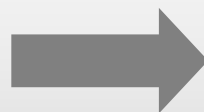


Warum scheitern Präventionsprojekte oder was kann man tun, um Prävention erfolgreicher zu machen?

Dr. Rainer Schmidbauer

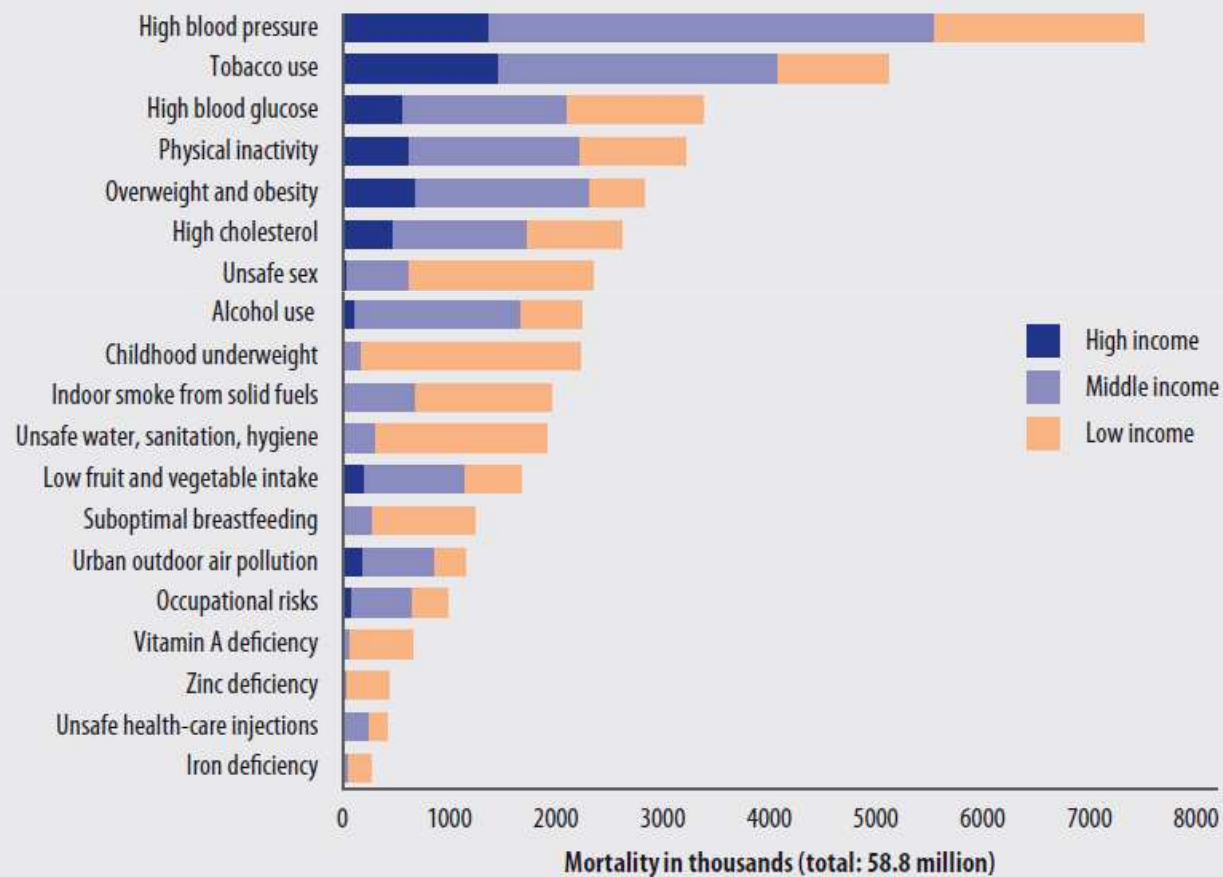






Tabak- und Alkoholkonsum als Risikofaktor

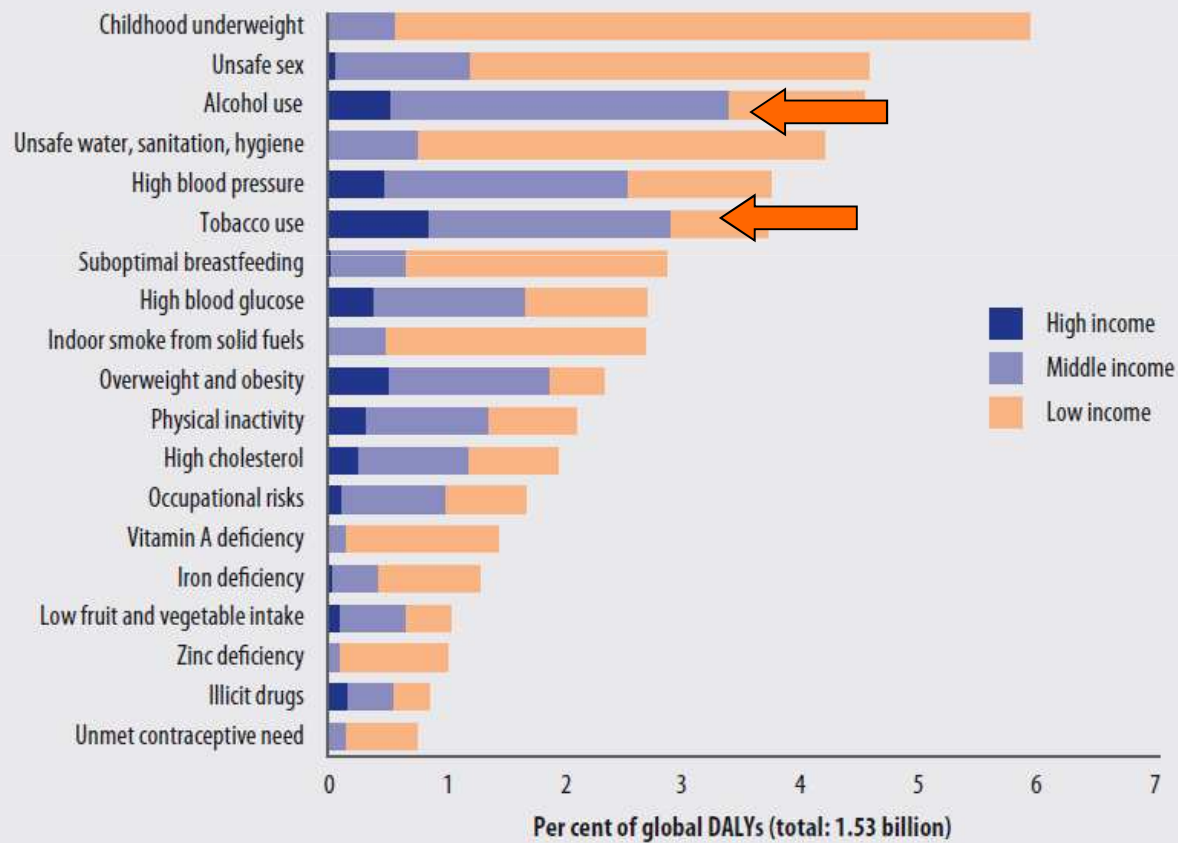
Figure 6: Deaths attributed to 19 leading risk factors, by country income level, 2004.



WHO Bericht 2009:
Tabak und Alkohol
→ Risikofaktoren Nr.1 und 2
in den entwickelten Staaten

Tabak- und Alkoholkonsum als Risikofaktor

Figure 7: Percentage of disability-adjusted life years (DALYs) attributed to 19 leading risk factors, by country income level, 2004.



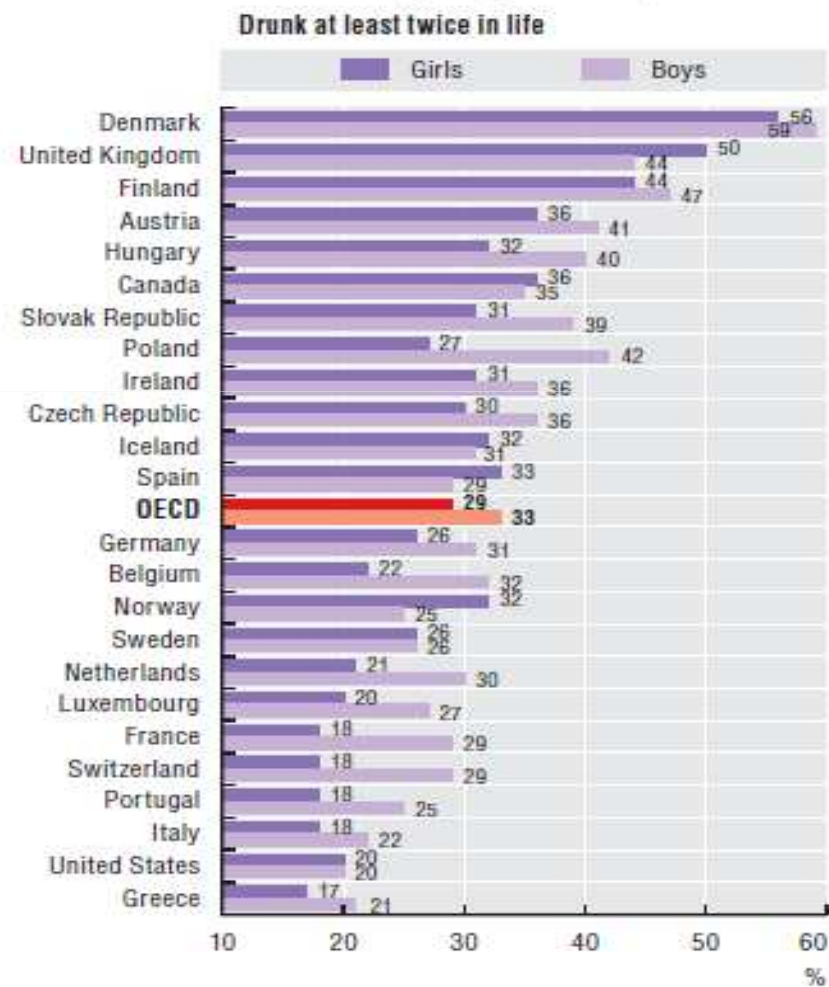
WHO Bericht 2009:
Tabak und Alkohol
→ Risikofaktoren Nr.1 und 2
in den entwickelten Staaten

Österreich liegt bei Tabak - als auch bei Alkohol im internationalen Spitzenfeld

2.1.1 Smoking among 15-year-olds, 2005-06

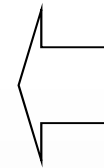
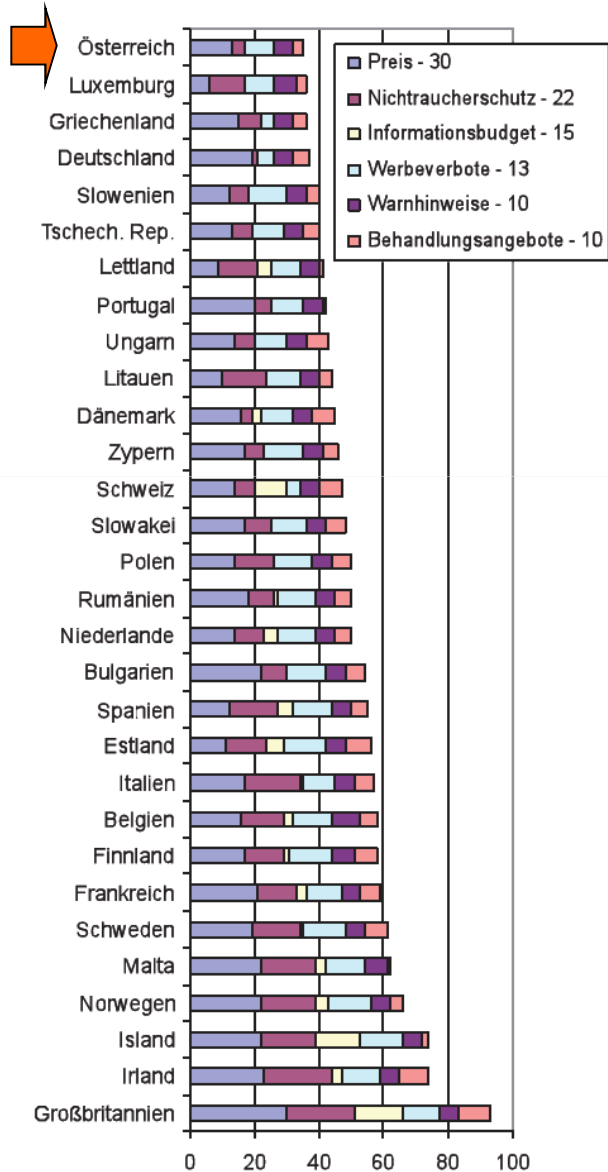


2.1.2 Drunkenness among 15-year-olds, 2005-06



„Unter Gesundheitspolitik wird in Österreich ausschließlich die Versorgung von Kranken gesehen.“

Gesundheitsminister Alois Stöger im „Standard“ vom 8. 3. 2010



Politikversagen ist die Ursache für die hohen Konsumraten in Österreich z.B. Tabakpolitik

Ausgaben für Prävention
(gemessen an Gesamtausgaben im Gesundheitssystem)

Kannada 7 %

Finnland 5,8 %

Niederlande 5,1

Österreich 1,9 %

OECD-Mittel 3 %

Investitionen in Prävention zahlen sich aus!

Kasten 3 – Vergleich des Return on Investment (ROI*) in drei Präventionsfeldern in der Schweiz (in Millionen 2007 Franken)

	Strassen- verkehrsunfälle Öffentliche Präventions- programme 1975-2007	Tabak Verhaltens- prävention 2007	Alkohol- missbrauch Verhaltens- prävention 2007
Kosten der Prävention	5'168	19	22
Nutzen der Prävention			
Direkte medizinische Kosten	6'212	139	76
Direkte nicht-medizinische Kosten	4'138		16
Produktionsverluste	22'098	315	152
Intangible Kosten	21'476	342	277
Total vermiedene Kosten	53'924	796	520
ROI	9,4 (7,6 – 11,3)**	41 (28 – 48)**	23 (11– 29)**

* Der ROI wird berechnet als (Nutzen – Kosten) / Kosten. Bei einem ROI von 0 ist der Nutzen gleich den Kosten. Ein ROI von 1 entspricht einem Nettogewinn von 1 Franken für jeden Franken, der in die Prävention investiert wurde.

(Wieser et al. 2010)

1. Prävention muss in ein breiteres Konzept der Gesundheitsförderung eingebettet sein und die sozialen und strukturellen Rahmenbedingungen der Intervention reflektieren.
2. Sie muss vor allem die Stärkung und Förderung personaler und sozialer Ressourcen zum Ziel haben und darf sich nicht auf sucht- bzw. drogenspezifische Komponenten beschränken.
3. Hierbei spielt insbesondere das Konzept der Lebenskompetenzen (wie z.B. Selbstkonzept und Selbstwert; Wahrnehmung und Gefühle; Copingstrategie; Kompetenz zur Lösung von Problemen und Treffen von Entscheidungen; soziale und kommunikative Fähigkeiten; Standfestigkeit; Kompetenz zur Einschätzung von psychoaktiven Substanzen und ihren potentiellen Wirkungen) eine zentrale Rolle. Idealerweise werden Lebenskompetenzprogramme mit Elementen des Sozialen-Einfluss-Modells verbunden.

4. Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe (Gemeinschaftsaufgabe aller) und muss eingebettet sein in ein übergreifendes psychosoziales, kulturelles, ökologisches, ökonomisches und politisches Netz.
5. Prävention steht im Spannungsfeld miteinander konkurrierender Werte, Normen und Prioritäten; sie muss damit leben, dass sich nie alle Widersprüche auflösen lassen.
6. Eine zielgerichtete und die verfügbaren Mittel sparsam einsetzende Präventionspolitik sollte so ausgerichtet sein, dass die intensivsten Maßnahmen bei denjenigen Kindern und Jugendlichen ansetzen, welche am stärksten belastet sind. Universelle, selektive und indizierte Prävention sollten möglichst gut aufeinander abgestimmt sein.

7. Die Aktivitäten sollten zielgruppenspezifisch sein – z.B. nach Alter, Geschlecht, ethnischer Hintergrund usw. - und sie müssen einen hinreichenden Differenzierungsgrad aufweisen.
8. Die Aktivitäten haben sich am Risiko- und Schutzfaktorenmodell – Minimierung der Risikofaktoren und Maximierung der Schutzfaktoren - auszurichten.
9. Präventionsprogramme dürfen nicht als einmalige Aktionen geplant sein, vielmehr sollten sie frühzeitig einsetzen (im frühen Kindesalter) und langfristig bzw. kontinuierlich sein – schulische Programme sollen sich z.B. über mehrere Jahre erstrecken - und alle Phasen des Lebenslaufs einbeziehen. Die inhaltliche und didaktische Gestaltung der Programme ist alters- und entwicklungspezifisch auszurichten.

10. Im Idealfall haben die Aktivitäten nicht nur die Veränderung individueller Einstellungen und Verhaltensweisen im Sinne der „Verhaltensprävention“ zum Ziel, sondern modifizieren auch die relevanten Rahmenbedingungen im Sinne der „Verhältnisprävention“. Gezielte Maßnahmen der Sucht- und Gewaltprävention entfalten dann ihre beste Wirkung, wenn gleichzeitig Anstrengungen zur Verbesserung der allgemeinen Rahmen- und Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen unternommen werden.
11. Der Peer-Gruppen-Einfluss hat eine hohe Bedeutung für präventive Maßnahmen. Es zeigt sich konsistent, dass altersgleiche Personen aus der nahen Bezugsgruppe präventive Maßnahmen am besten durchführen können. Im schulischen Kontext ist dabei eine Kombination mit LehrerInnen in der Regel hilfreich. LehrerInnen sind nur dann geeignet, wenn sie gut einschlägig ausgebildet, in ihrer pädagogischen Kompetenz für präventive Maßnahmen selektiert und in der Durchführung laufend supervidiert werden.

12. Besonders bei Kampagnen, die an Kinder und Jugendlichen gerichtet sind, ist es wichtig die Aufmerksamkeit der Angesprochenen auf sofortige, sehr wahrscheinliche Konsequenzen des Verhaltens zu lenken.
13. Sehr vorsichtig muss mit dem Einsatz von Angst erzeugenden Botschaften und Abschreckung umgegangen werden.

1. Die Familie ist der erste und für lange Jahre wichtigste Interventionsort für präventive Maßnahmen. Prävention braucht dabei nicht nur Kompetenz bei den Eltern, sondern auch Zeit, Ruhe, ökonomische und soziale Sicherheit als wichtige Rahmenbedingungen. Eine besondere Herausforderung stellt dabei das Erreichen von Vätern, wenig integrierter und fremdsprachiger Eltern bzw. der Eltern von verhaltensauffälligen Kindern dar.
2. Als sehr wirksam zeigen sich Frühförderungsprogramme für Kinder aus Hoch-Risiko-Familien – insbesondere auch Familien mit Migrationshintergrund (beginnend mit der Schwangerschaft bis zum Eintritt in die Schule), die sich am amerikanischen Konzept der Frühförderung (Nurse-Family-Partnership-Programm, das David Olds, Professor an der Universität von Colorado entwickelt hat) orientieren.

1. Präventionsaktivitäten (explizit im schulischen Bereich) müssen didaktisch über die kognitive Ebene der Wissensvermittlung hinausgehen. Sie müssen insbesondere interaktiv gestaltet sein.
2. Substanzspezifische Programme (wie z.B. bezüglich Alkohol) sollten erst ab 13 Jahre durchgeführt werden.
3. Wenn LehrerInnen ein Programm durchführen, sind folgende Elemente wichtig: die LehrerInnen müssen motiviert und gut geschult (adäquate Aus- und Weiterbildung; Booster-Trainings usw.) sein.
4. Wenn Prävention in der Schule kontinuierlich durchgeführt wird, der Großteil des Kollegiums einbezogen ist und die Maßnahmen strukturell verankert sind, sind die Effekte nachhaltiger.

5. Präventionsprogramme müssen gut strukturiert sein und reflektiert werden. Es bedarf einer Infrastruktur und Abstimmung der Akteure.
6. Prävention ist dann besonders wirkungsvoll, wenn sie in den Lebensweltzusammenhang der SchülerInnen eingebettet ist und deren Interessen entspricht. Für Schule begründet dies die Notwendigkeit der Einbindung der außerschulischen Umwelt und die Vernetzung mit Partnern, sowie einer Schülerorientierung des Unterrichts mit geeigneten Lernformen wie z.B. offener Unterricht und Projektlernen.

Im Bereich der kommunalen Prävention sind folgende Schritte zu berücksichtigen:

- ein gemeinsames Vorgehen entwickeln, bei dem alle relevanten Gruppen eines Gemeinwesens eingebunden sind
- die Risiko- und Schutzfaktoren identifizieren, welche im Zielgebiet die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen besonders stark beeinflussen
- sich besonders jenen Faktoren zuwenden, wo der größte Handlungsbedarf besteht
- auf der Basis einer Ressourcenanalyse die Lücken im bestehenden Angebot von Präventionsmaßnahmen identifizieren
- ein Präventionskonzept entwickeln, das evidenzbasierte Programme den lokalen Bedürfnissen angepasst umsetzt
- die Maßnahmen in guter Qualität umsetzen
- die ausgelösten Wirkungen beobachten und evaluieren.

Gemeinde

Die Effekte von schulischen Präventionsprogrammen werden durch die Erweiterung mit kommunalen Aktivitäten, wie z.B. Familieninterventionen, Massenkommunikation und Einrichtung einer Steuerungsgruppe (die, die wichtigen AkteurInnen in der Gemeinde umfasst) verstärkt.

Prävention wird standardmäßig als Element des modernen Personal- und Gesundheitsmanagements fix verankert.

Dies beinhaltet in der Regel vor allem folgende Aspekte:
Umsetzung unterschiedlicher primärpräventiver Angebote wie

- Aufklärungsmaßnahmen
- Veränderung der betrieblichen Konsumkultur
- Reduzierung psychischer Belastung
- Geregelter Intervention bei Auffälligkeiten und Qualifizierung der Führungskräfte
- Schaffung von Beratungsangeboten für Betroffene
- Bildung einer betrieblichen Steuerungsgruppe zur konzeptionellen Gestaltung und praktischen Umsetzung
- Koordination der Aktivitäten durch einen Verantwortlichen

Migration

Die bisherigen Ansätze bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund betonen durchgängig, dass erfolgreiche Prävention zwei Voraussetzungen hat:

Erstens bedarf es auf Seiten der Durchführenden, einer interkulturellen Kompetenz.

Zweitens ist eine intensive Zusammenarbeit mit dem Elternhaus notwendig, da bei den meisten Migrantengruppen die Familie von herausgehobener Bedeutung ist.