

---

# Expertise zur Suchtprävention

---

Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der »Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs«

**BZgA**  
Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung



Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit 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 zum Beispiel 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.

---

# Expertise zur Suchtprävention

---

Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der »Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs«

Dr. Anneke Bühler, Johannes Thru

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.

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 46

Expertise zur Suchtprävention – Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der »Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs«. Köln: BZgA, 2013

### **Herausgeberin**

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Tel.: 0221/8992-0

Fax: 0221/8992-300

### **Projektleitung**

Michaela Goecke

E-Mail: [michaela.goecke@bzga.de](mailto:michaela.goecke@bzga.de)

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Alle Rechte vorbehalten.

**Lektorat:** René Zey, Frechen

**Satz:** Königsdorfer Medienhaus, Frechen

**Druck:** Welpdruck, Wiehl

Auflage: 1.3.11.13

ISBN 978-3-942816-44-1

Band 46 der Fachheftreihe ist erhältlich unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln, und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60640046

## Vorwort

Die Suchtpräventionsforschung ist in den letzten Jahren kontinuierlich weiterentwickelt worden und hat neues praxisrelevantes Wissen erarbeitet. Sowohl in der universellen als auch in der selektiven Suchtprävention sind Handlungsfelder erweitert worden: Stärker in den Blick gerückt sind beispielsweise die Handlungsfelder »Familie« und »Gesundheitsversorgung«. Das Internet spielt als Zugangsweg zu Zielgruppen eine immer größere Rolle. Inhaltlich ist mit der Prävention des problematischen Glücksspielverhaltens und der pathologischen Computerspiel- und Internetnutzung eine thematische Ausweitung innerhalb der Suchtprävention erfolgt. Inwieweit sich diese Veränderungen bereits in der Suchtpräventionsforschung niederschlagen, zeigt die vorliegende aktualisierte »Expertise zur Suchtprävention«.

Die Neuauflage der im Jahr 2006 erschienenen »Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs« bietet eine wissenschaftlich basierte Handreichung für die Praxis der Suchtprävention. Ziel ist es, die neuen Erkenntnisse der Präventionsforschung zu verbreiten und der Fachöffentlichkeit in Deutschland den aktuellen wissenschaftlichen Stand der Suchtprävention zusammengefasst zugänglich zu machen.

Anhand einer umfassenden Darstellung und Bewertung von qualitativ hochwertigen Übersichtsarbeiten wie Reviews und Meta-Analysen über wirksame Maßnahmen zur Suchtprävention informiert die vorliegende Expertise kompakt und übersichtlich über effektive Strategien und Konzepte, denn: Grundlage für erfolgreiche Suchtprävention ist ein zielgerichtetes Vorgehen, das sich an Erkenntnissen der Präventionsforschung orientieren sollte.

Ich freue mich, dass die BZgA die Akteurinnen und Akteure und alle in der Planung und Entscheidung Tätigen auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene mit der vorgelegten »Expertise zur Suchtprävention« über beste suchtpreventive Praxis informieren und ihnen damit für die Konzeption suchtpreventiver Maßnahmen qualifizierte Unterstützung anbieten kann.

Köln, im August 2013

Prof. Dr. Elisabeth Pott  
Direktorin der Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung

---

# Inhalt

---

»	Vorwort	3
»	Zusammenfassung	7
01	» Einleitung	10
01.1	<b>Problemlage</b>	10
01.1.1	Verbreitung des Substanzgebrauchs und -missbrauchs	10
01.1.2	Folgen des Substanzkonsums	12
01.1.3	Verbreitung des problematischen Glücksspielverhaltens und des exzessiven Medienkonsums	14
01.2	<b>Ziel und Adressatenkreis der Expertise</b>	16
01.3	<b>Theoretische Grundlagen von suchtpreventiven Maßnahmen</b>	17
01.3.1	Sozial-kognitive Maßnahmen	17
01.3.2	Verhältnispräventive Maßnahmen	18
02	» Methodik	20
02.1	<b>Theoretischer Hintergrund</b>	20

---

02.2	<b>Literaturbasis</b>	22
02.3	<b>Suchstrategie</b>	23
02.4	<b>Auswertung</b>	26

## 03 Ergebnisse 30

03.1	<b>Handlungsfeld Familie</b>	32
	03.1.1 Einzelbefunde	32
	03.1.2 Fazit	36
03.2	<b>Handlungsfeld Schule</b>	37
	03.2.1 Einzelbefunde	37
	03.2.2 Fazit	46
03.3	<b>Handlungsfeld Freizeit</b>	50
	03.3.1 Einzelbefunde	50
	03.3.2 Fazit	54
03.4	<b>Handlungsfeld Medien</b>	54
	03.4.1 Einzelbefunde	54
	03.4.2 Fazit	58
03.5	<b>Handlungsfeld Gesundheitsversorgung</b>	58
	03.5.1 Einzelbefunde	58
	03.5.2 Fazit	60
03.6	<b>Handlungsfeld Kommune</b>	60
	03.6.1 Einzelbefunde	60
	03.6.2 Fazit	64
03.7	<b>Handlungsfeld Gesetzliche Rahmenbedingungen</b>	65
	03.7.1 Einzelbefunde	65
	03.7.2 Fazit	71
03.8	<b>Handlungsfeldübergreifend</b>	71
	03.8.1 Selektive Prävention	71
	03.8.2 Negative Effekte	86
	03.8.3 Geschlechtsspezifität	87
	03.8.4 Effizienz	87
	03.8.5 Tabakprävention	87
	03.8.6 Alkoholprävention	90
	03.8.7 Prävention Illegale Drogen	94
	03.8.8 Prävention des problematischen Glücksspielverhaltens	96

---

03.9	<b>Bereiche mit Mangel an Forschungsbefunden</b>	98
03.9.1	Verhaltensbereiche	98
03.9.2	Handlungsfelder	99
03.9.3	Zielgruppen	100
03.9.4	Suchtprävention in Deutschland	101
03.10	<b>Methodische Qualität der Überblicksarbeiten</b>	101
04	<b>» Diskussion</b>	104
04.1	<b>Zusammenfassung: Was wirkt? Was wirkt nicht?</b>	104
04.1.1	Universelle Prävention des Substanzmissbrauchs	104
04.1.2	Selektive Prävention des Substanzmissbrauchs	108
04.1.3	Prävention des problematischen Glücksspielverhaltens	109
04.2	<b>Vergleich und Einordnung der Ergebnisse</b>	109
04.2.1	Alkohol	110
04.2.2	Alle Substanzen	110
04.3	<b>Was heißt Wirksamkeit in der Suchtprävention? Was heißt Evidenzbasierung? Was bedeutet Evidenzbasierung für die Praxis?</b>	111
05	<b>» Literatur</b>	116
05.1	<b>Allgemeine Literatur</b>	116
05.2	<b>Berücksichtigte Artikel</b>	121
06	<b>» Glossar</b>	126

---

## Zusammenfassung

### Ziel und Adressatenkreis

Ziel der Expertise ist es, die Wirksamkeit existierender suchtpreventiver Interventionsansätze und -maßnahmen anhand von → qualitativ hochwertigen Übersichtsartikeln (→ Reviews, → Meta-Analysen) zu beurteilen. Wirksamkeit wird in der vorliegenden Expertise definiert als Verhinderung, Verzögerung oder Reduktion des Konsums von Tabak, Alkohol, Cannabis und anderen illegalen psychoaktiven Substanzen durch universelle und selektive Ansätze. Darüber hinaus werden ebenfalls Ansätze zur Prävention des problematischen Glücksspielverhaltens hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bewertet. Aufgrund der bisher noch geringen Zahl an Interventionsstudien wird der derzeitige Stand der Prävention von Medikamentenabhängigkeit und »Internetsucht« zunächst exploriert. Es werden sowohl Maßnahmen der Verhaltens- als auch der Verhältnisprävention beurteilt. Angestrebt werden Schlussfolgerungen zur Effektivität von Maßnahmen, die in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Prävention angesiedelt sind, sowie substanz- und glücksspiel-spezifische Schlussfolgerungen. Allen Schlussfolgerungen wird eine Evidenzstärke zugewiesen. Neben dieser Hauptaufgabe werden theoretische Grundlagen vorgestellt, die aktuell im Bereich (Sucht-)Prävention diskutiert werden. Zudem wird die Literatur zu anderen spezifischen Zielgruppen (Migrantinnen und Migranten, ältere Menschen) und der Prävention in Deutschland exploriert. Der Adressatenkreis der Expertise sind Verantwortliche für Suchtprevention (Entscheidungsträgerinnen und -träger) auf allen handlungspolitischen Ebenen sowie Personen, die mit der Entwicklung und/oder Durchführung präventiver Maßnahmen betraut sind.

### Methode

Die Literatursuche wurde im Zeitraum Oktober und November 2012 in internationalen Datenbanken (The Cochrane Library, Database of Abstracts of Reviews of Effects [DARE], PubMed, PsycINFO, Psynindex, Web of Science) durchgeführt und auf Veröffentlichungen beschränkt, die in den Jahren 2004 bis 2012 erschienen sind. Für die vorliegende Expertise wird andere, neuere Literatur ausgewertet als für die Expertise von 2006. Aus über 5000 Treffern der Literaturrecherche und einschlägigen Publikationen wurden 64 Arbeiten ausgewählt, darunter 17 → Meta-Analysen und 38 systematische → Reviews.

### Ergebnisse

Insgesamt wurden 91 Schlussfolgerungen für die universelle und selektive Prävention des Substanzmissbrauchs und des problematischen Glücksspielverhaltens gezogen. Da Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit der Prävention von Medikamentenmissbrauch und »Internetsucht«, der Prävention mit Migrantengruppen und älteren Menschen sowie der Präventionsmaßnahmen in Deutschland bisher nicht vorhanden sind, war es für diese Fragestellungen nicht möglich, Schlussfolgerungen zu ziehen.

### Universelle Suchtprevention

Universelle Maßnahmen richten sich an Personen, die als Gesamtgruppe ein durchschnittliches Risiko für einen späteren Substanzmissbrauch aufweisen (zum Beispiel Gesamtbevölkerung, Klassenverbände). Als wirksamer universeller Ansatz der Suchtprevention im Handlungsfeld *Familie* sind Elterntrainings und Familienprogramme, insbesondere im Hinblick auf Alkoholkonsum zu empfehlen. Als universeller alkoholpräventiver Ansatz in der *Schule* haben sich alkoholspezifische verhaltensbezogene Interventionen sowie bestimmte Lebenskompetenzprogramme und ein Verhaltenssteuerungsprogramm erwiesen. Für die Tabakprävention sind die Evalua-

tionsergebnisse nicht mehr so einheitlich wie in der Expertise 2006. Die Maßnahmen haben Effekte auf das Rauchverhalten aller Schülerinnen und Schüler in den Klassen, unabhängig von der bisherigen Raucherfahrung (Lebenskompetenzprogramme, Maßnahmen nach dem Ansatz der sozialen Einflussnahme, Klassenwettbewerbe). Eine Wirkung speziell auf den Einstieg in das Rauchen kann durch die untersuchten Interventionen nicht erreicht werden. Hier wird empfohlen, verhaltensbezogene Programme, die am sozialen Einfluss auf den Konsum oder an der Lebenskompetenz ansetzen – am besten kombiniert mit Maßnahmen im kommunalen Umfeld – umzusetzen. Informationsvermittlung ist weiterhin nicht als alleinige Maßnahme zu empfehlen. Für die Prävention des Konsums von Cannabis und anderen illegalen Drogen sollten kompetenzorientierte, umfassende Programme der Drogenprävention eingesetzt werden, die auf interaktiven Methoden basieren. Schließlich sind Maßnahmen effektiv, die das System Schule zum Beispiel mittels Schulaktionsteams oder durch Verbesserung des Schulklimas verändern. Konkrete wirksame universelle Ansätze im Handlungsfeld *Freizeit* (zum Beispiel Sportvereine, Partysetting, Peer- und Mentorenprogramme) sind noch immer nicht identifiziert. Hier muss noch relativ allgemein auf qualitativ hochwertig umgesetzte außerschulische Programme zur Förderung der personalen und sozialen Kompetenz verwiesen werden. Für das Handlungsfeld *Medien* gibt es erstmals Evidenz für die Wirksamkeit von internet- und computergestützten universellen Präventionsprogrammen. Weiterhin bestätigt sich, dass massenmediale Aktivitäten in traditionellen Medien nur in Kombination mit Schulprogrammen (Tabak), nicht als alleinige Präventionsmaßnahme, einzusetzen sind. Für das Handlungsfeld *Gesundheitsversorgung* liegt bisher wenig Forschung vor; diese zeigt, dass wirksame universelle Ansätze für das Klinik- oder Praxissetting noch entwickelt werden müssen.

Im Hinblick auf die *kommunale Suchtprävention* mit kombinierten Maßnahmen in mehreren Handlungsfeldern ist zu sagen, dass präventive Bemühungen mittlerweile im Hinblick auf Alkohol und Tabak und vereinzelt auf illegale Drogen Effekte nachweisen können. Die Projekte bestehen meist aus schulbasierten Maßnahmen in Kombination mit Erziehungs-, Kommunikations- und Konfliktlösetrainings in der Familie. Eine systematische Kooperation kommunaler Akteure und kommunale alkoholpolitische Regelungen könnten hierbei die Wirkung erhöhen. Bezüglich der Wirksamkeit von *gesetzlichen Rahmenbedingungen* werden auch auf Grundlage der nach 2004 erschienenen Arbeiten Tabak- und Alkoholkontrollstrategien empfohlen, die zu einer Preiserhöhung von Alkohol und Tabakprodukten führen, eine verstärkte Kontrolle und Sanktion der Abgabe von Tabak und Alkohol an Minderjährige nach sich ziehen, die Alkoholwerbung einschränken und die Gelegenheiten zum Rauchen durch Rauchverbote reduzieren.

### Selektive Suchtprävention

Selektive Maßnahmen richten sich an Personen, die als Gruppe ein überdurchschnittliches Risiko für einen späteren Substanzmissbrauch aufweisen (zum Beispiel Kinder aus suchtkranken Familien, Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten, Studierende, Klinikpatientinnen und -patienten). Für diesen Ansatz kann auf Basis der ausgewerteten internationalen Literatur Folgendes empfohlen werden:

- In der *Familie*: Begleitung von erstgebärenden Eltern durch Hebammen und Entbindungspfleger, Kompetenztrainings mit verhaltensauffälligen Kindern und deren Eltern, Familienprogramme mit suchtkranken Familien (Alkohol).
- In der *Schule*: Lebenskompetenzprogramme mit zusätzlichen sogenannten indizierten Elementen für ältere Jugendliche (16–20 Jahre, Alkohol), die ein individuell hohes Risiko für Konsum von illegalen Drogen haben.

- In der *Hochschule*: Persönliche Kurzinterventionen, Online- und Computerfeedback und normatives Feedback, webbasierte Programme, geschlechtsspezifische Angebote zur Überprüfung von Wirkerwartungen, Mehrkomponentenansätze – bestehend aus Informationsvermittlung, Motivationsförderung und Feedback (Alkohol).
- Im Bereich *Freizeit/Kommune*: Mentorenprogramme mit Teenagern (Alkohol), Multikomponentenprojekte in den Handlungsfeldern Familie und Freizeit mit Fallmanagerin bzw. Fallmanager (Alkohol, illegale Drogen).
- Im Bereich *Gesundheitsversorgung*: Persönliche Kurzintervention im Kliniksetting (Alkohol, Cannabis).

Für die Prävention des *problematischen Glücksspielverhaltens* lassen sich auf Basis der hier ausgewerteten Literatur noch keine wirksamen universellen Maßnahmen empfehlen. In der selektiven Prävention mit Erwachsenen scheint die Kombination von Aufklärungsmaterialien und Beratungsgespräch das Spielverhalten zu beeinflussen.

Die Auswertung von Übersichtsartikeln bringt methodisch sowohl Vorteile als auch Nachteile mit sich. Für die Aktualisierung der Expertise konnten aussagekräftigere Publikationen identifiziert werden als für die Auswertung im Jahr 2006. Allerdings muss bei der Interpretation der Ergebnisse bedacht werden, dass bei der Beurteilung von Wirksamkeit der Perspektive der Evidenzbasierung gefolgt wurde: Wirksam heißt hier meist, dass im Rahmen eines bestimmten Studiendesigns (randomisierte oder kontrollierte Studie) ein Effekt auf einen begrenzten Ergebnisparameter (Konsumverhalten) nachgewiesen werden konnte. Es wird abschließend diskutiert, welche Grenzen auch Methoden der Evidenzbasierung, insbesondere randomisiert kontrollierte Studien, haben und wie sinnvoll die Begrenzung auf den Ergebnisparameter Konsumverhalten ist. Das hier

zusammengefasste wissenschaftliche Wissen zur Wirksamkeit von präventiven Maßnahmen sollte eine zentrale, aber nicht alleinige Ressource bei der Planung und Umsetzung von Suchtprävention sein. Dies gilt umso mehr, als es sich bei der ausgewerteten Forschung hauptsächlich um Studien aus den USA handelt. Die Dimensionen Kontext und Wertesystem sind für eine evidenzbasierte Praxis ebenso wichtig (Broesskamp-Stone 2012).

Evidenzstarkes Wissen über die Wirksamkeit von suchtpreventiven Programmen in Deutschland ist bisher noch gering. Um dieses Wissen zu vergrößern, sind mehr qualitativ hochwertige Evaluationsstudien erforderlich, die nicht nur untersuchen ob, sondern auch, mit welcher Personengruppe und warum eine Maßnahme ihre Ziele erreicht oder nicht. Auch in der Praxis sollte mehr evaluiert werden. Ein möglicher nächster Schritt auf diesem Weg zu einer »evidenzinformierten« Präventionspraxis wird abschließend vorgeschlagen.

---

# 01

---

## » Einleitung

---

### » 01.1 Problemlage

#### **01.1.1 Verbreitung des Substanzgebrauchs und -missbrauchs**

Etwa 8,9 Millionen Menschen in Deutschland konsumieren Alkohol in einer für ihre Gesundheit riskanten Weise [Kraus und Pabst 2010]. Täglich rauchen etwa 10,1 Millionen deutsche Erwachsene, davon sind 3,6 Millionen starke Raucherinnen und Raucher. Die Anzahl, die [fast] täglich Cannabis konsumiert, beläuft sich auf 200.000 Bürgerinnen und Bürger;

ein aktueller Gebrauch von anderen illegalen Drogen wird für 330.000 Personen geschätzt [Kraus und Pabst 2010]. Das Ausmaß behandlungswürdiger substanzbezogener Störungen kann für Erwachsene gemäß diagnostischen Kriterien des →<sup>1</sup> DSM-IV bestimmt werden. Für die deutsche Bevölkerung werden hier folgende Betroffenenzahlen geschätzt: 2,0 Millionen Alkoholmissbrauch, 1,3 Millionen Alkoholabhängigkeit, 3,8 Millionen Tabakabhängigkeit, 1,4 Millionen Medikamentenabhängigkeit, 0,38 Millionen Cannabismissbrauch und 0,22 Millionen Cannabisabhängigkeit. Ein problematischer Konsum von Opiaten bzw. anderen illegalen Drogen, der in der Regel mit Missbrauch oder Abhängigkeit einhergeht, wird für 138.000 bzw. 180.000 deutsche Erwachsene geschätzt [Kraus und Bühringer 2008].

---

1 Mit einem vorangestellten Pfeil markierte Begriffe sind im Glossar erklärt oder verweisen auf eine andere Stelle in der Expertise.

Konsum und Missbrauch von psychoaktiven Substanzen beginnen für die Mehrheit der Bevölkerung im Jugendalter (Einstiegsalter, Erstkonsum). So wird die erste Zigarette im Durchschnitt mit 14,3 Jahren geraucht, der erste Alkoholrausch mit 15,9 Jahren erlebt und Cannabis im Mittel zum ersten Mal mit 16,7 Jahren geraucht (BZgA 2012). Erste Erfahrungen mit anderen illegalen Drogen, wenn insgesamt auch sehr wenig verbreitet, werden zwischen 16 und 18 Jahren gemacht (BZgA 2012).

Im Folgenden wird die Verbreitung von Indikatoren des riskanten Konsums berichtet: Binge-Drinking und Alkoholrausch, täglicher und starker Tabakkonsum, der Konsum illegaler Substanzen, Mehrfachkonsum (Polykonsum) sowie das Auftreten substanzbezogener Probleme. Da die Zeitintervalle, in denen die meisten Menschen mit dem Konsum und regelmäßigen Gebrauch beginnen, für die meisten psychoaktiven Substanzen im Jugendalter und frühen Erwachsenenalter liegen, werden die Prävalenzen für die Altersgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen berichtet. Eine Ausnahme stellt der Medikamentenmissbrauch dar.

Alkohol ist die psychoaktive Substanz, deren Konsum im Kindes- und Jugendalter am weitesten verbreitet ist. Dies zeigen alle verfügbaren epidemiologischen Studien, darunter auch die aktuelle Repräsentativerhebung zur Drogenaffinität Jugendlicher und junger Erwachsener, in der eine repräsentative Stichprobe von über 5000 12- bis 25-Jährigen in Deutschland befragt wurden (BZgA 2012). In der Erhebung von 2011 geben die 12- bis 25-Jährigen an, mit durchschnittlich 14,5 Jahren zum ersten Mal Alkohol getrunken zu haben. Der frühe Alkoholkonsum in den jüngeren Altersgruppen ist durch einen gelegentlichen Konsum von geringen Mengen Alkohol charakterisiert. Über das Alter nimmt der Anteil regelmäßiger Konsumentinnen und Konsumenten mit höheren konsumierten Mengen zu. Je nach erfragter Getränkeart berichten bis zu 5,6% der 12- bis 15-Jährigen

von einem regelmäßigen, das heißt mindestens wöchentlichen Alkoholkonsum. Von den 16- und 17-Jährigen trinken bereits bis zu 30,8% regelmäßig Alkohol, von den 18- bis 21-Jährigen 39,1% und von den 22- bis 25-Jährigen 40,4%. 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 dagegen im mittleren und späten Jugendalter (16–19 Jahre).

Ein Indikator für ein riskantes Konsummuster stellt das episodische, starke Trinken (Rauschtrinken, Binge-Drinking) dar. Annähernd ein Drittel der Jugendlichen und jungen Erwachsenen berichten, dass sie innerhalb der letzten 30 Tage mindestens zu einer Trinkgelegenheit fünf oder mehr Gläser Alkohol hintereinander getrunken haben (BZgA 2012). Während Binge-Drinking in der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen noch weniger verbreitet ist (15,2%), kommt es bei 41,9% der 18- bis 25-Jährigen vor. Häufiges Rauschtrinken (viermal oder öfter in den letzten 30 Tagen) berichten 3,7% der 12- bis 17-jährigen und 12,9% der 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen. In der Europäischen Schülerbefragung ESPAD (Kraus et al. 2012), an der sich über 6900 Neunt- und Zehntklässler in Deutschland beteiligt haben, berichten 26,6% der befragten Schülerinnen und Schüler ein- oder zweimal, 16,2% drei- bis fünfmal und 10,1% mindestens sechsmal innerhalb der letzten 30 Tage mehr als fünf Alkoholeinheiten zu einer Gelegenheit getrunken zu haben. Das riskante Trinkverhalten wird häufiger von Jungen als von Mädchen gezeigt (BZgA 2012, Kraus et al. 2012). Die Anteilswerte des Rauschtrinkens sind bei den männlichen Befragten je nach Indikator und Altersgruppe um das 1,8- und 2,4-fache höher als bei den weiblichen Befragten (BZgA 2012).

Die Verbreitung des Tabakkonsums ist im Vergleich zum Alkoholkonsum geringer (BZgA 2012). Im Jahr

2011 haben 44 % der Jugendlichen und jungen Erwachsenen noch nie geraucht. Es ist der geringste Wert hinsichtlich der Rauchprävalenz und gleichzeitig der höchste Anteil an Nichtraucherinnen und -rauchern seit dem Beobachtungszeitraum 1979 zu verzeichnen. Weiterhin ist das Rauchen alterskorreliert, der Anteil täglicher Tabakkonsumentinnen und -konsumenten steigt über die Altersgruppen von 4,8 % bei den 12- bis 17-Jährigen auf 23,1 % bei den 18- bis 25-Jährigen. Von 2,0 % der Jugendlichen (11,7 % der Rauchenden) werden mindestens zehn Zigaretten täglich, bei 0,3 % mindestens 20 Zigaretten täglich geraucht. Der Anteil der starken Raucherinnen und Raucher beträgt bei den jungen Erwachsenen 16,5 % (mindestens zehn Zigaretten täglich) bzw. 4,8 % (mindestens 20 Zigaretten täglich).

Auch mit illegalen Substanzen setzen sich Kinder und Jugendliche auseinander, aber insbesondere die jungen Erwachsenen werden mit dieser Thematik konfrontiert. So haben 17,6 % der 12- bis 17-Jährigen und 65,1 % der 18- bis 25-Jährigen gemäß der Drogenaffinitätsstudie (BZgA 2012) schon einmal eine illegale Substanz angeboten bekommen. Eine illegale Substanz probiert haben 7,2 % der Jugendlichen und 39,8 % der jungen Erwachsenen. Ein regelmäßiger Konsum (in den letzten zwölf Monaten mehr als zehnmal konsumiert) ist für jeden hundertsten Jugendlichen und für 3,7 % der 18- bis 25-jährigen Befragten festzustellen. Die mit Abstand am häufigsten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen probierte illegale Substanz ist Cannabis: So haben 4,6 % der 12- bis 17-Jährigen und 13,5 % der 18- bis 25-Jährigen an illegalen Drogen ausschließlich Haschisch oder Marihuana konsumiert. Demgegenüber haben nur 1,0 % der Jugendlichen und 2,8 % der jungen Erwachsenen eine andere psychoaktive Droge konsumiert, wie Amphetamine (Jugendliche: 0,4 %; junge Erwachsene: 1,6 %), psychoaktive Pflanzen und Pilze (Jugendliche: 0,4 %; junge Erwachsene: 0,7 %), Ecstasy (Jugendliche: 0,2 %; junge Erwachsene: 1,0 %),

Kokain (Jugendliche: 0,2 %; junge Erwachsene: 0,9 %), LSD (Jugendliche: 0,2 %; junge Erwachsene: 0,3 %) oder Schnüffelstoffe (Jugendliche: 0,1 %; junge Erwachsene: 0,2 %).

### 01.1.2 Folgen des Substanzkonsums

Jede bzw. jeder zweite in der Jugend regelmäßig Rauchende entwickelt bis zum Alter von 34 eine Tabakabhängigkeit (Wittchen et al. 2008). Von den in der Jugend regelmäßig Alkohol konsumierenden Jungen erfüllen bis zu diesem Zeitpunkt etwa 44 % die Kriterien eines Alkoholmissbrauchs, für Mädchen beläuft sich diese Zahl auf 17 %. Jeder fünfte männliche und jede vierzehnte weibliche regelmäßig Alkoholkonsumierende entwickelt bis zu diesem Alter eine Alkoholabhängigkeit.

Die Entwicklung eines klinisch relevanten Substanzmissbrauchs oder einer Abhängigkeit stellt eine langfristige negative Folge riskanter Konsummuster dar. Konsum kann aber auch direkte negative Konsequenzen haben. Dabei geht der Substanzkonsum für den Einzelnen mit gesundheitlichen, juristischen und finanziellen Risiken einher. In der ESPAD-Studie (Kraus et al. 2012) wurden die 15- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schüler nach alkohol- und drogenbezogenen Problemen befragt. Wie sich zeigte, gaben 13,2 % der Befragten in der Folge des Alkoholkonsums Probleme mit den Eltern, 14,8 % mit Freundinnen/Freunden und 7,0 % mit der Polizei an. 3,0 % waren Opfer eines Diebstahls und/oder Gewalt, 2,0 % wurden in den vergangenen zwölf Monaten aufgrund von Alkohol in ein Krankenhaus oder eine Notaufnahme eingewiesen und 7,6 % erlebten einen negativen Einfluss auf ihr Sexualverhalten (zum Beispiel später bereuter Geschlechtsverkehr). Nach den Items des CRAFFT<sup>2</sup>, das problematischen Alkoholkonsum bei Jugendlichen identifiziert, berichten 33,1 % der Jungen und 31,5 % der Mädchen für den Zeitraum der letzten zwölf Monate Erinnerungslücken im Zusammenhang mit Alkoholkonsum. Jungen haben

häufiger alkoholisiert am Straßenverkehr teilgenommen (34,8%) als Mädchen (20,9%), sie tranken häufiger allein (29,0% vs. 16,9%), wurden häufiger in der Familie darauf hingewiesen, ihren Alkoholkonsum zu verringern (24,5% vs. 16,6%) und bekamen häufiger nach Alkoholkonsum Ärger mit anderen (21,8% vs. 15,2%) (Kraus et al. 2012).

Die Lebenszeitprävalenz des Missbrauchs von verschreibungspflichtigen Medikamenten liegt im mittleren Jugendalter für Tranquilizer und Sedativa bei 2,3%, für anabole Steroide bei 0,9% (Kraus et al. 2012). Die Prävalenzen sind für Jungen in diesem Alter höher als für Mädchen. Von denen, die die Substanzen ohne Verschreibung durch die Ärztin bzw. den Arzt genommen haben, berichten die meisten, dies nicht öfter als ein- bis fünfmal getan zu haben. Einen häufigeren Konsum über die Lebenszeit geben zwischen 20 und 30% der KonsumentInnen an (Tranquilizer und Sedativa: 15,3% 6- bis 19-mal, 7,6% 20-mal oder öfter; anabole Steroide 26,3% 6-bis 19-mal, 5,5% 20-mal und öfter) (Kraus et al. 2012). Für das Erwachsenenalter wird geschätzt, dass 4,0% der Gesamtbevölkerung einen problematischen Medikamentenkonsum aufweisen, bezogen auf die Konsumentinnen und Konsumenten von Medikamenten sind dies 6,2% (Pabst et al. 2010). Da Frauen insgesamt eher Medikamente gebrauchen als Männer (für Schmerzmittel zum Beispiel 69,1% vs. 54,3%), ist die Schätzung des problematischen Medikamentenkonsums insgesamt betrachtet auch für Frauen leicht höher (4,3% vs. 3,6%). Betrachtet man nur die Konsumentinnen und Konsumenten, ist das Verhältnis ausgeglichen (jeweils etwa 6%). Ab dem Alter von 40 Jahren findet man höhere Prävalenzzahlen der täglichen Medikamenteneinnahme und des proble-

matischen Gebrauchs. Die höchste Prävalenz riskanten Konsums ist hier bei den 50- bis 59-jährigen Konsumentinnen und Konsumenten zu beobachten (9,3%). Allerdings scheint auch jeder Zwanzigste im dritten Lebensjahrzehnt davon betroffen.

Inwieweit Mittel zur Leistungssteigerung in der Allgemeinbevölkerung eingenommen werden, wurde 2010 mittels der KOLIBRI-Studie eingeschätzt (Robert Koch-Institut 2011). Sporttreibende geben zu 7,1% an, verschreibungspflichtige Mittel (einschließlich Dopingmittel) zu verwenden. Dopingmittel im engeren Sinne setzen vor allem Frauen und Männer im jungen Erwachsenenalter (18 bis 29 Jahre) (2,2% bzw. 1,9%) ein. Eine Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit durch sogenannte Neuroenhancer berichten insgesamt 1,5% der Bevölkerung. Neuroenhancement ist insbesondere bei 18- bis 44-jährigen und Erwerbstätigen mit einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von über 40 Stunden zu beobachten (Robert Koch-Institut 2011). In der HIS-BUS-Studie mit Studierenden gaben 12% der Befragten an, seit Beginn des Studiums eine oder mehrere Substanzen eingenommen zu haben, um die Studienanforderungen besser bewältigen zu können (Middendorff, Poskowsky und Isserstedt 2012). Etwa 5% betreiben demnach pharmakologisches Hirndoping im engeren Sinne, weitere 5% nutzen »Soft-Enhancer« wie Vitamine und pflanzliche Substanzen. Häufig werden pharmakologische und weiche leistungssteigernde Mittel nach eigenen Angaben von 1,4% der Studierenden eingenommen (Middendorff et al. 2012).

Zusammengefasst weisen die epidemiologischen Daten zu Substanzkonsum und -missbrauch darauf hin, dass trotz der generellen Abnahme der Prävalen-

---

2 Als Screeninginstrument für problematischen Alkoholkonsum unter Jugendlichen wurde ein sechs Items umfassendes Instrument eingesetzt, das in der Praxis mit dem Akronym CRAFFT (Knight et al. 1999, zit. nach Kraus et al. 2012) bezeichnet wird.

zen in den letzten zehn Jahren insbesondere der legale Substanzkonsum im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter weit verbreitet ist. Auch gibt es eine substantielle Minderheit an jungen Menschen, die Cannabis regelmäßig konsumiert und einen problematischen Gebrauch von Medikamenten aufweist. Der Substanzmissbrauch im Jugendalter birgt einschneidende gesundheitliche, juristische und finanzielle Risiken für die eigene psychosoziale Entwicklung oder das Wohlbefinden anderer. Indikatoren von Medikamentenmissbrauch sind insbesondere ab dem Alter von 40 Jahren verstärkt verbreitet.

### 01.1.3 Verbreitung des problematischen Glücksspielverhaltens und des exzessiven Medienkonsums

Verlässliche Zahlen zur Verbreitung von problematischem, stoffungebundenem Konsumverhalten in der deutschen Bevölkerung gibt es zum Glücksspielverhalten (BZgA-Studie, ESPAD, PAGE) und zum exzessiven Medienkonsum (JIM, PINTA, EXIF).

Bezogen auf das letzte Jahr hat etwa die Hälfte der 16- bis 65-jährigen Bevölkerung (50,7%) irgend eine Form des Glücksspiels gespielt (BZgA 2012). Dabei handelt es sich vor allem um das Lottospiel, um Sofortlotterien oder um das private Glücksspiel. Sportwetten werden von 3,4% berichtet, das Spielen an Geldspielautomaten von etwa 2,9%. Unter Einsatz eines etablierten Messinstruments<sup>3</sup> wird geschätzt, dass 0,49% der Bevölkerung ein pathologisches Glücksspielverhalten und 0,51% ein problematisches Glücksspielverhalten aufweisen. Am stärksten mit Problemen assoziiert erwies sich die Altersgruppe der jungen Männer im Alter von 21 bis 25 Jahren (2,4%). Der höchste Anteil an Problemspielern findet

sich unter den Personen, die Sportwetten eingehen und an Geldspielautomaten spielen. Im Rahmen der PAGE-Studie wird geschätzt, dass 1% der 14- bis 64-Jährigen im Laufe des Lebens die Kriterien für pathologisches Glücksspielen nach → DSM-IV, 1,4% für problematisches Glücksspielen und weitere 5,5% für risikoreiches Glücksspielen erfüllen (Meyer et al. 2011). Rückblickend auf das letzte Jahr gaben 44,3% der Neunt- und Zehntklässler an, sich an Glücksspielen mit Geldeinsatz beteiligt zu haben (Kraus et al. 2011). Dabei handelte es sich vor allem um den Kauf von Aufreiß- oder Rubbellosen sowie von Karten- oder Würfelspielen im privaten Rahmen. An Geldspielautomaten, Kartenspielen im Internet oder Lottospielen hatten sich jeweils 6,2% beteiligt. Häufiges Spielen (mindestens sechsmal in den letzten zwölf Monaten) wurde je nach Spielart von 1 bis 3% der Befragten berichtet, nur das private Karten- und Würfelspiel haben mit 5% mehr angegeben, häufig zu spielen.

Im Vergleich zu den stoffgebundenen Abhängigkeiten und dem pathologischen Glücksspiel ist das Phänomen Medien- oder Internetabhängigkeit noch jung, weshalb hier ergänzend zu den epidemiologischen Daten auf das Suchtpotenzial in der Mediennutzung oder Internetnutzung eingegangen werden soll. Petersen et al. (2009) beschreiben in ihrem Review zum pathologischen Internetgebrauch das Phänomen: »Pathologischer Internetgebrauch ist gekennzeichnet durch exzessive Nutzung des Internets und Kontrollverlust bezüglich meist spezifischer Nutzungsformen: zum Beispiel Onlinecomputerspiel, Chat und Messaging, Konsum und/oder Produktion pornografischer Webinhalte. Zentrales Merkmal sind Verhaltensexzesse und der erlebte Kontrollverlust,

---

3 Dabei handelt es sich um den South Oaks Gambling Screen (SOGS), der Kriterien wie Eingenommenheit durch das Spielen bis hin zu illegalen Handlungen, um das Spielen zu finanzieren, abfragt.

sodass einige Autoren pathologischen Internetgebrauch primär als erlernte defizitäre Selbstregulationsprozesse beschreiben« (S. 265). Bestimmte spezifische Merkmale der unterschiedlichen Internetangebote werden für die Entwicklung des suchtähnlichen Verhaltens als mitverantwortlich eingeschätzt. So haben MMORPGs (Massively Multiplayer Online Role-Playing Games) viel Besorgnis erregt (Kammerl 2012). Das Spiel »World of Warcraft« bietet zum Beispiel die Möglichkeit, einen eigenen Spielcharakter nach eigenen Wünschen aufzubauen, gleichzeitig mit tausend anderen Spielern auf der Welt spielen zu können oder im Rahmen einer Spielergemeinschaft in eine Gemeinschaft eingebunden zu sein. Dies befördere das Abtauchen und die Bindung in das Medium und erhöhe somit das »Suchtpotenzial« (Kammerl 2012). Kohring (2012) weist auf die Folgen der technischen Weiterentwicklung hin, die das Internet zunehmend ständig und überall zugänglich macht. Das »mobile Gaming« verlangt noch größere Selbstregulationskompetenz als der stationäre Computer. Soziale Netzwerke werden weniger aus »Suchtperspektive« diskutiert, ihr Gefährdungspotenzial wird eher im Preisgeben von persönlichsten Informationen, verletztem Datenschutz, »Cybermobbing« oder in sexueller Viktimisierung gesehen (LMK 2012).

Handy, Internet und Fernseher werden von den meisten Jugendlichen im Alter von zwölf bis 19 Jahren täglich oder mehrmals in der Woche genutzt (JIM-Studie, MPFS 2012). Täglich verbringen Jugendliche nach eigener Einschätzung etwa 131 Minuten online. Jede bzw. jeder zweite Jugendliche hat sich, bezogen auf die letzten zwei Wochen, via Handy oder Smartphone im Internet bewegt. Onlinespiele neh-

men bei den täglichen Spielerinnen und Spielern durchschnittlich 56 Minuten an Wochentagen und 77 Minuten pro Tag am Wochenende ein. Die täglichen Besucherinnen und Besucher der sozialen Netzwerke – das ist etwa die Hälfte der Onlinenutzerinnen und -nutzer – schauen zu 57 % mehrmals am Tag nach, ob irgendwelche Neuigkeiten vorliegen. Im Schnitt sehen Jugendliche etwa zwei Stunden pro Tag fern. Ein exzessiver Medienkonsum wird mangels einer Konsensusdefinition je nach Perspektive als mehr oder weniger verbreitet wahrgenommen. Während Eltern am sensibelsten in der Wahrnehmung eines Problems sind (22,8 % der Eltern von 14- bis 17-Jährigen), liegt die Wahrnehmung der Jugendlichen auf der Höhe der wissenschaftlichen Einschätzung per Screeningfragebogen (jeweils 14 %, wenn auch nur in der Hälfte der Fälle übereinstimmend) (EXIF-Studie, Kammerl et al. 2012).

In der 2011 veröffentlichten PINTA-Studie wurde anhand eines etablierten Instruments<sup>4</sup> eine Prävalenz der Internetabhängigkeit unter 14- bis 64-Jährigen von 1,5 % der Bevölkerung ermittelt (Rumpf et al. 2011). In der Gruppe der 14- bis 16-Jährigen wurden 4,0 % als Internetabhängige eingestuft (Mädchen 4,9 % und Jungen 3,1 %) (Rumpf et al. 2011).

---

4 Hierbei handelt es sich um die Compulsive Internet Use Scale, die fünf Skalen umfasst: Kontrollverlust, Entzugerscheinungen, Stimmungsverbesserung, Einengung des Verhaltensraumes und Konflikte mit anderen Lebensbereichen.

## » 01.2 Ziel und Adressatenkreis der Expertise

Ziel der Expertise ist es, die Wirksamkeit existierender suchtpreventiver Ansätze anhand von → qualitativ hochwertigen Übersichtsartikeln (→ Reviews, → Meta-Analysen) zu beurteilen. Wirksamkeit wird hier definiert als Verhinderung, Verzögerung oder Verringerung des Konsumverhaltens von Tabak, Alkohol, Cannabis und anderen illegalen psychoaktiven Substanzen durch universelle und selektive Ansätze<sup>5</sup>. Es werden ebenfalls Ansätze zur Prävention des problematischen Glücksspielverhaltens bewertet. Exploriert wird der derzeitige Stand der Prävention von Medikamentenabhängigkeit und »Internetsucht«. Andere stoffungebundene Süchte wie Arbeitssucht, Kaufsucht, Sessucht und die Essstörung »Magersucht« werden ausgeklammert. Es werden sowohl Maßnahmen der Verhaltens- als auch der Verhältnisprävention beurteilt. Hauptergebnis 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 sind. Neben dieser Hauptauf-

gabe werden theoretische Grundlagen vorgestellt, die aktuell im Bereich (Sucht-)Prävention diskutiert werden. Zudem wird die Literatur zu anderen spezifischen Zielgruppen (Migrantinnen und Migranten, ältere Menschen) und der Prävention in Deutschland exploriert.

Adressatenkreis der Expertise sind Verantwortliche für Suchtprevention (Entscheidungsträgerinnen und -träger) auf allen handlungspolitischen Ebenen sowie Personen, die mit der Entwicklung und/oder Durchführung präventiver Maßnahmen betraut sind.

Mit der Expertise wird angestrebt, die evidenzbasierte Präventionspraxis zu fördern, indem sie das verfügbare Wissen nutzbar machen will, um in einem jeweiligen Handlungsfeld bestmöglich evidenzinformiert vorgehen zu können (siehe Broesskamp-Stone 2012). Damit hat sie andere Ziele als Arbeiten, die über die Evidenzbasierung im engeren (klinischen, medizinischen) Sinne urteilen. Die aus der Expertise folgenden Schlussfolgerungen sind demnach nicht evidenzbasiert oder nicht, sondern haben eine größere oder kleinere Evidenzstärke.

5 Die Prävention liegt im Behandlungsspektrum der psychischen Gesundheit zwischen der Gesundheitsförderung und der Behandlung (National Academy of Sciences 2009). Sie hat zum Ziel, neue Fälle einer psychischen Störung zu verhindern. Universelle Maßnahmen sind populationsorientiert, das heißt, sie richten sich an die unausgelesene Normalbevölkerung, wie sie zum Beispiel in der Schule zu finden ist. Es werden alle Personen angesprochen, unabhängig von ihrem Risikoprofil, missbräuchliches Verhalten zu entwickeln. Dagegen sind selektive Ansätze an Personen – meist Gruppen – gerichtet, die zum Beispiel aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer Gruppe ein überdurchschnittliches, unmittelbares oder späteres (empirisches) Risiko für Substanzmissbrauch haben (zum Beispiel Kinder aus suchtkranken Familien). Ähnliches gilt auch für indizierte Maßnahmen, die sich an Individuen mit hohem Risiko richten, mit minimalen, aber erkennbaren Anzeichen oder Symptomen, aber keiner klinischen Diagnose. Der psychischen Gesundheitsförderung geht es nicht um das Verhindern, sondern um die Förderung zum Beispiel der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, des Selbstwerts, der allgemeinen Bewältigungskompetenz, des Wohlbefindens, der sozialen Integration und der Krisenbewältigung (National Academy of Sciences 2009).

## » 01.3 Theoretische Grundlagen von suchtpreventiven 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 die Praxis (Pentz 2003). Nachdem in der letzten Version der Expertise (erschienen als Fachheft 29 im Jahr 2006) die wichtigsten Theorien der Suchtprävention in ihren Grundzügen beschrieben wurden, sollen hier Perspektiven vorgestellt werden, die in der aktuellen Diskussion über Präventionsmaßnahmen angesprochen werden.

### 01.3.1 Sozial-kognitive Maßnahmen

Webb, Sniehotta und Michie (2010) geben in ihrem Artikel einen Überblick über zehn aktuelle sozial- und gesundheitspsychologische Theorien der Verhaltensänderung und deren potenziellen Nutzen für Interventionen im Suchtbereich (in unseren Augen auch präventive Interventionen; Anmerkung der Verfasser). Die Autoren ordnen die Theorien in einem Feedback-Rückkopplungsmodell der übergreifenden Kontrolltheorie (Selbstregulationstheorie) an.

Neben den sozial-kognitiven Modellen (Theorie der Schutzmotivation, Theorie des geplanten Verhaltens, Modell gesundheitlicher Überzeugungen), die vor allem davon ausgehen, dass Kognitionen (zum Beispiel Einstellungen, wahrgenommenes Risiko und Kontrolle) die Verhaltensabsichten und das Verhalten von Personen leiten, wird auch Banduras sozial-kognitive Lerntheorie besprochen. Die Zielsetzungstheorie,

nach der angenommen wird, dass konkrete Ziele die Leistung zur Erreichung dieser Ziele verbessern, und das Modell der Handlungsphasen, wonach spezifische Absichten die Wahrscheinlichkeit zur Ausführung eines Verhaltens erhöhen, setzen beide am Übergang von Absichten/Zielen und Verhalten an.

Ein weniger bekanntes, aus unserer Sicht aber nützliches Modell, ist das Prototype Willingness Modell (Gerrard et al. 2008), das zwei Routen der sozialen Informationsverarbeitung beschreibt. Die erste »durchdachte« Route ähnelt der Theorie des geplanten Verhaltens und geht davon aus, dass Einstellungen und Kognitionen zur Ausbildung von Absichten führen und diese Absichten das Verhalten lenken. Die zweite Route geht davon aus, dass die Wahrnehmung einer prototypischen Person, die ein Verhalten ausführt (zum Beispiel die typische coole jugendliche Raucherin bzw. der typische coole jugendliche Raucher), und die wahrgenommene eigene Ähnlichkeit zu diesen Prototypen zu Bereitschaft führen und diese Bereitschaft wiederum zu Verhalten. Diese Theorie nimmt an, dass eine Person, selbst wenn sie keine Absicht hat, ein bestimmtes Verhalten auszuführen, in Risikosituationen durch eine positive Wahrnehmung einer für das Verhalten prototypischen Person eine erhöhte Bereitschaft hat, das Verhalten auszuführen.

Mögliche Schlussfolgerungen und Weiterentwicklungen für Präventionsmaßnahmen, wie sie in der Literatur diskutiert werden (Gerrard et al. 2008, Gibbons et al. 2009), könnte die Einführung von zusätzlichen Interventionskomponenten sein. Neben Komponenten, die, wie in bisherigen Programmen die Regel, auf den direkten Pfad Intention–Verhalten abzielen, könnte der zweite Pfad der Bereitschaft ebenfalls in Interventionen berücksichtigt werden. In dem Programm Strong African American Families (SAAF; Brody et al. 2004, zitiert nach Gibbons et al. 2009) wurde dies beispielsweise versucht, indem die Kinder der teilnehmenden Familien darüber auf-

geklärt wurden, dass die meisten ihrer Gleichaltrigen keine positive Bewertung von Alkohol konsumierenden Jugendlichen hätten. Zudem wurden sie über den Unterschied von intentionalem Verhalten und Verhalten, das auf Bereitschaft basiert, instruiert. So wurde in einer Studie zu diesem Programm herausgefunden, dass Kinder in der Interventionsgruppe im Vergleich zur → Kontrollgruppe Trinkerin bzw. Trinker als weniger positiv bewerteten und diese Bewertung mit weniger Bereitschaft zum Konsum und weniger Konsum in der Nachbefragung nach über zwei Jahren einherging (Gerrard et al. 2006, zitiert nach Gibbons et al. 2009).

Obwohl die Entwicklung von präventiven Interventionen, die auf diesem Modell basieren, sicherlich noch in der Anfangsphase steht und weitere Forschung erforderlich ist, um den Nutzen umfassend bewerten zu können, könnte diese Theorie und von ihr geleitete Interventionen in Zukunft die Präventionspraxis optimieren.

### 01.3.2 Verhältnispräventive Maßnahmen

Neben den klassischen Erklärungsweisen für die Wirkung von gesetzlichen Maßnahmen (Straftheorie, ökonomische Perspektive) sind im Zuge der Konzentration auf verhältnispräventive Maßnahmen in den letzten Jahren auch andere theoretische Sichtweisen auf die Wirkmechanismen von verhältnisbezogener Prävention diskutiert worden (Aufforderungscharakter einer Situation, neurobiologische Entwicklung).

#### Aufforderungscharakter und Affordanz einer Situation

Nach Gibson (1982) haben Dinge eine Affordanz und haben Situationen einen Aufforderungscharakter, in einer bestimmten Art zu handeln. Verhältnisse präventiv zu gestalten, kann heißen, den Aufforderungscharakter einer Situation oder die Affordanz eines Objekts insofern zu verändern, dass Substanzkonsum beeinflusst wird. Allein die Tatsache, dass

beispielsweise Bier in größeren anstatt kleineren Gläsern oder mehrere Schnapsgläser auf einem Tablett anstatt einzeln serviert werden, macht nach diesen theoretischen Überlegungen einen Unterschied, ob man mehr oder weniger Alkohol trinkt. Während Affordanzen nach Gibson eher unabhängig vom Betrachter bzw. der Betrachterin bestehen, wird der Aufforderungscharakter einer Situation nach Lewin sowohl von der physikalischen Welt als auch von den Bedürfnissen der Person in der Situation mitbestimmt. Foxcroft (2011) hat diese theoretische Sichtweise zur Erklärung von verhältnisbezogenen Präventionsmaßnahmen vorgeschlagen, eine systematische empirische Überprüfung ist uns nicht bekannt.

#### Neurowissenschaftliche Befunde

Steinberg (2008) hat die bisherigen Befunde zur neurologischen Entwicklung im Jugendalter im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Prävention von Risikoverhalten interpretiert. Er sieht die spezifische neuronale Entwicklung im zweiten und dritten Lebensjahrzehnt für vermehrtes Risikoverhalten in der Jugend verantwortlich. Neurowissenschaftlich kann ein sozio-emotionales Netzwerk identifiziert werden, das soziale und emotionale Information verarbeitet. Das kognitiv-kontrollierende Netzwerk dagegen reguliert Verhalten und Entscheidungen und kann sozio-emotionale Verhaltensimpulse steuern. Mit der Pubertät ist ein starker Entwicklungssprung des sozio-emotionalen Netzwerks zu beobachten, das kognitiv-kontrollierende System entwickelt sich graduell bis in die Mittzwanziger. So entsteht ein Ungleichgewicht in der Regulierung des Verhaltens. Zudem wird durch die Anwesenheit von Gleichaltrigen das sozio-emotionale Netzwerk stark aktiviert, das kognitiv-kontrollierende System hat in Peersituationen weniger Einfluss. Die »nichterationalen« Verhaltensimpulse werden dominant und damit steigt die Wahrscheinlichkeit häufigeren Risikoverhaltens im Freundeskreis, und dies quasi wider »besseres«

Wissen. Selbstverständlich treffen auch Jugendliche rationale Entscheidungen, dies ist aber dann zu erwarten, wenn sie allein sind oder nicht emotional erregt. Insbesondere für den Substanzkonsum sind diese Prozesse wichtig, weil es neuronale Überschneidungen zwischen dem sozio-emotionalen Netzwerk und dem sogenannten Belohnungssystem gibt, das für die Entwicklung von Abhängigkeiten bedeutend ist. Risikoverhalten sei demnach normativ, biologisch getrieben, evolutionär begründet, wahrscheinlich unausweichlich und kaum zu beeinflussen. »Some things just take time to develop, and mature judgement is probably one of them« (Steinberg 2008, S. 100). Es bleibe einem eigentlich nur, auf die Reifung des kognitiv-kontrollierenden Netzwerks zu warten. Ansatzpunkte für die Prävention ungesunden Risikoverhaltens im Jugendalter sieht er (a) in der Förderung der Reifung der selbstregulatorischen Kompetenz, wozu es aber keine Forschung gäbe, und (b) nicht darauf zu bauen, Jugendliche »weiser, weniger impulsiv oder weniger kurzfristig orientiert« zu machen, sondern durch verhältnispräventive Maßnahmen in Gesellschaft und Familie die Gelegenheit für »unreife« Entscheidungen und negative Folgen einzuschränken.

---

# 02

---

## » Methodik

---

### » 02.1 Theoretischer Hintergrund

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 sind Jugendliche beispielsweise innerhalb von Kirche, Sportverein oder anderen Freizeitorganisationen aktiv. Auch mit Medien ist mittlerweile ein interaktiver Austausch möglich. Die Gesellschaft ist als Erweiterung des kommunalen Umfelds zu verstehen, allerdings weniger beeinflussbar vom Individuum und seiner Familie. Individuen, Familie, Kommunales und gesellschaftliches System sind eingebettet in einen größeren kulturellen Kontext. Seine Bestandteile sind meist abstrakter, wie zum Beispiel Werte, Normen, sozialpolitische Regelungen, kulturelle Muster, soziale Bedingungen etc. Inwiefern sich ein Jugendlicher, eine Familie, eine Schule verhält oder funktioniert und als gesund oder kompetent angesehen werden kann, wird vom kulturellen Kontext, von den Wechselwirkungen zwischen den Lebenswelten und von den Lebenswelten selbst beeinflusst.

Diese Sichtweise beschränkt sich nicht nur auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Über die Lebensspanne mögen Lebensbereiche hinzukommen oder wegfallen, wichtiger oder weniger wichtig werden oder andere Wechselwirkungen entstehen. Der kontextuelle Ansatz lässt sich aber auch auf das mittlere und ältere Lebensalter anwenden (Bronfenbrenner 1981).

Eine neuere Studie aus den USA belegt, wie wichtig der Kontext ist, wenn man das jugendliche Rauchverhalten betrachtet. Ennett und Kollegen befragten wiederholt über 6500 Jugendliche im Alter von elf bis 17 Jahren zu ihrem Rauchverhalten (Ennett et al.

2010). Anhand von Namenslisten der Mitschülerinnen und Mitschüler erfassten sie das Freundesnetzwerk der Kinder. Informationen aus Elternbefragungen und aus regionalen Statistiken flossen in die Charakterisierung der Familien und des unmittelbaren Wohnumfelds ein. Überprüft wurde, inwiefern (a) das Rauchen anderer Personen in dem jeweiligen Kontext und/oder (b) das Zugehörigkeitsgefühl des Jugendlichen und/oder (c) die ausgeübte soziale Kontrolle und/oder (d) die Problembehaftetheit des Kontexts mit einem Einstieg oder einer Intensivierung des Rauchverhaltens einherging. Die Befunde zeigen, dass die Lebensbereiche Familie, Freundin-

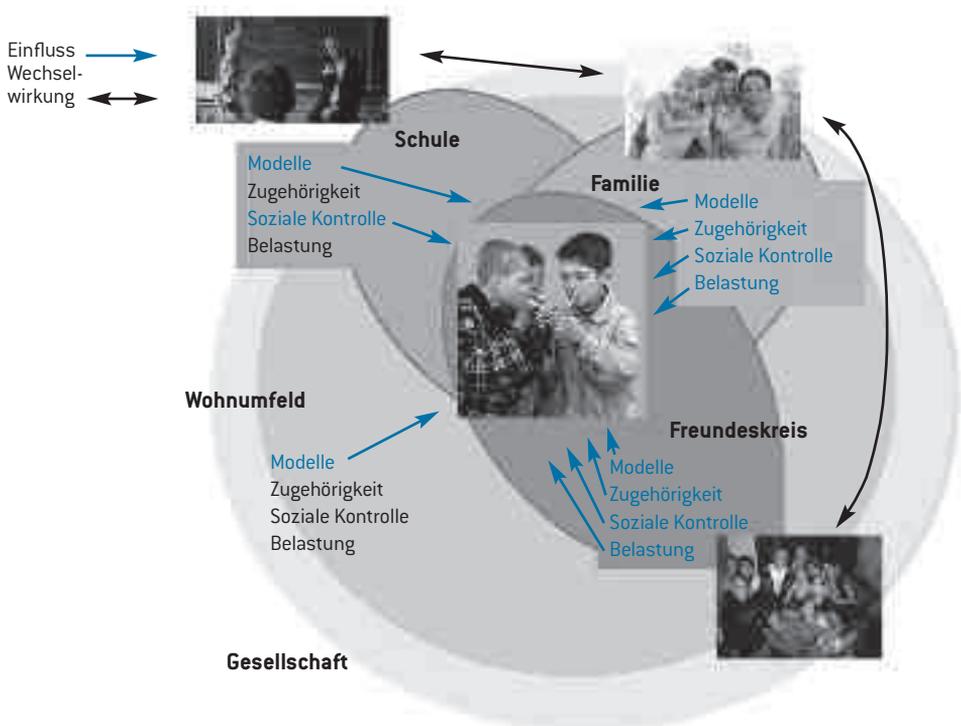


Abb. 1: Lebensbereiche Jugendlicher und Einflüsse auf das Rauchverhalten (nach Ennett et al. 2010)

nen/Freunde, Schule und Wohnumfeld unabhängig voneinander das Rauchverhalten beeinflussen und zudem ihren Einfluss gegenseitig verstärken (siehe Abbildung 1 auf Seite 21). Die bedeutendsten Kontexte waren die Familie und der Freundeskreis. Dabei verstärkte eine ungünstige familiäre Situation den negativen Einfluss von Freundinnen und Freunden. Der konsistenteste Prädiktor war das Rauchverhalten anderer Personen, das heißt, ob Eltern, Geschwister, Freundinnen und Freunde, Schulkameradinnen und -kameraden oder Jugendliche in der Nachbarschaft rauchten. Allerdings hing der Einfluss der Personen auch davon ab, wie nahe sich ihnen der Jugendliche fühlte. Wie erwartet, raucht man mit einer höheren Wahrscheinlichkeit, wenn man sich rauchenden Freundinnen und Freunden auch nahe fühlt. Interessant ist, dass das Gefühl der Zugehörigkeit zur eigenen Familie das Risiko, selbst zu rauchen, senkt – unabhängig davon, ob die Familienmitglieder rauchen oder nicht. Diese Ergebnisse bedeuten für die Tabakprävention u. a., dass vorbeugende Maßnahmen den Modellcharakter von Personen im familiären und Peerkontext mit berücksichtigen müssen und eine isolierte Maßnahme mit dem Individuum allein weniger Erfolg haben wird.

Die in der Expertise zu beurteilenden Präventionsmaßnahmen werden entsprechend den unterschiedlichen Lebensbereichen, in denen Kinder und Jugendliche heranwachsen, gruppiert. Es werden die Ergebnisse nach ihrem Ansatzpunkt zusammengefasst: Familie, Schule, Freizeit, Medien, Kommune und gesetzgeberische Maßnahmen. Diese Kategorisierung wird von vielen → Reviews angewandt und entspricht auch den unterschiedlichen Handlungsfeldern, die für Suchtprävention Verantwortliche in Angriff nehmen können. Im Rahmen der Aktualisierung der Expertise wurde ein neues Handlungsfeld hinzugefügt: das Handlungsfeld Gesundheitsversorgung.

---

## 02.2 Literaturbasis

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

- *Studientyp*: Ausgewählt werden qualitativ hochwertige systematische → Reviews und → Meta-Analysen. Unsystematische → Reviews und Best-Practice-Berichte wurden dann aufgenommen, wenn zu einem Thema keine → qualitativ hochwertigeren Überblicksartikel gefunden wurden. Die Suche beschränkt sich dabei auf Studien, die ab 2004 bis 2012 publiziert wurden. Publikationen, die vor 2004 erschienen sind, werden einbezogen, insofern sie nicht in der Expertise von 2006 enthalten waren.
- *Maßnahmen*: Die Studien berichten Ergebnisse zur Effektivität sucht- und glücksspielpräventiver Interventionen. Dabei haben sie entweder die Effektivität von Ansätzen zur 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 Verhaltensprävention in Settings wie Schule, Familie, Medien, Freizeit, Gesundheitsversorgung oder Community. Ausgeschlossen werden Übersichtsartikel, die sich mit der Behandlung von Personen mit bereits diagnostizierten Störungen beschäftigen (darunter auch Rauchstoppmaßnahmen).
- *Zielgruppe*: Es werden Studien aufgenommen, die Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im

Alter von bis zu 25 Jahren als Probandinnen und Probanden berücksichtigen. Für das Glücksspielverhalten und für Medikamentenabhängigkeit werden auch ältere Stichproben berücksichtigt. Dabei werden Untersuchungen mit der unausgelesenen Allgemeinbevölkerung (universelle Maßnahmen) und mit Gruppen, denen ein erhöhtes Risiko für eine aufwendige Entwicklung zugeschrieben wird (selektive Maßnahmen), einbezogen.

- **Zielverhalten:** Die ausgewählten Studien berichten Ergebnisse zur Verhinderung des Einstiegs in den Konsum, seiner Verzögerung oder der Verringerung des Konsums. Für die Prävention des problematischen Glücksspiels sind dies entsprechend die Verhinderung und Verzögerung des Einstiegs ins Glücksspiel und seine Verringerung. Ergebnisse zur Verhinderung negativer Folgen, von Missbrauchs- oder Abhängigkeitsdiagnosen werden nicht fokussiert und nur in Ausnahmefällen be-

sprochen, weil sie nicht für viele Überblicksartikel und Handlungsfelder zu erwarten sind und damit keine Vergleichbarkeit möglich wäre. Die Auswahl umfasst Studien, die Effekte auf den Konsum von psychoaktiven Substanzen wie Tabak, Alkohol, Cannabis und anderen illegalen Drogen berichten.

## » 02.3 Suchstrategie

Die Suchstrategie umfasst die Festlegung der Schlüsselbegriffe, die Auswahl der Datenbanken zur Literaturrecherche und das methodische Vorgehen bei der Literatursuche selbst.

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

### Festlegung der Schlüsselbegriffe

Entsprechend der Auswahlkriterien (vgl. Kapitel 02.2) wurden für sechs Beschreibungsdimensionen – Zielgruppe, Substanz, Maßnahme, Zielverhalten, Evaluation und Studientyp – Schlüsselwörter für die Literaturrecherche festgelegt. Tabelle 1 auf Seite 23 gibt eine Übersicht über die eingesetzten Schlüsselbegriffe und die mit den Schlüsselbegriffen assoziierten Begriffe (Wörter mit \*). Eine zusätzliche Suche mit den Schlüsselbegriffen auf Deutsch wurde in den deutschen Datenbanken (zum Beispiel Psyndex) durchgeführt. Für die Identifikation von Arbeiten zum Thema Glücksspielverhalten, Migrantinnen und Migranten sowie ältere Menschen wurden zusätzliche Literaturrecherchen durchgeführt.

### 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:

- The Cochrane Library
- Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)
- PubMed
- PsycINFO
- Psyndex
- Web of Science

### Literatursuche und -sammlung

Die Literatursuche fand im Zeitraum zwischen Oktober und November 2012 statt. Die Schlüsselbegriffe (vgl. Tabelle 1) wurden in unterschiedlichen Kombinationen als Suchbegriffe in der Recherche bei den verschiedenen Datenbanken eingesetzt, wobei die Suche auf Publikationen aus den Jahren 2004 bis 2012 begrenzt wurde (vgl. Abbildung 2). Bei der Datenbank PubMed wurden aufgrund der hohen Ergebnisanzahl zusätzliche Ausschlusskriterien eingeführt (vgl. Tabelle 2). Die Zusammenstellung dieser Ausschlussbegriffe erfolgte auf Basis der Bearbeitung der übrigen Datenbanken, wobei hierbei der Fokus insbesondere auf viralen bzw. bakteriellen Erkrankungen, psychopharmakologische behandelte Störungen und medikamentöser Behandlung lag. Zur bibliografischen Erfassung und Verwaltung der recherchierten Literatur wurde das Softwareprogramm »Reference Manager« eingesetzt.

### Endgültige Auswahl der Übersichtsartikel

Die Auswahl der letztendlich in der Expertise berücksichtigten → Reviews und → Meta-Analysen erfolgte in zwei Auswahlritten: Eine erste Auswahl wurde von einer studentischen Hilfskraft unmittelbar während der Recherche durchgeführt, indem nur jene Publikationen zur weiteren Sichtung ausge-

influenza	depression	hepatitis	SSRI	viral
allerg*	ADHD	leukemia	lithium	bacteria
otitis	schizophrenia	HIV	antibiotics	antiretroviral
asthma	epilepsy	malaria	beta-blocker*	arthritis
diabetes	multiple sclerosis	sickle cell	insulin	eclampsia
cardiovascular	tumour*	dermat*	chemotherapy	pharyngitis
stroke	cancer	sepsis	methylphenidate	diarrhea
obesity	carcinoma	inflammatory	atomoxetine	
herpes	Hodgkin*	tuberculosis	phenylephrine	

\* auch assoziierte Begriffe der Ausschlussbegriffe

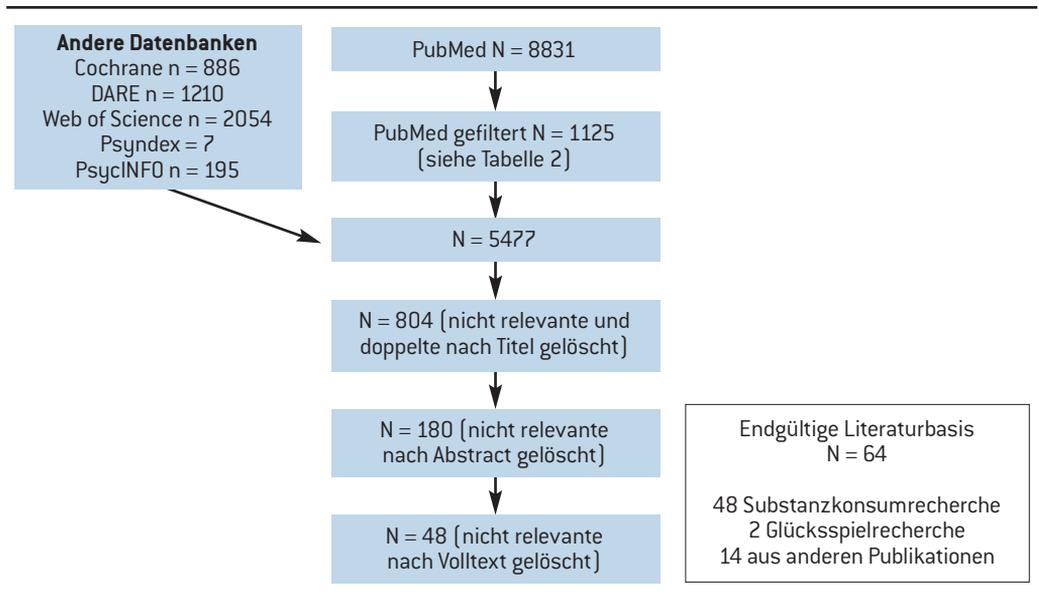


Abb. 2: Literaturrecherche Flowdiagramm

wählt wurden, die aufgrund des Titels den inhaltlichen und methodischen Aufnahmekriterien zu entsprechen schienen. Durch diesen ersten Auswahlsschritt wurden 804 Publikationen ermittelt.

In einem zweiten Auswahlsschritt wurden aus diesem Datenpool diejenigen Publikationen von beiden Verfassenden (Junior und Senior Scientist) ausgewählt, deren Abstracts relevant erschienen. Die Literaturangaben der identifizierten Studien, anderer Experten und Berichte zum Thema wurden nach weiteren relevanten Publikationen durchgegangen. 180 Arbeiten wurden in ihrer Gänze gelesen; in einem Abstimmungsprozess zwischen den beiden Verfassenden wurden schließlich diejenigen Artikel ausgewählt, deren Ergebnisse die Basis für die vorliegende, aktualisierte Expertise darstellen. Der häufigste Ausschlussgrund an diesem Punkt war, dass die Übersichtsartikel nicht nur Einzelstudien, son-

dern auch → Reviews zusammenfassten oder eine unsystematische Arbeit darstellten, für deren Bereich aber bereits eine systematische Arbeit verfügbar war.

Auf Basis der substanzbezogenen Literatursuche in den Datenbanken wurden 48 Publikationen eingeschlossen, der glücksspielbezogenen Literaturrecherche zwei Publikationen, und bei Durchsicht der Literaturangaben von anderen Publikationen (zum Beispiel Babor et al. 2010, Bühler 2009) wurde die Literaturbasis noch um 14 weitere Publikationen ergänzt, was in einer Gesamtzahl von 64 Publikationen für die Expertise resultierte. Zwei Veröffentlichungen stammen aus den Jahren 2002 und 2003, alle anderen aus den Jahren 2004 bis 2012. Drei Publikationen werden für mehrere Handlungsfelder herangezogen.

## » 02.4 Auswertung

Zur inhaltlichen Einordnung und zur Auswertung der identifizierten Studien wurde für die Aktualisierung das bewährte Kodierungsraster und Evidenzstärkenbewertungssystem genutzt. Die beiden im Untersuchungsgegenstand ausgewiesenen Verfasser (Senior Scientist, Junior Scientist) sichteten die Studien und nahmen unabhängig voneinander die inhaltliche und methodische Einordnung vor.

### Kodierungsraster

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 sowie das Zielverhalten und 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 Verringerung des Konsums verstanden. Für den Bereich Glücksspiel gilt dies entsprechend für Indikatoren des problematischen Glücksspielverhaltens. Einige Übersichtsarbeiten v. a. im Bereich Alkohol berichten auch Effekte auf negative Konsequenzen des Konsums. Diese sind bei der Verwendung des Begriffs »präventive Effekte« nicht mit eingeschlossen und werden in den Fällen, in denen sie in der vorliegenden Expertise berichtet werden, explizit ausgewiesen.

### Evidenzstärkebewertungssystem

Das in der vorherigen Version entwickelte Evidenzstärkebewertungssystem zur Evaluation der Übersichtsarbeiten orientierte sich an internationalen Standards (Helou et al. 2000). Es erfüllt 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).

Allerdings hat sich die Evidenzklassifikation der klinischen Epidemiologie, wie sie national und international weite Verbreitung findet (Shekelle et al. 1999), nicht für die Auswertung der Übersichtsartikel und der internationalen Präventionsforschung sinnvoll anwenden lassen. Diese Klassifikation sieht nur in einer Kategorie ein Urteil über zusammenfassende Information vor: Die stärkste Evidenz (Ia) 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 Ib erhält eine randomisierte kontrollierte Studie. IIa wird vergeben, wenn mindestens eine kontrollierte Studie ohne Randomisierung vorliegt, IIb, wenn mindestens eine Studie mit quasi-experimentellem Ansatz vorliegt (zum Beispiel Vor-Nachtest-Studien). Evidenzstärke III erhalten beschreibende, vergleichende oder Case-Control-Studien und schließlich Stärke IV ein Expertenkomitee oder eine Expertenmeinung.

Eine Klassifikation nach klinischem Vorbild hätte eine Art Deckeneffekt ergeben, da in fast jedem Bereich eine randomisierte kontrollierte Studie vor-

Zielgruppe	Berücksichtigt die Studie eine universelle oder selektive Zielgruppe? Welche Altersgruppen werden berücksichtigt? Welcher Herkunft sind die berücksichtigten Zielgruppen?
Substanz	Über welche psychoaktiven Substanzen/Substanzgruppen lassen sich Aussagen aus der Studie ableiten?
Maßnahme	Welche Präventionsansätze/-verfahren werden in der Studie berücksichtigt?
Zielverhalten	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?
Studienart und methodische Umsetzung	Ist die Studie eine → Meta-Analyse oder ein narratives → Review? Wie viele Einzelstudien wurden berücksichtigt? Welche Qualität haben die Einzelstudien? Erfolgte die Auswahl der einbezogenen Einzelstudie systematisch oder unsystematisch? Aus welchem Zeitraum wurden Einzelstudien einbezogen?
Bewertung des methodischen Vorgehens	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 Kodiergrasters und Leitfragen

liegt. 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 in der Expertise von 2006 ein eigenes Evidenzstärkebewertungssystem entwickelt. Grundlage der Schlussfolgerungen sind vor allem → Meta-Analysen (M) und systematische → Reviews (S; jede verfügbare Einzelstudie hatte durch eine systematische Suche die Chance, gefunden zu werden). Nur in den Fällen, in denen keine Meta-Analysen und systematischen → Reviews zur Verfügung stehen, wird für die Schlussfolgerungen auf unsyste-

mathe → Reviews (U; die Such- und Auswahlkriterien für Einzelstudien sind nicht klar), → Best-Practice-Überblicke (BP; gezielte Vorstellung von effektiven Maßnahmen) oder Einzelstudien (ES) zurückgegriffen.

In Tabelle 4 auf Seite 28 ist die Lesart der Evidenzstärkebewertung bündig dargestellt, in den folgenden Absätzen wird sie ausführlicher erklärt.

Als *hochwertige Einzelstudien* wurden Studien mit den aussagekräftigsten Untersuchungsdesigns angesehen. Diese beinhalten den Vergleich einer behandelten und einer unbehandelten Gruppe, wobei am besten eine zufällige Zuordnung der Personen zur → Experimental- oder → Kontrollgruppe stattfand (Randomisierung). Daten werden von den Grup-

Artikelart	Evidenzstärke	Sprachregelung bei Schlussfolgerungen
→ Meta-Analyse mit hochwertigen Studien (RCT oder CT oder ITS)	A	Bei fünf Studien oder mehr: »hat → präventive Effekte« oder »hat keine präventiven Effekte« Bei weniger als fünf Studien: »kann → präventive Effekte haben« oder »scheinen keine präventiven Effekte zu haben«
Systematischer → Review mit hochwertigen Studien (RCT oder CT oder ITS)	B	Hälfte der Studien und mehr positiv: »kann → präventive Effekte haben« Weniger als die Hälfte positiv: »zeigen gelegentlich → präventive Effekte« Keine Studien positiv: »scheinen keine → präventiven Effekte zu haben«
→ Meta-Analyse oder systematischer → Review mit allen Studien	C	»Könnte → präventive Effekte haben« oder »könnte keine präventiven Effekte haben«
Unsystematischer → Review, Expertenurteil oder → Best-Practice-Überblick	D	
Einzelstudie	E	–
Widersprüchliche Befunde zwischen A und B	F	Positiv oder negativ formuliert, je nach Studie mit höchster Evidenzstärke

 Tab. 4: Evidenzstärkebewertung der vorliegenden Expertise

pen dann zumindest vor und nach der Behandlung, am besten auch zu späteren Zeitpunkten, erhoben. Dies trifft für sogenannte randomisierte kontrollierte Studien (RCT, »randomized controlled trial«) und kontrollierte Studien ohne Randomisierung (CT, »controlled trial«) zu. Zeitreihenstudien (ITS »interrupted time series«) sind eine Alternative, wenn kein Vergleich zwischen einer behandelten und einer 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, das wiederum mit der gleichen Datenerhebung endet. So kann an denselben Perso-

nen verglichen werden, wie sich das Verhalten mit und ohne Behandlung entwickelt. Hochwertig ist so eine ITS-Studie, wenn die Phasen von Interventionen und keiner Intervention mehrmals abwechseln. In den Übersichtsarbeiten 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. Bei fehlender Information zur zugrunde liegenden Studienqualität, wurde jedoch konservativ von geringer Qualität ausgegangen.

Die Schlussfolgerungen erhalten eine Evidenzstärke von A bis F.

- A → Meta-Analyse mit hochwertigen Einzelstudien (RCT, CT und ITS) kommt zu dem Ergebnis.
- B Systematischer → Review mit hochwertigen Studien (RCT, CT und ITS) kommt zu dem Ergebnis.
- C → Meta-Analyse oder systematischer → Review mit allen Studien kommt zu dem Ergebnis.
- D Unsystematischer → Review, Expertenurteil oder → Best-Practice-Überblick kommt zu dem Ergebnis.
- E Einzelstudie.
- F Widersprüchliche 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 vs. Einzelstudien) einen Vergleich zu der üblichen klinischen Evidenzstärkeklassifikation machen will, kommt also die Evidenzstärke A der Kategorie Ia 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 Ib, IIa, IIb. Die Kategorie IV findet sich in Evidenzstärke D.

Aufgrund der mittlerweile weiter verbreiteten Anwendung meta-analytischer Verfahren, die auch bei einer Studienanzahl von zwei eingesetzt werden, stehen zum Beispiel Ergebnisse einer → Meta-Analyse mit zwei Studien denen eines systematischen → Reviews mit 15 Studien gegenüber. Dies macht eine weitere Abstufung der Schlussfolgerungen notwendig. Die Abstufung wird in der Formulierung der Schlussfolgerungen deutlich.

- »hat → präventive Effekte«: bei Hinweisen auf die Wirksamkeit einer bestimmten Maßnahme aus Ergebnissen einer → Meta-Analyse mit hochwertigen Einzelstudien (Evidenzstärke A) und einem gepoolten signifikanten Effekt zur jeweiligen Fragestellung über mindestens fünf Einzelstudien.

- »hat keine → präventiven Effekte«: bei Hinweisen auf die Unwirksamkeit einer bestimmten Maßnahme aus Ergebnissen einer → Meta-Analyse mit hochwertigen Einzelstudien (Evidenzstärke A) und einem gepoolten signifikanten Effekt zur jeweiligen Fragestellung über mindestens fünf Einzelstudien.
- »kann → präventive Effekte haben«: bei Hinweisen auf die Wirksamkeit einer bestimmten Maßnahme auf der Basis von → Meta-Analysen, die Effekte zu der bestimmten Fragestellung über weniger als fünf Studien poolen, sowie → Reviews, die Ergebnisse von Einzelstudien qualitativ zusammenfassen und berichten, dass mindestens die Hälfte der beurteilten Studien einen Effekt nachweisen können.
- »zeigen gelegentlich Effekte«: bei Hinweisen auf die Unwirksamkeit einer bestimmten Maßnahme auf der Basis von → Reviews, die Ergebnisse von Einzelstudien qualitativ zusammenfassen und berichten, dass mehr als die Hälfte der beurteilten Studien keinen Effekt nachweisen können, jedoch auch Studien darunter sind, die Effekte zeigen.
- »scheinen keine Effekte zu haben«: bei Hinweisen auf die Unwirksamkeit einer bestimmten Maßnahme auf der Basis von Ergebnissen von → Meta-Analysen, die Effekte zu der bestimmten Fragestellung über weniger als fünf Studien poolen, sowie von → Reviews, die Ergebnisse von Einzelstudien qualitativ zusammenfassen und berichten, dass keine der beurteilten Studien einen Effekt nachweisen können.
- »könnten Effekte haben« oder »könnten keine Effekte haben«: bei Hinweisen auf die Wirksamkeit oder Unwirksamkeit einer bestimmten Maßnahme auf der Basis von → Meta-Analysen und → Reviews mit allen Studien, unsystematischen Reviews und Best-Practice-Darstellungen.

---

# 03

---

## » Ergebnisse

Die Ergebniskapitel stellen die jeweils nach Handlungsfeld (Familie, Freizeit, Schule, Gesundheitsversorgung, Medien, Kommune, Gesetze) geordneten Forschungsergebnisse zu universellen Maßnahmen sowie zu selektiven Maßnahmen der Suchtprävention, zu geschlechtsbezogener Forschung und zu negativen Ergebnissen von Suchtprävention zusammen. Weiterhin werden Ergebnisse, die sich handlungsfeldübergreifend auf eine Substanz oder die Glücksspielprävention beziehen, in jeweiligen Kapiteln zusammengefasst bzw. berichtet. Die Ergebniskapitel sind einheitlich aufgebaut.

### **Gruppierung der Ergebnisse**

Die Ergebnisse (Effektivität) sind gruppiert nach den Zielgruppen, über die Aussagen gemacht werden (universell, selektiv), nach dem Handlungsfeld (Familie, Schule, Freizeit, Medien, Gesundheitsversorgung, Kommune, Gesetze) 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, ein Handlungsfeld oder eine Substanz gemeinsam beurteilen, steht zusätzlich eine Kategorie »undifferenziert« zur Verfügung. Die Kennzeichen einer Gruppierung sind in der jeweiligen Gliederungsleiste zusammengefasst. Beispiel für eine Gliederungsleiste (siehe Seite 31): In diesem Abschnitt würden beispielsweise Ergebnisse des Handlungsfelds Schule für die universelle Zielgruppe undifferenziert für alle Substanzen hinsichtlich der Effektivität suchtpreventiver Maßnahmen berichtet.

### **Einzelne → Reviews**

Jeder Beitrag, 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/Autoren [interne

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie SCHULE Freizeit Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	Tabak Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen UNDIFFERENZIIERT

Nummer des Beitrags; Erscheinungsdatum; Art des Beitrags [M: → Meta-Analyse, S: Systematischer → Review, U: Unsystematischer → Review, E: Expertenurteil, BP: → Best-Practice-Überblick]; Anzahl der Studien, die den suchtpräventiven Ergebnissen zugrunde liegen (wenn möglich mit Hinweis auf Design der Studien [RCT: randomisierte kontrollierte Studie, CT: kontrollierte Studie, ITS: Zeitreihenstudie]; Erscheinungszeitraum der Studien; Alter der Zielgruppe). Die Beschreibung der Studie erfolgt nach Ergebnissen und Schlussfolgerungen getrennt. Bei den Ergebnissen wird berichtet, was von den Autorinnen bzw. Autoren der Beiträge so berichtet und den Verfasserinnen bzw. Verfassern der Expertise als relevant für die Expertise erschien und nachvollziehbar war. Die Schlussfolgerungen geben die Meinung und meist den Wortlaut der Autorinnen und Autoren der Übersichtsarbeiten und nicht die Meinung der Verfasserinnen der Expertise wieder.

### Handlungsfeldbezogene Schlussfolgerungen

Die Schlussfolgerungen der Verfasserinnen der Expertise – jeweils unter dem Punkt »Fazit« zusammengefasst – beginnen mit einer Information über die Substanzen, die im jeweiligen Ansatzpunkt thematisiert wurden und geben an, 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, mit denen sich nach Ansicht der Verfasserinnen der Expertise die → Reviews des jeweiligen Abschnitts zusammenfassen lassen. 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:

- A → Meta-Analyse mit hochwertigen Einzelstudien kommt zu dem Ergebnis.
- B Systematischer → Review mit hochwertigen Einzelstudien kommt zu dem Ergebnis.
- C → Meta-Analyse oder Systematischer → Review mit allen Studien kommt zu dem Ergebnis.
- D Unsystematischer → Review, Expertenurteil oder → Best-Practice-Überblick kommt zu dem Ergebnis.
- E Einzelstudie.
- 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 sind ausdrücklich ganz grobe Schätzungen, in welchem Rahmen sich die Wirkungsstärke der Maßnahmen bewegen könnte. Sie dürfen nicht als zu erwartende Effekte interpretiert werden.

### Handlungsfeldübergreifende Schlussfolgerungen

Ausgehend von den Schlussfolgerungen, die für die einzelnen Handlungsfelder formuliert wurden, werden die Schlussfolgerungen nochmals handlungsfeldübergreifend nach einzelnen Substanzen gruppiert.

### Evidenzbasiertes Praxisbeispiel aus Deutschland

Wenn vorhanden, werden am Ende eines Handlungsfelds Maßnahmen vorgestellt, die sich in Deutschland im Rahmen einer (randomisierten) kontrollierten Studie als evidenzbasiert effektiv erwiesen haben.

---

## 03.1 Handlungsfeld Familie

### 03.1.1 Einzelbefunde

Im Handlungsfeld Familie wird auf sehr unterschiedliche Art und Weise präventiv gearbeitet. Zur Vereinfachung haben wir Maßnahmen, die sowohl mit Eltern, mit Kindern als auch mit der Familie arbeiten, Familienprogramme genannt. Ansonsten sprechen wir von familienorientierten Interventionen (die auch Familienprogramme beinhalten können).

#### Fokus Programme, die Eltern mit einbeziehen

*Petrie et al. [1–3; 2007; S; 20 Studien (RCT, CT); 1990–2003; unter 18-Jährige]* fassten in ihrem Übersichtsartikel die Ergebnisse solcher suchtpräventiven Programme zusammen, die Eltern auf irgendeine Weise in die Intervention mit einbeziehen. In den 20 identifizierten Programmen nahmen die Eltern an Trainings teil (sieben Studien), waren in die Hausaufgaben von Maßnahmen für ihre Kinder einbezogen (drei Studien), erhielten Broschüren (drei Studien) oder Hausbesuche (eine Studie), oder es

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	Universell Selektiv UNDIFFERENZIIERT
<b>Handlungsfeld</b>	FAMILIE Schule Freizeit Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	Tabak Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen UNDIFFERENZIIERT

gab eine Kombination dieser Elemente (fünf Studien). Die Programme basierten meist auf sozial- oder verhaltenstheoretischen Modellen und thematisierten Kommunikationsfertigkeiten, Grenzen setzen, Problemlösung und Standfestigkeit.

*Ergebnisse:* Die Autoren ordneten die Programme nach dem Alter der Zielgruppe: Für das Grundschulalter (hier zeigten zwei von vier Studien signifikante Effekte), Übergang von der Grundschule zur weiterführenden Schule (hier zeigten sechs von acht Studien signifikante Effekte) und Jugendliche (hier zeigten fünf von acht Studien signifikante Effekte). Den effektiven Interventionen für das Grundschulalter und die frühe Jugend war gemein, dass sie die Eltern aktiv mit in die Maßnahme einbezogen sowie die Entwicklung von Fertigkeiten der sozialen Kompetenz, der Selbstregulation und Erziehungstechniken vorsahen, anstatt ausschließlich auf Substanzen und Substanzkonsum zu fokussieren. Merkmale der

effektiven Interventionen für Jugendliche waren die Entwicklung sozialer Kompetenz und eines persönlichen Verantwortungsgefühls bei den Jugendlichen selbst und wiederum der aktive Einbezug von Eltern, sei es persönlich oder per Telefon.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Autoren heben die große Heterogenität der Programme hervor und die damit verbundene Schwierigkeit, zwischen den Studien zu vergleichen. Allgemein sehen sie diejenigen Programme als die effektivsten an, die (a) das persönliche Verantwortungsgefühl und die sozialen Fertigkeiten der jungen Menschen fördern und das Thema Substanzkonsum behandeln sowie (b) Eltern aktiv in die Maßnahme mit einbeziehen. Diese umfassenden psychosozialen Inhalte und die aktive Partizipation von Eltern und Kindern seien wichtiger als die Frage, ob die Maßnahme als Zielgruppe nur die Eltern anspreche, ob sie schulbasiert sei oder eine Kollaboration zwischen Elternhaus und Schule vorsähe. Der optimale Zeitpunkt für solche Interventionen läge anscheinend beim Grundschulübergang zur Sekundarschule (in den USA nach der 6. Klasse, Anmerkung der Verfassenden).

*Stolle et al. [1–10; 2010; S; 15 Studien (8 RCTs, 2 CTs); 1991–2009; 0 bis 17 Jahre]* suchten ein Vorbild für ein universelles Familienprogramm und werteten 42 Einzelstudien mit 15 Programmen aus. Unter ihnen finden sich elf universelle und vier selektive Ansätze, die sich stark hinsichtlich des Familienbezugs unterscheiden. Für acht Programme liegen RCT-Studien, für zwei Programme kontrollierte Studien und für die restlichen Maßnahmen qualitativ weniger hochwertige Studien vor.

*Ergebnisse:* Sieben der acht RCT-getesteten Programme (sechs universelle, zwei selektive) zeigen Effekte während eines Zeitraums von mindestens zwei Jahren. Fünf der sechs universellen Maßnahmen zeigen Effekte auf den Substanzkonsum der Kinder oder (späteren) Jugendlichen. Die beiden

selektiven Programme beeinflussen Verhaltensauffälligkeiten in jungen Jahren. Im Follow-up weist eines von ihnen auch noch im Erwachsenenalter Effekte auf die Substanzabhängigkeit auf. Die beiden Programme mit nicht randomisierten kontrollierten Evaluationen (je eines universell und eines selektiv) zeigen für ihre junge Stichprobe (Alter bis neun Jahre) Effekte auf Verhaltensauffälligkeiten (Aggression, sozialer Rückzug).

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Als gut gesicherte universelle Programme fielen zwei Programme auf: Das »Strengthening Families Program 10–14« und das »Finding Good Choices Program«. Ersteres ist offensichtlich trotz einiger kritischer Punkte das universelle familienbasierte Präventionsprogramm mit der bisher gründlichsten Evaluation und mit auch nach sechs Jahren messbaren Effekten.

### **Fokus Alkoholprävention**

*Foxcroft und Tsertsvadze [1–1; 2011a; S; 12 Studien (RCT); 1999–2009; 11 bis 15 Jahre]* werteten zwölf RCT-Studien mit zehn Programmen zur Prävention des Alkoholmissbrauchs qualitativ aus. Diese arbeiteten mit Eltern allein (Elternmaßnahmen) und Eltern, Kindern und Eltern-Kind-Gruppen (Familienprogramme). Vier der Programme waren mädchen-spezifisch. In den Programmen wurden Eltern wie Kinder für Alkoholrisiken sensibilisiert. Die Inhalte der Kindersitzungen betrafen die Wahrnehmung von Konsumnormen, Einstellung gegenüber Alkohol, Selbstwert, soziale Beziehungen, Standfestigkeit gegenüber Gleichaltrigen, Problemlösung sowie Entscheidungsfindung. In den Elternsitzungen ging es um Regeln, Monitoring und Supervision sowie elterliche Unterstützung. In den Familiensitzungen wurden Kommunikation und Konfliktlösung trainiert, bindungsfördernde Elemente durchgeführt und die Freizeitgestaltung thematisiert. Die Programme dauerten zwischen drei Wochen und drei Jahren.

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	Universell Selektiv UNDIFFERENZIERT
<b>Handlungsfeld</b>	FAMILIE Schule Freizeit Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	Tabak ALKOHOL Cannabis Andere illegale Drogen Undifferenziert

*Ergebnisse:* Neun von zwölf Studien belegen statistisch signifikant Präventionseffekte auf den Alkoholkonsum der Kinder. Effekte waren für bis zu acht Jahre nach Ende der Maßnahme nachweisbar. Alle vier für Mädchen spezifischen Maßnahmen beugten dem Alkoholkonsum vor.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Autoren entnehmen aus den derzeitigen Forschungsbefunden, dass bestimmte familienorientierte Programme effektiv seien und von Politik und Praxis als Option berücksichtigt werden könnten. Es wird herausgehoben, dass der umfassendere Ansatz von familienorientierten Programmen, nämlich die gesamte psychosoziale Entwicklung zu fördern, potenziell auch anderen problematischen Verhaltensweisen vorbeugen könne. Die bisherige Forschung habe gezeigt, dass die familienorientierte Prävention kleine, aber konsistente und mittel- und langfristig blei-

bende Effekte erziele. Auch kleine Effekte hätten bedeutende Kosteneinsparungen zur Folge.

*Smit et al. [1–2; 2008; M; 18 Studien (RCT); 1995–2006; unter 16-Jährige]* fassten quantitativ per → Meta-Analyse die RCT-Ergebnisse von sechs Familienprogrammen sowie dreier Elterntrainings zusammen. Die Studien überschneiden sich bis auf zwei mit denen bei *Foxcroft und Tsertsvadze [siehe 1–1]*. Durchschnittliche Effektmaße standen zur Effektbeurteilung auf den Konsumeinstieg, den aktuellen Konsum und die Konsumhäufigkeit zur Verfügung.

*Ergebnisse:* Präventive Programmeffekte wurden für den Konsumeinstieg (OR = .71) sowie für die Konsumhäufigkeit ( $d = -.25$ ) beobachtet. Die Effekte zeigten sich sowohl für die Elterntrainings als auch die Familienprogramme. Die beiden erfolgreichsten Programme sehen Eltern- und Familienelemente vor und wiesen anhaltende Effekte bis zu vier Jahre nach Programmende nach (OR = .53).

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Als Hauptergebnis dieser → Meta-Analyse sehen die Autoren, dass familienorientierte Interventionen mit großer Wahrscheinlichkeit den Konsumeinstieg und die Konsumhäufigkeit unter Jugendlichen beeinflussen könnten und dass die Effekte über einen langen Zeitraum aufrechterhalten werden könnten. Sie diskutieren die Frage, ob vor allem oder sogar nur Familien profitieren, deren Kinder jünger (elf Jahre) und/oder noch alkoholunerfahren seien.

### Fokus Tabakprävention

*Thomas et al. [1–4; 2007; S; 22 Studien (RCT); 1987–2006; Neugeborene bis 16 Jahre]* werteten 22 RCTs mit Programmen aus, die Eltern in die tabakpräventive Arbeit mit einbezogen. Diese Maßnahmen waren inhaltlich sehr unterschiedlich und reichten von Familienaufklärung bis Familientraining.

*Ergebnisse:* Die Autoren gliedern die Studienergebnisse hinsichtlich fünf Fragestellungen: (1) Sind

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	Universell Selektiv UNDIFFERENZIERT
<b>Handlungsfeld</b>	FAMILIE Schule Freizeit Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	TABAK Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen Undifferenziert

familienorientierte Maßnahmen effektiver als keine oder übliche Interventionen? Im Vergleich mit einer Kontrollbedingung wiesen vier von neun Programmen → präventive Effekte auf. Darunter waren ein Elterntaining, ein Familienprogramm, eine Familien-Schul-Kooperation und eine aufklärende Maßnahme, die zwei Broschüren mit Erziehungstipps und Vorschlägen zu Familienaktivitäten, einen Kinder-Newsletter sowie ein Incentive verteilte. Weitere vier Programme waren ohne Effekt. Ein Programm hatte eine ins Gegenteil verkehrte Wirkung. Diese Aufklärungsmaßnahme bestand aus drei schulbasierten Stunden für Kinder über direkte gesundheitliche Folgen des Rauchens sowie eine Schüler- und eine Eltern-aufklärungsbroschüre. [2] Sind Familienprogramme besser als Schulprogramme? Im Vergleich mit einem Schulprogramm hatte nur eine von fünf Maßnahmen einen größeren Erfolg: Das Eltern-Kind-Familienpro-

gramm »Iowa Strengthening Families Program«. [3] Sind kombinierte Programme, die ein Schulprogramm und familienorientierte Elemente kombinieren besser als Schulprogramme allein? Keine von sieben Studien stellte einen zusätzlichen tabakpräventiven Effekt von familienorientierten Elementen fest, wenn sie zusätzlich zu einem Schulprogramm durchgeführt wurde. [4] Nur eine Studie überprüfte, ob ein Familienprogramm mit explizit tabakpräventiven Botschaften besser funktioniert als eines ohne und konnte keinen Unterschied feststellen. [5] Evidenz für die letzte Fragestellung, ob eine Kombination aus familienorientierter Maßnahme mit Peerelementen bessere Ergebnisse erzielt, kam von zwei Studien, die allgemein Risikoverhalten vorbeugen wollten und keine tabakspezifischen Inhalte bearbeiteten. Eine Studie stellte einen zusätzlichen Nutzen und eine keinen zusätzlichen Effekt auf den Tabakkonsum fest.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Autoren resümieren, dass die derzeitige Forschungslage zur Wirksamkeit von Interventionen im Familiensetting in der Tabakprävention keine klaren Schlussfolgerungen ermögliche und keine Beurteilung erlaube, ob die Interventionen intensiv genug seien, um einen nachhaltigen Effekt zu erreichen. Tendenziell schienen Programme im Rahmen → qualitativ hochwertigerer Studien eher effektiv zu sein, was möglicherweise an der Manualtreue und Schulung der Trainerinnen und Trainer liege.

*Gates et al. [2–3; 2009; S; 17 Studien (RCT); 1996–2004; bis 25 Jahre]* haben die Ergebnisse von RCTs mit außerschulischen Maßnahmen zur Prävention illegalen Substanzkonsums zusammengefasst. Darunter finden sich neun Studien, die nicht im familiären Setting umgesetzt werden.

*Ergebnisse:* Von den acht RCTs mit familienorientierten Programmen erreichten drei Programme → präventive Effekte auf den Cannabiskonsum.

<b>Ergebnisse</b>	<b>EFFEKTIVITÄT</b>
<b>Zielgruppe</b>	<b>UNIVERSELL</b> Selektiv Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	<b>FAMILIE</b> Schule Freizeit Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	Tabak Alkohol <b>CANNABIS</b> <b>ANDERE ILLEGALE DROGEN</b> Undifferenziert

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Autoren schlussfolgern, dass sich bisher keine der außerschulischen Maßnahmen eindeutig als effektiv erwiesen habe und deren Kosteneffektivität bislang unbekannt sei. Insofern sei es schwierig, die Implementation von Maßnahmen zu empfehlen, bis weitere Studien durchgeführt wären.

### 03.1.2 Fazit

*Substanzen:* Alkohol, Tabak, illegale Drogen  
*Raum:* Keine → Reviews über Forschung mit deutschsprachigen Stichproben  
*Evidenzgrad der Forschung:* Ebene A und B, viele hochwertige Einzelstudien, eine → Meta-Analyse

1. Familienorientierte Maßnahmen, die Eltern oder Familien in die Maßnahme einbeziehen, können → präventive Effekte auf den Substanzkonsum haben. (B 1–3, B 1–10)
2. Elterntrainings und Familienprogramme, die mit Eltern und Kindern Verhaltenstrainings durchführen, haben → präventive Effekte auf den Alkoholkonsum. (A 1–2, B 1–1)
3. Alkoholpräventive Effekte sind auf den Konsumanstieg und die Konsumhäufigkeit festzustellen. (A 1–2)
4. Alkoholpräventive Effekte durch Familienprogramme können langfristig sein (> 4 Jahre). (A 1–2, B 1–1)
5. Familienorientierte Maßnahmen zeigen gelegentlich präventive Effekte auf den Konsum von Tabak (B 1–4) oder von Cannabis (B 2–3).
6. Effekte sind für Kinder und Jugendliche zu beobachten. Der Übergang von 6. zu 7. Klasse scheint am geeignetsten. (B 1–3)
7. Die aktive Partizipation der Eltern und der umfassende Ansatz, der sowohl substanzspezifische Elemente als auch die psychosoziale Förderung der Entwicklung vorsieht, scheinen besonders effektiv. (B 1–3)
8. Mädchenspezifische Familienprogramme können alkoholpräventive Effekte haben. (B 1–1)

### Quantitative Hinweise

Familienprogramme und Elterntrainings in einer → Meta-Analyse: zwischen OR = .71 für Einstieg in den Alkoholkonsum und  $d = -.25$  für geringeren Alkoholkonsum. Langanhaltende Effekte bis zu vier Jahre OR = .53.

**Elterliche Regeln für das Nichtrauchen ihrer Kinder** (<http://www.zis-hamburg.de/projekte/projektetails/Elterliche-Regeln-fuer-das-Nicht-rauchen-Ihrer-Kinder>)

*Zielgruppe:* Eltern von 11- bis 15-Jährigen  
*Methode:* 30-minütige Informationsveranstaltung im Rahmen von regulären Elternabenden an der Schule: Edukation, Diskussion über Nicht-rauchererziehung der Kinder; Informationsbroschüre; Newsletter zur Erinnerung an Regeln vier Monate später

*Wer führt es durch?* Fachkräfte der Suchtprävention als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit spezifischer Schulung

*Inhalte:* Darstellung des Zusammenhangs zwischen normativer Ablehnung des Rauchens durch Eltern und Nichtrauchen der Kinder, ausführliche Erläuterung und Diskussion mit Eltern zur Nichtrauchererziehung

*Dauer:* Informationsvermittlung während Elternabenden (zum Beispiel September bis November), einmaliger Newsletter (Kurzintervention)

*Aufwand:* Geringer Kosten- und Fortbildungsaufwand (2–3 Stunden)

*Evaluationsstudie RCT:* Kalke et al. 2011: ursprünglich 80 Klassen (IG) und 75 Klassen (KG) aus Hauptschule, Realschule, Gymnasium, Gesamtschule (Landkreise und kreisfreie Städte Schleswig-Holsteins); Eltern von 12- bis 15-Jährigen (6.–8. Klasse); Eingangsbefragung (in der Interventionsgruppe vor der Intervention): n = 1340 Elternfragebogen (IG), n = 1178 (KG); Abschlussbefragung am Ende des Schuljahrs: n = 1131 (IG), n = 1017 (KG)

*Evaluationsergebnisse:* Verstärkung des elterlichen Einflusses durch Intervention (strengere Regeleinhaltung, stärkeres Rauchverbot), nach

Intervention signifikante Unterschiede hinsichtlich Prävalenz und Inzidenz bezüglich der → Experimentalgruppe

*Kontakt:* Dr. Jens Kalke, Institut für disziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD), Tel.: 04152-82987, E-Mail: kalkej@aol.com

## 03.2 Handlungsfeld Schule

### 03.2.1 Einzelbefunde

In schulbasierten Maßnahmen werden weniger das Schulumfeld, sondern meist individuelle Faktoren angegangen, das heißt, das System Schule wird vor allem als Setting genutzt, allerdings gibt es mittlerweile auch Studien, die systembezogene Maßnahmen testen.

### Fokus Schulsystembezogene Maßnahmen

*Fletcher et al. [3–2; 2008; S; 4 Studien (RCT, CT); 1985–2006; 10 bis 16 Jahre]* untersuchten den Einfluss von Faktoren des Schulkontexts auf den Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum von Schülerinnen und Schülern. In ihre Analyse flossen vier kontrollierte Interventionsstudien (davon drei mit Randomisierung) und neun längsschnittliche Beobachtungsstudien ein. Drei Interventionen gingen über individuumszentrierte Komponenten hinaus und zielten auf Veränderungen der Gesamtorganisation, der Regularien und deren Umsetzung, der Kultur und des Schulklimas. Diese Veränderungen wurden durch Schulaktionsteams umgesetzt, die Schulorganisa-

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie SCHULE Freizeit Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	Tabak Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen UNDIFFERENZIIERT

tion und -ethos adressierten. Zusätzlich wurden Lehrkräfte fortgebildet, um eine positive Veränderung des Schulklimas zu unterstützen. Die vierte Maßnahme sah auch die Änderung der Schulregularien bezüglich des Substanzkonsums vor.

*Ergebnisse:* Drei der vier Studien stellten Effekte fest. Einer Maßnahme gelang es, die Steigerungsrate im Substanzkonsum für Alkohol, Tabak und Cannabis signifikant zu reduzieren. In einer zweiten Studie gelang dies für Drogenkonsum (ohne Cannabis) und Alkohol, jedoch nur für Jungen. In der Interventionsstudie, bei der es auch um die Regeln zum Konsum an der Schule ging, zeigten sich im Vergleich zur → Kontrollgruppe zwar keine Effekte auf die Anzahl der Jugendlichen, die am Ende der Intervention Cannabis konsumierten (und diejenigen, die bereits konsumiert hatten, taten dies tendenziell häufiger), jedoch konsumierten die Jugendlichen in der Interventions-

gruppe weniger Alkohol und rauchten weniger. Die Ergebnisse aus den Beobachtungsstudien geben zusätzliche Hinweise darauf, dass ein subjektiv berichtetes geringeres Zugehörigkeitsgefühl der Schülerinnen und Schüler zu ihrer Schule mit mehr späterem Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum assoziiert ist. Eine wahrgenommene faire Behandlung und Unterstützung durch Lehrkräfte zeigte sich als Protektivfaktor für späteren Substanzkonsum.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Interventionsstudien lieferten einige Evidenz für den Zusammenhang zwischen Interventionen im Schulkontext und der Reduzierung von Substanzkonsum der Schülerinnen und Schüler. Die Interventionsstudien zeigten, dass die Verbesserung von Schulkontext und Schulklima einen positiven Beitrag zur Reduzierung des Substanzkonsums unter der Schülerschaft haben könne. Beobachtungsstudien wiesen darauf hin, dass eine gute Beziehung zu Lehrerinnen und Lehrern und eine starke Schulbindung protektive Effekte bezüglich des Substanzkonsums der Schülerinnen und Schüler haben könnten.

### Fokus Einzelprogramm D.A.R.E.

*West et al. [3–9; 2004; M; 11 Studien (RCT oder CT); 1991–2002; 10 bis 12 Jahre]* untersuchten in einer → Meta-Analyse, in die elf kontrollierte Studien einfließen, die Effektivität des US-Präventionsprogramms D.A.R.E. (Drug Abuse Resistance Education) für Tabak, Alkohol und illegale Drogen. Bei D.A.R.E. handelt es sich um das am weitesten verbreitete schulische Präventionsprogramm in den USA. Es wird von Polizistinnen und Polizisten in der Klasse durchgeführt und stellt eine Kombination von Informationsvermittlung, affektiver Erziehung und Standfestigkeitstraining dar. Im Gegensatz zur ersten Meta-Analyse von Ennett et al. (1994) bezogen die Autoren in diese Überblicksarbeit nur Artikel aus peerbegutachteten Zeitschriften ein und untersuchten Arbeiten mit einem Nachbefragungszeitraum von

bis zu zehn Jahren. Evaluationen der überarbeiteten Version von D.A.R.E. lagen nicht vor.

*Ergebnisse:* Die mittlere gewichtete → Effektstärke für D.A.R.E. im Vergleich zur → Kontrollgruppe war .023 (Cohen's d) und nicht signifikant von 0 unterschiedlich – was auf Ineffektivität des Programms hinweist. Vier der eingeschlossenen Studien fanden keinen Effekt, eine Studie fand Überlegenheit der Kontrollgruppe. Die übrigen sechs Studien fanden meist geringe positive Effekte.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Studie bestätige die Ergebnisse von Ennett et al. (1994) und lege nahe, dass das D.A.R.E.-Programm nicht effektiv sei.

### Fokus (Zufällige) Drogentests bei Schülerinnen und Schülern

Zwei unsystematische Überblicksarbeiten stehen zur Bewertung der Wirksamkeit von (zufälligen) Drogentests als präventive Maßnahmen des Alkohol- und Drogenkonsums bei Schülerinnen und Schülern zur Verfügung. Drogentests an Schulen basieren auf der Annahme, dass Schülerinnen und Schüler aufgrund der negativen Konsequenzen, die aus dem Entdecken des Konsums resultieren könnten, vom Konsum abgeschreckt werden. Roche et al. [3–35; 2009; U; 5 Studien; 2002–2004; Alter keine Angabe] und Shek [3–36; 2010; S; 14 Studien (1 RCT, 1 CT); 1990–2009; Alter keine Angabe] basieren ihre Aussagen ausschließlich [3–35] bzw. mehrheitlich [3–36] auf querschnittlichen Studien, was auf eine geringe Aussagekraft der Forschungsergebnisse hinweist. Nur eine randomisierte Interventionsstudie liegt vor. Diese überprüfte, welche Wirkung von Drogentests auf das Verhalten von Sportlern aus der schulischen Leichtathletikgruppe zu beobachten ist. Beide Überblicksarbeiten umfassen Studien, in denen Alkohol- und/oder Drogentests implementiert wurden. In beiden Arbeiten wird deutlich gemacht, dass die Qualität der eingeschlossenen Studien

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie SCHULE Freizeit Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	Tabak ALKOHOL CANNABIS ANDERE ILLEGALE DROGEN Undifferenziert

durchweg sehr gering ist. Roche et al. [3–35] schlussfolgern, dass es wenig Evidenz für die Wirksamkeit von Drogentests in der Prävention des Substanzkonsums gäbe. Shek [3–36] gibt an, dass die Evidenz für die Wirksamkeit von Drogentests uneinheitlich wäre und dass die Frage der Wirksamkeit auf Basis der bestehenden Evidenz nicht beantwortet werden könne.

### Verhaltensbezogene alkoholpräventive Programme

Foxcroft und Tsertsvadze [3–3; 2011b; S; 53 Studien (RCT); 1968–2010; 5 bis 18 Jahre] widmeten sich in einem Cochrane Review der Untersuchung der Wirksamkeit universeller schulbasierter Programme zur Prävention von Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen. In dieser Untersuchung führten sie 27 Studien, die bereits in einem vorangegangenen Cochrane Review besprochen wurden, mit neuen Studien zusammen. Damit bezogen sie 53 ran-

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie SCHULE Freizeit Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	Tabak ALKOHOL Cannabis Andere illegale Drogen Undifferenziert

domisierte kontrollierte Studien in ihre Analyse ein, die auf Kinder und Jugendliche im Alter von fünf bis 18 Jahren abzielen. Der Fokus des → Reviews liegt auf dem Vergleich zwischen Programmen, die sich nur auf die Alkoholprävention konzentrieren, und allgemeiner Maßnahmen, die substanz- oder problemverhaltensübergreifend konzipiert sind.

*Ergebnisse:* Von elf Studien, die mit einer alkohol-spezifischen Intervention arbeiteten, gab es bei sechs Evidenz für die Wirksamkeit des Programms gegenüber dem normalen Schulunterricht. In 14 von 39 Studien, in denen allgemeine Programme – meist längerfristiger als bei den alkoholspezifischen Maßnahmen – untersucht wurden, resultierte die Intervention in signifikant geringerem Alkoholkonsum entweder in der Gesamtstichprobe oder in Untergruppen. Die meisten beobachteten positiven präventiven Effekte durch beide Programmarten gab es für Trunkenheit und Binge-Drinking. Die Heterogenität

der Maßnahmen und der Evaluationsmethodik machte einen quantitativen Vergleich per → Meta-Analyse unmöglich.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Für die Praxis impliziere die derzeitige Evidenz, dass psychosoziale und entwicklungs-basierte Präventionsprogramme sowohl in den USA als auch in Europa wirksam sein könnten; bei diesen Programmen handele es sich insbesondere um das Lebenskompetenztraining, das »Unplugged Program« und das »Good Behaviour Game«. Dennoch gäbe es zum Beispiel auch allgemeine Programme, die keinen oder in einem Fall sogar auch einen gegenteiligen Effekt bewirkten. Es bestehe großer Bedarf nach weiterer empirischer Überprüfung der Einflüsse von Programminhalt, Vermittlungskontext und die Wirksamkeit in verschiedenen Settings und für bestimmte Untergruppen.

### Fokus Tabakprävention

*Thomas et al. [3–13; 2006; S und M; 94 Studien (RCT); 1980–2004, 5 bis 18 Jahre]* untersuchten in einem Cochrane Review über 94 randomisierte kontrollierte Studien zur Abschätzung der Wirksamkeit von schulischen Programmen zur Prävention des Rauchens bei Schülerinnen und Schülern. Die Interventionen wurden gruppiert in Maßnahmen der Informationsvermittlung, in Ansätze, basierend auf dem Modell der sozialen Einflussnahme, und in Trainings sozialer Kompetenz. Zusätzlich zu rein schulischen Programmen wurden ebenfalls einige Programme eingeschlossen, die zusätzliche familiäre und kommunale Komponenten vorsahen. Die Studien wurden nach Qualität in unterschiedliche Kategorien eingeteilt; 23 Studien wurden der besten Kategorie 1 zugewiesen. Für einzelne Fragestellungen wurden die Effekte der Intervention auf bisherige Nichtraucherinnen und -raucher, also auf den Einstieg in das Rauchen, quantitativ zusammengefasst (hier M).

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie SCHULE Freizeit Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	TABAK Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen Undifferenziert

*Ergebnisse:* Die einzige hochwertige Studie, die als Informationsvermittlung kategorisiert wurde, berichtete signifikante Effekte der Intervention. Allerdings wurde hier nicht nur Wissen vermittelt, die Maßnahme sah auch einen Nichtrauchwettbewerb vor. Beide hochwertigen Studien zu sozialen Kompetenzprogrammen zeigten positive, jedoch meta-analytisch zusammengefasst nicht signifikante Ergebnisse (OR 0.77). Von den 13 analysierten hochwertigen Studien zu Maßnahmen der sozialen Einflussnahme berichteten neun positive Effekte. Der per meta-analytischem Verfahren quantitativ gemittelte Effekt von 13 Studien mit Ergebnissen zu kurzfristiger Prävention war jedoch nicht signifikant (OR 0.93), ebenso nicht signifikant war der über sieben Studien gepoolte Effekt zur langfristigen Prävention (OR 1.19). Drei hochwertigen Studien untersuchten kombinierte Interventionen aus Elementen im Sinne der sozialen Einflussnahme und der sozialen Kompe-

tenz (Lebenskompetenzprogramme), wovon eine Studie einen positiven Interventionseffekt fand. Auch hier war aber der quantitativ gemittelte Effekt über sechs Studien kurzfristig nicht signifikant (OR 0.72); die einzige langfristige Studie zeigte ebenfalls keinen signifikanten Effekt. Drei der vier eingeschlossenen hochwertigen Mehrkomponenteninterventionen fanden signifikant positive Ergebnisse.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:*

Wegen der geringen Anzahl an hochwertigen Studien zu Informationsvermittlung sei es schwer, die Wirksamkeit von Informationsvermittlung auszuschließen, aber es gäbe wenig positive Evidenz dafür. Der → Review zeige, dass es etwas Evidenz für die kurzfristige Wirksamkeit von Programmen der sozialen Einflussnahme in der schulbasierten Prävention des Rauchens gäbe. Für einen zusätzlichen Nutzen durch Zufügen von Elementen der sozialen Kompetenz zu Programmen der sozialen Einflussnahme liege nicht genügend Evidenz vor. Es gäbe zu wenig Daten, auf deren Basis ein Urteil über die zusätzliche Effektivität von Mehrkomponentenprogrammen getroffen werden könne. Es sei möglich, dass die Kombination von Interventionen der sozialen Einflussnahme mit Interventionen auf kommunaler Ebene oder mit Trainings der sozialen Kompetenz die Wirksamkeit verbessere, jedoch würden diese Ansätze bisher nicht so streng evaluiert wie Programme der sozialen Einflussnahme allein.

*Hwang et al. [3–10; 2004; M; 65 Studien (RCT); 1978–1997; 11 bis 18 Jahre]* untersuchten die präventive Wirksamkeit von schulischen Programmen zur Prävention des Rauchens in den USA anhand von 65 kontrollierten randomisierten Studien in einer → Meta-Analyse. Die von ihnen untersuchten Interventionen waren den folgenden Ansätzen zuzuordnen: soziale Einflussnahme (Information zu sozialen Normen und Übung von sozialen Fertigkeiten), kognitiv-behavioraler Ansatz (Elemente der sozialen Ein-

flussnahme plus kognitive Fertigkeiten wie Problemlösung oder Entscheidungsfindung) sowie Lebenskompetenztraining (Elemente der beiden anderen Interventionen plus affektive Elemente, wie zum Beispiel Selbstsicherheit). Zudem wurden reine Schulprogramme mit Programmen verglichen, die, zusätzlich zur schulischen, eine kommunale Komponente vorsahen, sowie die kurz- und langfristige Wirksamkeit der Interventionen untersuchten. Als Ergebnisparameter wurde die  $\rightarrow$  Effektstärke (Cohen's  $d$ ) der Interventionen auf das Rauchverhalten der Gesamtgruppe der Schülerinnen und Schüler (Rauchende und Nichtraucher) auf Basis der standardisierten Mittelwertsdifferenz zwischen Interventions- und  $\rightarrow$  Kontrollgruppe berechnet.

*Ergebnisse:* Der Gesamteffekt für das Rauchverhalten war  $.15$ , was einem geringen Effekt entspricht. In der zeitlichen Abfolge lag der Effekt nach weniger als einem Jahr bei  $.19$ , zwischen ein und drei Jahren bei  $.18$  und über drei Jahren bei  $.09$ . Kurzfristig waren Lebenskompetenztrainings am wirksamsten ( $n = 31$ ,  $d = .29$ ), gefolgt von kognitiv-behavioralen Interventionen ( $n = 22$ ,  $d = .21$ ) und Ansätzen, basierend auf dem sozialen Einflussmodell ( $n = 31$ ,  $d = .12$ ). Im Bereich zwischen ein und drei Jahren hatten die kognitiv-behavioralen Maßnahmen die größte  $\rightarrow$  Effektstärke und blieben konstant bei  $d = .21$ . Lebenskompetenztrainings lagen hier bei  $d = .16$  und Interventionen der sozialen Einflussnahme bei  $d = .15$ . Reine Schulprogramme waren den kombinierten Programmen hinsichtlich der kurzfristigen Wirksamkeit überlegen (Schule:  $d = .22$ ; kombiniert:  $d = .16$ ), was sich jedoch für den Zeitraum von bis zu drei Jahren umkehrte (Schule:  $d = .16$ ; kombiniert:  $d = .21$ ). Effekte über drei Jahre konnten nur für die Modalitäten soziale Einflussnahme ( $d = .07$ ) und Schule ( $d = .06$ ) untersucht werden.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die vorliegende Studie gäbe schlüssige Hinweise für die Wirksamkeit von schulischen psychosozialen

Tabakpräventionsprogrammen für die Reduktion des Rauchens bei Jugendlichen in den USA. Die besten Effekte würden durch Programme erzielt, die kognitiv-behaviorale Elemente oder Lebenskompetenzansätze implementierten und/oder kombiniert an Schule und im kommunalen Nahraum umgesetzt würden. Mit solchen Programmen könnten auch langfristige Effekte erzielt werden.

### **Fokus Tabakprävention per Wissensvermittlung in Südkorea**

*Park et al. [3–11; 2004; S; 11 Studien (RCT und CT); 1992–2004; 12 bis 16 Jahre]* untersuchten die Wirksamkeit von Programmen zu Prävention des Rauchens an Schulen in Südkorea in einem systematischen  $\rightarrow$  Review mit elf kontrollierten Studien mit und ohne Randomisierung. In den Programmen wurde überwiegend Wissensvermittlung als Intervention genutzt. Weitere Komponenten, die in einigen Programmen zusätzlich, jedoch weit weniger umfassend implementiert wurden, waren Standfestigkeitstraining, Lebenskompetenzen und andere Komponenten (zum Beispiel Rauchstopp, Aufklärung zu Werbestrategien der Tabakindustrie etc.). Die Umsetzung der Programme erfolgte nicht interaktiv und das Rauchverhalten wurde lediglich in fünf Studien als Ergebnisvariable untersucht.

*Ergebnisse:* Im Hinblick auf die Raucherrate berichtete keine einzige Studie einen signifikanten Effekt. Die  $\rightarrow$  Effektstärken waren negativ oder nahe 0.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Als die hauptsächliche Intervention sei Wissensvermittlung in nicht interaktiver Weise durchgeführt werden. Solcher Art schulbasierte Rauchprävention könne das Rauchverhalten von Jugendlichen nicht beeinflussen.

### **Fokus Langfristige Wirksamkeit**

*Wiehe et al. [3–12; 2005; S; 8 Studien (RCT); 1989–2001; 8 bis 18 Jahre]* fanden für einen sys-

tematischen → Review lediglich acht kontrollierte, randomisierte US-Studien zur Rauchprävention mit langfristigerem Nacherhebungszeitraum, das heißt mit einer Nacherhebung von mehr als einem Jahr nach Programmende, im Alter von 18 oder in der 12. Jahrgangsstufe. Die Interventionen bestanden hauptsächlich aus sozialer Einflussnahme, manche Maßnahmen fügten Komponenten zur Förderung von sozialen Kompetenzen hinzu. Eine Studie untersuchte die Effektivität eines Lebenskompetenzprogramms.

*Ergebnisse:* Nur die eine Studie, die auf dem Interventionsmodell der Lebenskompetenzen basierte, zeigte verringerte Prävalenzen im Rauchverhalten in der langfristigeren Follow-up-Befragung.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Nur wenige Studien hätten langfristige Effekte von schulbasierter Prävention des Rauchens untersucht. Es könne keine Evidenz für langfristige Wirksamkeit gefunden werden. Es könnte möglich sein, dass Lebenskompetenzprogramme im Gegensatz zu anderen Programmen wirksam seien, weil sie mit einem hohen Maß an Interaktion und Teilhabe der Jugendlichen umgesetzt würden. Ein Erklärungsversuch für die nachgewiesene kurzfristige, aber fehlende langfristige Effektivität der Programme könnte sein, dass die Programme Jugendliche kurzfristig für von den Forschenden erwünschte Antworten sensibilisierten.

### **Fokus Schulische Tabakpolitik**

*Piontek et al. [3–7; 2007; S; 11 Studien; 1994–2005; Alter keine Angabe]* konnten einige querschnittliche Studien, aber nur eine längsschnittliche Interventionsstudie zum Thema schulische Tabakpolitik auswerten. Diese fand heraus, dass die Übernahme eines formalen Rauchverbots allein keinen präventiven Effekt auf das Rauchverhalten der Schülerinnen und Schüler nach einem Jahr nach sich zog. Die Autoren schlussfolgern, dass es noch einen erheblichen Forschungsbedarf gebe, aber die bisherige Grundlagenforschung die schulische Verhältnisprä-

vention, die aus mehr als dem Rauchverbot bestehe, als eine Erfolg versprechende Maßnahme sehe.

### **Fokus Klassenwettbewerbe Nichtrauchen**

*Isensee et al. [3–32; 2012; M; 5 Studien (RCT und CT); 1996–2010; 11 bis 14 Jahre]* untersuchten die Effektivität von Klassenwettbewerben (Smokefree Class Competition oder SFC) zur Verhinderung des Rauchens auf Basis von drei RCTs und zwei CTs in einer → Meta-Analyse. Von den eingeschlossenen Studien wurden drei in Deutschland durchgeführt, eine stammte aus den Niederlanden und eine aus Finnland. Bei der Intervention, die in Deutschland unter dem Namen »Be smart – don't start« bekannt ist, verpflichten sich ganze Schulklassen in einem Vertrag, über einen Zeitraum von sechs Monaten nicht zu rauchen. Die Schülerinnen und Schüler werden wöchentlich zu ihrem Rauchverhalten befragt und mindestens 90% der Klasse müssen zu jedem Zeitpunkt Nichtraucherin bzw. Nichtraucher sein, damit die Klasse am Ende des Wettbewerbs an der Auslosung von Preisen teilnehmen kann. Die untersuchte Ergebnisvariable in dieser Studie war das aktuelle Rauchverhalten der Gesamtgruppe der Schülerschaft (Rauchende und Nichtraucher) zum Zeitpunkt der letzten Nachbefragung der jeweiligen Studie [zwölf bis 24 Monate].

*Ergebnisse:* Bei zwei der fünf Studien hatten Schülerinnen und Schüler der Interventionsgruppe zum Zeitpunkt der Nachbefragung ein signifikant verringertes Risiko, aktuell zu rauchen. Bei der Zusammenfassung aller Studien in der Meta-Analyse war das Gesamtrisikoverhältnis für Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer signifikant verringert (pooled risk ratio 0.86). Dies entspricht einer Anzahl von 23,4 Personen, die an der Intervention teilnehmen müssen, damit eine Raucherin bzw. ein Raucher verhindert werden kann (also etwa ein verhinderter Fall pro teilnehmender Schulklasse für eine Dauer von bis zu zwei Jahren).

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Autoren folgern, dass Klassenwettbewerbe eine evidenzbasierte Maßnahme zur Verhinderung des Rauchens sind. Es gäbe breite Evidenz für die Empfehlung und Umsetzung dieses Programms.

*Johnston et al. [3–38; 2012; M; 7 Studien (RCT und CT); 1992–2012; 11 bis 14 Jahre]* widmeten sich in einem Cochrane Review einer ähnlichen Fragestellung wie Isensee et al. [3–32] und untersuchten die Wirksamkeit von Belohnungen zur Verhinderung des Rauchens bei Schülerinnen und Schülern. Sie schlossen insgesamt sieben Studien ein (drei RCTs, vier CTs), wobei sechs davon Studien zur Wirksamkeit von Klassenwettbewerben (Smokefree Class Competition) waren (siehe 3–32). Für die zusammenfassende Auswertung der Studienergebnisse mit meta-analytischer Vorgehensweise konnten fünf Studien (alle zu Klassenwettbewerben) berücksichtigt werden, wobei die Auswertung getrennt für drei RCTs und zwei CTs durchgeführt wurde. Die Nachbefragungsintervalle dieser Studien reichten von zehn bis 24 Monaten. Im Unterschied zur → Meta-Analyse von Isensee [3–32] wurden nur Schülerinnen und Schüler einbezogen, die zum ersten Befragungszeitpunkt vor Beginn der Intervention angaben, Nichtraucherin bzw. Nichtraucher zu sein; zudem wurde bei der Analyse der Primärstudien in einigen Fällen vor Einschluss in die Meta-Analyse rückwirkend für die geclusterte Datenstruktur (Schülerinnen und Schüler in Schulklassen/Schulen) kontrolliert. Nach Meinung der Autoren entspricht dies im Vergleich zur Meta-Analyse von Isensee [3–32] einem konservativeren Vorgehen.

*Ergebnisse:* Nur eine der eingeschlossenen Studien fand einen signifikanten Effekt der Intervention auf den Raucheinstieg, der nach zusätzlicher Adjustierung für die geclusterte Datenstruktur verschwand. Weder die zusammengefassten Effekte der drei RCTs (pooled risk ratio 1.00) noch der zwei CTs (risk ratio

0.86, nicht signifikant von 1 unterschiedlich) deuten darauf hin, dass die Intervention im Hinblick auf die Verhinderung des Raucheinstiegs von Schülerinnen und Schülern wirksam ist.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Autoren schließen, dass es keine qualitativ hochwertige Evidenz für die Wirksamkeit von Belohnungen zur Verhinderung des Rauchens bei Schülerinnen und Schülern gäbe.

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie SCHULE Freizeit Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	Tabak Alkohol CANNABIS Andere illegale Drogen Undifferenziert

### Verhaltensbezogene Cannabisprävention

*Porath-Waller et al. [3–8; 2010; M; 15 Studien (RCT und CT); 1999–2006; 12 bis 19 Jahre]* untersuchten die Effektivität von schulischen Programmen zur Prävention von Cannabiskonsum mittels einer → Meta-Analyse von 15 kontrollierten Studien mit und ohne Randomisierung. Die unterschiedlichen Interventionsmodelle waren zum einen Modelle der sozia-

len Einflussnahme und zum anderen gemischte Modelle, die Bestandteile verschiedener Interventionsansätze kombinierten. Die Ergebnisse aller Studien wurden zu einer gesamten → Effektstärke kombiniert. Zudem wurden Effektstärken für verschiedene Moderatorinnen und Moderatoren wie Programmdauer, Alter der Teilnehmenden, Art der Programmgestaltung etc. berechnet.

*Ergebnisse:* Die Kombination der Effekte aller Studien resultierte in einer Effektstärke von .58 (Cohen's d), was einen moderat positiven Effekt der Interventionen auf den Cannabiskonsum darstellt. Außerdem berichten die Autoren verschiedene signifikante Moderatorinnen bzw. Moderatoren: So waren kombinierte Interventionsmodelle den Ansätzen, die auf reiner sozialer Einflussnahme basierten, überlegen; eine Programmlänge von über 15 Sitzungen war effektiver als kürzere Programme; die Programme waren bei Jugendlichen über 14 Jahren im Vergleich zu jüngeren Gruppen wirksamer; die Programme waren effektiver, wenn externe Personen (Gesundheitsberufe, Polizei, Fachkräfte) als Trainerinnen bzw. Trainer fungierten, als wenn dies Lehrkräfte taten; eine interaktive Programmgestaltung war der direktiven überlegen und schließlich waren Maßnahmen erfolgreicher, wenn ihre Umsetzung überprüft wurde.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die vorliegenden Ergebnisse seien Evidenz dafür, dass schulbasierte Programme im Hinblick auf die Reduktion von Cannabiskonsum bei Jugendlichen wirksam seien.

### Verhaltensbezogene Präventionsprogramme

#### Cannabis und illegale Drogen

*Faggiano et al. [3–1; 2008; S; 29 Studien (RCT); 1980–2004; 6 bis 17 Jahre]* untersuchten 29 randomisierte kontrollierte Studien zur Prävention des Konsums illegaler Drogen im Schulkontext. Die von ihnen untersuchten Substanzen waren Cannabis,

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie SCHULE Freizeit Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	Tabak Alkohol CANNABIS ANDERE ILLEGALE DROGEN Undifferenziert

Ecstasy, harte Drogen und Schnüffelstoffe. Die meisten der untersuchten Programme waren kompetenzorientiert und zielten auf die Förderung von Lebenskompetenzen, Standfestigkeit und Risikokompetenz. Eine Minderheit an untersuchten Programmen zielte auf affektive Erziehung (Förderung von Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Motivation) und Informationsvermittlung ab. Die Autoren untersuchten Unterschiede nach vermittelnden Personen (Lehrerinnen/Lehrer vs. externe Person vs. Peers). Für die einzelnen Fragestellungen wurden die Ergebnisse von verschiedenen Subgruppen von Studien mit meta-analytischen Techniken zusammengefasst. 14 der eingeschlossenen Studien lieferten keine geeigneten Daten für meta-analytische Verfahren, ihre Ergebnisse wurden in narrativer Form berichtet.

*Ergebnisse:* Vier Studien standen für eine → Meta-Analyse von Kompetenzprogrammen zur Verfügung. Im Vergleich zum üblichen Vorgehen erwies sich der

Einsatz von kompetenzorientierten Programmen in der Schule als wirksam im Hinblick auf einen geringeren Cannabiskonsum (RR .82, vier Studien) und einem geringeren Konsum von harten Drogen (RR .45, zwei Studien). Diese Zahlen können interpretiert werden als ein um 20 % geringeren Einstieg in den Cannabiskonsum bzw. 55 % geringeren Einstieg in den Konsum harter Drogen über den Implementationszeitraum. Im Vergleich zu von Lehrkräften durchgeführten Maßnahmen waren zwei von zwei peergeführten Lebenskompetenzprogrammen erfolgreicher im Hinblick auf die Prävention von Cannabiskonsum. Wissensvermittlung allein verbesserte die Wissensbasis über Drogen (SMD = .91, drei Studien), nicht aber die Entscheidungsfähigkeit oder den Konsum. Affektive Maßnahmen verbesserten das Wissen stärker als Informationsvermittlung allein (SMD = .61, zwei Studien).

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Im Vergleich zum üblichen Vorgehen scheinen kompetenzbasierte Programme einen positiven Effekt sowohl auf vermittelnde Schutz- und Risikofaktoren als auch auf den Konsum von illegalen Drogen zu haben. Kompetenzbasierte Programme helfen dabei, Jugendliche vom Drogenkonsum abzuhalten. Für die Wirksamkeit von affektiver Erziehung und Wissensvermittlung bei der Prävention von Drogenkonsum gäbe es keine Evidenz. Die Anzahl der Schülerschaft, die behandelt werden müsste, um dem Cannabiskonsum einer Schülerin bzw. eines Schülers vorzubeugen (Number needed to treat [NNT]) liege bei 33. Da die Prävalenz von Cannabiskonsum in den untersuchten Studien 16,5% war, würden fünf der 33 Personen Cannabis konsumieren. Von diesen würde eine(r) durch die Intervention davon abgehalten werden, was einer Reduktion von Neueinsteigerinnen und Neueinsteigern um 20 % entspräche.

### 03.2.2 Fazit

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

*Raum:* lediglich einige deutsche Studien zu Klassenwettbewerben Nichtraucher (»be smart – don't start«)

*Evidenzgrad der Forschung:* Ebene A bis D. Viele → Meta-Analysen

#### Undifferenziert – substanzübergreifend

9. Systembezogene Maßnahmen, die Schulaktionsteams einführen und Aktionen zur Verbesserung des Schullebens sowie substanzspezifische Komponenten durchführen, können → präventive Effekte auf den Tabak- und Alkoholkonsum haben. (B 3–2)
10. Das D.A.R.E.-Programm (Informationsvermittlung, affektive Erziehung und Standfestigkeitstraining von Polizisten durchgeführt) hat keine präventiven Effekte auf Tabak-, Alkohol- und illegalen Drogenkonsum. (A 3–9)
11. Zur Beurteilung der Wirksamkeit von (zufälligen) Alkohol- und Drogentests in der Prävention des Substanzkonsums bei Schülerinnen und Schülern liegen keine aussagekräftigen Evaluationen vor. (D 3–35, C 3–36)

#### Alkohol

12. Alkoholspezifisch ausgerichtete schulbasierte Maßnahmen können → präventive Effekte haben. (B 3–3)
13. Allgemeine, auf mehrere Problemverhaltensweisen ausgerichtete Maßnahmen zeigen gelegentlich → präventive Effekte auf den Alkoholkonsum. Unter den effektiven Programmen finden sich bestimmte, die psychosoziale Entwicklung fördernde Programme: zwei Lebenskompetenz-

programme und ein Verhaltenssteuerungsprogramm für die Klasse. (B 3–3, B 10–1)

14. Bestimmte allgemeine Programme können effektiver sein als alkoholspezifische Programme (langfristigere Effekte, Effekte auf Trunkenheit und Binge-Drinking). (B 3–3)

### **Tabak**

15. Informationsvermittlung allein scheint keine Effekte auf das Rauchverhalten zu haben. (B 3–11, B 3–13)
16. Schulbasierte Tabakpräventionsmaßnahmen allein haben keine langfristigen präventiven Effekte auf das Rauchverhalten (> 12 Monate). (A 9–1, B 3–12)
17. Allgemeine Programme, die auf dem Modell des sozialen Einflusses, auf dem Lebenskompetenzansatz oder dem kognitiv-behavioralen Kompetenzansatz beruhen, haben → präventive Effekte auf das Rauchverhalten der Gesamtgruppe von bisher nicht rauchenden und rauchenden Schülerinnen und Schülern (A 3–10), scheinen aber keinen Effekt auf den Einstieg in das Rauchen zu haben. (A 3–13)
18. Klassenwettbewerbe haben → präventive Effekte auf das Rauchverhalten der Gesamtgruppe von rauchenden und nicht rauchenden Schülerinnen und Schülern (A 3–32), scheinen aber keine präventiven Effekte auf den Einstieg in das Rauchen zu haben. (A 3–38)
19. Die Wirksamkeit von schulischer Tabakpolitik lässt sich aufgrund fehlender Studien nicht beurteilen. (B 3–7)
20. Schulbasierte Maßnahmen (Ansätze sozialer Einfluss), die mit Komponenten im Handlungsfeld Kommune kombiniert werden, können → präventive Effekte auf den Tabakkonsum haben. (B 3–13)
21. Die Ergänzung einer schulbasierten Intervention um familienorientierte Elemente scheint keinen
- zusätzlichen tabakpräventiven Effekt zur Schulmaßnahme zu erreichen. (B 1–4)

### **Cannabis und illegale Drogen**

22. Verhaltensbezogene schulbasierte Programme haben → präventive Effekte auf den Cannabiskonsum. (A 3–8, A 3–1)
23. Kompetenzorientierte und umfassendere Programme können einen stärkeren präventiven Effekt auf den Konsum von Cannabis und anderen illegalen Drogen haben als andere Programme. (A 3–1, A 3–8)
24. Informationsvermittlung und affektive Erziehung allein scheinen keine → präventiven Effekte auf Cannabiskonsum zu erreichen (A 3–1), sind aber in Kombination mit kompetenzorientierten Ansätzen effektiver als Maßnahmen der sozialer Einflussnahme allein. (A 3–8)
25. Werden interaktive Methoden eingesetzt, sind Programme cannabispräventiv effektiv, bei Einsatz von nicht interaktiven Methoden nicht. (A 3–8)
26. Längere Programme (> 15 Stunden) haben größere Effekte auf Cannabiskonsum als kürzere Programme. (A 3–8)
27. Verhaltensbezogene Programme sind für über 14-Jährige in der Cannabisprävention effektiver als für unter 14-Jährige. (A 3–8)
28. Externe vermittelnde Fachkräfte sind cannabispräventiv erfolgreicher als vermittelnde Lehrende. (A 3–8)
29. Peers können im Rahmen von Lebenskompetenzprogrammen eher cannabispräventive Effekte erreichen als Lehrpersonen. (A 3–1)

**Quantitative Hinweise**

Wirkung von schulbasierten Programmen auf das Rauchverhalten zwischen .1 und .2, bis zu .3 mittlere gewichtete → Effektstärke d  
 Wirkung von schulischen Programmen auf den Cannabiskonsum bis zu .6 mittlere gewichtete → Effektstärke d

**IPSY (Information + Psychosoziale Kompetenz = Schutz)** ([www2.uni-jena.de/svw/devpsy/projects/ipsy.html](http://www2.uni-jena.de/svw/devpsy/projects/ipsy.html))

*Zielgruppe:* 5.–7. Klasse (5. Klasse Basisprogramm, 6. und 7. Klasse Aufbautrainings)

*Methode:* Schulbasiertes, suchtpreventives Lebenskompetenzprogramm gegen den Missbrauch von Substanzen wie Alkohol und Zigaretten; primärpräventiv vor erstem Konsum

*Wer führt es durch?* Lehrerinnen bzw. Lehrer oder ältere Peers mit entsprechender Schulung

*Inhalte:* Stärkung des Selbst (Gefühle, Selbstbild), Problemlösen (Angst, Stress), soziale Kompetenzen, Informationsvermittlung (Prävalenz, kurzfristige Konsequenzen, Werbung, Medien), Schule, Freizeit (funktionale Alternativen)

*Dauer:* Basisprogramm: 15 Einheiten, Aufbautrainings: je sieben Einheiten

*Aufwand:* Kosten für Manual, Schulung in Jena

*Evaluationsstudie (CT mit langem Nachbefragungsintervall):* Weichold et al. 2010: n = 23 Interventionsschulen, n = 21 Kontrollschulen – quasi-experimentell (Thüringen), Prä-, Post-, zwei Follow-ups, n = 1693 Schüler/-innen, n = 952 bei allen Messzeitpunkten; Fragebogen als Messinstrumente (vor und nach IPSY-Intervention, im Follow-up) zu verschiedenen Aspekten

des Alkohol- und Zigarettenkonsums, Lebenskompetenzen, Familie, Freunde, Freizeit, Schule; Kurzfragebogen an die Lehrkräfte; Follow-up: sieben Monate, ein Jahr später, weiteres Jahr später (Drei-Jahres-Follow-up)

Weichold und Silbereisen 2012: Vergleich Lehrkräfte vs. Peers bezüglich Wirksamkeit, Pilotstudie: n = 105 Schüler/-innen, ca. 10,74 Jahre alt bei T1; peergeleitet: n = 20; lehrkräftegeleitet: n = 62; → Kontrollgruppe: n = 23; Prä-Post-Messung, Zwei-Jahres-Follow-up

*Evaluationsergebnisse:* Weichold et al. 2010: alterstypischer Anstieg des Konsums von Zigaretten bzw. Alkohol bei Interventionsgruppe signifikant reduziert; bei Zigaretten kontinuierlich ansteigende Distanz in Haltung; bei Alkohol konstant hohe Distanz; gesteigerte Selbstsicherheit und geringere Anfälligkeit für Gruppendruck  
 Weichold und Silbereisen 2012: deutlich positivere Effekte in Wirksamkeit bei Lehrkräften im Vergleich zu Peers

*Kontakt:* Friedrich-Schiller-Universität Jena/Institut für Psychologie, Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie, Tel.: 03641-945221, Fax: 03641-945202, E-Mail: [karina.weichold@uni-jena.de](mailto:karina.weichold@uni-jena.de)

**Klasse 2000** ([www.klasse2000.de](http://www.klasse2000.de))

*Zielgruppe:* Grundschülerinnen und -schüler

*Methode:* Frühzeitige und kontinuierliche Stärkung von Gesundheits- und Lebenskompetenzen; Primärprävention gegen Sucht, Gewalt und gesundheitsschädigendes Verhalten; spielerische und handlungsorientierte Vermittlung von allgemeinen Körperprozessen während der

1. bis 3. Klasse, Bewegungsübungen und -pausen; 4. Klasse: Fokus auf Tabak, Alkohol  
*Wer führt es durch?* Lehrkräfte und »Gesundheitsförderer/Gesundheitsförderinnen« (Fachkräfte mit spezifischer Schulung)  
*Inhalte:* Bewegung, gesunde Ernährung, Atmung, Entspannung, soziale Kompetenzen, Umgang mit Gefühlen und Stress, Strategien zur Problem- und Konfliktlösung, kritischer Umgang mit Tabak und Alkohol, Umgang mit Problemen und negativen Gefühlen, gewaltfreie Lösung von Konflikten, Gefahren von Tabak und Alkohol sowie Rollenspiele, zum Beispiel Neinsagen bei Gruppendruck

*Dauer:* Vier Grundschuljahre Unterrichtseinheiten

*Aufwand:* Finanzierung durch Spenden; unterrichtsbegleitend

*Evaluationsstudie (CT mit langem Nachbefragungsintervall):* Maruska et al. 2011: n = 29 (1123 Schüler/-innen) Interventionsschulen, n = 29 (936 Schüler/-innen) Kontrollschulen (Hessen); Klasse2000 als 15 Unterrichtseinheiten/Schuljahr, innerhalb der ersten beiden Schuljahre – Befragung der Lehrkräfte, Ende des 3. und Ende des 4. Schuljahrs Befragung von Schülerinnen und Schülern sowie Lehrkräften mittels anonymisierter Fragebogen; Follow-up 6. Klasse (zwei Jahre Post-Intervention) (n = 272 Schüler/-innen Interventionsgruppe, n = 229 → Kontrollgruppe), 7. Klasse (drei Jahre Post-Intervention) (n = 222 Schüler/-innen Interventionsgruppe, n = 186 Kontrollgruppe)

*Evaluationsergebnisse:* Risiko mit Rauchen bzw. (heimlichem) Alkoholkonsum zu beginnen 2–3 Prozentpunkte geringer bei Interventionsgruppe (kombiniert: 5 Prozentpunkte), wobei

bei Alkoholkonsum nicht signifikant; Number needed to treat bei Zigarettenkonsum 28, bei Substanzkonsum allgemein 19; bei Follow-up Schüler/-innen glauben, dass eigene Kontrolle für Gesundheit möglich, besondere Bedeutung: Ernährung; bei IG Häufigkeiten des Substanzkonsums (Alkohol, Zigaretten) deutlich geringer, auch bezüglich Einstieg; geringere Empfänglichkeit bezüglich Zigarettenangebot von Freundinnen/Freunden, bleibt auch ein Jahr später konstant

*Kontakt:* Verein Programm Klasse2000 e. V.,  
 Tel.: 0911-8912-10, Fax: 0911-89121-30,  
 E-Mail: info@klasse2000.de

### **Aktion glasklar** ([www.aktionglasklar.de](http://www.aktionglasklar.de))

*Zielgruppe:* Vier Zielgruppen (Jugendliche 12- bis 16-Jährige, ab 16 Jahren, Eltern/Angehörige, Bezugspersonen (Lehrkräfte, Ärztinnen/Ärzte, Jugendgruppenleiterinnen und -leiter)

*Methode:* Aufklärungs- und Sensibilisierungskampagne in Form von Internetseite und Printmedien (Informationsbroschüren für Jugendliche, Eltern, Unterrichtsmaterial)

*Wer führt es durch?* Lehrkräfte

*Inhalte:* Broschüren: u. a. »Alkohol als Genussmittel«/»Wann ist Alkohol okay«, »Umgang mit Gruppendruck«, »Versuchungen«, »Werbung«, »Präventionstipps«; Internetseite: Quiz zu Broschüren, interaktive Tests (»Wie dick macht Alkohol?«, »Wie wirkt Alkohol wirklich?«, »Selbstcheck«) mit sofortiger Anzeige des Ergebnisses, Selbstverpflichtungsaktion zu Trinkstopp, Downloads, Infos

*Dauer:* Acht Unterrichtseinheiten  
*Evaluationsstudie (RCT mit Einjahresnachbefragung):* Morgenstern et al. 2008: n = 30 Schulen (Schleswig-Holstein; Hauptschule, Realschule, Gymnasium, Gesamtschule), 7. Klassen (zwölf bis 15 Jahre), n = 1686 Schüler/-innen; Intervention: vier interaktive Unterrichtsstunden durch Lehrkräfte, Broschüren für Schüler/-innen und Eltern; Erfassung des Wissens, Einstellungen, Alkoholkonsum; Follow-up: vier Monate, zwölf Monate nach Intervention, n = 1433 Schüler/-innen (85% nach zwölf Monaten)  
*Evaluationsergebnisse:* Signifikante Verbesserung des Wissens und Verringerung des Rauschtrinkens (auch anhaltend, zwölf Monate später), aber geringer Effekt auf Einstellung der Jugendlichen gegenüber Alkohol und selbstberichteten Alkoholgebrauch bzw. Ablehnung eher kurzfristige Wirksamkeit; Wirkung bei Beginn von Alkoholkonsum statt Reduzierung bereits bestehenden Trinkverhaltens bzw. Verzögerung der ersten Erfahrungen mit Alkohol

**Kontakt:**

Dr. Barbara Isensee, Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord), Harmsstraße 2, 24114 Kiel, E-Mail: aktionglasklar@ift-nord.de

## » 03.3 Handlungsfeld Freizeit

**03.3.1 Einzelbefunde**

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie Schule FREIZEIT Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	Tabak Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen UNDIFFERENZIERT

### **Fokus Außerschulische Programme – Vergleich mit anderen Gesundheitsförderungs- und Präventionsbereichen**

Durlak et al. [2–4; 2010; M; 68 Studien (24 RCTs, 44 CTs); 1979–2008; 5 bis 18 Jahre] berechneten in ihrer → Meta-Analyse mit 68 Studien die → Effektivstärke von außerschulischen Programmen, die auf die Förderung der psychosozialen Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen abzielen. Die untersuchten außerschulischen Programme fanden zu-

mindest teilweise während des Schuljahrs statt, wurden außerhalb des Unterrichts durchgeführt und von Erwachsenen betreut. Sie thematisierten einen oder mehrere der folgenden Inhalte: Problemlösung, Konfliktlösung, Selbstkontrolle, Führungsverhalten, Entscheidungsfindung und Fertigkeiten zur Steigerung der Selbstwirksamkeit oder des Selbstwerts.

*Ergebnisse:* Der Gesamteffekt aller Programme auf alle Verhaltensbereiche (Gefühle und Einstellungen; angepasstes Verhalten; Schulleistung) betrug  $d = .22$ , wobei die Ergebnisse sehr heterogen waren. Ein Effekt auf Substanzkonsum ließ sich anhand von 28 Einzelmaßnahmen überprüfen. Diese 28 Effekte gemeinsam analysiert, ergab eine  $\rightarrow$  Effektstärke von  $d = .10$ , die sich nicht signifikant von 0 unterschied. Wurden lediglich die Wirkungen der suchtpreventiven Maßnahmen berücksichtigt, die inhaltlich dem Stand der Forschung entsprachen ( $n = 12$ ), ergab sich eine signifikante kleine Effektstärke von  $d = .16$ . Diese Maßnahmen waren dadurch gekennzeichnet, dass sie beim Lernen schrittweise vorgingen, interaktive Methoden einsetzten, ausreichend Zeit und Raum für das Erlernen der Fertigkeit vorsahen und spezifische Lernziele und Ergebnisparameter vorgaben (SAFE).

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Autoren resümieren, dass die derzeitigen Daten darauf hinweisen, dass außerschulische Programme eine insgesamt positive und statistisch bedeutsame Wirkung auf ihre Teilnehmenden hätten. Die Effektgrößen der SAFE-Maßnahmen lägen gleichauf oder oberhalb derer von in anderen  $\rightarrow$  Reviews beurteilten evidenzbasierten psychosozialen Ansätzen für Kinder im Schulalter. Die Heterogenität der Effekte weise auf ein großes Optimierungspotenzial hin. Außerschulische Programme verdienten es, als ein wichtiges Setting zur Förderung des psychosozialen Wohlbefindens und der Anpassung im Jugendalter unterstützt und anerkannt zu werden.

### Fokus Mentorenprogramme

*DuBois et al. [2–5; 2002; M; 55 Studien; 1970–1998, jünger als 19 Jahre]* haben quantitativ per  $\rightarrow$  Meta-Analyse die Ergebnisse von 55 Studien zusammengefasst, die Unterschiede im Erleben und Verhalten von jungen Menschen überprüfen, die an einem Mentorenprogramm teilgenommen haben (darunter 15 Parameter aus RCT- und 26 Parameter aus CT-Studien). Allgemein ist ein kleiner Effekt ( $d = .23$ ) im Erleben und Verhalten der Teilnehmenden festzustellen (emotionales Wohlbefinden, Problem-/Risikoverhalten, soziale Kompetenz, Schulleistung, berufliches Fortkommen). Substanzkonsum wurde in dieser Studie unter Problem-/Risikoverhalten gefasst. Da die Ergebnisvariable nicht ausreichend differenziert wurde, können die Ergebnisse dieser  $\rightarrow$  Meta-Analyse nicht in die Schlussfolgerungen einfließen.

*Ergebnisse:* 15 Vergleiche standen zur Berechnung der Effektgröße im Bereich Risikoverhalten zur Verfügung. Sie ergab  $d = .21$  und liegt somit im Bereich der Gesamteffektgröße. Stärkere Effekte waren für sogenannte Risikogruppen beobachtbar.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Das Studienergebnis unterstütze die Annahme der Wirksamkeit von Mentorenprogrammen mit Jugendlichen. Unerheblich erscheine dabei u. a., ob die Programme eher allgemeine, gesundheitsförderliche oder spezifischere, präventionsbezogene psychosoziale Ziele verfolgten. Allerdings seien die Effekte klein. Eine große Heterogenität der  $\rightarrow$  Effektstärken sei zu beobachten, die eine noch spezifischere Suche nach aktiven Wirkfaktoren erforderlich mache.

### Fokus Verhältnisprävention in Sportvereinen

*Priest et al. [2–2, 2008; S; 0 Studien; 2004–2007, alle Altersgruppen]* beabsichtigten die Wirksamkeit von Interventionen zu beurteilen, die Sportvereine u. a. bei der Entwicklung von rauch- und alkoholbezogenen Regelungen unterstützen. Dieses sind zum Beispiel Rauchverbote, Kampagnen gegen alkoholi-

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie Schule FREIZEIT Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	TABAK ALKOHOL Cannabis Andere illegale Drogen Undifferenziert

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie Schule FREIZEIT Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	Tabak ALKOHOL CANNABIS ANDERE ILLEGALE DROGEN Undifferenziert

siertes Fahren, Schulung von Servicepersonal und der Verkauf von alkoholfreien Getränken. Ausdrücklich wurden für diese Untersuchung die Suchkriterien »leistungssteigernde Substanzen« und »recreational drug use« ausgeschlossen. Der Artikel stellt eine Aktualisierung des 2005 erstmals veröffentlichten Cochrane Reviews dar.

*Ergebnisse:* Trotz einer umfangreichen Literaturrecherche (1591 Referenzen) gelang es den Autoren auch für die Aktualisierung nicht, kontrollierte Einzelstudien oder Studien mit Prä-Post-Design ausfindig zu machen. Somit sind keine Aussagen zur Wirksamkeit möglich. Die Umsetzung erleichternde und erschwerende Faktoren werden vereinzelt berichtet.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Autoren fordern die Akteurinnen und Akteure auf, in diesem Feld rigorose Evaluationsstudien durchzuführen, um die Wirkung solcher Bemühungen abschätzen zu können.

### Fokus Partysetting

*Akbar et al. [2–1; 2011; S; 14 von 33 Studien; 1998–2010; älter als die legale Konsumaltersgrenze]* haben Ergebnisse von Interventionsstudien zusammengetragen, die Prävention und Schadensminimierung des Polysubstanzkonsums zum Ziel haben und in Clubs, Kneipen, Diskotheken, auf Festivals oder auf Raves durchgeführt wurden. Die untersuchten Maßnahmen sind vornehmlich Schulungen des Servicepersonals und des Managements zur Förderung des Erkennens und angemessenen Reagierens auf Konsumentinnen und Konsumenten unter der legalen Altersgrenze und auf intoxikierte Besucherinnen und Besucher. Zudem werden Maßnahmen beschrieben, die eine Aufklärung der Besucherinnen und Besucher über alkohol- oder drogenbedingte Risiken anstreben und dabei teilweise passiv (Broschüren, Plakate) und teilweise aktiv (Aufklärungsteams) vorgehen.

*Ergebnisse:* Die Maßnahmen werden ausführlich dargestellt, ihre Effektivität kann aber nicht auf aggregierter Ebene beurteilt werden, da sie zum großen Teil keine Wirksamkeitsanalysen berichten oder die Studien nicht vergleichbar sind.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Autoren beklagen angesichts des Bedarfs an geeigneten Methoden das Forschungsvakuum zur Wirksamkeit von Maßnahmen im Bereich Polykonsum im Freizeitsetting und der Identifikation von Schlüssелеlementen.

*Bolier et al. [2–7; 2011; S; 17 Studien (RCT, CT und andere); 1991–2009; Alter keine Angabe]* untersuchten ebenfalls die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen von Alkohol (15 Studien) und Drogen (zwei Studien) im Partysetting in einem systematischen → Review. Ziel der untersuchten Maßnahmen war vor allem die Reduktion des Konsums sowie die Verhinderung von Missbrauch und negativen Folgen des Konsums. Im Gegensatz zum Review von Akbar (2–1) ist jedoch nicht bei allen eingeschlossenen Einzelstudien der Bezug zur Zielgruppe der jungen Menschen spezifiziert. Zudem werden nur in wenigen Studien Ergebnisse zu Konsumverhalten berichtet. Die eingeschlossenen Studiendesigns umfassen drei RCTs, sechs CTs, vier quasi-experimentelle Zeitreihenstudien sowie vier Prä-Post-Studien ohne → Kontrollgruppe. Die analysierten Interventionen bestanden aus Trainings von Barpersonal, Informationsvermittlung (für Zielgruppe der Partygäste), Vorschriften (zum Beispiel Einführung neuer Regelungen in Bars und Klubs; Einhalten von Altersbeschränkungen) und kommunalen Projekten im Nightlifesetting, die verschiedene Bestandteile wie Trainings von Barpersonal und Polizei enthielten. Die Dauer und der Umfang der verschiedenen Interventionen waren sehr unterschiedlich und reichten von einmaligen, wenige Stunden dauernden Trainings bis hin zu Interventionen, die über mehrere Jahre implementiert

wurden. Die Nachbefragungszeiträume reichten von unmittelbar nach Programmende bis zu vier Jahre.

*Ergebnisse:* Bei den vier kommunalen Interventionen gelang es allen, zumindest einzelne positive Effekte auf die untersuchten Ergebnisparameter wie das Ausschankverhalten von Barpersonal, riskanter Alkoholkonsum, alkoholverursachte Verletzungen oder Alkoholzugang für Minderjährige zu bewirken. Von sechs Studien zu Trainings von Barpersonal fanden vier Studien Effekte auf das Wissen des Personals, drei auf selbstangegebenes Verhalten, eine auf beobachtetes Verhalten und eine auf Verkehrsunfälle. Von den beiden Studien zur Informationsvermittlung fand eine Studie keine Effekte bei Konsumentinnen und Konsumenten von Partydrogen, eine andere Intervention ohne → Kontrollgruppe bewirkte die Reduktion von Alkoholkonsum bei den erreichten Personen. Von den insgesamt fünf Studien zu Vorschriften fanden zwei Studien Effekte auf das Ausschankverhalten des Barpersonals, zwei fanden Effekte auf die Einführung von verantwortungsvoller Ausschankpolitik, was sich jedoch nicht auf verändertes Ausschankverhalten auswirkte. In zwei dieser Studien zeigte sich auch, dass der Effekt von Kontrollen auf die Durchsetzung dieser Regelungen mit der Zeit geringer wurde.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Interventionen im kommunalen Umfeld scheinen Potenzial bei der Prävention von substanzbezogenen negativen Konsequenzen zu haben. Die Ergebnisse zur Effektivität von Trainings des Barpersonals seien gemischt und fänden überwiegend Effekte auf subjektive Ergebnisvariablen. Es gäbe nur geringe Effekte von Informationsvermittlung auf Einstellungen und Konsumverhalten der Partygäste. Die Einführung oder Veränderung von Vorschriften könne im Hinblick auf eine Vielfalt von Ergebnisparametern wirksam sein, die Evidenz sei jedoch gemischt. Effekte gäbe es vor allem auf das Ausschankverhalten des Barpersonals.

**03.3.2 Fazit**

*Substanzen:* Undifferenziert  
*Raum:* Keine → Reviews über Forschung mit deutschsprachigen Stichproben  
*Evidenzgrad der Forschung:* A für außerschulische Programme, kaum Forschung zu Maßnahmen im Partysetting, im Sportverein; keine substanzspezifische Evaluation von Mentorenprogrammen

30. Außerschulische Programme zur Förderung der personalen und sozialen Kompetenz haben → präventive Effekte auf den Substanzkonsum, wenn sie qualitativ hochwertig durchgeführt werden. Qualitativ hochwertige außerschulische Programme gehen schrittweise beim Lernen vor, setzen interaktive Methoden ein, sehen ausreichend Zeit und Raum für das Erlernen der Fertigkeit vor und geben spezifische Lernziele und Ergebnisparameter vor. (A 2–5)
31. Außerschulische Programme (inklusive Familie, Gesundheitsversorgung, Jugendklubs, computergestützte Maßnahmen) haben langfristige präventive Effekte auf das Rauchverhalten. (A 9–1)
32. Zur präventiven Wirksamkeit von Interventionen zur Verbesserung der rauch- und alkoholbezogenen Regelungen in Sportvereinen liegen keine Evaluationen vor. (B 2–2)
33. Zu spezifischen → präventiven Effekten von Mentorenprogrammen auf den Substanzkonsum liegen keine aggregierten Daten vor. Mentorenprogramme haben präventive Effekte auf das breiter gefasste Risikoverhalten. (A 2–5)
34. Verhaltensbezogene Maßnahmen, die zur Schadensminimierung im Nachtleben durchgeführt werden, können aufgrund mangelnder Daten hinsichtlich ihrer → präventiven Effekte auf den Konsum nicht beurteilt werden. (C 2–1, C 2–7)

35. Interventionen im Nightlifesetting, die kommunale Strukturen, Barpersonal und Polizei mit einbeziehen, könnten → präventive Effekte auf risikanten Alkoholkonsum und alkoholverursachte Unfälle und Verletzungen haben. (C 2–7)

**Quantitative Hinweise**

Außerschulische Programme aufgrund einer → Meta-Analyse:  $d = -.16$  auf undifferenzierten Substanzkonsum (Tabak, Alkohol, Cannabis) für qualitativ hochwertige Maßnahmen

**Deutschsprachiges, evidenzbasiertes Beispiel**

–

 **03.4****Handlungsfeld Medien****03.4.1 Einzelbefunde**

Massenmediale Ansätze können in traditionellen Medien (TV, Radio, Print) und/oder in neuen Medien (Internet, Computer, Handy) durchgeführt werden. Auch die Warnhinweise werden als Maßnahme im Setting Medien verortet.

**Fokus Neue Medien**

Die Wirksamkeit von universellen Präventionsangeboten über das Internet, Intranet, das Handy (E-Health) zu beurteilen, ist lediglich anhand einer Übersichtsarbeit möglich, die den Einsatz neuer Medien (internet- und computerbasierte Programme) im Rahmen des schulischen Settings bewertet (Champion et al. 3–30). Andere → Meta-Analysen

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie Schule Freizeit MEDIEN Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	Tabak Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen UNDIFFERENZIIERT

oder → Reviews finden sich zwar zu Effekten von pädiatrischen E-Health-Interventionen auf verschiedene gesundheitsfördernde und -aufrechterhaltende Verhaltensweisen (Cushing und Steele 2010) oder zu Tabak- und Alkoholkonsum (Haug et al. 2012, Tait et al. 2010), allerdings werden hier fast nur Arbeiten zur Effektivität von Interventionen (Rauchstopp) und Evaluationen von selektiven Maßnahmen, nicht aber von universellen Präventionsmaßnahmen ausgewertet.

*Champion et al. [3–30; 2012; S; 12 Studien (RCT und CT); 1992–2012; 11 bis 14 Jahre]* fassten zwölf Studien zur Effektivität von insgesamt zehn verschiedenen internet- und computergestützten Präventionsprogrammen zu Tabak, Alkohol und Cannabis an Schulen in einem systematischen → Review zusammen, wobei in sieben Studien die Intervention mittels Internet und in fünf Studien per CD-ROM an-

geboten wurde. Alle Studien stammten aus den USA und Australien. Der Großteil der Programme basierte auf dem Modell der sozialen Einflussnahme (sechs Programme), weitere zwei basierten auf der sozial-kognitiven Theorie und zwei auf dem transtheoretischen Modell, wobei die Programme überwiegend sechs Sitzungen umfassten (Varianz jedoch von einer bis 15 Sitzungen). Die meisten → Kontrollgruppen erhielten die übliche Gesundheitserziehung. Für acht der eingeschlossenen Studien zu sieben Programmen wurden Daten zu Befragungszeitpunkten nach Programmende erhoben; die Nachbefragungszeiträume umfassten sechs bis 34 Monate. Die Gesamtqualität der eingeschlossenen Studien wird von den Autoren trotz RCT- oder CT-Design als eher schwach bezeichnet.

*Ergebnisse:* Insgesamt konnten bei sechs der sieben analysierten Programme zu Programmende oder zum Zeitpunkt der Nachbefragung in der Interventionsgruppe ein gegenüber der → Kontrollgruppe verringerter Substanzkonsum festgestellt werden. Im Hinblick auf Tabakkonsum konnten drei von fünf Studien eine Reduktion des Konsums finden. Alle vier Studien zu Alkoholkonsum fanden einen geringeren Gebrauch; zwei Studien fanden eine geringere Häufigkeit des Binge-Drinking. Eine Studie untersuchte Cannabiskonsum und fand eine signifikant geringere Konsumhäufigkeit. Die gefundenen Effekte der Programme waren klein (→ Effektstärken von .09 bis .38; → Odds Ratios von 0.36 bis 0.71). Alle Programme, die sich in dieser Überblicksarbeit als effektiv erwiesen, hatten zwischen vier und zwölf Sitzungen; fünf der sechs effektiven Programme basierten auf den Modellen der sozialen Einflussnahme und der sozial-kognitiven Theorie.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Ergebnisse zeigen, dass internet- und computergestützte Programme potenziell den Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis bei Schülerinnen und Schülern reduzieren können.

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie Schule Freizeit MEDIEN Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	TABAK Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen Undifferenziert

### Fokus Wirksamkeit Traditionelle Medien

Brinn et al. [4–1; 2010; 5; 7 Studien (RCT und CT); 1983–2010; 9 bis 18 Jahre] begutachteten die Wirksamkeit traditioneller massenmedialer Maßnahmen (Fernsehen, Radio, Zeitung, Broschürenversand) bei der Tabakprävention anhand von sieben randomisierten oder kontrollierten Studien.

*Ergebnisse:* Insgesamt drei dieser Programme verzeichneten Effekte. Die drei erfolgreichen Programme waren durch ihre längere Dauer und die relativ hohe Spotintensität gekennzeichnet sowie durch eine Ausrichtung auf eine spezifische Zielgruppe. Bei einer differenzierteren Betrachtung zog eine von vier Maßnahmen, die mit einer unbehandelten → Kontrollgruppe verglichen wurden, einen niedrigeren Anteil täglich Rauchender in der kommunalen Population nach sich.

Dabei handelte es sich um eine dreijährige, jeweils in drei Wochen durchgeführte Kampagne. Die Kombi-

nation schulbasierter Maßnahmen mit Medienaktivitäten (mit einer Dauer von zwei bzw. vier Jahren) erwies sich in zwei von drei Fällen als erfolgreicher als reine Schulprogramme.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Autoren schlussfolgern, dass selbst die Aussagekraft der hier ausgewählten rigorosesten Studien stark beschränkt sei. Es gäbe dennoch einige Evidenz dafür, dass massenmediale Kampagnen auf den Einstieg in den Tabakkonsum wirken können. Sie erachteten es als wichtig, die Botschaften über viele Kanäle zu verbreiten, die Kampagnen mit Schulprogrammen zu kombinieren und wiederholte Expositionen sicherzustellen.

### Fokus Denormalisierung der Tabakindustrie durch massenmediale Programme

Malone et al. [4–2; 2012; 5; 5 Studien; 2001–2009; 12 bis 20 Jahre] analysieren die Effekte von massenmedialen Programmen, die auf die Denormalisierung der Tabakindustrie setzen (z. B. die »Truth Campaign«). Fünf von 60 identifizierten Studien prüften Effekte auf den Raucheinstieg. Allesamt sind sie Längs- oder Querschnitts- und somit keine Interventionsstudien, die auch kausale Schlüsse zuließen.

*Ergebnisse:* In vier der fünf Studien begannen die Befragten das Rauchen oder entwickelten eine Nikotinabhängigkeit umso seltener, umso häufiger sie Kampagneninhalte erinnerten, die die Glaubwürdigkeit der Tabakindustrie infrage stellen. Auch nach bis zu 22 Monaten bzw. sieben Jahren lässt sich dies beobachten.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Vermutlich sei die Denormalisierung der Tabakindustrie effektiv, weil hier Synergien vieler politischer und kultureller Einflüsse greifen, die sich nicht isoliert betrachten lassen. Die Forschung spräche dafür, dass dieser Ansatz optimal auf Bevölkerungsebene funktioniert und dabei erhöhtes Engagement mit erhöhten Effekten einhergeht. Die meisten Forschungser-

gebnisse kämen aber aus Querschnittsstudien, die keine kausale Interpretation erlauben.

### Fokus Warnhinweise auf Zigarettenschachteln

*Hammond [4–3; 2011; S; 7 Studien; von unbekannt bis 2011; Alter keine Angabe]* führt unter 94 Studien zur Wirkung von Warnhinweisen auf Zigarettenpackungen sieben an, die deren Einfluss auf den Raucheinstieg prüfen. Im Wesentlichen sind dies Surveys, bei denen Nichtraucherinnen und Nichtraucher angeben, ob die Hinweise ihnen helfen, dies zu bleiben. Die Warnhinweise werden nicht als präventive Intervention im Sinne eventueller Effekte auf den Konsum evaluiert.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Zwar ließe sich der Einfluss von Warnhinweisen auf die Rauchprävalenz nicht quantifizieren, die bisherigen Forschungsergebnisse sprächen jedoch dafür, dass umfassende Warnhinweise sowohl den Einstieg erschweren als auch das Ausstiegsverhalten fördern. Am effektivsten seien Warnhinweise auf Zigarettenschachteln, wenn sie größer und bildgestützt sind.

### Fokus Spots gegen illegale Drogen

*Werb et al. [4–4; 2011; M; 11 Studien (7 RCTs); 1991–2007; 9 bis 22 Jahre]* untersuchten Spots gegen illegalen Drogenkonsum auf deren Wirkung auf Konsum oder Konsumabsicht. Sie fassten die Ergebnisse von sieben Laborexperimenten und vier Längsschnitt-Beobachtungsstudien zusammen. Die sieben RCTs testeten, ob die Probandinnen und Probanden nach Ansehen der Spots eine reduzierte Konsumabsicht berichten. Eine Veränderung des Konsumverhaltens wurde in diesen Studien nicht überprüft. Die Beobachtungsstudien verfolgten, ob sich der Konsum der Zielgruppe von kommunalen oder nationalen Kampagnen veränderte, die entsprechende Spots beinhalten.

*Ergebnisse:* Zwei der sieben RCTs zeigen eine Absichtverringern. Fünf beobachten keinen Effekt

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie Schule Freizeit MEDIEN Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	Tabak Alkohol Cannabis ANDERE ILLEGALE DROGEN Undifferenziert

oder sogar eine erhöhte Konsumabsicht. Drei Beobachtungsstudien stellen im Untersuchungszeitraum einen Konsumrückgang fest und eine Studie dessen Zunahme. Die → Meta-Analyse ist für die RCT-Ergebnisse nicht signifikant, jedoch für die Beobachtungsstudien signifikant. Durchschnittlich konnte eine vierprozentige Reduktion im Konsumverhalten ermittelt werden, die aber nur in der Untergruppe von Personen mit ausgeprägtem »sensation seeking« auftrat. Wegen des Studiendesigns lässt sich kein Kausalzusammenhang ableiten.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Datenlage des → Reviews und der → Meta-Analyse reiche nicht aus, um die Schlussfolgerung zu unterstützen, dass sich Anti-Drogen-Spots dazu eignen, in der jungen Altersgruppe die Konsumabsicht oder den selbst berichteten Konsum zu verändern. Auch wenn Weiterentwicklungen in der Evaluationsmethodik nötig seien, hätten manche Studien sogar gezeigt,

dass sich die Maßnahme in ihr Gegenteil verkehrt (schwächere Normen, erhöhte Konsumabsicht). Bedenkenswert sei dies insbesondere angesichts der Höhe der Kosten solcher Maßnahmen.

### 03.4.2 Fazit

*Substanzen:* Forschung vor allem im Bereich Tabak, kaum Alkohol, kaum illegale Drogen  
*Raum:* Keine → Reviews über Forschung mit deutschsprachigen Stichproben  
*Evidenzgrad der Forschung:* Ebene A bis C

36. Internet- und computergestützte präventive Interventionen an Schulen können → präventive Effekte auf den Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis haben. [B 3–30]
37. Massenmediale aufklärende Ansätze allein scheinen keine → präventiven Effekte zu erreichen (Alkohol: B 10–1; Tabak: B 4–1, C 4–2; illegale Drogen: A 4–4). Ein direkter kausaler Zusammenhang zwischen massenmedialen Maßnahmen und Verhaltensveränderungen ist nicht nachgewiesen. [B 4–1, C 4–2, A 4–4]
38. Massenmediale Ansätze in traditionellen Medien (Radio- und Fernsehspots) können tabakpräventive Effekte haben, wenn sie in Kombination mit Schulprogrammen durchgeführt werden und zielgruppenorientiert entwickelt wurden. [B 4–1]

#### Quantitative Hinweise

Keine

#### Deutschsprachiges, evidenzbasiertes Beispiel

–

## » 03.5 Handlungsfeld Gesundheitsversorgung

### 03.5.1 Einzelbefunde

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie Schule Freizeit Medien GESUNDHEITSVERSORGUNG Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	Tabak ALKOHOL Cannabis Andere illegale Drogen Undifferenziert

#### Fokus Alkoholpräventive Kurzinterventionen

Wachtel und Staniford [16–1; 2010; S; 14 Studien, darunter fünf Studien Gesundheitsversorgung (alle RCT); 1998–2007; 10 bis 25 Jahre] planen, die Effektivität von Kurzinterventionen zu Alkoholkonsum innerhalb des medizinischen Settings zu bestimmen. Bei der Literaturrecherche fanden sie allerdings nur fünf Studien für dieses Setting, sodass sie auch solche aus anderen Handlungsfeldern in ihre Über-

sicht aufnahmen. Im Folgenden werden die Ergebnisse der vier klinik- und der einen praxisbasierten Maßnahme dargestellt. Alle fünf Studien überprüften die Wirksamkeit einer Kurzintervention, die auf dem Motivational Interviewing basierte, gegenüber dem üblichen Gespräch oder Feedback. In diesem Artikel werden die Techniken des Motivational Interviewing beschrieben als reflexives Zuhören und wertschätzende Kommunikation sowie offene Fragen zur Verhaltensexploration. Der Fokus liegt auf den Klientenstärken, um so Veränderungen herbeizuführen.

*Ergebnisse:* Drei Studienstichproben enthielten vermutlich auch junge Menschen mit einem erhöhten Risiko für Alkoholmissbrauch (alkoholbezogener Einlieferungsgrund für Notaufnahme, bei Vorstellung alkoholisiert). Dort waren in zwei Fällen Effekte auf den Alkoholkonsum und in einem Fall Effekte auf dessen Folgen feststellbar.

Bei den zwei universell ausgerichteten Studien, die eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten per E-Health-Software auf dem Laptop oder per Audiotape anregen wollten, ließen sich entweder keine oder sogar gegenteilige Wirkungen feststellen.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die mit Klientinnen und Klienten in unterschiedenen Settings gesammelte Erfahrung bei der Anwendung im medizinischen Handlungsfeld veranlasst die Autoren zu der Empfehlung, zum Ziel der Risikominimierung eine einmalige, persönliche Kurzintervention durchzuführen, die sich am Konzept des Motivational Interviewing orientiert.

### Fokus Praxisbasierte Tabakprävention

*Christakis et al. [16–2; 2003; 5; 4 Studien (RCT); 1996–2001; 10 bis 19 Jahre]* berichten über Wirksamkeitsstudien zu Tabakpräventionsaktivitäten in Arzt- und Zahnarztpraxen. Sie identifizierten nur vier Studien, die allerdings wegen ihres Designs (RCT), ihrer großen Stichproben und der relativ langen

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie Schule Freizeit Medien GESUNDHEITSVERSORGUNG Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	TABAK Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen Undifferenziert

Nachbefragungszeiträume relativ belastbare Ergebnisse vorweisen können.

*Ergebnisse:* Von den vier evaluierten Maßnahmen konnte eine einen kleinen Effekt auf das spätere Rauchverhalten erzielen. Sie umfasste das Zusenden personalisierter Briefe und altersgemäßer Materialien über die Vorteile, Nichtraucher/-in zu bleiben. Dabei erhielten die Praxispatientinnen und -patienten innerhalb eines Jahres alle drei Monate einen Brief. Bei den restlichen Interventionen wurde ein Beratungsgespräch in der Praxis geführt, das um Materialien oder ein zusätzliches anderes Element ergänzt wurde, die die Auswirkungen des Rauchens auf die Zahngesundheit thematisierten. Die Maßnahmen konnten der nach zwei oder drei Jahren gemessenen Zunahme an Rauchenden nicht vorbeugen.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Angesichts der bisher geringen Evidenz bezeichnen die Autoren die Forderung nach tabakpräventiven Maß-

nahmen in Arztpraxen, insbesondere die nach einer praxisbasierten Beratung, als verfrüht. Im Vergleich mit der nachgewiesenen Wirkung, die die in der Gesundheitsversorgung Tätigen in anderen Präventionsfeldern wie etwa bei der Fahrradhelmnutzung erzielen, sei eine andere Prioritätensetzung sinnvoll, auch wenn tabakpräventive Botschaften sicherlich nicht sinnlos seien.

### 03.5.2 Fazit

*Substanzen:* Tabak und Alkohol  
*Raum:* Keine → Reviews über Forschung mit deutschsprachigen Stichproben  
*Evidenzgrad der Forschung:* B

39. Als klinikbasierter, universeller Ansatz scheint eine unpersönliche Kurzintervention per Computer oder Audiotape, die sich am Konzept des Motivational Interviewing orientiert, keine → präventiven Effekte auf den Alkoholkonsum zu haben. [B 16–1]
40. Aufklärende Maßnahmen durch medizinisches Personal können gelegentlich → präventive Effekte auf den Tabakkonsum erreichen. [B 16–2]

#### Quantitative Hinweise

Keine

#### Deutschsprachiges, evidenzbasiertes Beispiel

–

## » 03.6 Handlungsfeld Kommune

### 03.6.1 Einzelbefunde

Kommune, als Übersetzung des englischen Begriffs »Community«, wird im Folgenden als geographische oder politische Entität (zum Beispiel Stadtviertel, Kommune, Region) verstanden, die kleiner und proximaler, vom Individuum beeinflussbarer ist als das nationale oder bundesweite politische System.

Präventionsmaßnahmen im Handlungsfeld Kommune nehmen unterschiedliche Gestalt an. Meist wird darunter ein Mehrkomponentenprojekt mit mehreren Einzelmaßnahmen (zum Beispiel in Schule, Familie und Medien) verstanden, deren Evaluation oft als Ganzes erfolgt. Kommunale Projekte sind Mehrkomponentenprojekte, die einen kommunalen Anteil haben und mit kommunalen Schlüsselpersonen initiiert werden. Hier spricht man auch von Community Coalitions, das heißt von Netzwerken aus Organisationen und Individuen innerhalb einer Kommune, die sich einem bestimmten Ziel verpflichtet fühlen.

#### Fokus Alkoholpräventive kommunale Projekte

*Fagan et al. [5–10; 2011; U; 11 Studien; RCT und CT; 1997–2009; 8 bis 20 Jahre]* untersuchten die Wirksamkeit von Community Coalitions in der kommunalen Suchtprävention von Alkoholkonsum bei Minderjährigen in einem unsystematischen → Review, in das neun hochwertige Studien eingeschlossen wurden, die positive Ergebnisse auf unterschiedliche Ergebnisvariablen berichteten. Diese Ergebnisvariablen umfassten Einstieg in den Konsum, Trinkverhalten und Binge-Drinking. Einige Studien erfasseten ebenfalls den Konsum anderer Substanzen wie Tabak und Cannabis, Alkoholverkäufe und alkoholbe-

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie Schule Freizeit Medien Gesundheitsversorgung KOMMUNE Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	Tabak ALKOHOL Cannabis Andere illegale Drogen Undifferenziert

dingte Konsequenzen wie Fahren unter Alkoholeinfluss und alkoholbedingte Autounfälle. Allen Studien war gemeinsam, dass die Coalitions ihre Kommunen mobilisierten und geeignete Präventionsstrategien in mehreren Handlungsfeldern (zum Beispiel Familie, Schule, Freizeit) auswählten und umsetzten. Ein weiteres Ziel vieler Coalitions war es, die kommunale Verhältnisprävention zu stärken und kommunale Normen und Bestimmungen/Gesetze zu verändern.

*Ergebnisse:* Alle sieben Studien, denen es gelang, den Konsum der Jugendlichen zu beeinflussen, enthielten ein universelles schulisches Präventionsprogramm (Lebenskompetenz oder soziale Einflussnahme) im Rahmen eines kommunalen Präventionsprogramms mit mehreren verschiedenen Komponenten. Die beiden Studien, die keine Effekte auf das Konsumverhalten der Jugendlichen erreichen konnten, setzten bei kommunalen Bestimmungen und Normen an und konnten damit die Verfügbarkeit von

Alkohol sowie Fahren unter Alkoholeinfluss und alkoholbedingte Unfälle reduzieren. Zwei Studien werden beschrieben, in denen die Maßnahmen nicht wirksam waren. Dort war zu wenig Betreuung der durchführenden Communitys zu beobachten sowie der Einsatz sehr heterogener und lokal entwickelter, nicht getesteter Einzelkomponenten. In der Überblicksarbeit wurden zusätzlich wichtige Schlüsselkomponenten für den Erfolg von Coalitions bestimmt: So müssen die Coalitions klare Ziele und ausreichend Vorbereitungszeit haben. Des Weiteren muss eine empirische Bedarfsanalyse in der Kommune durchgeführt werden, und es müssen empirisch gesicherte Präventionskomponenten ausgewählt und umgesetzt werden. Außerdem muss die Umsetzungsqualität der Maßnahmen überwacht und sichergestellt werden.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Ergebnisse zeigten, dass Ansätze in der kommunalen Suchtprävention, die von Coalitions geleitet werden, den Substanzkonsum und -missbrauch bei Jugendlichen beeinflussen können. Für die Wirksamkeit sei es wichtig, dass die Coalitions evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen auswählten und umsetzten. Im Rahmen dieser Maßnahmen ist die Umsetzung von universellen schulischen Präventionsprogrammen mit → präventiven Effekten auf das Trinkverhalten, Binge-Drinking und den Drogenkonsum von unter 18-Jährigen verbunden.

### **Fokus Alkoholpräventive Mehrkomponentenprojekte**

*Foxcroft und Tsertsvadze [5–4; 2011c; S; 20 Studien (RCT); 1996–2009; 7 bis 15 Jahre]* bewerteten die alkoholpräventiven Effekte von Mehrkomponenteninterventionen mit Komponenten in mindestens zwei Handlungsfeldern anhand von randomisierten kontrollierten Studien mit Stichproben von Jugendlichen unter 18 Jahren (sieben bis 15 Jahre zu Beginn). Die Maßnahmen kombinierten unterschied-

liche Ansätze wie Informationsvermittlung, Standfestigkeitstraining, Lebenskompetenztraining im Bereich Schule, Erziehungs-, Kommunikations- und Konfliktlösetrainings im Bereich Familie sowie verschiedene Schulungen und verhaltenspräventive Maßnahmen in der Kommune. Die meisten Projekte kombinierten individuumszentrierte Schulmaßnahmen mit Interventionen im Bereich Familie. Wegen der Heterogenität der in diesen Cochrane Review eingeschlossenen Primärstudien berichten die Autoren keine quantitativen Ergebnisse.

*Ergebnisse:* Von allen 20 eingeschlossenen Studien finden zwölf Evidenz für die Wirksamkeit der Interventionen für einen geringeren Alkoholkonsum, der als wöchentliches Trinken, Trinkfrequenz, Binge-Drinking, Konsum in den vergangenen 30 Tagen, Lebenszeitkonsum, starker Konsum, Menge und Dauer des Konsums gemessen wurde. Die präventiven Effekte wiesen eine zeitliche Dauer von drei Monaten bis maximal drei Jahren auf. In sieben der eingeschlossenen Studien wurden die Einzelmaßnahmen mit dem Mehrkomponentenprojekt verglichen: In nur drei Studien zeigte sich ein zusätzlicher Effekt durch eine zusätzliche Intervention in einem anderen Handlungsfeld.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Es gäbe einige Evidenz für die Wirksamkeit von präventiven Mehrkomponenteninterventionen bei der Vorbeugung des Alkoholmissbrauchs bei Jugendlichen. In dieser Überblicksarbeit habe die Überlegenheit von Mehrkomponenteninterventionen im Vergleich zu Interventionen mit lediglich einer einzigen Komponente aber nicht nachgewiesen werden können.

### **Fokus Alkoholpräventive Kommunalpolitik**

*Toomey und Lenk [5–11; 2011; U; 6 Studien; 1996–2007; Alter keine Angabe]* untersuchten die Wirksamkeit von kommunaler Alkoholpolitik, die die kommunale Regulierung des Zugangs zu Alkohol, der Verfügbarkeit von Alkohol, der Durchsetzung von Sank-

tionen bei Fahren unter Alkoholeinfluss und die Implementation von kommunalen Aufklärungskampagnen beinhalten kann. In das unsystematische → Review wurden sechs Studien eingeschlossen, von denen eine Studie als RCT, eine als ITS, drei als CT und eine als Prä-Post-Studie beurteilt wurden. Als Ergebnisvariable dienten sowohl der Alkoholkonsum als auch negative Folgen des Konsums (u. a. Fahren unter Alkoholeinfluss, alkoholbedingte Unfälle und Unfalltote, Gewalt).

*Ergebnisse:* Alle sechs Studien berichten Effekte auf zumindest eine negative Folge des Alkoholkonsums. Zwei Studien berichten Effekte auf das Konsumverhalten von jungen Erwachsenen.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die begutachteten Studien zeigten, dass die Veränderung kommunaler alkoholpolitischer Verhältnisse den Alkoholkonsum und die negativen Folgen von Alkoholkonsum unter Jugendlichen und Erwachsenen beeinflussen könnten. Ebenso würde deutlich, dass es möglich sei, diese kommunalen Regelungen auch in weniger bereiten Kommunen zu verändern. Es scheine aber, dass es im Gegensatz zu gesetzgeberischen Maßnahmen auf staatlicher Ebene nicht nur einer Veränderung, sondern multipler Veränderungen von Regelungen und Maßnahmen bedürfe.

### **Fokus Tabakpräventive kommunale und Mehrkomponentenprojekte**

*Carson et al. [5–1; 2011; S; 25 Studien (RCT und CT); 1989–2009; 8 bis 24 Jahre]* untersuchten in einem Cochrane Review über kontrollierte Studien mit und ohne Randomisierung die Wirksamkeit von präventiven kommunalen und Mehrkomponentenprojekten bezüglich des Rauchverhaltens junger Menschen im Alter von acht bis 24 Jahren. Die Interventionen in den Studien waren sehr unterschiedlich, wobei sich nur 13 ausschließlich und direkt auf die Prävention von Rauchen bezogen; andere Studien zielten auf die allgemeine Prävention von Krebs oder

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie Schule Freizeit Medien Gesundheitsversorgung KOMMUNE Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	TABAK Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen Undifferenziert

kardiovaskulären Erkrankungen, Rauchprävention in Verbindung mit Rauchstopp und auf die Prävention von mehreren Substanzen oder mehreren Problemverhaltensweisen gleichzeitig. Zusätzlich zu den Interventionen auf kommunaler Ebene beinhalteten die meisten Studien Schulkomponenten. Weitere zusätzliche Interventionen stammten aus den Bereichen Familie, Peers, Medienarbeit, Verkaufsverbote und Gesundheitsdienstleister. Fünf Studien involvierten Führungspersonen der Kommune. Die Dauer der Interventionen war sehr unterschiedlich und reichte von wenigen Wochen bis zu drei Jahren; die Nachbefragungsintervalle reichten von unmittelbar nach der Intervention bis zu 15 Jahren.

*Ergebnisse:* Von den insgesamt 25 Studien fanden zehn einen signifikanten → präventiven Effekt auf das Rauchverhalten der jungen Menschen (meist darauf, ob sie in ihrem Leben jemals geraucht hatten oder nicht). Unter diesen zehn Studien hatten neun

einen langfristigeren Nachbefragungszeitraum (über zwölf Monate). In 13 Studien wurde kein signifikanter Effekt gefunden und in zwei Studien schnitt die → Kontrollgruppe besser ab. Von den erfolgreichen Programmen beinhalteten neun eine schulische Intervention, sechs bezogen die Eltern mit ein, acht arbeiteten mit Interventionen, die länger als zwölf Monate dauerten, und neun basierten auf den Modellen der sozialen Einflussnahme und des sozialen Lernens. Des Weiteren waren fünf von sieben Programmen, die sowohl auf Prävention als auch auf Rauchstopp ausgerichtet waren, erfolgreich. Ebenso konnten Effekte bei drei von fünf Projekten, die Schlüsselpersonen in der Kommune einbezogen, und bei fünf von neun Projekten, die eine mass mediale Komponente beinhalteten, beobachtet werden.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Es gäbe einige Evidenz für die Wirksamkeit von Mehrkomponenteninterventionen im Hinblick auf die Beeinflussung des Rauchverhaltens und der Rauchprävention bei jungen Menschen. Der Evidenzgrad sei aber nicht hoch und die einbezogenen Studien beinhalteten eine Reihe von methodischen Schwächen.

### Fokus Mehrkomponentenprojekte Cannabisprävention

*Gates et al. [2–3; 2009; 5; 17 Studien (RCT); 1996–2004; bis 25 Jahre]* haben die Ergebnisse von RCTs mit außerschulischen Maßnahmen zur Prävention illegalen Substanzkonsums zusammengefasst. Darunter finden sich fünf Studien mit Mehrkomponentenprojekten.

*Ergebnisse:* Die fünf RCTs mit sehr unterschiedlichen Mehrkomponentenprojekten weisen in zwei Fällen kleine → präventive Effekte auf den Cannabis Konsum auf.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Autoren schlussfolgern, dass sich bisher keine der außerschulischen Maßnahmen eindeutig als effektiv erwiesen habe und deren Kosteneffektivität bislang

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie Schule Freizeit Medien Gesundheitsversorgung KOMMUNE Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	Tabak Alkohol CANNABIS ANDERE ILLEGALE DROGEN Undifferenziert

unbekannt sei. Insofern sei es schwierig die Implementation von Maßnahmen zu empfehlen, bis weitere Studien durchgeführt wären.

### 03.6.2 Fazit

*Substanzen:* Aussagen über Tabak, Alkohol und illegale Drogen

*Raum:* Keine → Reviews über Forschung mit deutschsprachigen Stichproben

*Evidenzgrad der Forschung:* Ebene B und D

41. Kommunale Projekte, die mit kommunalen Schlüsselpersonen initiiert werden und sich als Netzwerk aus Organisationen und Individuen für die Umsetzung effektiver Präventionsmaßnahmen einsetzen, könnten → präventive Effekte haben. (D 5–10)

42. Mehrkomponentenprojekte, die gleichzeitig in zwei oder mehr Handlungsfeldern Interventionen durchführen, können alkoholpräventive Effekte haben. (B 5–4)

43. Alkoholpräventive Mehrkomponentenprojekte zeigen gelegentlich stärkere Effekte als Einzelmaßnahmen. (B 5–4)

44. Kommunale Alkoholpolitik, die unter Einbeziehung lokaler Stakeholder mehrere Regulierungen umsetzt (Beschränkung des Zugangs zu Alkohol, seine Verfügbarkeit, Alkohol im Straßenverkehr), könnte → präventive Effekte auf die negativen Folgen des Alkoholkonsums haben (D 5–11), weniger auf den Konsum selbst. (D 5–11, D 5–10)

45. Mehrkomponenten- und kommunale Projekte, die als finales oder vermittelndes Ziel die Tabakprävention haben, zeigen → präventive Effekte auf den Tabakkonsum (B 5–1, A 9–1). Dies gilt insbesondere für Mehrkomponentenprojekte, die eine schulische Intervention vorsehen, Eltern und Medien mit einbeziehen, mit Peers arbeiten, länger als zwölf Monate dauern und sowohl Prävention als auch Rauchstopp anstreben. (B 5–1)

46. Kommunale Projekte zeigen gelegentlich → präventive Effekte im Hinblick auf Cannabiskonsum. (B 2–3)

#### Quantitative Hinweise

Keine

#### Deutschsprachiges, evidenzbasiertes Beispiel

–

## » 03.7 Handlungsfeld Gesetzliche Rahmenbedingungen

### 03.7.1 Einzelbefunde

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie Schule Freizeit Medien Gesundheitsversorgung Kommune GESETZE Undifferenziert
<b>Substanz</b>	Tabak ALKOHOL Cannabis Andere illegale Drogen Undifferenziert

#### Fokus Preisgestaltung

Elder et al. [6–10; 2010; S; 78 Studien (CT und ITS); bis 2005; 9 Studien bis 25 Jahre] beurteilen als »Task Force on Community Preventive Services« die Wirksamkeit von Steuererhöhungen auf die Reduktion exzessiven Alkoholkonsums in wohlhabenden Staaten samt dessen negativer Folgen. Exzessiver Konsum wird definiert als Binge-Drinking, starker Konsum und Konsum im Alter unterhalb der Jugend-

schutzbestimmungen. Dies sind in den USA meist kontrollierte Interventionsstudien und außerhalb der USA überwiegend ITS-Designs.

*Ergebnisse:* 50 Studien berichten als Ergebnisparameter den Alkoholkonsum auf Bevölkerungsebene. In den 38 Studien, die dort die → Preiselastizitäten für den Alkoholkonsum auf Bevölkerungsebene berechnen, finden sich bei 95 % negative Preiselastizitäten zwischen  $-0,5$  für Bier und  $-0,79$  für Spirituosen. Eine Preiselastizität von  $-0,5$  impliziert, dass mit einer Erhöhung des Preises um 10 % eine Konsumreduktion von 5 % einhergeht. Die zwölf restlichen Studien analysieren ihre Daten auf andere Weise als per Preiselastizität. Acht Studien stellen einen negativen Zusammenhang fest: Je höher der Kaufpreis, desto niedriger der Konsum auf Bevölkerungsebene. Vier Studien berichten gemischte Effekte. 16 Studien verwenden individuelle Trinkmuster als Ergebnisvariable. Neun davon haben ein junges Stichprobenalter (High School bis 25 Jahre). Sechs dieser neun Studien stellen einen negativen Zusammenhang zwischen dem Kaufpreis und dem individuell berichteten Alkoholkonsum fest. Drei Publikationen mit jungen Altersgruppen berechnen die Preiselastizitäten: Sie betragen  $-0,29$  für Konsum (High School) und  $-0,53$  für starken Konsum (16 bis 21 Jahre) und  $-0,95$  bzw.  $-3,54$  für Binge-Drinking unter 18- bis 21-jährigen Männern und Frauen. Die übrigen Studien stellen gemischte, überwiegend aber negative Zusammenhänge fest.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die meisten Studien dieses → Reviews zeigten, dass höhere Alkoholsteuern und Kaufpreise mit Reduktionen des allgemeinen wie des exzessiven Alkoholkonsums einhergehen.

Inwieweit diese Effekte von Alter, Einkommen oder Trinkmuster abhängen, sei nicht direkt testbar. Jedoch sei einige Evidenz gegeben, dass sie in den Gruppen mit häufigerem exzessivem Konsum (etwa junge Männer) stärker sind. Auch bei den negativen

Alkoholkonsumfolgen wirkten Preiserhöhungen robust.

### **Fokus Effekte von Alkoholwerbung und Werbeverbot**

*Jernigan [6–7; 2010; U; 13 Studien; 1991–2006; Alter keine Angabe]* gibt in einem unsystematischen → Review einen Überblick zu Alkoholwerbung und ihrer Wirkung auf junge Menschen. In einem Teil des Artikels geht der Autor auf die Effektivität von gesundheitspolitischen Interventionen im Hinblick auf Alkoholwerbung ein und zitiert dort 13 Studien, zu deren Art und Qualität er keine Angaben macht.

*Ergebnisse:* Drei der vom Autor zitierten Studien beschäftigten sich mit Werbemaßnahmen der Alkoholindustrie, die einen verantwortungsvollen Konsum propagieren und Minderjährige vom Konsum abhalten sollen. Eine Studie ergab, dass die Menge dieser verantwortungsvollen Werbebotschaften im Gegensatz zu klassischer Werbung verschwindend gering war. In einer weiteren Studie wurde berichtet, dass diese Werbemaßnahmen mit strategischer Zweideutigkeit arbeiteten und Jugendliche und junge Erwachsene deren Inhalte sehr unterschiedlich auffassten. Eine Studie fand wenig Evidenz für die Wirksamkeit solcher Maßnahmen im Hinblick auf verantwortungsvollen Konsum und berichtete zudem, dass Jugendliche die Firmen dieser Werbebotschaften überwiegend positiv beurteilten und die Inhalte der Botschaften als »pro Trinken« interpretierten. Wenige Studien haben bisher die Wirksamkeit von Werbeverboten im Hinblick auf das Trinkverhalten Jugendlicher untersucht. Drei Studien einer Arbeitsgruppe hätten konsistent keine Effekte von Werbeverboten gefunden, allerdings fand eine andere Arbeitsgruppe mit teilweise identischen Datensätzen sehr wohl Effekte. In einer neueren Studie, in der die Autoren auf Daten zweier großer US-Umfragen zum Trinkverhalten unter Jugendlichen zurückgriffen, wurde errechnet, dass eine 28%ige Reduktion der

Alkoholwerbung den Anteil an Jugendlichen, die monatlich trinken, von 25% auf 24 bis 21% reduzieren sowie den Anteil derer, die monatlich Binge-Drinking ausübten, von 12% auf 11 bis 8% reduzieren würde.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Forschungsergebnisse aus längsschnittlichen Studien würden nahelegen, dass Alkoholwerbung geringe, aber signifikante Effekte auf das Trinkverhalten von Jugendlichen habe. Selbstverpflichtungen der Alkoholindustrie hätten sich als nicht effektiv erwiesen, diese Effekte zu verhindern. Alkoholwerbung sollte systematisch und unabhängig beobachtet werden und gesundheitspolitische Maßnahmen sollten von Regierungen umgesetzt werden, um den Einfluss von Alkoholwerbung zu verringern.

### **Fokus Regulierung des Zigarettenpreises**

*Bader et al. [6–12; 2011; S; 86 Studien; 1975–2010; bis 24 Jahre]* werteten im Rahmen der Frage, in welcher Altersgruppe Zigarettensteuererhöhungen besonders wirken, Präventionseffekte auf den Raucheinstieg und die Zunahme der Rauchintensität unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus. Sie identifizierten insgesamt 86 Studien mit jungen Stichproben, die gemäß der Standards des »Effective Public Health Practice Project Canada« von »moderater« bis »starker« Qualität waren.

*Ergebnisse:* Unter den 22 Arbeiten, die einen Effekt auf den Raucheinstieg unter Jugendlichen analysierten, wiesen neun keinen, sieben einen positiven und weitere sechs einen positiven Effekt in bestimmten Fällen auf. Fünf Studien untersuchten die Progression. Von diesen zeigten drei einen Zusammenhang zwischen einem höheren Kaufpreis und verringertem Einstieg, während zwei dies nur für bestimmte Fälle zeigten. Zwölf der 22 Studien untersuchten Alterseffekte innerhalb der Gruppe der Jugendlichen: Jüngere Teenager reagierten weniger preissensitiv als ältere. Vier Studien erlaubten die Beurteilung der Preisregulierung unter jungen Erwachsenen und

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie Schule Freizeit Medien Gesundheitsversorgung Kommune GESETZE Undifferenziert
<b>Substanz</b>	TABAK Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen Undifferenziert

prüften deren Effekt auf den Einstieg: Drei von ihnen fanden keinen, eine einen positiven Effekt. Eine Studie testete die Wirkung der Preiserhöhung auf die Progression im Rauchverhalten junger Erwachsener und berichtete einen Effekt.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Erhöhung des Zigarettenpreises sei eine effektive Tabakkontrollmaßnahme, um in jungen Altersgruppen den Konsum zu reduzieren. Weniger klar sei dagegen deren Effekt auf den Einstieg. Da die meisten Studien querschnittlich angelegt sind, seien sie – verglichen mit Längsschnittstudien – weniger aussagekräftig. Die Autoren empfehlen Steuererhöhungen zur Zigarettenpreisanhebung oder ähnliche Maßnahmen wie etwa Mindestpreise sowie das Verbot von Angebotspreisen und das Unterbinden von Zigarettschmuggel.

### Fokus Verhinderung des Verkaufs von Tabakprodukten an Minderjährige

*Stead et al. [6–2; 2008; S; 35 Studien (13 RCTs oder CTs); 1983–2007; unter legaler Altersgrenze]* untersuchten die Effektivität von Interventionen, die den Verkauf von Tabakprodukten an Minderjährige verhindern sollen. Von den insgesamt 35 in diesem Cochrane Review betrachteten, kontrollierten sowie längsschnittlichen Studien untersuchten zwölf auch das Rauchverhalten von Minderjährigen als Ergebnisvariable. In den meisten Studien wurden Verkäuferinnen und Verkäufer über ihre gesetzlichen Verpflichtungen informiert, es wurden Rückmeldungen zur Überprüfung der Einhaltung geliefert, es wurde vor den Konsequenzen von Verstößen gewarnt und man sanktionierte Verstöße durch Polizei und Gesundheitsbeamte.

*Ergebnisse:* Vier von sechs kontrollierten Interventionsstudien, die das Rauchverhalten Minderjähriger als Ergebnisvariable analysierten, fanden Hinweise auf die Effektivität der Maßnahmen in den Interventionsgebieten gegenüber den Kontrollgebieten. Drei der fünf unkontrollierten längsschnittlichen Studien berichteten eine verringerte Prävalenz im Zusammenhang mit reduzierten gesetzeswidrigen Verkäufen.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Es gäbe Evidenz für die relative Wirksamkeit von unterschiedlichen Interventionen, um den illegalen Verkauf von Tabakwaren an Minderjährige zu reduzieren. Verkäuferinnen und Verkäufer lediglich über die gesetzlichen Bestimmungen zu informieren, genüge nicht: Die gesetzlichen Bestimmungen müssten auch durchgesetzt werden. Der Einfluss dieser Interventionen auf das Rauchverhalten von Minderjährigen sei sehr gering, wenn die Maßnahmen den Zugang von Minderjährigen zu Tabakprodukten nicht in einem ausreichenden Maß verhinderten.

*DiFranza [6–11; 2012; S; 28 Studien; 1987–2010, Minderjährige]* hat in diesem Artikel die Ergebnisse

eines WHO-Berichts vorgestellt, den er auf Basis von mehr als 400 Studien und 400 Regierungsberichten zum Thema Tabakverkauf an Minderjährige verfasst hat. Damit schließt er nach eigenen Angaben 90 % der vorhandenen Dokumente zu diesem Thema ein, die sonst nicht in systematische → Reviews aufgenommen werden. Das primäre Ziel ist es, die Frage zu beantworten, von welcher Art Interventionen zur Verhinderung des Verkaufs von Tabak an Minderjährige erwartet werden kann, das Rauchen zu reduzieren. 41 Studien stellen eine wie auch immer geartete Evaluation der Wirkung auf den Tabakkonsum dar. DiFranza nimmt an, dass die Wirkung von Regulierungen von den Durchsetzungsbemühungen (Testkäufe, Strafen) abhängt.

*Ergebnisse:* Zwei Studien (ein CT, ein RCT) zeigen, dass Verkäuferschulungen allein keine Wirkung auf den Tabakkonsum von über Zwölfjährigen haben. Weitere zwei Studien (darunter ein RCT) ergeben, dass eine schwache Durchsetzung der Jugendschutzbestimmungen (Kinder als Testkäufer, Aussetzung der Durchsetzung wegen rechtlicher Auseinandersetzung mit dem Handel) keinen Effekt auf das Rauchen Jugendlicher hat. In 19 Studien, in denen durch Bestehen oder infolge der Einführung von Regulationen die Verkäufe an Minderjährige nachweisbar und substantiell abnahmen, war auch eine starke Durchsetzung des Verkaufsverbots (Testkäufe mit älteren Jugendlichen, finanzielle Strafen) erfolgt; dies war mit einer Reduktion der Raucherprävalenz unter Jugendlichen assoziiert. In neun Studien war ebenfalls eine Reduktion des Raucheranteils festgestellt worden, ohne dass eine starke Durchsetzung dokumentiert worden wäre.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Gesamtheit aller verfügbarer Forschungsergebnisse weist darauf hin, dass von Interventionen, denen es gelingt, Tabakverkäufe an Minderjährige zu verhindern, erwartet werden kann, dass sie zu einer Reduktion des Rauchens bei Jugendlichen führen. Diese

Schlussfolgerung stehe im Gegensatz zu früheren → Reviews, die schlussfolgerten, dass Interventionen zur Einschränkung des Zugangs ineffektiv seien.

### **Fokus Tabakpolitische Maßnahmen**

*Forster et al. [6–1; 2007; U; 21 Studien; 1991–2006; Alter keine Angabe]* untersuchten die Effektivität von tabakpolitischen Maßnahmen auf das Rauchverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in einem unsystematischen Überblicksartikel. Dabei betrachteten die Autoren vor allem die Wirksamkeit von Rauchverbote (zum Beispiel zu Hause, in der Schule, auf der Arbeit und in der Gemeinde), Tabak-Zugangsbeschränkungen für Jugendliche sowie steuerliche Maßnahmen. Die Art und Qualität der einbezogenen Studien wird nur in Einzelfällen konkret erwähnt, teilweise werden Ergebnisse von anderen Übersichtsarbeiten für die Ergebnisse mit einbezogen.

*Ergebnisse:* Rauchverbote standen bei Jugendlichen mit einem geringeren Fortschreiten des Rauchens, einem selteneren Übergang vom Experimentieren zu regelmäßigem Rauchen und vermehrtem Rauchstopp in Zusammenhang. Die Ergebnislage zur Wirksamkeit von Tabak-Zugangsbeschränkungen für Jugendliche war uneinheitlich. Einzelne Ergebnisse sprachen für die Wirksamkeit von Regulierungen und deren Kontrolle für Geschäfte, die Tabak verkaufen. Jugendliche wichen zwar in diesen Fällen verstärkt dazu aus, soziale Quellen (zum Beispiel Eltern, andere Jugendliche und Erwachsene etc.) zu nutzen, jedoch zeigte sich, dass Jugendliche, die ausschließlich soziale Quellen nutzten, weniger rauchten als Jugendliche, die auch kommerzielle Quellen nutzten. Für die Wirksamkeit von Interventionen, die Jugendliche für den Kauf, Besitz und Gebrauch von Tabakprodukten bestrafen, gibt es keine starke Evidenz. Erwachsene haben sich als sensitiv gegenüber dem Preis von Zigaretten erwiesen, und die Erhöhung von Tabaksteuern ist mit einer Verringerung des Kon-

sums assoziiert. Jugendliche zeigen ebenfalls Preissensitivität, die Auswirkungen von Steuererhöhungen sind jedoch aufgrund des vielfach unregelmäßigen Rauchverhaltens dieser Zielgruppe schlechter abzuschätzen. Bei jungen erwachsenen Raucherinnen und Rauchern scheint eine Preiserhöhung von Tabak jedoch sehr erfolgreich zu sein.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Es gäbe Evidenz für die präventive Wirksamkeit von Rauchverboten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Randomisierte Studien sowie längsschnittliche Studien sprächen für einen Zusammenhang zwischen der Durchsetzung von Verkaufsverboten bei Verkaufsstellen und einer geringeren Rauchprävalenz von Tabakkonsum bei Jugendlichen. Es gäbe Evidenz dafür, dass ein durch Steuern erhöhter Zigarettenspreis das Rauchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen reduziere.

*Friend et al. [6–5; 2011; U; 43 Studien; 1986–2010; Alter keine Angabe]* untersuchten die Effektivität von lokalen tabakpolitischen Maßnahmen auf den Tabakkonsum (Zigaretten und rauchfreier Tabak) von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in einem unsystematischen Überblicksartikel. Dabei betrachteten die Autoren vor allem die Wirksamkeit von Preispolitik, Tabak-Zugangsbeschränkungen für Jugendliche, Rauchverboten sowie Werbeverboten. Die Qualität der einbezogenen Studien wird nur in Einzelfällen konkret erwähnt.

*Ergebnisse:* Studien auf Landesebene hätten gezeigt, dass höhere Zigarettenspreise mit einer Reduktion des Rauchens bei Jugendlichen einhergingen (drei Studien). Weniger hingegen sei über lokale Preispolitik und deren Einfluss auf jugendliches Rauchverhalten bekannt. Da Jugendliche jedoch sensitiv gegenüber Preispolitik seien (vier Studien), sollte der Einfluss von Preisunterschieden von Zigaretten und rauchfreien Tabakprodukten in Kommunen weiter untersucht werden. Im Bereich von

Zugangsbeschränkungen berichten die Autoren, dass selbst moderate Verstärkungen der Kontrollen von Verkaufsstellen die Verkäufe an Minderjährige reduzieren können, vor allem, wenn diese Interventionen medial bekannt gemacht würden und mit weiteren kommunalen und politischen Veränderungen einhergingen (neun Studien). Im Hinblick auf die Auswirkungen der Dichte von Verkaufsstellen auf das Rauchverhalten von Jugendlichen resümieren die Autoren, dass die publizierten Ergebnisse gemischt und nicht eindeutig seien (sieben Studien) und dass noch keine Studie den Zusammenhang zwischen Dichte von Verkaufsstellen und Konsum von rauchfreien Tabakprodukten untersucht hätte. Hinsichtlich der Durchsetzung von Strafen für Minderjährige, die mit Tabakwaren im Besitz erwischt wurden, zitieren die Autoren u. a. eine Interventionsstudie und schließen, dass die Evidenz für die Wirksamkeit dieser Interventionen vielversprechend sei (sechs Studien). Hinsichtlich der Rauchverbote meinen die Autoren, dass Verbote auf Landesebene mit einer Reduktion des Rauchens bei Jugendlichen assoziiert sei (sechs Studien), die Erkenntnisse für lokale Regelungen seien diesbezüglich jedoch noch nicht eindeutig (drei Studien). Die Autoren berichten, dass es überzeugende Evidenz für den Zusammenhang von Tabakwerbung und dem Raucheinstieg sowie dem Rauchverhalten von Jugendlichen gibt (fünf Studien), nennen jedoch keine Studie, die sich mit den Auswirkungen von Werbeverboten auf das Rauchverhalten von Jugendlichen beschäftigt hat.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Effekte lokaler Tabakpolitik seien wenig untersucht, sie scheinen aber den Tabakkonsum von Jugendlichen zu reduzieren. Lokale Tabakpolitik für die Vorbeugung des Einstiegs und die Reduktion des Konsums von Tabak bei Jugendlichen konzentrierte sich oft auf Zugangsbeschränkungen für Jugendliche, sie könne jedoch auch die Regulierung der Dichte der Verkaufsstellen, Durchsetzung der Verbote von Be-

sitz, Rauchverbote und Werbeverbote umfassen. Die Evidenz für die Wirksamkeit lokaler Tabakpolitik auf junge Menschen sei gemischt und beinahe ausschließlich auf das Rauchen konzentriert – einige Studien hätten keine Effekte der Interventionen gefunden, jedoch sei die Mehrzahl der Studien positiv.

### **Differenzielle Wirksamkeit von Tabakkontrollinterventionen nach sozialer Ungleichheit**

*Thomas et al. [6–3; 2008; S; 90 Studien; 1961–2005; Alter keine Angabe]* untersuchten in einer systematischen Übersichtsarbeit auf der Basis von 90 Studien sehr unterschiedlicher Qualität die Wirksamkeit von verschiedenen gesetzlichen Tabakkontrollinstrumenten auf soziale Ungleichheiten beim Rauchen. Die ausgewählten Studien stammten zur Hälfte aus den USA und Großbritannien, die restlichen Studien stammten überwiegend aus Europa, Australien und Neuseeland. Für einige Interventionen wie Rauchverbote, Verkaufsbeschränkungen, Warnhinweise und Preiserhöhungen berichteten die Autoren differenzierte Ergebnisse für Jugendliche und junge Erwachsene. Die gewählten Ergebnisvariablen waren sowohl Prävalenz und Rauchverhalten als auch eine Reihe anderer indirekter Indikatoren für Konsum (zum Beispiel Verkaufszahlen), Wissen und Einstellungen und andere gesundheitsbezogene Ergebnisparameter (zum Beispiel psychische Gesundheit).

*Ergebnisse:* Drei eingeschlossene Studien untersuchten die Auswirkungen von Rauchverboten an Schulen und fanden, dass diese eine höhere Wirksamkeit bei Mädchen (im Gegensatz zu Jungen) und für jüngere Schülerinnen und Schüler (>middle school« im Gegensatz zu »high school«) haben. 13 Studien untersuchten die Wirksamkeit von Verkaufsbeschränkungen für Minderjährige. Die Interventionen bestanden aus der Schulung der Verkäuferinnen und Verkäufer mit oder ohne zusätzliche Kontrolle und Durchsetzung der gesetzlichen Vorgaben.

Zwei dieser 13 Studien fanden, dass Mädchen in ihrem Rauchverhalten im Vergleich zu Jungen eher von der Intervention beeinflusst wurden. Sechs Studien konnten jedoch keinen eindeutigen differenzierten Effekt für das Geschlecht finden. Drei Studien fanden Evidenz dafür, dass Verkaufsbeschränkungen eher für jüngere als für ältere Schülerinnen und Schüler effektiv sind, vier weitere Studien fanden hierzu inkonsistente Effekte. In drei Studien zu Warnhinweisen auf Zigarettenpackungen schien es keine Evidenz dafür zu geben, dass diese die Einstellungen oder das Rauchverhalten von jungen Leuten veränderten. Zwei Studien untersuchten die Effekte der Einführung von Werbeverboten und fanden signifikante Reduktionen in der Prävalenz des Rauchens bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Effekte ließen sich jedoch aus methodischen Gründen in beiden Studien nicht eindeutig auf die Werbeverbote zurückführen, zudem wurden keine unterschiedlichen Effekte für Geschlecht oder Alter gefunden. 20 Studien untersuchten die Auswirkungen von Zigarettenpreisen auf das Rauchverhalten und fanden heraus, dass eine Erhöhung der Preise das Rauchen von Jugendlichen reduziert. In einer Studie wurden unterschiedliche Altersgruppen von Jugendlichen miteinander verglichen und festgestellt, dass 17- bis 18-Jährige im Vergleich zu 13- bis 16-Jährigen mit ihrem Rauchverhalten sensibler auf den Preis reagieren. Vier Studien fanden heraus, dass Jungen im Alter von 13 bis 18 Jahren preissensitiver waren als Mädchen. Drei Studien untersuchten die Wirksamkeit von Preispolitik nach ethnischen Hintergrund und befanden, dass Jugendliche, die ethnischen Minderheiten angehörten, stärker von Preiserhöhungen beeinflusst wurden als Jugendliche mit weißer Hautfarbe.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Rauchverbote an Schulen hätten möglicherweise eine höhere Wirksamkeit bei Mädchen. Verkaufsbeschränkungen für Minderjährige seien möglicher-

weise wirksamer für Mädchen und jüngere Kinder. Junge Menschen unter 25 Jahren würden durch Preiserhöhungen beeinflusst, und es gäbe einige Evidenz dafür, dass Jungen und Jugendliche, die einer ethnischen Minderheit angehören, Preisänderungen gegenüber sensitiver sind.

### 03.7.2 Fazit

*Substanzen:* Tabak und Alkohol  
*Raum:* Keine → Reviews über Forschung mit deutschsprachigen Stichproben  
*Evidenzgrad der Forschung:* Ebene B bis D – sehr wenige RCTs

### Alkohol

47. Eine Erhöhung des allgemeinen Alkoholpreises kann → präventive Effekte für Jugendliche und junge Erwachsene haben. [B 6–10, D 6–8]
48. Werbemaßnahmen der Alkoholindustrie, die einen verantwortungsvollen Konsum propagieren, könnten keine → präventiven Effekte erreichen. [D 6–7]
49. Einschränkungen von Alkoholwerbung könnten → präventive Effekte haben. [D 6–7]
50. Maßnahmen zur Verhinderung des Verkaufs von Tabakprodukten an Minderjährige können → präventive Effekte haben, wenn sie erfolgreich durchgesetzt werden und sowohl Schulungen des Verkaufspersonals als auch kommunale und mediale Elemente, die für das Thema sensibilisieren, beinhalten. [B 6–2, C 6–11, D 6–5]
51. Maßnahmen zur Erhöhung des Zigarettenpreises könnten → präventive Effekte auf den Einstieg in das Rauchverhalten, die Zunahme des Rauchens bei Jugendlichen und die Zunahme der Rauchmenge bei jungen Erwachsenen haben. [C 6–12, C 6–3, D 6–5]
52. Männliche Jugendliche und solche, die ethnischen Minderheiten angehören, könnten besonders preissensitiv sein. [C 6–3]
53. Rauchverbote im öffentlichen Raum könnten → präventive Effekte auf das Rauchverhalten von Jugendlichen haben. [D 6–1, D 6–5]
54. Strafmaßnahmen für den Kauf, Besitz und Gebrauch von Tabakwaren bei Jugendlichen werden hinsichtlich ihrer Wirksamkeit uneinheitlich eingeschätzt. [D 6–1, D 6–5]
55. Werbeverbote für Tabakwaren können aufgrund mangelnder Evaluationsstudien nicht in ihrer Wirksamkeit eingeschätzt werden. [D 6–5]

#### Quantitative Hinweise

Keine

#### Deutschsprachiges, evidenzbasiertes Beispiel

–



## 3.8

### Handlungsfeldübergreifend

#### 3.8.1 Selektive Prävention

##### Ergebnisse

##### Fokus Kinder aus suchtbelasteten Familien

Bröning et al. [10–4; 2012; S; 13 Studien (7 RCTs, 2 CTs); 1994–2009; 0 bis 17 Jahre] identifizierten zur Beurteilung der Wirksamkeit von Maßnahmen für Kinder aus suchtbelasteten Familien 13 Studien, die neun Programme testeten. Darunter befanden sich vier schulbasierte Maßnahmen, eine kommunale Maßnahme und vier familienorientierte Programme.

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	Universell SELEKTIV Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie Schule Freizeit Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze UNDIFFERENZIERT
<b>Substanz</b>	Tabak Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen UNDIFFERENZIERT

In den meisten Fällen dauerten die Maßnahmen etwa 14 Wochen mit wöchentlichen Sitzungen von 90 Minuten, nur der kommunale Ansatz wurde zwei Jahre lang durchgeführt. Inhaltlich überschritten sich die Maßnahmen in den Themen Gefühlsbewältigung, Problemlösung, Aufklärung über Substanzen und Suchtentwicklung sowie Familienbeziehungen. Die Schulprogramme und die kommunale Maßnahme bezogen die Eltern nicht oder kaum mit in die präventive Arbeit mit ein.

Nur eine aussagekräftige Studie überprüfte Effekte auf das Konsumverhalten der Kinder, meist wurde – auch in Anbetracht des Alters der Kinder – der Einfluss der Programmteilnahme auf den Selbstwert, das Sozialverhalten und die Bewältigungskompetenz untersucht.

*Ergebnisse:* Ein Schulprogramm konnte keine Effekte auf Konsumprävalenzen feststellen, ein Familienprogramm erreichte langfristige Effekte auf

substanzbezogene Probleme, nicht aber auf den Konsum.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die kleine Anzahl an Studien und die heterogene methodische Qualität der Evaluationen ließen bisher nur vorläufige Schlussfolgerungen zu. Hinsichtlich → präventiver Effekte auf das Konsumverhalten sei die Befundlage noch unklar und bedürfe langfristiger Evaluationen. Effekte seien bisher vor allem auf das Wissen und die Bewältigungskompetenz zu erwarten, weniger auf den Selbstwert. Auch müssten negative Effekte, insbesondere bei Schulprogrammen, noch erklärt und Lösungen dafür gefunden werden. Die Familienprogramme erschienen dagegen erfolgreicher, was die Autoren mit dem Verweis auf die Verbesserung des Familienlebens begründen.

### Fokus Familienprogramme

*Stolle et al. [1–10; 2010; S; 15 Studien (8 RCTs, 2 CTs); 1991–2009; 0 bis 17 Jahre]* suchten ein Vorbild für ein universelles Familienprogramm und werteten 42 Einzelstudien mit 15 Programmen aus. Unter ihnen finden sich elf universelle und vier selektive Ansätze, die sich stark hinsichtlich des Familienbezugs unterscheiden. Für acht Programme liegen RCT-Studien, für zwei Programme kontrollierte Studien und für die restlichen Maßnahmen qualitativ weniger hochwertige Studien vor.

*Ergebnisse:* Sieben der acht RCT-getesteten Programme (sechs universelle, zwei selektive) zeigen Effekte während eines Zeitraums von mindestens zwei Jahren. Die beiden selektiven Programme beeinflussen Verhaltensauffälligkeiten in jungen Jahren. Im Follow-up weist eines von ihnen auch noch im Erwachsenenalter Effekte auf die Substanzabhängigkeit auf. Die beiden Programme mit nicht randomisierten kontrollierten Evaluationen (je eines universell und eines selektiv) zeigen für ihre junge Stichprobe (Alter bis neun Jahre) Effekte auf Verhaltensauffälligkeiten (Aggression, sozialer Rückzug).

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Autoren schlussfolgern hinsichtlich ihrer Wahl eines universellen Präventionsprogramms und nicht hinsichtlich der selektiven Ansätze.

*Thompson et al. [10–2; 2005; BP; 2 Programme; 21 Studien; 1986–2003; Jugendliche und junge Erwachsene]* beschreiben drei Familienansätze zur Behandlung und zwei selektive/indizierte Programme zur Prävention von Substanzmissbrauch von Jugendlichen.

*Ergebnisse:* Das Familienprogramm »Strengthening Families Program« wird als effektiv mit Kindern aus suchtbelasteten Familien beschrieben und kulturell adaptiert als effektiv mit drei ethnischen Minderheiten in den USA [drei Studien]. Der indizierte Ansatz »Multisystemic Therapy« wurde für junge Straffällige entwickelt und hat sich in zwei RCTs als effektiv in der Prävention von Alkohol- und Cannabiskonsum (neben anderem Problemverhalten) erwiesen.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Angesichts der ermutigenden Ergebnisse hinsichtlich der langfristigen Effekte von Familieninterventionen auf jugendlichen Substanzkonsum sollten die Faktoren, die mit diesen positiven Ergebnissen assoziiert sind, gründlicher beforscht werden.

### **Tabakpräventive Programme des US National Cancer Institute**

*Sherman et al. [3–15; 2009; S; 5 Programme (RCT); 1993–2000; 10 bis 16 Jahre]* untersuchten in ihrer Studie die Wirksamkeit und Charakteristika von fünf Programmen zur Rauchprävention bei Jugendlichen aus der Datenbank der Research Tested Intervention Programs (RTIPs) des US National Cancer Institute (NCI). Alle fünf verfügbaren Programme zielten spezifisch auf die Prävention des Rauchens, nur ein Programm umfasste als zusätzliche Komponente die Ernährungsumstellung. Vier der fünf Programme waren auf Gruppen ausgerichtet, die ein erhöhtes

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	Universell SELEKTIV Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie SCHULE Freizeit Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	TABAK Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen Undifferenziert

Risiko für das Rauchen aufweisen (Native Americans, Jugendliche aus tabakanbauenden Regionen, Kinder von Landarbeitern mit lateinamerikanischem Hintergrund). Die Interventionen waren sehr unterschiedlich und bestanden hauptsächlich aus Elementen der Informationsvermittlung, sozialer Einflussnahme und Standfestigkeitstraining; sie waren aufgrund der spezifischen Zielgruppen meist mit speziell angepassten kulturellen Komponenten versehen. Die Programme wurden hauptsächlich in direkter Weise umgesetzt, einzelne zusätzliche Elemente waren Videos, Rollenspiele und andere interaktive Maßnahmen.

*Ergebnisse:* Vier Studien berichteten Wirksamkeitsbefunde. Einem Programm gelang es, den Anteil an Neueinsteigerinnen und Neueinsteigern ins Rauchen zu reduzieren. Außerdem gelang es, die Quote der wöchentlichen und häufigeren Raucherinnen und Raucher zu reduzieren und den wöchentlichen oder

häufigeren Gebrauch von rauchfreien Tabakprodukten zu verhindern. Ein weiteres Programm resultierte in einer geringeren Inzidenz von Nutzerinnen und Nutzern rauchfreier Tabakprodukte, es gab jedoch keinen Effekt auf das Rauchverhalten. Die dritte Studie erzielte einen Effekt auf das Rauchverhalten, nicht aber auf den Gebrauch von rauchfreien Tabakprodukten. Die letzte Studie berichtete keine Effekte auf die Raucherrate.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Nur fünf der Programme in der Datenbank des US-amerikanischen Krebsinstituts zielten auf Rauchprävention bei Jugendlichen. Davon erfolgreich seien diejenigen, die auf bestimmte demografische Gruppen ausgerichtet seien und oftmals von Gesundheitspädagoginnen und -pädagogen oder von ausgebildeten Gemeindefunktionären durchgeführt würden.

### **Fokus Mittlere Effektivität aller verhaltensbezogener Ansätze in der Hochschule**

*Carey et al. [3–18; 2007; M; 62 Studien (RCT); 1985–2007; Collegestudentinnen und -studenten]* untersuchten in einer → Meta-Analyse mit 62 randomisierten kontrollierten Studien die durchschnittliche kurz-, mittel- und längerfristige Effektivität aller Programme zur Prävention von Alkoholmissbrauch an Hochschulen. Diese überschneiden sich zum großen Teil mit den Studien von Larimer et al. [3–16], allerdings schätzen Carey und Kollegen den mittleren Effekt aller Interventionen ein und testen nicht unterschiedliche Ansätze gegeneinander. Etwa zwei Drittel der Interventionen wurden in einem persönlichen Gespräch oder im Gruppenkontext umgesetzt, die restlichen Interventionen nutzen computerisierte und/oder schriftliche Rückmeldungen. Inhaltliche Komponenten umfassten Aufklärung über Alkohol und Blutalkoholkonzentration, normative Vergleiche, Feedback zu Konsum und Konsumproblemen, Erwartungen und Motiven, Zielsetzungstraining und andere fertigkeitfördernde Interventionen. Die Effektivität

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	Universell SELEKTIV Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie SCHULE Freizeit Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	Tabak ALKOHOL Cannabis Andere illegale Drogen Undifferenziert

der Interventionen wird für verschiedene Nachbefragungszeiträume von unmittelbar nach der Intervention bis zu vier Jahren sowie für verschiedene Ergebnisparameter (zum Beispiel Trinkhäufigkeit und -menge, Häufigkeit Binge-Drinking und Trunkenheit, Blutalkoholkonzentration, alkoholbezogene Probleme etc.) angegeben. Gepoolte → Effektstärken werden für jeden Ergebnisparameter zu jedem Befragungszeitpunkt berichtet.

*Ergebnisse:* Beim unmittelbaren Post-Test nach Programmende erwiesen sich die untersuchten Interventionen im Vergleich zur → Kontrollgruppe wirksam im Hinblick auf Trinkmenge ( $d = .19$ ), Frequenz des starken Trinkens ( $d = .17$ ) und Höchstwert der Blutalkoholkonzentration ( $d = .41$ ). Bei der mittelfristigen Nachbefragung (14–26 Wochen nach Programmende) zeigten die Programme Effekte in der Reduktion von Trinkmenge ( $d = .11$ ), in der Zeit, die mit Trinken verbracht wurde ( $d = .19$ ), der Häufigkeit

des starken Trinkens ( $d = .11$ ) und in alkoholbezogenen Problemen ( $d = .12$ ). Bei der Langzeitnachbefragung (27–195 Wochen nach Programmende) waren noch Effekte auf die Häufigkeit der Trinktage ( $d = .16$ ) und auf alkoholbezogene Probleme ( $d = .14$ ) zu beobachten.

Die Stärke der Effekte auf das Konsumverhalten war zwischen den Evaluationsstudien ähnlich. Diese Homogenität schloss aus, spezifische Merkmale von Interventionen zu bestimmen, die größere langfristige → präventive Effekte auf Alkoholkonsum erreichten. In Bezug auf den kurzfristigen Effekt auf alkoholbezogene Probleme ließen sich dagegen Charakteristika identifizieren: wenn mehr Frauen unter den Teilnehmenden waren, die Interventionen individuell oder persönlich durchgeführt wurden, eine motivierende Gesprächsführung verfolgt wurde, wenn es Feedback zu Normen, Trinkmotiven und -erwartungen gab und wenn Entscheidungsübungen eingesetzt wurden.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Individuumszentrierte Interventionen seien in der Lage, den Alkoholkonsum von Studierenden bis zu sechs Monate lang zu beeinflussen. Diese Maßnahmen seien ebenfalls effektiv im Hinblick auf alkoholbezogene Probleme, wobei die Wirksamkeit hier länger nachweisbar und je nach Teilnehmenden und eingesetzten Interventionsmethoden unterschiedlich sei. Die Effekte für die Interventionsgruppe im Vergleich zur → Kontrollgruppe verringerten sich über die Zeit.

### **Fokus Effektivität unterschiedlicher Ansätze an Hochschulen (Studien bis 2007)**

*Larimer et al. [3–16; 2007; S; 42 Studien (RCT); 1999–2007; Collegestudentinnen und -studenten]* untersuchten die Effektivität von Interventionen zur Reduktion von Alkoholkonsum und Prävention von Alkoholmissbrauch an Hochschulen anhand von 42 kontrolliert randomisierten Studien. Die unter-

suchten Interventionen lassen sich grob den Bereichen Informationsvermittlung/Problembewusstsein, Training kognitiver/behavioraler Fertigkeiten und motivationsförderndem Feedback/Interventionen zuweisen. Die Ergebnisse werden im Abschnitt »selektive Prävention« berichtet, da die größere Anzahl an Studien (25 von 42) Teilnehmende selektiv aufgrund ihres bereits starken Alkoholkonsums oder ihrer Zugehörigkeit zu einer Hochrisikogruppe ausgewählt haben. Hier werden nur die Effekte auf das Konsumverhalten ausgewertet.

*Ergebnisse:* Bei den Programmen im Bereich Informationsvermittlung/Bewusstseinsbildung erwies sich reine Informationsvermittlung als nahezu unwirksam (eine von zehn Studien mit positiven Effekten), genauso wie Interventionen, die lediglich auf eine Klärung von konsumbezogenen Werten abzielten (null von drei Studien mit positiven Ergebnissen). Es gab jedoch Evidenz für die Wirksamkeit von normativer Aufklärung (sechs von acht Studien mit positiven Ergebnissen). Wenig Evidenz gab es für die Wirksamkeit von Interventionen, durch die alkoholbezogene Wirkerwartungen der Teilnehmenden überprüft und korrigiert werden sollten (zwei von sieben Studien mit positiven Ergebnissen) und etwas Evidenz für die Wirksamkeit von retrospektiver Selbstkontrolle (Tagebuch; eine von einer Studie mit positiven Ergebnissen). Die Autoren fanden etwas Evidenz für die Wirksamkeit von alkoholbezogenem Mehrkomponenten-Fertigkeitstraining (drei von acht Studien mit Effekt auf Konsumverhalten), jedoch keine Evidenz für ein allgemeines Lebenskompetenzprogramm (null von einer Studie mit positiven Ergebnissen). Die stärkste Evidenz liegt für Interventionen aus dem Bereich Motivationsförderung/Feedback vor. Es gab starke Evidenz sowohl für kurze motivationsfördernde Maßnahmen (neun von 14 Studien mit positiven Ergebnissen auf Konsumverhalten) als auch für per Post oder Computer übermitteltes motivierendes Feedback (sieben von acht Studien mit

positiven Ergebnissen]. Bei besonderen Risikogruppen innerhalb dieser normativ stark konsumierenden Population zeigte sich, dass für Mitglieder von Studentenverbindungen, Sportlerinnen/Sportler, Studienanfänger/-innen und Studierende, die zwangsweise an den Interventionen teilnehmen mussten, im Allgemeinen dieselben Interventionen effektiv waren wie für andere Studentinnen und Studenten. In einer von den Verfassenden selbst durchgeführten Auswertung der selektiven Ansätze ergab sich folgendes Bild: Drei von vier Studien belegten einen Effekt für ein Mehrkomponentenprogramm, drei von drei Studien für die normative Aufklärung, sieben von neun Studien für die motivierende Kurzintervention und vier von sechs Studien für das Feedbackverfahren. Somit können die von den Autoren berichteten Ergebnisse auch für die selektive Prävention, wie sie in dieser Expertise definiert wird (bereits starker Konsum, Studentenverbindungen, Sportlerinnen/Sportler, verpflichtende Teilnahme), als zutreffend bewertet werden. Die Nutzung von ausgebildeten Peers für die Teilnehmerrekrutierung, Unterweisung und Umsetzung von Inhalten erwies sich als erfolgreich in der einzigen Studie, die dies untersuchte.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Hochschulen, die individuumszentrierte Präventionsprogramme implementieren wollen, sollten kurze motivationsfördernde Maßnahmen oder ein Fertigkeitstraining einsetzen, bevorzugt unter Einbezug von persönlichem normativem Feedback, Training zu Blutalkoholkonzentration, Verhaltenstraining zur Risikominimierung und anderem personalisiertem Feedback. Die Nutzung von Feedback durch den Computer könne ein sinnvoller erster Schritt vor persönlichem Kontakt sein. Einige der Studien, die Gendereffekte berichteten, zeigten, dass Frauen eher von der Intervention profitierten. Die mittlerweile verfügbare Forschung über Teilnehmende, die zur Intervention verpflichtet wurden, zeige zumindest vorläufig eine Wirksamkeit von motivierenden Kurzinterven-

tionen und fertigkeitsbasierten Programmen. Studentinnen und Studenten, denen per Gruppenzugehörigkeit ein erhöhtes Risiko zugeschrieben wird, würden ebenso durch die Maßnahmen beeinflusst wie andere Studierende. Der Einsatz von ausgebildeten Peers würde auch weiterhin durch die Ergebnisse unterstützt.

### **Fokus Effektivität unterschiedlicher Ansätze an Hochschulen (Studien 2007–2010)**

*Cronce et al. [3–17; 2011; S; 36 Studien (RCT); 2007–2010; Collegestudentinnen und -studenten]* untersuchten analog zu Larimer et al. [3–16] 36 kürzlich publizierte randomisierte kontrollierte Studien zur Prävention von Alkoholmissbrauch an Hochschulen. Die größtenteils selektiven Interventionen waren auf Collegestudentinnen und -studenten ausgerichtet, einzelne Programme waren für spezielle Gruppen konzipiert (verpflichtende Programtteilnahme, Studienanfänger/-innen und Sportler/-innen). Die Interventionen bestanden größtenteils aus kurzer Motivationsförderung, die meist mit personalisiertem Feedback verbunden war. Weitere Interventionen umfassten Rückmeldung zu Blutalkoholkonzentration, Informationsvermittlung und Mehrkomponentenprogramme, die Informationsvermittlung mit Motivationsförderung, personalisiertem Feedback und anderen Bestandteilen kombinierten. Hier werden nur die Ergebnisse zu Effekten auf den Konsum ausgewertet.

*Ergebnisse:* 17 Studien untersuchten die Effektivität von personalisiertem normativem Feedback. Von 14 Studien, bei denen dieses Feedback durch Personen gegeben wurde, erreichten sechs eine Reduktion im Trinkverhalten, jedoch nicht in alkoholbezogenen Konsequenzen. Bei vier weiteren Maßnahmen gelang es, dass Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer ihren Konsum reduzierten, was jedoch in keinen signifikanten Unterschieden zur → Kontrollgruppe resultierte. In drei von vier Studien, die personalisiertes

normatives Feedback um schriftliches Material, Brief, Computer, Internet oder elektronisches Tagebuch, ergänzt, wurde eine Reduktion des Trinkverhaltens beobachtet. Von 17 eingeschlossenen Studien, die eine kurze Motivationsförderung, meist mit zusätzlichem personalisiertem Feedback, untersuchten, resultierten zwölf in einer Reduktion des Trinkverhaltens und teilweise zusätzlich in alkoholbezogenen Problemen. Ein Programm hatte einen protektiven Effekt gegen den Einstieg in das Binge-Dinking. Die zwei Interventionen, in denen die alkoholbezogenen Wirkerwartungen der Teilnehmenden korrigiert wurden, resultierten in reduziertem Alkoholkonsum. Zwei Studien untersuchten den Effekt von Feedback zur Blutalkoholkonzentration; eine davon erwies sich als erfolgreich im Hinblick auf eine Reduktion derselben. In vier Studien zur Informationsvermittlung zeigte sich kein Nachweis für deren Effektivität. Fünf der acht Mehrkomponenteninterventionen resultierten in der Reduktion des Alkoholkonsums und teilweise zusätzlich in einer Reduktion alkoholbezogener Konsequenzen.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die untersuchten Studien lieferten konsistente Evidenz für die Effektivität von kurzen, personalisierten, individuellen motivationsfördernden Interventionen und Interventionen mit Feedback. Es gäbe ebenfalls schwächere Evidenz für die Wirksamkeit von Interventionen, die alkoholbezogene Erwartungen bearbeiteten, und gemischte Evidenz für das Feedback zur Blutalkoholkonzentration. Es gäbe keine Evidenz für die Wirksamkeit von Informationsvermittlung und positive, wenn auch gemischte Evidenz für kombinierte Mehrkomponentenprogramme aus Informationsvermittlung, Motivationsförderung und Feedback.

### **Fokus Effektivität unterschiedlicher normativer Ansätze an Hochschulen**

*Moreira et al. [3–20; 2009; M; 22 Studien (RCT); 1998–2008, 17 bis 24 Jahre]* untersuchten die

Effektivität von Interventionen, die über die Beeinflussung der Wahrnehmung sozialer Normen eine Reduktion von Alkoholkonsum und die Prävention von Alkoholmissbrauch bei Collegestudentinnen und -studenten erreichen wollen. Die Interventionen lassen sich klassifizieren in Online- oder Computerfeedback (sieben Studien), individuelles persönliches Feedback als Teil einer motivierenden Intervention (acht Studien), schriftliches Feedback per Brief (vier Studien), persönliches Feedback in der Gruppe (vier Studien) und Kampagnen im Sinne des sozialen Marketings, die Konsumnormen thematisieren (zwei Studien). Ein großer Teil der Interventionen wurde auch in dieser Überblicksarbeit an selektiven Stichproben (Hochrisikotrinkerinnen und -trinker, Studierende, die verpflichtend an der Intervention teilnehmen mussten, sowie Mitglieder von Studentenverbindungen und Studienanfängerinnen und -anfänger) überprüft. Effekte werden in standardisierten Mittelwertdifferenzen (SMD) zwischen Interventions- und → Kontrollgruppen berichtet. Die Nachbefragungszeiträume sind kurzfristig (drei Monate), mittelfristig (vier bis 16 Monate) und langfristig (17 Monate plus). Die Ergebnisvariablen betreffen u. a. den Konsum (Trinkfrequenz und/oder -menge) und das Binge-Drinking. Die gepoolten Ergebnisse basieren je nach Fragestellung (Ergebnisvariable und Nachbefragungszeitraum) auf unterschiedlichen Anzahlen an Studien (je zwei bis fünf Studien).

*Ergebnisse:* Online- oder Computerfeedback zeigte sich kurzfristig effektiv im Hinblick auf Konsum (fünf Studien, SMD =  $-.29$ ) und mittelfristig effektiv im Hinblick auf Konsum (drei Studien, SMD =  $-.31$ ) und Binge-Drinking (zwei Studien, SMD =  $-.22$ ). Persönliches Feedback war kurz- und mittelfristig effektiv im Hinblick auf Konsum (drei Studien, SMD =  $-.26$ ). Feedback in der Gruppe war kurzfristig effektiv für Konsum (drei Studien, SMD =  $-.32$ ) und Binge-Drinking (vier Studien, SMD =  $-.38$ ). Eine der sozialen Marketingkampagnen war langfristig (drei Jahre)

effektiv im Hinblick auf den Konsum (zwei Studien,  $SMD = -.06$ ). Jeweils eine Studie mit geschlechtsspezifischem schriftlichem Feedback und eine Studie mit geschlechtsspezifischem Online- oder Computerfeedback waren kurzfristig effektiv hinsichtlich der Trinkmenge bei Männern ( $SMD = -.62$  und  $-.68$ ), jedoch nicht bei Frauen. Ansonsten zeigte sich schriftliches Feedback weder kurz- noch mittelfristig effektiv im Hinblick auf Konsumvariablen.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Interventionen, die Online- oder Computerfeedback oder individualisiertes persönliches Feedback nutzen, scheinen erfolgreich im Hinblick auf die Reduktion des Alkoholmissbrauchs. Die Evidenz für andere Interventionen sei gemischt. Es konnte keine Evidenz für die Wirksamkeit von schriftlichem Feedback per Brief gefunden werden. Insgesamt zeige diese Studie, dass individualisierte, persönliche, auf sozialen Normen basierende Interventionen kurz- und mittelfristig effektiv den Alkoholkonsum und -missbrauch reduzieren können.

### **Fokus Computerunterstützte vs. nicht computerunterstützte Ansätze an Hochschulen**

*Carey et al. [3–21; 2009; M; 35 Studien (RCT); 1998–2008; 17 bis 24 Jahre]* untersuchten die Effektivität von Interventionen, die computerunterstützt (Internet, Intranet oder CD-ROM/DVD) eine Reduktion des Alkoholkonsums und eine Verhinderung von Alkoholmissbrauch bei Collegestudentinnen und -studenten erreichen wollen. Die typische Intervention war eine etwa 20-minütige Sitzung; sie beinhaltete Feedback zum eigenen Konsum, eine normative Einordnung des Konsums, alkoholspezifische Aufklärung und zugeschnittene Inhalte. Ein großer Teil der Interventionen wurde auch in dieser Übersichtsarbeit an selektiven Stichproben (Hochrisikotrinkerinnen und -trinker, Studienanfängerinnen und -anfänger sowie Studierende, die zur Teilnahme verpflichtet wurden) überprüft. Die Nachbefragungszeit-

räume sind kurzfristig (weniger als sechs Wochen) und mittelfristig (sechs Wochen plus).

*Ergebnisse:* Es konnte kurzfristig und mittelfristig ein signifikanter Effekt auf Alkoholkonsum und Probleme gefunden werden, wenn die Interventionsgruppen mit einer Gruppe verglichen wurden, die keine Behandlung erfuhr. Je nach Konsumvariable betragen die → Effektstärken kurzfristig  $d = .14$  bis  $.32$  und mittelfristig  $d = .22$  bis  $.32$ . Der Vergleich zwischen computergestützten und nicht computergestützten alkoholspezifischen Programmen (Broschüre bis persönliche Kurzintervention) ergab keine Unterschiede in der Wirksamkeit.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Computergestützte Interventionen reduzierten die Menge und Häufigkeit des Alkoholkonsums bei Collegestudentinnen und -studenten. Computergestützte Interventionen seien im Allgemeinen gleich wirksam wie nicht computergestützte alkoholbezogene Ansätze und deshalb nicht unbedingt vorzuziehen.

### **Fokus → Meta-Analyse vollautomatischer webbasierter Programme**

*Tait und Christensen [10–6; 2010; M; 15 Studien (RCT); 2004–2009; unter 25-Jährige]* nehmen in ihre → Meta-Analyse zur Wirksamkeit internetbasierter Maßnahmen nur vollautomatisierte, über das Web verfügbare Programme und RCTs auf und identifizieren fast nur alkoholbezogene Programme für junge, bereits (stärker) konsumierende Erwachsene in tertiären Bildungseinrichtungen. In zwei Studien wird auch die Wirkung auf Nichttrinkende untersucht. Für Jugendliche finden sie lediglich eine Maßnahme zur Tabakprävention und eine zum Rauchstopp, sodass hier darauf nicht eingegangen wird.

*Ergebnisse:* Die mittlere → Effektstärke vollautomatischer Internetprogramme für junge, alkoholkonsumierende Erwachsene/Studierende auf den Alkoholkonsum beträgt  $d = -.12$  (zehn Studien), auf das starke Trinken oder Binge-Drinking  $d = -.35$  (sieben

Studien) und auf negative Folgen des Konsums  $d = -.57$  [sechs Studien]. Die Effektstärke dieser Programme auf den zukünftigen Konsum für Nichtkonsumierende dieser Altersgruppe ist nahe null und nicht signifikant [zwei Studien].

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Web-basierte Interventionen, die auf den Alkoholkonsum junger Erwachsener in tertiären Bildungseinrichtungen abzielen, scheinen zumindest kurzfristig effektiv für aktuelle Trinkerinnen und Trinker zu sein. Dabei erreichten sie ähnliche Effektstärken wie persönliche Kurzinterventionen. Aber es gäbe keine Evidenz für ihren Nutzen zur Prävention mit Nichttrinkenden dieser Altersgruppe. Ebenso gäbe es keine ausreichende Datenlage, um den Nutzen für Jugendliche im Rahmen der Tabakprävention und -entwöhnung zu beurteilen.

### **Fokus Wirksamkeit »Expectancy Challenge«-Ansatz**

*Labbe und Maisto [10–7; 2011; S; 11 Studien (9 RCTs); 1993–2008; Collegestudentinnen und -studenten]* fassen geschlechtsspezifisch die Wirksamkeit von »Expectancy Challenge«-Interventionen unter jungen Collegestudentinnen und -studenten zusammen. Der Ansatz strebt die Beeinflussung der Wirkerwartungen an den Alkoholkonsum an, um dadurch das Trinkverhalten zu verändern. Dies geschieht durch die randomisierte Gabe von Alkohol oder einem Placebo mit anschließenden Gruppengesprächen. Dort wird einschließlich der jeweils eigenen Person die Vermutung erfragt und diskutiert, welches Gruppenmitglied das Placebo und welches Alkohol konsumiert hat. Dabei wird über die Rolle von Wirkerwartungen aufgeklärt. Alltagssituationen werden danach hinsichtlich der Frage analysiert, wie sie eigene Wirkerwartungen beeinflussen.

*Ergebnisse:* Fünf von sechs Vergleichen unter Männergruppen zeigen einen Effekt beim Konsumverhalten. Demgegenüber weisen nur zwei von vier Vergleichen unter Frauengruppen und nur einer von vier Ver-

gleichen unter gemischten Gruppen einen Effekt beim Konsum auf. Unter Letzteren sind die Interventionen allerdings überwiegend adaptierte oder veränderte Versionen des Originalansatzes.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* »Expectancy Challenges« für Männergruppen sind am wirksamsten, um Wirkerwartungen und Konsum zu beeinflussen. In Frauen- und gemischten Gruppen können Wirkerwartungen, jedoch weniger der Konsum beeinflusst werden. Es sollte das Originalformat umgesetzt werden, da es eine persönliche Interventionssituation und kein Video sowie die Alkohol-Placebo-Manipulation beinhaltet.

### **Fokus Verhältnisprävention Alkohol an Hochschulen**

*Toomey et al. [10–8; 2007; U; 36 Studien; 1999–2006; Collegestudentinnen und -studenten]* schlagen 31 konkrete verhältnisbezogene Maßnahmen der Alkoholprävention für junge Collegestudierende (selektiv) und für alle Collegestudentinnen und -studenten (universell) vor und berichten die Forschung zu deren Wirksamkeit. Seit dem letzten Überblick 2002 wurden dazu 36 empirische Studien publiziert. Allerdings wurden diese Maßnahmen in überwiegend querschnittlichen oder unkontrollierten Designs untersucht. Evaluationen einzelner oder kombinierter Maßnahmen finden sich unter ihnen kaum, so dass die Überprüfung der kausalen Wirksamkeit auf den Alkoholkonsum noch aussteht.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Zwar sprechen die Forschungsergebnisse für verhältnisbezogene Maßnahmen. Die empfohlenen Strategien sind jedoch bisher gar nicht oder nur in geringem Umfang evaluiert.

*Saltz [10–9; 2011; U; 5 Studien (2 RCTs, 2 CTs); 2004–2010; Collegestudentinnen und -studenten]* hat in seinem Beitrag die von Toomey et al. [10–8] dargestellte Forschungslage aktualisiert und stellt fünf neuere Evaluationsstudien vor, in denen Maßnahmen mit einem Schwerpunkt auf Verhältnisprä-

vention im Campus und in der Kommune durchgeführt wurden. Diese sind zum Beispiel Partypatrouillen, Kontrollpunkte gegen Fahren unter Alkoholeinfluss, eine Gastgeberordnung und Aktionen in lokalen und Campusmedien zur Erhöhung der Sichtbarkeit dieser Maßnahmen.

*Ergebnisse:* Zwei Studien finden Effekte auf den Alkoholkonsum, zwei auf negative Folgen des Konsums. In einem Fall konnten Effekte nur bei den Collegen gefunden werden, die eine gewisse Dosis an verhältnispräventiven Anstrengungen vornahmen.

*Schlussfolgerungen des Autors:* Im letzten Jahrzehnt seien große Fortschritte in der Präventionsforschung mit Collegestudentinnen und -studenten gemacht worden. Auch wenn es nur eine Hand voll Studien bisher seien, zeigten diese klar, dass diese Art Interventionen den Alkoholkonsum von Studierenden beeinflussen könnten.

### Fokus Alkoholpräventive Kurzinterventionen

*Wachtel und Staniford [16–1; 2010; S; 14 Studien, darunter 5 Studien Gesundheitsversorgung (alle RCT); 1998–2007; 10 bis 25 Jahre]* planten, die Effektivität von Kurzinterventionen auf Alkoholkonsum innerhalb des medizinischen Settings zu bestimmen. Bei der Literaturrecherche fanden sie allerdings nur fünf Studien für dieses Setting, sodass sie auch solche aus anderen Handlungsfeldern in ihre Übersicht aufnahmen. Im Folgenden werden die Ergebnisse der vier klinik- und der einen praxisbasierten Maßnahme dargestellt. Alle fünf Studien überprüften die Wirksamkeit einer Kurzintervention, die auf dem Motivational Interviewing basierte, gegenüber dem üblichen Gespräch oder Feedback. In diesem Artikel werden die Techniken des Motivational Interviewing beschrieben als reflexives Zuhören und wertschätzende Kommunikation sowie offene Fragen zur Verhaltensexploration. Der Fokus liegt auf den Stärken der Klientin bzw. des Klienten, um mit deren Hilfe Veränderungen herbeizuführen.

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	Universell SELEKTIV Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie Schule Freizeit Medien GESUNDHEITSVERSORGUNG Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	Tabak ALKOHOL Cannabis Andere illegale Drogen Undifferenziert

*Ergebnisse:* Drei Studienstichproben enthielten vermutlich auch junge Menschen mit einem erhöhten Risiko für Alkoholmissbrauch (alkoholbezogener Einlieferungsgrund für Notaufnahme, bei Vorstellung alkoholisiert). Dort waren in zwei Fällen Effekte auf den Alkoholkonsum und in einem Fall auf dessen Folgen feststellbar. Bei den zwei universell ausgerichteten Studien, die eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten per E-Health-Software auf dem Laptop oder per Audiotape anregen wollten, ließen sich entweder keine oder sogar gegenteilige Wirkungen feststellen.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die in unterschiedenen Settings gesammelten Erfahrungen bei der Anwendung im medizinischen Handlungsfeld veranlasst die Autoren bei dem Ziel der Risikominimierung zu der Empfehlung, eine einmalige, persönliche Kurzintervention durchzuführen, die sich am Konzept des Motivational Interviewing orientiert.

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	Universell SELEKTIV Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie SCHULE Freizeit Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	Tabak ALKOHOL CANNABIS ANDERE ILLEGALE DROGEN Undifferenziert

### Fokus Beratung zu Substanzmissbrauch an Schulen

Loneck et al. [3–4; 2010; S; 10 Studien; 1991–2007; 11 bis 18 Jahre] versuchten Ergebnisse zur Wirksamkeit von professionellen Beratungsleistungen zur Vorbeugung von Missbrauch von Alkohol und Drogen für Schülerinnen und Schüler zusammenzustellen. Im Bereich der Student Assistance Programs (SAPs), die als selektiver Präventionsansatz bezeichnet werden können, handelt es sich vor allem um professionelle Beratung einzelner Schülerinnen und Schüler an Schulen in den USA, die an eine Beraterin bzw. an einen Berater überwiesen wurden. Vorwiegend wird hier mit Problemlöseansätzen gearbeitet, um den Konsum zu reduzieren.

*Ergebnisse:* Von den zehn identifizierten Studien konnten drei als methodisch hochwertig, zwei als mittelmäßig und fünf als schwach bezeichnet werden. Von den hochwertigen Studien untersuchte nur

eine Effekte auf das Konsumverhalten; sie konnte keine signifikanten Effekte finden. Bei den mittelmäßigen Studien zeigte sich jedoch, dass Schülerinnen und Schüler an Schulen, die SAPs anbieten, tendenziell weniger Substanzen konsumierten als Schülerinnen und Schüler an Kontrollschulen, an denen es keine solchen Programme gab. In den hochwertigen Studien fanden sich zudem einige Hinweise auf positive Auswirkungen dieser Programme auf Protektivfaktoren wie Konsumabsicht und Einstellungen.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Aufgrund des Mangels an (hochwertigen) Studien in diesem Bereich lassen sich keine Schlussfolgerungen für oder gegen die Wirksamkeit von Beratungsleistungen zu Substanzmissbrauch an Schulen erstellen.

### Fokus Mentorenprogramme

Thomas et al. [2–6; 2011; M; 4 Studien (RCT); 1998–2005; 13 bis 18 Jahre] haben aus 233 Studien

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	Universell SELEKTIV Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie Schule FREIZEIT Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	Tabak ALKOHOL CANNABIS ANDERE ILLEGALE DROGEN Undifferenziert

zum Thema Mentorenprogramme vier RCTs mit dem Ziel der Prävention des Alkohol- und/oder illegalen Substanzkonsums mit Teenagern identifizieren können. In diesen strukturierten Programmen verbrachten meist Jugendliche aus Minderheitenpopulationen länger als ein Jahr regelmäßig Zeit mit nicht professionellen Mentorinnen und Mentoren.

*Ergebnisse:* Zwei von drei RCTs stellten signifikante Effekte auf den Einstieg in den Alkoholkonsum fest (RR = .71), eine von drei Studien stellte Effekte auf den Einstieg in den Konsum illegaler Drogen fest. Die vierte Studie konnte drei Jahre nach Ende des Programms keinen signifikanten Effekt auf den Substanzkonsum ausmachen.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Autoren sehen keine ausreichende Evidenz, um beurteilen zu können, ob die Bemühungen der Akteurinnen und Akteure in Mentorenprogrammen in einem geringeren Alkohol- oder Drogenkonsum resultieren. Nur drei Studien fänden → präventive Effekte, sodass aus Suchtpräventionssicht der Nutzen des hohen Aufwands als eher mäßig einzuschätzen sei.

### Fokus Wirksamkeit außerschulischer Maßnahmen außerhalb von Studienbedingungen

*Derzon et al. [5–3; 2005; M; 46 Programme (CT); 1994–1995; 9 bis 17 Jahre]* analysierten Daten von 46 Präventionsprogrammen, die darauf abzielten, bei einer Hochrisikogruppe von Jugendlichen dem Konsum von Alkohol, Cannabis und Tabak vorzubeugen. Die verhaltensbezogenen Interventionen waren sehr unterschiedlich und beinhalteten Informationsvermittlung (17 Programme), normative und affektive Erziehung (zwölf Programme), soziales und Lebenskompetenztraining (13 Programme) und Freizeitgestaltung (fünf Programme). Zur Evaluation wurde ein standardisiertes Protokoll vorgegeben, alle 46 Standorte erhoben auch den gleichen Ergebnisparameter, nämlich den Konsum in den zurückliegenden 30 Tagen. Die → Effektstärken wurden über einen Prä-

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	Universell SELEKTIV Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie Schule FREIZEIT Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	Tabak ALKOHOL CANNABIS ANDERE ILLEGALE DROGEN Undifferenziert

Post-Vergleich zwischen Interventions- und → Kontrollgruppen gewonnen. Da die Interventionen sich in ihrer Umsetzung stark unterschieden, wurden die Effektstärken für potenzielle Fehlerquellen der Wirksamkeitsbeurteilung adjustiert.

*Ergebnisse:* Die Adjustierung der Ergebnisse erfolgte für das Ausmaß an Behandlung, das die Kontrollgruppe bekommen hatte, für die Intensität (die Anzahl der wöchentlichen Stunden, mit der das Programm implementiert wurde) und für die Kohärenz des Programms (wie stark die theoretische Fundierung und das Rational der Intervention waren und auch wie intensiv die Durchführenden geschult wurden). Durch die Adjustierung erzeugten die Autoren eine simulierte Effektstärke, die für die Interventionen, die intensiver und kohärenter waren, statistisch signifikant von .022 auf .243 anstieg.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Analyse verdeutlichte, wie wichtig es ist, studienspe-

zifische methodische und prozedurale Unterschiede in die Bewertung der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen einzubeziehen. Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass Präventionsprogramme für Jugendliche signifikante positive Effekte im Vergleich zu unbehandelten Gruppen zeitigen können, wenn sie eine gewisse Intensität und ein klar kommuniziertes und entsprechend umgesetztes Rational aufwiesen. Berücksichtige man diese Studienmerkmale, seien Unterschiede im theoretischen Ansatz möglicherweise unbedeutend für die Effektivität.

### Fokus Prävention des Drogenkonsums bei Risikogruppen

Roe und Becker [10–3; 2005; S; 16 Studien (RCT, CT); 1994–2003; 3 bis 24 Jahre] haben 16 Studien ausgewertet, die für Hochrisikogruppen die Wirksamkeit einer Präventionsmaßnahme in Bezug auf illegalen Drogenkonsum überprüften. Studien wur-

den nur dann berücksichtigt, wenn als Ergebnisparameter das Konsumverhalten getestet wurde. Ein hohes Risiko wurde in diesen Studien anhand der folgenden Indikatoren definiert: »niedriger sozioökonomischer Status« (sieben Studien), »individuell bereits auffällig geworden« (sechs Studien) und »Kinder aus suchtblasteten Familien« (vier Studien). Neun Interventionen fanden im Setting Schule statt, fünf im kommunalen Setting, ein Programm war in einem Heim der Jugendhilfe angesiedelt und eine Maßnahme stellte ein Familienprogramm dar.

*Ergebnisse:* Sieben der schulbasierten Programme können dem sozialen Einflussmodell und dem Lebenskompetenzansatz zugeordnet werden. Vier davon waren eingebettet in einen universellen Rahmen. Die Zielgruppe nahm, wie ihre Mitschülerinnen und Mitschüler auch, an diesen Programmen teil und erhielt in einem Fall noch zusätzliche Elemente. Drei dieser vier universellen Studien wiesen Effekte für die Hochrisikogruppe aus. Die anderen drei der sieben schulbasierten Programme waren indiziert ausgerichtet; zwei davon erzielten Effekte auf den illegalen Substanzkonsum. Alle Settings betrachtend konnte nur eine der vier Maßnahmen, die aufklärend oder beratend vorgingen, den verhaltensbezogenen Ergebnisparameter beeinflussen. Den zwei Interventionen, die Eltern mit einbezogen, war es nicht möglich, einen Effekt auf den (späteren) illegalen Konsum der Kinder nachzuweisen. Schließlich war der eine der zwei multikomponenten Ansätze wirksam, der außer den einzelnen Komponenten in Familie und Freizeit auch eine(n) Fallmanager(-in) zur Bedarfserhebung, -planung und Koordination vorsah.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Der → Review zeige, dass es auch qualitativ hochwertigere Forschung mit dieser Zielgruppe gäbe, zumindest in den USA. Universelle, schulbasierte Programme, die (lebens-)kompetenzorientiert seien, hätten positive Effekte für die Hochrisikogruppen erreicht, spezifische Elemente für diese Zielgruppe im Rah-

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	Universell SELEKTIV Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie Schule Freizeit Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze UNDIFFERENZIERT
<b>Substanz</b>	Tabak Alkohol CANNABIS ANDERE ILLEGALE DROGEN Undifferenziert

men der universellen Programme würden wahrscheinlich noch größeren Nutzen bringen. Das kritische Alter für den Beginn indizierter Prävention von illegalem Substanzkonsum sei elf bis 13 Jahre. Da ein beträchtlicher Anteil an Jugendlichen dieser Gruppe nicht in der Schule anzutreffen sei, seien andere Handlungsfelder hier sehr wichtig. Hier heben die Autoren das Multikomponentenprojekt mit Fallmanagerin bzw. Fallmanager hervor. Trotz des Wissens um die Bedeutung elterlicher und familiärer Faktoren für die Entwicklung der Zielgruppe, sei es angesichts der Rolle, die Eltern für diese Jugendlichen nicht spielen, auch wichtig zu wissen, dass es Maßnahmen gäbe, die ohne familiäre Komponente präventiv wirksam seien.

### Fokus Außerschulische Programme

*Gates et al. [2–3; 2009; S; 17 Studien (RCT); 1996–2004; bis 25 Jahre]* haben die Ergebnisse von

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	Universell SELEKTIV Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie Schule FREIZEIT Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze Undifferenziert
<b>Substanz</b>	Tabak Alkohol CANNABIS ANDERE ILLEGALE DROGEN Undifferenziert

RCTs mit außerschulischen Maßnahmen zur Prävention illegalen Substanzkonsums zusammengefasst.

*Ergebnisse:* Zwei Studien überprüfen die Effekte außerschulischer selektiver Gruppenprogramme, die über die Konsumrisiken aufklären und allgemeine Fertigkeiten trainieren. Sie finden keine Effekte auf das Konsumverhalten. Eine Kurzintervention und ein auf motivationaler Gesprächsführung basierendes einstündiges Gespräch zeitigen Effekte auf den Cannabiskonsum ihrer kleinen Stichprobe an Klinikbesucherinnen und -besuchern bzw. Collegestudierenden.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Autoren schlussfolgern, dass sich bisher keine der außerschulischen Maßnahmen als eindeutig effektiv erwiesen habe und deren Kosteneffektivität bislang unbekannt sei. Insofern sei es schwierig, die Implementation von Maßnahmen zu empfehlen, bis weitere Studien durchgeführt wären.

### Schlussfolgerungen

*Substanzen:* Beinahe ausschließlich Alkohol, wenig illegale Drogen

*Raum:* Keine → Reviews über Forschung mit deutschsprachigen Stichproben

*Evidenzgrad der Forschung:* Ebene A bis D, mehrere → Meta-Analysen im Bereich Alkoholkonsum an Hochschulen

### Familie

56. Im Kindesalter können selektive Ansätze, in denen Hebammen und Entbindungspfleger erstgebärende Eltern begleiten oder die Kompetenztrainings mit verhaltensauffälligen Kindern und deren Eltern durchführen, → präventive Effekte auf den späteren Alkoholkonsum im Jugendalter haben. (B 10–1)

57. Für Kinder aus suchtkranken Familien können mittels Familienprogrammen Risikofaktoren des

späteren Alkoholkonsums verändert werden. Zu → präventiven Effekten auf das Konsumverhalten kann auf aggregierter Ebene wegen mangelnder Langzeiteinzelstudien keine Aussage gemacht werden. (B 10–4, D 10–2)

### Schule

58. Für Kinder aus suchtkranken Familien können mittels schulbasierten Kompetenzprogrammen Risikofaktoren des späteren Alkoholkonsums verändert werden. Zu → präventiven Effekten auf das Konsumverhalten kann auf aggregierter Ebene wegen mangelnder Langzeiteinzelstudien keine Aussage gemacht werden. (B 10–4, D 10–2)
59. Universelle, schulbasierte Programme, die (lebens-)kompetenzorientiert sind, können → präventive Effekte für die in diesem Rahmen erreichbare Hochrisikogruppe und ihren illegalen Drogenkonsum haben, wobei zusätzliche indizierte Elemente für diese Zielgruppe noch größeren Nutzen bringen können. (B 10–3)
60. Für ältere Jugendliche (16 bis 20 Jahre) können selektive Maßnahmen, die in der Schule ein Lebenskompetenzprogramm durchführen, → präventive Effekte auf den Alkoholkonsum erreichen. (B10–1)
61. Die Wirksamkeit von Beratungsleistungen an Schulen lässt sich aufgrund mangelnder Studien nicht beurteilen. (B 3–4)
62. Tabakpräventive Maßnahmen mit Gruppen, die ein erhöhtes Risiko für Tabakkonsum haben, können → präventive Effekte haben. (C 3–15)
64. Online- und Computerfeedback zur Einordnung des eigenen Alkoholkonsumverhaltens im Vergleich zu Gleichaltrigen hat kurzfristig → präventive Effekte und kann mittelfristig präventive Effekte haben. (A 3–20)
65. Maßnahmen, die normatives Feedback im Rahmen einer persönlichen Kurzintervention oder einer Gruppensitzung verwenden, können → präventive Effekte auf den Alkoholkonsum haben. (A 3–20)
66. Schriftliches Feedback scheint keine → präventiven Effekte auf den Alkoholkonsum zu erreichen. (A 3–20)
67. Computergestützte alkoholbezogene Interventionen haben → präventive Effekte auf das kurz- und mittelfristige Alkoholkonsumverhalten. (A 3–21)
68. Computergestützte alkoholbezogene Interventionen haben ähnlich kleine → präventive Effekte auf das kurz- und mittelfristige Alkoholkonsumverhalten wie andere nicht computergestützte, alkoholbezogene Kurzinterventionen. (A 3–21)
69. Reine webbasierte alkoholbezogene Programme für bereits konsumierende junge Erwachsene haben → präventive Effekte auf Konsum, stärkeren Konsum und alkoholbezogene Probleme. (A 10–6)
70. Reine webbasierte alkoholbezogene Programme scheinen keine → präventiven Effekte auf den zukünftigen Alkoholkonsum von Nichttrinkerinnen und Nichttrinkern zu haben. (A 10–6)
71. Es gibt Unterschiede in der Wirksamkeit unterschiedlicher Ansätze. (A 3–18, dagegen B 3–16, B 3–17)

### Hochschule – Alkohol

63. Verhaltensbezogene Maßnahmen mit Studierenden haben → präventive Effekte auf den Alkoholkonsum. Sie sind klein und mittelfristig (bis sechs Monate) und erreichen auch Effekte auf alkoholbezogene Probleme. (A 3–18)
- a. Persönliche motivationsfördernde Kurzinterventionen können → präventive Effekte erreichen. (B 3–16, B 3–17)
- b. Normative Aufklärung kann → präventive Effekte auf den Alkoholkonsum haben. (B 3–16)

- c. Maßnahmen, die in geschlechtsspezifischen Gruppen die Wirkerwartungen an Alkohol per Trinkexperiment infrage stellen, können → präventive Effekte haben. (B 10–7)
  - d. Reine Informationsvermittlung scheint keine → präventiven Effekte zu erreichen. (B 3–16, B 3–17)
  - e. Werteklä rung scheint keine → präventiven Effekte zu erreichen. (B 3–16)
  - f. Mehrkomponentenansätze können → präventive Effekte erreichen. (B 3–16, B 3-17)
71. Maßnahmen der Alkoholprävention im Hochschulsetting könnten → präventive Effekte auf den Konsum und seine negativen Folgen haben. (D 10–8, D 10–9)

#### Freizeit/Gesundheitsversorgung/Kommune

73. Mentorenprogramme können → präventive Effekte auf den Konsum von Alkohol und illegalen Drogen haben. (A 2–6)
74. Außerschulische Maßnahmen scheinen keine → präventiven Effekte auf Cannabis und illegalen Drogenkonsum zu erreichen. (A 5–3, B 2–3, B 10–3)
75. Außerschulische Präventionsprogramme könnten → präventive Effekte auf den Substanzkonsum erreichen, wenn sie eine gewisse Intensität und ein klar kommuniziertes und entsprechend umgesetztes Rational aufweisen. (A 5–3)
76. Als klinikbasierter, selektiver Ansatz kann eine persönliche Kurzintervention, die sich am Konzept des Motivational Interviewing orientiert, → präventive Effekte auf den Alkoholkonsum oder den Cannabiskonsum haben. (B 16–1, B 2–3)
77. Indizierte Prävention in Form eines multikomponenten Projekts mit Fallmanagerin bzw. Fallmanager kann → präventive Effekte auf den Konsum von Alkohol und illegalen Drogen haben. (B 10–3)

#### Quantitative Hinweise

Verhaltensprävention zur Reduktion des Alkoholkonsums an Hochschulen  $d = .1$  bis  $.3$ ; durch Computerfeedback bis  $.4$

#### Deutschsprachiges, evidenzbasiertes Beispiel

–

#### 03.8.2 Negative Effekte

Eine aktuelle Übersichtsarbeit über negative Effekte von Präventionsmaßnahmen konnte im Rahmen der Literaturrecherche nicht gefunden werden. Lediglich bei der allgemeinen Bewertung von Maßnahmen wird angemerkt, wenn einzelne Interventionen auch zu negativen Ergebnissen führten. Diese Befunde werden dann bei der Beschreibung der jeweiligen Übersichtsarbeit berichtet. Insofern sind keine Schlussfolgerungen auf Basis von Übersichtsarbeiten möglich.

Unstrittig ist aber, dass Präventionsmaßnahmen auch zu gegenteiligen Effekten führen können. In den ausgewerteten Publikationen dieser Expertise wird in folgenden Arbeiten auf iatrogene Effekte verwiesen: Thomas et al. (1–4; Familie, universelle Tabakprävention), Fletcher et al. (3–2; Schulsystem, universelle Suchtprävention), Foxcroft und Tsertsvadze (3–3; Schule, Alkoholprävention), Wachtel und Staniford (16–1; Gesundheitsversorgung, Alkoholprävention), Werb et al. (4–4; Medien, illegale Drogenprävention); Carson et al. (5–1; Kommune, Tabakprävention). Dabei handelt es sich meistens um eine oder zwei Studien des Überblicksartikels. Ob dies daran liegt, dass es grundsätzlich eher unbedenklich ist, suchtpreventive Maßnahmen durchzuführen, oder doch eher daran, dass negative Effekte seltener veröffentlicht werden, ist aufgrund der Datenlage nicht zu entscheiden, aber wichtig zu bedenken.

### 0.3.8.3 Geschlechtsspezifität

Eine aktuelle Übersichtsarbeit über geschlechtsspezifische Effekte von Präventionsmaßnahmen konnte im Rahmen der Literaturrecherche nicht gefunden werden. Allerdings lassen einige Übersichtsartikel Schlussfolgerungen zur Geschlechtsspezifität zu.

78. → Präventive Effekte der Preisregulierung von Zigaretten können bei männlichen Jugendlichen stärker sein als bei Mädchen. [C 6–3]
79. Mädchenspezifische Familienprogramme können alkoholpräventive Effekte haben. [B 1–1]
80. Geschlechtsspezifisches Feedback zum Alkoholkonsum im Rahmen der selektiven Prävention mit männlichen Collegestudenten können → präventive Effekte haben. [A 3–20]
81. Nur eine geschlechtsspezifische Vorgehensweise bei der Überprüfung von Wirkerwartungen mittels Trinkexperiment im Rahmen der selektiven Prävention mit Collegestudentinnen und -studenten kann → präventive Effekte haben. [B 10–7]

### 03.8.4 Effizienz

Neben der Frage nach der Wirksamkeit (Effektivität) interessiert in Zeiten finanzieller Einschränkungen auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis (Effizienz) von suchtpreventiven Maßnahmen. Durch die für die Aktualisierung der Expertise angewendete Suchstrategie konnte kein → Review ausgemacht werden, sondern lediglich einige Einzelstudien.

### 03.8.5 Tabakprävention

Zur allgemeinen Beurteilung der langfristigen Wirksamkeit von Tabakprävention wird neben den bereits beschriebenen Ergebnissen in den unterschiedlichen Handlungsfeldern noch ein → Review herangezogen, das Aussagen über die langfristige Wirksamkeit einer Gruppe von Interventionen macht, die mehrere Handlungsfelder überschneidet.

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	UNIVERSELL Selektiv Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie Schule Freizeit Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze UNDIFFERENZIIERT
<b>Substanz</b>	TABAK Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen Undifferenziert

Müller-Riemenschneider et al. [9–1; 2008; M; 35 Studien (RCT); 2001–2006; 7 bis 17 Jahre] untersuchten die langfristige Effektivität (zwölf bis 120 Monate) von Tabakprävention anhand von 35 neueren, hochwertigen Studien. Die Interventionen wurden den Bereichen Schule, Kommune und Mehrkomponenteninterventionen zugeordnet. Im Handlungsfeld Schule wurden unterschiedliche Interventionen wie Informationsvermittlung, normative Ansätze, Lebenskompetenzprogramme und Klassenwettbewerbe analysiert. Unter kommunalen Ansätzen wurden Familieninterventionen, Interventionen durch medizinische Fachpersonen, Interventionen in Jugendklubs und Interventionen per Computer gefasst. Mehrkomponentenansätze waren Schulprogramme, die durch eine zusätzliche Komponente in einem weiteren Handlungsfeld ergänzt wurden; diese waren hauptsächlich Familienprogramme oder bezogen Eltern mit ein, oder sie umfassten zusätzliche

kommunale Komponenten oder individuelles Feedback per Brief. Die Effekte auf Raucheinstieg und Rauchverhalten wurden über die Studien gepoolt (je nach Ansatz und Ergebnisvariable 1 bis 5 Studien).

*Ergebnisse:* Von 14 Studien im Bereich Schule waren neun von hoher Qualität. Von diesen berichteten lediglich zwei signifikante → präventive Effekte – der gepoolte Gesamteffekt war sowohl für Raucheinstieg (OR = .94) als auch für Rauchverhalten (30 Tage OR = .87; regelmäßig OR = .88) nicht signifikant. Bei Einbezug der Studien von akzeptabler Qualität waren die Effekte auf Rauchverhalten marginal signifikant (30 Tage OR = .79; regelmäßig OR = .80). Von zehn Studien im Bereich Kommune besaßen sieben hohe Qualität und vier davon berichteten präventive Effekte. Die gepoolten Effekte waren signifikant für Rauchverhalten (30 Tage OR = .85). Von elf Studien zu Mehrkomponenteninterventionen besaßen sechs hohe Qualität; vier davon berichteten präventive Effekte. Die gepoolten Effekte waren signifikant für Raucheinstieg (OR = .73) und Rauchverhalten (regelmäßig OR = .59). Beide Interventionen, die Kinder im Alter von sieben Jahren als Zielgruppe hatten und die Eltern in die Interventionen mit einbezogen, zeigten präventive Effekte. Von den insgesamt acht Studien, die Nachbefragungszeiträume von mehr als drei Jahren hatten, wiesen sieben präventive Effekte auf.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Evidenz für die langfristige Wirksamkeit von schulbasierten Präventionsprogrammen sei nicht eindeutig, die Evidenz für kommunale Ansätze und Mehrkomponenteninterventionen sei moderat.

82. Schulbasierte Tabakpräventionsmaßnahmen allein haben keine langfristigen → präventiven Effekte auf das Rauchverhalten (> 12 Monate). (A 9–1; siehe Schlussfolgerung 16)
83. Mehrkomponentenprogramme (Schulprogramm, kombiniert mit familienorientierter oder kommunaler Maßnahme) haben kurz- und langfristige

→ präventive Effekte auf Raucheinstieg und Rauchverhalten. (A 9–1; siehe Schlussfolgerung 45)

84. Außerschulische Programme (inklusive Familie, Gesundheitsversorgung, Jugendklubs, computergestützte Maßnahmen) haben langfristige → präventive Effekte auf das Rauchverhalten. (A 9–1; siehe Schlussfolgerung 31)

#### Schlussfolgerungen

*Substanzen:* Tabak

*Raum:* Keine → Reviews über Forschung mit deutschsprachigen Stichproben lediglich einige deutsche Studien zu rauchfreien Klassenwettbewerben (»be smart – don't start«)

*Evidenzgrad der Forschung:* Ebene A bis D, mehr hochwertige Studien im Bereich der Verhaltensprävention

#### Familie

- Familienorientierte Maßnahmen zeigen gelegentlich → präventive Effekte auf den Konsum von Tabak. (B 1–4)

#### Schule

- Allgemeine Programme, die auf dem Modell des sozialen Einflusses, auf dem Lebenskompetenzansatz oder dem kognitiv-behavioralen Kompetenzansatz beruhen, haben → präventive Effekte auf das Rauchverhalten der Gesamtgruppe von bisher nicht rauchenden und rauchenden Schülerinnen und Schülern (A 3–10), scheinen aber keinen Effekt auf den Einstieg in das Rauchen zu haben. (A 3–13)
- Das D.A.R.E.-Programm (Informationsvermittlung, affektive Erziehung und Standfestigkeitstraining, von Polizistinnen und Polizisten durchgeführt) hat keine tabakpräventiven Effekte. (A 3–9)

- Informationsvermittlung allein scheint keine Effekte auf das Rauchverhalten zu haben. (B 3–11, B 3–13)
- Schulbasierte Tabakpräventionsmaßnahmen allein haben keine langfristigen → präventiven Effekte auf das Rauchverhalten (> 12 Monate). (A 9–1)
- Klassenwettbewerbe haben → präventive Effekte auf das Rauchverhalten der Gesamtgruppe von rauchenden und nicht rauchenden Schülerinnen und Schülern (A 3–32), scheinen aber keine → präventiven Effekte auf den Einstieg in das Rauchen zu haben. (A 3–38)
- Die Wirksamkeit von schulischer Tabakpolitik lässt sich aufgrund fehlender Studien nicht beurteilen. (B 3–7)
- Systembezogene Maßnahmen, die Schulaktionsteams einführen und Aktionen zur Verbesserung des Schullebens sowie substanzspezifische Komponenten durchführen, können → präventive Effekte auf den Tabakkonsum haben. (B 3–2)
- Mehrkomponentenprogramme (Schulprogramm, kombiniert mit familienorientierter oder kommunaler Maßnahme) haben kurz- und langfristige → präventive Effekte auf Raucheinstieg und Rauchverhalten. (A 9–1, B 3–13)
- Die Ergänzung einer schulbasierten Intervention um familienorientierte Elemente scheint keinen zusätzlichen tabakpräventiven Effekt zur Schulmaßnahme zu erreichen. (B 1–4)

### Freizeit

- Außerschulische Programme (inklusive Familie, Gesundheitsversorgung, Jugendklubs, computergestützte Maßnahmen) haben langfristige → präventive Effekte auf das Rauchverhalten. (A 9–1)
- Zur präventiven Wirksamkeit von Interventionen zur Verbesserung der rauchbezogenen Regelungen in Sportvereinen liegen keine Evaluationen vor. (B 2–2)

### Medien

- Internet- und computergestützte Präventionsmaßnahmen an Schulen können → präventive Effekte auf den Konsum von Tabak haben. (B 3–30)
- Massenmediale Kampagnen in traditionellen Medien können tabakpräventive Effekte haben, wenn sie in Kombination mit Schulprogrammen durchgeführt werden und zielgruppenorientiert entwickelt wurden. (B 4–1)

### Gesundheitsversorgung

- Aufklärende Maßnahmen durch medizinisches Personal können gelegentlich → präventive Effekte auf den Tabakkonsum erreichen. (B 16–2)

### Kommune

- Mehrkomponentenprojekte und kommunale Projekte, die als finales oder vermittelndes Ziel die Tabakprävention haben, zeigen → präventive Effekte auf den Tabakkonsum (B 5–1, A 9–1). Dies gilt insbesondere für Mehrkomponentenprojekte, die eine schulische Intervention vorsehen, Eltern und Medien mit einbeziehen, mit Peers arbeiten, länger als zwölf Monate dauern und sowohl Prävention als auch Rauchstopp anstreben. (B 5–1)
- Mehrkomponentenprogramme (Schulprogramm, kombiniert mit familienorientierter oder kommunaler Maßnahme) haben kurz- und langfristige → präventive Effekte auf Raucheinstieg und Rauchverhalten. (A 9–1)

### Gesetze

- Maßnahmen zur Verhinderung des Verkaufs von Tabakprodukten an Minderjährige können → präventive Effekte haben, wenn sie erfolgreich durchgesetzt werden und sowohl Schulungen des Verkaufspersonals als auch kommunale und mediale Elemente, die für das Thema sensibilisieren, beinhalten. (B 6–2, C 6–11, D 6–5)

- Maßnahmen zur Erhöhung des Zigarettenpreises könnten → präventive Effekte auf den Einstieg in das Rauchverhalten und die Zunahme des Rauchens bei Jugendlichen und die Zunahme der Rauchmenge bei jungen Erwachsenen haben. [C 6–12, C 6–3, D 6–5]
- Männliche Jugendliche und solche, die ethnischen Minderheiten angehören, könnten besonders preissensitiv sein. [C 6–3]
- Rauchverbote im öffentlichen Raum könnten → präventive Effekte auf das Rauchverhalten von Jugendlichen haben. [D 6–1, D 6–5]
- Strafmaßnahmen für den Kauf, Besitz und Gebrauch von Tabakwaren bei Jugendlichen werden hinsichtlich ihrer Wirksamkeit uneinheitlich eingeschätzt. [D 6–1, D 6–5]
- Werbeverbote für Tabakwaren können aufgrund mangelnder Evaluationsstudien nicht in ihrer Wirksamkeit eingeschätzt werden. [D 6–5]

### Selektive Ansätze

- Schulische tabakpräventive Maßnahmen mit Gruppen, die ein erhöhtes Risiko für Tabakkonsum haben, können → präventive Effekt haben. [C 3–15]

### Geschlechtsbezogen

- → Präventive Effekte der Preisregulierung von Zigaretten könnten bei männlichen Jugendlichen stärker sein als bei Mädchen. [C 6–3]

#### Quantitative Hinweise

Effekte von Kommunen- und Mehrkomponenteninterventionen auf Raucheinstieg und Rauchverhalten, ORs von .85 bis .59

Wirkung von schulbasierten Programmen auf das Rauchverhalten zwischen .1 und .2, bis zu .3. Mittlere gewichtete → Effektstärke d

## 03.8.6 Alkoholprävention

### 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 vielversprechendsten Programme und Maßnahmen macht.

*Spoth et al. [10–1; 2008; S; 127 Programme; 1980–2006; von Geburt bis 20 Jahre]* haben für ihr Vorhaben, derzeitig zu empfehlende Alkoholpräventionsmaßnahmen zu identifizieren, einen anderen als den üblichen Weg eingeschlagen. Sie haben aus insgesamt 400 gescreenten Interventionen die Evidenzlage für 127 Programme geprüft. Dabei mussten rigorose Kriterien erfüllt sein, um die Evidenz für eine Maßnahme als »am vielversprechendsten« oder »gemischt oder aufkeimend« bezeichnen zu können und nicht als »unzureichend«. Die Maßnahmen wurden in drei Alterszielgruppen unterteilt: die unter Zehnjährigen, Teenager im Alter zwischen zehn und 15 Jahren sowie Teenager zwischen 16 und 20 Jahren. Als Wirksamkeitskriterium für die unter Zehnjährigen wurde zum Teil das aggressive Verhalten, also der bedeutendste Prädiktor späteren Alkoholmissbrauchs, herangezogen, zwei Studien berichten jedoch Follow-up-Daten nach sieben bzw. 13 Jahren und somit den Konsum im Jugendalter als Ergebnisparameter. Für die beiden älteren Gruppen zählt als Ergebnisparameter das Alkoholkonsumverhalten.

*Ergebnisse:* Wenn man die in dieser Arbeit verwendeten Kriterien der wissenschaftlichen Wirksamkeitsabsicherung anlegt, so finden sich für die erste Zielgruppe der unter Zehnjährigen fünf vielversprechende Programme. Von diesen sind drei universell und zwei selektiv ausgerichtet. Die universellen Maßnahmen arbeiten im sich überschneidenden Handlungsfeld von Familie und Schule und haben eine

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	UNIVERSELL SELEKTIV Undifferenziert
<b>Handlungsfeld</b>	Familie Schule Freizeit Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze UNDIFFERENZIERT
<b>Substanz</b>	Tabak ALKOHOL Cannabis Andere illegale Drogen Undifferenziert

Mindestlaufzeit von fünf Schuljahren. In der einen selektiven Maßnahme arbeiten Hebammen und Entbindungspfleger mit erstgebärenden Frauen, während die andere Maßnahme mit Kindern mit störendem Sozialverhalten und deren Eltern kompetenzorientiert arbeitet. Diese beiden selektiven Maßnahmen konnten langfristige Effekte auf den Alkoholkonsum im Jugendalter erzielen.

Für die zweite Zielgruppe im Alter von zehn bis 15 Jahren wurden vier Maßnahmen als am vielversprechendsten klassifiziert. Sie sind sämtlich universell ausgerichtet, wobei jeweils eine im Handlungsfeld von Familie und Schule angesiedelt ist und die anderen zwei kommunale Ansätze mit vielen Komponenten darstellen.

Für die dritte Zielgruppe im Alter von 16 bis 20 Jahren bestehen die drei vielversprechendsten Maßnahmen aus einem universellen Programm für das Setting Arbeitsplatz, einer selektiv und indiziert ausge-

richteten Maßnahme im Schulkontext sowie einer indizierten Intervention innerhalb eines kommunalen Projekts.

Verhältnisorientierte Präventionsmaßnahmen (Medien, Regulierungen und deren Durchsetzung), die den höchsten Effektivitätsstandards der Studie entsprechen, konnten für die zwei jüngeren Zielgruppen bis zum Alter von 16 Jahren nicht identifiziert werden. Im Hinblick auf die Wirksamkeit für die ältere Altersgruppe lag nur »gemischte oder aufkeimende« Evidenz für Interventionen vor, die darauf abzielten, Alkoholverkäufe an nicht berechnigte junge Menschen zu reduzieren und Alterskontrollen zu verstärken oder auf kommunaler Ebene die Akzeptanz von Alkoholverkäufen an Personen unter der Altersgrenze und die Toleranz des Konsums bei Jugendlichen zu beeinflussen. Für keine alkoholspezifische Medienkampagne ließ sich starke Evidenz finden. Schließlich wird die Erhöhung der legalen Altersgrenze für den Alkoholkonsum unter Kindern und Jugendlichen als eine Maßnahme mit lediglich »gemischtem oder aufkeimendem« Wirksamkeitsnachweis eingeordnet.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Autoren resümieren, dass ihre Arbeit auf einige universelle und selektive Präventionsmaßnahmen hinweise, die die Alkoholkonsumrate unter den teilnehmenden Jugendlichen und Heranwachsenden signifikant senkten oder bei Kindern die Risikofaktoren abmilderten, die mit einer höheren Wahrscheinlichkeit des späteren Alkoholkonsums einhergehen. Nach Meinung der Autoren existieren trotz der Fortschritte in der Präventionsforschung Lücken in der Versorgung der Acht- bis Zwölfjährigen, der älteren Jugendlichen im Alter von 16 bis 20 Jahren, von jungen Erwachsenen, die nicht das College besuchten und Angehörigen von Minderheitsgruppen.

85. Im Kindesalter können selektive Ansätze, in denen Hebammen und Entbindungspfleger erstege-

- bärende Eltern begleiten oder die Kompetenztrainings mit verhaltensauffälligen Kindern und deren Eltern durchführen, → präventive Effekte auf den späteren Alkoholkonsum im Jugendalter haben. [B 10–1; siehe Schlussfolgerung 56]
86. Für Zehn- bis 15-Jährige können bestimmte universelle Maßnahmen → präventive Effekte haben. Diese sind zum Beispiel ein Familienprogramm, ein schulbasiertes Curriculum, das auf sozialer Einflussnahme basiert und kulturell sensibel ist, oder kommunale Präventionsprojekte, die in den Kontexten Schule, Familie, Medien und kommunale Strukturen handeln. [B 10–1]
87. Für ältere Jugendliche (16 bis 20 Jahre) können universelle Maßnahmen effektiv sein, die am Arbeitsplatz Stressbewältigung trainieren. [B 10–1]
88. Für ältere Jugendliche (16 bis 20 Jahre) können selektive Maßnahmen effektiv sein, die in der Schule ein Lebenskompetenzprogramm durchführen. [B 10–1; siehe Schlussfolgerung 60]
89. Verhältnispräventive Maßnahmen (Altersgrenze für legalen Konsum, Durchsetzung von Verkaufsverboten, kommunale Öffentlichkeitsarbeit zur Reduktion der Akzeptanz von Alkoholverkäufen an und Konsum durch junge Menschen) können → präventive Effekte für 16- bis 20-Jährige haben. [B 10–1]

### Schlussfolgerungen

*Substanzen:* Alkohol

*Raum:* Keine → Reviews über Forschung mit deutschsprachigen Stichproben

*Evidenzgrad der Forschung:* Ebene A bis D, mehr hochwertige Studien im Bereich der Verhaltensprävention

### Familie

- Elterntrainings und Familienprogramme haben → präventive Effekte auf den Alkoholkonsum. [A 1–2, B 1–1, B 10–1]
- Alkoholpräventive Effekte sind auf den Konsumanstieg und die Konsumhäufigkeit festzustellen. [A 1–2]
- Alkoholpräventive Effekte durch Familienprogramme können langfristig sein (> 4 Jahre). [A 1–2, B 1–1]
- Mädchenspezifische Familienprogramme können alkoholpräventive Effekte haben. [B 1–1]

### Schule/Arbeitsplatz

- Alkoholspezifisch ausgerichtete schulbasierte Maßnahmen können → präventive Effekte haben. [B 3–3]
- Allgemeine, auf mehrere Problemverhaltensweisen ausgerichtete Maßnahmen zeigen gelegentlich → präventive Effekte auf den Alkoholkonsum. Darunter können aber bestimmte, die psychosoziale Entwicklung fördernde Programme präventive Effekte haben. Diese sind bestimmte Lebenskompetenzprogramme und ein Verhaltenssteuerungsprogramm für die Klasse. [B 3–3, B 10–1]
- Bestimmte allgemeine Programme sind effektiver als alkoholspezifische Programme (langfristigere Effekte, Effekte auf Trunkenheit und Binge-Drinking). [B 3–3]
- Systembezogene Maßnahmen, die Schulaktionsteams einführen und Aktionen zur Verbesserung des Schullebens sowie substanzspezifische Komponenten durchführen, können → präventive Effekte auf den Alkoholkonsum haben. [B 3–2]
- Das D.A.R.E.-Programm (Informationsvermittlung, affektive Erziehung und Standfestigkeitstraining, von Polizistinnen und Polizisten durchgeführt) hat keine alkoholpräventiven Effekte. [A 3–9]

- Für ältere Jugendliche (16 bis 20 Jahre) können universelle Maßnahmen effektiv sein, die am Arbeitsplatz Stressbewältigung trainieren. (B 10–1)

### Freizeit

- Außerschulische Programme zur Förderung der personalen und sozialen Kompetenz haben → präventive Effekte auf den Substanzkonsum, wenn sie qualitativ hochwertig durchgeführt werden. Qualitativ hochwertige außerschulische Programme gehen schrittweise beim Lernen vor, setzen interaktive Methoden ein, sehen ausreichend Zeit und Raum für das Erlernen der Fertigkeit vor und geben spezifische Lernziele und Ergebnisparameter vor. (A 2–5)
- Zur präventiven Wirksamkeit von Interventionen zur Verbesserung der alkoholbezogenen Regelungen in Sportvereinen liegen keine Evaluationen vor. (B 2–2)
- Interventionen im Nightlifesetting, die die kommunalen Strukturen, Barpersonal und die Polizei mit einbeziehen, könnten präventive Effekte auf risikanten Alkoholkonsum und alkoholverursachte Unfälle und Verletzungen haben. (C 2–7)

### Medien

- Internet- und computergestützte Präventionsmaßnahmen an Schulen können → präventive Effekte auf den Konsum von Alkohol haben. (B 3–30)
- Alkoholspezifische Medienkampagnen allein scheinen keine → präventiven Effekte zu erreichen. (B 10–1)

### Gesundheitsversorgung

- Als klinikbasierter, universeller Ansatz scheint eine unpersönliche Kurzintervention per Computer oder Audiotape, die sich am Konzept des Motivational Interviewing orientiert, keine → präventiven Effekte auf den Alkoholkonsum zu haben. (B 16–1)

### Kommune

- Mehrkomponentenprojekte, die gleichzeitig in zwei oder mehr Handlungsfeldern Interventionen durchführen, können alkoholpräventive Effekte haben. (B 5–4, B 10–1)

### Gesetzliche Rahmenbedingungen

- Verhältnispräventive Maßnahmen (Altersgrenze für legalen Konsum, Durchsetzung von Verkaufsverboten, kommunale Öffentlichkeitsarbeit zur Reduktion der Akzeptanz von Alkoholverkäufen an und Konsum durch junge Menschen) können → präventive Effekte für 16- bis 20-Jährige haben. (B 10–1)
- Eine Erhöhung des allgemeinen Alkoholpreises kann → präventive Effekte für Jugendliche und junge Erwachsene haben. (B 6–10, D 6–8)
- Werbemaßnahmen der Alkoholindustrie, die einen verantwortungsvollen Konsum propagieren, scheinen keine → präventiven Effekte zu erreichen. (D 6–7)
- Einschränkungen von Alkoholwerbung könnten → präventive Effekte haben. (D 6–7)

### Selektive Ansätze für Gruppen mit erhöhtem Risiko

#### Risiko

- Im Kindesalter können selektive Ansätze, in denen Hebammen und Entbindungspfleger erstgebärende Eltern begleiten oder Kompetenztrainings mit verhaltensauffälligen Kindern und deren Eltern durchführen, → präventive Effekte auf den späteren Alkoholkonsum im Jugendalter haben. (B 10–1)
- Für Kinder aus suchtkranken Familien können mittels schulbasierten Kompetenzprogrammen und mittels Familienprogrammen Risikofaktoren des späteren Alkoholkonsums (Aggression) verändert werden. Zu → präventiven Effekten auf das Konsumverhalten kann auf aggregierter Ebene wegen mangelnder Langzeiteinzelstudien keine Aussage gemacht werden. (B 10–4, D 10–2)

- Für ältere Jugendliche (16 bis 20 Jahre) können selektive Maßnahmen, die in der Schule ein Lebenskompetenzprogramm durchführen, → präventive Effekte auf den Alkoholkonsum erreichen. (B 10–1)
- Verhaltensbezogene Maßnahmen mit Studierenden haben → präventive Effekte auf den Alkoholkonsum. Sie sind klein und mittelfristig (bis sechs Monate) und erreichen auch Effekte auf alkoholbezogene Probleme. (A 3–18)
- Online- und Computerfeedback zur Einordnung des eigenen Alkoholkonsumverhaltens im Vergleich zu Gleichaltrigen haben bei Studierenden kurzfristig → präventive Effekte und können mittelfristig präventive Effekte haben. (A 3–20)
- Schriftliches Feedback bei Studierenden scheint keine → präventiven Effekte auf den Alkoholkonsum zu erreichen. (A 3–20)
- Maßnahmen, die normatives Feedback im Rahmen einer persönlichen Kurzintervention oder einer Gruppensitzung verwenden, können → präventive Effekte auf den Alkoholkonsum haben. (A 3–20)
- Persönliche motivationsfördernde Kurzinterventionen mit Studierenden können alkoholpräventive Effekte erreichen. (B 3–16, B 3–17)
- Computergestützte alkoholbezogene Interventionen haben → präventive Effekte auf das kurz- und mittelfristige Alkoholkonsumverhalten. (A 3–21)
- Computergestützte alkoholbezogene Interventionen haben ähnlich kleine → präventive Effekte auf das kurz- und mittelfristige Alkoholkonsumverhalten wie andere nicht computergestützte, alkoholbezogene Kurzinterventionen. (A 3–21)
- Reine webbasierte alkoholbezogene Programme für bereits konsumierende junge Erwachsene haben → präventive Effekte auf Konsum, stärkeren Konsum und alkoholbezogene Probleme. (A 10–6)
- Reine webbasierte alkoholbezogene Programme scheinen keine → präventiven Effekte auf den zukünftigen Alkoholkonsum von Nichttrinkerinnen und Nichttrinkern zu haben. (A 10–6)
- Mehrkomponentenansätze mit Studierenden können → präventive Effekte erreichen. (B 3–16, B 3–17)
- Reine Informationsvermittlung scheint bei Studierenden keine → präventiven Effekte zu erreichen. (B 3–16, B 3–17)
- Werteklä rung mit Studierenden scheint keine → präventiven Effekte zu erreichen. (B 3–16)
- Maßnahmen, die in geschlechtsspezifischen Gruppen die Wirkerwartungen an Alkohol per Trinkexperiment infrage stellen, können → präventive Effekte haben. (B 10–7)
- Als klinikbasierter, selektiver Ansatz kann eine persönliche Kurzintervention, die sich am Konzept des Motivational Interviewing orientiert, → präventive Effekte auf den Alkoholkonsum haben. (B 16–1)
- Indizierte Prävention in Form eines Multikomponentenprojekts mit Fallmanagerin bzw. Fallmanager kann → präventive Effekte auf den Konsum von Alkohol haben. (B 10–3)

#### Quantitative Hinweise

Familienorientierte Programme aufgrund einer → Meta-Analyse: zwischen  $OR = .71$  für Einstieg in den Alkoholkonsum und  $d = -.25$  für Reduktion des Alkoholkonsums. Langanhaltende Effekte bis zu vier Jahre  $OR = .53$   
Verhaltensprävention zur Reduktion des Alkoholkonsums an Colleges  $d = .1$  bis  $.3$ ; durch Computerfeedback bis  $.4$

### 03.8.7 Prävention Illegale Drogen

#### Ergebnisse

Es wurden keine zusätzlichen Übersichtsartikel identifiziert, die sich handlungsfeldübergreifend mit

der Wirksamkeit der Prävention des illegalen Drogenkonsums beschäftigen.

### Schlussfolgerungen

*Substanzen:* Illegale Drogen  
*Raum:* Keine → Reviews über Forschung mit deutschsprachigen Stichproben  
*Evidenzgrad der Forschung:* Ebene A und B, ausschließlich Ergebnisse zur Verhaltensprävention

### Familie

- Familienorientierte Maßnahmen zeigen gelegentlich → präventive Effekte auf den Konsum von Cannabis. [B 2–3]

### Schule

- Verhaltensbezogene schulbasierte Programme haben → präventive Effekte auf den Cannabiskonsum. [A 3–8, A 3–1]
- Kompetenzorientierte und umfassendere Programme können einen stärkeren → präventiven Effekt auf den Konsum von Cannabis und anderen illegalen Drogen haben als andere Programme. [A 3–1, A 3–8]
- Informationsvermittlung und affektive Erziehung allein scheinen keine → präventiven Effekte auf Cannabiskonsum zu erreichen [A 3–1], sind aber in Kombination mit kompetenzorientierten Ansätzen effektiver als Maßnahmen der sozialen Einflussnahme allein. [A 3–8]
- Werden interaktive Methoden eingesetzt, sind Programme cannabispräventiv effektiv, bei Einsatz von nicht interaktiven Methoden nicht. [A 3–8]
- Längere Programme (> 15 Stunden) haben größere Effekte auf Cannabiskonsum als kürzere Programme. [A 3–8]
- Verhaltensbezogene Programme sind für über 14-Jährige in der Cannabisprävention effektiver als für unter 14-Jährige. [A 3–8]

- Externe vermittelnde Fachkräfte sind cannabispräventiv erfolgreicher als vermittelnde Lehrende. [A 3–8]
- Peers können im Rahmen von Lebenskompetenzprogrammen eher cannabispräventive Effekte erreichen als Lehrpersonen. [A 3–1]
- Das D.A.R.E.-Programm (Informationsvermittlung, affektive Erziehung und Standfestigkeitstraining, von Polizistinnen und Polizisten durchgeführt) hat keine → präventiven Effekte auf illegalen Drogenkonsum. [A 3–9]

### Freizeit

- Verhaltensbezogene Maßnahmen, die zur Schadensminimierung im Nachtleben durchgeführt werden, können aufgrund mangelnder Daten hinsichtlich ihrer → präventiven Effekte auf den Konsum nicht beurteilt werden. [C 2–1, C 2–7]

### Medien

- Internet- und computergestützte Präventionsmaßnahmen an Schulen können → präventive Effekte auf den Konsum von Cannabis haben. [B 3–30]

### Kommune

- Kommunale Projekte zeigen gelegentlich → präventive Effekte im Hinblick auf Cannabiskonsum. [B 2–3]

### Gesetzliche Rahmenbedingungen

–

### Selektive Ansätze für Gruppen mit erhöhtem Risiko

- Selektive Mentorenprogramme können → präventive Effekte auf den Konsum von illegalen Drogen haben. [A 2–6]
- Außerschulische Maßnahmen scheinen keine → präventiven Effekte auf Cannabis und illegalen Drogenkonsum zu erreichen. [A 5–3, B 2–3, B 10–3]

- Als klinikbasierter, selektiver Ansatz kann eine persönliche Kurzintervention → präventive Effekte auf den Cannabiskonsum haben. (B 2–3)
- Indizierte Prävention in Form eines Multikomponentenprojekts mit Fallmanagerin bzw. Fallmanager kann → präventive Effekte auf den Konsum von illegalen Drogen haben. (B 10–3)

**Quantitative Hinweise**  
 Wirkung von schulischen Programmen auf den Cannabiskonsum bis zu .6 mittlere gewichtete → Effektstärke d

**03.8.8 Prävention des problematischen Glücksspielverhaltens**

*Ergebnisse*

Gray et al. [14–1; 2007; S; 13 Studien (RCT); 1966–2006; 11 bis 46 Jahre] haben für eine → Meta-Analyse sämtliche bis 2006 in Fachzeitschriften und der grauen Literatur veröffentlichte randomisierte Studien zur Effektivität von Prävention im Bereich Glücksspielsucht gesucht und 13 Arbeiten gefunden. Unter diesen waren überwiegend Evaluationen von aufklärenden Maßnahmen und schulbasierten Programmen sowie Warnhinweise und Selbsthilfematerialien. Letztere wendeten sich an ältere Erwachsene, die von sich berichteten, ein Problem mit dem Spielen zu haben (drei Studien). Ansonsten handelte es sich um universelle Zielgruppen aus jungen und älteren Jugendlichen (neun Studien) sowie jungen Erwachsenen (eine Studie). Nur sechs Studien überprüften Effekte auf das Spielverhalten, wobei deren Kriterien so unterschiedlich waren, dass sich keine quantitative Zusammenfassung per → Meta-Analyse vertreten ließ.

*Ergebnisse:* Die Auswertungen zeigten, dass den zwei evaluierten aufklärenden schulbasierten Programmen (drei Sitzungen à 60 Minuten) keine prä-

<b>Ergebnisse</b>	EFFEKTIVITÄT
<b>Zielgruppe</b>	Universell Selektiv UNDIFFERENZIIERT
<b>Handlungsfeld</b>	Familie Schule Freizeit Medien Gesundheitsversorgung Kommune Gesetze UNDIFFERENZIIERT
<b>Substanz</b>	Tabak Alkohol Cannabis Andere illegale Drogen Undifferenziert GLÜCKSSPIEL

ventiven Effekte auf das Verhalten nachgewiesen werden konnte (auch wegen der sehr geringen Verbreitung von problematischen Spielverhaltensweisen). Während des Roulettespiels aufleuchtende Warnhinweise führten bei jungen Erwachsenen dazu, dass sie weniger Geld verloren, reduzierten jedoch nicht die Anzahl der gespielten Spiele (eine Studie). Die um ein Beratungsgespräch erweiterten Selbsthilfematerialien reduzierten in drei von drei Studien bei Erwachsenen die Spieltage, den Geldeinsatz pro Spieltag und/oder den Geldverlust. Insgesamt waren die stärksten Effekte der Präventionsmaßnahmen bei den unzutreffenden Gewinnschätzungen und bei den Einstellungen gegenüber dem Glücksspiel zu verzeichnen (in sieben von neun Studien) sowie bei der Wissenszunahme (sechs der sieben Studien, die dieses Wirksamkeitskriterium untersuchten).

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Autoren schlussfolgern, dass Präventionsaktivitäten sich wegen des Einstiegsalters an Schülerinnen und Schüler der Altersstufe von zwölf bis 14 Jahren richten sollten (Klassen 7 und 8), um dem normativen Glücksspieleinstieg zuvorzukommen. Schulen seien der optimal geeignete Zugangsweg, wobei sich die notwendigen psychoedukativen Inhalte in soziale oder Gesundheitsprogramme integrieren ließen. Dabei erwiesen sich Aufklärungsmethoden als am vielversprechendsten, die Videos, Aktivitäten und Vorträge durch angemessen geschultes Personal kombinieren. Allerdings könne man von Änderungen beim Wissen (über Risiken) oder bei Einstellungen (realistische Bewertungen) nicht auf ein ebenfalls geändertes Spielverhalten schließen. Abschließend sei festzustellen, dass nur wenige Studienergebnisse verfügbar seien, die teilweise methodisch kritisch zu bewerten und daher zu replizieren seien.

*Buth und Kalke [14–2; 2012; S; 26 Studien; 1999–2011; Alter keine Angabe]* werteten 26 kontrollierte und unkontrollierte Studien zur universellen und selektiven Prävention des Glücksspielverhaltens aus den Jahren 1999 bis 2011 aus, die sich teilweise mit denen aus Gray et al. [14–1] überschneiden. Zudem beschreiben sie Experimente, die im Labor potenziell wirksame technische Elemente testeten (Warnhinweise, Spielpausen, Auszahlungsintervalle, Spiel­länge, Vorhandensein einer Stoptaste und Frequenz von Fast-Gewinnen). Im Folgenden werden nur die Evaluationen von Maßnahmen dargestellt, die in Gray et al. [14–1] noch nicht einbezogen wurden.

*Ergebnisse:* Zusätzlich zu den in Gray et al. [14–1] erwähnten aufklärenden Maßnahmen für das Setting Schule bezieht diese Arbeit zwei weitere, umfassendere Programme ein. Diese sehen zum einen kognitiv-behaviorale Techniken und zum anderen fächer­übergreifende Inhalte für den Schulunterricht in Mathematik und Naturwissenschaften vor. Durch diese

beiden Maßnahmen wurden Einflussfaktoren auf das Spielverhalten positiv verändert (Wissen über Wahr­scheinlichkeiten, Coping, Selbstbeobachtung und Reflexion). Effekte auf das Spielverhalten selbst wurden nicht berichtet. Die beiden Medienkampagnen, deren Ergebnisse noch nicht in die Arbeit von Gray et al. [14–1] einfließen, richteten sich an die gesamte Bevölkerung und resultierten in inkonsistenten Effekten auf das Problembewusstsein und die Inanspruchnahme von Telefonberatung. Zwei Informationsprogramme speziell für Automaten­spielerinnen und -spieler erreichten kurzfristige Effekte auf einzelne Einflussfaktoren problematischen Glücksspiels, und zwar sowohl für riskant als auch für nicht problematisch Spielende. Drei Studien beschreiben schließlich Spielerschutzangebote für gefährdete Erwachsene im Internet (Spielersperre, Selbstlimitierung, Verlustgrenzen) für den Fall als sinnvoll, wenn sie denn genutzt werden. Dann resultierten sie darin, dass weniger Zeit und Geld insgesamt oder weniger als geplant investiert wurde.

*Schlussfolgerungen der Autorinnen/Autoren:* Die Autoren fassen zusammen, dass weltweit die Evaluation von glücksspielbezogenen Präventionsmaßnahmen noch am Anfang stehe. Jedoch zeigten die bisherigen Studien Erfolg versprechende Ansatzpunkte.

#### *Schlussfolgerungen*

*Substanzen:* Problematisches Glücksspielverhalten

*Raum:* Keine → Reviews über Forschung mit deutschsprachigen Stichproben

*Evidenzgrad der Forschung:* Ebenen B und C

90. Derzeit sind aufgrund fehlender Studien noch keine universellen Maßnahmen zu identifizieren, die → präventive Effekte auf das problematische Spielverhalten haben. (B 14–1, C 14–2)

91. Selbsthilfematerialien, kombiniert mit einem Beratungsgespräch, können → präventive Effekte in der selektiven Prävention mit älteren Erwachsenen haben. (B 14–1)

#### Quantitative Hinweise

Keine

## 03.9

### Bereiche mit Mangel an Forschungsbefunden

#### 03.9.1 Verhaltensbereiche

##### Medikamentenmissbrauch

Die Prävention des Medikamentenmissbrauchs und der Medikamentenabhängigkeit ist Teil der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012). Als besondere Zielgruppen werden junge Erwachsene, die ihre sportliche und kognitive Leistungsfähigkeit beeinflussen wollen, und ältere Menschen genannt. Auf evidenzbasierte Präventionsansätze kann dabei noch kaum zurückgegriffen werden. In dem einzigen → Review zu dem Thema (DuPont 2012) wird in das Thema eingeführt, das Problem abgeschätzt, und es werden politische Handlungsoptionen vorgeschlagen. Evidenz findet sich kaum. Die Expertenempfehlungen (Evidenzgrad D) sind: Identifizierung und Ausweitung des Engagements in der wissenschaftlichen und medizinischen Fachöffentlichkeit, Entwicklung einer nationalen Aufklärungskampagne, Entwicklung missbrauchsresistenter Medikamente, Monitoring der Verschreibung von Medikamenten, Durchsetzung geltender Regeln gegen den illegalen Verkauf von Medikamenten durch Ärztinnen und

Ärzte sowie Patientinnen und Patienten, Fahrverbot unter Medikamenteneinfluss, Hilfsmaßnahmen für substanz- und medikamentenmissbrauchende Ärztinnen und Ärzte. Es sind weiter keine Schlussfolgerungen auf Grundlage von → qualitativ hochwertigen Übersichtsarbeiten zu wirksamen Präventionsmaßnahmen möglich. Praxisbeispiele werden für die Prävention mit Frauen im mittleren Erwachsenenalter beschrieben, deren Evaluation aber noch aussteht (Hefti-Kraus 2002). Die in den USA beobachteten alarmierenden Prävalenzen des Medikamentenmissbrauchs unter Studierenden ließen sich für Deutschland nicht replizieren. Laut der HISBUS-Studie nutzen etwa 5% der Studierenden Medikamente zur Leistungserhaltung (Middendorff et al. 2012). Da sich Nutzergruppen (ältere vs. junge Menschen), Substanzen (beruhigende vs. aufputschende/leistungssteigernde Substanzen) und zugrunde liegende Motivation für den Konsum der jeweiligen Substanzen stark unterscheiden, sind demnach auch unterschiedliche Ansätze in der Prävention notwendig. Dies sollte bei der Gestaltung und Implementation von Präventionsmaßnahmen bedacht werden.

##### Internetsucht

Die Prävention der sogenannten Internetsucht muss, um effektiv zu sein, auf empirisch abgesicherten Ursachenmodellen aufbauen. Da die diagnostische Einordnung dieses Störungsbilds noch nicht geklärt ist und die Forschung zur Ätiologie noch andauert (Putzig et al. 2010, Guan und Subrahmanyam 2009), ist es nicht verwunderlich, dass auch Präventionskonzepte noch wenig evaluiert wurden. Ein systematischer Übersichtsartikel zur Effektivität von Präventionsmaßnahmen zur Internetsucht wurde durch die Literaturrecherche nicht identifiziert. Derzeit kristallisieren sich zwei Erklärungen für die Internetsucht heraus. Zum einen wird sie gesehen als ein zusätzlicher Bereich, in dem bereits anderweitig psychisch erkrankte Personen ebenfalls

Symptome aufweisen. Komorbide psychische Störungen sind häufig Angststörungen und Depressionen. Für das Hilfesystem bedeutet dies, bei der Behandlung dieser Personen auch die Medienabhängigkeit mit zu berücksichtigen. Zum anderen wird die Medienabhängigkeit als abgrenzbares, selbstständiges Störungsbild beschrieben [Teske et al. 2012]. Aufgrund bisheriger Beobachtungen der Grundlagenforschung werden für die Prävention verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen empfohlen [Putzig et al. 2010, Kammerl et al. 2012]. Diese Expertenempfehlungen [Evidenzgrad D] sind medienpädagogische Maßnahmen in Kooperation mit Elternhaus, Kindergarten und Schule zum Schutz vor negativen Folgen des [exzessiven] Medienkonsums und dem Ziel der Förderung von Medienkompetenz und alternativer Freizeitgestaltung. Als Erfolg versprechend werden auch die Begrenzung der Onlinezeit und die Sperrung von Internetseiten angeführt [Putzig et al. 2010].

### 03.9.2 Handlungsfelder

#### Prävention am Arbeitsplatz

Wenn auch die Bedeutung des Handlungsfelds »Arbeitsplatz« für die Prävention und Frühintervention erkannt wird, konnte im Rahmen der Literaturrecherche nur ein unsystematischer → Review als Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von präventiven Maßnahmen in diesem Bereich identifiziert werden [Ames und Bennett 2011]. Da in dieser Arbeit weder der Ansatz [universell oder selektiv] noch die Zielgruppe [junge Menschen oder Erwachsene] eindeutig sind, wurde sie nicht mit in die Datenbasis für die Schlussfolgerungen der Expertise aufgenommen. Dennoch soll sie hier ausführlicher dargestellt werden, da sie hauptsächlich → qualitativ hochwertige Studien einschließt. Ames und Bennett [2011] beurteilen in ihrem unsystematischen Review die Effektivität von Interventionen am Arbeitsplatz zur Prävention von Alkoholmissbrauch und alkoholverursachten

Problemen [22 Studien [17 RCTs und CTs]; 1996–2011]. Das Alter der erreichten Teilnehmerinnen und Teilnehmer wird für die meisten Studien nicht berichtet. Außer einer Studie mit jungen Erwachsenen lässt sich aber davon ausgehen, dass die meisten Interventionen auf Erwachsene abzielten. Die Autoren berichten die Effektivität von Interventionen aus den Bereichen generelle Gesundheitsförderung, die direkt beim Individuum ansetzt, oder Gesundheitsförderung über die Verbesserung des Klimas in Teams und Unternehmen. Im Bereich der generellen Gesundheitsförderung wurde Alkoholprävention im Rahmen von aufklärenden Maßnahmen im Gruppen- und Einzelsetting und in Stressbewältigungstrainings umgesetzt. Drei dieser fünf Maßnahmen zeigten Effekte auf den Alkoholkonsum der Gesamtgruppe oder einer Untergruppe. Soziale Gesundheitsförderung in Teams zielt auf eine Verbesserung des Teamklimas durch psychosoziale Förderung und Informationsvermittlung ab. Hier konnten zwei von sechs Maßnahmen Effekte auf den Alkoholkonsum von Teilnehmerinnen und Teilnehmern finden. Des Weiteren beurteilten die Autoren Kurzinterventionen, internetbasierte Interventionen und verhältnispräventive Maßnahmen. Bei den selektiv ausgerichteten Kurzinterventionen kam persönliches Feedback, Informationsvermittlung und Training von Fertigkeiten zum Einsatz [zwei Studien]. Hier gelang es einer Studie, die alkoholbezogenen negativen Konsequenzen der Teilnehmenden zu verringern. In der anderen Studie, die mit persönlichem Feedback per Brief arbeitete, reduzierten die Teilnehmenden ihren Alkoholkonsum. Die internetbasierten Interventionen arbeiteten ebenfalls mit persönlichem Feedback, Motivational Interviewing und Informationsvermittlung. Hier gelang es in drei von fünf Studien, den Konsum der Teilnehmenden zu reduzieren. Bei den verhältnispräventiven Maßnahmen wurden ein natürliches Experiment und drei querschnittliche Studien berichtet. In diesem Bereich zeigte sich, dass das Ausmaß von Erhältlichkeit von

Alkohol und sozialer Kontrolle am Arbeitsplatz mit dem Alkoholkonsum assoziiert waren.

Die Autoren folgern, dass gut entwickelte Präventionsprogramme für Alkohol am Arbeitsplatz bisher eher die Ausnahme sind. Programme der generellen Gesundheitsförderung zeigten marginale Wirksamkeit, Programme zur sozialen Gesundheitsförderung zeigten Effekte auf Konsum, Gruppenklima, Risikobewusstsein, Hilfesuchverhalten und Resilienz. Internetbasierte Programme seien vielversprechend, und verhältnispräventive Maßnahmen zeigten, dass eine Veränderung in der Unternehmenskultur Auswirkungen auf das Konsumverhalten habe.

Eine erste → Meta-Analyse zum Thema Suchtprävention am Arbeitsplatz ist aus dem US-weiten Programm »Young Adults in the Workplace – A Multisite Initiative of Substance Use Prevention Programs« zu erwarten (Bray et al. 2011). Dort sollen Ergebnisse laufender RCTs von sechs unterschiedlichen Maßnahmen gemeinsam analysiert werden.

### 03.9.3 Zielgruppen

#### Prävention mit Migrantengruppen

Wenige Forschungsergebnisse gibt es im Bereich der Prävention mit Migrantinnen und Migranten. Im Hinblick auf den Tabakkonsum unterscheiden sich Jugendliche mit Migrationshintergrund nicht von solchen ohne Migrationshintergrund (BZgA 2012, Teilband Rauchen). Hinsichtlich des Alkoholkonsums zeigt sich, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund aus der Türkei, dem östlichen Mittelmeerraum und Asien weniger konsumieren als Jugendliche ohne Migrationshintergrund (BZgA 2012, Teilband Alkohol). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) fragt ebenfalls den Migrationshintergrund ab, differenziert diesen im Gegensatz zur BZgA jedoch nicht weiter. In den Ergebnissen des KiGGS weisen Jugendliche mit Migrationshintergrund geringere Prävalenzen bezüglich des Rauchens und des Alkoholkonsums auf als Jugendliche ohne einen solchen

Hintergrund, Cannabis wird gleich häufig konsumiert (Lampert und Thamm 2007). Die Erreichung von unterschiedlichen Migrantinnen und Migranten mit Präventionsangeboten je nach gewähltem Zugangsweg berichten Bisson et al. (2010) und empfehlen für eine solche, schwer erreichbare Bevölkerungsgruppe eine zielgruppengerechte und proaktive Ansprache. Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland sind im Hinblick auf psychosoziale Versorgung unterrepräsentiert, und es sind auf der Anbieterseite nur wenige migrationsspezifische, interkulturelle Suchtpräventionsprojekte verankert (Boos-Nünning und Siefen 2005). Ebenfalls gibt es Hinweise darauf, dass ein in Deutschland verankertes medizinisches Verständnis von substanzbezogenen Störungen von einem großen Teil von türkischstämmigen Jugendlichen als unzutreffend eingeschätzt wird (Penka et al. 2003) – ein Umstand, der bei der Konzeption von präventiven Maßnahmen beachtet werden sollte. In einer der wenigen Evaluationsstudien von Präventionsprogrammen unterschiedlichster Art für jugendliche Spätaussiedlerinnen und -aussiedler sowie Migrantinnen und Migranten in Baden-Württemberg berichteten die teilnehmenden Jugendlichen von positiven Effekten im Hinblick auf ihren Substanzkonsum und weitere → Risiko- und Schutzfaktoren (Bühler 2007). Einige erste Erkenntnisse zu Suchtprävention bei alten Menschen mit Migrationshintergrund stammen aus der Schweiz (Arnold und Oggier 2011). Nach Meinung der Autoren sollten Präventionsbemühungen für diese Zielgruppe über Sucht im Alter und die Pensionierung informieren, möglichst früh ansetzen, beziehungsgeleitet sein und in Settings wie Gewerkschaften, Migrationsorganisationen und Betrieben stattfinden.

#### Prävention mit älteren Menschen

Die im Alter am häufigsten missbräuchlich verwendeten Substanzen sind Medikamente (insbeson-

dere Benzodiazepine) und Alkohol (Weyerer 2010). In einer Studie zu Risikofaktoren für riskanten Alkoholkonsum bei alten Menschen über 75 Jahren in Deutschland lag ein solcher riskanter Konsum bei 6,5% der befragten Personen vor (Weyerer et al. 2009). Die Autoren schlussfolgern, dass sich Präventionsbemühungen auf diese Zielgruppe der riskant Konsumierenden konzentrieren und sie über die Risiken aufklären sollten. Das Neuauftreten von Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit im Alter steht oft in Zusammenhang mit Trauer, veränderten sozialen Rollen oder Krankheiten (O'Connell et al. 2003). Im Hinblick auf die Suchtprävention im Alter stehen nur sehr wenige Studien zur Verfügung. In einer US-amerikanischen Studie profitierten ältere Menschen im Hinblick auf ihren Substanzkonsum im Vergleich zu einer → Kontrollgruppe nicht mehr von jährlichen präventiven Arztbesuchen (Burton et al. 1995). Selektive Prävention sollte auf diejenigen älteren Menschen abzielen, die einen riskanten Konsum aufweisen, und es sollten bessere Screeninginstrumente für diese Zielgruppe entwickelt werden.

#### 03.9.4 Suchtprävention in Deutschland

Systematische → Reviews oder → Meta-Analysen, wie sie in der vorliegenden Arbeit als Grundlage für Schlussfolgerungen herangezogen werden, sind uns zur Wirksamkeit von sucht- und glücksspielpräventiven Maßnahmen in Deutschland nicht bekannt. Es existieren Datenbanken, Handlungsempfehlungen sowie Darstellungen der eigenen präventiven Arbeit. Es fehlt ein Review, der die verfügbaren Wirksamkeitsstudien suchtpräventiver Maßnahmen in Deutschland zusammenfasst.

Im letzten Jahr wurde ein HTA-Bericht zur Wirksamkeit von Alkoholpräventionsprojekten in Deutschland veröffentlicht (Korcak 2012). Mittels einer Umfrage bei Präventionsakteuren auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sollte beurteilt werden, wie evidenzbasiert die alkoholpräventive Arbeit in Deutsch-

land ist. Als evidenzbasiert wurde ein Projekt dann bezeichnet, wenn die Wirksamkeit auf den Konsum per randomisiert-kontrollierter Studie nachgewiesen werden konnte. Die Identifizierung der Akteurinnen und Akteure gelang, der geringe und verzerrte Rücklauf verhinderte aber eine repräsentative Stichprobe an Projekten. Zudem wurden sehr heterogene Projekte zu einer Gruppe zusammengefasst. Insofern ist die Quantifizierung der Anteile an auf Wirksamkeit geprüfter Projekte (5,3%) und wirksamer Projekte (1%) in Deutschland nicht zulässig. Als positiv werden das »Klasse2000«-Programm und die Maßnahme »aktion glasklar« herausgehoben.

---

## » 03.10 Methodische Qualität der Überblicksarbeiten

Zur Aktualisierung dieser Arbeit wurden 17 → Meta-Analysen neueren Datums ausgewertet, 38 systematische → Reviews, acht unsystematische Reviews und eine → Best-Practice-Übersicht. So wurde eine Literaturliste von 64 Veröffentlichungen aus den Jahren bis 2012 hinzugefügt. Aus der zentralen Literaturrecherche stammen 48 dieser Publikationen, 14 wurden aus Referenzlisten gewonnen und zwei in einer getrennten Recherche für das Glücksspiel identifiziert und ausgewählt.

In Tabelle 5 ist dargestellt, welche Art und wie viele Veröffentlichungen als Grundlage für die Schlussfolgerungen der Ergebnisbereiche dienen.

Dominiert wird die Literaturliste von systematisch vorgehenden Arbeiten (→ Meta-Analysen und systematische → Reviews), die sicherzustellen versuchten, dass alle potenziellen Einzelstudien in ih-

	Handlungsfeldspezifische Arbeiten zur Prävention von Substanzmissbrauch								Handlungsfeldübergreifende Arbeiten zur Prävention in unterschiedlichen Bereichen				Total
	Familie	Schule	Freizeit	Medien	Gesundheitsversorgung	Kommune	Gesetz	Selektiver Ansatz	Tabak	Alkohol	Illegale Drogen	Glücksspiel	
→ Meta-Analyse	1	6	2	1				6	1				17
Systematischer → Review	5	7	3	4	2	2+1*	5	7+3*		1		2	38
Unsystematischer Review		1				2	3	2					8
Best Practice								1					1
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>4+1*</b>	<b>8</b>	<b>16+3*</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		<b>2</b>	<b>64</b>
Evidenzstärke	A	A	A	A	B	B	B	A				B	

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

Tab. 5: Art und Anzahl der Veröffentlichungen und vorherrschende Evidenzstärke der Schlussfolgerungen je Ergebnisbereich

rem 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 vier und 127 Studien). Mehr als die Hälfte der Arbeiten beschränkten sich auf Einzelstudien hoher Qualität. Da ihre Auswahlkriterien je nach inhaltlichem Interesse unterschiedlich waren, unterschied sich die Menge der Einzelstudien zwar, aber innerhalb eines Ergebnisbereichs überschritten sie sich oft stark. In den allermeisten Fällen war die Auswertungsstrategie nachzuvollziehen, und die Schlussfolgerungen waren stringent und schlüssig.

Auch wenn die meisten Arbeiten die für Reviews formulierten Standards erfüllen, ist die methodische Qualität der Übersichtsarbeiten in den unterschiedlichen Handlungsfeldern von Suchtprävention noch immer unterschiedlich. Dies ist nicht verwunderlich, da auch die Einzelstudien eine sehr unterschiedliche Qualität aufweisen. Wie aus Tabelle 5 hervorgeht,

standen für den Bereich Schule und auch Hochschule (selektiver Ansatz) die meisten und hochwertigsten Überblicksarbeiten zur Verfügung. Die Evidenzstärken haben sich im Vergleich zur Expertise von 2006 angeglichen. Keine → Meta-Analysen stehen allerdings für kommunale- oder gesetzgeberische Maßnahmen zur Verfügung. Dies mag auch daran liegen, dass der Königsweg der quantitativen Interventionsforschung – das Experiment oder Quasi-Experiment im Bereich der Wirksamkeitsprüfung von gesetzgeberischen Maßnahmen – häufig nicht durchgeführt wird (werden kann). Die wissenschaftliche Rigorosität ist also im (Hoch-)Schulbereich (insgesamt im verhaltensbezogenen Bereich) sowohl auf Einzelstudien- als auch auf Reviewebene 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.

Als entscheidender Mangel wird weiterhin angesehen, dass es für die Wirksamkeit suchtpräventiver

Maßnahmen in Europa oder im deutschsprachigen Raum keine Übersichtsarbeiten gibt, trotz zunehmender kontrollierter Interventionsstudien. Die Generalisierbarkeit der US-dominierten Forschungsergebnisse auf Europa und Deutschland ist noch immer nicht systematisch untersucht.

### **Methodische Einschränkungen von Überblicksartikeln**

Überblicksarbeiten, wie sie die Basis für die vorliegende Expertise bilden, haben neben ihren zweifelsfreien Vorteilen auch einige Limitationen, die an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben sollen.

Die Aussagekraft der Übersichtsarbeiten zu beurteilen ist insofern schwierig, da die Güte jeder Übersichtsarbeit von der Güte der einbezogenen Studien abhängt. Wenn auch die Präventionsforschung Fortschritte in der Umsetzung der Standards quantitativer Interventionsforschung gemacht hat, werden in den → Reviews viele Unzulänglichkeiten bemängelt.

Es gibt keine einheitlichen Standards für die Kategorisierung und Gruppierung von Programmen nach den von ihnen verwendeten Interventionsmethoden. Selbst bei Cochrane Reviews gibt es keine einheitlichen Vorgaben. Dies macht einen Vergleich zwischen Studien schwierig. Die Verfassenden mussten an vielen Stellen bis auf die Ebene der eingeschlossenen Einzelstudien gehen, um die Plausibilität der Gruppierung bestimmter Programme in den Überblicksarbeiten zu überprüfen.

Ein Problem bezüglich der Kategorisierung, das die Studienart der → Meta-Analysen betrifft, ist das sogenannte »Äpfel und Birnen«-Problem, das heißt, unterschiedliche Maßnahmen werden als sehr ähnlich oder gleich behandelt. Da die Forschungsfragen, die in einer Meta-Analyse thematisiert werden, in der Regel umfassender sind als Fragestellungen von Einzelstudien, ist es oftmals schwierig, Studien zu einer gemeinsamen Fragestellung zusammenzufassen und gemeinsam zu analysieren. So ermöglicht bei-

spielsweise ein nichtsignifikanter Gesamteffekt über sämtliche schulbasierten Präventionsprogramme noch keine Aussage darüber, ob alle diese Programme mit ihrer inhaltlichen Heterogenität (zum Beispiel Informationsvermittlung, Lebenskompetenzprogramme, Standfestigkeitstrainings etc.) unwirksam sind. Manche Studien – wie häufig Cochrane Reviews – helfen sich hier, indem sie, je nach Fragestellung, → Effektstärken über Untergruppen der eingeschlossenen Studien berechnen. Dieser Ansatz vermeidet zwar das »Äpfel und Birnen«-Problem, resultiert jedoch auch darin, dass die Zahl der Studien, auf der eine bestimmte Analyse basiert, stark sinkt und die gewonnenen Ergebnisse infolgedessen weniger aussagekräftig sind.

Schließlich reflektieren Überblicksarbeiten den Stand der Forschung nur mit einiger zeitlicher Verzögerung. Es muss erst eine ausreichende Basis an Primärstudien bereitstehen, damit diese überhaupt in einer Überblicksarbeit zusammenfassend besprochen werden können.

---

# 04

---

## » Diskussion

---

### » 04.1 Zusammenfassung: Was wirkt? Was wirkt nicht?

Wirksamkeit ist in dieser Expertise definiert als → präventive Effekte auf das Konsumverhalten der Teilnehmenden an Präventionsmaßnahmen, das heißt, aufgrund der Maßnahmen kommt es zu einer Verhinderung, Verzögerung und/oder einer Verringerung des Substanzkonsums bzw. Glücksspielverhaltens.

Für fast alle Handlungsfelder der Prävention lassen sich aufgrund der zurate gezogenen Literatur Maßnahmen oder Ansätze bestimmen, die eine Wirksamkeit erwarten lassen. In den Schlussfolgerungen für die Handlungsfelder werden diese ausführlich

beschrieben. Im Folgenden werden die Schlussfolgerungen als Empfehlung auf Basis des dargestellten verfügbaren wissenschaftlichen Wissens formuliert, sodass deutlich wird, welche Maßnahmen sich angesichts eines bestimmten Handlungsfelds und einer bestimmten Zielgruppe zu ergreifen lohnen. 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, → Best-Practice-Übersicht), kann Folgendes für den universellen und selektiven Ansatz empfohlen werden.

#### **04.1.1 Universelle Prävention des Substanzmissbrauchs**

##### **Handlungsfeld Familie**

– Elterntrainings und Familienprogramme (Evidenzgrad A)

Hochwertige und konsistente Evidenz gibt es für die Wirksamkeit von Elterntrainings und Familienprogrammen im Handlungsfeld Familie, vor allem hinsichtlich des Konsums von Alkohol, seltener für Tabak und Cannabis. Wichtig ist bei familiären Maßnahmen eine aktive Partizipation der Eltern sowie ein umfassender Ansatz, der sowohl substanzspezifische Elemente enthält als auch die psychosoziale Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen allgemein fördert.

Damit hat sich im Vergleich zur Expertise von 2006 die Evidenz für diesen Ansatz in → Meta-Analysen und systematischen → Reviews mit → qualitativ hochwertigen Studien erhärtet, wobei jetzt neben den umfassenden, mit Eltern und Kindern arbeitenden Familienprogrammen auch das Erziehungsverhaltenstraining mit Eltern empfohlen wird.

Methodisch stellt sich die Frage nach der Definition von Wirksamkeit in diesem Handlungsfeld, da hier auch Familien mit jungen Kindern die Zielgruppe sind. Effekte auf das Konsumverhalten lassen sich aber erst mit Einstieg in den Alkoholkonsum messen, sodass sich hier als Wirksamkeitsparameter bedeutende → Risiko- und Schutzfaktoren des späteren Missbrauchs anbieten (Spath et al. 2008).

### Handlungsfeld Schule

- Alkoholspezifische verhaltensbezogene Interventionen sowie bestimmte Lebenskompetenzprogramme und ein Verhaltenssteuerungsprogramm (Evidenzgrad B)
- Allgemeine tabakpräventive Programme, die auf dem Modell des sozialen Einflusses, auf dem Lebenskompetenzansatz oder dem kognitiv-behavioralen Kompetenzansatz beruhen (Evidenzgrad B)
- Tabakpräventive Klassenwettbewerbe (Evidenzgrad A)
- Tabakpräventive schulbasierte Maßnahmen (Ansätze sozialer Einfluss), kombiniert mit Kompo-

nenten im Handlungsfeld Kommune (Evidenzgrad B).

- Allgemeine, kompetenzorientierte Programme der Prävention illegaler Drogen, bei denen interaktive Methoden eingesetzt werden (Evidenzgrad A)
- Alkohol- und tabakpräventive Maßnahmen, die auf Systemebene ansetzen, zum Beispiel Schulaktionsteams, Verbesserung des Schulklimas (Evidenzgrad B)

Im Handlungsfeld Schule, für das von allen Feldern die meisten Arbeiten und damit die meisten Forschungsergebnisse zur Verfügung stehen, sind die Ergebnisse über die Substanzen hinweg uneinheitlicher. Alkoholspezifische Programme und vereinzelte umfassende, entwicklungsfördernde Lebenskompetenz- und Verhaltensmanagementmaßnahmen sind in der Alkoholprävention angezeigt. Für die Prävention des Konsums illegaler Substanzen sprechen ebenfalls die Ergebnisse umfassenderer, kompetenzorientierter Maßnahmen. Die reine Informationsvermittlung und affektive Erziehungsansätze können nicht empfohlen werden.

Bei der Beurteilung der Wirksamkeit von schulbasierter Tabakprävention macht es einen Unterschied, ob die Effekte auf den Einstieg in das Rauchen (Nichtraucherinnen und Nichtraucher werden durch die Maßnahme seltener zu Raucherinnen bzw. Rauchern) oder auf das Rauchverhalten der Gesamtgruppe (von zuvor Nichtraucherinnen und Nichtrauchern sowie Raucherinnen und Rauchern sind insgesamt nach der Maßnahme weniger Raucherinnen und Raucher) betrachtet werden. Während der Einstieg in das Rauchen nicht durch die untersuchten Programme (umfassendere Ansätze, Klassenwettbewerbe) beeinflusst zu werden scheint, kann die Raucherrate insgesamt in den Klassen beeinflusst werden. Angesichts der noch sehr instabilen Konsummuster in Präventionsstichproben erscheint uns der Effekt auf die Gesamtgruppe relevanter.

Im Vergleich zur Expertise von 2006, die durchgehend interaktive Programme empfahl, die an der Lebenskompetenz oder am sozialen Einfluss ansetzen, sind die aktuellen Schlussfolgerungen weniger eindeutig. Dies betrifft vor allem die alkohol- und tabakpräventiven verhaltensbezogenen Maßnahmen; für den Cannabiskonsum dagegen sind die Schlussfolgerungen denen von 2006 sehr ähnlich. Die Uneindeutigkeit rührt auch daher, dass die Maßnahmen nicht homogen gruppiert werden (können), sodass die Gemeinsamkeiten von wirksamen Ansätzen nicht oder schwer bestimmbar sind. So ist methodisch für die Überblicksarbeiten in diesem Bereich anzumerken, dass eine einheitlichere und klarere Klassifikation der Maßnahmen mit den Schülern und Schülerinnen in den → Reviews hilfreich wäre, um die wirksamen Ansätze konkreter beschreiben und Kernelemente bestimmen zu können.

### **Handlungsfeld Freizeit**

– Qualitativ hochwertig umgesetzte außerschulische Programme zur Förderung der personalen und sozialen Kompetenz (Evidenzgrad A)

Im Vergleich zu anderen Handlungsfeldern standen hier wenige hochwertige Studien für die Bewertung des Handlungsfelds Freizeit zur Verfügung. Die Wirksamkeit von Maßnahmen in Sportvereinen und im Partysetting kann daher aus Mangel an qualitativ hochwertiger Primärliteratur nicht sicher bewertet werden. Es ergeben sich aus den wenig aussagekräftigen Studien zur Prävention im Nachtleben allerdings Hinweise auf den Sinn von verhältnisbezogenen Maßnahmen zur Alkoholprävention auf kommunaler Ebene, mit Schulungen des Barpersonals und polizeilichen Einsätzen. Zur Wirksamkeit von Peerprogrammen, die durchaus weit verbreitet sind, konnte keine aussagekräftige Literatur gefunden werden. Gute außerschulische kompetenzorientierte Programme sind für die → allgemeine Suchtpräven-

tion zu empfehlen. Mentorenprogramme haben nachweislich eine Wirkung auf Risikoverhalten, es konnten jedoch keine aufschlussreichen Daten für die Wirksamkeit solcher Programme hinsichtlich der Prävention des Substanzkonsums im Speziellen gefunden werden.

Somit lässt sich auch nach der Aktualisierung der Expertise zwar immer noch wenig zu wirksamen Ansätzen in diesem Handlungsfeld sagen. Allerdings gibt es mehr systematische → Reviews, die zumindest Projekte identifiziert und beschrieben haben und die auf den Forschungsbedarf an Wirksamkeits-evaluation hinweisen.

### **Handlungsfeld Medien**

– Internet- und computergestützte Präventionsmaßnahmen an Schulen (Evidenzgrad B)  
 – Massenmediale Ansätze in traditionellen Medien in Kombination mit tabakpräventiven Schulprogrammen, nicht als alleinige Maßnahme (Evidenzgrad B)

Erstmals gibt es Evidenz für die Wirksamkeit von internet- und computergestützten universellen, dem Konsum vorbeugenden Interventionen. Die Schlussfolgerung ist angesichts der wenigen Einzelstudien, die zusammengefasst wurden, noch sehr allgemein, sodass präventiv wirkende Kernelemente nicht bestimmt werden können. Zudem wurden die Programme im schulischen Setting eingesetzt; Wissen über die Wirkung von Internetseiten, die Jugendliche nur in ihrer Freizeit konsultieren und interaktiv bearbeiten, konnte nicht gesammelt werden. Maßnahmen in sozialen Medien (soziale Netzwerke, Foren und Chats) und ihre Wirksamkeit konnten ebenfalls nicht beurteilt werden.

Aufgrund der hohen und weiter steigenden Popularität und gesellschaftlichen Bedeutung dieser Medien ist es dringlich, bald eine fundierte Datenbasis in diesem Interventionsbereich aufzubauen. Wie be-

reits in der Expertise 2006 kommt auch die aktuelle Übersichtsliteratur zu dem Ergebnis, dass traditionelle massenmediale Aktivitäten allein nicht das Konsumverhalten beeinflussen können. Sie werden als sinnvolle Vorbereitung oder Unterstützung von tabakpräventiven Mehrkomponentenprojekten diskutiert (Carson et al. 2011).

### Handlungsfeld Gesundheitsversorgung

- Aufklärende Maßnahmen durch medizinisches Personal zeigen nur gelegentlich tabakpräventive Effekte (Evidenzgrad B).
- Keine unpersönliche alkoholbezogene Kurzintervention per Computer oder Audiotape (Evidenzgrad B)

Zu Präventionsaktivitäten im Handlungsfeld Gesundheitsversorgung konnte insgesamt nur sehr wenig Evaluationsliteratur gefunden werden, sodass nur wenige Schlussfolgerungen gezogen wurden. Erste Ergebnisse weisen nicht in die Richtung eines Erfolgs bisheriger universeller Maßnahmen, wohl aber auf die Bedeutung als selektives Setting (siehe unten). Da aber Gesundheitsberufe als glaubwürdige Quelle für präventive Botschaften wahrgenommen werden und ein guter Zugang zur Zielgruppe (wie beispielsweise Familien) besteht, sollten diese Ergebnisse eher Ansporn sein, für dieses Handlungsfeld wirksame Methoden zu entwickeln, als ein Grund, diesen Bereich aufzugeben.

### Handlungsfeld Kommune

- Tabakpräventive Mehrkomponentenansätze, die schulische mit familiären Maßnahmen oder Maßnahmen in der Kommune kombinieren (Evidenzgrad A)
- Alkoholpräventive Mehrkomponentenprojekte in zwei oder mehr Handlungsfeldern (Evidenzgrad B)
- Kommunale Projekte, die mit kommunalen Schlüsselpersonen initiiert werden und sich als Netzwerk

aus Organisationen und Individuen für die Umsetzung effektiver Alkoholpräventionsmaßnahmen einsetzen (Evidenzgrad D)

- Ausgesuchte kommunale Initiativen zur Cannabisprävention mit Maßnahmen in Schule, Familie, Freundeskreis, Medien, Gewerbe und Gesundheitsversorgung (Evidenzgrad B)

Im Hinblick auf die kommunale Suchtprävention mit kombinierten Maßnahmen in mehreren Handlungsfeldern ist festzustellen, dass präventive Bemühungen mittlerweile im Hinblick auf Alkohol und Tabak und vereinzelt auf illegale Drogen Effekte nachweisen können. Diese Evidenz lag zur Expertise 2006 noch nicht vor. Die Projekte bestehen meist aus schulbasierten Maßnahmen wie Informationsvermittlung, Standfestigkeits- oder Lebenskompetenztrainings in Kombination mit Erziehung, Kommunikations- und Konfliktlösetrainings in der Familie. Basierend auf Einzelstudien lassen sich Merkmale gelingender kommunaler Suchtpräventionsprojekte identifizieren (Collins et al. 2007, Hawkins et al. 2009). Allerdings ist die Überlegenheit von Multi-komponentenprojekten im direkten Test gegenüber effektiven Maßnahmen in nur einem Handlungsfeld auch in der vorliegenden aktualisierten Expertise noch nicht bewiesen. So zeigte sich beispielsweise, dass familienorientierte Elemente nur gelegentlich zusätzliche Effekte zu einer schulischen Maßnahme erbringen.

Fügt man die Erfahrungen im Bereich Community zusammen, so lässt sich annehmen, dass umfassende kommunalpolitische Regulierungen – kombiniert mit kommunalen Projekten, die auf die Implementation effektiver Einzelmaßnahmen setzen – die größte Wirkung auf Alkohol und Tabakkonsum und die Vorbeugung negativer Folgen des Alkoholkonsums entfalten sollten.

### Handlungsfeld Gesetzliche Rahmenbedingungen

- Die Erhöhung des Preises aller alkoholischen Getränke (Evidenzgrad D), Einschränkung von Alkoholwerbung (Evidenzgrad D)
- Die Erhöhung des Tabakpreises (Evidenzgrad C), Maßnahmen zur Verhinderung des Verkaufs von Tabak an Minderjährige in Kombination mit weiteren Maßnahmen (Evidenzgrad B), Rauchverbote im öffentlichen Raum (Evidenzgrad D)

Bezüglich der Wirksamkeit von gesetzlichen Rahmenbedingungen zeigt sich auch in dieser Expertise, dass von der Preiserhöhung von Alkohol und Tabakprodukten die größten präventiven Effekte zu erwarten sind. Für England wurde eine Methode entwickelt, um abzuschätzen, welcher Art Preiserhöhungen einen spezifischen Effekt auf den Konsum junger Menschen und riskant konsumierender junger Menschen haben könnte (Brennan et al. 2008, Meier et al. 2010). Diese Simulation resultierte in der Empfehlung für eine Erhöhung insbesondere niedrigpreisiger Produkte als universeller Ansatz (Brennan et al. 2008).

Es mag überraschen, dass die Evidenzkraft von Übersichtsartikeln im Bereich der Verhältnisprävention nicht die Qualität solcher Studien im Bereich der Verhaltensprävention (zum Beispiel in den Handlungsfeldern Familie oder Schule) erreichen. Dies liegt zumeist daran, dass ein randomisiertes Studiendesign mit gesetzlichen Regelungen kaum durchführbar ist. Zudem werden einzelne Kontrollstrategien selten isoliert umgesetzt. Meist werden Preis und Verfügbarkeit gleichzeitig angegangen, deren Einführung von einer öffentlichen Diskussion begleitet wird. Damit sind Störvariablen in der Wirksamkeitsbeurteilung kaum zu kontrollieren. Die Empfehlungen können sich aber auf eine Vielzahl an Beobachtungsstudien stützen. So ist zum Beispiel der Einfluss von Werbung auf den Einstieg in den Tabak- und Alkoholkonsum klar nachgewiesen (Lovato,

Watts und Stead 2011, Smith und Foxcroft 2009) und der Zusammenhang zwischen Alkoholdarstellung und Werbung im TV und Alkoholkonsum bei jungen Menschen experimentell bestätigt worden (Engels et al. 2009). Da aber ein Werbeverbot als Intervention selten untersucht wird, konnte keine Übersichtsarbeit mit hochwertigen Studien zu diesem Instrument herangezogen werden. Auch ist eine neuere Arbeit zur Altersgrenze für legalen Konsum nicht erschienen, sodass hier noch immer die Schlussfolgerung der Expertise von 2006 aktuell ist, dass eine Erhöhung der legalen Altersgrenze für Alkoholkonsum → präventive Effekte habe.

#### 04.1.2 Selektive Prävention des Substanzmissbrauchs

Für Gruppen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung eines Substanzmissbrauchs (zum Beispiel Kinder aus suchtkranken Familien, Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten, Studierende/Erstsemester, Klinikpatientinnen und -patienten) können folgende Interventionen empfohlen werden:

- In der *Familie*: Begleitung von erstgebärenden Eltern durch Hebammen und Entbindungspfleger, Kompetenztrainings mit verhaltensauffälligen Kindern und deren Eltern, Familienprogramme mit suchtkranken Familien (Alkohol, Evidenzgrad B)
- In der *Schule*: Lebenskompetenzprogramme mit zusätzlichen indizierten Elementen (Illegale Drogen, Evidenzgrad B), Lebenskompetenzprogramme für ältere Jugendliche (Alkohol, Evidenzgrad B)
- In der *Hochschule*: Persönliche Kurzinterventionen, Online- und Computerfeedback und normatives Feedback, webbasierte Programme, geschlechtsspezifische Angebote zur Überprüfung von Wirkerwartungen (Alkohol, Evidenzgrad A); Mehrkomponentenansätze, bestehend aus Informationsvermittlung, Motivationsförderung und Feedback (Alkohol, Evidenzgrad B)

- Im Bereich *Freizeit/Community*: Mentorenprogramme mit Teenagern (Alkohol, Evidenzgrad A)
- Im Bereich *Freizeit/Kommune*: Multikomponentenprojekte in den Handlungsfeldern Familie und Freizeit mit Fallmanagerin bzw. Fallmanager (Alkohol, illegale Drogen, Evidenzgrad B)
- Im Handlungsfeld *Gesundheitsversorgung/Kliniksetting*: Persönliche Kurzintervention, am Konzept des Motivational Interviewing orientiert (Alkohol, Cannabis, Evidenzgrad B)

Im Handlungsfeld *Familie* haben sich bei der selektiven Prävention mit Kindern aus suchtkranken Familien schulbasierte Kompetenzprogramme und Familienprogramme bewährt. Allerdings greift aufgrund des geringen Alters der Zielgruppe der Alkoholkonsum als Ergebnisvariable nicht für alle Studien, weil nicht jede Studie über ein ausreichend langes Follow-up-Intervall verfügt, um Aussagen über die Wirkung auf das Trinkverhalten machen zu können. Es wurden jedoch in einigen Studien Effekte auf den späteren Alkoholkonsum im Jugendalter und in anderen Studien Effekte auf Risikofaktoren des späteren Alkoholkonsums erzielt, weswegen unserer Einschätzung nach trotz allem eine Empfehlung für solche Programme ausgesprochen werden kann. Die Alkoholprävention mit jungen Menschen an *Hochschulen* ist mit einer Fülle an → qualitativ hochwertigen Überblicksarbeiten sehr gut und differenziert untersucht worden. Hier fällt auch im Hinblick auf die Diskussion um den Einsatz von Ressourcen auf, dass sich die computergestützten oder webbasierten Interventionen in ihrer Wirksamkeit nicht von den persönlichen Interventionen unterscheiden. Im Bereich der außerschulischen Präventionsprogramme (*Kommune*) lässt sich zusätzlich schlussfolgern, dass solche Programme Effekte aufweisen können, wenn sie eine bestimmte (hohe) Intensität aufweisen und nach einem klar kommunizierten Rational umgesetzt werden (Mentorenprogramme, Angebote in

außerschulischen Einrichtungen, Multikomponentenprojekte). Die persönliche Kurzintervention ist gut in ihrer Wirksamkeit für die Behandlung von alkoholbezogenen Störungen dokumentiert (O’Leary Tevyaw und Monti 2004), die wenigen Studien sprechen für seine Anwendung als selektiv präventiver Ansatz im Kliniksetting. Im Hinblick auf geschlechtsspezifische Wirksamkeit lässt sich zusammenfassend sagen, dass weiterhin nur sehr wenige und unsystematische Forschungsergebnisse vorliegen. Diese wiesen darauf hin, dass ein geschlechtsspezifisches Vorgehen bei universellen Familienprogrammen und bei Maßnahmen für Collegestudentinnen und -studenten, die zur selektiven Alkoholprävention mit Feedbackansätzen und mit der Überprüfung von Wirkwartungen arbeiten, sinnvoll zu sein scheint.

#### 04.1.3 Prävention des problematischen Glücksspielverhaltens

Für die Prävention des problematischen Glücksspielverhaltens lassen sich auf Basis der hier ausgewerteten Literatur noch keine wirksamen universellen Maßnahmen empfehlen. In der selektiven Prävention mit Erwachsenen scheint die Kombination von Aufklärungsmaterialien und Beratungsgespräch das Spielverhalten zu beeinflussen.

---

## » 04.2 Vergleich und Einordnung der Ergebnisse

Im Folgenden sollen die Schlussfolgerungen der vorliegenden Expertise mit denen ausgewählter aktueller Arbeiten und Veröffentlichungen verglichen werden, die eine ähnliche Ausrichtung und einen ähnlichen Anspruch haben.

### 04.2.1 Alkohol

Die zweite Auflage des Buchs von Babor et al. (2010) und der HTA-Bericht von Korczak et al. (2011) beschäftigen sich beide ausschließlich mit der Substanz Alkohol.

Babor und eine Gruppe von internationalen Expertinnen und Experten im Bereich der Alkoholpolitik geben einen Überblick über Alkoholkonsum, über dessen negative Folgen und die Möglichkeiten, diese Folgen zu verhindern oder zu reduzieren. Die Publikation von Babor et al. lässt sich am ehesten als internationales Expertenurteil beschreiben, da keine Angaben zur Methode der Literatursuche gemacht werden. Die größtmögliche Wirksamkeit im Hinblick auf die Reduktion des Konsums auf Populationsebene wird hier den steuerlichen Maßnahmen, den Verkaufsverboten und den Mindestaltersgrenzen für den Kauf von Alkohol bescheinigt. Eine Reihe weiterer verhältnispräventiver Maßnahmen, wie u. a. die Kontrolle der Verfügbarkeit von Alkohol durch Einschränkungen von Verkaufsorten und -zeiten, Interventionen mit Verkaufspersonal und Werbeverbote, schätzen die Autoren als mittelmäßig effektiv ein. Schulische Verhaltensprävention wird von den Autoren als ineffektiv bewertet, begrenzte Wirksamkeit wird normativen Interventionen mit Studierenden an Hochschulen bescheinigt.

Korczak et al. (2011) basierten ihren HTA-Bericht auf einer umfassenden Suche in 34 Datenbanken und geben einen fundierten Überblick zur Prävention des Alkoholmissbrauchs bei jungen Menschen. Korczak et al. kommen zu ähnlichen Schlussfolgerungen wie Babor et al. Eine hohe Effektivität bescheinigen sie verhältnispräventiven Maßnahmen wie Steuer- und Preiserhöhungen, Kontrollen des Verkaufspersonals, Einschränkungen der Verfügbarkeit von Alkohol und Einschränkungen der Alkoholwerbung. Überwiegend positive Effekte geben die Autoren für Interventionen in Familien, personalisierten computer-gestützten Interventionen an Schulen und Hoch-

schulen und motivierende Kurzinterventionen an. Medienkampagnen und Informations- und Erziehungsprogramme an Schulen werden von den Autoren als ineffektiv eingeschätzt.

Mit den meisten Schlussfolgerungen dieser beiden Arbeiten im Hinblick auf Maßnahmen der Verhältnisprävention stimmt die vorliegende Expertise überein. Eine deutlich unterschiedliche Einschätzung besteht jedoch in der Bewertung von schulischer Verhaltensprävention. Diese wird von Babor et al. und Korczak et al. als ineffektiv beurteilt. Auf Basis eines Cochrane Reviews von Foxcroft et al. [3–3], der 2011 erschienen ist und aus diesem Grund in den beiden Arbeiten von Babor et al. und Korczak et al. nicht berücksichtigt werden konnte, urteilen wir dagegen, dass alkoholspezifische Programme sowie einzelne Lebenskompetenzprogramme und ein Verhaltenssteuerungsprogramm für die Klasse im Hinblick auf die Prävention des Alkoholmissbrauchs wirksam sein können.

### 04.2.2 Alle Substanzen

Toumbourou et al. (2007) fassten in ihrer Studie systematische Überblicksarbeiten zusammen – mit dem Ziel, eine Darstellung der Wirksamkeit von Interventionen zu geben, die den Schaden, der mit Substanzkonsum in der Jugend assoziiert ist, verhindern oder minimieren sollen (Stichwort: harm reduction). In diesem Fokus unterscheidet sich die Arbeit von der vorliegenden Expertise, da wir uns aus Vergleichsgründen auf die Beeinflussung des Konsumverhaltens beschränken und nicht den assoziierten Schaden in die Schlussfolgerungen mit einbeziehen und nur in Ausnahmefällen erwähnen. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass es die stärkste Evidenz für die Effektivität von Preisgestaltung von Tabak und Alkohol durch Steuern gibt. Weitere Evidenz gäbe es für die Durchsetzung von Gesetzen, die das Ausschütten von Alkohol an bereits betrunkene Personen verbieten, Begrenzungen der Dichte von

Verkaufsstellen sowie für die Begrenzung von Verkaufszeiten. Evidenz gibt es nach Meinung der Autoren ebenfalls für Rauchverbote und für ein Mindestalter für den Kauf von Alkohol und dessen konsequente Durchsetzung. Im Bereich der Verhaltensprävention können nach Einschätzung der Autoren Hausbesuche bei benachteiligten Familien und Interventionen in der frühen Schulzeit, die das Schulklima verbessern und sozialen Ausschluss vermeiden, Risikofaktoren für einen ungünstigen Entwicklungsverlauf und damit einhergehenden Schaden durch Substanzkonsum verringern. Die Autoren kommen weiterhin zu dem Schluss, dass schulische kompetenzorientierte Programme den Einstieg in den Drogenkonsum verzögern können und dass reine Aufklärungsprogramme diesbezüglich nicht effektiv sind. Generell seien Präventionsmaßnahmen erfolgreicher, wenn sie eine Intervention von mehreren Jahren beinhalten und mit mehr als einer Strategie arbeiten.

Jepson et al. (2010) wählten bei ihrem »review of reviews«, in dessen Rahmen sie nur systematische → Reviews und → Meta-Analysen einschlossen, die zwischen 1995 und 2008 publiziert worden sind, ein ähnliches Vorgehen wie die vorliegende Expertise. Sie untersuchten die Effektivität von Interventionen auf sechs verschiedene Gesundheitsverhaltensweisen, unter ihnen auch Rauchen, der Konsum von Alkohol und der von illegalen Drogen. Die Autoren berichten gesonderte Ergebnisse für die Zielgruppe junger Menschen. Im Hinblick auf das Rauchen schlussfolgern die Autoren, dass – im Gegensatz zur vorliegenden Arbeit – massenmediale Maßnahmen den Einstieg verhindern können, jedoch sei die Evidenz hierfür nicht stark. Wie die vorliegende Expertise kommen die Autoren zu dem Schluss, dass Informationsvermittlung allein im Hinblick auf die Prävention des Rauchens nicht effektiv ist. Jepson et al. finden, dass es nur begrenzte Evidenz für Interventionen gibt, die soziale Kompetenz entwickeln wol-

len. Hinsichtlich dieser Frage wird in der vorliegenden Expertise differenziert: Effekte auf den Einstieg ins Rauchverhalten werden nicht gesehen, wohl aber Effekte auf die Verbreitung des Rauchens in den jungen Zielgruppen insgesamt. Jepson et al. schlussfolgern entgegengesetzt zur vorliegenden Arbeit, wenn sie sagen, es gäbe wenig Evidenz für die Wirksamkeit von Verkaufsverboten für Minderjährige im Hinblick auf das Rauchverhalten.

In Bezug auf die Prävention von Alkoholmissbrauch geben die Autoren an, es gäbe unzureichende Evidenz für die Effektivität von Peermaßnahmen und Interventionen, die auf sozialen Normen basieren. Bei der Prävention vom Konsum illegaler Drogen meinen die Autoren, es gäbe positive Effekte von Lebenskompetenzprogrammen in Schulen. Sie geben aber auch an, keine Schlussfolgerungen über die Wirksamkeit außerschulischer Programme treffen zu können. Nach Meinung der Autoren gibt es Evidenz dafür, dass die Altersspanne von elf bis 13 Jahren die kritische Phase für eine Intervention mit vulnerablen Jugendlichen ist.

---

## » 04.3 Was heißt Wirksamkeit in der Suchtprävention? Was heißt Evidenzbasierung? Was bedeutet Evidenzbasierung für die Praxis?

Der Nutzen der vorliegenden Expertise soll sein, Verantwortlichen und Handelnden in der Suchtprävention die Entscheidung für oder gegen bestimmte

präventive Ansätze und Maßnahmen anhand des aktuellen Wissens über ihre Wirksamkeit zu erleichtern. Die Absicht ist es, Entscheidungshilfen in Richtung einer evidenzbasierten Praxis zu geben, die sich auf wirksame Maßnahmen stützt. Aber was heißt wirksam? In dieser Expertise wird »wirksam« definiert als Effekte auf das Verhalten, das heißt Substanzkonsum und Glücksspielverhalten. Sollte nachgewiesene Wirksamkeit das alleinige Kriterium für die Entscheidung für eine Maßnahme sein? Welche Bedeutung hat Evidenzbasierung für die Praxis? Wie lässt sich dieses Wissen in eine Entscheidung integrieren? Diese Fragen sollen im Folgenden diskutiert werden.

Evaluiert, wirksam, evidenzbasiert – diese drei Adjektive dominieren die Diskussion um die beste Vorgehensweise in der Prävention und werden oft (fälschlicherweise) austauschbar genutzt. Evaluiert ist eine Maßnahme, wenn systematisch Daten im Rahmen ihrer Implementation gesammelt und ausgewertet werden, um zu überprüfen, ob ihre Ziele erreicht wurden (EMCDDA 2012). Evaluieren kann man das Konzept, die Umsetzung, die Wirkung einer Maßnahme oder auch den Transfer in die Praxis (Mittag 2006, Uhl 1998). Ein positives Evaluationsergebnis liegt entsprechend dann vor, wenn das Konzept mit bisheriger Forschung stimmig ist, wenn die Intervention umsetzbar ist, wenn man die gesetzten Ergebnisparameter erreicht hat. Liegt für eine Maßnahme eine Evaluation vor, ist dies besser als keine Evaluation, weil dann schon Gedanken zur Zielerreichung sowie Wirkmechanismen formuliert wurden. Aber evaluiert heißt: noch nicht »wirksam«. (Und nicht evaluiert heißt: nicht »unwirksam«).

Wirksam heißt bei einer Gruppe von Teilnehmenden an der Maßnahme im Vergleich zu einer nicht behandelten Gruppe, messbare Effekte auf die Zielkriterien zu beobachten. Es wird zwischen »efficacy« und »effectiveness« unterschieden (EMCDDA 2012). Ersteres beschreibt den Umstand, dass man

bei einer Maßnahme, die unter optimalen Bedingungen durchgeführt wurde (zum Beispiel gute Qualifikation der Durchführenden, hohe Treue der Durchführung), → präventive Effekte auf die Ergebnisvariable messen konnte. »Effectiveness« bedeutet, dass unter realen, natürlichen Bedingungen oder im Praxisalltag Effekte messbar sind. Dabei steht noch nicht fest, welche Ergebniskriterien angesetzt werden. Ergebniskriterien können neben dem selbstberichteten Konsumverhalten auch Kognitionen, Einstellungen oder biochemische Parameter sein. Allerdings kann eine Wirksamkeit nur für den Parameter in Anspruch genommen werden, der auch gemessen wurde (Society for Prevention Research 2004).

Als evidenzbasiertes suchtpreventives Programm kann nach Pentz (2003) eine Maßnahme gelten, die unter rigorosen Bedingungen getestet (experimentelles oder quasi-experimentelles Design, peerbegutachtete Veröffentlichung, Nachbefragung nach mindestens einem Jahr) und nachweisbar (statistisch signifikant) jugendlichen Substanzkonsum verhindert, hinauszögert oder reduziert und nicht nur Wissen und Einstellungen beeinflusst. Die Standards der Society for Prevention Research sind konkreter und zum Teil anspruchsvoller (Society for Prevention Research 2004): Als Untersuchungsplan für Programme sehen die Standards ein randomisiertes Studiendesign vor und, wenn dies nicht umsetzbar ist, ein kontrolliertes Design ohne Selbstselektion in die Vergleichsbedingungen. Für politische Instrumente (policies) wird zumindest ein »Interrupted Time Series Design« gefordert, wobei auch hier eine Randomisierung der »Teilnehmenden« vorzuziehen wäre, allerdings wird anerkannt, dass dies selten umsetzbar ist. Langfristige Effekte von mindestens sechs Monaten sollten überprüft werden (Society for Prevention Research 2004). Die maßgebliche US-amerikanische Einrichtung für Suchtprevention – Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) in der Behörde SAMHSA – empfiehlt Politik und Praxis den

Einsatz von bestimmten Präventionsprogrammen ([www.nrepp.samhsa.gov](http://www.nrepp.samhsa.gov)). Als evidenzbasierte Interventionen gelten hier Programme, die u. a. die Evidenz für ihre Wirksamkeit dokumentiert haben (CSAP 2009). Dies wird dann bescheinigt, wenn die Intervention

- auf einem kohärenten Modell basiert, warum es wirken soll (Theory of Change) und
- einem Programm in Inhalt und Struktur ähnelt, das in Registern aufgenommen oder in der peerbegutachteten Literatur veröffentlicht wurde und
- in der Vergangenheit nachweisbar effektiv umgesetzt werden konnte und mehrfach unter Beachtung wissenschaftlicher Evidenzstandards konsistent und glaubwürdig positive Effekte nachweisen konnte und
- von einem Panel von Präventionsexpertinnen und -experten (Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Praktikerinnen und Praktiker, kommunale Schlüsselpersonen) begutachtet und als angemessen beurteilt wird.

Eine entsprechende Einordnung als evidenzbasiertes Programm garantiert allerdings auch nicht, dass es in der großflächigen Umsetzung funktioniert. Ein Beispiel ist das »Strengthening Families Program«, das von vielen Behörden empfohlen wird ([www.strengtheningfamiliesprogram.org](http://www.strengtheningfamiliesprogram.org)). In einer hochwertigen Studie unter realistischen Feldbedingungen konnte keine oder kaum Wirksamkeit festgestellt werden (Gottfredson et al. 2006, Gutmann et al. 2004, zitiert nach Gottfredson et al. 2006).

Auch der Ergebnisparameter »Konsumverhalten« sollte kritisch hinterfragt werden. Das letztendliche Ziel der Suchtprävention, auch »valider Endpunkt« genannt (Mangiapane und Velasco Garrido 2009), ist ja die Vorbeugung des Auftretens klinisch relevanter, substanzbezogener Störungen wie Missbrauch und Abhängigkeit (National Academy of Sciences 2009). Wir argumentieren, dass in Altersgruppen, in denen

der Konsum noch nicht verbreitet ist oder sehr unregelmäßig ausgeübt wird, der frühe Konsum nicht mehr (und nicht weniger) als ein Indikator unter mehreren Indikatoren sein kann (auch »Surrogatparameter« genannt), der empirisch mit einem späteren Missbrauch einhergeht (Bühler und Kröger 2006). Dies könnten zum Beispiel aggressives Verhalten oder Selbstkontrollfähigkeit im Kindesalter sein. Für ältere Jugendliche, junge Erwachsene und Erwachsene ist die Festlegung auf den riskanten Konsum als Ergebnisparameter der Suchtprävention sinnvoll(er).

Dem mag entgegengehalten werden, dass man »nur« Studien mit langfristigeren Nachbefragungszeiträumen durchführen müsste, in denen dann Missbrauch und Abhängigkeit als Ergebnisparameter überprüft werden könnte. Unbestritten wäre dies für die Wissensgenerierung von erheblichem Vorteil. Allerdings steht hinter dieser Idee ein Verständnis von Suchtprävention, das auch kritisch hinterfragt werden sollte. Diese Idee geht davon aus, dass es – analog zur Schutzimpfung gegen Infektionskrankheiten – nur einer »richtigen« Maßnahme bedarf, um in späteren Risikosituationen und -phasen für die Entwicklung eines Missbrauchs gewappnet zu sein, als gäbe es eine genau spezifizierbare Auslösesituation, eine Ursache, der man dann – durch die Präventionsmaßnahme vorbereitet – begegnen kann. Wie der Körper, der durch die Impfung Antikörper gebildet hat, die dann auf einen spezifischen Krankheitserreger mit einer Immunantwort reagieren. Gegen den Ansatz, diese Vorstellung auf psychosoziale Phänomene zu übertragen, spricht zum einen die Multikausalität, die der Suchtentwicklung innewohnt (Petraitis et al. 1995, National Academy of Sciences 2009). Zum anderen spricht das Wissen dagegen, dass sich, im Gegensatz zu den physiologischen die psychosozialen »Antikörper« oder »Immunantwort«, die gebildeten Schutzfaktoren im weiteren Lebensverlauf verändern können. Beispielsweise kann die

Selbstwirksamkeit, Alkohol widerstehen zu können, durch nicht präventive Erfahrungen wieder verändert werden. Insofern erscheint es fraglich, ob die Wirkung von psychosozialen Maßnahmen so wie die Wirkung von physiologischen Vorsorgeinstrumenten überprüft werden kann.

Es soll hier nicht der Eindruck entstehen, hohe wissenschaftliche Standards bei der Evaluation von Prävention seien vernachlässigbar oder nicht hilfreich zur Weiterentwicklung wirksamer Prävention. Es wird lediglich angemerkt, dass auch mit hohen wissenschaftlichen Standards nicht alle Bedenken ausgeräumt werden können und sich somit die wissenschaftliche Evidenz als einziges Entscheidungskriterium für die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen nicht eignet<sup>6</sup> (siehe auch Elkeles und Broesskamp-Stone 2010). Die evidenzbasierte Praxis geht über ein bestimmtes Studiendesign und einen bestimmten Ergebnisparameter hinaus. Als evidenzbasierte Medizin gilt eine Therapie, die die stärkste Evidenz aus systematischer Forschung, die klinische Erfahrung und Patientenwerte integriert (Sackett et al. 2000). Für die Gesundheitsförderung und Prävention hat die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz auf Basis internationaler Arbeiten und Diskurse die evidenzbasierte Praxis folgendermaßen konzipiert (Broesskamp-Stone 2012): Gleich einem Radarstrahl müssen bei der Planung und Umsetzung von gesundheitsfördernden und präventiven Aktivitäten drei Dimensionen wiederholt reflektiert werden (siehe Abbildung 3):

- **Werte:** (ethische) Grundwerte und Prinzipien der Gesundheitsförderung und Public Health wie zum Beispiel Schadensvermeidung, Respekt vor Auto-

nomie, gesundheitliche Chancengleichheit, Nachhaltigkeit, Empowerment.

- **Wissen:** systematisch recherchierte aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, eigenes Evaluationswissen und Reflexion des Nichtwissens, ergänzend Erfahrungs-, Praxis- und Expertenwissen.
- **Kontext:** vorhandene Kapazitäten für Maßnahmen, Gesetze, politische/kulturelle Faktoren und ihre Bedeutung für die Übertragbarkeit von wissenschaftlichen Erkenntnissen und Interventionen auf den eigenen Kontext.

In dieser Auffassung von evidenzbasierter oder besser »evidenzinformierter« Gesundheitsförderung und Prävention ist das wissenschaftliche Wis-

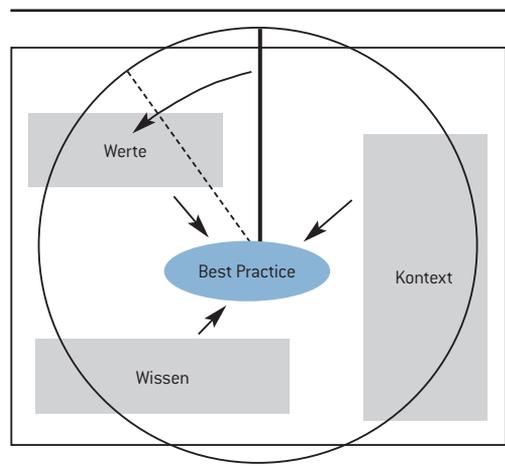


Abb. 3: Radarschirmmodell Best Practice (aus: Broesskamp-Stone 2012)

6 Für eine noch kritischere Auseinandersetzung mit der Dominanz des medizinischen Evidenzbasierungsparadigmas siehe Elkeles und Broesskamp-Stone (2010). Für die Gesundheitsförderung wird der »Evidenzbegriff, der wie in der Medizin so eng verknüpft ist mit dem naturwissenschaftlichen Experiment« sogar als »fragwürdig« gesehen. »Die RCT gilt dort als unangemessen, ja sogar kontraproduktiv« (S. 1). Dies vor allem deswegen, weil es sich bei Gesundheitsförderung »zumeist um Interventionen in soziale Systeme bzw. um soziale Programme, die stets kontextabhängig sind« handelt.

sen ein zentrales, aber nicht einziges Kriterium, das bei der Planung und Umsetzung von Suchtprävention beachtet werden muss. Hier sehen wir den Beitrag der vorliegenden Expertise mit ihren Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen in unterschiedlichen Handlungsfeldern. Sie fassen die systematisch recherchierten internationalen, in der Regel US-amerikanischen Befunde meist hochwertiger Studien zusammen. Dabei muss von einem Kontinuum der Evidenzstärke ausgegangen werden, die zwischen schwach und stark liegt (wie dies beispielsweise auch in der Projektdatenbank der SAMHSA mittlerweile gehandhabt wird, vgl. [www.nrepp.samhsa.gov](http://www.nrepp.samhsa.gov)). Die Evidenzstärke kommt in den Schlussfolgerungen durch die Formulierung und den Hinweis auf die Aussagekraft der zugrundeliegenden Arbeit zum Ausdruck. Stärker wird die Evidenz durch Replikationsstudien und Feldstudien mit unterschiedlichen Rahmenbedingungen (wie zum Beispiel Evaluationen im eigenen Land). Um eine noch »evidenzinformiertere« Entscheidung für oder gegen ein bestimmtes präventives Vorgehen zu treffen, ist deswegen die Beachtung der Erkenntnisse deutscher Wirksamkeitsforschung unerlässlich. Diese sind mit Ausnahme für das schulische Handlungsfeld leider nicht sehr zahlreich. Wo möglich wurde für jedes Handlungsfeld eine Maßnahme mit starker Evidenz für die Durchführung mit deutschen Gruppen beschrieben. Für eine Übersicht über deutsche Sucht- und Gewaltpräventionsprogramme sei die Webseite »Grüne Liste Prävention« empfohlen, die auch über die jeweilige Konzeptqualität und Evidenzstärke auf Basis von deutschen, zum Teil aber auch nur internationalen Einzelstudien berichtet (<http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank>).

Evidenzstarkes Wissen über die Wirksamkeit von suchtpreventiven Programmen in Deutschland ist noch gering. Um dieses Wissen zu vergrößern, werden mehr → qualitativ hochwertige Evaluationsstu-

dien mit längeren Nachbefragungszeiträumen benötigt, die nicht nur untersuchen, ob, sondern auch mit wem und warum eine Maßnahme ihre Ziele erreicht oder nicht erreicht. Sicherlich ist es aber weder notwendig noch realisierbar, dass jede präventive Aktivität in Deutschland evaluiert wird. Aus unserer Sicht ist es erstrebenswert, für jede breit implementierte oder zu implementierende Maßnahme eine methodisch hochwertige Referenzstudie mit einem ausreichenden Nachbefragungsintervall und einem sinnvollen Ergebnisparameter durchzuführen. Deren Erkenntnisse können dann in die Entscheidungsdimension »Wissen« des Radarschirmmodells einfließen. Das gesundheitspolitische Ziel wäre dann, dass solche Ansätze und Programme bevorzugt werden, die ein kohärentes Interventionskonzept haben und für die eine hochwertige Effectivenessstudie vorliegt, die zeigt, dass im Fall frühzeitiger Maßnahmen zentrale Prädiktoren späteren Substanzmissbrauchs (darunter auch frühzeitiger Konsumeinstieg) beeinflusst werden oder im Fall von Maßnahmen im Jugendalter derzeitigem riskanten Verhalten vorgebeugt wird. Wie auch das Radarschirmmodell vorsieht, sollte dann während der ersten kontext- und zielgruppenangepassten Umsetzung der Maßnahme weiteres Wissen mittels weniger aufwendigen Evaluationsmethoden generiert werden. So zum Beispiel Informationen darüber, ob die Maßnahme ihre Zielgruppe erreicht, ob sie so umgesetzt werden kann wie vorgesehen und ob kurzfristig zu erwartende Veränderungen in → Risiko- und Schutzfaktoren beobachtet werden können. Könnte so ein Vorgehen etabliert werden, wären wir auf dem Weg zu einer »evidenzinformierten« Präventionspraxis wieder einen Schritt weiter.

---

# 05

---

## » Literatur

---

### » 05.1 Allgemeine Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (1994):** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC.
- Ames, G. M., Bennett, J. B. (2011):** Prevention interventions of alcohol problems in the workplace: a review and guiding framework. *Alcohol Research and Health*, 34 (2), 175–187.
- Arnold, C., Oggier, J. (2011):** Grundlagen für die Suchtprävention im Alter unter der Migrationsbevölkerung. Eine Bedarfserhebung für den Kanton Zürich. *Abhängigkeiten*, 3, 170–185.
- Babor, T. et al. (2010):** *Alcohol: No ordinary Commodity – Research and Public policy*. 2<sup>nd</sup> edition. Oxford: Oxford University Press.
- Bisson, S., Gerken, U., Salman, R., Krauth, C., Machleidt, W., Walter, U. (2010):** Angebote zur Suchtprävention für Migranten. *Public Health Forum*, 18 (67), 14e1–14e4.
- Boos-Nünning, U., Siefen, R. G. (2005):** Jugendliche mit Migrationshintergrund und Sucht. In: H. J. Assion (Hrsg.): *Migration und seelische Gesundheit* (S. 195–213). Berlin: Springer.
- Bray, J. W., Galvin, D. M., Cluff, L. A., International, R. T. I. (2011):** *Young Adults in the Workplace: A Multisite Initiative of Substance Use Prevention Programs*. RTI Press publication, No. BK-0005–1103. Research Triangle Park, NC: RTI Press.

- Brennan, A., Purshouse, R., Taylor, K., Rafia, R. (2008):** Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion: Part B. Download unter [http://www.shef.ac.uk/polopoly\\_fs/1.95621!/file/PartB.pdf](http://www.shef.ac.uk/polopoly_fs/1.95621!/file/PartB.pdf).
- Broesskamp-Stone, U. (2012):** Evidenz – und was noch? Ein Qualitätsrahmen für »Best Practice« in der Gesundheitsförderung. In: BZgA (Hrsg.): Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier. Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention – KNP-Tagung am 18. und 19. Mai 2011 in Bonn (S. 33–46). Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 41. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bronfenbrenner, U. (1981):** Theorie der Ökologie der Entwicklung. Stuttgart: Ernst Klett Verlag.
- Bühler, A. (2007):** Suchtfrei ins Leben. Dokumentation der Förderprogramme »Suchtprävention mit Kindern von suchtkranken Eltern« und »Suchtprävention mit jugendlichen Spätaussiedlern/Migranten«. Schriftenreihe der Landesstiftung Baden-Württemberg, Band 24. Stuttgart: Landesstiftung Baden-Württemberg.
- Bühler, A. (2009):** Was wirkt in der Suchtprävention? Deutsche Medizinische Wochenschrift, 134, 2367–2426.
- Bühler, A., Kröger, C. (2006):** Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 29. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012):** Die Drogenaffinitätsstudie 2011. Teilbände Tabak, Alkohol, illegale Drogen. Internet: <http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention>.
- Burton, L. C., Paglia, M. J., German, P. S., Shapiro, S., Damiano, A. M. (1995):** The effect among older persons of a general preventive visit on three health behaviors: smoking, excessive alcohol drinking, and sedentary lifestyle. The Medicare Preventive Services Research Team. Preventive Medicine, 24 (5), 492–497.
- Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) (2009):** Identifying and Selecting Evidence-Based Interventions. Download unter <http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA09-4205/SMA09-4205.pdf>.
- Collins, D., Johnson, K., Becker, B. J. (2007):** A meta-analysis of direct and mediating effects of community coalitions that implemented science-based substance abuse prevention interventions. Substance Use & Misuse, 42 (6), 985–1007.
- Cushing, C. C., Steele, R. G. (2010):** A Meta-Analytic Review of eHealth Interventions for Pediatric Health Promoting and Maintaining Behaviors. Journal of Pediatric Psychology, 35 (9), 937–949.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012):** Drogen- und Suchtbericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Elkeles, T., Broesskamp-Stone, U. (2010):** Evidenzbasierte Gesundheitsförderung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Internet: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=3404d2fc77f4eadcc4a9ddce020ebf4e&id=angebote&idx=170>.
- EMCDDA (2012):** The EMCDDA glossary. Internet: [www.emcdda.europa.eu/publications/glossary](http://www.emcdda.europa.eu/publications/glossary).
- Engels, R. C. M. E., Hermans, R., van Baaren, R. B., Hollenstein, T., Bot, S. M. (2009):** Alcohol Portrayal on Television Affects Actual Drinking Behaviour. Alcohol and Alcoholism, 44 (3), 244–249.
- Ennett, S., Foshee, V., Bauman, K. et al. (2010):** A social contextual analysis of youth cigarette smoking development. Nicotine & Tobacco Research, 12 (9), 950–962.
- Foxcroft, D. (2011):** Classifying prevention: form, function and theory. Second conference of the European Prevention Research Society, Lissabon.

- Gerrard, M., Gibbons, F. X., Houlihan, A. E., Stock, M. L., Pomery, E. A. (2008):** A dual-process approach to health risk decision making: The prototype willingness model. *Developmental Review*, 28 (1), 29–61.
- Gibbons, F. X., Houlihan, A. E., Gerrard, M. (2009):** Reason and reaction: The utility of a dual-focus, dual-processing perspective on promotion and prevention of adolescent health risk behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 14 (2), 231–248.
- Gibson, J. (1982):** *Wahrnehmung und Umwelt*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Gottfredson, D., Kumpfer, K., Polizzi-Fox, D., Wilson, D., Puryear, V., Beatty, P., Vilmenay, M. (2006):** The Strengthening Washington D. C. Families Project: A randomized effectiveness trial of family-based prevention. *Prevention Science*, 7 (1), 57–74.
- Guan, S. S. A., Subrahmanyam, K. (2009):** Youth Internet use: Risks and opportunities. *Current Opinion in Psychiatry*, 22 (4), 351–356.
- Haug, S., Sannemann, J., Meyer, C., John, U. (2012):** Reduktion des Alkoholkonsums und Förderung der Rauchabstinenz bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mittels Internet und Mobiltelefon: ein Literaturüberblick. *Das Gesundheitswesen*, 74 (3), 160–177.
- Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Arthur, M. W., Abbott, R. D., Fagan, A. A. et al. (2009):** Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: a test of Communities That Care. *Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163 (9), 789–798.
- Hefti-Kraus, C. (2002):** Mit oder ohne Rezept – Pillen werden vor allem von Frauen geschluckt. *Abhängigkeiten*, 2, 5–9.
- Helou, A., Lorenz, W., Ollenschläger, G., Reinauer, H., Schwartz, F. (2000):** Methodische Standards der Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien in Deutschland. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 94, 330–339.
- Jepson, R. G., Harris, F. M., Platt, S., Tannahill, C. (2010):** The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC public health*, 10, 538.
- Kalke, J., Buth, S., Hiller, P., Raschke, P. (2011):** Elterliche Regeln für das Nichtrauchen ihrer Kinder. Ergebnisse einer randomisierten Interventionsstudie. *Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 34 (3), 84–88.
- Kammerl, R. (2012):** Exzessive Mediennutzung – Erziehungsproblem und/oder Suchtgefahr? *proJugend*, 3, 4–8.
- Kammerl, R., Hirschhäuser, L., Rosenkranz, M., Schwinge, C., Hein, S., Wartberg, L. et al. (2012):** EXIF – Exzessive Internetnutzung in Familien. Download unter <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/EXIF-Exzessive-Internetnutzung-in-Familien,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>.
- Kohring, T. (2012):** Games to go – Mobile Gaming aus medienpädagogischer Sicht. *proJugend*, 3, 9–12.
- Korczak, D. (2012):** *Föderale Strukturen der Prävention von Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen*. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Band 112a. Köln: DIMDI.
- Korczak, D., Steinhauser, G., Dietl, M. (2011):** *Prävention des Alkoholmissbrauchs von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. HTA-Bericht 112. Köln: DIMDI.
- Kraus, L., Bühringer, G. (2008):** Umfang substanzbezogener Risiken und Störungen und jährliche Behandlungsfälle. Internet: <http://www.ift.de/index.php?id=216>.
- Kraus, L., Pabst, A. (2010):** Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. *Sucht*, 56 (5), 309–384.

- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D. (2012):** Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen (IFT-Berichte, Band 181). München: IFT Institut für Therapiefor- schung.
- Lampert, T., Thamm, M. (2007):** Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Bun- desgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50 (5), 600–608.
- Landeszentrale für Medien und Kommunikation (LMK) Rheinland-Pfalz (2012):** Klicksafe-Soziale Netzwerke. Internet: <http://www.klicksafe.de/themen/kommunizieren/soziale-netzwerke>.
- Lovato, C., Watts, A., Stead, L. F. (2011):** Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adoles- cent smoking behaviours. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 10. Art. No.: CD003439. DOI:10.1002/14651858.CD003439.pub2.
- Mangiapane, S., Velasco Garrido, M. (2009):** Surrogatendpunkte als Parameter der Nutzenbewertung. Health Technology Assessment, Band 91. Köln: DIMDI.
- Maruska, K., Isensee, B., Hanewinkel, R. (2011):** Universelle Prävention des Substanzkonsums: Effekte des Grundschulprogramms Klasse2000. Sucht, 57 (4), 301–312.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (MPFS) (2012):** JIM 2012 Jugend, Information, (Multi-) Media. Basisstudie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland.
- Meier, P. S., Purshouse, R., Brennan, A. (2010):** Policy options for alcohol price regulation: the importance of modelling population heterogeneity. Addiction, 105 (3), 383–393.
- Meyer, C. et al. (2011):** Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Kurzbericht. Download unter <http://www.jogoremoto.pt/docs/extra/FooxpP.pdf>.
- Middendorff, E., Poskowsky, J., Isserstedt, W. (2012):** Formen der Stresskompensation und Leistungssteige- rung bei Studierenden. Download unter [http://www.hisbus.de/results/pdf/2012\\_01\\_Hirndoping.pdf](http://www.hisbus.de/results/pdf/2012_01_Hirndoping.pdf).
- Mittag, W. (2006):** Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. In: A. Lohaus, M. Jerusalem, J. Klein- Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. (S. 87–112.) Göttingen: Hogrefe.
- Morgenstern, M., Wiborg, G., Isensee, B., Hanewinkel, R. (2009):** School-based alcohol education: results of a cluster-randomized controlled trial. Addiction, 104 (3), 402–412.
- National Academy of Sciences (2009):** Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities. The National Academies Press.
- O’Connell, H., Chin, A. V., Cunningham, C., Lawlor, B. (2003):** Alcohol use disorders in elderly people-redefining an age old problem in old age. BMJ: British Medical Journal, 327 (7416), 664–667.
- O’Leary Tevyaw, T., Monti, P. (2004):** Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. Addiction, 99 (Suppl. 2), 63–75.
- Pabst, A., Piontek, D., Kraus, L., Müller, S. (2010):** Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergeb- nisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. Sucht, 56 (5), 327–336.
- Penka, S., Krieg, S., Hunner, C., Heinz, A. (2003):** Unterschiedliche Erklärungsmodelle für abhängiges Verhal- ten bei türkischen und deutschen Jugendlichen. Bedeutung für Prävention und Behandlungsangebote. Der Nervenarzt, 74 (7), 581–586.
- Pentz, M. (2003):** Evidence-based prevention: characteristics, impact, and future direction. Journal of Psycho- active Drugs, 35 (Suppl. 1), 143–52.

- Petersen, K. U., Weymann, N., Schelb, Y., Thiel, R., Thomasius, R. (2009):** Pathologischer Internetgebrauch – Epidemiologie, Diagnostik, komorbide Störungen und Behandlungsansätze. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 77, 263–271.
- Petratis, J., Flay, B., Miller, T. (1995):** Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67–86.
- Putzig, I., Wedegärtner, F., Theodor te Wildt, B. (2010):** Medienabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen – Neue vielseitige Herausforderungen. *Public Health Forum*, 18 (67), 22e1–22e3.
- Robert Koch-Institut (2011):** KOLIBRI – Studie zum Konsum leistungsbeeinflussender Mittel in Alltag und Sport. Download unter [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Weitere\\_Studien/Kolibri/kolibri.pdf?\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Weitere_Studien/Kolibri/kolibri.pdf?_blob=publicationFile).
- Rosenthal, R., Rubin, D. B. (1982):** A simple general purpose display of magnitude of experimental effect. *Journal of Educational Psychology*, 74 (2), 166–169.
- Rumpf, J., Meyer, C., Kreuzer, A., John, U. (2011):** Prävalenz der Internetabhängigkeit. Download unter [http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Computerspiele\\_Internetsucht/Downloads/PINTA-Bericht-Endfassung\\_280611.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Computerspiele_Internetsucht/Downloads/PINTA-Bericht-Endfassung_280611.pdf).
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. C., Rosenberg, W., Haynes, R. M. (2000):** Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone.
- Shekelle, P., Woolf, S., Eccles, M., Grimshaw, J. (1999):** Developing guidelines. *BMJ*, 318, 593.
- Smith, L., Foxcroft, D. (2009):** The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health*, 9 (1), 51.
- Society für Prevention Research (2004):** Standards of Evidence. Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. Download unter [www.preventionresearch.org/StandardsOfEvidencebook.pdf](http://www.preventionresearch.org/StandardsOfEvidencebook.pdf).
- Steinberg, L. (2008):** A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28 (1), 78–106.
- Teske, A., Gohlke, A., Dickenhorst, U., Theis, P., Müller, K. (2012):** Empfehlungen des Fachverbandes Medienabhängigkeit für die Behandlung von Medienabhängigkeit im deutschen Sozial- und Gesundheitssystem. Internet: [www.fv-medienabhaengigkeit.de](http://www.fv-medienabhaengigkeit.de).
- Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G. A., Sturge, J., Rehm, J. (2007):** Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet*, 369 (9570), 1391–1401.
- Uhl, A. (1998):** 6 Phase Model. In: A. Springer, A. Uhl (Eds.): Evaluation research in regard to primary prevention of drug abuse. Brussels: European Commission Social Sciences. Download unter <http://www.api.or.at/sp/download.htm#1995>.
- Webb, T. L., Sniehotta, F. F., Michie, S. (2010):** Using theories of behaviour change to inform interventions for addictive behaviours. *Addiction*, 105 (11), 1879–1892.
- Weichold, K., Brambosch, A., Silbereisen, R. K. (2012):** Do Girls Profit More? Gender-Specific Effectiveness of a Life Skills Program Against Alcohol Consumption in Early Adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, 32 (2), 200–225.
- Weichold, K., Silbereisen, R. K. (2012):** Peers and Teachers as Facilitators of the Life Skills Program IPSY. *Sucht*, 58 (4), 247–258.
- Weyerer, S. (2010):** Suchtprobleme im höheren Lebensalter. *Public Health Forum* 18 (67), 13.e1.

**Weyerer, S. et al. (2009):** At-risk alcohol drinking in primary care patients aged 75 years and older. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. DOI:10.1002/gps.

**Wittchen, H. U., Behrendt, S., Höfler, M. et al. (2008):** What are the high risk periods for incident substance use and transitions to abuse and dependence? Implications for early intervention and prevention. *Int J Methods Psychiatr Res*, 17 (Suppl. 1), S16–S29.

## » 05.2

### Berücksichtigte Artikel

**Akbar, T., Baldacchino, A., Cecil, J., Riglietta, M., Sommer, B., Humphris, G. (2011):** Poly-substance use and related harms: A systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35 (5), 1186–1202.

**Bader, P., Boisclair, D., Ferrence, R. (2011):** Effects of tobacco taxation and pricing on smoking behavior in high risk populations: a knowledge synthesis. *Int J Environ Res Public Health*, 8 (11), 4118–4139.

**Bolier, L., Voorham, L., Monshouwer, K., van Hasselt, N., Bellis, M. (2011):** Alcohol and drug prevention in nightlife settings: a review of experimental studies. *Subst Use Misuse*, 46 (13), 1569–1591.

**Brinn, M. P., Carson, K. V., Esterman, A. J., Chang, A. B., Smith, B. J. (2010):** Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Reviews 2010, Issue 11*. Art. No.: CD001006.

**Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P. M., Schaunig-Busch, I., Ruths, S., Moesgen, D., Pflug, E., Klein, M., Thomasius, R. (2012):** Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 7, 23.

**Buth, S., Kalke, J. (2012):** Effekte von universellen und selektiven Präventionsmaßnahmen im Glücksspielbereich. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 7 (2), 142–147.

**Carey, K. B., Scott-Sheldon, L. A. J., Carey, M. P., DeMartini, K. S. (2007):** Individual-level interventions to reduce college student drinking: A meta-analytic review. *Addictive Behaviors*, 32 (11), 2469–2494.

**Carey, K. B., Scott-Sheldon, L. A. J., Elliott, J. C., Bolles, J. R., Carey, M. P. (2009):** Computer-delivered interventions to reduce college student drinking: a meta-analysis. *Addiction*, 104 (11), 1807–1819.

**Carson, K. V., Brinn, M. P., Labiszewski, N. A., Esterman, A. J. et al. (2011):** Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 7*. Art. No.: CD001291.

**Champion, K. E., Newton, N. C., Barrett et al. (2012):** A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the Internet. *Drug Alcohol Rev*, 32 (2), 115–123.

**Christakis, D. A., Garrison, M. M., Ebel, B. E., Wiehe, S. E., Rivara, F. P. (2003):** Pediatric smoking prevention interventions delivered by care providers – A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 25 (4), 358–362.

**Cronce, J. M., Larimer, M. E. (2011):** Individual-focused approaches to the prevention of college student drinking. *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 34 (2), 210–221.

- Derzon, J. H., Sale, E., Springer, J. F., Brounstein, P. (2005):** Estimating Intervention Effectiveness: Synthetic Projection of Field Evaluation Results. *The Journal of Primary Prevention*, 26 (4), 321–343.
- DiFranza, J. R. (2012):** Which interventions against the sale of tobacco to minors can be expected to reduce smoking? *Tob Control*, 21 (4), 436–442.
- DuBois, D. L., Holloway, B. E., Valentine, J. C., Cooper, H. (2002):** Effectiveness of mentoring programs for youth: a meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 30 (2), 157–197.
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Pachan, M. (2010):** A Meta-Analysis of After-School Programs That Seek to Promote Personal and Social Skills in Children and Adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 45 (3/4), 294–309.
- Elder, R. W., Lawrence, B., Ferguson, A., Naimi, T. S., Brewer, R. D., Chattopadhyay, S. K., Toomey, T. L., Fielding, J. E. (2010):** The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms. *Am J Prev Med*, 38 (2), 217–229.
- Fagan, A., Hawkins, J. D., Catalano, R. (2011):** Engaging communities to prevent underage drinking. *Alcohol Research & Health*, 34, 16–174.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., Lemma, P. (2008):** School-based prevention for illicit drugs use: a systematic review. *Prev Med*, 46 (5), 385–396.
- Fletcher, A., Bonell, C., Hargreaves, J. (2008):** School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies. *J Adolesc Health*, 42 (3), 209–220.
- Forster, J. L. (2007):** Policy interventions and surveillance as strategies to prevent tobacco use in adolescents and young adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 33 (Suppl. 6), S335–S339.
- Foxcroft, D. R., Tsertsvadze, A. (2011a):** Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 9. Art. No.: CD009308.
- Foxcroft, D. R., Tsertsvadze, A. (2011b):** Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 9. Art. No.: CD009307.
- Foxcroft, D. R., Tsertsvadze, A. (2011c):** Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 5. Art. No.: CD009113.
- Friend, K. B., Lipperman-Kreda, S., Grube, J. W. (2011):** The impact of local US tobacco policies on youth tobacco use: A critical review. *Open journal of preventive medicine*, 1 (2), 34–43.
- Gates, S., McCambridge, J., Smith, L. A., Foxcroft, D. (2009):** Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD005030.
- Gray, K. L., Browne, M. A. O., Prabhu, V. R. (2007):** Systematic review and meta-analysis of studies on early intervention and prevention for problem gambling. *Gambling Research Australia*. Download unter <http://www.austgamingcouncil.org.au/images/pdf/eLibrary/19059.pdf>.
- Hammond, D. (2011):** Health warning messages on tobacco products: a review. *Tob Control*, 20 (5), 327–337.
- Hwang, M. S., Yeagley, K. L., Petosa, R. (2004):** A Meta-Analysis of Adolescent Psychosocial Smoking Prevention Programs Published between 1978 and 1997 in the United States. *Health Education & Behavior*, 31 (6), 702–719.
- Isensee, B., Hanewinkel, R. (2012):** Meta-analysis on the effects of the smoke-free class competition on smoking prevention in adolescents. *Eur Addict Res*, 18 (3), 110–115.

- Jernigan, D. H. (2010):** The extent of global alcohol marketing and its impact on youth. *Contemporary Drug Problems*, 37 (1), 57–89.
- Johnston, V., Liberato, S., Thomas, D. (2012):** Incentives for preventing smoking in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD008645.
- Labbe, A., Maisto, S. (2011):** Alcohol expectancy challenges for college students: A narrative review. *Clinical Psychology Review*, 31, 673–683.
- Larimer, M. E., Cronce, J. M. (2007):** Identification, prevention, and treatment revisited: Individual-focused college drinking prevention strategies 1999–2006. *Addictive Behaviors*, 32 (11), 2439–2468.
- Lemstra, M., Bennett, N., Nannapaneni, U., Neudorf, C., Warren, L., Kershaw, T., Scott, C. (2010):** A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10–15. *Addiction Research and Theory*, 18 (1), 84–96.
- Loneck, B., Corrigan, M. J., Videka, L., Newman, L. J., Reed, J. C., Moonan, K. E. (2010):** Prevention Counseling and Student Assistance Programs: A Review of the Literature. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 19 (4), 279–299.
- Malone, R. E., Grundy, Q., Bero, L. A. (2012):** Tobacco industry denormalisation as a tobacco control intervention: a review. *Tobacco Control*, 21 (2), 162–170.
- Moreira, M. T., Smith, L. A., Foxcroft, D. (2009):** Social norms interventions to reduce alcohol misuse in university or college students. *Cochrane Database Of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD006748.
- Müller-Riemenschneider, F., Bockelbrink, A., Reinhold, T., Rasch, A., Greiner, W., Willich, S. N. (2008):** Long-term effectiveness of behavioural interventions to prevent smoking among children and youth. *Tob Control*, 17 (5), 301–302.
- Park, E. (2006):** School-based smoking prevention programs for adolescents in South Korea: a systematic review. *Health Educ Res*, 21 (3), 407–415.
- Petrie, J., Bunn, F., Byrne, G. (2007):** Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children < 18: A systematic review. *Health Education Research*, 22 (2), 177–191.
- Piontek, D., Bühler, A., Kröger, C. (2007):** Schulische Tabakprävention. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2 (2), 129–135.
- Porath-Waller, A. J., Beasley, E., Beirness, D. J. (2010):** A Meta-Analytic Review of School-Based Prevention for Cannabis Use. *Health Education & Behavior*, 37 (5), 709–723.
- Priest, N., Armstrong, R., Doyle, J., Waters, E. (2008):** Policy interventions implemented through sporting organisations for promoting healthy behaviour change. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews* 2008, Issue 3. Art. No.: CD004809.
- Roche, A. M., Bywood, P., Pidd, K., Freeman, T., Steenson, T. (2009):** Drug testing in Australian schools: policy implications and considerations of punitive, deterrence and/or prevention measures. *Int J Drug Policy*, 20 (6), 521–528.
- Roe, S., Becker, J. (2005):** Drug Prevention with Vulnerable Young People: A Review. *Drugs Education Prevention Policy*, 12 (2), 85–99.
- Saltz, R. (2011):** Environmental approaches to prevention in college settings. *Alcohol Research & Health*, 34, 204–209.
- Shek, D. T. (2010):** School drug testing: a critical review of the literature. *Scientific World Journal*, 10, 356–365.

- Sherman, E. J., Primack, B. A. (2009):** What Works to Prevent Adolescent Smoking? A Systematic Review of the National Cancer Institute's Research-Tested Intervention Programs. *Journal of School Health*, 79 (9), 391–399.
- Smit, E., Verdurmen, J., Monshouwer, K., Smit, F. (2008):** Family interventions and their effect on adolescent alcohol use in general populations: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug and Alcohol Dependence*, 97 (3), 195–206.
- Spoth, R., Greenberg, M., Turrisi, R. (2008):** Preventive interventions addressing underage drinking: State of the evidence and steps toward public health impact. *Pediatrics*, 121, S311–S336.
- Stead, L. F., Lancaster, T. (2008):** Interventions for preventing tobacco sales to minors. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. Art. No.: CD001497.
- Stolle, M., Sack, P.-M., Stappenbeck, J., Thomasius, R. (2010):** Familienbasierte Prävention bei Kindern und Jugendlichen. Das Strengthening Families Program. *Sucht*, 56 (1), 51–60.
- Tait, R. J., Christensen, H. (2010):** Internet-based interventions for young people with problematic substance use: a systematic review. *Medical Journal of Australia*, 192 (11), S15–S21.
- Thomas, R., Baker, P., Lorenzetti, D. (2007):** Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD004493.
- Thomas, R., Lorenzetti, D., Spragins, W. (2011):** Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 11. Art. No.: CD007381.
- Thomas, R., Perera, R. (2006):** School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD001293.
- Thomas, S., Fayer, D., Misso, K., Ogilvie, D., Petticrew, M., Sowden, A. et al. (2008):** Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: Systematic review. *Tobacco Control: An International Journal*, 17 (4), 230–237.
- Thompson, S. J., Pomeroy, E. C., Gober, K. (2005):** Family-Based Treatment Models Targeting Substance Use and High-Risk Behaviors Among Adolescents: A Review. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 2 (1/2), 207–233.
- Toomey, T. L., Lenk, K. (2011):** A review of environmental-based community interventions. *Alcohol Research & Health*, 34, 163–166.
- Toomey, T. L., Lenk, K. M., Wagenaar, A. C. (2007):** Environmental policies to reduce college drinking: An update of research findings. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68 (2), 208–219.
- Wachtel, T., Staniford, M. (2010):** The effectiveness of brief interventions in the clinical setting in reducing alcohol misuse and Binge-Drinking in adolescents: a critical review of the literature. *J Clin Nurs*, 19 (5–6), 605–620.
- Werb, D., Mills, E. J., Debeck, K., Kerr, T., Montaner, J. S., Wood, E. (2011):** The effectiveness of anti-illicit-drug public-service announcements: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65 (10), 834–840.
- West, S. L., O'Neal, K. K. (2004):** Project D.A.R.E. Outcome Effectiveness Revisited. *American Journal of Public Health*, 94 (6), 1027–1029.
- Wiehe, S. E., Garrison, M. M., Christakis, D. A., Ebel, B. E., Rivara, F. P. (2005):** A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up. *Journal of Adolescent Health*, 36 (3), 162–169.



---

# 06

---

## » 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.

### 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 (differenzielle Erfolgsrate; Rosenthal und Rubin 1982). Bei Ausbleiben eines Effekts wäre die Verteilung 50 : 50.

### Experimentalgruppe (EG)

- ◆ Die Gruppe, die an der präventiven Maßnahme teilnimmt.

### Expertenüberblick

- ◆ Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von präventiven Maßnahmen anhand von Experteninterviews oder Aussagen einer Expertin bzw. eines Experten, 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 sogenannte Number Needed to Treat (NNT). Beispiel: Eine NNT von 9 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 zu EG oder KG zugeordnet wird (zum Beispiel Klasse, Schule), eine andere ist, als 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.

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

- ◆ Missbrauch (mindestens ein Kriterium erfüllt): 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 Kriterien): 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.

### Meta-Analyse

- ◆ Übersichtsarbeit mit quantitativer Aussage (→ Effektstärke) zur Wirksamkeit von Maßnahmen.
- ◆ Quantitative Zusammenfassung der Ergebnisse vieler Einzelstudien nach vorgegebenem statistischem 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/-in anstatt Konsument/-in 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/-in vs. Nichtkonsument/-in – 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/-in zu sein. Bei einer Odds Ratio von .66 ist die Chance, als Mitglied der → Experimentalgruppe im Vergleich zu Mitgliedern der Kontrollgruppe Konsument/-in 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 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.

### 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 prozentuaalem Anteil an Konsumentinnen und Konsumenten in der → Experimental- und → Kontrollgruppe. Beispiel: In der EG rauchen 10 % und in der KG 15 %, dann ergibt sich ein absoluter Prozentunterschied von 5 %.

### Prozentunterschied, relativ

- ◆ Relativer Anteil an Konsumentinnen und Konsumenten in der EG, gemessen an den Prozenten der KG. Beispiel: In der EG rauchen 10 % und in der KG 15 %, dann 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 (Randomisierung). Dies ist bei randomisierten, kontrollierten Studien (RCT, randomized controlled trial) und bei kontrollierten Studien ohne Randomisierung (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 (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 erscheinen.
- ◆ Zum Beispiel → Meta-Analysen, systematische → Reviews.

### Review

- ◆ Übersichtsarbeit mit qualitativer Aussage zur Wirksamkeit von Maßnahmen.
- ◆ Qualitative Zusammenfassung der Ergebnisse vieler Einzelstudien nach mehr oder weniger nachvollziehendem, 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.

## **Fachheftreihe »Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung«**

- Band 1: Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen – Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Präventionsforschung. Von Klaus Riemann und Uwe Gerber im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60600000
- Band 2: Geschlechtsbezogene Suchtprävention – Praxisansätze, Theorieentwicklung, Definitionen. Abschlussbericht eines Forschungsprojekts. Von Peter Franzkowiak, Cornelia Helfferich und Eva Weise im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60602000
- Band 3: Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen. Eine Expertentagung der BZgA. Bestellnr.: 60603000
- Band 4: Prävention durch Angst? – Stand der Furchtappellforschung. Eine Expertise von Jürgen Barth und Jürgen Bengel im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60604000
- Band 5: Prävention des Ecstasykonsums – Empirische Forschungsergebnisse und Leitlinien. Dokumentation eines Statusseminars der BZgA vom 15. bis 17. September 1997 in Bad Honnef. Bestellnr.: 60605000
- Band 6: Was erhält Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise von Jürgen Bengel, Regine Strittmatter und Hildegard Willmann im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60606000
- Band 7: Starke Kinder brauchen starke Eltern – Familienbezogene Suchtprävention – Konzepte und Praxisbeispiele. Bestellnr.: 60607000
- Band 8: Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung – Eine Expertise. Von Gerhard Christiansen, BZgA, im Auftrag der Europäischen Kommission. Bestellnr.: 60608000
- Band 9: Die Herausforderung annehmen – Aufklärungsarbeit zur Organspende im europäischen Vergleich. Eine Expertise im Auftrag der BZgA und Ergebnisse eines internationalen Expertenworkshops vom 2. bis 3. November 1998 in Bonn. Bestellnr.: 60609000
- Band 10: Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – Eine länderübergreifende Herausforderung. Dokumentation einer internationalen Tagung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld in Zusammenarbeit mit dem WHO-Regionalbüro für Europa vom 4. bis 5. Februar 1999 in Bonn. Von Bernhard Badura und Henner Schellschmidt. Bestellnr.: 60610000
- Band 11: Schutz oder Risiko? – Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern. Eine Studie von Catarina Eickhoff und Jürgen Zinnecker im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60611000
- Band 12: Suchtprävention im Sportverein – Erfahrungen, Möglichkeiten und Perspektiven für die Zukunft. Dokumentation einer Fachtagung der BZgA vom 20. bis 22. März 2000. Bestellnr.: 60612000
- Band 13: Der Organspendeprozess: Ursachen des Organmangels und mögliche Lösungsansätze – Inhaltliche und methodenkritische Analyse vorliegender Studien. Von Stefan M. Gold, Karl-Heinz Schulz und Uwe Koch im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60613000
- Band 14: Ecstasy – »Einbahnstraße« in die Abhängigkeit? – Drogenkonsummuster in der Techno-Party-Szene und deren Veränderung in längsschnittlicher Perspektive. Eine empirische Untersuchung von H. Peter Tossmann, Susan Boldt und Marc-Dennan Tensil im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60614000
- Band 15: Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Bestellnr.: 60615000
- Band 16: »Früh übt sich ...« Gesundheitsförderung im Kindergarten – Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Fachtagung der BZgA vom 14. bis 15. Juni 2000 in Bad Honnef. Bestellnr.: 60616000
- Band 17: Alkohol in der Schwangerschaft – Ein kritisches Resümee. Bestellnr.: 60617000
- Band 18: Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung – Ein Überblick über die wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema. Bestellnr.: 60618000
- Band 19: Drogenkonsum in der Partyszene – Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand. Bestellnr.: 60619000

- Band 20: Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile – Eine empirische Studie. Von Jürgen Gerhards und Jörg Rössel im Auftrag der BZgA. BestellNr.: 60620000
- Band 21: Suchtprävention im Kinder- und Jugendsport – Theoretische Einordnung und Evaluation der Qualifizierungsinitiative »Kinder stark machen«. Eine Expertise von Prof. Dr. Klaus-Peter Brinkhoff und Uwe Gomolinsky im Auftrag der BZgA. BestellNr.: 60621000
- Band 22: Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte – Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Von Frank Lehmann, Monika Meyer-Nürnberg u.a. BestellNr.: 60622000
- Band 23: Illegale Drogen in populären Spielfilmen – Eine kommentierte Übersicht über Spielfilme zum Thema illegale Drogen ab 1995, mit ergänzenden Handlungsempfehlungen für den Einsatz von Spielfilmen im Rahmen der Suchtprävention. Von Sabine Goette und Renate Röllecke. BestellNr.: 60623000
- Band 24: Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland – Grundlagen und Konzeption. Von Bettina Schmidt. BestellNr.: 60624000
- Band 25: Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche – Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen. Von Anja Meurer und J. Siegrist. BestellNr.: 60625000
- Band 26: Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention. Von Ottomar Bahrs, Björn Jung, Marina Nave und Ulrike Schmidt. BestellNr.: 60626000
- Band 28: MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen – Evaluationsergebnisse des Fortbildungsmanuals sowie der ersten Implementierungsphase. Von Kordula Marzinzik und Angelika Fiedler. BestellNr.: 60628000
- Band 29: Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Von Anneke Bühler und Christoph Kröger. BestellNr.: 60629000
- Band 30: Jugendesskultur: Bedeutungen des Essens für Jugendliche im Kontext Familie und Peergroup. Von Silke Bartsch. BestellNr.: 60630000
- Band 31: Neue Wege in der Prävention des Drogenkonsums – Onlineberatung am Beispiel von drugcom.de. Von Peter Tossmann. BestellNr.: 60631000
- Band 32: drugcom.de – Modellhafte Suchtprävention im Internet. Jahres- und Evaluationsbericht 2005. Von Marc-Dennan Tensil, Benjamin Jonas und Dr. Peter Tossmann. BestellNr.: 60632000
- Band 33: Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme. Von Beate Hollbach-Grömig und Antje Seidel-Schulze. BestellNr.: 60633000
- Band 34: Expertise zum Stand der Prävention/Frühintervention in der frühen Kindheit in Deutschland. Von Manfred Cierpka, Michael Stasch, Sarah Groß. BestellNr.: 60634000
- Band 35: Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Von Jürgen Bengel, Frauke Meinders-Lücking und Nina Rottmann. BestellNr.: 60635000
- Band 36: Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Von Antje Richter und Marcus Wächter. BestellNr.: 60636000
- Band 37: Prävention im Fokus unterschiedlicher Perspektiven – Werkstattgespräche der BZgA mit Hochschulen. BestellNr.: 60637000
- Band 38: Die Jungen Alten – Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren. BestellNr.: 60638000
- Band 39: Die Rolle der Selbstwirksamkeit und Achtsamkeit bei der Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Menschen – Eine Projektdokumentation. BestellNr.: 60639000
- Band 40: Aufklärung zur Organ- und Gewebespende in Deutschland: Neue Wege in der Gesundheitskommunikation. BestellNr.: 60640000
- Band 41: Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier. Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention – KNP-Tagung am 18. und 19. Mai 2011 in Bonn. BestellNr.: 60641000

- Band 42: Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings. Von Nicole Tempel, Malte Bödeker, Natascha Reker, Ina Schaefer, Gabriele Klärs und Petra Kolip. Bestellnr.: 60640042
- Band 43: Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter – Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Von Jürgen Bengel und Lisa Lyssenko. Bestellnr.: 60643000
- Band 44: Alte Menschen – Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren. Von Josefine Heusinger, Kerstin Kammerer und Birgit Wolter. Bestellnr.: 60640044
- Band 45: Lebensphase Alter gestalten – Gesund und aktiv älter werden. Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention – KNP-Tagung in Zusammenarbeit mit dem BZgA-Arbeitsschwerpunkt »gesund und aktiv älter werden« am 22. und 23. Mai 2012 in Bonn. Bestellnr.: 60640045

Ausführliche Informationen zu dieser Fachheftreihe sowie zu anderen Schriftenreihen der BZgA finden sich im Internet unter [www.bzga.de](http://www.bzga.de) im Verzeichnis »Fachpublikationen«.

Alle bisher erschienenen Fachhefte stehen unter dieser Adresse auch vollständig als PDF-Datei zum Herunterladen zur Verfügung.



**BZgA**

Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung

Die vorliegende Expertise hat zum Ziel, die Wirksamkeit suchtpräventiver Interventionsansätze und -maßnahmen anhand von qualitativ hochwertigen Übersichtsartikeln (Reviews und Meta-Analysen) zu beurteilen. Insgesamt 64 wissenschaftliche Arbeiten aus den Jahren 2004 bis 2012 wurden ausgewertet. Sie geben Auskunft darüber, welche universellen bzw. selektiven Präventionsansätze eine Verhinderung, Verzögerung oder Verringerung des Konsums von Tabak, Alkohol, Cannabis und anderen illegalen psychoaktiven Substanzen bewirken. Auch Ansätze zur Prävention des problematischen Glücksspielverhaltens werden hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bewertet.

Die Expertise stellt eine Aktualisierung des Fachhefts 29 aus dem Jahr 2006 dar. Sie richtet sich an Verantwortliche für Suchtprävention auf allen handlungspolitischen Ebenen und an Personen, die mit der Entwicklung und Durchführung suchtpräventiver Maßnahmen betraut sind. In insgesamt 91 Schlussfolgerungen wird die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen in den Handlungsfeldern Familie, Schule, Freizeit, Medien, Gesundheitsversorgung, Kommune und gesetzliche Rahmenbedingungen bewertet. Abschließend wird der Begriff der Evidenzbasierung für die Weiterentwicklung der suchtpräventiven Versorgung diskutiert.