

**FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG**

**EXPERTISE ZUR  
PRÄVENTION DES  
SUBSTANZMISSBRAUCHS**

**BAND 29**



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

**BZgA**

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden z.B. Kampagnen zur Aids-Prävention, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist derzeit der zielgruppenspezifische Schwerpunkt der BZgA. Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von Marktübersichten zu Medien und Maßnahmen in ausgewählten Bereichen zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA.

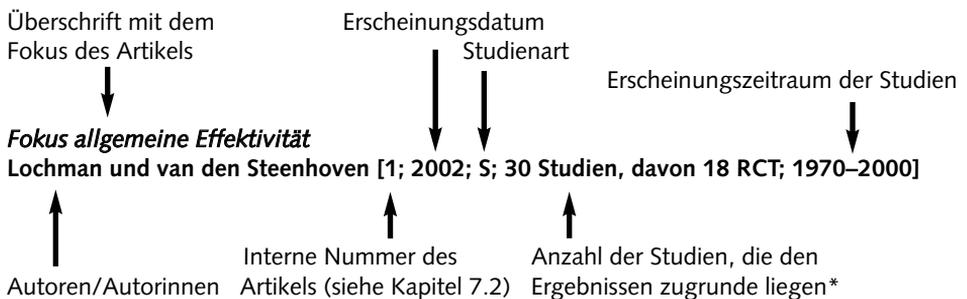
Im Rahmen ihrer Qualitätssicherungsaufgaben führt die BZgA Forschungsprojekte, Expertisen, Studien und Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsförderung durch. Die Ergebnisse und Dokumentationen finden größtenteils Eingang in die wissenschaftlichen Publikationsreihen der BZgA, um sie dem interessierten Publikum aus den verschiedensten Bereichen der Gesundheitsförderung zugänglich zu machen. Die Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ versteht sich, ebenso wie die themenspezifische Reihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“, als ein Forum für die wissenschaftliche Diskussion. Vornehmliches Ziel dieser auch in Englisch erscheinenden Fachheftreihe ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern und Grundlagen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung zu schaffen.

## Berücksichtigte Studienarten

- M Meta-Analyse
- S Systematischer Review
- U Unsystematischer Review
- E Expertinnen- und Expertenüberblick
- BP Best-Practice-Übersicht
- ES Einzelstudie

## Aufbau der Ergebniskapitel

Am Anfang jeder Artikeldarstellung steht eine derartige Kurzbeschreibung (Beispiel):



\* wenn möglich mit Gesamtzahl der ursprünglich identifizierten, nicht ausgewählten Studien; wenn möglich mit Hinweis auf Design der Studien (RCT: randomisierte, kontrollierte Studie; CT: kontrollierte Studie; ITS: Zeitreihenstudie)

## Evidenzstärke der Schlussfolgerungen

- A Meta-Analyse mit hochwertigen Einzelstudien (RCT, CT und ITS)
- B Systematischer Review mit hochwertigen Studien (RCT, CT und ITS)
- C Meta-Analyse oder systematischer Review mit allen Studien
- D Unsystematischer Review, Expertinnen- und Expertenüberblick oder Best-Practice-Überblick
- E Einzelstudie oder Ergebnis wird anhand empirischer Befunde diskutiert, die nicht direkt darüber informieren oder es testen.
- F Widersprüchliche Befundlage zwischen Reviews der Kategorien A bis C, wobei die Schlussfolgerung in die Richtung des evidenzstärkeren Reviews formuliert ist.

**FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG**  
**BAND 29**

**EXPERTISE ZUR PRÄVENTION  
DES SUBSTANZMISSBRAUCHS**

Anneke Bühler, Christoph Kröger

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Begriffe, die im Glossar erklärt werden, sind durch → gekennzeichnet.

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 29  
Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs  
Köln: BZgA, 2006

Herausgeberin:  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln  
Tel.: 02 21/89 92-0  
Fax: 02 21/89 92-300

Projektleitung: Susanne Jordan  
E-Mail: [susanne.jordan@bzga.de](mailto:susanne.jordan@bzga.de)

Alle Rechte vorbehalten.

Lektorat: René Zey, Frechen  
Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen  
Druck: Schiffmann, Bergisch Gladbach

Gedruckt auf Recyclingpapier.

ISBN 3-937707-24-7

Band 29 der Fachheftreihe ist erhältlich  
unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,  
und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Bestellnummer: 60 629 000

# Vorwort

Im Jahr 1993 hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die „Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs“ in Auftrag gegeben. Nach über zehn Jahren bestand ein Bedarf, den aktuellen wissenschaftlichen Stand der Suchtprävention der Fachöffentlichkeit in Deutschland zusammengefasst zugänglich zu machen. Anhand der Analyse von qualitativ hochwertigen Übersichtsarbeiten wie Reviews und Meta-Analysen über wirksame Maßnahmen zur Prävention des Substanzmissbrauchs informiert diese Expertise die Fachöffentlichkeit über wirksame Suchtpräventionsstrategien. Für die Durchführung des Vorhabens konnte die BZgA das Institut für Therapieforschung in München gewinnen.

Die Forschung zur Prävention substanzbezogener Störungen hat in den letzten Jahren ein erhebliches Wissen erarbeitet, das praxisrelevant ist, aber in viel stärkerem Maße als bisher umgesetzt werden muss. Vorrangig sind langfristig angelegte, unter Berücksichtigung der Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen verzahnte Konzepte der Verhaltens- und Verhältnisprävention. Grundlage für effektive Suchtprävention ist ein zielgerichtetes Vorgehen, das sich an Befunden der Präventionsforschung orientiert.

Ich freue mich, mit diesem Fachheft eine Veröffentlichung vorlegen zu können, die alle Akteurinnen und Akteure sowie in der Planung und Entscheidung Tätige auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene über den gegenwärtigen Stand bester suchtpreventiver Praxis informiert und qualifizierte Unterstützung für die Konzeption suchtpreventiver Maßnahmen bietet.

Köln, im Februar 2006

Dr. Elisabeth Pott  
Direktorin der Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung



# Steckbrief des Projekts

---

Projekttitel:	Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs
Ziele:	– Wissenschaftliche Bestandsaufnahme zur Suchtprävention – Fortführung der „Expertise Primärprävention des Substanzmissbrauchs“ von 1993
Durchführungszeitraum:	September 2003 bis November 2005
Methoden:	Beurteilung der Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prävention des Substanzmissbrauchs anhand von qualitativ hochwertigen Übersichtsarbeiten wie Reviews und Meta-Analysen.
Projektdurchführung:	IFT – Institut für Therapieforschung Parzivalstraße 25 80804 München
Autorin und Autor:	Dr. Anneke Bühler, Dr. Christoph Kröger
Finanzierung:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln Tel.: 0221-8992-0; Fax: 0221-8992-300
Projektleitung in der BZgA:	Susanne Jordan

---



# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	9
<b>1 EINFÜHRUNG</b>	11
1.1 Problemlage: Substanzgebrauch und -missbrauch bei Kindern und Jugendlichen	12
1.2 Ziel und Zielgruppe der Expertise	15
<b>2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN VON SUCHTPRÄVENTIVEN MASSNAHMEN</b>	17
2.1 Für alle Maßnahmen relevante Theorien	18
2.2 Theorien für verhaltensbezogene Maßnahmen	22
2.3 Theorien für familienorientierte und schulsystembezogene Maßnahmen	24
2.4 Theorien für massenmediale Maßnahmen	25
2.5 Theorien für systemübergreifende und communitybezogene Maßnahmen	26
2.6 Theorien für gesetzliche Maßnahmen	27
2.7 Theorien für zielgruppenspezifisches Vorgehen	28
<b>3 METHODIK</b>	31
3.1 Roter Faden: Theoretische Einbettung der Ergebniszusammenfassung	32
3.2 Angestrebte Literaturbasis	33
3.3 Suchstrategie zur Identifikation der Übersichtsartikel	34
3.4 Endgültige Auswahl der Übersichtsartikel	35
3.5 Auswertung der Übersichtsartikel	36
<b>4 ERGEBNISSE</b>	41
4.1 Aufbau der Ergebnis- und Schlussfolgerungskapitel	42
4.2 Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen in unterschiedlichen Handlungsfeldern	44
4.2.1 Familie – Ergebnisse	44
4.2.2 Familie – Schlussfolgerungen	49
4.2.3 Schule – Ergebnisse	49
4.2.4 Schule – Schlussfolgerungen	60
4.2.5 Freizeit/Freunde – Ergebnisse	62
4.2.6 Freizeit/Freunde – Schlussfolgerungen	63

4.2.7	Medien – Ergebnisse	63
4.2.8	Medien – Schlussfolgerungen	66
4.2.9	Community – Ergebnisse	67
4.2.10	Community – Schlussfolgerungen	71
4.2.11	Gesetzliche Rahmenbedingungen – Ergebnisse	72
4.2.12	Gesetzliche Rahmenbedingungen – Schlussfolgerungen	79
<b>4.3</b>	<b>Wirksamkeit von Prävention – handlungsfeldübergreifend</b>	<b>80</b>
4.3.1	Prävention mit Risikogruppen – Ergebnisse	80
4.3.2	Prävention mit Risikogruppen – Schlussfolgerungen	83
4.3.3	Negative Effekte – Ergebnisse	83
4.3.4	Negative Effekte – Schlussfolgerungen	85
4.3.5	Geschlechtsspezifität – Ergebnisse	85
4.3.6	Geschlechtsspezifität – Schlussfolgerungen	86
4.3.7	Effizienz – Ergebnisse	86
4.3.8	Effizienz – Schlussfolgerungen	88
4.3.9	Tabakprävention – Schlussfolgerungen	88
4.3.10	Alkoholprävention (undifferenziert) – Ergebnisse	90
4.3.11	Alkoholprävention – Schlussfolgerungen	91
4.3.12	Prävention illegale Drogen (undifferenziert) – Ergebnisse	93
4.3.13	Prävention illegale Drogen – Schlussfolgerungen	94
<b>4.4</b>	<b>Methodische Qualität der Überblicksarbeiten im Bereich Suchtprävention</b>	<b>95</b>
<b>4.5</b>	<b>Die Ergebnisse der Expertise im Vergleich zu anderen Expertisen</b>	<b>98</b>
4.5.1	WHO-Expertise 2002	98
4.5.2	Babor et al. 2003	100
<b>5</b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>101</b>
5.1	Was wirkt? Was wirkt nicht?	103
5.2	Verhaltens- versus Verhältnisprävention	105
5.3	Was heißt Wirksamkeit in der Suchtprävention?	106
5.4	Standortbestimmung und zukünftige Aufgaben der Präventionsforschung und -praxis in Deutschland	107
<b>6</b>	<b>HANDLUNGSORIENTIERTER AUSBLICK FÜR DIE DEUTSCH- SPRACHIGE PRÄVENTIONSPRAXIS</b>	<b>113</b>
<b>7</b>	<b>LITERATUR</b>	<b>121</b>
<b>8</b>	<b>BERÜCKSICHTIGTE ARTIKEL FÜR DIE SCHLUSSFOLGERUNGEN ZUR WIRKSAMKEIT</b>	<b>129</b>
<b>9</b>	<b>GLOSSAR</b>	<b>137</b>

# Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Expertise, die mit finanzieller und fachlicher Unterstützung der BZgA entstanden ist, ist es, die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prävention des Substanzmissbrauchs<sup>1</sup> anhand von qualitativ hochwertigen Übersichtsarbeiten wie Reviews und Meta-Analysen zu beurteilen. Wirksamkeit wird hier definiert als Verhinderung, Verzögerung oder Reduktion des Konsumverhaltens von Tabak, Alkohol, Cannabis und anderen illegalen psychoaktiven Substanzen bei Kindern und Jugendlichen. Sowohl Maßnahmen der Verhaltens- als auch der Verhältnisprävention werden berücksichtigt. Angestrebt werden Schlussfolgerungen zur Effektivität von Maßnahmen, die in unterschiedlichen Settings angesiedelt sind, sowie substanzspezifische Schlussfolgerungen. Den Schlussfolgerungen wird eine Evidenzstärke zugewiesen. Darüber hinaus werden Aussagen zur geschlechtsspezifischen Wirksamkeit und zu den negativen Folgen von Suchtprävention sowie zur Effizienz formuliert. Neben dieser Hauptaufgabe wird der theoretische Hintergrund der effektiven Maßnahmen dargestellt und beurteilt.

Für den Zeitraum von 1993 bis 2003 wurden 49 Veröffentlichungen systematisch identifiziert und ausgewählt (acht → Meta-Analysen, 22 systematische → Reviews, 13 un-systematische → Reviews, vier → Best-Practice-Überblicke, zwei sonstige Veröffentlichungen). Die Arbeiten wurden anhand eines Kodierrasters von zwei Beurteilenden unabhängig voneinander inhaltlich und methodisch eingeschätzt. Die Schlussfolgerungen wurden gemeinsam formuliert. Jede Schlussfolgerung erhielt einen Evidenzstärkegrad und wurde mit einem Hinweis versehen, auf welchen Arbeiten sie basiert. Die Stärke der Evidenz für die Schlussfolgerungen reicht von A (Ergebnis basiert auf einer → Meta-Analyse mit hochwertigen Studien) über B (systematischer → Review mit hochwertigen Studien) und C (Meta-Analyse oder systematischer Review mit allen Studien) bis D (un-systematischer Review), E (Einzelstudie oder Ergebnis wird anhand empirischer Befunde diskutiert) und F (widersprüchliche Befundlage zwischen Reviews).

Unter Berücksichtigung dieser Evidenzgrade kann empfohlen werden,

- in der **Familie** umfassende Maßnahmen, das heißt kombinierte Eltern-, Kinder- und Familientrainings, anzubieten (vor allem Alkohol, Evidenzgrad C),
- in der **Schule** interaktive, auf dem Modell des sozialen Einflusses oder der Lebenskompetenz aufbauende Programme durchzuführen (alle Substanzen, Evidenzgrad A),
- in der **Schule** *keine* alleinige Informationsvermittlung, alleinige affektive Erziehung oder anderweitige nicht interaktive Maßnahmen durchzuführen (alle Substanzen, Evidenzgrad A),

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der Lesefreundlichkeit und Verbreitung werden in der gesamten Expertise die Begriffe „Prävention des Substanzmissbrauchs“ und „Suchtprävention“ austauschbar gebraucht.

- **Medienkampagnen** als flankierende Maßnahmen und nicht als alleinige Maßnahme einzusetzen (Tabak, Evidenzgrad C),
- über **gesetzgeberische Maßnahmen** den Preis von Substanzen (Tabak, Alkohol, Evidenzgrad C, D) und die legale Altersgrenze des Konsums (Alkohol, Evidenzgrad B) zu beeinflussen.

Für das Handlungsfeld **Freizeit** konnten keine Schlussfolgerungen gezogen werden. Hinsichtlich der **kommunalen Suchtprävention** (Community) besteht noch eine widersprüchliche Befundlage.

Weitere Ergebnisse der Expertise sind:

- Suchtpräventive Maßnahmen können im Einzelfall auch zu einem nicht intendierten Effekt führen, sodass mehr konsumiert wird.
- Zur Abschätzung der Effizienz (Kosten-Nutzen-Analyse) gibt es keine ausreichende Grundlage an Einzelstudien und Übersichtsarbeiten.
- Wenn es einen Geschlechtsunterschied gibt, dann profitieren möglicherweise Mädchen eher von bisherigen suchtpreventiven Ansätzen.
- Es steht viel theoretisches Wissen für die Entwicklung von Maßnahmen in unterschiedlichen Handlungsfeldern bereit, seine Umsetzung wird aber selten überprüft.

Diskutiert wird die Schwierigkeit, von Seiten der Wissenschaft zu bestimmen, welche Maßnahmen bevorzugt werden sollten. Die Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention wird favorisiert. „Konsumverhalten“ als das alleinige Effektivitätskriterium für suchtpreventive Maßnahmen wird kritisiert. Schließlich wird der Stand der Suchtpreventionsforschung im deutschsprachigen Raum eingeschätzt und es werden nächste notwendige Schritte für Praxis und Forschung aufgezeigt.

**EINFÜHRUNG**

**1**

# 1.1 Problemlage: Substanzgebrauch und -missbrauch bei Kindern und Jugendlichen

Die Verbreitung des klinisch relevanten Substanzkonsums wird für Erwachsene gemäß der diagnostischen Kriterien des → DSM-IV<sup>2</sup> oder → ICD-10 gemessen. Entsprechende repräsentative Zahlen für 14- bis 24-jährige deutsche Jugendliche und junge Erwachsene hat eine Studie an über 3000 Münchnern zur Verfügung gestellt (Wittchen et al. 1998). Dort wurde bei 19 % der Befragten eine Nikotinabhängigkeit (Nelson und Wittchen 1998) und bei 15,1 % der männlichen und 4,5 % der weiblichen Stichprobe ein Alkoholmissbrauch sowie bei 10 % der Männer und 2,5 % der Frauen eine Alkoholabhängigkeit festgestellt (Holly und Wittchen 1998). Im Bereich des Konsums illegaler Substanzen wie Cannabis, Amphetamine, Kokain, Opiate oder Halluzinogene wurden bei 4,1 % der Männer und 1,8 % der Frauen ein Missbrauch und bei 2,5 % der Männer und 1,6 % der Frauen eine Abhängigkeit diagnostiziert (Perkonig et al. 1998).

Da die klinische Diagnose zur Feststellung von Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit bei Jugendlichen nicht unumstritten und nicht ausreichend ist (siehe zum Beispiel Newcomb und Bentler 1989; Hays und Ellickson 1996), werden im Folgenden neben Zahlen zur Verbreitung der Konsumerfahrung auch die Prävalenzen anderer **Indikatoren des problematischen Konsums** berichtet: Binge Drinking und Alkoholrausch, täglicher und starker Tabakkonsum, der Konsum illegaler Substanzen, Mehrfachkonsum (Polykonsum) sowie das Auftreten substanzbezogener Probleme.

Alkohol ist die psychoaktive Substanz, deren Konsum im Kindes- und Jugendalter am weitesten verbreitet ist. Dies zeigen alle epidemiologischen Studien, darunter auch die aktuelle Repräsentativerhebung zur Drogenaffinität Jugendlicher und junger Erwachsener, die eine repräsentative Stichprobe von über 3000 12- bis 25-Jährigen in Deutschland befragt (BZgA 2004b). Der frühe **Alkoholkonsum** in den jüngeren Altersgruppen ist charakterisiert durch einen gelegentlichen Konsum von geringen Mengen Alkohol. Über das Alter nimmt der Anteil regelmäßiger Konsumenten und Konsumentinnen mit höherem Konsumumfang zu. Je nach erfragter Getränkeart berichten bis zu 7 % der 12- bis 15-Jährigen von einem regelmäßigen, das heißt mindestens einmal wöchentlich stattfindenden Alkoholkonsum. Von den 16- bis 19-Jährigen trinken bereits bis zu 27 % regelmäßig Alkohol, bei den jungen Erwachsenen im Alter zwischen 20 und 25 Jahren sind es bis zu 29 %. Steigende Prävalenzraten über die verschiedenen Altersgruppen zeigen sich dabei für den regelmäßigen Konsum von Bier und Wein. Für das regelmäßige Trinken von alkoholischen Mixgetränken und Spirituosen liegen die höchsten Prävalenzraten

---

<sup>2</sup> Begriffe, die im Glossar erklärt werden, sind durch → gekennzeichnet.

dagegen im mittleren und späten Jugendalter (16–19 Jahre). In dieser Altersgruppe ist auch die durchschnittliche Trinkmenge mit 97,5 g reinem Alkohol pro Woche am höchsten im Vergleich zu 20,9 g bei den 12- bis 15-Jährigen und 82,2 g bei den 20- bis 25-Jährigen.

Ein Indikator für ein riskantes Konsummuster stellt das episodische starke Alkoholtrinken (Rauschtrinken, Binge Drinking) dar. Nach der Drogenaffinitätsstudie (BZgA 2004b) beträgt das Durchschnittsalter bei der ersten Rauscherfahrung 15,1 Jahre. Insgesamt 61 % der 12- bis 25-Jährigen hatten mindestens einmal in ihrem Leben und 23 % innerhalb der letzten drei Monate einen Alkoholrausch. Ein Drittel (34 %) der Jugendlichen und jungen Erwachsenen berichtet, dass sie innerhalb von 30 Tagen mindestens zu einer Trinkgelegenheit fünf oder mehr Gläser Alkohol hintereinander getrunken haben. Während Binge Drinking in der Altersgruppe der 12- bis 15-Jährigen noch relativ wenig verbreitet ist (12 %), kommt es bei annähernd der Hälfte (46 %) der 16- bis 19-Jährigen vor. In der Europäischen Schülerinnen- und Schülerbefragung ESPAD (Kraus et al. 2004), an der sich über 11000 Neunt- und Zehntklässler in Deutschland beteiligten, berichteten 29,8 % der befragten Schüler und Schülerinnen, ein- oder zweimal, 17,2 % drei- bis fünfmal und 11,8 % mindestens sechsmal innerhalb der letzten 30 Tage mehr als fünf Alkoholeinheiten zu einer Gelegenheit getrunken zu haben. Dieses riskante Trinkverhalten wird häufiger von Jungen als von Mädchen gezeigt (BZgA 2004b; Kraus et al. 2004).

Über die Hälfte der Kinder und Jugendlichen in Deutschland probiert zumindest eine Zigarette im Leben. Insgesamt ist die Verbreitung des **Tabakkonsums** im Vergleich zum Alkoholkonsum jedoch geringer. Je nach Studie und berücksichtigter Altersgruppe werden die Lebenszeitprävalenzen für den Tabakkonsum auf 66 % bis 78 % geschätzt und für den Alkoholkonsum auf 90 % bis 97 % (BZgA 2004a, b; Kraus et al. 2004; Lieb et al. 2000). Nach der Drogenaffinitätsstudie (BZgA 2004a) liegt der Anteil täglicher Raucher und Raucherinnen bei den 12- bis 25-Jährigen derzeit bei 22 % (23 % bei männlicher und 20 % bei weiblicher Stichprobe). Dabei steigt der Anteil täglicher Tabakkonsumenten und -konsumentinnen über die Altersgruppen von 5 % bei den 12- bis 15-Jährigen auf 30 % bei den 20- bis 25-Jährigen. Bei 4 % der Jugendlichen (12 % der Raucherinnen und Raucher) besteht ein starker Tabakkonsum von mindestens 20 Zigaretten täglich.

Auch mit **illegalen Substanzen** setzen sich Kinder und Jugendliche auseinander. So hat die Hälfte (49 %) der 12- bis 25-Jährigen gemäß der Drogenaffinitätsstudie (BZgA 2004c) schon einmal eine illegale Substanz angeboten bekommen, 32 % haben zumindest einmal eine illegale Substanz probiert. In der Altersgruppe von zwölf bis 15 Jahren berichteten 8 % der Befragten von Erfahrungen mit Drogen, bei den 16- bis 19-Jährigen sind es bereits 36 % und bei den 20- bis 25-Jährigen 44 %. Die mit Abstand am häufigsten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen probierte illegale Substanz ist Cannabis: So haben 24 % der 12- bis 25-Jährigen ausschließlich Haschisch oder Marihuana genommen. Demgegenüber haben nur 8 % eine andere psychoaktive Droge konsumiert – wie

Amphetamine (4 %), Ecstasy (4 %), psychoaktive Pflanzen und Pilze (4 %), Kokain (2 %) oder LSD (2 %).

Die meisten Konsumenten und Konsumentinnen psychoaktiver Substanzen nehmen mehrere Substanzen zu sich (**Polykonsum**). Unter den 12- bis 25-Jährigen mit Tabakkonsumerfahrung hatten 44 % auch Erfahrung mit Cannabiskonsum (BZgA 2004c). Von den Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die bereits öfter (mindestens sechsmal) im Leben betrunken gewesen waren, konsumierten 67 % auch Cannabis und 20 % andere illegale Substanzen. Bestand bei den Befragten Erfahrung mit dem Cannabiskonsum, so hatten 22 % von ihnen auch Erfahrung mit anderen illegalen Substanzen gemacht.

Konsum und Missbrauch von psychoaktiven Substanzen beginnen für die Mehrheit der Bevölkerung im Jugendalter (**Einstiegsalter, Erstkonsum**). So wird die erste Zigarette im Durchschnitt mit 13,6 Jahren geraucht, der erste Alkoholrausch mit 15,5 Jahren erlebt und Cannabis im Mittel zum ersten Mal mit 16,4 Jahren geraucht (BZgA 2004a, b, c). Erste Erfahrungen mit anderen illegalen Drogen, wenn insgesamt auch sehr wenig verbreitet, werden zwischen 16 und 18 Jahren gemacht (BZgA 2004c).

Dabei geht der Substanzkonsum für den Einzelnen mit gesundheitlichen, juristischen und finanziellen Risiken einher. In der ESPAD-Studie (Kraus et al. 2004) wurden die 15- bis 16-jährigen Schüler und Schülerinnen nach **alkohol- und drogenbezogenen Problemen** befragt. Wie sich zeigte, hatten 11 % der Befragten in der Folge des Alkoholkonsums schon einmal ihre eigenen Sachen beschädigt, 9 % waren in Zank und Streit und 8 % in Unfälle verwickelt, 7 % erlebten einen später bereuten Geschlechtsverkehr und ebenso viele berichteten den Verlust von Geld. Drogenbedingte Probleme hatten bis dahin vergleichsweise wenige Jugendliche erlebt. Hier standen soziale Probleme wie Zank und Streit (3,4 %), Probleme mit Freunden (3,3 %) und Eltern (3,2 %) sowie Leistungsschwächen in der Schule (3,2 %) im Vordergrund.

Zusammengefasst weisen die epidemiologischen Daten zu Substanzkonsum und -missbrauch darauf hin, dass insbesondere der legale Substanzkonsum im Jugendalter weit verbreitet ist. Auch gibt es eine größere Minderheit an Jugendlichen, die Cannabis regelmäßig konsumiert. Der Substanzmissbrauch im Jugendalter birgt einschneidende gesundheitliche, juristische und finanzielle Risiken und negative Folgen für die eigene psychosoziale Entwicklung oder das Wohlbefinden anderer (ausführlicher bei Reese und Silbereisen 2001).

# 1.2

## Ziel und Zielgruppe der Expertise



Ziel der Expertise ist es, die Wirksamkeit existierender suchtpreventiver Maßnahmen anhand von → qualitativ hochwertigen Übersichtsarbeiten (→ Reviews, → Meta-Analysen) zu beurteilen. *Wirksamkeit* wird hier definiert als Verhinderung, Verzögerung oder Reduktion des Konsumverhaltens von Tabak, Alkohol, Cannabis und anderen illegalen psychoaktiven Substanzen bei der **universellen und selektiven Stichprobe**<sup>3</sup> von Kindern und Jugendlichen. Es werden sowohl Maßnahmen der **Verhaltens-** als auch der **Verhältnisprävention** beurteilt. Hauptergebnisse der Arbeit sind die Schlussfolgerungen, die aufgrund der systematisch gesuchten und ausgewählten Literatur zur Effektivität von Maßnahmen (die unterschiedliche Ansatzpunkte haben) gezogen und mit einer Evidenzstärke ausgezeichnet wurden. Aussagen zu geschlechtsspezifischer Wirksamkeit und negativen Folgen von Suchtprevention werden formuliert. Neben dieser Hauptaufgabe werden die Theorien der effektiven Maßnahmen dargestellt und beurteilt sowie Effizienzstudien berichtet.

Zielgruppe der Expertise sind Verantwortliche für Suchtprevention (Entscheidungsträger) auf allen handlungspolitischen Ebenen sowie Personen, die mit der Entwicklung, Durchführung und/oder Evaluation suchtpreventiver Maßnahmen betraut sind.

---

<sup>3</sup> In der Prävention wurde die Klassifizierung in primäre, sekundäre und tertiäre Maßnahmen von der Einteilung in universelle, selektive und indikative Prävention abgelöst (NIDA 1997). Universelle Maßnahmen sind populationsorientiert, das heißt sie richten sich an die unausgelesene Normalbevölkerung wie sie zum Beispiel in der Schule zu finden ist. Dagegen werden mit selektiven Programmen Personengruppen angesprochen, die besonders gefährdet für Substanzmissbrauch erscheinen, ohne ihn bereits zu zeigen (zum Beispiel Kinder aus suchtkranken Familien). Ähnliches gilt auch für indikative Maßnahmen, die sich aber nicht mit Gruppen, sondern einzelnen, bereits durch anderes Problemverhalten belasteten Personen beschäftigen.



**THEORETISCHE  
GRUNDLAGEN VON  
SUCHTPRÄVENTIVEN  
MASSNAHMEN**



Suchtprävention kann (und sollte) in dreierlei Hinsicht theoriegeleitet sein: auf die Inhalte der Maßnahme bezogen, hinsichtlich der Methodik/Didaktik ihrer Umsetzung und bei der Einführung und Etablierung der Maßnahme in der Praxis (Pentz 2003). Der Schwerpunkt der folgenden Darstellung liegt auf Theorien zur Entwicklung von Inhalten suchtpräventiver Maßnahmen. Ihre Grundzüge werden dargestellt und – wo möglich – aktuelle Forschung berichtet oder noch nicht berücksichtigte Implikationen für die Praxis beschrieben.

Will man die theoretischen Grundlagen der Inhalte von effektiven suchtpräventiven Maßnahmen beschreiben, empfiehlt es sich, das empiriegeleitete Modell der → Risiko- und Schutzfaktoren voranzustellen, da sein Grundgedanke „Risikofaktoren schwächen und Schutzfaktoren stärken“ bei der Konzeptualisierung des **Interventionsmodells** aller Maßnahmen ausdrücklich oder implizit eingeht. Alle Ansätze gehen von der Frage aus, was eine Maßnahme leisten muss, damit Kinder keine Probleme entwickeln (Kim et al. 1998). Anwendung finden ebenfalls in fast allen Maßnahmen die Theorie des geplanten Handelns und die soziale Lerntheorie, die auf die sozial-kognitiven Prozesse des Konsums fokussieren. Darauf folgt die Darstellung differenzierterer Theorien, die im Rahmen verhaltensbezogener Präventionsprogramme mit Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden und die für die jeweiligen Ergebnisbereiche der Expertise (Familie, Schule, Community, Medien, gesetzliche Rahmenbedingungen) genannt werden.

## 2.1 Für alle Maßnahmen relevante Theorien

### **Risiko- und Schutzfaktorenmodell und die Resilienzperspektive**

→ Risiko- und Schutzfaktoren sind Einflussfaktoren des Substanzkonsums. Risikofaktoren gehen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit des Substanzkonsums einher. Liegen Risikofaktoren vor, so bedeutet das gleichzeitige Vorhandensein von Schutzfaktoren eine niedrigere Wahrscheinlichkeit des Substanzkonsums. Beispielsweise könnte die Wirkung des Risikofaktors „Scheidung der Eltern“ auf späteren Substanzkonsum durch den Schutzfaktor „Guter geschwisterlicher Zusammenhalt“ abgemildert werden.

Die Resilienzperspektive ist dem Modell der → Risiko- und Schutzfaktoren sehr verwandt, hat aber ihren Fokus auf stark gefährdete Personen. Das Konstrukt Resilienz beschreibt die Prozesse, durch die ein Individuum, eine Familie oder eine Community angesichts von starker Beeinträchtigung oder Risiko dennoch gut adaptieren oder funktionieren kann (Luthar et al. 2000). Resilienz ist also nicht als Persönlichkeitseigenschaft zu verstehen, sondern als eine Anzahl an Prozessen, auf die geschlossen werden kann, wenn das zu betrachtende System sich kompetent verhält, obwohl es sich in großer Not befindet oder andauerndem Risiko ausgesetzt ist. Auf individueller Ebene kann

das andauernde Risiko zum Beispiel ein psychisch krankes Elternteil oder Aufwachsen in Armut sein, dem das Kind durch Persönlichkeitseigenschaften (Intelligenz, einfaches Temperament) oder auch oft durch die Gestaltung sozialer Beziehungen (unterstützende Lehrkraft oder Bezugsperson) begegnet. Auf familiärer Ebene wäre von Resilienz zu sprechen, wenn zum Beispiel die Verlagerung eines Alkoholproblems aus der Herkunftsfamilie in die eigene Familie durch Veränderung der Familienrituale verhindert würde. Auf Communityebene wären die Prozesse als resilient zu bezeichnen, die zum Beispiel einen Ort nach einer Naturkatastrophe oder nach einem terroristischen Anschlag wieder zur Normalität zurückkehren lassen.

Ein Interventionsmodell, das auf dem → Risiko- und Schutzfaktorenmodell aufbaut, geht davon aus, dass durch die suchtpreventive Maßnahme Risikofaktoren geschwächt und Schutzfaktoren gefördert werden, um letztlich Substanzmissbrauch zu verhindern.

Die Forschung hat viele → Risiko- und Schutzfaktoren der Entwicklung des Substanzkonsums bestimmt, die zur Beschreibung der Resilienzprozesse dienen können. Petraitis und Kollegen (Petraitis et al. 1995 und 1998) stellen ein Klassifikationsraster für Einflussfaktoren des Substanzkonsums auf (vgl. Tabelle 1). Sie unterscheiden drei Einflussbereiche: Der sozial-interpersonale Bereich beinhaltet Eigenschaften und Verhaltensweisen des unmittelbaren sozialen Umfelds Jugendlicher. Der kulturelle bzw. Einstellungsbereich umfasst die Einstellung der Jugendlichen und Faktoren, die auf die Einstellung einwirken. Schließlich bezieht sich der intrapersonale Bereich auf die grundlegenden Persönlichkeitseigenschaften, affektive Zustände und das Verhaltensrepertoire der Jugendlichen. Jeder Bereich wird in hierarchische Einflüssebenen von „unmittelbar“ bis „weit entfernt/ultimat“ eingeteilt. Diese Ebenen stellen eine Abstufung der Faktoren in ihrer Unmittelbarkeit des Einflusses dar. Die Variablen werden dahingehend geordnet, dass manche direkten Einfluss auf den Substanzkonsum haben (zum Beispiel die Konsumabsicht), während andere Faktoren Einfluss über vermittelnde Variablen nehmen (zum Beispiel externale Kontrollüberzeugung; Petraitis et al. 1998). Je weiter entfernt der Faktor ist, desto mehr vermittelnde Ebenen sind zur Erklärung seines Einflusses auf das Konsumverhalten nötig. In Tabelle 1 auf Seite 20 sind die Definitionen und Beispiele der Bereiche dargestellt. Einen Anspruch auf Vollständigkeit erheben die Autoren nicht.

Dieses einfache Interventionsmodell sollte um einige Aspekte weiterentwickelt werden. Konzeptuell können noch Vulnerabilitäts- und Kompensationsfaktoren differenziert werden. Vulnerabilitätsfaktoren zeigen eine Art zusätzliche Empfindlichkeit angesichts von Risikofaktoren an, erhöhen also die Wahrscheinlichkeit nochmals (Rutter 1987). Das Erleben einer Scheidung könnte durch den Vulnerabilitätsfaktor „Vermeidendes Problemlösungsverhalten“ also noch gestärkt werden. Luthar (1993) hat vorgeschlagen, das positive Pendant zum Risikofaktor als Kompensationsfaktor zu bezeichnen, weil er unabhängig davon, ob Risikofaktoren vorliegen, die Wahrscheinlichkeit reduziert. Schutzfaktoren hingegen moderieren die Effekte von Risikofaktoren. Diese weitere Dif-

TYPEN			
EBENEN	Sozial/interpersonal	Kultur/Einstellung	Intrapersonal
<b>Ultimat (weit entfernt)</b>	<p>Charakteristika der Personen, die das engste System sozialer Unterstützung ausmachen. Unspezifisch für Substanzgebrauch und außerhalb der Kontrolle der Jugendlichen. Sie setzen Jugendliche dem Risiko aus, sozialem Druck nicht widerstehen zu können.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Seltene Belohnung durch Familienmitglieder</li> <li>– Mangel an elterlicher Wärme, Unterstützung und Aufsicht; negative Beurteilung durch Eltern</li> <li>– Scheidung der Eltern, familiäre Belastung</li> <li>– Unkonventionelle Einstellung der Eltern oder Peers</li> </ul>	<p>Merkmale der unmittelbaren Umgebung Jugendlicher, also der Wohnung, Schule oder Kultur, außerhalb der Kontrolle Jugendlicher. Dadurch werden sie dem Risiko ausgesetzt, positive Einstellungen gegenüber Substanzgebrauch zu entwickeln.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kriminalitäts- und Arbeitslosenraten</li> <li>– Schlechte Schulen und Bedingungen für eine angemessene Ausbildung, wenig Gelegenheit in der Schule Belohnungen zu erhalten, negative Beurteilung durch Lehrerinnen und Lehrer</li> <li>– Bild von Substanzen in den Medien</li> <li>– Leichte Erhältlichkeit von Substanzen, schwache Gesetze gegen Substanzkonsum</li> </ul>	<p>Persönlichkeitseigenschaften und biologische Dispositionen, außerhalb der Kontrolle Jugendlicher, die ihre Motivation für Substanzgebrauch fördern oder die physiologische Empfänglichkeit für Substanzen steigern können.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Beeinträchtigte kognitive Funktionen</li> <li>– Genetische Empfänglichkeit für Substanzabhängigkeit, Aggressivität</li> <li>– Impulskontrolle gestört</li> <li>– Externale Kontrolle überzeugend</li> <li>– Extraversion, Risikobereitschaft, Sensation seeking, Neurotizismus oder emotionale Instabilität, Intelligenz</li> </ul>
<b>Distal (mittelbar)</b>	<p>Emotionale Bindungen an und substanzspezifisches Verhalten sowie Einstellungen von einflussreichen Rollenmodellen, die zu Substanzkonsum ermutigen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Geringe Bindung an Familienmitglieder und schwacher Wunsch, diesen zu gefallen</li> <li>– Starke Bindung an Peers und starker Wunsch, diesen zu gefallen</li> <li>– Stärkerer Einfluss durch die Peers als durch die Eltern</li> <li>– Substanzspezifische Einstellung und Verhalten von Rollenmodellen</li> </ul>	<p>Werte und Verhaltensweisen Jugendlicher im Allgemeinen, die zu einer positiven Einstellung gegenüber Substanzgebrauch beitragen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Geringe Bindung an konventionelle Werte und Normen, Schule und Religion, soziale Ausgrenzung und Kritik, Rebellion, Devianztoleranz</li> <li>– Schwache Leistungsorientierung</li> <li>– Starker Wunsch nach Unabhängigkeit von den Eltern</li> <li>– Hedonistische Einstellung, Belohnungsaufschub wird schlecht ertragen</li> </ul>	<p>Gegenwärtiger emotionaler Zustand und allgemeine Fähigkeiten, die die eigene Motivation für den Substanzgebrauch fördern sowie die Widerstandsfähigkeit verringern.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Geringer Selbstwert</li> <li>– Angst, Depressivität oder Stress</li> <li>– Fehlende Bewältigungsstrategien</li> <li>– Unangemessene soziale Fähigkeiten</li> <li>– Geringe Fähigkeit zu schulischer Leistung</li> </ul>
<b>Proximal (nah)</b>	<p>Annahmen über die normative Natur von Substanzgebrauch und über den Druck, solche Substanzen zu benutzen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Schätzungen zur Prävalenz</li> <li>– Motivation, anderen Konsumentinnen und Konsumenten zu ähneln</li> <li>– Annahme darüber, dass wichtige Personen Substanzgebrauch für gut heißen</li> </ul>	<p>Annahmen über Kosten und Nutzen von Substanzgebrauch.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Erwartete Kosten und angenommener Nutzen von Substanzgebrauch</li> <li>– Eigene Einstellungen und Einstellungen anderer zum Substanzgebrauch</li> </ul>	<p>Annahmen über die eigene Fähigkeit, Substanzen zu benutzen bzw. zu vermeiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fähigkeit zum Neinsagen, Annahme über die eigene Standfestigkeit</li> <li>– Selbst eingeschätzte Fähigkeit, die Substanzen tatsächlich nutzen zu können</li> </ul>
<b>Unmittelbar</b>	Absicht, Probiervverhalten		

Tab. 1: Einflussfaktoren des Substanzkonsums (nach Petraitis et al. 1998)

ferenzierung der Einflussfaktoren, die eine genauere Wirkungsweise der Faktoren erlauben würde, wird selten in der Empirie eingesetzt.

Inhaltlich sollte je nach Ergebnisvariable unterschieden werden. So differieren die aufgelisteten Konstrukte, je nachdem ob es sich um experimentellen Konsum von legalen oder illegalen Substanzen handelt. Eltern als Konsummodelle zum Beispiel spielen beim legalen Konsum eine große Rolle. Für den ersten Konsum von illegalen Substanzen dagegen bestätigen viele Studien diesen Einfluss nicht (Petraitis et al. 1995; Petraitis et al. 1998).

Schließlich betrifft eine weitere wichtige Unterscheidung von Einflussfaktoren die Spezifität der Faktoren für ein bestimmtes Problemverhalten (Reese und Silbereisen 2001). Hat ein Faktor lediglich Vorhersagekraft für ein Problemverhalten (wie zum Beispiel Substanzmissbrauch), wird er spezifisch genannt. Steht der Faktor dagegen mit mehreren Problemverhaltensweisen (zum Beispiel Delinquenz und Substanzmissbrauch) in Zusammenhang, wird er als unspezifischer/allgemeiner Faktor bezeichnet. Die Verfügbarkeit von illegalen Drogen ist beispielsweise ein spezifischer Risikofaktor für Substanzmissbrauch, ein schwieriges Temperament im Kleinkindalter ist dagegen ein allgemeiner, unspezifischer Risikofaktor für Delinquenz und Substanzmissbrauch im Jugendalter. Doch auch die differenziertere Sammlung von Einflussfaktoren ersetzt Theorien nicht, die Faktoren miteinander in Beziehung setzen, Wirkprozesse abbilden und die jeweilige Stärke des Einflussfaktors im Vergleich zu anderen Faktoren verdeutlichen.

## Theorie des geplanten Verhaltens und sozial-kognitive Lerntheorie

Die unmittelbaren Umstände der Handlung des Substanzkonsums modellieren die **Theorie des überlegten Handelns** bzw. **geplanten Verhaltens** (Ajzen 1985) sowie die **sozial-kognitive Lerntheorie** (Bandura 1986). Entscheidend für den Konsum ist demnach die Absicht zu konsumieren, die a) von den physischen und sozialen Wirkerwartungen und b) deren Wert, c) von den subjektiven Normerwartungen und d) der Selbstwirksamkeit hinsichtlich des Konsumverhaltens abhängen. Zum Beispiel wird ein Jugendlicher bzw. eine Jugendliche sich eher dann auf einer Party betrinken, wenn er oder sie erwartet, dadurch Bewunderung durch Freunde oder ein angenehmes Gefühl durch Alkohol zu erleben und dieses auch erleben will. Zudem wird ein Jugendlicher bzw. eine Jugendliche es eher tun, wenn er bzw. sie glaubt, das Sich-Betrinken auf einer Party wäre ein normales Verhalten und wenn er bzw. sie weiß, wie man sich in diesen Rauschzustand versetzen kann.

Diese Kognitionen werden durch Modelllernen (Freunde, Familie, Medien) und soziale Verstärkung gelernt und sie werden von den eigenen Konsumerfahrungen beeinflusst. Wenn Freunde oder Eltern rauchen, kann ein aufmerksamer Jugendlicher bzw. eine auf-

merksame Jugendliche lernen, wie, wo und wann Zigaretten zu konsumieren sind. Wenn das Rauchen für die Modelle Vorteile bzw. keine Nachteile bringt, wird die Wahrscheinlichkeit zunehmen, dass auch er bzw. sie zur Zigarette greift. Beginnt er oder sie das Rauchen und erlebt es als angenehme Aufregung oder Entspannung, werden seine bzw. ihre positiven Erwartungen hinsichtlich des Konsums gestärkt.

Ein Interventionsmodell, das die Theorie geplanten Verhaltens und die sozial-kognitive Lerntheorie berücksichtigt, stellt sicher, dass entscheidende Inhalte der Suchtprävention in der Maßnahme umgesetzt werden: Es sollten korrekte Informationen über die Wirkung von Substanzen vermittelt werden, die Wirkungen möglichst kritisch bewertet werden, verzerrte Normerwartungen korrigiert werden und die Selbstwirksamkeit, Nichtkonsument bzw. Nichtkonsumentin oder verantwortungsvoller Konsument bzw. verantwortungsvolle Konsumentin zu bleiben, gefördert werden. Jugendliche lernen in der Maßnahme durch Modelle, wie man sich verhält, wenn man keine psychoaktiven Substanzen zu sich nehmen will oder wie man erwünschte Ziele auch anders als durch Substanzkonsum erreichen kann.

Cleaveland (1994) gibt einen Überblick darüber, wie die sozial-kognitive Theorie nicht nur für die Inhalte, sondern auch für die Methodik/Didaktik von suchtpreventiven Maßnahmen genutzt werden kann. Dennoch wird das Potenzial dieser Theorie in der Ausgestaltung der Programme – sie geht konkret auf den Einsatz von Modellen ein – nicht ausgenutzt. So sind für die vier kritischen Variablen des Modelllernens (Aufmerksamkeit, Motivation, Erinnern, Transfer) konkrete Empfehlungen für die Vermittlung suchtpreventiver Inhalte möglich (siehe Cleaveland 1994, S. 58).

## 2.2 Theorien für verhaltensbezogene Maßnahmen

Verhaltensbezogene Maßnahmen finden vor allem im Schulkontext statt. Dies liegt aber weniger an ihrer Konzeption und ihren Inhalten, sondern weil die Schule ein hervorragendes Setting ist, um Kinder und Jugendliche zu erreichen und Programme mit ihnen durchzuführen. Das System Schule selbst spielt bei diesen Maßnahmen meist kaum eine Rolle.

### Sozialer Einfluss

Das **Sozialer-Einfluss-Modell** (Evans et al. 1978) ist wohl das bisher einflussreichste Modell der verhaltensbezogenen Suchtprävention. Es baut wiederum auf der sozialen Lerntheorie (Bandura 1986) und der Social Inoculation Theory („soziale Impfung“, McGuire 1964) auf. Es sagt Substanzkonsum aufgrund des Einflusses unterschiedlicher

sozialer Instanzen vorher: Peers, Familie, Medien. Maßnahmen, die auf diesem Modell basieren, haben meist zwei Komponenten. Das Standfestigkeitstraining umfasst Informationen über Gruppendruck oder Werbestrategien, sodass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gegen die verführerischen Kräfte „immunisiert“ werden. Ebenso wird das Neinsagen in Risikosituationen geübt. Die normative Aufklärungskomponente beinhaltet Wissensvermittlung über negative Folgen des Konsums sowie die Korrektur der meist überschätzt wahrgenommenen Verbreitung von Peer-Konsum.

In der Suchtprävention wird Gruppendruck oft als entscheidende Variable des starken Zusammenhangs zwischen Peer-Konsum und eigenem Konsum gesehen. Die Grundlagenforschung erklärt diesen Zusammenhang aber nicht nur durch den Einfluss der Peers auf den Jugendlichen, sondern auch dadurch, dass der bzw. die Jugendliche seine bzw. ihre Peergruppe aussucht. Peergruppen können den eigenen Konsum dadurch beeinflussen, dass sie Substanzen verfügbar machen, dass sie zeigen, wie man konsumiert, dass Meinungen, Einstellungen und Werte in Bezug auf den Konsum geteilt werden oder der Konsum eine wichtige Rolle für die Gruppenmitgliedschaft und -identifikation spielt (Oetting und Beauvais 1986). In einem kritischen → Review der Forschung zum Peereinfluss auf Substanzgebrauch weisen Bauman und Ennett (1996) darauf hin, dass die sozialisatorische Einflussnahme der Peers auf den Konsum wahrscheinlich überschätzt wird. Längsschnittstudien, in denen die Selektionsthese überprüft werden kann, bestätigen, dass es eigentlich der Substanzgebrauch ist, der Jugendliche zusammenführt und nicht die Gruppe, die sonst unauffällige Jugendliche zum Konsum verführt (Bauman und Ennett 1996).

Im Gegensatz zur vorherrschenden Meinung, Peers und Freunde seien allein ausschlaggebend für die Entwicklung des Substanzkonsums, darf die Bedeutung der Eltern auf die Entwicklung des Substanzkonsums, insbesondere der legalen Substanzen, nicht unterschätzt werden (Hansen et al. 1987; Kandel 1998; Engels et al. 1999). Der Zusammenhang zwischen Eltern- und Kindkonsum wurde auf unterschiedliche Mechanismen zurückgeführt (Engels et al. 1999): Der Einfluss, den Eltern als Modelle auf ihren Nachwuchs haben, internalisiert substanzspezifische Familiennormen oder die erhöhte Verfügbarkeit von Substanzen, wenn Eltern zu Hause konsumieren.

## **Lebenskompetenzmodell und Theorie des Problemverhaltens**

Der Life-Skills-Ansatz (Botvin 1996) ist stark vom → Risiko- und Schutzfaktorenmodell und von der **Theorie des Problemverhaltens** (Jessor und Jessor 1983) geprägt. Letztere besagt u. a., dass es einen Zusammenhang zwischen verschiedenen Arten von Problemverhalten gibt und dass einige riskante Verhaltensweisen von den gleichen Faktoren verursacht werden. Insofern sollten Präventionsmaßnahmen auch auf diese gemeinsamen sozialen und psychologischen Faktoren, die so genannten Life Skills, abzielen. Lebenskompetent ist nach Definition der WHO (1994) diejenige Person, die sich selbst kennt und mag, empathisch ist, kritisch und kreativ denkt, kommunizieren und Beziehungen

knüpfen und aufrechterhalten kann, durchdachte Entscheidungen trifft, erfolgreich Probleme löst und Gefühle und Stress bewältigen kann.

Inwiefern Rauchen als Problemverhalten mit zum Beispiel illegalem Substanzkonsum in eine Kategorie einzuordnen ist, wird oft kritisch diskutiert. Turbin, Jessor und Costa (2000) haben im Rahmen der Problemverhaltenstheorie untersucht, inwieweit das Rauchen bei Jugendlichen eher mit anderen Problemverhaltensweisen (frühzeitiger Geschlechtsverkehr, Alkoholmissbrauch, illegaler Drogenkonsum, Delinquenz) oder mit anderen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen (falsche Ernährung, mangelnde Zahnpflege, Unfälle, zu wenig körperliche Bewegung) einhergeht. Sie fanden heraus, dass jugendliches Rauchen in einem direkten und starken Zusammenhang mit anderem Problemverhalten und, wenn überhaupt, nur indirekt mit anderem Gesundheitsverhalten in Zusammenhang steht. Dies hat bedeutende Implikationen für die Intervention, die sich bei der Prävention des Rauchens demnach nicht auf gesundheitsbezogene Botschaften konzentrieren, sondern Einflussfaktoren jugendlichen Problemverhaltens beachten sollte.

## 2.3 Theorien für familienorientierte und schulsystembezogene Maßnahmen

Wie kommt es, dass manche Jugendliche sich eher mit konsumierenden Freunden umgeben und dadurch Modelle und Verstärkung für ihren Substanzkonsum erhalten und andere nicht? Im Zentrum der Theorien, die Erklärungen für diese Frage anbieten, steht die mangelnde Bindung an konventionelle Werte, Institutionen und Sozialisationsagenten, die den Substanzkonsum missbilligen (Elliott et al. 1989; Hawkins und Weis 1985).

### Theorie der sozialen Kontrolle

Mangelnde Bindung an ein konventionelles Elternhaus und an die Schule führt nach der **Theorie der sozialen Kontrolle** zu einer Orientierung an unkonventionellen Peers, die als Modelle für Problemverhalten dienen. Sie sieht die Ursachen der mangelnden Bindung insbesondere in der Umwelt: Diskrepanz zwischen individuellen Zielen und Möglichkeiten der Umwelt, Unfähigkeit der sozialen Institutionen, Kontrolle auszuüben oder auch Ausbleiben einer Erziehung zu konventionellen Werten (Elliott et al. 1989).

### Theorie der sozialen Entwicklung

Hawkins und Weis (1985) sehen in ihrer **Theorie der sozialen Entwicklung** Jugendliche vor allem dann Beziehungen zu devianten Peers aufnehmen, wenn es a) früh in Familie und Schule wenig Gelegenheiten für positive Interaktion gab, b) sich im Individuum wenig interpersonale und schulische Fertigkeiten entwickeln konnten, die

eigentlich zu positiven Interaktionen führen, und c) insgesamt Interaktionen von Familie und Schule wenig positiv erlebt werden.

## Sozialökologisches Modell

Andere, mehr auf individuelle Aspekte fokussierende Theorien postulieren, dass sich Jugendliche von Familie und Schule und damit von traditionellen Werten abwenden, wenn sie dort subjektiv erhöhten Stress erleben oder deren Erwartungen nicht erfüllen können (**Sozialökologisches Modell**, Kumpfer und Turner 1990–91; Kaplan et al. 1984). Diese Jugendlichen schließen sich dann eher devianten Peers an, weil sie ihnen emotionale Sicherheit und Selbstachtung geben können (Kandel 1983).

Diesen drei Theorien entsprechend sollte in suchtpreventiven Maßnahmen daran gearbeitet werden, dass positive Interaktionen in Familie und Schule möglich werden, sich Kinder und Jugendliche zu Hause und in der Schule wohl fühlen und soziale Kontrolle insofern ausgeübt wird, dass Eltern wissen, womit und mit wem ihre Kinder die Zeit verbringen (Monitoring), und dass abweichendes Verhalten nicht toleriert und konstruktiv sanktioniert wird.

## 2.4 Theorien für massenmediale Maßnahmen

Zwei in ihrem Ziel ganz unterschiedliche Theorien als Grundlage für massenmediale Maßnahmen sind die Agenda-Setting-Perspektive und das Elaboration Likelihood Model.

### Agenda Setting

Die **Agenda-Setting-Perspektive** nimmt an, dass massenmediale Kampagnen nicht so sehr beeinflussen, was wir denken, sondern worüber wir nachdenken (siehe Wakefield et al. 2003). Dabei wird untersucht, inwiefern die Darstellung in den Medien sich auf die Prioritätensetzung der öffentlichen Meinung auswirkt und inwiefern sie den politischen Aufgabenplan beeinflusst. Zudem geht es darum herauszufinden, welche Faktoren wiederum die Medien zur Berichterstattung eines bestimmten Themas bringen. Agenda Setting zu suchtpreventiven Zwecken heißt, Sucht und Prävention zum Thema der öffentlichen Diskussion und zum Gegenstand des politischen Handelns zu machen.

### Elaboration Likelihood Model

Inwiefern massenmediale Botschaften, die auf Überzeugung abzielen, so verarbeitet werden, dass sie sich auf Konsumverhalten auswirken könnten, bildet das **Elaboration Likelihood Model (ELM)** (Petty und Cacioppo 1986) ab. Die Autoren nehmen zwei

Routen an, über die sich Anti-Werbung auf die Einstellung und das Verhalten auswirken kann: die zentrale und die periphere Route. Die zentrale Route erfordert einen größeren kognitiven Aufwand (Aufmerksamkeit, Reflexion vor dem Hintergrund eigener Überzeugungen, Beurteilung der Güte der Argumente) und führt zu einer umfassenden Beurteilung der Botschaft, die sich dann in das eigene Meinungsbild einfügt und darüber Einstellungs- und Verhaltensänderung bewirken kann. Die periphere Route beinhaltet dagegen keine aufwändige Prüfung der Botschaft, sondern nimmt inhaltlich unabhängig davon die Glaubwürdigkeit und Attraktivität des Vermittlers bzw. der Vermittlerin der Botschaft als Grundlage für ihre Akzeptanz oder Verwerfung. Das ELM besagt, dass Einstellungsänderung über die zentrale Verarbeitungsrouten längerfristig standfester ist und eher zur Verhaltensänderung führt. Insofern sollten suchtp Präventive Kampagnen die zentrale Verarbeitungsrouten anstreben (Agostinelli und Grube 2002) und Elemente der peripheren Route (zum Beispiel für die Zielgruppe attraktive Modelle) dazu eingesetzt werden, die Zielgruppe für eine zentrale Verarbeitung zu motivieren.

Wakefield et al. (2003) diskutieren die theoretischen und empirischen Arbeiten zum Einfluss von Medien auf Rauchverhalten und kommen zu folgenden Schlussfolgerungen über die potenziellen Wirkprozesse von Medien:

- Medien scheinen die soziale Bewertung des Rauchens zu formen und zu reflektieren.
- Medien vermitteln dem Publikum auf direktem Weg Infos über das Rauchen.
- Medien sind eine Quelle für Beobachtungslernen, indem sie Modelle einsetzen, denen Jugendliche nacheifern.
- Medien verstärken direkt das Rauchverhalten oder positive Einstellungen zum Nichtrauchen.
- Medien fördern die Diskussion über das Rauchen.
- Medien beeinflussen das rauchfördernde Verhalten anderer (zum Beispiel werden Eltern davon abgehalten, ihren Kindern Zigaretten verfügbar zu machen).
- Medien können das Thema Rauchprävention auf die politische Tagesordnung bringen (kommunale, Länder- und nationale Ebene).
- Jede mediale Einflussnahme auf das Rauchverhalten Jugendlicher ist abhängig von vielen individuellen, familiären, Peer- und gesellschaftlichen Faktoren.

## 2.5 Theorien für systemübergreifende und communitybezogene Maßnahmen

Zwei Typen von Maßnahmen im kommunalen Nahbereich („Community“) gibt es: zum einen die systemübergreifenden Mehr-Ebenen-Projekte, die gleichzeitig verschiedene Komponenten wie familienorientierte, schulbasierte, massenmediale Maßnahmen durchführen. Für diese Projekte wird meist die Theorie der Ökologie der Entwicklung herangezogen. Zum anderen gibt es den Ansatz der Netzwerkförderung, der unter dem Stichwort „Community capacity“ beschrieben wird.

## Theorie der Ökologie der Entwicklung

Die **Theorie der Ökologie der Entwicklung** (Bronfenbrenner 1981) sieht Substanzkonsum als Verhalten im sozialen Kontext. Individuen sind innerhalb und zwischen mehreren sozialen Systemen miteinander verbunden, die sich ebenfalls gegenseitig beeinflussen. Diese Systeme oder Lebenswelten sind zum Beispiel die Familie, Schule, Arbeitsstätten, Peergruppen, Kirche, Freizeitorganisationen, Medien. Sie sind durch Faktoren gekennzeichnet, die sich direkt oder indirekt (über andere Systemmitglieder) auf das Verhalten von Kindern und Jugendlichen auswirken. Community und gesellschaftliche Systeme sind eingebettet in einen größeren ideologischen Kontext. Ihre Bestandteile sind meist abstrakter – wie zum Beispiel Werte, Normen, sozialpolitische Regelungen, kulturelle Muster, soziale Bedingungen etc. –, und sie beeinflussen vor allem die Beziehungen zwischen den Lebenswelten. Inwiefern ein Jugendlicher bzw. eine Jugendliche, eine Familie, eine Schule funktioniert und als gesund oder kompetent angesehen werden kann, wird also beeinflusst von untereinander abhängigen Lebenswelten. Insofern sollten bei suchtp Präventiven Bemühungen nicht nur ein Kontext, sondern mehrere Lebenswelten oder Settings und deren Wechselwirkung berücksichtigt werden.

### Community capacity

Die Bedeutung eines starken sozialen Zusammenhalts im alltäglichen Leben findet in der englischsprachigen Literatur im Rahmen mehrerer Konstrukte Platz: **community capacity**, **social capital**, **community assets** und **community-building** (Stevenson und Mitchell 2003). Ihnen gemein ist die Grundannahme, dass starke kommunale Netzwerke und Institutionen nicht nur für die Lösung bestehender kommunaler Probleme wichtig sind, sondern auch die langfristige Gesundheit der Bevölkerung fördern. Einige sehen kommunale Netzwerke als notwendige Bedingung für die Entwicklung, Implementation und Aufrechterhaltung von effektiver Prävention. Andere gehen davon aus, dass die bloße Präsenz von starken Netzwerken und Vereinigungen ein Schutzfaktor für Individuen darstellt, indem sie Stresserleben puffern oder Lebenssinn stiften. Für letztere Ansicht steht u. a. die Salutogenese Perspektive (Antonovsky 1997, zitiert nach Bengel 2002).

## 2.6 Theorien für gesetzliche Maßnahmen

### Straftheorien

Gesetze, Regeln und Verordnungen werden von Seiten des Gesetzgebers u. a. zur Sicherung der öffentlichen Gesundheit und des Wohles des Einzelnen eingesetzt. Eine Nichteinhaltung kann mit Sanktionen oder Strafen geahndet werden. Man unterscheidet zwei Arten von **Straftheorien**, die sich mit der Frage nach der Legitimation und dem Zweck

von Bestrafung beschäftigen: die absoluten und die relativen Straftheorien. Während die so genannten absoluten Straftheorien die Ansicht vertreten, dass mit Bestrafung kein Zweck verfolgt wird und Strafe allein der Wiederherstellung von Gerechtigkeit dient, sind die so genannten relativen Straftheorien präventiv ausgerichtet (Ostendorf 1999). Gemäß dieser Sichtweise wird Bestrafung eingesetzt, um andere vor ähnlichen Taten abzuschrecken (negative Generalprävention), um das beeinträchtigte Rechtsbewusstsein der Allgemeinheit aufzurichten (positive Generalprävention), um einzelne Täter oder Täterinnen vor einer Wiederholung abzuschrecken bzw. die Gesellschaft vor ihm oder ihr zu sichern (negative Individual- oder Spezialprävention) sowie um einzelne Täter und Täterinnen positiv zu beeinflussen, sie zu resozialisieren und sie so von einer Tatwiederholung abzuhalten (positive Individual- oder Spezialprävention). Vor diesem Hintergrund kann durch Einführung gesetzlicher Maßnahmen (zum Beispiel Altersbeschränkungen in Konsum und Verkauf, Werbeverbot, Promillegrenzen für Autofahrer) und der Kontrolle/Überwachung der Einhaltung dieser Gesetze die Gesellschaft vor (gesundheits-)schädigendem Verhalten geschützt werden. Für die Gestaltung von Prävention wäre Forschung wichtig, die darüber informiert, wie Gesetze formuliert sein sollten, um präventiv effektiv zu sein.

## Ökonomische Perspektive

Per gesetzlicher Maßnahme wie einer Steuererhöhung kann der Preis von Substanzen beeinflusst werden. Die **ökonomische Perspektive** zur Erklärung von Substanzkonsum sagt aufgrund der Preisgestaltung zukünftiges Konsumverhalten vorher (siehe Chaloupka et al. 2002). Das Konstrukt der  $\rightarrow$  Preiselastizität geht davon aus, dass mit einem Preisanstieg der Konsum abfällt. Becker und Murphy (1988, zitiert nach Chaloupka et al. 2002) haben diese Perspektive um den Suchtaspekt des Substanzkonsums erweitert. Sie gehen davon aus, dass derzeitiges Konsumverhalten von vorherigem abhängt und das zukünftige Konsumverhalten beeinflusst. Insofern wirkt eine Preiserhöhung nicht nur auf den derzeitigen Konsum, sondern auch auf den späteren Konsum, was sich wiederum in einer höheren Preiselastizität niederschlägt.

# 2.7 Theorien für zielgruppenspezifisches Vorgehen

## Theorie antisozialen Verhaltens

Mittlerweile ist viel von der Ausrichtung suchtpreventiver Maßnahmen auf spezifische Zielgruppen von Jugendlichen die Rede. Spezifische Maßnahmen erfordern spezifische theoretische Erklärungen unterschiedlicher Entwicklungspfade. Von mindestens zwei Entwicklungspfaden geht Moffitt (1993) im Bereich des **antisozialen Verhaltens** aus.

In ihrer Theorie, die nun auch Eingang in die nichtklinische Forschung jugendlichen Substanzkonsums erhalten hat (Silbereisen 1999), unterscheidet Moffitt (1993) auf die Jugend begrenztes Problemverhalten von solchem, das sich über den gesamten Lebenslauf auf entwicklungsstandgemäße Art ausdrückt. Auf die Jugend begrenztes Problemverhalten der Mehrheit der Jugendlichen (etwa 90 %) dient nach Moffitt zur Überbrückung der schmerzlich wahrgenommenen Diskrepanz zwischen körperlich erwachsenem Status und weiter bestehender (meist finanzieller) Abhängigkeit, die einem selbstständigen Erwachsensein im Wege steht. Substanzkonsum ist in diesem Sinne Demonstration des Erwachsenseins. Für die Minderheit des lebenslang anhaltenden Typs (bis zu 10 %) muss Substanzkonsum als Ausdruck von Anpassungsproblemen verstanden werden, die seit der Kindheit anhalten und zu bleibenden Beeinträchtigungen führen. Die anfängliche Ursache wird in frühkindlichen neuropsychologischen Auffälligkeiten gesehen. Diese führen zu Besonderheiten des Temperaments und Störungen der Verhaltensanpassung, die wiederum für die gesunde Entwicklung wichtige Interaktionen in Familie, Kindergarten, Schule und Freizeit beeinträchtigen, um sich schließlich zu einem „antisozialen Syndrom“ mit vielfältigen Manifestationen im Verhalten zu entwickeln (Moffitt 1993). Der Substanzmissbrauch ist dann ein alterstypischer Ausdruck eines lang angelegten Problemverhaltens. Für die Minderheit der schon in der Kindheit auffälligen Jugendlichen kann Suchtprävention insbesondere Früherkennung der belasteten Fälle im Kindesalter und erzieherische, sozialpädagogische oder therapeutische Einflussnahme auf die Verhaltensstörungen heißen.

## Geschlechtsbezogene theoretische Perspektiven

Die Forderung nach der Berücksichtigung des Geschlechts in der Suchtprävention thematisiert ebenfalls ein zielgruppenspezifisches Vorgehen. Amaro et al. (2001) tragen als theoretische Grundlage für ein geschlechtsbezogenes Vorgehen, das Bedürfnisse von Mädchen berücksichtigt, sieben Theorien zusammen. Sie extrahieren folgende kritischen Punkte, die ein geschlechtsbezogenes Interventionsmodell berücksichtigen sollte:

- die geschlechtsspezifische Sozialisation (kulturelle oder soziale Normen, die traditionell maskulines oder feminines Verhalten verstärken),
- die geschlechtsspezifischen Entwicklungspfade (alters- und geschlechtsspezifische Entwicklungsaufgaben und Meilensteine),
- für Mädchen die Förderung des Gefühls von Selbstwert, Würde, Macht, Hoffnung, Tugend und Kompetenz sowie der Selbstbestimmung,
- die Tendenz von Mädchen, internalisierend zu reagieren (Depression, Essstörungen) und sich stark an Beziehungen zu orientieren (Stichwort Beeinflussbarkeit, identitätsstiftende Bedeutung von anderen),
- die größere Vulnerabilität von Frauen im Hinblick auf psychischen, physischen und sexuellen Missbrauch,
- möglicherweise die Stärkung von für die Entwicklung bedeutsamen Beziehungen und das Bearbeiten von ungleichen Machtverhältnissen in diesen Beziehungen (Familie, Partnerschaft).



# 3

## **METHODIK**

# 3.1 Roter Faden: Theoretische Einbettung der Ergebniszusammenfassung

Die Resilienzperspektive im Rahmen des ökologischen Entwicklungsansatzes (Meschke und Patterson 2003) stellt den theoretischen Faden zur Einbettung der Ergebnisse der Expertise zur Suchtprävention dar.

Substanzkonsum geschieht im sozialen Kontext. Dies ist die zentrale Aussage des ökologischen Entwicklungsansatzes. Es wird nur selten ein einzelner Faktor sein, der ein so komplexes Verhalten wie Substanzkonsum verursacht. Dies liegt daran, dass Individuen innerhalb mehrerer Lebenswelten (auch Settings, sozialer Systeme) leben, die sich gegenseitig beeinflussen (Bronfenbrenner 1981). Die Lebenswelten sind durch → Risiko- und Schutzfaktoren gekennzeichnet, die sich direkt oder über andere Mitglieder der Systeme auf das (Konsum-)Verhalten von Kindern und Jugendlichen auswirken. Systeme, in denen die Jugendlichen direkt agieren, sind an erster Stelle die Familie, weiterhin die Peergruppe und die Schule. Innerhalb des kommunalen Nahbereichs („Community“) sind Jugendliche beispielsweise innerhalb von Kirche, Sportverein oder anderen Freizeitorganisationen aktiv. Auch mit Medien ist mittlerweile interaktiver Austausch möglich. Die Gesellschaft ist als Erweiterung der Community zu verstehen, allerdings weniger beeinflussbar vom Individuum und seiner Familie. Individuen, Familie, Community und gesellschaftliche Systeme sind eingebettet in einen größeren ideologischen Kontext. Seine Bestandteile sind meist abstrakter – wie zum Beispiel Werte, Normen, sozialpolitische Regelungen, kulturelle Muster, soziale Bedingungen etc. Inwiefern ein Jugendlicher bzw. eine Jugendliche, eine Familie, eine Schule sich verhält oder funktioniert und als gesund oder kompetent angesehen werden kann, wird beeinflusst vom ideologischen Kontext, von den Wechselwirkungen zwischen den Lebenswelten und von den Lebenswelten selbst.

Das Konstrukt Resilienz beschreibt die Prozesse, durch die ein Individuum, eine Familie oder eine Community angesichts von starker Beeinträchtigung oder Risiko dennoch gut adaptieren oder funktionieren kann (Luthar et al. 2000). Resilienz ist also nicht als Persönlichkeitseigenschaft zu verstehen, sondern als eine Anzahl an Prozessen, auf die geschlossen werden kann, wenn das zu betrachtende System sich kompetent verhält, obwohl es großer Not oder andauerndem Risiko ausgesetzt ist (vgl. Kap. 2.1).

Suchtprävention heißt aus dieser Perspektive, potenzielle Resilienzprozesse von Systemen zu fördern und Systemanteile, die ein Risiko für negative Folgen des Substanzkonsums darstellen, zu schwächen, um letztlich dem Substanzmissbrauch bei Individuen vorzubeugen. Die theoretische Perspektive der Resilienzprozesse im Ökosystem der Entwicklung liefert dafür eine breite Grundlage hinsichtlich Ansatzpunkt und Inhalte. Hinsichtlich der Unterscheidung von universellen und selektiven Maßnahmen ist eine kontinuierliche Sichtweise möglich: Die universelle Zielgruppe zeichnet sich durch eine

große Bandbreite an Ausprägungen und Konstellationen von → Risiko- und Schutzfaktoren aus. Die selektive Zielgruppe ist homogener, liegt am ungünstigeren Pol des Risikos; es wird angenommen, dass die Risikofaktoren die Konstellationen dominieren.

Die in der Expertise zu beurteilenden Präventionsmaßnahmen werden entsprechend den unterschiedlichen Lebenswelten, in denen Kinder und Jugendliche heranwachsen, gruppiert. Es werden die Ergebnisse nach ihrem Ansatzpunkt zusammengefasst: Familie, Schule, Peers, Medien, Community, gesetzgeberische Maßnahmen im gesellschaftlichen System. Diese Kategorisierung wird von vielen Reviews angewandt und entspricht auch den unterschiedlichen Handlungsfeldern, die für Suchtprävention Verantwortliche in Angriff nehmen können.

## 3.2 Angestrebte Literaturbasis

Ausgehend von der Fragestellung der Expertise wurden folgende Kriterien für die auszuwählenden Studien festgelegt:

- **Studientyp:** Ausgewählt wurden qualitativ → hochwertige systematische → Reviews und → Meta-Analysen. Unsystematische → Reviews und Einzelstudien wurden dann aufgenommen, wenn zu einem Inhaltsbereich keine qualitativ hochwertigeren Überblicksartikel gefunden wurden. Die Suche beschränkte sich dabei auf Studien, die nach 1993 (Erscheinen der letzten Expertise) publiziert wurden.
- **Maßnahmen:** Die Studien berichten Ergebnisse zur Effektivität suchtpreventiver Interventionen. Dabei haben sie entweder die Effektivität von Ansätzen zur so genannten Verhältnisprävention untersucht – wie strafrechtliche oder ordnungspolitische Regulierungen des Konsums und Besitzes, die Regulierung der Verfügbarkeit (u. a. Verkaufseinschränkung), der Preisregulierung und anderer Rahmenbedingungen (Öffentlichkeitsarbeit, Netzwerke) –, oder sie berichten Ergebnisse zu Ansätzen der so genannten Verhaltensprävention in Settings wie Schule, Familie, Medien, Freizeit oder Gemeinde.
- **Zielgruppe:** Es wurden Studien aufgenommen, die Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter bis zu 25 Jahren als Probanden berücksichtigten. Dabei wurden sowohl Untersuchungen zur Allgemeinbevölkerung (universelle Maßnahmen) als auch zu Risikogruppen (selektive Maßnahmen) einbezogen.
- **Zielverhalten:** Die ausgewählten Studien berichten Ergebnisse zur Verhinderung des Einstiegs in den Konsum, der Reduktion des Konsums sowie der Verhinderung der Abhängigkeitsentwicklung. Die Auswahl umfasste Studien, die Effekte auf den Konsum von psychoaktiven Substanzen wie Tabak, Alkohol, Cannabis, Ecstasy und anderen illegalen Drogen berichteten.

## 3.3 Suchstrategie zur Identifikation der Übersichtsartikel

Die Suchstrategie umfasst die Festlegung der Schlüsselbegriffe, die Auswahl der Datenbanken zur Literaturrecherche und das methodische Vorgehen bei der Literatursuche selbst. Die in dieser Expertise verfolgte Suchstrategie orientierte sich dabei an etablierten Standards der Cochrane Library (Alderson et al. 2004).

### Festlegung der Schlüsselbegriffe

Entsprechend der Auswahlkriterien (vgl. Kapitel 3.2) wurden für die sechs Beschreibungsdimensionen (Zielgruppe, Substanz, Maßnahme, Zielverhalten, Evaluation und Studientyp) Schlüsselwörter für die Literaturrecherche festgelegt. Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die Schlüsselbegriffe und mit ihnen assoziierten Begriffe (Wörter mit \*).

### Auswahl der Datenbanken

Für die Literatursuche wurden Datenbanken ausgewählt, die sich auf Reviews und Meta-Analysen konzentrieren und die eine Sammlung internationaler und nationaler Publikationen darstellen:

Zielgruppe	Substanz	Maßnahme	Zielverhalten	Evaluation	Studientyp
child*	substance	intervent*	use	evaluat*	meta-analysis
adolescen*	smok*	program*	misuse	success*	review
teenage*	tobacco	treatment*	abuse	effective*	
youth*	nicotine	campaign	onset	efficac*	
young people	alcohol	policy	reduc*	measur*	
early adult	drug	policies	prevent*	examin*	
young adult	marijuana	legislation	increas*	compar*	
	marihuana	educat*	decreas*	trial*	
	cannabis	promot*	chang*	rct	
	illicit	adverti*	cessation		
	ecstasy	counsel*	abstain*		
	amphetamine	teach*	stop		
	psychoactive	school	intoxicat*		
		family	uptake		
		community	addict*		

\* Auch assoziierte Begriffe der Schlüsselbegriffe, deshalb wurden teilweise nur die Wortstämme als Suchbegriff in der Datenbanksuche verwendet.

Tab. 2: Schlüsselbegriffe

- The Cochrane Library,
- Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE),
- ERIC,
- PubMed,
- PsycInfo,
- Psynindex,
- Dimdi.

Zusätzlich wurde über das Archiv für Drogenliteratur ARCHIDO nach weiterer „grauer Literatur“ gesucht. Ferner wurden die Publikationslisten von einschlägigen internationalen und nationalen Institutionen gesichtet, u. a. wie der World Health Organisation (WHO), dem National Institute of Drug Abuse (NIDA), dem National Institute on Alcohol and Alcoholism (NIAAA), dem Centers of Disease Control and Prevention (CDC), der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), dem Trimbos Institut, der Schweizer Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA-ISPA). Bei den Forschungsverbänden des BMBF, Forschungsschwerpunkt Sucht (ANEPSA, ASAT), wurde nach weiterem relevantem Material gesucht.

## Literatursuche und -sammlung

Die Literatursuche fand im Zeitraum zwischen November und Dezember 2003 statt. Die Schlüsselbegriffe (vgl. Tabelle 2) wurden in unterschiedlichen Kombinationen als Suchbegriffe in der Recherche bei den verschiedenen Datenbanken eingesetzt, wobei die Suche auf Publikationen ab dem Jahr 1993 begrenzt wurde. Das Absuchen der Publikationslisten der oben aufgeführten nationalen und internationalen Institutionen erfolgte über eine Internetrecherche. Nach dem Schneeballprinzip wurden die Literaturangaben der identifizierten Studien nach weiteren relevanten Publikationen durchgegangen. Zur bibliografischen Erfassung und Verwaltung der recherchierten Literatur wurde das Softwareprogramm „Reference Manager“ eingesetzt.

## 3.4 Endgültige Auswahl der Übersichtsartikel

Die Auswahl der letztendlich in der Expertise berücksichtigten Reviews und Meta-Analysen erfolgte in zwei Auswahlritten: Eine erste grobe Literatursuche wurde von einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin (Junior Scientist) unmittelbar während der Recherche durchgeführt, indem nur jene Publikationen zur weiteren Sichtung ausgewählt wurden, die den inhaltlichen und methodischen Aufnahmekriterien zu entsprechen schienen. Durch diesen ersten Auswahlritt wurden 269 Publikationen ermittelt.

In einem zweiten Auswahlschritt wurden aus diesem Datenpool von einer Gruppenleiterin (Senior Scientist) diejenigen Publikationen ausgewählt, deren Abstracts relevant erschienen. Schließlich wurden von zwei Senior Scientists die Artikel ausgewählt, deren Ergebnisse die Basis für die vorliegende Expertise darstellen. Diese Auswahl orientierte sich an folgenden Kriterien: inhaltlich relevante → Meta-Analyse (M), systematischer oder unsystematischer → Review (S oder U), → Expertinnen- und Expertenüberblick (E), → Best-Practice-Übersicht (BP), alle mit zusammenfassender Beurteilung der berücksichtigten Einzelstudien. Die Artikel sollten nur Einzelstudien und keine → Reviews zusammenfassen. Aus Mangel an Übersichtsartikeln zum Thema Werbeverbot wurde eine Einzelstudie (ES) eingeschlossen. Es wurden insgesamt 48 Publikationen in die weitere Auswertung aufgenommen, wobei eine Publikation zwei Reviews unterschiedlicher Maßnahmen beinhaltet. Deshalb sprechen wir von einer Literaturlbasis von 49 Veröffentlichungen.

## 3.5 Auswertung der Übersichtsartikel

Zur inhaltlichen Einordnung und Auswertung der identifizierten Studien wurden ein Kodierungsraster und ein Evidenzstärkenbewertungssystem entwickelt. Zwei im Untersuchungsgegenstand ausgewiesene Gruppenleiter (Senior Scientists) sichteteten die Studien und nahmen unabhängig voneinander die inhaltliche und methodische Einordnung vor.

### Kodierraster

Die im Kodierungsraster berücksichtigten Beschreibungsdimensionen orientieren sich an der Fragestellung der Expertise. Sie betreffen die inhaltlichen Aspekte der Arbeit, wie die Zielgruppe, die Substanz, die Maßnahme, das Zielverhalten sowie methodische Aspekte. Jeder Übersichtsartikel wurde anhand dieser Dimensionen beschrieben. In Tabelle 3 werden die Leitfragen jeder Beschreibungsdimension vorgestellt.

### Ergebnisvariable der Expertise

Die Ergebnisvariable der Expertise sind → präventive Effekte auf das Konsumverhalten. Unter präventiven Effekten auf das Konsumverhalten wird die Verhinderung, Verzögerung und/oder die Reduktion des Konsums verstanden. Da Einzelstudien und somit auch Reviews nur sehr selten zwischen diesen drei möglichen Wirkungsarten unterscheiden, war es auch nicht möglich, eine Unterscheidung in der Expertise vorzunehmen. Es wäre interessant zu wissen, ob eine Maßnahme nur den Einstieg verhindert, den Einstieg verzögert oder bestehenden Konsum verringert. Solches Wissen steht bis heute nicht zur Verfügung.

<b>Zielgruppe</b>	Berücksichtigt die Studie eine universelle oder selektive Zielgruppe? Welche Altersgruppen werden berücksichtigt? Welcher Herkunft sind die berücksichtigten Zielgruppen?
<b>Substanz</b>	Über welche psychoaktiven Substanzen/Substanzgruppen lassen sich Aussagen aus der Studie ableiten?
<b>Maßnahme</b>	Welche Präventionsansätze/-verfahren werden in der Studie berücksichtigt?
<b>Zielverhalten</b>	Über welches Zielverhalten lassen sich aufgrund der Studie Aussagen ableiten? Handelt es sich bei dem Zielverhalten um den Substanzkonsum selbst oder um die Beeinflussung von Risiko- und Schutzfaktoren?
<b>Studienart und methodische Umsetzung</b>	Ist die Studie eine Meta-Analyse oder ein qualitatives Review? Wie viele Einzelstudien wurden berücksichtigt? Welche Qualität haben die Einzelstudien? Erfolgte die Auswahl der einbezogenen Einzelstudie systematisch oder unsystematisch? Einzelstudien aus welchem Zeitraum wurden einbezogen?
<b>Bewertung des methodischen Vorgehens</b>	Ist eine Transparenz bei der Auswahl und Auswertung der Einzelstudien gegeben? Ergibt sich eine Stringenz und Schlüssigkeit bei der Zusammenfassung der Studienergebnisse, Wahl der Ergebnisvariablen, Wahl der statistischen Verfahren zur Auswertung, Ableitung der Schlussfolgerungen?

Tab. 3: Dimensionen des Kodierungsrasters und Leitfragen

## Evidenzstärkebewertungssystem

Das zur Evaluation der Übersichtsarbeiten verwendete Evidenzstärkebewertungssystem sollte in Anlehnung an bewährte Systeme und Leitlinienentwicklungsstandards (Alderson et al. 2004; Fiore et al. 2000; Helou et al. 2000) erarbeitet werden. Wie es mittlerweile internationaler Standard ist (Helou et al. 2000), wurde bei der Entwicklung der Schlussfolgerungen die Forderung nach

- a) einer systematischen Recherche, Bewertung und Synthese der besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz (systematische → Reviews, eventuell → Meta-Analysen),
- b) die Herleitung des in der Schlussfolgerung empfohlenen Vorgehens aus der wissenschaftlichen Evidenz,
- c) die exakte Dokumentation des Zusammenhangs zwischen der jeweiligen Schlussfolgerung und der dazugehörigen Evidenzstufe und
- d) die Sicherung der Reportqualität der Leitlinienentwicklung durch einen Hintergrundbericht (nach Helou et al. 2000) erfüllt.

Allerdings hat sich die Evidenzklassifikation der klinischen Epidemiologie, wie sie national und international weite Verbreitung findet (Shekelle et al. 1999), nicht für die Auswertung unserer Übersichtsartikel und der internationalen Präventionsforschung sinnvoll anwenden lassen. Diese Klassifikation sieht nur in einer Kategorie ein Urteil über zusammenfassende Information vor: Die stärkste Evidenz (I a) wird in einer → Meta-Analyse → randomisierter kontrollierter Studien (→ qualitativ hochwertige Einzelstudien) gesehen. Danach wird auf Ebene der Einzelstudien unterschieden, einer Ebene also, die wir mit unserer Literatur nicht abdecken: Evidenzstärke I b erhält eine → randomisierte kontrollierte Studie. II a wird vergeben, wenn mindestens eine kontrollierte Studie ohne → Randomisierung vorliegt, II b, wenn mindestens eine Studie mit quasi-experimentellem Ansatz vorliegt (zum Beispiel Vor-/Nachttest-Studien). Evidenzstärke III erhalten beschreibende, vergleichende oder Case-Control-Studien, Stärke IV gilt für ein Expertinnen- und Expertenkomitee oder eine Expertinnen- bzw. Expertenmeinung.

Eine Klassifikation nach klinischem Vorbild hätte eine Art Deckeneffekt ergeben, da in fast jedem Bereich eine → randomisierte kontrollierte Studie vorliegt. Die Klassifikation trägt zudem einer heterogenen oder zum Teil auch widersprüchlichen Befundlage keine Rechnung, wie sie in der Suchtpräventionsforschung zu finden ist und wie sie von den Übersichtsarbeiten zu ordnen und zu beurteilen angestrebt wird.

Somit wurde ein eigenes Evidenzstärkebewertungssystem entwickelt. Als Grundlage unserer Schlussfolgerungen gibt es → Meta-Analysen (M), systematische → Reviews (S, jede verfügbare Einzelstudie hatte die Chance, gefunden zu werden), unsystematische → Reviews (U, die Such- und Auswahlkriterien für Einzelstudien sind nicht klar), → Expertinnen- und Expertenüberblicke oder -interviews (E, Expertinnen und Experten wurden befragt oder Autorin bzw. Autor ist selber ausgewiesene[r] Expertin bzw. Experte), → Best-Practice-Überblicke (BP, gezielte Vorstellung von effektiven Maßnahmen), Einzelstudien (ES, Hinweise auf Effektivität in einem Bereich, in dem sonst keine Informationen möglich wären).

Als **hochwertige Einzelstudien** wurden Studien mit den aussagekräftigsten Untersuchungsdesigns angesehen. Diese beinhalten den Vergleich einer behandelten und unbehandelten Gruppe, wobei am besten eine zufällige Zuordnung der Personen zur Experimental- oder → Kontrollgruppe stattfand (→ Randomisierung). Daten werden von den Gruppen dann zumindest vor und nach der Behandlung, am besten auch zu späteren Zeitpunkten erhoben. Dies trifft für so genannte → randomisierte kontrollierte Studien (RCT [randomized controlled trial]; → randomisierte kontrollierte Studie) und kontrollierte Studien ohne → Randomisierung (→ CT [controlled trial]; → kontrollierte Studie) zu. → Zeitreihenstudien (ITS, interrupted time series) sind eine Alternative, wenn kein Vergleich zwischen einer behandelten und unbehandelten Gruppe möglich ist. Dann wird dieselbe Gruppe zu einem Zeitpunkt befragt, auf den ein Zeitintervall ohne Behandlung folgt, das mit der gleichen Datenerhebung endet. Darauf folgt

ein Zeitintervall mit Behandlung, welches wiederum mit der gleichen Datenerhebung endet. So kann an denselben Personen verglichen werden, wie sich das Verhalten mit und ohne Behandlung entwickelt. In den Überblicksarbeiten wurde nicht immer angegeben, welcher Art die Einzelstudien sind, auf die sie sich beziehen. Insofern kann die Information nur dann berücksichtigt und berichtet werden, wenn sie vorliegt.

Die Schlussfolgerungen erhalten eine Evidenzstärke von A bis F. Sie beruhen

- A auf einer → Meta-Analyse mit hochwertigen Einzelstudien (→ RCT, → CT und → ITS),
- B einem systematischen → Review mit hochwertigen Studien (→ RCT, → CT und → ITS),
- C einer → Meta-Analyse oder einem systematischen → Review mit allen Studien,
- D einem unsystematischen → Review, → Expertinnen- und Expertenüberblick oder → Best-Practice-Überblick,
- E einer Einzelstudie (oder das Ergebnis wird anhand empirischer Befunde, die nicht direkt darüber informieren oder es testen, diskutiert),
- F auf einer widersprüchlichen Befundlage zwischen → Reviews der Kategorien A bis C, wobei die Schlussfolgerung in die Richtung des evidenzstärkeren Reviews formuliert ist.

Wenn man trotz der unterschiedlichen Analyseebene (Übersichtsarbeiten versus Einzelstudien) einen Vergleich zu der üblichen klinischen Evidenzstärkeklassifikation machen will, kommt also die hier verwendete Evidenzstärke A der Kategorie I a am nächsten, bezieht allerdings alle qualitativ hochwertigen Studien (→ RCT, → CT und → ITS) mit ein. Die Evidenzstärken B, C und zum Teil D (unsystematischer → Review) überschneiden sich mit den Kategorien I b, II a, II b. Die Kategorie IV findet sich in der hier verwendeten Evidenzstärke D.



# 4

## ERGEBNISSE

# 4.1 Aufbau der Ergebnis- und Schlussfolgerungskapitel

Die Ergebnis- und Schlussfolgerungskapitel stellen zum einen die jeweils nach Handlungsfeld (Familie, Freizeit, Schule, Medien, Community, Gesetz) geordneten Forschungsergebnisse und Schlussfolgerungen zu universellen Maßnahmen zusammen (vgl. Kapitel 4.2). Zum anderen werden handlungsfeldübergreifend die Ergebnisse und Schlussfolgerungen zu selektiven Maßnahmen, zu geschlechtsbezogener Forschung, zu negativen Ergebnissen von Suchtprävention und einzelnen Substanzen beschrieben (vgl. Kapitel 4.3).

Die Ergebnis- und Schlussfolgerungskapitel sind einheitlich aufgebaut. In den Ergebniskapiteln stehen die gruppierten Zusammenstellungen der Ergebnisse und Schlussfolgerungen, die die Autoren und Autorinnen der berücksichtigten Artikel formuliert haben. In den Schlussfolgerungskapiteln stehen die handlungsfeldbezogenen und handlungsfeldübergreifenden Schlussfolgerungen zur Wirksamkeit, die von dem Autor und der Autorin der Expertise verfasst wurden, und die das Hauptergebnis dieser Expertise darstellen.

## Ergebniskapitel

Die Ergebnisse sind gruppiert nach dem Inhalt der Ergebnisse (Effektivität, Schlüsselemente), nach der Zielgruppe, über die Aussagen gemacht werden (universell, selektiv), nach dem Handlungsfeld (Familie, Schule, Medien, Community, gesetzliche Rahmenbedingungen) und nach der Substanz (Tabak, Alkohol, Cannabis, andere illegale Drogen). Da manche Aussagen der Reviews die Zielgruppe, das Handlungsfeld oder die Substanz nicht differenzieren, sondern mehr als eine Zielgruppe, Handlungsfeld oder Substanz gemeinsam beurteilen, steht zusätzlich eine Kategorie „undifferenziert“ zur Verfügung. Die Kennzeichen einer Gruppierung sind in der jeweiligen Gliederungsleiste zusammengefasst.

Beispiel für eine Gliederungsleiste:

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
<p><b>EFFEKTIVITÄT</b></p> <p>Schlüsselemente</p>	<p><b>UNIVERSELL</b></p> <p>Selektiv</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Familie</p> <p><b>SCHULE</b></p> <p>Freizeit</p> <p>Medien</p> <p>Community</p> <p>Gesetze</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Tabak</p> <p>Alkohol</p> <p>Cannabis</p> <p>Andere illegale Drogen</p> <p><b>UNDIFFERENZIERT</b></p>

In diesem Abschnitt würden beispielsweise Ergebnisse des Handlungsfelds Schule für die universelle Zielgruppe undifferenziert für alle Substanzen hinsichtlich der Effektivität suchtpreventiver Maßnahmen berichtet.

Jeder **Artikel im Ergebniskapitel**, der für die Ableitung der Schlussfolgerungen berücksichtigt wird, erhält eine Überschrift mit seinem speziellen Fokus. Die Zusammenfassung wird zu Beginn mit einer Charakterisierung des Beitrags versehen: Autorinnen und/oder Autoren [interne Nummer des Beitrags; Erscheinungsdatum; Art des Beitrags (M: → Meta-Analyse, S: Systematischer → Review, U: Unsystematischer → Review, E: → Expertinnen- und Expertenüberblick; BP: → Best-Practice-Überblick; ES: Einzelstudie); Anzahl der Studien, die den suchtpreventiven Ergebnissen zugrunde liegen (wenn möglich von Gesamtzahl der ursprünglich identifizierten, nicht ausgewählten Studien; wenn möglich mit Hinweis auf das Design der Studien {(RCT: → randomisierte kontrollierte Studie, → CT: kontrollierte Studie, → ITS: Zeitreihenstudie)}; Erscheinungszeitraum der Studien]. Die Beschreibung der Studie erfolgt nach Ergebnissen und Schlussfolgerungen getrennt. Bei den Ergebnissen wird berichtet, was von den Autorinnen und Autoren der Beiträge so berichtet und der Verfasserin und dem Verfasser der Expertise als relevant für die Expertise erschien und nachvollziehbar war. Schlussfolgerungen im Ergebniskapitel geben die Meinung und meist den Wortlaut der Autorinnen und Autoren der Übersichtsarbeiten und nicht die Meinung der Verfasserin und des Verfassers der Expertise wieder.

## Schlussfolgerungskapitel

Die Schlussfolgerungen beginnen mit einer Information über die Substanzen, die im jeweiligen Handlungsfeld thematisiert wurden, und einer Auskunft darüber, ob deutschsprachige Stichproben untersucht wurden. Ebenso wird eine zusammenfassende Einschätzung der methodischen Qualität und Aussagekraft der den Schlussfolgerungen zugrunde liegenden Ergebnisse gegeben.

Darauf folgen die Schlussfolgerungen, die **nach Meinung der Verfasserin und des Verfassers** der Expertise die in diesem Abschnitt berichteten Reviews zusammenfassen. Der Schlussfolgerung sind Buchstaben mit Verweis auf die interne Nummer des Beitrags nachgestellt. Damit wird die Evidenzstärke der Aussage ausgedrückt und deutlich gemacht, auf welche Beiträge sich die Schlussfolgerung stützt. Die einzelnen Buchstaben bedeuten (siehe Kapitel 3.5):

- A Schlussfolgerung beruht auf einer → Meta-Analyse mit hochwertigen Einzelstudien.
- B Systematischer → Review mit qualitativ hochwertigen Einzelstudien kommt zu dem Ergebnis.
- C → Meta-Analyse oder systematischer → Review mit allen Studien kommt zu dem Ergebnis.
- D Unsystematischer → Review, → Expertinnen- bzw. Expertenüberblick oder → Best-Practice-Überblick kommt zu dem Ergebnis.

- E Einzelstudie oder Ergebnis wird anhand empirischer Befunde, die nicht direkt darüber informieren oder es testen, diskutiert.
- F Widersprüchliche Befundlage zwischen → Reviews der Kategorien A bis C, wobei die Schlussfolgerung in die Richtung des evidenzstärkeren Reviews formuliert ist.

Schließlich sind den Schlussfolgerungen, wenn möglich, quantitative Hinweise der Stärke der Effektivität angefügt. Sie sind den Beiträgen entnommen und stellen ausdrücklich ganz grobe Schätzungen dar, in welchem Rahmen die Wirkungsstärke der Maßnahmen sich bewegen könnte. Sie dürfen nicht als zu erwartende Effekte interpretiert werden.

## 4.2 Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen in unterschiedlichen Handlungsfeldern

### 4.2.1 Familie – Ergebnisse

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
<p><b>EFFEKTIVITÄT</b> Schlüsselemente</p>	<p>Universell Selektiv <b>UNDIFFERENZIIERT</b></p>	<p><b>FAMILIE</b> Schule Freizeit Medien Community Gesetze Undifferenziert</p>	<p>Tabak Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen <b>UNDIFFERENZIIERT</b></p>

#### *Fokus Allgemeine Effektivität*

Lochman und van den Steenhoven [1; 2002; S; 30 Studien, davon 18 → RCT; 1970–2000] untersuchten in ihrem → Review unterschiedliche familiäre Präventionsprogramme und deren Effektivität auf Substanzkonsum. Sie klassifizieren familiäre Präventionsprogramme in Elterntrainings, Kindertrainings und Familientrainings sowie Kombinationen derselben. Diese Trainings konzentrieren sich auf den Aufbau von grundlegendem Erziehungsverhalten (Disziplinierung, Supervision, Problemlösung) sowie die Förderung von Eltern-Kind-Beziehungen und elterlichem Engagement in der Schule. Wenn die Kinder einbezogen werden, werden mit ihnen Standfestigkeit gegenüber Konsumangeboten von Peers, soziale Problemlösefertigkeiten, Konfliktmanagement und Lernfertigkeiten geübt. Aus Mangel an Studien diskutieren die Autoren

selektive und universelle Ansätze gemeinsam. Auf die ebenfalls im Review zusammengefassten zahlreichen Studien zu indikativen Verfahren wird hier nicht eingegangen. **Ergebnisse:** Elterntrainings (neun Studien) führen zu verbessertem Erziehungsverhalten oder zur Abnahme an Problemverhalten des Kindes. Meist sind die Effekte auch beim Follow-up noch zu beobachten. Eltern- und Familienfertigkeitentrainings (elf Studien) sind wirksam hinsichtlich prosozialen Verhaltens der Kinder und in drei Studien auch hinsichtlich ihres Substanzkonsums. Einige Eltern- und Kindertrainings (zwei von vier Studien) sind effektiv in dem Sinne, dass sie das Erziehungsverhalten verbesserten, das Oppositionsverhalten der Kinder abnahm und eine Reduktion des Alkoholkonsums zu beobachten war. Schließlich erreichen umfassendere Ansätze (sechs Studien) – die Eltern-, Kinder- und Familienkomponenten beinhalten –, Effekte auf mehrere Bereiche des Eltern-Kind-Verhaltens wie zum Beispiel Aggressivität der Kinder, Verhalten in der Klasse und Alkoholkonsum. **Schlussfolgerung der Autoren:** Zusammenfassend sehen die Autoren anhand der zitierten Studienergebnisse, dass universelle/selektive Programme positive Effekte bei Eltern, Kindern und Familien und auf Substanzkonsum erreichen (Kinder: Aggression, Delinquenz, Schulanbindung, mehr Peerakzeptanz und mehr emotionale Wärme gegenüber Eltern; Eltern: Disziplinierung, Grenzen setzen, weniger harte Bestrafung, besseres Problemlösen, Akzeptanz der Kinder; Familie: Familienbeziehungen, Familienkonflikte, Zusammenhalt, Problemverhalten, Substanzkonsum). Diese Ansätze haben einen positiven Effekt auf den Einstieg und die Verbreitung des Alkoholkonsums, insbesondere bei denen, die zu Beginn der Intervention Nichtkonsumenten oder -konsumentinnen waren, und können die Effekte bis zu drei Jahren aufrechterhalten. Die Autoren schlussfolgern, dass Elterntraining allein zwar bereits das Kindesverhalten beeinflusst, die zusätzliche Arbeit mit den Kindern oder der Familie breitere Effekte auf mehr Einflussfaktoren des Substanzkonsums verspricht. Außerdem sollten Elterntrainings darauf fokussieren, Eltern zu helfen, mit ihren Kindern in einer positiveren und aufmerksameren Weise zu interagieren, soziale Verstärker einzusetzen und konstruktive Disziplinierungsmaßnahmen durchzuführen. Wichtig dafür ist auch, interaktive Trainingsmethoden einzusetzen.

### *Fokus Allgemeine Effektivität*

Loveland-Cherry [2; 2000; S; 13 von 92 Studien; 1990–1999] wertete das Einbeziehen der Familie in Suchtprävention. Sie untersuchte drei communitybasierte und vier schulbasierte Multikomponentenprojekte und sieben nur auf Familien ausgerichtete Programme. **Ergebnisse:** Von den sieben (vier → RCT) isolierten Familienmaßnahmen zeigten drei positive Effekte auf unterschiedliche Alkoholvariablen. **Schlussfolgerung der Autorin:** Die Autorin schlussfolgert für alle drei familienorientierten Ansätze, dass Interventionen und Studien beeindruckend im Hinblick auf die abgezielten Variablen, die Verwendung theoriegestützter Strategien, die Stärke der Untersuchungsdesigns, die Vielfalt der untersuchten Populationen und die demonstrierten Effekte der Interventionen sind. Die Studien haben eher kurzfristige Effektivität und weniger langfristige Ergebnisse zeigen können. Die Idee, dass es effektiver ist, Interventionen mit Risikogruppen durchzuführen, hat weitere Unterstützung erfahren.

### Fokus Kleinkinder

→ Reviews über suchtpreventive Maßnahmen im früheren Kindesalter (Kindergarten) gibt es unseres Wissens nach nur einen, und dessen Aussagekraft ist mangels (guter) Studien schwach. Da er den familienorientierten Ansatz in den Mittelpunkt stellt, wird hier davon berichtet. **Hall und Zigler [3; 1997; S; 11 Studien; alle verfügbaren Programme]** machen zwar 41 in den USA verfügbare Präventionsprogramme für das Alter zwischen drei und fünf Jahren aus, davon sind aber nur wenige (elf Studien) überhaupt und kaum den Standards entsprechend evaluiert sowie die Ergebnisvariablen begrenzt (meistens Selbstwert und Wiedererkennen von Substanzen). Lediglich zwei Programm-evaluationen sind in Fachzeitschriften publiziert. **Ergebnisse:** Die meisten Projekte haben kaum eine empirische Basis für ihre Programminhalte, sie haben keine Wirksamkeitsüberprüfung durchgeführt, beinhalten keine Elternarbeit und legen keine Auswahlkriterien für bestimmte Programme an. Stattdessen überlassen sie es eher dem Zufall, welche Maßnahmen eingesetzt werden. Die Autoren versichern, dass es keine Hinweise darauf gibt, dass die Programme ineffektiv sind. Die Vor- und Nachtests einiger hausgemachter Evaluationen lassen annehmen, dass Kinder zumindest kurzzeitig etwas Wissen über Drogen und die Antidrogenbotschaft behalten. Dennoch ist die Validität dieser Aussagen und auch die langfristige Aufrechterhaltung zweifelhaft. **Schlussfolgerung der Autoren:** Bei dieser Datenlage greifen die Autoren auf Theorie und Empirie anderer Verhaltensbereiche zurück: „Wir haben aus der Prävention antisozialen Verhaltens gelernt, wie die Gruppe der Vorschulkinder anzugehen ist.“ Demnach ist ein familienorientierter Ansatz zu bevorzugen und sind breit angelegte, multimodale Programme, die auf Eltern oder Eltern und Kinder abzielen, durchzuführen. Die Teilnahme an einer familienorientierten Maßnahme erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass frühe positive Erfahrungen zu Hause, in der Schule und in anderen sozialen Kontexten gemacht werden. Ein individuumszentrierter Ansatz ist in diesem Alter nur als Verstärkung oder Korrektur des Einflusses aus dem Elternhaus sinnvoll.

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
<p><b>EFFEKTIVITÄT</b></p> <p>Schlüsselemente</p>	<p>Universell</p> <p>Selektiv</p> <p><b>UNDIFFERENZIERT</b></p>	<p><b>FAMILIE</b></p> <p>Schule</p> <p>Freizeit</p> <p>Medien</p> <p>Community</p> <p>Gesetze</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Tabak</p> <p><b>ALKOHOL</b></p> <p>Cannabis</p> <p>Andere illegale Drogen</p> <p>Undifferenziert</p>

### Fokus Alkohol

Bry et al. [4; 1998; BP; 3 Studien; 1980–1999] besprechen verschiedene Fragestellungen der familienorientierten Prävention anhand einzelner Studien und ziehen vorläufige Schlussfolgerungen über ausgewählte Familienpräventionsprogramme aus

verschiedenen Populationen und theoretischen Perspektiven. **Schlussfolgerung der Autoren:** Familienverhalten und Erziehungsverhalten kann präventiv verändert werden, Familien können erreicht werden. Mütter und Väter sollten einbezogen werden. Einflussfaktoren des Substanzkonsums (hier Verhaltensprobleme der Kinder) können beeinflusst werden. Elterlicher Substanzkonsum kann reduziert werden. Allerdings gibt es auch negative Ergebnisse (Familienverhalten negativ beeinflusst; ältere Kinder verbringen weniger Zeit mit der Familie). Wirksamkeitsnachweise auf den Substanzkonsum der Kinder bleiben aus, weil „Sleeper Effekte“ (Effekte auf das Konsumverhalten und auf Risikofaktoren treten verzögert auf) zu erwarten waren.

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
Effektivität SCHLÜSSELEMENTE	Universell Selektiv UNDIFFERENZIIERT	FAMILIE Schule Freizeit Medien Community Gesetze Undifferenziert	Tabak Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen UNDIFFERENZIIERT



### *Fokus Expertinnen- und Expertenbefragung*

Dusenbury [5; 2000; U; 4 Expertinnen/Experten] weist auf die methodologischen Probleme der Evaluationen von Familieninterventionen hin und gründet ihre Schlussfolgerungen auf ausgewählte Literatur und Interviews mit ausgewiesenen Expertinnen und Experten auf dem Feld der Prävention mit Familien. Sie verzichtet auf eine differenzierte Beurteilung der Effektivität und stellt Schlüsselemente der effektiven familienorientierten Suchtprävention zusammen. **Ergebnisse/Schlussfolgerung der Autorin:** Effektive Maßnahmen sind wie folgt gekennzeichnet. Hinsichtlich des Inhalts basieren diese Maßnahmen auf empirisch abgesicherten Theorien und Forschungsbefunden (soziale Lerntheorie, Theorie sozialer Kontrolle, Ökologie der Entwicklung). Die Programme arbeiten an der positiven Beziehung zwischen Eltern und Kindern und helfen Eltern, Anti-Konsum-Normen in der Familie zu entwickeln. Damit diese Normen von den Kindern angenommen werden, fördern die Programme die Bindung an die Eltern. Sie trainieren Kommunikationsfertigkeiten, Konfliktlösung und Standfestigkeit. Viele Maßnahmen lehren Eltern positive, konsistente Disziplinierung sowie Monitoring und Supervision ihrer Kinder. Schließlich wird den Familien mit jüngeren Kindern oft die Gelegenheit zu alternativen Familienaktivitäten gegeben, während mit älteren Kindern eher die Kommunikation trainiert wird. Als weitere Schlüsselemente erfolgreicher Prävention mit Familien sollten die Programme umfassend sein und früh beginnen, sich über die Lebensspanne erstrecken sowie multiple → Risiko- und Schutzfaktoren des Konsums mit Interventionen in multiplen Systemen (Eltern und Schule, aber wenn nötig auch Sozialdienste, Elternnetzwerke und Freizeitmöglichkeiten) angehen. Sie soll-

ten entwicklungsstandgemäß sein und sensitiv für die sich verändernden Bedürfnisse von Familien und Eltern (Mutterschaft, Übergang des Kindes von Grundschule zur weiterführenden Schule). Die Maßnahmen sollen je nach kulturellem Hintergrund und Community angepasst werden, dies auch hinsichtlich der Person, die als Vermittlerin bzw. Vermittler der Maßnahme fungiert. Wenn auch die minimal notwendige Intensität einer Maßnahme mit Familien bisher nicht bestimmt wurde, sollten die Programme doch angemessen lang für die angestrebte Verhaltensmodifikation sein, was auch Aufbauelemente mit einschließt. Interaktive Techniken zum Aufbau neuer Fertigkeiten sollten dabei eingesetzt werden. Für die Vermittlerinnen und Vermittler der Programminhalte sollten Schulungen und Unterstützung vorgesehen sein. Und schließlich ist eine Evaluation der Tätigkeit wichtig, um zu wissen, ob das Programm den erwünschten Effekt hervorbrachte oder das Vorgehen geändert werden muss. Als größte Herausforderung der Prävention mit Familien gilt das Rekrutierungsproblem, das heißt wie bedürftige Familien zur Teilnahme motiviert werden können.

### *Fokus Weitere Schlüsselemente*

Lochman und van den Steenhoven [1; 2002; S; 30 Studien davon 18 → RCT; 1970–2000] sehen Möglichkeiten zur Erhöhung der Teilnahme von Familien darin, a) einen den Familien bekannten Veranstaltungsort zu wählen, b) Kinderbetreuung und Transport anzubieten, c) den Zusammenhalt unter den Familien zu fördern, indem sie Erfahrungen miteinander teilen, informelle unterstützende Netzwerke innerhalb der Gruppe bilden und die Ideen der Eltern in die Maßnahme mit einbeziehen sowie d) „gute“ Programme anzubieten.

### *Fokus Schwer erreichbare Familien*

Von einer empirisch überprüften Motivationsstrategie mit schwer erreichbaren Familien berichten Bry et al. [4; 1998; 2 Studien; k.A.]. Bei der Rekrutierung von schwer erreichbaren Familien hat sich das so genannte „Strategic Structural Systems Engagement“ bewährt, das den Widerstand als ein Symptom versteht, das innerhalb des familiären Systems durch das etablierte Interaktionsverhalten aufrechterhalten wird. Es muss also, bevor an den Substanzproblemen gearbeitet wird, erst an diesem Widerstand gearbeitet werden, und zwar mit ähnlichen familientherapeutischen Mitteln. Ist in der ersten Behandlungsphase dieser Widerstand bewältigt worden und erklärt sich die Familie zu einer Therapie bereit, kann auf das eigentliche Problem therapeutisch eingegangen werden. In zwei Studien wurde dieses Programm einer Kontrollbedingung mit herkömmlichem Rekrutierungsvorgehen gegenübergestellt. **Ergebnisse:** Sowohl in der Motivierung zur Teilnahme an einer weiterführenden Familientherapie als auch in der Verbleibquote war das „Strategic Structural Systems Engagement“ der Kontrollbedingung überlegen.

## 4.2.2 Familie – Schlussfolgerungen

*Substanzen:* Forschung wird vom Bereich Alkohol dominiert, kaum Tabak, kaum illegale Drogen

*Raum:* Keine Reviews über Forschung mit deutschsprachigen Stichproben

*Evidenzgrad der Forschung:* Ebene C und D. Obwohl es viele → RCT gibt, kein → Review mit nur hochwertigen Studien und keine → Meta-Analyse.

- Umfassende familiäre Ansätze (Eltern- plus Kinder- plus Familientraining) haben → präventive Effekte auf das Konsumverhalten (Alkohol). C<sup>1, 2</sup>
- Elterntrainings allein beeinflussen Risikofaktoren, aber nicht Konsum. C<sup>1</sup>
- Familienorientierte Maßnahmen sind insbesondere bei Nichtkonsumenten und -konsumentinnen effektiv (Alkohol). C<sup>1</sup>
- Effektive Maßnahmen zeichnen sich aus durch: Fokus auf Förderung einer positiven Eltern-Kind-Interaktion, Training des Einsatzes von sozialer Verstärkung und konstruktiven Disziplinierungsmaßnahmen (C<sup>1</sup>); interaktive Trainingsmethoden (C<sup>1</sup>, D<sup>5</sup>); empirisch abgesicherte theoretische Basis (D<sup>5</sup>); Schulung der Vermittlerinnen und Vermittler (D<sup>5</sup>); Evaluation (D<sup>5</sup>); umfassende Ansätze, die frühzeitig beginnen, sich über die Lebensspanne erstrecken, viele → Risiko- und Schutzfaktoren angehen und mehrere Settings einschließen (D<sup>5</sup>); entwicklungsgemäßes Material (D<sup>5</sup>); Beachtung des kulturellen und Community-Hintergrunds (D<sup>5</sup>); ausreichende Dosis und Follow-up (D<sup>5</sup>).
- Effekte auf das Konsumverhalten und auf Risikofaktoren treten verzögert auf, so genannte Sleeper-Effekte. D<sup>4</sup>
- Maßnahmen zur Einbeziehung von schwer erreichbaren Familien sind erfolgreich. D<sup>4</sup>
- Negative Effekte auf Risikofaktoren sind nicht auszuschließen. D<sup>4</sup>
- Präventive Maßnahmen für Kleinkinder (drei bis fünf Jahre) sollten familienorientiert sein. E<sup>3</sup>

*Quantitative Hinweise:* Keine

## 4.2.3 Schule – Ergebnisse

In schulbasierten Maßnahmen wird selten das Schulumfeld, sondern meist werden individuelle Faktoren angegangen, das heißt das Handlungsfeld Schule wird als Setting genutzt; angesetzt wird am Individuum.

4

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
<p><b>EFFEKTIVITÄT</b></p> <p>Schlüsselemente</p>	<p><b>UNIVERSELL</b></p> <p>Selektiv</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Familie</p> <p><b>SCHULE</b></p> <p>Freizeit</p> <p>Medien</p> <p>Community</p> <p>Gesetze</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Tabak</p> <p>Alkohol</p> <p>Cannabis</p> <p>Andere illegale</p> <p>Drogen</p> <p><b>UNDIFFERENZIERT</b></p>

### *Fokus Allgemeine Effektivität*

Die umfassendste → Meta-Analyse im Bereich der Suchtprävention stammt von **Tobler und Kollegen** [6; 2000; M; 144 von über 700 Studien (93 hochwertige Studien); 1978–1997], die Studien über 207 Programme zusammengefasst haben. Sie teilen schulbasierte Programme nach den Methoden ein, die zur Vermittlung der Inhalte eingesetzt werden. Noninteraktive Programme zeichnen sich durch wenig Interaktion zwischen den Schülerinnen und Schülern und durch einseitige Kommunikation zwischen Vermittlerin bzw. Vermittler und dem einzelnen Schüler bzw. der einzelnen Schülerin aus (zum Beispiel Frontalunterricht). Interaktive Methoden fördern die Auseinandersetzung zwischen den Schülerinnen und Schülern (zum Beispiel Kleingruppendiskussionen, Rollenspiele) und weisen dem Vermittler bzw. der Vermittlerin höchstens eine Moderatorfunktion zu. Als Ergebnisvariable wurde die 30-Tage-Prävalenz aus den Studien extrahiert. **Ergebnisse:** Für noninteraktive Programme haben die Autoren eine → Effektstärke von .05 (weighted Hedges d) errechnet. Für interaktive Programme ergab sich eine Effektstärke von .15. Wurde die Analyse auf die qualitativ hochwertigen Studien begrenzt, ergaben sich Effektstärken von .03 und .16. Der inhaltliche Ansatzpunkt der Programme ist aber nicht von der Methodik zu trennen. Als noninteraktiv wurden folgende Ansätze kategorisiert: alleinige Informationsvermittlung; affektive Erziehung; Programme, die allein auf Entscheidungsbildung, Wertevermittlung und Einstellungsbildung fokussieren; die Kombination von Information und affektiver Erziehung sowie dem DARE-Programm (siehe unten: Ennett et al. [8]) ähnliche Verfahren. Alle noninteraktiven Ansätze getrennt berechnet erreichten eine Effektstärke, die sich nicht signifikant von 0 unterscheidet. Als interaktive Verfahren gelten die Verfahren, die auf soziale Einflussvariablen fokussieren, umfassende Life-Skills-Programme und systemübergreifende Ansätze (Schule plus Community und/oder Familie, Schulentwicklung). Sie erreichten signifikant von 0 unterschiedliche Effektstärken von .12, .17 und .27 bzw. – basierend auf den hochwertigen Studien – Effektstärken von .14, .17 und .22. Dabei ist zum einen zu beachten, dass es noch zu wenig evaluierte systemübergreifende Programme gibt (n = 9 bzw. n = 3 hochwertige Studien). Zum anderen enthalten die Kategorien „sozialer Einfluss“ und „Life Skills“ statistisch gesehen sehr heterogene Programme und müssten somit eigentlich noch nach weiteren Gesichtspunkten unterteilt werden. Weitere Ergebnisse der Meta-Analyse sind: Kleine Projekte (weniger N) erreichten höhere Effektstärken, womöglich weil im Gegensatz zu großen Projekten eine

bessere Implementationsgüte hergestellt werden kann. Längere interaktive Programme (elf bis 30 Stunden) sind effektiver. Professionelle Vermittlerinnen und Vermittler sind am erfolgreichsten; dann Peers, Lehrerinnen und Lehrer sowie andere. Hinsichtlich der Population profitieren eher Schüler und Schülerinnen, die jünger als 7. Klasse oder älter als 10. Klasse sind; der ethnische Hintergrund scheint die Effektivität nicht zu beeinflussen. Die interaktiven Programme funktionieren für alle Substanzen gleich gut (Effektstärken: Tabak .15 [105 Werte], Alkohol .13 [68 Werte], Cannabis .13 [37 Werte] und andere Drogen .26 [neun Werte]). Spezifische Programme sind für Tabakprävention besser; bei der Alkoholprävention ist es nicht ausschlaggebend, ob nur Alkohol oder auch andere Substanzen zum Thema gemacht werden. Je breiter das Programm angelegt ist, das heißt je mehr Handlungsfelder einbezogen werden, desto besser sind die Erfolgsaussichten. **Schlussfolgerung der Autoren:** Mit einer mittleren Effektstärke von etwa .16 bei kleinen und großen interaktiven Programmen, die einer differentiellen Erfolgsrate von 8 % entspricht (das heißt in der → Kontrollgruppe sind 8 % der Konsumenten und Konsumentinnen mehr zu finden), repräsentiert der → Prozentunterschied ein klinisch relevantes Ergebnis, insbesondere weil die durchschnittliche Intensität der Programme nur zwölf Stunden beträgt. Als obere Grenze der möglichen Wirksamkeit eines interaktiven schulbasierten Präventionsprogramms mit etwa fünf Klassen geben die Autoren eine Effektstärke von .28 an, was zum Beispiel eine Verringerung der absoluten Rauchprävalenz von 20 % auf 13 % (relative Reduktion von etwa 34 %) darstellt. Eine „realistische“ Effektstärke beziffern sie mit .14, die zum Beispiel eine absolute Verringerung des Cannabiskonsums von 10 % auf weniger als 8 % (relative Reduktion von 22 %) bedeutet.

Diese aktuelle → Meta-Analyse von **Tobler et al.** bestätigt in vielem die vorherigen Meta-Analysen (1986, 1993). Erwähnenswert ist allerdings ein Ergebnis der Meta-Analyse von 1993 [7; 1997; **M; 90 von 595 Studien; 120 Programme; 1977–1991**], dass Effekte meist über die ersten drei Jahre stabil sind und dann leicht abfallen. Über den langfristigen Verlauf der Effekte wird in der aktuellen Meta-Analyse nichts ausgesagt.

### *Fokus DARE-Programm*

**Ennett et al.** [8; 1994; **M; 8 von 18 Studien; 1986–1994**] haben mittels → Meta-Analyse die hochwertigen Studien zum DARE-Programm (Drug Abuse Resistance Education), das am meisten verbreitete Präventionsprogramm in den USA, zusammengefasst. DARE wird von Polizisten in der Klasse durchgeführt und stellt eine Kombination von Information, affektiver Erziehung und Standfestigkeitstraining dar, wobei Tobler et al. [6] es aufgrund seiner inhaltlichen Schwerpunkte als noninteraktiven Ansatz klassifizieren. **Ergebnisse:** Die Effektstärken für den Alkohol- und Cannabiskonsum sind nicht signifikant von 0 unterschiedlich, für Tabak beträgt sie .08. Die untersuchten vermittelnden Variablen erreichten höhere Effektstärken: Wissen .42, soziale Fertigkeiten .19, Einstellung gegenüber der Polizei .13, Einstellung gegenüber Substanzen .11 und Selbstwert .06. Es wird weder ein direkter noch ein langfristiger (ein bis zwei Jahre) Effekt im Vergleich zu „üblichen“, unsystematischen Präventionsbemühungen erreicht, was die

Autoren auf den traditionellen Lehrstil zurückführen. **Schlussfolgerung der Autoren:** DARE erreicht niedrigere Effektstärken als interaktive Programme (siehe Tobler et al. [6]) und höhere Effektstärken als andere noninteraktive Programme.

### *Fokus Schulsystembezogene Maßnahmen*

Flay [9; 2000; U; 7 Studien; k. A.] hat systemorientierte Schulinterventionen hinsichtlich ihrer Effektivität auf Substanzkonsum begutachtet. **Ergebnisse:** Maßnahmen zur Schulentwicklung (wie Lehrkräfte mit Klassen und Schüler- bzw. Schülerinnenverhalten umgehen, Lehrmethoden, andere Veränderungen der Schulumwelt), die über die Stärkung der Anbindung an die Schule Substanzkonsum vorbeugen könnten, bieten eine inkonsistente Befundlage. Positive Ergebnisse sind mit negativen und ausbleibenden Ergebnissen gemischt. **Schlussfolgerung des Autors:** Für ihren Erfolg gibt es bisher sehr wenig Rückhalt. Allerdings sind die wenigen Studien ( $n = 4$ ) auch methodisch zu kritisieren, sodass der ausbleibende Effekt möglicherweise auf die Studienmethodik zurückzuführen ist.

### *Fokus Effektivität zusätzlicher Komponenten*

Flay [9; 2000; U; 7 Studien; k. A.] hat den Versuch gemacht, die Effektivität von ausschließlichen Schulprogrammen mit Mehr-System-Ansätzen (Schule plus Schulentwicklung, plus Elternkomponente, plus Medienelement, plus Community-Komponenten) zu vergleichen. **Ergebnisse:** Anhand der Studien, die er heranzieht („alle bekannten“), muss er allerdings resümieren, dass es zwar Beweise für die mögliche Effektivität von Elterntraining, Massenmedien und Community-Projekten gibt, es aber wenig Evidenz für die zusätzlichen Effekte dieser Ansätze über die Effekte von Schulprogrammen hinaus gibt, mit denen sie oft kombiniert werden. **Schlussfolgerung des Autors:** Dieses enttäuschende Ergebnis kommt vor allem deshalb zustande, weil bisherige Studien aufgrund ihres Designs nicht über die differentielle Effektivität informieren.

### *Fokus Deutschsprachige Programme*

Maiwald und Reese [10; 2000; U; 10 Studien (→ RCT oder → CT), 1990–2000] haben die Effektivität von deutschen Lebenskompetenzprogrammen zusammengefasst. Dort steht in der Grundschule die Förderung der Lebenskompetenzen bzw. Gesundheitserziehung im Vordergrund, wobei in der 3. und 4. Klasse substanzspezifisch auf das Rauchen eingegangen wird. In der Orientierungsstufe werden im substanzspezifischen Teil Zigaretten und Alkohol thematisiert. Ecstasy und andere illegale Drogen sind erst später Thema. **Ergebnisse:** Es fehlt der konsistente Nachweis der Beeinflussung des Konsumverhaltens Jugendlicher, wenn auch Einzelstudien das erwünschte Verhalten zumindest kurzfristig nachweisen können. Dem Konsumverhalten der gesamten Zielgruppe (vor allem Tabak) konnte durch die Programme vorgebeugt werden, die früh begannen und spätestens in der 5. Klasse substanzspezifisch ausgerichtet waren. Bei einem späteren Programmbeginn als in der 5. Klasse profitierten Untergruppen. Die Wirk- und Normerwartungen, das Wissen und die affektive Einstellung gegenüber Substanzen und Konsumabsicht sowie die Standfestigkeit konnten beeinflusst werden. **Schlussfolgerung der**

**Autoren:** Lebenskompetenzprogramme können einen wichtigen Beitrag in der Suchtprävention bei Jugendlichen leisten, als einziges Mittel zur Vorbeugung von Substanzmissbrauch reichen sie offensichtlich nicht aus.

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
<p><b>EFFEKTIVITÄT</b> Schlüsselemente</p>	<p><b>UNIVERSELL</b> Selektiv Undifferenziert</p>	<p>Familie <b>SCHULE</b> Freizeit Medien Community Gesetze Undifferenziert</p>	<p><b>TABAK</b> Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen Undifferenziert</p>

### Fokus Tabak

Thomas [11; 2003; S; 76 von 191 Studien; 1980–2000] hat für die Cochrane Library Ergebnisse von 76 Studien der Rauchprävention in Schulen aufgrund ihrer Heterogenität nicht quantitativ, sondern qualitativ zusammengefasst. Dabei unterscheidet er drei Kategorien methodischer Qualität, wovon Kategorie 1 die hochwertigsten Studien enthält. Rauchverhalten wurde in den Studien sehr unterschiedlich operationalisiert. **Ergebnisse/Schlussfolgerung des Autors:** Im Detail werden hier die Ergebnisse der jeweils höchsten Kategorie berichtet. Die Wirksamkeit der Informationsvermittlung im Vergleich zu Kontrollgruppen wurde in vier Studien (Kategorie 2) überprüft, wovon eine Effekte auf das Rauchverhalten zeigte. Die Autoren meinen, dass aufgrund von mangelnden rigorosen Studien eine Effektivität dieses Ansatzes nicht auszuschließen ist, es aber wenig positive Evidenz dafür gibt. „Pure“ soziale Kompetenzprogramme ohne spezifische Tabakelemente wurden nur in einer Studie (Kategorie 1) getestet, die nach 24 Monaten einen Effekt auf das Rauchverhalten von Jungen feststellte. Die Datenbasis ist aber für eine Beurteilung zu dünn. Programme mit Fokus auf soziale Einflüsse wurden in 15 Studien (Kategorie 1) getestet; acht davon berichteten Effekte (mindestens sechs Monate später). Demnach ist eher mit kurzfristiger Wirksamkeit zu rechnen, da die längste und methodisch hochwertigste Einzelstudie keine Effekte auf das Rauchverhalten 14 Jahre nach Beginn der Intervention (zwei Jahre nach der 12. Klasse) feststellen konnte. Die Kombination von sozialem Einfluss und sozialer Kompetenz, wie in Life-Skills-Programmen verwirklicht, wurde bisher in einer Kategorie-1-Studie und elf Kategorie-2-Studien untersucht. Diese weisen nach Ansicht der Autoren darauf hin, dass das Rauchverhalten beeinflusst werden kann. Dennoch gibt es keine hinreichenden Befunde, um zu bestimmen, ob das zusätzliche Training allgemeiner Lebensfertigkeiten effektiver ist als Soziale-Einfluss-Programme allein. Ebenso gibt es noch zu wenige Daten, um die zusätzliche Wirksamkeit multimodaler Komponenten (zum Beispiel Community-Elemente) über den Fokus auf soziale Einflüsse hinaus beurteilen zu können. Drei Studien (Kategorie 1) berichteten widersprüchliche Resultate.



Tobler et al. [6; 2000; M; 144 von über 700 Studien; 207 Programme; 1978–1997] errechnen für Tabak eine → Effektstärke interaktiver schulbasierter Programme – basierend auf 105 Werten – von .15.

Ennett et al. [8; 1994; M; 8 von 18 Studien; 1986–1994] berichten, dass DARE eine → Effektstärke von .08 auf das Rauchverhalten erreicht.

### *Fokus Re-Analyse nach Korrektur der → Intraklassenkorrelation*

Roonay und Murray [12; 1996; M; 90 von unbekannter Anzahl an Studien; 1974–1991] re-analysierten die Ergebnisse von 90 Studien, deren Randomisierungsebene nicht der Analyseebene entsprach (Intraklassenkorrelationsbias). **Ergebnisse:** Sie errechneten eine durchschnittliche → Effektstärke (Hedges d) auf das Rauchverhalten (unterschiedliche Variablen) von .11 beim Nachtest und .10 beim Follow-up, was einer Reduktion von etwa 5 % entspricht. Die analysierten Programme fokussierten jeweils zu großen Teilen auf soziale Einflüsse oder allgemeine soziale Fertigkeiten und wenige auf die Standfestigkeit. Mittels Regressionsanalysen wurden Faktoren ermittelt, die mit einer größeren Effektivität einhergingen. Zum Nachtest waren dies: längeres Follow-up-Intervall, → Randomisierung, Beobachtung und Feedback an Lehrkräften, weniger als zehn Sitzungen, nicht trainierte Peers als Vermittler, Fokus über Tabak allein hinaus, langfristige Dauer (> zwei Monate). Das inhaltliche Konzept stellte sich als gleichgültig heraus. Zum Zeitpunkt des Follow-ups waren folgende Faktoren mit einer erhöhten Wirksamkeit verbunden: Intervention in 6. Klasse, Vergleichsgruppen äquivalent, Längsschnittdesign, 11–20 % Studienausfall, zeitlich konzentrierter Ablauf mit Auffrischungssitzungen, trainierte Lehrkräfte oder untrainierte Peers als Vermittler. **Schlussfolgerung der Autoren:** Wenn alle diese Kennzeichen verwirklicht würden, ist mit Effektstärken von .5 bis .8 zu rechnen, was einer relativen Reduktion von 19 bis 29 % entspricht. Die Autoren resümieren, dass ihre → Meta-Analyse den weiteren Einsatz von Peers und sozialen Rauchpräventionsprogrammen unterstützt, aber weitere Anstrengungen unternommen werden müssen, um eine bedeutende Veränderung des Rauchens bei Jugendlichen zu erreichen.

### *Fokus Tabakentwöhnung*

Sussman et al. [13; 1999; U; 17 Studien; 1977–1992] analysierten repräsentativ ausgewählte Präventionsstudien hinsichtlich ihrer Effekte auf Tabakentwöhnung bei Jugendlichen. **Ergebnisse:** Der wöchentliche Konsum rauchender Jugendlicher kann um etwa fünf absolute Prozentpunkte und über einen Zeitraum von etwa drei Jahren mittels Programmen, die eigentlich dem Konsum vorbeugen sollen, reduziert werden. **Schlussfolgerung der Autoren:** Dies entspricht bei einer Erreichbarkeit von 80 bis 90 % einer ähnlichen Wirksamkeit wie ausgesprochene Tabakentwöhnungsmaßnahmen mit Jugendlichen, die etwa 40 % der Zielgruppe erreichen und eine Reduktion von etwa 10 % verzeichnen.

**Fokus Langfristige Wirksamkeit**

Die langfristige Wirksamkeit von Suchtpräventionsprogrammen mit Jugendlichen haben Skara und Sussman [14; 2003; S; 25 (mindestens → CT) von unbekannter Anzahl an Studien; 1966–2002] anhand von 25 Studien begutachtet, deren Programme bis auf eines eine schulbasierte Komponente hatte und in mehreren Fällen auch communitybasiert war. Deshalb werden die Ergebnisse an dieser Stelle berichtet. „Langfristig“ ist definiert als mindestens zwei Jahre nach Beginn der Intervention, der Mittelwert beträgt 69 Monate. **Ergebnisse:** Die Mehrheit der Studien (15 von 25) berichtet zumindest einen positiven Effekt für langfristiges Rauchverhalten (Lebenszeitprävalenz oder monatlich oder wöchentlich oder täglich). Die langfristige Reduktion der Einsteigerinnen und Einsteiger durch die Programmteilnahme beträgt 11,4 absolute Prozentpunkte weniger als in den Kontrollgruppen. Programme, die Auffrischungssitzungen beinhalteten oder über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren durchgeführt wurden, konnten zu 57% die langfristigen Reduktionen zum letzten Messzeitpunkt aufrechterhalten. Direkt nach der Intervention konnten 18 der 25 Studien Effekte auf das Konsumverhalten verzeichnen, wobei 13 der 18 Programme mit anfänglichen Effekten auch langfristige Effekte nachweisen konnten. **Schlussfolgerung der Autoren:** Schulprojekte sind langfristig effektiv und können den Einstieg in den Tabakkonsum für Jugendliche bis zum Alter von 15 Jahren verhindern. Kurzfristige positive Effekte haben eine gute Prognose für positive langfristige Effekte. Allerdings sind sich die untersuchten Programme sehr unähnlich und viele methodologischen Probleme sind noch zu lösen.

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
<p><b>EFFEKTIVITÄT</b></p> <p>Schlüsselemente</p>	<p><b>UNIVERSELL</b></p> <p>Selektiv</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Familie</p> <p><b>SCHULE</b></p> <p>Freizeit</p> <p>Medien</p> <p>Community</p> <p>Gesetze</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Tabak</p> <p><b>ALKOHOL</b></p> <p>Cannabis</p> <p>Andere illegale</p> <p>Drogen</p> <p>Undifferenziert</p>

Tobler et al. [6; 2000; M; 144 von über 700 Studien; 207 Programme; 1978–1997] errechnen für interaktive Programme und ihre Wirkung auf Alkoholkonsum, basierend auf 66 Werten, eine → Effektstärke von .13.

Ennett et al. [8; 1994; M; 8 von 18 Studien; 1986–1994] berichten, dass DARE eine nicht von 0 unterschiedliche → Effektstärke für das Trinkverhalten erreicht.

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
EFFEKTIVITÄT Schlüsselemente	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert	Familie SCHULE Freizeit Medien Community Gesetze Undifferenziert	Tabak Alkohol CANNABIS Andere illegale Drogen Undifferenziert

Tobler et al. [6; 2000; M; 144 von über 700 Studien; 207 Programme; 1978–1997] errechnen für interaktive Programme und ihre Wirkung auf Cannabiskonsum, basierend auf 37 Werten, eine → Effektstärke von .13.

Ennett et al. [8; 1994; M; 8 von 18 Studien; 1986–1994] berichten, dass DARE eine nicht von 0 unterschiedliche → Effektstärke für den Cannabiskonsum erreicht.

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
EFFEKTIVITÄT Schlüsselemente	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert	Familie SCHULE Freizeit Medien Community Gesetze Undifferenziert	Tabak Alkohol Cannabis ANDERE ILLEGALE DROGEN Undifferenziert

Tobler et al. [6; 2000; M; 144 von über 700 Studien; 207 Programme; 1978–1997] errechnen für interaktive Programme und ihre Wirksamkeit auf andere illegale Drogen, basierend auf neun Werten, eine → Effektstärke von .26.

### *Fokus Kinder und jüngere Jugendliche*

Bei dem Versuch, einen Überblick über die Wirksamkeit von Suchtprävention (illegale Drogen) bei Schulkindern unter elf Jahren zu geben, scheitern Lloyd et al. [15; 2000; U; 10 Studien; k. A.] an der nur kleinen Anzahl von Studien mit vielen methodologischen Herausforderungen (zum Beispiel langfristige Erhebung der Effektivität; sinnvolle und realistische Ergebnisvariablen der Maßnahmen). **Ergebnisse:** Sie berichten demzufolge von Studien, die meist auf 9- bis 11-jährige Schüler und Schülerinnen abzielen und erfolgreich Einflussfaktoren wie Wissen, Einstellung und soziale Kompetenz verändern konnten. **Schlussfolgerung der Autoren:** Wenn auch keine Aussage über Effektivität möglich ist, resümieren die Autoren aus der vorhandenen Forschung Prinzipien, die

Erfolg versprechend sind: Frühzeitigkeit, Life-Skills-Ansatz, Einbeziehen von Eltern und Community, trainierte Peers als Vermittler, Interventionszeitraum über Schulwechsel hinaus, interaktive Methoden, Langfristigkeit sowie Intensität und Zielgruppenorientierung (gerade die selektive Zielgruppe ist in der Grundschule noch erreichbar).

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
<p>EFFEKTIVITÄT</p> <p>Schlüsselemente</p>	<p>UNIVERSELL</p> <p>Selektiv</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Familie</p> <p>SCHULE</p> <p>Freizeit</p> <p>Medien</p> <p>Community</p> <p>Gesetze</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Tabak</p> <p>ALKOHOL</p> <p>CANNABIS</p> <p>ANDERE ILLEGALE</p> <p>DROGEN</p> <p>Undifferenziert</p>

### Fokus Erfolgsprädiktoren

Gottfredson und Wilson [16; 2003; M; 94 Studien; k. A.] zielen darauf ab, Kennzeichen effektiver Schulprogramme zu bestimmen im Hinblick auf Zielgruppe, Alter oder Entwicklungsstand sowie Länge/Intensität des Programms. Die Interventionen reichen von individueller Beratung und Verhaltensmodifikation bis hin zu Schulentwicklung. **Ergebnisse/Schlussfolgerung der Autoren:** Die Autoren haben hinsichtlich der Effektivität schulbasierter Präventionsprogramme auf Substanzkonsum (außer Tabak) mit universeller Zielgruppe eine  $\rightarrow$  Effektstärke von .07 errechnet. Hinsichtlich Alter oder Entwicklungsstand wird für Grundschülerinnen und -schüler (bis Klasse 6) und ältere Schülerinnen und Schüler (ab Klasse 10) eine kleinere Effektstärke berichtet (.05 und .04) als für Schülerinnen und Schüler der Klassen 7 bis 10 (.09), was das bisherige Prinzip „je früher, desto besser“ im Hinblick auf langfristige Effektivität in Frage stellt. Einschränkung wird eine Konfundierung (Vermengung des Alterseffekts mit dem Effekt der Maßnahmeninhalte) nicht ausgeschlossen, sodass ein optimales Alter für Suchtprävention nicht angegeben werden kann. Die Autoren können keinen Unterschied der Effektstärken in Abhängigkeit der Programmlänge (nicht Intensität) feststellen. Als Vermittler erhalten Peers ohne Lehrerinnen und Lehrer die höchste Effektstärke (.20), Peers mit Lehrerinnen und Lehrern oder keine Peerbeteiligung lediglich .04 und .05.

### Fokus Vergleich mit anderen Präventionsbereichen

Wilson et al. [17; 2001; M; 165 Studien; k. A.] verglichen meta-analytisch die Wirksamkeit schulbasierter Programme, die unterschiedlichen Problemverhaltensweisen vorbeugen sollen, darunter auch Alkoholkonsum und Konsum anderer illegaler Drogen. Inwiefern dies dieselben Studien wie in Gottfredsons und Wilsons [16]  $\rightarrow$  Meta-Analyse sind, ist nicht zu erkennen. Unterschiedliche Operationalisierungen des Substanzkonsums wurden zusammengefasst. **Ergebnisse:** Im Vergleich zu den  $\rightarrow$  Effektstärken der Programme zur Vorbeugung von Schulabbruch und Schulschwänzen (.16, 39 Studien)



sowie anderem Problemverhalten (.17, 73 Studien) betragen die Effektstärken der Delinquenzprävention und Suchtprävention nur .04 (40 Studien) und .05 (80 Studien). **Schlussfolgerung der Autoren:** Schulbasierte Prävention ist effektiv, um Alkohol und anderen Drogenkonsum, Schulabbruch und -schwänzen sowie andere Verhaltensprobleme zu verringern. Die Effektgröße (→ Effektstärke) ist aber klein. In hochwertigeren Studien sind größere Effekte zu finden.

### *Fokus Programmmerkmale*

Shin [18; 2001; S; 19 von 34 Studien; 1993–1999] fasste die Ergebnisse von 19 Studien zusammen, darunter drei Evaluationen von Alkoholprogrammen und neun Evaluationen allgemeiner Suchtpräventionsprogramme (→ allgemeine Suchtprävention). Die Programme decken das gesamte Schulalter ab und stellen meist eine Kombination aus Komponenten der Informationsvermittlung, affektiver Erziehung und sozialen Einflussvariablen dar. **Ergebnisse:** Von den 19 Studien berichten 14 positive und fünf keine Effekte. Keine reliablen Zusammenhänge zwischen Programmmerkmalen und Effektivität konnten ausgemacht werden. **Schlussfolgerung der Autorin:** Das „Hybrid“-Modell (Kombination von Informationsvermittlung, affektiver Erziehung und sozialen Einflussvariablen) scheint effektiver zu sein als das Konzept des sozialen Einflusses allein. Zumindest kann geschlussfolgert werden, dass das Konzept des sozialen Einflusses nicht immer effektiv ist, wohl insbesondere bei Jugendlichen, deren Risikofaktoren woanders liegen als im Gruppendruck. Schließlich ist es unangemessen, dass die Programme nur auf individuelle Faktoren fokussieren und Faktoren des Umfelds ignorieren.

### *Fokus Langfristige Wirksamkeit*

Die langfristige Wirksamkeit von Suchtpräventionsprogrammen mit Jugendlichen haben Skara und Sussman [14; 2003; S; 25 (mindestens → CT) von unbekannter Anzahl an Studien; 1966–2002] anhand von 25 Studien begutachtet, deren Programme bis auf eines eine schulbasierte Komponente hatten und in mehreren Fällen auch communitybasiert waren. „Langfristig“ ist definiert als mindestens zwei Jahre nach Beginn der Intervention, der Mittelwert beträgt 69 Monate. Nur neun der 25 Studien berichteten langfristige Ergebnisse hinsichtlich Alkohol oder illegaler Drogen. **Ergebnisse:** Davon zeigten sechs einen positiven Effekt. Die langfristige Reduktion der Einsteiger und Einsteigerinnen durch die Programmteilnahme betrug zwischen 6,9 und 11,7 % (absolute Prozentangaben; [→ Prozentunterschied] weniger Alkoholkonsumenten bzw. -konsumentinnen und 5,7 % weniger Cannabiskonsumenten bzw. -konsumentinnen (30-Tage-Prävalenz) als in den Kontrollgruppen. Programme, die Auffrischungssitzungen beinhalteten, waren effektiver. Sieben der neun Programme, die alle kurz nach Ende signifikante Unterschiede aufwiesen, konnten auch langfristige Effekte nachweisen. **Schlussfolgerung der Autoren:** Schul- und Community-Projekte sind langfristig effektiv in der Verhinderung des Einstiegs in Alkohol- und Cannabiskonsum. Kurzfristige Effekte haben eine gute Prognose für die langfristigen Effekte. Allerdings sind sich die untersuchten Programme sehr unähnlich und viele methodologischen Probleme sind noch zu lösen.

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
<p>Effektivität</p> <p>SCHLÜSSELEMENTE</p>	<p>UNIVERSELL</p> <p>Selektiv</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Familie</p> <p>SCHULE</p> <p>Freizeit</p> <p>Medien</p> <p>Community</p> <p>Gesetze</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Tabak</p> <p>Alkohol</p> <p>Cannabis</p> <p>Andere illegale</p> <p>Drogen</p> <p>UNDIFFERENZIERT</p>

*Fokus Information aus mehreren Studienarten*

Cuijpers [19; 2002; S; 3 → Meta-Analysen, 6 Mediationsstudien, 21 Vergleichsstudien] hat nach Durchsicht von Meta-Analysen, → Mediationsstudien und vergleichenden Studien sieben evidenzbasierte Qualitätskriterien schulbasierter Suchtpräventionsprogramme formuliert. **Schlussfolgerung des Autors:** Die Effekte des Programms sollten nachgewiesen sein und es sollten interaktive Methoden verwendet werden. Als theoretische Grundlage ist bisher das Modell des sozialen Einflusses die beste Methode. Der Fokus sollte auf Normbildung, Verpflichtung zur Abstinenz und Abstinenzabsicht liegen, zusätzliche Community-Komponenten erhöhten die Wirksamkeit. Der Einsatz von Peerleadern ist besser und das zusätzliche Training von Life Skills mag die Effekte noch verstärken. Nur die bewiesene Effektivität hat sehr starke Evidenz; der Einsatz von Life Skills hat lediglich Rückhalt aus einem Studienbereich und damit die geringste Evidenz. Die anderen fünf Kriterien hatten eine starke Evidenzstärke. Kein Kriterium kann als „bewiesen“ beurteilt werden. Zweifelhaft ist die zusätzliche Effektivität von Auffrischungssitzungen, die Bedeutung der Standfestigkeitsfertigkeiten und die Annahme, dass intensivere Programme (mehr Sitzungen, längere Projektdauer) wirksamer sind als weniger intensive Programme.

*Fokus Schlussfolgerungen aus der → Meta-Analyse*

Tobler [20; 2000; E; ihre → Meta-Analyse; 6; 2000] zieht auf Grundlage ihrer Meta-Analyse und ihrer ausgewiesenen langjährigen Erfahrung in der Suchtpräventionsforschung Schlussfolgerungen, welche Komponenten der Suchtprävention funktionieren und welche nicht. **Schlussfolgerung der Autorin:** Inhaltlich macht sie Aussagen zur Art der Informationsvermittlung, der Einstellungsbildung, der Standfestigkeit und intrapersonaler Fertigkeiten. Die Informationsvermittlung sollte kurzfristige wie langfristige negative Folgen des Substanzkonsums beinhalten, während das Weglassen kurzfristiger Folgen nicht erfolgreich ist. Die Einstellungsbildung sollte mittels Rückmeldung aus Schulsurveys zu Peerkonsum, mittels Analyse von Medieneinflüssen und sozialen Einflüssen mit Pro-Konsum-Botschaften und der Korrektur der Wahrnehmung des meist überschätzten Peerkonsums stattfinden. Das Weglassen der Wahrnehmung des Peerkonsums oder der Medienanalyse führt nicht zum Erfolg, die ethisch/moralische Erziehung oder Wertevermittlung ist problematisch. Standfestigkeit sollte durch das Trainieren von Ablehnverhalten, Selbstsicherheit, Kommunikation und Sicherheitsverhalten (zum Bei-

spiel die Verhinderung von „Alkohol am Steuer“) aufgebaut werden, während das Weglassen von interpersonalen Fertigkeiten, insbesondere des Ablehnverhaltens, den Erfolg gefährdet. Intrapersonale Fertigkeiten wie Bewältigungsstrategien, Stressbewältigung, Zielsetzung und Problemlösung/Entscheidungsfähigkeit sollten gefördert werden. Ein ausschließlicher Fokus auf intrapersonale Faktoren oder auf Selbstwertförderung ist nicht zielführend. Bei der Umsetzung sollten folgende Faktoren beachtet werden: aktives Engagement von allen, Teilnahme von Peers, schülergenerierte Rollenspiele, unterstützende Ratschläge von Peers, Wiederholung der Ablehnfertigkeiten, genügend Übungszeit, Peermodelle des erwünschten Verhaltens, entwicklungsgemäße Aktivitäten zur Festigung der Beziehung zwischen jüngeren Jugendlichen. Dagegen sollten eine passive Teilnahme, Vorlesungen, lehrerzentrierte Diskussionen, unstrukturierte Dialoge und effektive Klassenentwicklung ohne spezifischen suchtpreventiven Teil vermieden werden.

#### *Fokus Peers als Vermittler von Programmen*

**Mellanby et al. [21; 2000; S; 13 Studien (alle randomisiert); 1976–1996]** beurteilen die differentielle Wirksamkeit von Peers und Erwachsenen in der Vermittlung derselben Gesundheitsförderungs- und Präventionscurricula, darunter eine Vielzahl an Suchtpreventionsprogrammen. **Ergebnisse:** In sechs von sieben Studien, die Effekte auf Wissen und Einstellungen evaluierten, hatten Peers mehr Erfolg. In sieben von elf Studien, die Verhalten erhoben, waren Peers effektiver bei der Beeinflussung gesundheitlich relevanten Verhaltens. **Schlussfolgerung der Autoren:** Peers scheinen im direkten Vergleich effektiver zu sein, allerdings sind methodische Probleme zu beachten. Die Autoren empfehlen, Wissen durch Lehrkräfte und soziales Lernen durch Peers zu vermitteln.

#### *Fokus Peers als Vermittler von Programmen*

**Cuijpers [22; 2002; M; 12 Studien, davon 11 randomisierte Studien; 1983–1993]** führte u. a. mit den suchtpreventiven Studien, die **Mellanby et al. [21]** für ihren systematischen → Review nutzten, eine → Meta-Analyse durch. **Ergebnisse:** Nur wenig Vergleiche werden bei dem Vorgehen signifikant. Peers sind Erwachsenen und Lehrkräften nur kurzfristig (Nachttest, nicht nach ein oder zwei Jahren), Expertinnen und Experten zu keinem Zeitpunkt überlegen. **Schlussfolgerung des Autors:** Der Autor schlussfolgert, dass der Einsatz von Peers kurzfristig effektiver sein mag, womöglich unter bestimmten Bedingungen. Allerdings sind die Studien so heterogen und suboptimal, um diese Schlussfolgerung mehr als vorläufig zu bezeichnen.

## 4.2.4 Schule – Schlussfolgerungen

*Substanzen:* Tabak, Alkohol, Cannabis, illegale Drogen

*Raum:* Nur ein unsystematischer → Review über Forschung mit deutschsprachigen Stichproben

*Evidenzgrad der Forschung:* Ebene A bis C. Viele → Meta-Analysen. Hochwertige Studien erreichen bessere Effekte.

- Interaktive schulbasierte Programme haben → präventive Effekte auf das Konsumverhalten (Tabak, Alkohol, Cannabis, illegale Drogen). A<sup>6, 12</sup>, B<sup>11, 14</sup>, C<sup>9, 18, 47</sup>, D<sup>10</sup>
- Schulbasierte Programme, die das Konzept des sozialen Einflusses und der Life Skills umsetzen, sind effektiv und gleich effektiv für alle Substanzen. A<sup>6</sup>
- Zusätzliche, zum Handlungsfeld Schule übergreifende Komponenten verbessern die Effekte. F (dafür: A<sup>6</sup>, C<sup>47</sup>; nicht zu bewerten: B<sup>11</sup>, C<sup>9</sup>)
- Noninteraktive Programme sind nicht effektiv: isolierte Informationsvermittlung A<sup>6</sup>, B<sup>11</sup>, isolierte affektive Erziehung A<sup>6</sup>, isolierte Wertevermittlung und Entscheidungsbildung A<sup>6</sup> und DARE-ähnliche Programme A<sup>6, 43</sup>.
- Die Effekte sind für Alkohol und Tabak langfristig (2–3 Jahre). A<sup>7</sup>, B<sup>14, 11</sup>, D<sup>13</sup>
- Kurzfristige Effekte haben eine gute Prognose für langfristige Effektivität. B<sup>14</sup>
- Schulbasierte Prävention erreicht kleinere → präventive Effekte auf Konsumverhalten als auf Risikofaktoren wie Schulabbruch, Schulschwänzen oder anderes Problemverhalten. A<sup>17</sup>
- Kleinere interaktive Projekte (Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer) erreichen bessere Effekte. A<sup>6</sup>
- Interaktive Programme sind für ethnische Minderheiten effektiv. A<sup>6</sup>
- Eine isolierte Ausrichtung auf eine Substanz ist für Tabakprävention besser, für Alkoholprävention nicht ausschlaggebend. A<sup>6</sup>
- Der Einsatz von substanzbezogenen Inhalten wie Informationen über kurz- und langfristige negative Folgen (D<sup>20</sup>), Normbildung anhand von Schulsurveys und Medienanalysen (C<sup>19</sup>, D<sup>20</sup>) und Verpflichtungen zur Abstinenz (C<sup>19</sup>) sind für die Effektivität ausschlaggebend.
- Präventionsprogramme können den Ausstieg rauchender Jugendlicher bewirken. D<sup>13</sup>
- Die Effekte sind für Cannabis und andere illegale Drogen langfristig (mindestens zwei Jahre). F (langfristig: B<sup>14</sup>; kurzfristig: C<sup>47</sup>)
- Programme mit mittlerer Intensität und Länge sind effektiver. F (dafür: A<sup>6, 47, 12</sup>; dagegen: A<sup>16</sup>, C<sup>19</sup>)
- Der Einsatz von Peers als Vermittler erhöht die Effektivität schulbasierter Programme. F (dafür: A<sup>12, 16</sup>, B<sup>21</sup>; dagegen: A<sup>6, 22</sup>)
- Interaktive Programme sind für jüngere Schülerinnen und Schüler (bis 6. Klasse einschließlich) am effektivsten. F (positiv: A<sup>6</sup>; negativ: A<sup>16</sup>)
- Programme, die das Training von Ablehnfertigkeiten beinhalten, sind effektiver. F (dafür: D<sup>20</sup>; dagegen: C<sup>19</sup>)
- Programme mit Auffrischungssitzungen sind effektiver. F (dafür: A<sup>47, 14</sup>, dagegen: C<sup>19</sup>)

*Quantitative Hinweise:*

Interaktive Programme aufgrund zweier → Meta-Analysen: zwischen .1 und .2, bis zu .3 mittlere gewichtete → Effektstärke

Langfristige Prozentdifferenzen zwischen Interventions- und → Kontrollgruppe (alle Ansätze aufgrund eines systematischen → Reviews: 6 bis 12 absolute Prozent weniger als Kontrollgruppen)

## 4.2.5 Freizeit/Freunde – Ergebnisse

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
<p><b>EFFEKTIVITÄT</b></p> <p>Schlüsselemente</p>	<p><b>UNIVERSELL</b></p> <p>Selektiv</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Familie</p> <p>Schule</p> <p><b>FREIZEIT</b></p> <p>Medien</p> <p>Community</p> <p>Gesetze</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Tabak</p> <p>Alkohol</p> <p>Cannabis</p> <p>Andere illegale</p> <p>Drogen</p> <p><b>UNDIFFERENZIERT</b></p>

### *Fokus Alternativenansatz*

Carmona und Stewart [23; 1996; U; 10 Studien; 1983–1993] führten für das Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) einen → Review über die Effektivität des Alternativenansatzes durch. „Alternativen“ definieren sie als Aktivitäten, Programme und Ereignisse, die unter Ausschluss von Alkohol, Tabak und Drogen stattfinden und deren Teilnahme freiwillig ist. Ihre Erscheinungsform ist vielfältig. Sie beinhalten oft Komponenten der Wissens- und Einstellungsvermittlung sowie des Fertigkeitentrainings, das Ausfüllen freier, sonst unstrukturierter Zeit, prosoziale Aktivitäten, Interaktion mit prosozialen Peers oder Entwicklung von positiven Beziehungen zu Erwachsenen bzw. Aufsicht durch Erwachsene. Sie konstatieren einen Mangel an rigorosen Evaluationen. Nur zehn Einzelstudien, die aufgrund ihrer Methodik zumindest ein wenig Aussagekraft besitzen, können sie trotz der großen Popularität dieses Ansatzes ausmachen. **Schlussfolgerung der Autoren:** Es gibt wenig Evidenz für die Wirksamkeit dieser Maßnahmen, wenig Evidenz dafür, welche Ansätze mit welcher Zielgruppe effektiv sein könnten. Dennoch schlussfolgern sie aus den Einzelstudien, dass a) der Alternativenansatz anscheinend mit Hochrisikogruppen, die keine angemessene Aufsicht durch Erwachsene und wenig Möglichkeiten der Freizeitgestaltung haben, am wirksamsten ist. Dass b) das Einbeziehen von Jugendlichen in die Planung und Durchführung dieser Alternativen die Teilnahme und Effektivität erhöhen mag. Dass c) intensivere Programme am effektivsten sind. Dass d) Fertigkeitentrainings einen Teil der Maßnahme darstellen sollten und dass e) Alternativen als ein Bestandteil eines umfassenden Projekts der Etablierung von Anti-Konsum-Normen dienen könnten.

### *Fokus Mentorenprogramme*

Aoki und Kollegen [24; 2000; U; 7 Studien; 1990er-Jahre] fassen sieben Studien im Hinblick auf die Wirksamkeit von Mentorenprogrammen auf Schulleistung und Sozialverhalten sowie Substanzkonsum zusammen. In Mentorenprogrammen verbringen nichtelterliche, erwachsene Freiwillige Zeit mit ausgewählten Jugendlichen. **Schlussfolgerung der Autoren:** Die Schulleistung wird meist verbessert und der Übergang ins Jugendalter wird erleichtert. Es gibt erste empirische Unterstützung für eine Reduktion

des Substanzkonsums. Gleichzeitig warnen die Autoren vor voreiligen Schlüssen, weil es noch zu wenig Forschung zu diesem Ansatz gibt.

## 4.2.6 Freizeit/Freunde – Schlussfolgerungen

*Substanzen:* Keine aggregierten Forschungsergebnisse  
*Raum:* Keine Reviews über Forschung mit deutschsprachigen Stichproben  
*Evidenzgrad der Forschung:* Kaum Forschung

Keine Schlussfolgerungen

*Quantitative Hinweise:* Keine



## 4.2.7 Medien – Ergebnisse

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
<p><b>EFFEKTIVITÄT</b> Schlüsselemente</p>	<p><b>UNIVERSELL</b> Selektiv Undifferenziert</p>	<p>Familie Schule Freizeit <b>MEDIEN</b> Community Gesetze Undifferenziert</p>	<p><b>TABAK</b> Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen Undifferenziert</p>

### Fokus Tabak

Sowden und Arblaster [25; 2003; S; 6 Studien (alle → CT) von 65 Studien; 1983–1997] fassen in einem → Review der Cochrane Library die Wirksamkeit massenmediale Interventionen (TV- und Radiospots auf Grundlage des Sozialen-Einfluss-Modells) zur Prävention des Einstiegs in den Tabakkonsum zusammen. **Ergebnisse:** Im Vergleich von Massenmedien versus Kontrollbedingung zeigte eine von drei Studien einen Effekt bei Mädchen im Alter von 14 bis 18 Jahren (vier → absolute Prozent weniger als in der → Kontrollgruppe). Keine Studien lagen zum Vergleich zwischen Massenmedien plus Schule versus Kontrolle vor. Eine Studie untersuchte die Kombination von Massenmedien plus Schule versus Massenmedien allein, konnte aber keinen Unterschied feststellen. Schließlich testeten zwei Studien die Kombination von Massenmedien plus Schule

versus Schule allein, wovon eine einen signifikanten Effekt zugunsten der zusätzlichen Komponente Massenmedien feststellte (→ Odds Ratio .62). Etwa 60 bis 80 % der Zielgruppe wurden jeweils durch die Kampagnen erreicht; alle Studien hatten ihre Spots gut vorbereitet. **Schlussfolgerung der Autoren:** Die Autoren resümieren, dass die Studien mit den rigorosesten Designs zeigen, dass massenmediale Kampagnen dem Einstieg ins Rauchen effektiv vorbeugen können, die Evidenz dafür aber nicht stark ist.

### *Fokus Medienkampagne als eine Komponente*

**Hopkins et al. [26/35; 2001; S; 12 Studien; 1980–2000]** begutachteten in einem der Reviews für die Task Force on Community Preventive Services zwölf Studien, die massenmediale Kampagnen (bis auf eine alle in Kombination mit anderen Komponenten) und ihre Effekte auf den Konsumeinstieg untersuchten. Massenmediale Kampagnen werden definiert als kurze, wiederkehrende Botschaften, um Individuen zu informieren und sie zu motivieren, rauchfrei zu bleiben. Die Botschaften werden in einem formativen Prozess entwickelt; zu ihrer Verbreitung werden Sendezeit oder Werbefläche in Printmedien gekauft und/oder gespendet. **Ergebnisse:** Die fünf Studien, die selbst berichteten Konsum erhoben, berichteten nach zwei bis fünf Jahren → absolute Prozentunterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppen von +.02 bis -9,4 % (Median -2,4 %). Sechs Studien berichteten → Odds Ratios als Effektindikator. Zwei Studien fanden keinen signifikanten Effekt, vier Studien, deren Follow-up zwischen zwei und vier Jahren lag, berichteten ähnliche → Odds Ratios von .49 bis .74 (Median .60). Eine Studie berichtete elf absolute Prozentpunkte weniger Raucherinnen und Raucher in der Interventionsgruppe nach 15 Jahren. **Schlussfolgerung der Autoren:** Starke Evidenz für die Effektivität massenmedialer Ansätze liegt in der Reduktion der Prävalenz von Tabakkonsum bei Jugendlichen vor, wenn sie mit anderen Komponenten kombiniert wird. Der Beitrag der einzelnen Komponenten ist nicht zu isolieren.

### *Fokus Allgemeine versus jugendorientierte Kampagnen*

**Friend und Levy [27; 2002; S; k. A. zur Anzahl; peer-reviewte Studien und unveröffentlichte Berichte; 1983–2000]** machen den Versuch, die Verringerung der Rauchprävalenz und Rauchmenge durch massenmediale Kampagnen anhand von Programmen für die Allgemeinbevölkerung und spezifisch für die Jugend ausgerichtete Kampagnen zu beurteilen. **Ergebnisse:** Die Evaluationen umfassender Tabakprogramme für die Allgemeinbevölkerung in zwei US-Bundesstaaten, die auch eine Medienkampagne beinhalteten, erreichten gemischte Resultate für die jugendliche Population. Mal konnte kein Effekt, mal ein langsamerer Anstieg als der US-Trend, mal sogar ein gegenläufiger Trend zum US-Trend beobachtet werden. Die Autoren zitieren einen Bericht, der besagt, dass Steuereinkünfte, die für Schulprogramme und massenmediale Kampagnen ausgegeben wurden, mit einer Verringerung jugendlichen Tabakkonsums einhergingen, unabhängig vom Einfluss anderer Tabakkontrollstrategien. Die jugendorientierten Kampagnen zweier anderer US-Staaten gehen mit geringeren Rauchraten bei Jugendlichen einher (zwischen 2 und 3 → absolute Prozentpunkte weniger in der 30-Tage-Prävalenz im Vergleich mit der Zeit vor der Kampagne). **Schlussfolgerung der Autoren:** Bundesweite

Programme scheinen erfolgreicher als communityweite Programme zu sein. Letztere wirken womöglich nur, wenn sie sehr intensiv oder in Kombination mit anderen Maßnahmen (zum Beispiel Schule) durchgeführt werden. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Kampagnen, um erfolgreich zu sein, länger andauern und intensiv sein müssen, starke Emotionen hervorrufen und eher nicht humorvoll gestaltet sein sollen. Ferner sollen sie bereits als effektiv erwiesene Botschaften ohne mehrdeutige Aussagen beinhalten und jugendliche Sprecher einsetzen.

*Fokus Wirkungsprozesse*

Wakefield et al. [28; 2003; U; 9 Studien; 1986–2000] diskutieren in ihrem → Review die Rolle der Medien auf die Entwicklung des Rauchverhaltens mittels neun Studien über die Wirkung von Antiwerbung, also von Werbemaßnahmen, die das Rauchen negativ darstellen wollen, im Gegensatz zur Rauchwerbung, die Rauchen mit positiven Dingen/Gefühlen assoziieren will. **Schlussfolgerung der Autoren:** Antiwerbung kann einen günstigen Effekt auf das Rauchen bei Teenagern haben; dieser Effekt kann durch gleichzeitige schulbasierte Programme verstärkt werden. Dabei wird womöglich eher dem Einstieg vorgebeugt als zum Aufhören bewegt. Zudem scheint der Einsatz zu Beginn der Jugend effektiver zu sein als später, da jüngere Stichproben eher davon profitieren als ältere Jugendliche. Andere Moderatoren des Erfolgs können Geschlecht und proximale soziale Einflussbedingungen sein, die die Rezeption der Botschaften und ihre Diskussion mit dem Umfeld beeinflussen. Eine inkonsistente Befundlage herrscht hinsichtlich der differentiellen Effektivität der Botschaftsinhalte. Bisher schienen starke emotionale Bilder der negativen Konsequenzen des Rauchens Jugendliche am stärksten anzusprechen. Die Machenschaften der Tabakindustrie aufzudecken, erfordert ein stärkeres kognitives Engagement der Zielgruppe. Am wenigsten spricht Jugendliche der Aufruf an, dass sie eine Wahl hinsichtlich des Rauchens treffen müssen. Es gibt auch Hinweise dafür, dass die Effektivität von massenmedialen Anti-Rauch-Kampagnen von der Rate zwischen Rauchwerbung und Antiwerbung abhängig ist.

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
<p><b>EFFEKTIVITÄT</b></p> <p>Schlüsselemente</p>	<p><b>UNIVERSELL</b></p> <p>Selektiv</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Familie</p> <p>Schule</p> <p>Freizeit</p> <p><b>MEDIEN</b></p> <p>Community</p> <p>Gesetze</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Tabak</p> <p><b>ALKOHOL</b></p> <p>Cannabis</p> <p>Andere illegale</p> <p>Drogen</p> <p>Undifferenziert</p>

*Fokus Alkoholisiertes Fahren*

Im Bereich Alkohol ist nach Agostinelli und Grube [29; 2002; U; k.A.] vor allem Antiwerbung mit dem Thema „Alkohol am Steuer“ zu finden. **Ergebnisse:** Aus-

wirkungen auf das Konsumverhalten werden in den Studien nicht genannt. Wenn es auch Hinweise auf die Wirksamkeit solcher Spots auf die Prävalenz alkoholisierten Fahrens und alkoholassoziierter tödlicher Verkehrsunfälle gibt, ist nicht klar, ob gerade die Spots oder flankierende Maßnahmen für die Verringerung verantwortlich sind. Die zweitverbreitetste Form von Antiwerbung im Bereich Alkohol sind Warnhinweise auf Alkoholflaschen und Postern. Auch hier gibt es Prozessforschung, die zeigt, dass Warnhinweise zwar bemerkt und erinnert werden, Effekte auf den Alkoholkonsum wurden jedoch nur in wenigen Studien untersucht. Eine langfristige Studie, deren Stichprobe Jugendliche waren, konnte keine Verhaltenseffekte ausmachen. **Schlussfolgerung der Autoren:** Die Autoren resümieren, dass es etwas Evidenz für die Effektivität von Antiwerbung und Warnhinweisen gibt, obwohl die Befundlage gemischt und meist abhängig von Botschaft, Medium und Publikumsfaktoren ist.

## 4.2.8 Medien – Schlussfolgerungen

*Substanzen:* Forschung wird vom Bereich Tabak dominiert, kaum Alkohol, keine illegale Drogen.

*Raum:* Keine Reviews über Forschung mit deutschsprachigen Stichproben

*Evidenzgrad der Forschung:* Ebene B bis E; nur drei Studien, die isolierte Wirkung von Medienkampagnen untersuchten.

- **Massenmediale Kampagnen in Kombination mit anderen Komponenten (Schule, Community, nationale Programme) haben → präventive Effekte auf das Konsumverhalten (Tabak).** C<sup>27, 26</sup>
- **Isolierte massenmediale Kampagnen verringern das Konsumverhalten nicht (Tabak).** C<sup>27, 26</sup>
- **Jugendorientierte Medienkampagnen sind als Teil nationaler Programme effektiver, als wenn sie als Teil von communityweiten Projekten durchgeführt werden (Tabak).** C<sup>27</sup>
- Medienkampagnen beeinflussen eher den Einstieg als den Ausstieg aus dem Rauchen, sind eher bei jüngeren und weniger bei älteren Jugendlichen effektiv. D<sup>28</sup>
- Einflussfaktoren des Erfolgs massenmedialer Kampagnen sind: das Geschlecht, Einflüsse des sozialen Umfelds, die Intensität der Kampagne, das Verhältnis der Intensität von Werbung zur Antiwerbung (Tabak). E<sup>28</sup>
- Effektive Maßnahmen haben folgende Merkmale: Sie setzen stark emotionale Bilder ein (E<sup>28, 27</sup>), sind nicht humorvoll (E<sup>27</sup>), machen keine mehrdeutigen Aussagen (E<sup>27</sup>), sie überlassen den Jugendlichen nicht die Konsumententscheidung (E<sup>28</sup>), sie decken die Machenschaften der Tabakindustrie auf (E<sup>28</sup>), die Botschaften werden von jugendlichen Sprechern verkündet (Tabak) (E<sup>27</sup>).
- Warnhinweise auf Alkoholflaschen haben als alleinige Maßnahme keine Wirkung auf Alkoholkonsum. E<sup>29</sup>

- TV-Spots gegen alkoholisiertes Fahren haben in Kombination mit flankierenden Maßnahmen Effekte auf die Verbreitung alkoholisierten Fahrens und alkoholassoziierter Verkehrsunfälle. E<sup>29</sup>

*Quantitative Hinweise:*

In Kombination mit anderen Komponenten (ein systematischer → Review); 0–10 → absolute Prozentpunkte weniger Raucherinnen und Raucher als in → Kontrollgruppe  
 Nationale Programme (ein systematischer → Review): Zwei bis drei → absolute Prozentpunkte weniger Raucherinnen und Raucher als vor der Maßnahme

### 4.2.9 Community – Ergebnisse

Community wird im Folgenden als geografische oder politische Entität (zum Beispiel Stadtviertel, Kommune, Region) verstanden, die kleiner und proximaler sowie vom Individuum beeinflussbarer ist als das nationale oder bundesweite politische System.

Präventionsmaßnahmen im Handlungsfeld Community nehmen unterschiedlichste Gestalt an. Meist wird darunter ein systemübergreifendes Projekt mit multiplen Elementen (Schule, Familie, Medien etc.) verstanden, deren Evaluation oft ähnlich wie die Evaluation einzelner Elemente erfolgt. Weitaus komplexer ist die Beurteilung von Ansätzen wie der Kollaboration, das heißt von Netzwerken aus Organisationen und Individuen innerhalb einer Community, die sich einem bestimmten Ziel verpflichtet fühlen.

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
EFFEKTIVITÄT Schlüsselemente	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert	Familie Schule Freizeit Medien COMMUNITY Gesetze Undifferenziert	Tabak Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen UNDIFFERENZIERT

*Fokus Kollaborationen*

Stevenson und Mitchell [30; 2003; U; 3 Studien (→ RCT), 1 Review; 1995–2000] geben einen Überblick über die Rolle von communityweiten Kollaborationen im Suchtpräventionsbereich und die Wirkung ihrer Strategien auf den Substanzkonsum. Die Überprüfung der Wirksamkeit solcher Ansätze, die einen langen Wirkprozess über mehrere Systeme (Community, Schule oder Familie, Individuum) anstoßen sollen, ist offensichtlich mit vielen methodologischen Herausforderungen konfrontiert. Die dazu

notwendige theoretische Fundierung (Interventionsmodell) wird von den Autoren bei den meisten Projekten vermisst. Kollaborationen werden verstanden als Netzwerke einer Vielzahl von relevanten Organisationen und Individuen innerhalb einer Community, die sich einem bestimmten Ziel verpflichtet fühlen. Drei Strategien von Kollaborationen zur Beeinflussung des Substanzkonsums in der Community machen die Autoren aus: den Aufbau von Handlungskapazität in der Community (Community Capacity-Building), die Integration von Hilfsangeboten (Service Integration) und die Beeinflussung politischer Entscheidungen (Policy Change). **Ergebnisse:** Der Aufbau von Handlungskapazität in der Community (Community Capacity-Building) und seine Wirksamkeit auf Konsumverhalten wurde in zwei quasi-experimentellen Studien untersucht. Eine dieser Studien konnte robuste Effekte im Vergleich zu Kontroll-Communitys feststellen, wenn auch die Effekte nur schwer auf isolierte Elemente des umfassenden Projekts zurückzuführen sind. Die andere Studie hat positive Ergebnisse hinsichtlich unmittelbarer Erfolgsindikatoren aufweisen können (dichtes Netzwerk von Organisationen in vertikaler und horizontaler Sicht), ein Nachweis der Beeinflussung von Konsumvariablen ist bisher aber noch ausgeblieben. Die zweite Strategie ist die Integration von Hilfsangeboten (Service Integration). Nur eine Studie wird zitiert, die die aus dieser Strategie resultierenden Verbesserungen für die gesundheitliche Versorgung überprüfte (Stichprobe Kinder von Militärpersonal und Angebote im Bereich der psychischen Gesundheit). Sie konnte keine Effekte auf das endgültige Ziel – die psychische Gesundheit der Kinder – feststellen, wobei hier auch die Frage nach der Länge des Untersuchungszeitraums diskutiert wird. Die dritte Strategie ist die Beeinflussung politischer Entscheidungen (Policy Change). Es geht für die Kollaborationen darum, die Community (Bevölkerung, Politikerinnen und Politiker etc.) so zu mobilisieren, dass evidenzbasierte Verfahren implementiert werden. Effektivitätsnachweise für diese Strategie hat Pentz (siehe gesetzgeberische Maßnahmen [34]) zusammengestellt. **Schlussfolgerung der Autoren:** Die Autoren resümieren, dass konsistent mit anderen Reviews auch sie keine starke Evidenz für die Effekte von Kollaborationen auf viele Gesundheitsverhaltensweisen gefunden haben. Allerdings hat kein Verfasser empfohlen, diesen Ansatz aufzugeben, sondern es wurde eine Vielzahl an methodischen Schwachstellen der Evaluationen formuliert, u. a. die mangelnde Spezifizierung von Kausalketten, die erst die Bestimmung von vermittelnden Erfolgsindikatoren erlauben. Dieser Präventionsansatz ist in der Entwicklung begriffen; eine Wirksamkeitsaussage ist damit verfrüht.

### *Fokus Systemübergreifende Projekte*

Die → Meta-Analyse zur schulbasierten Suchtprävention von **Tobler und Kollegen** [6; 2000; M; 144 von über 700 Studien; 207 Programme; 1978–1997] hat zu systemweiten Ansätzen neun Studien und davon drei qualitativ hochwertige Studien gefunden. Systemweite Projekte gehen nach ihrer Definition entweder das System Schule an (zwei Projekte) oder sind systemübergreifende Mehrkomponentenprojekte (sieben Projekte). **Ergebnisse:** Alle verfügbaren Studien zu systemweiten Präventionsprojekten erreichten im Mittel eine statistisch signifikante → Effektstärke von .27. Auf die hochwertigen Studien beschränkt, unter denen sich ein schulsystembezogenes und zwei sys-

temübergreifende Projekte befinden, ergab sich eine Effektstärke von .22. **Schlussfolgerung nach Tobler [20]:** Bis jetzt gibt es noch zu wenig Studien, um diese Ansätze vergleichend beurteilen zu können. Diese Meta-Analyse stellt den ersten Test systemweiter Programme dar. Man kann aufgrund der meta-analytischen Ergebnisse bei einer Stichprobengröße von 1000 Jugendlichen eine Effektstärke von .30 erreichen. Der Präventionsbereich bewegt sich schnell in Richtung systemweiter Ansätze. Angesichts der „Myriaden“ an Einflüssen auf Jugendliche kann man nicht davon ausgehen, dass „Einschuss-Maßnahmen“ ohne gleichzeitige Veränderungen in Community und Familie langfristig sehr effektiv sind.

*Fokus Systemübergreifende Projekte mit Familienkomponente*

Loveland-Cherry [2; 2000; S; 13 von 92 Studien; 1990–1999] untersuchte drei communitybasierte Multikomponentenprojekte, die eine familienorientierte Komponente enthielten. **Ergebnisse:** Community-Projekte (3 → RCT) resultierten innerhalb eines Jahres u. a. in einer Verzögerung oder Reduktion des Alkohol- und anderen Drogenkonsums der Jugendlichen. Eine Studie evaluierte den langfristigen Effekt (drei Jahre) und fand Reduktionen im Tabak- und Cannabiskonsum, nicht aber im Hinblick auf Alkohol. **Schlussfolgerung der Autorin:** Interventionen und Studien sind „beeindruckend“ im Hinblick auf die abgezielten Variablen, die Verwendung theoriegestützter Strategien, die Stärke der Untersuchungsdesigns, die Vielfalt der untersuchten Populationen und die demonstrierten Effekte der Interventionen. Die Studien haben eher kurzfristige Effektivität und weniger langfristige Ergebnisse zeigen können. Die Idee, es sei effektiver, Interventionen mit Risikogruppen durchzuführen, hat weitere Unterstützung erfahren.

*Fokus Systemübergreifende Projekte in mehreren Präventionsbereichen*

Wandersman und Florin [31; 2003; BP; 6 Studien zu Substanzkonsum (3 → RCT, 1 → CT); 1989–2000] berichten von Beispielen viel versprechender, systemübergreifender Projekte mit unterschiedlichem Fokus (Sucht, Teen-Schwangerschaft, Impfung, Brandstiftung), die von Forschungsseite oder von Seiten der Community angeschoben wurden. **Schlussfolgerung der Autoren:** Die Forschung hat viele Einzelbeispiele von systemübergreifenden Projekten hervorgebracht, die populationsweite Effekte auf körperliche und psychische Gesundheit haben. Allerdings haben → Reviews und vergleichende Studien gezeigt, dass oft die erhofften Resultate nicht erreicht wurden.

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
<p><b>EFFEKTIVITÄT</b></p> <p>Schlüsselemente</p>	<p><b>UNIVERSELL</b></p> <p>Selektiv</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Familie</p> <p>Schule</p> <p>Freizeit</p> <p>Medien</p> <p><b>COMMUNITY</b></p> <p>Gesetze</p> <p>Undifferenziert</p>	<p><b>TABAK</b></p> <p>Alkohol</p> <p>Cannabis</p> <p>Andere illegale</p> <p>Drogen</p> <p>Undifferenziert</p>

### Fokus Systemübergreifende Projekte Tabak

Die Effektivität von systemübergreifenden Community-Projekten, die dem Einstieg ins Rauchen vorbeugen wollen, haben Sowden et al. [32; 2004; S; 17 von 63 Studien, 6 → RCT und 11 → CT, 18 Vergleiche] für die Cochrane Library begutachtet. **Ergebnisse:** Verglichen mit Kontroll-Communitys konnte in zwei der 13 Vergleiche mit Kontrollgruppendesign die Prävalenz des Rauchens auf Populationsebene verringert werden. Dabei handelte es sich um zwei Herz-Kreislauf-Präventionsprojekte. Die Effekte wurden auch fünf bzw. 15 Jahre später noch beobachtet (zehn → absolute Prozentpunkte weniger Raucherinnen und Raucher als in der Kontroll-Community bzw. 22 % weniger Lebenszeitprävalenz [→ absolute oder → relative Prozentpunkte ist unklar] als in der Kontroll-Community). Von den drei Vergleichen, die systemübergreifende Projekte mit schulbasierten Programmen allein verglichen, stellte eine Analyse einen Unterschied fest. Ein Mehrkomponentenprojekt, mit einer massenmedialen Kampagne allein verglichen, beobachtete eine geringere Rate an Raucherinnen und Rauchern nach den umfassenderen Ansätzen. Aus einer Studie wurde deutlich, dass das Community-Projekt ohne schulbasiertes Programm dem mit schulbasiertem Programm unterlegen war. **Schlussfolgerung der Autoren:** Es gibt geringe Evidenz dafür, dass die Effektivität von koordinierten Multikomponenten-Community-Programmen die Rauchraten bei jungen Menschen verringern kann.

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
<p><b>EFFEKTIVITÄT</b></p> <p>Schlüsselemente</p>	<p><b>UNIVERSELL</b></p> <p>Selektiv</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Familie</p> <p>Schule</p> <p>Freizeit</p> <p>Medien</p> <p><b>COMMUNITY</b></p> <p>Gesetze</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Tabak</p> <p><b>ALKOHOL</b></p> <p>Cannabis</p> <p>Andere illegale</p> <p>Drogen</p> <p>Undifferenziert</p>

### Fokus Systemübergreifende Projekte Alkohol

Foxcroft et al. [33; 2003; S; 3 Studien (2 → CT); 1996–2000] gehen in ihrem → Review der Cochrane Collaboration über meist psychosoziale Interventionen u. a. auf drei systemübergreifende Community-Projekte ein. **Ergebnisse:** Bei einem Projekt stellte sich auf die gesamte Bevölkerungsgruppe gesehen (nicht speziell Jugendliche) eine jährliche Reduktion von Autounfällen von 10 % ein und von Alkoholverkäufen an unbefugte Jugendliche von 18 % im Vergleich zu den Kontroll-Communitys. Inwiefern diese Resultate auch für Jugendliche zutreffen bzw. der Konsum von Jugendlichen beeinflusst wird, ist unbekannt. Keine Effekte berichtete ein anderes Community-Projekt zum Follow-up nach drei Jahren. Lediglich die Festnahmen bei 18- bis 20-Jährigen für alkoholisiertes Fahren waren geringfügig weniger. Die erste Phase des dritten Projekts brachte wohl während der Intervention Effekte auf Konsumverhalten; nach vier Jahren waren die

Effekte aber nicht mehr festzustellen. **Schlussfolgerung der Autoren:** Generell mag ein Community-Ansatz kosteneffektiver sein als viele unterschiedliche Programme für unterschiedliche Gruppen, aber viele Fragen (Auswirkungen auf Konsum, Kosten-Nutzen-Analysen, Wirksamkeit bei intensiverer Durchführung) sind noch offen.

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
Effektivität SCHLÜSSELEMENTE	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert	Familie Schule Freizeit Medien COMMUNITY Gesetze Undifferenziert	Tabak Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen UNDIFFERENZIERT

### Fokus Kollaborationen

Stevenson und Mitchell [30; 2003; U; 7 Studien; 1990–1995] tragen in Fallstudien gesammelte Erfahrungen zu wichtigen Faktoren gelingender Kollaborationen zusammen: außerordentliches Investieren von Zeit, Energie und Geld; ein unterstützender sozialer Kontext zu Beginn (finanzielle und politische Unterstützung); sorgfältige Entwicklung der anfänglichen Struktur; formalisierte Struktur und aufgabenbezogene Arbeitsgruppen; Antizipation des Mitglieder- und Führungswechsels; Bewältigungsstrategien für Konflikte und Konkurrenz; Einbeziehen von Minoritäten; vorherige Erhebung der Bereitschaft der Community; Einbau von Feedbackprozessen.



## 4.2.10 Community – Schlussfolgerungen

Systemübergreifende Projekte

<i>Substanzen:</i> Aussagen über Tabak, Alkohol und Cannabis/andere illegale Drogen <i>Raum:</i> Keine Reviews über Forschung mit deutschsprachigen Stichproben <i>Evidenzgrad der Forschung:</i> Ebene A bis D. Es gibt wenige, aber hochwertige Studien
---

- Systemübergreifende Projekte haben → präventive Effekte auf das Konsumverhalten. F (dafür: A<sup>6</sup>; unentschieden: B<sup>32</sup>, C<sup>33, 2</sup>, D<sup>31</sup>)

*Substanzen:* Undifferenziert

*Raum:* Keine Reviews über Forschung mit deutschsprachigen Stichproben

*Evidenzgrad der Forschung:* Ebene D. Gravierende methodologische Mängel (atheoretische Projekte, wenig Studien) erlauben keine Aussage.

### Kollaborationen

- Kollaborationen mit dem Ziel der Einführung gesetzlicher Bestimmungen sind aufgrund der Wirkung letzterer Maßnahmen effektiv. D<sup>30, 34</sup> (siehe Schlussfolgerungen „Gesetzliche Rahmenbedingungen“)
- Es gibt Prinzipien des potenziell effektiven Aufbaus einer Kollaboration. D<sup>30</sup>

*Quantitative Hinweise:*

Systemübergreifende Projekte: Aus zwei Einzelstudien: zehn (bis 20) → absolute Prozentpunkte weniger Raucherinnen und Raucher als in → Kontrollgruppe, → Effektstärke einer → Meta-Analyse, basierend auf neun Projekten: .27 (Substanz undifferenziert)

Kollaborationen: Keine

## 4.2.11 Gesetzliche Rahmenbedingungen – Ergebnisse

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
<b>EFFEKTIVITÄT</b> Schlüsselemente	<b>UNIVERSELL</b> Selektiv Undifferenziert	Familie Schule Freizeit Medien Community <b>GESETZE</b> Undifferenziert	Tabak Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen <b>UNDIFFERENZIERT</b>

### *Fokus Community-Ebene*

Pentz [34; 2000; U; 9 Studien inkl. → Reviews; 1989–1998], eine ausgewiesene Expertin in diesem Bereich, stellt anhand von Einzelstudien und Reviews Community Policies zusammen, die sich als effektiv erwiesen haben. Weiterhin geht sie darauf ein, was die Mobilisierung der Community zu einer Veränderung des politischen Kurses beitragen kann und welche Rolle die Politik bei der Aufrechterhaltung oder Institutionalisierung von communitybasierten Präventionsmaßnahmen spielt. Dabei unterscheidet sie zwei Arten von politischen Maßnahmen auf Community-Ebene: so genannte programmatische, die eine Umsetzung von Präventionsprojekten betreffen und so genannte regulatorische, die anzuwendende Regulierungen betreffen. Bisher fokussierten beide

auf Tabak und Alkohol. **Ergebnisse/Schlussfolgerung der Autorin:** Den regulatorischen Maßnahmen bescheinigt sie die unmittelbarste Wirkung mit Effekten auf das Rauch- und Trinkverhalten von 5 % bis 40 % Reduktion (Besteuerung: 5–10 % Konsumreduktion; Einschränkung der Verfügbarkeit: 5 % weniger Verkäufe; Einschränkung des Zugangs: 5–40 % weniger Käufe; Kontrolle/Überwachung der Einhaltung bestehender Gesetze: 5–8 % weniger Konsum, Käufe und alkoholisiertes Fahren). Die programmatischen politischen Beschlüsse zielen auf eine direkte Beeinflussung jugendlichen Substanzkonsums durch Institutionalisierung von Präventionsprojekten. Ihnen bescheinigt die Autorin das größte Potenzial für langfristige Veränderungen auf Konsumverhalten (Finanzierung von Jugendprogrammen: 5–40 % Konsumreduktion; Implementationsbemühungen/Qualitätssicherung: 2,5–20 % Konsumreduktion; Auflagen zur anhaltenden Verbreitung von Präventionskampagnen: 2–5 % Konsumreduktion; strukturelle oder finanzielle Beiträge für die Administration der Präventionsbemühungen in der Community: prozentuale Veränderung unbekannt). (Inwiefern die Reduktionen → absolute oder relative Prozentunterschiede im Vergleich zur → Kontrollgruppe oder zur vorherigen Verbreitung bedeuten, wird nicht deutlich.)

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
<p><b>EFFEKTIVITÄT</b> Schlüsselemente</p>	<p><b>UNIVERSELL</b> Selektiv Undifferenziert</p>	<p>Familie Schule Freizeit Medien Community <b>GESETZE</b> Undifferenziert</p>	<p><b>TABAK</b> Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen Undifferenziert</p>

*Fokus Preiserhöhung Tabak*

Hopkins et al. [26/35; 2001; S; 8 Studien; 1980–2000] begutachten in einem der Reviews für die Task Force on Community Preventive Services acht econometrische Studien, die Effekte einer Preiserhöhung von Tabak auf den Konsumeinstieg untersuchten. Dabei werden Preise oder Preisveränderungen mit Surveydaten zu Prävalenz in Zusammenhang gebracht. **Ergebnisse:** Sieben der acht Studien berichten signifikante Effekte. Der Median der berichteten → Preiselastizitäten (Veränderung des Konsums bei Erhöhung des Preises um 1 %) liegt bei  $-0.37$  für die Prävalenz und von  $-0.23$  für die Konsummenge, das heißt bei einem Preisanstieg von 10 % wären 3,7 % weniger Raucherinnen und Raucher und 2,3 % weniger gerauchte Zigaretten zu erwarten. **Schlussfolgerung der Autoren:** Es liegt eine starke Evidenz für die Effektivität höherer Tabakpreise in der Reduktion der Prävalenz von Tabakkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor.

### *Fokus Verkauf von Tabak an unbefugte Jugendliche*

Stead und Lancaster [36; 2004; S; 30 Studien; 1983–1998] begutachteten elf kontrollierte Studien im Hinblick auf Maßnahmen zur Reduktion illegaler Verkäufe von Tabak an Jugendliche. **Ergebnisse:** Gut die Hälfte dieser Studien (sechs) berichtete von signifikanten Verringerungen illegaler Verkäufe nach der Intervention. Davon hatten drei Interventionen die regelmäßige Überwachung der Anwendung der Gesetze zum Inhalt, während drei andere auf Überwachung verzichteten, aber einen zusätzlichen Warnbrief oder zusätzliche Community-Komponenten in ihr Vorgehen einschlossen. Drei der sieben Studien, die die Auswirkung der Interventionen auf die Wahrnehmung der Verfügbarkeit (Leichtigkeit, Zigaretten zu kaufen) untersuchten, berichteten einen erwünschten Effekt. Inwiefern die Maßnahmen tatsächlich das Rauchverhalten der Jugendlichen beeinflusst, wurde in fünf kontrollierten Studien untersucht, wovon drei eine signifikante Reduktion feststellen konnten, wenn auch die Datenlage inkonsistent ist (nur einzelne Variablen beeinflusst, nur jüngere Jugendliche beeinflusst, nur kurzfristige Effekte). Insofern raten die Autoren, die positiven Ergebnisse dieser unkontrollierten Studien mit Vorsicht zu interpretieren. **Schlussfolgerung der Autoren:** Informationsvermittlung an den Einzelhandel allein reicht nicht aus, um Zigarettenverkäufe an nicht befugte Jugendliche zu vermeiden. Trainings können die Effektivität verbessern, aber die regelmäßige, langfristige Überwachung des Einhaltens der Vorschriften ist sehr wichtig. Die Autoren empfehlen ein stufenweises Vorgehen (Verwarnungen, Strafen, Lizenzentzug). Sie resümieren, dass Interventionen die Anzahl an illegalen Verkäufen reduzieren kann, aber Jugendliche trotzdem in der Lage sind, Zigaretten zu kaufen.

### *Fokus Verkauf von Tabak an unbefugte Jugendliche*

Fichtenberg und Glantz [37; 2002; S; 8 Studien; 1991–2002] fassen die Ergebnisse von acht Studien (ein Kohortendesign, sieben multiple Querschnittsdesigns) zusammen, die den Zusammenhang zwischen der Einhaltung von Altersbeschränkungen beim Verkauf von Zigaretten an Jugendliche (Verkäufercompliance) und dem Rauchverhalten Jugendlicher (30-Tage-Prävalenz und regelmäßiges Rauchen) untersuchten. **Ergebnisse:** Werte von 38 Communitys konnten aus den Studien extrahiert werden. Die durchschnittlichen Korrelationen betragen  $r = .116$  und  $r = .017$  und waren nicht signifikant. Es gab keine Hinweise auf einen Schwelleneffekt. Auch eine Verbesserung der Verkäufercompliance, die auf eine Intervention erfolgte (Prä-Post-Vergleich), schlug sich nicht im Rauchverhalten der Jugendlichen nieder. Die Interventionen zur Verbesserung reichten vom Inkraftsetzen des Gesetzes über Verkäufertrainings bis hin zu Lizenzentzug. Ihr Effekt wird mit etwa  $-1,5\%$  geschätzt, ein Wert, der sich nicht signifikant von 0 unterscheidet. **Schlussfolgerung der Autoren:** Angesichts der wenigen Ressourcen für Tabakkontrollprogramme und der hohen Implementationskosten von gesetzlichen Altersbeschränkungen für Zigarettenkonsum sollte diese Strategie aufgegeben werden. Es sollten die begrenzten Mittel für als effektiv erwiesene Maßnahmen (Besteuerung, rauchfreie Arbeitsplätze und Wohnungen, Medienkampagnen, Aufklärung zu Folgen passiven Rauchens) ausgegeben werden.

### *Fokus Nationale Tabakkontrollprogramme*

**Wakefield und Chaloupka [38; 2000; S; 16 Studien, 5 Programme; 1989–1999]** begutachten 16 Studien, die die Wirksamkeit nationaler Tabakkontrollprogramme in fünf US-Bundesstaaten untersuchen. Diese umfassenden Projekte beinhalten eine Mischung aus folgenden Elementen: Aufklärung durch Plakate, elektronische Medien und Printmedien; Entwicklung und Umsetzung von gesetzlichen Altersbeschränkungen in Konsum und Verkauf; Werbeeinschränkungen, Schaffung rauchfreier Umgebungen, Community-Initiativen, Gelder für lokale Organisationen für Projekte am Arbeitsplatz, Training und Unterstützung für Tabakentwöhnung im Gesundheitswesen, schulbasierte Programme mit dem Fokus auf Curriculumsentwicklung, Schulpolitik und Prävention, direkte Aufhörhilfen für Raucherinnen und Raucher (Hotline und Materialien) sowie Forschung und Evaluation. Die Programme zeichnen sich dadurch aus, dass sie Rauchverhalten auf Populationsebene angehen wollen durch Strategien, die die soziale Umwelt verändern, in der geraucht und mit dem Rauchen aufgehört wird. Als Erfolgsindikator dient die Umsetzung von Maßnahmen (Gesetze, Programme), die sich als effektiv in der Reduktion jugendlichen Rauchverhaltens erwiesen haben. **Ergebnisse:** Die Autoren machen vier konsistente Befunde der Studien aus: 1. Stärker finanzierte Programme sind eher erfolgreich in der Umsetzung wichtiger Elemente der Tabakkontrolle (Medien, Community, Schule, lokale Gesetze, Zugangsbeschränkungen) und schaffen damit ein für das Nichtrauchen günstiges Umfeld. 2. Preiserhöhungen beeinflussen jugendliches Rauchverhalten, das darüber hinaus durch zusätzliche Programmaktivitäten stärker verringert wird als durch Preissteigerung allein zu erwarten wäre. 3. Die nationalen Programme bewirken eine Abnahme des Rauchverhaltens unter Erwachsenen. 4. Für die Zielgruppe der Jugendlichen gibt es starke Evidenz, dass Risikofaktoren verändert werden. **Schlussfolgerung der Autoren:** Es gibt starke Evidenz, dass die Programme Einflussfaktoren jugendlichen Rauchens beeinflussen. Vor dem Hintergrund dieser Studien und anderer Forschungsergebnisse resümieren die Autoren, dass umfassende Tabakkontrollprogramme eine effektive Strategie zur Reduktion jugendlichen Rauchverhaltens sind.

### *Fokus Tabakwerbeverbot*

In einer Expertise über den Zusammenhang von Werbung und Tabakkonsum gehen **Hanewinkel und Pohl [39; 1998; ES]** auf die Wirkung von Werbeverboten auf die Prävalenz des Tabakkonsums bei Jugendlichen ein und vergleichen epidemiologische Trendanalysen von Ländern mit langfristigem Werbeverbot (Norwegen, Finnland), kurzfristigem Werbeverbot (Neuseeland, Frankreich) und minimalem Werbeverbot (Deutschland). Methodische Probleme dieses Vergleichs schränken die Aussagekraft des Ergebnisses erheblich ein. **Ergebnis:** Staaten, in denen schon lange ein umfassendes Werbeverbot besteht, verzeichnen stärkere Reduktionen der Prävalenz als Staaten, die das Verbot erst seit einem kürzeren Zeitraum umsetzen oder kein umfassendes Verbot eingeführt haben. **Schlussfolgerung der Autoren:** Das Werbeverbot hat sich für Länder, die dies politisch durchgesetzt haben, langfristig gelohnt.

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
<p><b>EFFEKTIVITÄT</b></p> <p>Schlüsselemente</p>	<p><b>UNIVERSELL</b></p> <p>Selektiv</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Familie</p> <p>Schule</p> <p>Freizeit</p> <p>Medien</p> <p>Community</p> <p><b>GESETZE</b></p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Tabak</p> <p><b>ALKOHOL</b></p> <p>Cannabis</p> <p>Andere illegale</p> <p>Drogen</p> <p>Undifferenziert</p>

### *Fokus Altersbegrenzung Alkoholkonsum*

Shults et al. [40; 2001; S; 33 Studien zur Altersbegrenzung, 6 Studien zur Promillegrenze; 1980–2000] beurteilen für die Task Force on Community Preventive Services die Wirksamkeit von Bestimmungen zur Altersbegrenzung von Alkoholkonsum (Minimum Legal Drinking Age Laws, MLDA) und Promillegrenzen für junge und unerfahrene Autofahrer bei der Vorbeugung von alkoholisiertem Fahren. **Ergebnisse:** Die 33 herangezogenen Studien zeigen, dass ein Heraufsetzen der Altersgrenze für Alkoholkonsum eine Verringerung von tödlichen u. a. Unfällen bewirkt (Median 15 %) und ein Herabsetzen eine Erhöhung der Unfallrate nach sich zieht (Median 8 %). Ein Effekt von 12 % weniger tödlichen Unfällen von jungen Erwachsenen wird bei einer Erhöhung der Altersgrenze um drei Jahre (von 18 auf 21 Jahre) erwartet. Weiterhin zeigen sechs Studien, dass niedrigere Promillegrenzen (0,02g/dL) bei jungen und unerfahrenen Fahrern im Hinblick auf die Reduktion von alkoholbezogenen Unfällen effektiv sind. Das Ausmaß der Reduktion variiert je nach Studie zwischen 24 und vier → absoluten Prozentpunkten im Vergleich zum Zeitraum vor der Maßnahme. **Schlussfolgerung der Autoren:** Es gibt eine starke Evidenz für die Effektivität von höheren Altersgrenzen und hinreichende Evidenz für die Effektivität von niedrigeren Promillegrenzen bei jungen und unerfahrenen Autofahrern.

### *Fokus Altersbegrenzung Alkoholkonsum*

Wagenaar und Toomey [41; 2002; S; 48 Studien; 1960–1999] analysierten die Effektivität von Altersgrenzen (Minimum Legal Drinking Age) auf Alkoholkonsum und alkoholbezogene Probleme bei unter 21-Jährigen in und außerhalb von Colleges. **Ergebnisse:** Aus den 48 Studien konnten 78 Befunde extrahiert werden. Als Indikatoren dienten meist der selbst berichtete Konsum oder die Verkaufszahlen. Eine signifikante erwünschte Beziehung zwischen höherer Altersgrenze und niedrigerer Konsummenge konnte in 27 der 78 Analysen (35 %) festgestellt werden, ein signifikanter unerwünschter Zusammenhang (höherer Altersgrenze mit höherem Konsum) nur in fünf Fällen. Eine Auswahl an Studien mit qualitativ hochwertigeren Kennzeichen verzeichnete ähnliche Ergebnisse (Längsschnittstudien: 33 %; Vergleichsgruppenstudien: 42 %; repräsentative Stichproben: 34 %). Von allen Studien, die signifikante Ergebnisse berichten, berichten 87 % einen erwünschten und 13 % einen unerwünschten Zusammenhang. Von den 79 qualitativ hochwertigeren Studien zum Zusammenhang zwischen Altersgrenze und Verkehrsunfällen stellen 46 eine signifikante inverse Beziehung fest (58 %). Hin-

sichtlich anderer gesundheitlicher und sozialer Probleme (Vandalismus, Gewalt, Arbeitsprobleme, Suizid, Mord) berichten acht von 23 hochwertigen Studien erwünschte Effekte (35%). Die drei Studien, die Symptome einer alkoholbezogenen Störung analysierten, stellten allerdings keinen signifikanten Zusammenhang fest. **Schlussfolgerung der Autoren:** Der überwiegende Anteil an Evidenz legt nahe, dass eine höhere Altersgrenze für den legalen Alkoholkonsum den Konsum reduzieren kann. Nach Meinung der Autoren stellt die Erhöhung der Altersgrenze auf 21 im Vergleich zu anderen Verfahren die bisher erfolgreichste Maßnahme zur Verringerung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen dar. Angesichts der populationsweiten Anwendung und bisher noch wenigen Anstrengungen zur Einhaltung der Gesetze mögen die scheinbar kleinen Effekte in großem gesellschaftlichem Nutzen resultieren. Die Altersgrenze von 21 eliminiert jugendlichen Alkoholkonsum zwar eindeutig nicht, ist aber ein wichtiger Bestandteil eines vielfältigen Ansatzes, um jugendliche Alkoholprobleme zu minimieren.

*Fokus Preiserhöhung Alkohol*

Chaloupka et al. [42; 2002; U; 6 Studien, 1987–2001] geben einen Überblick über Studien, die den Effekt von Preissteigerungen auf Alkoholkonsum und seine negativen Folgen analysiert haben. **Ergebnisse:** Die langfristige → Preiselastizität (Veränderung des Konsums bei Erhöhung des Preises um 1% bereits einige Jahre zuvor) ist stärker als die kurzfristige Preiselastizität und liegt zwischen  $-.65$  und  $-.29$ , das heißt eine Preiserhöhung um 10% wirkt sich langfristig als eine Reduktion des Konsums um 6,5% bis 3% aus. Zudem hat sich die Erhöhung des vollen Preises (monetäre plus indirekte Kosten aufgrund der Illegalität wie Beschaffungsprobleme, Fälschung von Ausweispapieren etc.) von Alkohol in bisherigen Studien als effektive Maßnahme zur Verringerung von alkoholinduzierter Gewalt und Kriminalität bei jungen Erwachsenen erwiesen. **Schlussfolgerung der Autoren:** Eine Preiserhöhung scheint effektiv im Hinblick auf die Reduktion des Alkoholkonsums und negativer Folgen zu sein. Auch für Jugendliche und junge Erwachsene trifft dies zu, wobei dort der „volle Preis“ ausschlaggebend ist. Bei Jugendlichen wird durch die Preiserhöhung nicht nur der moderate Konsum, sondern vor allem das Konsumverhalten häufiger und starker Trinker beeinflusst. Einschränkend gilt, dass kontrollierte Experimentalstudien fehlen und somit nicht klar ist, ob die Preiserhöhung oder andere Faktoren (etwa Altersgrenzen) für die Effekte verantwortlich sind. Bei Versuchen, diese Faktoren zu kontrollieren, hat es bisher inkonsistente Ergebnisse gegeben.

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
EFFEKTIVITÄT Schlüsselemente	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert	Familie Schule Freizeit Medien Community GESETZE Undifferenziert	Tabak Alkohol CANNABIS Andere illegale Drogen Undifferenziert

### *Fokus Dekriminalisierung Cannabis*

Abschreckung ist aus Präventionsicht der angenommene Nutzen der Kriminalisierung von Cannabisbesitz und -konsum. Epidemiologische Studien zeigen, dass trotz der Illegalität der Konsum über die Jahre steigt. Inwiefern dies stärker der Fall wäre, wenn Cannabisbesitz/-konsum legal wäre, kann nicht beurteilt werden. Dekriminalisierung soll neben der Senkung von Kosten, die zur Umsetzung der Gesetze aufkommen, die negativen individuellen Konsequenzen der Kriminalisierung von persönlichem Cannabis-konsum beseitigen. **Single et al. [43; 2000; S; 11 Studien; 1990er-Jahre]** fassen die Wirkungen von Maßnahmen zur Dekriminalisierung von Cannabis in zwei Ländern (USA und Australien) zusammen und vergleichen sie. **Ergebnisse:** Zum einen sind die Maßnahmen weniger radikal, als der Name vermuten lässt. Weiterhin ist der Besitz strafbar, allerdings wird meist auf eine Strafverfolgung verzichtet und eine Geldstrafe angesetzt. Durch die Dekriminalisierung des Cannabisbesitzes konnten keine Effekte auf den Konsum (Lebenszeitprävalenz) beobachtet werden. Der Konsum stieg in dekriminialisierten und prohibitorischen Bundesstaaten in Australien und USA gleich an. Für Australien wurden mehrere nationale Studien in Auftrag gegeben. Für die USA stehen nur kleinere Studien zur Verfügung. Gleichzeitig konnten Gelder für Strafverfolgung und andere soziale Kosten eingespart werden. **Schlussfolgerung der Autoren:** Dekriminalisierung von Cannabis führt zu Kostenreduktion, ohne eine Zunahme an Konsum und cannabisbezogene Probleme auszulösen. Dennoch würde eine Legalisierung von Cannabis oder eine Dekriminalisierung anderer illegaler Drogen nicht unbedingt zu ähnlichen Resultaten führen.

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
Effektivität SCHLÜSSELEMENTE	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert	Familie Schule Freizeit Medien Community GESETZE Undifferenziert	Tabak Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen UNDIFFERENZIERT

### *Fokus Politische Einflussnahme*

**Pentz [34; 2000; U; 9 Studien inkl. → Reviews; 1989–1998]** berichtet Faktoren, die für die Umsetzung und Aufrechterhaltung von Präventionsbemühungen auf der politischen Ebene wichtig sind: Externe Beraterinnen und Berater gehen gemeinsam mit den politisch Verantwortlichen bei der Entscheidungsfindung vor; Networking mit anderen politisch Verantwortlichen und Organisationen; angenehmes Organisationsklima; anhaltende Beteiligung der politischen Führungskräfte und Anpassung der Bemühungen an den kulturellen Kontext der Community. Alle diese Faktoren mögen nach Meinung der Autorin zur wahrgenommenen Selbstwirksamkeit der politisch Verantwortlichen

führen, politische Entscheidungen in die richtige Richtung lenken und Präventionsbemühungen aufrechterhalten zu können. Damit politische Bestimmungen effektiv sein können, sind Unterstützung und wahrgenommene Normen für Präventionsbemühungen entscheidend. Im Falle der regulatorischen Bestimmungen ist die Unterstützung der Exekutive, der Administratoren, des Einzelhandels und allgemein der Community wichtig. Programmatische Bestimmungen führen nur bei Unterstützung der Administration und der für die Implementation Verantwortlichen zur Annahme der Programme. Schließlich weisen Fallstudien über communitybasierte Präventionsprojekte auf Schlüsselfaktoren des Transfers evidenzbasierter Prävention in die Praxis hin: Etablierung eines „lokalen Champions“, das heißt einer Person oder Gruppe, die Zeit und Ressourcen investiert, um sich öffentlich für Prävention einzusetzen; Beschaffung lokaler Ressourcen für nachhaltiges Präventionsengagement; Feedback zu Präventionseffekten und Unterstützung durch Massenmedien.

## 4.2.12 Gesetzliche Rahmenbedingungen – Schlussfolgerungen

*Substanzen:* Tabak, Alkohol, Cannabis

*Raum:* Keine Reviews über Forschung mit deutschsprachigen Stichproben

*Evidenzgrad der Forschung:* Ebene B bis E, keine → RCT

- Höhere Tabakpreise reduzieren die Verbreitung und die Menge von Tabakkonsum. C<sup>35</sup>
- Isolierte Maßnahmen zur Verhinderung von Tabakverkäufen an unbefugte Jugendliche verringern das Konsumverhalten nicht. C<sup>36, 37</sup>
- Nationale Programme sind effektiv in der Veränderung von → Risiko- und Schutzfaktoren des Rauchens, nicht des Konsumverhaltens. C<sup>38</sup>
- Das Heraufsetzen der legalen Altersgrenze für Alkoholkonsum verringert den Alkoholkonsum. B<sup>41</sup>
- Das Heraufsetzen der legalen Altersgrenze für Alkoholkonsum verringert die negativen Folgen des Alkoholkonsums (alkohol involvierte Unfälle B<sup>41</sup>, C<sup>40</sup>; andere gesundheitliche und soziale Probleme B<sup>41</sup>).
- Niedrigere Promillegrenzen für junge/unerfahrene Fahrer haben einen positiven Effekt auf alkohol involvierte Unfälle. C<sup>40</sup>
- Dekriminalisierung von Cannabis erhöht den Konsum nicht und führt zu weniger sozialen Kosten. C<sup>43</sup>
- Ein umfassendes, langfristiges Werbeverbot für Tabakprodukte hat → präventive Effekte auf das Konsumverhalten. E<sup>39</sup>
- Höhere „volle Alkoholpreise“ (inklusive indirekte Kosten) haben Effekte auf Alkoholkonsum und alkoholinduzierte Devianz. D<sup>42</sup>

- Höhere „volle Alkoholpreise“ (inklusive indirekte Kosten) verringern den Konsum von Wenigtrinkern wie auch starken Trinkern. D<sup>42</sup>
- Programmatische gesetzliche Bestimmungen auf Community-Ebene (Finanzierung von Programmen, Implementationsbemühungen/Qualitätssicherung, Auflagen zur Durchführung von Programmen) wirken mittelbar und langfristig auf den Konsum (Tabak und Alkohol). D<sup>34</sup>
- Regulatorische gesetzliche Bestimmungen auf Community-Ebene (Besteuerung, Kontrolle/Überwachung der Einhaltung der Bestimmungen) wirken unmittelbar und kurzfristig auf den Konsum (Tabak und Alkohol). E<sup>34</sup>

*Quantitative Hinweise:*

Programmatische Bestimmungen: 2–40 % weniger Konsum (absolute oder relative Prozentunterschiede nicht klar)

Regulatorische Bestimmungen: 5–10 % weniger Konsum (absolute oder relative Prozentunterschiede nicht klar)

Preiselastizität Tabak (→ Preiselastizität): Bei 10 % Erhöhung 3,7 % weniger Raucherinnen und Raucher und 2,3 % weniger Konsummenge

Preiselastizität Alkohol: Bei 10 % Erhöhung 3 % bis 6,5 % weniger Alkoholkonsum

## 4.3 Wirksamkeit von Prävention – handlungsfeldübergreifend

### 4.3.1 Prävention mit Risikogruppen – Ergebnisse

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
EFFEKTIVITÄT Schlüsselemente	Universell SELEKTIV Undifferenziert	Familie Schule Freizeit Medien Community Gesetze UNDIFFERENZIERT	Tabak Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen UNDIFFERENZIERT

### *Fokus Allgemeine Effektivität*

Wicki und Stübi [44; 2001; S; 12 Studien; 1994–1998] begutachteten zwölf Interventionsstudien mit Hochrisikogruppen (Kinder suchtkranker oder allein erziehender Eltern, missbrauchte oder vernachlässigte Kinder, Kinder mit Schulproblemen, behinderte Kinder, Kinder mit emotionalen Problemen, ökonomisch benachteiligte Wohnviertel, mit moderatem Alkoholkonsum, schwangere Mädchen und Frauen). Die meisten Programme waren schulbasiert, einzelne an der Universität, im kirchlichen Umfeld oder in sozial angespannten Wohnvierteln angesiedelt. Hauptsächlich wurde die soziale Kompetenz trainiert sowie an der Bindung an Familie und Schule oder am Erziehungsverhalten gearbeitet. Vereinzelt wurden Stressverarbeitung, Standfestigkeit, Schulerfolg, Selbstwirksamkeit und Selbstwert gefördert sowie konsumspezifische Intentionen bearbeitet. Zwei Mentorenprogramme haben die Betreuung von Jugendlichen durch Erwachsene zum Inhalt und positives Modellverhalten und soziale Unterstützung zum Ziel. **Ergebnisse:** Zusammengefasst berichten die Autoren folgende Effektivität: Fünf der zwölf Studien berichten eine Reduktion des Substanzkonsums, vier der zwölf Studien eine Förderung der angestrebten Ressourcenvariablen und drei der Studien eine Zunahme an Substanzkonsum. Es wurden keine besonderen Kennzeichen der effektiven Interventionen ersichtlich, außer dass beide Mentorenprogramme zu den erfolgreichen Ansätzen gehören. Die unerwünschte Zunahme an Substanzkonsum wird mit einer speziellen Stichprobe (schwängere Jugendliche), eventuellen Stigmatisierungsprozessen und mangelnder Implementation zu erklären versucht. **Schlussfolgerung der Autoren:** Die Autoren resümieren ein ernüchterndes Bild, eine heterogene Ergebnislage und keine Generalisierungsmöglichkeiten. Zudem beklagen sie die Rarität langfristiger Studien. Allein den Erfolg von Mentoringprogrammen bezeichnen sie als viel versprechend.

### *Fokus Allgemeine Effektivität*

Catalano et al. [45; 1998; BP; 13 Programme; 1980er-Jahre] stellen Studien zu 13 ausgewählten, effektiven Präventionsprogrammen mit Hochrisikogruppen (Kinder suchtkranker Eltern, Kinder mit großen Schulproblemen oder frühem antisozialem Verhalten) vor. **Ergebnisse/Schlussfolgerung der Autoren:** Die vier Programme für Kinder suchtkranker Eltern waren familienorientiert oder trainierten Stress- bzw. allgemeine Kompetenzen mit den Kindern. Die Autoren konstatieren methodische Mängel der bisherigen Evaluationen. Effekte auf das Konsumverhalten der Kinder stehen nicht zur Verfügung. Dennoch machen die Ansätze Hoffnung, weil sie Effekte auf Einflussfaktoren des Konsums erreichen. Präventionsprogramme mit verhaltensauffälligen Kindern (neun Programme) sind individuumszentriert, familienorientiert oder systemübergreifend ausgerichtet. Sie berechtigen nach Meinung der Autoren zu den besten Hoffnungen, weil die Evidenz für ihre Effektivität (auf Aggression, Delinquenz, anderes Problemverhalten) viel stärker und die methodischen Unzulänglichkeiten zwar existent sind, aber nicht so gravierend wie bei den Studien mit Kindern suchtkranker Eltern. Schließlich berechtigen auch die universellen wie selektiven Programme gegen gravierende Schulprobleme (vier Programme) zu größter Hoffnung für die Suchtprävention bei schulschwachen Kindern. Diese erreichen Effekte auf Schulleistung und andere schul-

bezogene Variablen. Insgesamt ist die Suchtprävention bei diesen Hochrisikokindern also viel versprechend, sowohl als universeller als auch als selektiver Ansatz. Dennoch vermissen die Autoren die Überprüfung der Effekte auf den Substanzkonsum, die theoretisch auf Grundlage des Risiko- und Schutzfaktorenmodells durchaus berechtigt ist.

**Mowbray und Oyserman [46; 2003; BP; 8 Programme]** stellen acht Programme für die Suchtprävention mit Kindern psychisch kranker Eltern vor. **Schlussfolgerung der Autoren:** Die Studien haben gezeigt, dass diese Kinder in schulbasierten Programmen soziale Kompetenzen lernen können, die sie möglicherweise zu Hause nicht gelernt haben. Ebenso zeigen die Studien, dass sich die Förderung von Erziehungsverhalten der Eltern suchtpreventiv auswirkt. Angesichts der Bedeutung familiärer Risikofaktoren schlagen die Autoren vor, eher familienorientiert vorzugehen.

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
<p>EFFEKTIVITÄT</p> <p>Schlüsselemente</p>	<p>Universell</p> <p>SELEKTIV</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Familie</p> <p>SCHULE</p> <p>Freizeit</p> <p>Medien</p> <p>Community</p> <p>Gesetze</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Tabak</p> <p>ALKOHOL</p> <p>CANNABIS</p> <p>ANDERE ILLEGALE</p> <p>DROGEN</p> <p>Undifferenziert</p>

### *Fokus Schulbasierte Maßnahmen*

**Gottfredson und Wilson [16; 2003; M; 94; k. A.]** haben für schulbasierte Präventionsprogramme mit selektiver Zielgruppe eine  $\rightarrow$  Effektstärke von .05 errechnet (im Vergleich universell: .07). Die kognitiv-behavioralen Programme erreichten eine höhere Effektenstärke bei den Hochrisikogruppen im Vergleich zur universellen Stichprobe (.20 versus .05), wenn auch die Studienanzahl mit risikoreichen Populationen klein ist ( $n = 5$ ). **Schlussfolgerung der Autoren:** Die Frage, welche Zielgruppe Präventionsmaßnahmen erhalten soll, kann nicht beantwortet werden. Man kann nur sagen, dass selektive soziale Kompetenzprogramme höhere Effekte erreichen als universelle.

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
<p>EFFEKTIVITÄT</p> <p>Schlüsselemente</p>	<p>Universell</p> <p>SELEKTIV</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Familie</p> <p>Schule</p> <p>FREIZEIT</p> <p>Medien</p> <p>Community</p> <p>Gesetze</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Tabak</p> <p>Alkohol</p> <p>Cannabis</p> <p>Andere illegale</p> <p>Drogen</p> <p>UNDIFFERENZIERT</p>

*Fokus Mentorenprogramme*

Aoki und Kollegen [24; 2000; U; 7 Studien; 1990er-Jahre] fassen sieben Studien im Hinblick auf die Wirksamkeit von Mentorenprogrammen auf Schulleistung und Sozialverhalten sowie Substanzkonsum zusammen. In Mentorenprogrammen verbringen nichtelterliche, erwachsene Freiwillige Zeit mit ausgewählten Jugendlichen. **Schlussfolgerung der Autoren:** Die Schulleistung wird meist verbessert und der Übergang ins Jugendalter wird erleichtert. Es gibt erste empirische Unterstützung für eine Reduktion des Substanzkonsums. Gleichzeitig warnen die Autoren vor voreiligen Schlüssen, weil es noch zu wenig Forschung zu diesem Ansatz gibt.

### 4.3.2 Prävention mit Risikogruppen – Schlussfolgerungen

*Substanzen:* Undifferenziert  
*Raum:* Keine Reviews über Forschung mit deutschsprachigen Stichproben  
*Evidenzgrad der Forschung:* Ebene A bis D

- Selektive suchtpreventive Maßnahmen haben → präventive Effekte auf das Konsumverhalten, wenn sie als schulbasierte soziale Kompetenzprogramme oder als Mentorenprogramme durchgeführt werden. A<sup>16</sup>, B<sup>44</sup>, D<sup>45, 46</sup>
- Bei selektiver Suchtprevention besteht die Gefahr, dass das Konsumverhalten in nicht präventiver Weise beeinflusst wird. B<sup>44</sup>

*Quantitative Hinweise:* Keine

### 4.3.3 Negative Effekte – Ergebnisse

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
EFFEKTIVITÄT Schlüsselemente	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert	Familie Schule Freizeit Medien Community Gesetze UNDIFFERENZIERT	Tabak Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen UNDIFFERENZIERT

### Fokus Universelle Prävention

Werch und Owen [48; 2002; S; 17 Studien aus 152 Artikeln und 48 Reviews (9 → RCT, 9 → CT); 1980–2001] haben unerwünschte Effekte von Suchtpräventionsprogrammen untersucht. Die Programme sind zu 76 % schulbasiert. Die ausgewählten 17 Studien waren zur Hälfte Alkoholprävention und → allgemeine Suchtprävention; es konnte keine Veröffentlichung zu negativen Effekten bei tabakspezifischen Programmen gefunden werden. **Ergebnisse:** Die meisten negativen Effekte findet man zum Konsum von Alkohol (17 von 19 negativen Ergebnissen), dann Zigaretten (fünf von 19) und Drogen (drei von 19), weiterhin Cannabis, Inhalantien und Schmerzmittel. Die allgemeinen Programme haben eine stärkere Zunahme an Alkohol, Zigaretten, Cannabis und Polykonsum zu verzeichnen als alkoholpräventive Programme (neun allgemeine Suchtpräventionsprogramme berichten 21 negative Effekte; acht Alkoholprogramme berichten acht negative Effekte). **Schlussfolgerung der Autoren:** Die Autoren resümieren, dass es angesichts der Fülle von Suchtpräventionsstudien sehr wenig veröffentlichte Studien gibt, die von unerwünschten Effekten berichten. Dies sagt aber nichts über das wahre Ausmaß aus. Möglicherweise würden multiple Botschaften der allgemeinen Suchtpräventionsprogramme die Risikowahrnehmung mancher Substanzen sinken lassen. Am häufigsten sind unerwünschte Effekte im Kontext von gemischten Ergebnissen (positiv und negativ) zu finden, was auf einen Programmfehler, aber nicht auf Versagen hindeutet. Fehler werden anscheinend bei der Prävention mit Subgruppen (Erfahrene, Jugendliche mit falschen normativen Erwartungen) gemacht, bei denen die iatrogenen Effekte (durch die Intervention verursachte negative Effekte) beobachtet wurden. Der zweithäufigste Kontext negativer Effekte ist im Rahmen von nicht signifikanten anderen Effekten. Dies deutet auf ein Versagen hin, entweder in der Theorie, in der Implementation oder in der Programmentwicklung. Ein typischer Theorie-Praxis-Fehler ist beim Programm DARE festzustellen, in dem die theoretische Basis zwar stimmt, die Umsetzung aber nicht dementsprechend stattfindet. Einen sehr seltenen Kontext nennen die Autoren mit negativen Effekten bei überwiegend positiver Befundlage. Hier ist von methodologischen Artefakten oder von Zufall auszugehen.

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
EFFEKTIVITÄT Schlüsselemente	Universell SELEKTIV Undifferenziert	Familie Schule Freizeit Medien Community Gesetze UNDIFFERENZIERT	Tabak Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen UNDIFFERENZIERT

### Fokus Selektive Prävention

Wicki und Stübi [44; 2001; S; 12 Studien; 1994–1998] begutachteten zwölf Interventionsstudien mit Hochrisikogruppen. Die meisten Programme waren schulbasiert,

einzelne an der Universität, im kirchlichen Umfeld oder in sozial angespannten Wohnvierteln angesiedelt. Hauptsächlich wurde die soziale Kompetenz trainiert, an der Bindung an Familie und Schule oder am Erziehungsverhalten gearbeitet. Vereinzelt wurde Stressverarbeitung, Standfestigkeit, Schulerfolg, Selbstwirksamkeit und Selbstwert gefördert sowie konsumspezifische Intentionen bearbeitet. Zwei Mentorenprogramme haben die Betreuung von Jugendlichen durch Erwachsene zum Inhalt und positives Modellverhalten und soziale Unterstützung zum Ziel. **Ergebnisse:** Drei der zwölf Studien berichten eine Zunahme an Substanzkonsum. Die Zunahme an Substanzkonsum wird mit einer speziellen Stichprobe (schwängere Jugendliche), eventuellen Stigmatisierungsprozessen und mangelnder Implementation zu erklären versucht. **Schlussfolgerung der Autoren:** Die Autoren resümieren ein ernüchterndes Bild, eine heterogene Ergebnislage und keine Generalisierungsmöglichkeiten.

#### 4.3.4 Negative Effekte – Schlussfolgerungen

*Substanzen:* Undifferenziert

*Raum:* Keine Reviews über Forschung mit deutschsprachigen Stichproben

*Evidenzgrad der Forschung:* Ebene B, aber wegen Veröffentlichungsbias keine Abschätzung des wahren Ausmaßes möglich

- Universelle Suchtprävention beeinflusst das Konsumverhalten auch negativ. B<sup>48</sup>
- Meist treten die negativen Effekte im Rahmen allgemeiner Suchtpräventionsprogramme im Kontext gemischter (positiver und negativer) Effekte auf Alkoholkonsum auf. B<sup>48</sup>
- Bei selektiver Suchtprävention besteht die Gefahr, dass das Konsumverhalten in nicht präventiver Weise beeinflusst wird. B<sup>44</sup>

*Quantitative Hinweise:* Keine

#### 4.3.5 Geschlechtsspezifität – Ergebnisse

*Fokus Allgemeine Effektivität bei Mädchen und Jungen*

Blake et al. [49; S; 2001; 28 Studien; 1980–2000] berichten in ihrem → Review über Suchtprävention bei Mädchen, dass kaum auf geschlechtsspezifische Effekte in der Präventionsforschung geachtet wird. Auch lediglich drei von 14 → Reviews würden

darauf eingehen. **Ergebnisse:** Es wurden zehn Studien identifiziert, die getrennt Analysen für Mädchen und Jungen durchführten. Davon kamen neun zu dem Ergebnis, dass nur Mädchen von der Maßnahme profitierten (weniger konsumierten) oder stärker profitierten. Nur eine Studie kam zum gegenteiligen Ergebnis. Von den 18 Studien, die in ihre Effektivitätsanalysen Interaktionseffekte Geschlecht  $\times$  Gruppe einbezogen, stellten vier signifikante Wechselwirkungen fest. Die Autoren machten vier Programme aus, die speziell für Mädchen konzipiert und/oder implementiert wurden. Die Studien bedienten sich einer Hochrisikostichprobe. Drei der Evaluationen konnten erwünschte Effekte auf den Konsum feststellen, eine musste eine stärkere Zunahme an Substanzkonsum in der  $\rightarrow$  Experimentalgruppe berichten. **Schlussfolgerung der Autoren:** Es scheint, als würden Geschlechtsunterschiede insbesondere bei jüngeren Jugendlichen und in Bezug auf das Rauchen auftreten. Diese Bestandsaufnahme stellt nicht sicher, dass andere Forschergruppen nicht auch (nicht) signifikante Geschlechtsunterschiede beobachtet haben, sie berichteten sie nur nicht. Das Übergewicht an Studien, die einen größeren Erfolg bei Mädchen verzeichnen, fokussiert Standfestigkeit, die Verringerung von sozialen Einflüssen und die Veränderung der wahrgenommenen sozialen Normen. Die Autoren resümieren, dass angesichts der gelieferten Hinweise auf differentielle Effektivität die Forschung die Rolle des Geschlechts in der Suchtprävention stärker untersuchen sollte.

#### 4.3.6 Geschlechtsspezifität – Schlussfolgerungen

*Substanzen:* Undifferenziert

*Raum:* Keine Reviews über Forschung mit deutschsprachigen Stichproben

*Evidenzgrad der Forschung:* Ebene C, aber wegen Veröffentlichungsbias keine Abschätzung des wahren Ausmaßes möglich

- Das Konsumverhalten von Mädchen lässt sich durch suchtpreventive Maßnahmen stärker beeinflussen. C<sup>49</sup>

*Quantitative Hinweise:* Keine

#### 4.3.7 Effizienz – Ergebnisse

Neben der Frage nach der Wirksamkeit (Effektivität) interessiert in Zeiten finanzieller Einschränkungen auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis (Effizienz) von suchtpreventiven

Maßnahmen. Solche Studien gibt es seit 1990 vereinzelt im Präventionsbereich, bis 1998 wurde aber keine im Bereich Suchtprävention veröffentlicht (Chatterji et al. 1998). Durch die in der Expertise angewendete Suchstrategie konnten kein → Review und lediglich zwei Einzelstudien ausfindig gemacht werden. Deren Ergebnisse werden im Folgenden berichtet.

Die Kosten und der Nutzen von Präventionsmaßnahmen können durch die Kosten-Effektivitäts-Analyse (Cost-Effectiveness-Analysis [CEA]) und die Kosten-Nutzen-Analyse (Cost-Benefit-Analysis [CBA]) bestimmt werden (Chatterji et al. 1998). Die Kosten-Effektivitäts-Analyse fragt danach, welche der vorhandenen Alternativen die kostengünstigste Methode ist, um eine bestimmte Einheit der Suchtprävention (zum Beispiel gewonnene Lebensjahre, verhinderte Krankenhausaufenthalte) zu erreichen. Die Kosten-Nutzen-Analyse untersucht, ob eine Maßnahme ihre Kosten wert ist, das heißt ob das investierte Geld zur Durchführung der Maßnahme eine entsprechende spätere finanzielle Einsparung einbringt. Kosten und Nutzen werden hier in monetären Einheiten ausgedrückt. Für die Kostenerhebung liegt ein Instrument vor (Chatterji et al. 2001). Aufgrund der offensichtlichen Schwierigkeit, den Nutzen von Suchtprävention in Geldbeträgen zu beziffern, haben die zu berichtenden Einzelstudien Kosten-Effektivitäts-Analysen gerechnet mit dem Ziel, die Kosten für ein aufgrund der durchgeführten Präventionsmaßnahme gewonnenes Lebensjahr zu bestimmen.

**Secker-Walker und Kollegen (1997)** haben die Effizienz einer zusätzlichen massenmedialen Kampagne zu einem Schulprogramm analysiert. Die intensive Kampagne bestand aus 36 Fernseh- und 17 Radiospots, die altersangemessen über vier Jahre ausgestrahlt wurden. Das Schulprogramm bestand aus insgesamt 15 Sitzungen in den Klassen 5 bis 10. Zwei Jahre nach Ende der Maßnahmen (als die Schülerinnen und Schüler 15 bis 18 Jahre alt waren) betrug die wöchentliche Rauchprävalenz in der Stichprobe der Schülerinnen und Schüler, die nur an dem Schulprogramm teilnahmen, 25,9%. Unter den Schülerinnen und Schülern, die zusätzlich die massenmediale Kampagne erlebten, waren 20,4% Raucherinnen bzw. Raucher. Nach entsprechenden Studien wird geschätzt, dass eine 20-jährige Raucherin fünf Jahre, ein 20-jähriger Raucher sechs Jahre kürzer lebt als gleichaltrige Nichtraucherinnen und Nichtraucher. **Ergebnisse:** Die durch die Analyse ermittelten gewonnenen Lebensjahre – in Beziehung gesetzt zu den Kosten der Entwicklung und Ausstrahlung der Medienkampagne – resultierten in einer geschätzten Ausgabe von 696 US-Dollar pro gewonnenem Lebensjahr. Nimmt man nur die Kosten für die Ausstrahlung, reduziert sich die Ziffer auf 167 US-Dollar pro gewonnenem Lebensjahr. **Schlussfolgerung der Autoren:** Die Berechnungen erlauben einen Vergleich mit entsprechenden Zahlen aus Kosten-Effektivitäts-Analysen anderer Maßnahmen der Tabakentwöhnung, die für ärztliche Kurzinterventionen Kosten von etwa 700 bis 2000 US-Dollar oder für zusätzliche Nikotinsubstitution Kosten von etwa 4000 bis 9000 US-Dollar pro gewonnenem Lebensjahr ausweisen. Somit ist die Massenmedienkampagne eine ökonomisch attraktive präventive Maßnahme, die im Vergleich zu anderen Maßnahmen (Tabakentwöhnung, Brustkrebsprävention) sehr gut abschneidet.

**DiFranza und Kollegen (2001)** berechneten die potenzielle Effizienz der Durchsetzung von Gesetzen zum Verkaufsverbot von Tabak an Jugendliche. **Ergebnisse:** Könnte eine Reduktion der Raucherinnen- bzw. Raucherprävalenz von zum Beispiel 5 % durch Kontrollen erreicht werden, die 150 US-Dollar pro Verkaufsstelle und damit insgesamt 82 Millionen US-Dollar benötigten, würde ein gewonnenes Lebensjahr 1300 US-Dollar kosten. In einem Modellprojekt, dessen Reduktionsrate von 25 % bisher nicht repliziert werden konnte, wurde ein Betrag von 14 US-Dollar pro gewonnenem Lebensjahr ermittelt. **Schlussfolgerung der Autoren:** Je nach Kosten für die Kontrolle der Verkaufsstellen, Anzahl der Verkaufsstellen und der Reduktionsrate durch die Maßnahme ist dieser Ansatz überwiegend effizienter als die spätere Tabakentwöhnung. Da es sich aber um eine Berechnung des potenziellen Nutzens dieser Maßnahme handelt, kann keine Aussage über die tatsächliche Wirksamkeit (Reduktionsrate) gemacht werden.

### 4.3.8 Effizienz – Schlussfolgerungen

*Substanzen:* Tabak

*Raum:* Keine Forschung mit deutschsprachigen Stichproben

*Evidenzgrad der Forschung:* Ebene E

Keine Schlussfolgerungen

*Quantitative Hinweise:* Keine

### 4.3.9 Tabakprävention – Schlussfolgerungen

Anmerkung: Weiterführende Schlussfolgerungen sind in den Ergebniskapiteln der entsprechenden Handlungsfelder zu finden.

#### **Familie**

Für das System Familie stehen tabakbezogene Informationen über die Effektivität suchtpreventiver Maßnahmen nicht zur Verfügung.

#### **Schule**

- **Interaktive schulbasierte Programme haben präventive Effekte auf den Tabakkonsum.** A<sup>6, 12</sup>, B<sup>11, 14</sup>, C<sup>9</sup>, D<sup>10</sup>

- Die Effekte sind für Tabak langfristig (zwei bis drei Jahre). A<sup>7</sup>, B<sup>11</sup>, D<sup>13</sup>
- Eine isolierte Ausrichtung auf Tabak ist effektiver als eine Ausrichtung auf mehrere Substanzen. A<sup>6</sup>
- Präventionsprogramme können den Ausstieg rauchender Jugendlicher bewirken. D<sup>13</sup>

### Freizeit

Für das System Freizeit stehen tabakbezogene Informationen über die Effektivität suchtpräventiver Maßnahmen nicht zur Verfügung.

### Medien

- Massenmediale Kampagnen in Kombination mit anderen Komponenten (Schule, Community, nationale Programme) haben präventive Effekte auf den Tabakkonsum. C<sup>27, 26</sup>
- Isolierte massenmediale Kampagnen haben keine präventiven Effekte auf den Tabakkonsum. C<sup>27, 26</sup>
- Medienkampagnen beeinflussen eher den Einstieg als den Ausstieg aus dem Rauchen, sind eher bei jüngeren und weniger bei älteren Jugendlichen effektiv. D<sup>28</sup>

### Community

- Systemübergreifende Projekte haben nachweislich präventive Effekte auf den Tabakkonsum. F (dafür: A<sup>6</sup>; unentschieden: B<sup>32</sup>, D<sup>31</sup>)

### Gesetzliche Rahmenbedingungen

- Höhere Tabakpreise reduzieren die Verbreitung und die Menge von Tabakkonsum. C<sup>35</sup>
- Isolierte Maßnahmen zur Verhinderung von Tabakverkäufen an unbefugte Jugendliche verringern das Konsumverhalten nicht. C<sup>36, 37</sup>
- Nationale Programme sind effektiv in der Veränderung von → Risiko- und Schutzfaktoren des Rauchens, nicht des Konsumverhaltens. C<sup>38</sup>
- Ein umfassendes, langfristiges Werbeverbot für Tabakprodukte hat → präventive Effekte auf das Konsumverhalten. E<sup>39</sup>
- Programmatische gesetzliche Bestimmungen auf Community-Ebene (Finanzierung von Programmen, Implementationsbemühungen/Qualitätssicherung, Auflagen zur Durchführung von Programmen) wirken mittelbar und langfristig auf den Tabakkonsum. D<sup>34</sup>
- Regulatorische gesetzliche Bestimmungen auf Community-Ebene (Besteuerung, Kontrolle/Überwachung der Einhaltung der Bestimmungen) wirken unmittelbar und kurzfristig auf den Tabakkonsum. E<sup>34</sup>

### Risikogruppen

- Selektive Suchtprävention verringert das Konsumverhalten, wenn sie als schulbasierte soziale Kompetenzprogramme oder als Mentorenprogramme durchgeführt werden. B<sup>44</sup>

- Bei selektiver Suchtprävention besteht die Gefahr, dass das Konsumverhalten negativ beeinflusst wird. B<sup>44</sup>

### Unerwünschte Effekte

- Universelle Suchtprävention kann das Konsumverhalten auch negativ beeinflussen. B<sup>48</sup>
- Negative Effekte im Rahmen allgemeiner Suchtpräventionsprogramme treten im Vergleich zu anderen Substanzen im Bereich Tabak seltener auf. B<sup>48</sup>

### Geschlechtsspezifität

- Das Konsumverhalten von Mädchen lässt sich durch suchtpreventive Maßnahmen stärker beeinflussen. C<sup>49</sup>

## 4.3.10 Alkoholprävention (undifferenziert) – Ergebnisse

Zur allgemeinen Beurteilung der Wirksamkeit von Alkoholprävention wird neben den bereits beschriebenen Ergebnissen in den unterschiedlichen Handlungsfeldern noch ein → Review herangezogen, der Aussagen über die Wirksamkeit von psychosozialen Interventionen als Ganzes macht.

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
<p><b>EFFEKTIVITÄT</b></p> <p>Schlüsselemente</p>	<p><b>UNIVERSELL</b></p> <p>Selektiv</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Familie</p> <p>Schule</p> <p>Freizeit</p> <p>Medien</p> <p>Community</p> <p>Gesetze</p> <p><b>UNDIFFERENZIERT</b></p>	<p>Tabak</p> <p><b>ALKOHOL</b></p> <p>Cannabis</p> <p>Andere illegale</p> <p>Drogen</p> <p>Undifferenziert</p>

### Fokus Alkoholprävention

Foxcroft et al. [33; 2003; S; 56 Studien (41 → RCT, 14 → CT, 1 → ITS); 1968–2000] haben für die Cochrane Library einen aktuellen, erweiterten → Review einer Arbeit von 1997 durchgeführt, der damals zu dem Schluss kam, dass die methodische Qualität der Studien zu schlecht ist, um verlässliche Aussagen zu machen oder Empfehlungen zu geben. Die neueren, in den aktuellen Review aufgenommenen Studien über psychosoziale Interventionen im Allgemeinen (davon grob geschätzt 31 schulbasiert) sind methodologisch zwar erheblich besser als die früheren Studien und erlauben es jetzt, Empfehlungen auszusprechen, es gibt aber noch immer methodische Mängel. **Ergebnisse:** Die 56 Studien über 24 Alkoholprogramme und 32 allgemeine Suchtpräventionsprogramme wurden hinsichtlich kurz-, mittel- und langfristiger Effekte ausge-

wertet. Hinsichtlich kurzfristiger Wirksamkeit (bis zu einem Jahr nach Prätest) waren 15 Programme teilweise effektiv (Effekte auf ein oder zwei von vielen Konsumvariablen), 24 ineffektiv; vier berichteten negative Ergebnisse. Mittelfristig (ein bis drei Jahre nach Prätest) waren zwölf Programme teilweise effektiv, 19 ineffektiv und zwei mit negativer Wirkung. Langfristige Effektivität (über drei Jahre) wurde nur von acht Programmen berichtet, wobei drei Programme sich als teilweise effektiv und fünf als ineffektiv erwiesen haben. Die Autoren nennen 18 ineffektive Programme, die nach momentanem Forschungsstand nicht mehr eingesetzt werden sollten. Die → Intention-to-treat-Reanalyse der drei langfristig effektiven Programme ergibt für Spoths umfassenden familienorientierten Ansatz ein NNT („number need to treat“) von neun, das heißt: Von neun Jugendlichen, die an dem Programm teilnehmen, berichtet ein Jugendlicher vier Jahre später geringeren Alkoholkonsum. Die NNT eines kulturell-sensiblen Fertigkeitentrainings reicht von 17 bis 25 und das NNT; Botvins Life-Skills-Training reicht von 24 bis 83. **Schlussfolgerung der Autoren:** Die Studien führen zu keiner klaren Aussage über die kurz- und mittelfristige Wirksamkeit psychosozialer Interventionen. Von den drei langfristig effektiven Programmen zeigt die Intention-to-treat-Reanalyse, dass zur Prävention von Alkoholproblemen insbesondere auf den familienorientierten Ansatz von Spoth – „Strengthening Families Program“ – zu verweisen ist. Ebenso sind kulturell adaptierte Programme auf Kompetenzbasis zu verfolgen. Der Life-Skills-Ansatz berechtigt weniger zu Hoffnung. Generell mag ein Community-Ansatz kosteneffektiver sein als viele unterschiedliche Programme für unterschiedliche Gruppen. Es gibt keine offensichtlichen Unterschiede zwischen effektiven und ineffektiven Programmen. Ebenso ist es unerheblich, ob Alkohol die einzige Substanz ist, auf die das Programm abzielt oder ob er eine Substanz unter mehreren ist. Da jedoch die meisten Studien aus den USA stammen, ist es fraglich, ob diese Ergebnisse auch auf andere Länder generalisierbar sind.

### 4.3.11 Alkoholprävention – Schlussfolgerungen

Anmerkung: Weiterführende Schlussfolgerungen sind in den Ergebniskapiteln der entsprechenden Handlungsfelder zu finden.

- Psychosoziale Interventionen haben als Gesamtgruppe beurteilt inkonsistente → präventive Effekte auf den Alkoholkonsum. B<sup>33</sup>

#### Familie

- Umfassende familiäre Ansätze (Eltern- plus Kinder- plus Familientraining) haben präventive Effekte auf den Alkoholkonsum. C<sup>1,2</sup>
- Elterntrainings allein beeinflussen Risikofaktoren, aber nicht Alkoholkonsum. C<sup>1</sup>
- Familienorientierte Maßnahmen sind insbesondere bei Nichtkonsumenten und -konsumentinnen effektiv. C<sup>1</sup>

- Effekte auf das Konsumverhalten und auf Risikofaktoren treten verzögert auf – so genannte Sleeper-Effekte. D<sup>4</sup>

## Schule

- Interaktive schulbasierte Programme haben präventive Effekte auf den Alkoholkonsum. A<sup>6</sup>, B<sup>14</sup>, C<sup>18, 9</sup>, D<sup>10</sup>
- Die Effekte sind für Alkohol langfristig (zwei bis drei Jahre). A<sup>7</sup>, B<sup>14</sup>

## Freizeit

Für das System Freizeit stehen alkoholbezogene Informationen über die Effektivität suchtpräventiver Maßnahmen nicht zur Verfügung.

## Medien

- TV-Spots, die sich gegen alkoholisiertes Fahren richten, haben in Kombination mit flankierenden Maßnahmen Effekte auf die Verbreitung alkoholisierten Fahrens und alkoholassoziierter Verkehrsunfälle. E<sup>29</sup>
- Warnhinweise auf Alkoholflaschen haben als alleinige Maßnahme keine Wirkung auf den Alkoholkonsum. E<sup>29</sup>

## Community

- Systemübergreifende Projekte haben präventive Effekte auf den Alkoholkonsum. F (dafür: A<sup>6</sup>; unentschieden: C<sup>2</sup>, D<sup>31</sup>)

## Gesetzliche Rahmenbedingungen

- Das Heraufsetzen der legalen Altersgrenze für Alkoholkonsum hat präventive Effekte auf den Alkoholkonsum. B<sup>41</sup>
- Niedrigere Promillegrenzen für junge/unerfahrene Fahrer senken alkoholisierte Unfälle. C<sup>40</sup>
- Höhere „volle“ Alkoholpreise verringern den Konsum von Wenigtrinkern wie auch von starken Trinkern. D<sup>42</sup>
- Programmatische gesetzliche Bestimmungen auf Community-Ebene (Finanzierung von Programmen, Implementationsbemühungen/Qualitätssicherung, Auflagen zur Durchführung) wirken mittelbar und langfristig auf den Alkoholkonsum. D<sup>34</sup>
- Regulatorische gesetzliche Bestimmungen auf Community-Ebene (Besteuerung, Kontrolle/Überwachung der Einhaltung der Bestimmungen) wirken unmittelbar und kurzfristig auf den Alkoholkonsum. E<sup>34</sup>

## Risikogruppen

- Selektive Suchtprävention hat → präventive Effekte auf das Konsumverhalten, wenn sie als schulbasierte soziale Kompetenzprogramme oder als Mentorenprogramme durchgeführt werden. A<sup>16</sup>, B<sup>44</sup>, D<sup>45, 46</sup>
- Bei selektiver Suchtprävention besteht die Gefahr, dass das Konsumverhalten negativ beeinflusst wird. B<sup>44</sup>

**Unerwünschte Effekte**

- Universelle Suchtprävention beeinflusst das Konsumverhalten auch negativ. B<sup>48</sup>
- Negative Effekte im Rahmen allgemeiner Suchtpräventionsprogramme treten im Vergleich zu anderen Substanzen im Bereich Alkohol häufiger auf. B<sup>48</sup>

**Geschlechtsspezifität**

- Das Konsumverhalten von Mädchen lässt sich durch suchtpreventive Maßnahmen stärker beeinflussen. C<sup>49</sup>

**4.3.12 Prävention illegale Drogen (undifferenziert) – Ergebnisse**

Zur allgemeinen Beurteilung der Wirksamkeit von präventiven Maßnahmen im Bereich illegale Drogen wird neben den bereits beschriebenen Ergebnissen in den unterschiedlichen Handlungsfeldern noch eine → Meta-Analyse ausgewertet, die Aussagen über die Wirksamkeit von psychosozialen Interventionen als Ganzes macht.

ERGEBNISSE	ZIELGRUPPE	HANDLUNGSFELD	SUBSTANZ
<p>EFFEKTIVITÄT</p> <p>Schlüsselemente</p>	<p>UNIVERSELL</p> <p>Selektiv</p> <p>Undifferenziert</p>	<p>Familie</p> <p>Schule</p> <p>Freizeit</p> <p>Medien</p> <p>Community</p> <p>Gesetze</p> <p>UNDIFFERENZIERT</p>	<p>Tabak</p> <p>Alkohol</p> <p>CANNABIS</p> <p>ANDERE ILLEGALE DROGEN</p> <p>Undifferenziert</p>

*Fokus Prävention illegale Drogen*

White und Pitts [47; 1998; M; 71 Studien; 1980–1997] fassten die Ergebnisse von 71 Studien (davon 20 hochwertige Studien) im Hinblick auf die Prävention illegalen Drogenkonsums meta-analytisch zusammen. Der Großteil der evaluierten Programme war schulbasiert (89%), sechs berücksichtigte Studien im therapeutischen oder medizinischen Setting und eine Studie waren in der Familie angesiedelt. Die Hälfte der Programme (47%) zielte nur auf Cannabis, 25% auf Cannabis und Kokain und 24% auf „Drogen“ ab. **Ergebnisse:** Einstellungen konnten durch 64% der Programme verändert werden, das Verhalten wurde in 27% der Programme beeinflusst. Nimmt man die hochwertigen Studien als Ausgangsmenge, wurde in der Hälfte der Studien (56%) das Konsumverhalten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beeinflusst. In zwei Meta-Analysen wurde die → Effektstärke der Programme bis zu einem Jahr nach Ende der Intervention (14 Datensätze) und nach genau zwei Jahren oder mehr berechnet (elf Datensätze). Die

errechneten Effektstärken betragen .037 und .018. Keine iatrogenen Effekte, d. h. durch die Intervention verursachten negativen Effekte wurden beobachtet. **Schlussfolgerung der Autoren:** Die Effekte von Präventionsprogrammen auf illegalen Drogenkonsum sind klein und nehmen mit der Zeit ab. Aber Prävention ist mit weniger Konsum assoziiert. Als bestes Programm wird das Life-Skills-Training hervorgehoben. Die effektiven Programme sind sowohl unspezifisch als auch auf Konsumverhalten fokussiert. Auffrischungssitzungen und eine Länge von mehr als zehn Sitzungen sowie zusätzliche Community-Komponenten sind ebenfalls mit mehr Erfolg verbunden. Die Autoren resümieren, dass die kleine Effektgröße trivial ist und keine praktische Relevanz hat. Lediglich 0,14 % Varianzaufklärung wird durch die Teilnahme an einem Programm erreicht oder in anderen Worten: 3,7 % der Jugendlichen vermieden oder verzögerten ihren Konsum oder reduzierten ihn. Die Interventionen mögen demnach eine kurzfristige Verzögerung oder Reduktion bewirken, die langfristigen Auswirkungen sind noch zu überprüfen.

### 4.3.13 Prävention illegale Drogen – Schlussfolgerungen

Anmerkung: Weiterführende Schlussfolgerungen sind in den Ergebniskapiteln der entsprechenden Settings zu finden.

- Psychosoziale Maßnahmen zur Prävention haben kurzfristige präventive Effekte auf den Konsum von Cannabis und anderen illegalen Substanzen. C<sup>47</sup>

#### **Familie**

Für das System Familie stehen auf illegale Substanzen bezogene Informationen über die Effektivität suchtpräventiver Maßnahmen nicht zur Verfügung.

#### **Schule**

- Interaktive schulbasierte Programme haben präventive Effekte auf den Konsum illegaler Substanzen. A<sup>6, 47</sup>, B<sup>14</sup>, C<sup>18, 9</sup>
- Die Effekte sind für Cannabis und andere illegale Substanzen langfristig (mindestens zwei Jahre). F (langfristig: B<sup>14</sup>; kurzfristig: C<sup>47</sup>)

#### **Freizeit**

Für das System Freizeit stehen auf illegale Substanzen bezogene Informationen über die Effektivität suchtpräventiver Maßnahmen nicht zur Verfügung.

#### **Medien**

Für das System Medien stehen auf illegale Substanzen bezogene Informationen über die Effektivität suchtpräventiver Maßnahmen nicht zur Verfügung.

### Community

- Systemübergreifende Projekte haben präventive Effekte auf den Cannabiskonsum. F (dafür: A<sup>6</sup>; unentschieden: D<sup>31</sup>)

### Gesetzliche Rahmenbedingungen

- Dekriminalisierung von Cannabis erhöht den Konsum nicht und führt zu weniger sozialen Kosten. C<sup>43</sup>

### Risikogruppen

- Selektive Suchtprävention hat → präventive Effekte auf das Konsumverhalten, wenn sie als schulbasierte soziale Kompetenzprogramme oder als Mentorenprogramme durchgeführt werden. A<sup>16</sup>, B<sup>44</sup>
- Bei selektiver Suchtprävention besteht die Gefahr, dass das Konsumverhalten negativ beeinflusst wird. B<sup>44</sup>

### Unerwünschte Effekte

- Universelle Suchtprävention kann das Konsumverhalten auch negativ beeinflussen. B<sup>48</sup>
- Negative Effekte im Rahmen allgemeiner Suchtpräventionsprogramme treten im Vergleich zu anderen Substanzen im Bereich Cannabis und anderen illegalen Substanzen seltener auf. B<sup>48</sup>

### Geschlechtsspezifität

- Das Konsumverhalten von Mädchen lässt sich durch suchtpreventive Maßnahmen stärker beeinflussen. C<sup>49</sup>

## 4.4 Methodische Qualität der Überblicksarbeiten im Bereich Suchtprävention

In dieser Arbeit wurden acht → Meta-Analysen, 22 systematische → Reviews, 13 un-systematische → Reviews und vier → Best-Practice-Überblicke ausgewertet. Weiterhin wurde ein Artikel berücksichtigt, der die persönlichen Schlussfolgerungen aus einer → Meta-Analyse von der ausgewiesenen Expertin im Bereich schulischer Suchtprävention beinhaltet (Tobler 2000), sowie eine Arbeit, die angesichts des Mangels höherwertigerer Studien zumindest Hinweise für die Wirksamkeit von Tabakwerbeverboten sammelt (Hawewinkel und Pohl 1998). Diese 49 Veröffentlichungen aus dem Zeitraum 1993 bis 2003 wurden systematisch identifiziert und ausgewählt.

Die Aussagekraft der Übersichtsarbeiten zu beurteilen ist insofern schwierig, da die Güte jeder Übersichtsarbeit von der Güte der einbezogenen Studien abhängt. Wenn auch die

	Familie	Schule	Freizeit	Medien	Community	Gesetz	Risikogruppen	Alkohol	Illegale Drogen	Negativeffekte	Geschlecht	Total
Meta		6 (1)*			(1)*		1		1			8
Syst. Review	3	5		3	1 (2)*	6 (1)*	1	1		1 (1)*	1	22
Unsys. Review	1	4	2	2	1	2	1					13
Best-Practice	1				1		2					4
Andere		1				1						2
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>49</b>
Evidenzstärke	C	A-C	-	B/C	F/D	B/C						

\* Diese Artikel sind bereits einem anderen Bereich zugeordnet, enthalten aber auch relevante Informationen für diesen Bereich.

Tab. 4: Art und Anzahl der Veröffentlichungen und vorherrschende Evidenzstärke der Schlussfolgerungen je Ergebnisbereich

Präventionsforschung Fortschritte in der Umsetzung der Standards quantitativer Interventionsforschung gemacht hat, werden in den → Reviews viele Unzulänglichkeiten bemängelt. Für die Beurteilung der methodischen Qualität der Übersichtsarbeiten haben wir uns auf die etablierten Standards für → Reviews bezogen (zum Beispiel der Cochrane Library; Alderson et al. 2004). Entsprechend waren die Qualitätskriterien: Systematik der Suche und Auswahl der Einzelstudien, Transparenz der Suche und Auswahl, Anzahl und Qualität der Einzelstudien, Transparenz des Auswertungsverfahrens, Stringenz und Schlüssigkeit der Ergebnisse und Schlussfolgerungen. In Tabelle 4 ist dargestellt, welche Art und wie viele Veröffentlichungen als Grundlage für die Schlussfolgerungen der Ergebnisbereiche dienten. Für die handlungsübergreifenden Schlussfolgerungen wurden außerdem relevante Veröffentlichungen über die Handlungsfelder herangezogen.

Dominiert wird die Literaturliteraturbasis von systematisch vorgehenden Arbeiten (→ Meta-Analysen und systematische → Reviews), die versuchten sicherzustellen, dass alle potenziellen Einzelstudien in ihrem Überblick Berücksichtigung finden. Da sie in den meisten Fällen berichteten, anhand welcher Kriterien die einzelnen Studien gesucht und ausgewählt wurden, ist eine hinreichende Transparenz gegeben. Die Anzahl an einbezogenen Einzelstudien variiert stark (zwischen drei und mehr als 200 Studien). Etwa ein Drittel der Arbeiten beschränkt sich auf Einzelstudien hoher Qualität. Da ihre Auswahlkriterien je nach inhaltlichem Interesse unterschiedlich waren, unterscheidet sich die Menge der Einzelstudien zwar, innerhalb eines Ergebnisbereichs überschneiden sie sich oft aber stark. In den allermeisten Fällen war die Auswertungsstrategie nachzuvollziehen und die

Schlussfolgerungen erwiesen sich als stringent und schlüssig. Dies trifft auch für die un-systematischen Reviews zu, die nicht selten als unsystematisch klassifiziert wurden, weil sie – obwohl sie von einer systematischen Suche berichteten – nicht angaben, welche Such- oder Auswahlkriterien angewandt wurden. Den größten Teil der unsystematischen Reviews machen aber Arbeiten aus, die scheinbar, aus welchen Gründen auch immer, Studien selektiv auswählten.

Auch wenn die meisten Arbeiten die für → Reviews formulierten Standards erfüllen, ist die methodische Qualität der Übersichtsarbeiten in den unterschiedlichen Handlungsfeldern von Suchtprävention sehr verschieden. Dies ist nicht verwunderlich, da auch die Einzelstudien eine sehr unterschiedliche Qualität aufweisen. Wie aus Tabelle 4 hervorgeht, standen für den Bereich Schule die meisten und hochwertigsten Überblicksarbeiten zur Verfügung. Der Forschungsstand macht sich auch an den Evidenzstärken bemerkbar, die je nach Bereich höher oder niedriger klassifiziert sind. Darauf folgt mengenmäßig der Bereich der gesetzgeberischen Maßnahmen, wobei hier keine → Meta-Analysen zur Verfügung stehen. Dies mag auch daran liegen, dass der Königsweg der quantitativen Interventionsforschung – das Experiment oder Quasi-Experiment – im Bereich der Wirksamkeitsprüfung von gesetzgeberischen Maßnahmen nicht durchgeführt wird (werden kann). Die wissenschaftliche Rigorosität ist also im Schulbereich (insgesamt im verhaltensbezogenen Bereich) sowohl auf Einzelstudien- als auch auf Reviewebene viel stärker (möglich) als im Bereich der Gesetzgebung oder verhältnisbezogenen Prävention. Dieser Unterschied ist auch beim Wunsch nach Vergleichen zwischen der Wirksamkeit einzelner Bereiche zu beachten.

Ein deutliches Defizit an hochwertigen Einzelstudien und somit auch Übersichtsarbeiten besteht für die Bereiche Freizeit, Familie, Community. Zu Risikogruppen und negativen Ergebnissen sowie der geschlechtsbezogenen Suchtprävention wissen wir noch wenig.

Als entscheidender Mangel wird jedoch angesehen, dass es für die Wirksamkeit suchtpreventiver Maßnahmen in Europa oder im deutschsprachigen Raum keine Übersichtsarbeiten gibt, was natürlich auch auf die geringe Zahl an Einzelstudien zurückzuführen ist. Lediglich ein unsystematisches → Review zu deutschen Lebenskompetenzprogrammen, publiziert in einer nichtwissenschaftlichen Zeitung, konnte ausgemacht werden. Wie kritisch die Generalisierung der US-dominierten Forschungsergebnisse auf Europa und Deutschland ist, macht Springer (1997) deutlich. In den USA wird auf eine Abstinenz abgezielt, in Europa sind die Ziele differenzierter. Es wird ein risikoarmer Gebrauch von Alkohol und eine Abstinenz von Tabak und illegalen Drogen angestrebt. Ist Letzteres nicht zu erreichen, ist risikoarmer Konsum das Ziel. Mit den unterschiedlichen Zielen ist auch eine unterschiedliche Strategie verbunden (USA: direkte Beeinflussung, Training; Europa: Gesundheitserziehung), was eine unterschiedliche Wirksamkeit der (meist sich unterscheidenden Maßnahmen) wahrscheinlich macht.

## 4.5 Die Ergebnisse der Expertise im Vergleich zu anderen Expertisen

Viele Veröffentlichungen im Bereich Suchtprävention können als mehr oder weniger systematische Expertisen in unserem Sinne bezeichnet werden, das heißt sie versuchen anhand von Reviews oder einer Mischung aus Reviews und Einzelstudien Aussagen zur Effektivität von unterschiedlichen Maßnahmen zu machen. Sie gingen gemäß unserer Fragestellung und Methodik nicht in unsere Schlussfolgerungen mit ein. Dennoch ist ein Vergleich der Schlussfolgerungen wichtig. Unsere Ergebnisse sollen deswegen mit den Ergebnissen der zwei wohl einflussreichsten aktuellen Expertisen verglichen werden.

### 4.5.1 WHO-Expertise 2002

Einen „selektiven Überblick über das, was im Präventionsbereich erfolgreich ist“ (Prevention of Psychoactive Substance Use: A Selected Review of What Works in the Area of Prevention), hat die Weltgesundheitsorganisation WHO im Jahr 2002 veröffentlicht (Hawks et al. 2002). Mit einer umfassenden und systematischen Literatursuche und -auswahl (Erscheinungszeitraum 1985 bis 2001), die auch die Forschung aus sich entwickelnden Ländern berücksichtigte, wurden fünf Fragestellungen zu beantworten gesucht.

Zum Ersten wurden 15 → Reviews und 15 Einzelstudien im Hinblick auf die Wirksamkeit der Regulation von physischer und finanzieller Verfügbarkeit von Alkohol ausgewertet. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Veränderungen der Altersbegrenzung von legalem Alkoholkonsum, die Dichte der Verkaufsstellen, Verkaufszeiten und Preis den Alkoholkonsum beeinflussen, meist in Richtung von erhöhtem Konsum. Dies gilt nicht nur für den allgemeinen Gebrauch, sondern auch für den problematischen Konsum sowie negative körperliche Folgen, Verkehrsunfälle und Gewalt. Ob auch die umgekehrte Beziehung gilt, wie sie in unserer Expertise festgestellt wird – das heißt inwiefern eine Einschränkung der Verfügbarkeit des Alkohols durch die genannten Maßnahmen den Konsum auch reduzieren –, wird von den Autoren nicht explizit gemacht. Nur in einem Fall wiesen sie ausdrücklich darauf hin, dass gesetzliche Regeln zur Sanktionierung alkoholisierten Fahrens nicht zur Reduktion des Alkoholgebrauchs oder problematischen Konsums führen.

Die zweite Frage betrifft die Wirksamkeit der Regulation von physischer und finanzieller Verfügbarkeit von illegalen Drogen. Hier gehen die Autoren mit Ausnahme der Dekriminalisierung von Cannabiskonsum nicht auf das Zielverhalten der vorliegenden Arbeit – Konsumveränderungen bei Jugendlichen – ein. Deshalb werden die Ergebnisse an dieser Stelle nicht berichtet. Hinsichtlich der Maßnahme Dekriminalisierung kommen Hawks und Kollegen (Hawks et al. 2002) zu demselben Ergebnis wie unsere Expertise: dass die

Dekriminalisierung nicht zu einer Zunahme von Konsum, wohl aber zu einer Abnahme von sozialen Kosten führt.

Die dritte Frage behandelt die Wirksamkeit von massenmedialen Kampagnen und Media Advocacy sowie Werbung und Werbeverbote auf den Konsum junger Menschen. Auch hier stimmen unsere Schlussfolgerungen mit denen der WHO überein: Eine isolierte Medienkampagne führt nicht zu präventiven Effekten auf den Konsum junger Menschen. Ihr Wert wird in der Wissensvermittlung und Begleitung gesetzgeberischer Maßnahmen gesehen. In Kombination mit anderen Maßnahmen (hier insbesondere gesetzgeberische Maßnahmen) könnten sehr wohl präventive Effekte erreicht werden.

Für die Beurteilung der Wirksamkeit von Community-Projekten ist auch nach Meinung von Hawks et al. (2002) wenig wissenschaftliches Wissen verfügbar. Die meisten → Reviews resümierten einen Effekt auf die Akzeptanz von gesundheitspolitischen Maßnahmen und Wissen, kaum aber auf individuellen Konsum. Lediglich zwei Einzelstudien zeigten positive Ergebnisse im Hinblick auf die Konsumebene. Die existierenden Reviews fokussierten eher darauf, wie Communitys ihre Projekte umsetzen sollten, wobei nicht klar ist, auf welcher Basis diese Empfehlungen gegeben wurden.

Schließlich begutachten Hawks und Kollegen die schulbasierten Interventionen. Dabei beziehen sie elf qualitativ hochwertige und acht weniger hochwertige Reviews von 1992 bis 2000 sowie 14 Einzelstudien mit ein, auf die in den → Reviews eingegangen wurde. Damit wird ein Überblick über zehn repräsentative schulbasierte Suchtpräventionsprogramme der letzten 20 Jahre gegeben. Hinsichtlich der Effektivität der Programme kommen die Autoren – entgegen den Schlussfolgerungen unserer Expertise – zu der Meinung, dass keine langfristigen Effekte zu beobachten sind. Auch sind eher Effekte für Untergruppen und nicht für die Mehrheit der Schülerinnen und Schüler festzustellen. Diese abweichende Einschätzung beruht auf der unterschiedlichen Grundlage in den beiden Expertisen. Unsere Schlussfolgerungen sind stark von der → Meta-Analyse von Tobler et al. (2000) und der Analyse kurz- und langfristiger Effekte von Skara und Sussmann (2003) beeinflusst, die von Hawks et al. (2002) nicht berücksichtigt wurden.

Um eine aktuellere Einschätzung abgeben zu können, fasst die WHO-Expertise fünf Einzelstudien zusammen, die nach 1997 erschienen sind. Diese evaluierten vor allem alkoholpräventive Programme und stellten in drei Fällen universelle Effekte und in zwei Fällen differentielle Effekte fest. Die WHO-Expertise äußert sich ausführlich über Kennzeichen effektiver schulbasierter Suchtprävention, aus Platzgründen wird hier lediglich darauf verwiesen. Auf einen bisher in der Literatur wenig diskutierten Aspekt soll hier aber eingegangen werden: Die Mehrheit der in der Expertise berücksichtigten Studien beurteilt Programme, die Abstinenz zum Ziel haben und dieses Ziel konsistent verfehlten. Dies weist darauf hin, dass es der Entwicklung von Programmen bedarf, die andere Ergebnisvariablen als Abstinenz zum Ziel haben (u. a. Schadensminimierung).

## 4.5.2 Babor et al. 2003

Babor et al. (2003; in deutscher Übersetzung 2005) liefern mit ihrem Buch „Alcohol: no ordinary commodity“ eine von ausgewiesenen Expertinnen und Experten abgefasste Expertise über Alkoholkonsum, seine Folgen und Maßnahmen zur Reduktion negativer Folgen. Sie resultiert in einer Fülle von Schlussfolgerungen und Empfehlungen, die hier nicht dargestellt werden können. Zudem beziehen sich im Unterschied zu unserer Expertise die Aussagen nicht nur auf Jugendliche und junge Erwachsene und nicht nur auf Konsum, sondern auch auf negative Folgen des Konsums. Deswegen wird an dieser Stelle nur auf Aussagen eingegangen, die den höchsten Grad an wissenschaftlicher Absicherung erhielten und Hochrisikogruppen – das heißt unter anderen auch Jugendliche – betreffen (siehe Babor et al. 2003, S. 264ff.). Am besten beurteilt wird die Besteuerung und Preisgestaltung der Alkoholprodukte. Diese Maßnahme sei sehr effektiv, erhalte große wissenschaftliche Unterstützung, sei in vielen Kulturen getestet und hat geringe Kosten. Zu einer ähnlich positiven Einschätzung kommt auch unsere Expertise. Gleiches trifft auch für das Hinaufsetzen der legalen Altersgrenze für Alkoholkonsum zu. Eine andere Einschätzung liegt für die Effektivität schulbasierter Alkoholprävention vor. Unsere Expertise schlussfolgert, dass interaktive Programme präventive Effekte auf den Konsum haben und langfristig effektiv sind, wiewohl die allgemeine Befundlage psychosozialer Interventionen inkonsistent ist. Babor et al. (2003) attestieren diesem Ansatz bei sehr guter Forschungsgrundlage keine Effektivität und hohe Kosten. Diese widersprüchlichen Ergebnisse sind wiederum vornehmlich auf eine unterschiedliche Literaturbasis zurückzuführen. Während Babor et al. (2003) ihre Aussage vornehmlich auf den systematischen, qualitativ hochwertigen, aber nicht schulspezifischen → Review von Foxcroft et al. (2003, [33]) stützen, basiert unsere Schlussfolgerung insbesondere auf der hochwertigen → Meta-Analyse über schulbasierte Prävention von Tobler et al. (2000), die nicht Gegenstand der Besprechung von Babor und Kollegen ist. Unserer Meinung nach kann nicht von einer Ineffektivität schulbasierter Prävention gesprochen werden, wiewohl dabei nichts über das Kosten-Nutzen-Verhältnis und die Effektivität über drei Jahre hinaus gesagt ist.

# **DISKUSSION**



Ziel der vorliegenden Expertise ist es, evidenzbasierte Aussagen über die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prävention des Substanzmissbrauchs mit Kindern und Jugendlichen zu treffen. Sie stützt sich dabei auf → qualitativ hochwertige Übersichtsarbeiten (→ Reviews und → Meta-Analysen).

→ Reviews und → Meta-Analysen bilden die Grundlage dieser Expertise, da sie eine zusammenfassende Beurteilung der vielen Einzelergebnisse erlauben und sich einer repräsentativen Aussage über die in der Forschung generierten Ergebnisse annähern. Die für die Repräsentativität der ausgewählten Studien kritischen Punkte (Anzahl und Qualität der einbezogenen Einzelstudien, Systematik der Suche und Auswertung von Einzelstudien) konnten durch die überwiegende Mehrzahl der 49 zu Rate gezogenen Arbeiten erfüllt werden.

Mit diesem methodischen Ansatz haben wir uns für ein Urteil über den Status quo der Suchtprävention, nicht aber über die bestmöglichen Maßnahmen entschieden. Er erlaubt ein durchschnittliches Urteil zu den Maßnahmen, jedoch keine Aussagen über die Qualität einzelner Maßnahmen.

Da noch immer die meiste Forschung und damit auch die meisten in die → Reviews einbezogenen Einzelstudien in den USA durchgeführt wurden, ist die Generalisierbarkeit der Aussagen zu diskutieren. Es gibt gute Argumente, warum US-amerikanische Ergebnisse nicht einfach auf Europa oder Deutschland zu übertragen sind (Springer 1997). Während in den USA auf eine Abstinenz abgezielt wird, sind in Europa die Ziele differenzierter. Es wird ein risikoarmer Gebrauch von Alkohol und eine Abstinenz von Tabak und illegalen Drogen angestrebt. Ist Letzteres nicht zu erreichen, ist risikoarmer Konsum das Ziel. Mit den unterschiedlichen Zielen ist auch eine unterschiedliche Strategie verbunden (USA: direkte Beeinflussung, Training; Europa: Gesundheitserziehung), was eine unterschiedliche Wirksamkeit der (meist sich unterscheidenden Maßnahmen) wahrscheinlich macht.

Schließlich erlauben Übersichtsarbeiten über Forschungsergebnisse nur Aussagen über die Maßnahmen, die beforscht und veröffentlicht werden. Forschung und ihre Finanzierung geschieht im gesellschaftlichen Kontext und unterliegt somit auch Moden oder politischen Strömungen.

Das Ausmaß der negativen Effekte von Prävention ist nicht abzuschätzen, weil diese seltener veröffentlicht werden. Dies mag zum einen an dem Interessenkonflikt bei internen Evaluationen liegen, wo Programmentwicklerinnen und -entwickler sowie Programmvertreiberinnen und -vertreiber auch Evaluatoreninnen bzw. Evaluatoren sind. Zum anderen werden bekanntermaßen Artikel mit keinen oder negativen Programmeffekten seltener zur Publikation angenommen. Wenn man aber nicht weiß, ob etwas schadet, werden Fehler wiederholt. Insofern behindert diese Veröffentlichungspraxis auch die erfolgreiche Weiterentwicklung der Suchtprävention.

Diese Einschränkungen machen die Grenzen der Aussagekraft unserer Schlussfolgerungen deutlich. Dennoch erschien uns das Heranziehen von hochwertigen Übersichtsarbeiten als „das Beste, was derzeit möglich ist“.

## 5.1 Was wirkt? Was wirkt nicht?

„Wirksamkeit“ ist hier definiert als → präventive Effekte auf das Konsumverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, das heißt aufgrund der Maßnahmen kommt es zu einer Verhinderung, Verzögerung und/oder Reduktion des Substanzkonsums. Leider ließen sich nicht – wie ursprünglich geplant – differenzielle Aussagen zu diesen drei Verhaltensaspekten machen, weil in den Einzelstudien und dementsprechend in den Überblicksarbeiten diese Differenzierung fehlt. Eine solche Differenzierung sollte in Leitlinien zur Präventionsforschung aufgenommen werden.

Für fast alle Lebenswelten, in denen Jugendliche heranwachsen, lassen sich aufgrund der zu Rate gezogenen Literatur effektive Maßnahmen bestimmen. In den Schlussfolgerungen für die spezifischen Handlungsfelder werden diese ausführlich beschrieben. Mit unterschiedlichem Evidenzgrad von A (→ Meta-Analyse mit hochwertigen Studien) über B (systematischer → Review mit hochwertigen Studien) und C (Meta-Analyse oder systematischer Review mit allen Studien) bis D (unsystematischer Review) kann Folgendes empfohlen werden:

- In der **Familie**: umfassende Maßnahmen, das heißt kombinierte Eltern-, Kinder- und Familientrainings (vor allem Alkohol, Evidenzgrad C).
- In der **Schule**: interaktive, auf dem Modell des sozialen Einflusses oder der Lebenskompetenz aufbauende Programme (alle Substanzen, Evidenzgrad A).
- In der **Schule**: keine alleinige Informationsvermittlung, keine alleinige affektive Erziehung oder anderweitige nicht interaktive Maßnahmen (alle Substanzen, Evidenzgrad A).
- Einsatz von **Medienkampagnen** als flankierende Maßnahmen und nicht als alleinige Maßnahme zur Verhaltensänderung (Tabak, Evidenzgrad C).
- **Gesetzgeberische Maßnahmen** zur Beeinflussung des Preises von Substanzen (Tabak, Alkohol, Evidenzgrad C, D) und der legalen Altersgrenze des Konsums (Alkohol, Evidenzgrad B).

Der Ansatz der kommunalen, systemübergreifenden Suchtprävention (Community-Projekte) stellt aus theoretischer Perspektive das überzeugendste Vorgehen dar, allerdings gibt es noch zu wenig Wirksamkeitsstudien, um ihre Effektivität evidenzbasiert zu beurteilen. Die wenigen großen, qualitativ hochwertigen Studien stellen uns vor eine inkonsistente Befundlage. Zwei Befunde aus der Evaluationsliteratur anderer Handlungsfelder

5

ermöglichen eine spekulative Erklärung dieser Inkonsistenz. Zum einen scheinen sich umfassende Ansätze (zum Beispiel Schule, Familie) oder Ansätze mit zusätzlichen Komponenten (siehe Medien) zu bewähren, was für eine Effektivität von Community-Projekten spricht. Zum anderen hat sich aber im Bereich Schule die Größe eines Projekts als kritisch für ihren Erfolg herausgestellt, was mit Umsetzungsproblemen, aber auch mit weniger Orientierung an den Bedürfnissen der konkreten Klassengruppe erklärt wird, die zwangsweise bei standardisiertem Vorgehen nicht gewünscht ist (Tobler et al. 2000). Diese beiden Befunde zusammengenommen könnten darauf hinweisen, dass das systemübergreifende Prinzip zielführend ist, allerdings jede „Community“ auf ihre spezifischen Bedürfnisse abgestimmt handeln muss, um die notwendigen Wirkfaktoren kommunaler Suchtprävention effektiv umzusetzen.

Die Freizeit ist ein Handlungsfeld, das bedeutend für die Entwicklung der Jugendlichen ist und in der viele Maßnahmen (u. a. mit dem Ziel der Prävention von Substanzmissbrauch) angeboten werden, für die es aber keine evidenzbasierten Empfehlungen gibt. Dies liegt am Mangel an (guten) Studien zur Beeinflussung des Konsumverhaltens in diesem Handlungsfeld. Um es mit Carmona und Stewart (1996, S. 18) zu sagen, werden die meisten Programme entwickelt und durchgeführt, „weil sie eine gute Idee zu sein scheinen und nicht, weil es starke Evidenz für einen bestimmten Ansatz oder den Alternativenansatz im Allgemeinen gibt“. Als am meisten Erfolg versprechend erscheinen Mentorenprogramme mit Risikogruppen, die auf eine positive Bindung an einen Erwachsenen abzielen. Peerprogramme im Handlungsfeld Freizeit erfreuen sich einer gewissen Popularität in Deutschland, als evidenzbasierte Maßnahme haben sie sich aber noch nicht erwiesen.

Im Handlungsfeld Schule sind die meisten Studien angesiedelt. Die Wirksamkeit von schulbezogenen Programmen, die am System Schule und nicht am individuellen Schüler bzw. an der individuellen Schülerin einsetzen, ist noch nicht ausreichend ermittelt. Schaut man sich die Inhalte der schulbasierten Maßnahmen an, so werden dort individuelle Einflussfaktoren angegangen, das System Schule (Klasse, Lehrerinnen und Lehrer, Didaktik, Schulstruktur etc.) ist selten Gegenstand der evaluierten Programme. Das Handlungsfeld Schule lediglich als Zugangsweg zu Jugendlichen zu benutzen, würde das suchtpreventive Potenzial zu wenig ausschöpfen.

Suchtpreventive Maßnahmen können auch dazu führen, dass mehr konsumiert wird. Insbesondere Maßnahmen, die mit Gruppen von auffälligen, gefährdeten Jugendlichen arbeiten, können davon betroffen sein. Bei Untersuchungen zu den Gruppenprozessen bei selektiven Präventionsmaßnahmen (Dishion et al. 1999) wurde als Ursache für die unerwünschten Programmergebnisse der „deviant talk“ identifiziert. Demnach gibt die Gruppensituation Gelegenheit, dass deviante Jugendliche sich gegenseitig für ihr abweichendes Verhalten verstärken, sich also gegenseitig aufschaukeln. Dies zu unterbinden, muss ein Ziel entsprechender Präventionsmaßnahmen sein.

## 5.2 Verhaltens- versus Verhältnisprävention

Die Diskussion um den Stellenwert von verhaltens- oder verhältnispräventiven Maßnahmen bringt die Frage nach der „besten“ Maßnahme, nach der Prioritätensetzung hinsichtlich Verhaltens- oder Verhältnisprävention, auf. Dies ist eine Frage, zu deren Beantwortung viele Aspekte beachtet werden müssen (zum Beispiel Akzeptanz, Umsetzungsmöglichkeit, Nachhaltigkeit). Evidenzbasierung ist dabei ein Aspekt unter mehreren. Es gibt keine randomisierte Studie, die die Effektivität aller Maßnahmen vergleicht oder die verhaltensbezogene gegen verhältnisbezogene Ansätze testet. Wohl kann geschlussfolgert werden, was nicht zu empfehlen ist (siehe Schlussfolgerungen und obige ausgewählte Empfehlungen). Sicherlich hat eine erfolgreiche verhältnispräventive Maßnahme (etwa Preiserhöhung) eine stärkere absolute Auswirkung auf die Bevölkerung (höheren Impact) als ein verhaltensbezogenes Lebenskompetenzprogramm, weil sie bei ähnlicher Effektivität mehr Menschen erreicht. Andererseits kann aber eine verhaltensbezogene Maßnahme vielen Problemverhaltensweisen vorbeugen, weil etwa gute Problemlösestrategien nicht nur vor Substanzmissbrauch, sondern auch vor vielen anderen psychischen Problemen schützen. Letzteres gilt für eine Einschränkung der Verfügbarkeit von psychoaktiven Substanzen nicht. Welche Maßnahme bevorzugt werden sollte, ist eine politische Frage und kann nicht Antwort einer wissenschaftlichen Expertise sein.

Für ein kombiniertes Vorgehen von Verhältnis- und Verhaltensprävention spricht theoretisch gesehen vieles. Zum einen die Theorie menschlichen Verhaltens im Allgemeinen, die davon ausgeht, dass Verhalten das Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt ist ( $V = P \times U$ ). Im Hinblick auf die Entwicklung Jugendlicher und damit die Entwicklung jugendlichen Substanzkonsums geht man davon aus, dass die Interaktion der Jugendlichen mit unterschiedlichen Lebenswelten oder Systemen (Familie, Schule, Freizeit, Medien, Community, Gesellschaft) das Verhalten bestimmt. Ebenso wichtig für einen kombinierten Ansatz ist, dass die Lebenswelten untereinander in Wechselwirkung treten. So hat es unterschiedliche Auswirkungen, wenn zu Hause verantwortungsvoll konsumiert wird und auch gesellschaftlich klare, verantwortungsvolle Konsumnormen vorherrschen, oder aber Jugendliche die Risiken des Konsums lernen, sich aber gleichzeitig einer hohen Verfügbarkeit und vielen konsumierenden attraktiven Modellen, die das Gegenteil vorleben, gegenübersehen. Schließlich kann man aufgrund der unterschiedlichen Persönlichkeitsprofile nicht davon ausgehen, mit einer Maßnahme alle zu erreichen, wenn dies auch mit universellen Ansätzen angestrebt wird. Risikogruppen bedürfen anderer Interventionen als nur in der Jugend auffällige Jugendliche, Kinder müssen anders angesprochen werden als junge Erwachsene, Jungen anders als Mädchen. Insofern halten wir, angesichts der nicht ausreichenden empirischen Lage, am Ideal des systemübergreifenden suchtpreventiven Konzepts fest, das komplementär verhaltens- wie verhältnispräventive Maßnahmen in unterschiedlichen Lebenswelten umfasst und zielgruppenspezifische Angebote macht.

5

Bei der Beschreibung einer idealen Suchtprävention darf der Ansatz der Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation WHO nicht fehlen (zitiert nach Kaba-Schönstein 2003): Demnach zielt Gesundheitsförderung auf einen Prozess, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“. Dabei ist es notwendig, „dass einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können“. Gesundheitsförderndes Handeln erfordert die „Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, das Schaffen gesundheitsförderlicher Lebenswelten, die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, die Entwicklung persönlicher Kompetenz und die Neuorientierung der Gesundheitsdienste“. Der gesundheitsfördernde Ansatz versucht, Gesundheitsgewinn durch Verbesserung der Bedingungen für Gesundheit zu erreichen (siehe Kaba-Schönstein 2003). Suchtprävention, so wie sie in der Expertise beurteilt wurde, versucht auch, gesundheitsförderliche Faktoren zu fördern, allerdings wird der Gesundheitsgewinn ebenso durch die Zurückdrängung von Risikofaktoren für Krankheit (Sucht) angestrebt. Im Unterschied zur Gesundheitsförderung werden suchtspezifische → Schutz- und Risikofaktoren angegangen. Die wenige Forschung, die es bisher zu dieser Frage gibt (siehe auch Reese und Silbereisen 2001), weist darauf hin, dass das Spezifische der Suchtprävention nicht der unspezifischen Gesundheitsförderung „geopfert“ werden darf, um wirksam Substanzmissbrauch vorzubeugen. Dieser Hinweis soll aber nicht bedeuten, dass es nicht große Überschneidungen zwischen Gesundheitsförderung und der Prävention vieler gesundheitsriskanter Verhaltensweisen gibt, die es erlauben Prävention effizienter zu gestalten. Ein Beispiel für einen umfassenden, verhaltensbezogenen Ansatz ist das englische Schulcurriculum (Skills for the Primary School Child [TACADE 1990], Skills for Life, [TACADE 1994]). Von der ersten Klasse bis zum Alter von 16 Jahren werden Lebenskompetenzen jeweils altersangemessen für unterschiedliche Entwicklungsbereiche (z. B. Selbst, interpersonale Beziehungen, Familienleben, Berufsleben) und unterschiedliche Präventionsdomänen (von HIV/AIDS, sexuellem Missbrauch über Aggression, Fremdenfeindlichkeit bis zu Substanzmissbrauch und Glücksspiel) trainiert. Die Stunden lassen sich in das britische Schulfach „Personal and Social Development“ integrieren.

## 5.3 Was heißt Wirksamkeit in der Suchtprävention?

Wirksamkeit heißt in dieser Expertise „präventive Effekte auf den Substanzkonsum“, weil dies die entscheidende Variable in vielen Einzelstudien und damit auch → Reviews und → Meta-Analysen ist. Inwiefern dies eine sinnvolle Ergebnisvariable darstellt, soll zum Schluss diskutiert werden.

Eigentliches Ziel der Suchtprävention ist die dauerhafte Vorbeugung von Missbrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen. Kaum eine Studie aber überprüft dieses endgültige Ziel. In den 49 Arbeiten mit unzähligen Einzelstudien wurde nur einmal eine Aussage dazu gemacht. Es werden in den meisten Fällen kurzfristige, statistisch überzufällige, aber nicht unbedingt praktisch relevante Veränderungen bei theoretisch nicht eindeutig hergeleiteten Konsumvariablen berichtet, um die Effektivität einer Maßnahme zu begründen. Dieses Vorgehen stimmt zwar mit den Forderungen der → Evidenzbasierung überein, die Pentz (2003) so definiert: Evidenzbasierte Prävention dürfen sich Programme, Strategien oder politische Initiativen nennen, die unter rigorosen Bedingungen getestet wurden (experimentelles oder quasiexperimentelles Untersuchungsdesign, peer-begutachtete Veröffentlichung, Langzeiteffekte auf Verhaltensebene nach mindestens einem Jahr) und die nachweisbar (statistisch signifikant) jugendlichen Substanzkonsum (nicht nur Beeinflussung von Wissen und Einstellung) verhindern, hinauszögern oder reduzieren. Unserer Ansicht nach ist es aber mehr als fragwürdig, gerade in Präventionsstichproben, die per Definition noch wenig Konsumenten bzw. Konsumentinnen und unstabile Konsummuster aufzeigen, sich bei der Wirksamkeitsfrage auf den Konsum zu reduzieren.

Sind damit alle generierten Schlussfolgerungen sinnlos? Nein. Wir empfehlen, sich bei der Evaluation von suchtpreventiven Maßnahmen auch auf die Grundlagenforschung zu berufen und die Veränderung von → Risiko- und Schutzfaktoren zusätzlich zu prüfen, die sich als Prädiktoren für späteren Missbrauch und Abhängigkeit erwiesen haben. Frühzeitiger Konsum, die Ergebnisvariable dieser Expertise, ist dabei sicherlich einer der wichtigsten Risikofaktoren, aber nicht der einzige (Petraitis et al. 1998). Damit ist auch die Grundlagenforschung aufgerufen, die wichtigsten Prädiktoren oder Konstellationen von Prädiktoren zu bestimmen und der Präventionsforschung als Erfolgskriterium zur Verfügung zu stellen. Dann könnten Maßnahmen, die in unterschiedlichen Handlungsfeldern angesiedelt sind, auf unterschiedliche wichtige Faktoren ausgerichtet werden, um bei einer kombinierten Vorgehensweise von Verhaltens- und Verhältnisprävention gemeinsam auf unterschiedlichem Weg erfolgreich zu sein.

## 5.4 Standortbestimmung und zukünftige Aufgaben der Präventionsforschung und -praxis in Deutschland

Die Einführung von Präventionsprogrammen sollte in aufeinander aufbauenden Phasen geschehen. Aufgrund eines von Uhl (1998) formulierten Sechs-Phasen-Modells sollen die nächsten Schritte für Forschung und Praxis im deutschsprachigen Raum formuliert werden.

## **Phase 1: Grundlagenforschung**

Die wissenschaftliche Grundlagenforschung stellt die Basis für die Entwicklung von Präventionsprogrammen dar. Sie beinhaltet u. a. die Erfassung von epidemiologischen Daten zur Identifikation von Problembereichen und Konsumtrends, ferner das Formulieren von Theorien, die Entwicklung von Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit erklären, sowie die Entwicklung von validen und reliablen Instrumenten für die Messung von Missbrauchsverhalten und anderen relevanten Variablen. Unserer Ansicht nach fehlt aus diesem Gebiet eine einheitliche Sichtweise auf die Definition von Substanzmissbrauch im Kindes- und Jugendalter. Anleihen können aus internationalen Arbeiten genommen werden (zum Beispiel Newcomb und Bentler 1989; Hays und Ellickson 1996). Da die Definition stark vom kulturellen Hintergrund geprägt wird, ist es notwendig, eine einheitliche Einschätzung von Gebrauch und Missbrauch bei dieser Altersgruppe für unseren Kulturkreis zu formulieren.

## **Phase 2: Präventionsforschung**

Auf der Grundlagenforschung aufbauend, formuliert und untersucht die Präventionsforschung kausale Modelle zur Beeinflussung von Konsumaufnahme, -veränderung, -reduktion und -beendigung in spezifischen Zielgruppen (Interventionsmodell). Hier ist die Risiko- und Schutzfaktorenforschung angesiedelt, deren notwendiger nächster Schritt in der Bestimmung der wichtigsten Prädiktoren oder Konstellationen von Prädiktoren des Ausbleibens eines Substanzmissbrauchs gesehen wird. Damit eng verwandt ist die notwendige theoretisch basierte Übereinkunft auf akzeptable, sinnvolle Erfolgskriterien von Prävention. Einigen Maßnahmen – wie zum Beispiel dem Alternativenansatz oder der legalen Altersbegrenzung von Konsum – fehlt das Interventionsmodell, das heißt die theoretisch fundierte Vorstellung, warum diese Maßnahme wirksam sein soll. Nur mit so einem Modell ist eine Verbesserung der Maßnahmen möglich.

## **Phase 3 und 4: Konzeptualisierung und Entwicklung**

In den folgenden Phasen geht es um die Konzeptualisierung und Entwicklung von konkreten Maßnahmen. Unserer Ansicht nach befinden sich die familienorientierte Suchtprävention und Ansätze für das System Freizeit in dieser frühen Phase der Konzeptentwicklung, das heißt es müssen zum großen Teil noch theoriegeleitete Interventionen konzeptualisiert und formuliert werden, die dann in Pilotstudien ausprobiert und weiterentwickelt werden müssen.

Die erfolgreichen Vorbilder aus dem angloamerikanischen Raum können Orientierung geben, um dann kulturell adäquate familienorientierte Verfahren für unseren Raum zu erarbeiten (zum Beispiel Spoth et al. 1999). Eltern- und Kindertrainings werden in Deutschland bereits seit einiger Zeit erfolgreich für die Prävention von Verhaltensstörungen eingesetzt (Kuschel et al. 2000; Lösel et al. 2004). Peerprojekte, wie sie in Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angeboten werden

([www.peer-projekt.de/index.php](http://www.peer-projekt.de/index.php) und [www.bist-du-staerker-als-alkohol.de](http://www.bist-du-staerker-als-alkohol.de)), haben eine erste pilothafte Evaluation erfahren (Kröger und Schmid 2002), die die Weiterentwicklung der Verfahren informieren können.

Ebenfalls in diesen Phasen befinden sich die meisten Ansätze mit selektiven Gruppen wie zum Beispiel Kinder suchtkranker Eltern oder jugendliche Spätaussiedler. Viele Beratungsstellen sind bereits in diesem Bereich aktiv, haben Konzepte und führen Maßnahmen durch. Einige werden wissenschaftlich begleitet, um explorativ die Machbarkeit, Effektivität oder eventuelle Nebenwirkungen zu untersuchen (zum Beispiel Bühler und Maiwald 2004a; Bühler und Maiwald 2004b). Evidenzbasierte Aussagen sind aber noch nicht möglich.

Vergleichbar ist der Stand der communitybasierten Verfahren in Deutschland. Mit dem Wettbewerb „Kommunale Suchtprävention“, von der BZgA initiiert ([www.kommunalesuchtpraevention.de](http://www.kommunalesuchtpraevention.de)), sind viele systemübergreifende und kollaborative Projekte in deutschen Städten und Kommunen sichtbar geworden. Die Praxis hat also Konzepte erarbeitet, die durchführbar sind. Eine evidenzbasierte Weiterentwicklung scheint hier der nächste notwendige Schritt zu sein. Uns sind lediglich vereinzelte Pilotstudien bekannt, die darauf abzielen (zum Beispiel Holleder 2001).

## Phase 5: Überprüfung

Wohl am weitesten fortgeschritten in ihrer Entwicklung sind die schulbasierten, aber individuumbezogenen Lebenskompetenzprogramme. Sie haben die Überprüfungsphase erreicht, in der in großem Maßstab unter kontrollierten Bedingungen (experimentell oder quasi-experimentell) die Machbarkeit, Effektivität und negative Auswirkungen untersucht werden sollen. Viele Programme sind mehrmals mit unterschiedlichen Stichproben auf ihre Wirksamkeit hin überprüft worden (siehe Bühler und Hepekausen 2005). Wenn auch Hinweise auf die Wirksamkeit dieser Programme vorliegen, ist die Befundlage noch zu inkonsistent, sodass eine weitere Optimierung notwendig erscheint. Für die Forschung stellt sich hier die Aufgabe, die zielführenden Elemente zu bestimmen. Dies ist anhand der Analyse von Wirkprozessen möglich (Mediationsanalyse oder experimentelle Überprüfung von Programmkomponenten), die die Interventionsmodelle aus Phase 2 verbessern soll. In diesem Zusammenhang ist als nächster wichtiger Schritt die gezieltere Untersuchung der Gruppenprozesse während der Programme zu sehen, die den Erfolg von interaktiven Methoden (siehe Handlungsfeld Schule) näher beleuchtet und zur weiteren Optimierung von verhaltensbezogenen Maßnahmen beitragen könnte. Auch durch die Suche nach Moderatoren des Erfolgs („Für welche Personenprofile sind die Programme effektiv oder nicht effektiv?“) können wertvolle Hinweise zur Optimierung dieses universellen Ansatzes gewonnen werden. Die wenigen Studien zu diesem Thema erbringen inkonsistente Ergebnisse (Leppin et al. 1999; Hepekausen 2004).

# 5

Vereinzelt können auch selektive Ansätze in der Überprüfungsphase ausgemacht werden. Eine Maßnahme zielt auf die Früherkennung und Frühintervention mit Drogenkonsumenten und -konsumentinnen ab, die im Straßenverkehr auffällig wurden (Görgens und Rometsch 2004). Eine große, breit angelegte Evaluationsstudie hat eine ambulante Intervention mit suchtgefährdeten Jugendlichen (Meili 2003) zum Untersuchungsgegenstand. Letztere Evaluationsstudie stellt sicher die bisher qualitativ hochwertigste Studie in diesem Bereich dar. Allerdings ist das Gros der selektiven Maßnahmen, wie oben bereits beschrieben, noch in der Entwicklungsphase anzusiedeln.

## **Phase 6: Routinisierung**

Die Routinephase stellt den Abschluss der wissenschaftlich basierten Einführung präventiver Maßnahmen dar. Sie ist erreicht, wenn die Programme routinemäßig von einem großen Anwenderkreis eingesetzt werden. Sie beinhaltet Qualitätskontrolle. Bemühungen zur Qualitätssicherung werden vereinzelt von den schulbasierten Programmen unternommen, indem sie Schulungen anbieten und eine Betreuung der Projekte gewährleisten (siehe Bühler und Heppekausen 2005). Bevor andere Aufgaben dieser Phase wahrgenommen werden können, muss allerdings an zwei entscheidenden Voraussetzungen gearbeitet werden: a) dem Transfer evidenzbasierter Präventionsmaßnahmen in die Praxis und b) ihrer Etablierung. Mangels eines repräsentativen Überblicks über die Arbeit von Präventionsagenten kann keine Aussage über die Evidenzbasiertheit oder zumindest wissenschaftliche Grundlage von suchtpreventiven Aktivitäten in Deutschland getroffen werden. Allerdings ist es nicht unwahrscheinlich, dass eine ähnliche Situation wie in den USA vorherrscht. Dort ergab ein Vergleich der derzeitigen Praxis der schulbasierten Prävention mit evidenzbasierten Empfehlungen, dass wohl häufig die empfohlenen Inhalte vermittelt wurden (aber nicht mit effektiven Methoden) und dass noch seltener die Inhalte und Methoden den Empfehlungen entsprachen (Ennett et al. 2003). Beim „Transfer“ sollte es aber unserer Ansicht nach nicht darum gehen, in der Forschung entwickelte Modellprojekte der Praxis aufzuzwingen, sondern von der Phase der Konzeptualisierung an eine Kooperation von Forschung und Praxis anzustreben. Nicht nur könnten Gelder für die Praxis an den Einsatz evidenzbasierter Maßnahmen gebunden sein, sondern auch Gelder für die Forschung an die Zusammenarbeit mit der Praxis.

Die Entwicklung und Implementierung der gesetzlichen Rahmenbedingungen anhand von Phasen zu beschreiben, scheint auf den ersten Blick schwierig, obwohl es im Sinne einer Optimierung der Suchtprevention notwendig wäre. Die mittleren Phasen der Maßnahmenentwicklung (experimentelle Überprüfung) sind für dieses suchtpreventive Instrument schwer anwendbar, sodass von der Konzeptualisierung bei der Umsetzung direkt in die Routinephase übergegangen wird.

Schließlich soll bei dieser Standortbestimmung mit Ausblick zumindest etwas über den psychosozialen und strukturellen Tellerrand der Suchtprevention hinausgeschaut wer-

den. Aufgrund der rasanten Entwicklung ihrer Techniken tragen die neurologischen Wissenschaften zunehmend dazu bei, die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeit zu erklären. Für den Bereich Nikotinabhängigkeit fassen Thürauf et al. (2004) die Befundlage zusammen. Sie führen als wesentliche Mechanismen die Sensitivierung zentraler Verstärkersysteme, Konditionierungsprozesse und das Lernen von Gewohnheiten (Habits) an. Dabei sind Unterschiede zwischen den Substanzen zu verzeichnen. Ohne auf die neurobiologischen Prozesse im Einzelnen hier eingehen zu können, soll darauf hingewiesen werden, dass präventive Maßnahmen auch aufgrund dieser Forschungsrichtung entwickelt werden. Es führte zum Beispiel zur Forschung an einem Impfstoff gegen die Nikotinabhängigkeit. Er sieht letztlich die Bildung von Nikotin-Antikörper-Komplexen vor, die dann die Blut-Hirn-Schranke nicht passieren, und damit die angenehmen neurophysiologischen Wirkungen des Nikotins und physiologische Abhängigkeitsprozesse verhindern sollen (Thürauf et al. 2004).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass erstens die Forschung zur Prävention substanzbezogener Störungen in den letzten Jahren ein erhebliches Wissen erarbeitet hat, das praxisrelevant ist, aber in viel stärkerem Maß als bisher umgesetzt werden muss. Dabei ist vor allem auf langfristig angelegte, im Hinblick auf die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen verzahnte Konzepte auf der Ebene der Verhaltens- und Verhältnisprävention zu achten. Zusätzlich gilt aber auch, dass Europa die Präventionsforschung deutlich intensivieren muss und sich dabei vor allem auf theoriebildende und theoriegeleitete Forschung und die Analyse von Wirkprozessen (Mediator- und Moderatorvariablen) erfolgreicher Suchtprävention konzentrieren sollte.

5



**HANDLUNGSORIENTIER-  
TER AUSBLICK FÜR DIE  
DEUTSCHSPRACHIGE  
PRÄVENTIONSPRAXIS**



Für die Forschung und Praxis der Suchtprävention gibt es im deutschsprachigen Raum noch viel zu tun! In Kapitel 5.4 haben wir eine ausführliche Standortbestimmung versucht, im Folgenden sollen handlungsorientiert die nächsten Schritte, die aus unserer Sicht notwendig sind, dargestellt und mit Best-Practice-Beispielen und neueren theoretischen Strömungen in der Suchtprävention unterfüttert werden.

## **Handlungsfeld Familie: Entwickeln und ausprobieren!**

Die viel versprechenden Ergebnisse einzelner umfassender Maßnahmen im angelsächsischen Raum und von Elterntrainings in der Prävention von Verhaltensauffälligkeiten im deutschsprachigen Raum sollten zum Anlass genommen werden, familienorientierte Maßnahmen zu entwickeln und auszuprobieren. Das konkrete Vorgehen kann sich an dem Iowa Strengthening Families Program (ISFP) orientieren, das sich an Jugendliche und ihre Eltern mit dem Ziel richtet, unspezifische und spezifische familiäre Schutz- und Risikofaktoren zu stärken bzw. zu schwächen, um darüber den missbräuchlichen Gebrauch von Alkohol zu verhindern. Zu zweistündigen Sitzungen kommen bis zu acht Familien wöchentlich über einen Zeitraum von sieben Wochen zusammen. Die erste Sitzungsstunde wird jeweils für die Gruppe der Jugendlichen und die Gruppe der Eltern getrennt abgehalten. Mit den Jugendlichen werden personale und soziale Kompetenzen trainiert, u. a. Kommunikation und soziale Interaktion, Gefühls- und Stressbewältigung sowie Standfestigkeit bei Konsumangeboten. Zeitgleich werden mit den Eltern Erziehungsfertigkeiten geübt.

In der zweiten Hälfte jeder Sitzung kommen die Familien wieder zusammen und es werden gemeinsam Fertigkeiten zur Konfliktlösung und Kommunikation erarbeitet sowie Aktivitäten zur Förderung des Familienzusammenhalts unternommen. Durch dieses Vorgehen konnten kurz- und langfristige Effekte auf den Alkoholkonsum der Jugendlichen erzielt werden (Spath et al. 1999). Dem Einwand, dass es schwer sei, die Zielgruppe Familie zu erreichen, kann entgegnet werden, dass es mittlerweile Erfahrungen gibt, wie Familien motiviert werden können. Dies funktioniert, auch wenn es zeit- und ressourcenintensiv ist (zum Beispiel Angebot von Kinderbetreuung, Transportdienst, persönliche Ansprache, telefonische Erinnerungen, Hausbesuche, finanzielle Aufwandsentschädigung, Angebot eines gemeinsamen Essens, familientherapeutische Motivationsstrategien).

## **Handlungsfeld Schule: Einsetzen, optimieren und systembezogen arbeiten!**

Wie kaum in einem anderen Handlungsfeld stehen der Praxis im Bereich Schule viele deutschsprachige evidenzbasierte, praxistaugliche Maßnahmen zur Verfügung (Bühler und Heppekausen 2005). Hier geht es darum, die Programme in den Schulen durchzuführen und zu etablieren. In enger Zusammenarbeit zwischen Praxis und Forschung sollten die individuumbezogenen Programme weiterentwickelt werden, da sie ihr sucht-

präventives Potenzial noch nicht ausgeschöpft haben. Zwei Beispiele sollen die Möglichkeiten der Praxis demonstrieren, die zum Teil spezifisch für die Suchtprävention konzipiert wurden oder breiter angelegt sind und weitere Problembereiche miteinbeziehen.

1. Ein substanzspezifisches Schulprogramm ist ALF – Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten (Walden et al. 1998; 2000). Dieses Programm wendet sich an Schülerinnen und Schüler der 5. und 6. Jahrgangsstufe mit dem Ziel, unspezifische und spezifische Schutzfaktoren zu stärken und darüber dem missbräuchlichen Tabak- und Alkoholkonsum vorzubeugen. Das Programm besteht aus insgesamt 20 Unterrichtseinheiten von jeweils 90-minütiger Dauer. Zwölf davon werden in der 5. und acht in der 6. Klasse durchgeführt. Der ALF-Unterricht wird in den normalen Schulalltag integriert und von der Lehrkraft durchgeführt. Die Vermittlung der Programminhalte erfolgt altersangemessen und unter Einsatz verschiedener Methoden wie Rollenspiele, Gruppendiskussionen und Kleingruppenarbeiten, Paararbeiten, Stillarbeit sowie Hausaufgaben. Neben Sachinformationen zu Zigaretten und Alkohol sowie Standfestigkeitsübungen enthält die Unterrichtsreihe substanzspezifische Übungen zu Selbstkonzept, Empathie, kritischem Denken und Entscheidungsfindung, zu Problemlösung, Kommunikation, sozialen Beziehungen und Entspannung. Die Evaluationsstudien zeigten, dass sich ALF in den Schulalltag integrieren lässt und von den Schülerinnen und Schülern, Lehrkräften und Eltern positiv beurteilt wird (Kröger et al. 1998). Während des Untersuchungszeitraums verzögerte sich der Einstieg in den Zigaretten- und Alkoholmissbrauch (Kröger et al. 1999; Kröger und Reese 2000). Zudem konnte eine erfolgreiche Förderung der Lebenskompetenz und Entwicklungsbewältigung durch das Programm nachgewiesen werden (Bühler 2004).
2. Das Schulprogramm „Eigenständig werden“ (Atherton et al. 2002) zielt auf eine allgemeine Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung ab und beinhaltet neben problemspezifischen Inhalten zur Suchtprävention auch Unterrichtsbausteine zur Gewaltprävention. Die heute vorliegenden Materialien richten sich dabei an Grundschülerinnen und -schüler. Unterlagen für die weiterführenden Schulen (5. bis 6. Klasse) sind in Vorbereitung. Das Programm kann vom Lehrer bzw. von der Lehrerin durchgeführt werden, nachdem er bzw. sie an einer vorbereitenden Schulung teilgenommen hat. Es wird empfohlen, in jedem Schuljahr ungefähr zehn Unterrichtseinheiten des Programms durchzuführen, wobei die durchführende Lehrkraft den genauen Zeitrahmen selbst festsetzt. In den ersten beiden Klassenstufen werden neben personalen und sozialen Kompetenzen Themen wie Körperhygiene, Umweltschutz, Umgang mit Gefahren und Unfällen behandelt. Die spezifischen Inhalte zur Sucht- und Gewaltprävention werden ab der dritten Grundschulklasse vermittelt. Interaktive Methoden wie Rollenspiele, Kleingruppenarbeiten und Gesprächskreise werden zur Inhaltsvermittlung eingesetzt. In einer Pilotphase wurde das Programm im Schuljahr 1998/99 erstmalig implementiert und im Hinblick auf Umsetzbarkeit und Akzeptanz evaluiert (Wiborg und Hanewinkel 2001). Eine Wirksamkeitsstudie ist derzeit noch nicht abgeschlossen.



Wie bereits andiskutiert, können neben den individuumbezogenen Maßnahmen in den Schulen auch andere Komponenten der Suchtprävention angegangen werden, die das System Schule zum Gegenstand machen (Klasse, Lehrkräfte, Didaktik, Schulstruktur etc.). Der Leitfaden „Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“ (BZgA 2003) ist ein gutes Beispiel für diesen Ansatz. Er sieht Maßnahmen auf Schulebene (zum Beispiel Rauchverbote und ihre Disziplinierung), auf Klassenebene (etwa Präventionsprogramme) und auf individueller Ebene (zum Beispiel Reflexionskurse für Raucher und Raucherinnen) vor und beschreibt, wie die Schule den Weg vom ersten Schritt an demokratisch und von der Mehrheit akzeptiert angehen kann.

## **Handlungsfeld Freizeit und Freunde/Freundinnen: Evaluieren und kreativ werden!**

Angesichts der Bedeutung von Gleichaltrigen für den eigenen Substanzkonsum sollten existierende Maßnahmen im Bereich Freizeit, die trotz anders lautender Namen meist eher suchtspezifisch ausgerichtet sind, auf ihre suchtpreventive Wirkung hin untersucht und verändert werden. Maßnahmen der Peeraufklärung (etwa [www.bist-du-staerker-als-alkohol.de](http://www.bist-du-staerker-als-alkohol.de)) sollten evaluiert werden; sich als effektiv erwiesene Ansätze wie ein Mentorenprogramm sollten ausprobiert werden. Für Letzteres ist „Big Brothers Big Sisters“ – ein in den USA lang bestehendes und weit implementiertes Mentorenprogramm für Kinder und Jugendliche im Alter von fünf bis 18 Jahren – ein Beispiel (Grossman und Tierney 1998). Als Mentoren und Mentorinnen werden Erwachsene eingesetzt, die sich dazu bereit erklären, für mindestens ein Jahr einmal pro Woche Zeit für Unternehmungen mit einem Kind oder Jugendlichen zu nehmen. Der Kontakt kann dabei entweder im privaten Umfeld in der Freizeit erfolgen, wobei die Wahl der Aktivitäten frei bestimmbar bleibt, oder aber das Zusammentreffen wird auf einen bestimmten Ort – etwa Schule – festgelegt. Dieses Programm wendet sich insbesondere an bedürftige Kinder, die von der Zuwendung durch eine weitere erwachsene Bezugsperson in ihrer Entwicklung profitieren können (etwa Kinder allein erziehender Mütter). Die Kinder und Jugendlichen kommen durch die Vermittlung ihrer Eltern, Lehrkräfte oder anderer Bezugspersonen, und die Eltern müssen der Teilnahme an dem Programm zustimmen. Lokale Agenturen übernehmen die Auswahl und Eignungstestung, Schulung und Begleitung der Mentoren und Mentorinnen, sie stellen den Kontakt zwischen Mentor bzw. Mentorin und Kind her und supervidieren deren weitere Treffen. In einer Wirksamkeitsstudie (Tierney et al. 1995) konnten positive Effekte durch die Intervention nachgewiesen werden: Gegenüber der Kontrollbedingung begannen weniger Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer während der Interventionszeit mit dem Alkohol- und Drogenkonsum. Außerdem berichteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in geringerem Umfang von aggressiven Handlungen, hatten geringere Fehlstunden in der Schule sowie bessere schulische Leistungen und gaben ein besseres Verhältnis zu den Eltern sowie zu den Freunden an.

Ein neuerer theoretischer Ansatz mag die Entwicklung von andersartigen Maßnahmen im Bereich Freizeit leiten. Im Unterschied zu den bisher beschriebenen theoretischen

Vorstellungen von Suchtprävention verfolgt der Ansatz des Positive Youth Development and Empowerment nicht das Ziel einer problemfreien Jugend, sondern einer „gut vorbereiteten“ Jugend (Kim et al. 1998). Auf fünf Theorien basieren die Überlegungen: Theorie der sozialen Kontrolle, Theorie der sozialen Entwicklung, Theorie des Problemverhaltens, sozial-kognitive Theorie (vgl. Kapitel 2) und Expectations-State-Theory (Foschi et al. 1985, zitiert nach Kim et al. 1998). Letztere geht davon aus, dass wir uns so sehen und handeln wie andere uns sehen und behandeln. Wie andere uns sehen, ist wiederum zum großen Teil von den Erwartungen abhängig, die sie im Vorhinein an uns haben. Wenn man beispielsweise Jugendlichen sagt, sie seien problematisch, sehen sie sich auch eher so und verhalten sich dann auch dementsprechend. Wenn man ihnen zu verstehen gibt, sie seien wertvolle Mitglieder unserer Gesellschaft, dann sehen sie sich mit größerer Wahrscheinlichkeit ebenfalls so und engagieren sich in verantwortungsvollen Projekten.

Der Empowermentprozess sieht acht Komponenten vor, die alle verwirklicht sein müssen, um wirksam zu sein. Dies betrifft zum einen eine ausreichende familiäre und soziale Unterstützung der Jugendlichen, die aber auch hohe Erwartungen an die Jugendliche bzw. den Jugendlichen stellen sollen. Gleichzeitig müssen vielfache Möglichkeiten in Schule, Familie, Gemeinde, Gesellschaft bestehen: zum Erlernen von Lebensfertigkeiten, die auch für die berufliche Laufbahn wichtig sind, zum Ausüben von Verantwortungsübernahme und zur Teilnahme und Mitarbeit an zivilgesellschaftlichen Prozessen. Die Jugendlichen müssen dann ihre Fertigkeiten und Erfolge (öffentlich) demonstrieren können, damit eine Anerkennung und Verstärkung des Geleisteten von wichtigen Personen in Schule, Familie und Gesellschaft möglich ist.

## **Handlungsfeld Medien: Begleitend einsetzen!**

Die Einsicht, Medienkampagnen begleitend und nicht als alleinige Maßnahme zur Suchtprävention einzusetzen, gewinnt zunehmend die Oberhand. Als Beispiel für eine gelungene Kombination von Schule und Medien soll die Studie von Flynn und Kollegen (1995) vorgestellt werden. Sie kombinierten ein schulisches Präventionsprogramm, das auf dem Konzept der sozialen Beeinflussung mit einer vierjährigen Fernseh- und Radio-kampagne basiert. Die massenmediale Intervention bestand dabei aus kurzen 30- bis 60-Sekunden-Spots mit aufklärenden Inhalten – ähnlich den Inhalten des Schulprogramms. Über den Interventionszeitraum wurden pro Jahr etwa 540 Fernseh- und 350 Radiospots gesendet. In ihrer Interventionsstudie verglichen sie Schülerinnen und Schüler (5. bis 7. Klasse) verschiedener Gemeinden, die entweder dem Schulprogramm in Kombination mit der medialen Kampagne ausgesetzt waren oder nur an dem Schulprogramm teilnahmen. Die Raucherrate unter den Schülerinnen und Schülern, die zusätzlich der Medienkampagne ausgesetzt waren, war im Anschluss an die Intervention relativ um 40 % geringer als bei den Schülerinnen und Schülern ohne Medieneinfluss. Außerdem konnten durch den zusätzlichen Medieneinfluss positivere Effekte auf tabakassoziierte Variablen wie die Einstellung zum Rauchen und Normvorstellungen zum



Rauchen erzielt werden. Die Medienkampagne erwies sich besonders effektiv für diejenigen Hochrisikoschülerinnen und -schüler, die vor Einführung der Intervention bereits geraucht hatten und zwei oder mehr Raucherinnen bzw. Raucher in ihrem direkten sozialen Umfeld hatten (Flynn et al. 1997).

Innerhalb der Suchtprävention ist das Internet als relativ neues Medium zu bezeichnen. Aufklärung über die Wirkweise von Substanzen, Reflexion über das eigene Konsumverhalten, individuelle Risikoeinschätzung und Information über Hilfsangebote sind präventive Komponenten der Plattformen (zum Beispiel [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de) oder [www.aktionglaskar.de](http://www.aktionglaskar.de)). Die Attraktivität der Webseiten und ihre Möglichkeit, einen personalen Bezug mittels interaktiver Elemente herzustellen, sind die Vorteile gegenüber gedruckten Broschüren und Plakaten.

## **Handlungsfeld Community: Evaluieren!**

Mit dem Wettbewerb „Kommunale Suchtprävention“ ([www.kommunale-suchtpraevention.de](http://www.kommunale-suchtpraevention.de)), sind viele systemübergreifende und kollaborative Projekte in deutschen Städten und Kommunen sichtbar geworden. Die Praxis hat Konzepte erarbeitet, die durchführbar sind. Eine evidenzbasierte Weiterentwicklung scheint hier der nächste notwendige Schritt zu sein.

Die folgenden Beispiele sind Gewinner des Wettbewerbs 2003/2004. Kriterien der Jury waren die Vernetzung von Akteurinnen und Akteuren, die Verbindung von strukturellen und kommunikativen Maßnahmen, Flächenwirkung, Langfristigkeit von Strategien und Maßnahmen, Nachweis der Wirksamkeit der Präventionsarbeit, Beteiligung der Zielgruppe von Präventionsmaßnahmen, geschlechtsspezifisches Vorgehen und Verankerung in der kommunalpolitischen Leitungsebene. Im Landkreis Esslingen hat sich über einen Zeitraum von mehr als zehn Jahren ein Aktionskreis Suchtprophylaxe gebildet, der aus über 150 Einrichtungen und mehr als 260 Mitgliedern besteht. Die Vernetzung der Präventionsarbeit sowie die Entwicklung und Implementierung der Maßnahmen wird von der Beauftragten für Suchtprophylaxe koordiniert. Die Entwicklung konkreter Veranstaltungen, Maßnahmen und Projekte erfolgt in Fachgruppen, die sich aus unterschiedlichen Einrichtungen und Berufsgruppen zusammensetzen und in regelmäßigen Abständen zusammenkommen. Fachgruppen gibt es für die Suchtvorbeugung im Kindesalter, in der Schule, in der Jugendarbeit, im Alter, im Straßenverkehr sowie für die betriebliche Suchtprävention. Die Öffentlichkeit wird über eine regelmäßige Pressearbeit, über Broschüren sowie weitere Materialien (Plakate, Projektbeschreibungen) informiert.

Ein weiteres Beispiel für kommunale Tabakprävention ist die Initiative „Augsburg rauchfrei“. Die Umsetzung des Konzepts unterliegt hier dem Präventionszentrum Sucht am Gesundheitsamt der Stadt Augsburg. Hier werden Maßnahmen zur Verhinderung des Einstiegs in den Tabakkonsum, zur Förderung des Ausstiegs aus dem Konsum und zum Schutz von Nichtraucherinnen und -rauchern koordiniert und vernetzt. Die Inter-

ventionen werden in den Bereichen Schule (rauchfreie Schule), Betrieb (rauchfreier Arbeitsplatz), Öffentlichkeit (Beratung und Ausstiegshilfen, rauchfreie Zone) und medizinische Versorgung (rauchfreie Schwangerschaft und Elternschaft, Arzt- bzw. Ärztinnenpraxisprojekt) implementiert. Als Kommunikationsplattform dient dabei das Internet ([www.augsburg.de](http://www.augsburg.de)).

## **Handlungsfeld gesetzliche Rahmenbedingungen: Signalisieren!**

Der besondere Vorteil von gesetzgeberischen Maßnahmen ist ihre Breitenwirkung. Ohne Maßnahmen in diesem Bereich werden sich kaum Effekte suchtpreventiver Bemühungen auf Bevölkerungsebene feststellen lassen.

Die viermalige Erhöhung der Tabaksteuer in Deutschland in den Jahren 2002, 2003 und 2004 führte zu Preiserhöhungen von jeweils 19, 20, 40 und nochmals 40 Cent pro Packung (Hanewinkel und Isensee 2005). Bei repräsentativen Befragungen nach den jeweiligen Erhöhungen gaben 4,7 %, 4,0 %, 7,9 % und 7,5 % der Befragten an, das Rauchen aufgrund der Tabaksteuererhöhung eingestellt zu haben (Hanewinkel und Isensee 2005). Wenn diese Ergebnisse in ihrer Aussagekraft auch nicht denen kontrollierter Studien entsprechen, bestätigen sie doch die internationalen Befunde zur Wirksamkeit von Preiserhöhungen bei der Beeinflussung des Rauchverhaltens auch bei Jugendlichen (Isensee und Hanewinkel 2004).

Empirische Aussagen zu anderen gesetzgebenden Maßnahmen in Deutschland sind nicht möglich, sollen aber spekulativ diskutiert werden. Schulungen von Verkaufspersonal, die den Verkauf von Tabak an nicht berechnigte Jugendliche verhindern sollen, wären sicher auch in Deutschland nicht wirksam. Gerade in Deutschland haben Jugendliche beste Möglichkeiten, das Jugendschutzgesetz, das die legale Altersgrenzen für den Konsum legaler Substanzen regelt, zu umgehen, da die Verfügbarkeit von Zigaretten durch Verkaufsautomaten sichergestellt ist. Inwiefern der US-amerikanische Befund, dass das Heraufsetzen der legalen Altersgrenze für Alkoholkonsum präventive Effekte bewirkt, auch auf deutsche Verhältnisse übertragen werden kann, ist diskussionswürdig. Illegalität als Grund für Nichtkonsum steht bei deutschen Jugendlichen an hinterer Stelle (BZgA 1998).

Wenn auch noch keine evidenzbasierten Empfehlungen für die meisten gesetzgeberischen Maßnahmen in Deutschland hinsichtlich ihrer präventiven Wirkung auf Substanzkonsum gegeben werden können, sind unserer Ansicht nach das Abschaffen von Zigarettenautomaten, die Regelung von Altersgrenzen im Jugendschutzgesetz und Werbeverbote unerlässlich. Dies zumindest, um a) dem Vorwurf Jugendlicher entgegenzutreten zu können, Präventionsbemühungen seien Heuchelei, die eigentlich nicht ernst gemeint wären, und um b) glaubwürdig bleiben zu können. Ohne Glaubwürdigkeit des Vermittlers bzw. der Vermittlerin bleibt auch die effektivste Maßnahme fruchtlos.



Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Forschung zur Prävention substanzbezogener Störungen in den letzten Jahren ein erhebliches Wissen erarbeitet hat, das praxisrelevant ist, aber in viel stärkerem Maß als bisher umgesetzt werden muss. Dabei ist vor allem auf langfristig angelegte, im Hinblick auf die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen verzahnte Konzepte auf der Ebene der Verhaltens- und Verhältnisprävention zu achten. Notwendige Grundlage für effektive Suchtprävention ist ein zielgerichtetes Vorgehen, das sich an Befunden der Präventionsforschung orientiert.

**LITERATUR**



- Agostinelli, G., Grube, J. W. (2002): Alcohol counter-advertising and the media – a review of recent research. *Alcohol Research and Health*, 26 (1), 15–21.
- Ajzen, I. (1985): From decisions to actions: A theory of planned behaviour. In: Kuhl, J., Beckmann, J. (Hrsg.): *Action-control: From cognition to behaviour*. Springer, New York, 11–39.
- Alderson, P., Green, S., Higgins, J. P. (eds.): *Cochrane Reviewers' Handbook 4.2.2*. <http://www.cochrane.org/resources/handbook/hbook.htm> (Stand: 31. Januar 2004).
- Amaro, H., Blake, S., Schwartz, P., Flinchbaugh, L. (2001): Developing theory-based substance abuse prevention programs for young adolescent girls. *Journal of Early Adolescence*, 21, 256–293.
- American Psychiatric Association (APA) (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. ed.)*. Author, Washington, DC.
- Aoki, W. T., Engert, P. A., Turk, A. A., Wilson, R., Chen, J., Latu, E. (2000): Mentoring and the discipleship of adolescents: Research and applications to the church. *Journal of Psychology and Christianity*, 19 (4), 377–385.
- Atherton, C., Wiborg, G., Burchardt, E., Hanewinkel, R. (2002): *Eigenständig werden. Unterrichtsprogramm für die Klassenstufen 1–4*. Mentor-Stiftung.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J. W., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R., Rossow, I. (2003): *Alcohol: no ordinary commodity – A consumer's guide to public policy*. Oxford University Press, Oxford.
- Bauman, K., Ennett, S. (1996): On the importance of peer influence for adolescent drug use: commonly neglected considerations. *Addiction*, 91, 185–198.
- Bandura, A. (1986): *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, Prentice Hall, NJ.
- Bengel, J. (2002): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Blake, S. M., Amaro, H., Schwartz, P. M., Flinchbaugh, L. J. (2001): A review of substance abuse prevention interventions for young adolescent girls. *Journal of Early Adolescence*, 21 (3), 294–324.
- Botvin, G. (1996): Substance abuse prevention through Life Skills Training. In: Peters, R. DeV., McMahon, J. (eds.): *Preventing childhood disorders. Substance abuse and delinquency*. Sage, Newbury Park, 215–240.
- Bronfenbrenner, U. (1981): *Theorie der Ökologie der Entwicklung*. Ernst Klett Verlag, Stuttgart.
- Bry, B. H., Catalano, R. F., Kumpfer, K. L., Lochman, J. E., Szapocznik, J. (1998): Scientific findings from family prevention intervention research. In: Ashery, R. S., Robertson, E. B., Kumpfer, K. L. (Eds.): *Drug abuse prevention through family intervention*. NIDA Research Monograph, Number 177. National Institute on Drug Abuse, Rockville, 103–129.
- Bühler, A. (2004): *Entwicklungsorientierte Evaluation eines suchtpreventiven Lebenskompetenzprogramms*. IFT Bericht, Bd. 145. IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Bühler, A., Heppekausen, K. (2005): *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Bühler, A., Maiwald, E. (2004a): *Suchtprävention mit Kindern suchtkranker Eltern – Prozess- und Strukturqualität der von der Landesstiftung Baden-Württemberg geförderten Projekte*. IFT Institut für Therapieforschung (unveröffentlichter Bericht).
- Bühler, A., Maiwald, E. (2004b): *Suchtprävention mit jugendlichen Spätaussiedlern/Migranten – Prozess- und Strukturqualität der von der Landesstiftung Baden-Württemberg geförderten Projekte*. IFT Institut für Therapieforschung (unveröffentlichter Bericht).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (1998): *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 1997*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2003): *Auf dem Weg zur rauchfreien Schule*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2004a): *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Teilband Rauchen*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2004b): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Teilband Alkohol. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2004c): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Teilband Illegale Drogen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Catalano, R. F., Haggerty, K. P., Gainey, R. R., Hoppe, M. J., Brewer, D. D. (1998): Effectiveness of prevention interventions with youth at high risk of drug abuse. In: Bukoski, W. J., Evans, R. I. (Eds.): Cost-benefit/cost-effectiveness research of drug abuse prevention: implication for programming and policy. NIDA Research Monograph, Number 176. National Institute on Drug Abuse, Rockville, 83–110.
- Carmona, A., Stewart, K. (1996): A review of alternative activities and alternative programs in youth-oriented prevention. CSAP Technical Report 13; DHHS Pub. No. [SMA] 96–3117. Center for Substance Abuse Prevention, Rockville.
- Chaloupka, F. J., Grossman, M., Saffer, H. (2002): The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol Research and Health*, 26 (1), 22–34.
- Chatterji, P., Caffray, C. M., Jones, A. S., Lillie-Blanton, M., Werthamer, L. (2001): Applying cost analysis methods to school-based prevention programs. *Preventive Science* 2 (1), 45–55.
- Chatterji, P., Werthamer, L., Lillie-Blanton, M., Caffray, C. (1998): Methods for investigating costs and benefits of prevention interventions. In: *Drug Abuse Prevention Through Family Intervention*. NIDA Research Monograph Series. NIDA, Rockville, 401–429.
- Cleaveland, B. (1994): Social cognitive theory recommendations for improving modelling in adolescent substance abuse prevention programs. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 3, 53–68.
- Cuijpers, P. (2002): Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviors*, 27 (6), 1009–1023.
- Cuijpers, P. (2002): Peer-led and adult-led school drug prevention: a meta-analytic comparison. *Journal of Drug Education*, 32 (2), 107–119.
- DiFranza, J. R., Peck, R. M., Radecki, T. E., Savageau, J. A. (2001): What is the potential cost-effectiveness of enforcing a prohibition on the sale of tobacco to minors. *Preventive Medicine*, 32, 168–174.
- Dishion, T., McCord, J., Poulin, F. (1999): When interventions harm. *American Psychologist*, 54, 755–764.
- Dusenbury, L. (2000): Family-based drug abuse prevention programs: a review. *Journal of Primary Prevention*, 20 (4), 337–352.
- Elliot, D., Huizinga, D., Menard, S. (1989): *Multiple problems youth: Delinquency, substance use, and mental health problems*. Springer-Verlag, New York.
- Engels, R., Knibbe, R., Drop, M. (1999): Visiting public drinking places: An explorative study into the functions of pub-going for late adolescents. *Substance Use and Misuse*, 34, 1261–1280.
- Ennett, S. T., Ringwalt, C. L., Thorne, J., Rohrbach, L. A., Vincus, A., Simons-Rudolph, A., Jones, S. (2003): A comparison of current practice in school-based substance use prevention programs with meta-analysis findings. *Preventive Science*, 4 (1), 1–14.
- Ennett, S. T., Tobler, N. S., Ringwalt, C. L., Flewelling, R. L. (1994): How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations. *American Journal of Public Health*, 84 (9), 1394–1401.
- Evans, R. I., Rozelle, R. M., Mittelmark, M., Hansen, W. B., Bane, A. L., Havis, J. (1978): Deterring the onset of smoking in children: knowledge of immediate psychological effects and coping with peer pressure, media pressure, and parents modelling. *Journal of Applied Social Psychology*, 8 (2), 126–135.
- Fichtenberg, C. M., Glantz, S. A. (2002): Youth access interventions do not affect youth smoking. *Pediatrics*, 109 (6), 1088–1092.
- Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G., Gritz, E. R. et al. (2000): *Smoking cessation: clinical practice guideline*, 18. US Department of Health and Human Services, Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, M. D.
- Flay, B. R. (2000): Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviors*, 25 (6), 861–885.



- Flynn, B. S., Worden, J. K., Secker-Walker, R. H., Badger, G. J., Geller, B. M. (1995): Cigarette smoking prevention effects of mass media and school interventions targeted to gender and age groups. *Journal of Health Education*, 26 (2), 45–51.
- Flynn, B. S., Worden, J. K., Secker-Walker, R. H., Pirie, P. L., Badger, G. J., Carpenter, J. H. (1997): Long-term responses of higher and lower risk youths to smoking prevention interventions. *Preventive Medicine*, 26, 389–394.
- Foxcroft, D. R., Ireland, D., Lister-Sharp, D. J., Lowe, G., Breen, R. (2003): Primary prevention for alcohol misuse in young people. In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, John Wiley and Sons, Ltd, UK.
- Friend, K., Levy, D. (2002): Reductions in smoking prevalence and cigarette consumption associated with mass-media campaigns. *Health Education Research*, 17 (1), 85–98.
- Görgens, W., Rometsch, W. (2004): Bundesmodellprogramm „Frühintervention bei erstauftälligen Drogenkonsumenten – FreD“. *Suchttherapie*, 5, 76–79.
- Gottfredson, D. C., Wilson, D. B. (2003): Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Preventive Science*, 4 (1), 27–38.
- Grossman, J. B., Tierney, J. P. (1998): Does mentoring work? An impact study of the Big Brothers Big Sisters Program. *Evaluation Review*, 22 (3), 403–426.
- Hall, N. W., Zigler, E. (1997): Drug-abuse prevention efforts for young children: a review and critique of existing programs. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 67 (1), 134–143.
- Hanewinkel, R., Isensee, B. (2005): Evaluation der Tabaksteuererhöhung vom 1. Dezember 2004. Erste Ergebnisse der bevölkerungsrepräsentativen Befragungen vor und nach der Tabaksteuererhöhung. IFT-Nord, Kiel.
- Hanewinkel, R., Pohl, J. (1998): Werbung und Tabakkonsum. Wirkungsanalyse unter besonderer Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen. IFT-Nord, Kiel.
- Hansen, W. B., Graham, J. W., Sobel, J. L., Shelton, D. R., Flay, B. R., Johnson, C. A. (1987): The consistency of peer and parent influences on tobacco, alcohol, and marijuana use among young adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 559–579.
- Hawkins, J., Weis, J. (1985): The social development model: An integrated approach to delinquency in prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6, 73–97.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N., Jones, P., Stockwell, T. (2002): Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention. WHO, Geneva.
- Hays, R., Ellickson, P. (1996): What is adolescent misuse in the United States according to the experts? *Alcohol and Alcoholism*, 31, 297–303.
- Helou, A., Lorenz, W., Ollenschläger, G., Reinauer, H., Schwartz, F. (2000): Methodische Standards der Entwicklung evidenz-basierter Leitlinien in Deutschland. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 94, 330–339.
- Heppekausen, K. (2004): Intrapersonales Risiko für Substanzmissbrauch und differentielle Wirksamkeit eines suchtpreventiven Lebenskompetenzprogramms. Dissertation, Westfälische Wilhelms-Universität, Münster.
- Hollederer, A. (2001): Suchtprevention in der Schule. Entwicklung und Begleitung eines gemeindeorientierten Programms zur Beeinflussung des Zigarettenkonsums bei Kindern und Jugendlichen. Dissertation, Universität Bielefeld [http://bieson.ub.uni-bielefeld.de/volltexte/2003/121/pdf/1\_diss.pdf].
- Holly, A., Wittchen, H.-U. (1998): Patterns of use and their relationship to DSM-IV abuse and dependence of alcohol among adolescents and young adults. *European Addiction Research*, 4, 50–57.
- Hopkins, D. P., Briss, P. A., Picard, C. J., Husten, C. G., Carande-Kulis, V., Fielding, J. E., Alao, M. O., McKenna, J. W., Sharp, D. J., Harris, J. R., Woollery, T. A., Harris, K. W. and The Task Force on Community Preventive Services (2001): Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Tobacco Use and Exposure to Environmental Tobacco Smoke. *American Journal of Preventive Medicine*, 20 (2 S), 16–66.
- Isensee, B., Hanewinkel, R. (2004): Evaluation der Tabaksteuererhöhung vom 1. Januar 2003. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 8, 771–779.

- Jessor, R., Jessor, S. (1983): Ein sozialpsychologisches Modell des Drogenkonsums. In: Lettieri, D., Welz, R. (Hrsg.): Drogenabhängigkeit – Ursachen und Verlaufsformen. Beltz, Weinheim, 110–117.
- Kaba-Schönstein, L. (2003): Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder und -strategien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Verlag Peter Sabo, Schwabenheim an der Selz.
- Kandel, D. (1983): Entwicklungsstadien beim Drogengebrauch Jugendlicher. In: Lettieri, D., Welz, R. (Hrsg.): Drogenabhängigkeit – Ursachen und Verlaufsformen. Beltz, Weinheim, 131–138.
- Kandel, D. (1998): Persistent themes and new perspectives on adolescent substance use: a lifespan perspective. In: Jessor, R. (ed.): New perspectives on adolescent risk behavior. Cambridge University Press, Cambridge, 43–89.
- Kaplan, H., Martin, S., Robbins, C. (1984): Pathways to adolescent drug use: Self-derogation, peer influence, weakening of social controls and early substance use. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 270–294.
- Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C., Hepler, N. (1998): Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. *Journal of Drug Education*, 28, 1–17.
- Kraus, L., Hepekausen, K., Barrera, A., Orth, B. (2004): Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen (IFT-Berichte, Bd. 141). IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Kröger, C., Kutza, R., Walden, K., Reese, A. (1998): Implementation eines Lebenskompetenzprogramms für fünfte Klassen an Hauptschulen und Gymnasien. *Zeitschrift für Kindheit und Entwicklung*, 7, 231–238.
- Kröger, C., Reese, A. (2000): Schulische Suchtprävention nach dem Lebenskompetenzkonzept – Ergebnisse einer vierjährigen Interventionsstudie. *Sucht*, 46, 209–217.
- Kröger, C., Reese, A., Walden, K., Kutza, R. (1999): Prävention des Substanzmissbrauchs an Schulen durch das Lebenskompetenzprogramm ALF (IFT-Bericht 108). IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Kröger, G., Schmid, G. (2002): Evaluation of the summer campaign 2002. IFT, München.
- Kumpfer, K., Turner, C. (1990–91): The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention. *International Journal of the Addictions*, 25, 435–463.
- Kuschel, A., Miller, Y., Köppe, E., Lübke, A., Hahlweg, K., Sanders, M. (2000): Prävention von oppositionellen und aggressiven Verhaltensstörungen bei Kindern: Triple P – ein Programm zu einer positiven Erziehung. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 20–29.
- Leppin, A., Pieper, E., Szirmak, Z., Freitag, M., Hurrelmann, K. (1999): Prävention auf den zweiten und dritten Blick: Differentielle Effekte eines kompetenzorientierten Suchtpräventionsprogramms. In: Kolip, P. (Hrsg.): Programme gegen die Sucht. Juventa, Weinheim.
- Lieb, R., Pfister, H., Wittchen, H.-U. (1998): Use, abuse and dependence of prescription drugs in adolescents and young adults. *European Addiction Research*, 4, 67–74.
- Lieb, R., Schuster, O., Pfister, H., Fuetsch, M., Höfler, M., Isensee, B. et al. (2000): Epidemiologie des Konsums, Missbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. *Sucht*, 46 (1), 18–31.
- Lloyd, C., Joyce, R., Hurry, J., Ashton, M. (2000): The effectiveness of primary school drug education. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 7 (2), 109–126.
- Lochman, J. E., van den Steenhoven, A. (2002): Family-based approaches to substance abuse prevention. *Journal of Primary Prevention*, 23 (1), 114–149.
- Lösel, F., Beelmann, A., Jaurisch, S., Stemmler, M. (2004): Soziale Kompetenz für Kinder und Familien. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin.
- Loveland-Cherry, C. J. (2000): Family interventions to prevent substance abuse: children and adolescents. *Annual Review of Nursing Research*, 18, 195–218.
- Luthar, S. (1993): Annotation: Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 441–453.



- Luthar, S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000): The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543–562.
- Maiwald, E., Reese, A. (2000): Effektivität suchtpräventiver Lebenskompetenzprogramme – Ergebnisse deutscher Evaluationsstudien. *Sucht Aktuell*, 1, 8–12.
- McGuire, W. J. (1964): Inducine resistance to persuasion. In: Berkowitz, L. (ed.): *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 1. Academic Press, New York.
- Mellanby, A. R., Rees, J. B., Tripp, J. H. (2000): Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available comparative research. *Health Education Research*, 15 (5), 533–545.
- Meili, B. (2003): Supra-f – ein Schweizer Forschungsprogramm zur sekundären Suchtprävention. *Suchttherapie*, 4, 211–213.
- Meschke, L., Patterson, J. (2003): Resilience as a theoretical basis for substance abuse prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 23, 483–514.
- Moffitt, T. (1993): Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674–701.
- Mowbray, C. T., Oyserman, D. (2003): Substance abuse in children of parents with mental illness: risks, resiliency, and best prevention practices. *Journal of Primary Prevention*, 23 (4), 451–483.
- National Institute of Drug Abuse (NIDA) (1997): *Preventing drug use among children and teenagers*. NIH, Washington.
- Nelson, C., Wittchen, H.-U. (1998): Smoking and nicotine dependence. *European Addic. Research*, 4, 42–49.
- Newcomb, M., Bentler, P. (1989): Substance use and abuse among children and teenagers. *American Psychologist*, 44, 242–248.
- Oetting, E. R., Beauvais, F. (1986): Clarification of peer cluster theory: A response to Cohen, Peele, and Shaffer. *Journal of Counseling and Development*, 65, 29–30.
- Ostendorf, H. (1999): Vom Sinn und Zweck des Strafens. *Informationen zur politischen Bildung*, Heft 248.
- Pentz, M. A. (2000): Institutionalizing community-based prevention through policy change. *Journal of Community Psychology*, 28 (3), 257–270.
- Pentz, M. A. (2003): Evidence-based prevention: characteristics, impact, and future direction. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35 (Suppl. 1), 143–152.
- Perkonigg, A., Lieb, R., Wittchen, H.-U. (1998): Substance use, abuse and dependence in Germany. *European Addiction Research*, 4, 8–17.
- Petraitis, J., Flay, B., Miller, T. (1995): Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67–86.
- Petraitis, J., Flay, B., Miller, T., Torpy, E., Greiner, B. (1998): Illicit substance use among adolescents: A matrix of prospective predictors. *Substance Use and Misuse*, 33, 2651–2604.
- Petty, R. E., Cacioppo, J. T. (1986): *Communication and persuasion: central and peripheral routes to attitude change*. Springer, New York.
- Reese, A., Silbereisen, R. (2001): Allgemeine versus spezifische Prävention jugendlichen Risikoverhaltens. In: Freund, T., Lindner, W. (Hrsg.): *Prävention: Zur kritischen Bewertung von Präventionsansätzen in der Jugendarbeit*. Leske und Budrich, Opladen, 139–162.
- Rooney, B. L., Murray, D. M. (1996): A meta-analysis of smoking prevention programs after adjustment for errors in the unit of analysis. *Health Education Quarterly*, 23, 48–64.
- Rosenthal, R., Rubin, D. B. (1982): A simple general purpose display of magnitude of experimental effect. *Journal of Educational Psychology*, 74, 166–169.
- Rutter, M. (1987): Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316–331.
- Schulz, E., Fleischhaker, C., Renschmidt, H. (1998): Drogenproblematik im Jugendalter: Gefährdungen erkennen. *Kinderärztliche Praxis*, 2, 78–84.
- Secker-Walker, R. H., Worden, J. K., Holland, R. R., Flynn, B. S., Detsky, A. S. (1997): A mass media programme to prevent smoking among adolescents: costs and cost effectiveness. *Tobacco Control*, 6 (3), 207–212.

- Shekelle, P., Woolfe, S., Eccles, H. et al. (1999): Education and debate – Clinical guidelines – Developing guidelines. *British Medical Journal*, 318, 593–596.
- Shin, H. S. (2001): Review of school-based drug-prevention program evaluation in the 1990s. *American Journal of Health Education*, 32 (3), 139–147.
- Shults, R. A., Elder, R. W., Sleet, D. A., Nichols, J. L., Alao, M. O., Garande-Kulis, V. G., Zaza, S., Sosin, D. M., Thompson, R. S. and the Task Force on Community Preventive Services. (2001): Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *American Journal of Preventive Medicine*, 21 (Suppl. 1), 66–88.
- Silbereisen, R. K. (1999): Differenzierungen und Perspektiven für Prävention aus entwicklungspsychologischer Sicht. In: Kolip, P. (Hrsg.): *Programme gegen Sucht*. Juventa, Weinheim, 70–85.
- Single, E., Christie, P., Ali, R. (2000): The impact of cannabis decriminalisation in Australia and the United States. *Journal of Public Health Policy*, 21 (2), 157–186.
- Skara, S., Sussman, S. (2003): A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive Medicine*, 37 (5), 451–474.
- Sowden, A., Arblaster, L. (2003): Mass media interventions for preventing smoking in young people. In: *The Cochrane Library*, Issue 4. John Wiley and Sons, Ltd, Chichester, UK.
- Sowden, A., Arblaster, L., Stead, L. (2004): Community interventions for preventing smoking in young people. In: *The Cochrane Library*, Issue 3. John Wiley and Sons, Ltd, Chichester, UK.
- Spoth, R., Redmond, C., Lepper, H. (1999): Alcohol initiation outcomes of universal family-focused preventive interventions: One- and two-year follow-ups of a controlled study. *Journal of Studies on Alcohol*, 13, 103–111.
- Springer, A. (1997): Europäische Perspektiven der Primärprävention des Substanzmissbrauchs. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 20 (3–4), 87–92.
- Stead, L. F., Lancaster, T. (2004): Interventions for preventing tobacco sales to minors. In: *The Cochrane Library*, Issue 3. John Wiley and Sons, Ltd., Chichester, UK.
- Stevenson, J. F., Mitchell, R. E. (2003): Community-level collaboration for substance abuse prevention. *Journal of Primary Prevention*, 23 (3), 371–404.
- Sussman, S., Lichtman, K., Ritt, A., Pallonen, U. E. (1999): Effects of thirty-four adolescent tobacco use cessation and prevention trials on regular users of tobacco products. *Substance Use and Misuse*, 34 (11), 1469–1503.
- TACADE (Hrsg.) (1990): *Skills for the primary school child: promoting the protection of children*. TACADE, Salford.
- TACADE (Hrsg.) (1994): *Skills for Life*. TACADE, Salford.
- Thomas, R. (2003): School-based programmes for preventing smoking (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4. John Wiley and Sons, Ltd., Chichester, UK.
- Thürauf, N., Lunkenheimer, J., Bleich, S., Lunkenheimer, B. (2004): Neurobiologie der Nikotinabhängigkeit. *Nervenheilkunde*, 9, 509–512.
- Tierney, J. P., Grossman, J. B., Resch, N. L. (1995): *Making a difference: an impact study of Big Brother Big Sister*. Public/Private Ventures, Philadelphia.
- Tobler, N. S. (1997): Meta-analysis of adolescent drug prevention programs: results of the 1993 meta-analysis. In: Bukoski, W. J. (Ed.): *Meta-analysis of drug abuse prevention programs*. NIDA Research Monograph, Number 170. National Institute on Drug Abuse, Rockville, 5–68.
- Tobler, N. S. (2000): Lessons learned. *Journal of Primary Prevention*, 20 (4), 261–274.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., Stackpole, K. M. (2000): School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20 (4), 275–336.
- Turbin M. S., Jessor, R., Costa, F. M. (2000): Adolescent cigarette smoking: health-related behavior or normative transgression? *Preventive Science*, 1 (3), 115–124.
- Uhl, A. (1998): Evaluation of primary prevention in the field of illicit drugs. Definitions-Concepts-Problems. In: Springer, A., Uhl, A. (Eds.): *COST A6 Evaluation research in regard to primary prevention of drug abuse*. Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg, 135–220.



- Wagenaar, A. C., Toomey, T. L. (2002): Effects of minimum drinking age laws: Review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *Journal of Studies on Alcohol*, Suppl. 14, 206–225.
- Wakefield, M., Chaloupka, F. J. (2000): Effectiveness of comprehensive tobacco control programmes in reducing teenage smoking in the USA. *Tobacco Control*, 9 (2), 177–186.
- Wakefield, M., Flay, B., Nichter, M., Giovino, G. (2003): Effects of anti-smoking advertising on youth smoking: A review. *Journal of Health Communication*, 8 (3), 229–247.
- Walden, K., Kröger, C., Kirmes, J., Reese, A., Kutza, R. (2000): ALF – Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten. Programm für Schüler und Schülerinnen der 6. Klasse mit Unterrichtseinheiten zu Nikotin und Alkohol. Schneider Verlag, Hohengehren.
- Walden, K., Kutza, R., Kröger, C., Kirmes, J. (1998): ALF – Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten. Programm für Schüler und Schülerinnen der 5. Klasse mit Information zu Nikotin und Alkohol. Schneider Verlag, Hohengehren.
- Wandersman, A., Florin, P. (2003): Community interventions and effective prevention. *American Psychologist*, 58 (6–7), 441–448.
- Werch, C. E., Owen, D. M. (2002): Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *Journal of Studies on Alcohol*, 63 (5), 581–590.
- White, D., Pitts, M. (1998): Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction*, 93 (10), 1475–1487.
- Wiborg, G., Hanewinkel, R. (2001): Eigenständig werden – ein Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung in der Grundschule. Ergebnisse einer Pilotstudie in Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern. *Prävention*, 26 (2), 56–59.
- Wicki, W., Stübi, B. (2001): Präventionsforschung im Bereich substanzgebundener Abhängigkeiten bei Jugendlichen: State of the Art. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 93 (3), 205–228.
- Wilson, D. B., Gottfredson, D. C., Najaka, S. S. (2001): School-based prevention of problem behaviors: a meta-analysis. *Journal of Quantitative Criminology*, 17 (3), 247–272.
- Wittchen, H.-U., Perkonig, A., Lachner, G., Nelson, C. (1998): Early developmental stages of psychopathology study (EDSP): Objectives and design. *European Addiction Research*, 4, 18–27.
- World Health Organisation (WHO) (Hrsg.) (1994): Life skills education in schools. WHO, Geneva.

**BERÜCKSICHTIGTE  
ARTIKEL FÜR DIE  
SCHLUSSFOLGERUNGEN  
ZUR *WIRKSAMKEIT***



- 1** Lochman, J. E., van den Steenhoven, A. (2002): Family-based approaches to substance abuse prevention. *Journal of Primary Prevention*, 23 (1), 114–149.  
*Art des Beitrags*: Unsystematischer → Review (U), der als systematischer → Review (S) gewertet wird
- 2** Loveland-Cherry, C. J. (2000): Family interventions to prevent substance abuse: children and adolescents. *Annual Review of Nursing Research*, 18, 195–218.  
*Art des Beitrags*: Systematischer Review (S)
- 3** Hall, N. W., Zigler, E. (1997): Drug-abuse prevention efforts for young children: a review and critique of existing programs. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 67 (1), 134–143.  
*Art des Beitrags*: Systematischer → Review (S)
- 4** Bry, B. H., Catalano, R. F., Kumpfer, K. L., Lochman, J. E., Szapocznik, J. (1998): Scientific findings from family prevention intervention research. In: Ashery, R. S., Robertson, E. B., Kumpfer, K. L. (Eds.): *Drug abuse prevention through family intervention*. NIDA Research Monograph, Number 177. National Institute on Drug Abuse, Rockville, 103–129.  
*Art des Beitrags*: → Best-Practice-Überblick (BP)  
 Link: [http://www.nida.nih.gov/pdf/monographs/monograph177/103-29\\_Bry.pdf](http://www.nida.nih.gov/pdf/monographs/monograph177/103-29_Bry.pdf)
- 5** Dusenbury, L. (2000): Family-based drug abuse prevention programs: a review. *Journal of Primary Prevention*, 20 (4), 337–352.  
*Art des Beitrags*: Unsystematischer → Review (U)
- 6** Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., Stackpole, K. M. (2000): School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20 (4), 275–336.  
*Art des Beitrags*: → Meta-Analyse (M)
- 7** Tobler, N. S. (1997): Meta-analysis of adolescent drug prevention programs: results of the 1993 meta-analysis. In: Bukoski, W. J. (Ed.): *Meta-analysis of drug abuse prevention programs*. NIDA Research Monograph, Number 170. National Institute on Drug Abuse, Rockville, 5–68.  
*Art des Beitrags*: → Meta-Analyse (M)  
 Link: [http://www.nida.nih.gov/pdf/monographs/monograph170/005-068\\_Tobler.pdf](http://www.nida.nih.gov/pdf/monographs/monograph170/005-068_Tobler.pdf)
- 8** Ennett, S. T., Tobler, N. S., Ringwalt, C. L., Flewelling, R. L. (1994): How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations. *American Journal of Public Health*, 84 (9), 1394–1401.  
*Art des Beitrags*: → Meta-Analyse (M)

**9** Flay, B. R. (2000): Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviors*, 25 (6), 861–885.

*Art des Beitrags*: Unsystematischer → Review (U)

**10** Maiwald, E., Reese, A. (2000): Effektivität suchtpräventiver Lebenskompetenzprogramme – Ergebnisse deutscher Evaluationsstudien. *Sucht Aktuell*, 1, 8–12.

*Art des Beitrags*: Unsystematischer → Review (U)

**11** Thomas, R. (2003): School-based programmes for preventing smoking (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4. John Wiley and Sons, Ltd., Chichester, UK.

*Art des Beitrags*: Systematischer → Review (S)

**12** Rooney, B. L., Murray, D. M. (1996): A meta-analysis of smoking prevention programmes after adjustment for errors in the unit of analysis. *Health Education Quarterly*, 23, 48–64.

*Art des Beitrags*: → Meta-Analyse (M)

**13** Sussman, S., Lichtman, K., Ritt, A., Pallonen, U. E. (1999): Effects of thirty-four adolescent tobacco use cessation and prevention trials on regular users of tobacco products. *Substance Use and Misuse*, 34 (11), 1469–1503.

*Art des Beitrags*: Unsystematischer → Review (U)

**14** Skara, S., Sussman, S. (2003): A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive Medicine*, 37 (5), 451–474.

*Art des Beitrags*: Systematischer → Review (S)

**15** Lloyd, C., Joyce, R., Hurry, J., Asthon, M. (2000): The effectiveness of primary school drug education. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 7 (2), 109–126.

*Art des Beitrags*: Unsystematischer → Review (U)

**16** Gottfredson, D. C., Wilson, D. B. (2003): Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Preventive Science*, 4 (1), 27–38.

*Art des Beitrags*: → Meta-Analyse (M)

**17** Wilson, D. B., Gottfredson, D. C., Najaka, S. S. (2001): School-based prevention of problem behaviors: a meta-analysis. *Journal of Quantitative Criminology*, 17 (3), 247–272.

*Art des Beitrags*: → Meta-Analyse (M)

**18** Shin, H. S. (2001): Review of school-based drug-prevention program evaluation in the 1990s. *American Journal of Health Education*, 32 (3), 139–147.

*Art des Beitrags*: Systematischer → Review



**19** Cuijpers, P. (2002): Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviors*, 27 (6), 1009–1023.

*Art des Beitrags:* Systematischer → Review (S)

**20** Tobler, N. S. (2000): Lessons learned. *Journal of Primary Prevention*, 20 (4), 261–274.

*Art des Beitrags:* → Meta-Analyse (M)

**21** Mellanby, A. R., Rees, J. B., Tripp, J. H. (2000): Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available comparative research. *Health Education Research*, 15 (5), 533–545.

*Art des Beitrags:* Systematischer → Review (S)

**22** Cuijpers, P. (2002): Peer-led and adult-led school drug prevention: a meta-analytic comparison. *Journal of Drug Education*, 32 (2), 107–119.

*Art des Beitrags:* → Meta-Analyse (M)

**23** Carmona, A., Stewart, K. (1996): A review of alternative activities and alternative programs in youth-oriented prevention. CSAP Technical Report 13; DHHS Pub. No. [SMA] 96–3117. Center for Substance Abuse Prevention, Rockville.

*Art des Beitrags:* Unsystematischer → Review (U)

Link: <http://www.iprc.indiana.edu/prevention/alternatives.html>

**24** Aoki, W. T., Engert, P. A., Turk, A. A., Wilson, R., Chen, J., Latu, E. (2000): Mentoring and the discipleship of adolescents: Research and applications to the church. *Journal of Psychology and Christianity*, 19 (4), 377–385.

*Art des Beitrags:* Unsystematischer → Review (U)

**25** Sowden, A. J., Arblaster, L. (2003): Mass media interventions for preventing smoking in young people. In: *The Cochrane Library*, Issue 4. John Wiley and Sons, Ltd., Chichester, UK.

*Art des Beitrags:* Systematischer → Review (S)

**26/35** Hopkins, D. P., Briss, P. A., Picard, C. J., Husten, C. G., Carande-Kulis, V., Fielding, J. E., Alao, M. O., McKenna, J. W., Sharp, D. J., Harris, J. R., Woollery, T. A., Harris, K. W. and The Task Force on Community Preventive Services (2001): Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *American Journal of Preventive Medicine*, 20 (2 S), 16–66.

*Art des Beitrags:* Systematischer → Review (S)

**27** Friend, K., Levy, D. (2002): Reductions in smoking prevalence and cigarette consumption associated with mass-media campaigns. *Health Education Research*, 17 (1), 85–98.

*Art des Beitrags:* Systematischer → Review (S)

- 28** Wakefield, M., Flay, B., Nichter, M., Giovino, G. (2003): Effects of anti-smoking advertising on youth smoking: A review. *Journal of Health Communication*, 8 (3), 229–247.  
*Art des Beitrags*: Unsystematischer → Review (U)
- 29** Agostinelli, G., Grube, J. W. (2002): Alcohol counter-advertising and the media – a review of recent research. *Alcohol Research and Health*, 26 (1), 15–21.  
*Art des Beitrags*: Unsystematischer → Review (U)
- 30** Stevenson, J. F., Mitchell, R. E. (2003): Community-level collaboration for substance abuse prevention. *Journal of Primary Prevention*, 23 (3), 371–404.  
*Art des Beitrags*: Unsystematischer → Review (U)
- 31** Wandersman, A., Florin, P. (2003): Community interventions and effective prevention. *American Psychologist*, 58 (6–7), 441–448.  
*Art des Beitrags*: → Best-Practice-Überblick (BP)
- 32** Sowden, A., Arblaster, L., Stead, L. (2004): Community interventions for preventing smoking in young people. In: *The Cochrane Library*, Issue 3. John Wiley and Sons, Ltd., Chichester, UK. *Art des Beitrags*: Systematischer → Review (S)
- 33** Foxcroft, D. R., Ireland, D., Lister-Sharp, D. J., Lowe, G., Breen, R. (2003): Primary prevention for alcohol misuse in young people. In: *The Cochrane Library*, Issue 4. John Wiley and Sons, Ltd., Chichester, UK.  
*Art des Beitrags*: Systematischer → Review (S)
- 34** Pentz, M. A. (2000): Institutionalizing community-based prevention through policy change. *Journal of Community Psychology*, 28 (3), 257–270.  
*Art des Beitrags*: Unsystematischer → Review (U)
- 35** siehe **26**
- 36** Stead, L. F., Lancaster, T. (2004): Interventions for preventing tobacco sales to minors. In: *The Cochrane Library*, Issue 3. John Wiley and Sons, Ltd., Chichester, UK.  
*Art des Beitrags*: Systematischer → Review (S)
- 37** Fichtenberg, C. M., Glantz, S. A. (2002): Youth access interventions do not affect youth smoking. *Pediatrics*, 109 (6), 1088–1092.  
*Art des Beitrags*: Systematischer → Review (S)
- 38** Wakefield, M., Chaloupka, F. J. (2000): Effectiveness of comprehensive tobacco control programmes in reducing teenage smoking in the USA. *Tobacco Control*, 9 (2), 177–186.  
*Art des Beitrags*: Systematischer → Review (S)

**39** Hanewinkel, R., Pohl, J. (1998): Werbung und Tabakkonsum. Wirkungsanalyse unter besonderer Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen. IFT-Nord, Kiel.

*Art des Beitrags:* Einzelstudie (E)

Link: [http://www.ift-nord.de/ift/neu-ift/projtxt/werbungtabak/material/werbung\\_tabakkonsum.pdf](http://www.ift-nord.de/ift/neu-ift/projtxt/werbungtabak/material/werbung_tabakkonsum.pdf)

**40** Shults, R. A., Elder, R. W., Sleet, D. A., Nichols, J. L., Alao, M. O., Garande-Kulis, V. G., Zaza, S., Sosin, D. M., Thompson, R. S. and the Task Force on Community Preventive Services. (2001): Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *American Journal of Preventive Medicine*, 21 (Suppl. 1), 66–88.

*Art des Beitrags:* Systematischer → Review (S)

**41** Wagenaar, A. C., Toomey, T. L. (2002): Effects of minimum drinking age laws: Review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *Journal of Studies on Alcohol*, Suppl. 14, 206–225.

*Art des Beitrags:* Systematischer → Review (S)

**42** Chaloupka, F. J., Grossman, M., Saffer, H. (2002): The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol Research and Health*, 26 (1), 22–34.

*Art des Beitrags:* Unsystematischer → Review (U)

**43** Single, E., Christie, P., Ali, R. (2000): The impact of cannabis decriminalisation in Australia and the United States. *Journal of Public Health Policy*, 21 (2), 157–186.

*Art des Beitrags:* Systematischer → Review (S)

**44** Wicki, W., Stübi, B. (2001): Präventionsforschung im Bereich substanzgebundener Abhängigkeiten bei Jugendlichen: State of the Art. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 93 (3), 205–228.

*Art des Beitrags:* Systematischer → Review (S)

**45** Catalano, R. F., Haggerty, K. P., Gainey, R. R., Hoppe, M. J., Brewer, D. D. (1998): Effectiveness of prevention interventions with youth at high risk of drug abuse. In: Bukoski, W. J., Evans, R. I. (Eds.): *Cost-benefit/cost-effectiveness research of drug abuse prevention: implication for programming and policy*. NIDA Research Monograph, Number 176. National Institute on Drug Abuse, Rockville, 83–110.

*Art des Beitrags:* → Best-Practice-Überblick (BP)

Link: [http://www.nida.nih.gov/pdf/monographs/monograph176/083-110\\_Catalano.pdf](http://www.nida.nih.gov/pdf/monographs/monograph176/083-110_Catalano.pdf)

**46** Mowbray, C. T., Oyserman, D. (2003): Substance abuse in children of parents with mental illness: risks, resiliency, and best prevention practices. *Journal of Primary Prevention*, 23 (4), 451–483.

*Art des Beitrags:* → Best-Practice-Überblick (BP)

**47** White, D., Pitts, M. (1998): Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction*, 93 (10), 1475–1487.

*Art des Beitrags:* → Meta-Analyse (M)

**48** Werch, C. E., Owen, D. M. (2002): Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *Journal of Studies on Alcohol*, 63 (5), 581–590.

*Art des Beitrags:* Systematischer → Review (S)

**49** Blake, S. M., Amaro, H., Schwartz, P. M., Flinchbaugh, L. J. (2001): A review of substance abuse prevention interventions for young adolescent girls. *Journal of Early Adolescence*, 21 (3), 294–324.

*Art des Beitrags:* Systematischer → Review (S)



# **GLOSSAR**



## Allgemeine Suchtprävention

- ❖ Zielt nicht auf eine einzelne Substanz, sondern auf mehrere Substanzen ab (meist Tabak, Alkohol und Cannabis).

## Best-Practice-Überblick

- ❖ Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit der bestmöglichen präventiven Maßnahmen.
- ❖ Keine verallgemeinernde Aussage über durchschnittliche Wirksamkeit von präventiven Maßnahmen möglich.

**CT** *siehe* Kontrollierte Studie

## DSM-IV

- ❖ Abkürzung für Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (deutsch: Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen). Es handelt sich um ein Klassifikationssystem zur Einordnung und Diagnostik psychischer Störungen und wird von der American Psychiatric Association herausgegeben. Seit 1996 liegt die aktuelle 4. Auflage in deutscher Sprache vor.

## Effektstärke

- ❖ Quantitativer Unterschied zwischen Experimental- und Kontrollgruppe.
- ❖ An der Populationsstreuung standardisierte Differenz der Mittelwerte von Experimental- und Kontrollgruppe (Hedges  $d$ ).
- ❖ Effekte bis  $.2$  gelten als klein,  $.5$  als mittel, und  $.8$  als groß.
- ❖ Kann als absoluter prozentualer Unterschied in der Verteilung der Konsumentinnen und Konsumenten auf Experimental- und Kontrollgruppe interpretiert werden (differentielle Erfolgsrate, Rosenthal und Rubin, 1982). Bei Ausbleiben eines Effekts wäre die Verteilung 50 : 50.

**EG** *siehe* Experimentalgruppe

## Evidenzbasierung

- ❖ Empirische Absicherung.

## Experimentalgruppe (EG)

- ❖ Gruppe, die an der präventiven Maßnahme teilnimmt. Die Experimentalgruppe wird auch als Interventionsgruppe bezeichnet.

## Expertinnen- und Expertenüberblick

- ❖ Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von präventiven Maßnahmen anhand von Expertinnen- und Experteninterviews oder Aussagen eines Experten bzw. einer Expertin, nicht anhand von Einzelstudien.

## ICD-10

- ❖ Abkürzung für International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Es handelt sich um ein von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenes diagnostisches Klassifikationssystem für Krankheiten und Gesundheitsprobleme. Aktuell liegt die 10. Revision vor.

## Intention-to-treat-Analyse

- ❖ Bestimmt die Anzahl an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die behandelt werden müssen, um eine erfolgreich behandelte Person zu erreichen, die sog. Number Needed to Treat (NNT). Beispiel: Eine NNT von neun bedeutet, dass für neun behandelte Personen eine Person von einer erfolgreichen Behandlung berichtet. Die Ausgangsbasis zur Berechnung ist die Gesamtzahl aller Personen, die ursprünglich den Gruppen zugeordnet waren, auch wenn nicht alle die gesamte Intervention erhielten.

## Intraklassenkorrelation

- ❖ Beschreibt die Möglichkeit, dass die Individuen innerhalb einer Gruppe/Klasse einander ähnlicher sind als die verschiedener Gruppen/Klassen.
- ❖ Stellt ein Problem dar, wenn die Ebene, auf der „randomisiert“ zur Experimentalgruppe oder Kontrollgruppe zugeordnet wird (zum Beispiel Klasse, Schule), eine andere ist als diejenige, auf der ausgewertet wird (zum Beispiel Individuum), weil die Schätzungen der statistischen Signifikanz eines Unterschieds verzerrt sein könnten und damit der eventuelle Effekt der Intervention, das heißt der Unterschied zwischen EG und KG in der Ergebnisvariable, falsch eingeschätzt wird.

**ITS** *siehe* Zeitreihenstudie

**KG** *siehe* Kontrollgruppe

## Klinische Kriterien für Missbrauch und Abhängigkeit (DSM, APA, 1994)

- ❖ Missbrauch (mindestens eines der folgenden Kriterien muss erfüllt sein): Erhebliche Probleme in Haushalt, Familie oder Schule wegen Substanzgebrauch; Substanzgebrauch in gefährlichen Situationen, Probleme mit dem Gesetz wegen Substanzgebrauch; soziale und zwischenmenschliche Probleme wegen Substanzgebrauch.
- ❖ Abhängigkeit (mindestens drei der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein): Toleranzentwicklung, Entzugssymptome; längerer oder stärkerer Konsum als beabsichtigt; erfolglose Kontrollversuche; hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch und Erholung; Einschränkung von Aktivitäten; fortgesetzter Gebrauch trotz schädlicher Folgen.

## Kontrollgruppe (KG)

- ❖ Die Gruppe, die an der präventiven Maßnahme nicht teilnimmt und die mit der Experimentalgruppe verglichen wird. Die Kontrollgruppe wird auch als Vergleichsgruppe bezeichnet.



### **Kontrollierte Studie (CT)**

- ❖ Kontrolliert heißt die Studie, weil die Ergebnisse in der Experimentalgruppe mit denen der Kontrollgruppe (der Gruppe mit einem Referenzwert) ohne Intervention verglichen werden.

### **Mediationsstudien**

- ❖ Mediationsstudien untersuchen, warum eine Maßnahme erfolgreich war, das heißt ob sie aufgrund der Beeinflussung einer vermittelnden Variablen (Mediator) effektiv war.

### **Meta-Analyse**

- ❖ Übersichtsarbeit mit quantitativer Aussage (→ Effektstärke) zur Wirksamkeit von Maßnahmen.
- ❖ Quantitative Zusammenfassung der Ergebnisse vieler Einzelstudien nach vorgegebenen statistischen Vorgehen.
- ❖ Gilt als aussagekräftigstes methodisches Vorgehen zur Generierung von evidenzbasierten Schlussfolgerungen.
- ❖ *Siehe auch:* Qualitativ hochwertige Übersichtsarbeiten.

### **Odds Ratio**

- ❖ Quantifiziert hier die Chance, aufgrund der Teilnahme an einer präventiven Maßnahme im Vergleich zur Nichtteilnahme Nichtkonsument bzw. Nichtkonsumentin anstatt Konsument bzw. Konsumentin zu sein (unter 1 ist die Chance kleiner, über 1 ist die Chance größer).
- ❖ Ergebnisparameter der logistischen Regression, die die Ausprägung einer Kriteriumsvariable (hier Variable „Konsum“ mit Ausprägung Konsument bzw. Konsumentin versus Nichtkonsument bzw. Nichtkonsumentin) anhand von Prädiktorvariablen (hier variable „Gruppe“ mit Ausprägung → Experimental- oder → Kontrollgruppe) vorhersagt.
- ❖ Beziffert das Chancenverhältnis, aufgrund der Ausprägung in einer Prädiktorvariable (zum Beispiel in der → EG und nicht in der → KG zu sein) die Ausprägung der Kriteriumsvariable zu besitzen (zum Beispiel Konsument bzw. Konsumentin zu sein). Bei einer Odds Ratio von .66 ist die Chance, als Mitglied der Experimentalgruppe im Vergleich zu Mitgliedern der Kontrollgruppe Konsument bzw. Konsumentin zu sein, um den Faktor .66 verringert. Bei einer Odds Ratio von 1.50 ist die Chance um den Faktor 1.5 erhöht.

### **Präventive Effekte auf das Konsumverhalten**

- ❖ Die Ergebnisvariablen der Expertise sind präventive Effekte auf das Konsumverhalten. Unter präventiven Effekten auf das Konsumverhalten wird die Verhinderung, Verzögerung und/oder die Reduktion des Konsums verstanden.

## Preiselastizität

- ❖ Veränderung des Konsums bei Erhöhung des Preises um 1 %. Beispiel: Ein Wert von  $-0,5$  bedeutet bei einer Erhöhung des Preises um 1 % eine Reduktion des Konsums von 0,5 % oder bei einer Erhöhung um 10 % eine Reduktion des Konsums von 5 %.

## Prozentunterschied, absolut

- ❖ Differenz zwischen prozentualem Anteil an Konsumenten und Konsumentinnen in der Experimental- und Kontrollgruppe. Beispiel: In der  $\rightarrow$  EG rauchen 10 % und in der  $\rightarrow$  KG 15 %, dadurch ergibt sich ein absoluter Prozentunterschied von 5 %.

## Prozentunterschied, relativ

- ❖ Relativer Anteil an Konsumenten und Konsumentinnen in der EG, gemessen an den Prozenten der  $\rightarrow$  KG. Beispiel: In der Experimentalgruppe rauchen 10 %, in der Kontrollgruppe rauchen 15 %. Dadurch ergibt sich ein relativer Prozentunterschied von 30 %.

## Qualitativ hochwertige Einzelstudien

- ❖ Sind gekennzeichnet durch aussagekräftige Untersuchungsdesigns, die das unterschiedliche Verhalten in Experimental- und Kontrollgruppe tatsächlich auf die Wirksamkeit der präventiven Maßnahme zurückführen lassen und andere Interpretationsmöglichkeiten des unterschiedlichen Abschneidens in den Gruppen weitmöglichst ausschließen.
- ❖ Hochwertige Studien beinhalten den Vergleich einer behandelten und unbehandelten Gruppe, wobei am besten eine zufällige Zuordnung der Personen zur Experimental- oder Kontrollgruppe stattfand ( $\rightarrow$  Randomisierung). Dies ist bei randomisierten, kontrollierten Studien ( $\rightarrow$  RCT, randomized controlled trial) und kontrollierten Studien ohne Randomisierung (*siehe* CT, controlled trial) der Fall. Daten werden von den Gruppen dann zumindest vor und nach der Behandlung, am besten auch zu späteren Zeitpunkten, erhoben.
- ❖ Ist kein Vergleich zwischen zwei Gruppen möglich, sind Zeitreihenstudien ( $\rightarrow$  IST, interrupted time series) eine Alternative. Eine Gruppe wird zu einem Zeitpunkt befragt, auf den ein Zeitintervall ohne Behandlung folgt, das mit der gleichen Datenerhebung endet. Darauf folgt ein Zeitintervall mit Behandlung, das wiederum mit der gleichen Datenerhebung endet. So kann an denselben Personen verglichen werden, wie sich das Verhalten mit und ohne Behandlung entwickelt.

## Qualitativ hochwertige Übersichtsarbeiten

- ❖ Sind gekennzeichnet durch systematische Suche und Auswahl von Einzelstudien, Transparenz der Suche und Auswahl, Qualität der Einzelstudien, Stringenz und Schlüssigkeit der Auswertung und Schlussfolgerungen.
- ❖ Möglichst in peerreviewten Zeitschriften erschienen.
- ❖ Zum Beispiel Meta-Analysen, systematische Reviews.

## **Randomisierte kontrollierte Studie (RCT)**

- ❖ Die randomisierte kontrollierte Studie (RCT englisch: randomized controlled trial) ist in der Forschung das nachgewiesene beste Studiendesign, um bei einer eindeutigen Fragestellung eine eindeutige Aussage zu erhalten. Deshalb wird auch vom „Goldstandard“ der Studienplanung gesprochen.

## **Randomisierung**

- ❖ Randomisierung bedeutet, dass eine Einteilung nach dem Zufallsprinzip erfolgt. Das erlaubt, dass eine auch unbewusste Befangenheit des Untersuchers bei der Einteilung weitgehend ausgeschlossen werden kann und bekannte sowie nicht bekannte Einflussfaktoren auf alle Gruppen möglichst gleich verteilt sind. Das verlangt, dass die Anzahl der zu untersuchenden Personen ausreichend groß sein muss. Form und Durchführung der Randomisierung müssen in der Studie angeführt werden. Alle randomisierten Studien sind auch kontrollierte Studien.

**RCT** *siehe* Randomisierte kontrollierte Studie

## **Review**

- ❖ Übersichtsarbeit mit qualitativer Aussage zur Wirksamkeit von Maßnahmen.
- ❖ Qualitative Zusammenfassung der Ergebnisse vieler Einzelstudien nach mehr oder weniger nachzuvollziehendem, nicht statistischem Vorgehen.
- ❖ *Siehe auch*: Qualitativ hochwertige Übersichtsarbeiten.
- ❖ **Systematischer Review**: Bei der Suche und Auswahl der Einzelstudien wurde so vorgegangen, dass jede verfügbare Einzelstudie in den Review hätte eingehen können.
- ❖ **Unsystematischer Review**: Bei der Suche und Auswahl der Einzelstudien wurde nicht nachvollziehbar so vorgegangen, dass jede verfügbare Einzelstudie in den Review hätte eingehen können.

## **Risiko- und Schutzfaktoren**

- ❖ Risiko- und Schutzfaktoren sind Einflussfaktoren des Substanzkonsums. Risikofaktoren gehen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit des Substanzkonsums einher. Beim Vorliegen von Risikofaktoren bedeutet das gleichzeitige Vorhandensein von Schutzfaktoren eine niedrigere Wahrscheinlichkeit des Substanzkonsums. Beispielsweise könnte die Wirkung des Risikofaktors „Scheidung der Eltern“ auf späteren Substanzkonsum durch den Schutzfaktor „Guter geschwisterlicher Zusammenhalt“ abgemildert werden.

## **Zeitreihenstudie (ITS)**

- ❖ Eine Studie, bei der vor, während und nach der Einführung einer Intervention oder einer Experimentalhandlung periodisch Messungen durchgeführt werden, mit dem Ziel, Schlussfolgerungen über die Interventionseffekte zu erhalten.