsums von LSD und Kokain bei den 26-40-Jährigen, wie er in Deutschland festzustellen ist, spiegelt sich auch in den höheren Prozentwerten bei dieser Erhebung wider.

## **5.6.2.3 VERÄNDERUNGSWÜNSCHE UND ZUFRIEDENHEIT MIT DEN STRUKTURELLEN ANGEBOTEN**

Es besteht ein großes Interesse am Thema Sucht und Veränderungsbedarf in den verschiedensten Bereichen, wobei Frauen dies im stärkeren Maße bekunden als Männer. Dies weist auf einen Bedarf hin, dem es zu entsprechen gilt. Auch auf der Ebene der strukturellen Angebote zeigt sich ein differenziertes Bild bezüglich der Zufriedenheit und Wünsche in den einzelnen Gemeinden, das als Grundlage für weitere gemeindespezifische Planungen verwendet werden kann.

## **5.6.3 DISKUSSION DER ERGEBNISSE DER SKALEN**

### **5.6.3.1 MEINUNGEN ZUM KONSUM VON LEGALEN UND ILLEGALEN DROGEN**

Bei Untersuchungen, die das selbsteingeschätzte funktionale Verhalten von Alkohol und Rauchen erfassen, sind höhere Ausprägungen auf den Skalen zu finden (Dlugosch, 1994) als bei den hier erfaßten Meinungen zu den funktionalen Eigenschaften der Suchtmittel. Dies verweist auf die generelle Unterscheidung von Einstellung und Verhalten. Die Einstellung kann hinsichtlich sozialer Normen sozial erwünscht erfolgen und vom tatsächlichen Gewohnheitsverhalten abweichen. Weiterhin wirken sich Kenntnisse über die funktionalen Verknüpfungen auf deren Bewertung aus. So schätzt die jüngste Gruppe mit den geringsten Erfahrungen im Umgang mit legalen und illegalen Drogen die funktionellen Aspekte am geringsten ein. Trotz der unterschiedlichen Ausprägung von Meinung und Verhalten ist aber davon auszugehen, daß ein Zusammenhang besteht.



### 5.6.3.2 PROBLEMBEWÄLTIGUNG

In der Literatur (Briechele, 1985; Seiffge-Krenke, 1986) wird berichtet, daß der zunehmende Rückgriff auf soziale Ressourcen mit der Entwicklung im Jugendalter einhergeht, was sich auch in den vorliegenden Ergebnissen wiederfinden läßt. Im weiteren sind es vor allem Frauen, die diese Strategie mit steigendem Alter nutzen. Allerdings suggerieren die Daten der vorliegenden Studie eine Weiterentwicklung der Strategien über das Jugendalter hinaus. Hier sollte zwischen tatsächlicher Entwicklung und eventueller Kohorteneffekte differenziert werden, deren Unterscheidung nur durch Längsschnittuntersuchungen zu erreichen ist. Im Bereich des Vermeidungsverhaltens sind neben den Altersgruppeneffekten Bildungsunterschiede festzustellen, während die Nutzung sozialer Ressourcen von der Bildung unabhängig zu sein scheint. Da es wesentliche Zusammenhänge zwischen Coping-Verhalten, Selbstwert und Drogenkonsum gibt, nimmt dieser Faktor einen wichtigen Stellenwert ein.

### 5.6.3.3 FREIZEITVERHALTEN

Im funktionalen Freizeitverhalten lassen sich sehr starke Alterseffekte feststellen. Es bestätigt sich die Risikoorientierung des Jugendalters, die eine bedeutsame Funktion in der Entwicklung darstellt (vgl. Franzkowiak, 1987). Auffallend ist die gleichzeitig stark erlebte Passivität. Der Wunsch nach Selbstwerterhöhung und emotionalem Abreagieren bei den Jugendlichen ist vergleichbar mit den in der Literatur postulierten Bedürfnissen der Jugendlichen (Lütke, 1989). Die generelle Reduzierung des sozialen Netzes im Alter dürfte die Abnahme der sozialen Funktionen des Freizeitverhaltens und den gleichzeitigen Anstieg der intellektuellen und entspannungssuchenden Funktionen erklären. Für die Frauen bestätigt sich auch im Freizeitverhalten die soziale Orientierung, während für die Männer die risikoorientierte Erlebnisfunktion dominiert. Insgesamt weisen diese Ergebnisse auch auf eine differentielle Validität der neu gebildeten Skalen hin. Angesichts der bisherigen Probleme bei der Dimensionierung von Freizeitverhalten erscheint der hier gewählte funktionale Ansatz richtungsweisend.



## 6 ERGEBNISSE DER EVALUATION

Es werden zuerst die Aspekte der Mikroevaluation angesprochen und im Anschluß daran die Ergebnisse der Evaluation auf der Makroebene beschrieben.

### 6.1 ERGEBNISSE DER MIKROEVALUATION

In diesem Kapitel wird ein Überblick über den Aufbau und den Verlauf der Präventionsgruppen gegeben. Den abschließenden Teil des Kapitels bildet die Dokumentation und Evaluation der durchgeführten Aktionen in den Gemeinden.



## 6.1.1 AUFBAU UND VERLAUF DER PRÄVENTIONSGRUPPEN

Die große Gemeindeversammlung, die Bildung der Präventionsgruppen und deren Verlauf werden, aufgrund ihrer besonderen Bedeutung für den Aufbau der gemeindegetragenen Struktur, gesondert dokumentiert und im folgenden kurz dargestellt.

### 6.1.1.1 DIE GROSSEN GEMEINDEVERSAMMLUNGEN IM HERBST '96

In allen sieben Gemeinden fanden Großversammlungen statt, die darauf abzielten, über das Projekt zu informieren und Personen für die aktive Mitarbeit in den Präventionsgruppen in den Gemeinden zu gewinnen. Die Teilnehmerzahl schwankte zwischen 18 und 70 Personen. Die Anzahl der Eintragungen in den Listen, die für Interessierte auslagen, weisen auf eine solide Basis für die zu bildenden Präventionsgruppen hin. Etwa ein Drittel der Teilnehmer hatte sich in den Listen eingetragen.

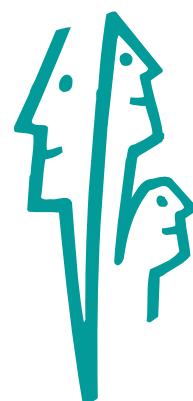
### 6.1.1.2 ERSTE TREFFEN DER PRÄVENTIONSGRUPPEN IN DEN GEMEINDEN

Die ersten Treffen der sieben Präventionsgruppen dienten dazu, sich mit Hilfe des Präventionszentrums als Arbeitsgemeinschaft zu formieren und zu definieren. Die Teilnehmer lernten sich näher kennen und wurden über strukturelle Bedingungen und Unterstützungsangebote (z.B. von der Gemeindeverwaltung oder dem Präventionszentrum) informiert. Sie wählten Koordinatoren, organisierten erste Arbeitsschritte und sammelten Ideen zu möglichen Projekten. Die dabei gesammelten Ideen waren vielfältig und gingen teilweise auch über die Bereiche Information und Sensibilisierung hinaus. Die Teilnehmerzahl entsprach der Anzahl der Einträge in den Listen.

### 6.1.1.3 VERLAUF DER PRÄVENTIONSGRUPPEN

Zum Verlauf der Präventionsgruppen können nur grobe Angaben gemacht werden, da nicht alle Gemeinden Protokolle über die Sitzungen anfertigten. Die Ausführungen beschränken sich häufig auf die sachliche Darstellung der geplanten Projekte und sind in manchen Gemeinden sehr knapp gehalten. Aus den Protokollen der Koordinatorensitzungen lassen sich folgende Informationen sammeln: In den beiden kleinen und der größeren Gemeinde fanden zum Anfang der Bildung der Präventionsgruppen Koordinatorenwechsel statt. Teilweise haben sich die Gruppen innerhalb eines Jahres verkleinert, sind aber nach wie vor motiviert, weiterhin aktiv zu sein. So sind für den Herbst in den meisten Gemeinden bereits weitere Projekte geplant.

Insgesamt standen am Anfang der Koordinatorensitzungen Themen wie Informationspolitik, Informationsbedarf über illegale Drogen seitens der Präventionsgruppen und die Gefahr politischer Vereinnahmung im Vordergrund. Die weiteren Koordinatorentreffen fanden im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen statt. Die Treffen im Herbst beinhalteten vor allem die Erörterung des Standes der Dinge und den Ausblick auf das nächste Jahr. Den Koordinatoren ist eine weitere Ausbildung für die Arbeit wichtig. Dies erscheint ihnen auch für die Präventionsgruppe von Bedeutung, so daß auch eine präventionsgruppen-spezifische Fachberatung in Erwägung gezogen wurde.



### 6.1.1.4 KOORDINATORENAUSBILDUNG

Für die Koordinatoren der einzelnen Gemeinden wird neben der Betreuung und inhaltlichen Fortbildung eine konkrete Ausbildung angeboten. In der ersten Phase standen Themen im Vordergrund, die auf das Meistern von Anfangssituationen in der Gruppen- und Projektarbeit abzielten. Hierbei sollten Kompetenzen in der Kommunikation und in der Projektplanung vermittelt werden. Dazu wurde im Dezember 1996 ein Seminar mit dem Titel «PROJEKTgruppenARBEIT - Wie Sie die Erfolgchancen für ihre Projekte erhöhen können» veranstaltet. Im Juli 1997 fand ein weiteres Seminar mit dem Titel «Projektöffentlichkeitsarbeit» statt. Das Themenspektrum dieses Seminars reichte von der Corporate Identity über die Kommunikationsplanung bis zur Formulierung einer Nachricht für die Presse und deren Präsentation. Beide Seminare wurden von einem Kommunikationswissenschaftler (Dr. Jean Paul Nilles) durchgeführt und vom ZepF evaluiert. Die Ergebnisse dienten als Rückmeldung an den Referenten und konnten für die weitere Planung der Fortbildung genutzt werden.

### 6.1.2 DOKUMENTATION UND EVALUATION DER DURCHFÜHRTEN AKTIONEN

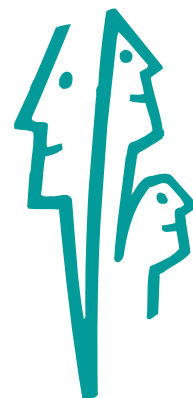
Es folgt eine Aufstellung der im Beobachtungszeitraum durchgeführten Aktionen in den Gemeinden und die Darstellung der Ergebnisse der Evaluation. Die Dokumentation der Aktionen erfolgte selbständig durch die einzelnen Präventionsgruppen. Da sowohl Hilfsblätter und Hinweise für die Dokumentation wie auch ein Fragebogen zur Veranstaltung vorgegeben wurden, kam es vor, daß ein Teil der Aktionen nur qualitativ dokumentiert wurde und der Fragebogen zur Veranstaltung nicht bei jeder Veranstaltung und in jeder Gemeinde ausgefüllt wurde. Daher beschränkt sich die Auswertung des Fragebogens nur auf einen Ausschnitt der Veranstaltungen. Die Dokumentation einer Gemeinde fehlt vollständig, und aus einer anderen Gemeinde wurde nur die Art der Veranstaltungen und die Teilnehmerzahl dokumentiert, jedoch nicht der Fragebogen zur Veranstaltung ausgefüllt. Tabelle 6.1 gibt einen Überblick über die Aktionen der einzelnen Gemeinden.



**Tabelle 6.1: Überblick über die durchgeführten Aktionen**

Gemeinde	Aktion	Geschätzte Teilnehmerzahl
A1	Abenteurpädagogik in Marienthal	13
	Sonnentheater	16
A2	Sonnentheater	20
	Abenteurpädagogik in Marienthal	k. A.
B1	Ouverture Container	40
	Funbox (Rollerblades)	12
	Kajaktour	k. A.
	Containeranstrich	k. A.
	Konferenz «Grün macht Schule»	50
	Konferenz «Jugend & Drogenhilfe»	60
	Workshop mit Lehrern	32
	Konferenz zu «Gewalt Mißbrauch ...»	95
	Bilder-Ausstellung von Kinder zum Thema Angst, Gewalt, Einsamkeit, ...	100
	Besuch des Jugendhauses	8
	Sonnentheater	k. A.
	Weekend Ch,let Buchholz	25
	Diskussionsabend über Schulprobleme	25
Rallye, Grillabend & Musik	20	
B2	Jemas Solo (bereits im Dez.96)	k. A.
	Anti-Latz-Tag	k. A.
	Kampagne: «Kein Verkauf von Alkohol an Minderjährige»	k. A.
B3	Ausstellung «Angscht»	300
	Informationsveranstaltung über Drogen	24
	«Jemas Solo» Kabarett	80
	Marienthal	15
	Theatergruppe	24
	Sonnentheater	k. A.
B4	Zweimal Abenteurpädagogik	20 & 35
	Drachenbauwettbewerb	30
	Informationsstand	500
	Medienprävention	12
	Zwei Spieleabende	25 & 23
	Spielenachmittag	15
C1	Infotisch beim Sportfest	k. A.
	Kabarett «Abgehängt»	250
	Sonnentheater	640
	Streetball-Wochenende	100
	Waldschule	80
	Workshop «Ech kann eppes ...»	12

k. A. = keine Angaben



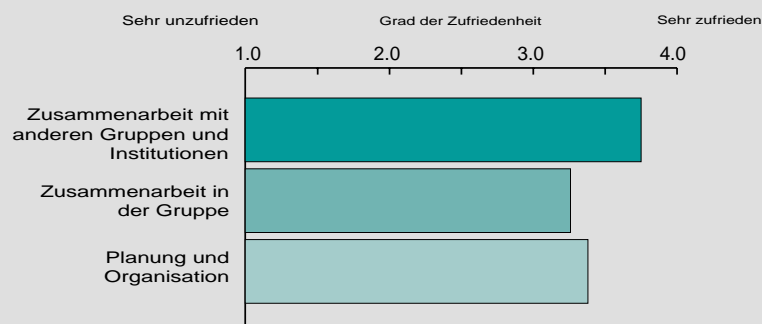
Die Anzahl der Aktionen schwankt je nach Größe und «Startvorteilen» der Gemeinden. Aufgelistet sind lediglich die bereits durchgeführten Aktionen. In einigen Gemeinden sind Aktionen geplant, die innerhalb des hier betrachteten halben Jahres nicht stattfinden konnten.

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Veranstaltungen, für die ein ausgefüllter Fragebogen vorlag. Da in zwei Gemeinden die Aktionen qualitativ dokumentiert wurden, beschränkt sich die Anzahl der Fragebogen auf 21. Der Fragebogen ist gegliedert nach Fragen zur Vorbereitung, Durchführung, Bewertung und nachfolgender Wirkung der Veranstaltung. Zuletzt wird ein allgemeines Fazit erfragt.

### 6.1.2.1 VORBEREITUNG DER AKTIONEN

Mit der Vorbereitung der Aktionen waren die Koordinatoren im allgemeinen sehr zufrieden, wobei die Zusammenarbeit mit externen Personen am besten beurteilt wurde, die Planung und Organisation der Veranstaltung fast ebenso gut und die Arbeit in den einzelnen Gruppen auch als zufriedenstellend bewertet wurde (Abbildung 6.1).

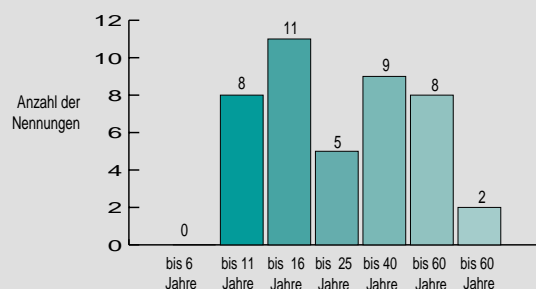
**Abbildung 6.1: Zufriedenheit der Koordinatoren mit der Vorbereitung der Aktionen**



### 6.1.2.2 TEILNEHMER DER VERANSTALTUNGEN

Bedingt durch die Unterschiedlichkeit der einzelnen Aktionen variierte die Anzahl der Teilnehmer pro Aktion stark. Teilweise wurden Aktionen, die an mehreren Tagen stattfanden, zusammengefaßt. Die Angaben reichten von 12 bis zu 640 Teilnehmern. Die hauptsächlich vertretene Altersgruppe in den Veranstaltungen setzt sich aufgrund der Einschätzung der Veranstalter wie nachfolgend abgebildet zusammen (s. Abbildung 6.2). Es waren mehrere Antworten möglich. In fast zwei Drittel der Veranstaltungen waren beide Geschlechter gleich häufig vertreten. Bis auf zwei Ausnahmen waren in den restlichen Veranstaltungen mehr Frauen vertreten. Bei 71% der Veranstaltungen waren ausländische Mitbürger beteiligt.

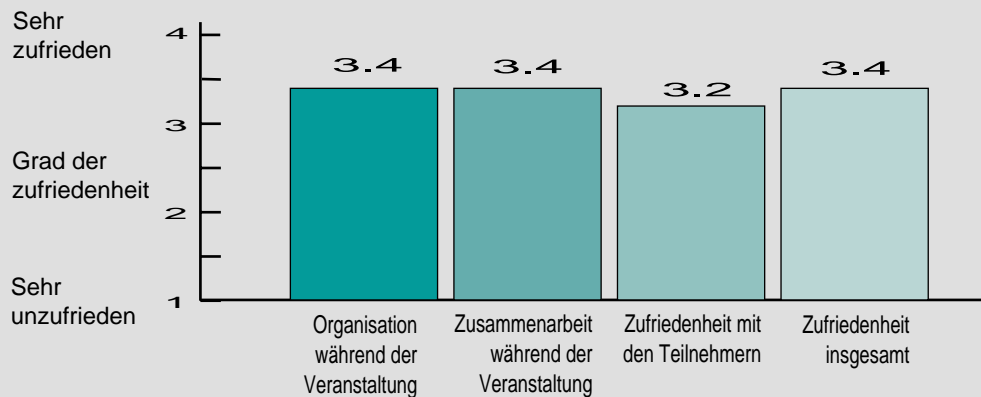
**Abbildung 6.2: Altersgruppe der Veranstaltungsteilnehmer**



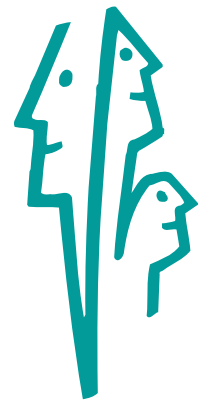
## 6.1.2.3 BEWERTUNG DER VERANSTALTUNGEN/AKTIONEN

Eine zurückschauende Bewertung der Aktionen durch die Veranstalter ergibt folgendes Bild (s. Abbildung 6.3): Insgesamt ist die Zufriedenheit sehr hoch, gleich auf mit der Bewertung der Organisation und der Zusammenarbeit während der Veranstaltungen. Fast genauso hoch fällt die Zufriedenheit mit den Teilnehmern aus.

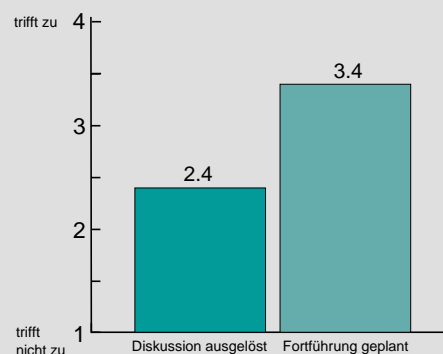
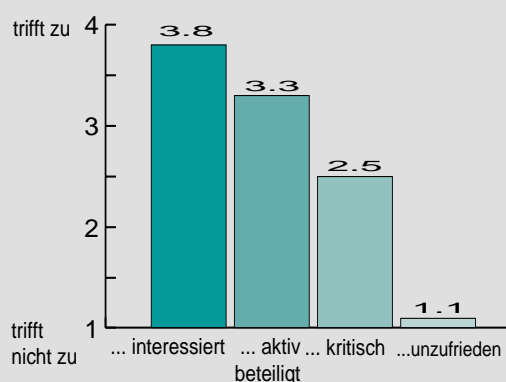
**Abbildung 6.3: Bewertung der Aktionen durch die Veranstalter**



Die Veranstalter wurden anschließend über die Reaktionen der Teilnehmer befragt. Das Interesse galt dabei der Einstellung der Teilnehmer den Aktionen gegenüber. Nach Einschätzung der Veranstalter zeigt sich insgesamt eine positive Haltung auf Seiten der Teilnehmer, die kaum unzufrieden, mäßig kritisch, dafür aber interessiert und aktiv erlebt wurden (s. Abbildung 6.4).



**Abbildung 6.4: «Die Teilnehmer waren...»**      **Abbildung 6.5: Wirkungen der Aktionen**




Zwei weitere Fragen zu den Wirkungen der Aktionen lassen den Wunsch nach einer Fortsetzung der Aktionen und den Effekt in den jeweiligen Orten erkennen (s. Abbildung 6.5). Der Mittelwert von 2.4 für die diskussionsauslösende Wirkung täuscht über eine tatsächlich vorhandene Polarisierung der Antworten hinweg. Diese Aussage erhielt fast ebenso viele zustimmende wie verneinende Antworten. Dabei scheint weniger die Art der Veranstaltung eine Rolle zu spielen als der Ort, an dem diese stattfand. Was die Fortführung, Aufrechterhaltung oder Ausweitung der Aktionen angeht, wurde fast durchgehend Zustimmung geäußert.



In den letzten drei Fragen sollte ein Fazit gezogen werden, was gut bzw. weniger gut war und was verbessert werden müßte:

- Als **gut** empfunden wurden die Organisation und die Zusammenarbeit der verschiedenen Stellen und Gruppen, die Beteiligung und Zugänglichkeit der Schüler und die Aktionen an sich.
- Als **weniger gut** bezeichnet wurden die Teilnahme bzw. das Nichterreichen der angesprochenen Personen (z.B. Behinderte), einzelne organisatorische Aspekte sowie die fehlende thematische Bearbeitung eines Kabarettstückes durch die Schulen.
- **Verbesserungen** wünschen sich die Koordinatoren vor allem auf den Gebieten der Informationsverbreitung und des Publimachens der Aktionen, bei der Berücksichtigung der Mehrsprachigkeit der Bevölkerung, einer langfristigen Ausdehnung der Aktionen und der Integration der präventiven Maßnahmen in den Schulalltag.

### 6.1.3 DISKUSSION DES AUFBAUS UND VERLAUFS DER GEMEINDEGETRAGENEN SUCHTPRÄVENTION



Im Sinne des geplanten Aufbaus der organisatorischen Struktur wurden die Kontakte zu den offiziellen Gemeindevertretern hergestellt, eine Vorgruppe gebildet, große Gemeindeversammlungen durchgeführt und Präventionsgruppen aufgebaut (vgl. Abbildung 3.2, Kapitel 3.2). Die Resonanz auf der Ebene der offiziellen Gemeindevertreter ist als positiv und kooperativ zu bewerten. Die Gemeindeversammlungen stießen auf ein großes Interesse. Die Teilnehmerzahl schwankte je nach Größe und Bekanntmachung der Gemeinde. Die Anzahl der Personen, die sich in den Listen für eine aktive Teilnahme eingetragen hatten, sprechen dafür, daß die Gemeindemitglieder in der Aufbauphase erreicht und aktiviert werden konnten.

Der weitere Verlauf der Präventionsgruppen zeigt auf, daß sich die Gruppen unterschiedlich schnell strukturiert haben. So gibt es Gemeinden, die bereits zum Beginn sehr schnell aktiv wurden, während es in anderen Gemeinden zum Wechsel der Koordinatoren kam oder sich die Aktivitäten aufgrund der mangelnden Zeit verzögerten. Daher konnten teilweise erst im Sommer Aktionen durchgeführt werden. Die Größe der Präventionsgruppe, deren Strukturierung, z.B. in Untergruppen, und deren eingebrachte Kompetenz sichern gewisse Startvorteile. Insgesamt haben sich die Gruppen etwas verkleinert, was vor allem die Möglichkeiten der kleinen Gemeinden einschränkt. Die Präventionsgruppen wollen ihre Arbeit fortsetzen, und es sind bereits weitere Aktionen geplant.

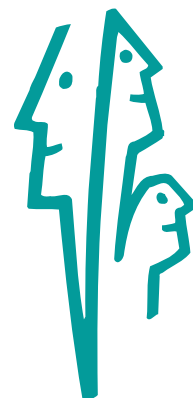
### 6.1.4 DISKUSSION DER DURCHFÜHRTEN AKTIONEN

Die Dokumentation der Aktionen macht deutlich, daß eine große Anzahl an Aktionen in den Gemeinden innerhalb des Beobachtungsraumes eines halben Jahres durchgeführt wurden. Es bestand ein vielfältiges Angebot, das die verschiedenen Bereiche der informativen, affektiven und beratenden Präventionsstrategien abdeckt. Angesichts der Tatsache, daß sich die Suchtpräventionsgruppen aus freiwilligen Personen zusammensetzen, die nicht professionell in diesem Bereich arbeiten, erscheint diese Leistung als besonders betonenswert. Zum Aufbau der Suchtpräventionsgruppen in den Gemeinden sind, wie bereits aufgezeigt, mehrere Schritte zu bewältigen. Neben dem Engagement und der Motivation sind gewisse Grundkenntnisse in der Gruppenleitung, Planung, Organisation, Werbung und Durchführung von Aktionen notwendig. Diese Aspekte waren auch Thema der Koordinatorenfortbildung. Trotz der Fortbildung und Supervision der Koordinatoren durch das Suchtpräventionszentrum steht die Selbstorganisation der Suchtpräventionszirkel im Vordergrund. Je nachdem, wie

schnell sich eine Gruppe zusammenfindet, sich organisiert, wie groß sie ist und ob sie bereits notwendige Kompetenzen einbringt, wird sie auch mehr oder weniger schnell Aktionen verwirklichen können. Aus diesem Blickwinkel sollte das unterschiedliche Ausmaß der Aktionen in den einzelnen Gemeinden gesehen werden. Aufgrund des Potentials und entsprechenden Ausgangsbedingungen der Gemeinden lassen sich die Unterschiede in der Startphase des Projektes interpretieren. So hatten die beiden kleineren Gemeinden größere Schwierigkeiten, eine Gruppe aufrechtzuerhalten. Gleichzeitig erfolgte ein Koordinatorwechsel in diesen Gemeinden. In einer anderen Gemeinde (B2) war der Tenor, reflektiert vorzugehen und nichts zu überstürzen. Entsprechend verlagerten sich die Aktionen in den Herbst hinein und liegen daher außerhalb des beobachteten Zeitfensters.

## 6.2 ERGEBNISSE DER EVALUATION AUF DER MAKRO-EBENE

Um die Auswirkungen der gemeindenahen Aktionen einschätzen zu können, wurden per Zufall ausgewählte Gemeindemitglieder zu mehreren Meßzeitpunkten mit einem Fragebogen befragt. Die Ergebnisse aus der Bedarfserhebung wurden dabei miteinbezogen. Die Vorgehensweise der Stichprobenauswahl entspricht den Angaben in Kapitel 4.3. Der für die Auswertung zugehörige Evaluationsplan ist in Kapitel 4.1 zu finden. Die Ergebnisse der Evaluation, die auf der Großerhebung in den Gemeinden basieren, werden in der Reihenfolge ihrer Veränderungssensitivität (s. Kapitel 4.1.1) vorgestellt. Es werden also zuerst die Bereiche Kommunikation, Kenntnisse und Meinungen betrachtet und dann die Verhaltensaspekte angesprochen. Die erfaßten Konstrukte und Skalen wurden in Kapitel 4.1.2 erläutert. Die Ergebnisse basieren auf Varianzanalysen mit Meßwiederholung (s. Bortz, 1993). Es werden die statistisch signifikanten ( $\alpha < .05$ ) Ergebnisse genannt. Die zugehörigen F-Werte sind in den Tabellen A\_6.2 bis A\_6.19 im Anhang zu finden. Die umfangreichen Tabellen für die differenzierte Betrachtung der Unterschiede in Bezug auf Altersgruppen und Gemeinden hätten den Umfang des Berichtes gesprengt und wurden daher nicht mit aufgenommen. Der interessierte Leser sei auf den unveröffentlichten Abschlußbericht (Fischer & Krieger, 1997b) verwiesen.



### 6.2.1 WELCHE PERSONEN KONNTEN MIT DEN AKTIONEN IN DER GEMEINDE ERREICHT WERDEN ?

Bei der letzten Befragungswelle im Herbst 1997 wurde zusätzlich nach der Bekanntheit und Teilnahme an den Aktionen gefragt. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf eine Stichprobe von 482 Personen.

Insgesamt hatten 46.9% der Befragten etwas über die Aktionen gelesen oder gehört. 17.5% sprachen mit anderen Personen über die Aktionen, und 9.9% nahmen selbst an Aktionen teil. Betrachtet man die Altersgruppen, hatten vor allem die älteren Befragten etwas gelesen oder gehört. Die 17-25-Jährigen sprachen mit anderen Leuten weniger oft darüber (s. Abbildung 6.6). Selbst beteiligt an den Aktionen war vor allem die jüngste Altersgruppe (12.7%).

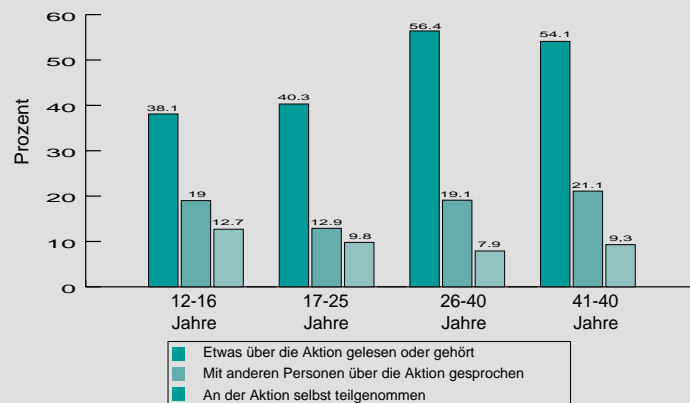
Bezogen auf die Gemeinden schwankt der prozentuale Anteil der Personen, die etwas über die Aktionen gelesen oder gehört hatten, zwischen 37.3% und 67.3%. Über die Aktionen gesprochen wurde zwischen 8.6% und 35.3%. Die Beteiligung an den Aktionen variiert zwischen 3.8% und 21.2%. Geschlechtsunterschiede waren nicht zu verzeichnen.

Demgegenüber sind die Migranten bei den Angaben zu den Aktionen generell weniger vertreten. 32.9% der Migranten hatten etwas davon gelesen oder gehört, 4.3% hatten mit anderen Personen darüber gesprochen und 2.9% hatten sich selbst an den Aktionen beteiligt. Die



befragten Portugiesen und Belgier nahmen an den Aktionen nicht teil. Auch die Deutschen und Franzosen, die zu einem höherem Anteil etwas von den Aktionen erfahren hatten, waren so gut wie nicht beteiligt.

**Abbildung 6.6: Kommunikation über und Teilnahme an den Aktionen**



Qualitativ wurde erfragt, welche Aktionen bekannt sind, an welchen Aktionen die befragte Person teilgenommen hat und was ihr gefallen oder weniger gefallen hat. Am häufigsten wurden die verschiedenen Informationsveranstaltungen über Drogen und Sucht genannt (29 Nennungen). Darunter wurden auch verschiedene Medien wie Radio, Film und Diavorführungen spezifiziert. 9 Personen gaben an, an diesen Veranstaltungen teilgenommen zu haben. 20 Personen äußerten sich eher unspezifisch dahingehend, daß sie Aktionen zur Suchtprävention mitbekommen haben. 7 von diesen Personen nahmen dabei selbst teil. 11 Personen erinnerten sich an Aktionen, die an und mit den Schulen zusammen stattfanden. Neben den Informationsveranstaltungen wurden auch Ausstellungen von Schülern zum Thema Sucht angegeben. Weitere Aussagen (10) bezogen sich auf Einrichtungen und Angebote, die im Bedarfsfall genutzt werden können. Darunter befinden sich das Suchttelefon, das SOS-Telefon, die Gruppe der Anonymen Alkoholiker, der Spritzenautomat und eine Führung durch die Suchtberatungsstelle. Weitere 10 Nennungen beziehen sich auf das Ausfüllen des Fragebogens selbst als Aktion. Neun Angaben lassen sich grob unter die Kategorie Freizeit und Sport einordnen. Darunter befinden sich u.a. die Anti-Drogen-Disco, Sport gegen Drogen, Spieleabende, Kimspiele und eine Funbox für Rollerblades. Darüber hinaus wurde in einer Gemeinde (B1) in diesem Rahmen ein Jugendhaus initiiert, in dem verschiedene Aktionen und Informationen stattfanden, das acht Personen in Erinnerung blieb. Theateraufführungen und -projekte wurden achtmal genannt. Weitere genannte Aktionen waren das «Anti-Latz» (6 Nennungen der Gemeinde B2), «Chauffeur fir den Owend» und das «Camionnette» (niederschwellige Drogenhilfe).

Die verschiedenen Informationsveranstaltungen in der Gemeinde und in der Schule wurden generell positiv beurteilt. Als gut bewertet wurden die Informationen und Anregungen, die Aufklärung und Verständlichkeit sowie der Austausch mit anderen. Weiterhin wurde gelobt, daß überhaupt etwas getan wird, die Motivation der Beteiligten und die gute Stimmung dabei. Für den Bereich der Schule wurden die frühe Aufklärung, die Kompetenz der Leiter und die interessante Darstellung unterstrichen, weiterhin auch die Tatsache, daß es dabei nicht nur um Drogen an sich geht. Angemerkt wurde auch das Interesse der Kinder bei einer Schülersausstellung zum Thema Drogen. Für die verschiedenen aktiven Projekte wurde bei den Jugendlichen die Harmonie und Toleranz unter Freunden und Erwachsenen und die Offenheit, mit der über Drogen geredet wird, positiv vermerkt. Bezüglich des Fragebogens wurden die Anonymität und die Anregung, sich über das Thema Gedanken zu machen, als positiv bezeichnet.



Bezüglich der Frage, was an den Aktionen nicht gefallen hat, zeigt sich ein differenziertes Bild bezüglich der einzelnen Veranstaltung. So wurde in einer Informationsveranstaltung die mangelnde Beteiligung oder die geringe Werbung angeführt. In den Schulaktionen wurde vereinzelt angemerkt, daß zu wenig Zeit vorhanden war und zu wenig Eltern einbezogen wurden. Die freie Aussprache in der Klasse schien für eine Person schwierig zu sein. Eine Person wies darauf hin, daß die Gewalt an den Schulen zu wenig angesprochen wird. Bezüglich des Fragebogens gab es vereinzelte Anmerkungen, daß die Fragen zu global oder unklar seien und daß er dreimal beantwortet werden sollte. Eine Person bemängelte die Anonymität.

**Insgesamt** gesehen bekam die Hälfte der Befragten etwas von den Aktionen mit. Selbst teilgenommen hat allerdings nur ein Zehntel der Befragten. Die Migranten sind dabei deutlich unterrepräsentiert. Es konnten eine Reihe von Aktionen frei erinnert werden, die überwiegend positiv beurteilt wurden. Die vereinzelten Anmerkungen zu den Punkten, die nicht so gut gefallen hatten, waren spezifischer Art und lassen sich nicht für die Gesamtheit der Aktionen verallgemeinern.

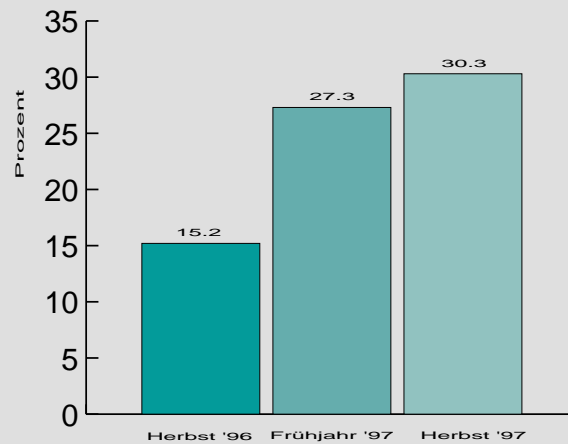
## 6.2.2 DIE VERÄNDERUNG DER KOMMUNIKATION ÜBER SUCHT IM VERLAUF DES PROJEKTES

Aufgrund der Tatsache, daß bereits zu Beginn des Projekts Informationen gegeben wurden, um das Projekt anzukündigen und Interessenten zu gewinnen, ist davon auszugehen, daß über das Thema Sucht bereits im Vorfeld der eigentlichen Aktionen gesprochen wurde. So wurde der Start des Projektes in der Presse angekündigt, und es gab Informationsveranstaltungen, um die Gemeindemitglieder allgemein über das Projekt zu informieren bzw. zur Gewinnung von aktiven Interessenten. Diese Effekte wirken bereits in der Wartephase. Daher kann nicht davon ausgegangen werden, daß die Kommunikation über das Thema erst nach dem Start der Aktionen in den Gemeinden angeregt wurde. Aus diesem Grund ist ein Evaluationsdesign, das auf einem Vergleich zwischen der Wartegruppe und der Treatmentgruppe beruht, für den Bereich der Kommunikation eher nicht geeignet. So wird für die Beurteilung der Veränderungen im Bereich der Kommunikation der gesamte zeitliche Verlauf betrachtet. Es werden dementsprechend die drei Meßzeitpunkte Anfangsphase des Projektes, Anfangsphase der Aktionen und Endphase der Aktionen berücksichtigt. Da nicht alle Personen zu allen drei Meßzeitpunkten befragt wurden bzw. antworteten, reduziert sich die Gesamtzahl der Befragten für die folgenden Statistiken auf 200 Personen. Zur Analyse der zeitlichen Veränderungen wurden einfaktorielle Varianzanalysen mit Meßwiederholung durchgeführt (s. Bortz, 1993). Die Ergebnisse der Varianzanalysen sind im Anhang Tabelle A\_6.1 zu finden.

Unabhängig vom Alter und von der Gemeinde lassen sich folgende zeitliche Veränderungen aufzeigen: Ein statistisch signifikanter Zeitpunkteffekt tritt bei der Teilnahme an einer Veranstaltung zum Thema Sucht auf. Der Mittelwert steigt zur Anfangsphase der Aktionen stark an und fällt zum Ende der Aktionen wieder etwas ab. Ebenfalls signifikant wird das Ergebnis für die Kommunikation mit den Lehrern. Allerdings ist der höchste Wert bereits zum Anfang des Projektes gegeben und fällt zu den beiden anderen Meßzeitpunkten ab. Ein deutlicher, kontinuierlicher Anstieg ist bei der Kommunikation zwischen Jugendlichen und Eltern zu finden (s. Abbildung 6.7). Die Angaben der Jugendlichen, mit ihren Eltern über das Thema Sucht gesprochen zu haben, verändern sich sehr signifikant. Die Angaben der Eltern, mit ihren Kindern über das Thema gesprochen zu haben, nehmen ebenfalls zu, allerdings wird diese Tendenz statistisch nicht signifikant.



**Abbildung 6.7: Veränderung des Items «In den vergangenen Monaten habe ich mit meinen Eltern über das Thema Sucht gesprochen»**



Bei den **Altersgruppen** werden folgende Änderungen statistisch signifikant: 53% der 17-25-Jährigen haben zu Projektanfang mit Freunden/Bekanntem über das Thema gesprochen, dies fällt zum zweiten Meßzeitpunkt ab (39%) und steigt dann wieder auf 63.4% am Ende der Aktionen. Dieselbe Altersgruppe hat im Gegenzug zu Beginn der Aktionen verstärkt mit den Lehrern über das Thema gesprochen. Mit den Eltern hatte die Altersgruppe anfangs nicht über das Thema gesprochen, was mit der Zeit aber bis zu 30.3% am Ende der Aktionen stark zunimmt. Die 26-40-Jährigen haben bereits zu Beginn des Projektes mit Lehrern gesprochen (25.5%), dies verringert sich zur Mitte drastisch (3.6%), steigt aber zum Ende der Aktionen wieder an (10.9%). Ähnliches gilt auch für die 40-60-Jährigen.

Bezüglich der **Gemeinden** erfährt die Gemeinde B4 eine signifikante Veränderung bei den Angaben, ob etwas über das Thema Sucht gelesen oder gehört wurde. So verringern sich diese Angaben zu Beginn der Aktionen leicht, um dann zum Ende stark anzusteigen (73.1%). Die Gemeinde B1 hat zum Beginn der Aktionen am häufigsten an Veranstaltungen zum Thema Sucht teilgenommen (24%), während vorher (4%) und zum Ende (8%) die Prozentzahlen geringer sind. Der hohe Anfangswert bezüglich der Gespräche mit den Lehrern ist u.a. vor allem auf die Gemeinde A1 zurückführbar. 30.4% der befragten Gemeindemitglieder haben bereits zum Beginn des Projektes Gespräche mit Lehrern über das Thema Sucht geführt. Die Jugendlichen der Gemeinde C1 haben ab dem Anfang der Aktionen vermehrt mit ihren Eltern über das Thema gesprochen.

### 6.2.3 ERGEBNISSE DER VERÄNDERUNGEN IM VERGLEICH ZUR WARTEGRUPPE

In den weiteren Ergebnissen wird, wie im Evaluationsplan (s. Kapitel 4) angegeben, die zeitliche Veränderung der Wartegruppe mit der Treatmentgruppe verglichen. Die folgende Ergebnisdarstellung basiert immer auf einer zeitlichen Veränderung der Treatmentgruppe im Vergleich zur Wartegruppe. Dies entspricht dem Interaktionseffekt im varianzanalytischen Design. Die Zeitpunkt- und Gruppeneffekte werden an dieser Stelle nicht berücksichtigt, werden aber in den zugehörigen Tabellen im Anhang mit aufgeführt (s. Tabellen A\_6.2 bis A\_6.19 im Anhang).

Die Datenbasis besteht aus insgesamt 644 Personen, die zum ersten und zweiten Meßzeitpunkt einen Fragebogen ausfüllten. D.h. von den 1223 Personen, die zum ersten



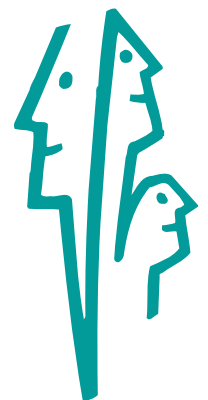
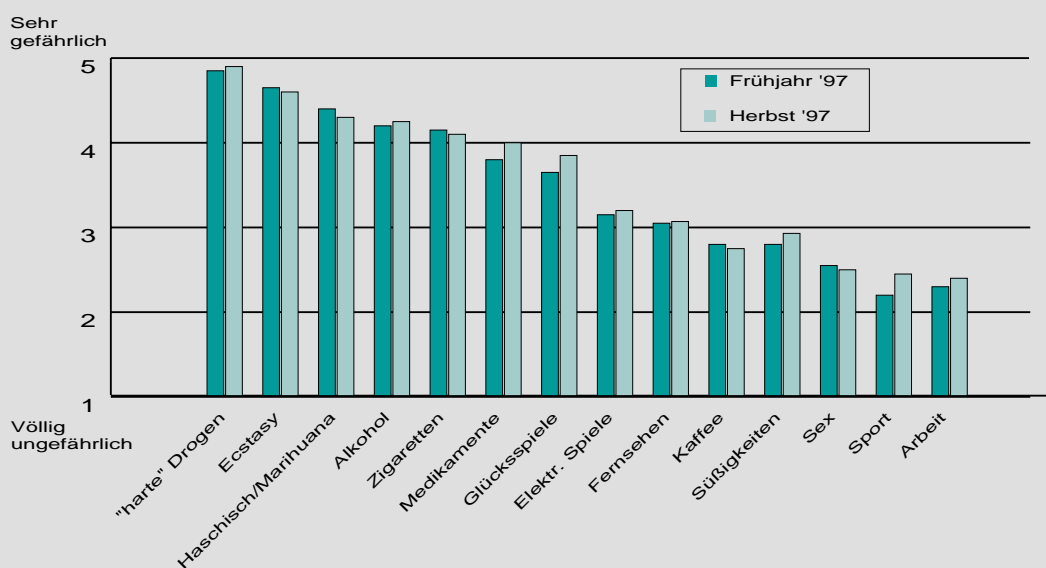
Meßzeitpunkt antworteten, füllten 53% den Fragebogen zum zweiten Mal aus. Die Wartegruppe besteht aus 354, die Treatmentgruppe aus 290 Personen. Aufgrund fehlender Werte kann sich die Anzahl der Antworten teilweise bis zu 10% reduzieren.

### 6.2.3.1 KENNNTNISSE UND GEFAHRENEINSCHÄTZUNG VON SUCHTMITTELN

Über die Gemeinden hinweg ist ein statistisch signifikantes Anwachsen der Kenntnisse über die Wirkungen und Gefahren des Zigarettenkonsums während der Zeit der durchgeführten Aktionen festzustellen. Insbesondere die 26-40-Jährigen schätzen ihre Kenntnisse höher ein als vorher. Im Bereich Alkohol, Medikamente und illegale Drogen sind keine signifikanten Unterschiede auf der globalen Ebene erkennbar. Bei den 12-16-Jährigen nimmt die Einschätzung der eigenen Kenntnisse über die Droge Ecstasy ab. Die 40-60-Jährigen weisen nach den Aktionen tendenziell einen höheren Kenntnisstand im Bereich der illegalen Drogen auf, allerdings wird dies nicht auf dem 5%-Niveau signifikant. Auf der Gemeindeebene läßt sich ein tendenzieller Anstieg einer kleinen Gemeinde (A1) im Bereich Alkohol und Medikamente erkennen.

In der Einschätzung der Gefährlichkeit von Konsummitteln oder Tätigkeiten in Bezug auf Sucht sind mehrere Veränderungen feststellbar: Die eingeschätzte Gefährlichkeit von 'harten' Drogen, Alkohol, Glücksspielen, Medikamenten und Sport nimmt im Vergleich zur Wartegruppe signifikant zu (s. Tabelle A\_6.3 im Anhang). Aber auch die Tätigkeiten und Konsummittel, die in der Variable 'sanfte' Drogen zusammengefaßt wurden (Elektronische Spiele, Arbeit, Sport, Fernsehen, Kaffee, Sex und Süßigkeiten), werden im Verlauf in ihrer Gefährlichkeit höher eingeschätzt als in der Wartegruppe. In Abbildung 6.8 werden zur besseren Veranschaulichung nur die Veränderungen der Treatmentgruppe dargestellt.

**Abbildung 6.8: Veränderungen in der Einschätzung der Gefährlichkeit von Konsummitteln oder Tätigkeiten in Bezug auf Sucht der Treatmentgruppe**



Die Gemeinde B1 weist dabei die meisten Unterschiede auf. Die Mitglieder der Gemeinde A1 schätzen die Gefahren bezüglich der Medikamente höher ein als vorher, während sie diese gleichzeitig für Kaffee geringer einschätzen. Sport wird vor allem von den Gemeinden C1 und B4 als gefährlicher betrachtet. Die Gefahren der 'harten' Drogen werden insbesondere von den Gemeinden B1 und B4 sensibler als vorher wahrgenommen. Bezüglich der Altersgruppen fallen die 26-40-Jährigen durch eine höhere Sensibilität gegenüber den 'sanften' Drogen und Glücksspielen auf. Die 17-25-Jährigen betrachten die Arbeit und Glücksspiele nun als gefährlicher als die Wartegruppe. 'Harte' Drogen und Medikamente werden vor allem von den 12-16-Jährigen gefährlicher eingeschätzt.

### 6.2.3.2 HILFE, BARRIEREN, ANGST UND SICHERHEIT IN BEZUG AUF DAS THEMA SUCHT

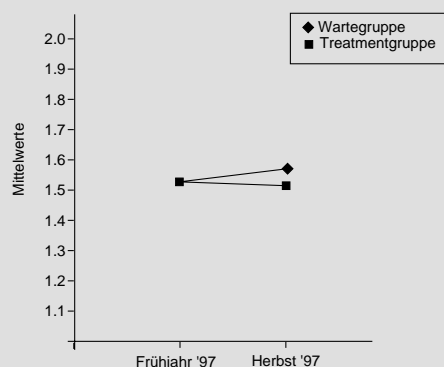
Im folgenden wurden zur Informationsreduzierung je zwei inhaltlich und statistisch zusammengehörige Items zu einem neuen Wert gruppiert. Diese neuen Werte sind nur bedingt als Skalen anzusehen, da sie nur aus zwei Items bestehen. Es wurden in diesem Sinne folgende Skalen gebildet: 'Barrieren gegenüber dem Thema Sucht', 'Kenntnis über offizielle Ressourcen' und 'Sicherheitsbedürfnis gegenüber der Drogenproblematik'.

Es sind keine statistisch signifikanten Veränderungen auf der generellen Ebene in den angesprochenen Bereichen im Vergleich zur Wartegruppe vorhanden (vgl. Tabelle A\_6.4 im Anhang). Für die 17-25-Jährigen sind signifikante Veränderungen in der 'Kenntnis über offizielle Ressourcen' (Zunahme) und 'Barrieren gegenüber dem Thema Sucht' (Abnahme) festzustellen. Bei den 40-60-Jährigen hat sich das Sicherheitsbedürfnis gegenüber der Drogenproblematik verstärkt. Die 'Barrieren gegenüber dem Thema Sucht' sind in der Gemeinde B2 im Vergleich zur Wartegruppe zurückgegangen ebenso die 'Angst beim Thema Sucht' in der Gemeinde A1.

### 6.2.3.3 MEINUNGEN GEGENÜBER GENUSS- UND SUCHTMITTELN

Damit die Meinungen über legale und illegale Drogen als Gesamtheit betrachtet werden können, wurde ein Index aus den drei Meinungsskalen zu den illegalen Drogen, Alkohol und Rauchen gebildet. Dieser Gesamtindex der Meinungen zu legalen und illegalen Drogen nimmt bei der Treatmentgruppe leicht ab, während er bei der Wartegruppe zunimmt (s. Abbildung 6.9). Diese Interaktion ist statistisch signifikant (s. Tabelle A\_6.5 im Anhang).

**Abbildung 6.9: Gesamtindex der Meinungen zu legalen und illegalen Drogen**



## **Alkohol**

Die allgemeine Meinung zum Image und zur Funktion des Alkoholgebrauchs verringert sich nicht signifikant (s. Tabelle A\_6.6 im Anhang). Nur die Gemeinde A1 weist eine tendenzielle Abnahme auf. Dies ist auf die signifikant verringerte Einschätzung der Unterskala «Alkohol / Genuß» zurückzuführen. Allerdings nimmt in dieser Gemeinde auch die Einschätzung der Gesundheitsrisiken des Alkoholgenusses ab. Tendenziell gibt es auch eine Abnahme bei dieser Skala für die 12-16-Jährigen.

## **Rauchen**

Eine sehr signifikante Veränderung ist bei der allgemeinen Meinung zum Image und zur Funktion des Rauchens feststellbar (s. Tabelle A\_6.7 im Anhang). Dabei sticht vor allem die Unterskala «Rauchen / Image» hervor. Die Altersgruppe der 12-16-Jährigen ist dabei jeweils signifikant vertreten und noch zusätzlich bei der Unterskala «Genuß / Rauchen». Die Gemeinde A1 tritt bei der allgemeinen Skala hervor, während die Imagereduktion von Rauchen besonders von der großen Gemeinde C1 getragen wird. Auch bei den Personen, die bewußt etwas von den Aktionen mitbekommen haben, verringert sich die Einstellung gegenüber der Genußkomponente des Rauchens. Allerdings reduziert sich bei den Personen, die aktiv bei den Aktionen teilgenommen haben, auch die Einschätzung der Gesundheitsrisiken des Rauchens.

## **Medikamente**

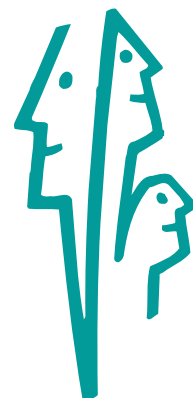
Bei den Skalen, die die Meinungen zu den Medikamenten betreffen, sind gemeindeübergreifend keine signifikanten Ergebnisse vorhanden (s. Tabelle A\_6.8 im Anhang). Das Image der Medikamente nimmt in der Gemeinde A2 zu, während die Beurteilung der Risiken von Medikamenten in der Gemeinde B4 wächst. Die 17-25- und 26-40-Jährigen sehen inzwischen geringere Risiken bei der Einnahme von Medikamenten.

## **Illegale Drogen**

Die allgemeine Einstellung gegenüber illegalen Drogen nimmt zwar bezüglich der Mittelwerte etwas ab, dies ist aber statistisch nicht signifikant (s. Tabelle A\_6.9 im Anhang). Bei der Unterskala «emotionale und soziale Funktion illegaler Drogen» zeigt sich eine signifikante Verringerung für die Treatmentgruppe. Die Gemeinde A2 sticht durch die erhöhten Werte bei der Einschätzung der Gesundheitsrisiken illegaler Drogen hervor.

## **Meinungen zum Thema Sucht**

Es gibt keine generellen auffälligen Veränderungen in den einzelnen Meinungen zum Thema Sucht (s. Tabelle A\_6.10 im Anhang). Die Meinung «Ob jemand süchtig wird, liegt allein in seiner Hand» weist eine Tendenz auf in dem Sinne, daß diese Meinung bei der Treatmentgruppe eine verringerte Zustimmung erfährt. Signifikant wird dies bei der Altersgruppe der 17-25-Jährigen. Bei den 12-16-Jährigen ist ein signifikant kleineres Ausmaß an Zustimmung zur Meinung «Jeder kann etwas dazu beitragen, daß die Widerstandskraft gegen Suchtmittel wächst» erkennbar. Diese Einstellung wird auch bei der Gemeinde C1 geringer. In der Gemeinde B2 erfährt, im Gegensatz zu sonst, die Wartegruppe eine stärkere Veränderung als die Treatmentgruppe: Die Meinung «Wenn jemand süchtig wird, dann ist das sein privates Problem und geht mich nicht weiter an» verringert sich und die Meinung «Wer seine Probleme gut bewältigen kann, wird nicht so schnell süchtig» erhöht sich bei der Wartegruppe. Die Bejahung der Einstellung «Kinder und Jugendliche schauen es von den Erwachsenen ab, wie sie mit Suchtmitteln umgehen» erhöht sich in der Gemeinde A2 für die Treatmentgruppe.



### 6.2.3.4 KONSUMVERHALTEN

In Hinblick auf die Häufigkeit des **Alkoholkonsums** existieren keine Unterschiede (s. Tabelle A\_6.11 im Anhang). Die Angabe, daß im Urlaub Alkohol getrunken wird, nimmt bei der Treatmentgruppe zu. Ausschlaggebend ist die Gruppe der 26-40-Jährigen. Die 12-16-Jährigen trinken im Verlauf des halben Jahres sowohl in der Wartegruppe wie auch in der Treatmentgruppe mehr an Feiertagen und Wochenenden, jedoch fällt die Zunahme bei der Treatmentgruppe geringer aus. In der Gemeinde B3 wird zunehmender an Feiertagen und Wochenenden Alkohol konsumiert als in der Wartegruppe. In der Treatmentgruppe ist darüber hinaus für die Gemeinde B1 ein Anstieg des Bierkonsums festzustellen. Die 17-25-Jährigen konsumieren dafür im Verlauf weniger Spirituosen als die Wartegruppe.

Im Bereich der **Medikamenteneinnahme** sind keine statistisch signifikanten Interaktionen für die globale Betrachtung feststellbar (vgl. Tabelle A\_6.13). Nur wenige vereinzelte Reduktionen sind bei der Gemeinde C1 (Beruhigungsmittel) und B1 (Schmerzmittel) zu finden.

Auch der **Zigarettenkonsum** bleibt über alle Personen hinweg unbeeinflusst. Eine deutliche Verringerung des Zigarettenkonsums im Vergleich zur Wartegruppe ist bei den 40-60-Jährigen festzustellen.

Bei den **illegalen Drogen** ist der Konsum von Ecstasy im Vergleich zur Wartegruppe deutlich zurückgegangen (s. Tabelle A\_6.14 im Anhang). Die Personen, die bewußt an den Aktionen teilgenommen haben, haben weiterhin den Konsum von Haschisch / Marihuana deutlich verringert im Vergleich zu den Personen, die von den Aktionen nichts erfahren haben.

### 6.2.3.5 ERGEBNISSE ZUM UMGANG MIT PROBLEMEN

Im Umgang mit Problemen gibt es aus der generellen Sicht keine statistisch signifikanten Veränderungen (s. Tabelle A\_6.15 im Anhang). In der Gemeinde A1 verringert sich in dem Zeitraum die vermeidende und internale Problembewältigungsstrategie. In der Gemeinde B4 verringert sich allerdings das aktive soziale ressourcenaufsuchende Bewältigungsverhalten im Vergleich zur Wartegruppe.

### 6.2.3.6 ERGEBNISSE ZUM FUNKTIONALEN FREIZEITVERHALTEN

Im Bereich «Funktionales Freizeitverhalten» wurden zehn verschiedene Skalen in Bezug auf Veränderungen bei der Treatmentgruppe im Vergleich zur Wartegruppe analysiert (s. Tabelle A\_6.16 im Anhang). Die risikoorientierte Erlebnisfunktion des Freizeitverhaltens und die Funktion zur Herstellung positiver Stimmung in der Freizeit nehmen in der Treatmentgruppe signifikant ab, während sie bei der Wartegruppe bestehen bleiben. Die risikoorientierte Erlebnisfunktion nimmt in drei Gemeinden (A2, B4, C1) signifikant ab, in zwei Gemeinden (A1, B2) tendenziell. Bezüglich der Altersgruppen stechen die 26-40-Jährigen hervor. In den Gemeinden B1 und B3 reduzieren sich vor allem die Werte für die Funktion der Herstellung von positiver Stimmung in der Freizeit (Alltagsflucht). Auch die Altersgruppe der 12-16-Jährigen sind in dieser Hinsicht tendenziell auffällig. Das passive Freizeitverhalten verringert sich signifikant in den Gemeinden A1 und B2. Besonders stark verringert sich die passive Freizeitorientierung bei den 26-40-Jährigen. Bei den Personen, die bewußt etwas von den Aktionen mitbekommen haben, ist weiterhin ein Anstieg der intellektuellen Freizeitfunktion festzustellen im Gegensatz zu den Personen, die bewußt nichts von den Aktionen mitbekommen haben.



### 6.2.3.7 VERÄNDERUNGSWÜNSCHE

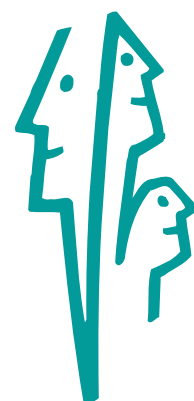
Die Veränderungswünsche in Bezug auf den 'Umgang mit Problemen' und 'Beziehung zu meinen Kindern / Eltern' sind in der Treatmentgruppe zurückgegangen (s. Tabelle A\_6.18 im Anhang). Bei der Gemeinde B4 werden diese beiden Bereiche ebenfalls signifikant. Bei der Gemeinde B1 reduziert sich nur der Umgang mit Problemen signifikant. In der Gemeinde A2 verringert sich der Veränderungswunsch für die 'Beziehung zu meinen Kindern / Eltern', während der Veränderungswunsch für die 'Beziehung zu anderen Familienmitgliedern' und das 'Rauchen' zunimmt. Bezüglich der Altersgruppen gibt es eine Veränderung bei den 26-40-Jährigen: Sie möchten im Bereich 'Umgang mit Problemen' inzwischen weniger verändern als die Wartegruppe.

### 6.2.4 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE DER EVALUATION AUF DER MAKRO-EBENE

Etwa die Hälfte der Befragten konnte mit den Aktionen erreicht werden. Allerdings nahm nur ein Zehntel selbst daran teil. Das Projekt hat generell Einfluß auf die Kommunikation über das Thema Sucht genommen. Dabei setzten die Gespräche teilweise bereits vor dem Beginn der eigentlichen Aktionen ein. Ein kontinuierlicher Anstieg konnte bei der Kommunikation zwischen Jugendlichen und ihren Eltern festgestellt werden. Die Sensibilität gegenüber der Suchtgefahr nahm bei der Treatmentgruppe zu. Nicht nur die Gefährlichkeit der illegalen und legalen Drogen wurde höher eingeschätzt, sondern auch alltagsnahe Tätigkeiten und Konsumprodukte wurden kritischer gesehen. Bei der Einschätzung des eigenen Kenntnisstandes von einzelnen Suchtmitteln zeigt sich ein Anstieg im Bereich des Zigarettenkonsums. In den Bereichen Hilfe, Barrieren, Angst und Sicherheit in Bezug auf das Thema Drogen zeigten sich keine Veränderungen in der Gesamtgruppe. Bei den 17-25 Jährigen nahmen die Kenntnisse über offizielle Ressourcen zu und die Barrieren gegenüber dem Thema Sucht ab.

Der Gesamtindex der Meinungen zu den legalen und illegalen Drogen in Bezug auf deren Image und Funktionen nahm bei der Treatmentgruppe ab. Dies ist vor allem auf die verringerte Einstellung gegenüber dem Image und der Funktion des Rauchens zurückzuführen. Weiterhin verringerte sich die Meinung gegenüber der emotionalen und sozialen Funktion illegaler Drogen. In den anderen Unterskalen zu den Meinungen in Bezug auf Alkohol, Medikamente, Rauchen und illegale Drogen zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Veränderungen für die Gesamtgruppe, jedoch einzelne Abnahmen in den Untergruppen. Bei den Meinungen zum Thema Sucht wies die Aussage «Ob jemand süchtig wird, liegt allein in seiner Hand» eine abnehmende Tendenz auf.

Im Konsumverhalten sind bisher keine generellen Tendenzen feststellbar. Es zeigten sich nur vereinzelte Veränderungen in den Untergruppen. So hat der Zigarettenkonsum bei den 26-40-Jährigen abgenommen. Bei den Problembewältigungsstrategien traten keine Veränderungen auf. Im Bereich des 'funktionalen Freizeitverhaltens' reduzierte sich die risikoorientierte Erlebnisfunktion. In einzelnen Untergruppen ist zusätzlich eine Verringerung der passiven Freizeitorientierung erkennbar.



## 6.3 DISKUSSION DER MAKRO-EVALUATION

Die Ergebnisse der Makro-Evaluation werden in der Gesamtbewertung noch einmal einen Schwerpunkt bilden, daher erfolgt an dieser Stelle nur eine kurze Diskussion.

### 6.3.1 DISKUSSION DER TEILNAHME AM PROJEKT

Es konnte ein Großteil der Gemeinde erreicht werden, in dem Sinne, daß die befragten Personen etwas über die Aktionen gelesen oder gehört haben. Die Beteiligung an den Aktionen erscheint im ersten Moment niedrig, steht aber im Vergleich zu anderen professionellen Veranstaltungen diesen nicht nach. Es zeigt sich, daß alle Altersgruppen erreicht werden konnten. Problematisch erscheint die geringe Beteiligung der Migranten. Dieses Ergebnis ist nicht unbekannt und wird auch von anderen Veranstaltungen berichtet. Es gilt zu fragen, inwieweit dies auf sprachliche Barrieren zurückzuführen ist oder sich diese Gruppe generell dem Gemeindeleben entzieht. So ist festzustellen, daß trotz sprachlicher Übersetzungsangebote die Beteiligung gering ist. Darüber hinaus müßte auch nach Migranten-Gruppen unterschieden werden. Diese Frage gilt es zukünftig zu klären, bedenkt man den hohen Anteil der Migranten in den einzelnen Gemeinden.

### 6.3.2 DISKUSSION DER VERÄNDERUNGEN BEI DER KOMMUNIKATION

Die Kommunikation über Drogen und Sucht nimmt in dieser Evaluation eine Sonderstellung ein, da sie sehr sensibel auf Informationen und äußere Einflüsse reagiert. Es ist unumgänglich bereits im Vorfeld der eigentlichen Aktionen Informationen über das Projekt zu verbreiten, um die Gemeindemitglieder dafür zu motivieren. Daher ist es nicht verwunderlich, daß über das Projekt und dessen Inhalte geredet und diskutiert wird. Während die allgemeine Diskussion über das Thema eher auf die anfänglichen Gemeindeversammlungen zurückzuführen ist, scheint die Diskussion zwischen Jugendlichen und Eltern ein Verdienst der durchgeführten Aktionen zu sein.

### 6.3.3 DISKUSSION DER VERÄNDERUNGEN IM VERGLEICH ZUR WARTEGRUPPE

Die Einschätzung der eigenen Kenntnisse über Drogen ist immer subjektiv und kann nicht mit dem tatsächlichen Wissen gleichgesetzt werden. Daher erscheint es nicht verwunderlich, wenn sich diese in bestimmten Fällen sogar reduzieren. Dies kann auch paradoxerweise infolge einer stärkeren Informiertheit erfolgen: Erst wenn man sich genauer mit der Thematik beschäftigt, erkennt man, daß der Kenntnisstand doch eher gering ist. So läßt sich der Rückgang der subjektiven Kenntnis für die Droge «Ecstasy» bei den Jugendlichen erklären. Ein klarer Zugewinn an Kenntnissen kann im Bereich des Rauchens verzeichnet werden. Aufgrund der offensichtlichen gesundheitlichen Gefahr, die vom Rauchen ausgeht, ist dies ein wichtiges Ergebnis. Häufig sind gerade ältere Bürger über die illegalen Drogen nur wenig aufgeklärt. Das Projekt konnte dieser Wissenslücke begegnen.

Die Einschätzung der **Gefährlichkeit** von Medikamenten hat zugenommen und deutet auf eine Sensibilisierung hin. Dies ist besonders bedeutsam auf dem Hintergrund des hohen

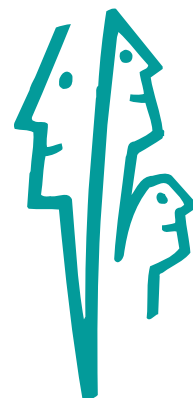


Medikamentenkonsums. Die in Fachkreisen häufig angemerkte Überbewertung des Haschisch/Marihuana-Konsums und Verharmlosung des Alkoholkonsums in der Bevölkerung sticht in der vorliegenden Stichprobe nicht so deutlich hervor. Entsprechend sind die Veränderungen in der Einschätzung nur geringfügig und statistisch unbedeutsam.

Die Veränderungen der einzelnen suchtmittelspezifischen **Meinungen**, außer beim Rauchen und zum Teil bei den illegalen Drogen, sind relativ gering und starten bereits mit niedrigen Werten. Die durchgängig abnehmende Tendenz bezüglich der Meinungen zum Image und zur Funktion der einzelnen Drogen macht sich allerdings beim Gesamtindex der Meinungen zu legalen und illegalen Drogen bemerkbar. Angesichts der Tatsache, daß nur ein Teil der Befragten tatsächlich an den Aktionen teilgenommen hat, erscheint diese geringe, aber eindeutige Abnahme um so bedeutungsvoller.

Auswirkungen auf das **Konsumverhalten** können bislang nur in einzelnen Untergruppen festgestellt werden. Die Veränderungen in den Untergruppen sind allerdings weniger auf Zufallsschwankungen zurückzuführen, sondern inhaltlich begründbar. So verringert sich vor allem der Konsum der Zigaretten bei der Altersgruppe, die bereits den höchsten Konsum an Tabak aufweist. Auch der verringerte Konsum von Spirituosen bei den 17-25 Jährigen ist ein Hinweis auf einen sensibleren Umgang mit den legalen Drogen. Allerdings ist klar festzustellen, daß der Alkoholkonsum generell nicht weniger geworden ist und in einzelnen Untergruppen, bedingt durch die vorangegangene Urlaubszeit, sogar etwas zugenommen hat. Veränderungen bei der gesellschaftlich akzeptierten Droge «Alkohol» herbeizuführen, ist generell ein Problem und stößt oft auf Widerstand. Dabei gilt es zu bedenken, daß es weniger um ein Verbot, sondern eher um einen risikobewußteren Umgang mit dieser Droge geht. Diese Vermittlung bedarf einer langfristigen und vertrauensvollen Herangehensweise.

Beim «**funktionalen Freizeitverhalten**» treten genau bei den Skalen Veränderungen ein, die einen hohen Zusammenhang mit dem Konsum von legalen und illegalen Drogen aufweisen. So verringert sich deutlich die «risikoorientierte Erlebnisfunktion des Freizeitverhaltens» und in einzelnen Untergruppen die «passive Freizeitorientierung». Diese Veränderungen in der Freizeitorientierung können durchaus eine Brücke zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil bilden.



## 7 GESAMTBEWERTUNG UND AUSBLICK

### 7.1 DISKUSSION DER MAKRO-EVALUATION IM RAHMEN EINER GESAMTBEWERTUNG

Die Bewertung des Projektes lehnt sich an den ursprünglich formulierten Zielen der gemeindenahen Suchtprävention an. Die Reihenfolge der einzelnen Punkte entspricht wiederum deren Änderungssensitivität, in dem Sinne, daß die Kommunikation, Meinungen und Kenntnisse kurzfristiger verändert werden können als Verhaltensweisen.



## 7.1.1 MOTIVATION

Es konnten, wie bereits weiter oben angemerkt, Personen motiviert werden, die sich aktiv in ihrer Gemeinde für die Suchtprävention einsetzen und Aktionen planen und durchführen. Im Schnitt konnte die Hälfte der befragten Gemeindemitglieder dahingehend erreicht werden, daß sie etwas über die Aktionen gehört oder gelesen haben. Etwa 10% der Befragten konnten aktiviert werden, an den Veranstaltungen teilzunehmen. Angesichts der Tatsache, daß in manchen Gemeinden in der kurzen Zeit die Aufbauarbeit langsamer voranschritt, steht dieses Ergebnis den Veranstaltungen professioneller Institutionen nicht nach. Aus den Dokumentationen der Veranstaltungen geht hervor, daß die Teilnehmer in den überwiegenden Fällen interessiert und motiviert waren. Eine noch zu lösende Schwierigkeit stellt die Gruppe der Migranten dar, die nur geringfügig motiviert werden konnte.

## 7.1.2 KOMMUNIKATION

Die Kommunikation zwischen Veranstaltern und Einwohnern erfordert Kenntnisse in der erfolgreichen Werbung und Publikation der Aktionen. Die Tatsache, daß teilweise die Hälfte der Gemeinde nichts über die Aktionen gelesen oder gehört hat, und die Hinweise der Veranstalter auf diese Problematik deuten auf weiteren Schulungsbedarf in diesem Punkt hin.

Die Kommunikation und Diskussion über das Thema Sucht innerhalb der Gemeinde wurde bereits sehr früh angeregt und eilte teilweise den Aktionen voraus - angefangen von den Diskussionen im schulischen Setting, die bereits im Vorfeld der ersten Befragungen liefen, über die Informationsveranstaltungen in den Gemeinden, die die allgemeine Diskussion unter den Leuten anregte bis hin zu der zunehmenden Diskussion in der Familie und zwischen den Generationen am Ende der Befragung. Dieser qualitative Sprung in der Kommunikation ist besonders hervorzuheben und kann als Erfolg gewertet werden.

## 7.1.3 SENSIBILISIERUNG

Hinsichtlich des Suchtpotentials verschiedener Genußmittel und Tätigkeiten hat eine gewisse Sensibilisierung stattgefunden. So werden z.B. die Suchtgefahren des Glücksspiels und der Medikamente höher eingeschätzt als vorher. Aber auch das Suchtpotential von alltäglicheren Dingen wie Süßigkeiten und der Sport erfahren eine höhere Bewertung. Insgesamt gesehen konnte also eine Sensibilisierung hinsichtlich der Suchtgefahren, die von Stoffen und Tätigkeiten ausgehen, erreicht werden.

Die Sensibilisierung für die eigene Betroffenheit und Verantwortlichkeit, die sich in den Meinungen zum Thema Sucht wiederfinden läßt, scheint nur in einzelnen Gemeinden und Altersgruppen stattgefunden zu haben. Die Tendenzen weisen auf die starke Verantwortlichkeit des einzelnen hin, können aber in diesem Anfangsstadium des Projekts für die Gesamtheit noch nicht als Erfolg verbucht werden. Für einzelne Gemeinden und Altersgruppen kann allerdings sehr wohl von erfolgreichen Veränderungen ausgegangen werden.

## 7.1.4 INFORMATION

Die Gemeindemitglieder wurden über vielfältige Medien über das Thema Drogen und Sucht informiert. Eine Vielzahl von Personen nahm an den Informationsveranstaltungen teil.

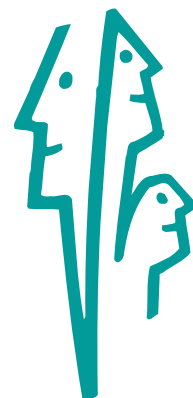


Entsprechend konnten auch die Befragten in der Großerhebung, die etwas von den Aktionen mitbekommen haben, zahlreiche Informationsveranstaltungen aufzählen und bewerteten die Informationsvermittlung als positiv. Geht man vom tatsächlichen Zugewinn an Kenntnissen aus, so nimmt dieser im Bereich des Rauchens zu. Einen Zuwachs an Kenntnissen gaben die älteren Bürger bezüglich der illegalen Drogen an. Für die «alltäglicheren» Drogen wie Alkohol und Medikamente konnten subjektiv keine weiteren Kenntnisse hinzugewonnen werden. Insgesamt konnten die Bürger ausreichend informiert werden, wobei nicht in allen Bereichen die subjektiven Kenntnisstände erhöht oder beeinflusst werden konnten.

Bezüglich der Ressourcen gaben die Befragten in den offenen Antwortkategorien an, daß sie das Suchttelefon, das SOS-Telefon und die Gruppierung der Anonymen Alkoholiker kennen. Die Kenntnis um offizielle und private Hilfsmöglichkeiten nimmt sowohl bei der Treatment- wie auch bei der Wartegruppe zu. Es gibt eine Wissenszunahme in diesem Bereich, unabhängig von den in den Gemeinden durchgeführten Aktionen. Ähnlich wie im Bereich der Kommunikation ist zu vermuten, daß Informationen über diese Angebote bereits vor den eigentlichen Aktionen mit stärkerer Aufmerksamkeit behaftet waren.

## 7.1.5 EINSTELLUNGEN

Im Hinblick auf die allgemeine Einstellung gegenüber legalen und illegalen Drogen ist eine Abnahme des Images und der Funktionen eingetreten. Vor allem bezüglich des Rauchens hat sich die Meinung geändert. Die Einstellung zu Medikamenten nimmt eine gewisse Sonderstellung ein, da sie eine Vielzahl unterschiedlicher Medikamente mit unterschiedlichen Wirkungen subsumiert. Angesichts der Tatsache, daß nur ein geringer Teil der Befragten direkt mit den Aktionen in Berührung kam, ist diese allgemeine Meinungsveränderung bezüglich des Images und der Funktionen von Drogen positiv zu bewerten. Die Meinungen zum Thema Sucht bilden kein so klares Bild ab. Tendenziell weisen sie aber in die Richtung, daß die Entwicklung zur Sucht nicht allein von der betroffenen Person abhängt. Zu betonen ist die geringere Zustimmung zum Item «Ob jemand süchtig wird, liegt allein in seiner Hand». Die Frage, inwieweit die Bürger sich mit den Zielen der Suchtprävention identifizieren, kann zu diesem Zeitpunkt noch nicht eindeutig beantwortet werden.



## 7.1.6 NUTZUNG STRUKTURELLER RESSOURCEN

Ein wichtiger Punkt neben den Informationsveranstaltungen ist die alternative Freizeitgestaltung. Der häufigste Konsum legaler und illegaler Drogen geschieht in der Freizeit und ist in die Freizeitgestaltung integriert. Sie tragen somit zur Befriedigung der Bedürfnisse, die in der Freizeit stattfindet, ihren Teil bei. So ist die Risikobereitschaft der Treatmentgruppe in der Freizeit zurückgegangen. Diese risikoorientierte Erlebnisfunktion des Freizeitverhaltens steht in starkem Zusammenhang zum erhöhten Konsum von Drogen und dem Ausprobieren von illegalen Drogen (Franzkowiak, 1987). Bei einzelnen Gemeinden und Altersgruppen verringert sich die Tendenz zur Alltagsflucht und passiven Freizeitgestaltung. Weiterhin ändern sich vereinzelt die Orte, an denen die Freizeit verbracht wird. Insgesamt ist eine Umorientierung in der Freizeitgestaltung festzustellen. Dabei verringern sich vor allem die funktionalen Freizeitkalen, die im Zusammenhang mit dem erhöhten Konsum legaler und illegaler Drogen stehen. Damit reduziert sich nicht automatisch auch der Konsum, es bildet aber eine Grundlage zur Veränderung im Sinne des Lebensstilkonzeptes.

Die Nutzung der Informations- und Beratungsressourcen kann über verschiedene Wege betrachtet werden. Generell wurden die angebotenen Informationsveranstaltungen gut besucht. Einen Hinweis gibt bereits die Inanspruchnahme des Suchttelefons. Dort konnte ein Anstieg neuer Anrufer verzeichnet werden. Da die Inanspruchnahme einer Beratung sich erst



langfristig auswirken wird, kann an dieser Stelle diesbezüglich noch keine Bewertung vorgenommen werden.

## 7.1.7 ERZIEHUNG (SCHULE & FAMILIE)

Innerhalb der Schulen wurden eine Reihe von Aktionen («Sonnentheater») durchgeführt, die von den Lehrern mitgetragen wurden. In den überwiegenden Fällen fand eine Nachbereitung des Themas statt, bei der das vom Suchtpräventionszentrum gestellte Arbeitsheft zum Einsatz kam. Die Lehrer und Lehrerinnen sind weiterhin am Thema Suchtprävention interessiert.

Aufgrund des Ausmaßes, die der Fragebogen annehmen würde, wenn die Beziehung zwischen Kindern und Eltern genauer erfragt worden wäre, wurde die Überprüfung der Veränderung im Bereich der Familie nicht berücksichtigt. Dies mindert nicht die wesentliche Bedeutung der Familienstruktur in der Suchtprävention, sie würde aber nochmals eine eigene Studie beanspruchen. Einen Hinweis auf Einflüsse im Bereich der Familie lassen sich anhand der gesteigerten Kommunikation zwischen Jugendlichen und ihren Eltern erkennen. Weiterhin konnte eine Vielzahl von Familien mit Kindern bei den Aktionen erreicht werden.

## 7.1.8 VERHALTEN

Während sich im Freizeitverhalten eine Veränderung abzeichnet, erfährt das Konsumverhalten nur wenig Veränderungen. Eine Verringerung des Konsums konnte bei den wenigen Ecstasy-Konsumenten festgestellt werden. Im Alkoholkonsum sind teilweise sogar Steigerungen für den Freizeitbereich (Urlaub, Wochenenden) erkennbar, für die allerdings die vorausgegangene Urlaubszeit verantwortlich zu sein scheint. Der Zigarettenkonsum konnte zwar nicht bei allen befragten Personen verringert werden, allerdings besteht eine Abnahme bei den 40- 60-Jährigen. Gerade die Älteren äußerten bei der Bedarfserhebung einen hohen Nikotinkonsum. Nimmt man hinzu, daß die Erwachsenen auch eine Vorbildfunktion haben, so ist dieses Ergebnis erfreulich. Insgesamt haben sich in der kurzen Beobachtungszeit die Meinungsveränderungen noch nicht deutlich auf das gesamte Konsumverhalten auswirken können. Bedenkt man die Zeit, die ein Mensch benötigt, um seine Gewohnheiten zu ändern, so ist es nicht ausgeschlossen, daß sich bei der Aufrechterhaltung der suchtpreventiven Arbeit langfristig Verhaltensänderungen einstellen können.

Entsprechendes gilt auch für den Umgang mit Problemen. Hier haben bisher keine Veränderungen stattgefunden. In der Anfangsphase stand dieser Bereich inhaltlich noch nicht im Vordergrund, da es das primäre Ziel war, erst einmal zu sensibilisieren und zu informieren. Ein Erfolg kann erst nach einem längeren Zeitraum erwartet werden.

## 7.1.9 PERSÖNLICHKEIT

Veränderungen in Aspekten der Persönlichkeit, wie Frustrationstoleranz, Konfliktfähigkeit und positives Selbstwertgefühl wurden von vornherein als langfristige Ziele angelegt. Daher gilt für die Persönlichkeit entsprechendes wie für das Verhalten: Eine angemessene Bewertung für die Veränderung auf der Ebene der Persönlichkeit kann erst nach ein paar Jahren erfolgen, daher wurde dieser Bereich in der Befragung ausgeklammert.



## 7.2 FAZIT

Der Verlauf des Projektes kann als sehr zufriedenstellend bezeichnet werden. Der Aufbau der organisatorischen Struktur von den ersten Kontakten zu den offiziellen Gemeindevertretern, die Bildung von Vorgruppen, die großen Gemeindeversammlungen bis hin zur Bildung von Präventionsgruppen verlief im geplanten Sinne. Im Verlauf des Projektes wurde in den Gemeinden eine Reihe von Aktionen organisiert und durchgeführt, die bezüglich ihrer Größe, der Zielgruppe und inhaltlich ein breites Spektrum abdecken. Die Koordinatoren haben zwei Schulungen erfahren, die von ihnen sehr positiv beurteilt wurden. Auf Seiten der Koordinatoren besteht ein weiterer Fortbildungsbedarf. Generell erscheint die Startphase als besonders wichtig für das Gelingen gemeindegetragener Suchtprävention. Für die Koordinierungsstelle bedeutet dies eine intensive Initiierung und Betreuung in der Anfangsphase unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten, die in diesem Falle erfolgreich geleistet wurde. Weiterhin zeigt sich der notwendige Schulungsbedarf der Koordinatoren und die Möglichkeit, sich gegenseitig austauschen zu können.

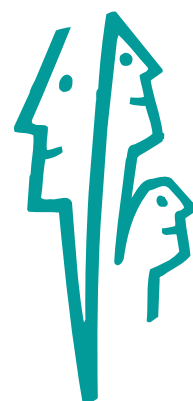
Für die Evaluation zeigt sich im Bereich der Mikro-Evaluation die Notwendigkeit, die Belastung der Präventionsgruppen durch die Dokumentation einerseits zu verringern, andererseits aber eine vollständige und einheitliche Informationssammlung zu garantieren. Die Makro-Evaluation zeigt auf, daß nicht alle Gemeindemitglieder mit den Aktionen erreicht werden können. Daher können Modifikationen auf der Gemeindeebene nur schwer festgestellt werden. Weiterhin bedarf eine Veränderung vor allem auch der Verhaltensweisen einer längeren Zeitdauer. Trotz dieser Einschränkungen konnten Veränderungen in der Kommunikation, der Sensibilisierung und der Meinungen auf der Gemeindeebene festgestellt werden. Diese Ergebnisse deuten auf einen erfolgreichen Einfluß des Projektes hin und bedürfen einer weiteren Beobachtung.

## 7.3 AUSBLICK

Die Anfangsphasen des Projektes lassen bereits neue Fragen aufkommen, die es in Zukunft zu lösen gilt. Das wesentliche Element ist der gemeindegetragene Ansatz. Es sollen Strukturen etabliert werden, die sich selbst tragen können. Der beobachtete Ausschnitt dieses Projektes muß sich bisher auf die Aufbau- und Anfangsphase beschränken, und es können keine Aussagen über den langfristigen Verlauf der Präventionsgruppen gemacht werden. Auch hinsichtlich der Wirkung von Suchtprävention ist eine längerfristige Beobachtung der Entwicklung notwendig, um Aussagen in Bezug auf Verhaltensänderungen treffen zu können. Eine offene Frage ist die Herangehensweise in Städten: Welche Besonderheiten müssen berücksichtigt werden, um eine gemeindegetragene Struktur aufbauen zu können? Eine weitere Herausforderung auf der Ebene der Gemeinde ist die Aktivierung spezifischer Gruppen wie z.B. bestimmter Migrantengruppen, die sich weniger am Gemeindeleben beteiligen.

Ebenso erscheint, im Hinblick auf die Vergleichbarkeit dieses Konzeptes mit anderen europäischen Gemeinden, eine Fortführung und ein Austausch mit ähnlichen Projekten sinnvoll. In dem Sinne, wie die verschiedenartigen Gemeinden in ihrer Eigenart berücksichtigt werden, gilt es, bei unterschiedlichen europäischen Gemeinden die länderspezifische Struktur und Kultur miteinzubeziehen und die Auswirkungen auf den Erfolg zu prüfen. In diesem Sinne ist eine Vorstellung und Veröffentlichung im europäischen Rahmen geplant, die als Plattform für einen europäischen Austausch suchtpreventiver Arbeit genutzt und ausgebaut werden kann.

Das laufende Projekt liefert eine Vielzahl neuer Einblicke und Ergebnisse, die einen Schritt weiter in Richtung einer europäisch orientierten Suchtprävention führen. Für eine erfolgreiche Fortsetzung sind weitere Fragen zu klären, die inhaltlich und zeitlich über die Rahmenbedingungen des bisherigen Projektes hinausreichen.



- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Alfs, G. (1986). *Drogenprävention III*. Oldenburg: Universität Oldenburg.
- Allmer, H. (1990). Gesundheitsverhalten als intentionales und volitives Geschehen. In: R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 117-130). Göttingen: Hogrefe.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Badura, B. (1984). Life-style and health: Some remarks on different viewpoints. *Social Science and Medicine*, 19, S. 341-347.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bäuerle, D. (1989). Suchtgefahren und -probleme aus psychologischer Sicht. In: R. Knapp (Hrsg.), *Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren* (S.43-70). Heidelberg: Decker & Müller.
- Becker, M.H.; Maimann, L.A.; Kirscht, J.P.; Haefner, D.P.; Drachman, R.H. & Taylor, D.W. (1982). Wahrnehmungen des Patienten und Compliance: Neuere Untersuchungen zum «Health Belief Model». In: R.B. Haynes; D.W. Tayler, & D.L. Sackett, (Eds.), *Compliance Handbuch* (S.94-131). München: Oldenbourg.
- Becker, P. (1992). Seelische Gesundheit als protektive Persönlichkeitseigenschaft. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21, S. 64-75.
- Becker, P. (1997). Prävention und Gesundheitsförderung. In: R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 517-534). Göttingen: Hogrefe.
- Bengel, J. & Koch, U. (1988). Evaluationsforschung im Gesundheitswesen. In: U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegie (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitationspsychologie* (S. 321-347). Berlin: Springer.
- Biefang, S. (1980). Evaluationsforschung. *Medizin, Mensch und Gesellschaft*, 5, S.16 - 26.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler, 4.Aufl.*. Berlin: Springer.
- 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.
- Bowers, K.S. (1987). Toward a multidimensional view of personality and health. *Journal of Personality*, 55, S. 343-357.
- Briechele, R.U. (1985). Normative Orientierungen Jugendlicher in leistungsbezogenen Situationen. In: D. Liepmann & A. Stikdrud (Hrsg.), *Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsprobleme in der Adoleszenz* (S. 168 - 179).Göttingen: Hogrefe.
- Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. (1993). *Praxisnahe Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen*. Bonn: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1994a). *Fortschreibung der Expertise zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs*. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1994b). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Wiederholungsbefragung - 1993/1994*. Köln.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Dembach, B. (1992). *Sucht- und Drogenprävention. Ansätze und Arbeitsfelder*. Saarländische Landesstelle gegen die Suchtgefahr: Manuskript zum Fachforum Suchtprävention am 19.11.92.



Dembach, B. (1995). Suchtprävention als kommunale Aufgabe. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahr (DHS), *Jahrbuch Sucht '96* (S. 314-328). Geesthacht: Neuland.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahr (DHS) (1995). *Jahrbuch Sucht '96*. Geesthacht: Neuland.

Dickes, P.; Houssemand, C. & Martin, R. (1996). *La consommation de drogues légales et illégales des élèves des 6èmes de l'enseignement secondaire et des 8èmes de l'enseignement secondaire technique*. Luxembourg: Ministère de l'éducation national et de la formation professionnelle.

Dlugosch, G.E. (1994). Modelle in der Gesundheitspsychologie. In: P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 101-117). Stuttgart: Enke.

Dlugosch, G.E.; Krieger, W. & Fröhlich, M. (1996). «Wege zum Wohlbefinden - Mit gesunder Ernährung und Bewegung der Lebensfreude auf der Spur». Ergebnisse aus der zweiten Phase eines Modellprojektes im Bereich der Gesundheitsförderung. Hamburg: Techniker Krankenkasse.

Dlugosch, G.E. & Wottawa, H. (1994). Evaluation in der Gesundheitspsychologie. In: P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 149-168). Stuttgart: Enke.

Dohner, A. (1972). Alternatives to drugs - a new approach to drug education. *Journal of Drug Education* 2(1), pp. 3-22.

Donabedian, A. (1982). An Exploration of Structure, Process and Outcome as Approaches to Quality Assessment. In: H.-K. Selbmann & K.K. Überla (Hrsg.), *Quality Assessment of Medical Care* (S. 69-92). Gerlingen.

Eberling, W. (1989). Problem Sucht, Suchtprobleme - Suche nach neuen Lösungen. In: F. Buchholtz (Hrsg.), *Suchtarbeit: Utopien und Experimente* (S. 25-41). Freiburg i.B.: Lambertus.

Elias, N. & Scotson, J.L. (1990). *Etablierte und Außenseiter*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (1996). *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union*. EMCDDA: Lissabon.

Europäische Arbeitsgemeinschaft zur Förderung des Informationsaustausches über Suchtgefahren Rhein-Maas-Mosel e.V (EUROAFIS) (1991). *Die Systeme der Suchtkrankenhilfe in Deutschland, Ostfrankreich, Luxemburg, Belgien und den Niederlanden*.

Europäische Union, Europäische Gemeinschaft (1994). *Die Vertragstexte von Maastricht mit den deutschen Begleittexten*. Bonn: Europa Union Verlag.

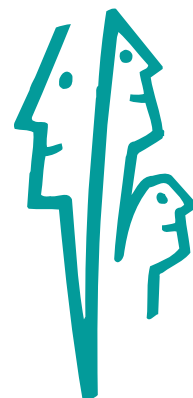
Fehlau, E. (1987). Überlegungen zur Wirkungsanalyse gemeindeorientierter Interventionsmaßnahmen - Probleme und Möglichkeiten der Evaluationsforschung in der Epidemiologie. In: U. Laaser; G. Sassen; G. Murza & P. Sabo (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitserziehung* (S. 209-216). Berlin: Springer.

Fischer, U. CH. & Krieger, W. (1997a). *Zwischenbericht: Entwicklung, Anwendung und Evaluation eines Modells gemeindegetragener Suchtprävention*. Unveröffentlichter Bericht. Landau: ZepF.

Fischer, U. CH. & Krieger, W. (1997b). *Abschlussbericht: Entwicklung, Anwendung und Evaluation eines Modells gemeindegetragener Suchtprävention*. Unveröffentlichter Bericht. Landau: ZepF.

Franzkowiak, P. (1987). Risikoverhalten als Entwicklungsaufgabe. Zur «subjektiven Vernunft» von Zigarettenrauchen und Alkoholkonsum in der Adoleszenz. In: U. Laaser; G. Sassen; G. Murza & P. Sabo (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitserziehung* (S. 63-84). Berlin: Springer.

Hallmaier, R. (1993). European Prevention Assessment Survey. EPAS-Studie. *Sucht*, 4. S. 284-293.





- Heckhausen, H. (1980). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Hildebrandt, H. (1990). *Pädagogische, sozial- und gesundheitspol. Forderungen an Suchtprävention*. Forum '90 Suchtprävention, Nürnberg 9/90, Referat, Manuskriptfassung.
- Krampen, G. (1987). *Handlungstheoretische Persönlichkeitstheorie*. Göttingen: Hogrefe.
- Künzel-Böhmer, J.; Bühringer, G. & Janik-Konecny, Th. (1993). *Expertise zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs*. Baden-Baden: Nomos.
- Löcherbach, P. (1992). *Der Mythos Suchtprävention - Erfolge sind nicht auszuschließen*. Koblenz: Verlag Ralf Quast.
- Lösel, L. & Bliesener, T. (1990). Resilience in Adolescence: A Study on the Generalizability of Protective Factors. In: K. Hurrelmann & F. Lösel (Ed.), *Health Hazards in Adolescence* (S. 299-320). Berlin: de Gruyter.
- Lütke, H. (1989). Jugendliche in ihrer Freizeit: Interessen und Verhalten. In: R. Nave-Henn & M. Markefka (Hrsg.), *Handbuch der Familien- und Jugendforschung; Band 2: Jugendforschung* (S. 635-646). Leuchterhand.
- Matheis, J.; Prussen, P. & Reuter, P. (1995). *Schüler & Drogen*. Fentage-Livange: Institut d'études éducatives et sociales.
- Maturana, H.R. & Varela, F.J. (1987). *Baum der Erkenntnis*. Bern: Scherz.
- McGuire, W.J. (1989). Theoretical foundations of campaigns. In: R.E. Rice & Ch.K. Atkin (Eds.), *Public communication campaigns*. Newbury Park: Sage Publications.
- Michaelis, Th. (1996). *La formation en «thérapie familiale»*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Mittag, W. & Jerusalem, M. (1997). Evaluation von Präventionsprogrammen. In: R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 595-611). Göttingen: Hogrefe.
- Petry, J. & Krampen, G. (1985). *Alkoholismustherapie: Vom Einstellungswandel zur kognitiven Therapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Poppelreuter, S. (1996). *Arbeitssucht*. Witterschlick/Bonn: M.Wehle.
- Rein, M. (1985). Umfassende Programmevaluierungen. In: G.M. Hellstern & H. Wollmann (Hrsg.), *Handbuch der Evaluierungsforschung, Bd. 1* (S. 177-19X). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Renn, H. (1990). Defizite der Prävention und Notwendigkeiten der Präventionsforschung. *Suchtgefahren* 36, 416-422.
- Rosnay, de (1975). *Le macroscope*. Coll. Points. Edition du Seuil.
- Rossi, P.H. & Freeman, H.E. (1993). *Evaluation. A systematic approach* (5th ed.). Newbury Park: Sage.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Scriven, M. (1967). The methodology of evaluation. In R.M. Tyler, M. Gagne & M. Scriven (Eds.), *Perspectives of curriculum evaluation* (p. 39-83). Chicago: Rand McNally.
- Seiffge-Krenke, I. (1986). *Problembewältigung im Jugendalter*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Seiffge-Krenke, I. (1989). Bewältigung alltäglicher Problemsituationen: Ein Coping-Fragebogen für Jugendliche. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 10, Heft 4. S. 201-220.
- Servais, E. (1992) *Bevor es zu spät ist*. Eupen: Eigenverlag E. Servais.
- Servais, E. (1994). Suchtvorbeugung = jedermanns Sache. *Prävention*, 4, 17. Jg., S. 123-124.



Silbereisen, R.K. & Kastner, P. (1984). Entwicklungstheoretische Perspektiven für die Prävention des Drogengebrauchs Jugendlicher. In: J. Brandstädter & H. Gräser (Hrsg.), *Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne* (S. 83-102). Göttingen: Hogrefe.

Trojan, A. & Hildebrandt, H. (1989). Konzeptionelle Überlegungen zu gesundheitsbezogener Netzwerkförderung auf lokaler Ebene. In: W. Stark (Hrsg.), *Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung* (S.97-116). Freiburg: Lambertus.

Troschke, J. v. (1987). Möglichkeiten und Grenzen der Evaluation kooperationsfördernder Interventionsmaßnahmen in der gemeindebezogenen Prävention. In: U. Laaser; G. Saasen; G. Murza & P. Sabo (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitserziehung* (S. 195-208). Berlin: Springer.

Watzlawick, P. (Hrsg.) (1985). *Die erfundene Wirklichkeit*. München: Piper.

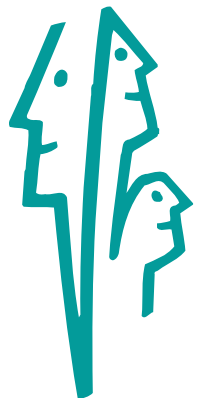
Watzlawick, P.; Weakland, & Fisch, (1975). *Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels*. Bern: Huber.

Watzlawick, P.; Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1985). *Menschliche Kommunikation: Formen; Störungen; Paradoxien*. Bern: Huber

Wieviorka, S. (1995). *Les Toxicomanes*, France: Ed. du Seuil.

Wilm, S. & Jork, K. (1987). Gemeindenahe Prävention. Modelle und Interventionsstrategien am Beispiel einer südhessischen Kleinstadt. In: K. Jork, *Gesundheitsberatung* (S. 191-213). Berlin: Springer Verlag.

Wottawa, H. & Thierau, H. (1990). *Lehrbuch Evaluation*. Bern: Huber.



TABELLEN UND ABBILDUNGEN

Inhaltsverzeichnis von Anhang I

**Anhang zu Kapitel 5:** .....69

Tabelle A\_5.1a: Demographische Daten Teil 1 .....69

Tabelle A\_5.1b: Demographische Daten Teil 2 .....69

Abbildung A\_5.1: Medikamenteneinnahme nach Altersgruppen .....70

Abbildung A\_5.2: Mindestens einmaliger Konsum illegaler Drogen .....70

Abbildung A\_5.3: Wünsche zum Thema Sucht .....70

Tabelle 5.2: Veränderungswünsche der vier Altersgruppen (Prozentangaben) .....71

Abbildung A\_5.4: Bereiche, in denen es Schwierigkeiten und Probleme gibt (17-60 Jahre)71 .....71

Abbildung A\_5.5: Bereiche, in denen es Schwierigkeiten und Probleme gibt (12-16 Jahre) .....71

Abbildung A\_5.6: Zufriedenheit mit den Angeboten der Gemeinde .....72

Tabelle A\_5.3: Varianzanalytische Ergebnisse der Altersgruppenvergleiche .....72

**Anhang zu Kapitel 6:** .....73

Tabelle A\_6.1: Zeitliche Veränderung der Kommunikation über Sucht .....73

**Tabellen A\_6.2-A\_6.19: Varianzanalytische Ergebnisse der Makro-Evaluation** ....74

Tabelle A\_6.2: «Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse über die Wirkungen und Gefahren der folgenden Drogen ein?» .....74

Tabelle 7.3: Gefährlichkeit von Konsummitteln oder Tätigkeiten in Bezug auf Sucht ...74

Tabelle A\_6.4: Angst, Barrieren und Sicherheitsbedürfnis beim Thema Sucht .....74

Tabelle A\_6.5: Gesamtindex zu Meinungen zu legalen und illegalen Drogen .....75

Tabelle A\_6.6: Meinungen zu Alkohol .....75

Tabelle A\_6.7: Meinungen zu Rauchen .....75

Tabelle A\_6.8: Meinungen zu Medikamente .....76

Tabelle A\_6.9: Meinungen zu illegalen Drogen .....76

Tabelle A\_6.10: Meinungen zum Thema Sucht .....77

Tabelle A\_6.11: «Wann und wie oft trinken Sie alkoholische Getränke?» .....77

Tabelle A\_6.12: «Wenn ich Alkohol trinke, dann trinke ich...» .....78

Tabelle A\_6.13: Durchschnittliche Medikamenteneinnahme .....78

Tabelle A\_6.14: «Wie häufig nehmen Sie folgende Rauschdrogen ein?» .....78

Tabelle A\_6.15: Problembewältigungsstrategien .....78

Tabelle A\_6.16: Funktionales Freizeitverhalten .....79

Tabelle A\_6.17: «Wo verbringen Sie Ihre Freizeit?» .....79

Tabelle A\_6.18: Veränderungswünsche in verschiedenen Bereichen .....80

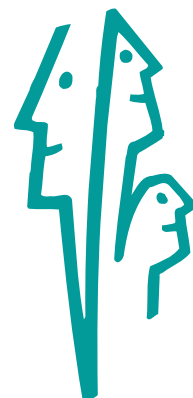
Tabelle A\_6.19: «Wenn ich Suchtprobleme hätte, würde ich mich am ehesten wenden an...» .....80



## ANHANG ZU KAPITEL 5:

**Tabelle A\_5.1a: Demographische Daten Teil 1**

<b>Geschlecht</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>	<b>Anzahl der Kinder</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
weiblich	363	55.3	1 Kind	74	31.2
männlich	294	44.7	2 Kinder	117	49.4
Fehlende Angabe	9		3 Kinder	40	16.9
			mehr als 3 Kinder	6	2.5
			Fehlende Angabe	6	
<b>Nationalität</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>	<b>Haushalt</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
Luxemburgisch	516	78.3	1 Person	44	7.9
Portugiesisch	49	7.4	2 Personen	79	14.2
Französisch	27	4.1	3 Personen	130	23.4
Deutsch	15	2.3	4 Personen	191	34.4
Belgisch	15	2.3	5 Personen	86	15.5
Italienisch	14	2.1	mehr als 5 Personen	25	4.6
Niederländisch	6	0.9	Fehlende Angabe	111	
Spanisch	6	0.9			
Sonstige	11	1.7			
Fehlende Angaben	7				
<b>Familienstand</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>	<b>Berufsgruppe</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
verheiratet	240	38.4	Selbständige(r), Freier		
ledig	312	49.9	Beruf/ Geschäftsführer(in)	30	4.6
verwitwet	4	0.6	Beamter/ Beamtin	77	11.8
geschieden/getrennt	23	3.7	Angestellte(r)	115	17.6
feste Partnerschaft	46	7.4	Handwerker(in)/		
Fehlende Angabe	41		Facharbeiter(in)	50	7.7
			Sonstige(r) Arbeiter	13	2.0
			Hausfrau/-mann	75	11.5
			Schüler	123	18.8
			Student(in)	125	19.1
			in Berufsausbildung	11	1.7
			Rentner(in)/ im Ruhestand	15	2.3
			zur Zeit arbeitslos	10	1.5
			ohne Beruf	9	1.4
			Fehlende Angabe	13	
<b>«Haben Sie Kinder?»</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>			
ja	243	37.4			
nein	406	62.6			
Fehlende Angabe	17				



**Tabelle A\_5.1b: Demographische Daten Teil 2**

<b>Schulabschluß</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
Noch keinen Schulabschluß	199	30.7
obligatorische Schulzeit beendet	98	15.1
Abschluß einer beruflichen Ausbildung/ Examen de passage/ Mittelschule	164	25.3
Abitur/ Fachabitur	103	15.9
Hochschul-/ Fachhochschulabschluß	65	10.0
Sonstiges	19	2.9
Fehlende Angabe	18	



Abbildung A\_5.1: Medikamenteneinnahme nach Altersgruppen

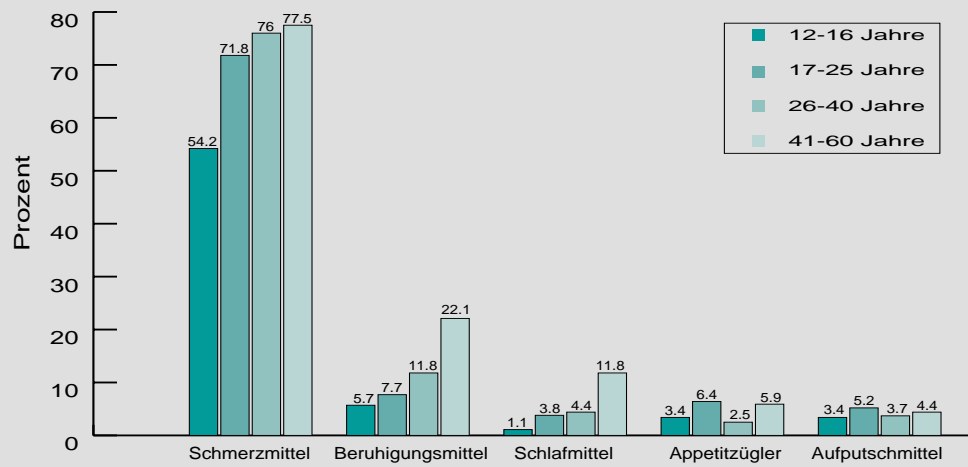


Abbildung A\_5.2: Mindestens einmaliger Konsum illegaler Drogen

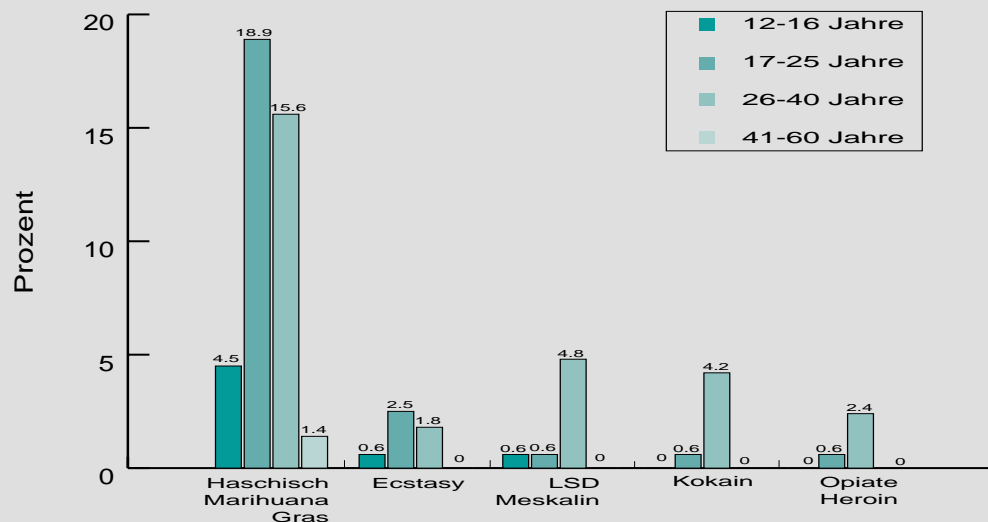
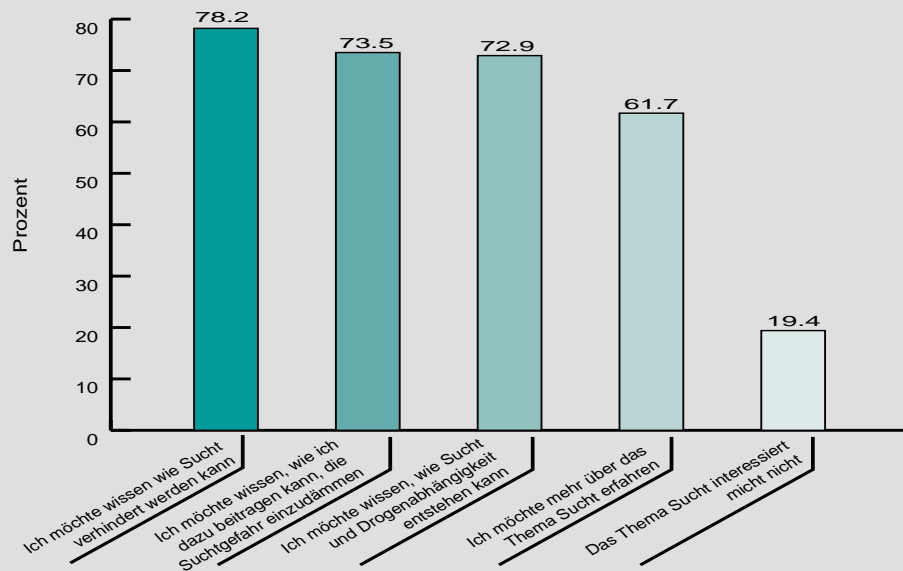


Abbildung A\_5.3: Wünsche zum Thema Sucht

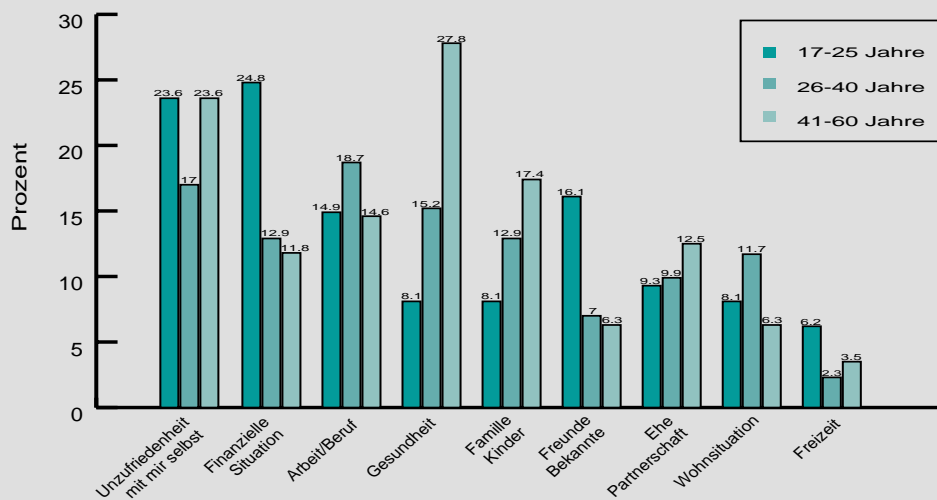


**Tabelle 5.2: Veränderungswünsche der vier Altersgruppen (Prozentangaben)**

Bereiche	12-16-Jährige	17-25-Jährige	26-40-Jährige	41-60-Jährige
Freizeitgestaltung	27.8%	28.6%	19.9%	18.1%
Umgang mit Problemen	17.8%	28.0%	18.1%	26.4%
Beziehung zu Freunden / Bekannten	17.2%	25.5%	12.3%	11.8%
Beziehungen zu den Kindern / Eltern	10.6%	16.1%	11.7%	11.1%
Rauchen	8.9%	19.3%	17.0%	18.1%
Beziehungen zu anderen Familienmitgliedern	7.2%	11.2%	7.0%	6.9%
Medikamente	2.8%	1.9%	3.5%	2.8%
Alkohol	2.2%	5.0%	2.3%	8.3%
Illegale Drogen	2.2%	1.9%	1.2%	0.0%

Mehrfachnennungen

**Abbildung A\_5.4: Bereiche, in denen es Schwierigkeiten und Probleme gibt (17-60 Jahre)**



**Abbildung A\_5.5: Bereiche, in denen es Schwierigkeiten und Probleme gibt (12-16Jahre)**

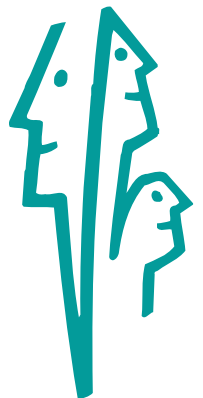
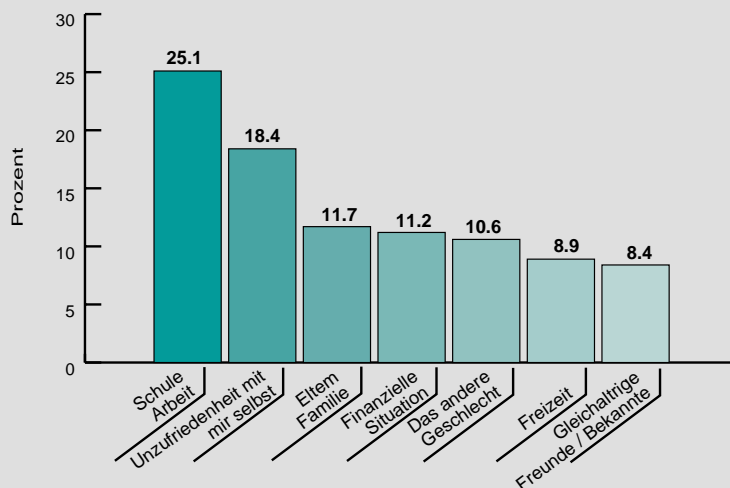


Abbildung A\_5.6: Zufriedenheit mit den Angeboten der Gemeinde

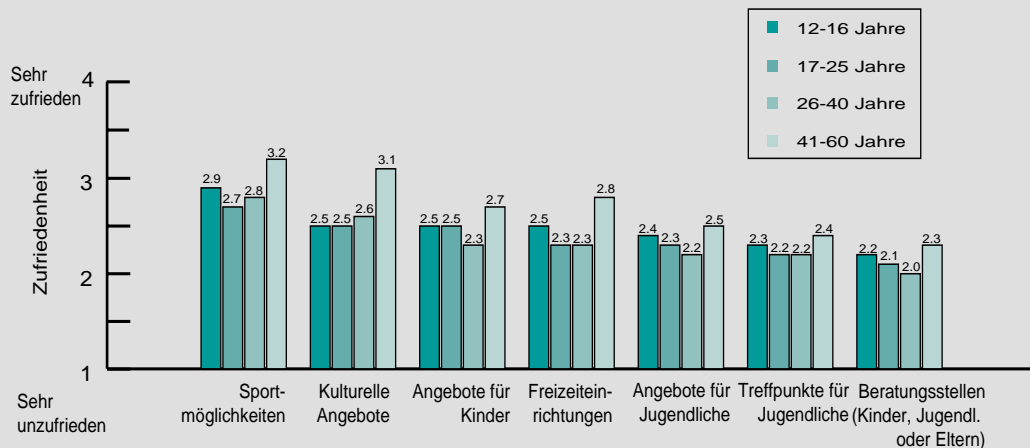


Tabelle A\_5.3: Varianzanalytische Ergebnisse der Altersgruppenvergleiche

Skala / Item	Mittelw. 12-16 Jahre	Mittelw. 17-25 Jahre	Mittelw. 26-40 Jahre	Mittelw. 41-60 Jahre	F-Wert	a posteriori Einzelvergleiche (nach Scheffé)
<b>Kenntnisse über Wirkungen und Gefahren von...</b>						
Alkohol	2.83	3.45	3.40	3.31	20.31***	Altgr. 1 < Altgr. 2,3,4
Zigaretten	3.12	3.44	3.44	3.43	5.74***	Altgr. 1 < Altgr. 2,3,4
Medikamente	2.38	2.82	3.07	3.10	21.98***	Altgr. 1 < Altgr. 2,3,4
illegale Drogen (Skala kdrogen1)	2.36	2.56	2.55	2.15	4.67**	Altgr. 2,3 > Altgr. 4
<b>Meinungen zum Thema Sucht</b>						
HILFE1	2.59	2.93	2.82	2.72	2.95*	Altgr. 2 > Altgr. 1
BARRIER1	1.57	1.41	1.53	1.72	3.84**	Altgr. 4 > Altgr. 2
SICHER1	3.80	3.69	3.78	3.90	5.26***	Altgr. 4 > Altgr. 2
KRAT1_6 (Angst)	2.16	1.96	2.24	2.60	7.41***	Altgr. 4 > Altgr. 1,2
<b>Umgang mit Problemen (Coping)</b>						
PRO_AKTI	2.35	2.40	2.53	2.58	4.95**	Altgr. 4 > Altgr. 1
PRO_MEID	1.94	1.96	1.76	1.84	4.89**	Altgr. 2 > Altgr. 3 Altgr. 1 > Altgr. 3
PRO_INTE	2.71	2.77	2.79	2.87	2.95*	Altgr. 4 > Altgr. 1
<b>Funktionales Freizeitverhalten</b>						
FREI1_AK	2.38	2.41	2.03	1.83	21.27***	Altgr. 1,2 >> Altgr. 4
FREI1_SO	3.16	3.15	2.97	2.67	16.01***	Altgr. 1,2,3 > Altgr. 4
FREI1_IN	2.07	2.31	2.51	2.57	15.43***	Altgr. 4 >> Altgr. 1 Altgr. 2,3 > Altgr. 1
FREI1_PA	1.88	1.75	1.60	1.60	8.00***	Altgr. 1 >> Altgr. 3
FREI1_FL	3.33	3.24	3.09	2.95	11.88***	Altgr. 1 >> Altgr. 4 Altgr. 2 > Altgr. 4
FREI1_EN	2.69	2.94	3.05	3.06	12.59***	Altgr. 2,3,4 > Altgr. 1
FREI1_SW	2.48	2.48	2.38	2.26	2.58*	
FREI1_AB	2.95	2.89	2.52	2.09	43.30***	Altgr. 4 < Altgr. 3,2,1 Altgr. 3 < Altgr. 2,1



**Fortsetzung der Tabelle A\_5.3:**

**Meinungen zum Alkoholkonsum**

MALK1_GE	1.62	1.94	1.99	2.10	12.89***	Altgr. 2,3,4 > Altgr. 1 Altgr. 4 > Altgr. 1
MALK1_PR	1.54	1.72	1.61	1.79	4.45**	
MALK1_IM	1.64	1.62	1.49	1.71	2.78*	
MALK1_GS	2.01	2.16	2.11	2.11	1.42	

**Meinungen zum Rauchen**

MZIG1_GS	3.50	3.67	3.61	3.59	2.06	Altgr. 2,3,4 > Altgr. 1
MZIG1_GE	1.40	1.78	1.68	1.73	6.15***	
MZIG1_PR	1.54	1.62	1.49	1.47	1.58	
MZIG1_IM	1.40	1.27	1.33	1.34	1.71	

**Meinungen zum Medikamentengebrauch**

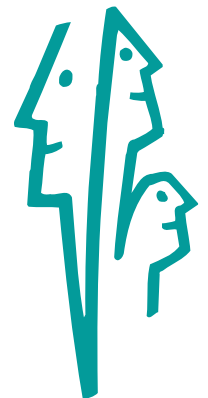
MMED1_GS	3.08	3.10	3.22	3.18	1.66
MMED1_PR	1.34	1.67	1.28	1.40	2.46
MMED1_IM	2.78	2.66	2.69	2.83	1.58

**Meinungen zum Konsum von illegalen Drogen**

MDRO1_GS	3.71	3.71	3.71	3.77	0.65
MDRO1_PR	1.36	1.45	1.43	1.35	1.00
MDRO1_IM	1.23	1.32	1.23	1.16	2.24
MDRO1_AK	1.45	1.61	1.48	1.47	1.39

\*  $\alpha < .05$  \*\*  $\alpha < .01$  \*\*\*  $\alpha < .001$

Altgr. 1: 12-16-Jährige      Altgr. 2: 17-24-Jährige  
Altgr. 3: 25-40-Jährige    Altgr. 4: 41-60-Jährige



**ANHANG ZU KAPITEL 6:**

**Tabelle A\_6.1: Zeitliche Veränderung der Kommunikation über Sucht**

In den vergangenen Wochen habe ich...	MW (T 1)	MW (T 2)	MW (T 3)	MW (Zeit)
...etwas über das Thema Sucht gelesen oder gehört.	1.635	1.600	1.645	0.73
...mit Freunden/Bekanntem über das Thema gesprochen.	1.482	1.482	1.553	2.01
...mich selbst über das Thema Sucht informiert.	1.143	1.184	1.184	1.19
...an einer Veranstaltung zum Thema Sucht teilgenommen.	1.036	1.093	1.062	3.55*
...mit Lehrern über das Thema Sucht gesprochen.	1.230	1.160	1.144	3.28*
...mit meinen Eltern über das Thema Sucht gesprochen.	1.152	1.273	1.303	5.33**
...mit meinen Kindern über das Thema Sucht gesprochen.	1.397	1.397	1.508	2.38
...mich zum Thema Sucht persönlich beraten lassen.	1.026	1.042	1.026	0.53

\*  $\alpha < .05$  \*\*  $\alpha < .01$  \*\*\*  $\alpha < .001$



**Tabellen A\_6.2-A\_6.19: Varianzanalytische Ergebnisse der Makro-Evaluation**

**Tabelle A\_6.2: «Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse über die Wirkungen und Gefahren der folgenden Drogen ein?»**

Item/Skala	Wartegruppe		Treatmentgruppe		F-Wert		
	MW (T 1)	MW (T 2)	MW (T 1)	MW (T 2)	Gruppe	Zeit	Interaktion
Alkohol	3.235	3.227	3.175	3.259	0.07	1.36	2.07
Zigaretten	3.386	3.339	3.256	3.340	1.28	0.30	3.71
Medikamente	2.836	2.757	2.670	2.709	2.87	0.27	2.32
Haschisch/Marihuana	2.556	2.535	2.443	2.452	1.79	0.00	0.20
Ecstasy	2.443	2.457	2.394	2.301	1.86	0.77	1.45
Illegale Drogen	2.485	2.447	2.376	2.365	1.77	0.38	0.12

\*  $\alpha < .05$  \*\*  $\alpha < .01$  \*\*\*  $\alpha < .001$

**Tabelle A\_6.3: Gefährlichkeit von Konsummitteln oder Tätigkeiten in Bezug auf Sucht**

Item / Skala	Wartegruppe		Treatmentgruppe		F-Wert		
	MW (T 1)	MW (T 2)	MW (T 1)	MW (T 2)	Gruppe	Zeit	Interaktion
Zigaretten	3.977	3.824	4.154	4.098	12.33***	5.91*	1.26
Elektronische Spiele	3.035	3.055	3.173	3.191	3.26	0.15	0.00
Haschisch/Marihuana	4.493	4.388	4.403	4.313	1.40	5.85	0.03
Arbeit	2.189	2.180	2.286	2.378	3.67	0.72	1.06
Sport	2.163	2.110	2.221	2.439	6.25*	2.48	6.76*
Medikamente	3.991	3.870	3.819	3.979	0.24	0.15	8.27**
Ecstasy	4.708	4.605	4.661	4.647	0.00	2.63	1.51
Fernsehen	2.895	2.889	3.025	3.046	3.35	0.02	0.07
Glücksspiele	3.685	3.614	3.661	3.866	2.05	1.49	6.36*
Sex	2.612	2.388	2.536	2.529	0.14	4.29*	3.77
Alkohol	4.240	4.117	4.204	4.271	0.94	0.44	5.06
Süßigkeiten	2.673	2.673	2.780	2.937	5.78*	2.52	2.52
„harte Drogen“	4.944	4.880	4.884	4.923	0.09	0.27	4.34*
Kaffee	2.670	2.699	2.806	2.768	1.86	0.01	0.49
Sanfte Suchtgefahr	2.626	2.574	2.688	2.757	4.86*	0.08	4.00*

\*  $\alpha < .05$  \*\*  $\alpha < .01$  \*\*\*  $\alpha < .001$

**Tabelle A\_6.4: Angst, Barrieren und Sicherheitsbedürfnis beim Thema Sucht**

Item/Skala	Wartegruppe		Treatmentgruppe		F-Wert		
	MW (T 1)	MW (T 2)	MW (T 1)	MW (T 2)	Gruppe	Zeit	Interaktion
Überzeugt von der Anonymität der Beratungsstelle	3.088	3.088	3.004	3.047	0.94	0.20	0.20
«Das Thema Sucht macht mir Angst»	2.292	2.192	2.157	2.110	1.83	2.23	0.30
«Ich bin mir sicher, daß meine Kinder keine Drogen nehmen»	3.095	3.064	2.831	2.808	10.91**	0.26	0.01
Kenntnis über offizielle Ressourcen	2.797	2.892	2.794	2.936	0.08	8.41**	0.33
Barrieren beim Thema Sucht	1.541	1.567	1.537	1.532	0.14	0.10	0.23
Sicherheitsbedürfnis bzgl. Drogen	3.791	3.728	3.777	3.719	0.11	9.13**	0.02*

$\alpha < .05$  \*\*  $\alpha < .01$  \*\*\*  $\alpha < .001$



**Tabellen A\_6.5-A\_6.9: Meinungen zu Genuß- und Suchtmitteln**

**Tabelle A\_6.5: Gesamtindex zu Meinungen zu legalen und illegalen Drogen**

Item/Skala	Wartegruppe		Treatmentgruppe		F-Wert		
	MW (T 1)	MW (T 2)	MW (T 1)	MW (T 2)	Gruppe	Zeit	Interaktion
G.I.M.	1.531	1.567	1.528	1.515	0.70	0.93	4.35*

\*  $\alpha < .05$  \*\*  $\alpha < .01$  \*\*\*  $\alpha < .001$

**Tabelle A\_6.6: Meinungen zu Alkohol**

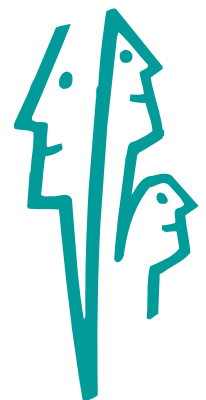
Item/Skala	Wartegruppe		Treatmentgruppe		F-Wert		
	MW (T 1)	MW (T 2)	MW (T 1)	MW (T 2)	Gruppe	Zeit	Interaktion
Meinung zum Alkohol insgesamt	1.726	1.739	1.693	1.689	1.19	0.08	0.25
Alkohol Genuß	1.910	1.937	1.874	1.876	0.87	0.33	0.28
Alkohol emotionaler Problemlöser	1.656	1.673	1.659	1.692	0.05	1.04	0.09
Alkohol Image, Erfahrung	1.600	1.612	1.549	1.501	2.90	0.60	1.74
Alkohol Gesundheitsrisiko	2.078	2.031	2.068	1.983	0.37	5.80*	0.50

\*  $\alpha < .05$  \*\*  $\alpha < .01$  \*\*\*  $\alpha < .001$

**Tabelle A\_6.7: Meinungen zu Rauchen**

Item/Skala	Wartegruppe		Treatmentgruppe		F-Wert		
	MW (T 1)	MW (T 2)	MW (T 1)	MW (T 2)	Gruppe	Zeit	Interaktion
Meinung zum Rauchen insgesamt	1.490	1.544	1.472	1.447	1.99	0.83	6.41*
Gesundheitsrisiko	3.578	3.643	3.667	3.720	4.86*	4.70*	0.06
Rauchen Genuß	1.597	1.638	1.525	1.498	2.80	0.11	2.48
Rauchen emotionaler Problemlöser	1.524	1.590	1.544	1.539	0.11	1.93	2.51
Rauchen Image, Erfahrung	1.345	1.396	1.326	1.271	3.97*	0.00	6.77**

\*  $\alpha < .05$  \*\*  $\alpha < .01$  \*\*\*  $\alpha < .001$



**Tabelle A\_6.8: Meinungen zu Medikamenten**

Item / Skala	Wartegruppe		Treatmentgruppe		F-Wert		
	MW (T 1)	MW (T 2)	MW (T 1)	MW (T 2)	Gruppe	Zeit	Interaktion
Meinung zum Medikamentengebrauch insgesamt	1.941	1.922	1.882	1.848	3.85	2.59	0.20
Medikamente Gesundheitsrisiko	3.172	3.160	3.151	3.174	0.01	0.04	0.36
Medikamente emotionaler Problemlöser	1.302	1.330	1.288	1.270	1.26	0.09	1.55
Medikamente Image	2.763	2.685	2.674	2.619	2.34	5.62*	0.16

\*  $\alpha < .05$  \*\*  $\alpha < .01$  \*\*\*  $\alpha < .001$

**Tabelle A\_6.9: Meinungen zu illegalen Drogen**

Item/Skala	Wartegruppe		Treatmentgruppe		F-Wert		
	MW (T 1)	MW (T 2)	MW (T 1)	MW (T 2)	Gruppe	Zeit	Interaktion
Meinungen zum illegalen Drogengebrauch insgesamt	1.380	1.420	1.411	1.400	0.02	0.72	2.16
Drogen Gesundheitsrisiko	3.718	3.744	3.712	3.774	0.17	4.65*	0.73
Drogen emotionaler Problemlöser	1.385	1.458	1.449	1.419	0.07	0.98	5.42*
Drogen Image	1.222	1.220	1.231	1.224	0.03	0.04	0.02
Drogen aktivierend	1.527	1.509	1.509	1.507	0.03	0.10	0.07

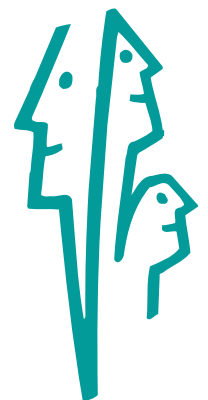
\*  $\alpha < .05$  \*\*  $\alpha < .01$  \*\*\*  $\alpha < .001$



**Tabelle A\_6.10: Meinungen zum Thema Sucht**

Item / Skala	Wartegruppe		Treatmentgruppe		F-Wert		
	MW (T 1)	MW (T 2)	MW (T 1)	MW (T 2)	Gruppe	Zeit	Interaktion
Wenn jemand süchtig wird, ist das sein privates Problem und geht mich nichts an.	1.773	1.735	1.727	1.759	0.03	0.00	0.75
Wenn ich ab und zu rauche, trinke,..., heißt das nicht, daß ich süchtig bin.	2.424	2.325	2.450	2.383	0.30	3.15	0.12
Kinder u. Jugendliche schauen es von Erwachsenen ab, wie sie mit Suchtmitteln umgehen.	3.312	3.341	3.215	3.338	0.67	3.15	1.19
Wie ich mit anderen Menschen umgehe, hat keinen Einfluß auf deren Suchtverhalten.	2.422	2.372	2.324	2.263	1.97	1.14	0.01
Ob jemand süchtig wird, liegt allein in seiner Hand.	2.316	2.307	2.356	2.165	0.46	3.42	2.85
Jeder kann etwas dazu beitragen, daß die Widerstandskraft gegen Suchtmittel wächst.	3.500	3.468	3.507	3.373	0.64	4.56*	1.71
Wer seine Probleme gut bewältigen kann, wird nicht so schnell süchtig.	3.350	3.309	3.287	3.210	1.65	1.79	0.17

\*  $\alpha < .05$  \*\*  $\alpha < .01$  \*\*\*  $\alpha < .001$



**Tabelle A\_6.11: «Wann und wie oft trinken Sie alkoholische Getränke?»**

Item/Skala	Wartegruppe		Treatmentgruppe		F-Wert		
	MW (T 1)	MW (T 2)	MW (T 1)	MW (T 2)	Gruppe	Zeit	Interaktion
abends	2.284	2.439	2.217	2.382	0.28	8.29**	0.01
tagsüber	1.421	1.568	1.434	1.529	0.04	9.47**	0.43
im Urlaub	2.591	2.298	2.410	2.657	0.31	5.46*	4.90*
an Feiertagen und Wochenenden	2.828	3.016	2.854	3.035	0.04	11.33**	0.00
Häufigkeit des Alkoholkonsums	2.967	3.070	2.905	3.040	0.14	9.24**	0.16

\*  $\alpha < .05$  \*\*  $\alpha < .01$  \*\*\*  $\alpha < .001$



**Tabelle A\_6.12: «Wenn ich Alkohol trinke, dann trinke ich...»**

Item/Skala	Wartegruppe		Treatmentgruppe		F-Wert		
	MW (T 1)	MW (T 2)	MW (T 1)	MW (T 2)	Gruppe	Zeit	Interaktion
Bier	2.506	2.538	2.344	2.529	0.51	5.76*	2.86
Wein/Sekt	2.790	2.943	2.743	2.790	0.92	4.69*	1.31
Spirituosen	1.467	1.536	1.495	1.504	0.05	0.43	1.84

\*  $\alpha < .05$  \*\*  $\alpha < .01$  \*\*\*  $\alpha < .001$

**Tabelle A\_6.13: Durchschnittliche Medikamenteneinnahme**

Item/Skala	Wartegruppe		Treatmentgruppe		F-Wert		
	MW (T 1)	MW (T 2)	MW (T 1)	MW (T 2)	Gruppe	Zeit	Interaktion
Schmerzmittel	2.148	2.193	2.162	2.176	0.00	0.62	0.17
Beruhigungsmittel	1.184	1.202	1.196	1.159	0.13	0.17	1.55
Schlafmittel	1.077	1.114	1.055	1.044	2.43	0.65	2.20
Appetitzügler	1.034	1.074	1.087	1.084	1.37	1.10	1.58
Aufputzmittel	1.079	1.197	1.077	1.066	0.32	0.05	0.73

\*  $\alpha < .05$  \*\*  $\alpha < .01$  \*\*\*  $\alpha < .001$

**Tabelle A\_6.14: «Wie häufig nehmen Sie folgende Rauschdrogen ein?»**

Item / Skala	Wartegruppe		Treatmentgruppe		F-Wert		
	MW (T 1)	MW (T 2)	MW (T 1)	MW (T 2)	Gruppe	Zeit	Interaktion
Haschisch/Marihuana	7.2%	7.2%	7.6%	11.3%	0.57	2.02	2.02
Ecstasy	0.3%	3.3%	1.5%	0.0%	1.06	0.55	4.57*
LSD/Meskalin	1.2%	2.4%	0.4%	0.4%	1.79	0.34	0.34
Kokain	1.5%	1.8%	0.4%	0.0%	2.18	0.00	0.11
Opiate/Heroin	0.0%	1.8%	1.5%	2.2%	0.38	2.92	0.52

\*  $\alpha < .05$  \*\*  $\alpha < .01$  \*\*\*  $\alpha < .001$

**Tabelle A\_6.15: Problembewältigungsstrategien**

Item/Skala	Wartegruppe		Treatmentgruppe		F-Wert		
	MW (T 1)	MW (T 2)	MW (T 1)	MW (T 2)	Gruppe	Zeit	Interaktion
Aktive Bewältigung unter Nutzung sozialer Ressourcen	2.488	2.520	2.477	2.457	0.79	0.09	1.48
Internale Bewältigungsstrategien	2.789	2.711	2.785	2.703	0.04	12.58***	0.01
Problemvermeidendes Verhalten	1.919	1.917	1.935	1.925	0.11	0.10	0.05

\*  $\alpha < .05$  \*\*  $\alpha < .01$  \*\*\*  $\alpha < .001$



**Tabelle A\_6.16: Funktionales Freizeitverhalten**

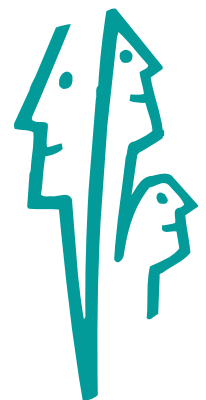
Item / Skala	Wartegruppe		Treatmentgruppe		F-Wert		
	MW (T 1)	MW (T 2)	MW (T 1)	MW (T 2)	Gruppe	Zeit	Interaktion
Risikoorientierte Erlebnisfunktion	2.145	2.186	2.242	2.095	0.00	4.45*	13.98***
Soziale Funktion	2.972	2.925	2.946	2.962	0.01	0.33	1.43
Intellektuelle Funktion	2.354	2.427	2.385	2.407	0.01	3.57	1.03
Passivität	1.722	1.711	1.695	1.639	1.28	2.53	1.07
Funktion zur Herstellung positiver Stimmung	3.162	3.125	3.165	3.014	1.46	14.36***	5.29*
Entspannungssuchende Funktion	3.125	3.118	3.132	3.123	0.02	0.07	0.00
Selbstwerterhöhende Funktion	2.385	2.357	2.335	2.338	0.40	0.14	0.23
Emotionales Abreagieren	2.636	2.682	2.697	2.691	0.35	0.55	0.91

\*  $\alpha < .05$  \*\*  $\alpha < .01$  \*\*\*  $\alpha < .001$

**Tabelle A\_6.17: «Wo verbringen Sie Ihre Freizeit?»**

Item/Skala	Wartegruppe		Treatmentgruppe		F-Wert		
	MW (T 1)	MW (T 2)	MW (T 1)	MW (T 2)	Gruppe	Zeit	Interaktion
zu Hause	3.195	3.086	3.064	3.046	2.05	3.00	1.56
auf öffentlichen Plätzen	2.436	2.506	2.404	2.436	0.58	1.61	0.22
in der Natur	2.991	2.953	2.940	2.965	0.09	0.04	0.83
in Cafés, Kneipen, Gaststätten	1.916	1.970	1.957	2.021	0.42	3.30	0.02
in Clubs, Vereinen	2.148	2.181	2.248	2.248	1.03	0.16	0.16
in Jugendeinrichtungen, Freizeiteinrichtungen	1.541	1.556	1.523	1.570	0.00	0.79	0.21
in Sportanlagen/ Sporthallen	2.099	2.147	2.324	2.270	4.43*	0.00	2.18
bei Freunden, Bekannten	3.183	3.159	3.168	3.112	0.27	1.44	0.23
in anderen Gemeinden, Städten	2.546	2.638	2.509	2.487	1.79	0.67	1.75

\*  $\alpha < .05$  \*\*  $\alpha < .01$  \*\*\*  $\alpha < .001$



**Tabelle A\_6.18: Veränderungswünsche in verschiedenen Bereichen**

Item/Skala	Wartegruppe		Treatmentgruppe		F-Wert		
	MW (T 1)	MW (T 2)	MW (T 1)	MW (T 2)	Gruppe	Zeit	Interaktion
Alkohol	0.037	0.054	0.031	0.031	1.32	0.87	0.87
Rauchen	0.130	0.150	0.128	0.155	0.00	4.20*	0.11
Medikamente	0.017	0.034	0.021	0.021	0.23	1.64	1.64
Drogen	0.006	0.008	0.007	0.014	0.30	1.38	0.24
Freizeitgestaltung	0.249	0.288	0.224	0.283	0.27	6.11*	0.23
Umgang mit Problemen	0.209	0.263	0.276	0.259	1.18	0.98	3.71
Beziehung zu Kindern / Eltern	0.121	0.144	0.176	0.117	0.39	1.25	6.38*
Beziehung zu anderen Familienmitgliedern	0.082	0.110	0.103	0.107	0.24	1.13	0.69
Beziehung zu Freunden	0.172	0.172	0.159	0.179	0.02	0.35	0.35

\* a < .05 \*\* a < .01 \*\*\* a < .001

**Tabelle A\_6.19: «Wenn ich Suchtprobleme hätte, würde ich mich am ehesten wenden an...»**

Item/Skala	Wartegruppe		Treatmentgruppe		F-Wert		
	MW (T 1)	MW (T 2)	MW (T 1)	MW (T 2)	Gruppe	Zeit	Interaktion
Eltern,							
Familienangehörige	3.036	2.912	2.945	2.898	0.41	3.15	0.63
Freunde, Bekannte	3.025	3.077	2.956	2.992	0.91	0.88	0.03
Beratungsstellen	3.220	3.185	3.252	3.193	0.09	1.24	0.08
Sonstige(s)	1.936	2.013	1.699	1.760	5.41*	0.99	0.01

\* a < .05 \*\* a < .01 \*\*\* a < .001



Ein gemeindeorientiertes Projekt ist undenkbar ohne das Mitwirken der Gemeinde und deren Mitglieder. Daher gilt ein besonderer Dank an die Bürgermeister, Gemeinderäte und vor allem die Einwohner der Gemeinden Beckerich, Düdlingen, Echternach, Roeser, Rümelingen, Steinsel und Wellenstein. Weiterhin haben eine Vielzahl an Personen mitgewirkt, die aus den beteiligten Institutionen (Centre de prévention des toxicomanies, Zentrum für empirische pädagogische Forschung, Centre d'Etudes de la Famille et des Systèmes, FESAT, Dr. Jean Paul Nilles) stammen. Das gesamte Projekt wurde von der Europäischen Kommission unterstützt. Die Veröffentlichung des Berichtes wurde mit Hilfe der AERIP (Association Européenne pour la Recherche et l'Intervention en Psychologie) finanziert.

Weder die Europäische Kommission noch irgendeine Person, die in ihrem Namen handelt, ist für eine unsachgemäße Anwendung, die aus den nachfolgenden

Projet-pilote du  
«Centre  
de prévention  
des toxicomanies» en  
collaboration avec les  
communes de

## BECKERICH

GEMENG BIEKERECH



## DUDELANGE



VILLE DE  
DUDELANGE

## ECHTERNACH

VILLE D'ECHTERNACH



## ROESER



REISERBÄNN  
d'Réiser Gemeng

## RUMELANGE



VILLE DE RUMELANGE

## STEINSEL



Commune de STEINSEL

## WELLENSTEIN.



Zentrum für  
empirische  
pädagogische  
Forschung

Universität Koblenz-Landau



Centre  
de prévention  
des toxicomanies

3, rue du Fort Wallis  
L-2714 Luxembourg  
Tél. (352) 49 77 77  
Fax (352) 40 89 93



Veröffentlichung finanziert mit Hilfe der  
AERIP Association Européenne pour la  
Recherche et l'Intervention en  
Psychologie.