



Lebenschancen fördern !

Neue Ansätze in der Prävention für Kinder, Jugendliche und Familien

Fachtagung, 30. Oktober 2008, Kultur-Casino Bern

Dokumentation

Bern, März 2009

info
coordination intervention suisse
drog

Eigerplatz 5
CH-3000 Bern 14
T +41(31)-376 04 01
T +41(31)-376 04 04
www.infodrog.ch
office@infodrog.ch

Impressum

Herausgeber

INFODROG
Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht

Redaktion

Bernhard Meili

Übersetzungen

D.H. Jenni, Lausanne

Layout

Roberto da Pozzo, Infodrog

Bestelladresse

INFODROG
Eigerplatz 5, Postfach 460, 3000 Bern 14
T 031 376 04 01
F 031 376 04 04
office@infodrog
www.lebenschancen.infodrog.ch
www.infodrog.ch

© Infodrog 2009

Inhalt

- 4 | **Bernhard Meili**
Wie wirksam sind Frühförderung und Frühintervention? Ein Tagungsrückblick

- 6 | **Thomas Zeltner**
Begrüßungsworte

Plenumsreferate

- 7 | **Sven Bremberg**
Die soziale Ungleichheit in der Gesundheit vermindern:
Präventionsstrategien für Kinder, Jugendliche und Familien in Schweden (E)

- 9 | **Irene Kriesi**
Was fördert die positive Entwicklung von Kindern und Jugendlichen?
Zwischenergebnisse der COCON-Studie

- 12 | **Gebhard Hüsler**
Wie geht es den Jugendlichen heute?
Langzeiteffekte des Interventionsprogramms *supra-f*

- 16 | **Runder Tisch mit Referenten**
Moderation: Bernhard Meili

Forum A: CANNABIS

- 18 | **Jean-Pierre Gervasoni**
Das Cannabis-Monitoring 2004 - 2008 und Empfehlungen für die Prävention

- 20 | **Philip Nielsen** und **Esther Grichting**
Die multidimensionale Familientherapie: Erste Ergebnisse der INCANT-Studie

- 23 | **Peter Tossman** und **Walter Minder**
Die Implementierung der Kurzintervention
«Realize it!» in Deutschland und der Schweiz

Forum B: Kinder und Eltern

- 25 | **Heidi Simoni** und **Ursula Ackermann**
Frühförderung für sozial benachteiligte Kinder

- 28 | **Françoise D. Alsaker**
Mobbing; Frühintervention lohnt sich!

- 30 | **Manuel Eisner**
Frühprävention von Gewalt:
Ergebnisse der Zürcher Interventionsstudie z-proso

Wie wirksam sind Frühförderung und Frühprävention?

Bernhard Meili, Infodrog, b.meili@infodrog.ch

Am 30. Oktober 2008 fand im gut besuchten Kultur-Casino in Bern die von Infodrog organisierte Fachtagung «Lebenschancen fördern» statt. Im Fokus stand die Frage nach der Wirksamkeit von Interventionen im Kindes- und Jugendalter. Dazu wurden wissenschaftliche Ergebnisse aktueller - vom BAG geförderter - Interventionsstudien präsentiert.

Ein Blick nach Schweden

Die sozio - ökonomische Lage hat einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheitschancen. Wie der bekannte Schwedische Public Health Experte Sven Bremberg in seinem eindrücklichen Einführungsreferat ausführte, ist der Zusammenhang zwischen sozio - ökonomische Lage und Gesundheit bzw. Krankheit und Problemverhalten im Kindes- und Jugendalter besonders hoch. Aus diesem Grund setzt die Schwedische Gesundheitspolitik einen Schwerpunkt bei der Kinder- und Jugendgesundheit. Dazu gehört u.a., dass über 90 Prozent aller Kinder eine Tagesstätte oder Vorschule besuchen. Damit diese Einrichtungen für alle Familien zugänglich werden, ist eine Finanzierung mit öffentlichen Geldern notwendig. Diese Investitionen machen sich bezahlt: Internationale Metaanalysen bestätigen die positiven Wirkungen der Tagesbetreuung im Vorschulalter. Ein grosses Potenzial ortet Bremberg auch in strukturierten Elternprogrammen. Der Anteil aller «Erst Kind Eltern» in Schweden, die ein solches Programm besucht haben, stieg von vier Prozent 2004 auf elf Prozent im letzten Jahr.

Wichtige Schweizer Beiträge zur Interventionsforschung bei Jugendlichen

In der Schweiz sind in den letzten Jahren einige grössere, vom BAG geförderte Interventionsprogramme mit integrierter Begleitforschung durchgeführt worden. Sowohl das nationale supra-f Programm zur Suchtprävention bei gefährdeten Jugendlichen wie auch das Zürcher Interventionsprogramm zur Gewaltprävention z-proso führten Vergleichsgruppen und erfassten Langzeitveränderungen bei den Zielgruppen. Damit erreichen sie ein für die Präventionsforschung in der Schweiz hohes Qualitätsniveau. Trotz hoch dosierten Präventionsangeboten waren in beiden Studien die Ergebnisse relativ bescheiden.

Neuland betritt der Gesundheitsdienst der Stadt Bern mit seinem auf fünf Jahre ausgelegten Projekt primano zur Frühförderung. Es wurden vier sozial eher belastete Quartiere der Stadt Bern ausgewählt, in denen ein erhöhter Bedarf an Frühförderung angenommen werden kann. Die Förderangebote erfolgen zu Hause, in Tagesstätten für Kleinkinder und Spielgruppen sowie im Quartier. Das u.a. von der Jacobs Foundation unterstützte Projekt orientiert sich am holländischen Programm Opstapje und wird vom Psychologischen Institut der Universität Bern wissenschaftlich evaluiert.

Weitere Beiträge betrafen neue Entwicklungen bei der Frühintervention und Behandlung von problematischem Cannabiskonsum. Das wissenschaftlich erprobte Programm «Realize-it!» wird in Deutschland zunehmend in die Praxis implementiert. Das Behandlungsprogramm MDFT wird im Rahmen der europäischen INCANT Studie bei der Fondation Phénix erprobt.

Fazit

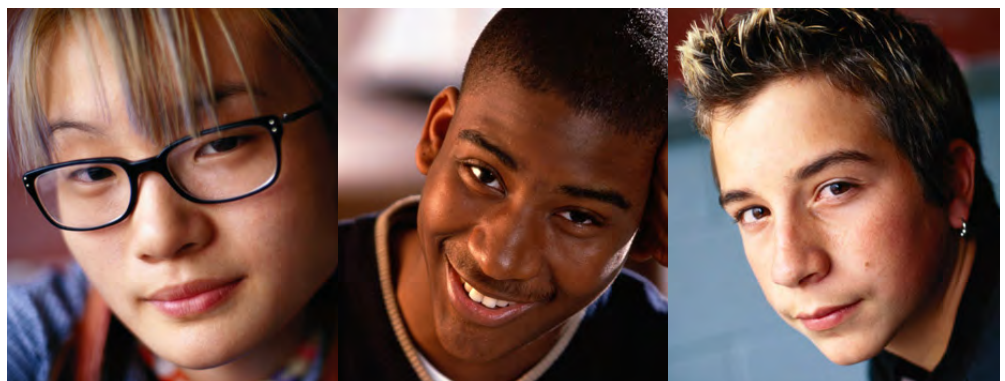
Obwohl von Einzelprogrammen keine Wunder zu erwarten sind, ist die Stossrichtung der frühen Förderung und der frühen Prävention von Problemverhalten richtig. Gute Absicht allein garantiert noch keine wirksame Prävention. Es besteht in der Schweiz weiterhin ein Bedarf an sorgfältig geplanter Interventionsforschung. Von grosser Bedeutung ist dabei ein konstruktiver Dialog von Forschung und Praxis. Wirksame Interventionen allein genügen jedoch nicht. Sozial- und bildungspolitische Massnahmen, die die negativen Folgen der sozialen Ungleichheit vermindern, sind eine wichtige Grundlage zur Förderung guter Lebenschancen.

- Alle **PowerPoint Präsentationen** auf www.infodrog.lebenschancen.ch
- **Online-Lexikon** zu Prävention und Gesundheit bei Jugendlichen: www.infodrog.ch / Aktuell

Drei neue Publikationen zum Thema:

- 10 Jahre supra-f: Erkenntnisse und Folgerungen für die Prävention (55 S.; deutsch und franz.; gratis)
- "Realize-it": Evaluation einer Kurzintervention bei Cannabisabhängigkeit (47 S.; CHF 10.--)
- Frühprävention von Gewalt und Aggression. Ergebnisse des Zürcher Präventions- und Interventionsprojektes an Schulen. Manuel Eisner et al. (262 Seiten; Spezialpreis CHF 40.--)

Bestellungen über www.infodrog.ch/Produkte



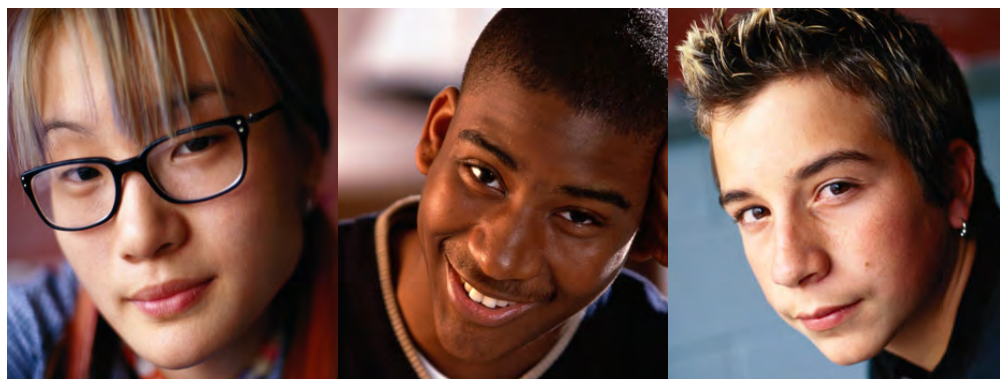
Begrüßungsworte

Thomas Zeltner, Direktor, Bundesamt für Gesundheit, Bern

In seinen Begrüßungsworten unterstrich Direktor Zeltner die Bedeutung einer stärkeren Ausrichtung von Prävention und Gesundheitsförderung auf das Vorschulalter und damit auch auf die Familie. Die Bestrebungen zur Harmonisierung der Schulbildung in der Schweiz (Projekt HARMOS) stellen somit auch für die Prävention und Frühförderung eine begrüßenswerte Herausforderung dar.

Die Fachtagung ist eine kleine Werkschau des BAG, an der Forschungs- und Interventionsprojekte vorgestellt werden, die das BAG zusammen mit anderen Partnern in den letzten Jahren gefördert hat. Interventionsforschung ist wichtig, weil sie dem BAG und auch den kantonalen Gesundheitsbehörden Entscheidungsgrundlagen für die Planung von Prävention geben. Die Forschung hat in den letzten Jahren Fortschritte gemacht und zeigt auf, welche Prävention Erfolg verspricht und welche nicht.

Direktor Zeltner forderte die Anwesenden auf, den Dialog zwischen Forschung und Praxis ernst zu nehmen, Prioritäten gemeinsam festzulegen und so die Wirksamkeit der Prävention zu verbessern. Dies wäre sicher im Sinne des in Vorbereitung stehenden Präventionsgesetzes.



Die soziale Ungleichheit in der Gesundheit vermindern: Präventionsstrategien für Kinder, Jugendliche und Familien in Schweden

Sven Bremberg, Swedish National Institute of Public Health, Stockholm, Schweden, sven.bremberg@letter.st

Die sozio - ökonomische Lage hat einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheitschancen. Wie der bekannte Schwedische Public Health Experte Sven Bremberg in seinem eindrücklichen Einführungsreferat ausführte, ist der Zusammenhang zwischen sozio - ökonomischer Lage und Gesundheit bzw. Krankheit und Problemverhalten im Kindes- und Jugendalter besonders hoch. Aus diesem Grund setzt die Schwedische Gesundheitspolitik einen Schwerpunkt bei der Kinder- und Jugendgesundheit. Dazu gehört u.a., dass über 90 Prozent aller Kinder eine Tagesstätte oder Vorschule besuchen. Damit diese Einrichtungen für alle Familien zugänglich werden, ist eine Finanzierung mit öffentlichen Geldern notwendig. Diese Investitionen machen sich bezahlt: Internationale Metaanalysen bestätigen die positiven Wirkungen der Tagesbetreuung im Vorschulalter: Bessere soziale und kognitive Kompetenzen, weniger Verhaltensprobleme, bessere Schulleistungen, positive Langzeiteffekte im Erwachsenenalter bezüglich Gesundheit, Arbeitsleistungen. Ein grosses Potenzial ortet Bremberg auch in strukturierten Elternprogrammen. Der Anteil aller "Erst Kind Eltern" in Schweden, die ein solches Programm besucht haben, stieg von vier Prozent 2004 auf elf Prozent im letzten Jahr.

Die grosse Bedeutung der sozio - ökonomischen Lage für die Gesundheit

- Armut ist ein Risikofaktor für die Gesundheitschancen. Dies ist im Kindesalter ganz besonders ausgeprägt, weniger im Erwachsenenalter und am geringsten im Betagtenalter.
- Da zudem die frühen Lebensjahre den weiteren Verlauf der Gesundheit in erheblichem Ausmass bestimmen, lohnt es sich, Strategien zur Verminderung der sozialen Ungleichheiten in den frühen Lebensjahren zu entwickeln. Dies ist das Leitmotiv der schwedischen Kinder- und Familienpolitik.
- Armut ist für eine breite Palette von Gesundheitsaspekten von Bedeutung, so auch für den Drogenkonsum. Die Reduktion von Kinderarmut ist vermutlich eine der wirksamsten Präventionsstrategie zur Verminderung von Drogenabhängigkeit. Es geht dabei nicht nur um die materielle Seite der Armut, sondern um alle die damit verbundenen zusätzlichen psycho - sozialen und kognitiven Entbehungen.
- Die schwedische Sozial- und Gesundheitspolitik will zwei Strategien verfolgen: Erstens eine möglichst geringe Ungleichheit in den Gesundheitschancen zwischen den sozialen Schichten und zweitens generell tiefe Mittelwerte bei den verschiedensten Krankheiten, Problemverhalten und Mortalität. Dies bedingt in der Regel universelle, die gesamte Population umfassende Massnahmen.

Die wichtigsten sozialen Determinanten der Gesundheit bei Kindern

Positive Beeinflussung durch

- Investitionen in Volksschulbildung
- Bruttosozialprodukt
- Niveau der Demokratie
- Öffentliche Investitionen in das Gesundheitswesen

Negative Beeinflussung durch

- Private Investitionen in das Gesundheitswesen
- Soziale Ungleichheit im Wohlstand (GINI)

Diese sechs sozialen Determinanten erklären 79 % der Unterschiede in der Kindersterblichkeit von 118 Ländern! Mit anderen Worten: Man weiss, wo Gesundheitspolitik ansetzen müsste.

Frühförderung lohnt sich!

- In Schweden hat sich die starke Ausrichtung der Gesundheitsförderung und Prävention auf das Vorschulalter als erfolgreiche Strategie erwiesen. Es lohnt sich, Eltern in den ersten Lebensjahren ihrer Kinder zu unterstützen. Später nehmen die Bereitschaft und die zeitlichen Möglichkeiten stark ab.
- In Schweden gehen die allermeisten Kinder ab 2 Jahren mindestens stundenweise in eine professionell geführte Tagesstruktur. Dies ist keine Konkurrenz zur Familie, weil die Kinder nach wie vor am meisten Zeit zu Hause verbringen.
- Die wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit und zur Effizienz von Vorschulprogrammen ist heute gut belegt. Zu strukturierten Frühförderprogrammen gibt es über 140 RTC - Studien.
- Das Community Parent Education Program (COPE) wurde in Schweden erfolgreich für einen universellen Einsatz mit jungen Eltern angepasst und wird breit eingesetzt.
- Der Erfolg dieser Elternprogramme liegt wohl darin, dass sie sehr strukturiert nach kognitiv-behavioralen Prinzipien aufgebaut sind und dem konkreten Training, inkl. «Hausaufgaben», viel Gewicht beigemessen wird.
- Der Anteil aller «Erst Kind Eltern» in Schweden, die ein Elternprogramm besucht haben, stieg von vier Prozent 2004 auf elf Prozent im letzten Jahr.
- Die Schwedische Regierung investierte 2008 14 Mio Euro für die Verbreitung von Elternprogrammen.
- Hausbesuch - Programme nach der Geburt werden breit eingesetzt. Langzeitstudien zeigen erstaunlich positive Wirkungen im jungen Erwachsenenalter bezüglich Problemverhalten, Depression und sozialer Integration.
- Eine sichere Kinder - Eltern Bindung (engl. attachment) ist der entscheidende Schutzfaktor, der in den Frühförderprogrammen gestärkt wird. Wer in ersten zwei Jahren eine sichere Bindung erwirbt, zeigt als junger Erwachsener weniger Problemverhalten.


Die Schule ist der beste Schutzfaktor Faktor, falls sie gut ist


- Gesundheitsprobleme korrelieren stark mit dem Bildungsstand. Der Grund hierzu ist nicht nur das «Mehr an Wissen» sondern das Mehr an kognitiven, sozialen und emotionalen Kompetenzen, das mit mehr Schule zusammen geht.
- Die Schule muss aber sicherstellen, dass *alle* Kinder, unabhängig von ihrer Herkunft, nach ihren Bedürfnissen und Möglichkeiten gefördert werden. Ansonsten trägt die Schule dazu bei, dass sich die sozialen Unterschiede in den Gesundheitschancen sogar vergrößern.
- Problemverhalten und Drogenkonsum im Jugendalter hat oft eine Vorgeschichte von Misserfolgen bei der Einschulung und in den ersten Schuljahren. Prävention bedeutet hier also das Verhindern von Misserfolgen bzw. das Fördern guter Leistungen.
- Das Schwedische Institut für Public Health schlägt den Schulen solche Programme vor, welche die Schulen in ihrer ursprünglichen Aufgabe, nämlich dem Unterrichten, unterstützt. Dazu eignen sich evidenzbasierte Programme zur Stärkung der kognitiven, sozialen und emotionalen Kompetenz. Weniger Mobbing, weniger Aggression, weniger Drogenkonsum und bessere Befindlichkeit sind alles Eigenschaften, die das Unterrichten erleichtern.


Was fördert die positive Entwicklung von Kindern und Jugendlichen? Zwischenergebnisse der COCON Studie


Irene Kriesi, Jacobs Center for Productive Youth Development, Universität Zürich, kriesi@jacobscenter.uzh.ch

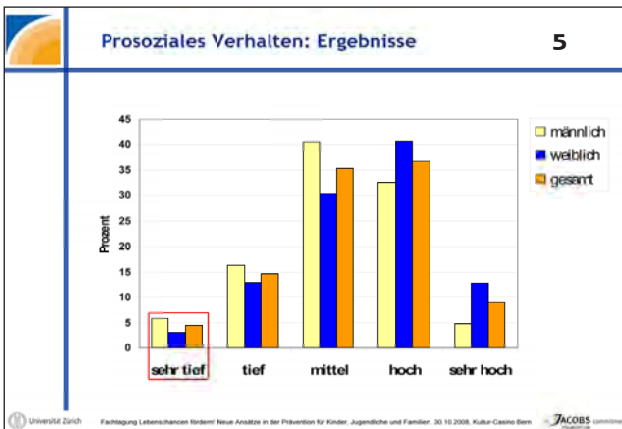
COCON steht für "Competence and Context". Die in der deutschen und französischen Schweiz angelegte Kohortenstudie will einen Beitrag leisten zur Frage, welche familiären, schulischen und weiteren sozialen Umweltfaktoren die positive Entwicklung von Kindern und Jugendlichen fördern. Wie die Referentin betonte, liegt der Focus ganz bewusst auf dem Begriff "positive Entwicklung". Die in der öffentlichen Wahrnehmung vorherrschende "negative" Sicht auf die Jugend birgt Risiken: So garantiert u.a. das Fehlen von Risikofaktoren und Problemverhalten nicht automatisch eine gelungene positive Entwicklung. Wichtige Erfolgsfaktoren für eine positive Entwicklung werden unter einer "negativen Perspektive" womöglich gar nicht erkannt und können entsprechend nicht gefördert werden. Zudem verbirgt der - u.a. auch von den Medien transportierte - einseitig negativ gefärbte Focus die Tatsache, dass nur eine kleine Minderheit von Jugendlichen wirklich sozial und gesundheitlich problematisches Verhalten zeigt. In ihrem Referat stellte Irene Kriesi erste Ergebnisse zu zwei Fragestellungen vor: (1) Welchen Einfluss haben familiäre Interaktionsprozesse auf die Entwicklung von prosozialem Verhalten bei 15 jährigen Jugendlichen? und (2) Welches sind förderliche Bedingungen für einen gelungenen Schuleintritt? Dieser zweiten Frage kommt deshalb besondere Bedeutung zu, weil ein gelungener Schuleintritt ein guter Prädiktor ist für eine weitere positive Entwicklung. Die ersten Zwischenergebnisse bestätigen die Vermutung, dass sowohl Faktoren der Persönlichkeit wie auch solche der familiären Herkunft eine Rolle bei der Entwicklung prosozialen Verhaltens spielen. Für den gelungenen Schuleintritt beigetragen haben zudem auch der Krippenbesuch und der ausserschulische Sportunterricht.

	Der Kinder- und Jugendsurvey COCON	1
<ul style="list-style-type: none"> ■ COCON fokussiert die Bedingungsfaktoren einer gelingenden positiven Entwicklung von Kindern und Jugendlichen: <ul style="list-style-type: none"> - Erwerb von sozialen und produktiven Kompetenzen im Entwicklungsverlauf - Bewältigung von Übergängen im Lebenslauf - Wechselwirkungen zwischen Kompetenzerwerb und Übergängen 		

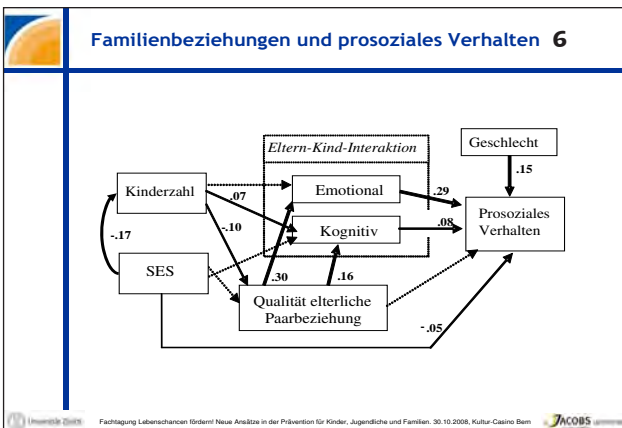
	Forschungsfragen von COCON	2
<ul style="list-style-type: none"> ■ Unter welchen Bedingungen entwickeln Kinder und Jugendliche soziale Kompetenzen, die für das gemeinschaftliche Zusammenleben unerlässlich sind? <ul style="list-style-type: none"> ■ Dazu gehören beispielsweise: <ul style="list-style-type: none"> -Prosoziales Verhalten -Empathie -Moralische Motivation -Perspektivenübernahme -Verantwortungsübernahme 		

	Forschungsfragen von COCON	3
<ul style="list-style-type: none"> ■ Entwickeln Jugendliche produktive Kompetenzen, die eine angemessene Integration in Schule und Arbeitswelt fördern? <ul style="list-style-type: none"> ■ Dazu gehören beispielsweise: <ul style="list-style-type: none"> - Anstrengungsbereitschaft - zielgerichtetes Handeln - Durchhaltevermögen - Teamfähigkeit 		

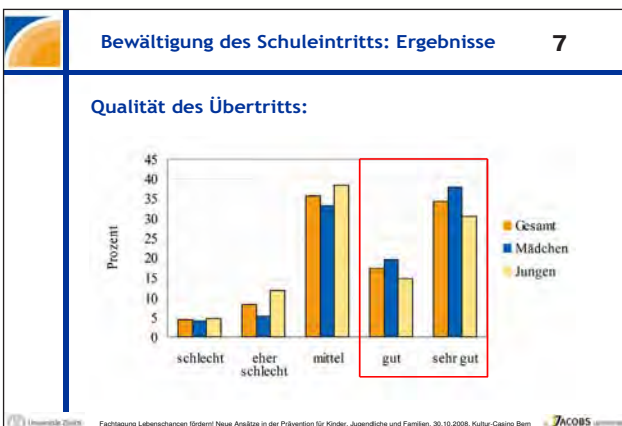
	Zielgruppen von COCON	4												
<ul style="list-style-type: none"> ■ COCON ist eine repräsentative und interdisziplinäre Langzeitstudie in der deutsch- und französischsprachigen Schweiz <ul style="list-style-type: none"> ■ Zielgruppen <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td style="text-align: left;"><i>Alter</i></td> <td style="text-align: center;"><i>→</i></td> <td style="text-align: left;"><i>Prototypisches Stadium</i></td> </tr> <tr> <td>• 6-Jährige</td> <td style="text-align: center; color: #FFA500;">→</td> <td>Mittlere Kindheit</td> </tr> <tr> <td>• 15-Jährige</td> <td style="text-align: center; color: #FFA500;">→</td> <td>Mittlere Adoleszenz</td> </tr> <tr> <td>• 21-Jährige</td> <td style="text-align: center; color: #FFA500;">→</td> <td>Frühes Erwachsenenalter</td> </tr> </table> 			<i>Alter</i>	<i>→</i>	<i>Prototypisches Stadium</i>	• 6-Jährige	→	Mittlere Kindheit	• 15-Jährige	→	Mittlere Adoleszenz	• 21-Jährige	→	Frühes Erwachsenenalter
<i>Alter</i>	<i>→</i>	<i>Prototypisches Stadium</i>												
• 6-Jährige	→	Mittlere Kindheit												
• 15-Jährige	→	Mittlere Adoleszenz												
• 21-Jährige	→	Frühes Erwachsenenalter												



Wie Folie 5 zeigt, ist der Anteil Jugendlicher mit tiefen Werten an prosozialem Verhalten mit rund 5% klein. Wie aus der Forschung bekannt, sind die Anteile der Mädchen mit hohen und sehr hohen Werten etwas höher als die Anteile bei den Jungen.



Zwei Arten der familiären Interaktionsprozesse sollten unterschieden werden: Die Interaktionen Eltern - Kind und die Interaktionen Eltern unter sich. Aus Folie 6 sehen wir, dass die Qualität der elterlichen Paarbeziehung einen deutlichen Einfluss hat auf die emotionale Beziehungsqualität mit dem Kind. Diese wiederum beeinflusst von allen untersuchten Variablen das prosoziale Verhalten am stärksten.



Ähnliche Resultate zeigen sich bei der Bewältigung des Schuleintritts (Folie 7): Den meisten gelingt dies ohne grössere Probleme, wobei auch hier die Mädchen etwas besser dastehen als die Buben. 5% haben ernsthafte Schwierigkeiten. Zum guten Gelingen des Schuleintritts gehören nicht nur kognitive und Leistungsbezogene Fähigkeiten sondern vor allem auch motivationale und soziale Kompetenzen.



Wie Folie 8 zeigt, fördern ein positives Selbstkonzept, Gewissenhaftigkeit und schulelevantes Vorwissen eine problemlose Einschulung. Diese Kompetenzen sind durch das Elternhaus mitbestimmt. Dem familiären Umfeld kommt somit auch beim Schuleintritt eine grosse Bedeutung bei. Der Bildungsgrad der Eltern beeinflusst das Gelingen des Schuleintritts ebenso wie der warme und unterstützende Erziehungsstil. Die Intelligenz scheint dagegen keinen Einfluss auf das Gelingen des Schuleintritts zu haben. Der Krippenbesuch zeigte besonders für Kinder aus klassischen Migrationsländern eine unterstützende Wirkung. Die Teilnahme an Sporttrainings erleichtert ebenfalls den Schuleintritt. Im Sportverein werden ähnliche Kompetenzen wie später in der Schule erlernt.

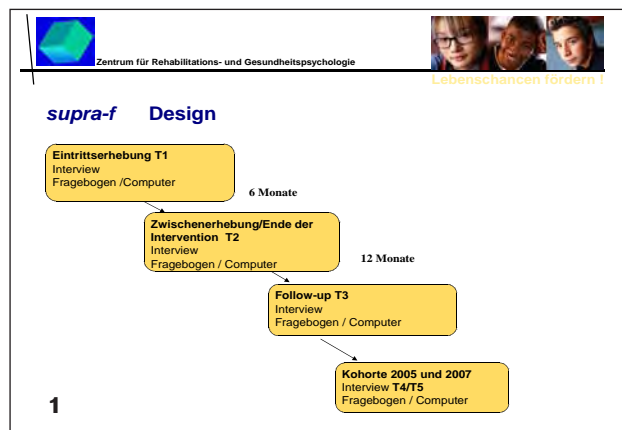
Mit diesen ersten Ergebnissen eröffnet sich für die Prävention ein breites Feld. Es lohnt sich in die Elternarbeit und in die vorschulische Förderung wichtiger Kompetenzen - insbesondere bei Kindern mit Startnachteilen - zu investieren.

COCON geht davon aus, dass die Entwicklung sozialer und produktiver Kompetenzen sowie die erfolgreiche Meisterung von Übergängen für den Erfolg im Sozial- und Berufsleben immer wichtiger werden. Sozial kompetente und schulisch erfolgreiche Jugendliche sind zudem weniger anfällig für gesundheitsschädigendes und sozial abweichendes Verhalten wie Drogenkonsum, Gewalt etc.

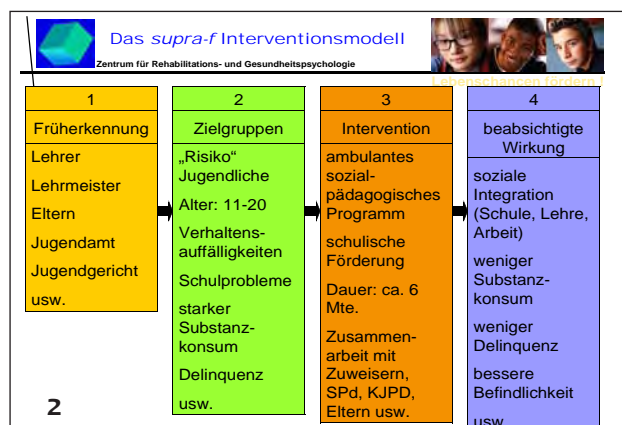
Wie geht es den Jugendlichen heute? Langzeiteffekte des Interventionsprogramms supra-f

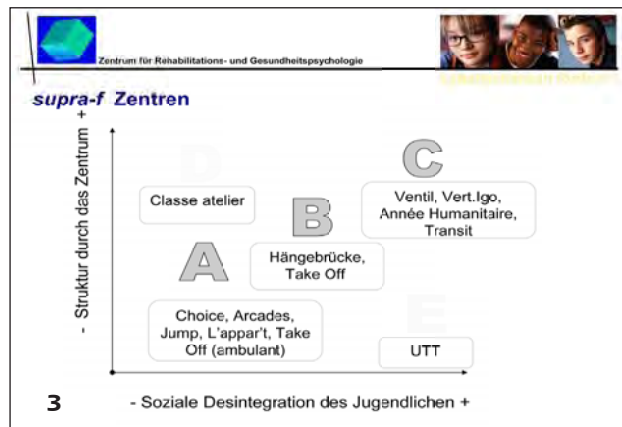
Gebhard Hüsler, Forschungszentrum für Rehabilitations- und Gesundheitspsychologie, Universität Fribourg, gebhard.huesler@unifr.ch

Mit dem nationalen Präventionsprogramm *supra-f* des Bundesamts für Gesundheit sollten neue Wege der Suchtprävention erprobt werden. In Form einer Interventionsstudie mit 12 lokalen ambulanten sozialpädagogischen Programmen sollte überprüft werden, inwieweit der Substanzkonsum bei gefährdeten Jugendlichen längerfristig stabilisiert oder vermindert werden kann. Das Programm startete 1999/2000. Von Beginn weg war eine Wirkungs- und Begleitforschung mit Interventions- und Kontrollgruppen installiert. Nachdem sich bis Ende 2004 alle 12 beteiligten Programme für eine selbst finanzierte Weiterführung entschieden hatten, konnten die bisherigen Untersuchungspopulationen in eine Kohortenstudie übergeführt werden (Folie 1).



Ausgangspunkt für *supra-f* waren folgende Fakten: Es besteht eine präventive «Versorgungslücke» zwischen der universellen Primärprävention und der Behandlung, d.h., die tatsächlich gefährdeten Jugendliche (bereits intensiver Substanzkonsum und andere Auffälligkeiten) erhalten kaum eine ihrer Lage angemessene Unterstützung. Dieses Faktum war drogenpolitisch besonders relevant, weil im Umfeld der möglichen Cannabis Liberalisierung wirksame und praktikable Angebote für die Frühintervention bei Jugendlichen erprobt werden sollten. Aufgrund vieler Forschungsbefunde, die wiederholt auf die engen Zusammenhänge von Substanzkonsum und anderen Problemverhalten hinweisen, wollte *supra-f* bewusst keine substanzspezifische sondern ganzheitliche, Ressourcen fördernde Ansätze ins Leben rufen (Folie 2). So sind ursprünglich 15 lokale Programme in der deutschen und französischen Schweiz entstanden, die zwischen 15 - 30 Plätze für gefährdete Jugendliche im Alter von 14 - 18 Jahren anboten. 3 Programme wurden in den ersten zwei Jahren wieder eingestellt oder haben den Anforderungen der Begleitforschung nicht entsprochen.

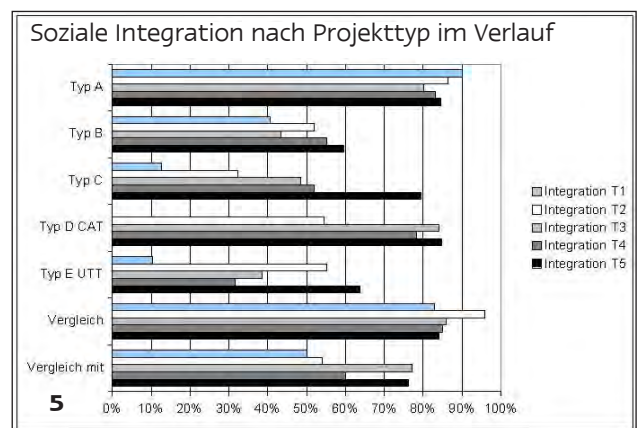
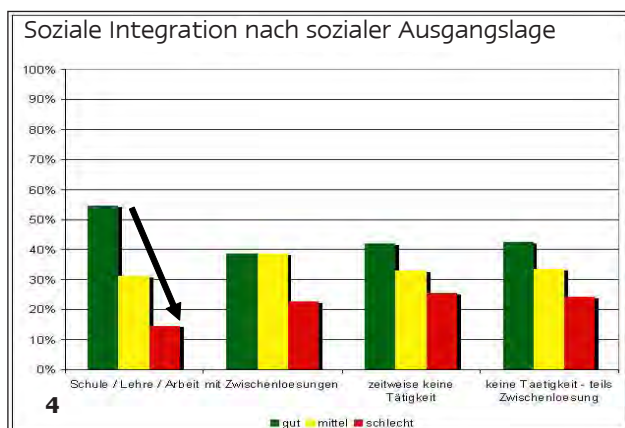




Die 12 *supra-f* Zentren mussten sich zwar dem Interventionsmodell (Folie 2) anpassen, waren aber de facto sehr heterogen bezüglich Intensität der Angebote und (was damit zusammenhängt) dem Grad an (noch) bestehender sozialer Integration der teilnehmenden Jugendlichen. Auf einer Achse zunehmender Angebotsintensität (investierte Betreuungszeit pro Jugendlichen und Vielfalt der Angebote) unterscheidet die Forschung deshalb die Typen A, B und C, zu denen 10 der 12 Zentren zugeordnet werden können (Folie 3).

Wo stehen die Jugendlichen 4 - 8 Jahre nach *supra-f*?

In dieser Zusammenfassung folgen nun einige Resultate der Kohortenstudie. Für die Ergebnisse der Wirkungsstudie wird auf die Gesamtpäsentation auf www.infodrog.ch verwiesen. Eine Beobachtung, die sich wie ein roter Faden durch *supra-f* zieht, ist die beständige Bedeutung der sozialen Ausgangslage für die Entwicklung der Jugendlichen. Das Konzept der sozialen Ausgangslage beschreibt den soziodemographischen und schulischen Hintergrund eines Jugendlichen; in den Index fließen u.a. die Anzahl Umzüge und Schulwechsel, Trennung der Eltern, Ein-Eltern Familie, Klassenwiederholungen, Lehrabbruch und Heimaufenthalte ein. Die soziale Ausgangslage kann sich nicht wesentlich verändern und entzieht sich demnach weitgehend der Prävention. Folie 4 zeigt den Grad an sozialer Integration (gemessen an Anbindung in Schule, Ausbildung oder Arbeit) für die drei Gruppen mit guter, mittlerer und schlechter Ausgangslage am Ende der Kohortenstudie 2007. 54% der Jugendlichen mit guter sozialer Ausgangslage sind sozial gut integriert, bei den Jugendlichen mit schlechter sozialer Ausgangslage sind es gerade noch 13%. Ähnliche Zusammenhänge, wenn auch nicht so ausgeprägt, zeigen sich beim Alkohol- Tabak- und Cannabiskonsum, bei der Delinquenz und bei der psychischen Befindlichkeit.



Wie sehen die Verläufe zur sozialen Integration aus in den verschiedenen Zentrumstypen (Folie 5)? Zentren vom Typ A rekrutieren wenig gefährdete und sozial noch gut integrierte Jugendliche. Über die 5 Messpunkte hinweg zeigen sich erwartungsgemäss kaum Veränderungen. Dies ist auch bei der Vergleichsgruppe (ohne jede andere präventive Intervention) der Fall. Auffallend sind die grossen Anteile an positiven Verläufe bei den Typ C Zentren und bei der Classe Atelier (Typ D). Die Integrationsleistung dieser Zentren ist beachtlich, wenn man die schlechten Ausgangswerte bei Eintritt in die Programme berücksichtigt!

Wie Folie 6 für den Typ C zeigt, geht die stark verbesserte Integration einher mit einer deutlichen Abnahme der Delinquenz und einer leichten Abnahme des Substanzkonsums.

Zentrum für Rehabilitations- und Gesundheitspsychologie

Lebenschancen fördern!

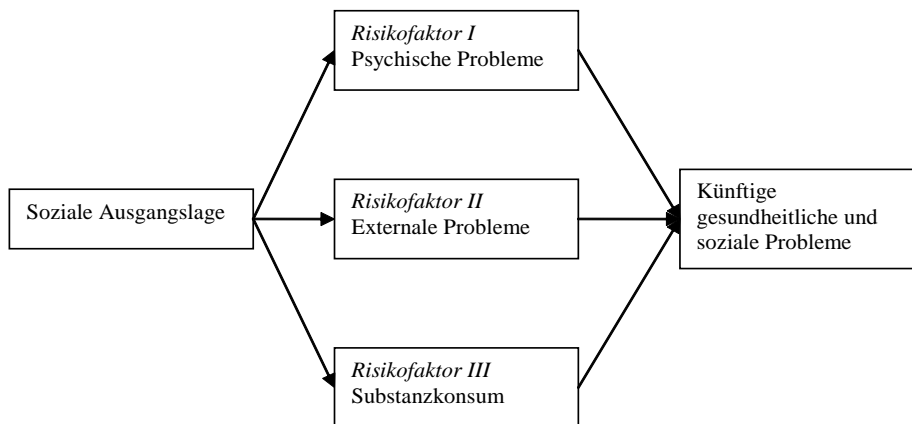
Typische Verläufe in den Zentrumstypen

Typ C			
	T1/T2	T3	T4/T5
Alter	17	19	22
Geschlecht	30%	31%	38%
Soziale Ausgangslage schlecht	39%	35%	42%
Problembereiche			
Befindlichkeit	32%	37%	35%
Normbrechendes Verhalten	40%	37%	23%
Mehrfachkonsum (mind. 2)	48%	44%	42%
Integration			
Schule / Lehre / Arbeit	28%	32%	76%
Zwischenlösung	8%	9%	10%
nicht integriert	64%	58%	14%

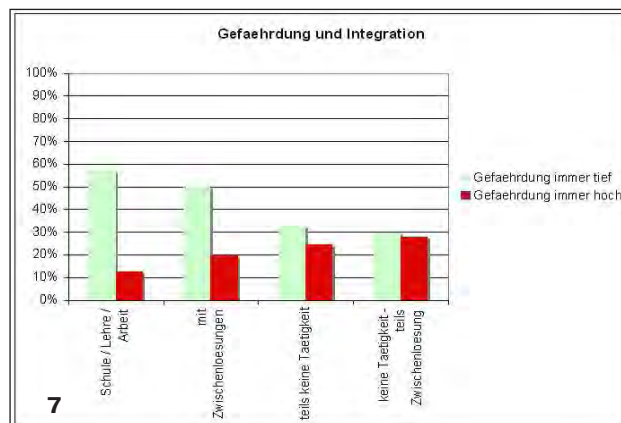
6

Gefährdung lässt sich auf mehreren Dimensionen abbilden. In *supra f* wurde ein Index aus den vier Parametern soziale Ausgangslage, Psychische Probleme, externe Probleme und Substanzkonsum gebildet.

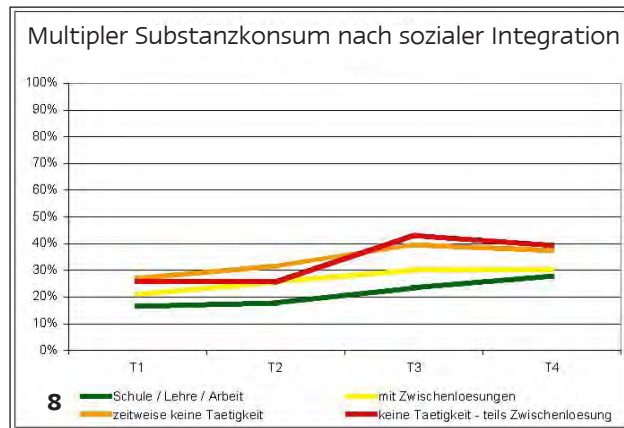
Das *supra-f* Modell der Gefährdung



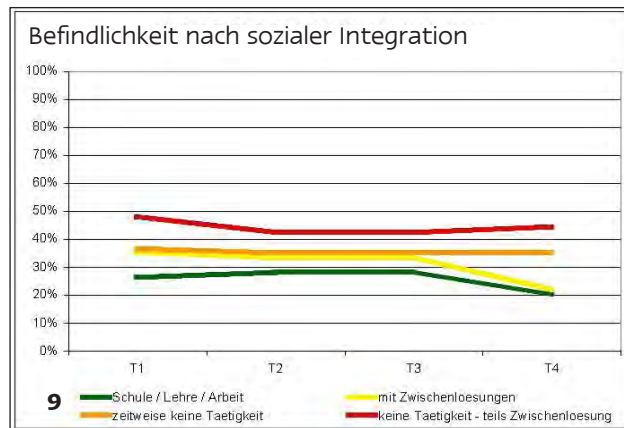
Der Verlauf der Gefährdung über die Jahre steht in einem Zusammenhang mit der sozialen Integration zum Zeitpunkt des Studienabschlusses (Folie 7). Jugendliche mit einer durchgehend niedrigen Gefährdung sind erheblich besser sozial integriert (58%) als solche mit ständig hoher Gefährdung (12%).



Wie Folie 8 zeigt, steht auch der multiple Substanzkonsum mit der sozialen Integration in Zusammenhang. Der Anteil konsumierender Jugendlicher ist bei den sozial integrierten über die gesamte Studienzeit um rund 10% kleiner als bei den schlecht integrierten. Allerdings nimmt der Substanzkonsum in dieser Altersgruppe generell zu.



Den gleichen Zusammenhang sehen wir zwischen Befinden (Depression und Ängstlichkeit) und sozialer Integration (Folie 9). Der Anteil mit schlechter Befindlichkeit ist und bleibt bei den sozial wenig integrierten Jugendlichen relativ hoch, zwischen 40% und 50%. Auffallend ist jedoch, dass sich die Befindlichkeit bei den wenig integrierten über die Zeit kaum verändert hat.



Diese Beobachtung führte zur Entwicklung eines Gruppenprogramms zur Stärkung der Selbstregulation. Das auf der Grundlage der Verhaltens- und kognitiven Therapieansätze basierende Programm VIVA wurde in den letzten Jahren in *supra-f* Zentren und anderen Jugendeinrichtungen erprobt und wissenschaftlich evaluiert. Zur Zeit laufen die ersten Ausbildungsprogramme für angehende VIVA Leiter/innen.

Runder Tisch mit Referenten.

Moderation: Bernhard Meili, Infodrog

Teilnehmende: Direktor Thomas Zeltner, Sven Bremberg, Irene Kriesi, Gebhard Hüsler, Marcelo Aragon (Leiter *supra-f* Programm Choice in Fribourg)

Kleiner Auszug aus der Diskussion

Frage an Sven Bremberg: *Angenommen, Sie würden von den Schweizer Gesundheitsbehörden um Ihren Expertenrat betreffend einer neuen Strategie für Kinder- und Jugendgesundheit gebeten, was wären Ihre Empfehlungen und Prioritäten?*

Vordergründig würde **Sven Bremberg** empfehlen, in die Vorschule und Elterbildung zu investieren. Da es aber letztlich um einen politischen Prozess und Entscheid geht, empfiehlt er die Bildung einer parlamentarischen Kommission zum Thema «Soziale Determinanten der Gesundheit in der Schweiz». Die Kommission müsste das bestehende Wissen zum Thema zusammentragen und die grosse Bedeutung des Themas kommunizieren. 40% der festgestellten Unterschiede in der Gesundheit könnten eliminiert werden durch den Ausgleich der Lebensbedingungen. Der bekannte Public Health Experte Michael Marmot, Vorsitzender der WHO Kommission zu den Soziale Determinanten der Gesundheit, könnte eingeladen werden und den Kommissionsmitgliedern eine Einführung ins Thema geben.

Stellungnahme von Direktor Thomas Zeltner

In Kürze wird der vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) erstellte erste Schweizerische Gesundheitsbericht publiziert (im November 2008 erschienen); www.obsan.admin.ch). Der Bericht «Gesundheit in der Schweiz» beschreibt erstmals die Gesundheit der Bevölkerung im Lichte der *sozialen Gesundheitsdeterminanten*. Direktor Zeltner empfiehlt die Lektüre des Berichts, für welchen u.a. auch Michael Marmot konsultiert worden ist. Den Vorschlag zur Einsetzung einer parlamentarischen Kommission erachtet Direktor Zeltner für die Schweiz zumindest für den Moment nicht als geeignet. Bei uns sind in erster Linie die Kantone für die Gesundheit zuständig. Es gibt erfreuliche Anzeichen dafür, dass die im Haus der Kantone zusammengezogenen kantonalen Konferenzen verstärkt zusammenarbeiten wollen, so auch die Gesundheits- und die Erziehungsdirektoren. Das Bildungsreformprojekt HARMOS weist in die richtige Richtung.

Frage an Irene Kriesi: *Sie kommen eben von einem längeren Forschungsaufenthalt in den USA zurück. Was nehmen Sie als Anregung mit nach Hause?*

Es sind eher Beobachtungen über negative Aspekte, die **Irene Kriesi** mitgenommen hat, und die uns hier zu Denken geben sollten. So fallen die schlechten Essgewohnheiten vieler Amerikaner auf, die fehlende Bewegung wie auch die verbreitete Gewalt und Kriminalität. Dies alles gekoppelt mit enormen sozialen und ethnischen Unterschieden innerhalb der amerikanischen Bevölkerung, wie es auch in einigen Folien von Sven Bremberg zu sehen war.

Thomas Zeltner bestätigt diese Beobachtungen, ergänzt sie aber mit zwei positiven: Eine auch für uns sehr interessante Erneuerung sind z.B. die «Minute clinics», die sehr niederschwellig eine medizinische Grundversorgung anbieten und gerade bei Benachteiligten sehr beliebt sind. Eine weitere typisch amerikanische Erscheinung ist die grosse Bedeutung der Philantropie. Gemeinnützige Stiftungen engagieren sich auf grosszügiger Weise für die Erneuerung und für Verbesserungen im Gesundheits- und Schulsystem. Die Schweiz könnte hier dazulernen.

Frage an Gebhard Hüsler und Marcelo Aragon: Was sind die Erfahrungen mit der Interventionsforschung.

Für **Gebhard Hüsler** wäre es wichtig, dass die Praktiker auch zu «Theoretikern» werden, also mehr über die Hintergründe ihrer Arbeit wüssten. Die Praktiker sollten begründen können, weshalb sie etwas tun und es gerade so tun und nicht anders.

Aus Sicht der Praxis hat **Marcelo Aragon** gute Erfahrungen mit der Interventionsforschung gemacht. Natürlich bestehen auch Ängste, ob die Forschung alle Variablen der Praxis auch richtig erfasse. Auch besteht Unsicherheit darüber, ob die Ergebnisse positiv oder negativ sein werden.

Frage: Falls der Bundesrat ein ähnliches Förderpaket für die Prävention hätte wie zur Rettung der UBS, welches wären die grossen Programme, die man in der Schweiz durchführen sollte.

Gebhard Hüsler würde in die indizierte und selektive Prävention für die rund 20% der Kinder und Jugendlichen einsetzen, denen es gesundheitlich nicht so gut geht.

Thomas Zeltner sieht in der Schweiz Handlungsbedarf vor allem in den drei Bereichen Psychische Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention im Alter sowie Reduktion der Sterblichkeit in den Spitälern. Falls noch Geld übrig bliebe, würde er in die Frühförderung und Elternbildung investieren. In der schweizerischen Öffentlichkeit wird die grosse Bedeutung des Frühbereichs noch weitgehend verkannt.

Auch **Marcelo Aragon** sieht einen Bedarf an einer Verstärkung der Elternbildung.

Frage: Was ist bezüglich Frühförderung und soziale Determinanten vom geplanten Präventionsgesetz zu erwarten? Beide Themen werden im Entwurf nicht erwähnt.

Gemäss **Thomas Zeltner** sollen die thematischen Prioritäten und gesundheitspolitischen Ziele in einem Prozess der Konsensbildung zwischen Bund, Kantonen und NGO bestimmt werden. Die Schwerpunkte würden dann für 4 - 8 Jahre gelten. Warum der Frühbereich nicht erwähnt wird, weiss er nicht, vermutlich handelt es sich aber um eine Unterlassung. Die Vernehmlassung ist nun abgeschlossen, und alle Eingaben werden ausgewertet.

Das Cannabis-Monitoring 2004 - 2008 und Empfehlungen für die Prävention

Jean-Pierre Gervasoni; Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne
jean-pierre.gervasoni@chuv.ch

Das Cannabis - Monitoring hat seinen Ursprung in der ursprünglich für 2004 vorgesehenen Revision des Betäubungsmittelgesetzes und der darin enthaltenen Strafbefreiung des Cannabiskonsums. Das Monitoring sollte eine Art Wirkungsevaluation für die Gesetzesrevision sein. Dazu war vorgesehen, eine Kohorte junger Menschen (13 - 29 Jahre) zum Zeitpunkt vor Inkrafttreten des Gesetzes 2004 und drei Jahre später wieder zu befragen. Obwohl die Gesetzesrevision nicht realisiert werden konnte, blieb das Mandat für das Monitoring erhalten.

Am Monitoring waren beteiligt: das Institut für Sozial- und Präventivmedizin und das Institut für Kriminologie der Universität Lausanne, das Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich sowie die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA-ISPA.

Wie hat sich nun die Situation rund um Cannabis in den letzten Jahren verändert? Insgesamt hat sich die Lage beruhigt: In allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern sind sowohl der Probierkonsum wie auch der Mehrfachkonsum leicht zurückgegangen. Hingegen sind die Konsumenten beim ihrem (meist experimentellem) Erstkonsum immer jünger (11-12 Jahre).

Ein wichtiger Teil des Cannabis - Monitorings war die sog. Sentinella Studie. In den ausgewählten vier Kantonen SG, ZH, VD und TI wurden qualitative Gespräche geführt mit Vertretern aus folgenden Bereichen: Polizei & Justiz; Soziales & Gesundheit; Schule & Berufsbildung. Alle Befragten sind darin einig, dass sich die Lage beruhigt hat, insbesondere auch in der Schule, beim Cannabisanbau und bei den Hanfläden. Cannabis ist nicht mehr das Hauptproblem, es gibt eine Verschiebung zu neuen Problemen wie Alkohol, Gewalt und Kokain. Allerdings bleibt eine kleine Gruppe von jungen Menschen mit problematischem Cannabiskonsum; bei diesen Jugendlichen geht es aber nicht um Cannabis allein, dahinter steht regelmässig eine Mehrfachproblematik mit Alkohol, Gewalt, psychischen und anderen Problemen. Zugenommen haben die Anfragen nach Cannabisentzugsbehandlungen.

Aus der Diskussion:

- Als Gründe für die Abnahme des Cannabiskonsums und der Cannabisproblematik im Allgemeinen verweist Jean-Pierre Gervasoni auf einige mögliche Faktoren: Kohärentere Ablehnung von Cannabis in breiten Kreisen der Gesellschaft (Schulen, Eltern, Behörden u.a). Das Schliessen von Hanfläden und die Vernichtung von Hanfplantagen. Strukturelle Massnahmen zum Schutz der Nichtraucher wie Nichtrauchen im Zug und in Restaurants treffen auch Cannabisraucher/innen. Cannabis ist aus der Mode.
- Für nächstes Jahr ist eine abschliessende gemeinsame Gesprächsrunde mit allen bisherigen Panel - Teilnehmenden aus den verschiedenen Bereichen geplant.
- Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum ist bei Jungen in der Berufsausbildung in allen Untersuchungen höher als bei den Gleichaltrigen im Gymnasium.
- Cannabis- und Kokainkonsum gehören eher *nicht* zusammen; näher zusammen liegen Ecstasy und Kokain, oft im Kontext der Partyszene.

Etude sentinelle : objectif

A l'origine

- suivre les différentes modalités d'application de la nouvelle législation et identifier les problèmes/ opportunités que celle-ci entraîne

Révisé

- implanter un « **baromètre** » des problèmes et réponses liés au cannabis dans différentes régions de Suisse :
 - quelle est la situation en matière de consommation de cannabis et quelle est son évolution ?
 - quels sont les principaux problèmes rencontrés sur le terrain ?
 - quelles sont les mesures et interventions qui ont été
- 4 cantons : SG, ZH, VD, TI

IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

6

Observations générales quant au climat autour du cannabis en 2006

- Dans presque tous les cantons la thématique du cannabis a aujourd'hui passé au second plan
- Dans presque tous les cantons les professionnels mentionnent une amélioration de leurs connaissances et des ressources à leur disposition : **gestion plus réaliste du problème**
- Du point de vue législatif, les deux cantons suisses alémaniques demandent plus de clarté

IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

13

Services sociaux et santé /école: observations concernant la consommation en 2006 (1)

- Constats partagés :
 - Prévalence de la consommation stable voire en légère diminution (écoles, particulièrement TI). Aussi pour la police, sauf à ZH
 - Âge de la première consommation bas, stable, voire légèrement en baisse
 - Consommation moins visible aux alentours des écoles possible augmentation de la visibilité dans espace public (SG, TI)
 - Beaucoup de multi-consommations, notamment alcool-cannabis

IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

17

Écoles et formation professionnelle : observations concernant les problèmes en 2006 (1)

- Constats partagés :
 - Le cannabis n'entrave pas le fonctionnement de l'école en général
 - Diminution des demandes d'intervention dans les classes / parents. De même pour la police.
 - Peu de problèmes spécifiques à l'école en lien (manque de motivation, arrivées tardives, etc.) avec la consommation de cannabis. Quelques cas signalés de rupture d'apprentissage
 - Une consommation problématique de cannabis est presque toujours liée à un faisceau plus large de problèmes

IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

21

Conclusions (1)

- Climat général :
 - globalement la problématique du cannabis est passée partout au second plan sauf dans le canton de VD : climat général apaisé
 - à part VD qui avait déjà une politique de non tolérance du cannabis, les cantons sont devenus plus stricts (mais pas davantage de dénonciations pour consommation)
- Marché :
 - fin des grandes cultures et fermetures des magasins (la police se concentre sur ces deux axes)
 - plutôt trafic à petite échelle

IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

24

Conclusions (2)

- Consommation :
 - stabilisation, voire diminution de la consommation
- Problèmes :
 - diminution des problèmes perçus; diminution des demandes d'interventions
 - à part VD, les cantons définissent la consommation excessive d'alcool comme un problème plus important à l'heure actuelle

IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

25

Die multidimensionale Familientherapie: Erste Ergebnisse der INCANT-Studie

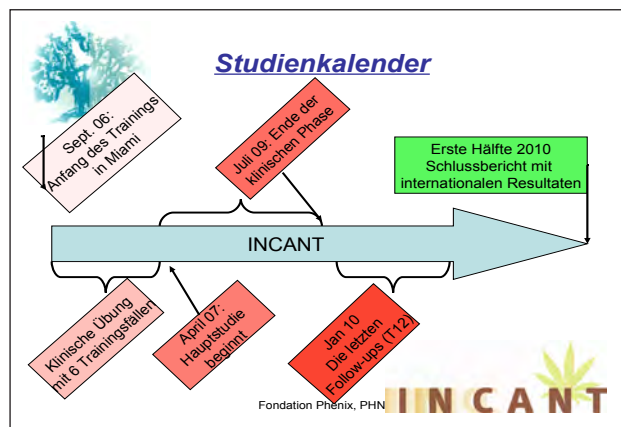
Philip Nielsen; Fondation Phénix, Genève, philip.nielsen@phenix.ch

Esther Griching; Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Zürich, esther.griching@isgf.uzh.ch

Anlass für die Studie war der in ganz Europa rasch zunehmende Cannabiskonsum anfangs der 90iger Jahre. Die Nachfrage nach Behandlung nahm zu. Die Fachleute suchten eine wirksame Behandlungsmethode.

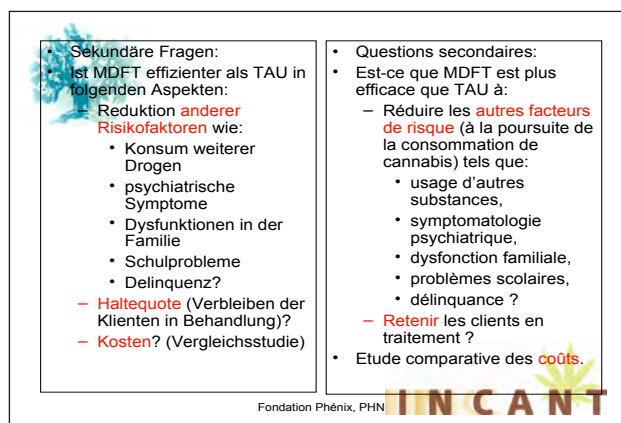
Die multidimensionale Familientherapie (MDFT) ist ein systemischer Behandlungsansatz, der sich an jugendliche Menschen mit problematischem Cannabiskonsum und deren Familien richtet. In den USA hat sich die Methode in vielen Studien als wirksam erwiesen. Zudem zeichnet sie sich durch eine grosse Behandlungstreue bei den Jugendlichen und ihren Familien aus. Im Rahmen der INCANT Studie (www.incant.eu) wird MDFT in fünf europäischen Ländern, darunter die Schweiz, erprobt und wissenschaftlich evaluiert. In der Schweiz beteiligt sich die Fondation Phénix in Genf an der Studie, deren klinische Phase Mitte 2009 abgeschlossen wird. Erste Wirkungsergebnisse sind für anfangs 2010 vorgesehen (Folie 1).

1



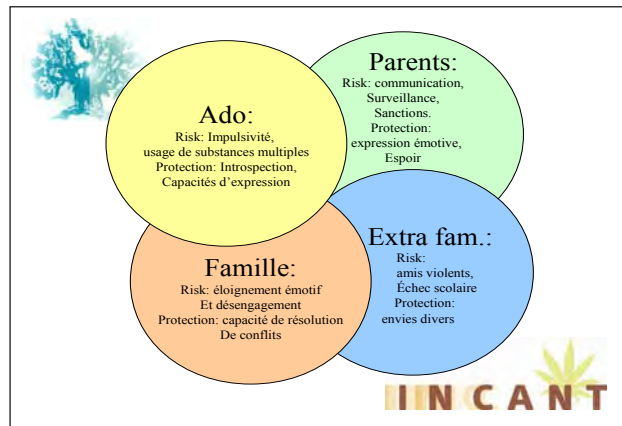
In INCANT werden insgesamt 500 junge Cannabiskonsumenten (13 - 18 jährig) einbezogen und zufällig in die MDFT oder Kontrollgruppe eingeteilt. Die Kontrollgruppe erhält die in der Beratungsstelle übliche Behandlung (TAU - treatment as usual). Für die Fondation Phénix werden je 30 Klienten mit MDFT bzw. TAU behandelt. Mit der Studie soll herausgefunden werden, ob MDFT in der Behandlung der Cannabis Konsumenten und ihrer Familien effizienter ist als TAU (Folie 2).

2



MDFT gründet auf einer systematischen Kenntnis und Analyse von Risiko- und Schutzfaktoren beim jungen Klienten und seinem Umfeld (Folie 3).

3



Ziel der Therapie ist die Stärkung der Schutzfaktoren, allen voran die Beziehungen in der Familie, und die Schwächung der Risikofaktoren (Folien 4 und 5).

4

Therapeutische Ziele (1)
Objectifs thérapeutiques (1)

- Drogenabstinenz.
- Emotionale Nähe in der Familie fördern.
- Eine klare Position der Eltern gegen den Drogenkonsum.
- Entwicklung prosozialer Aktivitäten.
- Rückzug von antisozialen Aktivitäten und Verhältnissen.

- Abstinence des substances psycho actives.
- Rapprochement émotionnel entre membres de la famille.
- Prise de position claire des parents contre les drogues.
- Activités pro sociales.
- Désengagement d'avec pairs/activités anti sociales.

Fondation Phénix, PHN INCANT

5

Therapeutische Ziele (2)
Objectifs thérapeutiques (2)

- Reduktion von negativen emotionalen Transaktionen in der Familie.
- Erhöhung der Fähigkeit in der Familie Konflikte zu lösen und miteinander zu verhandeln.
- Einzelarbeit, Selbstanalyse (self examination): Bezug zu Drogen, Erwartungen an sich selbst, an die Familie und das Leben.

- Augmentation de l'expression émotionnelle dans la famille. Diminution d'échanges d'affects négatifs.
- Augmentation de la capacité familiale à résoudre des conflits et à négocier.
- Travail individuel d'élaboration (rapport aux drogues, rêves d'avenir, espoirs pour soi et pour la famille).

Fondation Phénix, PHN INCANT

MDFT ist eine sehr intensive Kurzzeitbehandlung, die die vier Systeme Jugendlicher, Eltern, Familie und die soziale / berufliche Umwelt berücksichtigt (Folien 6 und 7). MDFT ist auch für den Therapeuten eine grosse Herausforderung, da er permanent von einer «life Supervision» begleitet wird.

6

Was ist MDFT / Qu'est-ce que MDFT? (1)

- **Evidenz-basierte Behandlung** (25 Jahre klinische Forschung).
- Entwicklungspsychologische und multidimensionale (Jugendlicher, Familie, peers etc.) Perspektive von Sucht und Abhängigkeit.
- Zentriert auf den Missbrauch/die Abhängigkeit von Cannabis und damit assoziierte Probleme.
- Intensiv.
- Kurztherapie (4-6 Monate).

- **Evidence-based treatment** (25 ans de recherche clinique).
- Perspective développementale et multidimensionnelle de la dépendance.
- Centré sur l'abus/la dépendance THC chez l'adolescent et les troubles concomitants.
- Prise en charge intense.
- De courte durée (4-6 mois).

Fondation Phénix, PHN INCANT

7

Was ist MDFT / Qu'est-ce que c'est MDFT?(2)

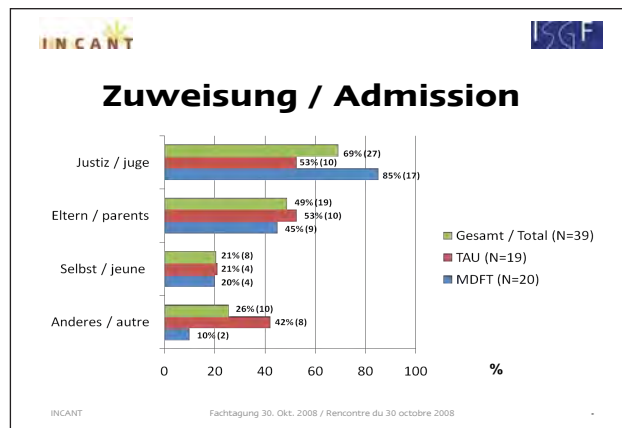
- Inspiriert von der strukturellen (Minuchin) und strategischen (Haley) Systemtherapie.
- Besonderes Gewicht wird auf die *enactment-Technik* gelegt.
- 4 Bereiche werden gleichzeitig behandelt:
 - der Jugendliche
 - das Elternteam
 - das Familiensystem
 - die soziale und berufliche Umgebung
- Drei Behandlungsstufen.

- Inspirée des approches structurale (Minuchin) et stratégique (Haley).
- Importance particulière mise sur la *mise en acte* (enactment).
- Prise en compte de 4 domaines:
 - l'adolescent,
 - les parents,
 - la famille
 - la sphère extra familiale.
- Organisée en trois étapes

Fondation Phénix, PHN INCANT

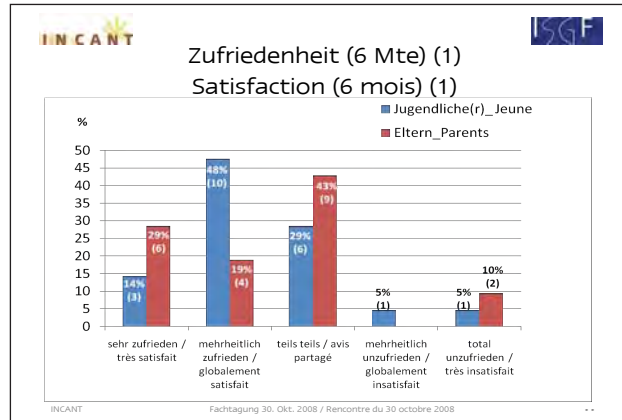
Esther Griching berichtet über die ersten Analysen der Begleitforschung. Bisher konnten 39 Klienten in die Studie aufgenommen werden (Folie 8). Die meisten werden vom Jugendgericht und von den Eltern zugewiesen. Das mittlere Alter ist 16.7 Jahre, 35 sind junge Männer, nur 4 Frauen.

8



Die Klienten weisen eine typische Mehrfachbelastung auf: Familiäre Probleme, getrennte Eltern, Schulabbrüche, frühere Behandlungen, psychische Probleme, Delinquenz, viele Umzüge. Die bisherige Zufriedenheit mit der Behandlung ist bei den jugendlichen Klienten mehrheitlich gut, bei den Eltern unterschiedlich (Folie 9)

9



Aus der Diskussion:

- MDFT liegt in der Tradition der strukturellen Therapie. Sie geht weiter als die übliche Familientherapie, indem sie auch extrafamiliäre Systeme wie Schule und Arbeit mit einbezieht. Die sehr enge Anbindung an die Live Supervision ist ebenfalls neu.
- Für INCANT gilt: Falls TAU in einer Beratungsstelle Familientherapie einschliesst, ist dies ein Ausschlusskriterium für die Randomisierung der Klienten. TAU wäre zu ähnlich wie die MDFT Gruppe.
- Zur Rekrutierung von Klienten: In Genf gibt es eine enge Kooperation mit der Justiz, was die Zuweisung sehr erleichtert. Von 100 zugewiesenen Klienten akzeptieren 60 die Randomisierung in MDFT bzw. TAU.
- TAU besteht in der Fondation Phénix aus wöchentlichen Beratungstreffen mit dem Jugendlichen und monatlichen Treffen mit den Eltern. TAU ist somit viel weniger intensiv und weniger strukturiert als MDFT.
- Schwierigkeiten bei der Übernahme eines amerikanischen Behandlungsmodells in die Schweiz? Für die Therapeuten in der Schweiz und wohl auch den anderen europäischen Ländern bringt MDFT tatsächlich viel Neues, an das man sich erst gewöhnen muss. So u.a. die ständige Live Supervision und die aufsuchende Arbeit in den Systemen der Klienten.

Die Implementierung der Kurzintervention „Realize it!“ in Deutschland und der Schweiz

Peter Tossman; delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung, Berlin
tossmann@delphi-gesellschaft.de

Walter Minder; wissenschaftlicher Mitarbeiter BAG, Bern, walter.minder@bag.admin.ch

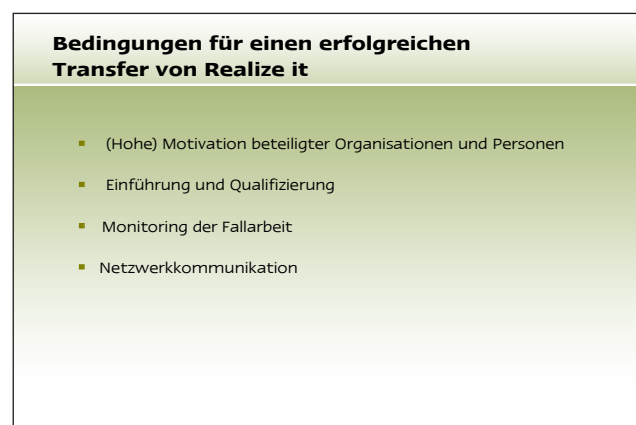
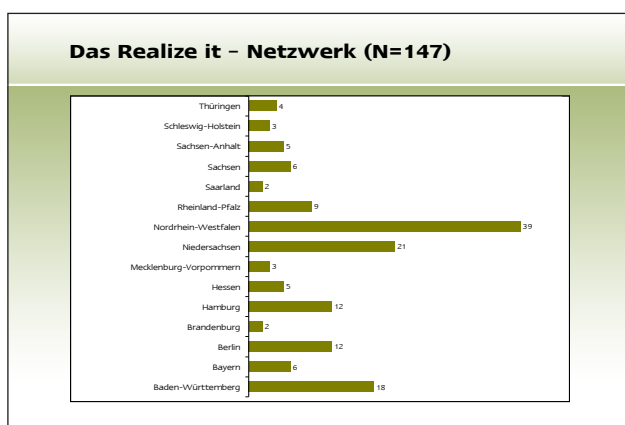
Die Ausgangslage für die Entwicklung von „Realize it!“ war - gleich wie bei INCANT - die steigende Prävalenz des Cannabiskonsums in vielen europäischen Ländern anfangs der 90er Jahre. Der Anteil der Cannabiskonsumenden mit problematischem Konsum wurde auf 10% - 15% geschätzt. Damit verbunden war die Zunahme der Beratungsanfragen bei Therapie- und Beratungsstellen. In einem bilateralen Projekte wurde „Realize it!“ zwischen 2004 und 2007 in 13 Beratungsstellen Süddeutschlands und der deutschen Schweiz erprobt und evaluiert. „Realize it!“ ist ein 12 Woche dauerndes Kurzinterventionsprogramm mit 5 Einzelsitzungen und einer Gruppensitzung. Die Teilnehmenden gelangen in der Regel freiwillig, also mit einer relativ guten Motivation, in das Programm. Die Freiwilligkeit und die Niederschwelligkeit des Programms bringen mit sich, dass die Abbruchquote mit 50% relativ hoch ist. Das Altersspektrum war 20 - 40 Jahre, d.h. die Jüngeren können durch diesen Ansatz nicht genügend angesprochen werden. Über 40% der Teilnehmenden am Programm hatten neben dem problematischen Cannabiskonsum zusätzliche psychische Belastungen, meist depressive Verstimmungen und erhöhte Ängstlichkeit.

Die guten Wirkungsergebnisse der Evaluation (signifikante Abnahme des Cannabiskonsums und der Begleitsymptome) sowie die gute Akzeptanz in der Praxis bewegten das Bundesministerium für Gesundheit, grünes Licht für den bundesweiten Transfer von „Realize it!“ zu geben und die delphi - Gesellschaft damit zu beauftragen. Das Interesse ist gross, denn seit dem Start im Frühjahr bis heute (Ende Oktober 2008) sind 147 Stellen im Netzwerk eingebunden. Die Anzahl teilnehmender Klienten/innen beträgt bis heute um die 380, jeden Monat kommen um die 80 dazu.

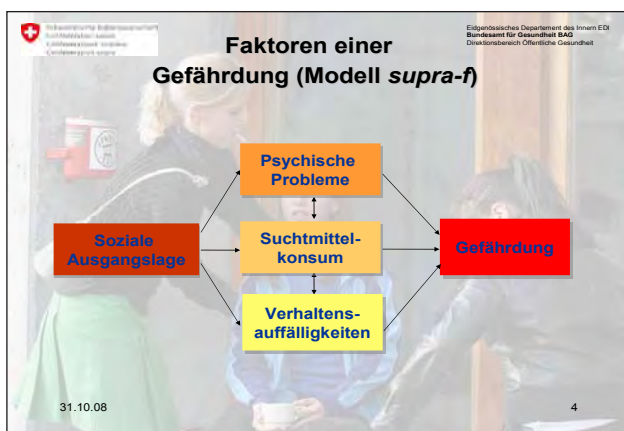
Die Instrumente des Transfers und der folgenden Qualitätssicherung sind:

- Einführungsschulung (3-tägig)
- Netzwerktreffen (je drei 2008 und 09)
- Zentrale Datenerfassung über Internet
- Nachbefragung der Nutzerinnen und Nutzer (3- und 6- Monats-Follow-up)

Die zentrale Datenerfassung über www.realize-it.org ermöglicht der Forschungszentrale ein Fallmonitoring sowie Quartalsberichte zuhanden der Beratungsstellen zu erstellen. Die ersten Auswertungen zeigen, dass auch mehr jüngere Klienten in das Programm aufgenommen werden (47% sind unter 21 Jahre), was durchaus erwünscht ist. Dies hat wohl mit der - verglichen mit der Schweiz - engeren Kooperation zwischen Beratung und Justiz zu tun.



Walter Minder skizziert, wie das BAG die Angebote zur Frühintervention in der Schweiz weiter entwickeln möchte. Ausgangspunkt ist das Gefährdungsmodell, bei dem die vier Faktoren der Sozialen Ausgangslage, der psychischen Probleme, des Suchtmittelkonsums und der externalen Verhaltensprobleme Berücksichtigung finden. Je nach Ausprägung dieser Faktoren scheinen andere Interventionsprogramme geeignet. «Realize it» ist ein Angebot für Menschen, die speziell mit Cannabis ein Problem haben, sonst aber nicht besonders belastet sind. Absicht des BAG ist, ein überprüfbares «Interventionspaket» zur Verfügung zu haben und dieses im Rahmen eines Zertifikationslehrgangs interessierten Fachleuten zugänglich zu machen.



Entwicklung eines Interventionspakets

Kriterien:

- für verschiedene Gefährdungslagen werden verschiedene Interventionen angeboten.
- für die drei Hauptfaktoren (Befindlichkeit, Suchtmittelkonsum, Verhaltensprobleme) werden verschiedene Interventionen eingesetzt werden.
- Die Interventionen sind auf die Zielgruppen adaptiert
- Die Interventionen wurden erfolgreich erprobt und wissenschaftlich evaluiert

31.10.08 7

Was gibt es schon?

- Realize it
- VIVA
- Gefährdungsdiagnostik

Was ist in Entwicklung?

- Realize it für jugendliche Konsumenten
- Netzwerkarbeit

31.10.08 8

Frühförderung für sozial benachteiligte Kinder

Heidi Simoni; Marie Meierhofer Instituts für das Kind, Zürich, simoni@mmizuerich.ch
Ursula Ackermann; Gesundheitsdiensts der Stadt Bern, ursula.ackermann@bern.ch

Das Thema der Frühförderung findet nun auch in der Schweiz vermehrt Beachtung, was grundsätzlich zu begrüßen ist. Allerdings zeigt nicht alles, was «gut gemeint» ist auch «gute Wirkung». In ihrem Übersichtsreferat beleuchtete Heidi Simoni die gesellschaftlichen und fachlichen Grundlagen der Frühförderung. Zu den gesellschaftlichen Grundlagen gehören vorweg die UNO Konvention über die Rechte von Kindern, wie auch die Ausführungen in der Bundesverfassung und in kantonalen Gesetzen. Schutz, Förderung und Beteiligung sind keine Widersprüche, sie ergänzen sich gegenseitig. Ebenso sind Potenzial und Gefährdung in der frühen Kindheit immer zusammen zu sehen. Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen haben sich für das Kind erheblich verändert. So wachsen heute mehr Kinder in kinderarmen Familien auf und haben weniger Kontakt mit anderen Kindern, sei es zu Hause oder in der Nachbarschaft. Die Aufteilung privater und staatlicher Verantwortung muss vor dem Hintergrund des sozialen Wandels neu überdacht werden.

Universelle und/oder selektive Frühförderung? Eine wichtige Erkenntnis ist, dass zuerst mal eine gute Grundversorgung für Alle nötig ist, wie es in der deutschen Schweiz z.B. mit der Mütter- und Väterberatung besteht. Als Ergänzung zur Grundversorgung sollen darauf aufbauend gezielte Fördermassnahmen für benachteiligte Familien angeboten werden. Bei der heutigen Vielfalt angebotener Förderprogramme ist eine kritische Beurteilung nötig (siehe Folien).

Gesellschaftliche Basis früher Förderung

- Rechte von Kindern: Schutz, Förderung, Beteiligung
- Potential und Verletzlichkeit der frühen Kindheit erkannt
- ungleiche Bildungschancen von Kindern aufgrund der sozialen-familialen Herkunft
 - die Familie ist für die Entwicklung von Kindern wichtig und zur Erfüllung ihrer Aufgaben auf familienfreundliche Rahmenbedingungen angewiesen
- Soziale Benachteiligung – sozialer Stress – familialer Stress – Gefährdung der psychischen, physischen, sozialen Entwicklung
- kinderarme Kinderwelten; viele isolierte Erfahrungseinseln, aber mehr institutionelle Betreuung

30. Oktober 2008

Interdisziplinäre Fachtagung Infodrog & BAG
H. Simoni MMI

fachliche Basis früher Förderung

Erkenntnisse:

- ✓ zum Verhältnis von Grundversorgung/universeller Prävention und gezielter Unterstützung/selektiver Prävention gesunder Entwicklung
- ✓ zur Bedeutung früher Erfahrungen mit Erwachsenen und mit Kindern
- ✓ zur Bedeutung von Beteiligung und Teilhabe (Erfahrung von Selbstwirksamkeit) sowie aufmerksamer, interessierter Dritter zur Stärkung von Resilienz

30. Oktober 2008

Interdisziplinäre Fachtagung Infodrog & BAG
H. Simoni MMI

B Spezifische Angebote, Programme, Projekte

- ✓ **Kind im Fokus:** Kurse; integriert im Alltag: Spielgruppe, Bildungskitas
- ✓ **Erziehungskompetenzen im Fokus:** Elternbildungskurse, sozialpädagogische Familienbegleitung, Elternbriefe
- ✓ **Eltern und Kind im Fokus:** u.a. Buchstart, schritt:weise,, hippy, maison verte, muki-vaki-Turnen, Prager Eltern-Kind-Programm
- ✓ **im öffentlichen und halböffentlichen Raum:** u.a. Animationen in Quartier- und Familientreffs, auf Spielplätzen

30. Oktober 2008

Interdisziplinäre Fachtagung Infodrog & BAG
H. Simoni MMI

Bewertung von Angeboten

- Disziplinäre Verankerung plus inter- und transdisziplinäre Vernetzung
- Hohe Professionalität, die Standardisierung und Individualisierung der Unterstützung erlaubt
- Beitrag zur Realisierung von Chancengleichheit
- Nachhaltigkeit auf den Ebenen Angebot und Förderung; keine Eintagesfliegen; Qualität, insbesondere pädagogische/therapeutische Prozessqualität
- multisystemische Perspektive
- Eröffnung von Ressourcen
- Niederschwelligkeit und Anschlussfähigkeit
- Berücksichtigung von Erkenntnissen über segregierende und integrierende Prozesse (z.B. Definition der Zielgruppe; Gruppenbildung)

30. Oktober 2008

Interdisziplinäre Fachtagung Infodrog & BAG
H. Simoni MMI

Bewertung mit Blick aufs Kind

- kognitive, emotionale, sprachliche und soziale Entwicklungsbereiche nicht isoliert, sondern in ihren Wechselwirkungen verstanden, angesprochen und unterstützt.
- ko-konstruktive Ansätze (Entwicklungsbegleitung statt Instruktion)
- Orientierung am Entwicklungsstand, an Bedürfnissen, an Lernprozessen, an Lerndispositionen des Kindes
- Alter der Zielgruppe orientiert sich an sensiblen Phasen nicht an der politischen Durchsetzbarkeit bspw. eines Obligatoriums
- Kontakte mit anderen Kindern

30. Oktober 2008

Interdisziplinäre Fachtagung Infodrog & BAG
H. Simoni MMI

Bewertung mit Blick auf Eltern

- Eltern werden in die Programme einbezogen, da diese die zentralen Menschen für eine gelungene Entwicklung ihrer Kinder sind.
- Eltern werden auch in Kinderangeboten einbezogen.
- Eltern sollen ihr Kind beim Lernen erleben und unterstützen können.
- Eltern brauchen Kenntnisse über die jeweiligen spezifischen Entwicklungsbedürfnisse ihres Kindes.

30. Oktober 2008

Interdisziplinäre Fachtagung Infodrog & BAG
H. Simoni MMI

Bewertung mit Blick auf Haltung und Ziele

- kein einseitig ideologischer Gehalt
- Keine Programmen, die sich fachlich einseitig an einer einzigen Theorie orientieren)
- Familien aus verschiedenen Kulturkreisen werden angesprochen
- Interventionsansätze orientieren sich an den Stärken/ Ressourcen und nicht an den Defiziten von Kindern und Familien.
- eine zukunftsorientierte Perspektive, die auf eine nachhaltige Entwicklung und Integration von Kindern und Familien zielt.
- Förderung der Eigenverantwortung und der Selbstbestimmung der angesprochenen Familien.
- integrative und „niederschwellig“ Ansätze, die Eltern in ihrem Familienalltag abholen.
- günstige Rahmenbedingungen schaffen, Familien bei der Integration ins Gemeinwesen unterstützen

30. Oktober 2008

Interdisziplinäre Fachtagung Infodrog & BAG
H. Simoni MMI

Bewertung mit Blick auf Professionalität




- ausschlaggebend ist der Anspruch des Programminhalts.
- wenn Nicht- Professionelle ein Angebot lancieren oder darin involviert sind, ist eine fachliche Begleitung erforderlich
- je riskanter die familiäre Situationen der Zielgruppe eingeschätzt werden muss, desto höher und umfassender muss die Professionalität sein
- kein kurzsichtiger Einsatz von Nicht-Professionellen aus Spargründen
- alle mitarbeitenden Personen verfügen über Erfahrungen in der Arbeit mit Kindern und mit Erwachsenen

30. Oktober 2008

Interdisziplinäre Fachtagung Infodrog & BAG
H. Simoni MMI

Über erste Erfahrungen mit dem Frühförderprogramm primano in Bern berichtete Ursula Ackermann, Leiterin des städtischen Gesundheitsdienstes.

Seit vielen Jahren macht der schulärztliche Dienst die Beobachtung, dass gewisse Kinder mit so wenigen Basiskompetenzen in den Kindergarten oder die Schule eintreten, dass ein erfolgreicher Schulstart von vornherein erheblich erschwert wird. Aus dieser Beobachtung entstand 2006 das Frühförderkonzept der Stadt Bern mit dem Programm Primano. Die drei Hauptangebote sind *Hausbesuche*, *Fördermodule in Spielgruppen/ Kindertagesstätten* und *Vernetzung*. Das *Hausbesuchsprogramm* richtet sich an sozial benachteiligte Familien. Diese werden während 18 Monaten regelmässig von einer ausgebildeten Laienbesucherin aus ihrem eigenen Kulturkreis besucht und bei der spielerischen Förderung ihres 18–36 Monate alten Kindes angeleitet. Die *Förderung in Spielgruppen und Kindertagesstätten* fokussiert die Schwerpunkte Bewegung, Ernährung, Sprache und Sozialverhalten. Die *Vernetzung* der Akteure und Akteurinnen funktioniert über Quartierplattformen, die bei bestehenden Institutionen innerhalb des Gemeinwesens angebunden sind. Das Programm läuft während einer Pilotphase von 5 Jahren in vier Quartieren der Stadt Bern und wird vom psychologischen Institut der Universität Bern evaluiert. Die zukünftige Finanzierung mit öffentlichen Mitteln wird abhängig sein davon, wie weit die Politik sich von der positiven Wirkung auf die schulischen Startchancen und vom wirtschaftlichen Nutzen der Frühförderung überzeugen lässt.



Erste Erfahrungen

- Rekrutierung Hausbesuchsprogramm erfolgreich durch Mund-zu-Mund-Propaganda und durch Basis Vernetzung
- Elternteilnahme bei Hausbesuchen hoch, bei Gruppentreffen unterschiedlich
- Spielgruppenleitungen sind hoch motiviert und erreichen auch einen guten Elterneinbezug
- Fördermodule erhöhen Wissen, senken Wissensbedarf

www.primano.ch

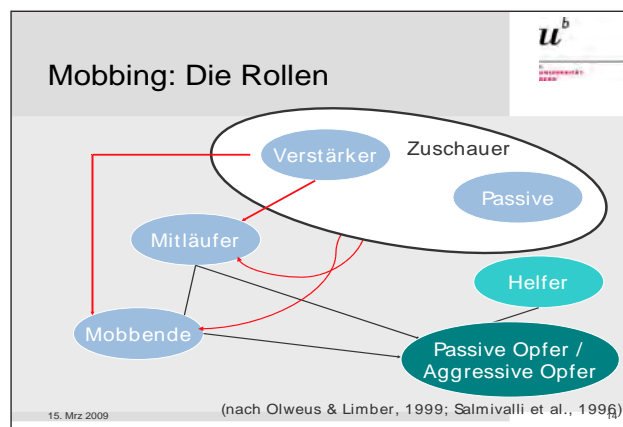
Mobbing: Frühintervention lohnt sich!

Françoise D. Alsaker; Psychologisches Institut der Universität Bern, francoise.alsaker@psy.unibe.ch

Mobbing ist eine spezielle Form von aggressivem Verhalten, das in Gruppen entsteht und am besten als ein ganzes Gefüge von negativen Handlungen beschrieben wird, das zum Teil schwierig zu erkennen ist. Studien zu Mobbing zeigen deutlich auf, dass Mobbing bereits im Kindergarten vorkommt. Gemäss neueren Studien aus Schweizer Kindergärten können 6% als passive Mobbing Opfer und 10% als aggressive Opfer bezeichnet werden. Rund 50% der Kinder sind irgendwie am Mobbing beteiligt. Dies bedeutet, dass Mobbing als soziales Phänomen erkannt wird, und alle betroffenen Akteure in die Prävention eingebunden werden müssen. Mobbing hat negative und teils schwere Folgen für die Opfer und längerfristig auch für die mobbenden Kinder. Es ist deshalb zentral, Mobbing bereits im Kindergartenalter zu erkennen und dort Präventionsarbeit zu leisten. Die Mobbingprävention wird durch einige Besonderheiten aber erheblich erschwert:

- bei Mobbing handelt es sich um ein Verhalten, das am Anfang nicht so klar erkennbar ist, oft im Versteckten geschieht, in einer Art Grauzone
- es wird lange verschwiegen; dies ist erschwerend für eine Früherkennung
- wird im Einzelnen oft als normal angesehen
- es entstehen oft Unsicherheiten zu der Ernsthaftigkeit einzelner Episoden.

Mobbing ist ein weltweites Phänomen und es gibt heute unter Wissenschaftlern einen Konsensus über die soziale Bedeutung von Mobbing und über die Ansätze zu seiner Bekämpfung. 22 Forscher aus der ganzen Welt unterzeichneten im Sommer 2007 die Kandersteger Deklaration gegen Mobbing: www.kanderstegdeclaration.org



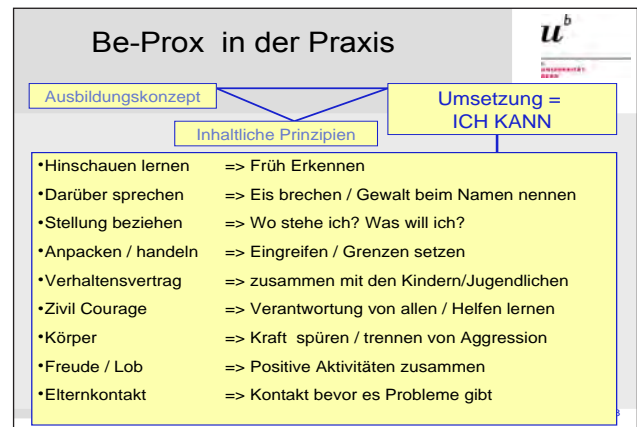
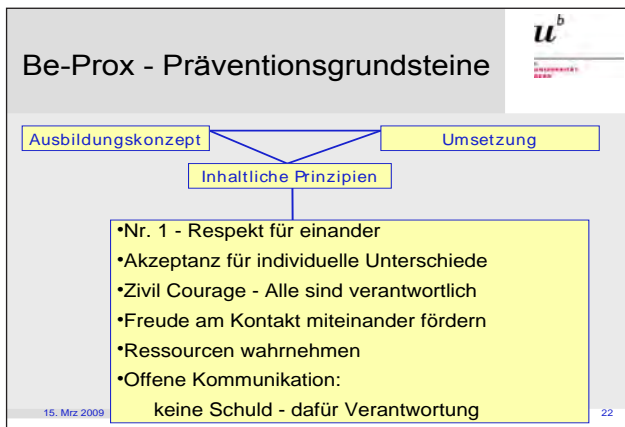
Hilflosigkeit der Akteure

- > Die Opfer können sich nur schwerlich selber wehren
- > Opfer sind in der Klasse wenig beliebt
- > Ihre Freunde sind auch nicht sehr einflussreich
- > Nur wenige Kinder haben den Mut zu intervenieren
- > Auch die Mobber und ihre Assistenten wissen kaum, wie sie auch ihrer Rolle wieder herauskommen sollen

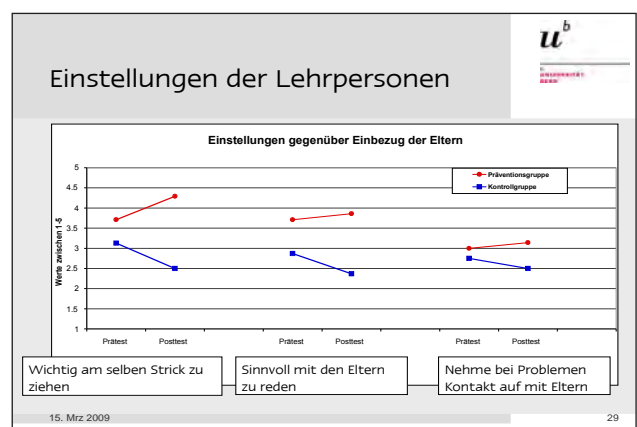
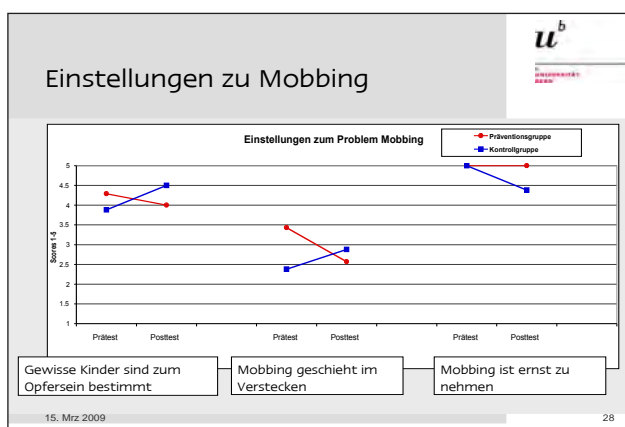
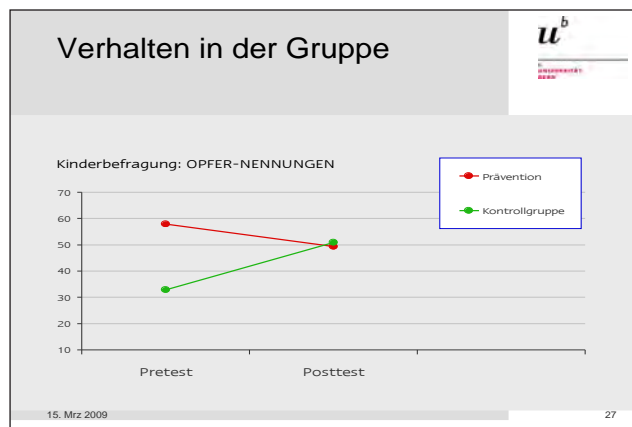
Schlussfolgerungen aus den letzten eigenen Studien

- Mobbing gehört bereits im Kindergarten zum Alltag
- Wir finden die gleichen Rollen / Akteure wie in der Schule
- Negative psychosoziale Konsequenzen zeigen sich bereits im Kindergarten
- Prävention muss im Kindergarten starten

Das Berner Programms gegen Gewalt im Kindergarten und in der Schule (Be-Prox) hat zum Ziel, die Handlungsfähigkeit der Erziehungsbeauftragten zu erhöhen. Das Programm wurde im Rahmen des NFP 52 entwickelt und folgt einem systemischen und Evidenz basierenden Ansatz. Die 2 Systeme Schule und Elternhaus in Kontakt zu bringen ist allerdings schwierig, Und es ist ein Programm, das sich eindeutig auf bestimmte Werte stützt. Es werden Werte diskutiert und Normen gesetzt. Diese sollen die Kinder weiter begleiten. Das Motto Partizipation soll dazu führen, dass Kinder und Jugendliche ihre Verantwortung und Möglichkeiten wahrnehmen. Das Programm sollte nicht nur im Bereich Mobbing Früchte tragen, sondern dazu führen, dass junge Menschen generell Kompetenzen entwickeln, die ihnen in schwierigen Situationen helfen können, wie zum Beispiel „stopp“ sagen können oder anderen Hilfe zu leisten, wenn sie sich selber nicht wehren können.



Zu den Wirkungsergebnissen: Die Interventionsgruppe schneidet nach Interventionsende besser ab als die Kontrollgruppe, die sich am Programm nicht beteiligte. Dies sowohl bei der Frage nach Mobbingvorkommen wie auch bei den Fragen nach Einstellungen der Lehrpersonen zu Mobbing und dem Einbezug der Eltern.



Frühprävention von Gewalt: Ergebnisse der Zürcher Interventionsstudie z-proso

Manuel Eisner; Institute of Criminology, University of Cambridge, UK, manuel.eisner@crim.cam.ac.uk

Die z-proso Studie ist eine für schweizerische Verhältnisse erstmalige und gross angelegte Interventionsstudie zur Gewaltprävention, die nach strengen wissenschaftlichen Qualitätskriterien konzipiert und durchgeführt wurde. Die Studie sollte sowohl Wissen zu Risiko- und Schutzfaktoren generieren, wie auch Wissen über die Wirksamkeit von Präventionsmassnahmen. Anlass der Studie war der im Jahr 2000 formulierte Wunsch der Zürcher Behörden, etwas zum Thema Gewaltprävention zu tun. Daraus ergab sich die nun 10 jährige Zusammenarbeit zwischen den Behörden und der Universität. Manuel Eisner stellt seinen Ausführungen drei Fragen voran:

- (1) Man spricht viel über Jugendgewalt. Aber was weiss man darüber und speziell zur Prävention?
- (2) In welchem Alter soll man mit der Prävention ansetzen?
- (3) Wie sollen die universelle, die selektive und die indizierte Prävention zusammenspielen?

Zur ersten Frage: Eine sorgfältige Prüfung von 600 Präventionsprogrammen in den USA ergab, dass gerade mal 11 Programme als wirksam beurteilt wurden (www.colorado.edu./cspv/blueprints/). Dieser Befund ist auch für uns in der Schweiz wichtig, weil er zur Vorsicht mahnt. «Wenn wir Dinge tun, von denen wir überzeugt sind, dass wir das Richtige tun, können wir nicht einfach davon ausgehen dass wir auch Wirkungen erzielen» sagt Eisner. Tatsache ist, dass wir in der Schweiz eine grosse Wissenslücke haben zur Wirksamkeit der Prävention von Gewalt.

Zur zweiten Frage: Die Forschungsbefunde zeigen einhellig, dass gewalttätige Jugendliche in den allermeisten Fällen bereits in der frühen Kindheit und im Kindergarten auffällig aggressives Verhalten zeigten. Die Umkehrung ist allerdings nicht gegeben: Nicht alle Kinder mit auffälligem Verhalten werden später gewalttätig, die meisten machen eine normale Entwicklung durch.

Zur dritten Frage: Es ist eine Frage des zweckmässigen Mitteleinsatzes, welche Mittel in die universelle, selektive und indizierte Prävention investiert werden. Beim Thema Gewalt ist es aber wichtig zu sehen, dass nur eine kleine Gruppe von Jugendlichen (drei bis fünf Prozent) wiederholt gewalttätig ist, bei weiteren 20 Prozent kommt Gewalt nur vereinzelt vor. Für die grosse Mehrheit der Jugendlichen ist Gewalt kein Thema.

Vor diesem Hintergrund hat man sich in Zürich für einen universellen Ansatz entschieden und die Studie bei Kindern im ersten Schuljahr (Alter knapp 7 Jahre) durchgeführt. Es gibt nicht **die** Ursache von Jugendgewalt. Risikofaktoren liegen in verschiedenen Systemen, so u.a. in der Familie, der Schule, dem Individuum und den Peers. Für z-proso wurden zwei evidenzbasierende Programme ausgewählt: Triple P für die Elternbildung und PFAD für die schulische Intervention. Über ausgewählte Ergebnisse und Folgerungen informieren die folgenden Folien.

Ziele

- Entwicklungsstudie
 - Welche individuellen, familiären, schulischen, nachbarschaftlichen Faktoren beeinflussen die Entwicklung und Verfestigung von Problemverhalten von der Kindheit bis zum Jugendalter?
- Modellversuch – Umsetzungsaspekt
 - Welche Faktoren beeinflussen die Umsetzung von Präventionsprogrammen?
 - Wie kann man Teilnahme sicherstellen? Wie kann man Qualitätssicherung betreiben?
- Modellversuch – Wirkungsaspekt
 - Welche Wirkungen können mit einem Elternkurs erzielt werden?
 - Welche Wirkungen können mit einem Kompetenztraining an Schulen erzielt werden?

Was ist Triple P?



- Standardisiertes Elterntrainingsprogramm
- Entwickelt von Prof Mathew Sanders, University of Queensland, AU
- Verschiedene Intensitätsstufen, neues Triple P für Teenager
- Sehr populär: Verfügbar in AU, CD, NZ, US, HKG, Singapur, UK, D, CH
- Mehrere Studien, mehrheitlich mit sehr kleinen Stichproblem, zeigen gute Wirkungen.

Wirkungen von Triple P

- Gewisse Wirkungen auf Erziehungsverhalten
 - Weniger elterliche körperliche Strafen
 - Mehr erklären, weniger anschreien
- Gewisse Wirkung auf Familienklima
 - Weniger Konflikte in der Familie
- Keine Wirkung auf Verhalten des Kindes aus der Sicht der Eltern
- Aus der Sicht der Lehrperson evtl. sogar leicht negativer Effekt

Was ist PFADe?



- Entwickelt von Mark Greenberg, Penn State University
- Modellprogramm in den USA
- PFADe hat sechs inhaltliche Bausteine: Gefühle erkennen und verstehen; gesundes Selbstwertgefühl; Verstehen und Befolgen von Regeln; Selbstkontrolle; Probleme lösen; soziales Zusammenleben und Freundschaften.
- Die Entwickler legen grossen Wert auf eine sorgfältige, qualitativ hochwertige und begleitete Umsetzung.
- Anzustreben ist nach den Programmentwicklern eine Vermittlung von PFADe in 2-3 Einheiten von 20 Minuten pro Woche.

Wirkungen von PFAD

- Soziale Kompetenzen
 - Rückgang von aggressiven Problemlösungen in Konfliktszenarien
- Problemverhalten nach Einschätzungen der Eltern
 - Weniger aggressives und nicht-aggressives Problemverhalten, aber nur bei hoher Umsetzungsqualität
- Problemverhalten nach Einschätzung der Lehrpersonen
 - Bisher keine positiven Effekte
- Verbesserung des Sozialverhaltens (direkt eingeschätzt), besonders bei hoher Umsetzungsqualität
- Weniger wahrgenommene Verhaltensprobleme im Schulhaus, besonders bei hoher Umsetzungsqualität

Erste Befunde zur langfristigen Wirkung

- Lehrpersonenbefragung Ende 4. Klasse anfangs 5. Klasse
- Alle Lehrpersonen nicht in die Programme involviert -> unabhängige Einschätzung.
- Befunde Triple P:
 - Weiterhin aus Sicht der Lehrpersonen kein positiver Effekt
 - Auch nach 3 Jahren ein kleiner, aber statistisch signifikanter negativer Effekt auf nicht-aggressives Problemverhalten
- Befunde PFADe
 - Überraschend für alle Teilbereiche von externalisierendem Problemverhalten (ADHD, Aggression, nicht-aggressives Verhalten) hoch signifikante positive Effekte
 - Kein Effekt auf internalisierendes Verhalten
 - Knapp signifikanter negativer Effekt auf prosoziales Verhalten

Folgerungen

- Von einzelnen Präventionsprogrammen keine Wunder erwarten. Die Ergebnisse zeigen die Schwierigkeit, in grossen unabhängigen Feldversuchen nachweisbare Präventionseffekte zu erzielen.
- Wenn Programme umgesetzt werden, ein hohes Gewicht auf eine qualitativ gute Umsetzung legen (Motivation, Betreuung, Intensität, Einbettung).
- Auf drei Dimensionen auf eine sorgfältige Abstimmung geachtet werden:
 - Angebote über alle Altersstufen hinweg
 - Verbindung von allgemeiner Prävention und indizierten Programmen für belastete Zielgruppen und Kinder mit Problemverhalten
 - Verbindung von Bereichen (Familie, Schule, Freizeit)
- Sorgfältige Wirkungsevaluationen sollten Standard werden.

