

Kriterien wirksamer schulischer Präventionsprogramme

zusammengestellt von Dr. Nandoli von Marées, Psychologiedirektorin
Schulpsychologische Beratungsstelle Offenburg

Aus den Befunden aus Praxis und empirischer Forschung sowie dem daraus resultierenden Wissen um Risiko- und Schutzfaktoren wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Kriterien zusammengetragen, die wirksame und nachhaltige Präventionsprogramme erfüllen sollten.

- Prävention muss in ein breiteres Konzept der Gesundheitsförderung eingebettet sein, v. a. die Stärkung und Förderung personaler und sozialer Ressourcen zum Ziel haben und darf sich nicht auf z. B. sucht- und drogenspezifische Komponenten beschränken.
- Präventionsprogramme müssen didaktisch über die kognitive Ebene der Wissensvermittlung hinausgehen, d. h. auf strukturierte Art und Weise konkrete Verhaltenskompetenzen vermitteln und diese Kompetenzen tatsächlich einüben und anwenden.
- Schulische Präventionsprogramme dürfen nicht als einmalige Aktionen geplant sein, vielmehr sollten sie frühzeitig einsetzen (ab Schuleintritt), langfristig (d. h. über mehrere Jahre) angelegt und kontinuierlich sein.
- Sie sollten nicht auf einzelne Fächer beschränkt, sondern fächerübergreifend angelegt sein.
- Die Programme sollten zielgruppenspezifisch sein und einen hinreichenden Differenzierungsgrad aufweisen: Die inhaltliche und didaktische Gestaltung der Programme sollte mit der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen Schritt halten, d. h. alters- und entwicklungsangemessen sein.
- Die Maßnahmen müssen soziale und strukturelle Rahmenbedingungen der Institution reflektieren.
- Die Programme sollten multimodal gestaltet sein, d. h. nicht nur die Veränderung individueller Einstellungen und Verhaltensweisen zum Ziel haben, („Verhaltensprävention“), sondern auch eine Modifizierung der gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen („Verhältnisprävention“).
- Die Programme sollten entwicklungspsychologisch fundiert und wissenschaftlich evaluiert sein.
- Sie sollten ihre Effektivität nicht nur unter Experimentalbedingungen unter Beweis stellen, sondern in erster Linie auch dann wirksam sein, wenn sie unter „Normalbedingungen“ implementiert werden.

- Diejenigen, die die Programme durchführen – also in der Regel die Lehrerinnen und Lehrer – müssen ausreichend darauf vorbereitet sein, d. h. sie müssen einerseits über die sozialen und kommunikativen Fähigkeiten verfügen, die für eine angemessene Umsetzung der Maßnahmen nötig sind, und andererseits im Rahmen der Lehreraus- und -fortbildung das notwendige methodische und didaktische Handwerkszeug erwerben können.
- Für die Durchführung der Programme müssen materielle und personelle Ressourcen zur Verfügung stehen.
- Die Ergebnisse favorisieren damit v. a. kognitiv-behaviorale und multimodale Programmansätze, die in der Regel hochstrukturiert angeboten werden, lerntheoretisch sorgfältiger fundiert und insgesamt auf wichtige Gestaltungsprinzipien der Prävention (z. B. Orientierung an empirischen Befunden zu Risiko- und Schutzfaktoren) bezogen sind. (Beelmann, Pfof & Schmidt, 2014)
- Metaanalytische Befunde sprechen weiterhin für Mehrebenen-Programme, die universelle Fördermaßnahmen für alle Kinder mit selektiven Interventionen für Risikokinder kombinieren und zudem unterschiedliche Erfahrungsbereiche (z. B. die Schule, das Elternhaus und Peer-Groups) mit einbinden. (Vgl. Tremblay et al., 1999).

Ziele für zukünftige schulbasierte Präventionsvorhaben:

Schuljahresübergreifende, systematisch und langfristig angelegte Förderkonzepte, die die verschiedenen kindlichen Entwicklungsphasen begleiten; bedarfsorientierte Mehrebenenprogramme, die universelle und selektive/indizierte Interventionen integrieren, sowie die gezielte Zusammenarbeit unterschiedlicher Institutionen (z. B. Gesundheitswesen, Schule, Kommune), um Ressourcen zu bündeln. (Greenberg, 2004)

Quellen und weiterführende Literatur

Beelmann, A., Pfof, M. & Schmitt, C. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Eine Meta-Analyse der deutschsprachigen Wirksamkeitsforschung. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 22, 1-14.

Greenberg, M. T. (2004). Current and future challenges in school-based prevention: The researcher perspective. Prevention Science, 5, 5-13.

Göpel, E. (2006). Für eine Politik nachhaltiger Gesundheitsförderung in Deutschland. Ergebnisse der Sommer Akademie zur Gesundheitsförderung 2006 in Magdeburg.

Kirch, W. (2006). Präventionsprogramme. Prävention und Gesundheitsförderung, Band 1, Heft 3.

Paulik, R. (2006). Suchtprävention als Profession. „State of the art“ in der Suchtprävention. Vortrag anlässlich der PräGend-Tagung vom 9.-10. November 2006.

Schmidt, B. (2004). Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland: Grundlagen und Konzeption. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Tremblay R.E., Lemarquand D., Vitaro F. (1999). The Prevention of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. In: Quay H.C., Hogan A.E. (eds) Handbook of Disruptive Behavior Disorders. Springer, Boston, MA.