

SUCHTPRÄVENTION & (FRÜH-)INTERVENTION AN DELMENHORSTER SCHULEN

*Suchtpräventionskonzept und
Leitfaden zum Umgang mit illegalen Drogen an der Schule*

Unterstützt und gefördert von



Lions Club
Delmenhorst-Burggraf

Sparda-Bank

freundlich & fair

Rotary
Club Delmenhorst



IMPRESSUM

Text und Gestaltung

Henning Fietz (V.i.S.d.P.)
Anonyme Drogenberatung
Scheunebergstraße 41
27749 Delmenhorst
henning.fietz@awo-ol.de



Redaktion

Nils-Oke Bartelsen, Anonyme Drogenberatung
Kerstin Epp, Polizei Delmenhorst//Oldenburg-Land/Wesermarsch
Henning Fietz, Anonyme Drogenberatung
Martina Gaebel, erzieherischer Kinder- und Jugendschutz, Stadt Delmenhorst
Ralf Kronhardt, Delmenhorster-Jugendhilfestiftung
Torben Ormandy, Max-Planck-Gymnasium
Martina Peukert, Gymnasium an der Willmsstraße

Herausgegeben von



AG SCHULE



Kriminalpräventiver Rat Delmenhorst

Am Stadtwall 10
27749 Delmenhorst

Delmenhorst im August 2015

Inhalt

1	Einleitung	4
2	Suchtprävention und Intervention an Delmenhorster Schulen	6
2.1	Ausgangslage und Ziele	6
2.2	Umsetzung des Konzepts an Delmenhorster Schulen	8
3	Suchtprävention in Delmenhorst	10
3.1.1	Koordination der Suchtprävention: Die AG Schule	10
3.1.2	Die Delmenhorster Schülerstudien: Das Aktionsbündnis „Riskanter Konsum in Delmenhorst“	10
4	Leitfaden zum Umgang mit Suchtmitteln in der Schule	12
4.1	Gesetzliche Lage - Anzeige- und Informationspflicht	12
4.2	Intervention nach Stufenplan und Sofortprävention	14
4.3	Intervention nach dem Stufenplan	15
4.3.1	Schweigepflicht bei Stufenplangesprächen	15
4.3.2	Das Fürsorgegespräch	16
4.3.3	Das Klärungsgespräch	18
4.3.4	Das Folgegespräch	20
4.3.5	Das Konsequenzgespräch	22
4.4	Erziehungsmittel und Ordnungsmaßnahmen	23
5	Suchtprävention an Delmenhorster Schulen	26
5.1	Verlässliche Angebotsstruktur der AG Schule	26
5.2	Kurzbeschreibung der Angebote	29
5.2.1	drop+hop	29
5.2.2	Aktionstag „Durchblick“	30
5.2.3	KlarSicht+	31
5.2.4	„Rausch & Risiko“	32
6	Theoretische Fundierung	34
6.1	Darum Suchtprävention in der Schule!	34
6.2	Riskanter Konsum in der Jugendphase	39
6.2.1	Risikogruppen	41
6.2.2	Entwicklungsaufgaben und Konsum	45
7	Empirische Fundierung	48
8	Literaturverzeichnis	51

1 Einleitung

In Delmenhorster Schulen wird seit mittlerweile 18 Jahren bereits im Alter von ca. 12 Jahren mit der Suchtprävention begonnen. Das Programm „drop+hop“ hat sich im Laufe der Zeit zu einer Marke entwickelt und wird mittlerweile jährlich und verlässlich in allen sechsten bzw. siebten Jahrgängen aller Delmenhorster Schulen durchgeführt.

Für die Altersklasse der ca. 14-jährigen Schülerinnen und Schüler konnte die Delmenhorster Suchtprävention bisher lediglich die Hälfte der Delmenhorster Schulen nachhaltig versorgen.

Im Alter von ca. 16 Jahren, in dem der Konsum von Alkohol legal ist und über die Hälfte der Jugendlichen mindestens einmal im Monat Rauscherfahrungen machen, fehlte ein systematisches Angebot gänzlich.

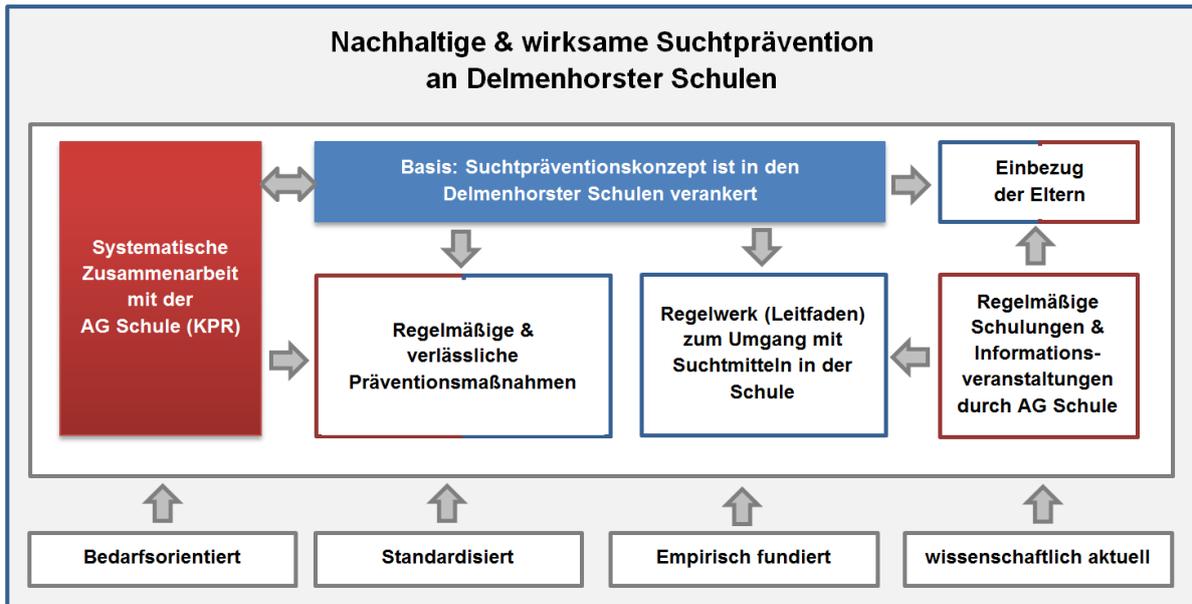
Auch wenn die letzte Delmenhorster Schülerstudie zum Substanzgebrauch¹ von 2013 im Vergleich zu 2008 zeigt, dass der Einstieg in Alkohol- und Tabakkonsum deutlich in die höheren Altersklassen gewandert ist, so ist indes erkennbar, dass ab dem Alter von 15 Jahren, in dem die Delmenhorster Suchtprävention bisher an den Schulen unterrepräsentiert war, der riskante Konsum stark zunimmt und insbesondere der Einstieg in den Cannabiskonsum erfolgt. Letzteres ist hierbei besonders bedenklich, da in Delmenhorst, wie auch bundesweit, der Cannabiskonsum unter Minderjährigen derzeit besorgniserregend verbreitet ist (Fietz & Tielking 2013; Baumgärtner 2013).

Diese empirische Erkenntnis, die Beobachtungen an Schulen sowie die Anzahl der Cannabis bezogenen Strafverfolgungen in der Altersklasse ab 15 Jahren haben dazu geführt, dass die Polizei im August 2013 Delmenhorster Schulleitungen und Akteure der Delmenhorster Suchtprävention an einen Tisch gebracht hat. Gemeinsam wurde eine Strategie entwickelt, die schulische Suchtprävention nachhaltig auszurichten und dem zunehmenden Substanzgebrauch und Dealen im Lebensraum Schule über ein systematisches Frühinterventionskonzept entgegenzuwirken.

Die Strategie sieht vor, dass über das vorliegende Konzept eine einheitliche und verlässliche Suchtprävention ermöglicht wird, welche die Schülerinnen und Schüler in alle zwei Jahre nachhaltig in ihrer Schullaufbahn begleitet.

Zudem hält das vorliegende Konzept einen Handlungsleitfaden vor, wie in Schulen mit illegalem Substanzgebrauch und Dealen standardisiert und konsequent umgegangen werden kann.

¹ Den Bericht der Studie finden Sie hier: www.riskanter-konsum.de



In der obigen Abbildung ist die Strategie der „Nachhaltigen und wirksamen Suchtprävention an Delmenhorster Schulen“ visualisiert. Die Basis der Umsetzung stellt demnach das vorliegende Konzept, dass von den Schulen in die hauseigenen Konzepte implementiert werden kann.

Für die Umsetzung des Konzeptes ist die systematische Zusammenarbeit der Delmenhorster Schulen mit der kommunalen Suchtprävention, respektive „AG Schule“², eine Grundvoraussetzung, die bereits gegeben ist. Gemeinsam wird das standardisierte Konzept umgesetzt, jährlich überprüft und an die aktuellen Bedarfe angepasst.

Über das Aktionsbündnis „Riskanter Konsum“³ werden regelmäßig die „Delmenhorster Schülerstudien“ durchgeführt, die eine empirisch fundierte, wissenschaftliche und bedarfsorientierte Suchtprävention ermöglicht.

Über regelmäßige Veranstaltungen werden die Lehrkräfte an den Schulen zu dem Umgang mit dem „Leitfaden zum Umgang mit Suchtmitteln in der Schule“ geschult. Über Elternabende sollen zudem die Eltern über das Konzept und dessen Ziele informiert werden.

² Die AG Schule ist eine Arbeitsgruppe des Fachkreises Suchtprävention und Gesundheitsförderung des Kriminalpräventiven Rates Delmenhorst.

³ siehe <http://www.riskanter-konsum.de>.

2 Suchtprävention und Intervention an Delmenhorster Schulen

2.1 Ausgangslage und Ziele

Das vorliegende Suchtpräventionskonzept und dessen Umsetzung ist das Ergebnis der breiten und verlässlichen Vernetzung zwischen Präventionslandschaft und Schulen in Delmenhorst. Es ermöglicht den Schulen durch den Einbezug der schulexternen Akteure der Delmenhorster Suchtprävention auch in den höheren Jahrgängen nachhaltige Programme verlässlich zu installieren. Zudem soll das Thema „Riskanter Substanzkonsum“ an den Schulen enttabuisiert werden sowie Akteure in Schulen und Eltern über riskantes Verhalten im Jugendalter aufgeklärt werden. Um den Unsicherheiten bezüglich des Umgangs mit Substanzkonsum und Dealing in der Schule entgegenzuwirken, enthält das Konzept rechtliche Pflichten und Interventionsmöglichkeiten bei konkreten Vorfällen.

Die Stadt Delmenhorst versteht grundsätzlich Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die von einem breiten Netzwerk getragen werden muss und nimmt ihre Verantwortung für eine umfassende Suchtprävention ernst. Mit vielen Mitstreitern und Mitstreiterinnen aus unterschiedlichen Institutionen und gesellschaftlichen Bereichen ist in vielen Jahren ein tragfähiges Netz aus gut funktionierenden Kooperationen und vielfältigen Maßnahmen entwickelt worden.

Die Suchtprävention an Delmenhorster Schulen zielt darauf ab, den mit dem schädlichen Gebrauch von legalen und illegalen Substanzen verbundenen sozialen und persönlichen Schäden vorzubeugen. Sie befähigt Individuen und soziale Gruppen, Schutzfaktoren zu entwickeln, um ihre eigene Gesundheit selbst positiv beeinflussen zu können. Mit diesem Ziel richtet sich Suchtprävention zunächst an alle Schülerinnen und Schüler (universelle Prävention), denen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit ermöglicht werden soll.

Riskantes Verhalten steht grundsätzlich im engen Zusammenhang mit den Entwicklungsaufgaben, die alle Heranwachsenden zu bewältigen haben und welche sich im Wechselspiel von körperlichem Wachstum, gesellschaftlichen Erwartungen und eigenen Zielsetzungen darstellen. Riskantes Verhalten hat im Kontext der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben nicht selten einen instrumentellen Charakter. Auftrag der Suchtprävention ist folglich, die Jugendlichen in ihrer Entwicklung zu begleiten und zu unterstützen, sodass der Substanzkonsum möglichst wenig negative Konsequenzen hat. Insbesondere geben unsere Maßnahmen den Kindern und Jugendlichen Werkzeuge an die Hand, wie sie mit Problemen oder negativen Emotionen, die häufig die Ursache von Substanzmissbrauch sind, lösungsorientiert umgehen können. In den höheren Altersklassen wird der präventive Fokus auf Party- und Risikokompetenzen gelegt, der einen risikoarmen Konsum ermöglichen soll. Ein Abstinenzziel ist in dieser Altersklasse unrealistisch und ein erhobener Zeigefinger nicht zielführend.

Der Riskante Konsum in Deutschland ist weit verbreitet und hat weitreichende Folgen sowohl für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld als auch für die Gesamtgesellschaft. Der Umgang mit legalen Suchtmitteln ist unter Jugendlichen und Erwachsenen selbstverständlich. Die Alltagsdrogen Alkohol, Tabak sowie mittlerweile auch die Cannabisprodukte sind jederzeit verfügbar.

Der Riskante Konsum in Delmenhorst von Kindern bis 13 Jahren ist in Delmenhorst seit 2008 deutlich gesunken. Der Erstkonsum von Alkohol und Tabak sowie die ersten Rauscherfahrten mit diesen Substanzen sind mithilfe des Suchtpräventionsprogramms „drop+hop“ deutlich in die höheren Altersklassen gewandert. In den höheren Jahrgängen wird jedoch weiterhin riskant konsumiert. Insbesondere zeigt sich, wie im gesamten Bundesgebiet, ein Zuwachs an Cannabiskonsumenten unter Jugendlichen ab 15 Jahren auch während der Schulzeit.

Der Konsum und das Dealen von Cannabisprodukten an Schulen sind erstzunehmende Probleme, denen mit dem vorliegenden Konzept einheitlich und nachhaltig entgegengewirkt werden kann.

Frühzeitige Prävention ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal wirksamer Suchtprävention. Seit 18 Jahren wird mit dem Projekt „drop+hop“ an den weiterführenden Schulen bereits in den sechsten bzw. siebten Klassen systematisch und erfolgreich Suchtprävention durchgeführt. Mittlerweile ist das Suchtpräventionsprogramm „drop+hop“ in den Delmenhorster Schulen nachhaltig etabliert und wird verlässlich von allen weiteren Schulen durchgeführt.

Nachhaltigkeit ist das Ziel wirksamer Suchtprävention. Nachhaltigkeit hat indessen zwei Dimensionen. Zum einen sollten die Angebote nachhaltig, d.h. verlässlich und regelmäßig, durchgeführt werden und zum anderen, sollten die einzelnen Schülerinnen und Schüler in ihrer Schullaufbahn nachhaltig präventiv begleitet werden, d.h. verlässlich und regelmäßig (etwa alle zwei Jahre) über Angebote erreicht werden. Ersteres ist in Delmenhorst bereits in beispielloser Form gelungen. Letzteres soll über das vorliegende Konzept erreicht werden. So werden in den höheren Jahrgängen an dem Großteil der Schulen Maßnahmen angeboten, jedoch sind diese bisher nicht fest verankert und werden nicht an allen Schulen verlässlich durchgeführt.

Für eine erfolgreiche und strukturierte Umsetzung des Konzeptes in Delmenhorst werden nachfolgend zehn Leitkriterien der schulischen Suchtprävention aufgestellt, an denen sich die schulinternen und schulexternen Akteure der Suchtprävention orientieren können. Die Kriterien ergaben sich in der Konzeptionsphase des vorliegenden Konzeptes und wurden unter Einbezug der Wünsche und Vorschläge der beteiligten Schulleitungen und Lehrkräfte entwickelt.

2.2 Umsetzung des Konzepts an Delmenhorster Schulen

Leitkriterien	Umsetzungsebene
1. Pragmatische Umsetzung	
Die Maßnahmen werden zentral und schulextern koordiniert.	Jede Schule erhält, orientiert an deren Strukturen und Ressourcen, ein individuelles Angebots- und Unterstützungspaket. Es ist indessen sinnvoll eine/n schulinterne/n Suchtpräventionsbeauftragte/n zu stellen. Alle zur Umsetzung benötigten Materialien werden zur Verfügung gestellt.
Es wird grundsätzlich schulexterne Unterstützung angeboten.	Abhängig von den verfügbaren Ressourcen der Schulen, werden die Maßnahmen mit externer personeller Unterstützung durchgeführt. Einige Maßnahmen werden grundsätzlich von schulexternen Akteuren durchgeführt.
2. Frühzeitige Prävention	
Die Suchtprävention beginnt bevor sich Konsummuster unter den Kindern und Jugendlichen verfestigt haben.	Das erste suchtpreventive Projekt „drop+hop“ wird ab Jahrgang 6 angeboten und wird spätestens in Jahrgang 7 durchgeführt. Im Abstand von vier Jahren wird über die Delmenhorster Schülerstudien empirisch untersucht, ob man in dieser Altersklasse noch vor dem durchschnittlichen Einstiegsalter in den Tabak- und Alkoholkonsum liegt.
3. Bedarfsorientierung	
Die Angebote orientieren sich an der Verbreitung des Konsums in Delmenhorst	Die Erfahrungen aus der Praxis sowie die Delmenhorster Schülerstudien (alle vier Jahre) fließen prozessbegleitend in das Konzept ein. Derzeit wird Cannabiskonsum ab Jahrgang 8 stärker thematisiert.
4. Entwicklungsorientierung	
Die Angebote sind altersgerecht	Die suchtpreventiven Maßnahmen beziehen grundsätzlich entwicklungspsychologische Erkenntnisse zum riskanten Verhalten und gesellschaftliche Entwicklungen ein.
5. Multiperspektive Prävention	
Bei der Konzeption und Umsetzung arbeiten Anonyme Drogenberatung, Polizei, erzieherischer Kinder- und Jugendschutz, Sozialarbeit an Schulen und die Schulen selbst Hand in Hand.	Die Delmenhorster Suchtprävention arbeitet von je her institutionsübergreifend auf Augenhöhe, was nicht zuletzt auf die hohe politische Akzeptanz der Suchtprävention in Delmenhorst zurückzuführen ist. Koordiniert wird die Suchtprävention von der Arbeitsgruppe „AG Schule“ des Fachkreises Suchtprävention des Kriminalpräventiven Rates (KPR). Das Konzept bezieht über eine Arbeitsgruppe die verschiedenen professionellen Perspektiven ein und wird jährlich überprüft.
6. Theoretische und empirische Fundierung	
Die Maßnahmen und deren Methoden orientieren sich an dem aktuellen Forschungsstand.	Die Inhalte des Konzeptes werden grundsätzlich mit aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen abgeglichen
Die Delmenhorster Schülerstudien werden alle vier Jahre durchgeführt und sichern die Maßnahmen empirisch ab.	Die Ergebnisse der Delmenhorster Schülerstudien werden zur (Weiter-) Entwicklung des Konzeptes benötigt
7. Einbezug von Erziehungsberechtigten	
Die Erziehungsberechtigten werden jährlich über einen einheitlichen Elternbrief über aktuelle suchtpreventive Themen informiert.	Jährlich geben die Schulen einen Elternbrief an die Eltern raus. Die jeweiligen Themen werden von der AG Schule (KPR) festgelegt und in digitaler Form zur Verfügung gestellt.
Auf der Internetseite werden Regeln & Tipps für Eltern bereitgestellt	Das Konzept wird über eine Internetseite (Ende 2015) auch für Eltern zugänglich. Dort werden die Eltern Regeln & Tipps finden, die bei Riskantem Verhalten ihrer Kinder hilfreich sein können.
8. Interventionsmöglichkeiten an Schulen	
Das Konzept enthält einen Handlungsleitfaden in Bezug auf Konsum und Dealen an Schulen.	Das Konzept enthält ein Stufenmodell, nach dem bei Konsum und Dealerei an Schulen vorgegangen werden kann.
Das Konzept informiert über die rechtliche Lage	Das Konzept klärt über die rechtliche Lage in Bezug auf Suchtmittel im Kontext Schule auf.
9. Standardisierung und strukturelle Einbettung	
Das Konzept liegt allen Schulen und wird jährlich aktualisiert	Das Konzept wird allen Schulen als Ordner bereitgestellt. Über die Arbeitsgruppe wird das Konzept jährlich aktualisiert
Das Suchtpreventionskonzept ist Teil der Schulkonzepte.	Das Konzept wird von den Delmenhorster Schulen jährlich neu verabschiedet.
Das Konzept ist allen Akteuren aus Schulen bekannt und zugänglich	Bei Einführung des vorliegenden Konzeptes und bei Bedarf wird das Konzept in den Delmenhorster Schulen im Rahmen einer Dienstbesprechung vorgestellt. Im Lehrzimmer wird ein Poster ausgehängt, das einen Überblick des Konzeptes liefert.
10. Nachhaltigkeit	
Die Maßnahmen des Konzeptes werden allen Schulen angeboten.	Das Konzept wird von den Delmenhorster Schulen jährlich geprüft und ggf. nach Anpassung verabschiedet.
Das Konzept gewährleistet, dass die Schülerinnen und Schüler alle zwei Jahre ein präventives Angebot durchlaufen können.	Das Konzept sieht vor, dass die Schulen von Akteuren der Delmenhorster Präventionslandschaft methodisch und insbesondere personell unterstützt werden, um dieses Ziel zu ermöglichen.

3 Suchtprävention in Delmenhorst

3.1.1 Koordination der Suchtprävention: Die AG Schule



Suchtprävention wird in Delmenhorst traditionell als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden. So werden alle suchtpreventiven Projekte und Maßnahmen über die „AG Schule“ des Kriminalpräventiven Rates (KPR) koordiniert und umgesetzt. In dieser Arbeitsgruppe sind die Anonyme Drogenberatung, die Polizei, der erzieherische Kinder- und Jugendschutz, die Delmenhorster-Jugendhilfe-Stiftung sowie die Schulsozialarbeit die Institutionen und Organisationen,

welche für die Entwicklung und Umsetzung der Suchtprävention in Delmenhorster Schulen verantwortlich sind. Über die Arbeitsgruppe „AG Schule“ greifen wir grundsätzlich bei der Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen auf ein großes und stabiles Netzwerk zurück. Zudem sind unsere Angebote in den Delmenhorster Schulen nachhaltig etabliert und werden jedes Jahr aufs Neue von allen Schulen ab Klasse 6 abgerufen, was keine Selbstverständlichkeit ist.

Wir sind sehr stolz darauf, dass wir schon seit Jahren institutionsübergreifend Hand in Hand arbeiten können, was nicht zuletzt auf die hohe politische Akzeptanz der Suchtprävention in Delmenhorst zurückzuführen ist.

3.1.2 Die Delmenhorster Schülerstudien: Das Aktionsbündnis „Riskanter Konsum in Delmenhorst“



Im Jahr 2003 schlossen sich fünf Personen aus vier Institutionen mit dem Ziel zusammen, dass Schulen in Delmenhorst grundsätzlich rauchfrei werden (Bündnis „Rauchfreie Schulen in Delmenhorst“). 2008 wurde der Arbeitskreis in „Aktionsbündnis: Riskanter Konsum in Delmenhorst“ umbenannt. Der Fokus sollte nun nicht mehr allein auf dem Tabakkonsum liegen und in diesem Zuge wurden Alkohol- und Cannabiskonsum als wichtige Präventionsthemen in den Arbeitskreis mit aufgenommen.

Das Aktionsbündnis „Riskanter Konsum in Delmenhorst“ setzt somit die erfolgreiche Arbeit des Aktionsbündnisses „Rauchfreie Schulen“ mit stets neuen Schwerpunktsetzungen als Reaktion auf aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen fort. 2012 wurde das zunehmend an Bedeutung gewinnende Thema „exzessive Mediennutzung“ als Schwerpunktthema des Bündnisses aufgenommen.

Das Aktionsbündnis „Riskanter Konsum“ führt regelmäßig die Delmenhorster Schülerstudien durch, welche die theoretische und empirische Fundierung der kommunalen Suchtprävention in Delmenhorst stellen.

In den Jahren 2009 und 2013 erschienen die erste und zweite Delmenhorster Schülerstudie zum Substanzgebrauch. Im Jahr 2015 erschien die dritte Delmenhorster Schülerstudie zur „Problematischen Mediennutzung“



Fietz, H., Tielking, K., Aktionsbündnis „Riskanter Konsum“ (Hrsg.)

2013, Hochschule Emden/Leer, 120 S.

ISBN 978-3-944262-00-0

pdf zum download:

<http://www.riskanter-konsum.de/riskanterkonsum.pdf>



Fietz, H., Klimmt, C., Sowka, A., Aktionsbündnis „Riskanter Konsum“ (Hrsg.)

2015, Delmenhorst, 15 S.

pdf zum download:

<http://www.riskanter-konsum.de/medien2015.pdf>

4 Leitfaden zum Umgang mit Suchtmitteln in der Schule

Über den Einsatz unserer suchtpreventiven Maßnahmen wird in Delmenhorst seit vielen Jahren dem Riskanten Konsum und der Entwicklung von Suchtmittelmissbrauch unserer Schülerinnen und Schüler entgegengewirkt. Dennoch kommt es an Schulen immer wieder zu Konflikten mit Kindern und Jugendlichen, die Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Suchtmitteln zeigen.

Konflikte im Zusammenhang mit Tabakkonsum sind sicherlich kein neues Thema in den Schulen. Leider ist in den letzten Jahren aber auch zu beobachten, dass der Konsum illegaler Drogen, wie etwa Cannabisprodukten (Haschisch und Marihuana) und teilweise auch Amphetaminen, in den Schulen vermehrt auftritt. Bezogen auf die Alltagsdrogen Alkohol und Tabak haben die meisten Schulen einen konstruktiven Umgang mit Konflikten in der Schule gefunden.

Bezogen auf Vorfälle im Zusammenhang mit illegalen Drogen bestehen jedoch häufig Handlungsunsicherheiten auf Seiten der Lehrkräfte und Schulsozialarbeit. So wird zum Teil impulsiv überreagiert oder der Vorfall wird verdrängt und es wird gar nicht gehandelt.

Im Folgenden wird die gesetzliche Lage skizziert, die aufzeigt, was getan werden muss und über einen Stufenplan ein Handlungsleitfaden vorgestellt, wie mit dem Thema „Illegale Drogen in der Schule“ lösungsorientiert und einheitlich umgegangen werden kann.

4.1 Gesetzliche Lage - Anzeige- und Informationspflicht

Der Umgang mit Suchtmitteln im Lebensraum Schule ist über das niedersächsische Schulgesetz eindeutig geregelt.

Legale Drogen dürfen in der Schule nicht konsumiert werden. So sieht die Erlasslage vor, dass „das Rauchen und der Konsum von alkoholischen Getränken im Schulgebäude und auf dem Schulgelände während schulischer Veranstaltungen sowie bei Schulveranstaltungen außerhalb der Schule verboten [sind]“⁴. Bei Schulentlassungsfeiern oder ähnlichem sind unter bestimmten Voraussetzungen Ausnahmen möglich⁵.

Illegale Drogen im Lebensraum Schule sind **unverzüglich** der Polizei zu melden. So gilt bei der Feststellung von Besitz, Handel oder einer sonstigen Weitergabe von Betäubungsmitteln die Anzeige- und Informationspflicht⁶ (siehe Abbildung).

⁴ Gem. RdErl. d. MK v. 7.12.2012 – 34-82 114/5 – VORIS 21069

⁵ ebd.

⁶ Gem. RdErl. d. MK, d. MI u. d. MJ v. 9. 11. 2010 – 34.3-51 661 – VORIS 22410



Anzeige und Informationspflicht

Die Anzeige- und Informationspflicht, die in der obigen Abbildung visualisiert wird, ist im Niedersächsischen Schulgesetz geregelt.

1. „**Lehrkräfte** sind verpflichtet, sofort die **Schulleitung zu unterrichten**, sobald sie Kenntnis von solchen oder vergleichbaren Straftaten [der **Besitz**, der **Handel** oder die sonstige **Weitergabe** von Betäubungsmitteln, Anm. d. Verf.] haben.“⁷
2. „Die **Schulleitung** hat **unverzüglich die Polizei zu informieren**, sobald sie Kenntnis davon erhält, dass eine der folgenden oder vergleichbare Straftaten im unmittelbaren Zusammenhang mit der Schule gegen oder durch ihre Schülerinnen und Schüler begangen worden ist oder eine solche Straftat bevorsteht: [...] der **Besitz**, der **Handel** oder die sonstige **Weitergabe** von Betäubungsmitteln. [...] Gemeint sind vollendete wie versuchte Delikte.“⁸
3. Bezogen auf den Handel oder die Weitergabe von Betäubungsmitteln (**Dealerei**) in der Schule besteht auch Handlungsbedarf, wenn Hinweise von anderen Schülerinnen und Schülern vorliegen, also lediglich ein Verdacht besteht. Ein Beweis, z. B. das „Erwischen beim Dealen“ ist nicht notwendig, um der Anzeige- und Informationspflicht gegenüber der Polizei nachzukommen.
In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass Ermittlungen mit strafrechtlicher Zielsetzung nicht Aufgabe der Schule sind.
4. **Bei minderjährigen Schülerinnen und Schülern** sind die Erziehungsberechtigten zu informieren. In Ausnahmefällen kann davon abgesehen werden, wenn der Verdacht besteht, dass es die häusliche Situation des Kindes verschlimmert. Bei volljährigen Schülerinnen und Schülern dürfen nur mit Einwilligung der betroffenen Person die Eltern informiert werden. Es ist immer sinnvoll, sich in diesem Fall eine schriftliche Schweigepflichtentbindung geben zu lassen.

⁷ Gem. RdErl. d. MK, d. MI u. d. MJ v. 9.11.2010 – 34.3-51 611 – VORIS 22410 –

⁸ ebd.

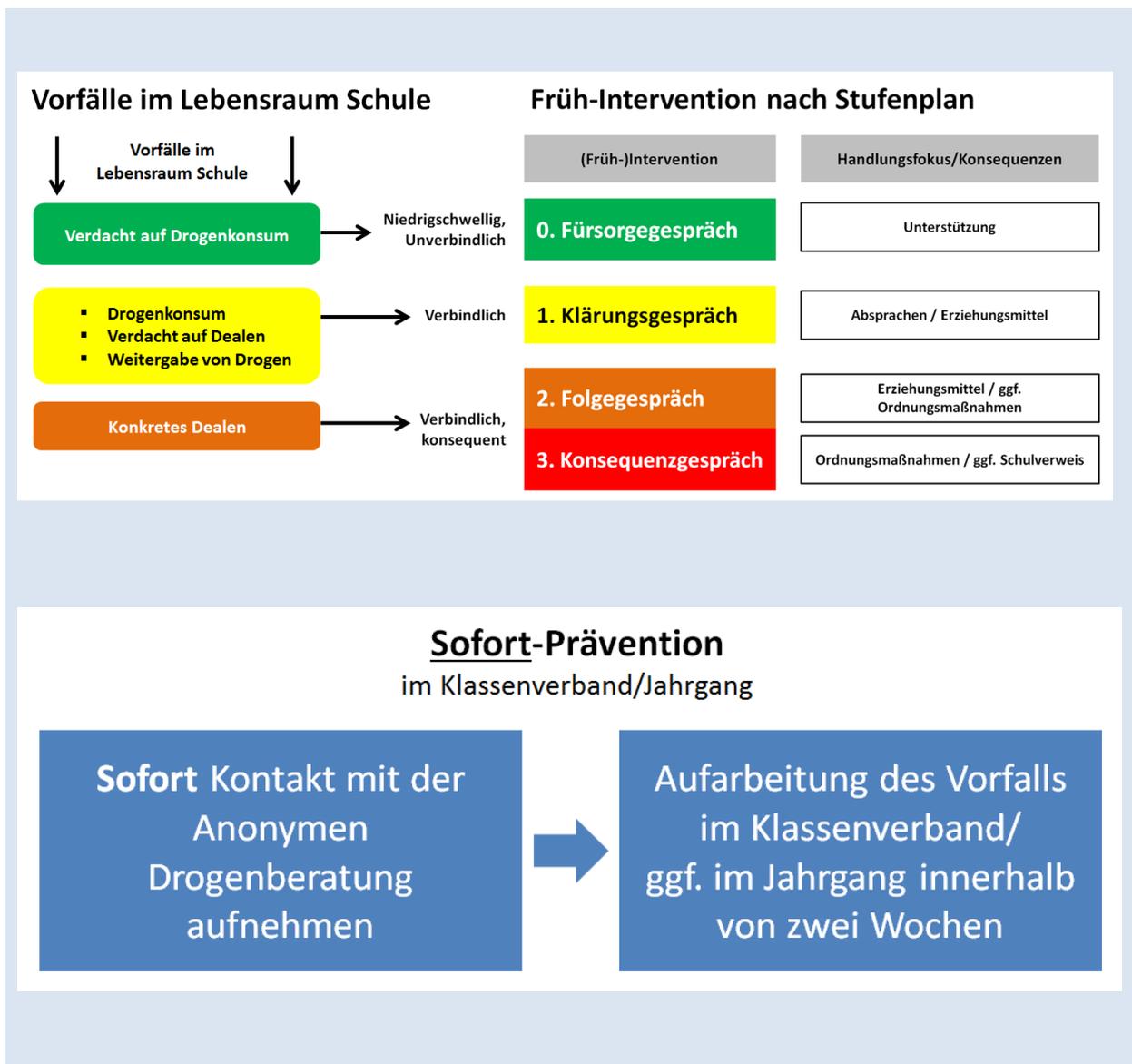
4.2 Intervention nach Stufenplan und Sofortprävention

Bei Besitz, Handel oder Weitergabe von Betäubungsmitteln (illegalen Drogen) im Lebensraum Schule steht insbesondere der **Schutz der nicht betroffenen Schülerinnen und Schüler** im Vordergrund, sodass es sinnvoll ist, den Vorfall zeitnah in Kooperation mit der Anonymen Drogenberatung aufzuarbeiten (Sofort-Prävention).

In Kombination dieser „Sofort-Prävention“ und der „Intervention nach Stufenplan“ kann es gelingen, den Lebensraum Schule zu schützen und zudem die betroffene Person mit pädagogischen Mitteln zu erreichen.

Es wird empfohlen, folgende Schritte **unmittelbar** einzuleiten (siehe Abbildung unten).

1. **Die Intervention nach Stufenplan.**
2. **Sofort-Prävention mit der Anonymen Drogenberatung.**



4.3 Intervention nach dem Stufenplan

Die „Intervention nach dem Stufenplan“ soll keine Alternative zu geeigneten pädagogischen Maßnahmen oder Erziehungsmitteln darstellen, die sinnvollerweise als Konsequenzen auf den Vorfall eingeleitet werden. Jedoch soll dieses Interventionsmodell als lösungsorientierter Vorbau zu den Ordnungsmaßnahmen, wie etwa dem vorschnellen Schulverweis, dienen.

Das Einsetzen von Erziehungsmitteln und Ordnungsmaßnahmen reicht bei substanzbezogenen Problemen in der Regel nicht aus, eine Verhaltensänderung herbeizuführen und sollte um ein differenziertes Hilfs- und Gesprächsangebot ergänzt werden. Die Voraussetzung für das Gelingen ist hierbei eine vertrauensvolle Basis zwischen den Akteuren der Schule und der betroffenen Person.

Somit ist das standardisierte Vorgehen nach dem Stufenplan ein ergänzendes Instrument, einen Zugang zu der betroffenen Person herzustellen, um das substanzbezogene Problem nachhaltig zu beheben.

An welcher Stelle in den Stufenplan eingestiegen wird, ergibt sich über den Schweregrad des Vorfalls (siehe Abbildung oben).

4.3.1 Schweigepflicht bei Stufenplangesprächen

In den Stufenplangesprächen kann es sinnvoll sein, mit dem Schüler oder der Schülerin mündlich eine Schweigepflicht zu vereinbaren. Insbesondere wenn es in dem Gespräch um illegale Drogen geht, kann die Schweigepflicht den Zugang erleichtern.

Hierbei ist folgendes zu beachten:

- Die Schweigepflicht in Bezug auf illegale Drogen gilt dann, wenn die Lehrkraft davon ausgehen kann, dass der Schüler oder die Schülerin keine anderen Schülerinnen und Schüler zum Konsum von illegalen Drogen animiert.
- Bei Minderjährigen bis einschließlich 12 Jahren kann keine Schweigepflicht vereinbart werden.
- Bei Kindern im Alter von 13 bis 14 Jahren kann eine Schweigepflicht vereinbart werden, wenn die Lehrkraft dem Kind zutraut, dass es die Schweigepflicht begreifen kann.
- Ab 15 Jahren kann grundsätzlich eine Schweigepflicht mit dem Schüler oder der Schülerin vereinbart werden.
- Am Anfang des Gesprächs muss die Frage gestellt werden, ob jemand informiert werden darf oder nicht.
- Es muss erklärt werden, was Schweigepflicht bedeutet. Hilfreich ist, zu differenzieren, z.B. zu fragen „wem darf ich sagen, dass wir dieses Gespräch geführt haben?“

4.3.2 Das Fürsorgegespräch

Das Fürsorgegespräch

Besteht lediglich der Verdacht, dass eine Schülerin oder ein Schüler einen problematischen Suchtmittelkonsum aufweist, wird ein „Fürsorgegespräch“ angesetzt, das dem eigentlichen Stufenplan vorgelagert ist.

*Hat ein Schüler oder eine Schülerin persönliche, gesundheitliche oder soziale Probleme, die sichtbar werden und sich auf die Leistungen oder das soziale Verhalten in der Schule auswirken, wird in der Regel ein vertrauliches Gespräch gesucht. In diesem Gespräch wird die Fürsorge ausgedrückt und Unterstützung angeboten. Hat man lediglich die Vermutung, dass ein Schüler oder eine Schülerin illegale Drogen konsumiert, so kann ebenso verfahren werden. Das Fürsorgegespräch ist folglich nichts Neues in der Schule und ist **nicht** Bestandteil des Stufenplans.*

Ziel des Fürsorgegesprächs:

Das Ziel des Fürsorgegesprächs ist es, der betroffenen Person zu signalisieren, dass sie Unterstützung von Seiten der Schule erwarten kann, wenn sie es wünscht. Zudem wird der betroffenen Person deutlich, dass die negativen Verhaltensänderungen wahrgenommen wurden. Besteht der Verdacht, dass der Schüler oder die Schülerin illegale Drogen in der Schule konsumiert, ist ein weiteres Ziel des Gesprächs Klarheit zu schaffen.

Vorbereitung:

Das Fürsorgegespräch ist ein niedrighschwelliges, unverbindliches und vertrauliches Gespräch und bedarf keiner speziellen Vorbereitung. Das Fürsorgegespräch ist nicht Teil des Stufenplans und muss nicht dokumentiert werden.

Beteiligte:

- a) Betroffene Person
- b) Klassenlehrkraft

Inhalt des Fürsorgegesprächs:

Die zuständige Klassenlehrkraft...

- ↳ spricht den persönlichen Eindruck an, dass negative Veränderungen in den schulischen Leistungen oder im sozialen Verhalten wahrgenommen wurden.
- ↳ benennt diese negativen Veränderungen konkret.
- ↳ schafft über das Gespräch Klarheit, wenn der Verdacht besteht, dass der Schüler oder die Schülerin illegale Drogen in der Schule konsumiert.
 - in diesem Zusammenhang sollte dem Schüler oder der Schülerin eine Schweigepflicht vereinbart werden (siehe Anmerkung zur Schweigepflicht).
- ↳ bietet Unterstützung an.
- ↳ weist auf Hilfsangebote hin (Schulsozialarbeit, externes Hilfesystem).

Rückmeldegespräch nach drei bis vier Wochen:

Das Rückmeldegespräch ist Teil des Fürsorgegesprächs und findet statt, wenn der Schüler oder die Schülerin bis zum vereinbarten Rückmeldegesprächstermin kein weiteres negatives Verhalten gezeigt hat. Andernfalls wird das „Klärungsgespräch“ nach Stufenplan angesetzt.

Im Rückmeldegespräch wird dem Schüler oder der Schülerin mitgeteilt, dass kein weiteres negatives Verhalten aufgefallen ist und das Thema für die Schule nun erledigt ist.

4.3.3 Das Klärungsgespräch

Das Klärungsgespräch

Bei konkreten Vorfällen in Zusammenhang mit illegalen Drogen oder dem Verdacht, dass eine bestimmte Person in der Schule dealt oder Betäubungsmittel unentgeltlich weitergibt, wird direkt in den Stufenplan, d.h. mit dem „Klärungsgespräch“, eingestiegen.

Das Klärungsgespräch ist eine Ergänzung zu den geeigneten Erziehungsmitteln, die bei Verstößen in der Schule eingesetzt werden. Es soll jedoch verhindern, dass zu früh über Ordnungsmaßnahmen reagiert wird. Sind die Umstände, die zu dem Fehlverhalten geführt haben, nicht allzu schwerwiegend und komplex, reicht häufig ein den Erziehungsmitteln begleitendes Klärungsgespräch aus, um eine positive Verhaltensänderung herbeizuführen.

Ziel des Klärungsgesprächs:

Das primäre Ziel des Klärungsgesprächs ist der Zugang zu der betroffenen Person. Der betroffenen Person soll geholfen werden, die Probleme, die zu dem Vorfall im Zusammenhang mit illegalen Drogen geführt haben, zu lösen. Zudem werden die Konsequenzen aufgezeigt, falls sich das Verhalten in den nächsten drei bis vier Wochen nicht ändert.

Vorbereitung:

- Schulleitung im Vorfeld informieren
- Bei Minderjährigen Erziehungsberechtigte informieren
- Konkrete Fakten zu dem Vorfall notieren (Zeit, Ort, Vorfall, Zeugen etc.)
- Protokollvorlage vorbereiten

Beteiligte:

- a) betroffene/r Schüler/in
- b) Klassenlehrkraft

Inhalt des Klärungsgesprächs:

Die zuständige Klassenlehrkraft...

- ↳ benennt konkrete Fakten, Zeit, Ort und den Vorfall.
- ↳ drückt ihre/seine Besorgnis aus, dass die betroffene Person offensichtlich durch den Substanzgebrauch Probleme hat, die sich auf den Lebensraum Schule auswirken.
 - Der Vorfall ist eine Straftat innerhalb der Schule
 - Insbesondere werden die anderen Schülerinnen und Schüler gefährdet.
- ↳ gibt dem Schüler/der Schülerin Gelegenheit zur Aussprache und bietet Hilfe an.
- ↳ vereinbart mit dem Schüler/der Schülerin Lösungsmöglichkeiten.
- ↳ empfiehlt dem Schüler oder der Schülerin, sich bei der Anonymen Drogenberatung zu informieren und beraten zu lassen (Kontaktdaten bereitlegen).
- ↳ teilt der Schülerin/dem Schüler mit,
 - dass es keine weiteren Konsequenzen von Seiten der Schule (mit Ausnahme der ggf. festgelegten und mitgeteilten Erziehungsmittel) gibt, wenn das negative Verhalten ausbleibt.
 - dass Ordnungsmaßnahmen eingeleitet werden und ergänzend das Folgegespräch nach dem Stufenplan angesetzt wird, wenn es zu erneuten Vorfällen kommt.
- ↳ vereinbart ein Rückmeldegespräch in drei bis vier Wochen und teilt mit, dass bis dahin beobachtet wird, ob sich das negative Verhalten zum Positiven verändert.
- ↳ protokolliert die wesentlichen Inhalte und Absprachen des Klärungsgesprächs.

Konsequenz:

Es werden geeignete pädagogische Maßnahmen und Erziehungsmittel eingeleitet.

Rückmeldegespräch nach drei bis vier Wochen:

Im Rückmeldegespräch wird der betroffenen Person mitgeteilt, dass kein weiteres negatives Verhalten im Zusammenhang mit Betäubungsmitteln aufgefallen ist und das Thema für die Schule nun erledigt ist. Andernfalls wird das „Folgegespräch“ nach Stufenplan angesetzt.

4.3.4 Das Folgegespräch

Das Folgegespräch

Verkauft ein Schüler oder eine Schülerin illegale Drogen in der Schule, so wird direkt in das Folgegespräch eingestiegen.

Das Folgegespräch wird angesetzt, wenn es nach dem Klärungsgespräch zu erneuten Vorfällen im Zusammenhang mit illegalen Drogen kam oder im Lebensraum Schule gedealt wurde. In beiden Fällen ist die Voraussetzung gegeben, dass parallel zu dem Folgegespräch Ordnungsmaßnahmen angesetzt werden.

Die Interessenvertretung der betroffenen Person, die Erziehungsberechtigten sowie die professionelle Suchthilfe sollte in diese Interventionsstufe einbezogen werden.

Ziel des Folgegesprächs:

Das Ziel des Folgegesprächs ist es, gemeinsam mit allen Beteiligten Lösungen zu finden, die es dem Schüler oder der Schülerin ermöglichen, das negative Verhalten abzulegen. Zudem soll über konkrete Absprachen und angemessene Konsequenzen konstruktiver Druck auf die betroffene Person ausgeübt werden.

Vorbereitung:

- Schulleitung im Vorfeld informieren
- Gemeinsamen Termin mit allen Beteiligten vereinbaren
- Konkrete Fakten zu dem Vorfall notieren (Zeit, Ort, Vorfall, Zeugen etc.)
- Protokollvorlage vorbereiten

Beteiligte Personen:

- a) betroffene/r Schüler/in
- b) Klassenlehrkraft
- c) Erziehungsberechtigte (bei Minderjährigen)
- d) ggf. Beratungslehrkraft
- e) Schulsozialarbeit
- f) Schulleitung
- g) ggf. Anonyme Drogenberatung

Inhalte des Folgegesprächs:

Die Schulleitung...

- ↳ benennt konkrete Fakten, Zeit, Ort und den Vorfall.
- ↳ benennt ggf. die von der betroffenen Person verletzte Absprachen.
- ↳ Informiert Eltern und betroffene Person über die in der Schule angesetzten Erziehungsmittel oder Ordnungsmaßnahmen.
- ↳ findet gemeinsam mit allen Beteiligten Lösungsmöglichkeiten.
- ↳ vereinbart mit der betroffenen Person und ggf. mit den Erziehungsberechtigten, dass externe Hilfen angenommen werden (etwa Familienberatung, Psychologische Beratungsstelle, Anonyme Drogenberatung)
- ↳ teilt der Schülerin/dem Schüler mit,
 - dass es keine weiteren Konsequenzen von Seiten der Schule (mit Ausnahme der ggf. festgelegten und mitgeteilten Erziehungsmittel und Ordnungsmaßnahmen) gibt, wenn das negative Verhalten ausbleibt.
 - dass letzte Konsequenzen, d.h. weitere Ordnungsmaßnahmen (ggf. der Schulverweis) eingeleitet werden, wenn die Vereinbarungen nicht eingehalten werden oder es zu erneuten Vorfällen kommt.
- ↳ vereinbart ein Rückmeldegespräch in drei bis vier Wochen und teilt mit, dass bis dahin beobachtet wird, ob sich das negative Verhalten zum Positiven verändert.
- ↳ protokolliert die wesentlichen Inhalte und Absprachen des Folgegesprächs.

Konsequenz:

Es werden geeignete Erziehungsmittel bzw. Ordnungsmaßnahmen eingeleitet.

Rückmeldegespräch nach drei bis vier Wochen:

Zum Rückmeldegespräch ist es nicht notwendig aber möglich, alle Beteiligten erneut einzuladen.

Im Rückmeldegespräch wird der betroffenen Person mitgeteilt, dass kein weiteres negatives Verhalten im Zusammenhang mit Betäubungsmitteln aufgefallen ist und das Thema für die Schule nun erledigt ist. Andernfalls wird das „Konsequenzgespräch“ nach Stufenplan angesetzt.

4.3.5 Das Konsequenzgespräch

Das Konsequenzgespräch

Das Konsequenzgespräch wird angesetzt, wenn die vorgelagerten Stufengespräche keinen Erfolg zeigten.

Das Konsequenzgespräch ist die letzte Stufe der „Frühintervention nach Stufenplan“ und bietet der betroffenen Person eine letzte Chance oder leitet in schwerwiegenden Fällen den Schulverweis ein.

Ziel des Gesprächs:

Das Ziel des Konsequenzgesprächs ist es, der betroffenen Person und ggf. den Erziehungsberechtigten aufzuzeigen, wie sich die folgende letzte Konsequenz ergeben hat.

Vorbereitung:

- Schulleitung im Vorfeld informieren
- Gemeinsamen Termin mit allen Beteiligten vereinbaren
- Konkrete Fakten zu dem Vorfall notieren (Zeit, Ort, Vorfall, Zeugen etc.)
- Protokollvorlage vorbereiten

Beteiligte Personen:

- a) betroffene/r Schüler/in
- b) Klassenlehrkraft
- c) Erziehungsberechtigte (bei Minderjährigen)
- d) Schulleitung

Inhalte des Gesprächs:

Die Schulleitung...

- benennt konkrete Fakten, Zeit, Ort und den Vorfall.
- benennt ggf. die von der betroffenen Person verletzte Absprachen.
- Informiert Eltern und betroffene Person über die in der Schule angesetzte letzte Ordnungsmaßnahme vor dem Schulverweis (bzw. den Schulverweis).
- protokolliert die wesentlichen Inhalte des Konsequenzgesprächs.

Konsequenz:

Es werden geeignete Ordnungsmaßnahmen, ggf. der Schulverweis, eingeleitet.

4.4 Erziehungsmittel und Ordnungsmaßnahmen⁹

„Mit Erziehungsmitteln oder Ordnungsmaßnahmen reagiert eine Schule auf Pflichtverletzungen von Schülerinnen und Schülern. Die gesetzliche Grundlage dafür bildet der § 61 des Niedersächsischen Schulgesetzes.

Erziehungsmittel können von einer einzelnen Lehrkraft oder von der Klassenkonferenz angewendet werden. Im pädagogischen Vordergrund der Erziehungsmittel steht die Absicht, eine Schülerin bzw. einen Schüler bei Beeinträchtigung der Unterrichts- und Erziehungsarbeit durch einen spürbaren Denkanstoß nachhaltig zur Erfüllung ihrer bzw. seiner Pflichten aufzufordern.

Die Wahl des Erziehungsmittels (wie z.B. die mündliche Rüge, die Anfertigung zusätzlicher häuslicher Aufgaben, die vorübergehende Wegnahme von Gegenständen oder das „Nachsitzen“ in Form besonderer schulischer Arbeitsstunden) liegt im Ermessen der jeweiligen Lehrkräfte. Erziehungsmittel greifen im Gegensatz zu Ordnungsmaßnahmen nicht unmittelbar in die Rechtsstellung der Schülerinnen und Schüler ein und sind deshalb auch keine Verwaltungsakte, die im Wege eines Widerspruchsverfahrens überprüfbar wären. Als Ordnungsmaßnahmen sieht das Niedersächsische Schulgesetz folgende Maßnahmen abschließend vor:

1. Ausschluss vom Unterricht in einem oder in mehreren Fächern oder ganz oder teilweise von dem den Unterricht ergänzenden Förder- oder Freizeitangebot bis zu einem Monat,
2. Überweisung in eine Parallelklasse (Zustimmung der Schulleitung!),
3. Ausschluss vom Unterricht sowie von dem den Unterricht ergänzenden Förder- und Freizeitangebot bis zu drei Monaten,
4. Überweisung an eine andere Schule derselben Schulform oder, wenn eine solche Schule nicht unter zumutbaren Bedingungen zu erreichen ist, an eine Schule mit einem der bisherigen Beschulung der Schülerin oder des Schülers entsprechenden Angebot (Genehmigung der Schulbehörde!),
5. Verweisung von der Schule (Genehmigung der Schulbehörde!),
6. Verweisung von allen Schulen (Genehmigung der Schulbehörde!).

Die Verhängung von Ordnungsmaßnahmen setzt eine grobe Pflichtverletzung bzw. eine nachhaltige Unterrichtsstörung voraus; Ordnungsmaßnahmen sind auch dann zulässig, wenn eine Schülerin oder ein Schüler die von ihr oder von ihm geforderten Leistungen verweigert oder dem Unterricht unentschuldig fernbleibt. In diesem Fall wird eine Klassenkonferenz unter Vorsitz der Schulleiterin bzw. des Schulleiters einberufen, die über die Verhängung einer Ordnungsmaßnahme entscheidet.

Die Schülerin oder der Schüler und deren Erziehungsberechtigte haben die Gelegenheit, sich zu den vorgeworfenen Pflichtverstößen zu äußern. Die Schülerin oder der Schüler kann sich sowohl von einer anderen Schülerin oder einem anderen Schüler als auch von einer Lehrkraft ihres oder seines Vertrauens unterstützen lassen. Eine volljährige Schülerin oder

⁹ <http://www.landesschulbehoerde-niedersachsen.de/themen/schuler/ordnungsmassnahmen>

ein volljähriger Schüler kann sich auch von ihren oder seinen Eltern oder von einer anderen volljährigen Person ihres oder seines Vertrauens unterstützen lassen.

Die Klassenkonferenz hat

- den Sachverhalt festzustellen,
- über die Festsetzung der Ordnungsmaßnahme(n) zu beraten und
- abzustimmen.

Sofern die Klassenkonferenz eine Ordnungsmaßnahme beschließt, erlässt die Schule einen Bescheid, in dem die Ordnungsmaßnahme mitgeteilt und begründet wird. Gegen diesen Bescheid kann Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch und eine eventuell nachfolgende Anfechtungsklage gegen den Bescheid der Schule über Ordnungsmaßnahmen der o.a. Ziffern 3 - 6 haben kraft Gesetzes keine aufschiebende Wirkung; die Schule hat daher die Möglichkeit, die beschlossene Ordnungsmaßnahme sofort zu vollziehen.“

5 Suchtprävention an Delmenhorster Schulen

5.1 Verlässliche Angebotsstruktur der AG Schule

Die nachhaltige Suchtprävention an den allgemeinbildenden Schulen in Delmenhorst wird über eine verlässliche Angebotsstruktur der AG Schule¹⁰ erreicht.

Die Prävention beginnt frühzeitig in den sechsten bzw. siebten Klassen und begleitet die Kinder und Jugendlichen über entwicklungsorientierte Angebote in einem Zwei-Jahres-Rhythmus.

Die Angebote sind bedarfsorientiert und strukturieren sich in drei Präventions-Blöcke, die sich inhaltlich und methodisch an der Entwicklung der Kinder und Jugendlichen orientieren. Zudem beziehen die Themenblöcke die alterstypischen Konsummuster ein.

Die verlässliche Angebotsstruktur der AG Schule ist, wie beschrieben (s.o.), in die drei Präventions-Blöcke „Lebenskompetenz“, „Partykompetenz“ und „Risikokompetenz“ gegliedert. Jeder Schüler und jede Schülerin soll die Möglichkeit erhalten in der Schullaufbahn alle drei Blöcke zu durchlaufen.

Jeweils ein Angebot pro Block sollte durchgeführt werden. In Block I steht das etablierte Programm „drop+hop“ als Basis der Suchtprävention fest. Ab Block II kann aus mehreren Angeboten gewählt werden. Zudem können die Präventions-Blöcke innerhalb des Zeitraumes von zwei bzw. drei Schuljahren durchgeführt werden. So kann auf die unterschiedlichen schulischen Belastungen in den Schulhalbjahren reagiert werden.

¹⁰ Die AG Schule ist eine Arbeitsgruppe des Kriminalpräventiven Rates (KPR) in Delmenhorst.

Präventions-Angebote an Delmenhorster Schulen!

Detaillierte Informationen finden Sie in dem Manual
„Suchtprävention & Intervention in der Schule“



Block/ Jahrgang	Suchtpräventive Angebote der AG Schule	Entwicklungsorientierte Schwerpunkte und ↳ Ausgangslage
I 6 oder 7	<p>drop+hop</p>	<p>Lebenskompetenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Erstkonsum legaler Drogen ↳ Soziale Kompetenzen nehmen an Bedeutung zu
II 8 oder 9	<p>Aktionstag „Durchblick“</p> <p>KlarSicht+</p>	<p>Partykompetenz</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Konsummuster legaler Drogen verfestigen sich ↳ Erstkonsum illegaler Drogen (insb. Cannabis) ↳ peer-group nimmt deutlich an Einfluss zu
III 10 oder 11 oder 12	<p>Rausch & Risiko</p>	<p>Risikokompetenz</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ feste Konsummuster legaler Drogen ↳ Konsummuster illegaler Drogen verfestigen sich (insb. Cannabis) ↳ Individualisierung (individuelle Entscheidungsfähigkeit / Selbstwirksamkeitserwartung)

Block I: Lebenskompetenzen

Die Suchtprävention beginnt, bevor sich Konsummuster verfestigt haben. Im Alter von 13 Jahren hat ein Drittel der Kinder bereits Erfahrungen mit Probierkonsum von Alkohol. Die erste Zigarette hat in dieser Altersklasse knapp jedes siebte Kind bereits geraucht. Regelmäßiges Rauchen (ca. 5%) und Erfahrungen mit Cannabisprodukten (ca. 2%) sind in diesem Alter noch selten¹¹.

Der präventive Fokus wird entwicklungsorientiert auf die Vermittlung von Lebenskompetenzen und Schutzfaktoren gelegt, die es den Kindern ermöglichen soll, selbstbestimmt zu handeln und alterstypische Probleme emotional bewältigen zu können.

¹¹ Die Daten stammen aus der 2. Delmenhorster Schülerstudie

Block II: Partykompetenzen

Im Alter von 15 Jahren ist bereits ein Großteil der Schülerinnen und Schüler in den Substanzkonsum eingestiegen. Knapp die Hälfte der Jugendlichen in dieser Altersklasse hat bereits Tabak probiert, jeder sechste ist Raucher. Während die Hälfte in diesem Alter regelmäßig Alkohol trinken, haben ebenso die Hälfte bereits Rauscherfahrungen gesammelt. Jeder Fünfte trinkt öfter als einmal in der Woche Alkohol. Ebenfalls bedenklich ist, dass im Alter von 15 Jahren jeder zehnte Jugendliche Cannabis regelmäßig konsumiert.

Die präventiven Schwerpunkte liegen auf der Vermittlung von „Partykompetenzen“ und der Aufklärung über Wirkung und Folgen von Alkohol und Cannabiskonsum. Die Jugendlichen reflektieren ihren Konsum, erarbeiten Alternativen und gleichen die erwünschten Effekte mit ihren Partyzielen ab. Zudem wird der deutliche Aufklärungsbedarf im Bereich Cannabiskonsum (rechtliche und gesundheitliche Risiken) erfüllt und verbreitete Fehlvorstellungen ob der Harmlosigkeit dieser Substanz korrigiert.

Block III: Risikokompetenz und Straßenverkehr

Im Alter von 17 Jahren sind die Konsummuster der meisten Schülerinnen und Schüler bereits zur Gewohnheit geworden und haben sich verfestigt. Ein Drittel der Jugendlichen in dieser Altersklasse sind Raucher, knapp die Hälfte trinkt häufiger als einmal in der Woche Alkohol und jeder siebte Jugendliche kiffte regelmäßig.

Die präventiven Schwerpunkte liegen auf der Vermittlung von Risikokompetenzen und der (verkehrs-) rechtlichen Aufklärung. Aus entwicklungspsychologischer Sicht sind die Jugendlichen in dieser Altersklasse pädagogisch nur schwer zu erreichen. Über die Individualisierung werden die Jugendlichen selbst zur zentralen und verantwortlichen Instanz ihrer Lebensgestaltung. Die Angebote sind folglich derart ausgelegt, als sie die Jugendlichen ermuntern, ihre eigenen Entscheidungen bewusst zu treffen und somit mögliche Konsequenzen im Entscheidungsprozess einzubeziehen. Zudem werden die Jugendlichen in die Lage versetzt, ihre individuelle oftmals unreflektierte Risikobereitschaft wahrzunehmen und mit ihrem mehr oder weniger ausgeprägtem „Riskanten Verhalten“ in Verbindung zu bringen. Ein weiteres Ziel des Projektes ist es, dass den sogenannten key persons unter den Jugendlichen deutlich wird, welche Verantwortung mit dem Einfluss, den sie auf andere haben, einhergeht.

5.2 Kurzbeschreibung der Angebote

5.2.1 drop+hop



„drop+hop“ ist ein nachhaltiges Suchtpräventions-Programm, das seit 18 Jahren in Kooperation der Anonymen Drogenberatung, des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes, der Polizei Delmenhorst und der Delmenhorster Schulen durchgeführt wird. Mit der kontinuierlichen Hilfe des Lions-Clubs, ist es gelungen „drop+hop“ als fest in den Schulen verankertes Programm umzusetzen.

Die Gemeinschaftsaufgabe „drop+hop“ setzt als primärpräventives Programm zu einem Zeitpunkt an, zu dem der Großteil der Schüler noch keine Drogen konsumiert hat. Das Programm wird in den 6. Jahrgangsstufen aller Allgemeinbildenden Schulen in Delmenhorst durchgeführt, in der die Kinder zwischen elf und 13 Jahren alt sind. Der Übergang zwischen Kindheit und Jugend ist für Kinder und Eltern eine Herausforderung. Es sind diverse Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, die zum Teil ganz natürlich von Neugier und „riskantem Verhalten“ begleitet werden. Hierzu zählt häufig auch der erste Konsum von Alkohol oder das Probieren einer Zigarette. In diesem Alter gewinnt der Freundeskreis zunehmend an Bedeutung und kann das „Riskante Verhalten“ über Gruppendruck verstärken. Daher ist es wichtig, dass die Kinder zum einen über das Gefahrenpotential der illegalen und legalen Drogen aufgeklärt sind und zum anderen Kompetenzen entwickeln, reflektiert und selbstbestimmt Entscheidung zu treffen.

Ausgehend davon, dass riskantem Konsum und problematischem Substanzgebrauch präventiv nicht nur über eine Aufklärung der Risiken entgegen gewirkt werden kann, orientiert sich das Suchtpräventionsprogramm „drop+hop“, neben der Wissens- und Informationsvermittlung an Eltern und Schüler, inhaltlich und methodisch an dem Konzept der Lebenskompetenzentwicklung (life skill approach). In zehn Unterrichtseinheiten á 90 Minuten wird das Thema Drogen mit der eigenen Person in Verbindung gesetzt. Im Fokus liegt die Stärkung der Selbstwirksamkeit der Kinder, zu der die Selbstbehauptung, die Fähigkeit zur Empathie, das Erkennen der eigenen Stärken und Schwächen sowie das Entdecken und Differenzieren von Gefühlen zählen. So geben Kinder häufig an, dass sie „wütend“ oder „traurig“ sind, obwohl sie eigentlich Enttäuschung oder Eifersucht empfinden. Je besser negative komplexe Emotionen differenziert und eingeordnet werden können, desto besser können diese bewältigt werden.

5.2.2 Aktionstag „Durchblick“



Aufbauend auf das Präventionsangebot „drop+hop“ für den 6. Jahrgang, wird seit 2007 das Projekt „Durchblick“ für den 8. Jahrgang in den Delmenhorster Haupt- und Realschulen angeboten, welches von Beginn an vom Verein zur Förderung der kommunalen Kriminalprävention in Delmenhorst e.V. unterstützt wird. Nachhaltig finanziert wird das Projekt von der Sparda-Bank.

Während es bei „drop+hop“ vorrangig darum geht, Basiswissen zu schaffen und den Einstieg in den Konsum zu verhindern, wendet sich „Durchblick“ über einen Vormittag an eine Altersgruppe, in welcher der Konsum von Alltagsdrogen teilweise schon riskante Formen angenommen hat.

Zentrales Element des Aktionstages ist das Klassenzimmer-Theaterstück „Flasche leer“ des Schauspielkollektivs Lüneburg. „Flasche leer“ behandelt das Thema Alkoholmissbrauch und Co-Abhängigkeit und dringt in die Alltagsrealität der Jugendlichen ein, löst die Grenze zwischen Fiktion und Wirklichkeit auf und führt so zu einer eindringlichen Theatererfahrung, die im Anschluss mit dem Schauspielkollektiv nachbearbeitet wird.

Zudem durchlaufen die Schülerinnen und Schüler zwei weitere 45-minütige Stationen zum Thema Alkohol und Cannabis, in denen nicht nur das durch „drop+hop“ erworbene Wissen aufgefrischt wird. So werden gemeinsam im Plenum die weit verbreiteten Fehlvorstellungen zum Thema Cannabis angesprochen und die rechtliche Situation, insbesondere im Lebensraum Schule, diskutiert. Abschließend werden in Kleingruppen die Risiken im Zusammenhang mit Cannabiskonsum reflektiert und Lösungsansätze entwickelt.

In der letzten Station, die von der Polizei durchgeführt wird, simulieren sogenannte Rauschbrillen einen Alkoholrausch. Einfachste Aufgaben wie das Aufheben von Gegenständen oder das Passieren eines Hindernis-Slaloms werden zu schwierigen Herausforderungen. Nachdem die Brille abgesetzt wird, kann mit klarem Kopf reflektiert werden, welche Gefahren im Zusammenhang mit Ausfallerscheinungen zusammenhängen können.

5.2.3 KlarSicht+



Der BZgA-Mitmach-Parcours „KlarSicht“¹² ist ein Präventionsangebot, das in Delmenhorst von der Anonymen Drogenberatung Delmenhorst in Kooperation mit dem erzieherischen Kinder- und Jugendschutz und der Polizei Delmenhorst

angeboten wird und zusammen mit Lehrkräften durchgeführt wird.

„KlarSicht“ ist ein Projekt bei dem sich Grundprinzipien des interaktiven Stationenlernens, von Erlebnisspielen und spontanen Mitmach-Aktionen miteinander verbinden. Der BZgA-Mitmach-Parcours informiert über die Wirkungen und Suchtpotenziale der legalen Suchtmittel Tabak und Alkohol und fördert einen kritischen Standpunkt zu diesen Drogen. Das interaktive Angebot unterstützt Jugendliche dabei, die Risiken von Alkohol- und Zigarettenkonsum klarer zu sehen und verantwortungsbewusst zu handeln. Zielgruppen sind primär Schülerinnen und Schüler ab der achten Schulklasse. Die interaktiven Methoden ermöglichen es auch, dass Teilnehmende mit unterschiedlichem Wissens- und Entwicklungsstand von diesem Angebot profitieren können. Der Mitmach-Parcours „KlarSicht“ setzt sich aus sechs Stationen á 15 Minuten zusammen, sodass eine Schulklasse den Parcours in 90 Minuten durchläuft. Das Besondere an dem „KlarSicht“-Konzept ist die enge Zusammenarbeit mit Akteuren der durchführenden Schule, die vorab eine vierstündige Schulung durchlaufen und dann in der Lage sind alle sechs Stationen des Parcours zu moderieren.

Das „Plus“ im dem Titel des Projektes „KlarSicht+“ beschreibt ein zusätzliches Modul zum Thema „Cannabiskonsum“, das in Delmenhorst dem BZgA-Mitmach-Parcours angehängt wurde.

¹² <http://www.klarsicht.bzga.de/>

5.2.4 „Rausch & Risiko“



Bei dem Projekt „Rausch und Risiko“ geht es um die Themen „Partykompetenz“ und „Risikokompetenz“. In der Altersklasse der 15 bis 16-jährigen haben die meisten Jugendlichen bereits Alkohol oder Tabak probiert. Jeder vierte Junge und jedes siebte Mädchen hat in diesem Alter zudem schon mal Cannabis konsumiert¹³.

Das Projekt richtet sich insbesondere an Schülerinnen und Schüler, die bereits ein Risikoverhalten zeigen, aber noch keine Abhängigkeitssymptome aufweisen. In diesem Fall sind das die Jugendlichen der 10. Klasse, die am Wochenende wiederholt exzessiv Alkohol trinken. Regelmäßigen riskanten Alkoholkonsum zeigt indes knapp ein Drittel der Schülerinnen und Schüler.

Diese Risikogruppe soll über das Projekt identifiziert und bedarfsorientiert angesprochen werden, ohne sie dabei zu stigmatisieren. Deshalb wird in diesem Projekt ein Angebot zum Thema „Partykompetenz“ an alle Jugendlichen einer 10. Klasse gemacht. Über einen Selbst-Check wird der Konsum der Schülerinnen und Schüler ermittelt. Über das festgestellte Konsummuster wird die Klasse in zwei Gruppen geteilt und ihnen ein differenziertes Angebot gemäß ihrer Testung gemacht. Die Evaluation des Projektes zeigte auf, dass auf diese Weise selektive Prävention möglich ist, ohne eine Stigmatisierung befürchten zu müssen.

Die Schwerpunkte des Projektes liegen auf der Vermittlung von Risikokompetenzen. Über die alterstypische Individualisierung werden die Jugendlichen selbst zur zentralen und verantwortlichen Instanz ihrer Lebensgestaltung und sind pädagogisch nur noch schwer zu erreichen. Sie möchten selbst über Ihre Lebensgestaltung entscheiden. Alterstypisch ist auch das „Riskante Verhalten“, dass sich auch im Substanzkonsum verdeutlicht.

Häufig berichten die Jugendlichen, dass sie gar nicht über die Risiken nachdenken, die sie eingehen. Das Projekt ist folglich derart ausgelegt, als es die Jugendlichen ermuntert ihre eigenen Entscheidungen bewusst zu treffen und somit mögliche Konsequenzen im Entscheidungsprozess einzubeziehen. Zudem werden die Jugendlichen in die Lage versetzt, ihre individuelle oftmals unreflektierte Risikobereitschaft wahrzunehmen und mit ihrem mehr oder weniger ausgeprägtem „Riskanten Verhalten“ in Verbindung zu bringen. Ein weiteres Ziel des Projektes ist es, dass den sogenannten key persons unter den Jugendlichen deutlich wird, welche Verantwortung mit dem Einfluss, den sie auf andere haben, einhergeht.

¹³ siehe zweite Delmenhorster Schülerstudie (<http://www.riskanter-konsum.de>)

6 Theoretische Fundierung

6.1 Darum Suchtprävention in der Schule!

Suchtprävention und Gesundheitsförderung sind zwei unterschiedliche Ansätze mit einem gemeinsamen Ziel, die mittlerweile in der Regel zusammen betrachtet werden.

Das Ziel der „Prävention“ ist klar an Krankheiten und abweichendem Verhalten sowie deren Vermeidung oder Risikominderung gekoppelt. Die „Gesundheitsförderung“ besitzt indessen den Ansatz auf die Förderung der personellen und sozialen Ressourcen für die Erhaltung der Gesundheit und möchte zum allgemeinen Wohlbefinden beitragen (Siebert und Hartmann 2007). Um jedoch wesentliche Ziele der Prävention zu erreichen, bedarf es der Ansätze der Gesundheitsförderung.

Man kann mit Blick auf die Diskussion zur Prävention in den letzten Jahren feststellen, dass Gesundheitsförderung die Präventionsidee ergänzt und eine logische Schlussfolgerung der praktischen Umsetzung der Prävention im Hinblick auf die Zielgruppen darstellt (ebd.). So ist der Ansatz der Primärprävention bzw. universellen Prävention, die Menschen zu erreichen, die bisher keine Krankheiten bzw. abweichendes Verhalten aufweisen und deren Schutzfaktoren zu verstärken. In diesem Zuge hat sich über die Aufklärung von Risiken hinaus im schulischen Setting schon seit der Mitte der 1990er Jahre die Lebenskompetenzförderung als Basis der Primärprävention allgemein durchgesetzt (etwa Bittlingmeyer und Hurrelmann 2005; Bühler 2004), die von der Idee her einen gesundheitsfördernden Ansatz darstellt.

Prävention will demnach mit den ergänzenden Ideen der Gesundheitsförderung Individuen und soziale Gruppen befähigen, Schutzfaktoren zu entwickeln, um ihre eigene Gesundheit selbst positiv beeinflussen zu können. Hierbei soll ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit ermöglicht werden. In diesem Zusammenhang ist es ebenfalls notwendig, die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren (Jordan et al. 2011).

Der gesundheitsfördernde Ansatz der Prävention, d.h. die positiven Aspekte der Gesundheitserhaltung gegenüber den negativen Konsequenzen des riskanten Verhaltens in den Vordergrund zu stellen, hat sich ebenfalls in der Präventionsarbeit durchgesetzt und

„Suchtprävention & Gesundheitsförderung“

- Die Gesundheitsförderung ist aus der Suchtprävention nicht mehr wegzudenken
- Suchtprävention soll das Risiko von Missbrauch und Abhängigkeit mindern und über die Förderung personeller und sozialer Ressourcen die Gesundheit erhalten und das allgemeine Wohlbefinden steigern.
- Suchtprävention ist universell ausgerichtet und erzeugt Schutzfaktoren (z.B.: positive Schulerfahrung, Selbstwirksamkeit, sozialen Zusammenhalt) bei den Kindern und Jugendlichen.
- Suchtprävention soll „gesundheitliche Ungleichheit“ reduzieren.
- Suchtprävention ist ressourcenorientiert ausgerichtet und stellt die Aspekte der Gesundheitserhaltung über die negativen Aspekte des riskanten Verhaltens.

kann sich auf die Bereitschaft, eine Verhaltensänderung in Betracht zu ziehen, positiv auswirken (Siebert und Hartmann 2007).

Gesundheitliche Ungleichheit als Herausforderung in der Präventionsarbeit

Den gesellschaftlichen Zusammenhalt über die Prävention zu fördern ist im Hinblick auf die gesellschaftliche Entwicklung ein notwendiger Bestandteil moderner Gesundheitsförderung.

In der Gesundheitsentwicklung in reichen Industrienationen, wie Deutschland, zeichnet sich eine Ungleichverteilung der Chancen für ein langes, gesundes Leben ab. Um dem entgegenzuwirken muss bei sozial benachteiligten und hierbei insbesondere bei bildungsfernen Gruppen ein gesundheitsförderliches Verhalten verstärkt werden. Allgemein kann eine präventive Strategie nur dann

erfolgreich sein, wenn die Chancen für ein langes, gesundes Leben für alle angeglichen werden und über Primärprävention bessere Lebensbedingungen geschaffen werden (Altgeld et al. 2006).

Bei differenzierter Betrachtung der Gesundheitsentwicklung in Deutschland nach sozialem Status, lässt sich in diesem Zusammenhang feststellen, dass die sozial benachteiligten Gruppen ein statistisch doppelt so hohes Risiko aufweisen, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben, als die besser situierten Bevölkerungsgruppen (ebd.).

Die Dimensionen der „gesundheitlichen Ungleichheit“ liegen hierbei im Gesundheitszustand, dem Gesundheitsverhalten sowie der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Soziale Benachteiligung bildet sich im Zusammenhang mit der Gesundheit über das Einkommen, das Bildungsniveau, die arbeitsweltbezogenen bzw. schulischen Einflüsse, die Arbeitslosigkeit und den Migrationshintergrund ab (Lampert et al. 2011).

Grundsätzlich hat sich gezeigt, dass die sozial benachteiligten Gruppen ein riskanteres Gesundheitsverhalten aufweisen, welches sich wiederum über eine insgesamt schlechtere Ernährung, zu wenig Bewegung sowie Tabak und riskanten Alkoholkonsum zeigt (Altgeld et al. 2006). Dieses Verhalten wird entscheidend in der Kindheit und den Jugendjahren geprägt (ebd.) und steht auch nach der GEDA-Studie 2009 (Robert Koch-Institut 2011) im engen Zusammenhang mit dem Bildungsabschluss. Riskante Verhaltensweisen, die schon im Jugendalter gezeigt werden, setzten sich demnach insbesondere bei den bildungsfernen Schichten im Erwachsenenalter fort (BMAS 2013). Zudem zeigen die bislang vorliegenden Studien laut des „Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS)“, dass die Menschen mit Migrationshintergrund unterproportional die Leistungen der Prävention und

„Gesundheitliche Ungleichheit als Herausforderung der Suchtprävention“

- Prävention ist ein wichtiges Instrument zur Förderung des sozialen Zusammenhalts.
- Prävention soll bessere Lebensbedingungen fördern.
- Sozial benachteiligte Gruppen zeigen ein deutlich höheres Gesundheitsrisiko (insbesondere bei niedrigem Bildungsniveau).
- Der Lebensraum „Schule“ ist als Setting der Suchtprävention und Gesundheitsförderung besonders gut geeignet, da alle Kinder und Jugendlichen, unabhängig von ihrem sozialen Status, erreicht werden können.

Gesundheitsförderung in Anspruch nehmen, indessen aber häufiger ein niedriges Bildungsniveau aufzeigen als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (ebd.).

Gesundheit und soziale Benachteiligung korrelieren demnach negativ. Es wird in diesem Zusammenhang deutlich, dass Prävention nur dann wirksam sein kann, wenn sie sich an die Lebenslage der Zielgruppen orientiert, die durch Einkommen, Status, Wohnort, Bildung, Beruf, Beziehungsnetze usw. definiert sind (Altgeld et al. 2006).

Ein Problemfeld der Prävention liegt jedoch darin, die benachteiligten Gruppen und Schichten auch tatsächlich erreichen zu können (Altgeld et al. 2006). Es ist gerade für sozial benachteiligte Eltern und Kinder wichtig, Zugang zu den Präventionsangeboten zu erhalten. Unspezifische Präventionsprojekte tragen hierbei nur wenig zur Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Chancengleichheit bei. In der Praxis verhält es sich so, dass insbesondere diejenigen, die die Präventionsangebote am wenigsten nötig haben diese weitaus häufiger nutzen (Hartung et al. 2011). Dieses Phänomen der schwierigen Erreichbarkeit der Bedürftigen wird in der Literatur als „Präventionsdilemma“ (Bittlingmeyer und Hurrelmann 2005: 178) oder „prevention paradox“ (WHO 2008: 107) bezeichnet und darf als große Herausforderung für jegliches Präventionsprogramm gesehen werden.

Um die Erreichbarkeit der unterversorgten Gruppen zu steigern, müssen die Settings der Präventionsangebote derart angelegt werden, als dass sie für die sozial benachteiligten Eltern, Kinder und Jugendlichen relativ gut erreichbar sind. In der Ottawa Charter (1986) heißt es: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“. Folglich müssen die Angebote und Maßnahmen in der konkreten Lebenswelt der Zielgruppen integriert werden (Jordan et al. 2011). Als besonders geeignetes Setting ist hier der Lebensraum Schule zu nennen.

In Bezug auf das gesundheitsgefährdende Verhalten ist zu beachten, dass dieses entscheidend in der Kindheit und den Jugendjahren geprägt wird und es besonders wichtig ist, mit den Präventionsmaßnahmen frühzeitig zu beginnen, um Gesundheitsressourcen aufzubauen, die für das spätere Gesundheits- und Krankheitsverhalten eine wichtige Rolle spielen (Altgeld et al. 2006). Des Weiteren ist die Prävention nicht nur punktuell, sondern vielmehr entwicklungsbegleitend über die gesamte Lebensspanne anzulegen. Auch vor diesem Hintergrund ist Schule der Ort, in dem alle jungen Menschen in Deutschland erreicht werden können und das über viele Jahre in einem besonders sensiblen Lebensabschnitt, der Jugendphase.

Wieso Suchtprävention in der Schule?

Es ist gerade für sozial benachteiligte Eltern und Kinder wichtig, Zugang zu den Präventionsangeboten zu erhalten. Über den Setting-Ansatz kann die Schule als geeignetes Setting für die Suchtprävention gewählt werden. Aufgrund der Schulpflicht können hier alle Kinder und Jugendlichen aus allen sozialen Schichten über einen längeren und zudem entwicklungsprägenden Zeitraum systematisch erreicht werden. Schulen eignen sich besonders als Setting für Prävention, da hier regelhaft Projekte bzw. Programme in die Bildungsarbeit integriert werden können. Wird Präventionsarbeit dabei über die gesamte Schulzeit systematisch angelegt, trägt dies dazu bei, im Sinne entwicklungsbegleitender Arbeit die Nachhaltigkeit der Präventionsbemühungen zu stärken. Zudem sind die präventiven Strategien in den Schulen direkt mit der lebensweltlichen Umgebung vernetzt, wo sie besonders erfolgreich sind (Bittlingmeyer und Hurrelmann 2005).

„Suchtprävention in der Schule“

- Schule ist ein sehr gut geeigneter Ort für Suchtprävention, insbesondere weil alle Kinder und Jugendlichen systematisch erreicht werden können.
- Suchtprävention kann im Lebensraum „Schule“ einen direkten Bezug zu der konkreten Lebenswelt der Kinder herstellen.
- Suchtprävention ist ein unverzichtbares Element der Schulentwicklung und ist insbesondere im Kontext von Gesundheitsförderung und Qualitätsentwicklung zu bearbeiten.
- Lebenskompetenzförderung als Basis der Suchtprävention verringert das Belastungspotenzial der Kinder und fördert den Sozialen Zusammenhalt.
- Lebenskompetenzförderung muss mit substanz- und verhaltensbezogenen Themen gekoppelt werden.
- Schülerinnen und Schülern müssen Bewältigungsstrategien an die Hand gegeben werden, sodass abweichendes Verhalten (z. B. Substanzmissbrauch) als (Schein-) Lösung für Probleme überflüssig wird.

Die Vorteile schulbezogener Präventionsansätze werden in der Politik gesehen und so verstehen die Kultusministerien die Gesundheitsförderung und Prävention als unverzichtbares Element der Schulentwicklung und fordern frühzeitige und lebenskompetenzfördernde Maßnahmen in den Schulen (KMK 2012). Dabei ist zu ergänzen, dass neben einem frühzeitigen Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebot eine systematische und regelmäßig aufeinander aufbauende Präventionsarbeit über die Wirkung und den Erfolg der Programme ganz wesentlich entscheidet. Hier seien beispielsweise die Ergebnisse zum Programm „Klasse2000“ angeführt, die belegen, dass eine kontinuierliche Arbeit im Programm über vier Jahre Grundschulzeit positive Auswirkungen hat. Beispielsweise wurde nachgewiesen, dass eine deutlich geringere Zahl an Schülerinnen und Schülern der Interventionsgruppe in der weiteren Schulzeit Alkohol trinkt und Tabak raucht. Lediglich punktuell angelegte Aktionen führen unter Umständen dazu, dass aufwendige Arbeiten seitens der Schulen nur verpuffen. Deshalb ist es wichtig, dass die Kultusministerkonferenz (KMK) derartige Forderungen länderübergreifend aufstellt und in den Bundesländern und Kommunen entsprechende Suchtpräventionsprogramme schulzeitbegleitend und schulformübergreifend realisiert und natürlich auch finanziert werden. Hier besteht derzeit Nachholbedarf!

Inhaltlich ist der Ansatz der Lebenskompetenzförderung als Basis der Suchtpräventionsarbeit zu sehen. In diesem wird davon ausgegangen, dass es bestimmter psychosozialer und interpersoneller Kompetenzen bedarf, um selbstbestimmt handeln zu können, Gruppenprozessen bzw. Gruppendruck standzuhalten oder soziale Beziehungen aufzubauen. Diese Kompetenzen wiederum tragen evidenzbasiert zur Verringerung des Belastungspotentials für Kinder und Jugendliche bei und fördern den sozialen Zusammenhalt. Auf diese Weise werden die Kinder und Jugendlichen aus benachteiligten Milieus besser ausgestattet, gesundheitsförderliche Handlungskompetenzen zu erwerben (Bittlingmeyer und Hurrelmann 2005). Da diese Maßnahmen alle Schülerinnen und Schülern gleichermaßen erreichen, können diejenigen, welche nicht über zielführende Bewältigungsstrategien verfügen, gefördert werden ohne bloßgestellt oder gar stigmatisiert zu werden. Diejenigen, die bereits über Lebenskompetenzen verfügen, werden zudem in ihrer Haltung gestärkt und über Teamübungen kann das Klassengefüge verbessert werden. Lebenskompetenzen sind hierbei Fertigkeiten, die es den Jugendlichen ermöglichen mit den Herausforderungen des alltäglichen Lebens effektiv und konstruktiv umzugehen, sich selbst kennen und mögen zu lernen und Empathie zu entwickeln (Bühler 2004). Weitere Aspekte, die in der Lebenskompetenzförderung vermittelt werden, sind das kritische und kreative Denken, Kommunikationsfähigkeit, die Fähigkeit gesunde Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Grundsätzlich sollen die Jugendlichen darin gefördert werden, ihre Entwicklungsaufgaben konstruktiv zu bewältigen.

Präventive Projekte und Programme sind nach wie vor wirksamer, wenn sie interaktiv konzipiert sind und soziale Einflüsse sowie Bewältigungsstrategien mit einbeziehen (Lehmkuhl 2003; Bühler 2009). Neben der Stärkung der sozialen Kompetenzen und der Förderung der Selbstwirksamkeit müssen speziell in der Suchtprävention zudem substanzspezifische Themen aufgegriffen werden (Bühler 2009). Es reicht nicht aus lediglich die Lebenskompetenzen zu stärken (das wäre Gesundheitsförderung) ohne gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen den Bezug zu den gesellschaftlichen und individuellen Risiken herzustellen (das ist Prävention). In den Angeboten der Suchtprävention sollte im Feld der stoffgebundenen Suchtformen zudem über die Substanzen, ihre Wirkungen und mögliche Folgen des Konsums informiert werden. Hierbei sollte differenziell entsprechend der Entwicklungstypen auf die Jugendlichen eingegangen werden. Das bedeutet konkret, frühzeitig, spätestens beim Übergang in das Jugendalter mit der Suchtprävention zu beginnen und die substanzbezogenen Themen mit den Entwicklungsaufgaben der Kinder und Jugendlichen in Verbindung zu bringen. Es muss den Schülerinnen und Schülern Bewältigungsstrategien an die Hand gegeben werden, sodass der Substanzmissbrauch als (Schein-)lösung überflüssig wird (Bühler 2004).

Fazit

Die Ausführungen machen deutlich, dass Prävention grundsätzlich davon ausgeht, dass nicht nur die Kinder und Jugendlichen, die sich bereits „gut“ entwickeln vor den gesellschaftlichen Gefahren und in der Suchtprävention speziell vor den Gefahren der legalen und illegalen Drogen sowie anderer abweichender Verhaltensweisen (etwa stoffungebundene Süchte), geschützt werden sollen. So hat sich in den letzten Jahren in der

Präventionsarbeit das kohäsive Moment darüber entwickelt, dass vermehrt über die Vermittlung von Lebenskompetenzen (life-skills) versucht wird nicht nur vor riskantem Verhalten zu schützen (WHO 2008), sondern auch denjenigen, die sich bereits riskant verhalten, Möglichkeiten an die Hand zu geben die Herausforderungen des Erwachsenwerdens und die teilweise nicht unerheblichen sozialen Probleme zu meistern.

„Durch ein stetes Ändern der systemischen Voraussetzungen ist das sich entwickelnde Individuum jederzeit durch ein Potential für Änderungen gekennzeichnet (Plastizität), was zu der optimistischen Annahme Anlass gibt, dass jede einzelne Person prinzipiell das Potential hat, sich erfolgreich zu entwickeln.“ (Weichold 2010: 1)

Hierbei kann Schule und speziell die schulische Suchtprävention einen wichtigen Beitrag leisten. Der Erfolg wird allerdings davon abhängen, inwiefern es gelingt, schulische Suchtprävention in das Schulleben und die übrige Bildungsarbeit zu integrieren. In Niedersachsen heißt es beispielsweise: „Im Qualitätsbereich „Schulkultur“ ist das Qualitätsmerkmal „Gesundheitsförderung im Schulalltag“ mit dem Unterpunkt „Drogenprävention“ explizit verankert“ (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit 2008). Die Frage ist aber, wie diese konzeptionelle Vorgabe in die Schulen mit ihren vielfältigen Aufgaben gelangt. Suchtprävention darf nicht als Zusatzarbeit in den Schulen empfunden werden.

In Delmenhorst soll dieses Ziel über ein allgemeines Suchtpräventionskonzept erreicht werden, dass in diesem Jahr 2015 verabschiedet werden soll. Dieses sieht vor, bereits erprobten landesweiten suchtpreventiven Projekte¹⁴ und das erprobte Suchtpräventionsprojekt „drop+hop“ in den Schulen zu systematisieren. Die damit erreichte strukturelle Verankerung der Suchtprävention ermöglicht es, Kooperationspartner, wie die Anonyme Drogenberatung, die Polizei und den erzieherischen Kinder- und Jugendschutz, d.h. die „AG Schule“ verlässlich in die schulische Suchtprävention einzubinden.

6.2 Riskanter Konsum in der Jugendphase

Nach wie vor ist Alkohol ein gesellschaftlich breit akzeptiertes und zu vielen Anlässen erwünschtes Rauschmittel, obwohl der übermäßige Konsum mit vielen Gefahren im Zusammenhang steht. Deshalb ist der maßvolle Umgang mit Alkohol als wichtige Entwicklungsaufgabe im Jugendalter aus Sicht der Prävention und Gesundheitsförderung von großer Bedeutung (Petermann & Helbig, 2008). Hierbei sollte Prävention möglichst früh beginnen, was auch über den alterskorrelierten Verlauf des Konsums deutlich wird und zielgruppenorientiert ausgerichtet sein, was sich in einer altersgerechten und geschlechtsspezifischen Ausrichtung der Angebote wiederfinden sollte (Bühler, 2009). Ein wesentliches Qualitätsmerkmal der Präventionsarbeit ist indessen die bedarfsgerechte Orientierung an den Zielgruppen.

Um ein Bild von dem aktuellen Stand und der Entwicklung des „Riskanten Konsums“ der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zu erhalten, werden jährlich repräsentative

¹⁴ Beispielsweise seien hier die Angebote in Niedersachsen angeführt:
<http://nls-online.de/home16/index.php/praevention>

Umfragen zur Jugendgesundheit und speziell zur Verbreitung und Verhaltensweisen der Jugendlichen bezogen auf Alkohol, Tabak und illegale Drogen durchgeführt. Die jährlichen Drogenaffinitätsstudien (BZgA, 2012), das Jahrbuch Sucht (BZgA, 2012) oder der Kinder- und Jugendsurvey KiGGS vom Robert Koch-Institut (Hölling et al., 2012) stellen als bundesweit repräsentative Studien für die Praxis der Jugendgesundheitsberichterstattung eine wichtige Datenbasis dar (Bucksch et al., 2012).

Über die Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie (BZgA, 2012), die seit 1973 den Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen untersucht, wissen wir, dass der Substanzgebrauch unter Kindern und Jugendlichen insgesamt zurückgeht. So ist der wöchentliche Konsum von Alkohol in der Alterskategorie der 12 – 17-jährigen im gesamten Beobachtungszeitraum rückläufig und auch der Tabakkonsum verzeichnet seit 2001 einen deutlichen und stetigen Rückgang. Der Cannabiskonsum, der in den 1990er Jahren in Mode war, zeigt ebenfalls wieder eine rückläufige Entwicklung. Dennoch sind die Zahlen aufgrund der immer noch bedeutsamen Dimensionen weiter bedenklich. Jeder siebte Jugendliche im Alter von 12 – 17 Jahren trinkt regelmäßig, d.h. wöchentlich, Alkohol und betreibt einmal im Monat Rauschtrinken (BZgA, 2012). Im Alter von 10 – 19 Jahren wurden 2012 in Deutschland aufgrund akuten Alkoholmissbrauchs 26.349 Kinder und Jugendliche stationär in einem Krankenhaus behandelt (Statistisches Bundesamt, 2013). Noch immer raucht jeder achte Jugendliche und ca. 5 % der 12 – 17-jährigen hat in dem letzten Jahr Cannabis konsumiert (BZgA, 2012). In Bezug auf die Qualitätsentwicklung kann die praktische Suchtprävention auf repräsentativen Daten zur Verbreitung und der Muster des Konsums von legalen und illegalen Drogen bei Kindern und Jugendlichen zurückgreifen, um die Präventionsangebote an den aktuellen Bedarfen zu entwickeln oder bestehende Konzepte anzupassen (etwa BZgA, 2012; DHS, 2012).

Über die Ergebnisse dieser Studien werden zudem die Bedarfe und zum Teil Effekte der Präventionsarbeit in Deutschland deutlich. Diese Studien sind repräsentativ für das gesamte Bundesgebiet, d.h. die Daten werden derart ausgewertet, als sie die Struktur der jugendlichen Bevölkerung im gesamten Bundesgebiet widerspiegeln. So wird insbesondere darauf geachtet, dass bei der Auswertung die Stichprobe dieselbe Verteilung etwa bezogen auf die Schulformen oder den Migrationshintergrund aufweist, wie in der Gesamtbevölkerung in Deutschland.

Jedoch sind diese Verteilungen in den einzelnen Bundesländern und Kommunen sehr unterschiedlich (siehe Kapitel 5.1). Zudem sind auch andere Faktoren, die einen möglichen Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum besitzen (etwa der Migrationshintergrund), in den einzelnen Regionen in Deutschland unterschiedlich repräsentiert (Statistisches Bundesamt, 2013).

Somit bilden die Bundesstudien die aktuelle Situation und damit die Präventionsbedarfe in den einzelnen Kommunen nur unscharf ab und liefern teilweise mehr Fragen als Antworten für eine bedarfsgerechte Präventionsarbeit in den jeweiligen Kommunen. Zudem können die Erfolge oder Misserfolge der regionalen Präventionsbemühungen nicht bewertet werden.

Um dieses Ziel zu gewährleisten bietet sich für die jeweiligen Kommunen an, über regelmäßige lokale Befragungen von Schülerinnen und Schülern, das regionale Konsumverhalten zu erheben, um die Inhalte und Schwerpunkte der Angebote an die

aktuellen Regionsspezifika anzupassen (Fietz, Tielking, 2013). So kann neben einer fortlaufenden theoretischen Fundierung der Präventionsangebote, die Präventionsarbeit systematisch empirisch abgesichert werden und bilden eine praxisorientierte Ergänzung zu den Ergebnissen der Repräsentativstudien (etwa BZgA, 2012, DHS, 2012, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012) zum Konsum unter Jugendlichen.

6.2.1 Risikogruppen

Um die Risikogruppen oder die einzelnen Kinder und Jugendlichen mit Risikopotential zu erreichen (selektive Prävention), müssen die Faktoren bekannt sein, die den „Riskanten Konsum“ der Kinder und Jugendlichen fördern oder diesem ursächlich zugrunde liegen.

Risikogruppen bei Substanzgebrauch im Kindes- und Jugendalter	
(i)	männliche Jugendliche sind gefährdeter (BZgA 2011, 2012, Donath et al., 2012, DHS, 2012).
(ii)	je jünger, desto riskanter ist der Konsum (Baumgärtner, 2013; Stolle et al., 2009;).
(iii)	Jugendliche ohne Migrationshintergrund sind gefährdeter (Baumgärtner, 2013; Fietz & Tielking, 2013; Robert Koch Institut, 2008).
(iv)	Jugendliche mit geringer Bildung sind gefährdeter (Baumgärtner, 2013; BZgA, 2012; Fietz & Tielking, 2013; Kuntz, 2010).
(v)	Jugendliche mit familiären Vorbelastungen sind gefährdeter (Farke et al., 2003).
(vi)	Jugendliche, deren Eltern riskante Alkoholkonsummuster aufweisen, sind gefährdeter (Stolle et al., 2009)
(vii)	Jugendliche, die als Bewältigungsstrategie für emotionale Probleme Alkohol trinken sind gefährdeter (vor allem bei weiblichen Jugendlichen) (Stolle et al., 2009).
(viii)	Jugendliche mit psychischen Krankheiten (etwa Depressionen, Phobien, u.a.) sind gefährdeter (Farke et al., 2003) ¹ .
(ix)	Jugendliche mit ausgeprägter Impulsivität und Neugier („sensation/novelty seeking“) sind gefährdeter (Stolle et al., 2009).

Als Risikofaktoren bezeichnet man im Allgemeinen alle im Bevölkerungsmaßstab empirisch gesicherten Vorläufer und Prädiktoren von organischen und psychosomatischen Krankheiten sowie psychischen oder Entwicklungsstörungen. Risikofaktoren sind hierbei verhaltens-, lebensweisen- sowie persönlichkeitsgebunden und abhängig von dem sozialen Umfeld (Franzkowiak, 2011b).

Weitere Faktoren sind das Alter, das Geschlecht, die familiäre Vorbelastungen, ein Migrationshintergrund und die Bildung sowie genetische oder organische Dispositionen, die in Bezug auf bestimmte Krankheiten oder Entwicklungsstörungen riskant ausgeprägt sein können (ebd.).

Folgende Ausprägungen der beschriebenen Faktoren werden häufig in negativen Zusammenhang zum „Riskanten Konsum“ von legalen und illegalen Drogen unter Jugendlichen gebracht. Die Risikofaktoren beziehen sich hierbei insbesondere auf den weit verbreiteten „Riskanten Konsum“ von Alkohol, lassen sich jedoch auf den Konsum von Cannabis und anderen psychoaktiven Substanzen übertragen.

- (i) Die Studien zum Konsumverhalten der Kinder und Jugendlichen (etwa BZgA, 2011, 2012; DHS, 2012; Donath et al., 2011) zeigen seit Beginn der Untersuchungen, dass die männlichen Jugendlichen eher zum Riskanten Konsum neigen als die Mädchen¹⁵ und sind in Bezug auf Suchtprävention die Hauptzielgruppe.
- (ii) Zudem ist es zum einen selbstverständlich und zum anderen evidenzbasiert, dass der Konsum von Drogen grundsätzlich für Kinder und Jugendliche, die sich im Wachstum befinden, schädlicher ist, als für Erwachsene (Stolle et al., 2009). Mit abnehmendem Alter steigt für Konsumenten die Gefahr im weiteren Verlauf des Lebens eine Substanzabhängigkeit zu entwickeln (ebd.). Eines der Kernziele der Suchtprävention ist somit, den Konsum in die höheren Altersklassen zu schieben.
- (iii) Bezogen auf die Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zeigte sich in der dreijährigen KIGGS-Studie ein weniger riskantes Verhalten in Bezug auf den Konsum von legalen und illegalen Drogen als unter den Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (Robert Koch Institut, 2008). Diese Ergebnisse wurden auch 2013 von den regionalen Schülerstudien „SCHULBUS“ (Hamburg, n = 1.013: Baumgärtner, 2013) und „Riskanter Konsum von Kindern und Jugendlichen“ (Delmenhorst, n = 1.715: Fietz & Tielking, 2013) bestätigt. Jedoch sind diese Ergebnisse irreführend. Die Gruppe der Migranten ist eine sehr heterogene Gruppe auch in Bezug auf den Konsum von Substanzen. So ist der Konsum von z. B. Alkohol in Russland oder Polen kulturell und gesellschaftlich etabliert und in vielen anderen Kulturen verboten, worauf auch die beiden Schülerstudien hinweisen. Die Suchtprävention sollte folglich lokal überprüfen und entscheiden, ob der Migrationshintergrund ein spezifisches Merkmal für den Konsum von legalen und illegalen Drogen ist und dahingehend ihre Angebote anpassen.
- (iv) Das Bildungsniveau der Jugendlichen steht nach wie vor im engen Zusammenhang zum riskanten Konsum von Tabak (BZgA, 2012; Kuntz, 2010), ist jedoch, bezogen auf den Konsum von Alkohol im gesamten Bundesgebiet, nicht signifikant (BZgA, 2012). Somit müssen, nach den Ergebnissen der Repräsentativstudien, die Ressourcen der Prävention bezogen auf den Tabak eher auf die Hauptschulen verlagert werden, in Bezug auf den Alkoholkonsum müssen nach den Bundesdaten

¹⁵ Im Jahr 2012 wies die Drogenaffinitätsstudie der BZgA zum ersten Mal einen häufigeren Konsum von Tabak unter den Mädchen als unter den Jungen auf. In Bezug auf Alkohol und illegalen Drogen weisen die Jungen nach wie vor ein riskanteres Verhalten auf (BZgA, 2012).

alle Schulformen gleichermaßen versorgt werden. Die regionalen Schülerstudien „SCHULBUS“ (Baumgärtner, 2013) und „Riskanter Konsum von Kindern und Jugendlichen“ (Fietz & Tielking, 2013) zeigen dagegen deutliche Unterschiede des Riskanten Konsums in Bezug auf die Schulform.

- (v) Wie bereits erwähnt, ist das riskante Verhalten unter Jugendlichen ein wesentlicher und wichtiger Teil der Entwicklung. Jedoch ist es genauso wesentlich und wichtig, dass dieses Verhalten mit der Übernahme von Erwachsenenrollen abgelegt wird (Habermas, 2002; Stolle et al., 2009). Sind die Jugendlichen jedoch psychosozial vorbelastet, werden das riskante Verhalten und damit der riskante Konsum häufig nicht abgelegt.
- (vi) Hierbei sind die Vorbelastungen häufig im familiären Kontext zu finden, wie Suchtbelastung oder riskanter Konsummuster der Eltern, strukturelle Familienstörungen oder sexueller Missbrauch (Lehmkuhl, 2003).
- (vii) Es wird davon ausgegangen, dass aufgrund dieser frühen Interaktionsstörungen, die Jugendlichen später nicht mehr in der Lage sind für soziale Problemsituationen angemessene Bewältigungsstrategien zu entwickeln (Stolle et al., 2009).
- (viii) Bei Jugendlichen mit emotionalen psychischen Krankheiten, wie Depressiven Störungen, Angststörungen und Phobien, Essstörungen sowie posttraumatischen Belastungsstörungen wird eine erhöhte Komorbidität mit Alkohol festgestellt (Farke, Graß, & Hurrelmann, 2003).
- (ix) Zudem sind die Jugendlichen aufgrund ihrer fehlenden Impulskontrolle häufig selbst Auslöser für soziale Konflikte, die sie wiederum nicht bewältigen können. „Diese ungenügenden sozialen Kompetenzen begünstigen ebenfalls späteres Suchtverhalten“ (Lehmkuhl, 2003, S. 34). So kann die erhöhte Impulsivität und Neugier („sensation/novelty seeking“) entweder bei niedriger Selbstkontrolle und/oder bei eigener Delinquenz und devianten Freunden den riskanten Konsum von Alkohol begünstigen (Stolle et al., 2009).

In der Präventionsarbeit werden die sich aus den genannten Risikofaktoren ergebenden Risikogruppen differenziert betrachtet, um die Angebote bedarfsgerecht und zielgruppenorientiert auszurichten. Hierbei muss jedoch bedacht werden, dass Kinder und Jugendliche, die den Risikogruppen zugeordnet werden können, nicht per se gefährdeter sind als andere Kinder und Jugendliche. Es ist lediglich die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie riskantes Verhalten zeigen. So sind eine niedrige Bildung oder das männliche Geschlecht niemals die Gründe für riskanten Konsum, sondern beschreiben lediglich die Gruppen, in denen die tatsächlichen psychologischen Gründe, sich riskant zu Verhalten, häufiger vorkommen. Die festgestellten Risikofaktoren des „Riskanten Konsums“ unter Kindern und Jugendlichen sind unveränderliche Merkmale, auf die jedoch bedarfsgerecht eingegangen werden kann.

Da Suchtprävention kein therapeutisches Werkzeug ist und auch nicht sein soll, liegen die Ziele in der Reduktion des Einflusses der spezifischen Risikofaktoren für riskantes Verhalten und auf der Förderung von Schutzfaktoren (Weichold, Bühler, & Silbereisen, 2008).

Um die Jugendlichen mit psychosozialen Vorbelastungen in einem positiven Verlauf ihrer Entwicklung zu fördern und zu begleiten, gilt es den Jugendlichen Möglichkeiten

aufzuzeigen, wie sie ihre emotionale Belastung konstruktiv ausdrücken können, um Empathie und Unterstützung durch Freunde oder Erwachsene zu erfahren. Diese Möglichkeiten und die Förderung weiterer Lebenskompetenzen (life-skills-approach) sollten somit grundsätzlich die Basis von Suchtprävention bilden, nicht ohne auf den Suchtbezug zu verzichten.

Dieses vorgestellte Verständnis und die damit verbundene Akzeptanz des Riskanten Konsums von Jugendlichen, kann ein offenes Gespräch mit der Zielgruppe fördern und bezieht folgende Strategien und Ziele ein.

Über regelmäßige Untersuchungen sollten im Sinne der Zielgruppenorientierung regelmäßig die Risikogruppen identifiziert werden und die kommunalen Bedarfe ermittelt werden. Um dieses Ziel zu gewährleisten bietet es sich für die jeweiligen Kommunen an, über regelmäßige lokale Befragungen von Schülerinnen und Schülern¹⁶, Daten zum regionalen Konsumverhalten und den Einstellungen der Kinder und Jugendlichen zu erheben, um die Inhalte und Schwerpunkte der Angebote an die aktuellen Regionsspezifika anzupassen. Neben der bedarfsgerechten Angebotsstruktur können über die Ergebnisse zu den Konsummustern der Kinder und Jugendlichen die Inhalte der Präventionsangebote angepasst werden. Zudem können die Ergebnisse regionalen Untersuchungen einen direkten Zugang zu den Schülerinnen und Schülern erzeugen. Der auf diese Weise hergestellte Bezug zu der Zielgruppe macht neugierig und kann eine tiefe Auseinandersetzung mit dem Thema „Riskanter Konsum“ fördern (Fietz & Tielking, 2013).

¹⁶ wie etwa „SCHULBUS“ (Baumgärtner, 2013) oder „Riskanter Konsum von Kindern und Jugendlichen“ (Fietz & Tielking, 2013)

6.2.2 Entwicklungsaufgaben und Konsum

Gestützt durch die Erfahrungen und Erlebnisse, auch aus der pädagogischen Praxis, werden die Jugendlichen häufig als eine von Krisen und Risiken gekennzeichnete „Entwicklungsgruppe“ wahrgenommen (Niebaum, 2002). So sind das Risikoverhalten und damit der „Riskante Konsum“ von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen von Kindern und

Entwicklungsaufgaben	Mögliche Funktionen des Substanzkonsums
<i>Katalysatormodell: Unterstützung der Lösung von Entwicklungsaufgaben</i>	
Wissen, wer man ist und was man will; Identität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausdruck persönlichen Stils ▪ Suche nach grenzüberschreitenden, bewusstseinsweiternden Erfahrungen und Erlebnissen
Aufbau von Freundschaften; Aufnahme intimer Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erleichterung des Zugangs zu Peergruppen ▪ Exzessiv-ritualisiertes Verhalten ▪ Kontaktaufnahme mit gegengeschlechtlichen Peers
Individuation von den Eltern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unabhängigkeit von Eltern demonstrieren ▪ Bewusste Verletzung elterlicher Kontrolle
Lebensgestaltung, -planung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teilhabe an subkulturellem Lebensstil ▪ Spaß haben und Genießen
Eigenes Wertesystem entwickeln	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gewollte Normverletzung ▪ Ausdruck sozialen Protests
<i>Überforderungsmodell: Bewältigung von Entwicklungsstress</i>	
Entwicklungsprobleme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ersatzziel ▪ Kompensation von Fehlschlägen ▪ Stress- und Gefühlsbewältigung (Notfallreaktion)

Jugendlichen, für viele Erwachsene unverständlich und beunruhigend.

Die Jugendphase ist geprägt von biologischen, emotionalen, sozialen und kognitiven Reifungsprozessen, die gegenüber früherer oder späterer Lebensphasen mit einer erhöhten Neugier, Impulsivität und Risikobereitschaft einhergehen. Zudem nimmt der sozioemotionale Einfluss von Gleichaltrigen, den sog. „peers“, eine wesentliche Rolle in Bezug auf die Risikobereitschaft der Einzelnen ein (ebd.). Nur bei wenigen ist Riskantes Verhalten im Rahmen eines lebenslang anhaltenden Problemverhaltens zu verstehen (etwa Bühler, 2004; Stolle et al., 2009). Gerade deshalb ist der (Probier-)Konsum von Drogen als besondere Form des Risikoverhaltens in der Jugendphase zu verstehen.

Jugendliche haben Entwicklungsaufgaben zu erfüllen, die sich im Wechselspiel von körperlichem Wachstum, gesellschaftlichen Erwartungen und eigenen Zielsetzungen darstellen. Bei dieser Aufgabe kann der Substanzgebrauch einen instrumentellen Wert einnehmen. So kann der Konsum von Alkohol oder Tabak den Kontakt zu Peergruppen oder

möglichen Partnern erleichtern (Stolle et al., 2009). Der Konsum von illegalen, in der Gesellschaft weniger akzeptierten, Drogen kann eine bewusste Verletzung elterlicher Kontrolle demonstrieren (Bühler, 2004) und scheint damit die Ablösung von den Eltern zu unterstützen (Stolle et al., 2009). Haben die Jugendlichen anhaltende Schwierigkeiten bei der Bearbeitung ihrer Entwicklungsaufgaben, ermöglichen psychoaktive Substanzen der aktiven Problemlösung aus dem Weg zu gehen, indem die Belastungen (scheinbar) erträglicher werden oder der Substanzkonsum zum Ersatzziel wird. Somit wird der Substanzkonsum unter Jugendlichen zu einem multifunktionalen Risikoverhalten (ebd.).

In der folgenden Tabelle sind potentielle Funktionen des Substanzkonsums den jugendlichen Entwicklungsaufgaben bzw. Entwicklungsproblemen gegenübergestellt.

Der Substanzgebrauch als multifunktionales Werkzeug zur Bewältigung der Entwicklungsaufgaben wird durch Studien bestätigt (Bühler, 2004). Hierbei wird dem Alkoholkonsum von den Jugendlichen eine soziale Funktion zugeschrieben. Illegaler Drogenkonsum dient insbesondere dem Ausdruck von explorativem Verhalten, nimmt aber auch häufig eine stimmungsregulierende oder ebenfalls eine soziale Funktion ein (Weichold et al., 2008). Über die subjektive Sichtweise der Jugendlichen hinaus zeigt eine andere Studie (Reese & Silbereisen, 2001), dass Jugendliche mit vergleichsweise exzessiverem Substanzgebrauch legaler Drogen über die Jahrgangsstufen sieben bis zehn ihre Peerkontakte stärker intensivierten und über ein stärkeres Zusammengehörigkeitsgefühl in der Freundesgruppe berichteten als diejenigen mit weniger ausgeprägtem Substanzgebrauch legaler Drogen. Zudem berichteten sie von einem vergleichsweise höheren Status innerhalb ihrer Peergroup und hatten durchschnittlich mehr Partnerschaften in dem gemessenen Zeitraum (Reese & Silbereisen, 2001). Es zeigt sich zudem, dass diejenigen, die keine besonderen psychischen oder psychosozialen Beeinträchtigungen mit sich bringen¹⁷, mit hoher Wahrscheinlichkeit den problematischen Alkohol- bzw. Substanzgebrauch mit der Übernahme von Erwachsenenrollen wieder ablegen („maturing out“) (etwa Habermas, 2002; Stolle et al., 2009). Für die Mehrheit der Jugendlichen macht der Substanzgebrauch also Sinn und geht mit der Lösung von Entwicklungsaufgaben (Reese & Silbereisen, 2001) und der Überwindung des Missverhältnisses zwischen körperlicher und sozialer Reife einher (Moffit, 1993).

Hinsichtlich der Entwicklungsbedingungen und der kulturellen Akzeptanz von legalen Drogen in unserer Gesellschaft muss also zwischen Gebrauch und Missbrauch, insbesondere von Alkohol, unterschieden werden. Missbrauch bedeutet indessen, dass neben körperlichen und psychischen Schädigungen und Beeinträchtigungen der psychosozialen Anpassung, erhebliche Probleme in der Familie, in der Schule oder mit dem Gesetz auf den häufigen und exzessiven Gebrauch von Substanzen zurückzuführen sind, was sicherlich auch aus der Sicht der Jugendlichen keinen Sinn macht.

Im Hinblick darauf, dass die legalen Drogen kulturell und sozial in unserer Gesellschaft verwurzelt sind, ist es nicht zielführend, den Jugendlichen mit erhobenem Zeigefinger zu untersagen, ihre Erfahrungen zu machen. So ist es aus Sicht der Prävention akzeptabel,

¹⁷ Ein Fünftel aller Kinder in Deutschland wächst mit erheblichen psychosozialen Belastungen auf. Für ein Viertel dieser Kinder besteht ein hohes Risiko, im Verlauf ihrer Entwicklung psychosoziale Beeinträchtigungen zu erleiden (Hartung et al., 2011).

dass Jugendliche in tolerierten Situationen mäßig Alkohol konsumieren. Auftrag der Prävention ist es, sie dabei zu begleiten und zu unterstützen, sodass dieser Konsum möglichst wenig negative Konsequenzen für die Gesundheit, die psychosoziale Entwicklung, die Bildung, die Arbeit oder die öffentliche Ordnung hat. Grundsätzlich nicht akzeptiert wird der illegale Konsum, sei es von illegalen Drogen oder sei es Konsum von legalen Drogen unter der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze.

Das Durchschnittsalter der Jugendlichen, die schon einmal Alkohol getrunken haben, liegt in Deutschland bei 14,5 Jahren, also in einem Alter, in dem der Konsum von Alkohol nach dem Jugendschutzgesetz noch nicht gestattet ist (BZgA, 2012). In diesem Zusammenhang ist ein bekanntes Folgeproblem, dass bei einem frühen gesundheitsriskanten Alkoholkonsum die Wahrscheinlichkeit steigt, eine alkoholbezogene Erkrankung im späteren Verlauf zu erleiden (Stolle et al., 2009). Zudem steht insbesondere der frühe Beginn des Rauschkonsums mit späterem problematischem sozialem Verhalten in Zusammenhang (DHS, 2012).

Die Daten und Fakten bzgl. des Konsums der Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind weiterhin besorgniserregend. Bezogen auf die letzten 30 Tage hat sich zwar unter den 12- bis 15-jährigen der Rauschkonsum seit 2004 halbiert (männliche: 13,8 % auf 6,7 %; weibliche: von 11,8 % auf 4,5 %), jedoch betreiben nach wie vor hohe Anteile von 45,0 % (52,3 %, 2004) der männlichen und 22,2 % (33,0 %, 2004) der weiblichen Jugendlichen im Alter von 16 und 17 Jahren mindestens monatlich Rauschtrinken¹⁸ (BZgA, 2012). Bezogen auf Delmenhorst wissen wir, dass von denjenigen, die mindestens ab und zu Alkohol konsumieren, über die Hälfte (55 %) mindestens einmal pro Monat binge-drinking (Rauschtrinken) betreibt. Zudem betreibt jeder fünfte dieser Gruppe (21 %) „häufiges Rauschtrinken“ (mindestens einmal in der Woche). Ebenfalls ein Fünftel (18 %) tut dies nie (Fietz et al., 2013).

Es zeigen sich also der Bedarf und die Notwendigkeit entwicklungsorientierter Prävention, auch wenn bei den meisten Jugendlichen die psychosoziale Entwicklung nicht durch den Substanzgebrauch beeinträchtigt wird. Zum einen existiert die Gruppe der Jugendlichen, die missbräuchlich konsumieren und zum anderen gibt es weitere Gefahren, die durch Substanzgebrauch begünstigt oder gar erzeugt werden können. Der Begriff des „Riskanten Konsums“ bezieht somit Risiken ein, die über die körperliche Schädigung durch Substanzen oder die Beeinträchtigung der Persönlichkeitsentwicklung hinausgehen.

¹⁸ Rauschtrinken ist hier mit dem „binge drinking“ gleichzusetzen.

7 Empirische Fundierung¹⁹

Im Vergleich zu den Daten der Drogenaffinitätsstudie der BZgA (2012) bezüglich der Verbreitung von Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum unter den 12 – 17-jährigen in Deutschland zeigen sich zum Teil deutliche Unterschiede zu den Ergebnissen der Delmenhorster Untersuchung. So findet der Erstkonsum von Alkohol mit 13,1 Jahren und von Tabak mit 12,8 Jahren in Delmenhorst knapp ein Jahr eher statt als im Bundesschnitt. Dennoch zeigt die zweite Delmenhorster Schülerstudie von 2013 im Vergleich zu der Delmenhorster Erhebung von 2008 eine deutliche Verschiebung des Einstiegsalters in die höheren Altersklassen. Während 2008 im Alter von 13 Jahren bereits zwei Drittel der Kinder Erfahrungen mit Alkohol gemacht hatte, gaben dies 2012 lediglich ein Drittel der Kinder an.

Interessanter Weise zeigt sich der regelmäßige Alkoholkonsum seltener als im Bundesschnitt, während das Rauschtrinken wiederum vergleichsweise häufig vorkommt. Insbesondere zeigen sich an dieser Stelle die Delmenhorster Mädchen als spezifische Zielgruppe für die Prävention, die bezogen auf das monatliche Rauschtrinken ein Drittel über dem Bundesschnitt liegen. Das häufige Rauschtrinken, d.h. mindestens wöchentlich, wird von den Delmenhorster Jugendlichen doppelt so häufig angegeben wie von den Befragten der Bundesstudie. Im Vergleich zu der Delmenhorster Erhebung von 2008 ist auch das „Erste Rauschtrinken“ in die höheren Altersklassen gewandert und zudem bis zum 18. Lebensjahr deutlich weniger verbreitet.

Das Rauschtrinken wird in Delmenhorst an den Haupt- und Realschulen doppelt so häufig angegeben wie an den anderen Schulformen²⁰. Zudem zeigen sich die Jungen, wie im Bundesschnitt, als Risikogruppe. Auch die psychosoziale Belastung als Risikofaktor wird über die Ergebnisse der dritten Delmenhorster Untersuchung bestätigt. Die „Stimmung zu Hause“ und die „Belastungen und Leistungen in der Schule“ zeigen einen engen Zusammenhang zur Häufigkeit und Intensität des Alkoholkonsums. Dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund weniger häufig von Riskantem Konsum betroffen sind, zeigt sich in Delmenhorst lediglich tendenziell. Ein Zusammenhang zu dem Status der Eltern (beide Eltern zu Hause oder nicht) hat sich nicht gezeigt.

In Bezug zu den Kindern und Jugendlichen, die noch keinen Alkohol kaufen dürfen, zeigt sich nach wie vor, dass der Alkohol vorrangig aus dem eigenen Elternhaus besorgt wird. Ein Drittel der Jugendlichen, die Alkohol trinken und unter 16 Jahren alt sind, bekommt den Alkohol sogar im Einverständnis der Eltern²¹. Alkohol zu kaufen, ist für die unter 16-jährigen Jungen, aufgrund der verschärften Jugendschutzkontrollen (z. B. Testkäufe durch die Polizei) in Delmenhorst, schwieriger geworden als noch 2008, während sich die Mädchen den Alkohol in der Regel nicht selbst besorgen.

¹⁹ Die komplette 2. Delmenhorster Schülerstudie ist unter <http://www.riskanter-konsum.de> als pdf verfügbar.

²⁰ In Delmenhorst sind die Haupt- und Realschulen gegenüber den anderen Schulformen im Vergleich zum Bundeschnitt überrepräsentiert. Da der „Riskante Konsum“ mit der Schulform korreliert, erklären sich die vergleichsweise hohen Zahlen im Vergleich zu den Bundesdaten.

²¹ Eltern mit Migrationshintergrund sind deutlich seltener bereit ihren Kindern unter 16 Jahren Alkohol zu geben (siehe 2. Delmenhorster Schülerstudie: <http://www.riskanter-konsum.de>).

Zwei Drittel der Schülerinnen und Schüler, unabhängig davon, ob sie Alkohol trinken oder nicht, schreiben dem Alkoholkonsum eine große gesundheitliche Gefahr zu. Dennoch ist der Alkoholkonsum unter den Jugendlichen breit akzeptiert und für viele der 12 – 17-jährigen aus ihrem Leben nicht wegzudenken. Insbesondere unter den Jungen können sich viele eine Party ohne Alkohol gar nicht vorstellen. Über ein Viertel trinkt bereits bevor sie zu einer Party aufbrechen (Vortrinken, Vorglühen). So ist es nicht verwunderlich, dass fast die Hälfte aller Befragten der Meinung ist, dass Alkohol zum Feiern dazu gehört. Die gesellschaftliche Akzeptanz von Alkoholkonsum wird auch darüber deutlich, dass knapp ein Drittel derjenigen, die keinen Alkohol trinken, als Grund für ihre Abstinenz angeben, zu jung zu sein oder weil die Eltern es verbieten. In Bezug auf den Alkoholkonsum spielt der Gruppendruck eine wesentliche Rolle. Häufig wird nur getrunken, weil es die anderen auch tun. Der Gruppendruck scheint hierbei subtil zu wirken, da fast alle Befragten davon überzeugt sind, dass eine steigende Anerkennung in der Gruppe oder das Gefühl „cool“ zu sein, keinen Zusammenhang mit ihrem Konsum habe.

Geburtstage und Silvester sind die Hauptanlässe für die Jugendlichen, Alkohol zu trinken. Alkohol im Rahmen der Familie - Silvester oder bei Familienfeiern - wird bedenklich häufig von den unter 16-jährigen angegeben. Alkohol in Verbindung mit Sport- und anderen Vereinen zeigt sich in Delmenhorst nicht als Problemfeld. Dass ein Viertel der konsumierenden Jugendlichen angibt auch mal alleine Alkohol zu trinken, ist als bedenklich einzustufen, insbesondere in dem Zusammenhang, dass auch Stress und Traurigkeit als Grund für Alkoholkonsum angegeben wird.

Interessanter Weise schätzt jeder sechste Konsumierende seinen Konsum als „zu viel“ ein, wobei nur jeder zehnte angibt, in drei Jahren weniger zu trinken. Zudem möchte über ein Drittel der regelmäßig Konsumierenden sein Verhalten nicht ändern. In den Ferien wird häufiger getrunken als in der Schulzeit.

In Bezug auf den Tabakkonsum in Delmenhorst zeigen sich bezogen auf diejenigen, die mal probiert haben, keine Unterschiede zu den Bundesdaten. Jedoch geben mit 13,4 % die Delmenhorster Kinder und Jugendlichen in der untersuchten Altersklasse deutlich häufiger an, täglich zu rauchen, als für ganz Deutschland ermittelt wurde (5,2 %). Während im Bundesschnitt das erste Mal seit dem Beginn der Erhebungen 1973 mehr Mädchen rauchen als Jungen, sind in Delmenhorst weiterhin die Jungen stärker betroffen.

Im Vergleich zu 2008 ist der Tabakkonsum deutlich in die höheren Altersklassen gewandert. Ein Drittel der 13-jährigen hatte 2008 angegeben, schon einmal geraucht zu haben. 2012 hat nur noch die Hälfte (14,5%) in dieser Altersklasse Erfahrungen mit Tabakkonsum gemacht. Insgesamt liegen die Zahlen 2012 in den Altersklassen bis 16 Jahren deutlich unter den Ergebnissen von 2008, wobei mit 17 Jahren, mit knapp zwei Dritteln der Jugendlichen, genauso viele Jugendliche Tabak probiert haben, wie 2008. Genau wie der Alkoholkonsum, ist auch der Tabakkonsum an den Haupt- und Realschulen deutlich stärker verbreitet als an den anderen Schulformen. Im Gegensatz zu der Verteilung des Alkoholkonsums, ist der Tabakkonsum unter den Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund stärker verbreitet, als unter denjenigen, deren Eltern beide in Deutschland geboren sind.

Der Unterschied zwischen den Ergebnissen von lokalen Untersuchungen und Repräsentativdaten für Deutschland verdeutlicht sich insbesondere in der vorliegenden Untersuchung im Bereich des Cannabiskonsums. In Delmenhorst liegt das durchschnittliche Alter, in dem die Jugendlichen, die Cannabis konsumieren, das erste Mal „gekiff“ haben bei 14,4 Jahren. Im Bundesschnitt lag 2011 der Erstkonsum von Cannabis bei 16,4 Jahren. Bei den Indikatoren der Lebenszeitprävalenz, der 12-Monats-Prävalenz und der 30-Tage-Prävalenz, also bei denjenigen, die überhaupt schon mal, in dem letzten Jahr oder in den letzten 30-Tagen vor der Erhebung Cannabis konsumiert haben, liegen die Delmenhorster Zahlen in doppelter Höhe über dem Bundesschnitt, jedoch unter den Angaben von 2008. Diejenigen, die in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung konsumiert haben sind in Delmenhorst an den Haupt- und Förderschulen deutlich überrepräsentiert. Zudem ist der Cannabiskonsum unter den Jugendlichen mit Migrationshintergrund stärker verbreitet als bei denjenigen, deren Eltern beide in Deutschland geboren sind. Unter den 17-jährigen Jugendlichen hat knapp ein Drittel bereits Erfahrungen mit Cannabiskonsum und kiff jeder siebte/jede siebte kiff regelmäßig mindestens einmal im Monat. Bemerkenswerter Weise gibt es beim regelmäßigen Konsum keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

In Bezug auf die Zufriedenheit und die Belastungen der Befragten zeigt sich, dass neun von zehn Schülerinnen und Schüler unabhängig von Geschlecht, vom Alter, vom Migrationshintergrund oder der besuchten Schulform zufrieden mit ihrem Leben sind. Bei der Zufriedenheit mit den Schulleistungen zeigen sich Unterschiede. So sind die Mädchen eher zufriedener als die Jungen und die Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund eher unzufriedener als diejenigen, deren Eltern beide in Deutschland geboren sind. Zudem zeigt sich, dass die Zufriedenheit mit den Schulleistungen mit steigendem Alter abnimmt. Die geringste Zufriedenheit wird an den Realschulen angegeben.

Über zwei Drittel der Befragten empfindet die Schule eher nicht als Belastung und nur sehr wenige geben eine „starke Belastung“ durch die Schule an. Die geringste Belastung wird an den Hauptschulen wahrgenommen, wobei die Gymnasiasten die Belastung am stärksten empfinden.

Fast drei Viertel der Befragten gibt eine gute Stimmung zu Hause für die letzten 30 Tage vor der Befragung an. Die gute Stimmung sinkt aber mit dem Alter. Mit 17 Jahren geben noch zwei Drittel eine gute Stimmung an.

8 Literaturverzeichnis

- Altgeld, T., Geene, R., Glaeske, G., Kolip, P., Rosenbrock, R., & Trojan, A. (2006). *Prävention und Gesundheitsförderung*. Bonn: Friedrich Ebert Stiftung.
- Anonyme Drogenberatung Delmenhorst. (2013). *Jahresbericht 2013*. Delmenhorst.
- Baumgärtner, T. (2013). *Die Verbreitung des Suchtmittelkonsums unter Jugendlichen in Hamburg 2004 bis 2012: Ausgewählte Ergebnisse der SCHULBUS-Untersuchung*. Hamburg: <http://www.sucht-hamburg.de/upload/docs/456.pdf> [09.10.2013].
- Bittlingmeyer, U., & Hurrelmann, K. (2005). Präventionsstrategien für sozial Benachteiligte: das Beispiel der schulischen Suchtprävention und Skillförderung. In W. Kirch, & B. Badura, *Prävention: Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses* (S. 173-192). Dresden: Springer.
- Bühler, A. (2004). *No risk - no development!? Normative und problematische Entwicklungen jugendlichen Risikoverhaltens*. Abgerufen am 13. August 2012 von IFT Institut für Therapieforschung, München: http://www.lwl.org/ks-download/downloads/fwb/23_JTG_Buehler_text.pdf
- Bühler, A. (2009). Was wirkt in der Suchtprävention? *Dtsch Med Wochenschr*, 134, S. 2388-2391.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). (2013). *Lebenslagen in Deutschland: Der vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Berlin.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2012). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2012). *Jahrbuch Sucht 2012*. Lengerich: Pabst.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2012). *Drogen- und Suchtbericht - Mai 2012*. Berlin.
- Donath, C., Gräßel, E., Baier, D., Pfeiffer, C., Karagülle, D., Bleich, S., et al. (2011). Alcohol consumption and binge drinking in adolescents: comparison of different migration backgrounds and rural vs. urban residence - a representative study. *BMC Public Health*, 11 (84).
- Farke, W., Graß, H., & Hurrelmann, K. (2003). *Drogen bei Kindern und Jugendlichen: Legale und illegale Substanzen in der ärztlichen Praxis*. Stuttgart: Thieme.
- Fietz, H., Tielking, K., & Aktionsbündnis "Riskanter Konsum" (Hrsg.). (2013). *Riskanter Konsum von Jugendlichen: Ein Thema in Kommunen. Ergebnisse der 2. Delmenhorster Schülerstudie zum Alkohol-, Tabak- und PC-Konsum*. Delmenhorst und Emden: Hochschule Emden/Leer.
- Franzkowiak, P. (2011b). Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 479-486). Köln.

- Habermas, T. (2002). Substanzmissbrauch und Ess-Störungen. In R. Oerter, & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 847*848). Weinheim: Beltz.
- HBSC-Team Deutschland. (2012). *Studie Health Behaviour in School-aged Children - Faktenblatt "Methodik der HBSC-Studie"*. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.
- Hölling, H., Schlack, R., Kamtsiuris, P., Butschalowski, H., Schlaud, M., & Kurth, B. (Juni/Juli 2012). Die KiGGS-Studie - Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, S. 836-842.
- Jordan, S., von der Lippe, E., & Hagen, C. (2011). Verhaltenspräventive Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung. In Robert Koch-Institut, *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2009" (GEDA)* (S. 23-34). Berlin: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- Kraus et al. (2012). *Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen*. München: IFT - Institut für Thearpieforschung München.
- Lampert, T., Kroll, L., Kuntz, B., & Ziese, T. (2011). Gesundheitliche Ungleichheit. In Statistisches Bundesamt, *Datenreport 2011. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland* (S. 247-258). Bonn: Robert Koch Institut.
- Lehmkuhl, G. (2003). Indikatoren der Suchtgefährdung bei Jugendlichen - Hinweise zur Anamnese und Diagnose. In W. Farke, H. Graß, & K. Hurrelmann, *Drogen bei Kindern und Jugendlichen: Legale und illegale Substanzen in der ärztlichen Praxis* (S. 30-37). Stuttgart: Thieme.
- Moffit, T. (1993). Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, S. 674-701.
- Petermann, F., & Helbig, S. (2008). Entwicklungsaufgabe "Substanzgebrauch": Bewältigungskompetenzen und Ressourcenförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Sucht Aktuell*(2), S. 14-19.
- Reese, A., & Silbereisen, R. (2001). Substanzgebrauch Jugendlicher: Illegale Drogen und Alkohol. In J. Raithel, *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher* (S. 131-153). Opladen: Leske + Budrich.
- Robert Koch Institut. (2008). *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiKKS) 2003 - 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Berlin: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- Sekretariat der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK). (2012). *Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in*

der Schule: Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012.
Kultusministerkonferenz.

- Siebert, D., & Hartmann, T. (02. Dezember 2007). *Basiswissen Gesundheitsförderung: Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung*. Abgerufen am 26. Mai 2013 von www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de: http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B2_Rahmenbedingungen/B2_Basiswissen_GF_Rahmenbedingungen_GF.pdf
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (31. Dezember 2013). *www.destatis.de*. Abgerufen am 20. Juni 2014 von Zahlen & Fakten. Gesellschaft & Staats. Bevölkerung. Migration & Integration. Ausländische Bevölkerung: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/AuslaendischeBevolkerung/Tabellen/Bundeslaender.html>
- Statistisches Bundesamt. (5. Februar 2013). Diagnose Alkoholmissbrauch: 2011 wieder mehr Kinder und Jugendliche stationär behandelt. *Pressemitteilung vom 5. Februar 2013 - 44/13*.
- Stolle et al. (8. Mai 2009). Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 106, 19, S. 323-328.
- Weichold, K., Bühler, A., & Silbereisen, R. (2008). Konsum von Alkohol und illegalen Drogen über die Lebensspanne. In R. Silbereisen, & M. Hasselhorn, *Enzyklopädie Psychologie, Serie V (Entwicklung) Band 5 Entwicklungspsychologie des Jugendalters* (S. 537-586). Göttingen: Hogrefe.
- World Health Organization (WHO). (2008). *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.