

1 Einleitung

1.1 Das Gebiet der Angewandten Entwicklungspsychologie

Der Gegenstand dieses Buches ist die Angewandte Entwicklungspsychologie – begrenzt auf den Zeitraum des Kindesalters, also von der Geburt bis etwa zum zehnten/zwölften Lebensjahr.

Während sich die Entwicklungspsychologie allgemein mit intra- und interindividuellen Veränderungen und Stabilitäten des Verhaltens und Erlebens im menschlichen Lebensverlauf befasst (z. B. Oerter & Montada, 2008), geht der Gegenstand der *Angewandten Entwicklungspsychologie* über die Beschreibung und Erklärung von Entwicklung hinaus und »widmet sich auch der Erschließung von menschlichen Ressourcen, der Förderung entwicklungsbezogener Prozesse und der Prävention von entwicklungsbezogenen Beeinträchtigungen« (Petermann & Schneider, 2007b, S. 2). Dabei ist »angewandte Entwicklungspsychologie nicht auf klinische oder pädagogische Themen beschränkt, sondern umfasst praktisch alle menschlichen Lebensbereiche« (ebd., S. 3).

Eine besondere Bedeutung hat dabei der Bezug zwischen Individuum und Umwelt und insbesondere die Entwicklung in natürlichen wie institutionellen Kontexten; es geht also um die Übertragung der Ergebnisse von Grundlagenforschung auf das Handeln in alltäglichen oder (professionell-)pädagogischen, beraterischen oder auch im weiteren Sinne psychotherapeutischen Zusammenhängen. In diesem Sinne werden in diesem Buch Erkenntnisse aus unterschiedlichen Disziplinen wie der Entwicklungspsychologie, der Pädagogischen Psychologie, der Gesundheitswissenschaften oder der Klinischen Kinderpsychologie integriert.

Grundlegend geht es darum, auf individueller wie auf Gruppenebene Entwicklungsziele und unterschiedliche Entwicklungsstände zu identifizieren, dazu Entwicklungsbedingungen zu analysieren und resultierende Entwicklungsprognosen zu erstellen. Auf diesem Hintergrund wird die Förderung insbesondere individueller Entwicklung von Kindern bzw. der Interaktion von Kind und Bezugspersonen geplant und unterstützt. Zudem stehen die Reduktion von Entwicklungsrisiken und die Kompensation von Fehlentwicklungen im Fokus.

Dabei ist zu beachten, dass Entwicklung grundsätzlich unterschiedliche Verläufe annehmen kann, die dann zu gleichen Zielen führen können: Entwicklung über die Lebensspanne integriert sowohl kontinuierliche als auch diskontinuierliche Verläufe und ebenso Konzepte von Aufbau wie Abbau. »Jede Entwicklung ist immer auch als Spezialisierung oder selektive Optimierung zu sehen, ist also nicht

nur Wachstum und Zugewinn, sondern bedeutet auch die Vernachlässigung alternativer Optionen und umfasst insofern auch Verluste« (Montada, 2008, S. 6). Eine Entwicklungspsychologie (der Lebensspanne) »geht [...] davon aus, dass Entwicklung zu jedem Zeitpunkt des Lebens multidimensional, multidirektional, multikausal und multifunktional ist« (Staudinger, 2007, S. 75).

Dabei bedeutet

- *multidimensional*, dass »Entwicklung gleichzeitig in verschiedenen Funktionsbereichen [beispielsweise in der Motorik, im Bereich der kognitiven oder der sozialen Entwicklung, Anm. d. Verf.] stattfindet« (ebd.),
- *multidirektional*, dass »verschiedene Funktionsbereiche [...] sowohl innerhalb eines Individuums verschiedene Entwicklungsverläufe [zeigen], als auch im Vergleich zwischen verschiedenen Personen« (ebd.),
- *multikausal*, dass Entwicklungen immer unterschiedliche Ursachen haben und diese Ursachen zusammenwirken,
- *multifunktional*, dass es eben »nicht nur ein Kriterium für den Erfolg von Entwicklung gibt, also dafür, was als Gewinn und was als Verlust betrachtet wird« (ebd.).

Im vorliegenden Buch wird explizit versucht, eine *Ressourcenperspektive* einzunehmen und Entwicklungsprozesse von Kindern nicht in erster Linie unter der Perspektive von Fehlentwicklung oder potentieller Einschränkung – und entsprechender Kompensation – zu betrachten. Die Ressourcenperspektive hat sich gegenüber der Risikoperspektive in den letzten 15 bis 20 Jahren in Entwicklungswissenschaft und Gesundheitswissenschaft, aber auch in verschiedenen Feldern der Pädagogik und Sozialen Arbeit als Leitparadigma etabliert (vgl. Petermann et al., 2004; Kasüschke & Fröhlich-Gildhoff, 2008; Bengel et al., 2009). Petermann und Macha postulieren hinsichtlich der Formulierung von Entwicklungsprognosen, dass das Wissen über individuelle Entwicklungsverläufe immer die Ressourcenperspektive berücksichtigen muss; dabei »erscheint eine Feststellung von *Entwicklungspotentialen* gegenüber der Formulierung präziser Prognosen seriöser« (Petermann & Macha, 2007, S. 48).

1.2 Methoden zur Erfassung von Veränderungen

Um Veränderungen und Stabilitäten, aber auch die Wirkungen von Präventions- oder Interventionsmaßnahmen zu erfassen, werden Methoden benötigt, die möglichst genau, unabhängig von der untersuchenden Person, wiederholbar und gegenstandsangemessen sind – und eben auch für den zu erfassenden Zusammenhang Gültigkeit besitzen. Die Ergebnisse derartiger Untersuchungen sollen möglichst genaue Rückschlüsse auf Veränderungen zulassen, die auf altersbedingte Entwicklungsfortschritte oder eben die realisierten Maßnahmen zurückzuführen sind;

darüber hinaus sollen möglichst genaue Vorhersagen über Entwicklungsmöglichkeiten gegeben werden, um beispielsweise pädagogisches Handeln gezielt planen und »einsetzen« zu können.

Dabei besteht das grundsätzliche Problem, dass immer eine Vielzahl von Einflussgrößen eine Bedeutung hat, wenn Entwicklungen abgebildet werden sollen (vgl. zu dieser Diskussion z. B. Berk, 2005, S. 36–52; Bortz & Döring, 2003).

Bei der Untersuchung selbst sind drei zentrale Fragen von Bedeutung:

- a) Wie kommt man zu Daten?
- b) Wie erfasst man Veränderungen?
- c) Wie überprüft man Wirkungen?

Zu a) Die gebräuchlichsten Forschungsmethoden zur Generierung von Daten sind

- *systematische Beobachtung* (bei der Untersuchung von Kleinstkindern wird hier die *Habituationmethode* angewandt),
- *Befragungen von Kindern* (und Eltern),
- *Analyse von Produkten von Kindern*, wie beispielsweise Zeichnungen, hergestellte Gegenstände usw.,
- *Einsatz standardisierter, diagnostischer Verfahren*, wie beispielsweise Entwicklungstests zur Motorik oder zur allgemeinen Entwicklung,
- *physiologische Messung*.

Zu b) Veränderungen werden grundlegend durch (gleichartige) Untersuchungen zu verschiedenen Messzeitpunkten erfasst. Dabei werden in *Längsschnittstudien* Gruppen von Studien-TeilnehmerInnen wiederholt in verschiedenen Altersstufen untersucht; die zeitlichen Abstände können von wenigen Wochen bis hin zu wiederholten Messungen über mehrere Jahre variieren. In *Querschnittstudien* hingegen werden Personen aus verschiedenen Altersgruppen zum gleichen Zeitpunkt untersucht, so können beispielsweise verschiedene Kinder mit sechs Jahren, zehn Jahren und 14 Jahren mittels *eines* Tests über ihr Zahlenverständnis untersucht werden. Im optimalen Fall werden Längs- und Querschnittstudien kombiniert (»Kohortensequenzdesign«). Eine dritte, allerdings selten angewandte Untersuchungsstrategie sind systematische Fallstudien. Hier werden Entwicklungsverläufe von einzelnen Kindern oder auch kleineren Populationen unter sehr kontrollierten Bedingungen über einen Zeitraum hinweg erfasst.

Zu c) Um Wirkungen beispielsweise von pädagogischen Interventionen zu überprüfen, ist es nötig, systematisch Bedingungen zu verändern, um Aussagen über das Verhältnis von Ursachen und Wirkungen – das vorher präzise theoretisch als Hypothese beschrieben sein sollte – treffen zu können. Solche systematischen Veränderungen (Variationen) von Bedingungen bezeichnet man als Experiment. Um bei der Evaluation von Programmen/Interventionen sicherzugehen, dass die Wirkungen auf das Programm zurückzuführen sind, wird eine Vergleichs- oder Kontrollgruppe gebildet, deren Mitglieder die gleichen Ausgangswerte aufweisen. Auch diese Vergleichsgruppe – bei der das Programm nicht durchgeführt wird – wird zum zweiten Zeitpunkt am Programmende noch einmal »getestet«. Im optimalen Fall erfolgt die

Zuweisung zu Vergleichs- und Kontrollgruppe nach dem Zufallsprinzip (»randomized controlled treatment«, RCT) – dies ist allerdings unter naturalistischen Bedingungen nur schwer umzusetzen (zur kritischen Diskussion um diesen »Goldstandard«. z. B. Orlinsky, 2008; Otto, 2007; Fröhlich-Gildhoff, 2004)

Neben den experimentellen Designs existiert eine Tradition sehr sorgfältig durchgeführter und überprüfter Einzelfallstudien. Eine Reihe von Beispielen finden sich in der Sonderausgabe des *Infant Mental Health Journal*, in dem z. B. Tuters, Doulis & Yabsley (2011) die Herausforderungen in der Arbeit mit Kindern und in Familien anhand zweier unterschiedlicher Zugangsweisen der Kind-Eltern-Therapie darlegen. Evaluationsstudien im Vergleich von Durchführungs- und Kontrollgruppe mit qualitativen Methoden haben noch eine geringere Tradition; ein Beispiel hierfür liefert Nentwig-Gesemann (2011), die mittels Gruppendiskussionen die Auswirkungen eines Programms der Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen untersuchte.

1.3 Zielebenen

Bei der Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse – z. B. aus der Entwicklungspsychologie – können unterschiedliche Zielebenen und Handlungs-/Interventionszeitpunkte unterschieden werden. Eine sinnvolle Orientierung bieten hier die Unterscheidungen der Gesundheitswissenschaften (z. B. Waller, 2006; Hurrelmann et al., 2004; Faltermaier, 2005; von Suchodoletz, 2007), aber auch der Medizin und Psychologie/Psychotherapie; dabei werden Präventionsmaßnahmen und -konzepte nach dem Zeitpunkt, der Zielgröße und der »Reichweite« bzw. Spezifität oder Zielgruppe differenziert:

Bezogen auf den *Zeitpunkt* unterscheidet man primäre Prävention (die frühzeitige Krankheitsvermeidung), sekundäre Prävention (Früherkennung von Erkrankungen, um Verschlimmerungen bzw. eine ausgeprägte Manifestation von Symptomen abzuwenden) und tertiäre Prävention (Vermeidung von schweren Folgen bzw. Rückfällen).

Hinsichtlich der *Zielgröße* können Unterscheidungen vorgenommen werden in personale Prävention (Maßnahmen sind auf einzelne Personen bezogen; ein Beispiel hierfür sind Schutzimpfungen), Verhaltensprävention (Maßnahmen sind auf – riskante – Verhaltensweisen bezogen; es wird z. B. auf die Gefahren des Rauchens hingewiesen) und Verhältnisprävention (hier steht die Vermeidung/Veränderung krankmachender Verhältnisse im Mittelpunkt, wie z. B. der Gestaltung ansprechender und risikominimierender Räume in Kindertageseinrichtungen). Der Begriff der »Setting-Prävention« bezieht sich auf Maßnahmen, die insgesamt auf eine gezielte Umgebung, z. B. einen Kindergarten und die hier agierenden Personen, ausgerichtet sind.

Weiterhin kann eine Unterscheidung hinsichtlich der *Spezifität* von Maßnahmen bzw. nach deren *Zielgruppen* getroffen werden: Universelle oder unspezifische

Präventionsmaßnahmen setzen nicht an einem spezifischen Krankheitsrisiko an, sondern versuchen allgemein gesundheitserhaltende Faktoren zu verbessern – ein Beispiel hierfür wären Programme zur Verbesserung der Fähigkeiten zur Stressbewältigung und zur Emotionsregulation. Selektive Präventionsmaßnahmen haben die Vorbeugung bzw. Verhinderung gezielter Fehlentwicklungen, z. B. die Entstehung gewalttätigen Verhaltens zum Ziel. Bei indizierter Prävention geht es darum, bei bereits identifizierten Risikogruppen gezielte (vorbeugende) Interventionen zu gestalten.

Dabei steigt in der Regel die Intensität der entwicklungs- und gesundheitsförderlichen Aktivitäten bzw. Interventionen mit der Stärke des (individuellen) auffälligen Verhaltens; die Breite der Zielgruppe verringert sich entsprechend:

Präventionsansätze

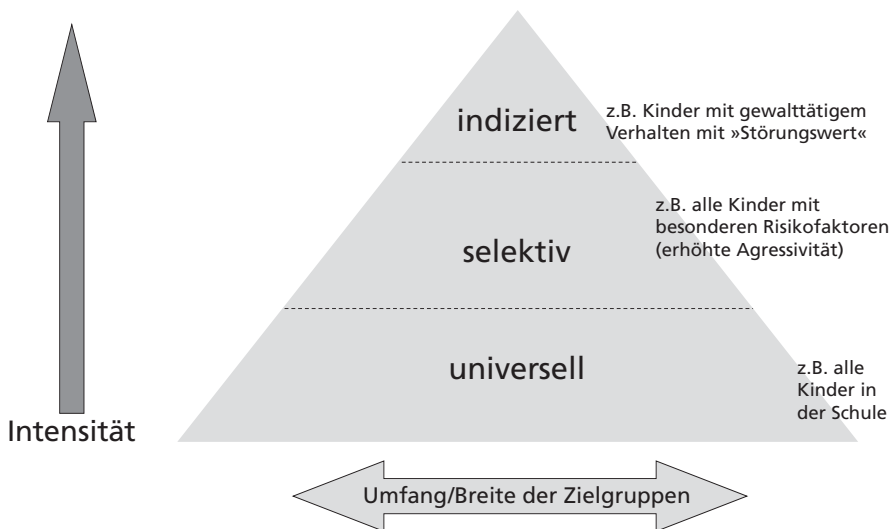


Abb. 1.1: Zielgruppenspezifität präventiver Angebote

In den Gesundheitswissenschaften wird neben der Notwendigkeit der Prävention, also dem Grundprinzip, Krankheitsrisiken zu vermeiden oder abzubauen, der *Gesundheitsförderung* ein zentraler Stellenwert gegeben. Dabei geht es darum, gesundheitliche Ressourcen und Lebensweisen zu stärken und aufzubauen. Nach der Ottawa-Charta der WHO wird dies durch die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, die Entwicklung allgemein persönlicher Kompetenzen sowie die Vernetzung von Diensten und eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik erfolgen. So setzt die »Gesundheitsförderung vor allem auf die Stärkung und den Aufbau von Ressourcen, um damit Gesundheit auch in ihrer positiven Ausprägung zu fördern« (Faltermaier, 2005, S. 299).

Übertragen auf die Anwendung entwicklungspsychologischer Erkenntnisse bedeutet dies, dass eine Unterscheidung zwischen folgenden Zielebenen zu treffen ist:

1. Allgemeine Unterstützung von Entwicklungen und von entwicklungsförderlichen Interaktionen zwischen Erwachsenen und Kindern im Alltag wie in professionellen Zusammenhängen
2. Prävention von Auffälligkeiten auf der Grundlage differenzierter Analyse mittels systematischen Handelns (unter Einbezug wissenschaftlich abgesicherter Vorgehensweisen)
3. Gezielte Intervention(en) beim Vorliegen von Auffälligkeiten oder Störungen der Entwicklung in unterschiedlichen Bereichen

Professionelles entwicklungs- und gesundheitsförderliches Handeln muss demgemäß auf genauen Analysen und Planungen beruhen, die dann zum reflektierten Einsatz von Handlungsstrategien und/oder Programmen führen. Dies soll im Folgenden verdeutlicht werden.

1.4 Der Kreislauf differentiellen, passgenauen Handelns

Ausgangspunkt eines passgenauen Handelns – in der »alltäglichen« Begegnung wie bei der gezielten professionellen Intervention – ist immer eine Analyse des Entwicklungsstandes eines Kindes, seiner Interessen und Bedürfnisse. Dies geschieht oft intuitiv und in Sekundenschnelle oder eben im professionellen Zusammenhang durch gezielte Beobachtung bzw. weitergehende diagnostische Prozesse (s. hierzu ausführlicher ► **Kap. 3** in diesem Buch, auch: Mischo et al., 2011). Aus dem Erkennen, Verstehen und Interpretieren der kindlichen Signale folgt eine – oft gleichfalls intuitive – Handlungsplanung und im nächsten Schritt die Umsetzung. Die Reaktionen des Kindes auf das Handlungs- und Begegnungsangebot führen im Sinne eines Kreislaufprozesses zu einer Überprüfung der Handlungsergebnisse, zu erneuter Beobachtung und entsprechend differenzierter Planung:

Dieses Kreislaufmodell hat Entsprechungen zu Konzepten professioneller pädagogischer Handlungsplanung (z. B. Mischo et al., 2011, S. 17), Modellen präventiven bzw. gesundheitsförderlichen Handelns (z. B. Röhrle, 1999, S. 57) und zum »Public Health Action Cycle«: »Der Gesundheitspolitische Aktionszyklus gliedert die Intervention in vier Phasen: 1. die Definition und Bestimmung des zu bearbeitenden Problems (Problembestimmung), 2. die Konzipierung und Festlegung einer zur Problembearbeitung geeignet erscheinenden Strategie bzw. Maßnahme (Strategieformulierung), 3. die Durchführung der definierten Aktionen (Umsetzung) sowie 4. die Abschätzung der erzielten Wirkungen (Bewertung). Wird das Ergebnis der Bewertung mit der ursprünglichen Problembestimmung in Beziehung gesetzt, so kommt es zu einer neuen Problembestimmung.

Dann kann der Zyklus von Neuem beginnen und wird zur Spirale« (Rosenbrock & Hartung, o. J.).

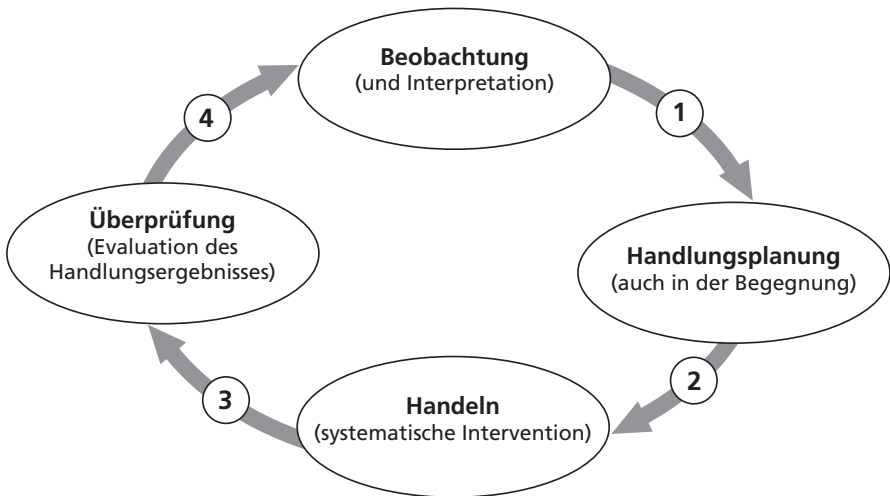


Abb. 1.2: Kreislauf differentiellen, passgenauen Handelns

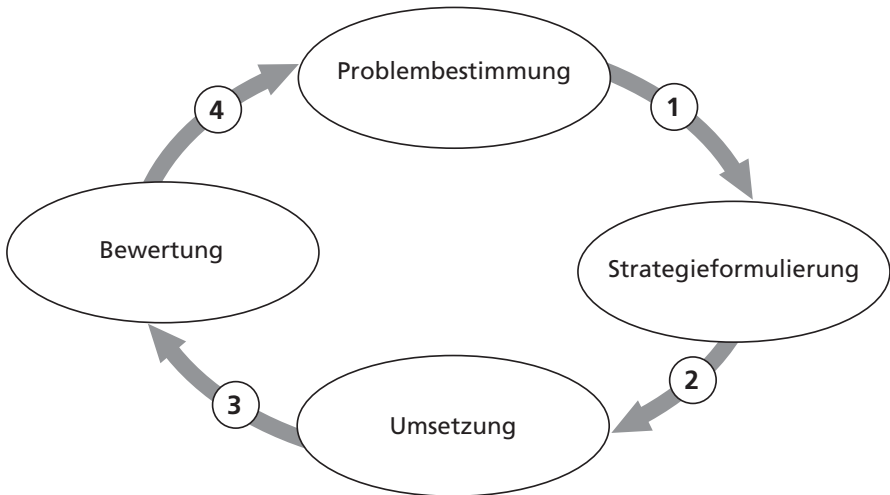


Abb. 1.3: Public Health Action Cycle (aus: Rosenbrock & Hartung o. J.)

Die Orientierung an einem Modell bzw. Konzept differentiellen und passgenauen Handelns bedeutet nicht die ausschließliche Orientierung an einem standardisierten oder normierten Vorgehen – oder den Rückgriff auf bestimmte Programme. Soziale Situationen – und um solche handelt es sich in der Regel in professionellen pädagogischen oder psychologischen Zusammenhängen – sind immer durch ein

hohes Maß an Komplexität und Ungewissheit gekennzeichnet; sie sind nur begrenzt vorhersagbar (vgl. Luhmann, 2000; Nentwig-Gesemann, 2008) und konstituieren bzw. konstruieren sich durch das Miteinander der agierenden Akteure. Dies bedeutet, dass einerseits zwar auf (Handlungs-) Routinen zurückgegriffen werden kann, andererseits jedoch immer wieder neu die jeweilige (Interaktions-) Situation be(ob)achtet, eingeschätzt und analysiert werden muss.

1.5 Die Bedeutung von Programmen

In der vorliegenden Literatur zur Angewandten Entwicklungspsychologie (Petersmann & Schneider, 2007a; Hetzer et al., 1990), aber auch zur Prävention von Entwicklungsstörungen (z. B. von Suchodoletz, 2007b) oder von Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Fingerle & Grumm, 2012; Röhrle, 2007; Lohaus & Domsch, 2009) finden sich eine Vielzahl von Präventions- und Interventionsprogrammen für verschiedenste Alters- und Zielgruppen zur »Anwendung« bei den verschiedensten Problemlagen (Überblick bei: Lohaus & Domsch, 2009). Ein Teil dieser Programme wird auch im vorliegenden Buch vorgestellt – zuvor sollen jedoch Möglichkeiten und Grenzen anhand von fünf Fragestellungen diskutiert werden:

1. Generelle Wirksamkeit

In den vergangenen 25 Jahren wurden auf körperlicher wie seelischer Ebene eine Vielzahl von Präventionsprogrammen realisiert (und evaluiert). Aus Meta-Analysen, also programmübergreifenden Vergleichsstudien, ergibt sich zunächst, dass insgesamt »psychosoziale Präventionsprogramme weit überwiegend positive und zum Teil beträchtliche Wirkungen aufweisen« (Beelmann, 2006, S. 157). »Die Arbeiten von Durlak und Wells (1997, 1998) geben mit Effektstärken von $d = 0.34$ für universelle und $d = 0.50$ für selektive Präventionsmaßnahmen die wohl zuverlässigsten mittleren Effektschätzungen von Präventionsmaßnahmen wieder« (ebd., S. 157); es handelt sich hierbei um »mittlere Effektstärken«, die eine geringere Belastungs- bzw. höhere Besserungsrate von ca. 15–25 % erklären (ebd.). In der Meta-Analyse sozialer Trainingsprogramme von Beelmann und Lösel (2007, S. 248) zeigte sich, dass diese Programme einen positiven Effekt mit einer durchschnittlichen Gesamteffektstärke von $d = 0.39$ (Post – Test) und $d = 0.28$ (Follow-up) erreichten. Dabei fallen die Effekte in der Richtung dissoziales Verhalten »insgesamt geringer aus [...] als die Effekte in Maßen der sozialen Kompetenz« (ebd., S. 248 f.). Präventionskonzepte die im frühen Lebensalter einsetzen, sind überlegener, wenn sie entwicklungsangemessen konzipiert wurden. »Dem entsprechend sollte das Fazit nicht »so früh wie möglich«, sondern »rechtzeitig und entwicklungsangemessen« lauten« (Beelmann & Schmitt, 2012, S. 132).

Dabei stellt nach Wettstein und Scherzinger (2012, S. 174) »eine differenzierte Diagnostik eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Intervention dar.« Die

entsprechende differenzierte Problemwahrnehmung ist die zentrale Ausgangsbasis für Programmauswahl und Anwendung; es kommt auf die »Passung zwischen Präventionsangeboten und der individuellen und interaktionalen Problemsituation« an (ebd.).

Im Übrigen haben sich Präventionsprogramme, bei denen allein Information und Aufklärung im Mittelpunkt stehen, als relativ unwirksam erwiesen. »Wenn Verhaltensänderungen erreicht werden sollen, dann sind Trainingsprogramme effektiver, die neue Verhaltensmuster z. B. mit Rollenspielen, einüben« (von Suchodoletz, 2007b, S. 8; ebenso: Heinrichs et al., 2002, Beelmann, 2006).

2. Das Verhältnis zwischen isolierter Programmimplementierung und Setting-Ansätzen

Zwar sind einzelne Programme einfacher zu evaluieren und erreichen daher aus methodischen Gründen oft zufriedenstellende Effekte. Dennoch betont eine Vielzahl von AutorInnen (Beelmann, 2006; Beelmann & Lösel, 2007; Heinrichs et al., 2002; Durlak, 2003; Röhrle, 2008), dass die Programme im Optimalfall Kinder, deren Eltern und das soziale Umfeld erreichen müssen (multimodale oder systemische Perspektive) und in deren Lebenswelt ansetzen sollten (Setting-Ansatz). Dabei erweisen sich langfristig eingesetzte Programme erfolgreicher als kurze Programme oder einzelne Trainings.

Bei »umfassenden Präventionsprojekten, die eine Kombination verschiedener Maßnahmen beinhalten [...] ergeben sich positive Ergebnisbilanzen, die auch längerfristig erzielt werden, sodass derartige Präventionskonzepte zumindest für Kinder und Familien aus Kontexten mit chronischen und multiplen Problemkonstellationen zur Zeit die beste Wahl zu sein scheinen« (Beelmann & Schmitt, 2012, S. 126). Auch von Suchodoletz (2007b, S. 8) betont:

»Um relevante Effekte zu erreichen, ist es oft erforderlich, mehrere Lebensbereiche (Schule, Familie, weiteres Umfeld) einzubeziehen.«

3. Die Frage der guten Implementierung

Fingerle et al. (2012) führen aus, dass mittlerweile klare Orientierungen vorliegen, wie Programme inhaltlich gestaltet sein müssen, damit sie erfolgreich sind. Allerdings gibt es eine Reihe von Implementationsproblemen sowie »eine nicht immer ausreichende Berücksichtigung der Adressatenperspektive« (ebd., S. 9). Auch von Suchodoletz (2007b) weist auf das Problem hin, dass viele Programme, die unter Erprobungsbedingungen positiv evaluiert wurden, an der langfristigen Umsetzung in die Praxis scheitern. Dies bedeutend vor allem, dass die Programme nutzerfreundlich und auf Zielgruppen zu adaptieren sein müssen. Weiterhin ist eine gute Schulung der Programmanbieter nötig; »eine größere Wirksamkeit [wird] durch Programme erzielt, die Supervisions- bzw. Monitoring-Elemente beinhalten« (Beelmann & Schmitt, 2012, S. 135).

Grumm et al. (2012) widmen sich der Frage, wie bedeutsam die Akzeptanz eines Programms ist: »Das heißt, dass die angewendeten Methoden zur Zielgruppe und zur durchführenden Person passen müssen, dass die Ziele des Programms als wertvoll und sinnvoll wahrgenommen werden müssen und dass der zeitliche

Aufwand im Verhältnis zum subjektiv erlebten Nutzen stehen muss« (ebd., S. 158). In diesem Zusammenhang wird die »soziale Validität« als »ein weiteres Kriterium für die Güte von Prävention« diskutiert (ebd., S. 160).

Von Suchodoletz (2007b, S. 7f.) spricht sich für die »Entwicklung spezieller Programmvarianten für spezifische Zielgruppen aus [...] Zielgruppen, insbesondere wenn diese aus den unterprivilegierten Schichten kommen, müssen spezifisch angesprochen werden. Die Wege müssen kurz, die Zugangshürden niedrig und die Erreichbarkeit einfach sein. Sollen Familien mit Migrationshintergrund einbezogen werden, dann müssen auch kulturelle Besonderheiten berücksichtigt werden.«

4. *Universelle vs. Spezifische Programm/maßnahmen*

In vorliegenden Forschungsergebnissen zeigt sich einerseits, dass die Effekte »universeller Präventionskonzepte [tendenziell] geringer sind als die Wirkungen gezielter Präventionsmaßnahmen« (Beelmann & Schmitt, 2012, S. 129). Andererseits hängt dies in erster Linie mit methodischen Aspekten zusammen: So kommt z. B. Problemverhalten in nicht selektierten Stichproben in geringerem Maße vor, es verändert sich dann entsprechend auch nicht. In den unausgewählten Gruppen entwickelt auch die Mehrheit in der Kontrollgruppe keine Verhaltensprobleme. Bei selektiven Programmen sind die zu operationalisierenden Variablen als Erfolgsmaße in der Regel enger zu fassen und entsprechend näher auf das Programmziel zu beziehen. »Proximale Kriterien, die den Inhalten der Prävention sehr nahe stehen (z. B. Problemlösekompetenzen bei einem sozialen Kompetenztraining), ergeben in der Regel deutlich höhere Effekte als distale Erfolgsmaße (z. B. Verhaltensbeurteilungen von unbeteiligten Dritten)« (ebd., S. 135).

Der Vorteil universeller Maßnahmen besteht in »ihrer geringen Stigmatisierungstendenz und ihrer in der Regel sehr niedrigen Zugangsschwelle, (die dann) auch einen besseren Einstieg in umfassendere und spezifischere gezielte Präventionsmaßnahmen ermöglichen. In diesem Sinne schlägt Greenberg (2004) vor, Programme zu initiieren, die die unterschiedlichen Präventionsarten vereinen und sowohl universelle Elemente beinhalten als auch gezielte Vertiefungen zulassen« (ebd., S. 130).

Zusammenfassend erscheint es angemessen, »stufenweise vorzugehen. Kostengünstigere universelle Präventionsansätze (mit begleitender Diagnostik) wären dabei ein Einstieg in verschiedene Programmpfade, die mit den Hochrisikogruppen zu individuell zugeschnittenen intensiven Maßnahmen führen« (Beelmann & Lösel, 2007, S. 250). Die Programmintensität sollte gestaffelt und aufbauend über Kindergarten, Grundschule und weiterführende Schule immer wieder aufgefrischt werden.

Bei indizierten Programmen oder Maßnahmen werden Gruppeninterventionen in der Präventionsforschung eher kritisch diskutiert: Das Zusammenführen mehrerer Kinder oder Jugendlicher mit deutlichen Verhaltensauffälligkeiten bzw. -störungen kann zu negativen Effekten der gegenseitigen »Ansteckung« führen (Dodge et al., 2006; Perren & Graf, 2012).