

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir allen danken, die zur Entstehung dieser Arbeit beigetragen haben.

An erster Stelle geht unser Dank an Herrn Univ. Prof. Dr. Otto Michael Lesch, der uns immer motiviert und nie die Geduld verloren hat. Wir danken auch Herrn ao. Univ. Prof. Dr. Wilfried Datler, der uns ebenfalls hilfreich zur Seite stand.

Dank geht auch an die Camillo Site Lehranstalt im 11. Bezirk für die Teilnahme am Projekt und den Lions Club Wien (Host), der das Projekt finanziell unterstützt hat.

Des Weiteren danken wir Frau Dr. Elisabeth Ponocny-Seeliger und Frau Mag. Brigitte Hirschegger, die uns bei statistischen Fragen unterstützend unter die Arme gegriffen haben.

Ferner möchten wir dem Team des Suchtpäventionsinstituts Linz danken, das uns die Daten für den empirischen Vergleich zu Verfügung gestellt hat und immer ein offenes Ohr für Rückfragen hatte.

Frau Dr. Martina Rathler und Herr Mag. Gregor Wolkensteiner haben uns tatkräftig unterstützt und verdienen herzlichen Dank.

Besonderen Dank schulden wir unseren Familien und Freunden, die immer an uns geglaubt haben und uns durch ihre moralische Unterstützung nie aufgeben ließen.



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Lebensglück ohne Drogen“
Schulische Suchtprävention in Österreich

Verfasserinnen

Marion Rathler
Teresa Peter

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im November 2009

Name: Marion Rathler
Studienkennzahl lt. Studienblatt: A-297
Studienrichtung lt. Studienblatt: Pädagogik
Betreuer: Univ. Prof. Dr. Otto Michael Lesch

Name: Teresa Peter
Studienkennzahl lt. Studienblatt: A-297
Studienrichtung lt. Studienblatt: Pädagogik
Betreuer: Univ. Prof. Dr. Otto Michael Lesch

Einleitung	1
1. Grundlagen der Sucht- und Präventionsforschung	5
1.1. Begriffsdefinitionen	5
1.1.1. Drogen	5
1.1.1.1. Legale Drogen.....	8
1.1.1.2. Verschreibungspflichtige Medikamente.....	11
1.1.1.3. Illegale Drogen	13
1.1.2. Konsumformen	17
1.1.3. Sucht bzw. Abhängigkeit	18
1.1.4. Abhängigkeit und Missbrauch von psychotropen Substanzen	21
1.2. Erklärungsmodelle zur Suchtentstehung	26
1.2.1. Biologische oder Genetische Modelle	27
1.2.2. Entwicklungspsychologische Modelle	28
1.2.3. Lerntheoretische Modelle	30
1.2.4. Persönlichkeitsstrukturelle Modelle	31
1.2.5. Psychoanalytische Modelle	32
1.2.6. Soziologische Modelle.....	34
1.2.7. Mehrdimensionale Modelle	35
1.3. Suchtmittelkonsum der Allgemeinbevölkerung	39
1.4. Suchtmittelkonsum der jugendlichen Bevölkerung	42
1.5. Prävention	45
1.5.1. Begriffsklärung	45
1.5.2. Drogen- vs. Suchtprävention.....	50
1.5.3. Entwicklung der Geschichte der Prävention und deren Auswirkungen	50
1.5.4. Trendwenden in der Prävention	53
1.5.5. Fehler in der Suchtvorbeugung	57
1.5.6. Arbeitsgrundlagen moderner Suchtprävention	60
1.6. Familie.....	70
1.7. Schule	74
2. Evaluierung des Suchtpräventionsprojekts „Lebensglück ohne Drogen“	79
2.1. Allgemeiner Ablauf des Projekts „Lebensglück ohne Drogen“.....	79
2.2. Forschungsfragen.....	81

2.3.	Methodik	82
2.4.	Stichprobe und deskriptive Statistik	83
2.5.	Fragebogen	92
2.5.1.	Faktorenanalyse und Reliabilität.....	93
2.5.2.	Häufigkeitsvergleiche	98
2.5.3.	Mittelwertvergleiche.....	115
2.5.4.	Korrelationen	120
2.5.5.	Regressionen	121
2.6.	Resümee	124
3.	Vergleichende Untersuchung zweier Suchtpräventionsprojekte	129
3.1.	Vergleich der Projekte „Lebensglück ohne Drogen“ und „In motion“	129
3.1.1.	Unterschiede bei der Umsetzung	130
3.1.2.	Methodische Unterschiede	131
3.1.3.	Vergleich der Stichproben und deskriptiven Statistik.....	132
3.1.4.	Vergleich der Ergebnisse	138
3.1.5.	Häufigkeitsvergleiche	141
3.1.6.	Vergleich der Mittelwerte der Faktoren	145
3.1.7.	Regressionen	158
3.2.	Resümee	161
4.	Wissenschaftlicher Ertrag	165
5.	Ausblick	167
6.	Literaturverzeichnis.....	169
7.	Anhang	179
7.1.	Abbildungsverzeichnis	179
7.2.	Tabellenverzeichnis	181
7.3.	Fragebögen	183
7.4.	Zusammenfassung	191
7.4.1.	Deutsche Zusammenfassung.....	191
7.4.2.	Englische Zusammenfassung.....	192

Einleitung

„Wir widmen unsere Diplomarbeit all unseren Freunden und Bekannten, die wir im Laufe der Jahre ganz oder zumindest zeitweise an die Drogen verloren haben.“

Heutzutage gibt es viele Bemühungen, dem unerwünschten Phänomen Suchtmittelkonsum zuvorzukommen. Die Institution Schule würde sich aufgrund der Schulpflicht für alle Kindern und Jugendlichen besonders gut eignen, um suchtpreventive Maßnahmen umzusetzen. Trotzdem kann das Potenzial oft nicht genutzt werden, da die Schule, wie von Jürgen Rekus beschrieben: „...vor wachsende gesellschaftliche Anforderungen gestellt wird. Immer häufiger wird ihr die Aufgabe zugewiesen, alle Probleme zu lösen, die sich in einer offenen, pluralen Gesellschaft stellen“ (Rekus 1998, S. 9). Durch diese Forderungen soll die Schule nicht mehr ein Ort des reinen Wissenserwerbs sein, sondern sie erhält zusätzlich einen allgemeinen, erfahrungs- und handlungsorientierten sowie fächerübergreifenden Erziehungsauftrag, der „...nicht im, sondern neben dem Unterricht erfüllt werden soll“ (Rekus 1998, S. 10).

Diesem Bedürfnis zugrunde liegend, kommt es bei der Planung und der Durchführung von suchtpreventiven Projekten oft zu Widerständen seitens der Lehrer, der Schulleitung und renommierten Wissenschaftlern, da diese davon ausgehen, „...daß die Legitimation der Schule vorrangig als Ort des Unterrichts zu erfolgen hat und daß deshalb seine erziehungs- und bildungstheoretische Fundierung in der gegenwärtigen Diskussion um die zukünftige Entwicklung der Schule ein Desiderat darstellt“ (Rekus 1998, S. 10f).

Das in dieser Diplomarbeit beschriebene Suchtpreventionsprojekt wurde an der Camillo Sitte Lehranstalt in Wien durchgeführt. Bei dieser Schule handelt es sich um eine HTL, die eine umfassende Bildung und Ausbildung in allen Bereichen des Bauwesens anbietet. Durch die im schuleigenen Leitbild verankerten Grundsätze wie: „Unser Schulmanagement ist effizient und unbürokratisch. Respektvoller Umgang

und partnerschaftliche Arbeitsweise haben bei uns einen Hohen Stellenwert.“ oder „Wir reagieren flexibel auf die steigenden Anforderungen der Gesellschaft und Wirtschaft und pflegen gute Kontakte mit Partnern im In- und Ausland.“ ([www.camillo-sitte-lehranstalt.at/09 leitbild.htm](http://www.camillo-sitte-lehranstalt.at/09_leitbild.htm) Stand: 07.10.2009), bot sich diese Schule als geeigneter Partner für das Projekt „Lebensglück ohne Drogen“, das von Univ. Prof. Dr. Otto Michael Lesch initiiert und vom Lions Club Wien (Host) finanziell unterstützt wurde.

Durch diese Voraussetzungen bedingt, und durch die gute Kooperation mit der Schulleitung und den Lehrkräften, konnte dieses Projekt fächerübergreifend durchgeführt und wissenschaftlich begleitet werden.

Gliederung der Arbeit und Entwicklung der Forschungsfragen

Der erste Teil unserer Arbeit widmet sich der Grundlagenvermittlung und Definition von gängigen Begriffen, die in der Sucht- und Präventionsforschung als Basis anzusehen sind. Des Weiteren werden verschiedene Erklärungsmodelle zur Suchtentstehung einander gegenübergestellt und ihre Grundansätze vorgestellt. Ein nächster Punkt widmet sich dem Suchtmittelkonsum in Österreich, um einen Überblick über die gängigen Konsummuster der Bevölkerung zu geben.

Ein weiterer Schwerpunkt beschäftigt sich mit der Prävention, wobei besonders auf die schulischen und familiären Aspekte eingegangen wird. Neben einer Begriffsklärung werden auch die Entwicklung der Geschichte der Prävention, die Trendwenden und Fehler, bis hin zu den Arbeitsgrundlagen der modernen Suchtprävention dargestellt.

Auf Basis dieses momentanen Wissensstandes in der Präventionsforschung wurde das Projekt „Lebensglück ohne Drogen“ gestaltet und die erste Fragestellung entwickelt:

„Welche Indikatoren beeinflussen den Suchtmittelkonsum von HTL-Schülern?“

Im zweiten Teil unserer Diplomarbeit wird dieses Suchtpräventionsprojekt evaluiert und ausgewertet. Es werden Indikatoren für einen Suchtmittelkonsum, die in der Literatur mit der Entwicklung von süchtigem Verhalten in Beziehung gesetzt werden, herausarbeitet. Der dafür herangezogene Fragebogen wurde vom Suchtpräventionsinstitut in Linz zusammengestellt, und auch schon in einem anderen Projekt verwendet.

Durch die Erfahrungen, die wir im Zuge unserer Projekt- und Forschungsarbeit gesammelt haben, hat sich für uns die Frage nach der Vergleichbarkeit mit anderen Projekten ergeben. Wir interessierten uns für den Zeitraum, in dem diese Projekte durchgeführt wurden, die Größe der Stichprobe anderer Studien und die allgemeine und methodische Durchführung. Vor allem aber stellte sich für uns die Frage, ob die Indikatoren, die Suchtmittelgebrauch bei HTL Schülern vorhersagen sollen, auf andere Schultypen übertragen werden können und ob bei Suchtpräventionsprojekten in anderen Schulen ähnliche Indikatoren erhoben worden sind, um den Suchtmittelgebrauch von Schülern vorausszusagen.

So entwickelte sich unsere zweite Forschungsfrage:

„Welche dieser Indikatoren sind auf andere Schultypen übertragbar?“

Die Ergebnisse unserer Studie sollen deshalb im dritten Teil dieser Diplomarbeit mit einer Erhebung, die in Linz durchgeführt wurde und auf Einsatz des gleichen Fragebogens basiert, verglichen werden.

Bei der Recherche über geeignete Instrumente konnten wir zwar in einzelnen Ländern verwendete Instrumente finden (Australien, Kanada), aber zu unserem Erstaunen konnten wir kein international validiertes und reliables geschlechts- und altersspezifisches Instrument finden, welches die Wirksamkeit von Suchtprävention erfassen kann.

Wir beschäftigen uns in dieser Diplomarbeit hauptsächlich mit substanzgebundenen Formen von Abhängigkeit und Missbrauch und werden die nicht Substanz gebundenen Süchte vernachlässigen, um den Umfang der Diplomarbeit einzugrenzen. Dem entspricht auch der Umstand, dass in den Diagnosesystemen das Abhängigkeitssyndrom als Konsumfolge von psychotropen Substanzen bezeichnet wird, während die „Nichtsubstanzgebundenen Süchte“ laut ICD-10¹ unter abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle subsumiert werden (Dilling, Mombour, Schmidt 2000).

Da diese Diplomarbeit von zwei Autorinnen verfasst worden ist, wird in den gebundenen Versionen durch farbiges Papier kenntlich gemacht, welche Autorin die einzelnen Kapitel geschrieben hat. Die von Marion Rathler verfassten Kapitel sind auf gelbem Papier, die von Teresa Peter auf blauem Papier, gedruckt. Auf weißem Papier befindliche Textstellen sind gemeinsam erarbeitet worden.

Soweit in dieser Diplomarbeit personenbezogene Begriffe verwendet werden, gelten diese in gleicher Weise für Frauen und Männer; zwecks besserer Lesbarkeit wird jedoch ohne Diskriminierungsabsicht meist nur eine geschlechtsspezifische Bezeichnung verwendet.

¹ ICD-10: Internationales Diagnoseinstrument zur Klassifikation psychischer Störungen der WHO

1. Grundlagen der Sucht- und Präventionsforschung

1.1. Begriffsdefinitionen

1.1.1. Drogen

Drogen und deren Konsum sind so alt wie die Menschheit selbst. Eine suchtmittelfreie Gesellschaft hat es noch nie gegeben und wird es aus heutiger Sicht auch nie geben. Die Substanzen, die in einer Kultur oder sozialen Struktur akzeptiert und konsumiert werden, variieren ganz wesentlich. Viele Naturvölker benutzten und benutzen teilweise noch heute bewusstseinsverändernde Substanzen, um sich in tranceartige Zustände für religiöse Zeremonien zu bringen. Die Einnahme ist dadurch rituell geregelt und an bestimmte Zeiten gebunden. Ein Beispiel hierfür sind die Huichol, ein Indianerstamm, der in der mexikanischen Sierra Madre lebt. Dieser Stamm wandert heute noch jährlich zu den 400 km entfernten „...Heiligen Jagdgründen des Peyote, um sich zu berauschen und – nachdem sie ihre Rauscherlebnisse in Garnbilder geknüpft und verarbeitet haben - wieder zurückwandern. Für den Rest des Jahres gibt es keine Drogen“ (Fellöcker, Franke 2008, S. 4).

In der europäischen Kultur ist der Alkohol so stark in viele alltägliche Momente, wie zum Beispiel Geburtstage, Heurigenbesuche und auch katholische Messen eingebunden, dass er zu einem selbstverständlichen Teil unserer Gesellschaft wurde. Die Trinkmuster in Österreich, wie im gesamten mediterranen und alpinen Raum, werden in der Fachwelt als „integrativ“ bezeichnet. In diesen Regionen gibt es wenig völlig alkoholabstinente Personen. 85% der österreichischen Bevölkerung trinken mehr oder weniger regelmäßig Alkohol und 30% der Männer sowie 10% der Frauen betreiben einen Alkoholmissbrauch (Lesch, Walter 2009). Trotz diesem häufigem Alkoholkonsum gibt es in Mitteleuropa weniger soziale Probleme pro Liter getrunkenem Reinalkohol als in den nordischen Ländern.

Im englischsprachigen und nordeuropäischen Raum werden die Trinkmuster als „explosiv“ bezeichnet. In diesen Regionen gibt es viele Personen, die alkoholabstinent leben und der Alkoholdurchschnittskonsum ist eher niedrig. Es treten aber dadurch, dass manche Bewohner, wenn sie Alkohol konsumieren, vornehmlich exzessiv trinken, relativ viele Probleme pro Liter getrunkenem Reinalkohol auf (bmgf 2006a).

Ob und welche Substanzen zu sozialen Problemen führen, ist daher auch immer eine gesellschaftspolitische Frage. Oder anders gesagt: „Wie leicht Suchtmittel in einer Gesellschaft Verbreitung finden, hängt also zum großen Teil von deren gesellschaftlicher Akzeptanz und den ungestillten Bedürfnissen eben dieser Gesellschaft ab“ (Waibel 1994, S. 38). In der europäischen Charta für Suchtmittelprävention wird deshalb die zentrale Forderung aufgestellt: Es gelten nur solche Präventionsmaßnahmen als hilfreich, die eine Nachfrage in der Gesellschaft nach Suchtmitteln verringern. Bloße Gebote und Verbote für Suchtmittel zählen nicht zu diesen Präventionsmaßnahmen.

Das Verbot eines Rauschmittels führt oft nur dazu, dass der Konsum einer anderen psychotropen Substanz bei der Bevölkerung ansteigt, oder zu anderen Verhaltensauffälligkeiten (z.B. USA, das Verbot von Rauchen überall, führt zur massiven Zunahme von Essstörungen).

Nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation gilt jede Substanz als Droge, die in einem lebenden Organismus Funktionen (psychische und somatische) zu verändern vermag. Dieser erweiterte Drogenbegriff erfasst nicht nur Cannabisprodukte, Halluzinogene, Stimulantien, Schnüffelfstoffe, Schlaf- und Beruhigungsmittel, Alkohol, Tabakerzeugnisse, Schmerzmittel Opiate und Kokain. Er bezieht sich auch auf Alltagsdrogen wie z.B. Kaffee und Tee und grenzt Drogen einerseits sowie „Genuss“- und „Lebensmittel“ andererseits nicht mehr trennscharf voneinander ab (Uhl, Bachmayer, Koberna, u.a 2009).

Eine ähnliche Definition findet sich bei Scheerer/Vogt:

Drogen sind „...alle Stoffe, Mittel, Substanzen, die aufgrund ihrer chemischen Natur Strukturen oder Funktionen im lebenden Organismus verändern, wobei sich diese Veränderungen insbesondere in den Sinnesempfindungen, in der Stimmungslage, im Bewusstsein oder in anderen psychischen Bereichen oder im Verhalten bemerkbar machen“ (Scheerer, Vogt 1989, S. 5f).

Der Verein Wiener Sozialprojekte definieren Drogen in seinem Leitbild folgendermaßen:

Drogen: „Psychoaktive Substanzen, die nicht im Sinne einer medizinisch/wissenschaftlichen Anwendung verwendet werden und gemeinhin als Rauschmittel bezeichnet werden“ (www.vws.or.at/vws/publikationen/leitbild.html Stand: 23.05.2009).

Seit 1904 unterscheidet die WHO zwischen legalen und illegalen Drogen. Die Ursache dieser Trennung in legale und illegale Drogen und Abhängigkeiten hat wirtschaftliche und gesellschaftliche Ursachen, aber keine medizinischen, soziologischen, psychologischen oder pädagogischen Hintergründe. Diese Differenzierung gibt keine Information über die Gefährlichkeit und Schädlichkeit von Drogen. Aus pharmakologischer Sicht stellen als illegal deklarierte Drogen grundsätzlich kein größeres Gefährdungspotential als legale Drogen dar. Eher handelt es sich bei dieser Dualisierung um eine rein durch gesellschaftliche und wirtschaftliche Faktoren bedingte Einteilung (Bruckner, Zederbauer 2000).

Bei dieser Unterscheidung handelt es sich allerdings um eine Standardgrundlage in der Fachliteratur, weshalb wir im Folgenden auf sie Bezug nehmen werden. Weiters soll die rechtliche Situation in Österreich nicht als Allgemeinwissen vorausgesetzt werden, sondern noch einmal explizit wiedergegeben werden. EU-weit gibt es zwar geringe Abweichungen, welche Drogen legal und somit toleriert und welche Drogen illegal sind, im Großen und Ganzen gelten die österreichischen Bestimmungen aber auch für den Rest der EU.

1.1.1.1. Legale Drogen

Zu den in Österreich gesellschaftlich akzeptierten und somit legalen Drogen zählen Alkohol, Nikotin und Koffein.

- **Alkohol:** Der wesentlichste, bei der alkoholischen Gärung entstehende und zum Genuss geeignete Alkohol (C_2H_5OH) wird in der Chemie als „Ethanol“ oder „Ethylalkohol“ und umgangssprachlich schlicht als „Alkohol“ bezeichnet. Die akute Wirkung des Alkohols führt zu einem in seiner Intensität dosisabhängigen Rauschzustand. Hierbei kann man 3 Phasen unterscheiden: Ein Blutspiegel von 0,5 bis 1,2 Promille Alkohol führt zu einer Beeinträchtigung von höheren und komplizierten Hirnfunktionen. Daraus resultiert Enthemmung, vermindertes Verantwortungsgefühl, oberflächlicher und verlangsamter Gedankenablauf, Unterschätzung von Gefahren, Überschätzung der eigenen Fähigkeiten etc. Die psychomotorischen Fähigkeiten werden ebenfalls leicht beeinträchtigt. Äußere Zeichen einer Berausung sind noch nicht unbedingt ersichtlich. Ein Blutspiegel von 1,3 bis 3 Promille Alkohol führt zu auch äußerlich deutlich sichtbarer Berausung. Diese äußert sich durch unpräzise und unkoordinierte Bewegungen, herabgesetzte Reaktionsfähigkeit und Absinken der Aufmerksamkeit. Weiters wird das Tiefensehen und die Weite des Gesichtsfeldes eingeschränkt, es kommt zum Doppeltsehen und triebhaft gesteuertes Verhalten tritt in den Vordergrund. Bei einem Blutspiegel über 3 Promille Alkohol treten allmählich Lähmungen des Nervensystems ein. Dadurch erlöschen die geistigen Fähigkeiten und die betreffende Person fällt in einen schwereren, tiefen Schlaf. Steigt der Blutalkoholgehalt auf über 4 Promille an, kann das den Tod zur Folge haben (Uhl, Kopf, Springer, u.a. 2001).

- **Nikotin** ist der Hauptwirkstoff von Tabak, der in unserer Gesellschaft meistens in Form von Zigaretten konsumiert wird. Nikotin wirkt auf nicotinerge Rezeptoren im Gehirn und weist ein hohes Abhängigkeitspotenzial auf. Nikotin führt zu einem Anstieg von Herzfrequenz und Blutdruck und steigert die Aktivität des Verdauungstraktes. Weiters fördert es den Harndrang und verengt die Gefäße. Diese Substanz setzt Adrenalin frei und verstärkt die Dopaminausschüttung, und führt so zu der beim Konsum erlebten Entspannung und Stimmungshebung (Kuntz 2007; Lesch 2007).
- „Bei **Koffein** handelt es sich um eine antriebssteigernde psychoaktive Substanz die vor allem in Kaffee, schwarzem Tee, Cola und Energiedrinks enthalten ist. Es erhöht den Serotoninspiegel und den Blutdruck und steigert kurzfristig die Konzentration“ (van Treeck 2004, S. 141).

Da der Konsum von Alkohol, Nikotin und Koffein in unserer Gesellschaft alltäglich ist, wird dieses Problem oftmals verharmlost. Diese Suchtmittel werden allgemein akzeptiert und gelten als weniger verwerflich als der kriminell anmutende Konsum von illegalen Drogen. Im Gegensatz zur tolerierten Alkohol- und Nikotinproblematik wird das Problem illegaler Drogen als ein negatives und viel gravierenderes Problem gesehen und dargestellt, obwohl es sich hierbei nur um ein Randgruppenproblem handelt (Bruckner, Zederbauer 2000).

Dies verdeutlicht auch eine Gegenüberstellung der Zahlen der Alkoholtoten und der Drogentoten. „Um den reinen ‚akuten Alkoholtod‘ zum so genannten ‚Drogentod‘ im Sinn der offiziellen Drogenopferstatistik in Beziehung zu setzen, muss man beachten, dass die Definitionen nicht direkt vergleichbar sind“ (Uhl, Kopf, Springer, u.a. 2001, S.79).

Vergleichbarkeit der Zahlen von Alkoholtoten und Drogentoten lässt sich durch eine Unterscheidung zwischen „Alkoholtod bzw. Drogentod im engeren Sinn“ und „Alkoholtod bzw. Drogentod im weiteren Sinn“ herstellen (Uhl, Kopf, Springer, u.a. 2001):

- „Alkoholtod im engeren Sinn“ (Überdosierung ohne Selbstmordabsicht und ohne Beteiligung von Medikamenten bzw. illegalen Drogen)
- „Alkoholtod im weiteren Sinn“ (inkludiert auch Opfer durch Alkoholmischintoxikationen, durch reine Intoxikation mit illegalen Drogen und/oder Medikamenten bei Alkoholabhängigen, alle indirekten Opfer durch alkoholbedingte Krankheiten (z.B. Hepatitis), alle tödlichen Unfälle unter Alkoholeinfluss und alle Selbstmorde von Alkoholikern)
- „Drogentod im engeren Sinn“ (Überdosierung ohne Selbstmordabsicht und ohne Beteiligung von Medikamenten bzw. Alkohol)
- „Drogentod im weiteren Sinn“ (inkludiert auch Opfer durch Drogenmischintoxikationen, durch reine Intoxikation mit Medikamenten und/oder Alkohol bei Drogenabhängigen, alle indirekten Opfer durch drogenbedingte Krankheiten, z.B. AIDS, alle tödlichen Unfälle unter Drogeneinfluss und alle Selbstmorde von Drogenabhängigen)

Uhl, Kopf, Springer u.a. (2001) schätzen, dass jährlich rund 100 Österreicher an einer reinen „akuten Alkoholvergiftung“ sterben, was dem „Alkoholtod im engeren Sinn“ entspricht. Die Zahl der „Drogentoten im engeren Sinn“ beläuft sich laut Schätzungen auf unter 50 Personen.

Die Zahl derer, die aufgrund ihres Alkoholkonsum und dessen Folgen, also dem „Alkoholtod im weiteren Sinn“ gestorben sind, beläuft sich auf ca. 8000 Personen jährlich. Im Gegensatz dazu gab es in den Jahren 1995 - 1999 laut offizieller Drogenopferstatistik 196 Menschen, die an den Folgen ihres Drogenkonsums gestorben sind. Die Zahl der offiziellen Drogenopferstatistik basiert immer auf dem „Drogentod im weiteren Sinn“.

In unserer Gesellschaft wird bezüglich psychotroper Substanzen ein doppeltes Spiel getrieben: Suchtmittel wie Alkohol und Tabak werden aus steuerlichen Gründen gestattet, andere Drogen sind hingegen verboten. Da der Konsum einiger Suchtmittel nicht sanktioniert wird, fällt die Abgrenzung zwischen süchtigem und nicht-süchtigem Verhalten schwer (Sonnenmoser 2003, S. 561).

Oder mit anderen Worten: Die Dualisierung in gute legale und schlechte illegale Drogen erschwert es manchen Personen durch die Festigung psychischer Legitimationsprozesse, ein Problembewusstsein bezüglich legaler Drogen zu entwickeln. Noch schwieriger, sich seiner Abhängigkeit bewusst zu werden, wird es, wenn die Substanz, von der man abhängig ist, zu Beginn der Einnahme von Arzt verschrieben wurde und zunächst aus gesundheitlichen Gründen konsumiert wurde.

1.1.1.2. Verschreibungspflichtige Medikamente

Verschreibungspflichtige Medikamente nehmen eine Sonderstellung zwischen den legalen und den illegalen Drogen ein. Sie dienen in erster Linie der Heilung oder der begleitenden Unterstützung heilender Eingriffe, werden aber des Öfteren auch gesundheitsschädigend missbraucht. „Etwa 6 –8 % aller viel verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Suchtpotenzial, das bei der Verordnung im Hinblick auf die Dauer, die Dosierung und die Indikation sorgfältig berücksichtigt werden sollte“ (Breitenacher, Junge, Glaeske 1999, S. 53). Die Gefährdung durch das Suchtpotenzial dieser Medikamente wird in der Praxis häufig nicht berücksichtigt. Die hohe Missbrauchsrate wird also teilweise durch die leichtfertige Verschreibungspraxis, die viele Ärzte auch heute noch an den Tag legen, mitbedingt. Oder mit den Worten von Glaeske: „Die Prävention gegen Missbrauch und Abhängigkeit wird also bereits auf der Verschreibungsebene vernachlässigt – möglicherweise auch, weil pharmakologische und pharmakodynamische Charakteristika der jeweiligen Arzneimittel nicht ausreichend berücksichtigt werden oder überhaupt nicht bekannt sind“ (Breitenacher, Junge, Glaeske 1999, S. 53f).

Die meisten Medikamente, die Abhängigkeit verursachen können, werden eingesetzt, um Gefühle zu beeinflussen. Oftmals sollen Unlust, Schlafstörungen, Angst oder Antriebslosigkeit beseitigt und stattdessen Freude und Wohlbefinden hergestellt werden. Erfolgt hiernach ein wiederkehrendes Bedürfnis nach Stimmungsänderungen, kann dies abhängig machen.

Pharmaka mit einem Suchtpotenzial lassen sich grob in vier Gruppen aufteilen:

- **Schlaf- und Beruhigungsmittel** (Hypnotika, Sedativa, Tranquilizer) wirken durch ihre dämpfende Wirkung auf das Zentralnervensystem beruhigend, entspannend, krampflösend und angstlösend. Die bedeutendste Wirkstoffgruppe hierbei sind, seit dem Verbot der Barbiturate 1990, die Benzodiazepinderivate, die bei länger dauernder Einnahme ein Abhängigkeitspotenzial besitzen.
- **Neuroleptika:** Sie enthalten antipsychotische Wirkstoffe und wirken erregungsdämpfend und wahrnehmungsordnend gegen Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen. Diese Psychopharmaka haben erhebliche Nebenwirkungen, wie Störungen der Libido, Blutdrucksenkung, Gewichtszunahme usw.
- **Antidepressiva** wirken stimmungsaufhellend, beruhigend und depressionslösend.
- **Schmerzmittel:** Arzneimittel, die zu den starken Schmerzmitteln gehören, unterliegen den Suchtgiftbestimmungen. Sie werden vor allem bei schwerstkranken Menschen oder nach operativen Eingriffen eingesetzt.

1.1.1.3. Illegale Drogen

Die wichtigsten illegalen Drogen werden nun zum besseren Verständnis ebenfalls kurz beschrieben. Es handelt sich hierbei auch um jene, deren Konsum wir bei unserer Stichprobe mittels Fragebogen erhoben haben.

- Die bekannteste und am Häufigsten konsumierte illegale Substanz ist **Cannabis**. Seine Wirkung beruht auf dem in der Pflanze enthaltenen Tetrahydrocannabinol, kurz THC genannt. Cannabis kommt in Form von getrockneten Blättern, als Blüten des Hanfkrauts, als Öl oder als braune, harzige Substanz auf den Markt. Cannabis wird meist geraucht, kann aber auch oral eingenommen werden. Seine Wirkung reicht von Entspannung und leichter Euphorisierung über Veränderung der Wahrnehmung der Umwelt und der Zeiterfahrung, Gedankenabreißen, Abnahme der Konzentrationsfähigkeit, Lachreiz, gesteigertes Hunger- und Durstgefühl bis zu Angst und depressiven oder paranoiden Verstimmungen bei entsprechender Disposition oder sehr hoher Dosis.
- **LSD** (d-Lysergsäure-Diäthylamid) ist ein starkes Halluzinogen, das aus dem Mutterkorn eines Getreideparasiten gewonnen wird. Eingenommen wird es üblicherweise oral, auf einem mit LSD betropften Stück Papier, das mit verschiedensten Logos, Motiven oder Comics bedruckt ist. Die Wirkung von LSD führt zu starken Veränderungen der Wahrnehmung auf allen Sinneskanälen, so können etwa optische und akustische Halluzinationen auftreten. Weiters intensiviert es die Berührungsempfindlichkeit, euphorisiert und führt zu einer Bewusstseinsveränderung. Es können aber auch abrupte Stimmungsumschwünge, Angstzustände, Panikattacken und Derealisationszustände unter dem Einfluss von LSD auftreten (Kuntz 2007).
- **Pilze**, auch Magic Mushrooms genannt, enthalten Psilocybin. Die getrockneten Pilze werden oral eingenommen, und haben eine halluzinogene Wirkung die,

mit der von LSD vergleichbar, allerdings um einiges leichter ist (van Treeck 2004).

- Bei **Amphetaminen**, zu denen auch Speed zählt, handelt es sich um stark antriebssteigernde Substanzen. Eingenommen wird Speed meist nasal, das weiße Pulver wird in eine Linie aufgelegt und durch ein Röhrchen in die Nase hochgezogen, es kann aber auch oral zugeführt werden. Die Konsumenten haben unter dem Einfluss dieser Droge eine massive Antriebssteigerung und einen stark überhöhten Selbstwert. Das Bedürfnis nach Schlaf oder Nahrung wird von der Substanz gänzlich unterdrückt.
- **Kokain** wird aus den Blättern des Koka-Strauches (*Erythroxylum coca*) gewonnen. Bei Kokain handelt es sich um ein weißes, kristallähnliches Pulver, das hauptsächlich nasal konsumiert wird, aber auch über Alufolie geraucht, gespritzt oder oral konsumiert werden kann. Die Konsumenten haben unter dem Einfluss dieser Droge einen stark überhöhten Selbstwert und verspüren kein Bedürfnis nach Schlaf oder Nahrung.
- **Ecstasy** ist der Name für ringsubstituierte Amphetamine, wie MDMA, MDEA oder MBDB. Eingenommen wird es meist in Form von Tabletten, wobei einige User diese auch zerstampfen, um sie anschließend nasal zu implizieren. Die akute Rauschwirkung von Ecstasy vereint die Wirkung von Halluzinogenen und Amphetaminen die Rede ist oft von einem umfassenden Glücksgefühl und dem Glauben anderen Menschen sehr nah zu sein. Ecstasy unterdrückt wie auch Speed und Kokain das natürliche Bedürfnis nach Schlaf und Nahrungsaufnahme (van Treeck 2004).
- **Opiate**, zu deren bekanntesten Vertretern unter anderem Heroin zählt, docken an den Opiat-Rezeptoren im Gehirn an. „Heroin ist ein halbsynthetisches Opiat, das durch Acetylierung aus Morphin hergestellt wird“ (van Treeck 2004, S. 285). Heroin, das in Form von weißem beziehungsweise braunem Pulver am Markt erhältlich ist, wird entweder nasal oder oral konsumiert, geraucht,

oder direkt in die Venen injiziert. Seine Wirkung wird als den Körper durchdringendes Wärme- und Glücksgefühl beschrieben, Außenreize verlieren ihre Bedeutung. Heroin hat ein sehr großes Abhängigkeitspotenzial.

Viele Drogenkonsumenten verwenden meistens nicht nur eine Substanz, sondern kombinieren je nach Stimmung die verschiedensten Mittel. Hierbei handelt es sich um die gefährlichste Konsumweise, da sich die Substanzen mit ihren Wirkungen und Nebenwirkungen oft in unkalkulierbarer Weise beeinflussen. Die Wechselwirkungen der kombiniert aufgenommenen Substanzen sind wissenschaftlich so gut wie gar nicht erforscht. Der Mehrfachkonsum wurde bis jetzt von den Fachleuten oftmals dogmatisch ausgeblendet, da er das Verständnis der Probleme im Zusammenhang mit Drogenkonsum erschwert und die Erstellung gezielter Suchtvorbeugungsmaßnahmen komplizierter macht. Es ist aber unabdingbar, dass bessere Methoden entwickelt werden, um diesen wesentlichen Aspekt des Drogenkonsums dokumentieren zu können, um zu verstehen, welche Auswirkungen der Mehrfachkonsum auf die Effizienz präventiver Maßnahmen hat (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2005).

Drogen werden umgangssprachlich nach der Größe ihres Abhängigkeitspotenzials in harte und weiche Drogen unterteilt. Zu den weichen Drogen, die dadurch charakterisiert sind, dass ihre Wirkung viel seltener zu einer deutlichen körperlichen oder psychischen Abhängigkeit führt, zählt z.B. Cannabis.

Es gilt aber zu bedenken, dass Menschen mit einer entsprechenden Disposition für die Wirkung einer psychotropen Substanz, zumindest psychisch auch von so genannten weichen Drogen abhängig werden können. Ein Beispiel hierfür sind Personen, die ohne den abendlichen Joint nicht mehr einschlafen können. Hierbei handelt es sich dann zwar nicht um eine manifeste Substanzabhängigkeit, aber ohne Behandlung der Schlafstörung, die entweder schon vor Konsumbeginn vorhanden oder durch den Konsum entstanden ist, werden diese Personen den Konsum von Cannabis nur schwer beenden können.

In neueren Studien gibt es erste Hinweise für das Vorliegen einer relevanten Entzugssymptomatik nach lang anhaltendem regelmäßigem Cannabiskonsum, die etwa 12 Stunden nach dem letzten Konsum für die Dauer von 1 bis 3 Wochen auftritt. Die Symptome sind auch als vermehrtes Verlangen nach der Substanz zu verstehen (Appetitminderung, Schlafstörungen, leichtes Schwitzen, Irritabilität, innere Unruhe, Angst, Dysphorie, bedürfen in der Regel aber keiner stationären Behandlung) (Schneider 2005).

Die missbräuchliche Verwendung von harten Drogen führt schnell zu körperlicher oder psychischer Abhängigkeit. Unter diese Kategorie fallen z.B. Kokain, Heroin und Amphetamine.

Jede psychotrope Substanz hat ein eigenes pharmakologisches Profil, das durch seine chemische Struktur bedingt ist. Diese ergibt die typischen physiologischen und psychologischen Wirkungen bzw. Nebenwirkungen, die im Wesentlichen von der Dosis, von der Dauer der Einnahme und von der Empfindlichkeit der Person bestimmt werden. Die spezifischen Persönlichkeitsstrukturen der Menschen führen dazu, dass sie von verschiedenen Wirkungen besonders angesprochen werden (Waibel 1994).

Die psychische Wirkung von Drogen ist somit nicht ausschließlich pharmakologisch bedingt, sondern basiert zugleich auch auf einem psychologischen Wirkmechanismus. Die Erwartung wie eine Droge wirkt scheint das wirklich empfundene auf Drogen deutlich zu modifizieren (Fischer 2003).

Simmel schrieb bereits 1948: „Daß das Bedürfnis, alkoholische Getränke zu sich zu nehmen, dem einem Mittel als Mittel zur Realitätsflucht dient, während der andere es zur Realitätsbewältigung verwendet, beweist, dass das der ausschlaggebende Faktor, nicht die biochemische Wirkung des Alkohols ist, sondern die psychologische Wirkung, die das Ich daraus bezieht“ (Simmel 1948; zit. nach Nitzgen 2008, S.32).

1.1.2. Konsumformen

Drogenkonsum bedeutet nicht automatisch Abhängigkeit. Besonders bei Jugendlichen handelt es sich bei Drogenkonsum oft nur um eine kurze Phase des Ausprobierens, der sie mit zunehmender Reife wieder entwachsen. Dieses Phänomen erklärt auch den Umstand, dass die Zahl derer, die Erfahrungen mit bestimmten Drogen angeben, sich sehr stark von der Anzahl der manifest Abhängigen unterscheidet.

Wie aus dem Bericht zur Drogensituation 2007 hervorgeht, hat sich gezeigt, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen an sich problematisch oder unproblematisch sind.

Experten haben deshalb begonnen, Konsummuster zu differenzieren. Diese Differenzierung soll dazu beitragen, die Stigmatisierung „Drogenkonsument ist gleich Drogenabhängiger“ zu reduzieren und es ermöglichen, Hilfsmaßnahmen gezielter auf die Bedürfnisse der einzelnen Drogenkonsumenten abzustimmen.

Diese differenzierten Konsummuster werden im Folgenden kurz erläutert, um die Unterschiede im Konsumverhalten aufzuzeigen und somit die Notwendigkeit passgenauere Interventionen für Drogenkonsumenten zu verdeutlichen.

- Beim Probierkonsum handelt es sich um den sporadischen Gebrauch, der durch Neugierde begründet oder durch Gruppendruck hervorgerufen wird. Die Konsumenten weisen keine merkliche Neigung zur weiteren Wiederholung des Konsums auf.
- Der Experimentierkonsum erfolgt aus Neugierde und Sensationslust. Im Zuge dessen werden viele Substanzen ausprobiert, eine Abhängigkeit entwickelt sich aber sehr selten.
- Beim problematischen Konsum werden Drogen zum Spannungsabbau, bei seelischen Fluchtendenzen oder bei Konflikten angewendet. Diese Konsumweise beinhaltet bereits fließende Übergänge zum seelisch / psychisch abhängigen Gebrauch, da Drogen als psychische Stütze in das

Leben integriert werden. Die Gefahr abhängig zu werden ist hoch bei diesem Konsumverhalten.

- Der abhängige Konsum weist ausreichend viele Merkmale des Abhängigkeitssyndroms laut ICD10 auf (Reitbauer 2004).

Diese Differenzierung hat neben den oben erwähnten Vorteilen auch Nachteile. So darf nicht vergessen werden, dass die Übergänge von einem Konsummuster in das nächstfolgende oftmals fließend sind und die Zuordnung gewisser Personen aus verschiedenen Gründen schwierig sein kann.

Nach der Beschreibung der verschiedenen Drogen und Konsummuster, die als Einführung in das Thema Sucht bzw. Abhängigkeit gedacht ist, folgt nun der Teil der Arbeit, der sich primär dem Thema Sucht bzw. Abhängigkeit widmet und als Basis für das unter 1.5. folgende Kapitel „Prävention“ dient.

1.1.3. Sucht bzw. Abhängigkeit

Begriffe wie „Drogen“ und „Sucht“ sind für die größten Teile der Bevölkerung ein stark mit Angst besetztes Thema. Diese Angst beruht zu einem großen Teil auf Unwissenheit und der nicht sachgemäßen Berichterstattung der Massenmedien. Es gilt die neuesten Erkenntnisse über Sucht und ihre Ursachen, sowie über Suchtvorbeugung der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Erst dann wird auch die unsachgemäße mediale Berichterstattung vielleicht ein Ende nehmen.

Da Sucht auch immer ein politisches Thema ist, das für viele eigennützige Zwecke missbraucht wird, kann man die Diskussionen und Informationen zu diesem Thema auch nicht als sachlich bezeichnen. Im Gegenteil, all zu oft werden wissenschaftlich längst widerlegte Mythen immer und immer wieder thematisiert, um die Gesellschaft in die gewünschte Richtung zu manipulieren und persönliche Vorteile daraus zu ziehen. Mit den Worten von Alfred Uhl: „Bei der öffentlichen Diskussion über Substanzen und Strategien gegen Probleme in Zusammenhang mit Substanzen hat man oft den Eindruck, dass es gar nicht um die potenziellen Gefahren, die von den

Substanzen ausgehen, und um eine möglichst rationale Drogen- und Alkoholpolitik geht, sondern dass die Thematik als Projektionsfläche für nur sehr mittelbar mit der Problematik zusammenhängende weltanschauliche und politische Konflikte missbraucht wird“ (Vortrag Uhl am 28.03.2009 Suchtprävention, Salzburg, Tagung der klinischen Psychologen).

Aufgabe politisch interessierter Wissenschaft muss es daher sein, die eigenen Ergebnisse, die sich dem Wahrheitsanspruch stellen, in das politische Feld der Meinungen zu überführen, wo sie mit Machtinteressen genauso konkurrieren wie mit dem esoterisch verbrämten Heilversprechen (Seyer 2004).

Sucht ist ein weit verbreitetes, komplexes Phänomen moderner Gesellschaft, das alle sozialen Schichten und Altersgruppen betrifft. Bei der Entstehung der Suchterkrankung spielen soziale, kulturelle, biologische und psychologische Faktoren eine Rolle.

Das Wort Sucht ist ein Ausdruck der Alltagssprache, der ein Verhaltensmuster beschreibt, bei dem die betreffende Person einen großen Teil ihrer Zeit mit der Einnahme und der Beschaffung der jeweiligen Substanz verbringt und auch alle anderen Tätigkeiten in ihrem Leben dieser Beschäftigung unterordnet.

Die ursprüngliche Bedeutung des Wortes „Sucht“ kommt aus dem althochdeutschen „suht“ oder dem mittelhochdeutschen „siech“, was beides so viel wie „krank sein“ bedeutet und nicht, wie oft vermutet von dem Wort „suchen“ (Kuntz 2007).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Sucht 1957 folgendermaßen definiert: Sucht ist "...ein Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, hervorgerufen durch den wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Droge und ist gekennzeichnet durch 4 Kriterien:

- * Ein unbezwingbares Verlangen zur Einnahme und Beschaffung des Mittels,
- * eine Tendenz zur Dosissteigerung (Toleranzerhöhung),
- * die psychische und meist auch physische Abhängigkeit von der Wirkung der Droge,
- * die Schädlichkeit für den Einzelnen und/oder die Gesellschaft“.

In den darauf folgenden Jahren hat der Begriff Sucht jedoch eine erhebliche Ausweitung auf andere Tätigkeiten erfahren, die mit der Einnahme von Suchtmitteln kaum zu tun haben. Man spricht von Spielsucht, Arbeitssucht, Fettsucht, Sexsucht und auch Internetsucht. Um die Ausweitung des Suchtbegriffes zu verdeutlichen, werden nun die verschiedenen Suchtbegriffe aufgeführt:

-Klassischer Suchtbegriff: Hier wird der Begriff Sucht mit physischer, substanzgebundener Sucht gleichgesetzt.

-Umfassender Suchtbegriff: Der Begriff Sucht wird auch auf psychische und soziale Abhängigkeit ausgedehnt und es werden Beziehungen unter den einzelnen Faktoren der Suchtebenen – physisch, psychisch und sozial – festgestellt. So entsteht ein komplexes System, das als Sucht im eigentlichen Sinne erkannt wird.

-Erweiterter Suchtbegriff: Die WHO unterscheidet zwischen stoffgebundenen Abhängigkeiten und nicht substanzgebundenen Süchten wie z.B. Spielsucht, Fettsucht, Internetsucht, Magersucht usw. Umgangssprachlich wird der Suchtbegriff heute sehr weit verwendet, sodass man schon den Eindruck hat, dass praktisch alle Menschen Suchtkriterien erfüllen.

Wie sich erkennen lässt, wurde versucht, durch Differenzierungen des Suchtbegriffes die Definition von substanzgebundenen Süchten wieder eindeutiger zu machen. Dies scheiterte allerdings. Aus diesem Grund wurde schon 1964 der Begriff „Sucht“ von der WHO durch „Abhängigkeit“ ersetzt. Die gültigen Kriterien der WHO zur Definition und zur Diagnose von Abhängigkeit sind in der ICD 10 festgeschrieben, und werden im nächsten Unterkapitel genau beschrieben.

1.1.4. Abhängigkeit und Missbrauch von psychotropen Substanzen

Abhängigkeit ist in erster Linie ein psychisches Problem, mit in der Regel bald auftretenden sekundären, körperlichen und sozialen Folgen. Sie ist gekennzeichnet durch einen eigengesetzlichen Ablauf und durch den fortschreitenden Verlust freier Handlungsfähigkeit und Kontrolle über das eigene Verhalten.

Beim Abhängigkeitssyndrom handelt es sich „...um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden“ (Dilling, Mombour & Schmidt 2000, S. 92).

Internationale Definitionen der Abhängigkeit:

Für die Diagnostik von Abhängigkeitserkrankungen existieren international anerkannte standardisierte Klassifikationen, nach denen eine Suchtmittelabhängigkeit festgestellt wird.

Der Begriff Sucht wird in diesen Diagnosesystemen nicht verwendet, stattdessen spricht man von Abhängigkeit.

Zwei dieser Diagnosesysteme, ICD 10 (International Classification of Diseases) und DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), werden beschrieben.

Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt es zur Einteilung von Krankheitsbildern, die auch Abhängigkeit einschließen, ein Diagnoseschema, das ICD 10. Dieses beschreibt Abhängigkeit als Folge von psychotropen Substanzen, während „Nichtsubstanzgebundenen Süchte“ laut ICD-10 unter abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle subsumiert werden (Dilling, Mombour & Schmidt 2000).

Kriterien für Abhängigkeit nach ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt 2000):

Die sichere Diagnose „Abhängigkeit“ sollte nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

„Ein eingeeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit psychotropen Substanzen wurde ebenfalls als charakteristisches Merkmal beschrieben (z.B. die Tendenz, alkoholische Getränke werktags in gleicher Weise zu konsumieren, wie an Wochenenden, ungeachtet dem gesellschaftlich vorgegebenen Trinkverhalten)“ (Dilling, Mombour & Schmidt 2000, S. 93).

Die sichere Diagnose „Abhängigkeit“ sollte nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

„Ein eingeeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit psychotropen Substanzen wurde ebenfalls als charakteristisches Merkmal beschrieben (z.B. die Tendenz, alkoholische Getränke werktags in gleicher Weise zu konsumieren, wie an Wochenenden, ungeachtet dem gesellschaftlich vorgegebenen Trinkverhalten)“ (Dilling, Mombour & Schmidt 2000, S. 93).

Kriterien für Abhängigkeit nach DSM IV (Saß, Wittchen, Zaudig, Houben 1998)

Ein unangepasstes Muster von Substanzkonsum führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei mindestens drei der folgenden Kriterien zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten:

1. Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:

- a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen,
- b) deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.

2. Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:

- a) charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz,
- b) dieselbe (oder eine sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.

3. Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.

4. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.

5. Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen (z.B. Besuch verschiedener Ärzte oder Fahrt langer Strecken), sie zu sich zu nehmen (z.B. Kettenrauchen) oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.

6. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzkonsums aufgegeben oder eingeschränkt.

7. Fortgesetzter Substanzkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht oder verstärkt wurde (z.B. fortgesetzter Kokainkonsum trotz

des Erkennens kokaininduzierter Depressionen oder fortgesetztes Trinken trotz des Erkennens, dass sich ein Ulcus durch Alkoholkonsum verschlechtert).

(Saß, Wittchen, Zaudig, u.a. 1998, S. 99f)

Im DSM IV wird auch zwischen Substanzabhängigkeit mit körperlicher Abhängigkeit (Kriterium 1 und/oder Kriterium 2 ist erfüllt) und Substanzenabhängigkeit ohne körperlicher Abhängigkeit (weder Kriterium 1 noch Kriterium 2 ist erfüllt) unterschieden.

Auch Kriterien für den **Substanzenmissbrauch** werden im DSM IV beschrieben.

A. Ein unangepasstes Muster von Substanzkonsum führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums manifestiert:

1. Wiederholter Substanzkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt (z.B. wiederholtes Fernbleiben von der Arbeit und schlechte Arbeitsleistungen in Zusammenhang mit dem Substanzkonsum, Schulschwänzen, Einstellen des Schulbesuchs oder Ausschluss von der Schule in Zusammenhang mit Substanzkonsum, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt).

2. Wiederholter Substanzkonsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z.B. Alkohol am Steuer oder das Bedienen von Maschinen unter Substanzeinfluss).

3. Wiederholte Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzkonsum (Verhaftungen aufgrund ungebührlichen Betragens in Zusammenhang mit dem Substanzkonsum).

4. Fortgesetzter Substanzkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden (z. B. Streit mit dem Ehegatten über die Folgen der Intoxikation, körperliche Auseinandersetzungen).

B. Die Symptome haben niemals die Kriterien für Substanzabhängigkeit der jeweiligen Substanzklasse erfüllt.

(Saß, Wittchen, Zaudig, u.a. 1998, S. 103)

Der wesentlichste Unterschied zwischen ICD-10 und DSM IV ist vor allem darin zu sehen, dass das ICD-10 Missbrauch und Abhängigkeit als zwei verschiedene Kategorien betrachtet während das DSM IV ein Kontinuum von Abhängigkeit und Missbrauch beschreibt. Wurde eine Person im DSM IV einmal als abhängig definiert kann bei dieser Person nie mehr Missbrauch diagnostiziert werden (Lesch, Walter 2009)

Im Folgenden werden nun einige Modelle vorgestellt, die die Gründe für eine Abhängigkeitserkrankung zu beschreiben versuchen.

1.2. Erklärungsmodelle zur Suchtentstehung

Jeder drogenabhängige Mensch hat seine eigene Geschichte, die hinter der Sucht steht, eine individuelle Lebensgeschichte, die den Weg in die Sucht erklären kann. Süchtiges Verhalten lässt sich nicht monokausal erklären, da viele verschiedene Faktoren an der Entstehung von Sucht beteiligt sind.

Es gibt zahlreiche Theorien und Erklärungsmodelle für die Psychogenese von Sucht, über die verschiedene Autoren mit unterschiedlich ausgearbeiteten Modellen referieren.

In dieser Fülle von Theorien finden sich biologische, entwicklungspsychologische, lerntheoretische, persönlichkeitsstrukturelle, psychoanalytische, soziologische und

mehrdimensionale Ansätze. Keines dieser Modelle kann jedoch Allgemeingültigkeit für sich beanspruchen und kaum eines kann generell verworfen werden.

Im Folgenden sollen nun die gängigsten Erklärungsmodelle zur Suchtentstehung übersichtsmäßig dargestellt werden. Diese Aufzählung erhebt aufgrund der vielen, sich teilweise überschneidenden Modellen keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Weiters sagt die Reihung nichts über den wissenschaftlichen Stellenwert dieser Modelle aus.

1.2.1. Biologische oder Genetische Modelle

„Neurobiologische Erklärungsmodelle begründen die Entstehung und Verfestigung süchtiger Abhängigkeit vor allem mit Stoffwechselvorgängen im menschlichen Gehirn. Das Gehirn des Süchtigen krankt an den biochemischen Veränderungen in seinem neuronalen, zellulären und molekularen Strukturen, die von den Drogen bewirkt werden“ (Kuntz 2000, S. 34).

Der menschliche Körper verfügt über körpereigene, opiatähnliche Stoffe, welche als Neurotransmitter an denselben Rezeptoren im Gehirn andocken wie zum Beispiel Opiate. Diese Stoffe werden Endorphine genannt und können im menschlichen Organismus Glücksgefühle auslösen.

Dieses körpereigene Belohnungssystem, das auch mit anderen Gehirnregionen verschaltet ist, hilft Erlebnisse mit Gefühlen zu besetzen. Dadurch entstehen innerpsychische Repräsentationen, die als RIG´s (represented interactions that have been generalized) bezeichnet werden und aus Verknüpfungen erlebter Erfahrungen und den damit verbundenen Affekten entstehen (Reitbauer 2004).

Der Mangel an körpereigenen Wirkstoffen oder eine Schwäche des Systems führt dazu, dass dem körpereigenen Belohnungssystem zusätzliche Stoffe zugeführt werden, wodurch es zu einer Abhängigkeit und dem damit verbundenen Kontrollverlust kommen kann.

Mit der Zeit werden für diesen „angenehmen Zustand“ immer höhere Dosen erforderlich, da sich eine Toleranzentwicklung einstellt und die Nervenschaltkreise gegen den zugeführten Reiz abstumpfen. Bei diesem Vorgang wird der Neurotransmitter Dopamin freigesetzt. Der menschliche Organismus versucht dieser unnatürlichen Dopamin-Überschwemmung entgegenzuwirken, indem die natürliche Dopaminproduktion gehemmt wird, was zur Abhängigkeit von einer Substanz führt. Es kann aber auch eine Überempfindlichkeit auf das Suchtmittel entstehen, welche als so genanntes „Suchtgedächtnis“ bezeichnet wird. Noch nach Jahren der Abstinenz reicht bei manchen Betroffenen eine geringe Menge der Substanz, um den Drang diese Substanz zu konsumieren wieder zu entwickeln (Reitbauer 2004).

Sucht-assoziierte Elemente, wie z.B. Kontrollverlust und Toleranzentwicklung, beruhen letztlich auf langfristigen Veränderungen molekularer Interaktionen. „Das betrifft sowohl Veränderungen der Zell-Zell-Kommunikation im ZNS (Ausschüttung von Neurotransmittern) als auch intrazelluläre Prozesse wie Proteinmodifikationen (Phosphorylierungen) und Veränderungen der Genexpression (Herauf-, Herab-Regulierung der Transkription)“ (Gebicke-Härter, Spanagel 2004, S.131).

1.2.2. Entwicklungspsychologische Modelle

In diesem Modell wird davon ausgegangen, dass der Drogenkonsum eine Strategie ist, mit der Jugendliche entwicklungsbedingte Belastungen zu bewältigen versuchen.

Aus Befunden zahlreicher internationaler Längsschnittanalysen können sechs Funktionen abgeleitet werden, die anschaulich machen, warum Jugendliche zu Drogen greifen.

- 1. Drogenkonsum als bewusste Normverletzung**, als Ausdruck einer nonkonformistischen Haltung. Der Konsum von Drogen kann auch als eine

- Art der Rebellion gegen gesellschaftliche Leitbilder und Werte interpretiert werden.
2. **Zur Demonstration des Erwachsenseins.** Damit ist hauptsächlich der Alkohol- und Nikotinkonsum gemeint, jedoch greifen auch manche Jugendliche aus ihrem Generationskonflikt heraus zu illegalen Drogen, um von Erwachsenen als vollwertig anerkannt zu werden.
 3. **Als eine Art Grenzerfahrung,** die als Ausdruck des Mangels an Selbstkontrolle oder durch mangelnde Problemlösungskapazitäten und frustrierende Situationen entsteht.
 4. **Als Ersatzmittel in frustrierenden Situationen**
 5. **Als Zugang zu Peer-Groups,** in denen der gemeinsame Drogengebrauch und die damit verbundenen Rituale einen hohen kommunikativen Wert haben.
 6. **Als Bewältigungsstrategie auf Entwicklungsstress,** indem ein Ersatzziel für nicht bewältigte Entwicklungsanforderungen gesucht wird. Der Drogenkonsum kann der Beruhigung innerer Konflikte dienen, aber auch sexuelle und aggressive Triebspannungen unter Kontrolle bringen und Angstzustände und Stresssymptome unterdrücken (Engel, Hurrelmann 1998).

In der Identitätsfindung bei Jugendlichen spielt das Erlernen des Umgangs mit legalen Drogen eine entscheidende Rolle. Schwierig dabei ist die Unterscheidung zwischen normativem und pathologischem Verhalten (Schmidt 2001).

Vor allem der Umgang mit Alkohol und Nikotin gehört zu den Entwicklungsaufgaben, die ein Jugendlicher durchläuft, weil es von der Gesellschaft erwartet wird.

Hurrelmann hat dazu ein Modell entwickelt, dass die Entstehung von Substanzenmissbrauch in einem Zusammenhang zwischen Belastung und Bewältigung einerseits und zwischen Gesundheit und Krankheit andererseits herstellt. Er sagt auch, dass Jugendliche eine Vielzahl an Entwicklungsaufgaben bewältigen müssen, die körperlicher, psychologischer und sozial-kultureller Herkunft sind. Diese Entwicklungsaufgaben erfordern eine ständige Anpassungsleistung der Jugendlichen. Zusätzlich sind auch andere Belastungen, wie z.B. veränderte Lebens-

und Berufsperspektiven der Eltern, die auf Kosten der physischen, psychischen und sozialen Pflege der Kinder gehen, gestiegen (Engel, Hurrelmann 1998).

Wenn nun mehrere Belastungskonstellationen zusammenfallen, dann können diese je nach Persönlichkeit und dem Grad der sozialen Unterstützung entweder bewältigt werden, oder der Jugendliche ist psychisch und physisch überfordert. Diese Überforderung kann eine Krise entstehen lassen, die sich durch Störungen des psychosozialen und psychosomatischen Bereichs oder durch Suchtverhalten bemerkbar macht.

1.2.3. Lerntheoretische Modelle

Lerntheoretische Modelle gehen davon aus, dass normales Verhalten und auch Suchtverhalten aufgrund lerntheoretischer Gesetzmäßigkeiten erworben wird. Dieses Lernen erfolgt durch die klassische und die instrumentelle Konditionierung sowie durch ein Lernen am Modell (soziales Lernen).

Bei der klassischen Konditionierung werden Situationen an Verhaltensweisen gekoppelt und durch eine bestimmte Schlüsselsituation ausgelöst. Dabei löst z.B. der Anblick einer Bierflasche oder einer Zigarette das Verlangen nach einer Substanz aus, wenn damit angenehme Erinnerungen, Gefühle und Wirkungen verbunden werden.

Die instrumentelle Konditionierung bewirkt ein Aufrechterhalten des Konsums, wenn positive oder negative Verstärker vorhanden sind.

Beim sozialen Lernen wird durch Nachahmung und Identifikation mit Modell-Personen Suchtverhalten erworben. Dabei findet die Aneignungsphase eines Verhaltens oft schon lange vor der eigentlichen Ausführungsphase statt, z.B. bei rauchenden Eltern, durch Werbung oder durch konsumierende Personen im sozialen Umfeld.

Wird aus dem nachgeahmten Verhalten Genuss gezogen, spricht einiges dafür, dass es in ähnlichen Situationen wiederholt wird. Der Gebrauch kann allmählich zur Gewöhnung und schließlich zur Abhängigkeit führen.

Weitere Bedeutung kommt den Lerntheorien vor allem im Zusammenhang mit dem Erziehungsstil der Eltern zu, der als Ursache für süchtiges Verhalten der Heranwachsenden diskutiert wird, wenn Eltern die Bedürfnisse ihrer Kinder nach Liebe und Zuwendung mit materieller Zuwendung beantworten, z.B. Süßigkeiten, und damit eine Verschiebung in der Bedürfnisstruktur hervorruft.

1.2.4. Persönlichkeitsstrukturelle Modelle

Dieses Modell versucht mit Hilfe von spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen eine „Suchtpersönlichkeit“ zu klassifizieren. Auf einer Skala der vorgeschlagenen Persönlichkeitstypen finden sich Kategorien vom „unangepassten Typ“, der mit seiner Umgebung nicht zurechtkommt und aus diesem Grund Drogen konsumiert, über die „psychisch gestörte Persönlichkeit“, die nicht in der Lage ist, ihre inneren Konflikte zu lösen, bis hin zum erlebnishungrigen „sensation-seeker“, der immer auf der Suche nach noch stärkerer Stimulation ist.

Es ist jedoch nicht möglich die „Suchtpersönlichkeit“ festzulegen, da diverse Längsschnittstudien (Shedler, Block 1990) nur Merkmale zutage bringen, die gehäuft auftreten. Diese Merkmale sind z.B. starke gefühlsmäßige Labilität und Sensibilität, geringe emotionale Integration, die sich in der Unterdrückung von Gefühlen und in impulsiv-selbstbezogenem Verhalten äußert sowie Probleme konstante Beziehungen zu anderen aufzubauen, angstbesetzte Befindlichkeit, Stimmungs labilität, hypochondrische und konversionsneurotische Symptome, depressive Grundstimmung, hohe Selbstachtung und hohes persönliches Anspruchsniveau (Goddenthrow 1988).

1.2.5. Psychoanalytische Modelle

Die moderne Psychoanalyse sieht die Objektbeziehung des Kindes zu seiner primären Bezugsperson in den ersten drei Lebensjahren als wichtigen Knotenpunkt psychischer Entwicklung und Ausgangspunkt für mögliche Störungen dieser Entwicklung (Gerhard 2003).

Im psychoanalytischen Erklärungskonzept wird Substanzmissbrauch als zentrale psychische Abwehrstruktur dargestellt. Oft ersetzt der Konsum von Drogen eine nicht vorhandene und enttäuschte Beziehung zu einer wichtigen Bezugsperson.

Durch diese Beziehungsstörung kommt es manchmal zu einer verminderten Belastbarkeit des Individuums und zu einem übersteigenden Befriedigungsverlangen und Sicherheitsbedürfnis, dass zum anderen von einer ständigen Angst vor neuen Enttäuschungen begleitet wird. Es kommt zu Schwierigkeiten, Spannungen und Frustrationen zu ertragen, wodurch die Neigung verstärkt wird, bei Belastungen auf eine frühkindliche Entwicklungsstufe zu regredieren und auf entsprechende Bedürfnisbefriedigungen zurückzugreifen, wie zum Beispiel das Verschaffen von schnellem Lustgewinn (Künzel-Böhmer, Bühringer, Janik-Konecny 1993).

Manchmal treten Suchtsymptome in Kombination mit anderen psychischen Störungen, wie z.B. mit einer Borderline-Persönlichkeitsstruktur auf. Der Konsum von psychotropen Substanzen soll dabei jene unerträglichen Affekte wie Angst, hilflose Wut, Depressionen und Selbstverachtung kompensieren. Durch das Suchtmittel können nicht zu ertragene Gefühle getäuscht oder betäubt werden.

Einen anderen Akzent im psychoanalytischen Konzept der Suchtentstehung setzt der Ansatz des narzisstisch gestörten Suchtkranken. Hier wird eine nicht vollzogene Lösung aus der Symbiose mit der Mutter bzw. mit der engsten Bezugspersonen in der frühen Kindheit zugrunde gelegt, die zur Folge hat, dass das Individuum narzisstisch bleibt. Diese Persönlichkeit ist charakterisiert durch geringes Selbstwertgefühl, Furcht vor Enttäuschungen, Schwanken zwischen Größenfantasien

und Minderwertigkeitsgefühlen, zu hohen Ansprüchen an die eigene Person, Realitätsverkenntung, Schwierigkeiten im Umgang mit Aggression und Angst vor Beziehungen. Der Weg in die Sucht wird als Akt der Selbstverwirklichung und Selbsttherapie interpretiert.

Laut diesem Modell entwickelt sich der Substanzenkonsum als Folge einer unzulänglichen Persönlichkeitsentwicklung. Hierbei übernehmen die psychoaktiven Substanzen Funktionen, die eigentlich in der Kindheit ausgebildet hätten werden sollen.

Der zentrale Punkt dieser beiden psychoanalytischen Modelle ist die Sicht des Missbrauchs und der Abhängigkeit als Symptom, welches Ausdruck eines tiefer liegenden, verdrängten, aus der Kindheit stammenden Konfliktes ist (Gerhard 2003).

Der Berliner Psychoanalytiker Dr. Roland Voigtel unterscheidet auf Basis der Ursachen und Funktionen, die eine Sucht für den Betroffenen hat, 5 verschiedene Suchtformen: die adaptive, symbiotische, masochistische, symptomatische und reaktive Sucht. Den ersten 3 Formen liegen laut Voigtel ichstrukturelle Störungen zugrunde. „Es werden bei diesen Süchten reale, unbelebte Objekte verwendet, um einen unerträglichen Affekt körperlich zu verändern und um einen Objektverlust und einen Angriff auf das Selbst zu verleugnen“ (Sonnenmoser 2003, S. 561).

Bei der symptomatischen Sucht handelt es sich um keine eigene Krankheit, sondern nur um einen Teil der Abwehrformation innerhalb anderer psychischer Krankheiten. Hierbei dient die Droge zur Betäubung oder Überspielung bestimmter Affekte. Bei der reaktiven Sucht handelt es sich um einen psychischen Bewältigungsmechanismus, der in besonderen Belastungssituationen auftritt, wenn das Erlebte nicht mehr bewältigbar ist und mit Gefühlen von übergroßer Verzweiflung, Angst, Wut und Schmerz einhergeht.

Jede Zusammenfassung psychoanalytischer Einsichten zum Thema Sucht und Abhängigkeit muss notwendigerweise lückenhaft bleiben. Der Konsum von psychotropen Substanzen erfolgt oftmals um depressive Stimmungen und Dysphorie

zu vertreiben, psychischen Schmerz und Aggressionen zu vermeiden oder um Stimmungen zu modifizieren und erträglich zu machen. Das Ich der Konsumenten versucht, Regressionen zu erleichtern, um dem Realitätsdruck zu entgehen, oder die gefährliche und tiefe Regression zu verhindern, da das Ich von der Fragmentierung beziehungsweise Auflösung bedroht wird. So gesehen kann der Konsum von psychotropen Substanzen auch als eine misslungene Form der Selbstbehandlung gesehen werden (Burian 2001).

1.2.6. Soziologische Modelle

Sozialpsychologische Theorien betonen vor allem die Einflüsse der Umgebung auf die Ausprägung süchtigen Verhaltens. Viele Faktoren wurden auf ihre Wirksamkeit bezüglich einer Suchtentwicklung untersucht, z.B. häusliches Milieu, sozioökonomische Bedingungen, Sozialisation, Schichtzugehörigkeit, Schulleistungen, Zukunftsperspektiven, gesellschaftliche Strukturen etc. Für die soziale Schichtzugehörigkeit wurde z.B. festgestellt, dass Opiatkonsum im Gegensatz zu Cannabiskonsum häufiger bei Angehörigen der Unterschicht zu beobachten ist. Als Erklärung wird vermutet, dass in diesem Milieu eine niedrigere Frustrationstoleranz herrscht, bei gleichzeitig stärkerer Gegenwartsorientierung und Neigung zu sofortiger Bedürfnisbefriedigung im Gegensatz zu aufgeschobener, zukünftiger Bedürfnisbefriedigung.

Weitgehende Übereinstimmung scheint in der Bedeutung folgender Faktoren zu bestehen:

- o Persönlichkeitsmerkmale; vor allem Depressivität .
- o Vulnerabilitätsmerkmale der Herkunftsfamilien, die allerdings schwer zu spezifizieren sind. Genannt werden unter anderem rigide Werthaltungen und

Rollenverteilungen, aber auch diffuse interne Grenzen bei gleichzeitiger Abschottung von der Umwelt; außerdem ein konfliktvermeidender Kommunikationsstil

- o Peer Group

- o gesellschaftliche Struktur mit einseitigen Normierungs- und Wertsetzungsprozessen

Die Prävalenz dieser Faktoren für ein späteres Suchtverhalten ist aber je nach Person verschieden und verhält sich nicht additiv, d.h. es kommt nicht darauf an, wie viele Faktoren in einer Person zusammentreffen, sondern in welcher Konstellation. Nachdem in Tierversuchen festgestellt wurde, dass auch Ratten süchtiges Verhalten entwickeln, wurden dort verschiedene Persönlichkeits- und Umgebungsvariablen eruiert, die Korrelationen mit süchtigem Verhalten aufweisen.

Ebenfalls hierher gehört die spezifische Wirkungsweise einer Droge; entsprechende Zusammenhänge mit Persönlichkeitsmerkmalen werden vermutet, d.h. es bestünde eine Prävalenz bestimmter Personen für den Gebrauch bestimmter Drogen (Engel, Hurrelmann 1998).

1.2.7. Mehrdimensionale Modelle

Einen mehrdimensionalen Ansatz bietet das Trias-Konzept der Mediziner Kielholz und Ladewig (1973), das davon ausgeht, dass durch Zusammenwirken verschiedener Faktoren süchtiges Verhalten ausgelöst wird. Die Trias setzt sich aus der Person (z.B. Erbanlagen, individuelle Lebensgeschichte, Lebensalter, körperliche Konstitution), der Umwelt (z.B. familiäre Situation, Lebensbedingungen und Einstellung zu diesen, Akzeptanz gegenüber Drogen) und der Droge (z.B. Zugang, Wirkung) zusammen.

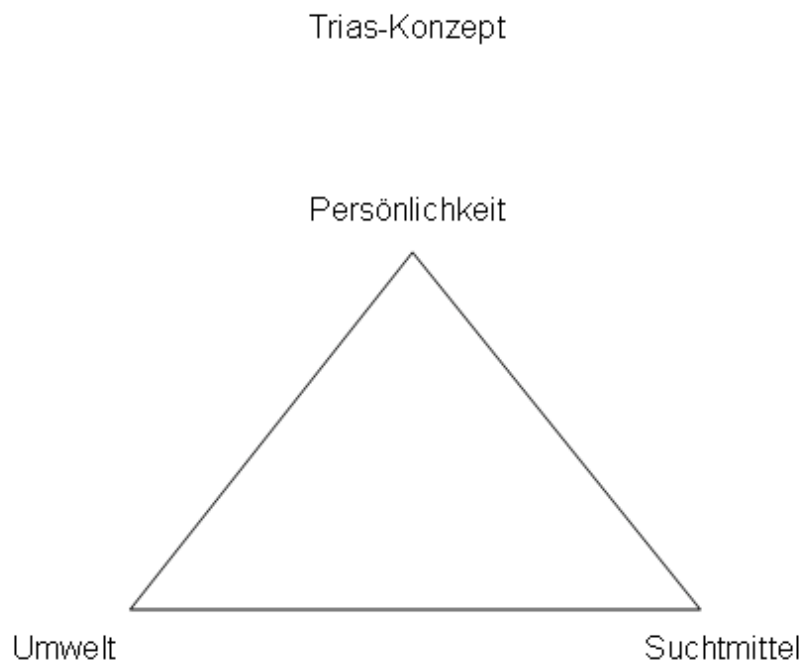


Abbildung 1: Trias-Konzept nach Kielholz und Ladewig (1973)

In abgewandelter Form wird diesem Modell eine weitere Komponente beigelegt: der Markt (z.B. Angebot, Verfügbarkeit, Preis, Werbung). Insgesamt wird nun von den „vier-M“ gesprochen: Mensch, Milieu, Mittel und Markt. Das Konzept ist sehr allgemein abgefasst und soll eher als Rahmen dienen, dem weitere Modelle unterschiedlichster Genese eingeordnet werden können. Ursachen-, Bedingungs- und Interaktionsgefüge werden nicht explizit aufgezeigt.

„vier-M" Konzept

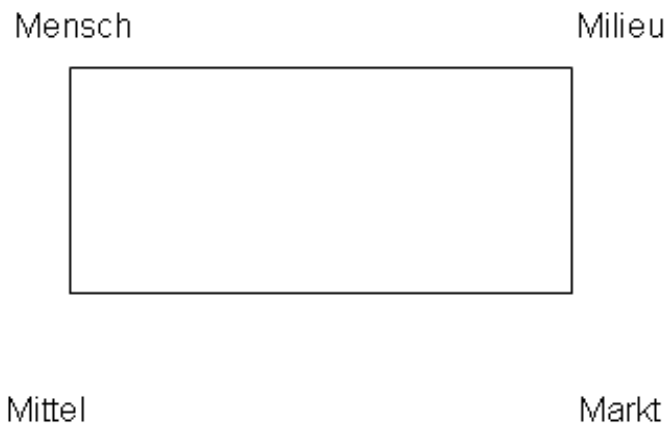


Abbildung 2: "vier-M" Konzept

Ein Modell, das die Abhängigkeitserkrankung sehr gut bildlich darstellt, ist das Trichter-Modell von Lesch 1993. Es verdeutlicht, wie sich die Entscheidungsfreiheit, die Lebensqualität und die Möglichkeiten eines Menschen bei andauernder Abhängigkeit verringern. Dieses Ätiologiemodell zeigt die Dynamik einer Abhängigkeitserkrankung. Der breite Eingang in den Trichter zeigt die hohe Heterogenität der Bedingungen, die zur Einnahme eines Suchtmittels führen. Das Gemeinsame der Wirkungen aller Suchtmittel ist die Tatsache, dass die Wirkung zu den Grundbedingungen passen muss („Schlüssel-Schloss“ Prinzip). Wird die Einnahme des Suchtmittels als angenehm und oder helfend erlebt, führt dies zur häufigen Einnahme eines Suchtmittels. Diese Menschen pendeln dann zwischen Vergiftungen und kurzfristigen Entzügen. Vor allem die Entzugssymptomatik führt zu Adaption in Gehirnfunktionen, während die Vergiftung zu Veränderungen anderer Körperfunktionen führt (z.B. Leber). Je später man diese Menschen kennen lernt, umso tiefer sind sie gleichsam in den Trichter gerutscht, und umso ähnlicher werden sie sich. Einige entwickeln auch Entzugsserscheinungen, wobei die Wahl des Suchtmittels eine entscheidende Rolle für die Entzugssymptomatik spielt. Durch die zunehmende Einengung, verlieren sie auch den Kontakt mit ihrer sozialen Umgebung

und werden je länger der dynamische Prozess besteht immer stärker isoliert. Als Therapeut kommt man zu diesem Prozess meist erst in späteren Stadien (bei Alkohol aufgrund der sozialen Akzeptanz meist sehr spät, bei Heroin z.B. oft schon in sehr viel früheren Stadien). Dieses Trichtermodell erklärt damit auch die Tatsache, dass Menschen die von illegalen Drogen abhängig sind, oft früher in Behandlung kommen und damit deutlich heterogener sind als Alkoholabhängige, die sehr spät entdeckt werden, und die oft sehr ähnliche Symptome aufweisen (Intoxikation, soziale Isolation, schwere Folgekrankheiten, starkes Craving, deutliche Entzugerscheinungen) (Lesch, Walter 2009).

Trichtermodell

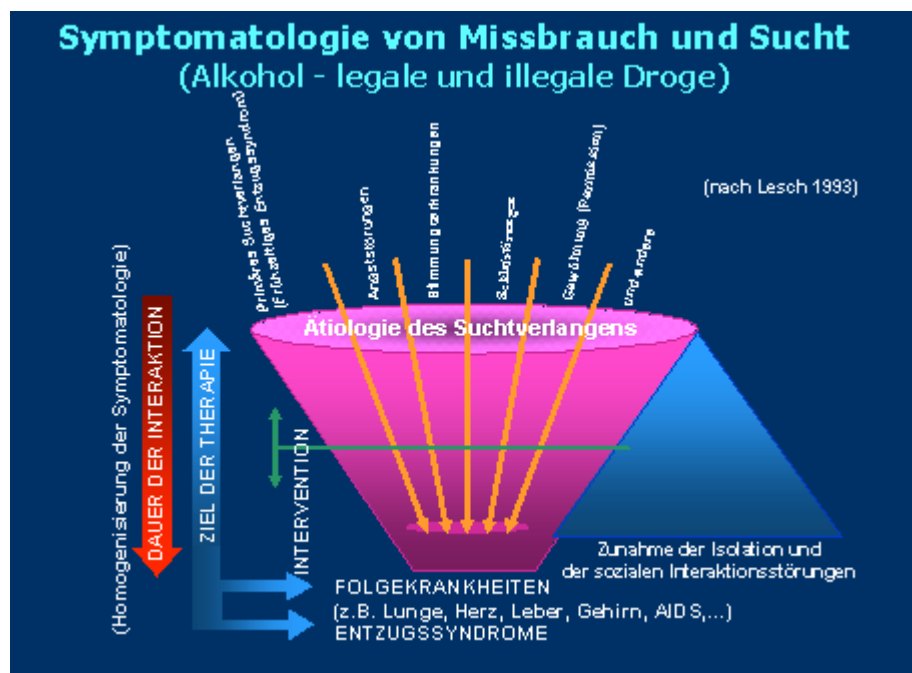


Abbildung 3: Trichtermodell Lesch (1993)

Viele Autoren behaupten, dass keines dieser Modelle von sich behaupten kann, die Ursache von Sucht gänzlich zu erklären. So meint zum Beispiel Torelli: „Keiner therapeutischen Schule ist es bisher gelungen, ein einheitliches und in sich konsistentes Erklärungsmodell für die Entwicklung eine Substanz-Abhängigkeit zu konzipieren. Deshalb ist sich die Fachwelt mittlerweile einig, dass eklektische

Modelle, die aus den verschiedenen Schulrichtungen ‚meist klinisch‘ relevante Erklärungsansätze anbieten, am hilfreichsten sind“ (Torelli 2004, S. 126).

Oftmals konkurrieren Vertreter einzelner Schulen heftig miteinander und Torelli (2004) meint, diese fachliche Rivalität könnte einer kollektiven Abwehr von Ohnmachtsgefühlen dienen, da niemand die Ursache von Sucht exakt bestimmen kann.

Um dem Leser nun einen Einblick in den Suchtmittelkonsum der Österreicher zu geben, und um es ihm zu ermöglichen, das für Österreich ermittelte Konsumverhalten mit dem, dieser Diplomarbeit zugrunde liegenden Stichprobe, zu vergleichen, werden im Folgenden einige aktuelle Zahlen zum Konsum psychotroper Substanzen der österreichischen Bevölkerung, angeführt. Unter 1.3. wird der Suchtmittelkonsum der Allgemeinbevölkerung beschrieben, und unter 1.4. wird der Suchtmittelkonsum der jugendlichen Bevölkerung näher beleuchtet.

1.3. Suchtmittelkonsum der Allgemeinbevölkerung

Die aktuellsten Daten zum Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung liefert die Wiener Suchtmittelstudie, die im Herbst 2005 durchgeführt wurde und im „Bericht zur Drogensituation 2006“ veröffentlicht wurde. Interviewt wurden 600 Personen ab 15 Jahren.

Laut dieser im „Bericht zur Drogensituation 2006“ veröffentlichten Daten machen 17% der Österreicher im Laufe ihres Lebens Konsumerfahrungen mit Cannabis. Bei genauerer Betrachtung der Ergebnisse erkennt man, dass Cannabiskonsum stark mit dem Alter korreliert, so gaben bei den unter 30-jährigen 34% der Befragten an, Konsumerfahrungen mit Cannabis zu haben, und bei den 50- bis 60-Jährigen waren es im Gegensatz dazu nur 7%.

Mit den Drogen, Ecstasy, Amphetamine, Speed, Opiate, Kokain und anderen Drogen wie etwa LSD, haben 2% der österreichischen Bevölkerung Konsumerfahrungen (Gesundheit Österreich GmbH 2006).

Anders sieht die Sache beim Alkohol aus. Immerhin 97% der österreichischen Bevölkerung konsumieren im Laufe ihres Lebens irgendwann Alkohol. Die meisten von ihnen entwickeln gesellschaftsadäquate Konsumformen.

Zum Zeitpunkt der Befragung gaben 31% (24% der Männer und 38% der Frauen) der Österreicher an, alkoholabstinent oder fast abstinent (Konsum nicht öfter als 4-mal im Jahr) zu leben. 36% (33% der Männer und 38% der Frauen) der Österreicher wiesen einen geringen Alkoholkonsum auf. Und immerhin 16% (21% der Männer und 10% der Frauen) der Befragten gaben problematische Konsummuster an, d.h. sie konsumierten in einem gesundheitsschädlichen Ausmaß Alkohol oder waren an Alkoholabhängigkeit erkrankt. Die Zahl der zum Zeitpunkt der Erhebung an Alkoholismus erkrankten Personen betrug 5% (7,5% der Männer und 2,5% der Frauen). 10% der Einwohner (14% der Männer und 6% der Frauen) erfüllen im Laufe ihres Lebens die Kriterien für die Diagnose Alkoholabhängigkeit (bmgf 2006a).

Ein weiteres in Österreich legales Suchtmittel ist das Nikotin, das laut Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 51% der österreichischen Bevölkerung konsumierten. Diese Zahl gliedert sich in 19% starke Raucher (mindestens 20 Zigaretten am Tag), 13% mittlere Raucher (10- 19 Zigaretten am Tag), 6% schwache Raucher (maximal 9 Zigaretten am Tag) und 13% Gelegenheitsraucher (bmgf 2006b).

Da viele Medikamente neben ihrer medizinischen Anwendung auch Missbrauchpotential haben, werden hier exemplarisch Daten aus einer Erhebung, die den Medikamentenkonsum abfragte, wiedergegeben. Bei der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 gaben rund 40% aller Österreicher und 56% aller Österreicherinnen an, ärztlich verordnete Medikamente in den letzten zwei Wochen eingenommen zu haben. Der Medikamentenkonsum ist stark vom Alter und Geschlecht abhängig. Frauen nehmen in allen Altersgruppen häufiger ärztlich verordnete Medikamente als Männer.

Rund 18% der Männer und 29% der Frauen gebrauchten in den letzten zwei Wochen vor der Befragung ein nicht verordnetes Medikament (Quelle: Statistik Austria

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/medikamentenkonsum/index.html Stand: 22.Mai 2009).

Sehr häufiger Konsum von Beruhigungs- und Schlafmitteln (4 bis 7-mal pro Woche über das letzte Jahr) wurde von 2,7% der Befragten angegeben. Rund 2% der erwachsenen Bevölkerung dürften von Tranquilizern oder Hypnotika abhängig sein (Eisenbach-Stangl 2002).

Es spiegelte sich auch ein Geschlechtsunterschied in den Ergebnissen dieser Untersuchung wieder. So greifen Frauen fast doppelt so oft wie Männer zu Beruhigungs- und Schlafmitteln.

Anhand dieser Daten erkennt man, dass die einseitige Berichterstattung seitens der Medien, die Probleme meist nur hinsichtlich illegaler Drogen beleuchtet, kritisch zu betrachten ist. Der hohe Stellenwert, der Problemen in Verbindung mit illegalen Drogen in der Öffentlichkeit eingeräumt wird, steht dabei in keinem realer Relation zum tatsächlichen Umfang des Problems. Konstante Rahmenbedingungen vorausgesetzt, kann man erwarten, dass weit weniger als ein Prozent der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens ernste Probleme in Zusammenhang mit illegalen Drogen entwickeln werden (Uhl, Springer 2000). Mehr Todesopfer und größeren volkswirtschaftlichen Schaden verursachen die legalen Drogen Nikotin und Alkohol, die in unserer Kultur oft verharmlost werden.

Da sich das dieser Arbeit zugrunde liegende Präventionsprojekt an die 15- 19 jährigen Schüler einer HTL wandte, werden die Konsummuster Jugendlicher im Anschluss explizit dargestellt, da sie sich von denen Erwachsener deutlich unterscheiden.

1.4. Suchtmittelkonsum der jugendlichen Bevölkerung

Der Konsum von psychotropen Substanzen ist von jeher eng mit dem Jugendalter verbunden. Er entspricht der Suche nach neuen Erfahrungen und bietet eine Möglichkeit zur Abgrenzung gegen die Welt der Erwachsenen, insbesondere wenn es sich bei den konsumierten Substanzen um illegale Drogen handelt. Alkohol und Nikotin wiederum geben den jungen Menschen das Gefühl erwachsen und integriert zu sein.

Da junge Menschen sehr gegenwartsbezogen sind, gilt ihr Hauptinteresse der Suche nach Anregung, Lust und Wohlbefinden. Das kann dazu führen, dass sie Verhaltensweisen, die zwar objektiv schädigend sind, ihnen persönlich aber attraktiv erscheinen, den Vorzug vor unschädigenden, aber als langweilig betrachteten Verhaltensweisen geben. Gruppendruck, Machtbeziehungen, Prestige- und Einflussmotive tragen ebenfalls einen Teil dazu bei, dass Jugendliche Drogen in gezielter Weise in die Mechanismen der Alltagsbewältigung einbeziehen (Bründel, Hurrelmann, 1994).

Die meisten Jugendlichen entwickeln keine problematischen Konsummuster und wenden sich nach einer Zeit des mehr oder weniger exzessiven Konsums von diesen Handlungsmustern ab. Ein kleiner Teil allerdings entwickelt eine manifeste Abhängigkeitserkrankung, deren Beginn von Experten allgemein in der Pubertät und Adoleszenz lokalisiert wird. Grund hierfür sind oftmals außergewöhnliche Belastungen und Konflikte, denen das noch nicht vollständig ausgereifte psychische System nicht gewachsen ist. In dieser Lebensphase weisen Menschen eine besondere Vulnerabilität auf, und manche kompensieren ihren mangelnden Selbstwert und ihre Minderwertigkeitsgefühle mit Suchtmitteln (Torelli 2004).

Die nun angeführten Daten zum Suchtmittelgebrauch Jugendlicher sind dem „Bericht zur Drogensituation 2005“ entnommen, da die im aktuellen Bericht veröffentlichte Studie zum Konsum der Jugendlichen auf einer zu spezifischen Stichprobe beruht.

Die europäische Schülerstudie ESPAD 2003, die vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen finanziert wurde, liefert Daten zum Suchtmittelgebrauch von

Schülern im Alter von 14 bis 17 Jahren. Auf Grund der großen altersbedingten Schwankungen bei Konsumerfahrungen eignen sich diese Zahlen besser, um mit den Ergebnissen der Erhebung in der Camillo Site Lehranstalt verglichen zu werden, als Zahlen, die auf der Gesamtbevölkerung beruhen.

Zum Zeitpunkt der Befragung gaben 22% der Schüler Erfahrungen mit Cannabis an. Die Werte für die anderen Drogen sind deutlich niedriger. 5% haben Amphetamine/Aufputschmittel probiert, 3% Ecstasy, 2% Kokain und 2% LSD. 1% der Jugendlichen haben schon mindestens 1-mal Heroin genommen (Österreichisches Gesundheitsinstitut für Gesundheitswesen 2005).

Die aktuelle Studie, Jugend und Alkohol, des Fonds Gesundes Österreich (2006) besagt, dass mehr als 75% der 11 – 14 Jährigen in Österreich Alkohol trinken. Bei den 17 – 19 Jährigen sind es sogar 99% die zumindest gelegentlich zu Alkohol greifen. 91% der Buben und 76% der Mädchen gaben bei dieser Untersuchung an, innerhalb des vergangenen Vierteljahres zumindest einmal stark betrunken gewesen zu sein. Der erste Kontakt mit Alkohol findet bei 64% zwischen 12 und 14 statt.

Nicht ganz die Hälfte der Befragten trinkt seltener als ein Mal pro Woche. Ein Drittel der 17 bis 19-Jährigen konsumiert einmal in sieben Tagen Alkoholika. 22% dieser Altersgruppe trinken zwei bis vier Mal in einer Woche.

85% der Jugendlichen trinken gerne Alkopops und Mischgetränke. Wein und Spritzer werden von 71% und Bier von 69% gerne konsumiert. Der Wert für Bier resultiert aus seiner großen Beliebtheit bei Buben und der weniger großen Begeisterung der Mädchen für dieses Getränk. Etwa 50% der Jugendlichen mögen Schnäpse, ein Drittel bevorzugt Liköre.

Das Rauchverhalten von Jugendlichen ist von besonderem Interesse für Personen, die präventive Maßnahmen umsetzen wollen, da jene, die früh anfangen zu rauchen, meistens sehr lange Raucher bleiben.

Bei der WHO-HBSC-Survey (2001) gaben 53,1% der 15-Jährigen an gar nicht zu rauchen. 13,6% rauchen seltener als einmal in Woche und 10,3% einmal oder öfter in

der Woche. 23% der befragten Jugendlichen rauchen täglich (Seyer, Gschwandtner, Paulik, u.a. 2005).

Laut der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 rauchen Jugendliche verglichen mit der erwachsenen Bevölkerung durchschnittlich weniger Zigaretten pro Tag. Bei den männlichen 15- bis 19-Jährigen liegt die Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag im Durchschnitt bei 13 Stück, bei den weiblichen Jugendlichen bei 11 Stück. 42% der männlichen und 35% der weiblichen Raucher konsumieren täglich 11 bis 20 Zigaretten. Mehr als 21 Zigaretten täglich raucht nur ein kleiner Teil der jugendlichen Raucher, nämlich 5% der männlichen und 1% der weiblichen 15- bis 19-Jährigen. Am Häufigsten werden von Jugendlichen maximal zehn Zigaretten pro Tag geraucht.

Nur 6% der jungen Österreicher und Österreicherinnen ab 15 Jahren die begonnen haben täglich zu rauchen, haben es bereits wieder beendet.

Zwei Drittel der männlichen (68%) und beinahe drei Viertel der weiblichen Jugendlichen (73%) rauchen zumindest nicht täglich. Von den 15- bis 19-Jährigen haben 65% der Buben bzw. 69% der Mädchen, laut ihren eigenen Angaben, in ihrem Leben weniger als 100 Zigaretten geraucht.

Zum Medikamentenkonsum bei Jugendlichen gibt es leider keine genauen Zahlen, da dieser im Zuge der Gesundheitsbefragung 2006/07 in der Altersgruppe 15-29 Jahre erhoben wurde. Auch auf die Nachfrage bei unterschiedlichen Institutionen, konnten wir keine verwertbaren Daten erhalten. Einzig für die Benzodiazepine fanden wir in der Arbeit von N. D: Kapusta einen Wert von 1% bei 18 jährigen Männern (Kapusta 2005).

Jugendliche stellen eine der Hauptzielgruppen von Suchtprävention dar, weil sie auf der einen Seite die Erwachsenen bzw. Eltern von morgen sind. Andererseits sind sie wegen ihrer besonderen Lebenssituation, der Pubertät bzw. der Entwicklung vom Kind zum Erwachsenen, mit vielfältigen Entwicklungsaufgaben konfrontiert, die es zu bewältigen gilt (Oerter, Dreher 1998). Diesen oft schwierig erscheinenden Aufgaben wird in einigen Fällen mit ausweichenden oder missbräuchlichen Verhalten

entgegengetreten, welches sich unter bestimmten Umständen gelegentlich zu einem ausgeprägten Suchtverhalten weiterentwickeln kann (Fellöcker, Franke 2000).

Ein generelles Problem suchtgefährdeter Jugendlicher ist das Fehlen von Leitbildern und Bezugspersonen, die ihnen bei der Orientierung im Verlauf des Erwachsenwerdens helfen. Oftmals ernten sie statt Vertrauen und Unterstützung von Erwachsenen nur Misstrauen und Abwertung, nicht nur in der Familie, sondern auch von der Gesellschaft im Allgemeinen (Österreichisches Gesundheitsinstitut für Gesundheitswesen 2001).

Im folgenden Kapitel wird nun auf diese Präventionsbedürfnisse näher eingegangen.

1.5. Prävention

„PRÄVENTION heißt, ein Klima zu schaffen, in dem es allen wohl ist!“
(Urs Abt, Züricher Suchtpräventionsstelle)

1.5.1. Begriffsklärung

Prävention (lat.: praevenire = zuvorkommen, überholen) bedeutet vorbeugen, einem unerwünschten Geschehen zuvorkommen.

„So gesehen ist es eine kulturelle, soziale und pädagogische Aufgabe“ (Waibel 1994, S. 62).

In der **Alltagssprache** bezeichnet Prävention Maßnahmen, um den Problembeginn hinauszuzögern oder zu verhindern.

Im **wissenschaftlichen Gebrauch** beinhaltet Prävention alle Maßnahmen vom Problembeginn bis zur Frühintervention, Hilfe zur Selbsthilfe sowie die Behandlung und Rückfallsprävention.

Definition gemäß dem Wiener Drogenkonzept 1999 (WHO)

„Ziel der Suchtprävention ist die nachhaltige Förderung und Erhaltung von Gesundheit, um zu verhindern, dass sich Sucht entwickelt und durch den Konsum von Drogen Probleme auftreten. Prävention heißt aber auch dort, wo bereits Probleme bestehen, Schaden und Leid möglichst gering zu halten“ (Wiener Drogenkonzept 1999, S. 9).

Suchtprävention wird einerseits als Vorbeugung aller Süchte auf einer individuellen Ebene verstanden, andererseits aber unabdingbar auch als Prozess, der auf einer strukturellen, gesellschaftlichen Ebene passieren muss.

„Suchtprävention wird üblicherweise nach Betroffenheit der Zielgruppe unterteilt. Man kann sie als Bündel von Maßnahmen auf primärer, sekundärer und tertiärer Ebene verstehen. Im Allgemeinen bezeichnet man jedoch sekundäre und tertiäre Angebote als Beratung bzw. Therapie und Rehabilitation (letztere auch als Quartärprävention)“ (Fellöcker, Franke 2008, S. 28).

Die in der Literatur am Meisten zitierte Unterteilung der Prävention, in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention geht auf Caplan (1964) zurück.

Primäre Suchtprävention wendet sich an Personen, die noch keinen Substanzgebrauch aufweisen und keiner besonderen Risikogruppe zuzuordnen sind, sowie an deren Umfeld. Sie dient außerdem der Verbesserung von Rahmenbedingungen und will das Gesundheitsbewusstsein des Einzelnen fördern und somit einer Suchterkrankung vorbeugen (Gruber, Uhl, Springer u.a. 2003).

Primärprävention setzt bei den Ursachen von Sucht an und bedient sich Maßnahmen, die gesunde Strukturen fördern und die helfen, Probleme und Konflikte zu lösen. Sie beinhaltet Bildungs- und Erziehungsarbeit in Kindergärten, Schulen und Betrieben sowie auch Elternbildung. Primärprävention betreibt auch Öffentlichkeitsarbeit, die in vielen Medienkampagnen, Presseaktionen oder auf Infoständen bei Großveranstaltungen zu finden ist.

Man unterscheidet in der Primärprävention drei unterschiedliche Ansätze mit denen gearbeitet wird.

- **Die allgemeine Gesundheitsförderung**, deren Ziel es ist, persönliche Fähigkeiten gut zu entwickeln und eine unterstützende Umgebung zu schaffen.
- **Die Prävention von Suchtverhalten**, die als personenorientiertes Ziel die Erhöhung der speziellen Handlungskompetenzen wie z.B. Autonomie, Ich-Stärke und Solidarität hat. Weiters versucht sie im Abbau von suchtbegünstigenden Strukturen helfend einzugreifen.
- **Die Prävention des Suchtmittelgebrauchs**, die Information und Aufklärung über Suchtmittel bietet und auch in der Gesetzgebung betreffend Suchtmittel und Jugendschutz mitarbeitet.

Sekundäre Suchtprävention ist auf Risikogruppen und Personen, die schon konsumieren, bei denen eine Sucht aber noch nicht ausgebildet ist, ausgerichtet. Der Übergang von problematischem Konsum zur manifesten Ausbildung einer Sucht soll verhindert werden (Gruber, Uhl, Springer u.a. 2003).

Sekundärprävention setzt bei entstehenden Problemen an und versucht in entstandenen Krisen zu helfen bzw. die Probleme zu meistern. Diese Hilfe bieten Beratungsstellen, Schulpsychologen oder auch Lehrpersonen an, jedoch ist es auch möglich, sich von Freunden und Eltern in einer Krise unterstützen zu lassen. Früherkennung und frühe Intervention sind die Ziele der sekundären Prävention.

Tertiäre Suchtprävention setzt ein, wenn sich eine Abhängigkeit bereits manifestiert hat und versucht eine weitere Verschlechterung zu verhindern und oder eine Verbesserung herbeizuführen (Gruber, Uhl, Springer u.a. 2003).

Tertiärprävention wendet sich an Menschen, die bereits ein relevantes Suchtproblem haben und unterstützt sie dabei dieses zu lösen, zu minimieren oder eine Verschlechterung zu verhindern (Harmreduction). Sie bietet Behandlung, Überlebensprophylaxe und Rückfallsprophylaxe an. Weiters fällt der Bereich von Entzugstherapien und Rehabilitationsangeboten, Sozialhilfeprogrammen (z.B.

Spritzentausch, Notschlafstellen, medizinische Hilfe) aber auch Substitutionsprogramme unter Tertiärprävention. Man unterscheidet in der Tertiärprävention zwischen einem manifesten Problem (Typ A) oder einem erfolgreich behandelten Suchtproblem (Typ B, mitunter auch Quartärprävention genannt).

Die Grenze zwischen diesen Kategorien verläuft fließend und überschneidend, was im Wesentlichen davon abhängt, ob man von einem abstinenzorientierten Ansatz oder einem problemorientierten Ansatz ausgeht. Präventive Arbeit mit Personen, die nicht zu einer besonderen Risikogruppe zählen, die aber einen Probierkonsum aufweisen, fallen bei einem problemorientierten Ansatz in die Primärprävention, während man bei einem abstinenzorientierten Ansatz bereits von Sekundärprävention sprechen müsste.

„Generelles Ziel von Präventionsbemühungen ist eine Bewusstseins- und Verhaltensänderung in Zusammenhang mit schädlichem Gebrauch und Sucht. Manche verstehen darunter das Ziel jeglichen Konsum zu verhindern bzw. die Zahl der Konsumenten möglichst gering zu halten („Abstinenzorientierung“), andere sehen das Ziel darin Probleme in Zusammenhang mit schädlichem Gebrauch zu verhindern bzw. zu verringern („Problemorientierung“)" (Uhl, Springer 2002, S.20).

Wenn von Problemorientierung die Rede ist, bedeutet das nicht, dass man erst Interventionen setzt, wenn schon ein Problem vorhanden ist, sondern man unterstützt auch schon im Vorfeld und versucht den Problemumfang zu minimieren.

Oft hängt es auch von der Art der Substanzen ab, welches Präventionsziel verfolgt wird. Es lässt sich beobachten, dass Prävention bei illegalen Substanzen oft Abstinenzorientierung anstrebt, während bei legalen Substanzen ein problemorientierter Ansatz verfolgt wird.

1994 schlug das American Institut of Medicine eine neue Klassifikation der Prävention vor, in der gänzlich auf den Begriff der Tertiär Prävention verzichtet wird, da hier nur Interventionen als präventiv angesehen werden, die vor der vollen Manifestation einer

Erkrankung einsetzen (Hanewinkel, Wiborg, 2003). Bei dieser Unterteilung, die auch in Deutschland zur Anwendung kommt, wird zwischen universeller, selektiver und indizierter Intervention unterschieden.

a. Universelle Intervention:

Diese richtet sich an die gesamte Population und entspricht der primären Prävention. Sie stellt eine Maßnahme dar, die vor allem auch im Bereich der schulischen Prävention durch Wissensvermittlung und Schulprogrammen zur Förderung der Lebenskompetenzen zur Anwendung kommt.

b. Selektive Intervention:

Selektive Intervention wendet sich an Personengruppen, die ein erhöhtes Risiko aufweisen, Substanzmissbrauch zu zeigen bzw. abhängig zu werden. Dies bezieht sich u.a. auch auf Kinder aus suchtbelasteten Familien.

c. Indizierte Intervention:

Sie zielt auf Personen, die bereits ein Risikoverhalten entwickelt haben und somit einem höheren Risiko zur Entwicklung einer manifesten Abhängigkeit ausgesetzt sind (z.B. regelmäßiger, exzessiver Alkoholkonsum am Wochenende). Indizierte präventive Maßnahmen richten sich auch an Personen mit klinischen Diagnosen oder ADHS die durch diese Erkrankungen ein erhöhtes Suchtrisiko aufweisen.

1.5.2. Drogen- vs. Suchtprävention

Der früher sehr gebräuchliche Begriff „Drogenprävention“ wird in der heutigen Zeit von Präventionsfachleuten mehrheitlich abgelehnt, da der Begriff „Drogen“ eine Fokussierung auf illegale Substanzen darstellt und andere legale Suchtmittel, wie Alkohol, Nikotin und Medikamente nicht direkt einbezieht.

Doch auch der Begriff „Suchtprävention“ subsumiert nicht alles, was Prävention bzw. Vorbeugung beinhaltet. Der gesundheitsschädliche Gebrauch von Substanzen, von denen kein relevantes Suchtpotenzial bekannt ist, ist im Alltagsverständnis nicht eindeutig im Begriff „Suchtprävention“ enthalten. Aus diesem Grund ist „Suchtprävention“ als die Kurzbezeichnung der „Prävention von Sucht und schädlichem Gebrauch“ zu verstehen (Uhl, Springer 2002).

Aus diesem Verständnis zielt Suchtprävention auf Vorbeugung in Zusammenhang mit

- Substanzgebundenen Süchten
- Nicht – Substanzgebundenen Süchten
- Nicht süchtigen aber schädlichen Gebrauch von psychoaktiven Substanzen

Suchtprävention unterliegt seit ihrer Entstehung einem permanenten Wandel. Die wichtigsten Trendwenden sollen im Folgenden aufgezeigt werden.

1.5.3. Entwicklung der Geschichte der Prävention und deren Auswirkungen

„Während bewusstseinsverändernde Substanzen in weiten Teilen der Welt eine jahrtausende alte Tradition haben, wird der Konsum dieser Stoffe in Europa seit dem 16. Jahrhundert und in den USA seit dem 19. Jahrhundert – unter wechselnden Vorzeichen – stets von neuem problematisiert“ (Hafen 1995, S. 3).

Suchtprävention versucht der Sucht nach einer bestimmten Substanz bzw. der zwanghaften Fixierung auf ein bestimmtes Verhalten zuvor zukommen. Wie wir in unserer Geschichte erkennen können, muss eine Substanz als Problem für die Gesellschaft deklariert werden, um sie dann mit „Präventivmaßnahmen“ bekämpfen zu können. Über Jahrhunderte hinweg war - und ist auch heute noch teilweise - die Suchtprävention ein Werkzeug der Politik, das je nach Bedarf eingesetzt werden kann (Hafen 1995; Fellöcker, Franke 2008).

Anhand von Beispielen hat der Historiker Jakob Tanner (1993) veranschaulicht, wie äußere Gegebenheiten verschiedene Gesellschaften dazu bringen, unterschiedliche Substanzen als gefährlich einzustufen und gegen diese, präventive Maßnahmen einzuleiten.

Diese „Präventivmaßnahmen“ begannen in Europa etwa im 16. Jahrhundert, als man versuchte, den Genuss von Kaffee, Tee und Kakao durch vielfältige Verbote einzuschränken. Diese durch die Kolonialisierung gewonnenen Güter sollten der bestehenden kulturellen und politischen Elite vorbehalten bleiben, da diese sonst einen enormen Machtverlust befürchteten (Fellöcker, Franke 2008). Natürlich waren solche Verbote immer mit Anspielungen auf die Gefährlichkeit bzw. auch eine mutmaßliche oder tatsächliche Schädlichkeit der verbotenen Substanz einhergehend.

Oft konsumierten die armen Bevölkerungsschichten im vorindustriellen Europa psychoaktive Substanzen wie Mohn, Hanf und Mutterkorn, um auf der einen Seite ihr Hungergefühl zu stillen und andererseits ihrem Schicksal für einige Zeit entfliehen zu können (Tanner 1993).

Ähnliche Gründe können auch im Zusammenhang mit dem hohen Brandweinkonsum im 18. Jahrhundert in Europa aufgezeigt werden. Der Schnaps war billig, überall erhältlich und sehr kalorienreich. Dadurch half er, den Hunger zu stillen und die unmenschlichen Arbeitsbedingungen zur Zeit der industriellen Revolution zu überdauern. Alkohol diente auch den Arbeitgebern, da sie mit seiner Hilfe die Arbeiter ruhig halten konnten und „...in England einzelne soweit gingen, dass sie ihren Arbeitern/-innen einen Anteil ihres Lohnes mit Gin auszahlten“ (Hafen 1995, S. 5).

Erst am Anfang des 19. Jahrhunderts erhielten jene mahnenden Stimmen Gehör, die erkannt hatten, dass der Alkoholkonsum zum Problem geworden war.

Innerhalb kurzer Zeit wurde das einst willkommene „Massenberuhigungsmittel“ zur „Pest“ und zur „Seuche“ umdefiniert.

Wirklich umfassende Prävention im Sinne von Ursachenbekämpfung wurde nicht betrieben, vielmehr wurde „...die ‚Alkoholfrage‘ während Jahrzehnten von gesellschaftlichen Autoritäten instrumentalisiert und auch missbraucht [...] für soziale Disziplinierung, für die Stigmatisierung von Minderheiten, für die Durchsetzung eines Normalitätsideals im Dienste von nationalistischen und volkswirtschaftlichen Zielsetzungen“ (Tanner 1993, S. 5).

Diese Art der Prävention blieb bis in die siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts nahezu unverändert, was auch am Beispiel der Alkoholprohibition in den USA ersichtlich wird, in die der Lösungsversuch des Alkoholproblems am Anfang des 20. Jahrhunderts mündete.

Es lassen sich jedoch auch weitere Beispiele aus Österreich und Deutschland aufzählen, die die von Tanner aufgestellte These untermauern.

Auch in Österreich sorgte sich die Arbeiterbewegung um den Alkoholkonsum. Jedoch stand auch hier nicht nur die Gesundheit der Alkoholkonsumenten im Vordergrund, sondern die Furcht vor einer „Verspiesserung des Proletariats“ (Bauer 1926).

Ähnlich wie in Österreich verlief es auch in Deutschland, wo die Ideen der Abstinenzbewegung („der denkende Arbeiter trinkt nicht, der trinkende Arbeiter denkt nicht“, ein Satz, der dem Gründervater der Sozialdemokratischen Partei, Viktor Adler zugeschrieben wird) jedoch keinen Rückhalt bekamen, da die von ihnen gewünschte Trennung zwischen der Unschädlichkeit von Bier und der schädlichen Wirkung anderer alkoholischer Getränke keine fachliche Grundlage vorweisen konnte (Fellöcker, Franke 2008).

Bei den Substanzen, die heute als illegale Drogen bezeichnet werden, verlief die Entwicklung etwas anders als beim Alkohol. In der Zeit, als Alkohol schon vehement

bekämpft wurde, konsumierte eine breite Bevölkerungsschicht Laudanum. Dieses war ein Opiat-Alkohol-Elexier und nahezu überall leicht erhältlich. Laudanum wurde erst dann zum Problem deklariert, als die USA anfangen, Opium zu verteufeln. Auch hier standen die politischen bzw. imperialistischen Interessen im Vordergrund.

1.5.4. Trendwenden in der Prävention

Einen neuen Höhepunkt der Problematisierung erlebte der Konsum von Suchtmitteln in den späten 1960er Jahren. Wie schon viele Jahre zuvor wurden Drogen wie Cannabis, LSD und später auch Heroin im Kontext von gesellschaftlichem Protest konsumiert.

Unter dem Begriff „Rauschgift“ rückten illegale Drogen unter kräftigem Zutun der Massenmedien in den Mittelpunkt der öffentlichen Besorgnis.

Auch zu dieser Zeit stand der Wunsch junge Menschen vor illegalen Drogen zu schützen im Vordergrund jeglicher präventiver Arbeit. Dabei verließ man sich bis Mitte der 70er-Jahre hauptsächlich auf Abschreckung durch übertriebene Darstellung der Risiken von Drogenkonsum mit teilweise sogar unsachlichen Botschaften. Konsumenten illegaler Drogen wurden strafrechtlich verfolgt, gesellschaftlich verurteilt und stigmatisiert, mit dem Ziel, die noch nicht Konsumierenden vor dem Schicksal Drogenkonsum und Drogensucht zu retten.

In den USA wurde zu dieser Zeit der normative Ansatz der Drogenprävention sehr populär. Dieser Ansatz versucht, in der Zielgruppe eine Änderung der Normen und Verhaltensausrichtungen zu bewirken. Einige Techniken des normativen Ansatzes sind z.B. das „Norm-setting“, welches durch Meinungsumfragen aufzuzeigen versucht, dass Drogen nur von einer Minderheit konsumiert werden bzw. die Mehrheit der Bevölkerung dagegen ist. Die Technik des „Global-setting“ ermutigt zur Orientierung an Zielen, die mit einem Drogenkonsum nicht vereinbar sind und möchte die Zielgruppe zu einem leistungsmotivierten Weltbild bewegen. Eine weitere

Methode ist das öffentliche Bekenntnis gegen den Substanzgebrauch mittels Sticker und Testimonials, das kurz „Pledge“ genannt wird (Uhl, Gruber, 2004).

Das war zwar alles ein guter Ansatz, führte aber kaum zum gewünschten Erfolg.

Eine dieser Zeit angepasste, öffentlich initiierte Medienkampagne aus dem Jahr 1973 mit dem Titel „Halt, Rauschgift ist Selbstmord“ zeigt den Kopf einer jungen Frau, der halbseitig skelettiert ist. Dieser Entwurf wurde sogar auf eine österreichische Sonderbriefmarke geprägt (Uhl 2002).

Sonderbriefmarke



Abbildung 4: Sonderbriefmarke (1973):“ Halt, Rauschgift ist Selbstmord“

Ab Mitte der 70er-Jahre wurde sachlicher über Drogen aufgeklärt und versucht, der Verbreitung von Drogen mit strikterem Durchsetzen der Verbote entgegenzuwirken. Der Schwachpunkt war allerdings die Überschätzung des Einflusses des rein kognitiven Wissens auf die Verhaltensweisen der Menschen, die ja bekanntlich auf vielen, dem Menschen selbst nicht bewussten inneren Vorgängen beruhen. In dieser Zeit entwickelten sich auch erste Ansätze von Fachliteratur, in der auf die Schwächen

der vorherrschenden Präventionspolitik hingewiesen wurde. Diese Kritik konnte sich aber kaum Gehör verschaffen.

Ab Anfang der 80er-Jahre traten die individuellen und sozialen Ursachen von Sucht und die Motive des Drogenkonsums in den Vordergrund. Des Weiteren wurde die Abhängigkeit von legalen Drogen wie Alkohol, Tabak und Medikamente in den Aufgabenbereich der Suchtprävention integriert und der Missbrauch von legalen und illegalen Drogen immer weniger getrennt.

Ende der 80er Jahre gab es auch erste, von der UNESCO in Auftrag gegebene Studien, die belegten, dass Aufklärung allein für eine erfolgreiche Suchtprävention nicht ausreicht.

Zu dieser Zeit vollzog sich auch ein Paradigmenwechsel von der pathogenetischen Leitfrage, die nach den Gründen für Krankheit oder süchtigem Verhalten sucht, hin zur salutogenetischen, gesundheitsbezogenen Perspektive, die nach Möglichkeiten fragt, wie Menschen gesund und suchtresistent werden. Die Ursachenorientierung trat somit in den Hintergrund und der Weg für die Gesundheitsförderung wurde geebnet (Fellöcker, Franke 2000).

Die Abwendung von der Drogenaufklärung führte dazu, dass Jugendliche Drogen ohne genügendes Wissen über Risiken und Vorsichtsmaßnahmen konsumierten. Darum kam es in den 90er-Jahren zu einer Rückbesinnung auf die suchtmittelspezifische Dimension der Suchtprävention. Mit der Erkenntnis, dass Drogenexperimente ein Teil des aus entwicklungspsychologischer Sicht normalen Risikoverhaltens von Jugendlichen sind, entwickelte sich Ende der 90er-Jahre die Förderung von Risikokompetenz im Umgang mit Drogen (Franzkowiak, Schlömer 2003).

Ein weiteres Problem, mit dem die Suchtprävention lange Zeit zu kämpfen hatte, war die steigende Zahl an Organisationen und Interessengruppen, die sich mit dem Drogenproblem auseinandersetzten. Der Begriff „unkoordinierte drogenpräventive

Maßnahmen“ beschreibt diesen vorherrschenden Präventionsdschungel, in dem es vor allem Nichtfachleuten kaum möglich war sich zurechtzufinden, sehr zutreffend.

In dieser Zeit übertrug man die Aufgaben der Prävention im Wesentlichen etablierten Berufsgruppen wie Lehrern, Erziehern, Therapeuten und Werbefachleuten als Zusatzaufgabe, ohne jedoch entsprechende Weiterbildungsangebote vorzuschreiben. Auch abstinente „Ex-User“, ohne professionelle Ausbildung kamen zum Einsatz und erzählten über ihre Drogenkarriere. Was als Abschreckung gedacht war, kam bei den Kindern und Jugendlichen wie eine Abenteuergeschichte an, die zur Nachahmung aufrief.

Es kam auch zu Rollenkonflikten, da sogar die Polizei als Suchtberater fungierte.

Ferner wurden kaum Evaluationen durchgeführt, weshalb auch die finanziellen Mittel in der Präventionsarbeit sehr gering waren.

Im Laufe der Zeit zeichnete sich immer mehr die Notwendigkeit einer qualifizierten und professionellen Prävention ab, da sich die oben erwähnten Berufsgruppen von ihrer präventiven Zusatzaufgabe überfordert fühlten bzw. sich mit großen Engagement auf recht fragwürdige Strategien stützten.

Durch diese Notwendigkeit konnte sich eine eigene Fachdisziplin in der Suchtprävention langsam etablieren und wurde von der öffentlichen Hand unterstützt, da dieses Thema immer mehr als Aufgabe definiert wurde, die in die Hände von gut ausgebildeten und kompetenten Präventionsfachleuten gehört. Handlungsleitend wurden nun vor allem Konzepte, die eine wissenschaftliche Grundlage vorweisen konnten, da die Forderung nach einer wissenschaftlichen Evaluation der Präventionspraxis immer lauter wurde.

In den Jahren 1993 bis 2000 entstanden nun österreichweit acht Fachstellen für Suchtprävention, die ein einheitliches Leitbild für die österreichische Suchtprävention entwickelt haben, deren praktische Koordinierungsaufgabe vom Ludwig-Bolzmann-Institut für Suchtforschung übernommen wurde. Die Fachstellen stehen im ständigen Kontakt zueinander und viele Mitarbeiter der Fachstellen tauschen im Rahmen der Treffen der „Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung“ regelmäßig Erfahrungen aus (Uhl, Springer 2002).

1.5.5. Fehler in der Suchtvorbeugung

Im Folgenden findet sich nun eine kurze Zusammenfassung der Punkte, warum Prävention versagt hat bzw. welche Fehler in der Suchtvorbeugung gemacht wurden.

- **Konzentration der Aufklärungsarbeit hauptsächlich auf illegale Drogen**

Lange Zeit lag der Fokus hauptsächlich auf illegalen Substanzen, wodurch der Missbrauch von legalen Substanzen wie Alkohol, Nikotin und Medikamente kaum beachtet wurde bzw. auch über deren schädliche Wirkungen nicht aufgeklärt wurde. Bei dieser Art der Aufklärung wurde viel über Drogen und was diese mit dem Körper machen geredet. Dadurch wurde bei einigen Kindern und Jugendlichen enormes Interesse geweckt, welches zu einem Probier- bzw. Experimentierkonsum und in späterer Folge eventuell auch zu einer Sucht führen könnte (Neugierde als Einstiegsdroge).

Auch stoffungebunde Süchte wurden vernachlässigt, obwohl sie denselben Stellenwert wie eine stoffgebundene Sucht haben.

„Durch diese Vorgehensweise geht der Aspekt verloren, dass Drogen Suchtbegleiter sind, nicht aber die Ursache für die Sucht selbst“ (Fellöcker, Franke 2008, S. 19).

- **Suchtmittelspezifische Aufklärung als Abschreckungsversuch**

„Eine Studie aus Holland (De Haes, 1987) belegt, dass 7,6% der SchülerInnen, die einen abschreckenden Drogenunterricht absolviert hatten, während dieser Zeitspanne zum ersten Mal Drogen konsumierten. Von denjenigen, die überhaupt keinen Unterricht in diese Richtung erhielten, wurden nur 3,6% zu ErstkonsumentInnen. Weiters verdeutlicht die Studie, dass die Abschreckung und rein suchtmittelbezogene Strategien vielfach ‚stimulierend‘ wirkten und die Kenntnisse über Drogen massiv verbesserten“ (Fellöcker, Franke 2008, S. 20).

Früher war das Konzept der Abschreckung Teil der Drogenerziehung. So haben manche Lehrer einen Klassenausflug auf den Wiener Karlsplatz unternommen, um den Schülern zu zeigen, wo man landet bzw. wie man aussieht, wenn man Drogen konsumiert oder abschreckende Informationen durch Bilder von Lungenkrebs, Leberzirrhose oder Herointoten weitergegeben.

Es hat sich jedoch gezeigt, dass rein suchtmittelspezifische Drogenaufklärung mit dem Ziel der Abschreckung wirkungslos bleibt. Für Menschen und im Speziellen für Jugendliche ist die Gesundheit etwas Selbstverständliches, die erst wichtig wird, wenn sie bedroht ist. Die negativen Auswirkungen von Rauchen, Alkoholkonsum und eventuellen illegalen Drogen sind deshalb nicht geeignet, junge Menschen vom Konsum abzuhalten, da sie für die Kinder und Jugendlichen in einer viel zu fernen Zukunft liegen und deshalb von ihnen nicht in Beziehung zu sich selbst gesetzt werden. Bei schon konsumierenden Personen kann sich die rein suchtmittelspezifische Drogenaufklärung sogar kontraproduktiv auswirken, da diese Methode, die Vorteile, die Drogen für manche Menschen eine Zeit lang haben, einfach leugnet und somit ihre Glaubwürdigkeit verliert. Auch noch nicht konsumierende Jugendliche reagieren auf diese Form der Prävention oftmals mit Neugier. Ein Beispiel hierfür ist der Film „Christiane F. – Wir Kinder vom Bahnhof Zoo“, der gerne in der Schule gezeigt wurde. Bei diesem Film, wie auch bei Szenebesuchen am Karlsplatz präsentiert sich der zwischenmenschliche Kontakt zwischen den Drogensüchtigen als besser, als er oft in den eigenen Familien ist. Dieser Umstand weckt bei gefährdeten Kindern und Jugendlichen eine enorme Sehnsucht, der manchmal nachgegeben wird, weil sie auf der Suche nach Geborgenheit und Zugehörigkeit sind.

- **Verhaltensänderung durch Durchführung einzelner Veranstaltungen**

Im Rahmen von groß angelegten Präventivveranstaltungen wird viel Information vermittelt, jedoch eignet sich dieser Rahmen nicht, um mit Betroffenen oder Gefährdeten eine Vertrauensbasis aufzubauen und Einblicke in ihre Lebenswelt zu erhalten. Es ist keine direkte Auseinandersetzung mit hilfsbedürftigen Kindern und

Jugendlichen möglich und somit können keine adäquaten Lösungsansätze für die vorhandenen Probleme gefunden werden.

- **Beschränkung der Zielgruppe auf Jugendliche**

Vorträge in Schulen vor 15-jährigen waren oft ein beliebtes Mittel in der Prävention. Es hat sich jedoch herausgestellt, dass dieses Setting ungeeignet ist für jegliche präventive Arbeit. Weiters sollten präventive Interventionen schon weit früher gesetzt werden, da Versuche 15-jährige mittels schulischer und außerschulischer Interventionen zu erreichen oft scheitern, da zu diesem Zeitpunkt viele Jugendliche bereits legale oder illegale Drogen konsumieren.

Das alt bekannte Theorie Praxisproblem hat auch vor dieser Disziplin nicht haltgemacht. Die vielen Theoretiker in dieser Disziplin liefern oftmals auch nicht in die Praxis umsetzbare Theoriegerüste.

„Die gegenwärtige Drogenprävention – zumindest bei uns in Europa – arbeitet heute noch fast durchweg ausschließlich Praxis-bezogen. Sie entwickelt sich – in zahlreichen Versuchen, manchen Irrtümern und gerne geglaubten Erfolgen – eher handwerkeln in einer kaum übersehbaren Vielfalt kleinerer alltagsnaher Projekte, die inzwischen freilich gelegentlich auch erhebliche Ressourcen mobilisieren können“ (Quensel 2004, S. 304).

Im Folgenden sollen nun die gegenwärtigen Ansätze der Suchtprävention näher beleuchtet werden, um die unterschiedlichen Konzepte und Zugänge, mit denen gearbeitet wird zu verdeutlichen.

1.5.6. Arbeitsgrundlagen moderner Suchtprävention

Heute wird meistens die drogenspezifische Dimension der Aufklärung mit Ansätzen zur Persönlichkeitsstärkung kombiniert, um den Kindern und Jugendlichen ein optimales Werkzeug zur Lebensbewältigung und genügend Informationen zum sicheren Gebrauch von psychotropen Substanzen zu bieten.

„Allgemein lässt sich feststellen, dass sich die Suchtvorbeugung weitgehend von eindimensionalen Modellen verabschiedet hat und sich stärker an ganzheitlichen, prozess-, entwicklungs- und interaktionsorientierten Konzepten orientiert, die ein Zusammenwirken persönlicher und struktureller Faktoren beinhalten und Substanzkonsum und –missbrauch nicht per se pathologisieren, sondern diese als eine Bewegung auf dem Kontinuum menschlicher Entwicklung betrachten“ (Fellöcker, Franke 2000, S. 1f). Suchtprävention konzentriert sich aus diesem Grund nicht nur auf Verhaltensweisen bestimmter Zielgruppen, vielmehr arbeitet sie u.a. auch an der Verbesserung von Lebensbedingungen und an der Weiterentwicklung gesellschaftlicher Strukturen.

Dementsprechend orientieren sich suchtpreventive Konzepte stark an den Bedingungen, Kompetenzen und Faktoren, die Gesundheit aufrechterhalten und schützen und zur Unverwundbarkeit gegenüber Gesundheitsstörungen und Suchtgefährdung beitragen (Franzkowiak, Schlömer 2003). Der Leitfaden für diese Orientierung entstammt aus dem **WHO - Konzept der Gesundheitsförderung**, dass 1986 in der Ottawa-Charta festgelegt wurde. In diesem Sinne, „...ist Gesundheitsförderung ein Prozess, der Menschen dazu in die Lage versetzen soll, mehr Einfluss auf ihren Gesundheitszustand zu entwickeln und ihre Gesundheit aktiv zu verbessern“ (Fellöcker, Franke 2000, S. 3). Ein Status vollständiger körperlicher, seelischer und sozialer Zufriedenheit wird als Ziel angesehen. Suchtprävention sieht sich somit als ein Teil der umfassenden Gesundheitsförderung.

Wie die WHO-Charta bildet auch der **Salutogenetische Ansatz** ein Rahmenkonzept für die Arbeit der österreichischen Suchtprävention. Dieser Ansatz, der auf Aaron Antonovsky (1979) zurückgeht „...entspricht dem Bild eines suchtpreventiven Verständnisses, bei dem die Stärkung von Ressourcen und die Minimierung von Risikofaktoren auf persönlicher und struktureller Ebene unter Verzicht auf gänzliche Abstinenz zugunsten von Autonomie und Risikooptimierung im Vordergrund steht“ (Fellöcker, Franke 2000, S. 2). Nach Antonovskys bildlicher Beschreibung befinden wir uns ein Leben lang auf einer Schipiste, die wir hinunterfahren. Im Unterschied zur Pathogenese, die sich hauptsächlich mit jenen Personen beschäftigt, die im Laufe der Abfahrt an einen Felsen oder Baum fahren oder in eine Gletscherspalte stürzen, möchte die Salutogenese diese Schipiste ungefährlicher machen bzw. versucht alle Menschen zu guten Schifahrern zu machen (ebd.). Somit beschreibt sich der Salutogenetische Ansatz als gesundheitsbezogen, der die Bewältigung von Krisen durch die Aktivierung von noch vorhandenen Ressourcen unterstützt und sich an Bedingungen, Kompetenzen und Faktoren richtet, um die Gesundheit aufrecht zu erhalten, zu schützen und zur Resistenz gegenüber einer manifesten Suchterkrankung beiträgt.

Das von Bandura (1977) begründete **Konzept des sozialen Lernens** verdeutlicht die Vorbildfunktion von Personen aus dem sozialen Umfeld, die oft als Modell für eigene Verhaltensweisen herangezogen werden. Das können z.B. die Eltern, Geschwister oder auch Freunde und Mitschüler sein. Aus diesem Ansatz hervorgehende präventive Handlungen finden sich auch bei der Methode der **Peergroup-Education** wieder. Das Wort „Peer“ beschreibt eine Person, die einer anderen gleichgestellt ist bzw. lässt es sich auch mit „Gleichaltriger“ übersetzen. „Peergroup“ bezeichnet eine Gruppe von Gleichaltrigen, wie sie z.B. in Schulklassen vorzufinden ist. „Die Bedeutung der Gleichaltrigengruppe und ihre Nutzung als Partner zur Vermittlung gesundheitsförderlicher Botschaften gewinnt in den letzten Jahren in Pädagogik und Gesundheitserziehung zunehmend an Bedeutung“ (Kahr 2000, S. 141, Noack 1990) betrachte die Peers als bedeutende Helfer bei Entwicklungsproblemen, da sie aufgrund desselben Stadiums ihres Lebenszyklus mit ähnlichen Schwierigkeiten konfrontiert sind. In der Suchtprävention können dadurch soziale Kompetenzen

eingübt werden bzw. nutzen einige Suchtpräventionsprogramme diese Gleichaltrigengruppen für Standtfestigkeitstrainings gegenüber sozialer Beeinflussung, da Beziehungen unter Gleichaltrigen einen starken Einfluss auf die Ausbildung verschiedener Verhaltensweisen und Einstellungen hat. Dies gilt besonders für den Konsum von Alkohol und Nikotin, aber auch für den Umgang mit Drogen.

Die **Förderung von Alternativen zum Substanzenmissbrauch** bedeutet in der Suchtvorbeugung, dass versucht werden soll, ein möglichst breites Spektrum an Verhaltensmöglichkeiten zu entwickeln, um in Konfliktsituationen oder auch in Situationen der Langeweile andere Beschäftigungs-, Alternativ- und Motivationsmöglichkeiten als den Konsum von psychoaktiven Substanzen einsetzen zu können. Oft beginnt man mit dem Drogenkonsum, weil die stimmungsverändernde Wirkung von Drogen als angenehm empfunden wird. „Je langweiliger, erlebnisärmer und/oder Jugendliche ihr Leben empfinden, desto attraktiver wird für sie der Gebrauch von Drogen und die Vernachlässigung von Konsumrisiken“ (Franzkowiak, Schlömer 2003, S. 180). Dieses Risiko kann mit **erlebnispädagogischen Maßnahmen** verringert werden, da diese die Entwicklung der Selbstständigkeit, die Konfliktfähigkeit wie auch die Selbstachtung fördern. Zu erlebnispädagogischen Maßnahmen zählen Gruppenaktivitäten, die sich vom normalen Alltag eines Jugendlichen unterscheiden und die Ganzheitlichkeit des Lernens unterstreichen. Für die Erlebnispädagogik stehen hauptsächlich persönlichkeitsentwickelnde Ziele und die Förderung der sozialen Kompetenz im Vordergrund, wodurch diese Methode auch seit einigen Jahren in der Suchtprävention eingesetzt wird (Fischer 2003).

Auch Projekte und Aktionen zur **Förderung genereller Lebenskompetenzen (life skills approach)** finden in der gegenwärtigen Suchtprävention große Etablierung und findet sich in annähernd allen gängigen Suchtpräventionsprojekten wieder. „Dieser Ansatz, der maßgeblich von der Arbeitsgruppe um GILBERT BOTVIN in New York entwickelt wurde (BOTVIN & TORTU, 1988), basiert auf der Theorie des sozialen Lernens nach BANDURA (1969) sowie der Theorie des Problemverhaltens nach JESSOR und JESSOR (1977)“ (Aßhauer, Hanewinkel 2000, S. 114).

Das Konzept der Förderung der Lebenskompetenzen beinhaltet die Gewinnung von Selbstwert und Konfliktfähigkeit sowie die Fähigkeit, sich verständlich zu machen und auch andere zu verstehen und Bedürfnisse bewusst wahrzunehmen. In solchen Projekten wird auch gelernt, die eigenen Stärken und Schwächen zu akzeptieren und die Verantwortung für sich selbst zu übernehmen. Weiters gehören auch Fertigkeiten wie Beziehungsaufbau und die Fähigkeit, um Hilfe bitten zu können bzw. diese Hilfe annehmen zu können, zu diesen Programmen. Ziel solcher Programme ist es, durch gezieltes Üben und durch Information die Beeinflussung in Richtung Drogenkonsum zu verhindern bzw. einzuschränken.

„Die Förderung von Lebenskompetenzen (‘life skills’) bei Jugendlichen ist eine wirksame präventive Maßnahme im Hinblick auf die Verhinderung oder Verzögerung des Konsumbeginns und die Verhinderung eines langfristigen Missbrauchsverhalten. Das beinhaltet z.B. die Förderung von Problemlösungs- und Kommunikationsfähigkeiten, von Selbstsicherheit und Durchsetzungsvermögen“ (Franzkowiak, Schlömer 2003, S. 176).

Das Experimentier- und Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen ist aus entwicklungspsychologischer Sicht normal und entspringt sehr oft dem Bedürfnis nach sozialer Anerkennung, Genuss, Lust und Abenteuer. Im Umgang mit Risiken erkunden Kinder und Jugendliche ihre eigenen Fähigkeiten und Grenzen (Silbereisen 1998). Deshalb setzt das **Konzept der Risikokompetenz** in der Prävention nicht auf eine Strategie der absoluten Risikovermeidung bzw. einer unrealistischen Ausrichtung auf Totalabstinenz, sondern berücksichtigt die funktionale Sinnhaftigkeit von Risikoverhalten und integriert den Umgang mit Risiken bewusst in die Arbeit. Dieser Ansatz bezieht sich dabei nicht nur auf den Gebrauch von psychoaktiven Substanzen, sondern auch auf den Konsum von Alkohol und Nikotin. Die Förderung der Risikokompetenz beinhaltet somit ein informierendes Problembewusstsein über Drogenwirkung und die Risiken des Drogenkonsums und vertritt eine kritische Einstellung gegenüber legalen und illegalen Drogen. Weiters versucht sie die Bereitschaft zum konsequenten Konsumverzicht in bestimmten Situationen, Lebensräumen und Entwicklungsphasen (Kindheit, Schule, Arbeitswelt,

Straßenverkehr, Schwangerschaft etc.) zu fördern und die Fähigkeit für einen genussorientierten, mäßigen Konsum zu stärken (Franzkowiak, Schlömer 2003).

Konzepte, die eine auch am Genuss orientierte Drogenmündigkeit propagieren, stoßen bei vielen Beteiligten, wie Lehrern, Eltern oder auch Suchtpräventionsexperten selbst, auf große Widerstände. Darum wird es sich nicht vermeiden lassen, dass bei solchen Ansätzen der Schwerpunkt auf die Erwachsenenbildung gelegt wird (Quensel 2004).

Die Widerstände der Beteiligten ergeben sich oftmals aus einer tief sitzenden Angst vor jeglichem Drogenkonsum, dem sämtlich positive Aspekte abgesprochen werden. Dass die Jugend kein Vertrauen zu Personen hat, die aus eigenen Ängsten Wahrheiten ignorieren und Tatsachen verdrehen, ist nicht weiter verwunderlich. Dieses mangelnde Vertrauen wiederum bietet nur einen sehr schlechten Ausgangspunkt, um auf junge Menschen einzuwirken. Daraus ergibt sich das Dilemma vieler Suchtvorbeugungsexperten: Wer von der Zielgruppe, den Jugendlichen, ernst genommen werden will, muss Kompetenz und Sachlichkeit demonstrieren, dadurch wird der Experte aber zur Zielscheibe für Personen, die einem irrational überzeichneten Drogenbild anhängen und ihm Verharmlosung unterstellen (Uhl 2003). Dieses Spannungsfeld ist für manche Suchtprophylaktiker nur schwer auszuhalten, denn es braucht einiges an diplomatischem Geschick, um darin existieren zu können, und sie wählen deshalb einen substanz- und suchtspezifischen Präventionszugang. Dieser stößt bei der Zielgruppe aber oft auf Widerspruch, da sie sich um die ihr zustehenden und von ihr erwarteten Informationen betrogen fühlt. Weiters hat diese Strategie den Nachteil, dass viele Einflussmöglichkeiten verpasst werden und sich die Kinder und Jugendlichen ihre Informationen bei weit weniger zuverlässigen Quellen wie Gleichaltrigen oder Massenmedien beschaffen.

Etwas anders begegnet das **Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren** dem Phänomen der Drogengefährdung. Dieses Konzept beschäftigt sich nicht nur mit jenen Faktoren, die für die Entwicklung einer Suchterkrankung ausschlaggebend sind bzw. diese fördern, sondern dieser Ansatz versucht auch zu erforschen, was

Menschen gesund erhält, auch wenn sie unter krankmachenden Lebensbedingungen leben. „Innerhalb des Risikofaktorenansatzes wird davon ausgegangen, dass die Existenz bestimmter Risiken für die zukünftige Entwicklung von Erkrankungen und Störungen mitverantwortlich ist“ (Schmidt 2001, S. 40). Zu solchen Risikofaktoren zählen beispielsweise der frühe Beginn eines Substanzenkonsums, ein geringes Selbstwertgefühl, aggressives Verhalten und Impulsivität, kognitive Schwierigkeiten, Sozialangst aber auch psychische Störungen wie Depression, Angst oder ADS/ADHS. Ein wichtiger Punkt sind aber auch die familiären sowie die schulischen Bedingungen, die sowohl als Risiko- wie auch als Schutzfaktoren Bedeutung erlangen.

Als Schutz- oder protektive Faktoren sind Bedingungen zu verstehen, die den Drogenkonsum vermeiden oder einschränken bzw. die die Wirkung von Risikofaktoren verringern oder ausgleichen.

„Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit gelten als Reaktionen auf die Anzahl der Belastungen, welche ein Mensch zu bewältigen hat. Drogenmissbrauch steigt linear mit der Anzahl der bestehenden Risikofaktoren. Umgekehrt steigt das Potenzial, Schutz vor Drogenmissbrauch und –abhängigkeit zu bieten, mit der Anzahl und Stärke bestehender protektiver Faktoren“ (Schmidt 2001, S. 40).

Wie viele Belastungen ein Mensch unbeschadet übersteht, hängt demnach von den zur Verfügung stehenden Schutzfaktoren ab. Bei diesen wie auch bei den Risikofaktoren gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede, da Buben und Mädchen zu ungleichen Zeiten verschiedene Entwicklungsstadien durchleben und unterschiedliche Anforderungen bezüglich der Bewältigung von Entwicklungsstadien besitzen.

Einer der wichtigsten Punkte, der bei allen suchtpreventiven Ansätzen an erster Stelle stehen sollte, ist die Bedeutung von Set und Setting. Hiermit ist das Wechselspiel zwischen der tatsächlichen und erwarteten Drogenwirkung einerseits mit der jeweiligen individuellen Stimmung, dem Gruppen-Kontext und der Konsum-Situation andererseits, gemeint (Quensel 2004).

Zu einigen Ansätzen der Drogenerziehung gibt es viele kritische Stimmen, die meinen, man würde der Jugend dadurch den Rausch schmackhafter machen, ihnen den Konsum erleichtern und den Abschreckungsmoment eines schlechten Rauscherlebnisses verhindern.

Diese Argumente sollen nicht einfach vom Tisch gewischt werden, die Personen, die sie verwenden, verstehen allerdings den Hintergedanken dieser Ansätze nicht und verteufeln sie ohne sich überhaupt damit auseinandergesetzt zu haben. Durch das Bewusstsein für Set und Setting gelingt es oftmals, dass der Drogenkonsum wieder bestimmten Ritualen unterliegt und die willkürliche, überall ausgeführte Konsumation ein Ende hat. Rituale im Bezug auf den Konsum haben stark suchtp Präventiven Charakter (z.B: Ayakuaska Shamanismus).

Jugendliche müssen wissen, dass die Drogenwirkung nicht immer gleich ist, und durch äußere und innere Bedingungen beeinflusst wird. Sonst liegt der Trugschluss nahe, nach einem einmaligen guten Erlebnis davon auszugehen, dass unter schlechteren Bedingungen auch ein gutes Erlebnis erzielt wird. Dieser Irrglaube kann teilweise fatale Folgen haben. Vom noch relativ harmlosen, obwohl für den Betroffenen sehr unangenehmem, Horrortrip bis hin zu akuten Intoxikationen.

Daran anknüpfend wenden wir uns einer Aufklärungsmaßnahme zu, die wahrscheinlich auch bei den Kritikern der Erziehung zur Drogenmündigkeit auf mehr Zustimmung stößt, nämlich der Aufklärung bezüglich Hilfsmaßnahmen im Notfall.

Wichtig hierbei ist es, beide Bereiche abzudecken:

- Der Konsument selbst braucht Informationen über Handlungsweisen die ihm in Notsituationen helfen
- Personen brauchen Informationen wie sie Drogenkonsumenten im Notfall helfen können.

Durch gezielte Informationen zur Hilfe im Notfall kann oftmals ein Unglück verhindert oder der Schaden, den die Betroffenen davon tragen, zumindest minimiert werden. Bei entsprechendem Problembewusstsein für die doch immer wieder auftretenden Nebenwirkungen und den damit verbundenen Risiken von psychoaktiven

Substanzen, dass wahrscheinlich den meisten Drogenkonsumenten immanent ist, ist es nicht schwierig, das Interesse für diesbezügliche Informationen zu wecken. Es gilt hier natürlich sachlich zu informieren und den Fokus hauptsächlich auf die Maßnahmen im Notfall zu legen und nicht dem Stile der früheren Abschreckungskampagnen zu verfallen und die möglichen Gefahren besonders hervor zu streichen. Denn wie schon weiter vorne erwähnt, ist die naive Vorstellung durch Abschreckung Personen, insbesondere Jugendliche, vom Konsum psychoaktiver abzuhalten im besten Falle unwirksam und im schlechtesten Falle kontraproduktiv. Kontraproduktiv schon deswegen, weil durch solch unsachgemäße Botschaften sämtliches Vertrauen der Interessierten verloren geht und sie auch die Informationen, die man eigentlich vermitteln wollte, nicht annehmen werden.

Ein weltweit einzigartiges Suchtpräventionsprojekt wurde 1997 in Wien ins Leben gerufen. Check it! steht für „Check your life, check your body, check your drugs.“

Es handelt sich hierbei um die Kombination von Information und praktischer risk reduction, die vor Ort, meistens bei großen Technoveranstaltungen, angeboten wird.

„Um Aufschlüsse über die tatsächliche Substanzsituation zu gewinnen, vor besonders bedenklichen im Sinne der „risk reduction“ glaubwürdig warnen zu können und bei KonsumentInnen Interesse für das Projekt zu schaffen, sollte eine zuverlässige und dennoch rasche chemische Analyse der im Umlauf befindlichen psychoaktiven Substanzen angeboten werden“ (Fellöcker, Franke 2000, S 219).

Die von den Besuchern der Veranstaltung zur Analyse zu Verfügung gestellten Stoffe werden zuerst fotografiert, vermessen, gewogen und beschrieben. Danach werden den potenziellen Konsumenten einige Fragen zur Probe und zur eigenen Person gestellt, wobei die Anonymität bestehen bleibt. Ein mobiles Labor vor Ort, von einem Team der Toxikologie des AKH Wien analysiert in einem zweiteiligen, auf Flüssigkeitschromatografie basierenden Verfahren die erhaltenen Substanzen. Zwei identische, parallel laufende Anlagen bestimmen während weniger Minuten, ob es sich bei den Substanzen um Amphetamin oder eines der als Ecstasy bekannten Amphetaminderivate handelt. Ist dies nicht der Fall, und es finden sich weder Amphetamin noch Amphetaminderivate oder zusätzliche Substanzen in der Probe, wird der Stoff in einem zweiten Schritt, in einem weiteren hochempfindlichen

Analysegerät bestimmt. Die Ergebnisse der Analysen werden mit Hilfe von Nummern, die nur der jeweiligen Probengeber hat, anonymisiert und in den Zelten des Check it! Teams ausgehängt (Fellöcker, Franke 2000). Durch die aus diesen Analysen erhaltenen Daten ist es möglich, einen besseren Überblick über die aktuelle Schwarzmarktsituation zu gewinnen und Präventionsmaßnahmen weiterzuentwickeln.

Zusammenfassend werden nun noch einmal einige Maßnahmen angeführt, die den Jugendlichen helfen sollen, einen Suchtmittelkonsum zu vermeiden.

- Jugendliche sollten die Möglichkeit haben, sich bei Problemen mit der Familie, in der Schule oder im Beruf bei außenstehenden Personen Unterstützung zu holen. Ob diese institutionell oder privat erfolgt, tut oftmals nichts zur Sache. Es gilt die Probleme ernst zu nehmen und sie nicht herunter zu spielen. Je eher die, für den Jugendlichen nicht lösbar scheinenden Probleme erkannt werden und brauchbare bzw. annehmbare Lösungen angeboten werden, umso geringer wird die Wahrscheinlichkeit, dass er zu Suchtmitteln als Problemlöser greift.
- Einen wichtigen Schutzfaktor für Jugendliche bildet die Gruppe. Deshalb sollte den Gruppen von kulturellen Möglichkeiten wie Musik und Theater bis zu sportlichen Möglichkeiten vieles angeboten werden, vor allem jedoch ein Raum und die Zeit, wo sie ihre Aktivitäten gefahrlos aber trotzdem abenteuerlustig ausleben können. Diese Möglichkeit, risikoarm ihre Neugier auszuleben, ist nach Meinung von Präventionsfachleuten für die Jugendlichen wichtig, um eine gesunde Persönlichkeit zu entwickeln. Strenge Gebote oder Verbote, die bei der Gruppe nicht auf Akzeptanz stoßen, wirken sich oft kontraproduktiv aus und können die Zahl der Jugendlichen die Suchtmittel konsumieren erhöhen.
- Weiters gilt es die soziale Situation der Jugendlichen zu verbessern, da es sich hierbei um einen sehr wichtigen Faktor handelt. Jugendliche, die aufgrund

ihres schulischen Versagens auch noch die Gruppe verlieren, unterliegen einem größeren Risiko. Die Suchtmittleinnahme wird in dem Maß geringer, je klarer die sozialen Entwicklungsmöglichkeiten für den Jugendlichen sind. Es hat sich gezeigt, dass die soziale Sicherheit in der Familie, im Freundeskreis und in der beruflichen Situation als Schutzfaktor für Suchtmittelgebrauch fungiert. Die Suchtmittelrate verbessert sich, je sinnvoller dem Jugendlichen seine Tätigkeit erscheint und je klarer seine Rolle in dieser Tätigkeit definiert ist (Lesch, Walter 2009).

Diese einfachen und eigentlich einleuchtenden Argumente werden oftmals als lapidar abgetan oder einfach nicht berücksichtigt. Dass sich dies im Endeffekt auf die ganze Gesellschaft negativ auswirkt, wird hierbei oftmals übersehen. Denn vorbeugen und von Anfang an die nötigen Strukturen und Möglichkeiten zu bieten ist nicht nur humanitärer, sondern auch kostengünstiger, als erst einzugreifen, wenn sich ein Problem manifestiert hat. Ein gesellschaftlicher Umdenkprozess hat zwar schon teilweise begonnen, es wird aber noch einige Zeit dauern, bis ein flächendeckendes, Jugendliche sinnvoll fördernd und beschäftigendes Freizeitangebot in Österreich vorhanden sein wird.

„Erforderlich ist dafür ein gutes Konzept zur Suchtprävention bei Jugendlichen, die durch Primärprävention nicht mehr und von Tertiärprävention noch nicht erreicht werden“ (Österreichisches Gesundheitsinstitut für Gesundheitswesen 2001, S.9).

Dieser Überblick zeigt, wie viele Erkenntnisse auf dem Sektor der Suchtprävention in den letzten Jahren erforscht worden sind.

Vergleichen lässt sich das mit einem hermeneutischen Zirkel, der zwar immer mehr Wissen und Erkenntnis bringt, aber keine endgültigen Wahrheiten für sich beansprucht. Die Suchtprävention ist noch nicht am Ende ihrer Wandlung angekommen. Neue Ideen und Forschungen werden weiterhin integriert, um die konsequente Weiterentwicklung zu gewährleisten. Ein wichtiges Ziel ist die Etablierung von allgemeingültigen Qualitätskriterien und Zielvorstellungen um die Evaluierung präventiver Maßnahmen zu erleichtern.

Wie schon in diesem Kapitel beschrieben wurde, ist in den letzten Jahren die Bedeutung der Erziehung in der Familie und der Einfluss auf die Kinder in fachlicher, politischer und gesamtgesellschaftlicher Hinsicht immer mehr zum Thema geworden. Deswegen wird im nächsten Teil der Arbeit ein Blick auf den Einfluss, den die Familiensituation der Kinder und Jugendlichen auf ihren Umgang mit legalen und illegalen psychotropen Substanzen hat, geworfen.

1.6. Familie

Die Familie hat den lebensgeschichtlich ersten und wahrscheinlich wichtigsten Einfluss auf den späteren Drogenkonsum des Kindes (Neumüller 1993).

Die ersten drei Lebensjahre verbringt das Kind hauptsächlich in der Kernfamilie, die in den meisten Fällen aus Mutter, Vater und Geschwistern besteht. Es gibt aber auch immer häufiger alternative Familienkonzepte, wie etwa Patchwork Familien oder alleinerziehende Elternteile. Diese ersten Lebensjahre und die Erfahrungen, die es in diesen sammelt, prägen den Verlauf seines weiteren Lebens nachhaltig.

Die Vollständigkeit oder Unvollständigkeit einer Familie hat hierbei weniger Bedeutung für die positive bzw. negative Entwicklung der Kinder. Entscheidender für deren Entwicklung sind die Beziehungen und Kommunikationsprozesse, die innerhalb der Familie ablaufen. Das psychosoziale Wohlbefinden und das Selbstwerterleben aller Familienmitglieder werden durch Erfahrung von Anerkennung und Bestätigung im Rahmen innerfamiliärer Interaktionsprozesse bestimmt (Gerhard 2003).

Der erste institutionelle Kontakt findet häufig im Alter von 3 Jahren im Kindergarten statt. Trotz allem verbringt das Kind auch weiterhin die meiste Zeit mit Eltern und Geschwistern. Die Familie hat demnach den größten Einfluss und somit die Hauptverantwortung für die Entwicklung der Kinder.

„Sie ist nicht nur der Ort, an dem sich alkoholbedingte Störungen manifestieren; als primäre Sozialisationsinstanz prägt sie über lange Jahre die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und damit auch ihren Einstieg in den Konsum von Alkohol und den späteren Umgang mit alkoholischen Getränken“ (Kolip 1999, S. 164).

So findet zum Beispiel der erste Kontakt mit Alkohol sehr oft in der Familie statt. In unserer Gesellschaft beginnt die Beziehung von Kindern und Alkohol schon im Kleinkindalter, wenn sie den Schaum von Pilsener Bier kosten dürfen oder einen Schluck Wein probieren. Diese Verhaltensweisen werden auch heute noch in unserer Gesellschaft bagatellisiert, obwohl sie einer frühen Gewöhnung an Alkohol Vorschub leisten (Waibel 1994).

Verhaltensweisen, zu denen auch Drogenkonsumgewohnheiten zählen, sowie drogenbezogene Werte und Normen werden von Kindern durch Nachahmung von Eltern oder Geschwistern in der Familie erlernt oder durch die familiäre Atmosphäre bestimmt (Freitag, Hurrelmann 1999). Oder anders formuliert: Alle Eltern sind für ihre Kinder eine wichtige Sozialisationsinstanz, die diese beim Erwerb verschiedener Verhaltensweisen als Vorbild benutzen. Das Verhalten wird von den Kindern durch Beobachtung erlernt und anschließend von der Familie und der Gesellschaft sozial verstärkt (Bandura 1977).

„Kinder, deren Eltern nur gering entwickelte Fähigkeiten haben, mit ihren Kindern adäquat umzugehen (Erziehungsstile), haben ein höheres Risiko, Drogenprobleme zu entwickeln (Kumpfer & De Marsh, 1985; Penning & Barnes, 1983). Nach Hornung et al. (1983) weisen aufgrund der empirischen Befunde vor allem diese Merkmale des Erziehungsverhaltens der Eltern auf eine Beziehung zum Substanzmissbrauch hin: Gleichgültigkeit, Verständnislosigkeit, Überbesorgtheit der Mutter und Inkonsistenz im Verhalten der Eltern“ (Fellöcker, Franke 2008, S. 15).

Besonders gefährdet eine Suchterkrankung zu entwickeln, sind auch jene Kinder, die mindestens mit einem suchtkranken Elternteil in einem gemeinsamen Haushalt leben. Ein Aspekt, nämlich die unbewusste Weitergabe süchtigen Verhaltens von den Eltern auf die Kinder wird von Alice Miller ausführlich beschrieben. Ihrer Auffassung zufolge sind jahrelange, oft unbewusst erlebte Auswirkungen elterlicher Einflüsse auf das

Kind und die für die beteiligten Personen unsichtbaren Wirkmechanismen die Ursache so genannten kindlichen Fehlverhaltens und psychosomatischer wie psychischer Krankheiten auch im Erwachsenenalter. Werden diese nicht aufgearbeitet, so argumentiert Miller, werden sie unreflektiert an die Umwelt weitergegeben - z.B. als Eltern an die eigenen Kinder oder beispielsweise durch Drogenkonsum oder Kriminalität kompensiert (Miller 1983).

Auch Maag Merki beschreibt: „Übermäßige Belastungen in einem oder mehreren Bereichen können sich in Form von somatischen Beschwerden oder dem erhöhten Gebrauch von Risikosubstanzen manifestieren“ (Maag Merki 2006, S. 856).

Die systemische Perspektive erklärt den Einfluss der Familie auf jugendliches Fehlverhalten, unter das auch übermäßiger Drogenkonsum fällt, folgendermaßen. Innerhalb von familiären Systemen werden im Laufe ihrer Entwicklung auf verschiedenen Ebenen bestimmte Umgangsmuster ausgebildet. Mit diesen Mustern gehen Dynamiken einher, die sich über Generationen wiederholen können. Die sich daraus entwickelnde, beobachtbare Symptomatik erfüllt eine wichtige Funktion zur Aufrechterhaltung der dahinter liegenden Muster. In diesem Prozess fungieren einzelne Mitglieder des Systems unbewusst als Symptomträger, die das fragile Familiensystem durch ihr bekanntes und somit passendes Fehlverhalten aufrechterhalten (Gemeinhardt 2006). Oft handelt es sich bei den Symptomträgern um das sensibelste Mitglied der Familie.

Unter diesen Gesichtspunkten spielt die Familie eine bedeutende Rolle bei der Genese und Aufrechterhaltung von Drogenabhängigkeit.

Die in den empirischen Teilen dieser Arbeit dargestellten Daten zeigen die gleichen Ergebnisse. Konsum der Eltern, Erziehungsstil der Eltern und Familienklima haben einen entscheidenden Einfluss auf den Substanzkonsum der Kinder.

Deshalb ist es nicht ausreichend, nur bei den Kindern suchtpreventiv anzusetzen. Es gilt, das Problembewusstsein der Eltern für diese Prozesse zu wecken und ihnen bei der Umsetzung suchtvorbeugender Erziehung helfend zur Seite zu stehen, um die Kinder schon vor der institutionellen Betreuung zu schützen.

Dafür benötigt die Familie, die wie schon erwähnt, einer der wichtigsten Bezugspunkte für Kinder und Jugendliche ist, objektive Informationen und wohlwollende Unterstützung, um ihre Ängste und Unsicherheiten im Zusammenhang mit Drogenkonsum zu verringern. Des Weiteren benötigt sie Personen, die bei konkreten Anlässen Hilfestellung bieten. Derzeit bestehen im Bereich der Elternarbeit jedoch noch sehr viele Versorgungslücken. Vor allem für Eltern, die sich für das Thema Sucht und Drogenkonsum nicht interessieren und generell wenig motiviert sind, gilt es Angebote zu schaffen, die diese zur Mitarbeit bewegen. Dies wäre ein wichtiger Beitrag, um künftig Fortschritte in der Früherkennung suchtgefährdeter Jugendlicher zu machen und somit frühzeitig entsprechende Hilfe anbieten zu können (Österreichisches Gesundheitsinstitut für Gesundheitswesen 2001).

Immer mehr Eltern verlassen sich bezüglich Persönlichkeitsentwicklung und Erziehung auf den Bildungsauftrag der Schule. Diese allerdings fordert immer mehr kognitives Wissen, wodurch der Leistungsdruck auf Jugendliche enorm ansteigt und sie oft selbst zum suchtbegünstigenden Faktor wird. Außerdem bietet die Schule nur geringe Unterstützung für die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben, die teilweise sehr viel Raum im Leben der Jugendlichen einnehmen, an (Österreichisches Gesundheitsinstitut für Gesundheitswesen 2001).

Das Projekt „Lebensglück ohne Drogen“ fand in einer Wiener HTL, und das Projekt „in Motion“ in Linzer Hauptschulen, statt. Der Fragebogen, der in diesen Projekten zur Datenerhebung herangezogen wurde, enthält einige Items zum Thema Lehrer, Klassenklima usw., die sich teilweise, zumindest tendenziell als Indikatoren, für den Konsum und Nichtkonsum psychotroper Substanzen der Schüler, herausstellten. Im nächsten Teil der Arbeit soll aus diesen Gründen ein Blick auf die Schule, als Ort an dem präventive Maßnahmen umgesetzt werden, geworfen werden.

1.7. Schule

Heutzutage ist die Schule die einzige gesellschaftliche Institution, die bedingt durch die allgemeine Schulpflicht, auf alle Kinder und Jugendliche Zugriff hat. Dass bedeutet, sie hat den größten Einflussradius und damit verbunden auch eine große Verantwortung für die junge Bevölkerung.

„Die Schule ist in den vergangenen Jahrzehnten zur zentralen Bezugsgröße im Leben von nahezu allen Kindern und Jugendlichen geworden. Zum einen gehen immer mehr Heranwachsende immer länger zur Schule. Zum anderen ist die Schule heute mehr als nur ein Lernort; vielmehr gewinnt sie vor allem als Lebensort mehr und mehr an Bedeutung. So ist die Gleichaltrigengruppe in der Schule – nicht zuletzt auch als Folge der sinkenden Geschwisterzahlen – zu einer wichtigen Sozialisationsinstanz geworden“ (Büchner, Krüger 1996; zit. nach Quensel 2004, S.292). Die Schule ist neben der Familie der wichtigste Ort der Sozialisation von Kindern und Jugendlichen und spielt deshalb eine besondere Rolle bei deren Entwicklung. Außerdem fungiert die Schule als Bindeglied zwischen Familie und Gesellschaft (Mitterbauer, Sokopp 2000).

Dieser Verantwortung den Heranwachsenden gegenüber gilt es gerecht zu werden. Es ist die Pflicht der Schule, destruktive, in der Familie gelernte Verhaltensweisen zu kompensieren und den Heranwachsenden ein funktionierendes Instrument zur Lebensbewältigung mit zu geben. Schon in Oskar Spiels „Am Schaltbrett der Erziehung“ wird dieses Thema behandelt: „Fragen wir uns nun, welche Instanz noch in Betracht käme, die Fehlschläge in der Entwicklung der Kinder auszugleichen und eine Besserung herbeizuführen, dann wird unsere Aufmerksamkeit zunächst auf die Schule gelenkt“ (Adler 1927; zit. nach Spiel 2005, S.18). Auch Spiel formuliert dazu: „Sie allein ist imstande, dem Übel abzuhelpen, indem sie einen Umerziehungsprozeß einleitet, der, wo es notwendig und soweit es möglich ist, Fehlentwicklungen der Kinder korrigiert“ (Spiel 2005, S.18). Daraus ergibt sich die Forderung, in der Schule das Beziehungssystem und nicht nur das Unterrichtsgeschehen in den Mittelpunkt

des Interesses zu stellen. Immerhin sollte die intellektuelle Förderung nicht auf Kosten der Persönlichkeitsentwicklung gehen. Es sollte auch bedacht werden, dass dieses punktuelle, in der Schule angeeignete Wissen zum Teil wieder vergessen oder durch neue Erkenntnisse ersetzt wird, Persönlichkeitsdefizite sich aber oft durch das ganze Leben ziehen.

Durch diesen Bedarf werden viele Pädagogen vor neue, schwierige Anforderungen gestellt, die oft mit den strikten Lehrplänen und dem Leistungsdruck der heutigen Gesellschaft schwer in Einklang zu bringen sind. Viele Lehrer fühlen sich deshalb nach wie vor nur für die intellektuelle Entwicklung der Kinder und Jugendlichen verantwortlich und widersprechen damit dem Paradigma der Pädagogik, den Menschen als Ganzes zu sehen und zu fördern. Schule soll demnach nicht nur ein Ort des reinen Wissenserwerbs sein, sondern sie erhält zusätzlich einen allgemeinen, erfahrungs- und handlungsorientierten sowie fächerübergreifenden Erziehungsauftrag, der „...nicht im, sondern neben dem Unterricht erfüllt werden soll“ (Rekus 1998, S. 10). Zu dieser ganzheitlichen Betrachtung und Förderung gehört es ebenfalls, den jungen Menschen dabei zu unterstützen, gesund und suchtresistent zu werden bzw. zu bleiben.

„Da in der Schule eine Rückmeldung über die eigene Leistungsfähigkeit und damit zusammenhängend auch über Erfolgserlebnisse gegeben sind, wird die Identität der Schüler dadurch stark beeinflusst. Durch Akzeptanz oder Ablehnung in der Schule wird bei den Schülern eine hohe oder eine geringe Bewertung des sozialen Selbstbildes erworben“ (Türk, Bühringer 1999, S.584).

Das oftmals in der Schule erworbene geringe Selbstwertgefühl und die damit einhergehende geringe Kompetenzeinschätzung gekoppelt mit eventuell durch schlechte Schulleistungen bedingten familiären Problemen, kann ein Grund für über den Probierkonsum hinausgehende Konsummuster sein. Dies könnte durch das Ansetzen an den persönlichkeitspezifischen Hauptrisiken der Kinder und Jugendlichen verhindert werden, die da wären:

- der mangelnden Fähigkeit, sich mit sozialen und (in Schule und Arbeitswelt) leistungsmäßigen Anforderungen auseinanderzusetzen und sie so umzusetzen, dass sie Bedeutung und Sinn für die eigene Lebenswelt haben;

- dem Gefühl, in wichtigen informellen Bezugsgruppen (Freunde, Kollegen) isoliert und sozial an den Rand gedrängt zu sein, nicht die Anerkennung und soziale Integration zu erleben, die für die persönliche Entwicklung für angemessen und für notwendig gehalten wird;
- der mitunter quälenden Suche nach Sinngebung und Wertorientierung in einer komplexen Welt, die nur auf wenigen Feldern gestattet, die Sehnsucht nach Erlebnissen und tief gehenden Erfahrungen und den Bedarf nach Glaubens- und/oder Wertgewissheit zu befriedigen (Hesse 1993).

Anhand dieser Risiken lässt sich erkennen, dass Drogenkonsum durch rein suchtmittelspezifische Aufklärung nicht verhindert bzw. in sinnvolle Bahnen gelenkt werden kann. Sinn bringender ist es, an den individuellen Problemen und institutionellen Gegebenheiten zu arbeiten, um den Kindern und Jugendlichen die Chance zu geben, in einer angstfreien Umgebung ihre Persönlichkeit zu entwickeln. „Ein wichtiger Aspekt sei hier festgehalten: Wenn das Schulklima und der Schulalltag Stress fördernd, menschenverachtend, der Umgang der Menschen miteinander lieblos, misstrauend und missachtend ist, dann muss die konkrete Suchtpräventionsarbeit in der Schule in erster Linie die Veränderung und Reduktion dieser suchtfördernden Faktoren zur Zielsetzung haben und erst in weiterer Folge können suchtmittelspezifische Präventionsinhalte vermittelt werden“ (Fellöcker, Franke 2000, S. 129).

Ein Anfang ist jedoch bereits gemacht, Suchtprävention hat sich durch das Unterrichtsprinzip der Gesundheitsförderung fest in den heutigen Lehrplänen etabliert.

Die Ottawa-Charter zur Gesundheitsförderung, verabschiedet von der WHO, am, 21. November 1986, besagt: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt

meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel“.

In § 2 (1) des Schulorganisationsgesetzes ist klar formuliert: „Die österreichische Schule hat die Aufgabe, an der Entwicklung der Anlagen der Jugend nach den sittlichen, religiösen und sozialen Werten sowie nach den Werten des Wahren, Guten und Schönen durch einen ihrer Entwicklungsstufe und ihrem Bildungsweg entsprechenden Unterricht mitzuwirken“ (Quelle: www.bmukk.gv.at/schulen/recht/gvo/schog_01.xml#01) Stand: 27.05.2009

Ein Teil des pädagogischen Auftrages an der Schule ist daher allgemeine Gesundheitsförderung sowie Prävention in verschiedenen Bereichen, also auch Suchtprävention. Schule will und muss mithelfen, die ihr anvertrauten Kinder und Jugendlichen zu selbstständigen, toleranten und eigenverantwortlichen Menschen zu erziehen, besser formuliert: zu bilden.

Das Suchtmittelgesetz (SMG), BGBl. I Nr. 112/1997, löste mit 1. Jänner 1998 das bis dahin geltende Suchtgiftgesetz 1951 ab. Sein § 13 Abs. 1 bezieht sich ausdrücklich auf den Suchtgiftmissbrauch durch Schüler.

Es lautet: „Ist auf Grund bestimmter Tatsachen anzunehmen, dass ein Schüler Suchtgift missbraucht, so hat ihn der Leiter der Schule einer schulärztlichen Untersuchung zuzuführen. Der schulpsychologische Dienst ist erforderlichenfalls beizuziehen. Ergibt die Untersuchung, dass eine gesundheitsbezogene Maßnahme gemäß § 11 Abs. 2 notwendig ist und ist diese nicht sichergestellt, oder wird vom Schüler, den Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten die schulärztliche Untersuchung oder die Konsultierung des schulpsychologischen Dienstes verweigert, so hat der Leiter der Schule anstelle einer Strafanzeige die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde davon zu verständigen“ (Quelle:

www.suchtvorbeugung.net/stepbystep/pages/gesetze/drogen_und_schule.php

Stand 27.05.2009).

„Präventionsmaßnahmen an Schulen sollen unter Einbindung der gesamten Schulgemeinschaft sowie der regionalen suchtspezifischen Fachleute umgesetzt werden“ (Gesundheit Österreich GmbH 2007, S 18). Dies gewährleistet eine gemeinsam getragene Verantwortung und kompetente Umsetzung. Es ist bestimmt nicht Sinn und Zweck, die Aufgabe der Suchtprävention nur auf einige Lehrer oder den Schulpsychologen abzuwälzen, denn erst die Zusammenarbeit aller, die mit den Jugendlichen zu tun haben, ermöglicht es frühzeitig zu intervenieren und kompetent zu agieren.

Ein nicht unerwähnt bleibendes Problem bezüglich schulischer Suchtprävention betrifft jene Jugendliche, die hochriskante Konsummuster aufweisen. Eben diese haben häufig sehr viele Fehlstunden oder brechen ihre Schulkarriere ab. Sie sind somit für Suchtvorbeugung vonseiten der Schule nur schwer oder gar nicht mehr erreichbar. Es gilt daher Schüler mit Problemen rechtzeitig zu erkennen und in Form von Krisenintervention zu verhindern, dass diese ihre Ausbildung abbrechen.

Im Anschluss wird nun unser Projekt „Lebensglück ohne Drogen“ vorgestellt, weiters werden die Fragestellungen angeführt, die statistischen Methoden kurz erklärt und die Ergebnisse unserer Erhebung grafisch dargestellt und erläutert.

2. Evaluierung des Suchtpräventionsprojekts „Lebensglück ohne Drogen“

2.1. Allgemeiner Ablauf des Projekts „Lebensglück ohne Drogen“

Das Projekt, auf dem die vorliegende Diplomarbeit beruht, hat den Namen „Lebensglück ohne Drogen“ und wurde von Oktober bis Dezember 2005 an der Camillo-Sitte-Lehranstalt in Wien 3 durchgeführt. Aufgrund der personellen Konstellation und der großen Erfahrung, die diese Lehranstalt auf dem Gebiet der Sonderaktivitäten hat, wurde diese Schule für das Projekt ausgewählt.

Gesponsert und gefördert wurde dieses Wiener Pilotprojekt zum Thema Suchtprävention durch den Lions Club Wien (Host).

Ziel dieser Aktion war es, die Jugend zu eigenständigen und selbstkritischen Verhalten gegenüber jenen Problemen zu führen, die sich als gefährliche Falle für die persönliche Entwicklung herausstellen können, wenn sie nicht rechtzeitig erkannt werden.

Die fachliche und wissenschaftliche Betreuung wurde von Univ. Prof. Dr. Otto Michael Lesch, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Suchtmedizin, übernommen.

Gestartet wurde das Projekt am 4. Oktober 2005 durch einen Impulsvortrag von Univ. Prof. Dr. Otto Michael Lesch. In dessen Anschluss wurden von ihm auch noch alle Fragen der Schüler beantwortet, von denen ein Großteil aus einer Urne stammte, in die die Schüler im Vorfeld die Möglichkeit hatten, anonym Fragen einzuwerfen.

Dieser Projektstart war für die Schüler etwas überraschend, da sie damit gerechnet hatten, dass sie auf einen Suchtexperten mit mahnendem Zeigefinger treffen würden. „Der Herr Doktor redete gar nicht wie ein Herr Doktor, sondern ganz locker und witzig. Die Stunde verging sehr rasch und wir bekamen trotzdem viel Information

geliefert. Das machte uns Lust auf mehr“ (Schüler der 2HC, Schülerzeitung „Lebensglück ohne Drogen“).

Vor der eigentlichen Projektphase wurde der Fragebogen, auf dem diese Erhebung basiert, den Schülern von den Lehrern zur Beantwortung vorgelegt.

Alle Schüler der zweiten Jahrgänge, sowie eine Klasse des ersten Jahrgangs waren in das Projekt eingebunden und sollten sich in einer Art Wettbewerb kreativ mit dem Thema Sucht auseinandersetzen. Betreut wurden sie dabei von den einzelnen Projektleitern oder in unterstützender Form tätigen Professoren und Professorinnen. So wurden in den einzelnen Unterrichtsfächern klasseninterne Gruppen gebildet, die mit Hilfe der zuständigen Lehrer ihre Ideen zum Thema Sucht umzusetzen versuchten. Insgesamt wurden neun unterschiedliche Projekte von den Schülern bearbeitet, die nun kurz angeführt werden.

- Poster mit Begriffen passend zum Thema Drogen (z.B. Genuss-sucht, Magersucht, Masochismus,...)
- Kurzfilm nach einem selbst verfassten Drehbuch
- Plakat – Lebensglück ohne Drogen
- Entwurf einer Drogenstation in bestehendem Gebäude (Planskizze, Projektstrukturplan)
- Interviews mit dem Direktor, der Schulärztin, Richtern und Suchttherapeuten
- Homepage – „Drogen, so schnell kann es sich ändern“
- EXCEL-Statistik nach einer Umfrage zum Thema Sucht
- Photostory nach eigenem Drehbuch
- Powerpoint Präsentation und Handout

Im Rahmen einer Abschlussveranstaltung am 13. Dezember 2005 wurden alle Beiträge präsentiert und von einer Jury, bestehend aus Vertretern des Lions Clubs Wien, des Lehrkörpers und Prof. Dr. Lesch bewertet. Die besten Beiträge wurden vom Sponsor des Projekts, dem Lions Club Wien, mit einer Gewinnsumme von 1.500 Euro für den 1. Platz, 1.000 Euro für den 2. Platz und 500 für alle anderen teilnehmenden Gruppen ausgezeichnet. Die Professoren und Professorinnen, die in die Projekte eingebunden waren, erhielten Büchergutscheine.

Am 13. September 2006 folgte noch eine Exkursion mit Prim. David in das Otto-Wagner-Spital, um die Wirkung des Projekts zu festigen.

2.2. Forschungsfragen

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Ursachen für den Substanzkonsum von Jugendlichen, im Speziellen bei HTL Schülern, anzugeben. Unsere leitende Forschungsfrage sucht nach Indikatoren, die Einfluss auf das Konsumverhalten Jugendlicher bezüglich legaler und illegaler Drogen haben. Die erste Forschungsfrage dieser Arbeit lautet:

Welche Indikatoren beeinflussen den Suchtmittelgebrauch von HTL Schülern?

Diese Forschungsfrage lässt sich in drei Unterfragen aufgliedern.

- Welche Indikatoren beeinflussen den Nikotinkonsum von HTL Schülern?
- Welche Indikatoren beeinflussen den Alkoholkonsum von HTL Schülern?
- Welche Indikatoren beeinflussen den Konsum illegaler Drogen von HTL Schülern?

Weiters soll die Übertragbarkeit der Indikatoren auf andere Schultypen untersucht werden. Als Grundlage hierfür dienen die Daten einer Erhebung, die auf dem gleichen methodischen Instrument basiert und in Hauptschulen in Linz durchgeführt wurde.

Daher lautet die zweite Forschungsfrage dieser Diplomarbeit, die im Kapitel 3 beantwortet wird:

Welche dieser Indikatoren sind auf andere Schultypen übertragbar?

Diese Fragestellung gliedert sich wieder in drei Unterfragen:

- Welche Indikatoren lassen sich auf den Nikotinkonsum von Hauptschülern übertragen?
- Welche Indikatoren lassen sich auf den Alkoholkonsum von Hauptschülern übertragen?
- Welche Indikatoren lassen sich auf den Konsum illegaler Drogen von Hauptschülern übertragen?

2.3. Methodik

Für die statistische Auswertung des zugrunde liegenden Fragebogens wurde das Computerprogramm SPSS verwendet. Im ersten Schritt erfolgt die deskriptiv statistische Beschreibung der Stichprobe und ihre grafische Darstellung mittels Kreisdiagrammen. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde der Fragebogen zunächst dimensionsweise einer Faktorenanalyse unterzogen. Dadurch werden jene Fragen, die die gleiche latente Dimension abfragen, zu Gruppen gebündelt. Dabei wird darauf geachtet, dass die Fragen innerhalb eines Faktors hoch und mit anderen Faktoren niedrig korrelieren. Diese latenten Dimensionen werden – in Zusammenschau mit den hoch-ladenden Fragen - mit einem treffenden Namen betitelt und erhöhen so die Übersichtlichkeit, da nicht mehr mit den einzelnen Fragen, sondern mit den Faktoren gearbeitet werden kann. Um erste Voraussagen über Zusammenhänge zu machen, wurden Kreuztabellen im Falle kategorialer Daten und Pearson- bzw. Spearman-Korrelationen im Falle kontinuierlicher Variablen verwendet. Hohe positive oder negative Korrelationen sprechen meistens für einen überzufälligen Zusammenhang zwischen den Variablen. Anschließend wurden Gruppenunterschiede innerhalb der Faktoren mit Hilfe von t-Tests untersucht. Im Hinblick auf die geschlechtsspezifischen Gruppenunterschiede muss allerdings angemerkt werden, dass Mädchen, die eine HTL besuchen, nicht den typischen Geschlechterrollen entsprechen und daher die Aussagen nicht unbedingt verallgemeinerbar sind. Zur abschließenden Beantwortung der Forschungsfrage

diente eine binäre logistische Regression. Bei diesem komplexen statistischen Verfahren kann eine Vorhersage aus mehreren Teilaspekten gemacht werden.

2.4. Stichprobe und deskriptive Statistik

Am Projekt „Lebensglück ohne Drogen“ haben insgesamt 119 Schüler aus vier Klassen einer Wiener HTL teilgenommen. Die Geschlechterverteilung ist bei diesem Schultyp allgemein ungleichmäßig. In dieser Stichprobe befinden sich 96 Buben (80,7%) und 23 Mädchen (19,3%).

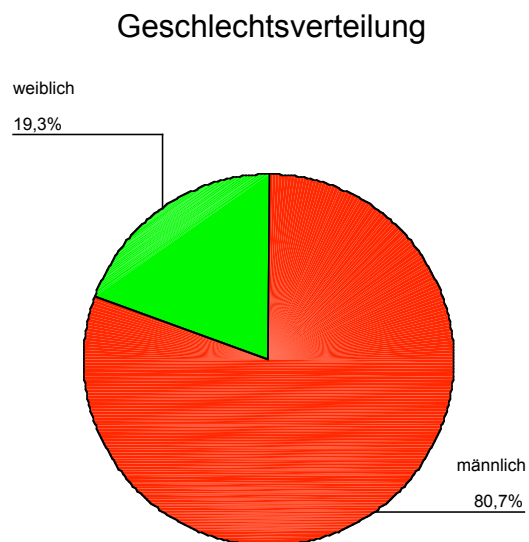


Abbildung 5: Geschlechtsverteilung

Der Großteil der befragten Schülerinnen und Schüler war zum Befragungszeitpunkt 15 (39,5%) bzw. 16 (47,1%) Jahre alt. Die restlichen Jugendlichen der Stichprobe waren zwischen 17 und 19 Jahren.

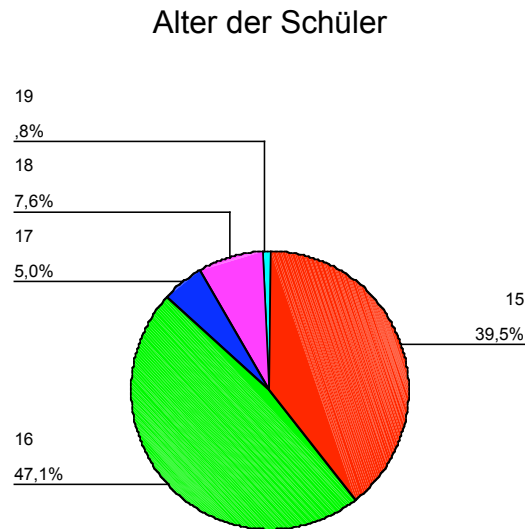


Abbildung 6: Alter der Schüler

Von den Vätern beendeten 9,2% nach der Pflichtschule und 29,4% nach einer Lehre ihre Ausbildung. Weitere 26,9% haben Matura und 19,3% können einen Universitätsabschluss vorweisen. Von den befragten Schülern konnten 10,9% keine Angabe zur Schulbildung des Vaters machen, bei 4,2% fehlen die Angaben.

Schulbildung des Vaters

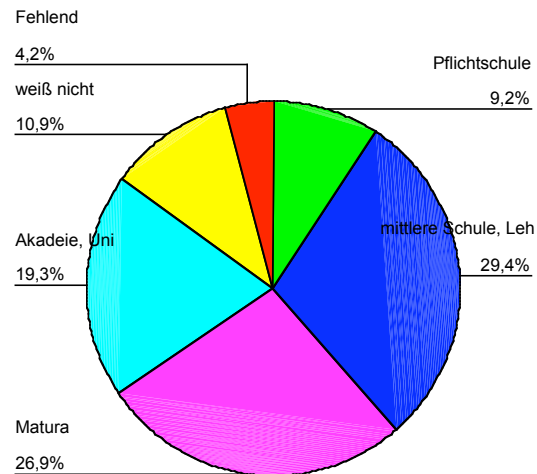


Abbildung 7: Schulbildung des Vaters

11,8% der Mütter haben Pflichtschulabschluss, 26,9% eine abgeschlossene Lehre. Verhältnismäßig viele Mütter haben Matura (33,6%) oder einen Universitätsabschluss (15,1%). 11,8% der Schüler konnten keine Angabe zur Schulbildung der Mutter machen, bei 0,8% fehlt die Angabe.

Schulbildung der Mutter

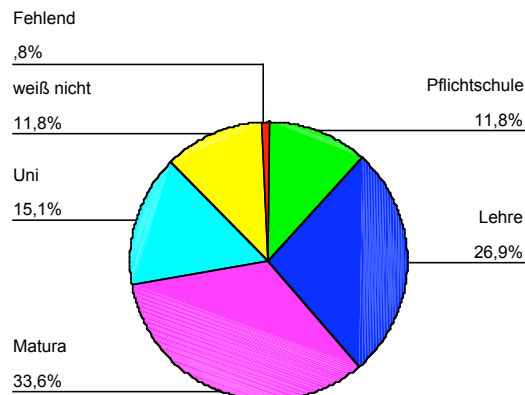


Abbildung 8: Schulbildung der Mutter

Bei der Frage bezüglich des Alkoholkonsums des Vaters gaben 21,8% an, dass dieser keinen Alkohol trinke. 63,9% der Väter konsumierten zum Zeitpunkt der Befragung gelegentlich und 10,1% regelmäßig Alkohol. 4,2% der Schüler konnten oder wollten keine Angaben zum Trinkverhalten des Vaters machen.

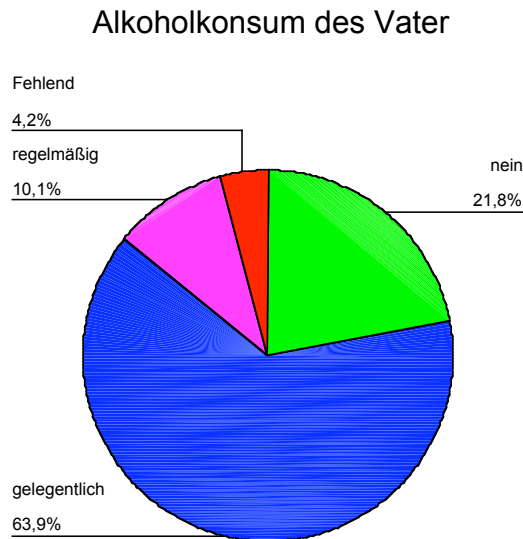


Abbildung 9: Alkoholkonsum des Vaters

Von den Müttern der Befragten tranken 45,4% nie und 47,9% gelegentlich alkoholische Getränke. 5,9% der Schüler gaben an, dass ihre Mutter regelmäßig Alkohol zu sich nehmen würde. Hier gilt es auf die Diskrepanz bei den fehlenden Angaben bezüglich des Alkoholkonsums der Eltern hinzuweisen. So hat jeder der Schüler Angaben zum Konsum seiner Mutter gemacht. Bei den Vätern hingegen machten 4,2% der Schüler keine Angaben zum Alkoholkonsum.

Alkoholkonsum der Mutter

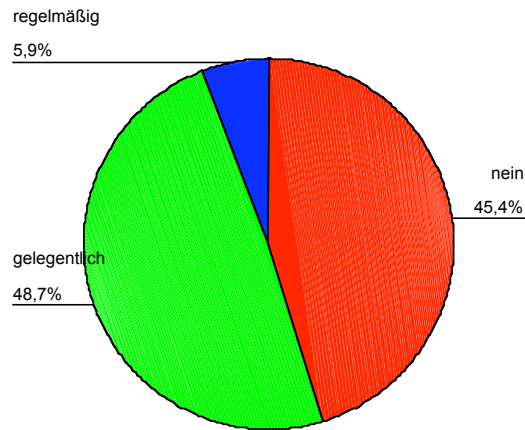


Abbildung 10: Alkoholkonsum der Mutter

Bei den Vätern der Befragten waren während der Durchführung des Projektes 52,1% Nichtraucher. Weitere 12,6% griffen nur gelegentlich zur Zigarette, und weitere 31,6% wurden als regelmäßige Raucher bezeichnet. 3,4% der Jugendlichen konnten oder wollten keine Angaben zum Rauchverhalten ihrer Vaters machen.

Rauchverhalten des Vaters

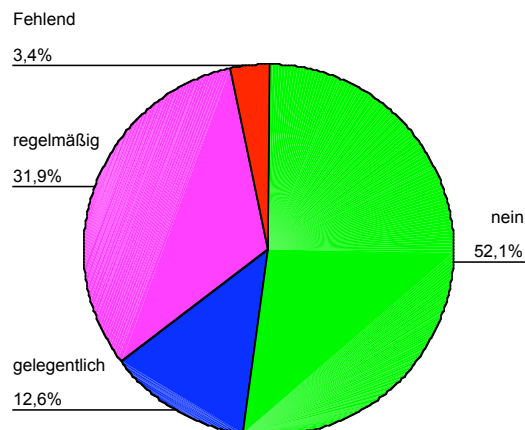


Abbildung 11: Rauchverhalten des Vaters

Die Mütter der Befragten erzielten mit 66,4% einen höheren Nichtraucher-Anteil als die Väter. Der Anteil der Gelegenheitsraucher war bei Vätern und Müttern mit 12,6% gleich hoch. 19,3% der Mütter rauchten regelmäßig. Im Gegensatz zu den 3,4% der Schüler, die keine Angaben zum Rauchverhalten des Vaters machten, machten nur 1,7% der Schüler keine Angaben zum Konsumverhalten der Mutter.

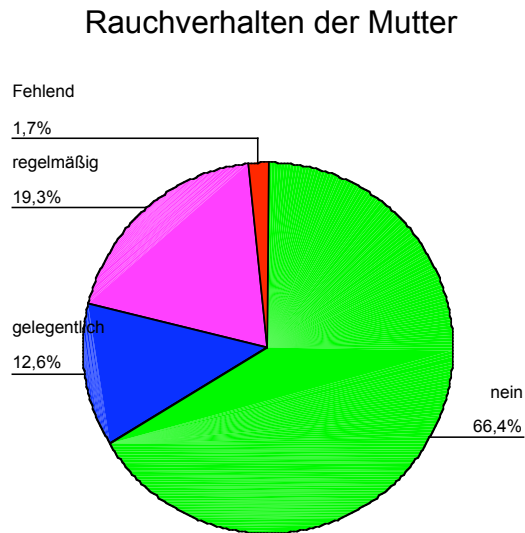


Abbildung 12: Rauchverhalten der Mutter

Auf die Frage nach dem persönlichen Drogenkonsum, gaben 70,6% der Befragten an, noch keine Drogen konsumiert zu haben. 26,9% der befragten Schüler erklärten, dass sie schon Erfahrungen mit Drogen gemacht hatten. 2,5% der Jugendlichen gaben auf diese Frage keine Antwort.

Drogenerfahrung der Schüler

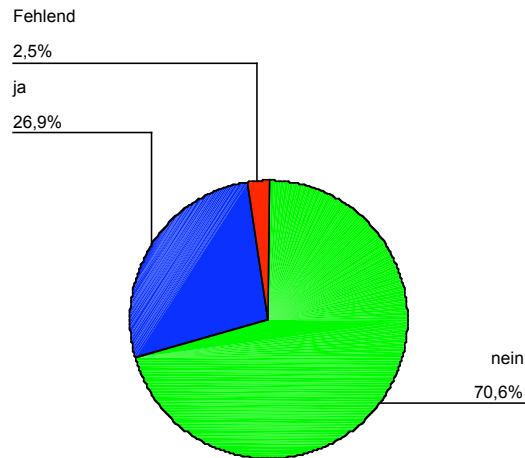


Abbildung 13: Drogenerfahrung der Schüler

Von den 26,9% der Schüler mit Drogenerfahrung hatten 20 Schüler Cannabis, 4 Schüler Ecstasy, 3 Schüler Kokain und 2 Schüler Speed konsumiert. Weiters hatten 2 Schüler Erfahrung mit LSD und jeweils ein Schüler hatte Pilze und Opiate genommen. Unter der Kategorie „Sonstige“, die nur eine Nennung hatte, wurden alle anderen Drogen zusammengefasst. Diese Zahlen überschneiden sich, das heißt, dass Schüler durchaus in mehreren Kategorien vertreten sein können.

Konsumierte Drogen der Schüler

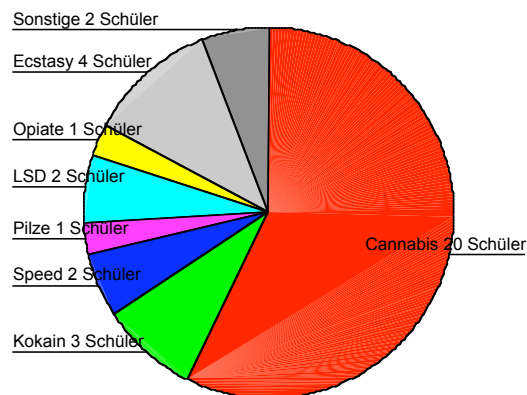


Abbildung 14: Konsumierte Drogen der Schüler

Auf die Frage nach dem persönlichen Alkoholkonsum gaben 41,2% der Schüler an, keinen Alkohol zu trinken. 20,2 % nahmen zum Zeitpunkt der Erhebung nur selten Alkohol zu sich, während 30,3% einmal pro Woche alkoholische Getränke konsumierten. 5,9% der befragten Schüler hatten einen Alkoholkonsum von 2-3-mal pro Woche. Lediglich ein Schüler gab an, täglich Alkohol zu trinken. 1,7% der befragten Schüler gaben auf diese Frage keine Antwort.

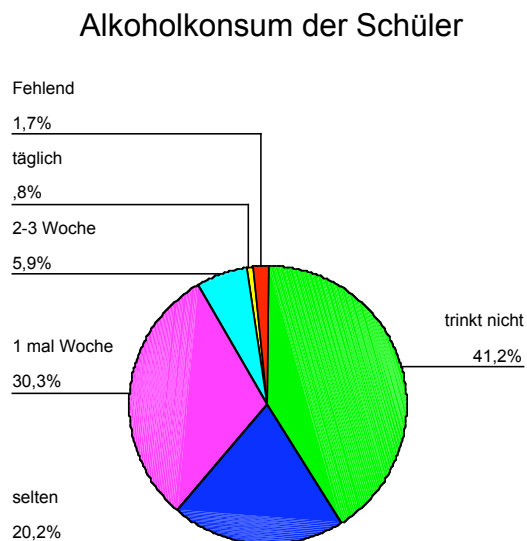


Abbildung 15: Alkoholkonsum der Schüler

Der Alkoholmarkt bietet heutzutage für jede Geschmacksrichtung etwas, somit machen Jugendliche Erfahrungen mit den verschiedensten alkoholischen Getränken. In unserer Stichprobe gaben 17 Schüler an, Bier sei das von ihnen am Häufigsten konsumierte alkoholische Getränk. 16 Jugendliche beantworteten die Frage nach dem Getränk, das sie am häufigsten trinken, mit Wodka. Rum und Tequila rangierten mit jeweils 10 Nennungen an dritter Stelle in der Beliebtheitsskala. Wein und die Kategorie „Sonstale“ wurden von jeweils 8 Schülern als von ihnen am Häufigsten konsumiertes Getränk angegeben. Das Schlusslicht bildeten Malibu mit 6 Nennungen, Alkopops mit 5 Nennungen und Whisky mit 2 Nennungen.

Konsumierte Getränke

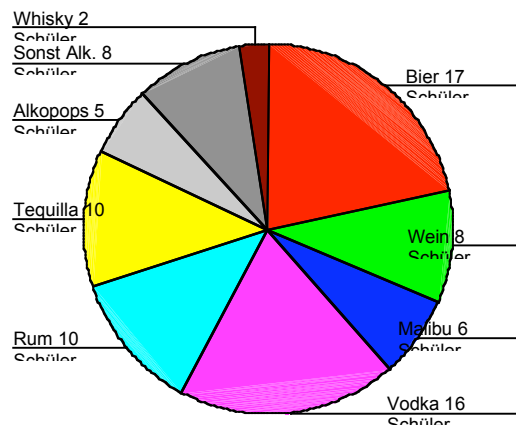


Abbildung 16: Konsumiert Getränke der Schüler

74,8% der befragten Schüler rauchten nicht, 15,1% zählten sich zu den regelmäßigen Rauchern und 9,2% gaben an, gelegentlich zu rauchen. 0,8% antworteten auf die Frage nach ihrem Nikotinkonsum nicht.

Rauchverhalten der Schüler

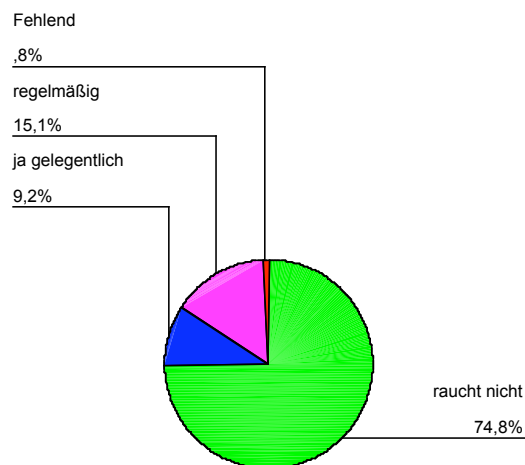


Abbildung 17: Rauchverhalten der Schüler

2.5. Fragebogen

Der dieser Auswertung zugrunde liegende Fragebogen wurde vom Suchtpräventionsinstitut in Linz für ein Projekt mit dem Namen „in Motion“ aus mehreren standardisierten Einzeltests zusammengestellt. Konzipiert wurde er für Jugendliche im Alter von 13 – 14 Jahren, eignet sich aber auch für Jugendliche im Alter der vorliegenden Stichprobe (hauptsächlich 15 – 16 Jährige). Abgefragt werden die substanzspezifischen Dimensionen des Zigaretten- und Alkoholkonsums, die Thematik der Werbung und Suchtvorbeugung allgemein sowie jene der Essstörungen und Körperbilder in Verbindung mit der Dimension der Life-Skills.

Die Life-Skills werden mittels Fragen zur Klasse und den Klassenkameraden, zur Kommunikation untereinander und zur Persönlichkeit erfasst. Es wurden außerdem einige Fragen zum Erziehungsstil der Eltern und der allgemeinen Familiensituation gestellt.

Als Antwortvorgabe diente eine 6-stufige Ratingskala von 1 „trifft voll zu“ bis 6 „trifft überhaupt nicht zu“. Die gerade Zahl der Antwortvorgaben hat den Vorteil, dass sich die befragten Personen entscheiden müssen, ob sie mehr in die eine oder andere Richtung tendieren und nicht der „Tendenz zur Mitte“ anheimfallen können.

Der Fragebogen wurde von den Schülern vor der Projektphase während einer Schulstunde in Anwesenheit der Lehrer ausgefüllt. Dass dies zu vorsichtigerem Antwortverhalten seitens der Schüler geführt hat, kann nicht ausgeschlossen werden. Auch die Versicherung der Anonymität auf dem Fragebogen wird dieses Phänomen nicht gänzlich verhindert haben, da besonders vorsichtige Schüler davon ausgegangen sein könnten, dass der Lehrer ihre Schrift erkennt.

2.5.1. Faktorenanalyse und Reliabilität

Um den zugrunde liegenden Fragebogen zu statistisch abgesicherten Skalen zusammenzufassen, wurde eine Faktorenanalyse gemacht, um die Fragen, die die gleiche latente Dimension messen, in Gruppen zu bündeln und so die Übersichtlichkeit zu erhöhen. Da der Fragebogen a priori mehrere Dimensionen misst, wurde die Faktorenanalyse für jede dieser theoretischen Dimensionen eigens erstellt. Im Folgenden werden die daraus hervorgegangenen Faktoren inklusive ihrer Reliabilitäten angeführt.

Die mit einem Sternchen versehenen Fragen wurden für die statistische Bearbeitung umcodiert, da sie negativ formuliert waren, hier werden sie im originalen Wortlaut wiedergegeben.

Der Faktor der sich aus der ersten Fragengruppe, die elf Items enthält, ergab, bekam den Namen „Kompetenz“. Seine Reliabilität beträgt $\alpha = 0,6980$. Der Faktor Kompetenz beinhaltet sowohl soziale als auch fachliche Befähigung.

Die im Faktor enthaltenen Fragen lauten:

1. Wenn andere in Schwierigkeiten sind, kann ich denen meist helfen.
2. Wenn ich etwas noch nicht kann, dann übe ich mit Geduld und Ausdauer.
3. Wenn eine Sache kompliziert wird gebe ich auf.*
4. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.
5. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.
6. Wenn ich eine Arbeit verrichte, kann ich mich immer gut darauf konzentrieren.
7. Für jedes Problem habe ich auch eine Lösung.
8. In Konfliktsituationen weiß ich mir meistens zu helfen.
9. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.
10. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut damit zurechtkommen werde.
11. Wenn ich mit einer neuen Sache konfrontiert werde, weiß ich, wie ich damit umgehe.

Der zweite Fragenkomplex enthält 30 Items. Diese versuchen Persönlichkeitsmerkmale abzufragen und gliedern sich in die folgenden vier Faktoren.

Der erste Faktor erhielt den Namen „*Durchsetzungskraft*“ und erreicht eine Reliabilität von $\alpha = 0,7832$. Durchsetzungskraft meint die Fähigkeit sich im Umgang mit anderen Menschen behaupten zu können.

1. Die meisten Leute können sich besser behaupten als ich.*
2. Wegen meiner Schüchternheit fällt es mir manchmal schwer, Kontakte zum anderen Geschlecht zu knüpfen.*
3. Wenn das Essen im Restaurant nicht meinen Erwartungen entspricht, beschwere ich mich.
4. Ehrlich gesagt, werde ich von anderen oft ausgenützt.*
5. Ich weiß oft nicht, was ich mit gut aussehenden Personen des anderen Geschlechts reden soll.*
6. Es ist mir peinlich, gekaufte Dinge, die mir dann doch nicht gefallen, zurückzugeben.*
7. Wenn mich einer von mir geschätzte und nahe stehende Person ärgert, unterdrücke ich dieses Gefühl eher als dass ich es zeige.*
8. Manchmal vermeide ich es, Fragen zu stellen, um nicht dumm dazustehen.*
9. Wenn ein bekannter Redner vor Publikum etwas sagt, das ich als falsch empfinde, würde ich widersprechen.
10. Ich verhandle mit Verkäufern nicht über die Preise.*
11. Wenn jemand etwas Falsches oder Schlechtes über mich sagt, versuche ich, so bald wie möglich mit dieser Person darüber zu sprechen.
12. Ich verstecke meine Gefühle lieber, als dass ich andere damit verärgere.*
13. Über eine schlechte Bedienung im Restaurant würde ich mich beschweren.
14. Wenn sich in einem Kino zwei Leute neben mir etwas lauter unterhalten, würde ich sie ersuchen, ruhig zu sein oder sich woanders zu unterhalten.
15. Ich sage schnell meine Meinung.
16. Es gibt Situationen, in denen ich überhaupt nicht weiß, was ich sagen soll.*

Der zweite Faktor trägt den Namen „*Prinzipienreiten*“ und hat eine Reliabilität von $\alpha = 0,2350$. Unter Prinzipienreiten wird verstanden, dass man nicht gerne nachgibt, sondern auf Eigenem beharrt.

1. Wenn ich gebeten werde, etwas zu tun, möchte ich wissen warum.*
2. Wenn mir jemand ein Kompliment macht, weiß ich manchmal nicht, wie ich es nehmen oder was ich sagen soll.*
3. Wenn sich in einer Schlange jemand vor mich drängt, gibt es Streit.*

Der dritte Faktor mit dem Namen „*Offenheit*“ erreicht eine Reliabilität von $\text{Alpha} = 0,5625$ und enthält folgende Fragen. Der Faktor Offenheit bedeutet ehrliches und einfühlsames Zugehen auf andere Menschen.

1. Ich beginne gerne Gespräche mit neuen Bekannten.
2. Ich achte darauf, die Gefühle anderer Leute nicht zu verletzen, auch dann, wenn ich selbst verletzt worden bin.
3. Es gibt Situationen, in denen ich gerne eine gute Antwort bereit hätte.*
4. Um im Leben weiterzukommen, strenge ich mich genauso an wie die meisten anderen Leute.
5. Wenn ich etwas Wichtiges geschafft habe, möchte ich andere Leute davon wissen lassen.
6. Ich bin offen und ehrlich über meine Gefühle.

Der vierte und letzte Faktor trägt den Namen „*Sozialphobie*“, seine Reliabilität beträgt $\text{Alpha} = 0,5317$. Menschen zeigen sich konfrontationsscheu gegenüber anderen.

1. Ich würde mich um einen Job lieber schriftlich als durch ein persönliches Gespräch bewerben.*
2. Wenn man mir in einem Geschäft mit viel Aufwand verschiedene Dinge zeigt, habe ich Schwierigkeiten, Nein zu sagen, auch wenn mir etwas nicht wirklich gefällt.*
3. Ich telefoniere nicht gerne mit Ämtern und Behörden.*
4. Ich habe oft Schwierigkeiten, Nein zu sagen.*
5. Bei Auseinandersetzungen fürchte ich manchmal, mich so aufzuregen, dass ich die Beherrschung verliere.*

Die nächste Fragengruppe enthält sieben Fragen zum Thema Lehrer und lässt sich gemäß Faktorenanalyse in zwei Faktoren aufteilen.

Der erste ermittelte Faktor trägt den Namen „*Motivation der Lehrer*“ und hat eine Reliabilität von $\text{Alpha} = 0,7979$. Motivation der Lehrer bedeutet Bemühen um Schüler und Freude an Wissensvermittlung.

1. Unsere Lehrer bemühen sich sehr, dass viele Schüler wirklich etwas lernen.
2. Bei uns nehmen die meisten Lehrer das Unterrichten nicht besonders ernst.*
3. Ich glaube, dass viele unserer Lehrer sich wirklich freuen, wenn sie uns etwas beigebracht haben.
4. Ich habe das Gefühl, die meisten Lehrer würden uns helfen, wenn wir in Schwierigkeiten sind.

5. Ich glaube, die meisten Lehrer haben Verständnis für unsere persönlichen Probleme

Der zweite Faktor mit dem Namen „*Altmodisches Lehrerprofil*“ kommt auf eine Reliabilität von $\alpha = ,2776$. Lehrer werden hier als streng und distanziert gesehen.

1. Die meisten unserer Lehrer kümmern sich höchstens um unsere Schulleistungen.*
 2. Die meisten Entscheidungen unserer Lehrer empfinde ich als klar und gerecht.

Die folgende Fragengruppe, die die Themen Klasse und Klassengemeinschaft abzufragen sucht, enthält zwölf Fragen, die sich in drei Faktoren bündeln lassen. Der Faktor mit dem Namen „*Konkurrenzdenken*“ hat eine Reliabilität von $\alpha = 0,8254$. Unter „Konkurrenzdenken“ fallen: gegeneinander arbeiten, Schadenfreude bei Fehlern anderer, und sich gegenseitig abwerten.

1. In unserer Klasse ist jeder nur mit sich und den eigenen Problemen beschäftigt; für die Probleme der anderen hat kaum einer Interesse.*
 2. Freundschaften zwischen den Schülern sind bei uns nur oberflächlich, letzten Endes arbeitet jeder gegen jeden.*
 3. Wenn jemand einen Fehler macht oder eine schlechte Leistung bringt, freuen sich die anderen heimlich.*
 4. Einige Mitschüler versuchen immer wieder, gut dazustehen, indem sie die anderen schlechtmachen.*
 5. Bei uns arbeiten die einzelnen Schüler eher gegeneinander als miteinander.*
 6. In unserer Klasse ist es schwierig, miteinander zu reden, weil keiner dem anderen zuhören will.*

Faktor zwei erfasst „*Zusammenhalt*“ und erreicht eine Reliabilität von $\alpha = 0,6654$. Der Faktor „Zusammenhalt“ steht für Hilfsbereitschaft und Loyalität zwischen den Schülern.

1. Wenn jemand aus der Klasse Hilfe braucht, helfen ihm die Mitschüler gerne.

2. Wenn ein Schüler einen Konflikt oder eine Auseinandersetzung mit einem Lehrer hat, wird er von den anderen Schülern unterstützt.
3. Bei uns ist es selbstverständlich, dass die besseren Schüler schlechteren helfen.

Der Name des dritten Faktors lautet „*Klassenklima*“. Seine Reliabilität beträgt $\alpha = 0,6041$. Gutes Klassenklima und wenige Streitereien.

1. In unserer Klasse ist keiner von der Klassengemeinschaft ausgeschlossen.
2. In unserer Klasse gibt es eine gute Klassengemeinschaft.
3. Es gibt bei uns häufig Streitereien zwischen den Schülern*.

Die letzte Fragebatterie behandelt die Körperbilder und Meinungen über Geschlechterrollen der Jugendlichen und enthält insgesamt 17 Fragen. Die Faktorenanalyse ergab vier Faktoren:

Faktor Nummer eins trägt den Namen „*Traditionalismus*“ und hat eine Reliabilität von $\alpha = 0,8746$. Traditionelle Aufgabenverteilung zwischen Mann Frau kennzeichnen diesen Faktor.

1. Es ist für eine Frau wichtiger, den Ehemann bei seiner Karriere zu unterstützen, als selbst Karriere zu machen.
2. Auch Jungen sollten mit Puppen spielen.*
3. Der Mann ist für Beruf und Arbeit, die Frau für den Haushalt zuständig.
4. Der Mann ist das starke Geschlecht, die Frau ist das schwache Geschlecht.
5. Eine Frau sollte nicht zuviel essen, damit sie eine gute Figur behält.
6. Eine Frau darf in der Öffentlichkeit weinen, ein Mann nicht.
7. Eine Frau sollte sich bemühen, dem in der Werbung dargestellten Schönheitsideal zu entsprechen.
8. Für die Kinderbetreuung ist in erster Linie die Frau zuständig.

Der zweite Faktor heißt „*Sexismus*“ und seine Reliabilität beträgt $\alpha = 0,3962$. Unter Sexismus werden althergebrachte Rollenbilder der Geschlechter bezeichnet.

1. Es ist für eine Frau wichtiger, eine gute Figur zu haben und gut gekleidet zu sein, als für einen Mann.
2. Es ist für eine Frau wichtig, genug Zeit vor dem Spiegel zu verbringen, damit sie ihr Aussehen pflegen kann.

3. Es ist für einen Mann wichtiger, seine Gefühle zu kontrollieren, als für eine Frau.
4. Es ist für einen Mann wichtiger, stark und unabhängig zu sein, als für eine Frau.

Der dritte Faktor hat den Namen „*Zufriedenheit (mit sich selbst)*“ und eine Reliabilität von Alpha= 0,6995. Hier wird Zufriedenheit mit sich selbst im Bezug auf Aussehen und Persönlichkeit verstanden.

1. Ich fühle mich in meinem Körper wohl.*
2. Mit meinem Aussehen bin ich zufrieden.*
3. Ich glaube, dass ich eine Reihe guter Eigenschaften habe.*

Den Abschluss bildet der Faktor „*Körperbewusstsein*“, dessen Reliabilität Alpha= 0,3926 beträgt. Körperbewusstsein wird hier mit Gesundheitsbewusstsein gleichgesetzt.

1. Ich lebe gesundheitsbewusst.*
2. Hauptsache, ich habe jetzt Spaß; ob ich dadurch später gesundheitliche Probleme habe, ist mir momentan nicht wichtig.

2.5.2. Häufigkeitsvergleiche

Um Zusammenhänge zwischen nominalskalierten Daten zu untersuchen, wurden Kreuztabellen gerechnet. Der Chi Quadrat Test (χ^2) gibt an, wie die einzelnen Häufigkeiten verteilt sind. Ein p-Wert kleiner als 0,05 zeigt eine statistisch signifikante Ungleichverteilung an. Zellen mit standardisierte Residuen kleiner als -1,96 sind statistisch signifikant unterbesetzt (überzufällig weniger Personen als erwartet), Zellen mit standardisierte Residuen größer als +1,96 sind statistisch signifikant überbesetzt (überzufällig mehr Personen als erwartet). Standardisierte Residuen kleiner bzw. größer als -1,5 bzw. +1,5 können als Trend in Richtung statistische Signifikanz bewertet werden.

Tabelle 1: Rauchverhalten des Vaters und Harmonie in der Familie

			harmonische Fam			Gesamt
			1	2	3	
RAUCHV	nein	Anzahl	45	11	5	61
		Erwartete Anzahl	38,3	16,2	6,5	61,0
		Standardisierte Residuen	1,1	-1,3	-,6	
	gelegentlich	Anzahl	8	7	0	15
		Erwartete Anzahl	9,4	4,0	1,6	15,0
		Standardisierte Residuen	-,5	1,5	-1,3	
	regelmäßig	Anzahl	18	12	7	37
		Erwartete Anzahl	23,2	9,8	3,9	37,0
		Standardisierte Residuen	-1,1	,7	1,5	
Gesamt	Anzahl	71	30	12	113	
	Erwartete Anzahl	71,0	30,0	12,0	113,0	

Es gibt einen globalen statistisch signifikanten Zusammenhang von Rauchverhalten des Vaters und harmonischem Familienleben mit $\chi^2=11,327$, $df=4$, $p= 0,023$. Bei regelmäßig rauchenden Vätern gibt es einen Trend dahingehend, dass das Familienleben seltener als harmonisch beschrieben wird. Es zeigt sich, dass die Kinder der Nichtraucher überproportional oft angeben in einer harmonischen Familie zu leben. Im Gegensatz dazu geben die Kinder von regelmäßigen Rauchern öfters ein nicht harmonisches familiäres Miteinander an.

(vgl. Tabelle 1)

Tabelle 2: Rauchverhalten des Vaters und Entscheidungsbefugnis der Kinder

Rauchverhalten des Vaters und Entscheidungsbefugnis der Kinder

			selbst entscheiden			Gesamt
			1	2	3	
RAUCHV	nein	Anzahl	29	31	2	62
		Erwartete Anzahl	32,6	24,5	4,9	62,0
		Standardisierte Residuen	-,6	1,3	-1,3	
	gelegentlich	Anzahl	8	4	3	15
		Erwartete Anzahl	7,9	5,9	1,2	15,0
		Standardisierte Residuen	,0	-,8	1,7	
	regelmäßig	Anzahl	23	10	4	37
		Erwartete Anzahl	19,5	14,6	2,9	37,0
		Standardisierte Residuen	,8	-1,2	,6	
Gesamt		Anzahl	60	45	9	114
		Erwartete Anzahl	60,0	45,0	9,0	114,0

Auch bezüglich Rauchverhalten des Vaters und Entscheidungsbefugnis der Kinder gibt es einen globalen statistisch signifikanten Zusammenhang mit $\chi^2 = 9,755$, $df=4$, $p= 0,045$. Statistisch gesehen am wenigsten Entscheidungsbefugnis haben Kinder von Vätern, die gelegentlich rauchen. Bei nicht rauchenden Vätern haben die Kinder eher mittlere Entscheidungsbefugnis, bei regelmäßigen rauchenden Vätern sind unterproportional wenige Kinder im mittleren Bereich anzutreffen.

(vgl. Tabelle 2)

Tabelle 3: Alkoholkonsum des Vaters und Selbstständigkeit der Kinder

Alkoholkonsum des Vaters und Selbstständigkeit der Kinder

			Selbstständigkeit			Gesamt
			1	2	3	
ALKV	nein	Anzahl	11	11	4	26
		Erwartete Anzahl	16,6	6,6	2,8	26,0
		Standardisierte Residuen	-1,4	1,7	,7	
	gelegentlich	Anzahl	49	17	7	73
		Erwartete Anzahl	46,7	18,4	7,9	73,0
		Standardisierte Residuen	,3	-,3	-,3	
	regelmäßig	Anzahl	11	0	1	12
		Erwartete Anzahl	7,7	3,0	1,3	12,0
		Standardisierte Residuen	1,2	-1,7	-,3	
Gesamt	Anzahl	71	28	12	111	
	Erwartete Anzahl	71,0	28,0	12,0	111,0	

Hier sprechen die Werte $\chi^2 = 10,275$, $df = 4$, und $p = 0,036$ für einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum des Vaters und der Selbstständigkeit der Kinder. Kinder, deren Vater keinen Alkohol trinkt befinden sich überzufällig oft in der mittleren Kategorie und sind in der Spalte, die für sehr viel Selbstständigkeit steht, stark unterbesetzt. Bei regelmäßigen Alkoholkonsumenten sind die Ergebnisse genau umgekehrt. Diese Kinder geben überzufällig oft hohe Selbstständigkeit an. Im mittleren Bereich befindet sich kein einziges dieser Kinder.

(vgl. Tabelle 3)

Tabelle 4: Alkoholkonsum des Vaters und Harmonie in der Familie

			harmonische Fam			Gesamt
			1	2	3	
ALKV	nein	Anzahl	17	8	1	26
		Erwartete Anzahl	16,5	7,0	2,6	26,0
		Standardisierte Residuen	,1	,4	-1,0	
	gelegentlich	Anzahl	50	18	6	74
		Erwartete Anzahl	46,9	19,8	7,3	74,0
		Standardisierte Residuen	,5	-,4	-,5	
	regelmäßig	Anzahl	4	4	4	12
		Erwartete Anzahl	7,6	3,2	1,2	12,0
		Standardisierte Residuen	-1,3	,4	2,6	
Gesamt	Anzahl	71	30	11	112	
	Erwartete Anzahl	71,0	30,0	11,0	112,0	

Hier zeigt sich ein mit $\chi^2 = 10,364$, $df = 4$ und $p = 0,035$ signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum des Vaters und den Gefühl der Kinder in einer harmonischen Familie zu leben. Kinder von regelmäßigen Trinkern geben besonders selten an, in einer harmonischen Familie integriert zu sein. Statistisch signifikanter überbesetzt ist die Gruppe jener Kinder, die regelmäßigen Alkoholkonsum der Väter und unharmonisches Familienleben angeben.

(vgl. Tabelle 4)

Tabelle 5: Zusammenhang Rauchverhalten des Vaters und Tabakkonsum der Kinder

Zusammenhang Rauchverhalten des Vaters und Tabakkonsum der Kinder						
			rauchst du			Gesamt
			raucht nicht	ja gelegentlich	regelmäßig	
RAUCHV	nein	Anzahl	48	9	5	62
		Erwartete Anzahl	46,8	6,0	9,2	62,0
		Standardisierte Residuen	,2	1,2	-1,4	
	gelegentlich	Anzahl	15	0	0	15
		Erwartete Anzahl	11,3	1,4	2,2	15,0
		Standardisierte Residuen	1,1	-1,2	-1,5	
	regelmäßig	Anzahl	23	2	12	37
		Erwartete Anzahl	27,9	3,6	5,5	37,0
		Standardisierte Residuen	-,9	-,8	2,8	
Gesamt	Anzahl	86	11	17	114	
	Erwartete Anzahl	86,0	11,0	17,0	114,0	

Der Zusammenhang zwischen Rauchverhalten des Vaters und dem der Kinder ist mit $\chi^2 = 17,559$, $df = 4$ und $p = 0,002$ signifikant. Bei Nichtraucher rauchen auch die Kinder überzufällig oft nicht regelmäßig. Die Kinder von Gelegenheitsrauchern sind überproportional oft Nichtraucher und in den Kategorien gelegentlich und regelmäßig überzufällig selten vertreten. Im Gegensatz dazu sind die Kinder rauchender Väter statistisch überzufällig oft selbst regelmäßige Raucher.

(vgl. Tabelle 5)

Tabelle 6: Zusammenhang Rauchverhalten des Vater und Drogenkonsum der Kinder

Zusammenhang Rauchverhalten des Vaters und Drogenkonsum der Kinder

			DROGEN		Gesamt
			nein	ja	
RAUCHV	nein	Anzahl	49	11	60
		Erwartete Anzahl	44,5	15,5	60,0
		Standardisierte Residuen	,7	-1,2	
	gelegentlich	Anzahl	13	2	15
		Erwartete Anzahl	11,1	3,9	15,0
		Standardisierte Residuen	,6	-1,0	
	regelmäßig	Anzahl	21	16	37
		Erwartete Anzahl	27,4	9,6	37,0
		Standardisierte Residuen	-1,2	2,1	
Gesamt		Anzahl	83	29	112
		Erwartete Anzahl	83,0	29,0	112,0

Ein signifikanter Zusammenhang mit $\chi^2 = 8,825$, $df = 2$ und $p = 0,012$ zeigt sich zwischen Rauchverhalten des Vaters und Drogenkonsum der Kinder. Bei Vätern, die nicht oder gelegentlich rauchen, nehmen die Kinder seltener Drogen. Die Kinder regelmäßiger Raucher dagegen sind in der Gruppe derer, die keine Drogen konsumieren, unterbesetzt und in der Gruppe der Drogenerfahrenen statistisch überzufällig häufig vertreten.

(vgl. Tabelle 6)

Tabelle 7: Zusammenhang Alkoholkonsum des Vaters und Drogenkonsum der Kinder

Zusammenhang Alkoholkonsum des Vaters und Drogenkonsum der Kinder

			DROGEN		Gesamt
			nein	ja	
ALKV	nein	Anzahl	22	2	24
		Erwartete Anzahl	17,7	6,3	24,0
		Standardisierte Residuen	1,0	-1,7	
	gelegentlich	Anzahl	55	20	75
		Erwartete Anzahl	55,4	19,6	75,0
		Standardisierte Residuen	-,1	,1	
	regelmäßig	Anzahl	5	7	12
		Erwartete Anzahl	8,9	3,1	12,0
		Standardisierte Residuen	-1,3	2,2	
Gesamt	Anzahl	82	29	111	
	Erwartete Anzahl	82,0	29,0	111,0	

Hier zeigt sich mit $\chi^2 = 10.397$, $df = 2$ und $p = 0,006$ ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum des Vaters und dem Drogenkonsum der Kinder. Bei Abstinenz der Väter zeigen auch die Kinder abstinenteres Verhalten gegenüber Drogen. Die Kinder der regelmäßigen Trinker sind in der Gruppe derer, die keine Drogen nehmen, seltener vertreten und haben statistisch überzufällig oft schon Drogenerfahrung.

(vgl. Tabelle 7)

Tabelle 8: Zusammenhang Rauchverhalten und Alkoholkonsum des Vaters

Rauchverhalten und Alkoholkonsum des Vaters					
		ALKV			Gesamt
		nein	gelegentlich	regelmäßig	
nein	Anzahl	14	47	1	62
	Erwartete Anzahl	14,3	41,2	6,6	62,0
	Standardisierte Residuen	-,1	,9	-2,2	
gelegentlich	Anzahl	6	6	3	15
	Erwartete Anzahl	3,5	10,0	1,6	15,0
	Standardisierte Residuen	1,4	-1,3	1,1	
regelmäßig	Anzahl	6	22	8	36
	Erwartete Anzahl	8,3	23,9	3,8	36,0
	Standardisierte Residuen	-,8	-,4	2,1	
Gesamt	Anzahl	26	75	12	113
	Erwartete Anzahl	26,0	75,0	12,0	113,0

Ein statistisch signifikanter Zusammenhang bezüglich Rauch- und Trinkverhalten des Vaters zeigt sich mit $\chi^2 = 15,612$, $df = 4$ und $p = 0.004$. Väter, die nicht rauchen, trinken auch nicht regelmäßig, wohingegen regelmäßige Raucher auch statistisch überzufällig oft regelmäßig trinken.

(vgl. Tabelle 8)

Tabelle 9: Rauchverhalten des Vaters und Schulbildung des Vaters

Rauchverhalten des Vaters und Schulbildung des Vaters

			SCHULEV					Gesamt
			Pflichtschule	mittlere Schule, Lehre	Matura	Akadeie, Uni	weiß nicht	
RAUCHV	nein	Anzahl	5	19	20	16	2	62
		Erwartete Anzahl	6,0	18,7	17,6	12,6	7,1	62,0
		Standardisierte Residuen	-,4	,1	,6	1,0	-1,9	
	gelegentlich	Anzahl	3	2	3	4	3	15
		Erwartete Anzahl	1,5	4,5	4,2	3,1	1,7	15,0
		Standardisierte Residuen	1,3	-1,2	-,6	,5	1,0	
	regelmäßig	Anzahl	3	13	9	3	8	36
		Erwartete Anzahl	3,5	10,8	10,2	7,3	4,1	36,0
		Standardisierte Residuen	-,3	,7	-,4	-1,6	1,9	
Gesamt	Anzahl	11	34	32	23	13	113	
	Erwartete Anzahl	11,0	34,0	32,0	23,0	13,0	113,0	

Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zeigt sich auch zwischen Rauchverhalten und Schulbildung des Vaters mit $\chi^2 = 16,544$, $df = 8$ und $p = 0,035$. Auffallend ist, dass die Zahl der regelmäßigen Raucher unter den Akademie- oder Universitätsabsolventen sehr niedrig ist. Die statistische Signifikanz begründet sich hauptsächlich damit, dass die Kinder von regelmäßigen Rauchern überzufällig oft das Bildungsniveau ihres Vaters nicht kennen, während dies bei den Kindern von Nichtrauchern überzufällig selten der Fall ist. (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 10: Rauchverhalten des Vaters und Schulbildung der Mutter

Rauchverhalten des Vaters und Schulbildung der Mutter

			SCHULEM					Gesamt
			Pflichtschule	Lehre	Matura	Uni	weiß nicht	
RAUCHV	nein	Anzahl	7	12	29	10	4	62
		Erwartete Anzahl	7,6	16,3	21,2	9,8	7,1	62,0
		Standardisierte Residuen	-,2	-1,1	1,7	,1	-1,2	
	gelegentlich	Anzahl	3	6	0	3	3	15
		Erwartete Anzahl	1,8	3,9	5,1	2,4	1,7	15,0
		Standardisierte Residuen	,9	1,0	-2,3	,4	1,0	
	regelmäßig	Anzahl	4	12	10	5	6	37
		Erwartete Anzahl	4,5	9,7	12,7	5,8	4,2	37,0
		Standardisierte Residuen	-,3	,7	-,7	-,3	,9	
Gesamt		Anzahl	14	30	39	18	13	114
		Erwartete Anzahl	14,0	30,0	39,0	18,0	13,0	114,0

Die Ergebnisse sind mit $\chi^2 = 15,479$, df= 8 und p=0,050 knapp signifikant. Nichtraucher Väter haben überzufällig oft Frauen mit Matura. Im Gegensatz dazu ist die Zahl der Frauen mit Matura bei den gelegentlich rauchenden Vätern überproportional selten.

(vgl. Tabelle 10)

Tabelle 11: Schulbildung des Vaters und Schulbildung der Mutter

			SCHULEM					Gesamt
			Pflichtschule	Lehre	Matura	Uni	weiß nicht	
SCHULEV	Pflichtschule	Anzahl	8	2	0	1	0	11
		Erwartete Anzahl	1,4	3,0	3,7	1,7	1,3	11,0
		Standardisierte Residuen	5,7	-,6	-1,9	-,6	-1,1	
	mittlere Schule, Lehre	Anzahl	5	17	9	2	2	35
		Erwartete Anzahl	4,3	9,5	11,7	5,5	4,0	35,0
		Standardisierte Residuen	,3	2,4	-,8	-1,5	-1,0	
	Matura	Anzahl	0	9	20	2	1	32
		Erwartete Anzahl	3,9	8,7	10,7	5,1	3,6	32,0
		Standardisierte Residuen	-2,0	,1	2,9	-1,4	-1,4	
	Akadeie, Uni	Anzahl	1	2	7	13	0	23
		Erwartete Anzahl	2,8	6,3	7,7	3,6	2,6	23,0
		Standardisierte Residuen	-1,1	-1,7	-,2	4,9	-1,6	
	weiß nicht	Anzahl	0	1	2	0	10	13
		Erwartete Anzahl	1,6	3,5	4,3	2,1	1,5	13,0
		Standardisierte Residuen	-1,3	-1,3	-1,1	-1,4	7,0	
Gesamt	Anzahl	14	31	38	18	13	114	
	Erwartete Anzahl	14,0	31,0	38,0	18,0	13,0	114,0	

Mit $\chi^2 = 150,597$, $df=16$, $p= 0,000$ zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Partnerwahl und Bildungsstand. Väter mit Pflichtschulabschluss haben überzufällig oft Frauen, die ebenfalls einen Pflichtschulabschluss haben und selten Frauen mit Matura. Auch bei Vätern mit mittlerer Schule oder Lehrabschluss haben die Partnerinnen meistens das gleiche Bildungsniveau und nur selten einen Universitätsabschluss. Bei Matura des Vaters haben auch die Mütter überzufällig häufig Matura und sind in der Gruppe derer mit Pflichtschulabschluss signifikant unterbesetzt. Weiters zeigt sich, dass bei Akademie- oder Universitätsabschluss des Vaters auch die Mütter überzufällig häufig einen akademischen Titel haben und in der Gruppe mit Lehrabschluss selten vertreten sind. Fast alle Kinder, die den Bildungsstand des Vaters nicht kennen, können auch den Bildungsstand der Mutter nicht angeben.

(vgl. Tabelle 11)

Tabelle 12: Alkoholkonsum der Mutter und Schulbildung der Mutter

Alkoholkonsum der Mutter und ihre Schulbildung

			SCHULEM					Gesamt
			Pflichtschule	Lehre	Matura	Uni	weiß nicht	
ALKM	nein	Anzahl	9	15	13	8	9	54
		Erwartete Anzahl	6,4	14,6	18,3	8,2	6,4	54,0
		Standardisierte Residuen	1,0	,1	-1,2	-,1	1,0	
	gelegentlich	Anzahl	5	15	26	10	1	57
		Erwartete Anzahl	6,8	15,5	19,3	8,7	6,8	57,0
		Standardisierte Residuen	-,7	-,1	1,5	,4	-2,2	
	regelmäßig	Anzahl	0	2	1	0	4	7
		Erwartete Anzahl	,8	1,9	2,4	1,1	,8	7,0
		Standardisierte Residuen	-,9	,1	-,9	-1,0	3,5	
Gesamt	Anzahl	14	32	40	18	14	118	
	Erwartete Anzahl	14,0	32,0	40,0	18,0	14,0	118,0	

Der Zusammenhang von Schulbildung der Mutter und ihrem Alkoholkonsum ist mit $\chi^2 = 26,334$, $df = 8$ und $p = 0,001$ signifikant. Es zeigt sich, dass Frauen mit Matura überproportional oft gelegentlich trinken. Weiters auffällig ist, dass Kinder von regelmäßigen Trinkerinnen überzufällig oft die Schulbildung ihrer Mutter nicht kennen, während dies bei gelegentlich trinkenden Müttern überzufällig selten der Fall ist.

(vgl. Tabelle 12)

Tabelle 13: Alkoholkonsum der Mutter und Schulbildung des Vaters

Alkoholkonsum der Mutter und Schulbildung des Vaters								
			SCHULEV					Gesamt
			Pflichtschule	mittlere Schule, Lehre	Matura	Akadeie, Uni	weiß nicht	
ALKM	nein	Anzahl	7	16	12	10	7	52
		Erwartete Anzahl	5,0	16,0	14,6	10,5	5,9	52,0
		Standardisierte Residuen	,9	,0	-,7	-,2	,4	
	gelegentlich	Anzahl	4	18	19	13	1	55
		Erwartete Anzahl	5,3	16,9	15,4	11,1	6,3	55,0
		Standardisierte Residuen	-,6	,3	,9	,6	-2,1	
	regelmäßig	Anzahl	0	1	1	0	5	7
		Erwartete Anzahl	,7	2,1	2,0	1,4	,8	7,0
		Standardisierte Residuen	-,8	-,8	-,7	-1,2	4,7	
Gesamt		Anzahl	11	35	32	23	13	114
		Erwartete Anzahl	11,0	35,0	32,0	23,0	13,0	114,0

Hier zeigt sich ein mit $\chi^2 = 32,729$, $df = 8$ und $p = 0,000$ signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum der Mutter und der Schulbildung des Vaters. Die Mütter mit regelmäßigem Alkoholkonsum haben selten Partner mit Akademie- oder Universitätsabschluss. Trinkt die Mutter regelmäßig, wissen die Kinder überproportional selten über den Schulabschluss ihres Vaters Bescheid.

(vgl. Tabelle 13)

Tabelle 14: Zusammenhang des Alkoholkonsums der Mutter und des Vaters

Zusammenhang des Alkoholkonsums der Mutter und des Vaters

			ALKV			Gesamt
			nein	gelegentlich	regelmäßig	
ALKM	nein	Anzahl	20	30	1	51
		Erwartete Anzahl	11,6	34,0	5,4	51,0
		Standardisierte Residuen	2,5	-,7	-1,9	
	gelegentlich	Anzahl	6	43	8	57
		Erwartete Anzahl	13,0	38,0	6,0	57,0
		Standardisierte Residuen	-1,9	,8	,8	
	regelmäßig	Anzahl	0	3	3	6
		Erwartete Anzahl	1,4	4,0	,6	6,0
		Standardisierte Residuen	-1,2	-,5	3,0	
Gesamt		Anzahl	26	76	12	114
		Erwartete Anzahl	26,0	76,0	12,0	114,0

Dieser mit $\chi^2 = 25,640$, $df = 4$ und $p = 0,000$ signifikante Zusammenhang zeigt, dass die Mutter bei Abstinenz des Vater ebenfalls nicht trinkt und in der Gruppe der regelmäßigen Trinkerinnen überzufällig selten vertreten ist. Trinkt der Vater regelmäßig, gehört auch die Mutter sehr selten zu den Abstinenten und statistisch überzufällig häufig zu den regelmäßigen Trinkerinnen (vgl. Tabelle 14)

Tabelle 15: Alkoholkonsum der Mutter und Drogenkonsum der Kinder

Alkoholkonsum der Mutter und Drogenkonsum der Kinder

			DROGEN		Gesamt
			nein	ja	
ALKM	nein	Anzahl	46	7	53
		Erwartete Anzahl	38,4	14,6	53,0
		Standardisierte Residuen	1,2	-2,0	
	gelegentlich	Anzahl	34	22	56
		Erwartete Anzahl	40,6	15,4	56,0
		Standardisierte Residuen	-1,0	1,7	
	regelmäßig	Anzahl	4	3	7
		Erwartete Anzahl	5,1	1,9	7,0
		Standardisierte Residuen	-,5	,8	
Gesamt		Anzahl	84	32	116
		Erwartete Anzahl	84,0	32,0	116,0

Hier zeigt sich mit $\chi^2 = 10,140$, $df = 2$ und $p = 0,006$ ein klarer Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum der Mutter und den Drogenkonsum der Kinder. Kinder Abstinenter Mütter sind in der Gruppe der Drogenkonsumenten stark unterbesetzt und in der Gruppe derjenigen die keine Drogen nehmen überrepräsentiert. Im Gegensatz dazu zeigt sich, dass gelegentlicher Alkoholkonsum der Mutter ein Indikator für den Drogenkonsum der Kinder sein könnte.

(vgl. Tabelle 15)

Tabelle 16: Alkoholkonsum der Kinder und Rauchverhalten des Vaters

Alkoholkonsum der Kinder und Rauchverhalten des Vaters

			RAUCHV			Gesamt
			nein	gelegentlich	regelmäßig	
trinkst du	trinkt nicht	Anzahl	28	10	10	48
		Erwartete Anzahl	26,3	5,9	15,7	48,0
		Standardisierte Residuen	,3	1,7	-1,4	
	selten	Anzahl	12	3	7	22
		Erwartete Anzahl	12,1	2,7	7,2	22,0
		Standardisierte Residuen	,0	,2	-,1	
	regelmäßig	Anzahl	22	1	20	43
		Erwartete Anzahl	23,6	5,3	14,1	43,0
		Standardisierte Residuen	-,3	-1,9	1,6	
Gesamt		Anzahl	62	14	37	113
		Erwartete Anzahl	62,0	14,0	37,0	113,0

Ein überzufälliger Zusammenhang zeigt sich mit $\chi^2 = 11,093$, $df = 4$ und $p = 0,026$ auch bezüglich Alkoholkonsum der Kinder und Rauchverhalten des Vaters. Man sieht, dass Kinder von gelegentlichen Rauchern überproportional oft nicht trinken und nur selten regelmäßig trinken, Bei Vätern die regelmäßig rauchen, trinken die Kinder öfter regelmäßig und sind weniger oft abstinent.

(vgl. Tabelle 16)

Tabelle 17: Alkoholkonsum der Kinder und Alkoholkonsum der Väter

Alkoholkonsum der Kinder und Alkoholkonsum der Väter						
			ALKV			Gesamt
			nein	gelegentlich	regelmäßig	
trinkst du	trinkt nicht	Anzahl	20	26	2	48
		Erwartete Anzahl	10,7	32,6	4,7	48,0
		Standardisierte Residuen	2,8	-1,2	-1,3	
	selten	Anzahl	3	16	3	22
		Erwartete Anzahl	4,9	14,9	2,2	22,0
		Standardisierte Residuen	-,9	,3	,6	
	regelmäßig	Anzahl	2	34	6	42
		Erwartete Anzahl	9,4	28,5	4,1	42,0
		Standardisierte Residuen	-2,4	1,0	,9	
Gesamt	Anzahl	25	76	11	112	
	Erwartete Anzahl	25,0	76,0	11,0	112,0	

Ein signifikantes Ergebnis zeigen die Werte $\chi^2 = 19,798$, $df = 4$ und $p = 0,001$ bezüglich des Zusammenhangs des Trinkverhaltens des Vaters und dem der Kinder. Überzufällig oft trinken Kinder nicht trinkender Väter auch nicht, und nur selten trinken sie regelmäßig. Kinder hingegen, die angeben, ihr Vater trinke regelmäßig, sind in der Gruppe der Abstinenten statistisch überzufällig seltener vertreten.

(vgl. Tabelle 17)

2.5.3. Mittelwertvergleiche

T-Tests prüfen Mittelwertsunterschiede zwischen zwei Gruppen auf statistische Signifikanz ($p < 0,05$).

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Unterschiede zwischen Buben und Mädchen bezüglich der Faktoren, zu denen wir die Fragen des Fragebogens gebündelt haben.

Tabelle 18: Geschlechtsbezogene Unterschiede bezüglich der einzelnen Faktoren

Geschlechtsbezogene Unterschiede bezüglich der einzelnen Faktoren					
Faktor	Mittelwert		Standardabweichung		Signifikanz
	Männlich	weiblich	Männlich	weiblich	
Kompetenz	2,864	2,815	0,547	0,562	p=0,698
Durchsetzen	4,152	4,217	0,9559	1,108	p= 0,779
Prinzipienreien	3,27	3,26	0,924	0,931	p=0,950
Sozialphobie	3,47	2,85	1,105	0,982	p=,015**
Offenheit	2,95	2,88	0,579	0,690	p=0,598
Zusammenhalt	2,88	2,48	1,074	0,942	p=0,144
Konkurrenzdenken	3,10	2,72	1,099	1,144	p=0,135
Klassenklima	3,30	3,49	1,182	1,374	p=0,495
Motivation der Lehrer	2,90	2,70	1,090	1,154	p=0,443
Altes Lehrerprofil	3,60	3,13	0,999	1,272	p=,058*
Traditionalismus	3,39	5,00	1,131	0,711	p< ,001**
Sexismus	3,01	3,78	1,217	1,031	p=,006**
Zufriedenheit (mit sich selbst)	5,02	4,64	1,073	1,217	p=,058*
Körperbewusstsein	4,03	3,89	1,217	1,381	p=,643

Signifikanzen ($p < 0,05$) werden mit **, Trends ($0,05 > p < 0,07$) werden mit * gekennzeichnet.

Statistisch relevante Unterschiede zwischen Mädchen und Buben zeigen sich in den Faktoren Sozialphobie, Traditionalismus und Sexismus. Buben zeigen signifikant höhere Werte im Faktor Sozialphobie, der so codiert ist, dass höhere Werte auch für eine höhere Ausprägung sprechen. Mädchen zeigen signifikant höhere Werte in den Faktoren Traditionalismus (höhere Werte bedeuten höhere Ausprägung) und Sexismus, bei dem höhere Werte für eine weniger sexistische Einstellung sprechen. Bezüglich des Konsumverhaltens konnten weder für Alkohol, Nikotin noch für illegale Drogen Unterschiede zwischen Schülern und Schülerinnen festgestellt werden.

Dieses Ergebnis beruht allerdings auf der dieser Erhebung zugrunde liegenden, spezifischen Stichprobe, in der wie schon erwähnt nicht die typischen Mädchen vertreten sind. Generell lassen sich sehr wohl Unterschiede im Konsumverhalten von Mädchen und Buben feststellen.

(vgl. Tabelle 18)

Tabelle 19: Mittelwertsunterschiede Drogen - keine Drogen

Mittelwertsunterschiede Drogen – keine Drogen					
Faktor	Mittelwert		Standardabweichung		Signifikanz
	Keine Drogen	Drogen	Keine Drogen	Drogen	
Kompetenz	2,8194	2,9339	,53574	,59738	p=0,321
Durchsetzen	4,14	4,24	,983	,988	P= 0,623
Prinzipienreiten	3,19	3,43	,948	,810	p=0,196
Sozialphobie	3,47	3,03	1,140	1,012	p=,059*
Offenheit	2,93	2,88	,621	,521	p=0,703
Zusammenhalt	2,81	2,61	1,099	,951	p=0,369
Konkurrenzdenken	3,09	2,86	1,037	1,309	p=0,324
Klassenklima	3,31	3,41	1,177	1,299	p=0,698
Motivation der Lehrer	2,74	3,15	1,054	1,205	p=0,072
Altes Lehrerprofil	3,44	3,69	1,104	,957	p=,267
Traditionalismus	3,71	3,73	1,298	1,133	P< ,947
Sexismus	3,08	3,45	1,234	1,169	p=,146
Zufriedenheit (mit sich selbst)	4,93	5,03	,846	,924	p=,613
Körperbewusstsein	4,04	3,83	1,295	1,147	p=,415

Signifikanzen ($p < 0,05$) werden mit **, Trends ($0,05 > p > 0,07$) werden mit * gekennzeichnet.

Zwischen den Schülern mit Drogenkonsum und ohne Drogenkonsum lassen sich keine signifikanten Mittelwertsunterschiede feststellen. Einen Trend kann man im Faktor „Sozialphobie“ dahingehend beobachten, dass Schüler, die keine Drogen nehmen, sich mit höheren Werten in diesem Faktor darstellen und somit eher zu Sozialphobie neigen, als jene Schüler die Drogen nehmen.
(vgl. Tabelle 19)

Tabelle 20: Mittelwertsunterschiede Alkohol - kein Alkohol

Mittelwertsunterschiede Alkohol - kein Alkohol					
Faktor	Mittelwert		Standardabweichung		Signifikanz
	Kein Alkohol	Alkohol	Kein Alkohol	Alkohol	
Kompetenz	2,8238	2,8974	,59359	,47597	p=0,487
Durchsetzen	4,02	4,42	,962	,994	p= 0,031**
Prinzipienreien	3,16	3,48	,938	,878	p=0,069*
Sozialphobie	3,42	3,28	1,102	1,108	p=,0,527
Offenheit	2,94	2,91	,642	,526	p=0,789
Zusammenhalt	2,71	2,83	1,058	1,065	p=0,561
Konkurrenzdenken	2,97	3,14	1,087	1,184	p=0,410
Klassenklima	3,19	3,58	1,149	1,317	p=0,097
Motivation der Lehrer	2,70	3,10	1,097	1,086	p=0,060*
Altes Lehrerprofil	3,41	3,67	1,078	1,045	p=0,205
Traditionalismus	3,76	3,65	1,218	1,296	p= 0,636
Sexismus	3,19	3,14	1,190	1,293	p=0,852
Zufriedenheit (mit sich selbst)	4,93	4,98	,873	,851	p=0,775
Körperbewusstsein	4,40	3,33	1,095	1,229	p<0,001**

Signifikanzen ($p < 0,05$) werden mit **, Trends ($0,05 > p < 0,07$) werden mit * gekennzeichnet.

Signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen den Schülern, die Alkohol konsumieren und denen, die keinen Alkohol trinken zeigen sich bezüglich der Faktoren „Durchsetzen“ und „Körperbewusstsein“. Diejenigen die trinken haben höhere Werte im Faktor „Durchsetzen“ und sind somit weniger durchsetzungsfähig als jene die nicht trinken. Im Faktor „Körperbewusstsein“ ergeben sich für die Schüler, die keinen Alkohol konsumieren höhere Werte. Diese Schüler sind somit körperbewusster als ihre alkoholkonsumierenden Klassenkameraden. Trends bei den Mittelwerten zeigen sich in den Faktoren „Prinzipienreiten“, bei dem höhere Werte für eine höhere Bereitschaft zum Prinzipienreiten sprechen, und „Motivation der Lehrer“, in diesem Faktor stehen niedrige Werte für hohe Motivation der Lehrer. (vgl. Tabelle 20)

Tabelle 21: Mittelwertsunterschied Nikotin kein Nikotin

Mittelwertsunterschiede Nikotin - kein Nikotin					
Faktor	Mittelwert		Standardabweichung		Signifikanz
	Kein Nikotin	Nikotin	Kein Nikotin	Nikotin	
Kompetenz	2,8339	2,9073	,53440	,59800	p=0,534
Durchsetzen	4,10	4,38	,914	1,174	P= 0,194
Prinzipienreiten	3,19	3,55	,917	,901	p=0,063*
Sozialphobie	3,35	3,35	1,079	1,220	p=0,992
Offenheit	2,99	2,76	,615	,535	p=0,078
Zusammenhalt	2,70	2,95	1,013	1,178	p=0,256
Konkurrenzdenken	2,93	3,34	1,080	1,195	p=0,091
Klassenklima	3,20	3,78	1,141	1,369	p=0,027**
Motivation der Lehrer	2,77	3,10	1,048	1,238	p=0,168
Altes Lehrerprofil	3,46	3,71	1,049	1,122	p=0,272
Traditionalismus	3,67	3,82	1,234	1,280	P= 0,589
Sexismus	3,21	3,05	1,197	1,301	p=0,566
Zufriedenheit (mit sich selbst)	4,94	5,00	,860	,868	p=0,746

Körperbewusstsein	4,17	3,48	1,211	1,250	P=0,010**
-------------------	------	------	-------	-------	-----------

Signifikanzen ($p < 0,05$) werden mit **, Trends ($0,05 > p < 0,07$) werden mit * gekennzeichnet.

Zwischen den Schülern, die Nikotin konsumieren und denen die es nicht tun, lassen sich signifikante Unterschiede bezüglich der Faktoren „Klassenklima“ und „Körperbewusstsein“ feststellen. Auch hier zeigt sich, dass Körperbewusstsein ein Indikator für Substanzkonsum zu sein scheint. Wie beim Alkoholkonsum weisen auch Jugendliche, die nicht rauchen, höhere Werte und damit eine höhere Ausprägung in diesem Faktor auf. Schüler, die keinen Nikotinkonsum angeben, beurteilen das Klassenklima signifikant positiver. Einen Trend gibt es beim Faktor „Prinzipienreiten“, in Richtung, dass nicht rauchende Schüler weniger zum Prinzipienreiten neigen als rauchende.

(vgl. Tabelle 21)

2.5.4. Korrelationen

Korrelationen (Pearson) zeigen ungerichtete Zusammenhänge zwischen 2 Variablen. Der Nikotinkonsum der Schüler korreliert mit $r = -0,254$ ($p = 0,005$) mit dem Faktor Körperbewusstsein.

Der Alkoholkonsum der Schüler korreliert mit $r = 0,186$ ($p = 0,044$) mit dem Faktor „Motivation der Lehrer“, mit $r = -0,0400$ ($p < 0,001$) mit dem Faktor Körperbewusstsein und mit $r = 0,184$ ($p = 0,047$) mit dem Faktor Durchsetzen.

Für den Drogenkonsum konnten keine statistisch signifikanten Korrelationen mit den Faktoren ermittelt werden.

2.5.5. Regressionen

Regressionen zeigen gerichtete Zusammenhänge zwischen 2 Variablen. Als Prädiktoren werden Variablen bezeichnet, die Einfluss auf die Ausprägung der abhängigen Variablen haben.

Aufgrund der Dichotomisierung der abhängigen Variablen Nikotinkonsum, Alkoholkonsum und Drogenkonsum werden binäre logistische Regressionen gerechnet. Um Prädiktoren zu ermitteln, die Einfluss auf das Konsumverhalten der Schüler haben, wird die Methode „rückwärts schrittweise Wald“ verwendet. Der Regressionskoeffizient (Regress.koeff.) bestimmt die Richtung der Regression. Positive Regressionskoeffizienten bedeuten positive Zusammenhänge (je mehr...desto mehr), negative Regressionskoeffizienten bedeuten negative Zusammenhänge (je weniger...desto mehr). Der Exponent B zeigt, um wie viel sich die Wahrscheinlichkeit des Konsums von Nikotin, Alkohol und Drogen durch den jeweiligen Prädiktor erhöht. Interpretiert werden nur Prädiktoren, die statistisch signifikant sind ($p < 0,05$).

Tabelle 22: Welche Indikatoren beeinflussen den Nikotinkonsum von HTL Schülern?

Prädiktoren für Nikotinkonsum				
Prädiktor	Regress.koeff.	Exponent B	df	Signifikanz
Alkoholkonsum	2,618	8,743	1	$p < 0,001$
Drogenkonsum	1,676	5,344	1	$p = 0,032$
Traditionalismus	0,865	2,354	1	$p = 0,023$
Konkurrenzdenken	0,717	2,047	1	$p = 0,036$

Mit der Methode „rückwärts schrittweise Wald“ konnten 87,6% der Fälle richtig klassifiziert werden (per Zufall werden 77,1% richtig klassifiziert).

Für den Nikotinkonsum der Schüler sind Alkohol- und Drogenkonsum die wesentlichen Prädiktoren. Als weitere Prädiktoren stellten sich die Faktoren Traditionalismus und Konkurrenzdenken heraus.

Je höher der Alkoholkonsum der Schüler ist, je konkurrenzbewusster sie sich darstellen und je geringer ihre Ausprägung im Faktor Traditionalismus ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie rauchen.

(vgl. Tabelle 22)

Tabelle 23: Welche Indikatoren beeinflussen den Alkoholkonsum von HTL Schülern?

Prädiktoren für Alkoholkonsum				
Prädiktor	Regress.koeff.	Exponent B	df	Signifikanz
Rauchen	1,617	5,039	1	p = 0,001
Alkoholkonsum des Vaters	1,008	2,741	1	p = 0,038
Körperbewusstsein	-,683	,505	1	p = 0,004

Mit der Methode „rückwärts schrittweise Wald“ konnten 81,9 % der Fälle richtig klassifiziert werden (per Zufall werden 63,8% richtig klassifiziert).

Der stärkste Prädiktor für Alkoholkonsum ist das Rauchverhalten der Schüler. Wesentlich ist auch der Alkoholkonsum des Vaters. Der Faktor Körperbewusstsein trägt in geringerem Ausmaß zur Wahrscheinlichkeit von Alkoholkonsum bei.

Das bedeutet, je mehr die Schüler rauchen, je mehr Alkohol der Vater konsumiert und je geringer das Körperbewusstsein ausgeprägt ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Schüler Alkohol konsumieren

(vgl. Tabelle 23)

Tabelle 24: Welche Indikatoren beeinflussen den Konsum illegaler Drogen von HTL Schülern?

Prädiktoren für Drogenkonsum				
Prädiktor	Regress.koeff.	Exponent B	df	Signifikanz
Alkoholkonsum der Mutter	2,777	16,073	1	p = 0,004
Sexismus	1,704	5,495	1	p = 0,005
Nikotinkonsum	1,680	5,368	1	p = 0,008
Prinzipienreiten	1,014	2,755	1	p = 0,045
Motivation der Lehrer	0,981	2,667	1	p = 0,019

Mit der Methode „rückwärts schrittweise Wald“ konnten 90,5 % der Fälle richtig klassifiziert werden (per Zufall werden 75,2% richtig klassifiziert).

Mit Abstand der stärkste Prädiktor für den Drogenkonsum der Schüler ist der Alkoholkonsum der Mutter. Nikotinkonsum und geringere Ausprägungen in Sexismus, Prinzipienreiten, Motivation der Lehrer vergrößern die Wahrscheinlichkeit des Drogenkonsums der Schüler.

(vgl. Tabelle 24)

2.6. Resümee

Da die Stichprobe in einer HTL gewonnen wurde, kommt es aufgrund der ungleichmäßigen Geschlechterverteilung, die an diesen Schulen üblich ist, auch zu einer ungleichmäßigen Stichprobenverteilung von 81% Buben und 19% Mädchen. Es ist anzunehmen, dass Mädchen die eine HTL besuchen als nicht repräsentativ für österreichische Mädchen dieses Alters angesehen werden können. Die Ergebnisse können daher aus diesem Grund, sowie durch die Stichprobengröße von 119 Schülern, nur eingeschränkt generalisiert werden.

Aus dem Antwortverhalten der Schüler lassen sich Unterschiede in Bezug auf die Höhe der verschiedenen Faktoren, bezüglich der Geschlechtszugehörigkeit und in Bezug auf Indikatoren für Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsum feststellen.

Buben geben signifikant höhere Werte beim Faktor Sozialphobie an, zeigen sich also konfliktscheuer gegenüber anderen Menschen als die Mädchen. Mädchen haben höhere Ausprägungen bei den Faktoren Traditionalismus und Sexismus, was bedeutet, dass althergebrachte Rollenbilder von ihnen eher abgelehnt werden.

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern lassen viel Raum für Spekulationen und können auch aufgrund des kleinen und untypischen Samples stark stichprobenabhängig sein.

Beantwortung der Forschungsfrage

Welche Indikatoren beeinflussen den Suchtmittelgebrauch von HTL-Schülern?

Diese Forschungsfrage gliedert sich in drei Unterfragen, die im Folgenden einzeln beantwortet werden.

Welche Indikatoren beeinflussen den Nikotinkonsum von HTL-Schülern?

Von den 119 befragten Schülern sind 15% regelmäßige und 9% gelegentliche Raucher. Schüler, die Nikotin konsumieren, empfinden im Vergleich zu

nichtrauchenden Schülern, das Klassenklima schlechter und sind weniger gesundheitsbewusst.

Bei Nikotin ist ein wesentlicher Zusammenhang zum Raucherverhalten des Vaters ersichtlich. Kinder von regelmäßig rauchenden Vätern rauchen überzufällig oft auch selber regelmäßig.

In einer niederländischen Studie, die 2005 veröffentlicht wurde, zeigte sich ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten der Eltern und dem der Kinder. So hatten Kinder rauchender Eltern eine größere Wahrscheinlichkeit ihren Tabakkonsum aufrechtzuerhalten als die Kinder von Nichtrauchern. Bei dieser Studie wurde das Geschlecht des rauchenden Elternteils nicht berücksichtigt. Es ergaben sich außerdem Unterschiede im Erziehungsverhalten von rauchenden und nicht rauchenden Eltern. So warnen rauchende Eltern ihre Kinder öfter vor den negativen Konsequenzen des Rauchens, setzen generell aber wenige, das verbalisierte unterstützende, Verhaltensweisen. Nicht rauchende Eltern setzten konsequenter Hausregeln durch und wissen generell besser Bescheid über das Rauchverhalten ihrer Kinder und deren Freunde (Harakeh, Scholte, de Vries, u.a. 2005). Hier stellt sich die Frage, die es in weiterführenden Studien zu beantworten gilt, was das Rauchverhalten Jugendlicher stärker beeinflusst. Liegt es an den unterschiedlichen Erziehungsmethoden rauchender und nicht rauchender Eltern oder ist das Lernen am Model ein größerer Einflussfaktor?

In der Studie „Lebensglück ohne Drogen“ sind weitere Hauptprädiktoren für Nikotinkonsum bei den Schülern der gleichzeitige Konsum von Alkohol oder Drogen. Auch weniger traditionelle Einstellungen in Bezug auf Rollenbilder und ausgeprägteres Konkurrenzdenken machen es wahrscheinlicher, dass Schüler zu Nikotin greifen. Eventuell verursacht Konkurrenz innerhalb der Klasse Stress, welcher durch Nikotinkonsum versucht wird zu kompensieren.

Welche Indikatoren beeinflussen den Alkoholkonsum von HTL-Schülern?

Alkohol konsumiert mehr als ein Drittel (36%) ein bis drei Mal pro Woche. Ein Schüler gab sogar an täglich Alkohol zu trinken, während 20% nur selten Alkohol zu sich nehmen, und 41% gar keinen Alkohol konsumieren. Bier wird als meist konsumiertes alkoholisches Getränk angegeben. Ob Bier in der Beliebtheitsskala bei einer anderen

Geschlechterverteilung ebenfalls Platz eins belegt hätte, ist fraglich. Wahrscheinlicher ist, dass die zugunsten der Buben verzerrte Geschlechterverteilung zu diesem Ergebnis beigetragen hat. Um diese These zu stützen, werden die Zahlen aus der Studie Kompilation, die von Verein Promente durchgeführt wurde, herangezogen. Demnach trinken 25% der 15-jährigen Buben und nur 10% der 15-jährigen Mädchen mindestens einmal in der Woche Bier (Seyer 2003).

Das legt den Schluss nahe, dass Bier ein Getränk ist, das nach wie vor eher von der männlichen Bevölkerung bevorzugt wird.

Alkoholkonsumenten geben signifikant geringeres Körperbewusstsein und geringere Durchsetzungsfähigkeit an. Zusätzlich erhöht regelmäßiges Rauchen der Väter den Alkoholkonsum ihrer Kinder.

Der Hauptprädiktor für den Alkoholkonsum der Schüler, ist der Nikotinkonsum.

Ein weiterer wichtiger Prädiktor für den Alkoholkonsum der Schüler ist der regelmäßige Alkoholkonsum des Vaters, der wiederum im Zusammenhang mit geringerer Harmonie in der Familie, dem Alkoholkonsum der Mutter und höherer Selbstständigkeit der Kinder steht. Zu einem geringen, aber statistisch bedeutsamen Teil, erhöht auch geringes Körperbewusstsein die Tendenz der Schüler zum Alkoholgebrauch.

Welche Indikatoren beeinflussen den Konsum illegaler Drogen von HTL-Schülern?

Drogenerfahrung haben immerhin schon 27% der befragten Schüler. Die meist gebrauchte Substanz ist hier Cannabis, einige wenige konsumieren auch härtere Drogen.

Zwischen Drogenkonsumenten und Nichtkonsumenten zeigen sich keine signifikanten Unterschiede, allerdings zeichnet sich ein Trend dahin gehend ab, dass Drogenkonsumenten geringere Ausprägung im Faktor Sozialphobie angeben. Hier scheint es, dass sich manche Zusammenhänge einfacher erklären lassen als andere. Leicht nachvollziehbar ist zum Beispiel der Zusammenhang von einem höheren Körperbewusstsein und dem Nichtkonsum von Alkohol und Nikotin.

Die meisten Prädiktoren gibt es in Bezug auf Konsum von Drogen. Regelmäßiger Alkoholkonsum der Mutter zeigt sich mit Abstand als der bedeutsamste Prädiktor.

Dass dies durch eventuelle Vernachlässigung der Kinder im emotionalen und körperlichen Bereich bedingt wird, lässt sich nicht bestätigen, soll allerdings um weiterführende Gedanken anzustoßen, zumindest angedeutet werden. Weiters haben regelmäßiger Alkohol- und Nikotinkonsum des Vaters starken Einfluss auf das Drogenkonsumverhalten ihrer Kinder. Jugendliche die Drogen nehmen, scheinen weniger den traditionellen Rollenbildern verhaftet zu sein und neigen eher dazu, auf eigenen Standpunkten zu beharren. Außerdem empfinden sie ihre Lehrer als wenig motiviert, unterstützend und persönlich an ihnen interessiert. Nikotinkonsum der Schüler kann ebenfalls als Prädiktor für Drogenkonsum angesehen werden.

Eine nicht die Fragestellung betreffende Auffälligkeit zeigt sich im Zusammenhang von Kenntnis über den Bildungsstand der Eltern und deren Alkohol- und Nikotinkonsum.

Schon bei der Stichprobenbeschreibung fiel auf, dass etwa 12% der Schüler bei der Frage nach dem Bildungsstand der Eltern die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“ ankreuzten. Wobei jene, die den Bildungsstand ihres Vaters nicht angeben konnten, überzufällig häufig auch den Bildungsstand ihrer Mutter nicht wussten. Eltern, deren Kinder ihren Bildungsstand nicht angeben, sind überzufällig häufig solche, die vermehrt Alkohol und Nikotin konsumieren.

Die aus dem Projekt „Lebensglück ohne Drogen“ hervorgegangenen Daten belegen also, dass es Indikatoren gibt, die den Suchtmittelgebrauch von HTL Schülern zumindest tendenziell vorhersagen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsum der Schüler in starker Beziehung zueinander stehen. Wesentlichen Einfluss hat auch das Rauch- und Trinkverhalten der Eltern. Regelmäßiger Alkohol und /oder Nikotinkonsum aufseiten der Eltern begünstigt erheblich das Konsumverhalten in Bezug auf Nikotin, Alkohol und Drogen ihrer Kinder.

Da Alkohol- und Nikotinkonsum des Vaters starken Einfluss auf das Konsumverhalten der Kinder haben, könnte dies auch für die in Fachkreisen vielfach anerkannte These von der genetischen Prädisposition für Suchtverhalten sprechen.

Ob nun die genetische Komponente oder der Erziehungsstil der Eltern und das Lernen am Modell einen größeren Einfluss auf den Umgang ihrer Kinder mit psychotropen Substanzen haben, kann nicht beantwortet werden. Die Beantwortung dieser Frage ist für den Schluss, dass wirksame Ansätze zur Suchtbekämpfung in der Familie beginnen sollten, aber auch nicht notwendig.

3. Vergleichende Untersuchung zweier Suchtpräventionsprojekte

3.1. Vergleich der Projekte „Lebensglück ohne Drogen“ und „In motion“

Für die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage ist ein neues Kapitel angedacht, damit ein besserer Überblick vorhanden bleibt.

Die Forschungsfrage lautet:

Welche dieser Indikatoren sind auf andere Schultypen übertragbar?

Diese Fragestellung gliedert sich in drei Unterfragen:

- Welche Indikatoren lassen sich auf den Nikotinkonsum von Hauptschülern übertragen?
- Welche Indikatoren lassen sich auf den Alkoholkonsum von Hauptschülern übertragen?
- Welche Indikatoren lassen sich auf den Konsum illegaler Drogen von Hauptschülern übertragen?

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen dient ein Vergleich, mit einem Projekt in Linz, das auf dem gleichen methodischen Instrument basiert, das auch beim Projekt „Lebensglück ohne Drogen“ zur Anwendung kam.

Die Studie „in Motion“, wurde von September 1999 bis Juni 2001, im Auftrag des Instituts für Suchtprävention Linz, in vier Hauptschulen durchgeführt.

Es werden hier zur Vereinfachung die Abkürzungen LOD für „Lebensglück ohne Drogen“ und IM für „in Motion“ verwendet.

3.1.1. Unterschiede bei der Umsetzung

Einer der größten Unterschiede zum Projekt „Lebensglück ohne Drogen“ ist sicher, dass bei dem Projekt „in Motion“ eine sehr intensive Lehrerschulung statt fand, die bei unserem Projekt „Lebensglück ohne Drogen“ aus zeitlichen und organisatorischen Gründen nicht möglich war. Diese eben erwähnte Schulung enthielt fünf Module mit folgendem zeitlichen Ausmaß:

1. Grundlagen schulischer Suchtprävention (16 Unterrichtseinheiten)
2. Tabak in Verbindung mit Life-Skills-Training – Konflikte und Kommunikation (40 Unterrichtseinheiten)
3. Elternarbeit (8 Unterrichtseinheiten)
4. Sekundärprävention (8 Unterrichtseinheiten)
5. Alkohol und Essstörungen in Verbindung mit Life-Skills-Training – Geschlechtsidentität und Rollenverhalten (40 Unterrichtseinheiten)

Weiters gab es ein- bis zweimonatlich einen gemeinsamen Austausch zur Reflexion etwaiger Probleme im Ausmaß von jeweils drei Stunden.

Insgesamt ergab sich allein für die Schulung der Lehrkräfte ein zeitliches Ausmaß von 11 Tagen mit 112 Unterrichtseinheiten.

Auf die Inhalte der Module wird hier nicht weiter eingegangen, da sie für unsere Untersuchung nicht weiter relevant sind, dem Leser sollte nur eine Vorstellung von der Intensität dieses Trainings vermittelt werden.

Die Lehrkräfte setzten die von ihnen erlernten Methoden zur Suchtvorbeugung einerseits im Rahmen von halb- bis zweitägigen Projekttagen, die pro Schuljahr

einmal veranstaltet wurden und andererseits innerhalb von insgesamt 93 Unterrichtseinheiten während des regulären Fachunterrichts um. Bei diesem Projekt waren also auch die zeitlichen Ressourcen bezüglich der Umsetzung mit den Schülern um einiges größer als bei dem Projekt „Lebensglück ohne Drogen“.

Um die Unterschiede bezüglich der zeitlichen Ressourcen zu verdeutlichen, wird der Zeitplan von „Lebensglück ohne Drogen“ noch einmal wiedergegeben:

Die reine Dauer des Projektes beschränkte sich zeitlich auf 3 Monate und wurde von Oktober bis Dezember 2005 an der Camillo-Sitte-Lehranstalt in Wien 3 durchgeführt

- Gestartet wurde das Projekt durch einen Impulsvortrag von Univ. Prof. Dr. Otto Lesch am 4. Oktober 2005.
- Ab diesem Zeitpunkt begann für die Schüler in Kleingruppen die Arbeit an ihren Projekten
- Die Abschlussveranstaltung und Preisverleihung für die besten Projekte fand am 13. Dezember 2005 statt.
- Am 13. September 2006 folgte noch eine Exkursion mit Prim. David, in das Otto-Wagner-Spital, um die Wirkung des Projekts zu festigen.

3.1.2. Methodische Unterschiede

Da das Projekt „Lebensglück ohne Drogen“ sich auf eine rein quantitative Analyse des mittels Fragebogens erhobenen Datensatzes beschränkt, wird für den Vergleich der Ergebnisse hauptsächlich die standardisierte Schülerbefragung von „in Motion“ herangezogen. Ein weiterer, wichtiger methodischer Unterschied entsteht aus der Tatsache, dass bei dem Projekt „Lebensglück ohne Drogen“ nur mit dem damaligen Ist-Zustand der Stichprobe gearbeitet werden konnte, da die Schule die Fragebögen der Nachuntersuchung nicht mehr finden konnte, und somit die Möglichkeit, die Wirkung des Projektes zu untersuchen, verwehrt blieb.

Bei „In Motion“ hingegen wurden drei Befragungswellen durchgeführt. Die erste fand Anfang April 2000 statt und erhob den Ist-Zustand, die zweite erfolgte im Oktober

2000 und die letzte wurde im Juni 2001 durchgeführt und hatte das Ziel die Wirkung des Projektes zu untersuchen.

Im Folgenden werden nun noch einige methodische Besonderheiten des Projekts „in Motion“ angeführt, die im Projekt „Lebensglück ohne Drogen“ nicht vorkamen.

- Inhaltsanalytische Auswertung der Gesprächstranskripte aus den Reflexionssitzungen
- Problemzentriertes Interview bzw. Gruppendiskussion mit den beteiligten Lehrkräften
- Auswertung ihrer Unterrichts- und Tätigkeitsdokumentation
- Standardisierte Befragung der beteiligten Schüler
- Vergleichsgruppenbefragung
- Fokusgruppe mit acht beteiligten Schülern

3.1.3. Vergleich der Stichproben und deskriptiven Statistik

Bei der Stichprobe von „in Motion“ (IM) handelt es sich um Linzer Hauptschüler, die zu Projektbeginn die siebente und bei Ende des Projektes die achte Schulstufe besuchten.

Das Projekt „in Motion“ umfasst 84 Schüler, die sich fast gleichmäßig auf vier Hauptschulen verteilen. Weiters gibt es eine Vergleichsgruppe, die 64 Schüler umfasst, die keinerlei Maßnahmen zur Suchtvorbeugung erhielten (Dvorschak, Lehner 2001). Bei „Lebensglück ohne Drogen“ (LOD) nahmen 119 Schüler einer Wiener HTL an der Erhebung teil.

Die Geschlechtsverteilung unterscheidet sich bei diesen 2 Projekten erheblich. In einer HTL findet man auch heute noch überproportional viele Buben, was sich auch in der Geschlechtsverteilung von „Lebensglück ohne Drogen“ widerspiegelt. Diese Stichprobe enthält 80,7% Buben und 19,3% Mädchen. Die Geschlechtsverteilung der Stichprobe von „in Motion“ entspricht im Großen und Ganzen einer normalen

Verteilung in österreichischen Pflichtschulen. Die Erhebung erfasste 59,5% Buben und 40,5% Mädchen.

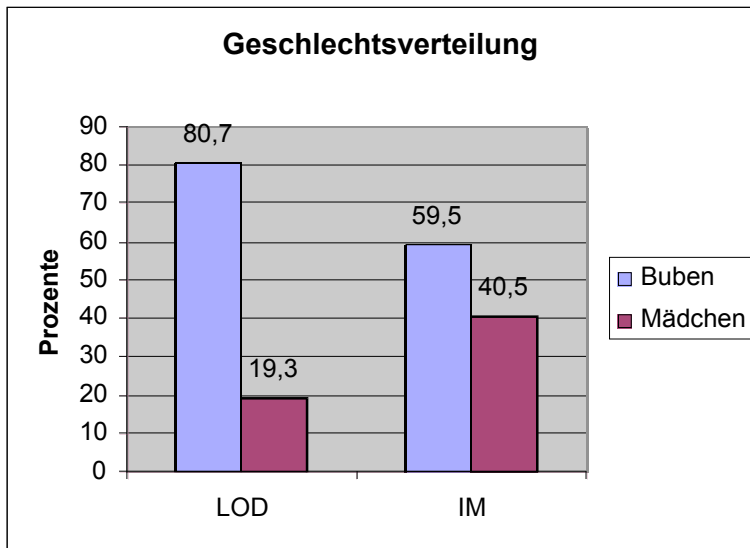


Abbildung 18: Geschlechtsverteilung IM

Das Projekt „Lebensglück ohne Drogen“ wurde mit den zweiten Jahrgängen einer HTL durchgeführt. Der Altersdurchschnitt in dieser Stichprobe ist somit höher als bei den Schülern von „in Motion“. So ist die Mehrheit der HTL Schüler zwischen 15 und 16 Jahre alt. Die Schüler die an „in Motion“ beteiligt sind, waren bei Projektbeginn durchschnittlich 13,5 Jahre alt.

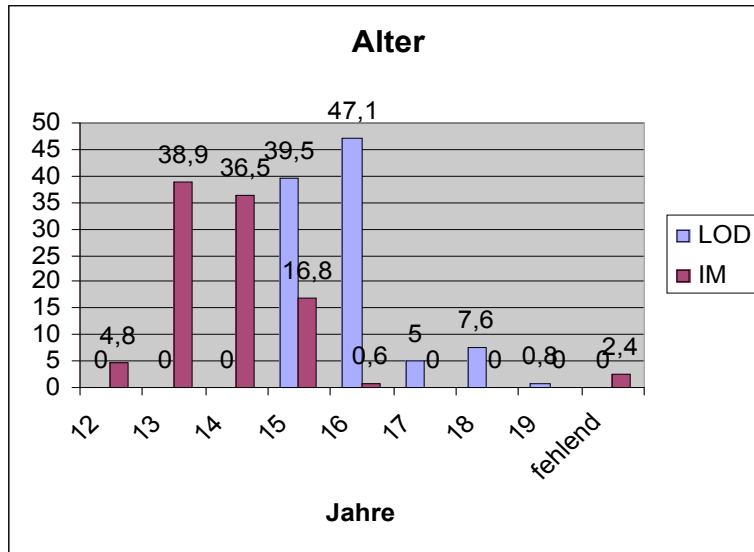


Abbildung 19: Alter der Schüler IM

Die Väter der Stichprobe von „Lebensglück ohne Drogen“ weisen einen höheren Bildungsstand auf als die Väter der Stichprobe von „in Motion“. Besonders markant ist dies im Falle der Väter mit Matura, bei „Lebensglück ohne Drogen“ haben 26,9% der Väter Matura und bei „in Motion“ 10,2%. Weiters fällt auf, dass die Kinder von „in Motion“ sehr viel öfter den Bildungsstand ihres Vaters nicht kennen (26,3% IM zu 10,9% LOD).

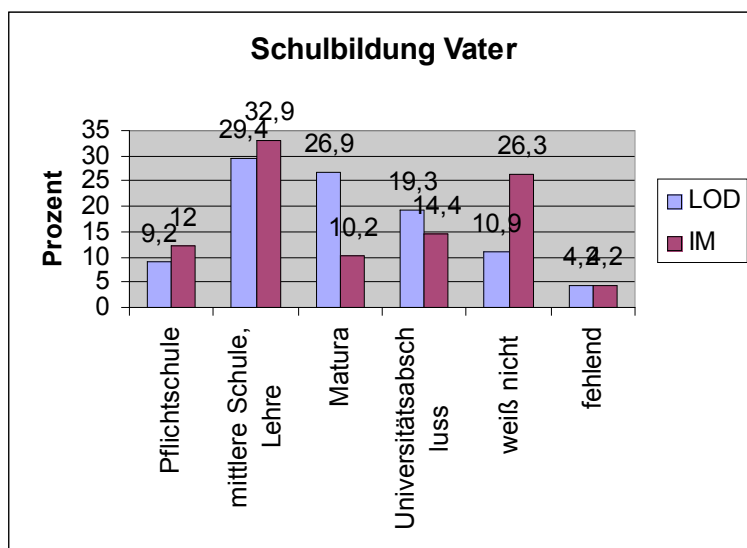


Abbildung 20: Schulbildung Vater IM

In Bezug auf die Schulbildung der Mutter zeigen sich starke Parallelen zur Schulbildung des Vaters. Mütter mit Matura überwiegen in der „Lebensglück ohne Drogen“ Stichprobe noch erheblicher (33,6% der Mütter bei LOD und 13,2% der Mütter bei IM weisen Matura auf). Auch über den Bildungsstand der Eltern wissen die Kinder bei „in Motion“ weniger Bescheid. Bei „Lebensglück ohne Drogen“ können nur 11,8% keine Auskunft über die höchste abgeschlossene Schulbildung ihrer Mutter geben, bei „in Motion“ sind es 29,3%.

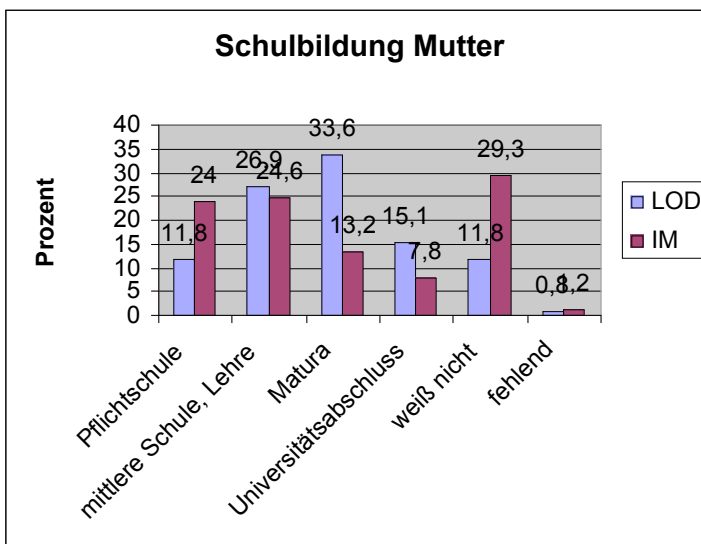


Abbildung 21: Schulbildung Mutter IM

Der Alkoholkonsum der Väter unterscheidet sich in beiden Stichproben nur geringfügig. So trinken bei „Lebensglück ohne Drogen“ 21,8% keinen Alkohol und bei „in Motion“ 12,6%. Bei den gelegentlichen Trinkern zeigt sich der gleiche Trend (LOD 63,9%; IM 71,9%). Sehr ähnlich, sind die Werte bei den Vätern, die regelmäßig trinken (LOD 10,1%; IM 10,2%)

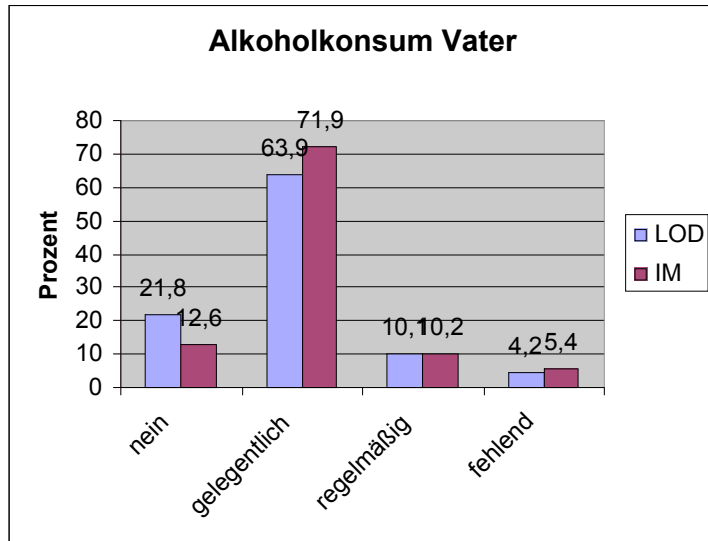


Abbildung 22: Alkoholkonsum des Vaters IM

Bei „Lebensglück ohne Drogen“ trinken 45,4% der Mütter gar keinen Alkohol und bei „in Motion“ 38,9%. Bei „Lebensglück ohne Drogen“ gibt es 48,7% gelegentlich trinkende Mütter und bei „in Motion“ geben 56,3% der Schüler an, dass ihre Mutter gelegentlich Alkohol zu sich nimmt. Als regelmäßigerinkerinnen bezeichnen 5,9% der Jugendlichen, die bei „Lebensglück ohne Drogen“ beteiligt waren, ihre Mutter. Bei „in Motion“- Projektteilnehmern sind es 3,6%.

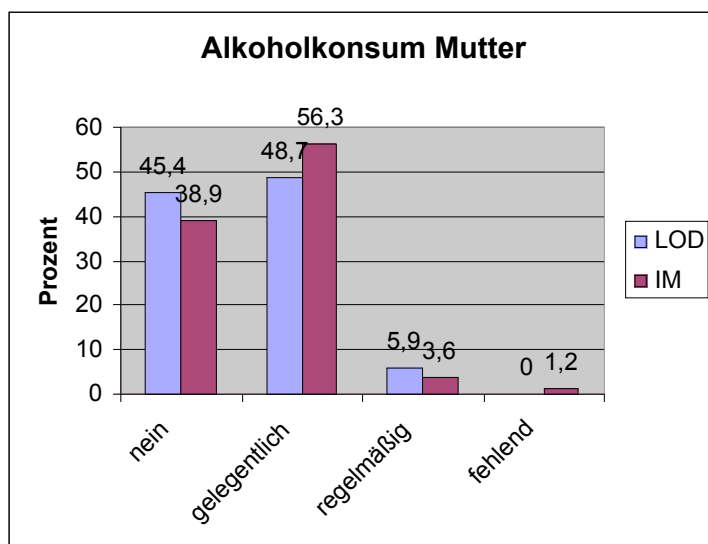


Abbildung 23: Alkoholkonsum Mutter IM

Bezüglich des Rauchverhaltens ihres Vaters geben 52,1% Schüler bei „Lebensglück ohne Drogen“ und 45,5% bei „in Motion“ an, dass diese nicht rauchen würden. Wenige Väter der Stichproben rauchen gelegentlich (LOD 12,6%; IM 7,1%). Regelmäßig rauchen 31,9% der Väter von Schülern, die bei „Lebensglück ohne Drogen“ teilgenommen haben und 40,1% der Väter von „in Motion“-Schülern.

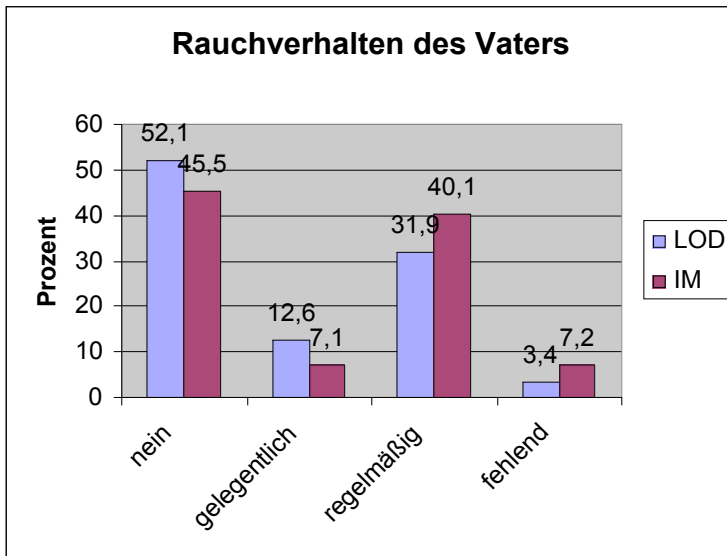


Abbildung 24: Rauchverhalten des Vaters IM

Beim Vergleich des Rauchverhaltens der Mütter beider Stichproben fällt auf, dass es bei „Lebensglück ohne Drogen“ weitaus mehr Nichtraucherinnen gibt (LOD 66,4%; IM 41,3%). Bei den Gelegenheitsraucherinnen ist der Unterschied nicht sehr erheblich (LOD 12,6%; IM 18,6%). Bei den regelmäßigen Raucherinnen ist der Wert, der Mütter, der Schüler die am Projekt „in Motion“ teilgenommen haben viel höher (LOD 19,3%; IM 37,3%).

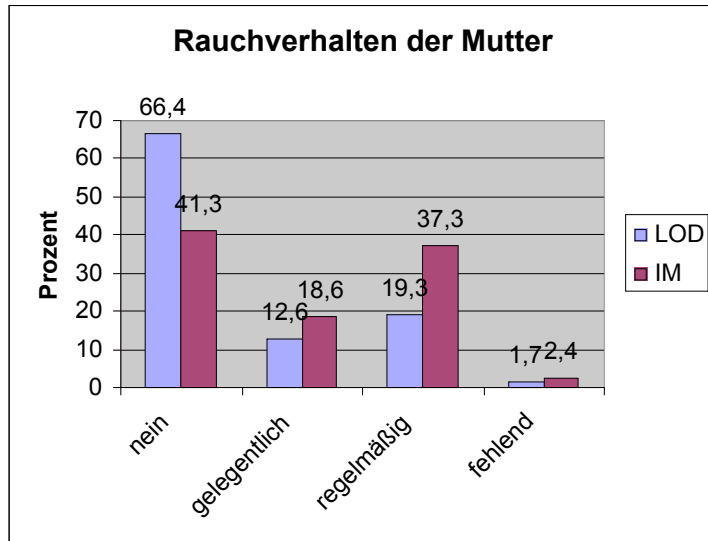


Abbildung 25: Rauchverhalten der Mutter IM

3.1.4. Vergleich der Ergebnisse

Nun sollen die Ergebnisse der zwei Projekte näher miteinander verglichen werden. Besonderes Augenmerk werden wir auf Ähnlichkeiten und besonders auffällige Unterschiede bei den Ergebnissen, bezüglich der Indikatoren die den Suchtmittelgebrauch von Schülern vorhersagen lassen, legen.

Da die Projekte „Lebensglück ohne Drogen“ und „in Motion“ auf dem gleichen methodischen Instrument beruhen, kann man die Antworten bezüglich des Konsumverhaltens der Schüler direkt vergleichen. Das heißt es war nicht notwendig kategoriale Umcodierungen vorzunehmen, da die gleichen Antwortmöglichkeiten vorgegeben waren. So etwa beim Rauchen: ich rauche nicht, ja gelegentlich und ja regelmäßig.

Beim Projekt „Lebensglück ohne Drogen“ verneinten 70,6% der Schüler Drogenkonsum, 26,9% gaben schon Drogen konsumiert zu haben und 2,5% beantworteten diese Frage nicht. Die Stichprobe von „In Motion“ weist bei den

Schülern, die noch keine Drogen genommen haben einen höheren Wert auf, nämlich 88,6%, die Werte für drogenerfahrene Schüler sind dementsprechend niedriger (10%) und nur 0,6% der Schüler gaben keine Antwort auf diese Frage.

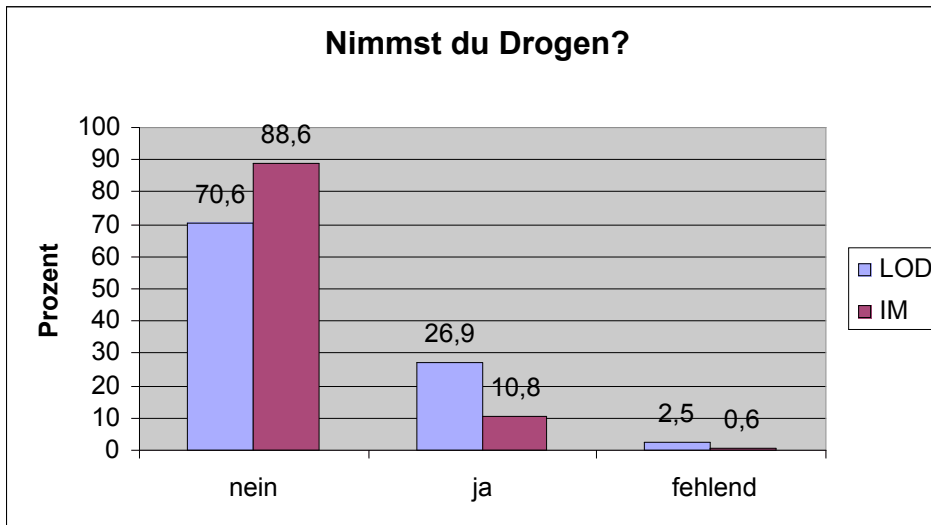


Abbildung 26: Drogenkonsum der Schüler IM

Bei unserer Stichprobe gaben 0,8% der Schüler an täglich oder fast täglich zu trinken. 5,9% tranken zum Zeitpunkt der Befragung 2-3-mal in der Woche Alkohol und 30,3% tranken 1-mal in der Woche. 20,2% der Schüler nahmen selten Alkohol zu sich und 41,2 tranken gar keinen Alkohol. Bei „In Motion“ tranken 0,0% der Schüler täglich oder fast täglich und 4,8% 2-3-mal die Woche Alkohol. 9,6% gaben einen Konsum von 1-mal in der Woche an, 22,9% tranken selten und 62,7% gar nicht.

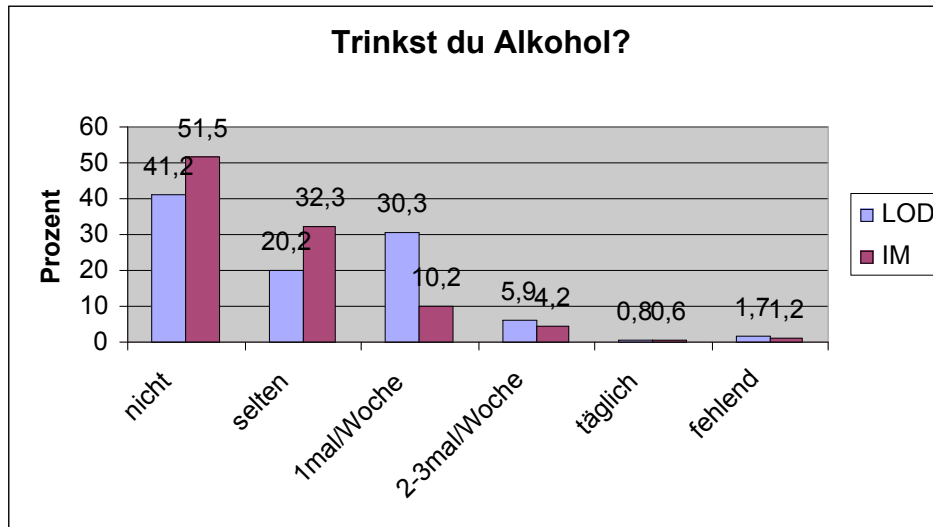


Abbildung 27: Alkoholkonsum der Schüler IM

Beim Projekt „Lebensglück ohne Drogen“ gaben 15,1% der Schüler an regelmäßig zu rauchen, 9,2% rauchten gelegentlich und 74,8% waren Nichtraucher. 8% der Schüler beantworteten diese Frage nicht. Bei „In Motion“ rauchten 14,3% der befragten Schüler regelmäßig, 19% gelegentlich und 66,7% gar nicht.

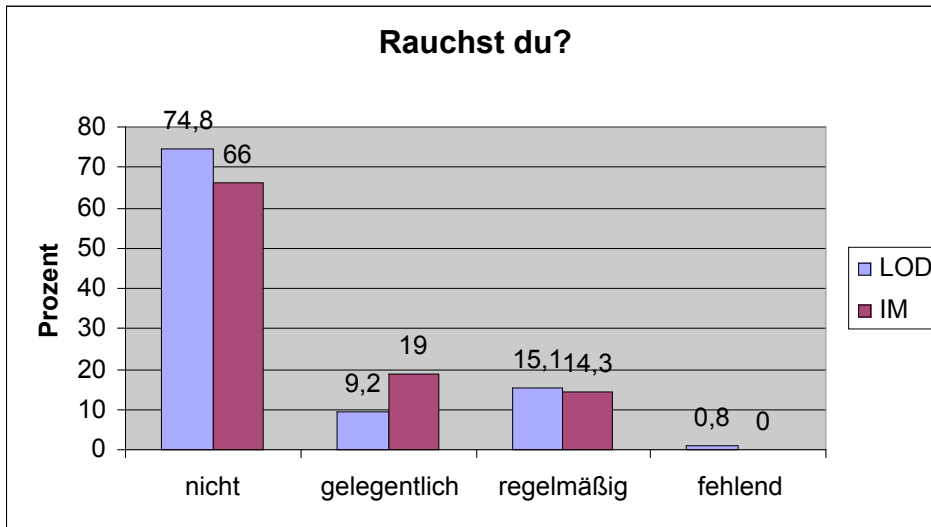


Abbildung 28: Nikotinkonsum der Schüler IM

Der Zusammenhang zwischen Rauchverhalten des Vaters und dem der Kinder ist mit $\chi^2 = 17,559$ und $p = 0,002$ in unserer Erhebung höchst signifikant. Im Gegensatz dazu zeigt sich bei „In Motion“ mit $\chi^2 = 18,53$ und $p = < 0,01$ ein sehr signifikanten Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten der Mutter und jenem der Kinder. Beim jeweils gegengeschlechtlichen Elternteil zeigten sich in beiden Studien keine signifikanten Ergebnisse.

3.1.5. Häufigkeitsvergleiche

Diejenigen Variablen, für die im Projekt „Lebensglück ohne Drogen“ signifikante Häufigkeitsunterschiede festgestellt werden konnten, wurden auch für das Projekt „in Motion“ untersucht. Im Gegensatz zum Projekt „Lebensglück ohne Drogen“, in dem wesentlich mehr Variablen signifikante Unterschiede in den Häufigkeiten aufweisen, zeigen sich beim Projekt „in Motion“, und damit in beiden Projekten, nur in den folgenden vier Kreuztabellen signifikante Unterschiede.

Tabelle 25: Zusammenhang Rauchverhalten des Vaters und Tabakkonsum der Kinder

Das Rauchverhalten des Vaters hat Einfluss auf den Tabakkonsum der Kinder

			Rauchst du?			Gesamt
			nein	gelegentlich	regelmäßig	
RauchV	nein	Anzahl	60	9	7	76
		Standardisierte Residuen	1,3	-1,2	-1,5	
	gelegentlich	Anzahl	7	4	1	12
		Standardisierte Residuen	-,3	1,3	-,7	
	regelmäßig	Anzahl	36	14	17	67
		Standardisierte Residuen	-1,3	,7	1,9	
Gesamt		Anzahl	103	27	25	155

$$\chi^2 = 13,36, p=0,010$$

In beiden Stichproben zeigt sich, dass regelmäßiges Rauchverhalten der Väter statistisch überzufällig häufig mit regelmäßigem Rauchverhalten der Kinder einhergeht. Weiters gibt es in beiden Stichproben einen Trend dahingehend, dass Kinder deren Väter nicht rauchen ebenfalls geringeres Rauchverhalten zeigen.

(vgl. Tabelle 25)

Tabelle 26: Schulbildung des Vaters und Schulbildung der Mutter

Schulbildung des Vaters und Schulbildung der Mutter

			Schulbildung Vater					Gesamt
			pflichtschule	lehre	matura	uni	weiß nicht	
Schulbildung Mutter	pflichtschule	Anzahl	17	15	1	3	4	40
		Standardisierte Residuen	5,4	,3	-1,6	-1,2	-2,1	
	lehre	Anzahl	3	27	7	2	1	40
		Standardisierte Residuen	-,9	3,6	1,3	-1,6	-3,0	
	matura	Anzahl	0	4	5	6	5	20
		Standardisierte Residuen	-1,6	-1,1	2,0	1,7	-,2	
	uni	Anzahl	0	3	1	8	1	13
		Standardisierte Residuen	-1,3	-,7	-,3	4,3	-1,4	
	weiß nicht	Anzahl	0	6	3	5	33	47
		Standardisierte Residuen	-2,4	-2,5	-,9	-,8	5,6	
Gesamt		Anzahl	20	55	17	24	44	160

$$\chi^2 = 142,77 \text{ } p<0,001$$

Nicht überraschend ist, dass in beiden Stichproben das Bildungsniveau beider Elternteile einander entspricht. Das bedeutet, wenn der Vater einen Pflichtschulabschluss als höchste ausgewiesene Schulbildung hat, weist auch die Mutter nur sehr selten einen höheren Schulabschluss auf und umgekehrt. Ebenso

verhält es sich bei Lehrabschluss, Matura und Universitätsausbildung. In beiden Stichproben gibt eine relativ große Anzahl von Kindern an, den Schulabschluss beider Eltern nicht zu kennen.

(vgl. Tabelle 26)

Tabelle 27: Zusammenhang des Alkoholkonsums der Mutter und des Vaters

Zusammenhang des Alkoholkonsums der Mutter und des Vaters						
			ALK MUTT			Gesamt
			nein	gelegentlich	regelmäßig	
ALK_VATE	nein	Anzahl	18	3	0	21
		Standardisierte Residuen	3,6	-2,7	-,9	
	gelegentlich	Anzahl	35	83	1	119
		Standardisierte Residuen	-1,4	1,5	-1,7	
	regelmäßig	Anzahl	5	6	5	16
		Standardisierte Residuen	-,4	-1,1	5,6	
Gesamt		Anzahl	58	92	6	156

$$\chi^2 = 60,94 \quad P < 0,001$$

Auch beim Alkoholkonsum der Eltern ist es in beiden Stichproben auffällig, dass überzufällig häufig entweder beide Eltern gar keinen Alkohol konsumieren oder beide Eltern regelmäßig trinken.

(vgl. Tabelle 27)

Tabelle 28: Alkoholkonsum der Kinder und Alkoholkonsum der Väter

			ALK LISA					Gesamt
			nein	selten	1mal/woche	2-4mal/woche	täglich/fast täglich	
ALK_VATE	nein	Anzahl	15	4	0	1	1	21
		Standardisierte Residuen	1,2	-1,1	-1,5	,1	2,4	
	gelegentlich	Anzahl	58	43	12	6	0	119
		Standardisierte Residuen	-,5	,7	-,1	,3	-,9	
	regelmäßig	Anzahl	8	4	4	0	0	16
		Standardisierte Residuen	-,1	-,5	1,8	-,8	-,3	
Gesamt		Anzahl	81	51	16	7	1	156

$$\chi^2 = 18,04, P=0,036$$

Während in der Stichprobe des Projektes „Lebensglück ohne Drogen“ der Alkoholkonsum der Kinder und der Väter in etwa einander entsprechen (trinken Väter nicht, trinken auch die Kinder nicht) zeigt sich dieser Zusammenhang für das Projekt „in Motion“ nicht so eindeutig, da die Kinder in dieser Stichprobe allgemein weniger Alkohol konsumieren.

(vgl. Tabelle 28)

Die durchgängig höheren Ergebnisse bezüglich des Alkoholkonsums in der Stichprobe von „Lebensglück ohne Drogen“ lassen sich auf dem Altersunterschied der beiden Stichproben und die mit jedem Jahr steigende Wahrscheinlichkeit schon Alkohol konsumiert zu haben, zurückführen.

Ein signifikantes Ergebnis zeigen die Werte $\chi^2 = 19,798$, und $p = 0,001$ bezüglich des Zusammenhangs des Trinkverhaltens des Vaters und dem der Kinder bei den Ergebnissen von „Lebensglück ohne Drogen“. Ein gleichfalls hochsignifikantes Ergebnis zeigt sich bei „In Motion“ mit $\chi^2 = 18,04$, und $p < 0.01$ für diesen Zusammenhang. In dieser Erhebung wurde auch ein mit $\chi^2 = 18,61$, $p < 0.01$ signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum der Mutter und dem der Kinder gefunden, der sich bei der Stichprobe von „Lebensglück ohne Drogen“ nicht gezeigt hat.

3.1.6. Vergleich der Mittelwerte der Faktoren

Um die zwei Stichproben vergleichen zu können wurden für „in Motion“ die Fragen zu denselben Faktoren zusammengefasst, die Basis für die Auswertung der Daten von „Lebensglück ohne Drogen“ bilden.

Zum Vergleich der Mittelwerte mussten parameterfreie Test (U-Test von Withney) herangezogen werden, da die Daten der einzelnen Gruppen nicht normalverteilt sind (Shapiro-Wilk und Kolmogorov-Smirnov Test signifikant). Zur besseren Übersichtlichkeit werden in folgender Tabelle aber die Mittelwerte statt der mittleren Ränge dargestellt.

Tabelle 29: Unterschiede in den Stichproben bezüglich der einzelnen Faktoren

Unterschiede in den Stichproben bezüglich der einzelnen Faktoren					
Faktor	Mittelwert		Standardabweichung		Signifikanz
	LOD	IM	LOD	IM	
Kompetenz	2,855	4,194	0,547	0,580	P< ,001**
Durchsetzen	3,190	3,718	0,803	0,587	P< ,001**
Prinzipienreiten	3,272	3,048	0,922	1,023	P=,033**
Sozialphobie	3,349	3,545	1,106	1,048	p=,134
Offenheit	2,935	3,642	0,600	0,529	P< ,001**
Zusammenhalt	2,768	4,351	1,055	1,004	P< ,001**
Konkurrenzdenken	3,030	3,088	1,114	1,085	p=,541
Klassenklima	3,336	3,930	1,218	0,920	P< ,001**
Motivation der Lehrer	2,861	4,146	1,100	0,915	P< ,001**
Altes Lehrerprofil	3,508	3,725	1,068	1,085	p=,110
Traditionalismus	3,705	4,236	1,237	1,035	P= ,001**
Sexismus	3,160	3,265	1,217	1,318	P=,621*
Zufriedenheit (mit sich selbst)	4,944	2,340	0,863	1,280	P< ,001**
Körperbewusstsein	4,000	3,312	1,245	1,071	P< ,001**

In fast allen Faktoren zeigen sich beträchtliche Mittelwertsunterschiede. So geben die Kinder des Projekts „Lebensglück ohne Drogen“ signifikant mehr Körper- und Gesundheitsbewusstsein und Zufriedenheit mit sich selber an (höhere Werte bedeuten höhere Ausprägungen in diesen Faktoren). Ebenso zeigen sie sich sozial und fachlich kompetenter, können sich besser durchsetzen, neigen weniger zum Prinzipienreiten und sind offener im Umgang mit anderen. Sie beschreiben ihr Klassenklima und den Zusammenhalt in der Klasse als besser und finden die Lehrer motivierter. Allerdings neigen sie mehr zu traditioneller Rollenverteilung zwischen den Geschlechtern (in allen diesen Faktoren bedeuten größere Werte geringere Ausprägung). In Bezug auf Sozialphobie, Konkurrenzdenken, Beurteilung der Lehrer bezüglich Strenge und Distanziertheit (altmodisches Lehrerprofil) und geschlechterkonformen Rollenverteilung (Sexismus) zeigen sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede in den beiden Stichproben.

Aufgrund der deutlichen Abweichungen in der Ausprägung der Mehrzahl der Faktoren werden zur Verdeutlichung auch noch die einzelnen Fragen der signifikant unterschiedlichen Faktoren verglichen.

(vgl. Tabelle 29)

Auch in dieser Fragestellung wurden aufgrund fehlender Normalverteilung in den einzelnen Gruppen (Shapiro-Wilk und Kolmogorov-Smirnov Test signifikant) zum Vergleich nonparametrische Verfahren (U-Test von Mann- Withney) herangezogen. Zur besseren Übersichtlichkeit werden in den Tabellen die Mittelwerte und Standardabweichungen (statt der mittleren Ränge und Perzentile) dargestellt.

Höhere Werte bedeuten geringere Zustimmung zu den Fragen. Fragen, die mit eine * versehen sind, wurden für die Zusammenfassung zu Faktoren umcodiert, da sie in die andere Richtung formuliert sind. Bei diesen Fragen bedeuten höhere Werte daher auch höhere Zustimmung.

Faktor Kompetenz

Der Faktor der enthält elf Fragen, die sowohl soziale als auch fachliche Befähigung erkunden. Die im Faktor enthaltenen Fragen lauten:

- 12. Wenn andere in Schwierigkeiten sind, kann ich denen meist helfen.
- 13. Wenn ich etwas noch nicht kann, dann übe ich mit Geduld und Ausdauer.
- 14. Wenn eine Sache kompliziert wird gebe ich auf.*
- 15. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.
- 16. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.
- 17. Wenn ich eine Arbeit verrichte, kann ich mich immer gut darauf konzentrieren.
- 18. Für jedes Problem habe ich auch eine Lösung.
- 19. In Konfliktsituationen weiß ich mir meistens zu helfen.
- 20. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.
- 21. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut damit zurechtkommen werde.
- 22. Wenn ich mit einer neuen Sache konfrontiert werde, weiß ich, wie ich damit umgehe.

Tabelle 30: Unterschied bezüglich der Fragen des Faktors Kompetenz

Unterschiede in den Stichproben bezüglich der Fragen des Faktors Kompetenz					
Faktor	Mittelwert		Standardabweichung		Signifikanz
	LOD	IM	LOD	IM	
Schwierigkeiten	2,723	4,593	1,207	1,126	P< ,001**
Geduld	2,992	3,790	1,375	1,361	P< ,001**
Komplizierte Sachlage *	2,525	4,156	1,382	1,481	P< ,001**
Absichten und Ziele	2,809	4,114	1,075	1,441	P< ,001**
Unerwartete Situation	2,852	4,204	1,094	1,382	P< ,001**
Konzentration	2,521	4,234	1,208	1,280	P< ,001**
Lösung	2,916	3,826	1,086	1,358	P< ,001**
Konfliktsituation	2,555	4,425	1,087	1,342	P< ,001**
Schwierige Probleme	2,214	4,719	0,981	1,222	P< ,001**

Überraschende Ereignisse	2,610	4,527	1,013	1,145	p< ,001**
Neue Sachlage	2,695	4,377	0,991	1,149	p< ,001**

In allen Einzelfragen des Faktors Kompetenz zeigen sich hochsignifikante Unterschiede in der Beantwortung durch die Schüler der beiden Stichproben.

Die Schüler des Projekts „Lebensglück ohne Drogen“ zeigen insgesamt deutlich mehr lösungsorientierten Umgang mit Problemen und Konfliktsituationen.

(vgl. Tabelle 30)

Faktor Durchsetzungskraft

Dieser Faktor enthält 16 Fragen und meint die Fähigkeit sich im Umgang mit anderen Menschen behaupten zu können.

17. Die meisten Leute können sich besser behaupten als ich.*
18. Wegen meiner Schüchternheit fällt es mir manchmal schwer, Kontakte zum anderen Geschlecht zu knüpfen.*
19. Wenn das Essen im Restaurant nicht meinen Erwartungen entspricht, beschwere ich mich.
20. Ehrlich gesagt, werde ich von anderen oft ausgenützt.*
21. Ich weiß oft nicht, was ich mit gut aussehenden Personen des anderen Geschlechts reden soll.*
22. Es ist mir peinlich, gekaufte Dinge, die mir dann doch nicht gefallen, zurückzugeben.*
23. Wenn mich einen von mir geschätzte und nahe stehende Person ärgert, unterdrücke ich dieses Gefühl eher als dass ich es zeige.*
24. Manchmal vermeide ich es, Fragen zu stellen, um nicht dumm dazustehen.*
25. Wenn ein bekannter Redner vor Publikum etwas sagt, das ich als falsch empfinde, würde ich widersprechen.
26. Ich verhandle mit Verkäufern nicht über die Preise.*
27. Wenn jemand etwas Falsches oder Schlechtes über mich sagt, versuche ich, so bald wie möglich mit dieser Person darüber zu sprechen.
28. Ich verstecke meine Gefühle lieber, als dass ich andere damit verärgere.*
29. Über eine schlechte Bedienung im Restaurant würde ich mich beschweren.
30. Wenn sich in einem Kino zwei Leute neben mir etwas lauter unterhalten, würde ich sie ersuchen, ruhig zu sein oder sich woanders zu unterhalten.
31. Ich sage schnell meine Meinung.

32. Es gibt Situationen, in denen ich überhaupt nicht weiß, was ich sagen soll.*

Tabelle 31: Unterschiede bezüglich der Fragen des Faktors Durchsetzungskraft

Unterschiede in den Stichproben bezüglich der Fragen des Faktors Durchsetzungskraft					
Faktor	Mittelwert		Standardabweichung		Signifikanz
	LOD	IM	LOD	IM	
Behaupten *	3,305	3,467	1,343	1,429	p=,254
Schüchternheit *	3,102	2,904	1,661	1,752	p=,274
Restaurant	3,444	2,940	1,642	1,741	p=,010**
Ausgenützt *	2,958	3,108	1,538	1,753	p=,616
Anderes Geschlecht *	2,373	3,176	1,683	1,818	p=,288
Zurückgeben *	3,286	3,691	1,574	1,644	p< ,001**
Gefühle unterdrücken *	3,724	4,188	1,682	1,525	p=,036**
Fragen stellen *	3,724	4,188	1,682	1,525	p=,022**
Widersprechen	3,630	3,677	1,588	1,716	p=,732
Verhandeln *	3,496	4,006	1,761	1,931	p< ,001**
Darüber sprechen	2,449	4,610	1,494	1,667	p< ,001**
Gefühle verstecken *	3,500	3,562	1,425	1,649	p=,701
beschweren	3,286	3,287	1,642	1,816	p=,955
Ersuchen leise zu sein	2,622	4,635	1,626	1,615	p< ,001**
Meinung sagen	2,437	4,655	1,253	1,596	p< ,001**
Nicht wissen was sagen *	3,832	4,301	1,296	1,631	P=,011**

Obwohl dieser Faktor insgesamt signifikante Unterschiede in der Beantwortung durch die Schüler der beiden Stichproben aufweist, gibt es doch immerhin bei sieben Einzelfragen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede.

Die Schüler der Hauptschulen Linz geben allerdings signifikant häufiger an, ihre negativen Gefühle wie Ärger zu unterdrücken, haben höhere Angst, durch Fragen dumm dazustehen, verhandeln weniger gerne und wissen öfter nicht, was sie sagen

sollen. Die Schüler der HTL trauen sich eher ihre Meinung zu sagen, würden auch unangenehme Dinge besprechen oder andere ersuchen, z.B. im Kino leiser zu sein, haben also insgesamt weniger Scheu sich mit anderen auf verbale Art auseinanderzusetzen.

(vgl. Tabelle 31)

Faktor Prinzipienreien

Der Faktor beinhaltet 3 Fragen. Unter Prinzipienreien wird verstanden, dass man nicht gerne nachgibt, sondern auf Eigenem beharrt.

4. Wenn ich gebeten werde, etwas zu tun, möchte ich wissen warum.
5. Wenn mir jemand ein Kompliment macht, weiß ich manchmal nicht, wie ich es nehmen oder was ich sagen soll.*
6. Wenn sich in einer Schlange jemand vor mich drängt, gibt es Streit.

Tabelle 32: Unterschiede bezüglich der Fragen des Faktors Prinzipienreien

Unterschiede in den Stichproben bezüglich der Fragen des Faktors Prinzipienreien					
Faktor	Mittelwert		Standardabweichung		Signifikanz
	LOD	IM	LOD	IM	
Möchte wissen warum*	4,88	1,277	2,01	1,373	p< ,001**
Kompliment *	3,45	1,735	4,13	1,750	p< ,001**
Schlange vordrängen*	4,17	1,648	2,99	1,681	p< ,001**

Bei diesem Faktor unterscheiden sich die beiden Stichproben in allen drei enthaltenen Fragen signifikant. Es zeigt sich, dass die Schüler von „Lebensglück ohne Drogen“ mehr dazu tendieren auf ihren eigenen Standpunkten zu beharren, sozial aber trotzdem etwas kompetenter zu sein scheinen.

(vgl. Tabelle 32)

Faktor Offenheit

Mit seinen sechs Fragen bildet dieser Faktor Offenheit ehrliches und einfühlsames Zugehen auf andere Menschen ab.

7. Ich beginne gerne Gespräche mit neuen Bekannten.
8. Ich achte darauf, die Gefühle anderer Leute nicht zu verletzen, auch dann, wenn ich selbst verletzt worden bin.
9. Es gibt Situationen, in denen ich gerne eine gute Antwort bereit hätte.*
10. Um im Leben weiterzukommen, strenge ich mich genauso an wie die meisten anderen Leute.
11. Wenn ich etwas Wichtiges geschafft habe, möchte ich andere Leute davon wissen lassen.
12. Ich bin offen und ehrlich über meine Gefühle.

Tabelle 33: Unterschiede bezüglich der Fragen des Faktors Offenheit

Unterschiede in den Stichproben bezüglich der Fragen des Faktors Offenheit					
Faktor	Mittelwert		Standardabweichung		Signifikanz
	LOD	IM	LOD	IM	
Neue Bekannte	2,534	4,645	1,292	1,414	p< ,001**
Gefühle nicht verletzen	2,778	2,698	1,504	1,588	P= ,529
Gute Antwort *	4,840	2,018	1,255	1,272	p< ,001**
Anstrengen	2,471	4,835	1,383	1,205	p< ,001**
Wichtiges wissen lassen	1,924	4,969	1,071	1,390	p< ,001**
Offen und ehrlich	3,026	4,362	1,367	1,519	p< ,001**

Nur im Bezug auf die Aussage, Gefühle anderer Menschen nicht verletzen zu wollen, zeigen die Schüler beider Stichproben das gleiche Antwortverhalten. In allen anderen Aussagen gibt es signifikante Unterschiede dahingehend, dass sich die Schüler des Projekts als offener im Umgang mit anderen Menschen zeigen.

(vgl. Tabelle 33)

Faktor Zusammenhalt in der Klasse

Dieser Faktor erfasst Hilfsbereitschaft und Loyalität zwischen den Schülern und besteht aus drei Fragen.

4. Wenn jemand aus der Klasse Hilfe braucht, helfen ihm die Mitschüler gerne.
5. Wenn ein Schüler einen Konflikt oder eine Auseinandersetzung mit einem Lehrer hat, wird er von den anderen Schülern unterstützt.
6. Bei uns ist es selbstverständlich, dass die besseren Schüler schlechteren helfen.

Tabelle 34: Unterschiede bezüglich der Fragen des Faktors Zusammenhalt in der Klasse

Unterschiede in den Stichproben bezüglich der Fragen des Faktors Zusammenhalt in der Klasse					
Faktor	Mittelwert		Standardabweichung		Signifikanz
	LOD	IM	LOD	IM	
Mitschüler helfen	2,66	4,62	1,387	1,281	p< ,001**
Mitschüler unterstützen	2,52	4,75	1,338	1,382	p< ,001**
Schlechteren helfen	3,14	3,69	1,377	1,560	P= ,002**

Bezüglich des Zusammenhalts in der Klasse geben Schüler des Projekts „Lebensglück ohne Drogen“ signifikant öfter an als Schüler des Projekts „in Motion“ ihre Mitschüler zu unterstützen und ihnen zu helfen.

(vgl. Tabelle 34)

Faktor Klassenklima

Der Faktor Klassenklima wird ebenfalls durch drei Fragen erfasst und meint, dass gutes Klassenklima mit wenigen Streitereien vorherrscht.

3. In unserer Klasse ist keiner von der Klassengemeinschaft ausgeschlossen.
4. In unserer Klasse gibt es eine gute Klassengemeinschaft.
5. Es gibt bei uns häufig Streitereien zwischen den Schülern*.

Tabelle 35: Unterschiede bezüglich der Fragen des Faktors Klassenklima

Unterschiede in den Stichproben bezüglich der Fragen des Faktors Klassenklima					
Faktor	Mittelwert		Standardabweichung		Signifikanz
	LOD	IM	LOD	IM	
Klassengemeinschaft 1	3,71	3,82	1,814	1,653	P= ,744
Klassengemeinschaft 2	2,98	4,17	1,536	1,521	p< ,001**
Streitereien *	3,29	3,79	1,503	1,550	P= ,007**

Laut den Schülern herrscht im Projekt „Lebensglück ohne Drogen“ ein signifikant besseres Klassenklima mit weniger Streitereien als bei den Schülern des Projekts „in Motion“. Bezüglich des Ausschlusses von Schülern aus der Klassengemeinschaft gibt es keine signifikanten Unterschiede.

(vgl. Tabelle 35)

Faktor Motivation der Lehrer

Der Faktor Motivation der Lehrer bedeutet Bemühen der Lehrer um Schüler und ihre Freude an Wissensvermittlung und Unterricht. Der Faktor enthält fünf Fragen.

6. Unsere Lehrer bemühen sich sehr, dass viele Schüler wirklich etwas lernen.
7. Bei uns nehmen die meisten Lehrer das Unterrichten nicht besonders ernst.*
8. Ich glaube, dass viele unserer Lehrer sich wirklich freuen, wenn sie uns etwas beigebracht haben.
9. Ich habe das Gefühl, die meisten Lehrer würden uns helfen, wenn wir in Schwierigkeiten sind.
10. Ich glaube, die meisten Lehrer haben Verständnis für unsere persönlichen Probleme

Tabelle 36: Unterschiede bezüglich der Fragen des Faktors Motivation der Lehrer

Unterschiede in den Stichproben bezüglich der Fragen des Faktors Motivation der Lehrer					
Faktor	Mittelwert		Standardabweichung		Signifikanz
	LOD	IM	LOD	IM	
Lehrer bemühen sich	2,59	4,73	1,486	1,399	p< ,001**
Unterrichten *	2,67	3,87	1,462	1,791	p< ,001**
Etwas beibringen *	2,75	4,63	1,444	1,474	p< ,001**
Lehrer helfen	2,82	4,31	1,538	1,675	p< ,001**
Verständnis	3,45	3,88	1,528	1,703	p= ,023**

Die Schüler des Projekts „Lebensglück ohne Drogen“ sind signifikant zufriedener mit ihren Lehrern und haben eine bessere Meinung von ihnen als die Schüler des Projekts „in Motion“. In allen einzelnen Fragen dieses Faktors gibt es diesbezüglich signifikante Unterschiede im Antwortverhalten.

(vgl. Tabelle 36)

Faktor Traditionalismus

Dieser Faktor besteht aus acht Fragen und erkundet Zustimmung oder Ablehnung zur traditionellen Aufgabenverteilung zwischen Mann und Frau.

9. Es ist für eine Frau wichtiger, den Ehemann bei seiner Karriere zu unterstützen, als selbst Karriere zu machen.
10. Auch Jungen sollten mit Puppen spielen.*
11. Der Mann ist für Beruf und Arbeit, die Frau für den Haushalt zuständig.
12. Der Mann ist das starke Geschlecht, die Frau ist das schwache Geschlecht.
13. Eine Frau sollte nicht zuviel essen, damit sie eine gute Figur behält.
14. Eine Frau darf in der Öffentlichkeit weinen, ein Mann nicht.
15. Eine Frau sollte sich bemühen, dem in der Werbung dargestellten Schönheitsideal zu entsprechen.
16. Für die Kinderbetreuung ist in erster Linie die Frau zuständig.

Tabelle 37: Unterschiede bezüglich der Fragen des Faktors Traditionalismus

Unterschiede in den Stichproben bezüglich der Fragen des Faktors Traditionalismus					
Faktor	Mittelwert		Standardabweichung		Signifikanz
	LOD	IM	LOD	IM	
Karriere	3,923	3,802	1,677	1,844	p= ,654
Jungen und Puppen *	2,218	4,735	1,579	1,614	p< ,001**
Arbeit – Haushalt	4,293	4,721	1,720	1,720	p= ,010**
Stark – schwach	4,034	4,515	1,790	1,803	p=,009**
Gute Figur behalten	3,504	3,805	1,755	1,786	p=,159
Weinen	3,798	4,042	1,764	1,914	p=,186
Schönheitsideal	4,248	4,305	1,559	1,791	p=,410
Kinderbetreuung	3,672	3,902	1,651	1,724	p=,225

Wie man an den hohen Standardabweichungen sieht, werden die Fragen dieses Faktors von den Schülern in beiden Stichproben jeweils sehr unterschiedlich beantwortet. Der insgesamt signifikante Unterschied dieses Faktors kommt vor allem durch die unterschiedliche Beantwortung der Fragen zustande, ob Jungen auch mit Puppen spielen sollen und ob Männer das starke Geschlecht und für den Beruf zuständig sind und Frauen das schwache Geschlecht und für den Haushalt zuständig. Die Schüler des Projekts „Lebensglück ohne Drogen“ beantworten diese Fragen signifikant mehr in Richtung traditionelle Rollenverteilung.
(vgl. Tabelle 37)

Faktor Zufriedenheit mit sich selbst

Dieser Faktor beinhaltet drei Fragen. Zufriedenheit mit sich selbst wird in Bezug sowohl auf Aussehen als auch auf Persönlichkeit verstanden.

- 7. Ich fühle mich in meinem Körper wohl.*
- 8. Mit meinem Aussehen bin ich zufrieden.*
- 9. Ich glaube, dass ich eine Reihe guter Eigenschaften habe.*

Tabelle 38: Unterschiede bezüglich der Fragen des Faktors Zufriedenheit mit sich selbst

Unterschiede in den Stichproben bezüglich der Fragen des Faktors Zufriedenheit mit sich selbst					
Faktor	Mittelwert		Standardabweichung		Signifikanz
	LOD	IM	LOD	IM	
Körper *	4,99	2,35	1,171	1,670	p< ,001**
Aussehen *	4,82	2,65	1,067	1,619	p< ,001**
Eigenschaften *	5,02	1,99	1,038	1,227	p< ,001**

Anhand der extrem großen Mittelwertsunterschiede lässt sich leicht erkennen, dass die Schüler des Projekts „Lebensglück ohne Drogen“ über signifikant höhere Zufriedenheit mit sich selbst verfügen als die Schüler des Projekts „in Motion“.
(vgl. Tabelle 38)

Faktor Körperbewusstheit

Der Faktor Körperbewusstsein wird hier synonym mit Gesundheitsbewusstsein verwendet und besteht aus zwei Fragen.

3. Ich lebe gesundheitsbewusst.*
4. Hauptsache, ich habe jetzt Spaß; ob ich dadurch später gesundheitliche Probleme habe, ist mir momentan nicht wichtig.

Tabelle 39: Unterschied bezüglich der Fragen des Faktors Körperbewusstsein

Unterschiede in den Stichproben bezüglich der Fragen des Faktors Körperbewusstheit					
Faktor	Mittelwert		Standardabweichung		Signifikanz
	LOD	IM	LOD	IM	
gesundheitsbewusst	4,04	2,61	1,453	1,315	p< ,001**
Spaß *	3,95	4,02	1,674	1,680	p=,696

Die Schüler des Projekts „Lebensglück ohne Drogen“ zeigen sich signifikant gesundheitsbewusster. Bei der Beantwortung der Frage nach Spaß im Leben haben (auch auf die Gefahr späterer Gesundheitsprobleme hin) gibt es keine Unterschiede in den beiden Stichproben.
(vgl. Tabelle 39)

3.1.7. Regressionen

Tabelle 40: Welche Indikatoren beeinflussen den Nikotinkonsum HTL Schülern?

Prädiktoren für Nikotinkonsum LOD				
Prädiktor	Regress.koeff.	Exponent B	df	Signifikanz
Alkoholkonsum	2,618	8,743	1	p < 0,001
Drogenkonsum	1,676	5,344	1	p = 0,032
Traditionalismus	0,865	2,354	1	p = 0,023
Konkurrenzdenken	0,717	2,047	1	p = 0,036

Tabelle 41: Welche Indikatoren beeinflussen den Nikotinkonsum von Hauptschülern?

Prädiktoren für Nikotinkonsum IM				
Prädiktor	Regress.koeff.	Exponent B	df	Signifikanz
Alkoholkonsum	2,211	9,127	1	p < 0,001
Rauchen Vater	1,678	5,353	1	p = 0,001
Körperbewusstsein	-0,728	0,483	1	p = 0,004

In beiden Stichproben ist im gleichen Ausmaß der Alkoholkonsum der Schüler als Hauptprädiktor für ihren Nikotinkonsum zu sehen. Während für das Projekt „Lebensglück ohne Drogen“ als weitere Prädiktoren der Drogenkonsum, Traditionalismus und Konkurrenzdenken zu sehen sind, zeigen sich im Projekt „in Motion“ das Rauchen des Vaters und geringes Körperbewusstsein als ausschlaggebend für den Nikotinkonsum der Jugendlichen.

(vgl. Tabelle 40 u. 41)

Tabelle 42: Welche Indikatoren beeinflussen den Alkoholkonsum von HTL Schülern?

Prädiktoren für Alkoholkonsum LOD				
Prädiktor	Regress.koeff.	Exponent B	df	Signifikanz
Rauchen	1,617	5,039	1	p = 0,001
Alkohol Vater	1,008	2,741	1	p = 0,038
Körperbewusstsein	-,683	,505	1	p = 0,004

Tabelle 43: Welche Indikatoren beeinflussen den Alkoholkonsum von Hauptschülern?

Prädiktoren für Alkoholkonsum IM				
Prädiktor	Regress.koeff.	Exponent B	df	Signifikanz
Drogenkonsum	3,301	27,153	1	p = 0,009
Rauchen	2,174	8,794	1	p < 0,001
Alkohol Mutter	1,398	4,047	1	p = 0,015
Rauchen Vater	-1,195	,303	1	p = 0,032
Schulbildung Vater	-,639	,528	1	p = 0,013
Schulbildung Mutter	,475	1,608	1	p = 0,034
Zufriedenheit	,570	,768	1	p = 0,009

Für den Alkoholkonsum der Schüler zeigt sich in beiden Stichproben als Prädiktor der Nikotinkonsum der Schüler. Im Gegensatz zum Projekt „Lebensglück ohne Drogen“ mit nur zwei weiteren Prädiktoren (Alkoholkonsum des Vaters und geringes Körperbewusstsein), wird der Alkoholkonsum der Kinder im Projekt „in Motion“ zusätzlich noch vom eigenen Drogenkonsum, Alkoholkonsum der Mutter, Rauchverhalten des Vaters, Schulbildung der Eltern und der Zufriedenheit mit sich selbst bestimmt.

(vgl. Tabelle 42 u. 43)

Tabelle 44: Welche Indikatoren beeinflussen den Konsum illegaler Drogen von HTL Schülern?

Prädiktoren für Drogenkonsum LOD				
Prädiktor	Regress.koeff.	Exponent B	df	Signifikanz
Alkoholkonsum der Mutter	2,777	16,073	1	p = 0,004
Sexismus	1,704	5,495	1	p = 0,005
Nikotinkonsum	1,680	5,368	1	p = 0,008
Prinzipienreiten	1,014	2,755	1	p = 0,045
Motivation der Lehrer	0,981	2,667	1	p = 0,019

Tabelle 45: Welche Indikatoren beeinflussen den Drogenkonsum von Hauptschülern?

Prädiktoren für Drogenkonsum IM				
Prädiktor	Regress.koeff.	Exponent B	df	Signifikanz
Alkoholkonsum	3,040	20,912	1	p = 0,007
Zufriedenheit	,776	2,174	1	p = 0,040

Ein umgekehrtes Bild zeigt sich beim Drogenkonsum der Schüler. Hier gibt es im Projekt „Lebensglück ohne Drogen“ wesentlich mehr Prädiktoren als im Projekt „in Motion“. Für das Projekt „in Motion“ ist vor allem der Alkoholkonsum der Kinder ausschlaggebend für deren Drogenkonsum, in geringerem Ausmaß auch ihre Zufriedenheit mit sich selbst. Im Projekt „Lebensglück ohne Drogen“ ist der ausschlaggebende Prädiktor der Alkoholkonsum der Mutter, weitere Prädiktoren sind Sexismus, Nikotinkonsum, Prinzipienreiten und Motivation der Lehrer. Es gibt keine Prädiktoren, die in beiden Projekten den Drogenkonsum der Schüler vorhersagen. (vgl. Tabelle 44 u. 45)

3.2. Resümee

Im Folgenden soll nun die zweite Forschungsfrage beantwortet werden. Diese ist eine Weiterführung der ersten, bereits im vorigen Kapitel beantworteten Forschungsfrage: Welche Indikatoren beeinflussen den Suchtmittelgebrauch von HTL Schülern?

Mit der zweiten Forschungsfrage, soll die Übertragbarkeit der im vorigen Kapitel erhobenen Indikatoren auf andere Schultypen untersucht werden.

Welche dieser Indikatoren sind auf andere Schultypen übertragbar?

Auch diese Forschungsfrage gliedert sich in drei Unterfragen, die in diesem Resümee beantwortet werden.

- **Welche Indikatoren lassen sich auf den Nikotinkonsum von Hauptschülern übertragen?**
- **Welche Indikatoren lassen sich auf den Alkoholkonsum von Hauptschülern übertragen?**
- **Welche Indikatoren lassen sich auf den Konsum illegaler Drogen von Hauptschülern übertragen?**

Bezüglich des Konsums der verschiedenen Substanzen zeigen sich trotz des Altersunterschiedes wenige Differenzen in den beiden Stichproben. Obwohl die Schüler der Hauptschulen in Linz im Durchschnitt 13-14 Jahre sind, geben etwa ein Drittel der Schüler an, gelegentlich oder regelmäßig zu rauchen. In der HTL, in der die befragten Schüler 15-16 Jahre alt sind, greifen dagegen nur ein Viertel zu Nikotin. Auch mit Alkohol haben die Hälfte der Schüler des „in Motion“ Projekts schon Erfahrungen, bei den Schülern des „Lebensglück ohne Drogen“ Projekts sind es mit 60% nicht wesentlich mehr.

Einen deutlichen Unterschied sieht man allerdings im Drogenkonsum. Hier geben etwas mehr als ein Viertel der HTL Schüler an, schon Drogen konsumiert zu haben, bei den Hauptschülern sind es nur 10%, aber auch das scheint eine relativ hohe Zahl

für Kinder dieses Alters zu sein. Die am häufigsten konsumierte Substanz ist bei beiden Stichproben Cannabis.

Es zeigt sich, dass die Eltern der Schüler des „Lebensglück ohne Drogen“ Projekts einen deutlich höheren Bildungsstand aufweisen als diejenigen des „in Motion“ Projekts. So weisen deutlich mehr Mütter und Väter Matura oder Universitätsabschluss vor. In beiden Stichproben kann allerdings jeweils ein beträchtlicher Teil der Kinder den Bildungsstand ihrer Eltern nicht angeben, im „in Motion“ Projekt sind dies sogar fast ein Drittel der Kinder. Im Projekt „Lebensglück ohne Drogen“ steht das „Nicht Wissen“ über den Bildungsstand der Eltern in deutlichem Zusammenhang mit regelmäßigen Alkohol- und Nikotinkonsum der Eltern. Im Projekt „in Motion“ zeigt sich dieser Zusammenhang nicht so deutlich. Obwohl sich zeigt, dass Eltern des Projekts „Lebensglück ohne Drogen“ weniger zu Alkohol und Nikotin greifen, zeigen sich diese Unterschiede statistisch nicht signifikant.

Der Alkohol- und Nikotinkonsum der Kinder hängt deutlich mit dem ihrer Eltern zusammen. Nichttrinken und Nichtrauchen der Eltern scheint ein wirksamer Schutzfaktor für die Kinder in beiden Projekten zu sein. Überzufällig viele Kinder, deren Eltern beide weder rauchen noch trinken, nehmen ebenfalls weder Nikotin, Alkohol oder Drogen zu sich. Modellnachahmung und Vorbildwirkung dürften hier eine große positive Rolle spielen, denn umgekehrt zeigt sich nicht in dieser deutlichen Ausprägung, dass Kinder, deren Eltern regelmäßig zu Alkohol greifen, selber auch überzufällig viel Alkoholkonsum aufweisen. Möglicherweise hat übermäßiger Alkoholgebrauch der Eltern auf die Kinder auch eine abschreckende Wirkung.

In beiden Stichproben stehen Alkohol- und Nikotinkonsum der Schüler in engem Zusammenhang. Schüler, die rauchen, neigen auch zu Alkoholkonsum und umgekehrt. Im Projekt „in Motion“ zeigt sich außerdem auch ein enger Zusammenhang von Drogengebrauch und Alkoholkonsum.

Bezüglich der Zustimmung oder Ablehnung zu den Aussagen des Fragebogens zeigen sich deutliche Unterschiede in den beiden Stichproben. Die älteren Schüler des Projekts „Lebensglück ohne Drogen“ zeigen signifikant mehr soziale und fachliche Kompetenz, besseres Gesundheitsbewusstsein, mehr Offenheit im Umgang mit anderen und besseres Durchsetzungsvermögen. Auch haben sie eine positivere

Einstellung zu ihren Lehrern, beschreiben diese motivierter und auch der Zusammenhalt in der Klasse und das Klassenklima werden positiver empfunden. Sie haben weniger Scheu, sich verbal mit anderen auseinanderzusetzen und ihre Meinung zu äußern. Dies könnte sowohl mit dem Alter der Schüler, aber auch mit den verschiedenen Schultypen (HTL versus Hauptschulen) zusammenhängen. Allerdings muss auch auf die Aussage der Autoren der Studie „in Motion“ hingewiesen werden, dass die Kinder in diesem Projekt teilweise über eine sehr mangelhafte Beherrschung der deutschen Sprache verfügen und die Fragen von ihnen deshalb eventuell auch nicht richtig verstanden wurden.

Auch die signifikant höhere Zufriedenheit der Schüler der HTL mit sich selber könnte altersbedingt sein. Allerdings ist anzunehmen, dass Schüler in höherer schulischer Ausbildung grundsätzlich über mehr Selbstbewusstsein verfügen.

Dies mag allerdings auch mit dem Alter der Schüler zu tun zu haben, da frühpubertäre Schwierigkeiten und Unsicherheiten eventuell teilweise schon wieder am Abklingen sind.

Die Schüler des Projekts „Lebensglück ohne Drogen“ zeigen sich auch signifikant gesundheitsbewusster als ihre Kollegen des Projekts „in Motion“. Allerdings geben die Kinder in beiden Stichproben gleichermaßen an, dass ihnen der Spaß im Leben wichtig ist, auch auf die Gefahr späterer Gesundheitsprobleme hin. Man kann hier annehmen, dass beide Alterskohorten, wie auch aus einschlägiger Literatur hervorgeht, sich noch wenig Gedanken über das spätere Leben und Altwerden machen.

Die deutlichere Neigung der HTL Schüler zu traditioneller Rollenverteilung zwischen den Geschlechtern mag daran liegen, dass die Stichprobe des Projekts „Lebensglück ohne Drogen“ zum Großteil aus Buben besteht.

Unsere Erfahrungen haben in uns das Problembewusstsein für das oftmals nicht ausgeschöpfte Potenzial der Suchtvorbeugung und die erheblichen methodischen Schwierigkeiten sinnvoller Evaluierung geweckt haben. So war es uns nur möglich einen so genauen Vergleich der beiden Stichproben durchzuführen, weil wir auf die Stammdaten, die uns netterweise von den Verfassern von „in Motion“ zur Verfügung gestellt wurden zurückgreifen konnten.

Die Vergleiche mit der Studie „in Motion“ gestalteten sich trotzdem schwierig, da die Daten trotz desselben Erhebungsinstrumentes schwierig zu interpretieren und daher zu vergleichen waren. So waren die Daten und deren Codierung trotz oftmaliger Rücksprache mit dem Verantwortlichen schwer nachvollziehbar. Um die Daten zum Vergleich heranziehen zu können, bedurfte es einer Datenbereinigung.

4. Wissenschaftlicher Ertrag

Im Zuge dieser Diplomarbeit und bei der Recherche nach vergleichbaren Studien zeigte sich, dass eine geringe Zahl von Suchtpräventionsprojekten wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Es gibt außerdem keine ausreichende Standardisierung der Auswertungsmethoden. Dies beginnt schon bei den vielen verschiedenen, sich in Verwendung befindlichen Fragebögen und zieht sich von der Durchführung der Projekte über die Fragestellungen bis zur Auswertung der Ergebnisse. Somit ist es fast unmöglich, Suchtpräventionsprojekte und ihre Ergebnisse miteinander zu vergleichen. In unserer Diplomarbeit äußerte sich dieses Problem beim Vergleich mit den Ergebnissen von der Studie „in Motion“, die immerhin auf demselben Fragebogen basiert, aber Unterschiede in der Durchführung und Auswertung aufweist. Es bedurfte des originalen SPSS-Datensatzes der Studie „in Motion“, der aufgrund der unterschiedlichen Codierung der Daten und die unterschiedliche Herangehensweise, an unsere Daten angepasst werden musste. Es war nicht möglich die veröffentlichten Ergebnisse der Studie mit den Ergebnissen des Projektes „Lebensglück ohne Drogen“ zu vergleichen, es bedurfte einer langwierigen statistischen Aufbereitung der Daten und einer gänzlich neuen Auswertung dieser bearbeiteten Daten auf Basis unserer Fragestellungen. Hierdurch offenbart sich die Notwendigkeit einer standardisierten Durchführung von Projekten dieser Art.

Anhand der Ergebnisse dieser Studie bestätigt sich, dass es Indikatoren für den Suchtmittelgebrauch von Jugendlichen gibt, die zumindest tendenziell auf ein erhöhtes Präventionsbedürfnis schließen lassen. Weitere Indikatoren herauszuarbeiten, sollte das Ziel nachfolgender Studien sein, da der hier zugrunde liegende Fragebogen, maßgebliche Einflüsse die auf Jugendliche einwirken, nicht erfasst hat. Nachträglich betrachtet fehlen, in diesem Fragebogen, Fragen zum Thema Freizeit und ihrer Gestaltung sowie außerschulischen Freunden, die ein wichtiger Bezugspunkt für Kinder und Jugendliche sind. Weiters wäre es interessant,

die Geschwisterfolge und Familienverhältnisse genau zu erheben, da nicht nur die Eltern im Zuge der Vorbildwirkung Einfluss haben könnten.

5. Ausblick

Wie schon erwähnt konnten wir kein international anerkanntes geschlechts- und altersspezifisches Instrument finden, welches die Wirksamkeit von Suchtprävention messen kann. Gäbe es so ein Instrument ließen sich Suchtpräventionsprogramme weit aus besser evaluieren und vergleichen. Dies würde die Weiterentwicklung der Prävention ungemein fördern, da Projekte, die keine Erfolge bringen, früher erkannt und somit die finanziellen Mittel, die für Prävention zur Verfügung stehen, effizienten Projekten zu Gute kommen würden.

Des Weiteren sollte Suchtprävention nicht ausschließlich im institutionellen Umfeld angeboten werden, sondern auch die Familien der Kinder und Jugendlichen einschließen. Schließlich ist es Aufgabe der Familie Werte wie Vertrauen, Selbstwert, Liebe, und Zufriedenheit zu vermitteln und den Kindern dabei zu helfen eine stabile und abhängigkeitsresistente Persönlichkeit zu entwickeln. Dafür sollte Eltern jede erdenkliche Hilfe geboten werden, niedrigschwellige Erziehungsberatung sowie bessere Informationen wo sie welche Unterstützung bekommen. Es wäre wichtig, den Eltern ihre große Vorbildwirkung auf den Umgang ihrer Kinder mit Suchtmittel bewusst zu machen. Suchtprävention sollte daher schon pränatal bei den Eltern ansetzen und z.B. gratis „Nichtraucherseminaren“ und Aufklärungsprojekte zum Thema Abhängigkeit für werdende Eltern anbieten.

Im schulischen Bereich stehen meist das Lernen und der damit verbundene Leistungsdruck im Vordergrund. Die Institution Schule kann nur versuchen kompensatorisch entgegenwirken, wenn aufgrund schlechter bzw. eingeschränkter Familiensituationen keine oder kaum Beziehungsarbeit in der Familie stattfindet. Suchtprävention sollte nicht nur projektartig stattfinden oder auf einzelne Lehrer abgewälzt werden, sondern als Teil des Erziehungsgeschehens in der Schule gesehen werden. Bessere Schulungen der Lehrer in Bezug auf Abhängigkeitsproblematik und die Ursachen von Abhängigkeit sind unumgänglich. Weiters gilt es den Blick der Lehrer für die Erkennung von gefährdeten Kindern und

Jugendlichen zu schärfen und so durch Früherkennung dieser Kinder den sonst oft unvermeidlichen Schulabbruch zu verhindern. Dass dies für die Lehrer ein erheblicher Mehraufwand ist, kann nicht bestritten werden. Anstrengende Schüler „los zu werden“, wir wollen es hier den „Schwarzes Schafeffekt“ nennen, ist in der jetzigen Schulsituation oft auch die einzige Möglichkeit für überlastete Lehrer ihre Unterrichtssituation zu verbessern. Da aber gerade die angeblichen schwarzen Schafe“ oftmals ein ungemeines Potential in sich tragen, gilt es den Lehrer zu helfen, sie als das zu sehen was sie sind. Nämlich intelligente, kreative, sensible junge Menschen mit Problemen, die ihrer Hilfe bedürfen.

In unserer Gesellschaft werden täglich Ängste und Versagensängste geschürt. Die Kinder dieser Zeit wachsen dadurch oftmals mit einem sie ständig begleitenden Gefühl von diffuser Angst auf. Dazu tragen die Medien einen nicht unerheblichen Teil bei, die mit ihrer negativen Berichterstattung die Eltern und somit auch die Kinder in einer permanenten Angstschleife gefangen halten. Weiters sind Kinder und Jugendliche oft einem enormen Leistungsdruck ausgesetzt und innere Werte wie Zufriedenheit, Glück, Liebe sind in unserer Gesellschaft nicht so anerkannt wie Erfolg, Geld und Konsum. Es bedarf eines gesamtgesellschaftlichen Umdenkens, den wir als die „einzig wahre Suchtprävention“ bezeichnen wollen. Eine angstfreie, von Wärme und Nähe geprägte Kindheit, in der Freiräume und ausgelassenes Spielen möglich sind. Das Problem sind nicht die Suchtmittel, wie uns die Medien gerne weismachen wollen. Suchtmittelmissbrauch ist vielmehr nur ein Indikator für viel tiefer liegende gesellschaftliche Fehlentwicklungen. Es geht also nicht um das Recht sich zu berauschen, das jedem Menschen zu steht, sondern um das Recht auf ein angstfreies, glückliches Leben, das Missbrauch und Abhängigkeit unnötig macht.

6. Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A.** (1979): Health, stress and coping. Jossey and Bass: San Francisco
- Aßhauer, M., Hanewinkel, R.** (2000): Prävention des Rauchens durch Förderung der Lebenskompetenzen. In: Leppin, A., Hurrelmann, K., Petermann H.(Hrsg.): Jugendliche und Alltagsdrogen. Konsum und Perspektiven der Prävention. Luchterhand: Berlin, S.114-140
- Bandura, A.** (1977): Social learning theorie. Prentice-Hall: Englewood Cliffs New York
- Batra, A., Buchkremer, G.** (Hrsg.) (2007): Alkoholabhängigkeit. Ein Leitfaden zur Gruppentherapie. Kohlhammer: Stuttgart
- Bauer, O.**(1926): Festrede anlässlich des zwanzigjährigen Bestehens des Arbeiter-Abstinenzbundes vom 17.01.1926. In: Idealismus und Nüchternheit, Wien 1926. Nachdruck in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 17. Jg. (1994), Nr. 3/4, S. unbekannt
- Biliza, K. W.** (Hrsg.) (2008): Psychotherapie der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Praxis. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen
- Breitenacher, M., Junge, B., Glaeske, G.** (1999): Jahrbuch Sucht 2000. Neuland: Geesthacht
- Brosch, R., Mader, R.** (Hrsg) (2004): Sucht – Problematik und Behandlung in Österreich. LexisNexis: Wien
- Bruckner, J., Zederbauer, S.** (2000): Vergleich und Analyse des Problems illegaler Drogen in Österreich unter ökonomischen Gesichtspunkten. Überblick über die Aufwendungen und Leistungen der Drogeneinrichtungen im Jahr 1997. Selbstverlag Fonds Gesundes Österreich: Linz
([www.praevention.at/upload/documentbox/Analyse illegaleDrogen oekon.pdf](http://www.praevention.at/upload/documentbox/Analyse_illegaleDrogen_oekon.pdf))
Stand: 23.05.2009
- Bründel, H., Hurrelmann, K.** (1994): Gewalt macht Schule. Wie gehen wir mit aggressiven Kindern um. Droemer Knaur Verlag: München

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2005a): ESPAD Austria 2003.

Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 1, Forschungsbericht. Selbstverlag: Wien

(www.api.or.at/lbi) Stand 20.05.2009

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2005b): ESPAD Austria 2003.

Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 2, Frequenzauszählungen. Selbstverlag: Wien

(www.api.or.at/lbi) Stand 20.05.2009

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2005c): ESPAD Austria 2003.

Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 3, Kreuztabellen. Selbstverlag: Wien

(www.api.or.at/lbi) Stand 20.05.2009

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2005d): ESPAD Austria 2003.

Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 4, Fragebogen. Selbstverlag: Wien

(www.api.or.at/lbi) Stand 20.05.2009

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006a): Alkoholkonsum in

Österreich: Ergebnisse unterschiedlicher aktueller Quellen einschließlich der österreichweiten repräsentativen Bevölkerungsumfrage BMGF/LBISucht/market 2005. Selbstverlag: Wien

(www.api.or.at/lbi) Stand: 10.05.2009

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006b): Rauchverhalten in

Österreich: Ergebnisse unterschiedlicher aktueller Quellen einschließlich der österreichweiten repräsentativen Bevölkerungsumfrage BMGF/LBISucht/market 2005. Selbstverlag: Wien

(www.api.or.at/lbi) Stand: 10.05.2009

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006c): Illegaler Drogenkonsum

in Österreich: Ergebnisse unterschiedlicher aktueller Quellen einschließlich der österreichweiten repräsentativen Bevölkerungsumfrage BMGF/LBISucht/market 2005. Selbstverlag: Wien

(www.api.or.at/lbi) Stand: 10.05.2009

- Burian, W.** (2001): Psychoanalytische Überlegungen zur Sucht. – In: texte. psychoanalyse. ästhetik. kulturkritik , II (1), S. 75-85
(<http://sammelpunkt.philo.at:8080/1797>) Stand: 20.10.2009
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H.** (Hrsg.) (2000): Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber: Bern, 4. korrigierte und ergänzte Auflage
- Dvorschak, H., Lehner, R.** (2001): Begleitende Evaluation des suchtpreventiven Pilotprogramms „in motion“. Studie im Auftrag des Instituts für Suchtprävention. Selbstverlag: Linz
- Engel, U., Hurrelmann, K.** (1998): Was Jugendliche wagen. Eine Längsschnittstudie über Drogenkonsum, Streßreaktion und Delinquenz im Jugendalter. Juventa: Weinheim, 3. Auflage
- Eisenbach-Stangl, I.** (2002): Die zweigeschlechtlichkeit des Konsums psychoaktiver Substanzen. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 25, Nr. 1/2, S.33-40
- Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S., Mader, R.** (Hrsg.) (2005): Männer Frauen Sucht. Facultas: Wien
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht** (2005): Jahresbericht 2005. Stand der Drogenproblematik in Europa. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften: Luxemburg
- Fellöcker, K., Franke, S.** (2000): Suchtvorbeugung in Österreich. Springer: Wien
- Fellöcker, K., Franke, S.** (2008): Skriptum Suchtprävention. Hochschullehrgang Suchtberatung und Prävention. Selbstverlag: St. Pölten
- Feuerlein, W.** (2008): Alkoholismus. Warnsignale-Vorbeugung-Therapie. C.H. Beck: München, 6. aktualisierte Auflage
- Fischer, U.C.** (2003): Natur-Bewegung-Kreativität – eine erlebnispädagogische Maßnahme zur Suchtprävention. In: Suchttherapie, 4 Jg., Nr. 4, S. 203-206
- Fonds Gesundes Österreich** (2006): Jugend und Alkohol. Selbstverlag: Wien
(www.fgoe.org/presse-publikationen/pressemeldung/drei-viertel-der-jugendlichen-greifen-zur-falsche) Stand: 26.05.2009
- Franzkowiak, P., Schlömer, H.** (2003): Entwicklung der Suchtprävention in Deutschland. Konzepte und Praxis. In: Suchttherapie, 4. Jg., Nr. 4, S. 175-182

- Freitag, M., Hurrelmann K.** (1999): Illegale Alltagsdrogen. Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter. Juventa: Weinheim und München
- Gebicke-Härter, P., Spanagel, R.** (2004): Plenarvortrag. Suchtentstehung aus gentisch- biologischer Sicht. In: Suchtmed, Nr. 6/2, S.131
(www.ecomed-medizin.de/sj/sfp/Pdf/ald/6728) Stand: 25.05.2009
- Gemeinhardt, B.** (2006): Die Funktionalität der Alkoholabhängigkeit auf dem Hintergrund mehrgenerationaler familiärer Muster. In: Suchttherapie, 7 Jg., Nr. 2, S.45-51
- Gerhard, H.** (2003): Zwischen Lifestyle und Sucht. Drogengebrauch und Identitätsentwicklung in der Spätmoderne. Psychosozial-Verlag: Gießen
- Gesundheit Österreich GmbH - Geschäftsbereich ÖBIG** (Hrsg.) (2006): Bericht zur Drogensituation 2006. Selbstverlag ÖBIG: Wien
- Gesundheit Österreich GmbH - Geschäftsbereich ÖBIG** (Hrsg.) (2007): Bericht zur Drogensituation 2007. Selbstverlag ÖBIG: Wien
- Goddenthon, D.W. von** (Hrsg.) (1988): Alles fängt so harmlos an. Kursbuch zur Suchtprävention und erfolgreichen Behandlung Abhängiger. Herder: Freiburg
- Gruber, C., Uhl, A., Springer, A., u.a.** (2003): Miteinander leben. Regional vernetzte Suchtprävention nach dem Gesundheitsförderungs – Ansatz. Externe Begleitforschung zum Projekt des Instituts für Suchtprävention Wien. Forschungsbericht. LBI Sucht: Wien
- Hafen, M.** (1995): Suchtprävention – der lange Weg von der Symptom- zur Ursachenbekämpfung. In: Fachzeitschrift Soziale Arbeit, Nr. 19, S. 3-9
- Hanewinkel, R., Wiborg, G.** (2003): Effektivität verhaltenspräventiver Interventionen zur Suchtvorbeugung. In: Suchttherapie, 4. Jg., Nr. 4, S. 183-191
- Harakeh, Z., Scholte, R., de Vries, H., u.a.** (2005): Parental rules and communication. Their association with adolescent smoking. In: Addiction, Vol.100(6), S.862-870
- Hesse, S.** (1993): Suchtprävention in der Schule. Evaluation der Tabak- und Alkoholprävention. Leske + Budrich: Opladen
- Kahr, C.** (2000): Peer-group-education in der Suchtvorbeugung – Partizipation oder Manipulation?. In: Fellöcker, K., Franke, S. (Hrsg.): Suchtvorbeugung in Österreich. Springer: Wien, S. 141- 155

- Kapusta, N.D.** (2005): Epidemiology of substance use in a representative sample of 18-year-old males. In: Alcohol & Alcoholism, Vol.41, Nr. 2/2006, S. 188-192
- Kolip, P.** (Hrsg) (1999): Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter. Juventa: Wertheim
- Kuntz, H.** (2000): Der rote Faden in der Sucht. Neue Ansätze in Theorie und Praxis. Beltz Verlag: Weinheim und Basel
- Kunz, H.** (2007): Drogen & Sucht. Alles, was Sie wissen müssen. Beltz Verlag: Weinheim und Basel
- Künzel-Böhmer, J., Bühringer, G., Janik-Konecny, T.** (1993): Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 20. Nomos Verlag: Baden-Baden
- Leppin, A., Hurrelmann, K., Petermann, H.** (Hrsg.) (2000): Jugendliche und Alltagsdrogen. Konsum und Perspektiven der Prävention. Luchterhand: Berlin
- Lesch, O.M., Walter, H.** (2009): Alkohol und Tabak. Medizinische und Soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit. Springer: Wien
- Lesch, O.M.** (2007): Raucherentwöhnung. Tipps zur Prävention und Therapie in der Praxis. UNI-MED Verlag: Bremen
- Maag Merki, K.** (2006): Risikosubstanzenkonsum und somatische Beschwerden. Ergebnisse einer Längsschnittstudie bei Schülerinnen und Schülern der gymnasialen Oberstufe. In: Zeitschrift für Pädagogik, Nr. 6, S. 855 - 874
- Miller, A.** (1983): Am Anfang war Erziehung. Suhrkamp Verlag: Frankfurt am Main
- Mittag, W., Jerusalem, M.** (2000): Prävention von Alkohol- und Medikamentenkonsum in der Schule. In: Leppin, A., Hurrelmann, K., Petermann, H (Hrsg.): Jugendliche und Alltagsdrogen. Konsum und Perspektiven der Prävention. Luchterhand: Berlin, S. 162-194
- Mitterbauer, E., Sokopp, M.** (2000): Suchtprävention in der Schule. In: Fellöcker, K., Franke, S.: Suchtvorbeugung in Österreich. Springer: Wien, S. 125-139
- Möller, C.** (Hrsg.) (2005): Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen

- Neumüller, A.** (1993): Bericht über Maßnahmen zur Drogenprävention an Österreichs Schulen vom 16.11. BMUK: Wien
- Nitzgen, D.** (2008): Psychoanalytische und psychiatrische Perspektiven einer Klassifikation der Suchterkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Frage der Komorbidität. In: Bilitza, K. W. (Hrsg.): Psychotherapie der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Praxis. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen, S. 31-50
- Noack, P.** (1990): Jugendentwicklung im Kontext. Zum aktiven Umgang mit sozialen Entwicklungsaufgaben in der Freizeit. Psychologie Verlags Union: München
- Oerter, R., Dreher, E.** (1998): Jugendalter. In: Oerter, R., Montada L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Psychologie Verlags Union: Weinheim, 4. korrigierte Auflage, S. 310 – 395
- Oerter, R., Montada, L.** (Hrsg.) (1998): Entwicklungspsychologie. Psychologie Verlags Union: Weinheim, 4. korrigierte Auflage
- Österreichisches Gesundheitsinstitut für Gesundheitswesen** (2001): Drogenspezifische Problemlagen und Präventionsbedürfnisse bei Jugendlichen. Selbstverlag ÖBIG: Wien
- Österreichisches Gesundheitsinstitut für Gesundheitswesen** (Hrsg.) (2005): Bericht zur Drogensituation 2005. Selbstverlag ÖBIG: Wien
- Quensel, S.** (2004): Das Elend der Suchtprävention. Analyse – Kritik – Alternative. VS-Verlag: Wiesbaden
- Reitbauer, A.** (2004): Basiswissen Sucht und Suchtprävention. Selbstverlag Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung: St. Pölten
- Rekus, J.** (Hrsg) (1998): Grundfragen des Unterrichts. Bildung und Erziehung in der Schule der Zukunft. Juventa Verlag: Weinheim, München
- Saß, H., Wittchen, H-U., Zaudig, M. u.a.** (1998) : Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM IV. Hogrefe, Verlag für Psychologie: Göttingen; Bern; Toronto; Seattle
- Scheerer, S., Vogt I.** (Hrsg) (1989): Drogen und Drogenpolitik. Campus: Frankfurt
- Schmidt, B.** (2001): Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen. Sekundärpräventive Ansätze in der geschlechtsbezogenen Drogenarbeit. Juventa: Weinheim und München

- Schneider, U.** (2005): Cannabisabhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In: Möller, C. (Hrsg.): Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen, S. 186-207
- Schülerzeitung** (2005): „Lebensglück ohne Drogen“. Themenbearbeitung durch die Schülerarbeitsgruppen der 2. Jahrgänge 2005 der Camollo Sitte Lehranstalt. Selbstverlag: Wien.
- Seyer, S.** (2003): Kompilation. Elternbildung und Suchtprävention. Selbstverlag Institut für Suchtprävention: Linz
(www.praevention.at/upload/documentbox/Suchtpraevention_und_Elternbildung.pdf) Stand: 28.05.2009
- Seyer, S.** (2004): Politik – Drogen – Polemik – Wissen. Auf dem Weg zu einer wissensbasierten Sucht- und Drogenpolitik. In: Kontraste. Presse- und Informationsdienst für Sozialpolitik, Nr.5 Mai/Juni, S. unbekannt
(www.praevention.at/upload/documentbox/DM_Wissen_Politik.pdf)
Stand: 25.05.2009
- Seyer, S., Gschwandtner, F., Paulik, R., u.a.** (2005): Vom Gebrauch der Drogen. Drogenmonitoring zu illegalen Drogen, Alkohol und Nikotin in Oberösterreich. Selbstverlag Institut für Suchtprävention: Linz
- Shedler, J., Block, J.** (1990): Adolescent drug use and psychological health. A longitudinal inquiry. In: American Psychologist, May Vol 45(5), S.612-630
- Silbereisen, R.K.** (1998): Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol- und Drogengebrauch. In: Oerter, R., Montada, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Psychologie Verlags Union: Weinheim, 4. korrigierte Auflage, S. 1056-1068
- Sonnenmoser, M.** (2003): Psychoanalyse bei Suchtpatienten. Rechtzeitig entgegensteuern. In: Deutsches Ärzteblatt für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Nr. 12, Jg. 2, Dezember 2003, S. 561-562
- Spiel, O.** (2005): Am Schaltbrett der Erziehung. Empirie Verlag: Wien, 3. unveränderte Auflage von 1947, mit einem Vorwort von Wilfried Datler und Johannes Gstach

- Statistik Austria** (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.
Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Selbstverlag
Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend: Wien
(www.statistik.at) Stand: 23.05.2009
- Tanner, J.** (1993): Von Genuss- und Heilmitteln zu „Rauschgiften“. – In: Sozialarbeit,
Nr. 1, S. 3-9
- Torelli, M.** (2004): Suchtmittelabhängige in der ambulanten psychotherapeutisch-
psychoanalytischen Praxis. In: Psycho-Therapie. in Psychiatrie,
Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, Jg.9, Heft 1,
S.124-134
- Türk, D., Bühringer, G.** (1999): Psychische und soziale Ursachen der Sucht. In: Der
Internist, 40/6, S.583-589
- Uhl, A.** (2002): Medien und Suchtprophylaxe. In: Medienimpulse, Nr. 41, September
02, S. 61 – 72 (www.api.or.at/lbi/download.htm) Stand: 20.05.2008
- Uhl, A.** (2003): Wie viel Freiheit braucht Suchtprävention – wie viel Zwang verträgt
sie.- Tagungsband zur Tagung „Frühintervention – am Bsp. des
Bundesmodellprojektes FreD“ (www.api.or.at/lbi/pdf/artikel_potsdam.pdf)
Stand:28.05.2009
- Uhl, A., Bachmayer, S., Kobra, U. u.a.** (2009): Handbuch Alkohol – Österreich:
Zahlen, Daten, Fakten Trends 2009. Dritte überarbeitete und ergänzte
Auflage. Selbstverlag BMGFJ: Wien
- Uhl, A., Gruber, C.** (2004): Suchtprävention. In: Brosch, R., Mader, R. (Hrsg): Sucht
– Problematik und Behandlung in Österreich. LexisNexis: Wien
- Uhl, A., Kopf, N., Springer, A. u.a.** (2001): Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen,
Daten, Fakten, Trends 2001. Zweite überarbeitete und ergänzte Auflage.
Selbstverlag Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen:
Wien
- Uhl, A., Springer, A.** (2000): Leitbild der österreichischen Fachstellen für
Suchtprävention. In: Fellöcker, K., Franke, S.:Suchtvorbeugung in Österreich.
Springer: Wien, S.65-83

- Uhl, A., Springer, A.** (2002): Professionelle Suchtprävention in Österreich:
Leitbildentwicklung der Österreichischen Fachstellen für Suchtprävention.
Selbstverlag Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen:
Wien (www.api.or.at/lbi/download.htm) Stand: 20.05.2008
- Van Treeck, B.** (2004): Drogen- und Suchtlexikon. Überarbeitete und erweiterte
Neuausgabe. Schwarzkopf & Schwarzkopf Verlag GmbH: Berlin
- Waibel, E.** (1994): Von der Suchtprävention zur Gesundheitsförderung in der Schule.
Der lange Weg der kleinen Schritte. Peter Lang: Frankfurt, 3. Auflage
- WHO** (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung
(www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German)
Stand: 27.05.2009
- Wiener Drogenkonzept** (1999):
(www.dialog-on.at/db_downloads/vienna_strategy_de.pdf) Stand: 25.05.2009

7. Anhang

7.1. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Trias-Konzept nach Kielholz und Ladewig (1973).....	36
Abbildung 2: "vier-M" Konzept	37
Abbildung 3: Trichtermodell Lesch (1993)	38
Abbildung 4: Sonderbriefmarke (1973):“ Halt, Rauschgift ist Selbstmord“	54
Abbildung 5: Geschlechtsverteilung.....	83
Abbildung 6: Alter der Schüler	84
Abbildung 7: Schulbildung des Vaters	85
Abbildung 8: Schulbildung der Mutter	85
Abbildung 9: Alkoholkonsum des Vaters	86
Abbildung 10: Alkoholkonsum der Mutter	87
Abbildung 11: Rauchverhalten des Vaters.....	87
Abbildung 12: Rauchverhalten der Mutter	88
Abbildung 13: Drogenerfahrung der Schüler.....	89
Abbildung 14: Konsumierte Drogen der Schüler.....	89
Abbildung 15: Alkoholkonsum der Schüler	90
Abbildung 16: Konsumiert Getränke der Schüler.....	91
Abbildung 17: Rauchverhalten der Schüler.....	91
Abbildung 18: Geschlechtsverteilung IM.....	133
Abbildung 19: Alter der Schüler IM	134
Abbildung 20: Schulbildung Vater IM.....	134
Abbildung 21: Schulbildung Mutter IM	135
Abbildung 22: Alkoholkonsum des Vaters IM.....	136
Abbildung 23: Alkoholkonsum Mutter IM	136
Abbildung 24: Rauchverhalten des Vaters IM.....	137
Abbildung 25: Rauchverhalten der Mutter IM.....	138

Abbildung 26: Drogenkonsum der Schüler IM.....	139
Abbildung 27: Alkoholkonsum der Schüler IM.....	140
Abbildung 28: Nikotinkonsum der Schüler IM	141

7.2. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rauchverhalten des Vaters und Harmonie in der Familie	99
Tabelle 2: Rauchverhalten des Vaters und Entscheidungsbefugnis der Kinder.....	100
Tabelle 3: Alkoholkonsum des Vaters und Selbstständigkeit der Kinder	101
Tabelle 4: Alkoholkonsum des Vaters und Harmonie in der Familie	102
Tabelle 5: Zusammenhang Rauchverhalten des Vaters und Tabakkonsum der Kinder	103
Tabelle 6: Zusammenhang Rauchverhalten des Vater und Drogenkonsum der Kinder	104
Tabelle 7: Zusammenhang Alkoholkonsum des Vaters und Drogenkonsum der Kinder	105
Tabelle 8: Zusammenhang Rauchverhalten und Alkoholkonsum des Vaters	106
Tabelle 9: Rauchverhalten des Vaters und Schulbildung des Vaters	107
Tabelle 10: Rauchverhalten des Vaters und Schulbildung der Mutter	108
Tabelle 11: Schulbildung des Vaters und Schulbildung der Mutter	109
Tabelle 12: Alkoholkonsum der Mutter und Schulbildung der Mutter.....	110
Tabelle 13: Alkoholkonsum der Mutter und Schulbildung des Vaters.....	111
Tabelle 14: Zusammenhang des Alkoholkonsums der Mutter und des Vaters	112
Tabelle 15: Alkoholkonsum der Mutter und Drogenkonsum der Kinder.....	113
Tabelle 16: Alkoholkonsum der Kinder und Rauchverhalten des Vaters	114
Tabelle 17: Alkoholkonsum der Kinder und Alkoholkonsum der Väter	115
Tabelle 18: Geschlechtsbezogene Unterschiede bezüglich der einzelnen Faktoren	116
Tabelle 19: Mittelwertsunterschiede Drogen - keine Drogen	117
Tabelle 20: Mittelwertsunterschiede Alkohol - kein Alkohol	118
Tabelle 21: Mittelwertsunterschied Nikotin kein Nikotin	119
Tabelle 22: Welche Indikatoren beeinflussen den Nikotinkonsum von HTL Schülern?	121
Tabelle 23: Welche Indikatoren beeinflussen den Alkoholkonsum von HTL Schülern?	122

Tabelle 24: Welche Indikatoren beeinflussen den Konsum illegaler Drogen von HTL Schülern?.....	123
Tabelle 25: Zusammenhang Rauchverhalten des Vaters und Tabakkonsum der Kinder	142
Tabelle 26: Schulbildung des Vaters und Schulbildung der Mutter	142
Tabelle 27: Zusammenhang des Alkoholkonsums der Mutter und des Vaters	143
Tabelle 28: Alkoholkonsum der Kinder und Alkoholkonsum der Väter.....	144
Tabelle 29: Unterschiede in den Stichproben bezüglich der einzelnen Faktoren....	145
Tabelle 30: Unterschied bezüglich der Fragen des Faktors Kompetenz.....	147
Tabelle 31: Unterschiede bezüglich der Fragen des Faktors Durchsetzungskraft ...	149
Tabelle 32: Unterschiede bezüglich der Fragen des Faktors Prinzipienreien	150
Tabelle 33: Unterschiede bezüglich der Fragen des Faktors Offenheit	151
Tabelle 34: Unterschiede bezüglich der Fragen des Faktors Zusammenhalt in der Klasse	152
Tabelle 35: Unterschiede bezüglich der Fragen des Faktors Klassenklima	153
Tabelle 36: Unterschiede bezüglich der Fragen des Faktors Motivation der Lehrer	154
Tabelle 37: Unterschiede bezüglich der Fragen des Faktors Traditionalismus.....	155
Tabelle 38: Unterschiede bezüglich der Fragen des Faktors Zufriedenheit mit sich selbst	156
Tabelle 39: Unterschied bezüglich der Fragen des Faktors Körperbewusstsein.....	157
Tabelle 40: Welche Indikatoren beeinflussen den Nikotinkonsum HTL Schülern?	158
Tabelle 41: Welche Indikatoren beeinflussen den Nikotinkonsum von Hauptschülern?	158
Tabelle 42: Welche Indikatoren beeinflussen den Alkoholkonsum von HTL Schülern?	159
Tabelle 43: Welche Indikatoren beeinflussen den Alkoholkonsum von Hauptschülern?	159
Tabelle 44: Welche Indikatoren beeinflussen den Konsum illegaler Drogen von HTL Schülern?.....	160
Tabelle 45: Welche Indikatoren beeinflussen den Drogenkonsum von Hauptschülern?	160

7.3. Fragebögen

Schulprojekt Prof. Lesch



nach dem Projekt „in motion“ des Instituts für Suchtprävention

FRAGEBOGEN

In diesem Fragebogen geht es um Meinungen und Einstellungen zu verschiedenen Themen, mit denen sich junge Leute heute auseinandersetzen. Er ist schnell ausgefüllt und selbstverständlich anonym. Kreuze bitte jeweils die Deiner Meinung entsprechenden Kästchen an. Wir danken Dir bereits im Voraus für Deine Mitarbeit.

1. Inwieweit findest Du die nachfolgenden Aussagen zutreffend?

(1 = trifft voll zu ... 6 = trifft überhaupt nicht zu; kreuze bitte die entsprechende Ziffer an)

	Trifft voll zu				Trifft überhaupt nicht zu	
Wenn andere in Schwierigkeiten sind, kann ich denen meist helfen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich etwas noch nicht kann, dann übe ich mit Geduld und Ausdauer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn eine Sache kompliziert wird, gebe ich auf.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich eine Arbeit verrichte, kann ich mich immer gut darauf konzentrieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Für jedes Problem habe ich auch eine Lösung.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In Konfliktsituationen weiß ich mir meistens zu helfen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut damit zurechtkommen werde.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich mit einer neuen Sache konfrontiert werde, weiß ich, wie ich damit umgehe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Und inwieweit findest Du die nachfolgenden Aussagen zutreffend?

	Trifft voll zu				Trifft überhaupt nicht zu	
Ich beginne gerne Gespräche mit neuen Bekanntschaften.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich würde mich um einen Job lieber schriftlich als durch ein persönliches Gespräch bewerben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die meisten Leute können sich besser behaupten als ich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wegen meiner Schüchternheit fällt es mir manchmal schwer, Kontakte zum anderen Geschlecht zu knüpfen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wenn das Essen im Restaurant nicht meinen Erwartungen entspricht, beschwere ich mich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich achte darauf, die Gefühle anderer Leute nicht zu verletzen, auch dann, wenn ich selbst verletzt worden bin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn man mir in einem Geschäft mit viel Aufwand verschiedene Dinge zeigt, habe ich Schwierigkeiten, Nein zu sagen, auch wenn mir etwas nicht wirklich gefällt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich gebeten werde, etwas zu tun, möchte ich wissen warum.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt Situationen, in denen ich gerne eine gute Antwort bereit hätte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Um im Leben weiterzukommen, strenge ich mich genauso an wie die meisten anderen Leute.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ehrlich gesagt, werde ich von anderen oft ausgenützt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich weiß oft nicht, was ich mit gut aussehenden Personen des anderen Geschlechts reden soll.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Trifft voll zu				Trifft überhaupt nicht zu	
Ich telefoniere nicht gerne mit Ämtern und Behörden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist mir peinlich, gekaufte Dinge, die mir dann doch nicht gefallen, zurückzugeben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn mich eine von mir geschätzte und nahe stehende Person ärgert, unterdrücke ich dieses Gefühl eher als dass ich es zeige.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Manchmal vermeide ich es, Fragen zu stellen, um nicht dumm dazustehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bei Auseinandersetzungen fürchte ich manchmal, mich so aufzuregen, dass ich die Beherrschung verliere.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ein bekannter Redner vor Publikum etwas sagt, das ich als falsch empfinde, würde ich widersprechen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich verhandle mit Verkäufern nicht über die Preise.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich etwas Wichtiges geschafft habe, möchte ich andere Leute davon wissen lassen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin offen und ehrlich über meine Gefühle.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn jemand etwas Falsches oder Schlechtes über mich sagt, versuche ich, so bald wie möglich mit dieser Person darüber zu sprechen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe oft Schwierigkeiten, Nein zu sagen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich verstecke meine Gefühle lieber, als dass ich andere damit verärgere.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Über eine schlechte Bedienung im Restaurant würde ich mich beschweren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn mir jemand ein Kompliment macht, weiß ich manchmal nicht, wie ich es nehmen oder was ich sagen soll.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn sich in einem Kino zwei Leute neben mir etwas lauter unterhalten, würde ich sie ersuchen, ruhig zu sein oder sich woanders zu unterhalten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wenn sich in einer Schlange jemand vor mich drängt, gibt es Streit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich sage schnell meine Meinung.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt Situationen, in denen ich überhaupt nicht weiß, was ich sagen soll.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Wenn Du an Deine Lehrer denkst, inwieweit findest Du folgende Aussagen zutreffend?

	Trifft voll zu				Trifft überhaupt nicht zu	
Unsere Lehrer bemühen sich sehr, dass viele Schüler wirklich etwas lernen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bei uns nehmen die meisten Lehrer das Unterrichten nicht besonders ernst.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, dass viele unserer Lehrer sich wirklich freuen, wenn sie uns etwas beigebracht haben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, die meisten Lehrer würden uns helfen, wenn wir in Schwierigkeiten sind.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, die meisten unserer Lehrer haben Verständnis für unsere persönlichen Probleme.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die meisten unserer Lehrer kümmern sich höchstens um unsere Schulleistungen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die meisten Entscheidungen unserer Lehrer empfinde ich als klar und gerecht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Und was trifft auf Deine Klasse zu?

	Trifft voll zu				Trifft überhaupt nicht zu	
Wenn jemand aus der Klasse Hilfe braucht, helfen ihm die Mitschüler gerne.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ein Schüler einen Konflikt oder eine Auseinandersetzung mit einem Lehrer hat, wird er von den anderen Schülern unterstützt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In unserer Klasse ist keiner von der Klassengemeinschaft ausgeschlossen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In unserer Klasse ist jeder nur mit sich und den eigenen Problemen beschäftigt; für die Probleme der anderen hat kaum einer Interesse.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bei uns ist es selbstverständlich, dass die besseren Schüler schlechteren helfen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In unserer Klasse gibt es eine gute Klassengemeinschaft.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Freundschaften zwischen den Schülern sind bei uns nur oberflächlich, letzten Endes arbeitet jeder gegen jeden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn jemand einen Fehler macht oder eine schlechte Leistung bringt, freuen sich die anderen heimlich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Einige Mitschüler versuchen immer wieder, gut dazustehen, indem sie die anderen schlechtmachen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bei uns arbeiten die einzelnen Schüler eher gegeneinander als miteinander.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt bei uns häufig Streitereien zwischen den Schülern.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In unserer Klasse ist es schwierig, miteinander zu reden, weil keiner dem anderen zuhören will.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Zu folgenden Aussagen kann man unterschiedlicher Meinung sein. Wie stehst Du dazu?

	Stimme voll und ganz zu			Stimme überhaupt nicht zu		
Es ist für eine Frau wichtiger, den Ehemann bei seiner Karriere zu unterstützen, als selbst Karriere zu machen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist für eine Frau wichtiger, eine gute Figur zu haben und gut gekleidet zu sein, als für einen Mann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Auch Jungen sollten mit Puppen spielen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Mann ist für Beruf und Arbeit, die Frau für den Haushalt zuständig.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Mann ist das starke Geschlecht, die Frau ist das schwache Geschlecht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eine Frau sollte nicht zuviel essen, damit sie eine gute Figur behält.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist für eine Frau wichtig, genug Zeit vor dem Spiegel zu verbringen, damit sie ihr Aussehen pflegen kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist für einen Mann wichtiger, seine Gefühle zu kontrollieren, als für eine Frau.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist für einen Mann wichtiger, stark und unabhängig zu sein, als für eine Frau.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eine Frau darf in der Öffentlichkeit weinen, ein Mann nicht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eine Frau sollte sich bemühen, dem in der Werbung dargestellten Schönheitsideal zu entsprechen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Für die Kinderbetreuung ist in erster Linie die Frau zuständig.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich lebe gesundheitsbewusst.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich in meinem Körper wohl.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mit meinem Aussehen bin ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hauptsache, ich habe jetzt Spaß; ob ich dadurch später gesundheitliche Probleme habe, ist mir momentan nicht wichtig.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich glaube, dass ich eine Reihe guter Eigenschaften habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. Wie siehst Du die Situation innerhalb Deiner Familie derzeit? Kreuze bitte bei jeder Aussage das für Dich Zutreffende an:

	Trifft voll zu	Trifft überhaupt nicht zu
--	----------------	---------------------------

[illegible]

7. Rauchst Du derzeit?

μ nein

µ ja, gelegentlich, durchschnittlich Zigaretten am Tag

μ ja, regelmäßig, durchschnittlich Zigaretten am Tag

8. Konsumierst Du derzeit alkoholische Getränke?

μ nein

u selten, das heißt, vielleicht einmal im Monat

ca. einmal in der Woche

μ ca. 2-3 mal in der Woche

μ täglich oder fast täglich

durchschnittlich Halbe Bier pro Woche

durchschnittlich Achtel Wein pro Woche

Trinkst Du auch Höherprozentiges (Wodka, Whisky,
...):

ja μ		nein μ
------	--	--------

Welches alkoholische Getränk trinkst Du am häufigsten?

.....

.....

Wie viel davon trinkst Du pro Woche?

.....

9. Hast Du schon einmal Drogen probiert?

μ nein

μ ja, welche?

10. Rauchen Deine Eltern?

	Mein Vater	Meine Mutter
raucht nicht	μ	μ
raucht gelegentlich	μ	μ
raucht regelmäßig	μ	μ

11. Konsumieren Deine Eltern alkoholische Getränke?

	Mein Vater	Meine Mutter
Nie	μ	μ
gelegentlich	μ	μ
regelmäßig	μ	μ

12. Es gibt verschiedene Gründe, warum Jugendliche rauchen. Inwieweit findest Du die nachfolgenden Aussagen zutreffend?

Jugendliche rauchen,...	Trifft voll zu				Trifft überhaupt nicht zu	
weil es schwierige Situationen erleichtert	☐	☐	☐	☐	☐	☐
weil es über Unsicherheiten hinweghilft	☐	☐	☐	☐	☐	☐
weil es ein Gefühl von Freiheit gibt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
weil es einfach in ist	☐	☐	☐	☐	☐	☐
weil es im Freundeskreis üblich ist	☐	☐	☐	☐	☐	☐
weil man dadurch lockerer wird	☐	☐	☐	☐	☐	☐
weil man dann leichter Kontakte knüpfen kann	☐	☐	☐	☐	☐	☐
weil man dadurch erwachsener wirkt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
weil man dadurch schlanker wird bzw. bleibt	☐	☐	☐	☐	☐	☐

13. Es gibt verschiedene Gründe, warum Jugendliche Alkohol trinken. Inwieweit findest Du die nachfolgenden Aussagen zutreffend?

Jugendliche trinken Alkohol,...	Trifft voll zu				Trifft überhaupt nicht zu	
weil es schwierige Situationen erleichtert	☐	☐	☐	☐	☐	☐
weil es über Unsicherheiten hinweghilft	☐	☐	☐	☐	☐	☐
weil es ein Gefühl von Freiheit gibt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
weil es einfach in ist	☐	☐	☐	☐	☐	☐
weil es im Freundeskreis üblich ist	☐	☐	☐	☐	☐	☐
weil man dadurch lockerer wird	☐	☐	☐	☐	☐	☐
weil man dann leichter Kontakte knüpfen kann	☐	☐	☐	☐	☐	☐
weil man dadurch erwachsener wirkt	☐	☐	☐	☐	☐	☐

14. Welchen höchsten Schulabschluss haben Deine Eltern?

	Vater	Mutter
Pflichtschule	μ	μ
mittlere Schule, Lehre	μ	μ
Matura	μ	μ
Akademie, Universität	μ	μ
weiß nicht	μ	μ

15. Welche Schule besuchst Du?

☐ HS 11

☐ HS 14

☐ HS 17

☐ ÜHS der PADL

16. Geschlecht:

☐ männlich

☐ weiblich

17. Dein Alter:

..... Jahre

Vielen Dank für Deine Mitarbeit!

7.4. Zusammenfassung

7.4.1. Deutsche Zusammenfassung

Durch die heutigen Erkenntnisse zum Substanzenkonsum im Jugendalter, bei denen neben den illegalen Drogen besonders die legalen Drogen Alkohol und Nikotin eine wichtige Rolle spielen, ist Suchtprävention zu einem wichtigen Bestandteil in unserer Gesellschaft forciert. Doch es ist nicht nur der Konsum von psychotropen Substanzen der ein Risiko darstellt. In dem durchgeführten Suchtpräventionsprojekt „Lebensglück ohne Drogen“ an einer Wiener Schule werden neben diesem Konsumgewohnheiten auch Indikatoren ermittelt, die einen Substanzkonsum vorhersagen lassen. Diese Indikatoren werden nach einer Befragung mit Fragebögen mittels statistischer Verfahren herausgearbeitet. Dabei zeigt sich, dass sowohl die Familie, die Schule und auch soziale Faktoren einen Einfluss auf die Jugendlichen haben, der sich im Konsum widerspiegeln kann.

Man kann anhand der erhobenen Daten auch erkennen, dass Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsum der Schüler in starker Beziehung zueinander stehen. Auch ein Einfluss durch das Rauch- und Trinkverhalten der Eltern lässt sich erkennen. Ebenso wirken sich auch das Körperbewusstsein der einzelnen Schüler und die Verhaftung in Rollenbildern auf deren Substanzengebrauch aus.

In einem weiteren Schritt werden die Ergebnisse des Wiener Suchtpräventionsprojekts „Lebensglück ohne Drogen“ mit einem ähnlichen, auf denselben Fragebogen basierenden Projekt verglichen. Das Projekt „in Motion“ wurde in Linz, vom Institut für Suchtprävention durchgeführt.

Hierbei finden sich kaum Unterschiede bezüglich der konsumierten Substanzen, aber deutliche Abweichungen bei der Häufigkeit des Konsums von Nikotin und illegalen Drogen. Ebenso Auffällig ist der Unterschied im Bildungsstand der Eltern, wobei bei den Schülern, die dazu keine Angaben machen konnten ein regelmäßigerer Alkohol und Nikotinkonsum der Eltern auffällig ist. Auch im direkten Vergleich hängt der Alkohol- und Nikotinkonsum der Eltern mit dem der Kinder zusammen.

7.4.2. Englische Zusammenfassung

Due to the current scientific findings to substance use in adolescence, at which in addition to the illegal drugs especially the legal drugs alcohol and tobacco play an important role, pervention is forced to an important part in our society. But it is not only the consumption of psychotropic substances what concerns a risk. In the pervention project "happiness without drugs", that was realized in a school in Vienna, in addition to this consumption pattern, indicators also have been identified, which can predict substance use. These indicators are worked out after a survey using questionnaires whith statistical methods. It turns out that as welll as the family, school and social factors have an influence on the young people, who in consumption may reflect.

It is based on the collected data to recognize that nicotine, alcohol and drug use of students are in a strong relationship with each other. Also an influence of smoking and drinking behavior of parents can be seen. Similarly, the body awareness of each student and the arrest in role models influences their substance use.

In a further step, the results of the Vienna pervention project "happiness without drugs" will be compared with a similar projekt, which is based on the same questionnaire. The Project "in Motion" was realized in Linz, by the Institute for Drug Prevention.

Nevertheless, there are hardly any differences in the choise of a substances, but significant variations in the frequency of consumption of tobacco and illicit drugs. Equally striking is the difference in educational attainment of parents, while students who could not give an information about that, describe a regular alcohol and nicotine consupction of their parents. Even in direct comparison, it shows a connection between the alcohol and nicotine consumption of parents and the children.

LEBENS LAUF

MARION RATHLER

Geburtsdaten: 28. Dezember 1979 in Wien
Staatsbürgerschaft: Österreich
Wohnort: Karlsdorf 17
2431 Enzersdorf
Niederösterreich
Telefonnummer: 0660 46 26 949

Ausbildung:
1986 – 1990 Volksschule in Enzersdorf/F
1990 – 1994 Hauptschule in Schwadorf
1994 – 1999 Höhere Lehranstalt für
Tourismus in Neusiedl/See, Abschluss Matura
1999 ein Semester an der Veterinärmedizinischen
Universität Wien
2003 – 2009 Studium der Pädagogik, Universität Wien
Schwerpunkte: Psychoanalytische Pädagogik und
Heil- und Integrative Pädagogik

Praktiken:
Wissenschaftliches Praktikum: Konzeptionserstellung und Betreuung der Plattform
WEBCT zur Vorlesung: Zum Wandel der
Gesellschaft und ihrer Institutionen
Pädagogische Praktiken: beim Verein GIN in einer WG und im
Jugendzentrum der Stadtgemeinde Fischamend

Berufserfahrung:
2000 – 2001 Reisebürokauffrau bei der Restplatzbörse
2002 – 2003 Behindertenbetreuerin bei der Caritas im Wohnheim
2006 – 2008 Sozialarbeiterin im Jugendzentrum der
Stadtgemeinde Fischamend

Weiterbildungen/Seminare:
2002 Selbstbestimmung-Integration-Normalisierung
2005 NLP Einführungsseminar
2006 Gebärdensprachkurs beim ÖHTB
2007 Umarme deinen Tiger – Kreativer Umgang mit
Aggression und destruktivem Verhalten
2009 Fachmodul Business English
2009 Provokation und paradoxe Intervention gekonnt
einsetzen

LEBENS LAUF

TERESA PETER

Geburtsdaten: 11.Mai.1981 in Wien

Staatsbürgerschaft: Österreich

Wohnort: Waldgasse 10
2453 Sommerein
Niederösterreich

Telefonnummer: 0676-6629914

Ausbildung:
1987 – 1991 Volksschule in Sommerein
1991 – 2001 AHS in Bruck/Leitha
2002 – 2009 Studium der Pädagogik, Universität Wien
Schwerpunkte: Psychoanalytische Pädagogik und
Heil- und Integrative Pädagogik
2007 - dato Studium Suchtberatung und Prävention,
FH St. Pölten

Praktiken:
Wissenschaftliches Praktikum: Institutsbibliothek für Sonder- und Heilpädagogik,
Institut für Bildungswissenschaften
Pädagogische Praktiken: Heilpädagogisches Zentrum Rust

Berufserfahrung:
2001 – 2002 Requisiteurin am Theater bei Peter Stein's Faust
2002 – 2008 Integrativer Reitunterricht in Götzendorf
2009 – dato Integrativer Reitunterricht in Sommerein
2006 – dato Spiel- und Abenteuerpädagogin bei Freiraum

Weiterbildungen/Seminare:
2002 Übungsleiter Reiten
2003 Lehrwart für Behindertenreitsport
2005-2006 Heilpädagogisches Reiten/Voltigieren
2006 Gebärdensprachkurs beim ÖHTB