

EUROPÄISCHES PRÄVENTIONSCURRICULUM

HANDBUCH ZUR WISSENSCHAFTSBASIERTEN PRÄVENTION
FÜR ENTSCHEIDUNGSTRÄGER, MEINUNGSBILDNER UND POLITIKER

I IMPRESSUM

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. FINDER übernimmt keine Verantwortung oder Haftung für Folgen, die sich aus der Verwendung der in diesem Dokument enthaltenen Daten ergeben. Der Inhalt dieser Veröffentlichung spiegelt nicht unbedingt die offiziellen Meinungen eines EU-Mitgliedstaates oder einer Behörde oder Institution der Europäischen Union wider.

Diese Veröffentlichung wurde im Rahmen des europäischen Projekts UPC-Adapt entwickelt, das von der Europäischen Kommission kofinanziert wurde (Projektnummer JUST-2015-AG-DRUG).

FINDER Akademie, 2019

Die Vervielfältigung ist unter Angabe der Quelle gestattet.

Print 978-3-949067-00-6

PDF 978-3-949067-01-3

Empfohlene Zitierweise: FINDER Akademie (2019), Europäisches Präventionscurriculum: Handbuch zur wissenschaftsbasierten Prävention für Entscheidungsträger, Meinungsbildner und Politiker. Edition Psychoaktive Substanzen, Berlin.



Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



Europäische Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht

INHALTSVERZEICHNIS

4	Danksagung
5	Abkürzungen
6	Grußwort
7	Verwendungshinweis
8	Vorbemerkung
10	Einführung
	ABSCHNITT I
	Grundlegende Konzepte wirksamer Prävention
19	Kapitel 1 Epidemiologie – Art und Umfang der Problemstellung verstehen
33	Kapitel 2 Grundlagen der Präventionsforschung und evidenzbasierter Präventionsmaßnahmen
41	Kapitel 3 Evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen und –strategien
57	Kapitel 4 Monitoring und Evaluation
	ABSCHNITT II
	Präventionsansätze in verschiedenen Settings
71	Kapitel 5 Prävention im Setting Familie
81	Kapitel 6 Prävention in den Settings Schule und Arbeitsplatz
91	Kapitel 7 Verhältnisprävention
101	Kapitel 8 Medienbasierte Prävention
109	Kapitel 9 Prävention im Setting Kommune
117	Kapitel 10 Advocacy für Prävention
119	Abschließende Bemerkungen
120	Literaturverzeichnis
122	Anhang

I DANKSAGUNG

Die FINDER Akademie, vertreten durch Maximilian von Heyden und Henrik Jungaberle, bedankt sich bei Peer van der Kreeft, Annemie Coone, Fernke Dewulf, Morjolein De Pau (dem Leitungsteam bei HoGent, University College Ghent, Belgien) und den folgenden Mitwirkenden des UPC-Adapt Projektes:

- Michal Mioviský, Roman Gabrhelik, Michaela Malinová (CUNI, Charles University, Tschechien)
- Rachele Donini, Roberto Carrozzino, Daniela Congiu, Marco Piana, Anna Zunino (ASL Savona, Local Health Agency n. 2 Savonese, Italien)
- Valentina Kranzelic, Martina Feric, Miranda Novak, Josipa Mihic (ERF, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences, University of Zagreb, Kroatien)
- Sanela Talić, Matej Košir (UTRIP, Institute for Research and Development, Slowenien)
- Karin Streimann, Triin Sokk, Katri Abel-Ollo, Tiia Pertel (TAI, National Institute for Health Development, Estland)
- Carmen Orte, Lluís Ballester, Marga Vives, Maria Antònia Gomila, Joan Amer, Miren Fernández de Álava (UIB, University of the Balearic Islands, Spanien)
- Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Piotr Sędek (PARPA, The State Agency for Prevention of Alcohol-Related Problems, Polen)
- Claudia Meroni, Corrado Celata, Giusi Gelmi, Nadia Vimercati (ATS Milano, Milano Health Protection Agency, Italien)

Darüber hinaus möchten wir Frederick Groeger-Roth (Landespräventionsrat Niedersachsen) und Christine Liermann (Stiftung Deutsches Forum für Kriminalprävention) für die Unterstützung bei der Realisierung des Projekts und dessen Einführung in Deutschland danken. Zahlreiche Personen haben an der Realisierung der deutschen Fassung der Arbeitsmaterialien mitgewirkt, von denen Vivien Voit, Svenja Goetzke, Josie Janneck, Patrick Wentorp, Anne Buder und Marie Kernkes besondere Würdigung verdienen.

Diese Publikation wurde in Zusammenarbeit mit Gregor Burkhart (EBDD), Zili Sloboda (Applied Prevention Science International) und Jeff Lee (International Society of Substance Use Professionals) entwickelt.

I ABKÜRZUNGEN

CTC	Communities That Care
DAP	The Colombo Plan's Drug Advisory Programme
EDPQS	Europäische Qualitätsstandards zur Suchtprävention
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
ESPAD	European School Survey project on Alcohol and other Drugs
EUPC	Europäisches Präventionscurriculum
EUSPR	European Society for Prevention Science
HBSC	World Health Organization's Collaborative Cross-National Survey on Health Behaviour in School-Aged Children
NGO	Non-Governmental Organisation
NREPP	National Registry of Evidence Based Programs and Policies
RCT	Randomized Controlled Trial
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
UPC	Universal Prevention Curriculum
UPC-ADAPT	Universal Prevention Curriculum (as adapted for Europe)
WHO	Weltgesundheitsorganisation

I GRUSSWORT

Das große Ziel der Bildung ist nicht Wissen, sondern Handeln.

- Herbert Spencer

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

Die Prävention gesundheitsriskanter oder anderer Problemverhaltensweisen ist in der Bundesrepublik Deutschland von zahlreichen Widersprüchen geprägt und bleibt in ihrer Praxis trotz der im internationalen Vergleich hervorragenden sozialgesetzgeberischen und strukturellen Voraussetzungen noch immer hinter ihrem Potenzial zurück, einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Lage von insbesondere vulnerablen Bevölkerungsgruppen zu leisten – auch, da mit Ausnahme einiger dauerhaft verankerter Programme und Kampagnen vielerorts noch immer auf Interventionen gesetzt wird, von denen keine relevanten Effekte zu erwarten sind.

Die Investition öffentlicher Gelder im Namen vulnerabler Zielgruppen und mit dem Argument der effektiven Adressierung spezifischer Probleme muss sich jedoch stets bereitwillig der Frage stellen, ob die postulierten Ziele auch (auf ethische Weise) erreicht wurden. Häufig werden zur Beantwortung dieser Frage jedoch ausschließlich akzessorische Prozessfaktoren wie z.B. die Einbeziehung der Zielgruppe oder Empowerment in den Mittelpunkt des Interesses gerückt. Diese sind natürlich unerlässlich und genießen zurecht einen hohen Stellenwert, doch die beobachtbare Vernachlässigung der Frage nach echten Wirksamkeitsnachweisen birgt die Gefahr, dass Interventionen mit unwirksamen oder potenziell schädlichen Komponenten bei einer Beurteilung als vorbildlich klassifiziert werden.

Eine vor diesem Hintergrund erfreuliche Weiterentwicklung ist das 2016 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (PrävG). Eine der darin getroffenen, zentralen Neuregelungen stellt die Einführung der Gesundheitsförderung in nicht-betrieblichen Lebenswelten als neuen § 20a in das SGB V dar. Das Gesetz greift damit die bereits erprobte Praxis aus dem „Leitfaden Prävention“ der Gesetzlichen Krankenversicherungen zum Settingansatz auf und leitet einen Paradigmenwechsel in Richtung einer verstärkten Förderung der Verhältnisprävention ein, die an empirisch sinnvollen Kriterien ausgerichtet sein soll.

Verhältnisprävention fokussiert automatische Prozesse, die menschliches Handeln subtil beeinflussen. Sie setzt somit weniger Ressourcen von Seiten der Zielgruppen voraus und wirkt damit dem „Präventionsdilemma“ entgegen, das die Verschärfung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheit durch verhaltenspräventive Maßnahmen beschreibt. Weiter gedacht, kann Prävention nur als „evidenzbasierte Sozialisation“ konzeptualisiert werden, d.h. sie spricht mehr als nur das Individuum oder spezifische (sozial) unerwünschte Outcomes wie Substanzgebrauchsstörungen oder Gewalt an. Stattdessen wirkt sie in allen Verhaltensbereichen, die eine wesentliche hypersoziale Komponente haben: wo also die Dynamik zwischen individuellen Voraussetzungen wie z.B. verminderter Impulskontrolle mit sozialen (und im Falle von psychoaktiven Substanzen pharmakologischen) Stimuli zu potenziell selbst- und / oder fremdschädigenden Verhaltensweisen führen kann.

Diese Sichtweise und die darauf begründeten Interventionen stützen sich auf die akkumulierten Erkenntnisse der Präventionsforschung, die in Form zahlreicher Publikationen, Register und Standards in den vergangenen 20 Jahren zusammengetragen und zugänglich gemacht wurden. Diese bilden neben dem Universal Prevention Curriculum die Grundlage für das vorliegende Manual, das von einem interdisziplinären Konsortium aus neun EU-Ländern im Rahmen des Projekts „UPC-adapt“ entwickelt wurde und die wesentlichsten Informationen übersichtlich zugänglich macht. Während das Beispielthema der vorliegenden Ausgabe die Prävention von Substanzgebrauchsstörungen ist, können das Curriculum und die darin vermittelten Kompetenzen auch auf andere Bereiche, wie z.B. die Gewaltprävention übertragen und angewendet werden.

Ich wünsche Ihnen eine angeregte Lektüre und spannende Diskussionen im Rahmen der Weiterbildung.

Mit freundlichen Grüßen

Maximilian von Heyden

I VERWENDUNGSHINWEIS

Dieses Handbuch wurde mit dem Hauptziel entwickelt, als Referenzmaterial für das Qualifizierungsprogramm zum Europäischen Präventionscurriculum (EUPC) verwendet zu werden. Interessierten Lesern bietet es unabhängig davon eine allgemeine Einführung in die Präventionsforschung und insbesondere in wissenschaftsbasierte Interventionen.

Dieses Handbuch darf nur dann im Rahmen von Weiterbildungen oder anderen Bildungsveranstaltungen eingesetzt werden, wenn die hierzu notwendige Qualifizierung erfolgreich absolviert wurde.

Die Kriterien für die Durchführung der EUPC-Kurse finden Sie unter <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum>, zusammen mit Angaben zu aktuellen Anbietern - in Deutschland die gemeinnützige FINDER Akademie in Berlin. Kontaktieren Sie info@finder-akademie.de oder eupc@emcdda.europa.eu für weitere Informationen und Feedback.

I VORBEMERKUNG

Das Europäische Präventionscurriculum (EUPC) ist ein wissenschaftlich fundiertes und praxiserprobtes Weiterbildungs- und Qualifizierungsprogramm. Es wurde entwickelt, um die Effektivität, Effizienz und Nachhaltigkeit der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland und Europa durch die Förderung von Wissen und Handlungskompetenz zu steigern.

Das EUPC verschafft einen umfassenden Überblick über mehr als 20 Jahre Forschung zum Thema Prävention und vermittelt die fachliche Kompetenz, um dieses Wissen in betrieblichen und nicht-betrieblichen Settings in eine wirksame, ethisch fundierte und nachhaltige Präventionspraxis zu transformieren.

Das EUPC wurde von einem interdisziplinären Konsortium aus neun EU-Ländern im Rahmen des von der Europäischen Kommission kofinanzierten Projekts "UPC-adapt" entwickelt und erprobt. Es basiert auf den zentralen Ergebnissen international anerkannter Präventionscurricula und Standards, wie dem *Universal Prevention Curriculum – UPC*, den *International Standards on Drug Use Prevention* und den *Europäischen Qualitätsstandards zur Suchtprävention – EDPQS*.

Das EUPC wird in Form dieses Manuals und einer zwei bis fünftägigen Weiterbildung durch, von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) anerkannten Partnern (in Deutschland die FINDER Akademie) für die Praxis zugänglich gemacht.

Der thematische Schwerpunkt des EUPC liegt auf der Prävention des Konsums von psychoaktiven Substanzen (Alkohol, Tabak und andere Drogen) sowie der Reduktion der damit verbundenen individuellen und gesellschaftlichen Folgen.

Das Curriculum und die Weiterbildung sind so konzipiert, dass die darin enthaltenen Erkenntnisse und Instrumente universell auf weitere Präventionsbereiche (z.B. Gewalt, dissoziales Verhalten, Glücksspiel, übermäßige Mediennutzung usw.) angewendet werden können.

I AN WEN RICHTET SICH DAS EUPC?

Das EUPC wurde speziell entwickelt, um Entscheidungsträgern in Politik und Verwaltung sowie Meinungsmachern essentielles Präventionswissen über die effektivsten evidenzbasierten Maßnahmen und -ansätze zu vermitteln. Zu dieser Gruppe gehören Präventionskoordinatoren, Präventionsspezialisten oder politische Entscheidungsträger, die für Prävention und Gesundheitsförderung in Ihren Organisationen verantwortlich sind. Diese Gruppe umfasst auch Praktiker, die einen gestaltenden Einfluss in ihrem Arbeitsumfeld haben. Diese können sich auf kommunaler, regionaler oder Landesebene befinden. Sie können beispielsweise Leiter von NGOs sein, die sich mit Prävention befassen, Präventionskoordinatoren in einer Regionalverwaltung, Beamte, die Strategien entwickeln und Präventionsmaßnahmen in einer Kommune etablieren, oder Interessenvertreter und Kommunalkoalitionen.

Das EUPC hat einen besonderen Fokus auf diese Personengruppe, da sie eine Schlüsselrolle bei der Gestaltung und Entwicklung von Präventionssystemen spielt. Diese verfügt möglicherweise bereits über Kenntnisse im Bereich der Prävention, und dieses Curriculum wird ihr Fachwissen vertiefen.

Die Verbreitung von Innovationen und wissenschaftsbasierten Ansätzen in den staatlich organisierten Präventionssystemen Europas erfordert Veränderungen in der Entscheidungsfindung über Finanzierung und Prioritätensetzung, einschließlich der Abschaffung populärer, aber wirkungsloser Ansätze. Es ist zunehmend akzeptiert, dass die Qualifizierung von Entscheidungsträgern und Meinungsmachern vor oder neben der Weiterbildung von Fachkräften in der Praxis unerlässlich ist. Andernfalls könnten Versuche zur Innovation und Verbesserung der Präventionspraxis durch gut ausgebildete Mitarbeiter an vorderster Front, wie z.B. Lehrern, Gesundheitsförderern oder Sozialpädagogen blockiert werden, da wissenschaftsbasierte Prävention oft als kontraintuitiv und herausfordernd für die etablierte Praxis angesehen wird.

Das EUPC Qualifizierungsprogramm wurde entwickelt, um das von dieser Gruppe benötigte Präventionswissen unter Berücksichtigung ihrer zeitlichen Eingeschränktheit zu vermitteln. Es gibt einen knappen, aber informativen und praktisch nützlichen Überblick über Themen wie: Ätiologie und Epidemiologie, Prävention in Lebenswelten (Settings), Verhältnisprävention, Evaluation und Monitoring, Öffentlichkeitsarbeit etc.

I EINFÜHRUNG

I WESHALB IST PRÄVENTION SO WICHTIG?

Prävention wirkt sich positiv auf die Gesundheit von Individuen und die wirtschaftliche Entwicklung von Gesellschaften aus. Sie steigert den Bildungserfolg von Kindern und die Produktivität am Arbeitsplatz. Außerdem reduziert sie die Belastung des Gesundheits- und Sozialsystems.

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beträgt der Anteil nichtübertragbarer Krankheiten an den weltweit registrierten Todesfällen mittlerweile bis zu 60%. Diese Todesfälle sind nicht auf Infektionskrankheiten, sondern auf Lebensstilentscheidungen, sozioökonomische Faktoren, sowie Arbeits- und Umweltbedingungen zurückzuführen. Die zunehmende Wahrnehmung dieser Problematik hat viele Länder dazu veranlasst, Präventionsstrategien und -maßnahmen zu entwickeln, die Ernährung, Bewegung oder Substanzkonsum adressieren.

Strategien zur Gesundheitsförderung sollen Individuen und Gemeinschaften dazu motivieren und befähigen, Verhaltensentscheidungen zu treffen, die vermeidbare Krankheitsrisiken reduzieren und sich positiv auf deren Gesundheitszustand auswirken.

Die Einführung und Aufrechterhaltung evidenzbasierter Präventionsmaßnahmen, die Menschen in ihren Lebens- und Arbeitswelten adressieren, ist ein wichtiger Baustein moderner Gesundheitspolitik. Prävention ergänzt Gesundheitsförderung, unterscheidet sich aber dadurch, dass sie sich methodisch auf spezifisch veränderbare Risiko- und Schutzfaktoren konzentriert, von denen angenommen wird oder bekannt ist, dass sie Krankheiten verursachen oder verhindern.

Suchtprävention zielt beispielsweise darauf ab, Menschen davon abzuhalten psychoaktive Substanzen zu konsumieren oder den Beginn des Konsums zu verzögern. Sie kann auch konsumierende Personen dabei unterstützen, die Entwicklung von Substanzgebrauchsstörungen und die damit verbundenen gesundheitlichen und sozialen Risiken zu vermeiden. Prävention hat auch eine umfassendere Absicht: zur gesunden und sicheren Entwicklung von Kindern und Jugendlichen beizutragen, damit diese ihre Fähigkeiten und Potenziale voll entfalten können.

DAS EUROPÄISCHE PRÄVENTIONS-CURRICULUM (EUPC)

Das EUPC konzentriert sich auf die Anwendung der wichtigsten Erkenntnisse international etablierter Präventionscurricula auf reale Situationen und Kontexte in Europa. Diese sind entscheidend, um dem *EU Consensus for minimum quality standards in the prevention, treatment and harm reduction of Illicit Drugs (EQUS)* zu entsprechen. Der Schwerpunkt liegt folglich auf der Prävention des Konsums von psychoaktiven Substanzen beziehungsweise der Verhinderung von Problemen, die im Zusammenhang mit dem Missbrauch von psychoaktiven Substanzen auftreten können. Gleichwohl lässt sich der Inhalt dieses Curriculums universell auf andere riskante Verhaltensweisen und den damit verbundenen Gesundheitsrisiken anwenden (z.B. Ernährung, Bewegung, Gewalt und dissoziales Verhalten, Glücksspiel, übermäßiger Medienkonsum usw.) und gibt Anregungen, wie diesen durch Prävention sinnvoll begegnet werden kann.

Das EUPC bietet einen umfassenden Überblick über mehr als 20 Jahre Präventionsforschung und beantwortet die Frage, wie deren Erkenntnisse weltweit zur Fundierung der Präventionspraxis angewendet werden können. Die Beschäftigung mit evidenzbasierter Prävention belohnt Fachkräfte mit praktikablen und wirksamen Instrumenten, die bei der Anwendung in verschiedenen Settings einen bedeutsamen Unterschied machen können.

I LERNZIELE

- Die Grundlagen der Epidemiologie am Beispiel der Entstehung und des Verlaufs des Konsums von psychoaktiven Substanzen
- Die Bedeutsamkeit von Prävention zur Verhinderung oder Abmilderung der mit Risikoverhaltensweisen verbundenen Morbidität und Mortalität;
- Einen Überblick über die wissenschaftlichen Grundlagen präventiven Handelns am Beispiel der Prävention des Missbrauchs von psychoaktiven Substanzen zu gewinnen:
 - Das Wer, Was, Wann, Wo und Wie des Substanzkonsums.
 - Der Einfluss von individuellen und umweltbezogenen Faktoren auf das Risiko.
 - Die Bedeutung von Verhaltens- und Entwicklungsfaktoren, sowohl für den gezielten Einsatz von Interventionen als auch für die Anpassung von Kommunikations- und Interventionsstrategien.
 - Wie man empirisch begründete Theorien der Verhaltensänderung anwendet.
 - Die besondere Rolle der Wissenschaft für das Verständnis, wie wirksame Interventionen "funktionieren".
- Die Hintergründe und Prinzipien, die der Entwicklung der UNODC International Standards on Drug Use Prevention und den Europäischen Qualitätsstandards zur Suchtprävention zugrunde liegen.
- Die Bedeutsamkeit einer genauen Umsetzung von Präventionsmaßnahmen sowie deren Sicherstellung durch Kontrolle und Evaluation.
- Die wesentlichen Komponenten evidenzbasierten Handelns in Prävention und Politik für verschiedene Kontexte, wie Familie, Schule, Arbeitsplatz, Kommune, Umwelt und in den Medien.
- Die Grundsätze wirksamer Advocacy für fundiertes präventives Handeln und effektive Öffentlichkeitsarbeit

I VERWENDUNG DIESES HANDBUCHS

Dieses Handbuch ist als zentrales Referenzdokument für Weiterbildungsteilnehmer und Ausbilder gedacht. Es enthält weiterführende und vertiefende Informationen zu den Themen des EUPC Qualifizierungsprogramms, die bei der Umsetzung des Gelernten in die Praxis dienlich sind.

Die Einführung beschreibt das EUPC und gibt eine allgemeine Beschreibung der Rolle von Präventionsfachkräften in Europa. Auch die ethischen Fragen der Präventionsarbeit werden kurz besprochen.

Kapitel 1 arbeitet den Zusammenhang zwischen Epidemiologie und ätiologischen Theorien heraus und ermöglicht ein Verständnis für die Rolle, die Präventionsmaßnahmen in Bezug auf die Entwicklung von Substanzgebrauchsstörungen spielen können.

Kapitel 2 fasst einige gängige Theorien zusammen, die von Wissenschaftlern bei der Entwicklung und Bewertung wirksamer Präventionsmaßnahmen und -strategien verwendet werden. Das Bewusstsein für diese ist wichtig, um zu verstehen, welche Elemente für die Entwicklung und/oder Anpassung von Präventionsmaßnahmen in verschiedenen Kontexten und Settings notwendig und nützlich sind.

Kapitel 3 diskutiert evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen und -strategien und konzentriert sich auf die Internationalen Standards des UNODC und die Europäischen Qualitätsstandards zur Suchtprävention (EDPQS) der EBDD. Das Kapitel stellt evidenzbasierte Ansätze, die für den Einsatz standardisierter Interventionen argumentieren, maßgeschneiderten Ansätzen gegenüber, die sich auf Berufserfahrung und Bedarfslagen gründen. Diese Diskussion verdeutlicht, wie unterschiedliche Ansätze in Europa eingesetzt werden.

Kapitel 4 ist dem Monitoring und der Evaluation gewidmet. Es wird ein Überblick über die verschiedenen Arten der Evaluationsforschung gegeben, mit denen die Wirkungen einer Intervention oder politischen Strategie überwacht oder bewertet werden können.

Die darauffolgenden Kapitel beschreiben die wichtigsten Merkmale der Prävention in den Settings Familie, Schule, Betrieb und Kommune (Kapitel 5, 6, 9), der Verhältnisprävention (Kapitel 7) und des professionellen Einsatzes von Medien im Dienste der Prävention (Kapitel 8). Für jedes Themenfeld werden die spezifischen Problemlagen und Herausforderungen des jeweiligen Ansatzes diskutiert (z.B. die Schwierigkeit Familien in Präventionsmaßnahmen einzubeziehen, der Widerstand gegen Präventionshinweisen in den Medien oder Erschwernisse bei der Implementierung präventiver Maßnahmen im Nachtleben). Außerdem stehen evidenzbasierte Praktiken in Europa im Fokus sowie deren ausführlichere Diskussion.

Mehrere zentrale Aspekte werden im Rahmen des Qualifizierungsprogramms und des Arbeitsmaterials hervorgehoben. Der erste ist die *Definition des Substanzkonsums*, also der bewussten Einnahme von psychoaktiven Substanzen, die Gefühle, Wahrnehmungen, Gedanken und/oder Verhaltensweisen zu verändern vermögen. Psychoaktive Substanzen sind z.B. Nikotin (Tabak), Alkohol, Cannabis, Kokain, Heroin und psychoaktive verschreibungspflichtige Medikamente. Sie können gesetzlich kontrolliert (im Rahmen des Übereinkommen der Vereinten Nationen) oder nicht kontrolliert sein (z.B. neue psychoaktive Substanzen; NPS), obwohl die letztgenannte Gruppe nach nationalem Recht der EU-Mitgliedstaaten kontrolliert werden

könnte oder teilweise wird. Im EUPC verzichten wir bewusst auf die pauschale Benutzung des Begriffs "Drogenmissbrauch", da dies ein mehrdeutiges Konzept ist und in einigen Fällen als ungerechtfertigte Wertung betrachtet werden muss. Wenn wir uns stattdessen auf den Substanzkonsum beziehen, der mit erheblichen Schäden verbunden ist, verwenden wir den Begriff "Substanzgebrauchsstörungen". Das EUPC führt auch andere Begriffe ein, die Muster des Substanzgebrauchs beschreiben, die nicht zwangsläufig mit erheblichen Schäden verbunden sein müssen. Diese Themen werden in Kapitel 1 näher erläutert.

Ein weiteres Schwerpunktthema ist die Präventionsforschung, die ein Verständnis der Faktoren vermittelt, die mit der Initiierung und dem Fortschreiten des Substanzkonsums verbunden sind: Welche Auswirkungen Substanzgebrauch auf Einzelpersonen, Familien, Schulen, Kommunen und Länder hat und wie er mit effektiven Strategien, Richtlinien und Interventionen adressiert werden kann. Das UNODC hat eine umfassende Analyse der international verfügbaren Präventionsansätze und -maßnahmen durchgeführt, um die effektivsten zu identifizieren.

Effektive Interventionen, die auch als *evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen und -strategien* bekannt sind, stehen weltweit zur Implementierung bereit. Das EUPC Qualifizierungsprogramm soll Präventionsexperten bei der Auswahl und Umsetzung, sowie dem Monitoring und der Evaluation zielgruppengerechter Maßnahmen und Strategien unterstützen.

Die Präventionsforschung hat Themen wie den Substanz und andere Risikoverhaltensweisen als entwicklungsrelevant identifiziert. Das bedeutet, dass die Faktoren, die zum Auftreten des gesundheitsriskanten Verhaltens führen bereits früh auftreten und wirken, jedoch häufig erst in der späten Kindheit und Adoleszenz in Form von Verhalten sichtbar werden. Daher ist es erforderlich ein Verständnis dafür zu entwickeln, wie man in verschiedenen Lebensphasen und über die gesamte Lebensspanne hinweg präventiv tätig werden kann.

Ein weiteres Thema ist, dass Substanzkonsum und andere riskante Verhaltensweisen in der Regel das Ergebnis *negativer Wechselwirkungen zwischen Umweltfaktoren und den Eigenschaften von Individuen bzw. einer gescheiterten Sozialisation* sind. Zum Beispiel können junge Menschen, die *Sensation-seeker* sind und keine positive Erziehung erfahren haben, anders auf alkoholfreundliche Marketing-Umgebungen, wie beispielsweise Sportsponsoring, reagieren, als solche, die dieses Persönlichkeitsmerkmal nicht aufweisen oder eine Erziehung hatten, die ihr *Sensation-seeking* zu konstruktiven Verhaltensweisen hinleiten würde. Evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen sollen in diesen unterschiedlichen

Umgebungen - z.B. Familie, Schule, Arbeitsplatz, Kommune und Umwelt - positiv eingreifen - um die Interaktion zwischen Kindern und ihren Eltern, Kindern und der Schule, Mitarbeitern und ihrem Betrieb, sowie den Bürgern und ihrer Kommune zu verbessern und das Erleben von Sicherheit und Unterstützung zu steigern. Deshalb entwickeln wir Curricula, die Präventionsfachkräfte in all diesen Settings unterstützen sollen.

Geschulte Präventionsfachkräfte müssen über ein breites, multidisziplinäres Wissen verfügen - einschließlich der Epidemiologie, Soziologie und Psychologie. Die Anwendung der folgenden Fähigkeiten sind Gegenstand dieses Handbuchs und der begleitenden Weiterbildung:

1. Beurteilung der Art und des Umfangs des Substanzgebrauchs in einer Region, einschließlich Datenerhebung und -analyse;
2. Identifikation der am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen und die Bereitstellung einer angemessenen Bedarfsanalyse;
3. Bildung von Netzwerken, um die identifizierten Probleme wirksam zu adressieren;
4. Überzeugung relevanter Stakeholder vom Wert evidenzbasierter Programme und Strategien;
5. Unterstützen bei der Auswahl und Evaluation von bedarfsgerechten Präventionsmaßnahmen;
6. Implementierung, Monitoring der Einführung evidenzbasierter Maßnahmen und die Evaluation der Ergebnisse (ggf. in Zusammenarbeit mit einem Forschungsteam);
7. Förderung der Umsetzungsgenauigkeit und Nachhaltigkeit von Interventionen unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Durchführbarkeit und Akzeptanz.

I DIE ROLLE DER PRÄVENTIONSFACHKRAFT

Bis vor kurzem gab es nur wenige Quellen, die eine umfassende Übersicht der zentralen Tätigkeiten und Kompetenzen aufgezeigt haben, die von Präventionsfachkräften zur Erfüllung ihrer Aufgabe benötigt werden. Präventionsbezogene Qualifizierungs- und Weiterbildungsangebote sind in Europa durch eine hohe Diversität gekennzeichnet, was eine einheitliche und ausführliche Definition der Präventionsfachkraft erschwert (Gabrielik, et.al., 2015). Das EUPC strebt die Standardisierung der Aus- und Weiterbildung von Präventionsfachkräften an, um die mit Prävention befassten Personen in ganz Europa in ihrem professionellen Selbstverständnis zu stärken. Dieser ist nur einer der Schritte, die notwendig sind, um die Funktion und Akzeptanz der Präventionsfachkraft weiter zu formalisieren.

Wir verwenden den Begriff "Präventionsfachkraft" für Entscheidungsträger in Politik, Verwaltung und sozialen Organisationen, sowie Meinungsmacher, die für die Planung, Durchführung und Überwachung von Präventionsmaßnahmen in einem definierten geografischen Gebiet verantwortlich sind. Dies können z.B. Koordinatoren von Praktikern vor Ort sein, die bei der Durchführung oder Überwachung von Präventionsmaßnahmen unterstützen oder Behördenmitarbeiter, die als Gesicht und Stimme der Prävention in der Gesellschaft auftreten.

Derzeit haben mehrere nationale und internationale Gruppen Materialien veröffentlicht, in welchen beschrieben wird, welche Fähigkeiten benötigt werden, um qualitativ hochwertige Präventionsmaßnahmen umzusetzen. Zu diesen Ressourcen gehören die UNODC (2013) International Standards on Drug Use Prevention, die EDPQS der EBDD (2011) und die Standards des International Certification and Reciprocity Consortium for Addiction and Prevention Professionals (www.internationalcredentialing.org). Vieles von dem, was in diesem Curriculum dargestellt wird, stammt aus diesen Quellen.

Das EDPQS-Handbuch beschreibt Qualitätsstandards für Präventionsfachkräfte. Das Handbuch enthält vier Kompetenzbereiche, die sich auf die Bereitstellung von Maßnahmen beziehen: i) Allgemeine Kompetenzen, ii) grundlegende Interventionskompetenzen, iii) spezifische Interventionskompetenzen und iv) Meta-Kompetenzen.

- Allgemeine Kompetenzen beziehen sich auf Personen, die Präventionsmaßnahmen durchführen - z.B. Kommunikationsfähigkeiten, Interventionsmanagement sowie soziale und persönliche Fähigkeiten.
- Zu den grundlegenden Interventionskompetenzen zählen diejenigen, die nötig sind um Präventionsmaßnahmen durchführen zu können, z.B. Kenntnisse über wirksame Präventionsansätze und -komponenten, interaktive Unterrichtsstrategien, Verständnis für Entwicklungsprobleme.
- Spezifische Interventionskompetenzen umfassen das Wissen und die Fähigkeiten, die für eine ausgewählte Intervention spezifisch sind, z.B. effektive Erziehungsstrategien, die Vermittlung von Entscheidungskompetenz.
- Meta-Kompetenzen weisen Überschneidungen in den oben genannten Bereichen auf. Sie ermöglichen, Präventionsmaßnahmen effektiv an die spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppe anzupassen, berücksichtigen z. B. kulturelle Sensibilität - aber auch Themen wie die Netzwerkbildung, Planung und Ressourcenentwicklung sowie Monitoring und Evaluation fallen in diesen Kompetenzbereich.

I ETHIK DER PRÄVENTION

Während es relativ üblich ist, die Ethik der Suchtbehandlung, Schadensminderung (harm reduction) und von Forschungsvorhaben zu diskutieren, ist es weniger üblich, die Ethik der Suchtprävention in den Blick zu nehmen.

Aktivitäten im Rahmen der Suchtprävention erfordern keine körperlichen oder klinischen Interventionen - stellen aber dennoch eine Form des Eingriffes in das Leben von Menschen dar. Alle Maßnahmen der Suchtprävention sind durch Annahmen darüber geprägt, was "gut" oder "schlecht" für die Teilnehmenden ist (was beispielsweise in den Interventionszielen zum Ausdruck kommt). Maßnahmen der Suchtprävention sind häufig Ausdruck der gesellschaftlichen Wahrnehmung dessen, was als akzeptables Verhalten gilt - und von der Zielpopulation möglicherweise nicht geteilt wird. Darüber hinaus ist Prävention typischerweise auf junge Menschen ausgerichtet. Im Falle indizierter Prävention sind dies häufig die vulnerabelsten und vom Ausschluss aus der Mainstream-Gesellschaft bedrohten Personen. Da es in allen Ländern Gesetze gibt, die den Gebrauch bestimmter Substanzen regulieren, ist es in ethischer Hinsicht beispielsweise wichtig, dass Interventionen "keinen Schaden anrichten", indem sie die Wahrscheinlichkeit des Substanzkonsums erhöhen.

Ethische Fragen stellen sich daher auf verschiedenen Ebenen, angefangen bei der Rechtfertigung der Suchtprävention selbst. Fachleute sollten nicht davon ausgehen, dass Maßnahmen der Suchtprävention per Definition ethisch und vorteilhaft für die Beteiligten sind. Die sich aus den EDPQS ableitenden und auf das EUPC angewendeten Prinzipien ethischer Suchtprävention sind:

- die gesetzlichen Vorschriften einzuhalten;
- die Persönlichkeitsrechte und Autonomie der Teilnehmer zu wahren (z.B. wie sie in den internationalen Menschen- und Kinderrechtskonventionen definiert sind);
- den Beteiligten einen echten Nutzen zu bieten (d.h. zu gewährleisten, dass die Intervention nützlich ist und von den Beteiligten akzeptiert wird);
- keinen Schaden oder wesentliche Nachteile für die Beteiligten zu verursachen (z.B. iatrogene Effekte - unbeabsichtigt und unvorhergesehene schädliche Auswirkungen, Krankheiten oder Verletzungen, Ausschluss, Stigma);
- transparente, genaue, neutrale und umfassende Informationen zu liefern;
- die Zustimmung der Beteiligten vor der Teilnahme einzuholen;
- sicherzustellen, dass die Teilnahme freiwillig ist;
- die Daten der Beteiligten vertraulich zu behandeln;
- die Teilnahme an Präventionsmaßnahmen wenn nötig vertraulich zu behandeln;
- die Intervention auf die Bedürfnisse und Erwartungen der

- Teilnehmer abzustimmen;
- die Zielgruppe als Partner in die Entwicklung, Durchführung und Bewertung der Maßnahme einzubeziehen;
- die Gesundheit und Sicherheit der Teilnehmenden und Durchführenden zu schützen.

Je nach Art der Intervention kann es schwierig oder unmöglich sein, alle Grundsätze ethischer Suchtprävention einzuhalten. Die Einholung der Einwilligung nach Aufklärung und die Sicherstellung der freiwilligen Beteiligung können eine Herausforderung bei universellen Präventionsmaßnahmen oder beispielsweise bei strafrechtlichen Maßnahmen sein, zu denen die Teilnehmer gesetzlich verpflichtet wurden. In Bezug auf den Grundsatz, keinen Schaden anzurichten, ist anzumerken, dass zielgerichtete Präventionsansätze die Beteiligten mitunter stigmatisieren können (EBDD, 2009, S. 48).

Verschiedene Grundsätze können in Konflikt zueinander stehen. Beispielsweise kann es vorkommen, dass die Teilnehmer sich zu einem Verhalten entschließen, das schädlich für sie ist (z.B. der Konsum von Alkohol oder anderen Drogen), oder aber dass sie als Partner bei der Entwicklung von Interventionen Ansätze vorschlagen, die sich als potenziell ineffektiv oder sogar schädlich erwiesen haben (z.B. Gespräche mit einem ehemaligen Abhängigen oder einem substanzkonsumierenden Kollegen). Es kann auch schwierig sein, die Ethik der Intervention vor ihrer Umsetzung zu beurteilen (z.B. Prognose von Nutzen und Schaden). Schließlich sind alle Präventionsgrundsätze bis zu einem gewissen Grad

Auslegungssache (z.B. was stellt einen Nutzen dar und für wen?), und Änderungen in der Drogengesetzgebung (z.B. die Legalisierung des Gebrauchs von Cannabis) können dazu führen, dass der Konsum bestimmter Substanzen von der Gesellschaft eher akzeptiert wird.

Es gibt keine klare Antwort auf alle ethischen Fragen oder Konflikte, die in der Präventionsarbeit auftreten können, aber ihre Diskussion und Reflexion schärft das Bewusstsein und ermöglicht einen offenen Dialog darüber, inwiefern sie die Präventionsarbeit beeinflussen. Ein ethischer Grundsatz muss in jeder Phase der Intervention klar erkennbar sein. Anbieter müssen überlegen, was innerhalb der Intervention realisierbar ist (z.B. wenn eine schriftliche Einwilligung nicht möglich ist, kann eine mündliche Einwilligung eingeholt werden). Dabei sollte besondere Aufmerksamkeit auf alle spezifischen Fragen gelegt werden, die sich aus der Intervention selbst ergeben (z.B. ob eine beobachtete Kindeswohlgefährdung an Behörden gemeldet werden muss). Es sollte außerdem berücksichtigt werden, dass verschiedene Interessengruppen (z.B. Mitarbeiter, Teilnehmer, Öffentlichkeit, Regierung) unterschiedliche Standpunkte hinsichtlich der Frage haben könnten, was "ethisch" bedeutet. Die Zielgruppe der Intervention sollte jedoch immer im Mittelpunkt stehen (EBDD, 2011).



ABSCHNITT I

GRUNDLEGENDE KONZEPTE WIRKSAMER PRÄVENTION

Kapitel 1 |
Epidemiologie

Kapitel 2 |
Grundlagen der Präventionsforschung und
evidenzbasierter Präventionsmaßnahmen

Kapitel 3 |
Evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen und -strategien

Kapitel 4 |
Monitoring und Evaluation

1

Inhalte

- 19 | Substanzkonsum in Europa
- 22 | Pharmakologie und Physiologie
- 23 | Substanzgebrauchsstörungen
- 25 | Ätiologiemodell
- 27 | Mehrstufiges Entwicklungsmodell
- 29 | Der Bedarf umfassender, interdisziplinärer
Hilfsstrukturen im Verlauf der menschlichen Entwicklung

KAPITEL 1

EPIDEMIOLOGIE – ART UND UMFANG DER PROBLEMSTELLUNG VERSTEHEN

Effektive Präventionsmaßnahmen basieren auf einem guten Verständnis von Art und Umfang des Substanzkonsums in einer Gesellschaft. Es ist die Aufgabe der Epidemiologie des Substanzkonsums dieses Verständnis zu ermöglichen. Die WHO definiert Epidemiologie als: "... die Untersuchung sowohl der Verteilung als auch der Determinanten von gesundheitsbezogenen Zuständen oder Ereignissen (einschließlich Krankheiten), des Beginns der gesundheitsbezogenen Zustände/Ereignisse/Krankheiten (Inzidenz), der bestehenden Fälle der gesundheitsbezogenen Zustände/Ereignisse/Krankheiten (Prävalenz) und die Anwendung dieser Erkenntnisse auf die Kontrolle von Krankheiten und anderen Gesundheitsproblemen". Das Verständnis von Art und Umfang des Substanzgebrauchs ist ein Schlüssel, um mit evidenzbasierten Präventionsmaßnahmen und -strategien tätig werden zu können und wird Ihnen bei der Arbeit als Präventionsfachkraft eine wichtige Hilfe sein.

In Bezug auf Prävention sind epidemiologische Daten:

- hilfreich, um zu verstehen, wie gesundheitsrelevante Zustände in einer Bevölkerung verteilt sind und welche Determinanten für spezifische Gesundheitsprobleme relevant sind;
- nützlich, um neue Fälle eines spezifischen Gesundheitsproblems (die "Inzidenz") und dessen Ausmaß in der Bevölkerung (Prävalenz) festzustellen.

Epidemiologische Daten werden durch die Verwendung einer Vielzahl von Methoden und Studientypen wie z.B. Beobachtungsstudien oder epidemiologische Überwachung gewonnen. Durch analytische Studien können die Determinanten eines Gesundheitsproblems identifiziert werden.

In diesem Kapitel werden die verschiedenen Arten von Daten in den Blick genommen, die aufgrund von epidemiologischen Erhebungen und analytischen Studien vorliegen. Um einige der Ursachen und mitursächlichen Faktoren für den Substanzkonsum zu klären, ziehen wir ein Ätiologie-Modell heran, das zeigt, wie Umwelteinflüsse mit individuellen Merkmalen interagieren. Auf diese Weise können Risikogruppen für problematischen Substanzkonsum und andere riskante Verhaltensweisen bestimmen werden. Dabei werden wir den Prozess der Sozialisation berücksichtigen, der Kindern hilft, die kulturell akzeptierten Einstellungen, Normen, Überzeugungen und Verhaltensweisen zu erlernen, die ihnen

helfen, ihr Leben erfolgreich zu bewältigen. Beachten Sie bitte, dass Prävention trotz des Schwerpunkts auf Kinder und Jugendliche während des gesamten Lebensweges relevant ist und dass Erwachsene ebenso dem Risiko ausgesetzt sind, durch Umwelteinflüsse in ihrem Gesundheitsverhalten beeinflusst zu werden.

I SUBSTANZKONSUM IN EUROPA

Die Prävention des Substanzkonsums kann sich auf eine oder mehrere legale oder illegale psychoaktive Substanz(en) konzentrieren, einschließlich:

- Alkohol;
- Nikotin (Tabakprodukte und E-Zigaretten);
- andere, oft illegale Substanzen wie Cannabis, Amphetamin, Kokain usw. oder solche, die legal hergestellt werden, aber ausschließlich für ihre psychoaktiven oder nicht-medizinischen Wirkungen konsumiert werden (z.B. Medikamente und neue psychoaktive Substanzen).

Die negativen gesundheitlichen und sozialen Folgen des Gebrauchs von psychoaktiven Substanzen und deren Auswirkung auf die Gesellschaft stehen im Mittelpunkt des Interesses.

Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) berichtete, dass 83% der europäischen Schüler mindestens einmal in ihrem Leben Alkohol konsumiert haben. Die Hälfte jener berichtete, dass sie im letzten Monat mindestens einmal Alkohol getrunken hatten. Knapp die Hälfte (47%) berichtete, Zigaretten geraucht zu haben, 23% gaben an, täglich eine oder mehrere Zigaretten zu rauchen, 3% rauchen mehr als 10 Zigaretten pro Tag (EBDD, 2015). Eine weitere interessante Tatsache ist, dass jeder zehnte Europäer (also nicht nur Schüler) E-Zigaretten oder ähnliche Geräte ausprobiert oder genutzt hat (Europäische Kommission, 2015).

Der Substanzkonsum in Europa umfasst heute ein breiteres Spektrum an Substanzen, als in der Vergangenheit. Unter Konsumenten ist der polyvalente Konsum häufig und die individuellen Konsummuster reichen von experimentellem und kurzfristigem Konsum über gewohnheitsmäßigen bis zu schwerem und abhängigen Konsum. Im Allgemeinen ist durch alle Substanzklassen hinweg der Konsum bei Männern höher. Dieser Unterschied wird oft durch intensivere oder regelmäßige Konsummuster verstärkt. Die Prävalenz des Cannabiskonsums ist etwa fünfmal höher als die anderer

illegaler Substanzen. Obwohl der Konsum von Heroin und anderen Opioiden nach wie vor relativ selten ist, werden diese Substanzen weiterhin am häufigsten mit schädlicheren Formen des Konsums (z.B. der Injektion) in Verbindung gebracht.

Neben der Prävalenz kann es hilfreich sein, auch Konsummuster, wie sie häufig in repräsentativen Bevölkerungsstudien berichtet werden, in den Blick zu nehmen. Schätzungsweise 92 Millionen bzw. etwas mehr als ein Viertel der 15- bis 64-Jährigen in der Europäischen Union haben im Laufe ihres Lebens illegale psychoaktive Substanzen ausprobiert. Erfahrung mit Substanzkonsum wird häufiger von Männern (56,0 Millionen) als von Frauen (36,3 Millionen) berichtet. Die am häufigsten ausprobierte illegale Substanz ist Cannabis (53,5 Millionen Männer und 34,3 Millionen Frauen), viel niedrigere Schätzungen liegen demgegenüber für die Lebenszeitprävalenz des Konsums von Kokain (11,8 Millionen Männer und 5,2 Millionen Frauen), MDMA (9 Millionen Männer und 4,5 Millionen Frauen) und Amphetaminen (8,0 Millionen Männer und 4,0 Millionen Frauen) vor. Die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unterscheidet sich merklich von Land zu Land und reicht von etwa 41% in Frankreich bis zu weniger als 5% in Malta und Rumänien (Abbildung 2). Der Substanzkonsum im vergangenen Jahr stellt ein Maß für den aktuellen Substanzkonsum dar und konzentriert sich zum größten Teil auf junge Erwachsene. Schätzungsweise 18,9

Millionen junge Erwachsene (im Alter von 15 bis 34 Jahren) konsumierten im letzten Jahr psychoaktive Substanzen, davon doppelt so viele Männern wie Frauen.

In allen Altersgruppen ist Cannabis die am häufigsten konsumierte illegale Substanz. Cannabis wird in der Regel geraucht und dies in Europa üblicherweise gemeinsam mit Tabak. Konsummuster können von gelegentlichem bis hin zu regelmäßigem und abhängigem Konsum reichen. Es wird geschätzt, dass 87,6 Millionen europäische Erwachsene (im Alter von 15 bis 64 Jahren) oder 26,3% dieser Altersgruppe irgendwann in ihrem Leben mit Cannabis experimentiert haben. Von diesen haben im vergangenen Jahr schätzungsweise 17,2 Millionen junge Europäer (im Alter von 15 bis 34 Jahren) oder 14,1% dieser Altersgruppe, davon 9,8 Millionen im Alter von 15 bis 24 Jahren (17,4% dieser Altersgruppe) Cannabis konsumiert. Die Prävalenzraten der 15- bis 34-Jährigen im vergangenen Jahr liegen zwischen 3,5% in Ungarn und 21,5% in Frankreich. Bei jungen Menschen, die im vergangenen Jahr Cannabis konsumiert haben, liegt das Verhältnis von Männern zu Frauen bei zwei zu eins.

Kokain ist das am häufigsten konsumierte illegale Stimulans in Europa und wird am häufigsten in südlichen und westlichen Ländern konsumiert (Abbildung 3).

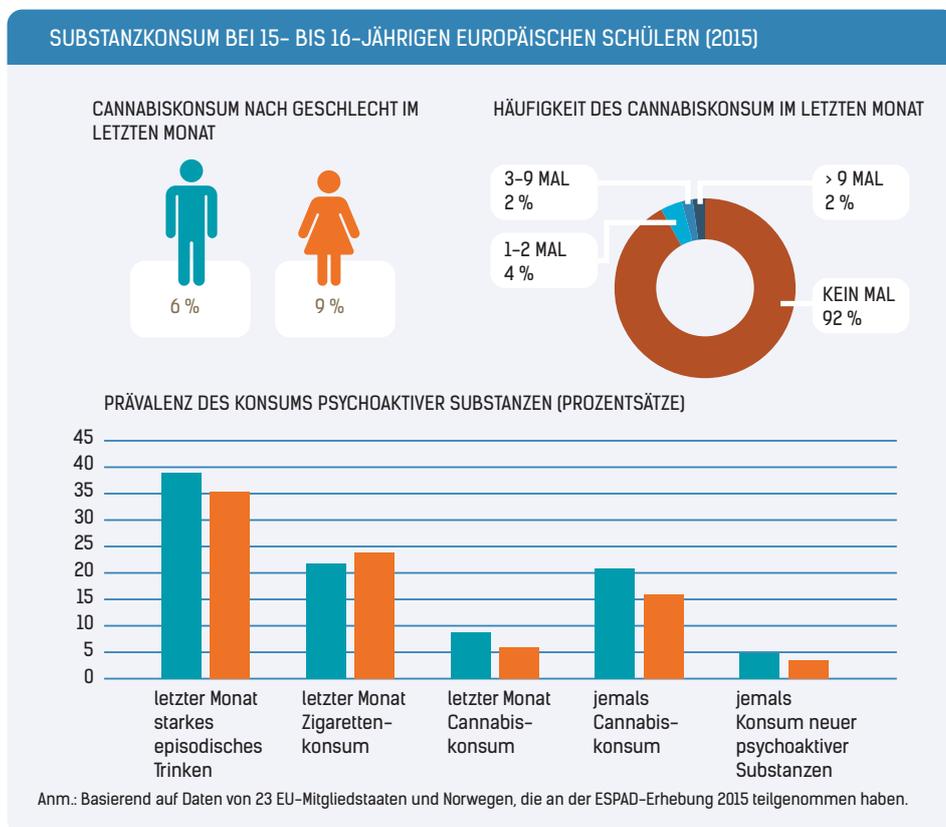


Abbildung 1. Prävalenz des Substanzkonsum bei europäischen Schülern (EBDD, 2017a)

Regelmäßig Konsumierende können grob in sozial stärker integrierte User, die oft Kokainpulver (Kokainhydrochlorid) schnupfen und marginalisierte User unterteilt werden, die Kokain spritzen oder Crack rauchen (Kokainbasis) - manchmal auch neben dem Konsum von Opioiden. Es wird geschätzt, dass 17,0 Millionen europäische Erwachsene (im Alter von 15 bis 64 Jahren) oder 5,1% dieser Altersgruppe irgendwann in ihrem Leben mit Kokain experimentiert haben. Darunter sind etwa 2,3 Millionen junge Erwachsene im Alter von 15 bis 34 Jahren (1,9% dieser Altersgruppe), welche die Substanz im vergangenen Jahr konsumiert haben (EBDD, 2018).

Alle psychoaktiven Substanzen können aufgrund kurz- und langfristiger toxischer Wirkungen gesundheitsschädlich sein. Da es bei der Herstellung und dem Verkauf illegaler Substanzen keine Qualitätskontrolle gibt, birgt deren Konsum ein zusätzliches Risiko. Seit dem Jahrtausendwechsel ist die Verfügbarkeit neuer und/oder neuartiger, potenter, chemisch abgewandelter und kontaminierter illegaler psychoaktiver Substanzen gestiegen, was das Risiko schädlicher Auswirkungen erhöht. Beimischungen können auch als Nebenprodukte minderwertiger Herstellungs-, Vertriebs- und Lagerungsprozesse entstehen und Mikroorganismen sowie andere biologische und infektiöse Erreger enthalten. Streckmittel können psychoaktiven Substanzen absichtlich zugesetzt worden sein, um die Wirkung zu verändern, das Verkaufsgewicht zu erhöhen, oder einen niedrigen Wirkstoffgehalt zu verschleiern (z.B. durch den Zusatz von Lokalanästhetika zur Nachahmung der betäubenden Wirkung von Kokain). Nicht-psychoaktive (aber potenziell toxische) Substanzen werden beim Großhandel manchmal zugesetzt, um die Menge des Wirkstoffs, bezogen auf das Verkaufsgewicht zu reduzieren und damit die Profitabilität für den Verkäufer zu erhöhen. Grundsätzlich sind die Gesundheitsrisiken des Konsums von psychoaktiven Substanzen nicht vollständig vorhersagbar, da sie das Resultat des Zusammenwirkens individueller biologischer Unterschiede, eventuell bestehender gesundheitlicher Vorbelastungen, sozioökonomischer Faktoren und konsumbezogener Aspekte, wie die Konsumform und die konsumbezogene Hygiene (z.B. der intravenöse Konsum von Heroin mit unsauberen Spritzen, die bereits von anderen Personen benutzt wurden) sind.

Die EBDD veröffentlicht jährliche Berichte über Trends und Entwicklungen rund um den Substanzkonsum in Europa. Sie veröffentlicht auch länderspezifische Drogenberichte, die die neuesten Daten über den Substanzkonsum in den EU-Mitgliedstaaten, der Türkei und Norwegen enthalten. Alle Publikationen sind verfügbar unter www.emcdda.europa.eu/publications.

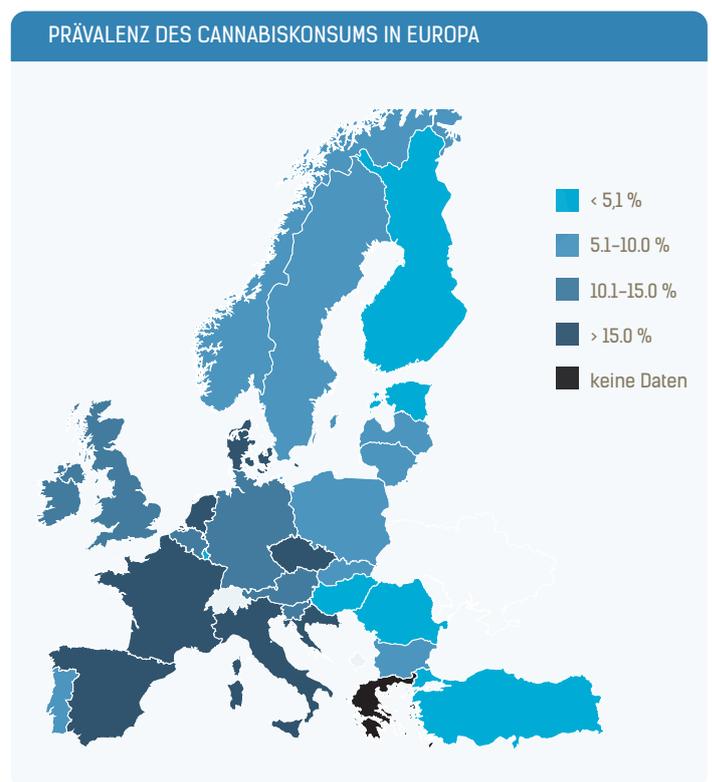


Abbildung 2: Prävalenz des Cannabiskonsums bei jungen Erwachsenen (15-34) im letzten Jahr: jüngste Daten (Karte) und ausgewählte Trends (EBDD, 2018)

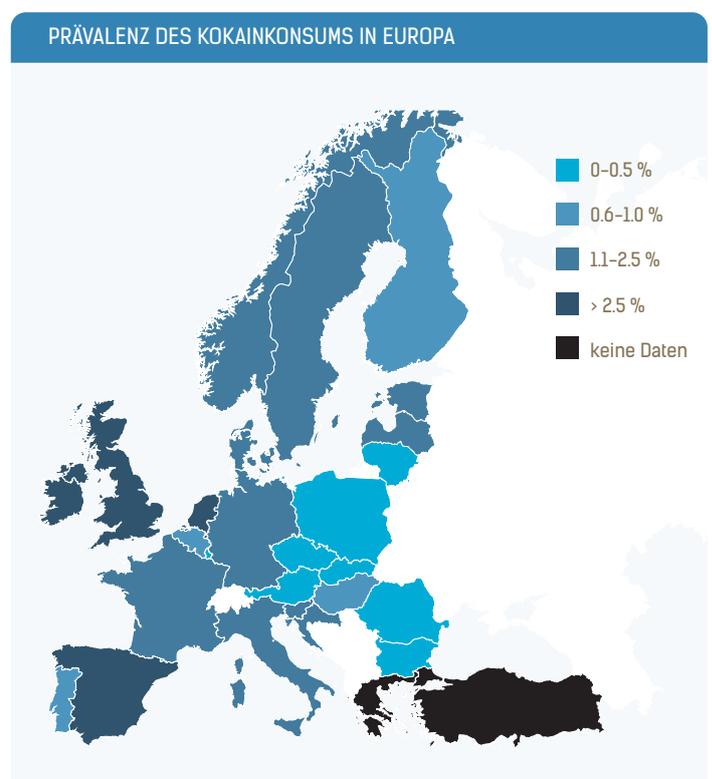


Abbildung 3: Prävalenz im Jahr 2017: Kokainkonsum unter jungen Erwachsenen (15-34): ausgewählte Trends und aktuelle Daten (EBDD, 2018)

I PHARMAKOLOGIE UND PHYSIOLOGIE

Die Wirkung psychoaktiver Substanzen und ihr gesundheitsgefährdendes Potenzial wissenschaftlich zu betrachten macht es für viele Präventionsfachkräfte leichter zu verstehen, weshalb es wichtig ist, diese bereits frühzeitig durch evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen zu adressieren. Dieses Wissen hilft auch Entscheidungsträgern aus Politik und Verwaltung zu verstehen, dass mehrere, umfassende und integrierte Präventionsmaßnahmen, die sich an Familien, Jugendliche und lokale Betriebe richten, von wesentlicher Bedeutung sind, um dem Substanzgebrauch und seinen Folgen wirksam zu begegnen. Darüber hinaus unterstreicht dieses Verständnis die Notwendigkeit, Präventionsstrategien entlang des Rahmens menschlicher Entwicklung zu formulieren, der Interventionen für alle Altersgruppen vorsieht.

I DER KONSUM PSYCHOAKTIVER SUBSTANZEN

Wenn wir in diesem Curriculum von einer Substanz sprechen, meinen wir Chemikalien (biologischen oder synthetischen Ursprungs), die bei Einnahme die biologische Struktur und Funktionsweise eines Organismus beeinflussen. Unser Fokus liegt auf psychoaktiven Substanzen, insbesondere jenen, die nach Einnahme Gefühle, Wahrnehmung, Denkprozesse und/oder das Verhalten beeinflussen. Psychoaktive Substanzen vermögen dies zu bewirken, weil sie die Funktion des Nervensystems verändern. Diejenigen, die untersuchen, wie Substanzen Verhalten und psychologische Prozesse beeinflussen, werden Psychopharmakologen genannt. Das Forschungsgebiet, in dem die Wirkung von Substanzen auf lebendige Organismen untersucht wird, ist die Pharmakologie.

Unterschiedliche Substanzen brauchen unterschiedlich viel Zeit, um vom Körper abgebaut (Metabolisierung) und wieder ausgeschieden (Eliminierung) zu werden. Die Zeit, die benötigt wird, um die Hälfte der ursprünglichen Dosis einer Substanz abzubauen, wird als Halbwertszeit (HZW) der Substanz bezeichnet. Von der Halbwertszeit ist abhängig, wie lange die Wirkung einer Substanz anhält und wie lange es dauert, bis der Körper die Substanz vollständig abgebaut hat. Wenn eine Person den Konsum einer Substanz eingestellt hat, kann es wichtig sein, die HWZ der Substanz zu kennen, um einschätzen zu können, wie lange es dauern wird, bis die Substanz vollständig aus dem Körper ausgeschieden wurde – und die Person wieder nüchtern ist.

Neben der HWZ beeinflussen auch andere Faktoren den Metabolismus. Alter und Geschlecht des Konsumenten, aber auch Mischkonsum (die gleichzeitige Einnahme anderer Substanzen), sowie die Häufigkeit, Dauer und Menge der eingenommenen psychoaktiven Substanz haben einen Einfluss auf die Geschwindigkeit der Aufnahme,

Verstoffwechslung und Ausscheidung. Wenn eine Person eine Substanz oft und in hohen Dosen einnimmt, führt dies zur Beschleunigung von Metabolismus und Elimination. Kleinkinder und ältere Erwachsene metabolisieren und eliminieren Substanzen langsamer als junge Erwachsene. Im Allgemeinen reagieren Frauen aufgrund von Unterschieden in Faktoren wie Körpergröße, Körperfettanteil und Leberfunktion empfindlicher auf psychoaktive Substanzen (bezogen auf die Dosis) als Männer.

Zahlreiche Versuche wurden unternommen, psychoaktive Substanzen auf der Grundlage ihrer pharmakologischen und psychopharmakologischen Wirkung zu klassifizieren. Es gibt kein einheitliches, allgemein akzeptiertes Klassifizierungssystem, aber psychoaktive Substanzen können wie folgt grob eingeteilt werden:

- Stimulanzien – z.B. Amphetamin(e), Kokain, Modafinil, Nikotin, Koffein – erhöhen die Aktivität des Zentralnervensystems. Sie neigen dazu, Herzfrequenz und Atmung zu erhöhen und bieten ein Gefühl der aufgeregten Euphorie;
- Empathogene – z.B. MDMA, Mephedron, 6-APB – manchmal auch als Entaktogene bekannt, sind psychoaktive Substanzen, die stimulierende Wirkungen haben, erzeugen aber auch Erfahrungen von emotionaler Verbundenheit und Empathie mit anderen. Je nach Substanz und Dosis können sie auch psychedelische Wirkungen haben;
- Psychedelika – z.B. LSD, DMT, Psilocybin, Meskalin – verursachen deutliche Veränderungen im Denken, in der Sinneswahrnehmung und im Bewusstseinszustand;
- Dissoziativa – z.B. Ketamin, Lachgas, DXM, PCP – bewirken Veränderungen in der Sinneswahrnehmung und erzeugen ein Gefühl der Loslösung (Dissoziation) von der Umwelt, anderen und dem Selbst;
- Cannabinoide – z.B. Cannabis, synthetische Cannabinoid-Rezeptor-Agonisten ("Spice") – erwünschte Effekte sind ein Entspannungszustand und eine Verbesserung der Stimmung mit leichten sensorischen Veränderungen;
- Sedativa – z.B. Alkohol, Benzodiazepine, GHB – werden konsumiert, um die Stimulation des ZNS zu reduzieren, um Schlaf oder Entspannung zu induzieren und Angst zu mildern. Alkohol und andere Sedativa wirken zudem enthemmend;
- Opiode – z.B. Heroin, Morphin, Tramadol – lindern körperliche (wofür sie klinisch und manchmal auch nicht-medizinisch genutzt werden) und emotionale Schmerzen, entspannen und wirken teilweise stimmungsaufhellend.

Mit der zunehmenden Bandbreite neuer psychoaktiver Substanzen werden Listen wie die soeben dargestellte nie vollständig sein – und manchen Präventionsfachkräften wird es schwer fallen, ihr Wissen über die Vielzahl von Substanzen auf dem neuesten Stand zu halten. Es gibt jedoch eine Reihe von Online-Ressourcen, wie z.B. das Drugs Wheel¹, die eine

1 <http://www.thedrugswheel.com/>

aktuelle Übersicht über das Spektrum von Substanzen und Substanzklassen anbieten.

Es ist wichtig sich bewusst zu sein, dass der Legalstatus einer psychoaktiven Substanz keine Aussage über deren gesundheitliches Gefährdungspotenzial darstellt. Die Legalität einer Substanz ist in der Regel eher das Ergebnis von Traditionen und kulturellen, politischen und religiösen Faktoren, als ein bewusster und rationaler Prozess des Abwägens, ob eine Substanz mehr oder weniger gesundheitsschädlich ist als eine andere. Alkohol und Tabak sind hierfür exzellente Beispiele. Es wurde prognostiziert, dass der Tabakkonsum bis 2030 jährlich mehr als 8 Millionen Todesfälle weltweit verursachen wird. Laut WHO² sind 2018 rund 3,0 Millionen Todesfälle oder 5,3% aller weltweiten Todesfälle auf den Alkoholkonsum zurückzuführen.

Die Art und Weise wie eine Substanz eingenommen wird, bezeichnet man als Konsumform (route of administration). Psychoaktive Substanzen können über zehn Wege in den Körper gelangen: Über den Verdauungstrakt: Schlucken; Über die Schleimhäute: Schnupfen (Einatmen durch die Nase), rektal (als Zäpfchen oder wässrige Lösung); Sublingual (die Substanz unter der Zunge auflösend und durch das Mundgewebe absorbierend); Über die Lunge: Rauchen bzw. Inhalieren von Rauch oder Dampf; Durch Injektion: intramuskulär (IM, Injektion in einen Muskel); Subkutan (SC, Injektion der Substanz direkt unter der Haut); Intravenös (IV, Injektion der Substanz in eine Vene) und topisch (Auftragen der Substanz auf die oberste Hautschicht). Der Art der Verabreichung ist entscheidend, da sie maßgeblich dafür ist, wie schnell eine Substanz in den Kreislauf und letztendlich das Gehirn gelangt. Je schneller die Substanz das Gehirn erreicht, desto stärker wirkt sie. Die intravenöse Verabreichung ist schneller als Inhalation oder Rauchen, die wiederum schneller sind als orale Verabreichung.

Die Geschwindigkeit des Übergangs vom ersten Substanzgebrauch zu Problemen wie Substanzgebrauchsstörungen (siehe nächster Abschnitt dieses Kapitels) ist komplex und wird durch Faktoren wie das Einstiegsalter, die konsumierte Substanz und den Konsumerfahrungen, der Exposition gegenüber präventiven Interventionen und Umgebungen sowie dem Einfluss von Risiko- und Schutzfaktoren bestimmt, wie sie später in diesem Kapitel diskutiert werden. Präventionsforscher haben diesen Übergang durch die Entwicklung von Modellen auf vielfältige Weise beschrieben. Wenngleich keines dieser Modelle universell auf alle Substanzkonsumenten anwendbar ist, helfen sie dennoch bei der Überlegung, wie es zum Übergang von einem seltenen und experimentellen zu einem regelmäßigeren und chaotischen Konsum kommt. Das von Piazza und Deroche-Gamonet (2013) entwickelte Modell wird

² <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

nachfolgend als allgemeines Beispiel vorgestellt. Dieses Modell ist auf viele Verhaltensmuster im Zusammenhang mit Substanzkonsum anwendbar, wenngleich es soziale und rekreative Konsummotive in den Mittelpunkt stellt. Für andere Menschen ist das initiale Konsummotiv eher nicht rekreativ – manche Menschen nehmen Substanzen beispielsweise um ihre unbehandelten psychischen Probleme zu therapieren oder nehmen sie auf eine Art und Weise, die nicht der Verschreibung entspricht, die sie vom Arzt erhalten haben. Piazza und Deroche-Gamonet beschreiben, wie der Übergang zu Substanzgebrauchsstörungen durch drei aufeinanderfolgende Phasen erfolgen kann. Wobei der Eintritt in eine Phase notwendig, aber nicht ausreichend ist, um zur nächsten Phase überzugehen, da spezifische individuelle Vulnerabilität erforderlich ist:

1. Die rekreative und sporadische Konsumphase ist dadurch gekennzeichnet, dass der Gebrauch eher selten und in moderaten Dosen erfolgt – und nur eine von vielen rekreativen Aktivitäten darstellt.
2. In der intensivierten, fortgesetzten und eskalierenden Konsumphase wird der Gebrauch häufiger, andauernder und zur primären rekreativen Aktivität des Individuums. Wenngleich das persönliche und soziale Funktionieren bereits abzunehmen beginnt, ist das Verhalten noch überwiegend organisiert und das Individuum kommt seiner Rolle und Verantwortung noch weitgehend nach.
3. Kontrollverlust und die Entwicklung einer Substanzgebrauchsstörung bedeutet, dass substanzbezogene Aktivitäten nun den Lebensmittelpunkt eines Individuums darstellen.

I SUBSTANZGEBRAUCHSSTÖRUNGEN

Die meisten Menschen konsumieren psychoaktive Substanzen, ohne jemals ernst zu nehmende Schäden davon zu erleiden. Dennoch entwickeln einige Konsumenten zum Teil erhebliche Probleme, die ihre Gesundheit, soziale Integration und Lebenszufriedenheit beeinträchtigen. Diese werden fachlich als Substanzgebrauchsstörungen bezeichnet. Diese Formulierung hat veraltete Begriffe wie "Missbrauch" oder "Sucht" ersetzt, die schwer zu definieren sind und deren Akzeptanz aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen gesunken ist³. Die Art, wie Substanzgebrauchsstörungen gemessen und diagnostiziert werden, hat sich im Laufe der Zeit verändert. Derzeit werden zwei große Klassifizierungssysteme eingesetzt. Diese werden von der WHO (International Classification of Disease; ICD-11) und der American Psychiatric Association (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-V) herausgegeben. Es gibt einige Unterschiede zwischen den beiden Systemen, aber sie enthalten übereinstimmende Kriterien. Die folgende

³ Wir respektieren und würdigen die Tatsache, dass einige Menschen den Begriff "Sucht" als hilfreich bei der Beschreibung ihres Zustandes empfinden, raten jedoch davon ab, ihn als Präventionsexperte einzusetzen.

Tabelle 1 zeigt die Arten von Kriterien, die in den beiden Klassifizierungssystemen enthalten sind.

Wie in Tabelle 1 dargestellt, umfasst das DSM-V insgesamt 11 Kriterien, von denen eine Person zwei erfüllen muss, um als Person mit einer milden Substanzgebrauchsstörung eingestuft zu werden; das Erfüllen weiterer Kriterien bedeutet, dass die Gebrauchsstörung als moderat oder schwer spezifiziert wird.

Die ICD-11 bezieht sich auf Substanzgebrauchsstörungen, unterscheidet aber zwischen schädlichem Substanzkonsum (ein Konsummuster, das psychische oder körperliche Folgen, auch in der Familie, zur Folge hat) und Abhängigkeit, die vier Hauptkriterien umfasst (Craving und Schwierigkeiten bei der Kontrolle des Gebrauchs; anhaltender Gebrauch trotz negativer Folgen, Toleranz und Entzug). Einzelpersonen müssen mindestens zwei Kriterien erfüllen, um die Diagnose Abhängigkeit gestellt zu bekommen. Um die Kriterien für schädlichen Gebrauch zu erfüllen, muss mindestens ein mit Schaden verbundenes Kriterium bestätigt sein, jedoch keines der Kriterien für Abhängigkeit.

Präventive Maßnahmen spielen eine bedeutende Rolle bei der Reduktion der Wahrscheinlichkeit, dass ein Fortschreiten hin zum problematischen Konsum eintreten wird. Obwohl diese beiden Klassifikationssysteme nützliche klinische Instrumente sind, ist es wichtig zu bedenken, dass Menschen Probleme im Zusammenhang mit ihrem Substanzkonsum erleben können, ohne diese klinischen Schwellenwerte zu erreichen. Die meisten Zielgruppen für Prävention sind nicht unmittelbar von Substanzgebrauchsstörungen bedroht, sondern von anderen Risiken wie etwa: körperlichen und psychischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Ärger mit

der Polizei, Schulabbruch oder anderes riskantes Verhalten im Zusammenhang mit Substanzkonsum (z.B. riskantes sexuelles Verhalten, intoxikierte Teilnahme am Straßenverkehr). Diese Gefahren können ebenso schwerwiegend und relevant sein und potenziell von jedem erlebt werden, der Substanzen konsumiert.

GESUNDHEITLICHE PROBLEME AUFGRUND VON SUBSTANZKONSUM

Laut der *Global Burden of Disease Study* der WHO trugen Alkoholgebrauchsstörungen dazu bei, dass jedes Jahr rund 10% der "gesunden Lebensjahre" aufgrund von Krankheiten und Risiken sowohl bei Jugendlichen als auch Erwachsenen verloren gehen (Deegenhardt et al., 2013).

Diese Störungen umfassen sowohl Erkrankungen, die unmittelbar mit dem Alkoholgebrauch in Zusammenhang stehen (siehe Abschnitt über Substanzgebrauchsstörungen oben), als auch solche, die indirekt dadurch verursacht werden, wie beispielsweise das fetale Alkoholsyndrom (FASD). Jahrzehntelange Forschungen haben jedoch gezeigt, dass es auch andere Erkrankungen und Verletzungen gibt, die im Zusammenhang mit dem Alkoholgebrauch stehen, sei es für den Konsumenten selbst, oder andere. Dazu gehören: neuropsychiatrische Störungen, Magen-Darm-Erkrankungen, Krebs, übermäßiges Trinken einhergehend mit Selbstmord und Gewalt, unbeabsichtigte Verletzungen wie Verkehrsunfälle, Stürze, Ertrinken und Vergiftungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, fetales Alkohol-Syndrom sowie Frühgeburt und Diabetes mellitus. Der regelmäßige Konsum von Alkohol wurde in hohem Maße mit sieben verschiedenen Krebsarten in Verbindung gebracht, und es wurde geschätzt, dass im Jahr 2016 6,2% aller Krebstodesfälle in Europa auf den Konsum von Alkohol zurückzuführen waren (WHO 2018).

KRITERIUM	ICD-11	DSM-V
Konsum länger oder in größeren Mengen als geplant (Kontrollverlust)	✓	✓
Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche der Kontrolle		✓
Craving, starkes Verlangen oder Drang die Substanz zu konsumieren		✓
Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz sowie Erholen von der Wirkung	✓	✓
Toleranzentwicklung gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung	✓	✓
Entzugssymptome oder deren Vermeidung durch Substanzkonsum		✓
Soziale, berufliche und andere Aktivitäten, die vom Substanzkonsum betroffen sind		✓
Fortgesetzter Konsum trotz wiederkehrender sozialer Probleme, die durch Substanzkonsum verursacht werden		✓
Wiederholter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme		✓
Wiederholter Konsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt	✓	✓
Wiederholter Konsum trotz rechtlicher Probleme	✓	
Wiederholter Konsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann	✓	✓
Familienmitglieder wurden in Folge des Konsums verletzt	✓	

Tabelle 1 Vergleich der ICD-11- und DSM-V Kriterien für Substanzgebrauchsstörungen

Der Zusammenhang zwischen Rauchen und einem schlechten Gesundheitszustand ist gut dokumentiert. Bei der Hälfte aller Konsumenten führt Tabakkonsum zum vorzeitigen Tod - mehr als 7 Millionen Menschen pro Jahr, und es wird geschätzt, dass bis 2030 weltweit jährlich 8 Millionen Todesfälle durch Rauchen verursacht werden⁴. Das Rauchen von Tabak kann zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenerkrankungen, Schwierigkeiten bei der Empfängnis, Frühgeburtlichkeit, geringem Geburtsgewicht und niedriger Knochendichte führen. Nicht nur Raucher sind einem erhöhten Risiko für gesundheitliche Probleme ausgesetzt. Studien haben ergeben, dass diejenigen, die Tabakrauch nur passiv ausgesetzt sind ebenfalls ernste gesundheitliche Probleme entwickeln können - dies betrifft insbesondere Familienmitglieder und Arbeitskollegen von Rauchern.

Der Konsum psychoaktiver Substanzen trägt nachweislich zur globalen Krankheitslast (*global burden of disease*) bei. Schätzungen der WHO deuten darauf hin, dass Substanzgebrauchsstörungen weltweit die sechsthäufigste Ursache für den Verlust gesunder Lebensjahre bei Menschen unter 25 Jahren sind. Chronische und akute Gesundheitsprobleme sind mit dem Konsum von Substanzen assoziiert. Diese entstehen aus dem Zusammenwirken verschiedener Faktoren, beispielsweise der Eigenschaften der Substanz, der Konsumform, der individuellen Vulnerabilität und dem sozialen Kontext, innerhalb welchem Substanzen konsumiert werden. Zu den chronischen Problemen zählen die Entwicklung einer Abhängigkeit sowie substanzbedingte Infektionskrankheiten. Zudem gibt es eine Reihe akuter Risiken, von welchen die Überdosierung von Substanzen die am besten dokumentierte ist. Obwohl verhältnismäßig selten, ist der Konsum von Opioiden immer noch für einen Großteil der mit dem Substanzkonsum verbundenen Morbidität und Mortalität verantwortlich. Konsumbezogene Risiken werden durch das Injizieren von Substanzen erhöht. Im Vergleich dazu sind die mit dem Cannabiskonsum verbundenen Gesundheitsprobleme zwar deutlich geringer, aber die hohe Prävalenz des Gebrauchs dieser Substanz macht diese dennoch zu einem Problem für die Public Health. Die Schwankungen des Inhalts und der Reinheit der Substanzen erhöht potenzielle Gesundheitsschäden und kreiert ein herausforderndes Umfeld für angemessene Reaktionen (EBDD, 2017).

Der Konsum psychoaktiver Substanzen stellt auch eine Bürde für die Gesellschaft dar. Wenn diese sich nicht angemessen der Gesundheit, Sicherheit und dem Wohlergehen heranwachsender Menschen widmet, befördert sie indirekt einen ungünstigen Umgang mit Substanzen, was wiederum mit hohen Kosten für das Gesundheits-, Sozial- und Justizsystem einhergeht. In vielen Fällen sind diese Kosten höher, als von wirksamen Präventions- und Behandlungsangeboten.

4 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

I DAS ÄTIOLOGIEMODELL

Ätiologie ist ein medizinischer Begriff, der die Ursachen oder den Ursprung von Erkrankungen oder anderen Störungen beschreibt sowie Faktoren, die Menschen für Krankheiten prädisponieren. Die Ätiologie ist für die Prävention wichtig, da sie hilft, die Faktoren oder Mechanismen zu identifizieren, die mit dem Auftreten eines Gesundheitszustandes oder sozialen Problems, wie dem Gebrauch psychoaktiver Substanzen verbunden sind. Anschließend können Präventionsprogramme entworfen oder ausgewählt werden, die diese Faktoren berücksichtigen.

Das Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren ist allgemein anerkannt und hat in den letzten zwei Jahrzehnten das Präventionsfeld geprägt. Schutzfaktoren oder solche, welche die Vulnerabilität einzelner Personen verringern, sind Merkmale, welche die Auswirkungen bestehender Risikofaktoren ausgleichen oder abfedern.

Risikofaktoren sind im Allgemeinen definiert als Verhaltensmaßstäbe oder psychosoziale Funktionen (einschließlich Einstellungen, Überzeugungen und Persönlichkeit), die mit einem erhöhten Risiko für den Substanzkonsum in Verbindung gebracht werden. Diese beinhalten:

- *Kontextfaktoren* - Gesetze und Normen, die Substanzkonsum begünstigen, einschließlich solcher, die mit der Werbung und Verfügbarkeit von Substanzen verbunden sind, sozioökonomische Benachteiligung und das Leben in deprivierten Gegenden
- *Individuelle und zwischenmenschliche Faktoren* - zum Beispiel genetische Disposition und andere physiologische Maße, Substanzkonsum in der Familie und die individuelle Einstellungen zum Substanzkonsum, dazu zählen außerdem ein schlechtes/inkonsistentes Familienmanagement, Familienkonflikte und eine geringe familiäre Bindung (Hawkins, Catalano & Miller, 1992)

Während bekannt ist, dass kontextuelle Faktoren (Gesetze, Normen, Verfügbarkeit, Bezugspersonen) eine bedeutende Rolle bei der Initiierung des Substanzkonsums spielen, wurde festgestellt, dass die individuellen und zwischenmenschlichen Faktoren, insbesondere physiologische, neurologische und genetische, einen wesentlichen Einfluss auf das Fortschreiten des Konsums bis hin zu Substanzgebrauchsstörungen spielen (Glantz & Pickens, 1992).

Neuere Forschungsarbeiten kommen darin überein, Risiko- und Schutzfaktoren als Hinweise auf andere Entstehungsmechanismen zu betrachten, welche die individuelle Vulnerabilität für Substanzkonsum erhöhen können. Es ist die Interaktion der individuellen Vulnerabilität mit der Umgebung auf Mikro- (z.B. soziale und interpersonale

Interaktionen) und Makroebene (z.B. Kommune, Institutionen, gesellschaftliche Faktoren), die eine Person entweder davor schützt oder sie gefährdet, sich riskanterem Verhalten wie Substanzkonsum zuzuwenden.

Der Substanzgebrauch beginnt gewöhnlich in der späten Kindheit und Adoleszenz. Er ist ein Prozess, der durch viele verschiedene Wege gekennzeichnet ist und keine eindeutige Ursache hat, sondern überwiegend durch Entscheidungen angetrieben wird, die von internen, biologischen Faktoren und externen, umweltbezogenen und sozialen Faktoren abhängig sind. Die Entwicklungstheorie ist ein wichtiger theoretischer Rahmen, um diese Prozesse zu verstehen. Jedes Entwicklungsstadium, vom Säuglingsalter bis zum Erreichen des Erwachsenenalter geht mit der Zunahme intellektueller Kapazität, sprachlicher Fähigkeiten, kognitiver, emotionaler und psychologischer Funktionsfähigkeit sowie dem fortgesetzten Erwerb sozialer Kompetenzen und persönlicher Impulskontrolle einher (siehe Anhang 2). Jegliche größere Störung dieses Prozesses kann, stets in Wechselwirkung mit anderen Ereignissen oder Umweltfaktoren, zur Entwicklung von Störungen wie etwa einem problematischem Substanzkonsum führen.

Epidemiologischen Studien über die Ursachen von Risikoverhaltensweisen wie dem Substanzkonsum zeigen, dass deren Initiierung auf ein Zusammenspiel zurückgeht, das individuelle persönliche Eigenschaften, wie genetische Veranlagung, Temperament, Persönlichkeitstyp und Unterschiede in der Art, wie jemand die ihn umgebenden Umwelten, Personen und Erfahrungen wahrnimmt, hört und "fühlt", involviert. Das Ätiologie-Modell (Abbildung 4) stellt diese Wechselwirkungen, die sowohl auf der Mikro- als auch auf der Makroebene beidseitig sind, dar. Dieses Modell liegt den Diskussionen über die Ursachen des Substanzkonsums in den einzelnen Kapiteln dieses Manuals zugrunde.

Im Verlauf ihrer Entwicklung erweitern Kinder ihre Umgebung von der Mikroebene, die z.B. Familienmitglieder, Gleichaltrige und die Schule beinhaltet, auf die Makroebene - sowohl räumlich als auch sozial (d.h. auf der sie umgebenden Gesellschaft, ihren Ansichten, Einstellungen und Verhaltensweisen).

Im Verlauf der Lebensspanne eines Individuums ereignen sich zahlreiche herausragende Lebensereignisse. Angefangen von der Geburt, dem Eintritt in die Schule, über die Pubertät, Berufswahl, die erste Partnerschaft bis hin zur Elternschaft (...). In jeder Phase spielen die Familie, die Schule, religiöse Gemeinschaften, Sportvereine, Jugendorganisationen, Gleichaltrige (welche die Umgebung auf Mikroebene bilden) und die Gesellschaft (welche die Umgebung auf Makroebene bildet), eine entscheidende Rolle. Wenn wichtige

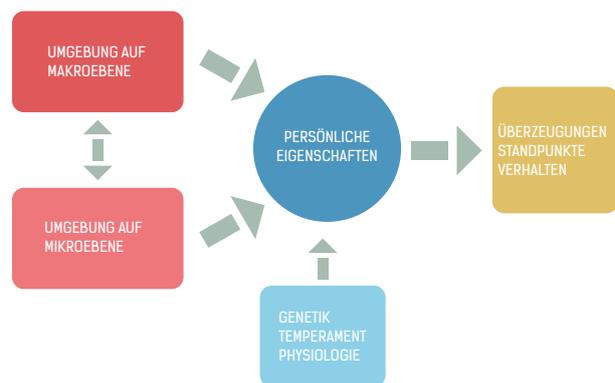


Abbildung: 4 Das Ätiologie-Modell (UNODC, 2013)

Entwicklungsziele nicht erreicht werden, droht ein Kind darauffolgende Entwicklungsaufgaben nicht bewältigen zu können und wird anfälliger für ungesunde und riskante Verhaltensweisen. Während des Heranwachsens wird die Erreichung dieser Entwicklungsaufgaben durch die Interaktion des Individuums mit seiner Mikro- und Makroumgebung beeinflusst, weshalb im Fokus von Präventionsmaßnahmen steht, deren Schwachpunkte zu adressieren.

Die Sozialisation von Kindern ist eine der wichtigsten Funktionen von Familie, Schule, dem sozialen Umfeld, wichtigen Sozialisationsinstanzen, wie Lehrern oder (Groß-) Eltern. Kinder müssen die kulturell akzeptablen Einstellungen, Moralvorstellungen und Verhaltensweisen ihrer Kultur erlernen, um risikoaversive Erwachsene zu werden - wenngleich nicht alle kulturell verbreiteten Verhaltensweisen als gesundheits- oder entwicklungsfördernd betrachtet werden sollten..

Die Umwelt auf Mikro- und Makroebene kann entweder schützend wirken oder das Risiko vulnerabler Personen erhöhen. Dieses Verhältnis funktioniert in beide Richtungen. Betrachten wir beispielsweise ein Kind, das aufgrund seines Temperaments Schwierigkeiten hat, sich an seine Umwelt und deren Anforderungen anzupassen. Dieses Kind wird möglicherweise zusätzliche Aufmerksamkeit benötigen und als "schwierig" angesehen werden. Wenn Eltern Schwierigkeiten haben, ihr Kind adäquat bei seinen Schwierigkeiten zu unterstützen, besteht die Möglichkeit, dass es beim Älterwerden Probleme bei der Anpassung an neue Umgebungen, wie der Schule, dem Umgang mit Gleichaltrigen und später am Arbeitsplatz haben wird. Erwerben die Erziehungsberechtigten jedoch die notwendigen Fähigkeiten, um ihr Kind adäquat zu begleiten, wird es ihm leichterfallen, sich an neue Umgebungen anzupassen. Dasselbe gilt für den Einfluss der Interaktion zwischen Makroebene und Individuum. Denken wir zum Beispiel an ein Kind, das eine gute Bindung zu seinen Eltern hat, aber in einer armen Gegend mit vielen heruntergekommenen und verlassenen Häusern lebt. Die Arbeitslosigkeit in der Gegend ist hoch, es gibt eine hohe Dichte von Geschäften, die Alkohol und Tabak verkaufen und

junge Männer und Frauen verbringen tagsüber ihre Zeit auf der Straße und konsumieren teilweise öffentlich Substanzen. Das Kind kommt auf dem Weg zur Schule an diesen Jugendlichen und jungen Erwachsenen vorbei. Die Jugendlichen ärgern das Kind und sagen ihm, dass es auch Substanzen konsumieren muss und Teil ihrer Gruppe werden soll. Trotz seiner liebevollen und unterstützenden Eltern könnte es sein, dass das Kind sich entscheidet, Teil der Gruppe zu werden und dadurch mit Gelegenheiten zum Substanzkonsum konfrontiert wird.

Eine weitere Wechselwirkung, die sich auf gefährdete Individuen auswirken kann, ist der Einfluss den die Makroebene auf die Mikroebene haben kann. Studien haben gezeigt, dass dieser entweder zu einem Anstieg oder einem Rückgang des Substanzkonsums bei Bevölkerungsgruppen und Einzelpersonen führen kann. Untersuchungen, die in Europa durchgeführt wurden, deuten darauf hin, dass nach der Wirtschaftskrise 2008 auf jeden einprozentigen Anstieg der regionalen Arbeitslosenquoten ein Anstieg des Cannabiskonsums von Jugendlichen um 0,7% zurückzuführen war (Ayllón & Ferreira-Batista, 2017). Auf individueller Ebene haben Menschen möglicherweise ein geringeres Einkommen, beispielsweise Löhne oder Taschengeld, das sie für Substanzen ausgeben können. Wenn die Arbeitslosenquote aber infolge einer Wirtschaftskrise steigt, können Menschen, die von plötzlicher Arbeitslosigkeit oder fehlenden Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt betroffen sind, auf Selbstmedikation zurückgreifen. Dies verursacht einen erhöhten Substanzkonsum. Wenn Arbeitsplätze knapp und die Löhne niedriger sind, hat die Zeit, die für den Substanzkonsum anstelle von Arbeit oder Arbeitssuche verwendet wird, eine weniger sozial ausschließende Wirkung, als wenn viele Arbeitsplätze und höhere Löhne verfügbar sind. Darüber hinaus müssen manchmal ein oder beide Elternteile außerhalb der Region oder im Ausland arbeiten und sind für ihre Kinder nicht regelmäßig erreichbar. Wenn sie nicht von einem verantwortungsbewussten und fürsorglichen Erwachsenen beaufsichtigt werden, können diese Kinder in substanzaffinen Gruppen Trost finden.

Kein einzelner Faktor allein ist ausreichend, um den Substanzkonsum oder die Entwicklung von Substanzgebrauchsstörungen auszulösen. Es gibt wahrscheinlich eine kritische Kombination aus der Anzahl und Art der Einflüsse und Erfahrungen, die dazu führen, dass eine Person die Schwelle überschreiten lässt, die den Substanzgebrauch initial auslöst und in eine Substanzgebrauchsstörung mündet. Die Schwelle kann durch eine beliebige Anzahl von Kombinationen dieser Faktoren erreicht werden, die wiederum für jeden Menschen individuell sind.

Der Sozialisationsprozess wird in der evidenzbasierten Präventionsarbeit berücksichtigt. Spezifische Arten

von Präventionsmaßnahmen zielen entweder auf Einzelpersonen (Verhaltensprävention) oder auf ihr Umfeld (Verhältnisprävention) ab – oder kombinieren beides. Die Maßnahmen zielen darauf ab, die Überzeugungen, Einstellungen und Verhaltensweisen eines Individuums direkt zu beeinflussen, (z.B. durch schulische Interventionen die die Widerstandsfähigkeit gegenüber der Peergroup trainieren), durch Unterstützung der Sozialisationsinstanzen (z.B. Verbesserung der Erziehungs- oder Unterrichtskompetenz), oder durch Modifikation der Umgebung, um riskante Verhaltensweisen zu erschweren (z.B. Anforderung eines Altersnachweises, um Minderjährigen den Zugang zu Alkohol zu erschweren). Ein von positiven Einflüssen geprägter Sozialisationsprozess ist der Kern evidenzbasierter Prävention, der negative Expositionen überlagert und relativiert. Forschungsergebnisse belegen, dass jungen Menschen nachhaltig geholfen werden kann, gesunde Entscheidungen in Bezug auf Substanzkonsum oder andere Risikoverhaltensweisen zu treffen. Das ist das Ziel von Prävention.

Deshalb sind präventive Maßnahmen so entworfen, dass die durchführenden Präventionsfachkräfte selbst zu Sozialisationsinstanzen werden, indem sie sich entweder direkt in den Sozialisationsprozess der Zielgruppe einbringen oder durch die Qualifizierung von Schlüsselpersonen, wie Eltern und Lehrer, um deren Sozialisationskompetenz zu erhöhen (z.B. Erziehungskompetenz, Klassenraummanagement).

MEHRSTUFIGES ENTWICKLUNGSMODELL

Das mehrstufige Entwicklungsmodell (multi-level developmental framework) zeigt auf, inwiefern sich das Risiko oder die Vulnerabilität einer Person aus der Interaktion von persönlichen Eigenschaften und Umweltfaktoren ergeben kann. Genauer gesagt, definiert es die Risikofaktoren, die für das Modell von zentraler Bedeutung sind.

In diesem Kapitel haben wir bereits die Vulnerabilität von Jugendlichen diskutiert, die starken negativen Einflüssen ausgesetzt sind. Diese negativen Einflüsse sind Risikofaktoren, d.h. die individuellen (psychologischen), ökologischen oder sozialen Merkmale, welche die Wahrscheinlichkeit negativer Konsequenzen erhöhen. Risikofaktoren, einschließlich Substanzkonsum, können zwischen Altersgruppen hinsichtlich ihrer Art und Intensität ihres Einflusses variieren. Risikofaktoren können akkumulierende Effekte haben, sind jedoch auch von Makro- und Mikroumgebungseinflüssen, persönlichen Eigenschaften und der familiären, schulischen, betrieblichen und kommunalen Lebenswelt geprägt.

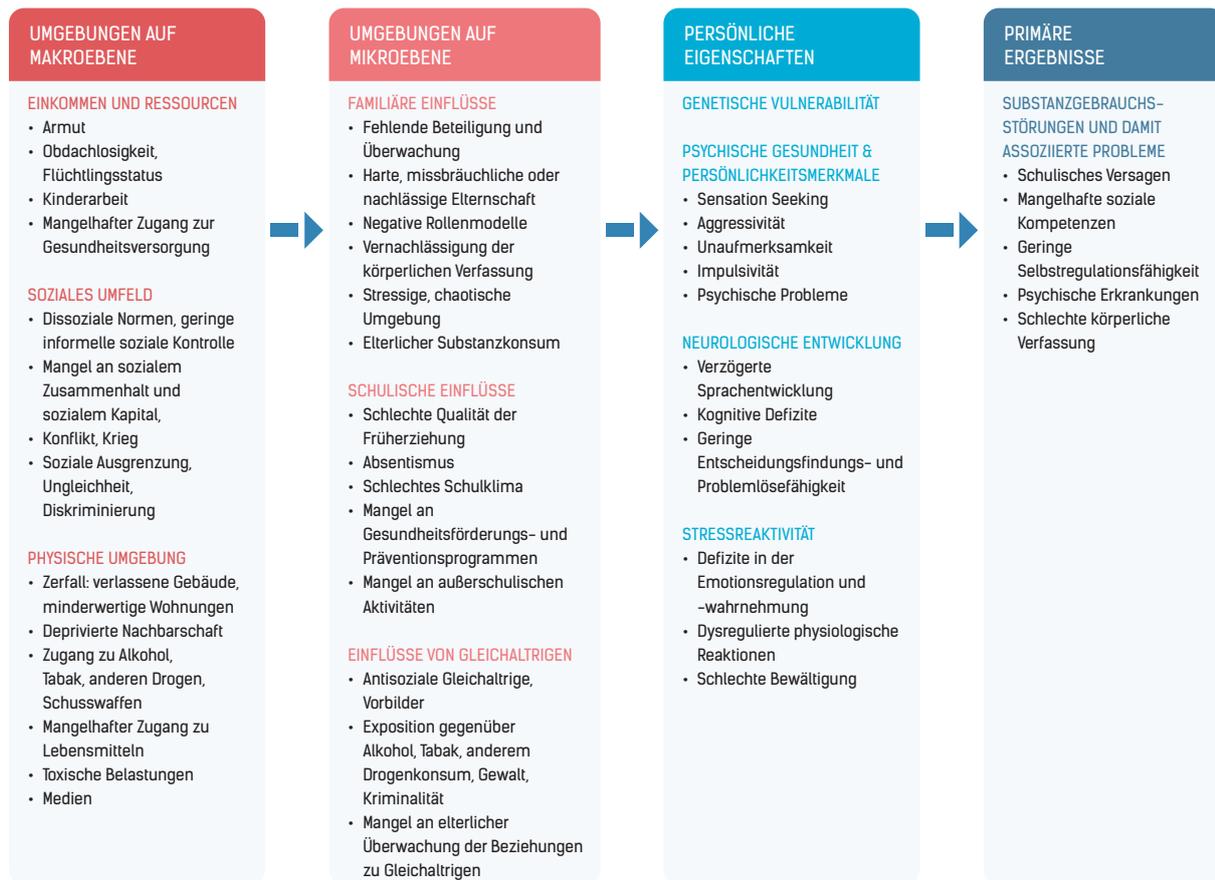


Abbildung 5: Risikofaktoren, die durch Präventionsmaßnahmen adressiert werden können (UNODC, 2013)

Wirksame Präventionsmaßnahmen adressieren Risikofaktoren vor dem Auftreten des Risikoverhaltens. Abbildung 5 gibt Beispiele für Risikofaktoren, die in jeder der genannten Umgebungen auftreten und durch präventive Maßnahmen adressiert werden können.

Schutzfaktoren oder solche, welche die Vulnerabilität einzelner Personen verringern, sind Merkmale, welche die Auswirkungen bestehender Risikofaktoren ausgleichen oder abfedern. Mit anderen Worten: schützende Faktoren verringern die Vulnerabilität von Jugendlichen. Beispiele für Schutzfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen sind:

- Für Einzelpersonen: Ausgeglichenes Temperament, Selbstregulationsfähigkeit;
- Für Familien: Bindung mit Betreuern;
- Für Schulen: Förderung sozialer Kompetenzen (z.B. Entscheidungs- und Problemlösefähigkeit), erzieherisches Engagement;
- Für Kommunen: Bildungsqualität und weitere schulische Faktoren, positive Normen innerhalb der Kommune.

Evidenzbasierte Interventionen, die in einer Entwicklungsstufe

implementiert werden, können spätere Entwicklungsstadien auf eine Weise beeinflussen, die zu längerfristigen Effekten führt. Dieser "Kaskadeneffekt" hilft positive Ergebnisse im späteren Erwachsenenalter zu erzielen. Mit anderen Worten, ein positives Ergebnis kann sich auf andere Lebensbereiche übertragen und an Dynamik gewinnen, um einen zusätzlichen Schutz gegen zukünftige Risikofaktoren zu bieten. Zum Beispiel zeigten die Auswirkungen einer der evidenzbasierten Interventionen (das "Good-Behavior-Game") in den UNODC-Standards, dass diese Intervention nicht nur zu einer reduzierten Substanzkonsumbelastung, sondern auch zu einer damit verbundenen langfristigen Reduktion von lebenslangen psychischen Gesundheitsproblemen führte.

Evidenzbasierte Interventionen, die darauf abzielen, Substanzkonsum in der Jugend vorzubeugen, verringern nicht nur die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung von Substanzgebrauchsstörungen im späteren Leben, sondern haben auch positive Auswirkungen auf nicht primär anvisierte Ergebnisse. So gab Forschung zum "Strengthening Families Program, für Eltern und Jugendliche zwischen 10 und 14 Jahren" (durch Implementierungen in den USA) Hinweise auf ursprünglich nicht angestrebte, positive Ergebnisse,

einschließlich der Reduktion von Delinquenz, Depression, Angstzuständen und gesundheitsgefährdenden sexuellen Verhaltensweisen sowie verbesserten schulischen Leistungen. "Crossover-Effekte", wie etwa schulische Erfolge und reduzierte Verhaltensprobleme, verbessern die öffentliche Gesundheit und haben wirtschaftliche Vorteile für die Kommune.

Zusammenfassend helfen epidemiologische und ätiologische Studien Präventionsfachkräften dabei, zu reflektieren und zu entscheiden:

- Wo Präventionsmaßnahmen ansetzen sollten. Könnten diese in einem bestimmten geografischen Gebiet besonders erforderlich sein?
- Welche Substanzen am relevantesten sind. Für die meisten Bevölkerungsgruppen stellen Alkohol und Tabakprodukte ein größeres Problem, als Cannabis und andere illegale Substanzen dar.
- An wen die Interventionen gerichtet werden sollte. Beispielsweise Gruppen mit besonders hoher Vulnerabilität, wie Kinder von Menschen mit einer Substanzgebrauchsstörung?
- Wann interveniert werden sollte. Wenn das erstmalige Auftreten eines Verhaltens z.B. im Alter von 14,7 Jahren ist, sollten die Interventionen früher angesetzt werden, z.B. im Alter von 12 Jahren.
- Welche Mediatoren relevant sind.-- Was sind die Ziele und Botschaften, die von Belang sein sollten, wie z.B. die Einstellung gegenüber dem Risikoverhalten, normative Überzeugungen hinsichtlich der Prävalenz des Konsums und die Wahrnehmung der mit dem Verhalten verbundenen Risiken (vgl. Kapitel 3).

DER BEDARF AN UMFASSENDEN, INTERDISZIPLINÄREN UNTERSTÜTZUNGSLEISTUNGEN IM VERLAUF DER MENSCHLICHEN ENTWICKLUNG

Es ist wichtig, sich als Präventionsfachkraft zu vergegenwärtigen, dass Substanzkonsum häufig als ein

relativ unbedenkliches Verhalten beginnt, aber bei Fortsetzung zu einer Erhöhung der Dosis und Frequenz, sowie damit verbunden der Wahrscheinlichkeit konsumassozierte Schäden zu erleiden, führen kann. Wie bereits dargestellt führt dies manchmal dazu, dass der Substanzkonsum das Leben des Konsumenten dominiert und zur Vernachlässigung anderer sozialer Aktivitäten und Verantwortungen sowie zum Auftreten sozialer und gesundheitlicher Probleme führt. Der Verweis auf Risiko- und Schutzfaktoren innerhalb des Ätiologie-Modells ermöglicht es uns (1.) besser zu verstehen, welche Pfade möglicherweise dazu führen, dass Menschen Substanzgebrauchsstörungen entwickeln (Abbildung 6) und (2.) zu verstehen, wie angemessene präventive Maßnahmen entwickelt und ausgerichtet werden müssen (dies gilt auch für Behandlungsangebote und Angebote zur Schadensminimierung).

Wie in Abbildung 6 dargestellt, sind (Makro- und Mikro-) Umweltfaktoren und, in geringerem Maße persönliche Eigenschaften, wichtige Determinanten dafür, ob jemand mit dem Gebrauch von psychoaktiven Substanzen beginnt. Dazu gehören sowohl Faktoren, die einer Episode, in welcher Substanzen konsumiert werden unmittelbar vorausgehen, wie z.B. die Verfügbarkeit oder ein Angebot zum Konsum von Substanzen, als auch frühe Vulnerabilität, sowie Risiko- und Schutzfaktoren, die eine gesunde Entwicklung beeinträchtigen und die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass es zum Substanzkonsum kommt.

Wie aus Erhebungen zur Prävalenz hervorgeht, setzen die meisten Menschen, die jemals Substanzen konsumiert haben, ihren Gebrauch nicht fort, und die Exposition wird auf eine kleine Anzahl von Episoden mit seltenem Substanzkonsum beschränkt sein. Was diese Menschen von denen unterscheidet, die den Konsum fortsetzen, sind eine Reihe zusätzlicher Faktoren, einschließlich der psychopharmakologischen Reaktion auf den Substanzkonsum, also zum Beispiel wie seine Wirkung subjektiv erlebt wurde. Wenn sie eine bestimmte Funktion für den Benutzer erfüllt, ihm zum Beispiel dabei hilft, ein (wahrgenommenes) physiologisches oder psychologisches Bedürfnis zu befriedigen oder selbst zu behandeln, wirkt sich das auf die

Einflussfaktoren

- Persönliche Merkmale
- Umweltfaktoren
- Pharmacological factors

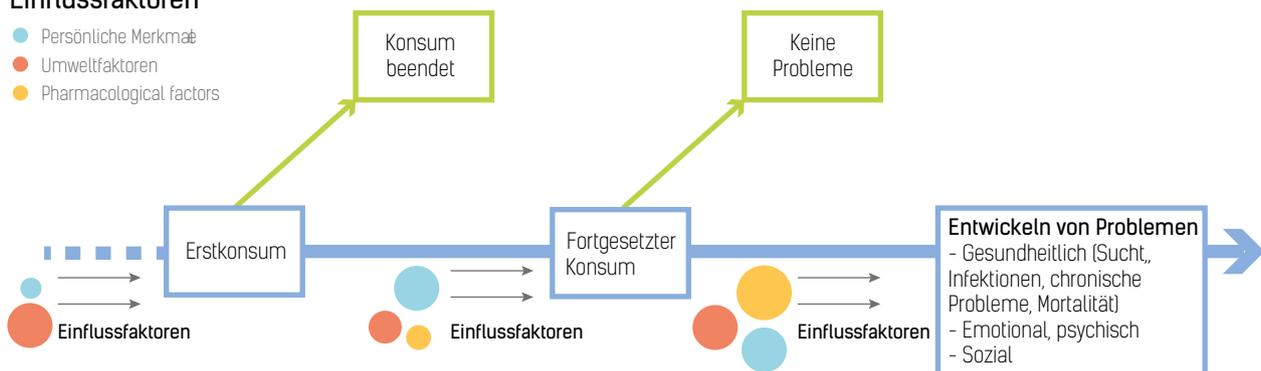


Abbildung 6: Konsumpfade

Wahrscheinlichkeit aus, ob dieser den Konsum fortsetzen wird. Menschen, die weiterhin Substanzen nutzen, müssen jedoch nicht unbedingt einen Schaden erleiden und die meisten stellen den Gebrauch auch nach längerer Zeit ein. Einige Menschen, die weiterhin Substanzen konsumieren, erfahren jedoch Probleme im Zusammenhang mit der Gesundheit, dem emotionalen und psychologischen Wohlbefinden und sozialen Zusammenleben (einschließlich Verwicklungen mit dem Justizsystem).

Selektive und indizierte Präventionsmaßnahmen sowie Maßnahmen zur Schadensminderung und -behandlung sind besonders wichtig, um den Übergang zu schädlicheren Konsummustern zu verhindern und die daraus resultierenden Schäden zu reduzieren.

Diese Pfade und Übergänge zwischen verschiedenen Arten von "Substanzkonsumverhalten" werden von manchen als „natürlicher Verlauf“ von Substanzkonsum und Substanzgebrauchsstörungen bezeichnet. Risiko- und Schutzfaktoren sowie mögliche Schäden unterscheiden sich an verschiedenen Stellen des Verlaufs.

Die Faktoren, die die Initiation bestimmt haben, werden sich von denen unterscheiden, die den weiteren Konsum bestimmen, und dementsprechend auch die mit dem Konsum verbundenen Schäden. Es ist zudem wichtig, sich daran zu erinnern, dass Menschen, die derzeit keine Substanzen konsumieren, keine Einzelgruppe sind, sondern auch diejenigen miteinschließen, die mit dem Gebrauch experimentiert oder in der Vergangenheit problematischen

Konsum erlebt haben. Daher bedarf es einer breiten Palette umfassender sozialer, emotionaler, körperlicher und beruflicher Dienstleistungen, um den Bedürfnissen von Menschen gerecht zu werden, die Substanzen konsumieren, unabhängig davon, wo sie sich auf ihrem Konsumpfad befinden (Abbildung 6). Im Allgemeinen zielt das Spektrum der Präventionsprogramme daher auf drei Gruppen ab:

- *Universelle Interventionen* oder Strategien beziehen sich hauptsächlich auf Nicht-User, beziehen User-Gruppen aber auch mit ein. In diese Kategorie von Interventionen fallen die meisten schulischen Curricula sowie Umweltstrategien, auf welche wir an späterer Stelle genauer eingehen werden.
- *Selektive Interventionen* richten sich an vulnerable Gruppen, die bereits Substanzen konsumieren. Die Interventionen konzentrieren sich auf die Verbesserung der Möglichkeiten in schwierigen Lebens- und Sozialbedingungen. Dazu gehören auch schulische und familiäre Interventionen und Maßnahmen, welche die Schulpflicht der Kinder ebenfalls berücksichtigt.
- *Indizierte Interventionen* richten sich an vulnerable Personen und helfen ihnen, besser mit ihren individuellen Persönlichkeitsmerkmalen und Risikofaktoren, die sie anfälliger für einen problematischen Substanzkonsum machen, umzugehen.

Universelle Interventionen richten sich typischerweise (wenn auch nicht ausschließlich) an Zielgruppen vor dem Beginn des Substanzkonsums, indizierte und selektive Prävention sind für die Umsetzung an allen Übergangsstellen geeignet.

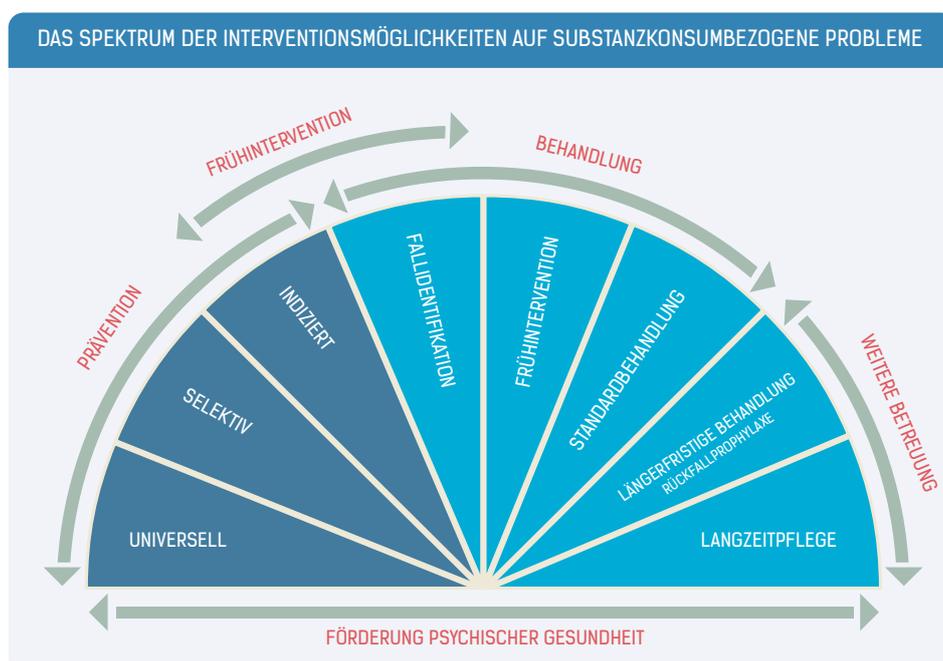


Abbildung 7: In Anlehnung an Mrazek und Haggerty, 1994

Kurze (oder frühe) Interventionen stehen im Zusammenhang mit der indizierten Prävention und sind in Europa nicht weit verbreitet, obwohl sie in Bezug auf den Alkoholkonsum häufiger vorkommen. Kurzinterventionen zielen darauf ab, dem Substanzkonsum vorzubeugen oder ihn zu verzögern und Substanzkonsumsprobleme zu verhindern. Diese Interventionen sind zeitlich begrenzt und operieren, wie in Abbildung 7 dargestellt, in der Grauzone zwischen Prävention und Behandlung. Sie richten sich daher in der Regel an junge Menschen oder an gefährdete Personen (EBDD, 2017).

2

| Inhalte

- 33 | Definitionen und Grundsätze
- 35 | Das theoretische Fundament der Prävention
- 37 | Struktur, Inhalt und Umsetzung

KAPITEL 2

GRUNDLAGEN DER PRÄVENTIONSFORSCHUNG UND EVIDENZBASIERTER PRÄVENTIONSMASSNAHMEN

Dieses Kapitel stellt die Konzepte "evidenzbasierte Praxis" und "Best Practice" vor. Darüber hinaus gibt es auch einen Überblick über die bedeutsamsten Präventionstheorien und stellt das sogenannte "Rad der Verhaltensänderung" vor, ein Instrument zur Klassifizierung und Auswahl von Verhaltensinterventionen und regulatorischen Maßnahmen. Außerdem behandelt das Kapitel die Vorgehensweise bei der Anpassung von bereits existierenden Maßnahmen und geht auf die Bedeutung einer hohen Umsetzungstreue ein.

DEFINITIONEN UND GRUNDSÄTZE

Die Prävention von Substanzkonsum kann Menschen einerseits dabei unterstützen, den Konsum von Substanzen überhaupt *nicht erst zu beginnen*, andererseits aber auch bereits Konsumierende dabei unterstützen, *problematischen Substanzkonsum zu vermeiden*. Prävention hat eine noch breitere Absicht: Die Gesundheit und Sicherheit von Menschen zu fördern und sie dabei zu unterstützen, ihre Talente und Potenziale zu entfalten. Die Gestaltung und Bereitstellung wirksamer evidenzbasierter Antworten auf Probleme des Substanzkonsums ist ein zentraler Schwerpunkt der europäischen Drogenpolitik und umfasst eine Reihe von Maßnahmen.

Was bedeutet 'evidenzbasierte' Prävention? Hier eine Definition des *Evidence-Based Practice Institute* der Universität von Washington: "Evidenzbasierte Praxis" ist die Anwendung systematischer Entscheidungsprozesse oder die Bereitstellung von Maßnahmen, die durch verfügbare wissenschaftliche Erkenntnisse nachweislich zu einer Verbesserung der Situation der Klienten führt. Anstelle der Grundlage von Traditionen, Bauchentscheidungen oder einzelnen Beobachtungen für die Entscheidungsfindung stützt sich EBP auf Daten, die durch experimentelle Forschung gesammelt wurden, und berücksichtigt individuelle Klientenmerkmale und klinisches Fachwissen.

Diese Definition hat zwei Schlüsselaspekte: Eine systematische Entscheidungsfindung unter Verwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse, die auf verbesserte oder positive Ergebnisse hinweisen und das Vertrauen in Daten, welche durch strenge experimentelle Forschung gesammelt wurden. Dies ist ein herausforderndes Thema, doch ein allgemeines Verständnis seiner Komplexitäten ist erforderlich, um nachzuvollziehen, warum Experten oft - und legitimer Weise - nicht einer Meinung sind, wenn es darum geht, zu bestimmen, ob Präventionsprogramme oder -praktiken als

"evidenzbasiert" gelten oder nur als "vielversprechend" oder als "Best Practice" bezeichnet werden können.

Die Definition von "Best Practice", die von der EBDD verwendet wird lautet: „Die bestmögliche Anwendung der verfügbaren Evidenz auf Aktivitäten im Umfeld psychoaktive Substanzen“. Die EBDD erklärt weiter, dass ein Wirksamkeitsnachweis die folgenden Kriterien erfüllen sollte:

- Relevanz in Bezug auf Probleme und Themen der Personen, die in irgendeiner Form vom Substanzkonsum betroffen sind, einschließlich Fachkräften, politischen Entscheidungsträgern, Substanz-Usern und ihren Familien;
- Transparenz, Verlässlichkeit und Übertragbarkeit aller Methoden zur Bestimmung der "Best Practice";
- Berücksichtigung aller geeigneten Evidenzen;
- Berücksichtigung sowohl der Wirksamkeit als auch der Durchführbarkeit der Umsetzung für die breitere Entscheidungsfindung.

Präventionsforscher und -praktiker haben eine Fülle von Informationen gesammelt, die dazu beigetragen haben, die Entwicklung und Bereitstellung effektiver Präventionsmaßnahmen und -strategien für eine Vielzahl von Verhaltensweisen, einschließlich des Substanzgebrauchs, zu fördern. Die EBDD⁵ hat viele dieser Maßnahmen auf ihrer Website zusammengefasst, wo Sie Informationen über bewährte Praktiken für verschiedene Settings, Arten von Substanzen und Behandlungen finden können.

Die Europäische Gesellschaft für Präventionsforschung⁶ (EUSPR) definiert Präventionswissenschaft als eine "multidisziplinäre Maßnahme, um Ätiologie, Epidemiologie, Interventionsdesign, Wirksamkeit und Umsetzung zur Vorbeugung einer Vielzahl von gesundheitlichen und sozialen Problemen, zu berücksichtigen". Diese umfassen, beschränken sich aber nicht auf, Substanzkonsumsprobleme, sexuelle Gesundheit und Teenagerschwangerschaft, HIV/AIDS, Gewalt, Unfälle, Suizid, mentale Krankheit, Delinquenz, Fettleibigkeit, Diät/Ernährung, Bewegung und chronische Krankheit. Ein gemeinsames Merkmal ist die Bedeutung von Verhalten als Determinante für Ungleichheit in Bezug auf Krankheit und Gesundheit.

Verhaltensrisikofaktoren sind wichtige Ursachen für nicht übertragbare Krankheiten. Präventionsforschung befasst sich

⁵ <https://emcdda.europa.eu>

⁶ <http://www.euspr.org>

mit der systematischen Untersuchung von Interventionen zur Verringerung der Häufigkeit von maladaptiven Verhaltensweisen und zur Förderung von Anpassungsverhalten in der Bevölkerung. Dies erfordert Expertise in einer Vielzahl von theoretischen und methodischen Ansätzen für die Forschung in den sozialen und gesellschaftlichen Systemen der Familie, Gesundheit und Bildung, Arbeitsplatz, Kommune, Sozialfürsorge, Umweltplanung, Stadtplanung und Finanzpolitik.

Die US-amerikanische Gesellschaft für Präventionsforschung bietet neben einer Definition der Präventionsforschung detaillierte Leitprinzipien. Viele dieser Prinzipien bilden die Grundlage für das "Europäische Handbuch für Prävention" (EUPC) und betonen die Bedeutung für erfolgreiche Präventionsmaßnahmen in Bezug auf:

- Entwicklungsschwerpunkt: Das bedeutet, dass wir als Präventionsfachkräfte verstehen müssen, dass die Faktoren, die das Verhalten beeinflussen, sich über den Lebensverlauf in verschiedenen Altersstufen unterscheiden. Es bedeutet auch, dass entwicklungsbezogene oder altersbezogene Aufgaben im Laufe des Aufwachsens der Kinder erfüllt werden müssen (siehe Anhang 2). Eine Störung bei der Erfüllung dieser Aufgaben kann in bestimmten Phasen der Entwicklung zum Auftreten von Störungen oder Risikoverhalten führen. Das alles muss bei der Wahl potenzieller Präventionsmaßnahmen berücksichtigt werden, die in der jeweiligen Kommune zum Einsatz kommen sollen.

- Die Entwicklungsepidemiologie der Zielpopulation spielt eine entscheidende Rolle in der Prävention. Wir erkennen, wie Übergänge zwischen verschiedenen Altersgruppen Kinder unterschiedlichen Risiken aussetzen - z. B. wenn ein Kind dazu übergeht die meiste Zeit des Tages in der Schule zu verbringen anstatt zu Hause. Es muss zudem anerkannt werden, dass es verschiedene Faktoren im Zusammenhang mit dem Substanzkonsum innerhalb und zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen gibt. Das bedeutet, dass die Faktoren oder Prozesse, die zur Initiierung des Substanzkonsums und fortgesetztem Konsum führen, über Individuen, Gruppen und Bevölkerungsgruppen hinweg variieren.
- Transaktionale ökologische Faktoren – die verschiedenen Umwelteinflüsse auf unsere Überzeugungen, Werte, Einstellungen und Verhaltensweisen. Dies beinhaltet die Interaktion der Persönlichkeitseigenschaften, Familie, Schule, Kommune und der größeren sozio-politischen und physischen Umgebungen. Diese Interaktionen beeinflussen nicht nur unsere Überzeugungen, Einstellungen und Verhaltensweisen, sondern sind auch wechselseitig voneinander abhängig und beeinflussen sich gegenseitig.
- Das Verständnis menschlicher Motivation und Veränderungsprozesse, hilft bei der Entwicklung wirksamer Interventionen, die Veränderungen in Individuen und Umgebungen, zur Prävention oder Behandlung von Substanzkonsum anstreben. Viele Faktoren spielen eine Rolle bei der Beeinflussung von Verhaltensweisen und beeinflussen die Entscheidungsfindung, einschließlich der Entscheidung, psychoaktive Substanzen zu konsumieren



Abbildung 8: Best Practice Portal (Portal für vorbildliche Verfahren)

oder sich in anderer Weise risikoreich zu verhalten.

- Die transdisziplinäre Natur der Präventionswissenschaft bedeutet, dass wir multidisziplinäre Teams mit einer Reihe von unterschiedlichen Fachkenntnissen einbeziehen müssen, um die Komplexität der von der Präventionswissenschaft behandelten Probleme anzugehen.
- Berufsethische Standards basieren auf Werten. Werte sind die Grundüberzeugungen, die ein Individuum für wahr hält und die für dessen eigenes Leben als Richtschnur oder Entscheidungsgrundlage gelten. Prävention umfasst Entscheidungen hinsichtlich des Umgangs mit anderen in den wichtigsten Lebensbereichen eines Menschen – die Familie, die Schule und den Arbeitsplatz. Es bezieht darüber hinaus auch die Gesellschaft mit ein, wo Politik und Gesetze gewünschtes und unsoziales/illegales Verhalten regulieren.
- Eine kontinuierliche Rückkopplung zwischen theoretischen und empirischen Untersuchungen zielt darauf ab, Mechanismen zu erklären, die für ein Verhaltensergebnis verantwortlich sind, das durch epidemiologische Untersuchungen oder Evaluationen von Präventionsmaßnahmen entdeckt wurde.
- Die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit (Public Health) ist eine Vision, die die Präventionswissenschaft durch die Zusammenarbeit von Präventionswissenschaftlern und Präventionspraktikern mit ihren kollektiven Fähigkeiten und besonderen Fachkenntnissen erreichen kann.
- Soziale Gerechtigkeit steht im Zusammenhang mit der Menschenrechtsbewegung, und Gesundheit ist ein Menschenrecht. Um nach sozialer Gerechtigkeit streben zu können, muss man zunächst verstehen, warum bestimmte Bevölkerungsgruppen einer unverhältnismäßigen Last von Krankheit, Behinderung und Tod ausgesetzt sind. Dann können geeignete Präventionsprogramme, Systeme und Richtlinien entwickelt und implementiert werden, um die Ursachen dieser Ungerechtigkeiten zu bekämpfen.

DAS THEORETISCHE FUNDAMENT DER PRÄVENTION

Mehrere wichtige Theorien haben die Entwicklung von evidenzbasierten Präventionsmaßnahmen und Forschungszielen beeinflusst. Wenn Präventionswissenschaftler und Praktiker über Theorie sprechen, beziehen sie sich auf eine Reihe zusammenhängender Konzepte, die benutzt werden, um zu beschreiben, zu erklären und vorherzusagen, wie verschiedene Aspekte menschlichen Verhaltens miteinander in Beziehung stehen. In den meisten Fällen stützen sich Theorien auf empirische oder aus der Forschung stammende Evidenzen und werden im fortlaufenden Forschungsprozess weiter verfeinert.

Ein wichtiger Schritt beim Aufbau einer evidenzbasierten Intervention ist die Auswahl eines theoretischen Rahmens für die Intervention. Ein solcher Rahmen:

- bietet ein Verständnis der Umwelt- und/oder Verhaltensdeterminanten in Bezug auf ein bestimmtes Gesundheitsproblem;
- klärt, welche potenziellen Mechanismen für das gewünschte Ergebnis von Interesse sind;
- hilft bei der Auswahl der Interventionsstrategie oder des Ansatzes, welche(r) diese Ergebnisse erreichen soll (Bartholomew & Mullen, 2011).

In der Prävention kommen Theorien der Ätiologie (die Ursachen des Substanzkonsums), der menschlichen Entwicklung und des menschlichen Verhaltens zum Tragen. Die für Präventionsmaßnahmen relevanten Theorien über menschliches Verhalten, umfassen solche, die sich auf die Lernfähigkeit von Menschen sowie deren Fähigkeit zur Verhaltensänderung konzentrieren. Letztere beziehen sich dabei insbesondere auf Verhaltensweisen, die riskante gesundheitliche und soziale Folgen wie schädlichen Substanzkonsum beinhalten.

Die Präventionswissenschaft stützt sich stark auf Theorien, die in anderen Bereichen, wie etwa der Verhaltensökonomie, der Neuropsychologie und der Verhaltenswissenschaft entwickelt wurden. Tabelle 2 zeigt einige davon, die einen wichtigen Einfluss auf die Prävention haben, sowie einige Theorien, die einzigartig in der Präventionswissenschaft sind.

Kenntnis über diese Theorien, selbst in ihrer kurzen Form, ist wichtig, um zu verstehen, dass die Entwicklung effektiver Interventionen auf empirisch fundierter Theorie basiert. Eine der vorherrschenden Theorien für die Präventionswissenschaft war die Theorie des geplanten Verhaltens. Zu den, in dieser Theorie, berücksichtigten Faktoren gehören:

- Einstellungen gegenüber dem Verhalten: Überzeugungen oder Assoziationen über positive oder negative Konsequenzen von Verhaltensweisen und der Wert, der auf diese Konsequenzen gelegt wird. Mit anderen Worten: "Was könnte passieren, wenn ich Zigaretten rauche? Was sind die gesundheitlichen Folgen? Sind diese real? Wird es mein Leben und die Menschen um mich herum beeinflussen?"
- Wahrnehmung der Konsequenzen des Verhaltens und der normativen Natur des Verhaltens durch einflussreiche Andere. "Wenn ich anfangen zu rauchen, was würden meine Eltern sagen? Was würden meine Freunde sagen?"
- Wahrnehmung über hinderliche oder förderliche Fähigkeiten in Bezug auf die eigene Verhaltenskontrolle. "Habe ich die Fähigkeiten, dem Alkoholkonsum auf der Party meines Freundes zu widerstehen?"

Die Interaktion dieser Komponenten beeinflusst einerseits die Absicht eines Individuums, ein Verhalten zu verfolgen, wie beispielsweise Substanzkonsum, und andererseits natürlich auch, ob das Individuum über die Fähigkeiten und Ressourcen

Theorie	Inhalte
Allgemeine Theorien	
Theorie des sozialen Lernens (Bandura, 1977)	Menschen lernen Verhaltensweisen, indem sie andere beobachten und Verhaltensweisen imitieren und modellieren
Theorie des Problemverhaltens (Jessor und Jessor, 1977)	Mehrere riskante Verhaltensweisen haben die gleiche(n) oder gemeinsame(n) Wurzel(n) oder Grundlage und diese werden durch die Interaktion des Einzelnen mit ihrer/seiner Umwelt beeinflusst
Ökologie der menschlichen Entwicklung (Bronfenbrenner, 1979)	Systeme oder Kontexte außerhalb des Individuums beeinflussen das individuelle Verhalten
Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, 1991)	Es gibt einen Zusammenhang zwischen Einstellungen und Verhalten und drei Kategorien von Wahrnehmungen und Einstellungen, die das Verhalten leiten: <ul style="list-style-type: none"> • Überzeugungen hinsichtlich der Folgen oder Konsequenzen von Verhaltensweisen • Überzeugungen hinsichtlich der normativen Erwartungen anderer (oder der sozialen Akzeptanz) gegenüber einer Verhaltensweise • Überzeugungen hinsichtlich der Grenzen und Möglichkeiten zur Durchführung eines Verhaltens
Präventionsspezifische Theorien	
Theory of Triadic Influence (Flay and Petraitis, 2003)	Drei Einflüsse tragen zu riskantem Verhalten bei: <ul style="list-style-type: none"> • Kulturelle Faktoren (z.B. die wahrgenommene Toleranz für jugendlichen Alkoholkonsum) • Soziale oder zwischenmenschliche Faktoren (z.B. Eltern, die Substanzen konsumieren) • Intrapersonale Faktoren (z.B. schlechte Impulskontrolle)
Risiko- und Schutzfaktoren (Hawkins et al., 1992)	Risikofaktoren für Substanzkonsum teilen sich in gesellschaftliche und kulturelle Faktoren (juristische oder normative Verhaltenserwartungen) sowie intra- und interpersonale Faktoren (Familie, Schule, Peergruppe) auf.
Positive Jugendentwicklung (Catalano et al., 1999)	Legt den Fokus auf die Bedeutsamkeit, die positive Entwicklung zu steigern und zu bestärken
Resilienztheorie (Werner et al., 1982)	Einige Menschen haben spezielle Ressourcen, um sich an stressreiche Situationen und Ereignisse anzupassen
Nurturing Enviroments (Biglan und Hines, 2009)	Kombiniert viele Aspekte anderer Theorien und konzentriert sich auf Risikoreduktion und die Förderung von Resilienz und anderen positiven Eigenschaften

Tabelle 2 Überblick über wesentliche Präventionstheorien

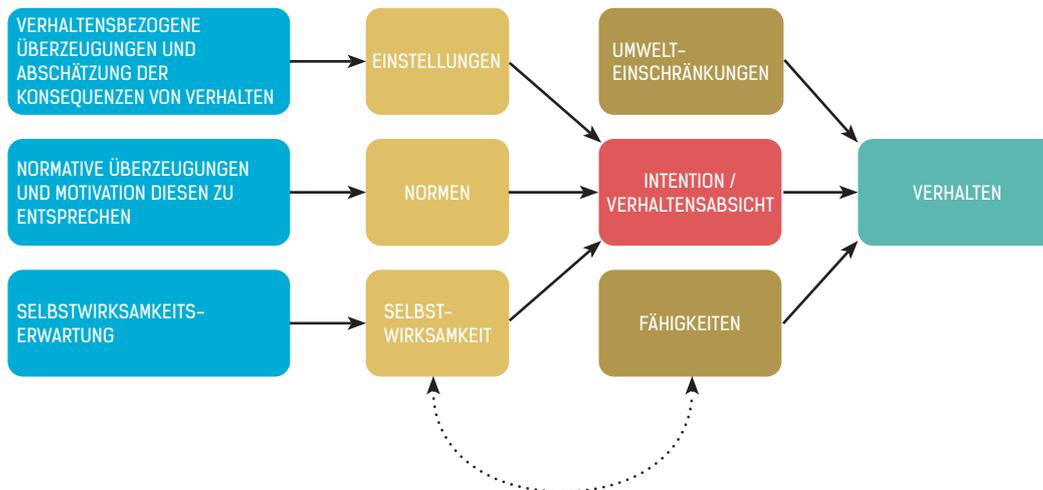


Abbildung 9: Theorie des geplanten Verhaltens (vereinfachte Darstellung)

verfügt, mit den Konsequenzen seines Verhaltens umzugehen. Der nächste Schritt bei der Übernahme einer theoretischen Grundlage für eine Intervention ist die Entwicklung von Interventionszielen.

Die Schwierigkeit bei der Konstruktion einer Theorie-basierten Intervention ist die Umwandlung der Theorie in die Praxis. Wie gehen Sie von den identifizierten Zielen zu guten Interventionen und Taktiken über? Ein hilfreiches Werkzeug, um Sie bei diesem Prozess zu unterstützen, ist das Rad der Verhaltensänderung (The behaviour change wheel) von Susan Michie, Maartje van Stralen und Robert West (2011), basierend auf dem COM-B -Modell (Fähigkeit, Gelegenheit, Motivation und Verhalten).

Das COM-B-Modell spiegelt die möglichen Ursachen für Verhaltensweisen wider, wie im inneren Kreis des Rads der Verhaltensänderung zu sehen ist. Um das Verhalten zu ändern, müssen diese Ursachen der Verhaltensweisen beeinflusst werden. Wie das erreicht werden kann, zeigt der äußere Kreis des Rads. Die äußeren Kreise zeigen sowohl Methoden zur Änderung von Verhalten als auch konkrete Arten von Interventionen, die sich als wirksam erwiesen haben.

Motivation wird als etwas Automatisches und Reflexives betrachtet, Fähigkeit meint sowohl psychologisch als auch physisch fähig zu sein. Gelegenheit bezieht sich auf die im sozialen oder physischen Kontext gegebenen Chancen, sich auf eine bestimmte Art zu verhalten. Der rote Kreis fasst geeignete Interventionsansätze zusammen, die auf diese Verhaltensdeterminanten abzielen und politische Mechanismen, die die Umsetzung der Interventionen unterstützen, sind im grauen Außenkreis enthalten.

I STRUKTUR, INHALT UND UMSETZUNG

Es gibt drei wichtige Aspekte von Präventionsmaßnahmen: Struktur, Inhalt und Implementation. Alle drei Aspekte sind theoriegeleitet.

Die strukturelle Komponente spiegelt wider, wie die Präventionsintervention oder -taktik organisiert und gestaltet ist. Zum Beispiel, Anzahl und Dauer der Lektionen der Intervention (z.B. Wird das Programm "X" aus 10, 15 oder 20 Lektionen bestehen? Wie lange soll eine Lektion dauern - 30 Minuten, 45 Minuten? Werden diese über eine Woche oder mehrere Wochen verteilt stattfinden?)

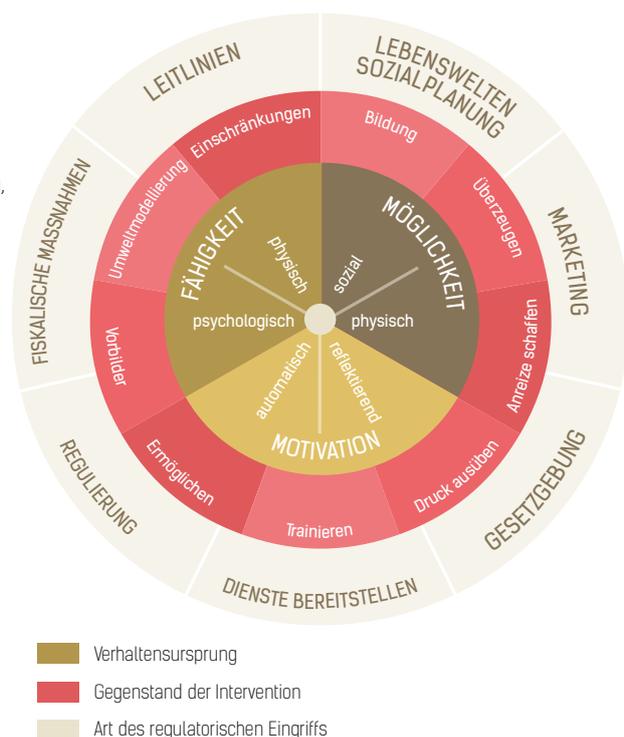


Abbildung 10: Das Rad der Verhaltensänderung (Michie et al., 2011)

Programm X Beispiel

Lassen Sie uns dieses Beispiel auf eine schulbasierte Präventionsmaßnahme anwenden, um zu sehen, wie eine Intervention aussehen soll. Hier haben wir ein hypothetisches Programm X: Ein evidenzbasiertes Präventionsschulcurriculum. Welche Eigenschaften sollte diese Intervention erfüllen?

Das erste Präventionsziel basierend auf der Theorie des geplanten Verhaltens ist: Haltungen gegenüber Verhaltensweisen und ihren Konsequenzen, die Wahrnehmung der Konsequenzen von Substanzkonsum für die Zielgruppe und normative Überzeugungen (Wahrnehmungen über den normativen Charakter des Substanzkonsums bei Gleichaltrigen). Bestimmte Haltungen und Wahrnehmungen werden der Zielgruppe helfen, Entscheidungen über den Konsum von Substanzen zu treffen; im Allgemeinen wird die Zielgruppe dazu neigen diese nicht zu konsumieren. Ist diese Entscheidung (gegen den Substanzkonsum) getroffen, soll die Intervention dazu beitragen, Fähigkeiten zu entwickeln, um diese getroffene Entscheidung zu unterstützen. Dazu gehören Kommunikations- und Widerstandskompetenzen sowie andere Lebenskompetenzen, die mit dem Erreichen von prosozialen und positiven Zielen verbunden sind.

Die Intervention erreicht ihre Ziele im Allgemeinen, indem sie Jugendliche ermutigt Informationen zu sammeln und diese mithilfe von Techniken zur Entscheidungsfindung und anderen Fähigkeiten auf ihr eigenes Leben anzuwenden. Dies kann durch Kleingruppenaktivitäten und Diskussionsgruppen geschehen.

Zu bedenken ist, dass die Intervention mehr leisten muss, als nur die Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit zu erhöhen, um schädlichem Substanzkonsum vorzubeugen oder Substanzkonsum zu verringern. Eine gute Intervention wird dies tun, indem sie Verhaltensstrategien durch Modellierung, Kompetenztraining, angeleitete Praxis mit Feedback und Verstärkung vermittelt.

Die Kategorie ‚Inhalt‘ bezieht sich auf die Ziele der Intervention und hat damit zu tun, mit welchen Informationen, Fähigkeiten und Strategien die gewünschten Ziele erreicht werden. Dazu könnte beispielsweise die Einbeziehung von sogenannten Peer Refusal Skills und der Entwicklung sozialer Normen in die Intervention gehören, zusätzlich zur Schulung der Familienkommunikation.

Innerhalb der Kategorie ‚Umsetzung‘ wird untersucht, wie die Intervention oder die Strategie umgesetzt werden soll und wie sie vermutlich von der Zielgruppe aufgenommen wird. Beispiele hierfür wären, die Verwendung interaktiver Unterrichtsstrategien für Jugendliche und Erwachsene; das Angebot von Interventionen zur Vermittlung von Erziehungskompetenz zu Zeiten, die für Familien geeignet sind; die Überwachung der Umsetzung (Implementierung) einer Intervention oder Maßnahme zur Verbesserung der Umsetzungsgenauigkeit der Kernelemente der Intervention.

In Anlehnung an das oben diskutierte Ätiologie-Modell können wir einige Schlüsselbereiche identifizieren, in deren Rahmen eine Intervention wirksam die Ausbildung von Überzeugungen, Einstellungen und Verhaltensweisen verhindern kann, die zu problematischem Substanzkonsum und damit verbundenen riskanten Verhaltensweisen führen können. Diese Interventionsansätze richten sich nicht nur an Individuen, sondern auch an deren Mikro- und Makroebenen. Im Verlauf dieses Curriculums erfahren Sie von Präventionsmaßnahmen, die mit Eltern, Lehrern, Kindern und Jugendlichen, innerhalb der Familie, der Schule und auf kommunaler Ebene durchgeführt werden.

I ZIELGRUPPEN

Bei der Ausrichtung der Intervention/Strategie gibt es einige wichtige Hauptmerkmale:

- Das Alter ist aus mehreren Gründen wichtig. Das Alter hängt mit Entwicklungskompetenzen, Risikoverhalten und dem Schweregrad der Auswirkungen des Substanzkonsums zusammen. Das Alter ist auch ein Mittel zur gezielten Intervention und sollte bei der Planung der Umsetzung berücksichtigt werden. So haben sich beispielsweise in der schulischen Prävention verschiedene Arten von Aktivitäten für verschiedene Alters- und Entwicklungsgruppen als effektiver erwiesen. Die Bevölkerungsgruppen/ Kulturen können sich auch darin unterscheiden, welche Verhaltensweisen für unterschiedliche Altersgruppen zu erwarten sind. So kann beispielsweise neben Gesetzen, die Altersbeschränkungen für den Kauf von Waren wie Alkohol vorsehen, der kontrollierte Alkoholkonsum bei wichtigen Familienfeiern für ältere Jugendliche akzeptabel sein, nicht aber für jüngere Kinder;
- Das Geschlecht kann eine Rolle im Hinblick auf das „Risiko“ spielen und für den Rahmen, in dem die Intervention stattfindet, von Bedeutung sein. Darüber hinaus haben Gesellschaften/Kulturen möglicherweise andere Erwartungen an Frauen und Männer, welche im Rahmen der Intervention berücksichtigt werden müssen. Es ist jedoch wichtig, dass Präventionsmaßnahmen nicht zu einer Verstärkung ungünstiger Geschlechterstereotypen führen, die einige Arten von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen für Männer, aber nicht für Frauen

zulassen;

- Der geografische Standort ist wichtig, nicht nur hinsichtlich der verfügbaren Substanzen, sondern auch hinsichtlich der Ressourcen und Unterstützungsdienste, die verfügbar und leicht zugänglich sind;
- Die Reichweite definiert, in welchem Umfang die Intervention verschiedene Gruppen erreichen soll;
- Letztendlich könnte der Schwerpunkt einer Intervention auf Bevölkerungsgruppen liegen, die sich durch einen unterschiedlichem Grad an Vulnerabilität und Risiko auszeichnen.

Um die Zielgruppe zu identifizieren, muss eine Bedarfsanalyse durchgeführt werden. Diese ist Thema im dritten Kapitel.

3

| Inhalte

41 | Die Internationalen Standards zur Prävention des Drogenkonsums

45 | Die Europäischen Qualitätsstandards zur Suchtprävention

51 | Maßgeschneiderte evidenzbasierte Programme

KAPITEL 3

EVIDENZBASIERTE PRÄVENTIONSMASSNAHMEN UND RICHTLINIEN

Dieses Kapitel vermittelt einen detaillierten Überblick der zwei zentralen Publikationen, auf denen das EUPC aufbaut. Das erste Dokument sind die Internationalen Standards zur Prävention des Drogenkonsums (UNODC 2013, 2018), eine Zusammenfassung der wissenschaftlichen Erkenntnisse über evidenzbasierte Maßnahmen und Strategien zur Prävention oder Reduktion des Substanzkonsums. Die Standards wurden von dem UNODC und der WHO in Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern, Fachkräften und politischen Entscheidungsträgern aus aller Welt entwickelt. Darüber hinaus stellen wir Informationen über Register evidenzbasierter Programme bereit, die zum Auffinden und Auswählen geeigneter evidenzbasierter Interventionen für Ihre Situation - in Übereinstimmung mit den UNODC Standards - eingesetzt werden können.

Die zweite Referenzquelle sind die Europäischen Qualitätsstandards zur Suchtprävention (EDPQS) die von der EBDD initiiert und veröffentlicht wurden. Diese Standards geben einen europäischen Rahmen für die Durchführung qualitativ hochwertiger Suchtprävention. Im Gegensatz zu den Internationalen Standards, die sich auf den Inhalt, die Struktur und die geeignetsten Lehrstrategien von Maßnahmen konzentrieren, liegt der Fokus der EDPQS darauf, wie man diese plant, auswählt und implementiert, um eine durchweg hohe Qualität zu gewährleisten (EBDD, 2013a).

DIE INTERNATIONALEN STANDARDS ZUR PRÄVENTION DES DROGENKONSUMS

Die Internationalen Standards fassen die aktuellsten Erkenntnisse der Präventionsforschung sowie die wesentlichen Merkmale evidenzbasierter Präventionsmaßnahmen und -strategien, die nachweislich zu einer Reduktion des Substanzgebrauchs beitragen, übersichtlich zusammen.

Sie sollen Entscheidungsträger und andere, mit Prävention befasste Berufsgruppen, bei der Planung und Implementierung von wirksamen Maßnahmen unterstützen.

Die UNODC-Arbeitsgruppe rezensierte systematisch alle verfügbaren wissenschaftlichen Artikel und Studien zur Suchtprävention. Im Anschluss wurden diese Artikel und Studien nach den Methoden kategorisiert, die zur Messung der Wirksamkeit der Präventionsmaßnahmen verwendet wurden. Ein Verfahren zur Einschätzung der "Evidenzqualität" wurde entwickelt und die Evidenz als "ausgezeichnet" (5 Sterne), "sehr gut" (4 Sterne), "gut" (3 Sterne), "ausreichend" (2 Sterne) oder "begrenzt" (1 Stern) klassifiziert.

Sobald diese Analysen abgeschlossen waren, wurden die wissenschaftlichen Artikel und Studien anhand von drei Dimensionen kategorisiert

- Altersbezogene Entwicklungsphase - Säuglingsalter, frühe Kindheit und mittleres Kindheitsalter, Adoleszenz sowie Spätadoleszenz und Erwachsenenalter
- Setting - Familie, Schule, Arbeitsplatz oder Kommune
- Zielgruppe - universell, selektiv oder indiziert.

Im Folgenden wird eine kurze Zusammenfassung der Standards für jede altersbezogene Entwicklungsphase gegeben. Dabei wurde berücksichtigt, dass Menschen in Abhängigkeit ihres Entwicklungsstandes unterschiedlich auf Maßnahmen ansprechen und diese folglich bedarfsgerecht sein müssen. Außerdem wird beachtet, dass Maßnahmen in unterschiedlichen Lebenszusammenhängen (Settings) wie in der Familie, Schule, am Arbeitsplatz oder in der Kommune durchgeführt werden können und sich entweder an diejenigen richten, die das Leben der Zielgruppe beeinflussen (Multiplikatoren), also z.B. Eltern, Lehrer und Vorgesetzte oder an die Zielgruppen selbst. Auch der Risikostatus wird berücksichtigt (universell, selektiv oder indiziert), da dieser für die Zielgenauigkeit einer Maßnahme entscheidend ist.

Säuglingsalter und frühe Kindheit (bis sechs Jahre)

Wie aus Tabelle 3 hervorgeht, haben drei Interventionsarten eine gewisse Wirkung auf diese Altersgruppe, wenngleich die Qualität der Evidenz zwischen den Maßnahmen variiert.

Für Interventionen, die sich an schwangere Frauen mit einer Substanzgebrauchsstörung richten, gibt es nur eingeschränkte Wirksamkeitsnachweise. Studien, die wünschenswerte Ergebnisse vorzuweisen hatten, wurden von qualifizierten Fachkräften umgesetzt und hatten folgende Inhalte:

- bedarfsgerechte Psychotherapie (ggf. mit medikamentöser Unterstützung);
- Behandlung aller vorhandenen körperlichen und psychischen Begleiterkrankungen;
- Vermittlung von Erziehungskompetenz zur Förderung einer positiven Mutter-Kind-Bindung;
- sozialpädagogische Dienstleistungen, die in einem integrierten Behandlungssetting erbracht wurden.

Die Wirksamkeit von Angeboten für junge Mütter mit einer Substanzgebrauchsstörung (einschließlich Hausbesuchen) war dann belegbar,

- wenn die Maßnahme von qualifizierten Fachkräften

- strukturiert umgesetzt wurde (regelmäßige Besuche des Neugeborenen bis zum Alter von zwei Jahren);
- wenn grundlegende Erziehungskompetenzen vermittelt wurden;
- wenn die Mütter hinsichtlich ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit, Wohn-, Ernährungs- und Arbeitssituation unterstützt wurden.

Derartige Interventionen können in bestehende Programme für werdende Mütter oder sogar Wellness-Programme für Neugeborene oder Kleinkinder integriert werden.

Frühpädagogische Maßnahmen, die auf in benachteiligten Gegenden lebende Kinder im Alter zwischen zwei und fünf Jahren ausgerichtet sind, wurden als wirksam befunden. Solche Maßnahmen beeinflussen nicht nur den Gebrauch von Cannabis in der Adoleszenz, sondern auch andere riskante Verhaltensweisen, führen zu größerem Schulerfolg, fördern die soziale Einbindung und psychische Gesundheit. Es gibt mehrere Schlüsselaspekte dieser Maßnahmen:

- Lehrer und Sozialpädagogen müssen vor ihrer Umsetzung an einer Weiterbildung teilnehmen.
- Sie unterstreichen die Wichtigkeit von kognitiven, sozialen und sprachlichen Fähigkeiten und bereiten auf die Schule, die Rolle als Schüler und schulische Herausforderungen vor.
- Sie bestehen aus täglichen Einheiten, die über längere Zeiträume durchgeführt werden.

Mittleres Kindesalter (von sechs bis zehn Jahren)

Für diese Altersgruppe zeigten die in Tabelle 4 dargestellten Interventionen "ausreichende" bis "sehr gute" Wirksamkeitsnachweise. Drei Interventionen adressierten ganze Gruppen (universell) und eine Intervention ausgewählte oder Risikogruppen (selektiv und indiziert), wobei jene Ansätze, die sich darauf konzentrierten Kinder zum Schulbesuch anzuhalten vorwiegend Risikogruppen fokussierten.

Maßnahmen zur Steigerung der Erziehungskompetenz unterstützen Eltern bei der Verbesserung ihrer Erziehungsstile und -fähigkeiten. Sie haben sich sowohl für Kinder im Allgemeinen als auch für Kinder mit einem erhöhten Risiko als wirksam erwiesen. In dieser Entwicklungsphase gab es

starke Hinweise auf die Bedeutung von Interventionen, die Erziehungskompetenzen fördern. Der Inhalt der Interventionen, die sich als wirksam erwiesen haben, konzentrierte sich auf die Verbesserung der Familienbindung und darauf, Eltern und Betreuern folgende Fähigkeiten zu vermitteln:

- Warmherzige Kindererziehung;
- Festlegung von Regeln für akzeptables Verhalten;
- Beobachtung von Freizeit- und Freundschaftsverhalten;
- Durchsetzung positiver und entwicklungsgerechter Disziplin;
- Beteiligung am Lern- und Bildungsprozess der Kinder;
- Vorbild werden.

Interventionen zur Erziehungskompetenz mit positiven Ergebnissen beinhalteten mehrere interaktive Sitzungen unter Einbeziehung der Eltern und Kinder. Wie bei den anderen evidenzbasierten Interventionen und Maßnahmen, die wir besprochen haben, erhielten alle Praktiker eine spezielle Ausbildung.

Unter den Interventionen zur Förderung der Erziehungskompetenz, die keine oder negative Auswirkungen hatten, waren solche, die sich allein auf das Kind konzentrierten oder die nur durch Vorträge vermittelt wurden. Zudem wurde festgestellt, dass Maßnahmen zur Förderung der Erziehungskompetenz, welche nur Informationen über Substanzen an Eltern oder Betreuende vermitteln, oder die Autorität von Eltern untergraben, entweder zu keinen positiven oder zu negativen Ergebnissen führen.

Persönliche und soziale Kompetenzentwicklungsmaßnahmen werden im Allgemeinen innerhalb der Schule durchgeführt. Die Evidenz für deren Wirksamkeit ist gut belegt. Diese Interventionen bieten Kindern Möglichkeiten, Fähigkeiten zu erlernen, um mit einer Vielzahl von Situationen umzugehen, die in ihrem täglichen Leben auftreten. Sie unterstützen die Entwicklung allgemeiner sozialer Kompetenzen und befassen sich mit normativen Überzeugungen und Einstellungen.

- Dies sind vor allem Interventionen, welche:
- von ausgebildeten Lehrern durchgeführt werden, die interaktive Methoden einsetzen, um Inhalte zu vermitteln;
 - sich primär auf die Entwicklung von Fähigkeiten konzentrieren, insbesondere auf Bewältigungsstrategien

TABELLE 3
Evidenzbasierte präventive Maßnahmen während des Säuglingsalters und der frühen Kindheit

Intervention	Zielebene	Wirksamkeitsindikator
Maßnahmen für schwangere Frauen mit Substanzgebrauchsstörungen	Selektiv Risikogruppen	* begrenzt
Hausbesuche während der Schwangerschaft und im Säuglingsalter	Selektiv Risikogruppen	** ausreichend
Frühkindliche Erziehung	Selektiv Risikogruppen	**** sehr gut

TABELLE 4

Evidenzbasierte präventive Maßnahmen während des mittleren Kindesalters

Intervention	Zielebene	Wirksamkeitsindikator
Programme zur Förderung der elterlichen Erziehungskompetenz	Universell und selektiv Gesamtpopulation und Risikogruppen	**** sehr gut
Förderung persönlicher und sozialer Kompetenzen	Universell Gesamtpopulation	*** gut
Programme zur Verbesserung der Unterrichtsumgebung	Universell Gesamtpopulation	*** gut
Maßnahmen zur Förderung des regelmäßigen Schulbesuchs von Kindern	Selektiv Risikogruppen	** ausreichend
Behandlung psychischer Erkrankungen	Indiziert Gefährdete Individuen	

- sowie persönliche und soziale Fähigkeiten;
- in der Regel in den ersten Schuljahren unterrichtet werden und Schüler aktiv einbinden;
 - aus einer Reihe von Sitzungen bestehen;
 - die Kompetenzen der Lehrer in der Klassenführung stärken und die Sozialisierung von Kindern unterstützen, um ihnen zu helfen, ihre Rolle als Schüler erfolgreich anzunehmen und auszufüllen.

Wichtig sind auch Maßnahmen, die die schulische Erfahrung verbessern und positive Gefühle gegenüber Schule und Bildung fördern. Diese Maßnahmen verbessern sowohl das akademische als auch das sozio-emotionale Lernen. Schulbasierte Prävention wird später in diesem Curriculum näher erläutert.

Die Adoleszenz umfasst das Alter von 11 bis 18 Jahren und ist darüber hinaus eine Zeit vieler Herausforderungen, da sich das Gehirn fortlaufend im Kontext hormoneller und anderer biologischer Prozesse entwickelt. Viele Gehirnfunktionen entwickeln sich jedoch auch noch nach der Adoleszenz weiter, was die Bedeutung von Interventionen nach dem 18. Lebensjahr unterstreicht.

Es gibt zahlreiche Evaluationsstudien von Interventionen, die auf die Bedürfnisse von Jugendlichen eingehen. Interventionen bezogen auf Erziehungskompetenzen wurden bereits diskutiert und sind für diese Altersgruppe ebenso relevant wie Curricula zur Förderung persönlicher und

sozialer Kompetenzen und positive Schulrichtlinien (school policies), welche sich an eine universelle Zielgruppe richten. Interventionen für stärker gefährdete Bevölkerungsgruppen, die individuelle Aufmerksamkeit bieten, wie z.B. solche, die sich mit psychologischer Vulnerabilität und Mentoring befassen, wiesen ausreichende Evidenz in Bezug auf ihre Wirksamkeit auf.

Interventionen zu Erziehungskompetenzen für diese Altersgruppe, fokussieren sich auf effektive Erziehungskompetenzprogramme für Jugendliche. Sie umfassen:

- Verbesserung der familiären Bindungs- und Erziehungskompetenzen, insbesondere durch die Festlegung von Regeln, dem Überwachen von Freizeitaktivitäten und freundschaftlichen Beziehungen sowie die fortwährende Involvierung in den Bildungsweg der Kinder;
- Interventionen, die Material, Situationen und Probleme behandeln, die für ältere Kinder relevant sind, einschließlich mehreren Gruppensitzungen, die sehr interaktiv gestaltet werden.

Solche Interventionen benötigen ausgebildete Trainer und sollten so organisiert werden, dass sie eine uneingeschränkte Teilnahme der Jugendlichen ermöglichen.

Für diese Altersgruppe sind auch persönliche und soziale

TABELLE 5

Evidenzbasierte präventive Maßnahmen während der Adoleszenz

Intervention	Zielebene	Wirksamkeitsindikator
Bildungsprogramme zur Förderung persönlicher und sozialer Kompetenzen und basierend auf sozialem Einfluss	Universell und selektiv Gesamtpopulation und Risikogruppen	*** gut
Schulentwicklung (Regeln, Kultur)	Universell Gesamtpopulation	** ausreichend
Adressierung individueller psychischer Vulnerabilitäten	Indiziert Gefährdete Individuen	** ausreichend

TABELLE 6

Evidenzbasierte präventive Maßnahmen während des in der späten Adoleszenz und dem Erwachsenenalter

Intervention	Zielebene	Wirksamkeitsindikator
Kurzintervention	Indiziert	****
	Gefährdete Individuen	sehr gut
Mentoring	Selektiv	*
	Risikogruppen	begrenzt
Alkohol- und Tabakpolitik	Universell	*****
	Gesamtpopulation	ausgezeichnet

Bildungsangebote sehr wichtig.

- Sie fördern die Fähigkeiten Substanzen und ausgeübten Druck von Gleichaltrigen (Peers) abzulehnen, um dadurch dem sozialen Druck, Substanzen zu konsumieren, zu begegnen und schwierige Lebenssituationen auf gesunde Weise zu bewältigen.
- Die zusätzlichen Komponenten adressieren die Wahrnehmung von Risiken oder Schäden, die mit dem Substanzgebrauch verbunden sind und konzentrieren sich auf Konsequenzen, die für das Jugendalter besonders relevant sind.
- Darüber hinaus gehen diese Interventionen auf falsche Vorstellungen von Jugendlichen in Bezug auf den normativen Charakter von Substanzkonsum ein. Denn viele überschätzen die Zahl der Gleichaltrigen, von denen sie glauben, dass diese rauchen, trinken oder andere Substanzen konsumieren.
- Die Interventionen liefern genaue Informationen, um Jugendlichen dabei zu helfen, reale Folgen von Substanzkonsum gegen ihre eigenen substanzspezifischen Erwartungen abzuwägen.
- Aktives Engagement im Rahmen von Präventionsaktivitäten erfordert effektive Methoden zur Unterstützung solchen Engagements. Dies wiederum erfordert ausgebildete Lehrkräfte oder Praktiker, welche eher als Vermittler und Coaches fungieren denn als Lehrende.

Die Schulrichtlinien (school policies) bieten andere Möglichkeiten für evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen

im schulischen Umfeld, insbesondere solche, die sich auf den Gebrauch von Substanzen beziehen und darauf, wie mit Verstößen gegen diese Richtlinien umzugehen ist. Gut durchdachte Richtlinien können auch ein positiveres Umfeld schaffen, in dem sich die Schüler sicher, wohl und erfolgreich fühlen. Es wurde mit ausreichender Evidenz festgestellt, dass solche Richtlinien wirksam sind und sowohl positive Auswirkungen auf den Substanzkonsum aller Schüler als auch auf den Substanzkonsum des Schulpersonals hatten.

Eine individuelle psychologische Beratung oder eine kurze Intervention ist für Kinder in diesem Alter mit Anzeichen psychischer Vulnerabilität, wie ‚Sensation Seeking‘, Impulsivität, Angstempfindlichkeit oder Hoffnungslosigkeit angemessen, denn diese Faktoren werden mit Substanzkonsum in Verbindung gebracht, wenn sie nicht behandelt werden. Junge Menschen in dieser Gruppe beginnen Probleme in der Schule, mit ihren Eltern oder mit Gleichaltrigen zu entwickeln. Für diese Jugendlichen gilt:

- sie werden von Fachleuten mit Hilfe validierter Instrumente identifiziert;
- Interventionen helfen diesen Jugendlichen, Fähigkeiten auszubilden, um positiv mit ihren Emotionen umzugehen;
- Interventionen werden von ausgebildeten Fachkräften durchgeführt;
- Interventionen bestehen aus 2 bis 5 kurzen Sitzungen.

Mentoring-Programme, insbesondere für gefährdete Jugendliche, welche risikoreichem Verhalten nachgehen,

TABELLE 7

Evidenzbasierte präventive Maßnahmen in verschiedenen Settings

Intervention	Zielebene	Wirksamkeitsindikator
Kommunale Mehrkomponenten-Intervention	Universell und selektiv	***
	Gesamtpopulation und Risikogruppen	gut
Medienkampagnen	Universell	*
	Gesamtpopulation	begrenzt
Prävention im Setting Arbeit	Universell, selektiv und indiziert	***
	Gesamtpopulation, Risikogruppen und gefährdete Individuen	gut
Prävention im Nachtleben bzw. in Unterhaltungsstätten	Universell	*
	Gesamtpopulation	begrenzt

weisen keine starken Evidenzen in Bezug auf ihre Wirksamkeit auf. Die Forschungsliteratur zeigte jedoch, dass ausgebildete Mentoren, die ein sehr strukturiertes Programm von Aktivitäten anbieten, zu positiven Ergebnissen führen können. Im Allgemeinen wird eine junge Person mit einem Erwachsenen zusammengeführt, der sich verpflichtet, den Jugendlichen regelmäßig und über einen längeren Zeitraum hinweg zu unterstützen.

Spätadoleszenz und Erwachsenenalter umfasst junge Erwachsene ab dem Alter von 18 Jahren.

Alkohol- und Tabakpolitik (Alcohol and tobacco policies) weisen ausgezeichnete wissenschaftlich belegte Wirksamkeit auf. Da der Tabak- und Alkoholkonsum häufiger auftritt als der Konsum anderer Substanzen und die damit verbundene globale Gesundheitsbelastung größer ist, kann die Verzögerung des Konsums dieser Substanzen bei Jugendlichen erhebliche soziale Auswirkungen haben.

- Evidenzbasierte Tabak- und Alkoholpolitik reduziert den Zugang minderjähriger Kinder und Jugendlicher zu diesen Substanzen und verringert die Verfügbarkeit von Tabak und Alkoholprodukten.
- Erfolgreiche Maßnahmen sind solche, die das Mindestalter für den Verkauf dieser Produkte erhöhen und ihre Preise durch Besteuerung erhöhen.
- Das Verbot von Tabakwerbung und die Einschränkung der Werbung für alkoholische Produkte, die auf Jugendliche abzielen, zeigten ebenfalls einen verringerten Konsum an.
- Die aktive und konsequente Durchsetzung dieser Gesetze und die Einbeziehung von Einzelhändlern durch Bildungsprogramme gehören zu den wirksamen Ansätzen von Tabak- und Alkoholprävention.

DIE EUROPÄISCHEN QUALITÄTSSTANDARDS ZUR SUCHTPRÄVENTION

Die Europäischen Qualitätsstandards zur Suchtprävention (EDPQS) sind darauf ausgerichtet, die Entwicklung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen und -politiken zu verbessern, die Implementierung von jenen Maßnahmen zu reduzieren, welche wissenschaftlich erwiesen keine oder negative Auswirkungen haben und sicherstellen, dass Präventionsaktivitäten von fachkompetenten Organisationen und Fachkräften durchgeführt werden sowie geeignet für den gegebenen Kontext oder die bestimmte Zielgruppe sind. Diese Standards zielen darauf ab, einen Wandel in der beruflichen Präventionskultur in Richtung eines systematischeren und evidenzbasierten Ansatzes für die Präventionsarbeit in Bezug auf Substanzkonsum zu fördern.

Die EDPQS beschreiben den Zyklus eines

Präventionsprogramms in acht Phasen (siehe Abbildung 19). Obwohl der Programmzyklus eine bestimmte Reihenfolge von Aktivitäten vorschlägt, können in der Praxis einige Phasen in einer anderen Abfolge durchgeführt werden und nicht alle Phasen müssen für alle Arten von Präventionstätigkeiten relevant sein. Darüber hinaus enthalten die EDPQS Querschnittskriterien, die in jeder Phase berücksichtigt werden sollten. Die folgende Beschreibung des Programmzyklus basiert auf der Kurzanleitung der EDPQS (EMCDDA, 2013a). Die Querschnittskriterien betreffen wiederkehrende Themen, welche sich nicht nur auf eine Phase, sondern den gesamten Programmzyklus beziehen. Es gibt vier solcher Themen, die im Folgenden beschrieben werden: Nachhaltigkeit und Finanzierung, Kommunikation und Beteiligung von Stakeholdern, Personalentwicklung und ethische Suchtprävention.

I A: NACHHALTIGKEIT UND FINANZIERUNG

Interventionen sollen in einem breiteren Rahmen von Suchtpräventionsaktivitäten betrachtet werden. Die langfristige Durchführbarkeit der Präventionsarbeit soll so weit wie möglich sichergestellt werden. Im Idealfall können Interventionen über ihre anfängliche Implementierung hinaus fortgesetzt werden und/oder nachdem ihre externe Finanzierung eingestellt wurde. Nachhaltigkeit hängt jedoch nicht nur von der kontinuierlichen Verfügbarkeit von Finanzmitteln ab, sondern auch von dem nachhaltigen Engagement der Mitarbeitenden und anderer relevanter Stakeholder im Bereich der Prävention des Substanzkonsums. Obwohl manche Einzelmaßnahmen zeitlich begrenzt sind, können sie Teil einer langfristigen Präventionsstrategie sein, bei der Langlebigkeit wichtig ist.

B: KOMMUNIKATION UND EINBINDUNG VON STAKEHOLDERN

Stakeholder sind Einzelpersonen, Gruppen und Organisationen, die ein persönliches Interesse an den Aktivitäten und Ergebnissen der Interventionen haben und/oder direkt oder indirekt davon betroffen sind, wie etwa die Zielgruppe, Kommunen, Geldgeber und andere Organisationen im Bereich der Suchtprävention. Sie sollten kontaktiert und in die Planung von Interventionen und/oder Strategien einbezogen werden, um die Bemühungen zu koordinieren, die gewonnenen Erkenntnisse zu teilen und eine gemeinsame Planung und Budgetierung festzulegen.

I C: PERSONALENTWICKLUNG

Dieses Querschnittskriterium besteht aus drei Säulen: Personalschulung, fortlaufende Entwicklung und berufliche und emotionale Unterstützung. Der Schulungsbedarf des Personals sollte vor der Implementierung geprüft und die Mitarbeitenden geschult werden, um sicherzustellen, dass die Durchführung der Intervention/Strategie hohen Standards

entspricht. Kontinuierliche Personalentwicklung ist ein Mittel, Mitarbeitende zu belohnen, zu binden und sicherzustellen, dass ihre Kenntnisse und Fähigkeiten auf dem neuesten Stand sind. Bei der Umsetzung der Interventionen und/oder Strategien ist es wichtig, den Mitarbeitenden die Möglichkeit zu geben, ihre Arbeit zu reflektieren und sie stetig zu verbessern.

Die Qualität des Personals beeinflusst wesentlich die Qualität der durchgeführten Intervention und ist eng mit dem Training oder der Ausbildung verbunden, welche dieses erhalten hat. Leider gibt es in vielen europäischen Ländern noch kein einheitliches Trainingssystem für Präventionsfachkräfte. Charvat, Jurystova und Miovsky (2012) schlagen eine Qualifizierung für Praktiker – bezogen auf Risikoverhalten im Rahmen des Schulsystems – vor (Abbildung 12). Im Vordergrund steht das Bemühen, unterschiedliche Trainings- und Ausbildungsniveaus zu standardisieren, welche wiederum die spezifischen Kenntnisse und Fähigkeiten der Mitarbeiter verdeutlichen:

So muss beispielsweise ein Lehrer, der ein einfaches Bildungsprogramm oder eine Aufklärungssitzung zu psychoaktiven Substanzen durchführt, nur ein grundlegendes Kompetenzniveau (Basic Level) erreichen, während von einem Bildungsexperten, der für das Screening von Schülern und die Durchführung eines komplexeren Präventionsprogramms

zuständig ist, erwartet wird, dass er weiterführende Kompetenzen nachweisen kann. Das EUPC ist ein weiterer Versuch, die Ausbildung in ganz Europa zu verbessern und zu standardisieren.

I D: ETHISCHE SUCHTPRÄVENTION

Suchtpräventionsmaßnahmen beeinflussen das Leben der Menschen, insbesondere da Prävention in der Regel auf junge Menschen ausgerichtet ist und diese Jugendlichen im Falle einer selektiven und indizierten Prävention zu den am stärksten gefährdeten Personen in der Gesellschaft gehören können. Fachleute sollten nicht davon ausgehen, dass suchtpräventive Aktivitäten per Definitionem ethisch und für die Teilnehmenden von Vorteil sind. Während es nicht immer möglich ist, alle Prinzipien der ethischen Suchtprävention einzuhalten, muss ein ethischer Ansatz in jedem Programmstadium klar ersichtlich sein. Deshalb werden Protokolle entwickelt, um die Rechte der Teilnehmenden zu schützen und potenzielle Risiken einzuschätzen und zu minimieren.

Nun gehen wir zu den einzelnen Phasen des Programmzyklus über:



I SCHRITT 1: BEDARFSANALYSE

Bevor eine Intervention im Detail geplant werden kann, ist es wichtig, die Art und das Ausmaß der substanzbezogenen Bedarfe sowie deren mögliche Ursachen und beitragende Faktoren zu untersuchen. Diese stellen sicher, dass die zu ergreifenden Maßnahmen notwendig und den Bedarfen entsprechend sind. Vier Arten von Bedarfen werden unterschieden: politische Bedarfe; (allg.) kommunale Bedarfe; Bedarfe, die sich aus Lücken in der Bereitstellung von Präventionsmaßnahmen ergeben und (spezifische) Bedarfe der Zielgruppe.

1.1 Relevante Gesetzgebung und Politik kennen: Kenntnisse über substanzbezogene Richtlinien und Gesetzgebung sollten allen Suchtpräventionstätigkeiten zugrunde liegen. Das Team muss sich der inhaltlichen Politik und Gesetzgebung auf regionaler, landesweiter, nationaler und/oder internationaler Ebene bewusst sein und mit diesen zusammenarbeiten. Wenn Interventionen Bedürfnisse ansprechen, die keine aktuellen politischen Prioritäten darstellen, sollen sie dennoch die umfassendere Präventionsagenda unterstützen, wie sie in nationalen oder internationalen Strategien definiert ist. Andere Leitlinien, wie verbindliche Standards und Richtlinien, sollten gegebenenfalls ebenfalls berücksichtigt werden.

1.2 Drogenkonsum und gemeinschaftliche Bedürfnisse erfassen: Das zweite Modul in dieser Phase spezifiziert die Anforderung, das Ausmaß des Substanzkonsums in der Allgemeinbevölkerung oder bestimmten Subpopulationen zu erheben. Es genügt nicht, sich bei der Planung von Präventionsarbeit auf Annahmen oder Ideologien zu stützen. Stattdessen müssen Präventionsinterventionen oder -maßnahmen durch eine empirische Einschätzung der Bedürfnisse der Menschen informiert sein. Andere relevante Themen wie Deprivation und Ungleichheit sollten ebenfalls berücksichtigt werden, um der Beziehung zwischen Substanzgebrauch und anderen Bedürfnissen Rechnung zu tragen.

1.3 Bedürfnisse beschreiben – Notwendigkeit für Interventionen begründen: Die Ergebnisse aus der kommunalen Bedarfsanalyse werden dokumentiert und

in einen Zusammenhang gebracht, um die Notwendigkeit nach der Intervention zu rechtfertigen. Die Begründung sollte die Ansichten der Kommune berücksichtigen, um sicherzustellen, dass die Intervention für sie relevant ist. Den Fokus auf die "Bedürfnisse" statt auf die "Probleme" zu legen, kann dazu beitragen, Stakeholder einzubinden, die sich sonst stigmatisiert fühlen könnten. Bereits existierende Präventionsmaßnahmen oder -strategien werden an dieser Stelle ebenfalls analysiert, um zu verstehen, wie die Intervention die derzeitige Versorgungsstruktur ergänzen kann.

1.4 Zielgruppe verstehen: Die Bedarfsanalyse wird dann weitergeführt, indem detaillierte Daten über die potenzielle Zielgruppe gesammelt werden, z. B. Informationen über Risiko- und Schutzfaktoren sowie die Kultur und das Alltagsleben der Zielgruppe. Ein gutes Verständnis der Zielgruppe und ihrer Realitäten ist Voraussetzung für eine effektive, kosteneffektive und ethische Suchtprävention. Gegebenenfalls muss eine intermediäre Zielgruppe, die die Intervention erhalten wird, aber nicht selbst einem Suchtrisiko ausgesetzt ist (z. B. Eltern, Lehrkräfte) zusätzlich zur letztendlichen Zielgruppe berücksichtigt werden (z. B. Jugendliche, bei denen das Risiko für Substanzkonsum besteht).

I SCHRITT 2: RESSOURCENANALYSE

Eine Intervention wird nicht nur durch den Bedarf der Zielgruppe definiert, sondern auch durch die verfügbaren Ressourcen. Während die Bedarfsanalyse (siehe 1: Bedarfsanalyse) aufzeigt, auf was die Intervention oder Strategie zielen sollte, liefert die Ressourcenanalyse wichtige Informationen darüber, ob und wie diese Ziele erreicht werden können.

2.1 Zielgruppen- und gemeinschaftliche Ressourcen erfassen: Präventionsmaßnahmen oder -strategien können nur dann erfolgreich sein, wenn die Zielgruppe, die Kommune und andere relevante Stakeholder "bereit" sind, sich zu engagieren, z.B. fähig und willens sind, sich zu beteiligen oder die Umsetzung zu unterstützen. Sie können auch Ressourcen haben, die als Teil der Intervention genutzt werden können (z.B. Netzwerke, Fähigkeiten). Die Standards dieses Moduls beschreiben die Anforderung, mögliche Widerstands- aber auch Unterstützungsquellen für die Intervention sowie verfügbare Ressourcen relevanter Stakeholder zu beurteilen und zu berücksichtigen.

2.2 Internen Kapazitäten erfassen: Die Analyse der internen Ressourcen und Kapazitäten ist wichtig, da die Intervention nur möglich ist, wenn sie den verfügbaren personellen, finanziellen und anderen Ressourcen entspricht. Dieser Schritt wird vor der Intervention oder Strategieformulierung durchgeführt, um herauszufinden, welche Arten von Interventionen oder Strategien möglich sind. Da der Zweck der Analyse darin besteht, eine informierte Planung zu

ABBILDUNG 12

Aus- und Weiterbildungsniveaus



ermöglichen, muss es sich nicht um eine "formelle" Bewertung durch eine externe Organisation handeln, sondern könnte zum Beispiel aus einer informellen Diskussion zwischen den Mitarbeitenden bestehen, um organisatorische Stärken und Schwächen in Bezug auf die Ressourcenlage zu ermitteln.

I SCHRITT 3: PROGRAMMFORMULIERUNG

Die Formulierung der Intervention oder Strategie skizziert deren Inhalt und Struktur und bietet die notwendige Grundlage, um eine gezielte, detaillierte, kohärente und realistische Planung zu ermöglichen. Auf der Grundlage der Bedarfsanalyse der Zielgruppe und der verfügbaren Ressourcen sollen die Kernelemente der Intervention oder der Strategie klar definiert werden.

3.1 Zielgruppe definieren: Eine gute Definition der Zielgruppe stellt sicher, dass die Intervention die richtigen Menschen anspricht. Die Zielgruppe kann aus Einzelpersonen, Gruppen, Haushalten, Organisationen, Kommunen, Settings und/oder anderen Einheiten bestehen, solange sie identifizierbar und klar definiert ist. Die Definition sollte spezifisch und angemessen für den Umfang der Interventionen oder Strategien sein. Zum Beispiel ist eine wichtige Überlegung, ob die Zielgruppe mit dem beabsichtigten Ansatz erreicht werden kann.

3.2 Theoretisches Modell anwenden: Wie oben diskutiert, erhöht die Verwendung eines theoretischen Modells, das für den speziellen Kontext der Intervention geeignet ist, die Wahrscheinlichkeit, dass Ziele erfolgreich erreicht werden. Es hilft bei der Identifizierung relevanter Mediatoren substanzbezogener Verhaltensweisen (wie Absichten und Überzeugungen, die den Substanzkonsum beeinflussen) und bei der Festlegung umsetzbarer Ziele. Alle Interventionen sollten auf fundierten theoretischen Modellen beruhen, insbesondere wenn sie neu entwickelt werden.

3.3 Ziele formulieren: Ohne klare lang-, mittel- und kurzfristige Ziele besteht das ernst zu nehmende Risiko, Präventionsarbeit um seiner selbst willen durchzuführen, statt zum Nutzen der Zielgruppe. Die EDPQS verwenden eine dreistufige Zielstruktur, bestehend aus kurz-, mittel- und langfristigen Zielen. Langfristige Ziele beschreiben die langfristige Richtung, die allgemeine Idee, den Zweck oder die Intention der Intervention. Sie können innerhalb der spezifischen Intervention erreicht werden oder auch nicht, bieten jedoch eine strategische Ausrichtung. Mittelfristige Ziele sind klare Aussagen über die Programmergebnisse der Teilnehmer (in Bezug auf Verhaltensänderungen) bei Interventionsabschluss. Kurzfristige Ziele beschreiben die unmittelbaren oder mittelfristigen Verhaltensänderung bei den Teilnehmenden, die notwendig ist, um ein mittelfristiges Ziel zu erreichen. Schließlich beschreiben die operativen kurzfristigen Ziele die Aktivitäten,

die zur Erreichung der mittel- und kurzfristigen Ziele erforderlich sind.

3.4 Setting definieren: Das Setting ist die soziale und/oder physische Umgebung, in der die Intervention stattfindet, wie Familien, Schulen, Arbeitsplätze, Nachtclubs oder Kommunen. Die Bedarfsanalyse kann zeigen, dass ein oder mehrere Settings relevant sind. Praktische Erwägungen (z. B. leichter Zugang, notwendige Kollaborationen) müssen jedoch bei der Entscheidung über das Setting ebenfalls berücksichtigt werden. Eine klare Definition des Settings ist essentiell, damit andere verstehen können, wo und wie die Intervention durchgeführt wurde.

3.5 Wirksamkeitsnachweise berücksichtigen: Bei der Planung von Suchtpräventionsmaßnahmen ist es wichtig, das vorhandene Wissen über das "Was in der Prävention funktioniert" zu kennen und zu nutzen. Die vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse über evidenzbasierte, wirksame Prävention sollen konsultiert und die für die geplante Intervention oder Strategie relevanten Ergebnisse hervorgehoben werden. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse müssen in die Berufserfahrung von Praktikern integriert werden, um eine Intervention zu entwickeln, die für den spezifischen Interventionskontext relevant ist. Wo keine wissenschaftlichen Evidenzen über die Wirksamkeit verfügbar sind, können stattdessen Berufserfahrung und Fachwissen von Stakeholdern beschrieben werden. Die Limitationen dieser Wissensformen im Vergleich zu wissenschaftlichen Forschungsergebnissen sollten jedoch berücksichtigt werden (z.B. wegen fehlender Generalisierbarkeit).

3.6 Zeitplan erstellen: Ein realistischer Zeitplan ist für die Planung und Umsetzung der Intervention oder Strategie unerlässlich, damit die Mitarbeitenden ihre Bemühungen zielgerichtet koordinieren können. Der Zeitplan stellt den geplanten zeitlichen Ablauf der Aktivitäten und die geltenden Fristen dar. Er kann während der Durchführung der Intervention aktualisiert werden, um die tatsächliche Entwicklung widerzuspiegeln.

I SCHRITT 4: INTERVENTIONSDESIGN

Diese Standards helfen bei der Entwicklung einer neuen Intervention sowie bei der Auswahl und Anpassung einer bestehenden Intervention und fördern die Berücksichtigung von Evaluationsanforderungen als Teil des Interventionsdesigns.

4.1 Qualität und Wirksamkeit einplanen: Nachdem die Eckpunkte der Intervention skizziert wurden, werden ihre Details spezifiziert. Die Planung evidenzbasierter Aktivitäten, welche die Teilnehmenden als ansprechend, interessant und sinnvoll wahrnehmen, ist ein wichtiger Aspekt zur Erreichung der gesetzten Ziele. Wenn möglich, sollte die Intervention als

eine logische Reihe aufeinanderfolgender Aktivitäten konzipiert werden, die die Entwicklung der Teilnehmer während der gesamten Intervention widerspiegelt. Das Hinzuziehen einer Vielzahl von Quellen zu bereits durchgeführten Maßnahmen oder Strategien kann dazu beitragen, Aktivitäten zu vermeiden, die sich bereits als unwirksam erwiesen haben oder iatrogene Effekte haben. Gute Referenzen für evidenzbasierte Interventionen oder Strategien sind die internationalen Standards des UNODC und das Best Practice-Portal der EBDD.

4.2 Wenn eine bestehende Intervention ausgewählt wird: Bevor eine neue Intervention entwickelt wird, sollte geprüft werden, ob bereits eine geeignete Intervention existiert, entweder in der Praxis oder in manueller Form. Berücksichtigt werden sollte z.B. ob sie für die besonderen Umstände der eigenen Intervention relevant und (im Fall von kostenpflichtigen Programmen) erschwinglich ist.

4.3 Intervention auf die Zielgruppe anpassen: Unabhängig davon, ob eine neue Intervention entwickelt oder eine bestehende Intervention angepasst wird, muss diese entsprechend den Erkenntnissen aus der Bedarfsanalyse auf die Zielgruppe zugeschnitten werden. Eine wesentliche Kompetenz des Mitarbeitenden ist in diesem Zusammenhang die kulturelle Sensibilität, d.h. die Bereitschaft und Fähigkeit, die Bedeutung von (unterschiedlichen) Kulturen zu verstehen, kulturelle Vielfalt zu schätzen, effektiv auf kulturell definierte Bedürfnisse einzugehen und Überlegungen über kulturelle Unterschiede bei allen Aspekte der Präventionsarbeit zu berücksichtigen.

4.4 Wenn abschließende Evaluationen geplant sind: Zu diesem Zeitpunkt sollten auch Monitoring- und abschließende Prozess- und Ergebnisevaluationen geplant werden. Die Ergebnisevaluation ist ein Hilfsmittel, um zu beurteilen, ob mittel- und kurzfristige Ziele erreicht wurden, während die Prozessevaluation ein Hilfsmittel darstellt, um Verständnis dafür zu erwerben, wie diese erreicht wurden oder nicht. Ein Evaluationsteam sollte über die geeignete Art der Evaluation für die Intervention oder Strategie entscheiden und Bewertungsindikatoren definieren, welche im Einklang mit den mittel- und kurzfristigen Zielen stehen. Die Berücksichtigung der Evaluationsphase in diesem frühen Stadium stellt sicher, dass die für das Monitoring und die abschließenden Evaluationen erforderlichen Daten bei Bedarf in zufriedenstellender Form zur Verfügung stehen.

SCHRITT 5: MANAGEMENT UND AKTIVIERUNG DER RESSOURCEN

Eine Präventivmaßnahme oder -strategie besteht nicht nur aus der tatsächlichen Intervention, sondern erfordert auch ein gutes Projektmanagement und eine detaillierte Planung, um sicherzustellen, dass sie umsetzbar ist. Management-, Organisations- und praktische Aspekte müssen neben

dem Interventionsdesign berücksichtigt werden. Um die Implementierung zu starten, müssen verfügbare Ressourcen aktiviert und bei Bedarf auf neue Ressourcen zugegriffen werden.

5.1 Programm planen - Programmplan beschreiben: Ein spezielles Verfahren stellt sicher, dass Planung und Implementierung systematisch durchgeführt werden. Ein geschriebener Programmplan dokumentiert alle Aufgaben und Verfahren, die für die erfolgreiche Durchführung der Intervention erforderlich sind. Der Programmplan leitet die Implementierung durch Bereitstellung eines gemeinsamen Rahmens, auf den alle Mitarbeitende hinarbeiten können. In späteren Programmphasen wird der Programmplan herangezogen, um zu beurteilen, ob die Intervention oder Strategie wie beabsichtigt umgesetzt wurde und ob Anpassungen erforderlich waren.

5.2 Finanzbedarf planen: Die finanziellen Anforderungen (Kosten) und Kapazitäten (Budget) der Intervention müssen festgelegt werden, um die notwendigen und verfügbaren Ressourcen in den Kontext einzuordnen. Wenn mehr Ressourcen benötigt werden als verfügbar sind, wird im Finanzplan klargestellt, welche zusätzlichen Mittel erforderlich sein könnten oder inwiefern der Programmplan geändert werden muss.

5.3 Team zusammenstellen: Das Team besteht aus den Personen, die an der Intervention arbeiten (z. B. Management, Durchführung, Evaluation). Die Mitarbeitenden (einschließlich Freiwillige) sollten entsprechend den rechtlichen Anforderungen und den Bedürfnissen der Intervention ausgewählt werden. Rollen und Verantwortlichkeiten sollten entsprechend verteilt werden, um zu gewährleisten, dass alle notwendigen Aufgaben den geeignetsten Personen (d.h. Personen mit geeigneten Qualifikationen und/oder Erfahrungen) zugewiesen und von diesen ausgeführt werden. Dieses Modul sollte in Verbindung mit dem Kriterium C: Personalentwicklung gesehen werden.

5.4 Teilnehmer anwerben und binden: Die Anwerbung bezieht sich auf den Auswahlprozess geeigneter Personen der Zielgruppe, informiert sie über die Intervention, lädt sie zur Teilnahme ein, registriert sie und stellt sicher, dass sie die Intervention beginnen (z.B. Teilnahme an der ersten Sitzung). Die Teilnehmenden sollten methodisch korrekt und ethisch aus der definierten Zielgruppe angeworben werden. Die Bindung bezieht sich auf den Verbleib aller Teilnehmenden bis zum Abschluss und/oder bis zum Erreichen der Ziele der Intervention (je nachdem, was angemessener ist). Dies ist besonders relevant für Interventionen, die lange Zeiträume in Anspruch nehmen. Hindernisse für die Teilnahme sollten identifiziert und beseitigt werden, um sicherzustellen, dass die Teilnehmenden an der Intervention teilnehmen und diese abschließen können.

5.5 Programmmaterialien vorbereiten: Die Materialien, die für die Durchführung einer manualisierten Intervention erforderlich sind, sollten berücksichtigt werden, einschließlich Interventionsmaterialien (falls zutreffend), Instrumenten zum Monitoring und der Evaluation, technisches Equipment, die physische Umgebung (z. B. Einrichtungen) usw. Dies ermöglicht die Finalisierung des Finanzplans und das Ergreifen von Maßnahmen, um notwendige Materialien zu sichern.

5.6 Programmbeschreibung bereitstellen: Eine schriftliche Darstellung bietet einen klaren Überblick über die Intervention oder Strategie. Sie wird so erstellt, dass interessierte Stakeholder (z. B. Zielgruppe, Geldgeber, andere interessierte Fachleute) Informationen vor dem Beginn der Intervention und/oder während ihrer Laufzeit erhalten können. Wenn die Darstellung bei der Teilnehmeranwerbung verwendet wird, muss ein besonderes Augenmerk auf die potenziellen Risiken und Vorteile für die Teilnehmenden gelegt werden. Die Programm- oder Strategiebeschreibung unterscheidet sich vom Programmplan (der ein internes Instrument zur Steuerung der Interventionsimplementierung ist) und vom Abschlussbericht (welcher die Intervention oder Strategie nach deren Abschluss zusammenfasst).

I SCHRITT 6: UMSETZUNG UND MONITORING

In dieser Phase werden die vorher entwickelten Pläne in die Praxis umgesetzt. Eine besondere Herausforderung an diesem Punkt ist die Notwendigkeit, ein Gleichgewicht zwischen Wiedergabegenauigkeit (fidelity) (d.h. Einhaltung des Programmplans) und Flexibilität (d.h. Reaktion auf neue Entwicklungen) zu wahren. Die einzelnen Module beschreiben, wie dieses Gleichgewicht erreicht werden kann, indem die Qualität und der Fortschritt der Implementierung in Frage gestellt und kontrollierte Modifikationen zur Verbesserung der Intervention eingesetzt werden.

6.1 Wenn eine Pilotintervention durchgeführt wird: In bestimmten Fällen, z. B. wenn eine Intervention neu entwickelt wird oder von einer landesweiten auf eine nationale Implementierung ausgeweitet werden soll, sollte sie zuerst getestet werden, indem sie in einem kleineren Rahmen durchgeführt wird. Dieses Vorgehen ist nützlich, um potenzielle praktische Probleme und andere Schwachstellen zu identifizieren, die bei der Planung nicht aufgetreten sind und deren Korrektur nach einer vollständigen Implementierung sehr kostspielig sein können. Eine Pilotintervention (oder Pilotstudie) ist eine kleine Erprobung der Intervention vor ihrer vollständigen Implementierung (z.B. mit weniger Teilnehmenden an nur einem oder zwei Standorten). Während der Pilotintervention werden Prozess- und (begrenzte) Ergebnisdaten gesammelt und zur Durchführung einer kleinen Evaluation verwendet. Anhand der gesammelten Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt können Interventionsentwickler die Intervention vor der eigentlichen Implementierung

abschließend und kostengünstig anpassen.

6.2 Intervention durchführen: Sobald ausreichende Evidenzen vorliegen, die darauf hinweisen, dass die beabsichtigte substanzpräventive Intervention wirksam, durchführbar und ethisch vertretbar ist, wird die Intervention wie im Programmplan beschrieben durchgeführt. Dies bedeutet jedoch nicht, dass der Programmplan strikt eingehalten werden muss, wenn ein offensichtlicher Änderungsbedarf besteht. Um spätere Evaluationen und Berichte über die Intervention zu erleichtern, wird die Implementierung detailliert dokumentiert, einschließlich unerwarteter Ereignisse, Abweichungen und Fehler.

6.3 Implementierung überprüfen: Während der Intervention werden Ergebnis- und Prozessdaten periodisch gesammelt und analysiert, zum Beispiel hinsichtlich der Relevanz der Intervention für die Teilnehmenden, der Wiedergabegenauigkeit des Programmplans und der Effektivität. Die tatsächliche Implementierung der Intervention und andere Aspekte werden mit den im Programmplan dargestellten Schritten verglichen. Regelmäßige Überprüfungen des Fortschritts tragen ebenfalls dazu bei, festzustellen, ob der ursprüngliche Plan modifiziert werden muss.

6.4 Implementierung anpassen: Die Implementierung muss flexibel bleiben, damit sie auf sich abzeichnende Probleme, geänderte Prioritäten usw. reagieren kann. Wenn dies erforderlich und möglich ist, sollte die Implementierung der Intervention in Übereinstimmung mit den Ergebnissen des Monitorings angepasst werden. Modifikationen müssen jedoch gut begründet sein und ihre möglichen negativen Auswirkungen auf die Intervention oder Strategie berücksichtigt werden. Wenn Modifikationen vorgenommen werden, müssen sie daher dokumentiert und evaluiert werden, um zu verstehen, welche Auswirkungen sie auf die Teilnehmenden und die Endergebnisse hatten.

I SCHRITT 7: ABSCHLIESSENDE EVALUATIONEN

Nach Abschluss der Intervention beurteilen finale Evaluationen die Ergebnisse und/oder den Prozess der Durchführung und Umsetzung der Intervention oder Strategie. Anders ausgedrückt: die Ergebnisevaluationen konzentrieren sich auf Verhaltensänderungen bei Teilnehmenden (z.B. verringerter Substanzgebrauch), während Prozessevaluationen sich auf die In- und Outputs konzentrieren, d.h. ob die Intervention wie geplant durchgeführt wurde (z. B. Anzahl der durchgeführten Sitzungen, Anzahl der angeworbenen und gebundenen Teilnehmender).

7.1 Wenn eine Ergebnisevaluation durchgeführt wird: Im Rahmen der Ergebnisevaluation werden Ergebnisdaten systematisch gesammelt und analysiert, um zu bewerten

wie effektiv die Intervention war. Alle Ergebnisse sollten wie in der Planungsphase definiert wiedergegeben werden (d.h. im Einklang mit den festgelegten Evaluationsindikatoren). Je nach Umfang der Intervention und des eingesetzten Forschungsdesigns sollen statistische Analysen durchgeführt werden, um die Wirksamkeit der Intervention in der Erreichung der definierten Ziele zu ermitteln. Wenn möglich, fasst eine kausale Aussage über die Wirksamkeit der Intervention die Ergebnisse der Evaluation zusammen.

7.2 Wenn eine Prozessevaluation durchgeführt wird:

Die Prozessevaluation dokumentiert was während der Durchführung der Intervention passiert ist. Darüber hinaus analysiert sie die Qualität und Nützlichkeit der Intervention, indem sie ihre Reichweite und ihren Umfang, ihre Akzeptanz bei den Teilnehmenden, ihre Wiedergabegenauigkeit und ihren Ressourceneinsatz berücksichtigt.

Die Ergebnisse der Prozessevaluation helfen, die Ergebnisse der Ergebnisevaluation zu erklären und zu verstehen, wie die Intervention in Zukunft verbessert werden kann oder warum sie Erwartungen nicht erfüllen konnte.

Die Resultate der Ergebnisevaluation und der Prozessevaluation müssen zusammen interpretiert werden, um ein umfassendes Verständnis für den Erfolg der Intervention zu erhalten. Dieses Wissen wird die finale Programmphase 8 begleiten.

I SCHRITT 8: VERBREITUNG UND VERBESSERUNG

In der finalen Phase ist die Zukunft der Intervention oder Strategie das Hauptanliegen: Soll es weitergehen, und wenn ja, wie? Die Verbreitung von Informationen über die Intervention kann helfen, ihren Fortbestand zu fördern, gibt aber auch anderen die Möglichkeit, aus den Erfahrungen der Interventions- oder Strategieumsetzung zu lernen.

8.1 Bestimmen, ob das Programm weitergeführt werden soll: Idealerweise kann eine qualitativ hochwertige Präventionsmaßnahme oder -strategie über ihre anfängliche Implementierung hinaus fortgesetzt werden, auch nachdem ihre externe Finanzierung eingestellt wurde. Anhand der empirischen Evidenz, die durch Monitoring und abschließende Evaluationen erstellt wurde (abhängig davon, welche Daten verfügbar sind), kann entschieden werden, ob das Programm einer Fortsetzung wert ist. Wenn festgestellt wird, dass die Intervention aufrechterhalten werden soll, müssen geeignete Schritte und Folgemaßnahmen festgelegt und durchgeführt werden.

8.2 Programminformationen verbreiten: Die Verbreitung kann der Intervention in vielerlei Hinsicht zugutekommen, beispielsweise, indem sie Unterstützung von relevanten

Stakeholdern für ihre Fortsetzung erhält oder durch Feedback verbessert wird. Dies ergänzt zudem die Evidenzbasis zum Thema Suchtprävention und trägt damit zur künftigen Politik, Praxis und Forschung im Bereich des Substanzkonsums bei. Um anderen Anbietern die Möglichkeit zu geben, die Intervention zu wiederholen, sollten auch Interventionsmaterialien und andere relevante Informationen (z. B. Kosteninformationen) so detailliert wie möglich zur Verfügung gestellt werden (abhängig von den Urheberrechtsanforderungen etc.).

8.3 Wenn ein Abschlussbericht erstellt wird: Der Abschlussbericht ist ein Beispiel für ein Verbreitungsprodukt. Es kann als eine Aufzeichnung der Umsetzung im Rahmen einer Finanzierungsvereinbarung erstellt werden oder als Information für Andere. Der Abschlussbericht enthält häufig eine Zusammenfassung der Dokumentation, die in früheren Phasen erstellt wurde. Der Bericht beschreibt den Umfang und die Aktivitäten des Programms und, soweit verfügbar, die Ergebnisse der finalen Evaluationen. Da ein Abschlussbericht nicht immer erforderlich ist und andere Mittel zur Verbreitung angemessener sein können (z. B. mündliche Präsentationen), findet dieses Modul nur bei Erstellung eines Abschlussberichts Anwendung.

MASSGESCHNEIDERTE EVIDENZBASIERTE PROGRAMME

Wie bereits erwähnt, konzentrieren sich die EDPQS auf das "Wie" der Präventionsarbeit (d.h. eine sinnvolle Umsetzung), während sich die internationalen Standards auf das "Was" (d.h. den Inhalt erfolgreicher Interventionen oder Strategien) konzentrieren. In Europa besteht manchmal Misstrauen gegenüber "evidenzbasierten" Programmen und Präventionsfachkräfte sind vorsichtig, diese in Betracht zu ziehen oder umzusetzen. Sie ziehen es vor, "Bottom-up" vorzugehen, d.h. von den Bedürfnissen ihrer Zielgruppe ausgehend, anstatt das heranzuziehen, was sie als "Top-down"-Interventionen betrachten.

Solche regional gewachsenen und entwickelten Dienste oder Interventionen basieren auf dem Verständnis und der Einbeziehung der regionalen Situation, Ressourcen, Akteure und Mentalitäten. Sie sind jedoch tendenziell weniger komplex als manualisierte Interventionen, da sie eher bei der Bereitstellung von Informationen ansetzen, als bei der Schulung von Fachkräften oder der direkten Regulierung, der Anreizwirkung oder der direkten Verhaltenseinschränkung. Sie benötigen auch sehr motivierte und gut ausgebildete Präventionsfachkräfte, die sich bewusst sind, dass Prävention etwas anderes ist, als nur über Risiken aufzuklären, über Gefahren zu informieren, Ratschläge zu geben oder Angsttaktiken zu nutzen und es Maßnahmen braucht, die über externe Vorträge von Polizeibeamten und Ex-Anwendern

oder eintägigen Veranstaltungen zum Thema psychoaktive Substanzen hinausgehen. Kurz gesagt, sie erfordern Fachleute, die nicht nur kognitive Strategien zur Verhaltensänderungen anwenden können. Dies scheint eine Herausforderung zu sein und ein Grund für die Notwendigkeit des EUPC-Curriculums.

Es gibt viele Gründe für die Umsetzung einer evidenzbasierten Intervention oder -strategie, ideologische und kontextuelle Hindernisse können aber einer Umsetzung entgegenstehen. Diese sind in Tabelle 8 dargestellt:

Die beiden Konzepte, manualisierte evidenzbasierte Interventionen und lokal relevante Erfahrungen, schließen sich jedoch nicht gegenseitig aus, sondern können kombiniert werden, wie die Erfahrung mit ‚Communities That Care‘ (CTC) in einigen europäischen Ländern zeigt⁷: Dieses System ermöglicht es Kommunen, zunächst objektiv ihren spezifischen Bedarf und ihr Problemprofil zu analysieren, um dann die am besten geeignete(n) Intervention(en) auszuwählen, die ihrer besonderen Situation entsprechen.

In diesem Curriculum diskutieren wir sowohl „Bottom-up“-Ansätze als auch existierende evidenzbasierte Programme, da wir der festen Überzeugung sind, dass sich diese beiden Ansätze nicht notwendigerweise widersprechen müssen. Die Kombination beider Ansätze kann eine Win-Win-Situation sein. Die EDPQS, welche einen „Bottom-up“-Ansatz ermöglicht, stellt sicher, dass der Implementierungsprozess von hoher Qualität ist, während die internationalen Standards der

⁷ <https://www.ctc-info.de/>

UNODC, in denen evidenzbasierte Interventionen aufgeführt sind, sicherstellen, dass eine qualitativ hochwertige Präventionsmaßnahme zur Implementierung ausgewählt werden kann. Diese Kombination führt zu der bestmöglichen Wirksamkeit der Interventionen bzw. Präventionsmaßnahmen.

BALANCE ZWISCHEN ANPASSUNG UND WIEDERGABEGENAUIGKEIT

Während die Intervention ausgewählt und zusammengestellt wird, müssen die Botschaften, welche die Intervention vermitteln soll, auf eine adäquate Weise an die spezifischen Merkmale der Teilnehmenden angepasst werden. Eine solche Anpassung erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Teilnehmenden die Intervention als relevant betrachten, sich damit beschäftigen und so die gewünschten Ergebnisse erzielen. Eine Anpassung beinhaltet die Auseinandersetzung mit kulturellen Überzeugungen, Werten, Sprache, sozialem Kontext und visuellen Bildern, bedeutet jedoch nicht, die theoretische Grundlage der Intervention zu verändern.

Da die meisten evidenzbasierten Präventionsmaßnahmen oder -strategien in verschiedenen westlichen Ländern entwickelt wurden, könnte eine Anpassung der Intervention oder Strategie an den nationalen, landesweiten oder regionalen Kontext erforderlich sein. Es ist jedoch wichtig, dass insbesondere bei evidenzbasierten Interventionen die Absicht des Programms beibehalten wird, indem die zentralen Interventionsprinzipien unverändert bleiben. Dies stellt einerseits ein Gleichgewicht her, zwischen der

TABELLE 8

Hindernisse und Vorteile der Umsetzung evidenzbasierter Interventionen

Hindernisse bei der Implementierung evidenzbasierter Interventionen	Vorteile der Implementierung evidenzbasierter Interventionen
Scheint oft im Widerspruch zur üblichen Vorgehensweise zu stehen	Gibt den Zielgruppen und Bevölkerungsgruppen die besten verfügbaren Interventionen, Techniken und Strategien an die Hand
Fordert kulturelle und religiöse Überzeugungen in Bezug auf Elternschaft, Familienstruktur, Geschlechterrollen usw. heraus.	Ermöglicht eine effektivere und effizientere Erbringung von präventiven Dienstleistungen
Erfordert neue Fachkenntnisse und eine spezifische Ausbildung.	Bietet eine rationalere Grundlage für politische Entscheidungen
Die Herausforderung bei der Umsetzung besteht darin, die Wiedergabegenauigkeit aufrechtzuerhalten und gleichzeitig die spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppe und der Bevölkerung zu berücksichtigen.	Stellt eine gemeinsame Sprache zur Verfügung
Begrenzte Verfügbarkeit von Ressourcen	Eröffnet die Chance, ein gemeinsames Verständnis für die Beurteilung von wissenschaftlicher Forschung zu entwickeln Bildet eine neue Grundlage für die Aus- und Weiterbildung, bietet die Möglichkeit, Kontinuität und Einheitlichkeit der Leistungserbringung zu erreichen, und sorgt für mehr Klarheit über fehlende Elemente und Defizite in unserem derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand
Erfordert Monitoring und Evaluation	

Wiedergabegenauigkeit, also der Bereitstellung einer Präventionsmaßnahme, wie sie von den Entwicklern vorgeschlagen oder entworfen wurde und der Anpassung andererseits, also der Änderung des Interventionsinhalts an die Bedürfnisse einer bestimmten Zielgruppe.

Warum ist es wichtig, sich Gedanken über die Balance zwischen Wiedergabegenauigkeit und Anpassung zu machen? Einige Gründe liegen auf der Hand: wenn zum Beispiel die Muttersprache der Teilnehmenden nicht mit der Sprache übereinstimmt, in der die Intervention konzipiert wurde, muss eine Anpassung erfolgen. Andere sind nicht so offensichtlich, etwa wenn das Programm in einer weißen oder westlichen Bevölkerung evaluiert worden ist und die Zielgruppe nicht weiß oder westlich ist. Hier könnte es Konflikte in Überzeugungen, Werten und Normen geben [Castro, Barrera, and Martinez (2004); Castro et al., 2010]. Beispiele für einige der Fragen, die bei der Anpassung von Programmen berücksichtigt werden müssen, sind in Tabelle 9 dargestellt.

Die EBDD veröffentlichte einen Themenbericht, in dem untersucht wurde, ob nordamerikanische Präventionsprogramme in europäischen Kulturen und Kontexten umgesetzt werden können (EBDD, 2013b). Es beschreibt die Besonderheiten für das "Good Behavior Game", "Strengthening Families"-Programm und "Communities That Care".

Einige hilfreiche Hinweise sind im EDPQS-Toolkit 4 (Brotherhood et al., 2015) oder im Artikel von van der Kreeft und Kollegen (2014) beschrieben:

- Änderung der Kapazität steht vor Änderung der Intervention. Auch wenn es einfacher erscheint das Programm zu ändern, sollten zuerst die regionalen Kapazitäten geändert werden, um das Programm so durchzuführen, wie es entworfen wurde. Dies ist die sicherere Wahl.
- Konsultierung der Interventionsentwickler, um festzustellen, welche Erfahrungen und/oder Ratschläge sie für die Anpassung der Intervention an eine bestimmte Situation oder einen bestimmten Umstand haben.
- Beibehaltung der Kernkomponenten. Es gibt eine größere Wahrscheinlichkeit der Wirksamkeit, wenn eine Intervention die Kernkomponente(n) der ursprünglichen Intervention beibehält. Kernkomponenten sind Merkmale der Intervention, die als Auslöser von Verhaltensänderungen identifiziert wurden und daher der Grund sind, warum eine Intervention funktioniert. Eine Kernkomponente des EU-Dap Unplugged-Programms war es "auf Gruppenzwang zu reagieren". Diese Kernkomponente sollte in einem Anpassungsprozess nicht ausgelassen werden.
- Im Einklang mit evidenzbasierten Prinzipien. Es besteht eine größere Erfolgswahrscheinlichkeit, wenn eine Anpassung nicht gegen ein etabliertes evidenzbasiertes Präventionsprinzip verstößt.
- Hinzufügen statt entfernen. Es ist sicherer, eine Intervention zu ergänzen, als sie zu modifizieren oder zu streichen.

TABELLE 9

Beispiele, die einen negativen Einfluss bei der Anpassung von Präventionsprogrammen haben können

	Merkmale des Programms	Neue Zielgruppe	Folgen
Sprache	Deutsch	Andere	Unfähigkeit, Programminhalte zu verstehen
Ethnie	Europäisch	Andere	Konflikte hinsichtlich Überzeugungen, Werten und/oder Normen
Städtisch / ländlich	Städtisch	Ländlich	Logistische und umweltbezogene Barrieren, die eine Teilnahme erschweren
Anzahl und Ausprägung von Risikofaktoren	Wenige Faktoren von geringer Ausprägung	Zahlreiche Faktoren von hoher Ausprägung	Ungenügende Wirkung auf mehrere oder schwerwiegendste Risikofaktoren
Familiäre Stabilität	Stabile Familienstrukturen	Instabile Familienstrukturen	Eingeschränkte Mitwirkung
Einbezug der Bevölkerung	Die Bevölkerung wurde hinsichtlich der Gestaltung und/oder Durchführung des Programms mit einbezogen	Kein Einbezug	Keine Unterstützung der Bevölkerung, Widerstand, geringe Beteiligung
Bereitschaft der Kommune	Mäßig	Gering	Fehlen von suchtpreventiven Organisationen und Infrastruktur, um Programme zu implementieren

Ihre Rolle als Präventionsfachkraft besteht darin, zu erörtern, wie eine evidenzbasierte Intervention angepasst werden kann, ohne ihre Wirkung dabei negativ zu beeinflussen (siehe Tabelle 10). Die Diskussion mit Ihren Kollegen im Rahmen einer Schulung oder an Ihrem Arbeitsplatz kann Ihnen helfen, zu klären, wie Sie die notwendigen Anpassungen für Ihren Kontext am besten vornehmen können.

TABELLE 10

Anpassung vs. umsetzungsgenaue Anpassung

Anpassung	Umsetzungsgenaue Anpassung
Um für das Zielpublikum akzeptabel zu sein, müssen evidenzbasierte Interventionen kulturell angemessen sein und Sprache, Gewohnheiten, Erwartungen und Normen berücksichtigen	Kernelemente der evidenzbasierten Intervention müssen beibehalten werden, um unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Zielgruppe die Wirksamkeit der Intervention zu gewährleisten

4

Inhalte

- 57 | Evaluation und Forschung
- 59 | Evaluationssysteme und Forschungsdesigns
- 60 | Komponenten von Forschungs- oder Evaluationsdesigns
- 61 | Arten von Forschungsdesigns
- 63 | Stichprobenziehung und Messtechniken
- 64 | Datenerhebung, Analyse und Statistik
- 65 | Zusammenarbeit mit einem Evaluationsforscher- das kollaborative Modell
- 65 | Verzeichnisse hochwertiger Präventionsprogramme
- 66 | Ex-ante-evaluationen

KAPITEL 4

MONITORING UND EVALUATION

Bei Evaluation handelt es sich um eine Art der Forschung, die eine systematische Methode zur Bewertung der kurz- und langfristigen Ergebnisse einer Präventionsintervention und der Faktoren, die mit diesen Ergebnissen zusammenhängen, bietet. Evaluationen können im kompletten Verlauf der Interventionsentwicklung durchgeführt werden, von den Planungsphasen und der frühen Entwicklung bis hin zur vollständigen Umsetzung sowie nach Beendigung der Intervention. Tatsächlich sollten alle Phasen präventiver Interventionen evaluiert werden, da man so wertvolle Informationen erhält, wie die Intervention verbessert werden kann und ob sie weitergeführt werden soll oder nicht.

In diesem Kapitel werden Sie mehr über die primären Ziele einer Evaluation lernen: Messung von Wirkung und Ergebnissen; Analyse der Bevölkerungsgruppen und Bevölkerungssegmente, die reagiert bzw. nicht reagiert haben; Betrachtung der Kosten im Vergleich zum Nutzen; Vergleich der Wirksamkeit einer Maßnahme im Unterschied zu einer anderen. Monitoring und Evaluation sind wichtige Schritte im EDPQS-Programmzyklus, welche in diesem Kapitel behandelt werden.

Es ist nicht das Ziel dieses Kapitels, Ihnen die Fähigkeiten zu vermitteln, die Sie für die Durchführung Ihres eigenen Evaluations- oder Forschungsprojekts benötigen, stattdessen macht es Sie mit einigen der wichtigsten Konzepte vertraut. Auf diese Weise werden Sie in der Lage sein, Artikel und Berichte aus der Präventionsforschung besser zu verstehen und Sie können Überlegungen anstellen, wie Sie die Evaluierung Ihrer eigenen Arbeit angehen können, oder was Sie beachten müssen, wenn Sie sich entscheiden, sich an externe Forschungsgruppen zu wenden, um eine Evaluation in Ihrem Namen durchzuführen.

Es gibt mehrere starke Forschungsdesigns, die bei Evaluationen verwendet werden. Wir werden uns sowohl die Definitionen als auch die Vor- und Nachteile der bekanntesten dieser Ansätze ansehen: Das klassische experimentelle Design, (randomisierte kontrollierte Studie (RCT)); das unterbrochene Zeitreihen-Design und das One-Group-Pre-Test- und Post-Test-Design (siehe ‚Beispiele für gängige Evaluationsdesigns‘ weiter unten im Text).

Wir werden auch kurz auf andere Komponenten des Evaluationsdesigns eingehen – z.B. Stichproben und Ergebnismessungen, um zu sehen wie Populationen definiert und ausgewählt werden und welche Messinstrumente entwickelt werden, um ihre Einstellungen, Überzeugungen,

Intentionen und Verhaltensweisen bezogen auf den Substanzkonsum zu bewerten. Darüber hinaus werden für eine Evaluation häufig sowohl quantitative als auch qualitative Messinstrumente benötigt. Die quantitativen Messinstrumente erfassen hauptsächlich objektive Zahlen, wie zum Beispiel Stufen des Konsums, während qualitative Instrumente die subjektiven Aspekte erfassen, also Fragen nach dem „Warum?“ und der Bedeutung von Sachverhalten stellen. Zu guter Letzt werden wir uns mit Datenerfassungsmethoden und Datenanalysen, einschließlich grundlegender Statistiken, befassen, um einen Überblick über deren Bedeutung in der Evaluationsberichterstattung zu geben.

Obwohl wir nicht erwarten, dass die Empfänger dieses Trainingscurriculums Evaluationen durchführen, enthält dieses Kapitel auch eine kurze Beschreibung der Ex-ante-Evaluation, in der berücksichtigt wird, welche Ergebnisse wahrscheinlich vor Beginn des Programms erzielt werden. Dies wird den Auszubildenden ein besseres Verständnis dafür vermitteln, welche Ressourcen für die Durchführung eines Präventionsprogramms benötigt werden und welche Art von Analysen erforderlich sind, um Informationen darüber zu erhalten, ob ein Programm erfolgreich war oder nicht.

Für den interessierten Leser werden eine Reihe zusätzlicher Evaluationsressourcen empfohlen. Die EBDD hat ein Präventions- und Evaluationsressourcenpaket (PERK) und Leitlinien für die Bewertung der Suchtprävention veröffentlicht: ein Handbuch für Programmplaner und Evaluatoren. Darüber hinaus hat das UNODC einen Leitfaden zur Bewertung gezielter Programme zur Prävention von Substanzmissbrauch bei Jugendlichen erstellt. Für eine weiterführende Lektüre hat die *Society for Prevention Research* ihre Standards für Wirksamkeit, Effektivität und Skalierung der Forschung in der Präventionswissenschaft veröffentlicht. Schließlich bietet der RE-AIM-Rahmen (Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, and Maintenance) einen Evaluationsansatz, der die Evaluation von Maßnahmen über die Wirksamkeit hinaus auf mehrere Kriterien ausdehnt, die die Übertragbarkeit und Wirkung von Maßnahmen besser identifizieren können. Dies ist jedoch nur für fortgeschrittene Lerner mit einem hohen Maß an Kenntnis der Evaluationsforschung und engen Verbindungen zu Wissenschaftlern zu empfehlen.

EVALUATION UND FORSCHUNG

Studien über menschliches Verhalten umfassen eine Reihe von Forschungsfragen und -ansätzen, einschließlich ätiologischer Forschung, welche Genetik

und Neurowissenschaften ebenso wie damit verbundene Einstellungen, Überzeugungen und Verhaltensweisen betrifft, die ebenfalls zu Krankheiten beitragen. Forschung ist definiert als "eine systematische Untersuchung (...), um verallgemeinerbares Wissen zu entwickeln oder zu diesem beizutragen". Evaluation ist eine Form der Forschung und fungiert als systematische oder strukturierte Methode zur Bewertung der kurz- und langfristig erwünschten Ergebnisse einer Präventionsmaßnahme und jener Faktoren, die mit diesen Ergebnissen in Zusammenhang stehen.

Die Durchführung einer Evaluation erfüllt eine Reihe von Zwecken:

- Auswirkungen oder Ergebnisse. Hat die Intervention die gewünschten Ergebnisse erzielt und waren diese signifikant?
- Unbeabsichtigte Folgen. Hatte die Intervention unbeabsichtigte Folgen? Es ist eine zentrale ethische Priorität, sicherzustellen, dass Präventionsmaßnahmen den Empfängern keinen Schaden zufügen.
- Reichweite. Hatte die Intervention den gleichen Einfluss auf alle, die teilgenommen haben, oder nur auf bestimmte Gruppen? Waren die Ergebnisse beispielsweise für Jungen und Mädchen ähnlich?
- Kosten. Inwieweit überwiegen die durch die Intervention entstandenen Vorteile die Kosten der Intervention selbst?
- Vergleich. War diese Intervention in Bezug auf die Ergebnisse effektiver als eine andere, wenn man die damit verbundenen Kosten berücksichtigt?

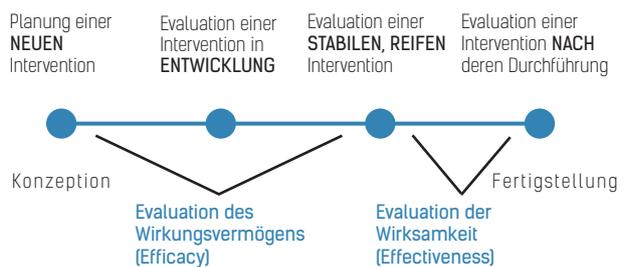
Evaluationen können im Laufe eines Interventionszyklus durchgeführt werden, von der Planungsphase und der frühen Entwicklung bis zur Umsetzung, Reflexion und Bewertung der Auswirkungen (Abbildung 13). Sie sind nützliche Techniken, um nicht nur neue Präventionsmaßnahmen besser zu verstehen, sondern auch solche mit längeren Implementierungszeiten, wie z.B. Maßnahmen, die von etablierten Dienstleistern durchgeführt werden, die als stabil und ausgereift gelten können. Evaluationen können auch dann wertvoll sein, wenn die Intervention nicht mehr durchgeführt wird, um einige der langfristigen Auswirkungen der Intervention zu bewerten. Im Idealfall sollten daher alle Phasen der Präventionsmaßnahmen evaluiert werden.

Zum Beispiel würde die Evaluation einer neuen Präventionsmaßnahme zunächst sicherstellen,

ABBILDUNG 13
Evaluationszeitpunkte



ABBILDUNG 14
Unterschiedliche Evaluationstypen



dass die Komponenten der Intervention – Inhalt, Struktur und Durchführung – mit ihrer beabsichtigten Wirkung verbunden sind. Verbessern beispielsweise Unterrichtsstunden zur Entscheidungsfindung tatsächlich die Entscheidungsfähigkeiten der Teilnehmer? Ist es möglich, die Unterrichtsstunde innerhalb von 40 Minuten in einer Schulklasse zu halten? Wie effektiv sind interaktive Techniken, um die Unterrichtsstunde zum Thema Entscheidungsfindung zu gestalten? Diese Art von Evaluationen, die als ‚Efficacy Evaluations‘ (Evaluation der Wirksamkeit unter Idealbedingungen einer Studie), ‚Efficacy Studies‘ oder ‚Efficacy Trials‘ (Wirksamkeitsstudien) bezeichnet werden, stellen die Frage: Erreicht die Intervention ihre Ziele unter kontrollierten Bedingungen? Die Evaluation der Intervention in diesem Stadium kann zu Überarbeitungen und Verbesserungen beitragen, noch bevor mit der vollständigen Implementierung begonnen wird (Abbildung 14).

Die Evaluation einer gefestigten und ausgereiften Präventionsintervention, die nahe an oder unter "realen" Bedingungen durchgeführt wird, wird als ‚Effectiveness Evaluation‘ oder ‚Effectiveness Trial‘ (Evaluation der Wirkung unter natürlichen bzw. Alltagsbedingungen) bezeichnet. Die Evaluationsergebnisse dieser Art von Studien können für ein Monitoring der Intervention verwendet werden und liefern sofort oder innerhalb weniger Monate ein Feedback zu kurzfristigen Ergebnissen der Intervention. Die Evaluation kann helfen, erfolgreiche Durchführungen und verbesserungswürdige Bereiche hervorzuheben. Längerfristige Ergebnisse können auch mit Follow-up-Zeiträumen von 6 Monaten bis zu mehreren Jahren nach der Intervention bewertet werden. Bei Interventionen mit Fokus auf Substanzkonsum, würde sich das Follow-up in der Regel auf die mittlere bis späte Adoleszenz erstrecken.

Am ENDE der Präventionsmaßnahme hilft die Evaluation, den Wert der Intervention zu beurteilen und Gelerntes für die Zukunft zu dokumentieren. In dieser Phase kann eine Evaluation die Eignung und Nachhaltigkeit der Intervention bewerten; zudem können hier auch unerwartete Ergebnisse beurteilt werden.

Für Präventionsfachleute sind Wirkungsstudien (Effectiveness

Studies) von Interventionen unter "realen" Bedingungen von vorrangigem Interesse. Denn sie liefern Daten über die Ergebnisse der Intervention und gehen auch auf die Frage ein: Für wen war die Intervention am effektivsten und unter welchen Bedingungen?

EVALUATIONSSYSTEME UND FORSCHUNGSDESIGNS

Die allgemeine Absicht einer Evaluation besteht darin, nicht nur zu verstehen, was während der Intervention getan wurde, sondern auch festzustellen, ob mit der Intervention das erreicht wurde, was erreicht werden sollte. Diese Evaluationen betreffen Fragen wie:

- Hat die Präventionsintervention/-strategie ihr gesetztes kurzfristiges Ziel erreicht? Sind die Risikowahrnehmungen von Kindern realistisch und angemessen? Verwenden Eltern angemessene Kontrollmöglichkeiten? Sind Mütter auf die Bedürfnisse ihrer Neugeborenen eingestellt?
- Hat die Intervention/Strategie die beabsichtigte(n) Wirkung(en) auf die Zielgruppe? Gab es unterschiedliche Reaktionen aus jeder Untergruppe - Geschlecht, ethnische Gruppe, Substanzkonsum oder sozioökonomischer Status?
- Welche Interventions- / Stratiemeerkmalen werden mit den erzielten Ergebnissen in Verbindung gebracht? Lag es an einer Änderung der Einstellungen und Überzeugungen? War es eine Kombination aus veränderten Einstellungen und Kompetenzfähigkeiten?
- Inwieweit war die Wiedergabegenauigkeit mit positiven/negativen Ergebnissen verbunden?

Bevor Sie eine Evaluation durchführen, müssen Sie Folgendes klären:

- Was sind die Forschungsfragen? Was ist der Zweck der Evaluation? Was soll nachgewiesen werden? Inwiefern muss die Motivation des Geldgebers berücksichtigt werden?
- Was soll evaluiert werden? Was sind die Ergebnisse?
- Wer wäre an den Evaluationsergebnissen interessiert und warum? Sind die Befunde für eine regionale Regierung interessant? Besteht Interesse daran, das Programm im Rest der Region oder sogar im Land zu wiederholen?
- Was ist der Zeitrahmen? Ist dieser realistisch? Wenn Sie zum Beispiel für den Substanzkonsum als Ergebnis einer schulischen Intervention für 12-Jährige interessieren, Sie aber auch wissen, dass das übliche Einstiegsalter für die meisten Teilnehmer bei 16 Jahren liegt, müsste eine Evaluation diese Kinder also über 4 bis 5 Jahre begleiten, um zu sehen, ob das gewünschte Ergebnis (Verhinderung oder Reduzierung des Einstiegs) erreicht wird. Sie müssten auch überlegen, ob Sie mit den Teilnehmenden über so einen langen Zeitraum in Kontakt bleiben können, um die Daten kontinuierlich weiter zu erfassen. Wenn

Ihre Teilnehmergruppe die Schule bis zu dem Zeitpunkt verlassen hat, an dem Sie sie weiterverfolgen möchten, wie werden Sie sie dann kontaktieren, um die Evaluation durchzuführen?

- Wie werden die Ergebnisse zusammengefasst und berichtet? Wer soll Zugang zu diesen Ergebnissen bekommen? Welche Art von Informationen und welche Detailtiefe würde an die Teilnehmer und andere Interessengruppen zurückgemeldet werden? Wie stellen Sie sicher, dass die Evaluationsergebnisse nicht zu Lasten eines Teilnehmers verwendet werden?
- Welche Ressourcen stehen für die Evaluation zur Verfügung? Welches Maß an Erfahrung und Fachwissen ist verfügbar? Wie viel wird es kosten? Und wie viel Zeit wird die Evaluation in Anspruch nehmen?

Eine Evaluation sollte als integriertes System betrachtet werden, das zwei Hauptkomponenten umfasst:

PROZESSEVALUATION (MONITORING) UND ERGEBNIS-EVALUATION

Der Zweck einer Prozessevaluation besteht darin, den Prozess zu beschreiben, durch den eine Intervention oder Strategie umgesetzt wird. Sie konzentriert sich auf Inputs und Outputs der Intervention, quantifiziert die "Dosierung" der Intervention, die Umsetzungstreue und ihre Fähigkeit, Veränderungen herbeizuführen. Vor allem stellt die Prozessevaluation eine Möglichkeit des Monitorings dar, um sicher zu gehen, dass die Intervention oder Strategie nicht nur gemäß einem Manual oder Guidelines, sondern auch gemäß des strategischen Präventionsplans wie beabsichtigt umgesetzt wird. Als Monitoringansatz ist es ein sehr wichtiges Verwaltungswerkzeug, das jeder Dienstleistungsanbieter verwenden kann.

Eine Prozessevaluation oder ein Monitoring stellt Fragen wie:

- Was haben wir getan?
- Wie viel haben wir getan?
- Wer hat teilgenommen?
- Wer implementierte die Komponenten der Intervention/Strategie?
- Wurde die Intervention/Strategie wie angedacht implementiert? Warum? Warum nicht?

Als Präventionsfachkraft spielen Sie eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, die Bedeutung der Evaluation zu betonen. Es ist ratsam mit einer Forschungsinstitution zusammenzuarbeiten, um das Evaluationsdesign zu gestalten und zu entwickeln. Diese kann bei einem guten Forschungsaufbau beratend zur Seite stehen und bei statistischen Verfahren behilflich sein. Die Hauptkomponenten des Designs umfassen: Forschungsfragen, die Art des benötigten Forschungsdesigns, die Zielpopulation,

Selektionskriterien für diese Zielpopulation, Operationalisierung der Evaluationsfragen, Methoden der Datenerhebung und -analyse.

Der Zweck der Ergebnisevaluation besteht darin, zu beschreiben, in welchem Maße sich das Wissen, die Einstellungen, Verhaltensweisen und Praktiken (oft als Kurz- und Zwischenergebnisse gedacht) der teilnehmenden Personen oder Organisationen im Vergleich zu jenen geändert haben, welche keiner Präventionsintervention/-strategie ausgesetzt waren. Langfristige Ergebnisse beziehen sich auf das gewünschte Endprodukt der Intervention, wie die Reduktion oder Eliminierung des Substanzkonsums.

Ein umfassendes Monitoring- und Evaluationssystem sollte sowohl Prozess- als auch Ergebnisevaluationskomponenten enthalten, um sowohl die Inputs und Outputs der Implementierung oder Intervention als auch kurz-, mittel- und langfristige Ergebnisse zu dokumentieren. Bitte beachten Sie, dass die Prozessevaluation oder das Monitoring sehr wichtig ist - auch wenn eine Ergebnisevaluation nicht geplant ist - da sie die Durchführung der Präventionsmaßnahme dokumentiert. Ein Monitoring sollte für jede neue Präventionsmaßnahme gewährleistet werden, um festzustellen, was in der Intervention vor sich geht, wer erreicht wird und wie viel von den Inhalten der Präventionsmaßnahme vermittelt werden konnte.

KOMPONENTEN VON FORSCHUNGS- ODER EVALUATIONSDESIGNS

Was wird unter einem Forschungsdesign verstanden? Im Allgemeinen ist ein Forschungsdesign ein Wegweiser, ein Leitfaden oder ein Plan zur Untersuchung einer Forschungsfrage oder -hypothese. Das Design einer Studie wird durch die zu bearbeitenden Forschungsfragen oder Hypothesen definiert. Der Studientyp, die zu untersuchende Population, Stichprobe usw. sind abhängig von sehr klaren Forschungsfragen oder -hypothesen.

- Forschungsfragen. Der wohl wichtigste Schritt bei der Entwicklung eines Forschungsdesigns ist die Entwicklung klarer Forschungsfragen. Als Präventionsfachkraft sind Sie möglicherweise daran interessiert, zu wissen und zu dokumentieren, dass die Präventionsmaßnahme, die Ihre Organisation durchführt, tatsächlich die Zielgruppe erreicht und die beabsichtigten Auswirkungen hat. Darüber hinaus möchten Sie möglicherweise feststellen, ob die Intervention mit den gleichen Auswirkungen mit unterschiedlichen Zielgruppen durchgeführt werden kann. Die Fragen der Reichweite und Ergebniswirkung werden die Planung einer Evaluation leiten.
- Studientyp. Sobald Übereinstimmung hinsichtlich der Forschungsfragen besteht, kann die Entscheidung über den Studientyp erfolgen: deskriptiv, experimentell, quasi-

experimentell; Querschnitts-, Längsschnitt- oder Fallstudie.

- Studienpopulation. Wer wird in die Studienpopulation aufgenommen? Welche Altersgruppen? Welches Geschlecht? Wie ist die Wohnungs- und Lebenssituation der Personen? Diese Richtlinien werden Einschlusskriterien genannt. Aber uns interessiert auch, wer nicht in die Studie einbezogen wird. Manchmal beschränkt sich die Studie auf Menschen einer bestimmten Bildungsschicht oder Menschen, die die gestellten Forschungsfragen verstehen können. Diese Leitlinien werden Ausschlusskriterien genannt.
- Selektionskriterien und Stichprobe. Wie werden die tatsächlichen Studienteilnehmer ausgewählt, wenn eine Studienpopulation ausgewählt wurde? Werden alle Personen, die die Einschlusskriterien erfüllen, in die Studie einbezogen, oder muss eine kleinere Teilgruppe der Gesamtgruppe zusammengestellt werden? Die Teilgruppe wird als Stichprobe bezeichnet. Es ist jedoch wichtig, dass die Stichprobe auch für die Gesamtgruppe repräsentativ ist. Es gibt verschiedene Methoden zur Stichprobenziehung, die entwickelt wurden, um die Repräsentativität zu gewährleisten.
- Messinstrumente. Es ist wichtig, Forschungsfragen in Variablen, Konstrukte oder Worte zu übersetzen, welche auch als "Attribute" bezeichnet werden, um sie so messbar zu machen. Beispielsweise kann das Attribut "Familienstand" in das Messinstrument "verheiratet" oder "nicht verheiratet" übersetzt werden oder es wird eine detailliertere Klassifizierung bevorzugt. Gütekriterien, wie das der Validität, müssen bei der Entscheidung über die Messinstrumente berücksichtigt werden: Stellen diese Messinstrumente wirklich das dar, was wir mit der Forschungsfrage erheben wollen?
- Datensammlung. Sobald die Messinstrumente festgelegt sind, muss entschieden werden, wie Daten gesammelt werden. Manchmal sind Daten bereits in schriftlicher Form erhoben worden. Beispiele sind Formulare, die wir alle selbst ausfüllen, z.B. um unseren Führerschein zu erhalten, oder aber die von Dritten für uns ausgefüllt werden, wie etwa vom Krankenhauspersonal in einer Notaufnahme oder Polizeibeamten. Es gibt eine Reihe von Methoden, um Daten direkt aus der Studienpopulation zu sammeln. Wir können Daten direkt erheben, wenn wir Standardformate wie Fragebögen oder Umfragen nutzen. Diese Datenerfassungsformulare können persönlich, am Telefon, per Post oder Internet oder zunehmend auch über Smartphone- und Tablet-Applikationen ausgefüllt werden. Dabei müssen Fragen der Anonymität und Vertraulichkeit sowie des Wahrheitsgehaltes oder der Reliabilität sorgfältig abgewogen werden.
- Datenanalyse. Schließlich enthält das Forschungsdesign einen Plan zur Analyse der gesammelten Daten. Wie können wir alle Daten zusammentragen, um die ursprünglichen Forschungsfragen zu beantworten?

ARTEN VON FORSCHUNGSDESIGNS

In der Literatur werden viele Arten von Forschungsdesigns beschrieben, aber nur wenige werden auch häufig im Rahmen von Evaluationen von Präventionsmaßnahmen verwendet. Keine ist perfekt, nicht einmal der "Gold Standard" des klassischen experimentellen Versuchsdesigns (z.B. RCT's). Alle haben Vor- und Nachteile. Einige sind in bestimmten Situationen besser anwendbar als andere.

QUALITÄTSFRAGEN, DIE BEI DER BEWERTUNG VON EVALUATIONSERGEBNISSEN ZU BERÜCKSICHTIGEN SIND

Bei der Betrachtung der Ergebnisse einer Evaluation und der daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen gibt es, unabhängig vom Forschungsdesign, eine Reihe von weiteren Faktoren, die zu berücksichtigen sind. Diese müssen bei der Gestaltung einer Evaluation ebenfalls berücksichtigt werden.

Validität

Bei allen Evaluationen beziehen sich die wichtigsten Bedenken auf die Validität der Ergebnisse. Was bedeutet Validität? Im Falle einer Evaluation bedeutet Validität, dass die gefundenen Effekte das Ergebnis der Intervention waren. Es gibt zwei Arten von Validität, welche berücksichtigt werden müssen:

- **Interne Validität:** Sind die Befunde wirklich das Ergebnis der Teilnahme an einer Intervention oder hängen sie mit anderen Ereignissen zusammen?
- **Externe Validität:** Sind die Befunde aus der Evaluation einer Präventionsmaßnahme auch auf andere Situationen und andere Populationen übertragbar? Mit anderen Worten, wenn eine Präventionsmaßnahme bei europäischen Kindern wirksam war, ist sie bei Kindern aus Südamerika genauso wirksam?

Diese Themen sind wichtig. Dass eine Intervention für Jugendliche aus der Mittelschicht wirksam ist, bedeutet nicht, dass sie für Jugendliche, die in Armut leben, wirksam sein wird.

Interne Validität

Es gibt eine Reihe von Gefahrenquellen für interne Validität, welche berücksichtigt werden müssen.

- **Reifungsprozess:** Der Einfluss des Zeitablaufs.
- **Geschichte:** Ein weiterer Aspekt des Zeitablaufs. Was ist vor einer Intervention oder in der Zwischenzeit passiert?
- **Stichprobenauswahl:** Wenn Evaluationsforscher die Intervention nicht für die Gesamtheit einer Gruppe durchführen können, müssen sie eine kleinere Gruppe oder Studienstichprobe auswählen, welche repräsentativ für die größere Gruppe ist. Das bedeutet, dass die kleinere Gruppe die primären Merkmale der größeren Gruppe widerspiegeln muss, damit die Ergebnisse auf diese übertragen werden können.
- **Abbruch (oder Verlust):** Der Begriff bezieht sich auf Studienteilnehmende, welche die Studie verlassen oder für ein Follow-up nicht mehr erreichbar sind.
- **Messinstrumente:** Es gibt Hinweise darauf, dass Probanden allein durch das Beantworten der Evaluationsfragen Lerneffekte erfahren können.

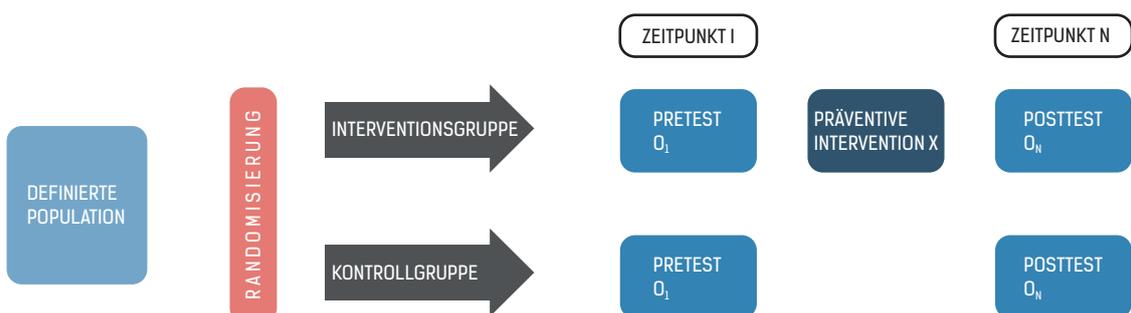
Externe Validität

Externe Validität bedeutet, dass die Erkenntnisse aus der Evaluation einer Präventionsmaßnahme auf andere Situationen und andere Populationen verallgemeinerbar (oder anwendbar) sind.

- **Generalisierbarkeit:** Gilt dies für andere Situationen und Bevölkerungsgruppen?
- **Übertragbarkeit:** Können die Ergebnisse voraussichtlich von anderen Personen repliziert werden, die an der Durchführung der Intervention interessiert sind?
- **Intervention, Setting oder Durchführung:** Interventionsbedingungen, Tageszeit, Jahr, Standort, Beleuchtung, Lärm.
- **Pre-/Post-Test-Effekte:** Es gibt bereits einen Lerneffekt, der bei der Durchführung von Pre- oder Post-Test auftritt.
- Eine weitere Gefahrenquelle ist die sogenannte "Reaktivität gegenüber der Forschung" oder auch "Reaktivität gegenüber der Intervention". Die Kenntnis der Teilnehmer, dass sie im Rahmen einer Forschungsstudie an einer Intervention teilnehmen, hat Einfluss darauf, wie sie auf die Intervention

ABBILDUNG 15

Das klassische Experiment: Randomisiert kontrollierte Studie



reagieren (z.B. absichtlich versuchen, "erfolgreich" zu sein oder zu "scheitern") oder wie sie Forschungsinstrumente, wie z.B. Fragebögen, beantworten. Zu den dazu verwandten Begriffen gehören Placebo-Effekte (wenn eine Intervention einen positiven Effekt auf die Teilnehmenden hat, nur weil die Empfänger glauben, dass sie das tut), Neuheitseffekte (novelty effects; wenn Menschen dazu neigen, besser auf die anfängliche Einführung einer Intervention zu reagieren, weil sie neu ist und sich von dem unterscheidet, was normalerweise angeboten wird, jedoch nicht weil sie effektiver ist); und Hawthorne-Effekte (wenn Menschen ihr gewohntes Verhalten ändern, weil sie wissen, dass sie Teil einer Forschungsstudie sind oder von Mitarbeitern der Intervention beobachtet werden).

Kontroll- oder Vergleichsgruppe

Was wir bei jeder Evaluation herausfinden wollen, ist, ob ein starker Zusammenhang zwischen der Teilnahme an einer Intervention und dem erwünschten Ergebnis, in unserem Fall Substanzkonsum, besteht. Um sicherzustellen, dass die Intervention tatsächlich die ‚Ursache‘ für das Ergebnis ist, muss ausgeschlossen werden, dass andere Faktoren eine Rolle für das Ergebnis spielen. Zu diesen Faktoren gehören die oben genannten, wie z.B. der Reifungsprozess, die Geschichte usw. Wie erreichen wir das? Durch die Untersuchung einer Gruppe von Personen, die die Intervention nicht erhält, aber der Gruppe, die an der Intervention teilgenommen hat, ähnlich ist. Diese Gruppe wird Kontroll- oder Vergleichsgruppe genannt.

Die Kontrollgruppe wird auch "treatment as usual" oder "conditions as usual" genannt. Mit anderen Worten, die Kontrollgruppe repräsentiert, was mit der Interventionsgruppe geschehen würde, wenn sie die Intervention nicht erhalten hätte. "Treatment as usual" kann sich darauf beziehen, dass überhaupt keine oder nur die übliche Behandlung erfolgt. Ein Beispiel dafür ist der Vergleich eines neuen schulischen Präventionsprogramms mit den allgemeinen Gesundheits- und Sozialstunden, die die Schüler normalerweise erhalten. Das ist der Kern eines starken Forschungsdesigns.

I BEISPIELE FÜR GÄNGIGE EVALUATIONSDESIGNS

Es gibt mehrere starke Forschungsdesigns, die verwendet werden, um die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen zu evaluieren. Jedes Design hat seine eigenen Vorteile, aber auch Nachteile.

Das klassische Versuchsdesign wird üblicherweise als randomisierte kontrollierte Studie (RCT) bezeichnet (Abbildung 15). Diese gilt als das gründlichste Forschungsdesign und wird häufig in der klinischen Forschung, aber auch in qualitativ hochwertiger Präventionsforschung eingesetzt. Die Schlüsselemente dieses Designs sind:

- Geeignete Messinstrumente

- Auswahl einer non-exposure-/Teilnehmergruppe (Kontrollgruppe), die die gleichen Merkmale wie die Interventionsgruppe aufweist
- Randomisierung: Zufällige Einteilung der Teilnehmer zu einer Interventions- und Kontrollgruppe
- Daten, die vor und zu mehreren Zeitpunkten nach der Intervention von der Interventionsgruppe, und zu ähnlichen Zeiträumen von der Kontrollgruppe erhoben wurden
- Klares Verständnis der Exposition (Qualität und Quantität der Beteiligung an der Intervention)
- Das Einhalten eines ausreichenden und angemessenen Zeitabstandes nach der Teilnahme an einer Intervention für deren Ergebnismessung (z.B. für den Beginn von Substanzkonsum im Alter von 16 Jahren).

Einige Stärken und Schwächen des RCT sind unter anderem:

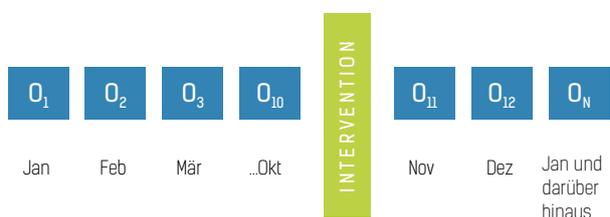
- RCTs tragen dazu bei, Ursachen- und Wirkungszusammenhänge zwischen der Durchführung eines Präventionsprogramms und den Ergebnissen aufzuzeigen.
- Das Forschungsteam kann eine Intervention gezielt zuweisen oder zurückhalten.
- Die Verringerung einiger Arten von Verzerrungen durch zufällige Zuordnung der Teilnehmer zu Interventions- oder Kontrollgruppe.
- Es erfordert oft eine große Stichprobe, die über einen längeren Zeitraum untersucht wird. Es kann daher sehr kostspielig sein und viel Zeit in Anspruch nehmen, Ergebnisse zu erzielen.
- Die Ergebnisse entsprechen möglicherweise nicht den realen Gegebenheiten der täglichen Praxis.
- Es könnte noch einige versteckte Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen geben, die durch den Randomisierungsprozess nicht berücksichtigt wurden.
- Nicht immer werden wichtige Fragen wie "Was funktioniert, für wen und unter welchen Umständen" beantwortet? Um diese Informationen zu erhalten, benötigen Sie andere Arten von Studiendesigns (z.B. qualitative Studien).

Unterbrochenes Zeitreihen-Design

Ein alternatives Design, welches Verwendung findet, wenn es schwierig ist, eine Vergleichs- oder Kontrollgruppe zu generieren, ist das unterbrochene Zeitreihen-Design

ABBILDUNG 16

Unterbrochene Zeitreihe



(Abbildung 16). Im Rahmen dieses Forschungsdesigns werden bis zu 100 Messungen vor und nach der Intervention für die Zielpopulation durchgeführt. Diese Art von Design wurde erfolgreich bei der Untersuchung der Einführung von Verhältnispräventionsmaßnahmen verwendet. So könnte beispielsweise eine Regierung beschließen, eine neue Alkoholsteuer einzuführen. Hier ist es nicht möglich, der Zielgruppe (d.h. der Öffentlichkeit) die Intervention zuzuordnen, jedenfalls nicht wie bei einer RCT, da alle Alkoholprodukte betroffen sind. Das unterbrochene Zeitreihendesign ermöglicht es jedoch, zu untersuchen, was für Entwicklungen sich in Bezug auf die interessierenden Outcomes vor und nach der Einführung der neuen Steuer vollziehen.

Einige Stärken und Schwächen des Unterbrochenen Zeitreihen-Designs sind:

- Es ist relativ einfach durchzuführen, wenn bereits routinemäßig Daten erhoben worden sind (z.B. Kriminalitätsberichte, Krankenhausaufnahmen).
- Gute Analysen können bereits bestehende und saisonale Trends vor der Einführung der Intervention (z.B. erhöhter Alkoholkonsum während der Schulferien) oder Veränderungen in der breiten Bevölkerung ausschließen (z.B. ein langfristiger Trend zu vermindertem Alkoholkonsum in der Allgemeinbevölkerung).
- Es kann weder erklären noch vollständig ausschließen, dass andere Faktoren, die gleichzeitig mit der Intervention aufgetreten sind, für die Ergebnisse verantwortlich waren.
- Es kann lange dauern, bis genügend Daten für die Durchführung der Analyse vorliegen.
- Die Ergebnisse sind manchmal schwer zu interpretieren, wenn das Ergebnis des Interesses nur selten vor der Umsetzung der Intervention auftrat.

One Group Pre-Test und Post-Test Design

Das One Group Pre-Test und Post-Test Design ist das am häufigsten genutzte Design in der Evaluationsforschung (Abbildung 17). Vor der Präventionsmaßnahme werden Daten von der Zielgruppe erhoben, die Zielgruppe erhält die Intervention und im Anschluss daran werden die gleichen Daten wie vor der Intervention nochmals erhoben. Die Datenerhebung nach der Intervention kann über einen Zeitraum von unmittelbar nach der Intervention bis zu einem Jahr nach der Intervention erfolgen.

Einige Stärken und Schwächen des One Group Pre- und Post-

ABBILDUNG 17
Unterbrochene Zeitreihe



Test-Designs sind Folgende:

- Es ist schnell und einfach zu realisieren, kostengünstig und kann in die routinemäßige Überwachungstätigkeit einer Präventionsorganisation integriert werden.
- Einfache Tools, wie Umfragen, können verwendet werden, um alle Daten zu sammeln.
- Es kann verwendet werden, um zu beschreiben, was mit einer bestimmten Gruppe passiert, wenn sie eine Intervention erhält.
- Es kann nicht verwendet werden, um Ursachen- und Wirkungszusammenhänge aufzuzeigen.
- Es kann nur kurzfristige Änderungen anzeigen.
- Es schließt alternativen Erklärungen für beobachtete Veränderungen nicht aus.

STICHPROBENZIEHUNG UND MESSTECHNIKEN

Stichprobenziehung ist ein gängiges Verfahren, das in der Forschung verwendet wird und dabei hilft, die von einer kleineren Subgruppe gesammelten Informationen auf die größere Bevölkerungsgruppe auszudehnen, zu der sie gehört.

Die Stichprobenziehung umfasst mehrere Schritte:

- Populationsdefinition und –beschreibung: Was sind die Merkmale der Population? Was ist die geschlechtsspezifische Aufschlüsselung? Wie viele Männer? Wie viele Frauen? Wir möchten vielleicht zudem herausfinden, ob sie in Städten, Vororten oder in ländlichen Gebieten leben.
- Zugang zur Population: Möglicherweise können Sie nicht alle erreichen, daher stellt sich die Frage: Zu welcher Population haben Sie Zugang? Wenn Sie eine bundesweite Umfrage durchführen, ist die Teilnahme limitiert auf Personen, die in Haushalten leben und/oder Computer mit Internetzugang besitzen.
- Einschluss-/Ausschlusskriterien: Definieren Sie, wer innerhalb derselben Population in Ihrer Studie und Ihrer Stichprobe sein wird und wer nicht.
- Wenn wir über Messungen sprechen, diskutieren wir stets die Themen der Reliabilität und Validität. Wie beständig sind wiederholte Messungen im zeitlichen Verlauf? Diese Frage bezieht sich auf Konsistenz oder Reliabilität. Messen wir, was wir messen wollen? Diese Frage trägt der Validität Rechnung. Glücklicherweise hat das Gebiet der Suchtprävention Instrumente zur Beurteilung der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen entwickelt, die in vielen verschiedenen Situationen und für viele verschiedene Bevölkerungsgruppen angewendet wurden. Die EBDD hat Einzelheiten zu vielen davon in ihrer Datenbank für Evaluationsinstrumente veröffentlicht¹.

¹ <https://www.emcdda.europa.eu/eib>

Wie bereits angemerkt gibt es zwei Arten von Daten: quantitative und qualitative. Für diese beiden Datenarten gibt es viele Definitionen. Nachfolgend finden Sie einige Beispiele.

Quantitative Daten im Allgemeinen:

- stellen Messungen zur Quantität bereit: "Wie viele Personen im Alter von 12 bis 17 Jahren haben in den letzten 30 Tagen Cannabis/Marihuana/Haschisch konsumiert?" Oder, für diejenigen, die in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert haben: "Wie oft haben sie in den letzten 30 Tagen durchschnittlich Cannabis konsumiert?";
- messen Verhaltensebenen und Trends im Laufe der Zeit;
- sind objektiv, standardisiert und in der Regel leicht zu analysieren. Da sie standardisiert sind, können sie über Gemeinschaften und Gruppen hinweg gesammelt werden.

Qualitative Messungen sind im Allgemeinen:

- subjektiv und adressieren Fragen wie "Warum?" und "Was für eine Bedeutung hat ein Phänomen?"
- aufschlussreich in Bezug auf Verhalten, Trends und Wahrnehmungen
- erklärend und hilfreich bei der Interpretation quantitativer Daten.

DATENERHEBUNG, ANALYSE UND STATISTIK

Sobald die Messungen erhoben sind, müssen sie in Daten und in eine Form umgewandelt werden, die eine weitere Untersuchung oder Analyse ermöglichen. Die Datenanalyse ermöglicht dem Sachverständigen, die Studienpopulation systematisch zu beschreiben und mit der Beantwortung der Forschungsfragen zu beginnen, welche die Grundlage der Evaluation darstellen. Dieser Prozess der Beschreibung und weiteren Analyse wird durch den Einsatz statistischer Methoden unterstützt.

TABELLE 11
Rollen der Programmmitarbeiter und des externen Evaluators

Evaluationsschritt	Programmmitarbeiter	Externer Evaluator
1. Stakeholder einbeziehen	Führende Rolle Sie kennen Ihre Stakeholder gut und wissen, wer an der Evaluation beteiligt sein sollte	Unterstützende Rolle Interesse an der Einbeziehung von Stakeholdern zeigen und diese aktiv beteiligen.
2. Intervention beschreiben	Gemeinsame Rolle Teilen Sie das Wissen über die Präventionsmaßnahme	Gemeinsame Rolle Beauftragen Sie das Programmpersonal zur Beschreibung der Präventionsmaßnahme. Übernehmen Sie eine führende Rolle bei der Beschreibung der Intervention
3. Vorbereitung der Evaluation	Gemeinsame Rolle Identifizieren Sie die wichtigsten Evaluationsfragen	Gemeinsame Rolle Helfen Sie, gute Evaluationsfragen zu erarbeiten und entwickeln Sie das Evaluationsdesign
4. Glaubwürdige Evidenz erheben	Unterstützende Rolle Verschaffen Sie Zugang zu vorhandenen Daten oder tragen Sie zur Erhebung neuer Daten bei	Führende Rolle Übernehmen Sie eine führende Rolle bei allen Datenerhebungsaktivitäten, tun Sie dies jedoch in Zusammenarbeit mit den Programmmitarbeitern
5. Schlussfolgerungen begründen	Gemeinsame Rolle Helfen Sie dem Evaluator bei der Interpretation der Daten und entwickeln Sie daraus Schlussfolgerungen	Gemeinsame Rolle Übernehmen Sie eine führende Rolle bei allen Datenanalysetätigkeiten und arbeiten Sie dabei eng mit den Programmmitarbeitern zusammen
6. Anwendung und Verbreitung der gewonnenen Erkenntnisse sicherstellen	Führende Rolle Stellen Sie sicher, dass die Forschungsergebnisse in der weiteren Programmentwicklung berücksichtigt werden	Unterstützende Rolle Präsentieren Sie die nutzungsrelevanten Evaluationsergebnisse

Quelle: Centers for Disease Control and Prevention, 2010

Deskriptive Statistik: Diese wird verwendet, um Daten, die Sie gesammelt haben, sinnvoll zu beschreiben, darzustellen und zusammenzufassen, wie z.B. das durchschnittliche (mittlere) Alter oder die Geschlechterverteilung. Die Daten werden oft in einer Kombination aus Tabellen, grafischen Beschreibungen (z.B. Balkendiagramm) und statistischen Kommentaren (z.B. einer Diskussion der Ergebnisse, in der erklärt wird, was sie bedeuten könnten) dargestellt. Deskriptive Statistiken werden auch verwendet, um den Substanzgebrauch in den relevanten Populationen zusammenzufassen. Der Bericht des European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD; www.espad.org) ist ein gutes Beispiel für informative und aussagekräftige deskriptive Statistiken.

Inferenzstatistik: Inferenzstatistiken sind komplexer als deskriptive Statistiken und verwenden Daten aus einer kleineren Stichprobe, um Rückschlüsse auf die größere Population zu ziehen, aus der die Stichprobe entstammt. Wenn die Untersuchung aller Mitglieder einer Gesamtpopulation schwer oder nicht realisierbar ist, sind Inferenzstatistiken besonders wertvoll. Denn mit dieser Art von Statistik können Sie beispielsweise die Wahrscheinlichkeit von beobachteten Ergebnissen vorhersagen oder feststellen, ob Unterschiede, die innerhalb und zwischen den Bevölkerungsgruppen gefunden wurden, zufällig aufgetreten sind oder nicht. Inferenzstatistische Ansätze sind in jeder Evaluationsstudie zur Prävention sehr wichtig. Im Folgenden finden Sie einige Tipps zur Zusammenarbeit mit diesen Ansätzen.

ZUSAMMENARBEIT MIT EINEM EVALUATIONSFORSCHER- DAS KOLLABORATIVE MODELL

In der traditionellen Herangehensweise ist der externe Evaluationsforscher unabhängig von der Intervention (z.B. einer spezialisierten Universitätsabteilung) und trifft Entscheidungen über alle Aspekte der Evaluation, abgesehen von denen, die das Interventionspersonal betreffen. Die Interaktion zwischen Interventionspersonal und Evaluationsteam wird im Allgemeinen auf das Wesentliche beschränkt und minimal gehalten, um Verzerrungen (bias) zu vermeiden. Im Gegensatz dazu wird die kollaborative Evaluation mit dem Input des Interventionspersonals entwickelt, und der Evaluationsforscher arbeitet während der gesamten Evaluation mit dem Interventionspersonal zusammen.

Der kollaborative Ansatz bezieht beide Parteien mit ein, sodass Interventions- und Evaluationspersonal zu einem Team werden. Im Rahmen eines Kooperationsmodells können andere Teammitglieder beispielsweise auch Stakeholder mit einem Interesse an den Ergebnissen der Präventionsmaßnahme umfassen. Es ist jedoch wichtig,

dass die Teamrollen, Aktivitäten, Verantwortlichkeiten und Interaktionen klar definiert sind, andernfalls werden fast zwangsläufig Erwartungen bestehen, die nicht erfüllt werden. Bedeutend ist dabei insbesondere, regelmäßige Treffen mit den wichtigsten Stakeholdern zu veranstalten, um den Fortschritt zu überprüfen und auftretende Probleme zu besprechen, andernfalls können Evaluations- und Interventionspersonal auseinanderdriften. Tabelle 11 zeigt, wie Rollen von beiden Parteien wahrgenommen werden können, bei gleichzeitiger Einbringung von Expertise. Führende Rollen sind gelb, unterstützende Rollen blau und geteilte Rollen rot markiert.

Externe Evaluationsforscher müssen Dienstleistungen erbringen, die ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen, und zudem müssen sie über die für die Durchführung einer Evaluation erforderlichen Erfahrungen und Fähigkeiten verfügen. Darüber hinaus sollte das Evaluationsteam ein Verständnis für Entwicklungs- und Organisationsprobleme, Erfahrung bei der Evaluation von Entwicklungsprojekten, Interventionen oder Organisationen, eine gute Erfolgsbilanz mit früheren Klienten, Forschungskompetenzen sowie eine Reihe von Veröffentlichungen von Evaluationsstudien haben.

Ergänzend sollten sich externe Evaluationsforscher der Qualität der Forschung und Praxis sowie auf die Einhaltung von Fristen verpflichten. Sie müssen in der Lage sein, gut mit dem Interventionspersonal und den Stakeholdern zu kommunizieren und die Werte und ethischen Standards der Durchführungsorganisation zu berücksichtigen.

VERZEICHNISSE HOCHWERTIGER PRÄVENTIONSPROGRAMME

Meistens müssen wir kein neues Präventionsprogramm entwickeln, sondern stattdessen versuchen, mit bestehenden effektiven Programmen zu arbeiten. Wie finden Sie Suchtpräventionsmaßnahmen, die funktionieren? Glücklicherweise gibt es mehrere Register, die evidenzbasierte Interventionen im Bereich der Suchtprävention gesammelt haben. Diese Register identifizieren Interventionen mit einer starken empirischen oder evidenzbasierten Grundlage, und die besten Register haben eine durchsuchbare Datenbank, so dass Sie Schlüsselbegriffe eingeben können, die sich sowohl auf die Interventionen als auch auf die Interessen des Suchenden beziehen.

Die Verwendung von Registern kann aber auch Probleme aufwerfen, daher sollte sorgfältig darauf geachtet werden, die dargestellten Interventionen gründlich zu sichten. Die Kriterien für die Aufnahme einer Intervention in ein Register erfüllen möglicherweise nicht die Qualitätsstandards der Internationalen UNODC-Richtlinien. Möglicherweise verlassen sich die Register auf die von einer Person oder Organisation

vorgelegten Evidenzen zur Wirksamkeit. Somit kann es sein, dass die angegebenen Evidenzen möglicherweise keine negativen bzw. unwirksamen Evaluationsergebnisse beinhalten. Außerdem könnte es der Fall sein, dass die veröffentlichten Analysen keine neueren Evidenzen, die in der Zwischenzeit verfügbar geworden sind, enthalten. Register variieren auch darin, auf welche Weise sie Evidenzen darstellen. Dennoch sind sie eine wichtige Quelle für Informationen, bezüglich evaluierter Präventionsmaßnahmen, mit einer Beschreibung von Inhalt und Durchführung.

Es gibt Register, die Sie konsultieren können, um eine passende Suchtpräventionsmaßnahme für Ihre Zielgruppe zu finden. Dazu gehören für Europa: Xchange, die "grüne Liste Prävention" in Deutschland, das spanische Register und das Register von Mentor UK. Für die U.S.A. umfasst es: "Blaupausen für die Entwicklung von gesunden Kindern" (*Blueprints for Healthy Child Development*), nationales Register für evidenzbasierte Programme und Praktiken (NREPP) und Prävention des Substanzkonsumgebrauchs bei Kindern und Jugendlichen.

Xchange ist ein neues europäisches Online-Register für evidenzbasierte Präventionsprogramme. In allen hier aufgelisteten Präventionsprogrammen werden Probleme im Zusammenhang mit der Verwendung von Substanzen behandelt. Das Xchange-Register berücksichtigt sowohl europäische Evaluationsstudien, die positive Ergebnisse in Bezug auf die Prävention von Substanzkonsum zeigen, als auch die Blueprint-Bewertungen, wenn es sich um Programme aus den USA handelt. Dieses Register bietet somit Informationen über die Wirksamkeit von Präventionsprogrammen in Europa und mehr Details über regionale Anpassungen in den Landessprachen. All diese Informationen sollen zu einer fundierten Entscheidungsfindung der Nutzer beitragen.

Die Aufnahmekriterien für ein Programm in diese Register umfassen:

- Das Programm muss aktiv sein (derzeit in mindestens einem EU-Land).
- Das Programm muss durch mindestens eine europäische Evaluationsstudie in Europa als nützlich bewertet worden sein.

Eine weitere Möglichkeit, sich mit der Forschung zur Präventionsarbeit vertraut zu machen, besteht darin, wissenschaftliche Zeitschriften, z.B. das *Prevention Science Journal*, zu konsultieren. Die Veröffentlichung von Forschung ist ein Schlüsselaspekt der modernen Prävention. Wissenschaftliche Zeitschriften können Ihnen helfen, neuere Publikationen zu finden, da es einige Zeit dauern kann, bis die Register Informationen aus neuen Studien einbeziehen.

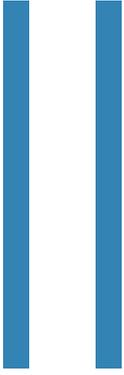
EX-ANTE-EVALUATIONEN

Im Gegensatz zu forschungsbasierten Interventionen, die über die Durchführung einer Präventionsmaßnahme hinausgehen, ist eine Ex-ante-Evaluation ein vor der Umsetzung durchgeführtes Projektmanagement-Tool, das die Projektplanung und die Planung von Evaluationen unterstützen soll. Die Ergebnisse der Ex-ante-Evaluationen werden häufig verwendet, um den Projektplan zu optimieren und die Relevanz der beabsichtigten Maßnahmen zur Erfüllung substanzbezogener Bedürfnisse im Vergleich zu anderen möglichen Ansätzen zu ermitteln. Die Ex-ante-Evaluation liefert auch wichtige Informationen, die als Grundlage für die Überwachung und Bewertung dienen und dazu beitragen, Ziele zu definieren und festzustellen. Zusätzlich zeigt sie auf welche Ergebnisse wichtig sind, welche Auswirkungen von der Programmdurchführung zu erwarten sind und welche Art von Informationen benötigt werden, um zu beurteilen, ob das Projekt erfolgreich war. Entscheidungsträger und Geldgeber nutzen manchmal die Ergebnisse der Ex-ante-Evaluation, um den Wert von Vorschlägen zu beurteilen, die sie von externen Präventionseinrichtungen erhalten haben.

Die Arbeit kann intern durchgeführt werden oder es kann, wie bei anderen Arten der Bewertung, zusätzliches Fachwissen von einem externen Gutachter eingeholt werden. Obwohl es sich nicht direkt um eine Ex-ante-Evaluation von Präventionsprogrammen handelt, bietet die Europäische Kommission allgemeine Grundsätze und hilfreiche Leitlinien für das Verständnis und die Durchführung dieser Art von Arbeit. Die wichtigsten Informationsanforderungen dieser Art von Bewertungsansatz sind im folgenden Kasten zusammengefasst.

Schlüsselinformationen für Ex-ante-Evaluation

- Problemanalyse und Bedarfsanalyse
 - Was ist das zu lösende Problem und was sind die wichtigsten Faktoren und Interessengruppen?
 - Was ist die Zielgruppe und was sind ihre substanzbezogenen Bedürfnisse?
- Zielsetzung
 - Wurden die allgemeinen, spezifischen und operativen Ziele der Präventionsmaßnahme anhand der erwarteten Ergebnisse definiert?
 - Welche Bewertungsindikatoren sind für die Messung von Inputs, Outputs, Ergebnissen und Auswirkungen vorgesehen?
- Alternative Möglichkeiten der Umsetzung und Risikobewertung
 - Welche alternativen Präventionsmaßnahmen wurden in Betracht gezogen (einschließlich des Unterlassens von Interventionen), und warum wurde die vorgeschlagene gewählt?
 - Welche Risiken (z.B. Opportunitätskosten, potenziell ungünstige Ergebnisse) sind an der Umsetzung der Maßnahme beteiligt und welche Gegenmaßnahmen wurden ergriffen?
- Mehrwert der Intervention
 - Ist die vorgeschlagene Maßnahme komplementär und kohärent zu anderen damit verbundenen Maßnahmen?
 - Erzeugt sie Synergien mit ihnen?
- Lehren aus der Vergangenheit
 - Welche Erkenntnisse und Informationen aus früheren Bewertungen, Prüfungen oder Studienergebnissen/Erfahrungen mit ähnlichen Maßnahmen liegen vor?
 - Wie können diese angewendet werden, um die Gestaltung der Intervention zu verbessern?
- Planung des zukünftigen Monitorings und der Evaluation
 - Sind die vorgeschlagenen Methoden zur Erhebung, Speicherung und Analyse des Monitoringsystems/der Evaluationsdaten robust?
 - Ist das Monitoringsystem/die Evaluation von Anfang an voll funktionsfähig?
 - Welche Arten von Evaluationen sind erforderlich, wann sollten sie durchgeführt werden, und wer sollte dies tun?
- Beitrag zur Kosteneffizienz
 - Welche unterschiedlichen Kostenfolgen hat die vorgeschlagene Interventionsmöglichkeit?
 - Könnten die gleichen Ergebnisse zu niedrigeren Kosten erzielt werden oder könnten bessere Ergebnisse bei gleichen Kosten erzielt werden, wenn man die Intervention verändert oder wechselt?



ABSCHNITT II

PRÄVENTIONSANSÄTZE IN VERSCHIEDENEN SETTINGS

Kapitel 5

Prävention im Setting Familie

Kapitel 6

Prävention in den Settings Schule und Arbeitsplatz

Kapitel 7

Verhältnisprävention

Kapitel 8

Medienbasierte Prävention

Kapitel 9

Prävention im Setting Kommune

Kapitel 10

Advocacy für Prävention

5

| Inhalte

- 71 | Definitionen
- 71 | Arten familienbasierter Interventionen
- 74 | Allgemeiner Inhalt von familienbasierten Interventionen
- 75 | Evidenzbasierte Programme
- 76 | Herausforderungen

KAPITEL 5

PRÄVENTION IM SETTING FAMILIE

Die Familie ist für die Prävention nur eines der (Mikro-Ebenen-) Settings. Der Fokus in diesem Kapitel liegt auf den Arten von bestehenden familienbasierten Interventionen, ihrem allgemeinen Inhalt sowie ihren Besonderheiten dieser. Beispielhaft werden verschiedene evidenzbasierte Programme der familienbasierten Präventionsarbeit vorgestellt, wie etwa EFFEKT, das Programm für funktionelle Familientherapie und das "Triple P-Positive Parenting Programm". Wir schließen mit einer Diskussion über die Herausforderungen in der Arbeit mit Familien und wie diese bewältigt werden können.

DEFINITIONEN

"Familie" bedeutet für verschiedene Menschen Unterschiedliches und kann daher auf verschiedene Arten definiert werden. Verschiedene wissenschaftliche Disziplinen wie die Anthropologie, Soziologie, Psychologie oder Ökonomie definieren und untersuchen "Familie" auf unterschiedliche Weise. Menschen aus verschiedenen Ländern oder Kulturen können "Familie" auch anders verstehen. Zum Beispiel wird "Familie" in den Vereinigten Staaten, Kanada und vielen europäischen Ländern am häufigsten als Kernfamilie definiert, gemeint sind damit zwei Partner und ihre Kinder, Alleinerziehende oder gleichzeitig bestehende Elternschaft. In den meisten anderen Teilen der Welt wird "Familie" oft als eine Großfamilie definiert, zu der Großeltern, Tanten, Onkel, Cousinen und Cousins sowie erweiterte Verwandtschaften zählen. Die hohen Scheidungs- und Wiederverheiraturaten in Europa haben in den letzten Jahrzehnten dazu beigetragen, dass die Zahl der Patch-Work-Familien oder der Alleinerziehenden gestiegen sind.

FAMILIEN ALS SYSTEME

Wissenschaftler betrachten Familien oft als besondere Systemarten. Das bedeutet, dass eine Familie etwas anderes ist, als nur eine Gruppe von Menschen, die zusammen lebt. Familien sind in vielerlei Hinsicht einzigartige Gruppen von Individuen und unterscheiden sich von Peer-Gruppen oder anderen sozialen Gruppierungen. Anders als die meisten sozialen Gruppen sind Mitglieder einer Familie (bluts-)verwandt. Aufgrund der Nähe der Beziehungen und der spezifischen Aufgaben von Familien, schaffen sie unterschiedliche Interaktionsmuster, über welche sie sich wiederum definieren.

Es bestehen einige gemeinsame Interaktionsmuster, aber es gibt auch viele, in denen sich Familien voneinander

unterscheiden. So wie keine zwei Individuen genau gleich sind, haben auch keine zwei Familien die gleiche Art der Beziehung zueinander. Familien entwickeln ihre eigene Identität, ihre eigene Art miteinander und mit Menschen, die nicht zu ihrer Familie gehören, umzugehen. Familienmitglieder sagen oft Dinge zueinander und tun Dinge miteinander, die sie niemals mit Menschen außerhalb ihrer Familie sagen oder tun würden.

Familien können sich gegenseitig sozial unterstützen und ein Gefühl der Zugehörigkeit geben. Das Zugehörigkeitsgefühl ist wichtig für die menschliche Entwicklung und hilft Menschen, Widerstandsfähigkeit auszubilden und der Entwicklung von Verhaltensproblemen vorzubeugen. Die Art und Weise, wie sich Familien strukturieren - ihre Einstellungen, Überzeugungen und Werte - bestimmen ihre Identität und beeinflussen darüber hinaus wie Familienmitglieder mit Menschen außerhalb der Familie interagieren und welche Erwartungen sie gegenüber solchen Interaktionen haben.

Eine sehr wichtige Familienfunktion ist die Sozialisation von Kindern. Die Familie ist in der Regel der Kontext, in dem Kinder die Normen, Werte, Einstellungen und Verhaltensweisen ihrer Gruppe lernen. Im Allgemeinen stellt die Familie den primären Kontext der Sozialisation dar, da Kinder im Kreise ihrer Familie wichtige Dinge, wie das Sprechen, geeignete Interaktionsmöglichkeiten, sowie das Teilen und die Bewältigung von Frustration lernen. Eltern vermitteln diese Regeln durch verschiedene Formen des Lernens, der Erziehung und der Disziplinierung.

ARTEN FAMILIENBASIERTER INTERVENTIONEN

Familienbasierte Interventionen können ebenso wie andere präventive Interventionen als universell, selektiv oder indiziert definiert werden.

Familienbasierte Präventionsmaßnahmen werden auch dadurch charakterisiert, welche Person aus der Familie an der Intervention teilnimmt und welche Teile der Familie die Intervention verändern will.

Elternbezogene-Interventionen konzentrieren sich allein auf die Veränderung bestimmter Erziehungspraktiken (z.B. Disziplin oder effektive Kommunikation) und richten sich nur an Eltern. Die Kinder der Familie können an der Intervention teilnehmen oder auch nicht.

Family-Skills-Interventionen sind in der Regel breiter angelegt und umfassen die Schulung von Eltern zur Verbesserung und Stärkung ihrer Erziehungskompetenzen, das Training von Kindern in ihren persönlichen oder sozialen Fähigkeiten sowie die direkte Schulung und das gemeinsame Üben von Fähigkeiten als Familie. Der Schwerpunkt geht hier über die eigentliche Erziehung hinaus und liegt darauf, wie sich Eltern und Kinder in einer Familie gegenseitig positiv beeinflussen und als Familie zusammenwirken können.

Family-Skills-Interventionen werden manchmal in Kombination mit anderen Interventionen - z.B. mit einer schulbasierten Intervention in derselben Kommune - als Teil einer umfassenderen Präventionsstrategie durchgeführt. Aufgrund der vielen verschiedenen Makro- und Mikrofaktoren, die den Substanzkonsum in der Jugend beeinflussen, werden solche Strategien häufig auf gesamtgesellschaftlicher Ebene umgesetzt. Einige Evidenzen deuten darauf hin, dass eine Kombination von verschiedenen Ansätzen bei der Reduzierung des Substanzkonsums in der Bevölkerung wirksam sein kann.

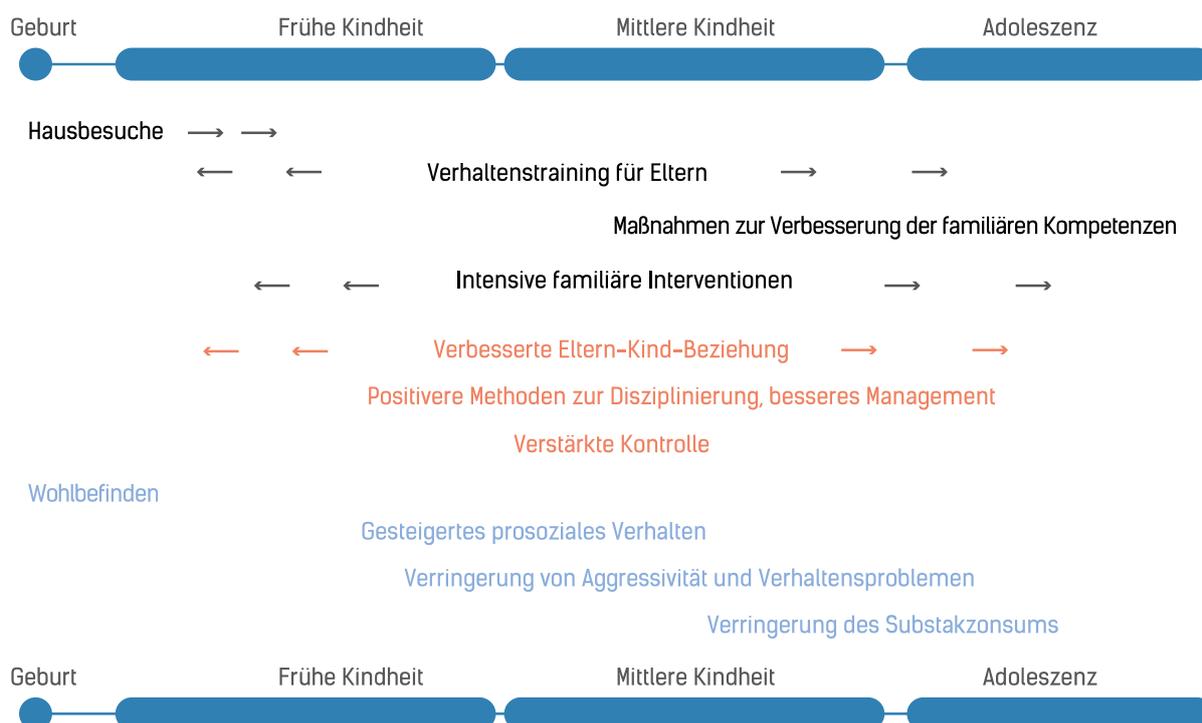
Einige Interventionen sind darauf ausgelegt, intensive Familientherapie zu leisten, die frühes Problemverhalten verändert, sodass Probleme nicht zu Substanzkonsum führen und in ernsthafterem Problemverhalten eskalieren. Es kann verschiedene Hinweise darauf geben, dass eine Familie von einer Intervention profitieren kann. Manchmal spiegeln sich diese in Aspekten des Familienlebens wider,

wie z.B. in Gewalt, oder manchmal im jugendlichen Verhalten außerhalb des familiären Umfelds, wie z.B. in der Schule oder in der Kommune. Intensive familiäre Interventionen, wie familientherapeutische Interventionen für Jugendliche, die bereits Anzeichen von Problemen zeigen, können auch in der Kinder- und Jugendzeit erhebliche Wirkungen erzielen.

Es ist wichtig zu beachten, dass die Arten von Erziehungsstrategien und Familienkompetenzen, welche mithilfe von Interventionen vermittelt werden sollen, je nach Alter der Kinder in den teilnehmenden Familien unterschiedlich sind. Erziehungsstrategien und Muster familiärer Interaktion unterscheiden sich, je nach vertretenen Altersgruppen der Kinder in einer Familie. Daher müssen Interventionen für Familien mit Kindern in unterschiedlichen Altersstufen auch Einheiten über unterschiedliche Erziehungs- und Familienprozesse beinhalten. Die Abbildung 18 zeigt verschiedene Strategien (schwarz), Ziele (rot) und Ergebnisse (blau), die in verschiedenen Altersstufen möglich sind.

Die Theorie hinter familienbasierten Interventionen ist, dass sie durch die Beeinflussung familiärer Prozesse wie der Erziehung ein gesundes Jugendverhalten fördern und Problemverhalten verhindern. Auf der Mikroebene ist die Familie eine der wichtigsten Einflüsse in Bezug auf die persönlichen Eigenschaften eines Individuums, die letztlich zu Substanzkonsum führen können. Die Familie ist ein wichtiger Kontext für die Entwicklung und wenn

ABBILDUNG 18
Familienbezogene Präventionsmaßnahmen nach Entwicklungsphasen



eine Familie schlecht funktioniert, haben Kinder eher Probleme. Wenn Familien jedoch gut funktionieren, können sie die Wahrscheinlichkeit von Problemen verringern. Familienorientierte Interventionsstrategien können bereits vor der Geburt beginnen, wie z.B. Programme, die Hausbesuche für bedürftige, zum ersten Mal schwangere Mütter anbieten. Diese Art von Intervention konzentriert sich auf: die Änderung des Erziehungsverhaltens, die Verbesserung des Wohlbefindens von Müttern, die Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung und die Verbesserung der langfristigen Entwicklungsergebnisse für Jugendliche.

Zu den einflussreichsten Familienfaktoren, die die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen beeinflussen, gehören:

- Eine gute Eltern-Kind-Beziehung. Die Qualität der Eltern-Kind-Beziehungen beginnt im Säuglingsalter, wenn Bezugspersonen und Kleinkinder eine starke Bindung aufbauen. Diese bleibt ein wichtiger Einflussfaktor auf die Entwicklung in der gesamten Adoleszenz. Obwohl sich einige Eigenschaften der Beziehung im Laufe der Zeit ändern, schützt eine warmherzige und positiv-emotionale Beziehung Jugendliche vor problematischem Verhalten. Eltern, die Zeit investieren und aktiv und positiv in das Leben ihrer Kinder involviert sind, helfen beim Aufbau von dieser Art von Beziehungen. Verhaltensorientierte Elternschulungen können zu besseren Erziehungspraktiken, gesünderen Eltern-Kind-Beziehungen, positiveren und weniger negativen Verhaltensweisen von Kindern oder Jugendlichen und langfristigen Ergebnissen, wie einem geringeren Substanzkonsum in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter führen.
- Effektive Verhaltensmanagementstrategien. Positives Jugendverhalten zu sozialisieren und angemessen auf riskantes Jugendverhalten zu reagieren, ist ein wichtiger Teil der elterlichen Erziehung. Der Zweck solcher effektiver Strategien ist, dass Eltern Jugendlichen helfen, angemessene Verhaltensregeln zu befolgen und zu verinnerlichen. Es gibt viele Erziehungsstrategien, die bei diesem Prozess unterstützen können. Neben effektiver Disziplin (Disziplin, die klar und nachdrücklich aber nicht destruktiv ist), kann eine klare Kommunikation von Regeln und Erwartungen sowie ein gesundes Interesse daran, wo und mit wem das Kind Zeit verbringt, helfen es vor negativen Einflüssen auf der Makroebene zu schützen.
- Familienfreundliche Werte vermitteln. Familien mit familienfreundlichen Werten, die versuchen diese klar an ihre Kinder zu vermitteln, tragen dazu bei, positive und risikoarme Verhaltensweisen zu fördern. Dies kann destruktiven, negativen Verhaltensweisen entgegenwirken, die in manchen sozialen Umgebungen erlernt werden können.
- In das Leben eines Kindes eingebunden bleiben. Eltern, die aktiv in das Leben ihrer Kinder eingebunden sind, indem sie Zeit mit ihnen verbringen, um Spaß zu haben, helfen

dabei, eine positive Eltern-Kind-Beziehung aufzubauen. Diese Art von Aktivitäten vermitteln dem Kind, dass sich seine Eltern um sein soziales, emotionales und persönliches Wohlbefinden sorgen und dass ihre Beziehung nicht ausschließlich auf Verhaltensmanagement ausgerichtet ist, wie dem Befolgen von Regeln usw.

- Eltern, die emotional, kognitiv und finanziell unterstützen, bieten eine Vielzahl von Ressourcen für eine gesunde Entwicklung ihrer Kinder.

Wenn es gelingt, einige dieser einflussreichen Familienfaktoren, mit Hilfe einer Intervention zu stärken, können gesundheitsriskante oder Problemverhaltensweisen wie Substanzkonsum reduziert werden.

Eine der Herausforderungen bei einigen familienorientierten Interventionen ist, dass sie zu einem Zeitpunkt ansetzen, bei dem nur sehr wenige Kinder die Verhaltensweisen zeigen, welche die Intervention zu verhindern anstrebt.

Die entscheidende Frage ist auch hier, welche die Hauptmerkmale einer wirksamen Intervention darstellen. Eine Studie identifizierte mehrere wichtige Merkmale von Maßnahmen zur Schulung der Erziehungskompetenz bei Eltern von Kindern im Alter von 0 bis 7 Jahren. Sie fand heraus, dass Interventionen bessere Ergebnisse erzielten, wenn diese:

- sich auf positive Interaktionen zwischen Eltern und Kindern fokussierten - beispielsweise, wenn sie Eltern beibrachten, mit ihren Kindern Zeit in disziplinfreien Situationen zu verbringen, wie z.B. beim Spielen. Oder, indem sie Eltern vermittelten, wie man Enthusiasmus zeigt, positive Aufmerksamkeit schenkt und sich auf Aktivitäten konzentriert, die kreativ und frei durchführbar sind.
- Eltern über Emotionen und deren Kommunikation schulten. Aktives Zuhören kann genutzt werden, um auf achtsame Weise zu reflektieren, was das Kind sagt. Dies beugt einer vorschnellen und möglicherweise destruktiven Reaktion vor. Außerdem erwies es sich als hilfreich, Eltern dabei zu helfen ihren Kindern beizubringen, Emotionen zu erkennen, zu kennzeichnen und angemessen auszudrücken sowie Eltern beizubringen negative Kommunikation wie Sarkasmus zu reduzieren.
- effektive Disziplin vermittelten, beispielsweise die Verwendung von "Time outs" und konsequenter Reaktion.
- so strukturiert waren, dass Eltern diese Fähigkeiten mit ihren eigenen Kindern, sowohl in den Sitzungen selbst als auch zu Hause üben konnten. Dabei handelte es sich nicht um Rollenspiele, sondern echte Interaktionen zwischen Eltern und ihren Kindern.

ALLGEMEINER INHALT VON FAMILIENBASIERTEN INTERVENTIONEN

Familiäre Präventionsmaßnahmen beinhalten jedoch mehr als das oben Genannte. Wir werden eingehend untersuchen, wie Sie den Inhalt Ihrer Intervention speziell für Eltern, Kinder und die Familie im Allgemeinen gestalten können.

LERNINHALTE FÜR ELTERN

Verschiedene Interventionen zur Förderung der Familienkompetenzen beinhalten verschiedene Arten von Aktivitäten, aber das UNODC-Prüfungsgremium stellte fest, dass die effektivsten Interventionen zur Förderung der Familienkompetenzen eine Reihe spezifischer Dinge umfassen.

Die Vermittlung von Responsivität: Effektive Interventionen bringen Eltern bei, wie sie angemessen auf die Bedürfnisse und Wünsche ihrer Kinder reagieren können.

Den Eltern sollte beigebracht werden, Zuneigung und Empathie füreinander, für ihre Kinder und andere Menschen zu zeigen. Genauer bedeutet das:

- Die Verwendung von positiver Aufmerksamkeit und positivem Feedback. Die Kinder wissen lassen, wenn sie sich gut verhalten und nicht nur, wenn sie die Regeln brechen.
- Das Sprechen über die eigenen Emotionen und die der Kinder sowie den Kindern dabei helfen, Emotionen zu erkennen und auszudrücken.
- Den Eltern sollte erklärt werden, wie wichtig es ist, positives Modellverhalten zu zeigen. Wenn Eltern nicht wollen, dass Kinder und Jugendliche Substanzen verwenden, sollten sie dieses Verhalten als Vorbilder formen.
- Eltern sollten neue Bewältigungs- und Aggressionsbewältigungsfähigkeiten erlernen, um mit der Unvermeidbarkeit von Stress und Veränderungen in der Familie und ihrem weiteren sozialen Umfeld umzugehen.
- Eltern sollten lernen, "responsiv zu spielen". Das bedeutet, ihren Kinder etwas Kontrolle zu überlassen und das Spiel zu lenken, während die Eltern mitspielen.
- Erwartungen sollten dem Alter und dem Entwicklungsstand ihrer Kinder angepasst sein (siehe Anhang 2).

Zusätzliche Inhalte und Aktivitäten soll Eltern dazu befähigen, Struktur zu vermitteln. Struktur bedeutet verschiedene Dinge, kann aber folgende Punkte beinhalten:

- Eltern beibringen, altersgerechte Disziplinierungsstrategien anzuwenden, sowie insbesondere ihnen dabei zu helfen, ihre Kinder über die Folgen ihres Verhaltens aufzuklären.
- Klare Regeln für Zuhause festlegen und vermitteln sowie ihre Kinder dabei zu unterstützen, die Regeln und Werte der Gesellschaft zu verstehen.

- Erkennen, wie Kinder vor möglichen Problemlagen innerhalb der Familie und in der Gesellschaft (z.B. die Nachbarschaft oder auch die Medien) geschützt werden können.
- Versuchen, in Familien mit mehr als einem Elternteil, eine Einigung über zentrale Fragen der Kindererziehung zu erzielen und diese in die Praxis umzusetzen.
- Eltern wissen, wie sie effektiv nachverfolgen können, wo ihre Kinder sind, mit wem sie zusammen sind und was sie tun.
- Bewältigung von Konflikten, Lösen von Streitigkeiten und Üben von Vergebung. All das schafft eine warme und offene emotionale Atmosphäre in der Familie und hilft dabei Kinder aus Streitigkeiten zwischen den Eltern herauszuhalten.
- Spezifische Routinen wie gemeinsame Mahlzeiten und Schlafenszeitroutinen schaffen ebenfalls Struktur. Diese sollen Spaß ermöglichen und Gelegenheiten darstellen, mit Ihren Kindern über wichtige Themen zu sprechen ohne dabei Vorträge zu halten.

Gute Interventionen können Eltern auch vermitteln, wie sie sich am Schulleben ihrer Kindern beteiligen. Denn neben der Familie ist die Schule eine der wichtigsten Sozialisierungsstrukturen für ein Kind. Einige Eltern zögern, mit der Schule zu interagieren. Forschungen zeigen jedoch, dass Kinder bessere Schulerfahrungen machen, wenn ihre Eltern sie dabei unterstützen, in der Schule starke Bindungen aufzubauen. Zu den Möglichkeiten, dies zu erreichen, gehören:

- Eltern, die ihre Kinder beaufsichtigen und ihnen nach Möglichkeit bei ihrer Schularbeit helfen.
- Eltern, die in Verbindung mit der Schule ihres Kindes bleiben und so wissen, was in der Schule passiert.

LERNINHALTE FÜR KINDER

Es gibt viele wichtige Lebenskompetenzen, die Kinder und Jugendliche lernen müssen. Eltern kann vermittelt werden, wie sie ihren Kindern helfen können, diese Fähigkeiten zu erlernen.

Eine Reihe von Fähigkeiten, die Kinder durch Interventionen entwickeln können, sind emotionale Fähigkeiten. Solche Interventionen helfen auch Eltern, diese Fähigkeiten zu stärken, indem sie:

- Eigene Emotionen und die anderer erkennen.
- Gefühle angemessen ausdrücken.
- Den Umgang mit schwierigen Emotionen lernen.
- Mitgefühl für andere zeigen, wenn diese leiden.
- In der Lage sind, Feedback über sich selbst zu erhalten, ohne defensiv zu sein. Das ist eine gute Möglichkeit für sie, etwas über sich selbst und ihre Beziehungen zu lernen.

Zukunftsorientierung: Eine weitere nützliche Fähigkeit, die Jugendliche entwickeln sollten, ist eine Orientierung an der Zukunft. Kinder, insbesondere Jugendliche, die in der Lage

sind, ihre Träume zu definieren und sich realistische Ziele zu setzen, sind auch in der Lage, zu verstehen, wie einige Verhaltensweisen (z.B. Substanzkonsum) sie davon abhalten können, ihre Ziele zu erreichen.

Problemlösungsfähigkeiten: Kinder und Jugendliche können effektive Problemlösungsfähigkeiten entwickeln, die ihnen helfen werden, wenn sie in herausfordernde soziale Situationen mit Gleichaltrigen geraten und die beste Lösung für das Problem finden müssen.

Auf sich Acht geben: Kinder und Jugendliche können auch lernen, wie sie auf eine gesunde Art und Weise auf sich selbst Acht geben können – einschließlich Ernährung, körperlicher Gesundheit, Auswirkungen von psychoaktiven Substanzen auf das Gehirn, körperliche Entwicklung, Verhalten, Emotionen, kognitive Entwicklung, soziales Leben mit Freunden und Familie, Schulleistung und zukünftige Möglichkeiten.

Positive Beziehungen aufbauen: Effektive Interventionen sollten Jugendlichen beibringen, wie sie positiv mit anderen Menschen umgehen können, z.B. indem sie zusammenarbeiten. Durch Interventionen können Jugendliche verstehen, wie sie in das Gesamtbild der Welt passen, welche Beziehungen für sie gut sind, aber auch, wie sie sich von schlechten Beziehungen fernhalten können.

Effektive Kommunikation: Jugendliche können lernen, effektiv zu kommunizieren, indem sie aktiv zuhören und ihre Bedürfnisse deutlich zum Ausdruck bringen. Die effektive Nutzung dieser Fähigkeiten kann dazu beitragen, Konfliktsituationen zu lösen.

Respekt vor Anderen: Interventionen können Werte wie Respekt stärken. Respekt für individuelle Unterschiede und gegenüber Älteren und Autoritäten.

Effektive Kommunikation: Jugendliche können lernen, effektiv zu kommunizieren, indem sie aktiv zuhören und ihre Bedürfnisse deutlich zum Ausdruck bringen. Die effektive Nutzung dieser Fähigkeiten kann dazu beitragen, Konfliktsituationen zu lösen.

Widerstand gegen Gruppendruck: Viele effektive Interventionen konzentrieren sich darauf, jungen Menschen Fähigkeiten im Bereich der Selbstbehauptung gegenüber Gleichaltrigen zu vermitteln. Jugendliche sollen zum Beispiel lernen, die Angebote einiger Peers abwehren zu können, wenn diese sie zum Substanzkonsum bewegen wollen.

I LERNINHALTE FÜR FAMILIEN

Bei Interventionen zum Thema Familienfähigkeiten ist es wichtig, dass Familien in der Lage sind, gemeinsam Fähigkeiten auszubilden, die ihnen helfen, durch Lob und

Anerkennung auf positive und einfühlsame Weise aufeinander zu reagieren, einander zu begegnen und zu ermutigen.

Kommunikation: Um effektiv zu kommunizieren, können Familien lernen, aufmerksam zuzuhören, klar über Rollen und Verantwortlichkeiten zu sprechen und sensible Themen, wie Substanzkonsum und Sexualität, in aller Ruhe zu diskutieren.

Strukturierung des Familienlebens: Familien können das Familienleben organisieren und strukturieren, indem sie klar, konsequent und fair über Disziplin kommunizieren und unvermeidliche familiäre Konflikte durch offene Diskussionen und andere von der Intervention empfohlene Methoden gemeinsam lösen.

I EVIDENZBASIERTE PROGRAMME

Die folgenden Interventionen zeigten, nach mehreren Evaluationen in verschiedenen europäischen Ländern, vielversprechende Ergebnisse. Die Auswahl dieser Programme basiert auf den Bewertungen des *Xchange-Registers* der EBDD. Wir nehmen diese Beispiele an dieser Stelle mit auf, um Ihre eigene Suche nach einer geeigneten Intervention für Ihren Kontext zu leiten. Hier diskutieren wir EFFEKT, die Funktionelle Familientherapie und das Triple-P-Programm.

Eine Intervention mit sehr vielversprechenden Evaluationen ist EFFEKT, eine universelle Präventionsmaßnahme für Jugendliche zwischen 13 und 16 Jahren, die versucht, den Alkoholkonsum von Jugendlichen zu verhindern, indem sie die Haltung ihrer Eltern verändert. Eltern werden ermutigt, ihren Kindern eine Null-Toleranz-Politik bezüglich des Alkoholkonsums zu vermitteln. Die Informationen werden zu Schulbeginn, zu Beginn jedes Halbjahres und durch regelmäßige Briefe, die während des gesamten Schuljahres nach Hause geschickt werden, an die Eltern weitergegeben. Den Eltern werden auch Kataloge zugesandt, in denen die organisierten Aktivitäten in der Kommune beschrieben werden, damit Kinder ihre Zeit konstruktiv nutzen können.

Das Programm für funktionelle Familientherapie ist eine indizierte Präventionsmaßnahme für gefährdete Jugendliche im Alter von 11 bis 18 Jahren. Die angestrebten Ziele umfassen die Verhinderung von Verwicklungen in Kriminalität oder Delinquenz, dem Konsum von psychoaktiven Substanzen und die Aufrechterhaltung einer guten Beziehung zu den Eltern. Basierend auf dem spezifischen Risiko- und Schutzfaktorenprofil jeder Familie, werden die elterlichen Fähigkeiten, die Compliance von jungen Menschen (Kooperation, Zustimmung, Folgsamkeit) und das gesamte Spektrum kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Fähigkeiten auf Veränderungen ausgerichtet.

Das Triple P – “Positive Parenting Programm”

ist eine präventiv ausgerichtete Erziehungs- und Familienunterstützungsstrategie, die darauf abzielt, schwere Verhaltens-, Emotions- und Entwicklungsprobleme bei Kindern zu verhindern, indem das Wissen, die Fähigkeiten und das Selbstvertrauen der Eltern verbessert werden (Abbildung 19). Obwohl es mehrere Versionen des Programms gibt, bilden fünf grundlegende Prinzipien für positive Elternschaft die Grundlage des Programms und adressieren spezifische Risiko- und Schutzfaktoren, von denen bekannt ist, dass sie bei Kindern positive Auswirkungen auf die Entwicklung und die psychische Gesundheit vorhersagen. Diese Kernprinzipien bestehen aus: (a) Gewährleistung einer sicheren und ansprechenden Umgebung, (b) Schaffung einer positiven Lernumgebung, (c) Verwendung durchsetzungsfähiger Disziplin, (d) realistischen Erwartungen und (e) der Fürsorge für sich selbst als Elternteil.

Ein anderes häufig verwendetes Programm ist das “Programm zur Stärkung der Familie”. Dieses Programm weist in den USA sehr gute Wirksamkeitsnachweise auf und Blueprints bewertet es als “vielversprechend”. Für eine Umsetzung in Europa liegen bisher keine guten Wirksamkeitsnachweise vor und Xchange bewertet es derzeit als ein nicht effektives Programm.

I HERAUSFORDERUNGEN

Es gibt viele Herausforderungen und Hindernisse für Organisationen und Familien, die diese Interventionen aufgreifen. Einige dieser Herausforderungen liegen in der bloßen Umsetzung der Intervention, aber die meisten bestehen darin, die Intervention umfassend genug umzusetzen, um eine signifikante Wirkung zu erzielen. Wir werden einige der Herausforderungen beschreiben und Ratschläge geben, wie sie überwunden werden können.

Die größten Hindernisse für eine wirksame Umsetzung von familienorientierten Präventionsmaßnahmen, insbesondere universellen und selektiven Familieninterventionen, sind die Rekrutierung und Bindung von Familien. Forschungen zeigen, dass familienbasierte Interventionen typischerweise niedrige Beteiligungsrate haben. Bei der Rekrutierung für universelle Interventionen liegen die Raten häufig zwischen 10% und 30% der förderfähigen Familien. Interventionen, die zielgerichtet sind, wie z.B. indizierte Interventionen für Familien von Jugendlichen, die bereits ein gewisses Problemverhalten zeigen, können höhere Raten aufweisen und zwischen 40% und 60% liegen. Wir wissen auch, dass diese Raten unter benachteiligten Familien niedriger sein können. Niedrige Raten können bedeuten, dass die Intervention keine ausreichende Reichweite hat, um die öffentliche Gesundheit zu beeinflussen.

Forschungen haben einige der häufigsten Zugangsbarrieren für die Teilnahme an typischen Gruppeninterventionen identifiziert. Hier sind sie aufgelistet:

ABBILDUNG 19
Das Präventionsprogramm Triple P

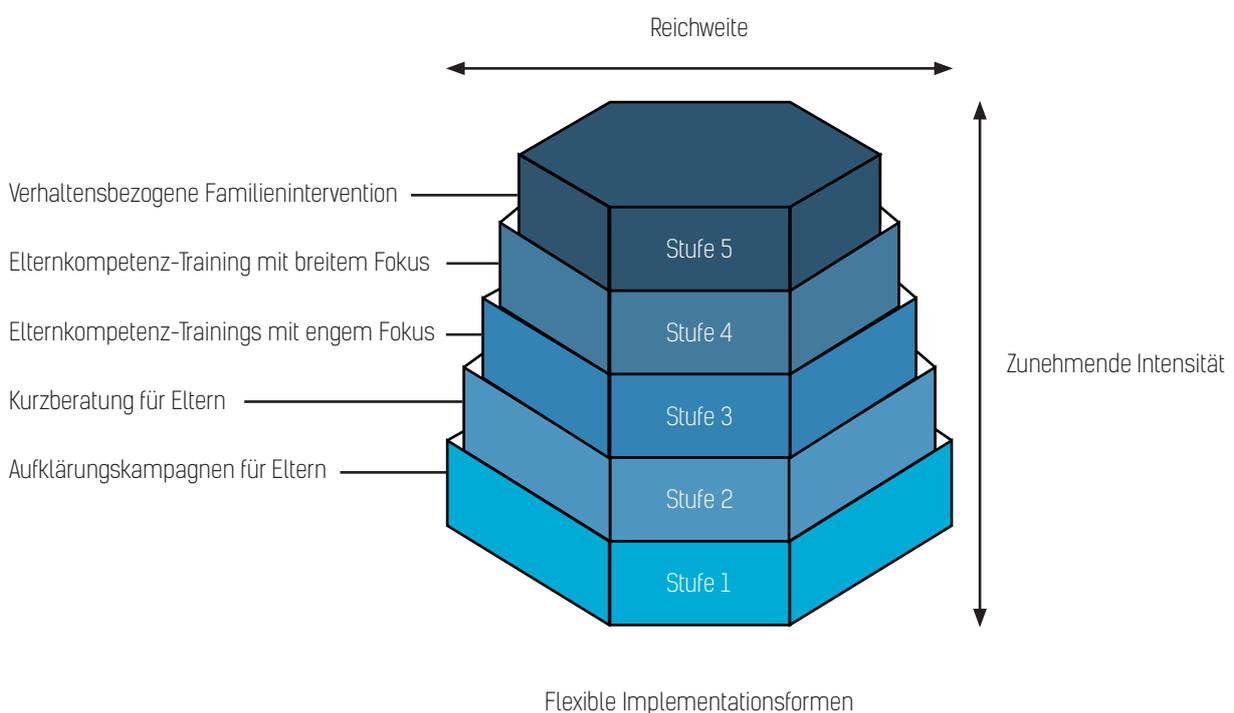


ABBILDUNG 20

Zugangsbarrieren für Familien 1

Zugangsbarriere:
Familien wissen nicht von
der Existenz des Angebots

Mögliche Lösung:

- Social Marketing
- Medien
 - Persönliche und professionelle Beziehungen
 - Mund-zu-Mund-Propaganda

- Eltern wissen nichts über die Intervention. Informationen über die Intervention erreichen möglicherweise nicht die Familien, die eine solche Intervention benötigen könnten.
- Wie Familien über das Programm denken oder fühlen, wird auch Einfluss auf die Entscheidung über die Teilnahme an der Intervention haben.
- Familien sind sehr beschäftigt und sind vielen Anforderungen ausgesetzt. An einer Intervention teilzunehmen, die zwei oder drei Stunden dauert und an einem Abend pro Woche stattfindet, kann für einige Familien terminlich eine Schwierigkeit darstellen.
- Manchmal werden Interventionen an ungünstigen Orten durchgeführt, sodass es für manche Familien schwierig sein könnte, diese Orte zu erreichen. Sie besitzen möglicherweise kein Transportmittel oder müssen lange Wege zurücklegen
- Es können Strategien entwickelt werden, um diese Herausforderungen zu bewältigen (siehe Abbildungen 20-22).

Die Strategien werden für jede Kommune aufgrund ihrer verfügbaren Ressourcen unterschiedlich ausfallen, aber im Allgemeinen gibt es gute Möglichkeiten, Informationen über die Intervention zu kommunizieren.

Eine sehr gute Strategie ist die Einbeziehung der Medien. Wenn möglich, können Organisationen daran arbeiten, Berichte über

die Intervention in Zeitungen oder im Radio zu veröffentlichen. Die Nutzung von Social-Media-Seiten, um Informationen zu verbreiten, zeigte sich in einigen Kommunen ebenfalls als effektiv. So hat Triple P diese Strategie sehr effektiv genutzt, um die Aufmerksamkeit seiner ausgewählten Zielgruppe für die Umsetzung des Programmes zu erregen. Eine Studie fand heraus, dass durch die Nutzung dieser Formen von Medien-Strategien, bis zu 80% der Eltern in einer Kommune von der beworbenen Intervention gehört hatten.

Persönliche und berufliche Beziehungen: Die Nutzung von persönlichen und beruflichen Netzwerken, um Informationen über eine Interventionen zu verbreiten, ist ebenfalls eine gute Strategie. Es ist auch nützlich, auf Verbindungen zu anderen Organisationen der Familien- und Jugendarbeit zurückzugreifen, um über deren Kanäle Familien über die Durchführung der Intervention zu informieren. Familien fühlen sich wohler, wenn eine Empfehlung von einer Quelle kommt, der sie vertrauen.

Manchmal haben Eltern den Eindruck, dass die Intervention nur für "schlechte" Eltern gedacht ist, sind der Meinung, dass sie diese nicht "brauchen" oder haben negative Erfahrungen mit Behörden und anderen Sozialdienstleistern gemacht, was die Wahrscheinlichkeit für die Teilnahme an einer Intervention verringert. Daher ist es wichtig positive Formulierungen zu verwenden und in der Kommunikation mit Familien die Wirkungen der Intervention zu "normalisieren". Die Art und Weise, wie eine Intervention in Broschüren und in den Medien beschrieben wird, kann dazu beitragen, die Ansichten der Eltern darüber zu beeinflussen, ob die Intervention für sie geeignet ist oder nicht.

Manchmal sehen Eltern keine Notwendigkeit für eine Intervention und denken, dass diese nicht nutzbringend für sie und ihre Familie sein wird. Die Fähigkeit, den Familien zu vermitteln, inwiefern eine Intervention ihren spezifischen Bedürfnissen entspricht, kann die Akzeptanz gegenüber der Intervention erhöhen. Das kann beispielsweise mit gut geschriebenen Anzeigen bewirkt werden, die bestimmte Punkte der Intervention hervorheben. Manchmal aber kann es hilfreicher sein, die Intervention direkt mit den Familien zu besprechen, entweder indem man sie zu Hause besucht oder Gruppenformate anbietet, in deren Rahmen sie mehr über die Intervention erfahren können.

Einige der häufigsten Hindernisse, die von Familien zum Ausdruck gebracht werden, sind logistische Herausforderungen, eine zweistündige Familieninterventionssitzung in einen arbeitsreichen Familienzeitplan zu integrieren. Sitzungen so zu planen, dass sie für die meisten Familien gut gelegen sind, wird die Teilnahme erhöhen. Es ist wichtig, flexibel zu planen, wann die Sitzungen stattfinden sollen, damit die Eltern die Sitzungen

ABBILDUNG 21

Zugangsbarrieren für Familien 2

Zugangsbarriere:
Elterliche Normen,
Einstellungen,
Überzeugungen

Mögliche Lösung:

- "Normalisierung" des Programms
- Positive Sprache verwenden
 - Angebot personalisieren
 - auf die Bedürfnisse der Familie eingehen

in ihren Familienzeitplan integrieren können. Terminierung im Umfeld alltäglicher Termine, z.B. um Schulzeiten herum, kann Familien helfen, die Intervention in volle Familienzeitpläne zu integrieren. Gleichzeitig ist es wichtig, positive Familienzeit zu respektieren, denn das ist eines der Dinge, die diese Interventionen zu fördern versuchen.

Ein geeigneter Standort und die Unterstützung beim Transport erleichtern oder ermöglichen ebenfalls eine Teilnahme. Die strategische Auswahl eines Standorts, den Personen sowieso häufig besuchen, kann ideal sein. Vorzugsweise ist der Standort in der Nähe von Familienhäusern gelegen. In großen Städten oder ländlichen Gebieten kann dies aber unter Umständen nicht möglich sein und der Transport kann ein Problem darstellen. Einige Interventionsprogramme bieten finanzielle Unterstützung an, um den Transport von Familien zum Standort der Durchführung zu erstatten.

Anreize für die Teilnahme können hilfreich sein, um Familien zu motivieren und andere logistische Barrieren zu überwinden. Zum Beispiel können Eltern durch die Bereitstellung eines Abendessens und einer Kinderbetreuung entlastet werden, sodass sie abendliche Sitzungen wahrnehmen können. Eine Beratung mit regionalen Experten kann hilfreich sein, um herauszufinden, welche Anreize am nützlichsten sind.

Die Rekrutierung von Familien ist keine einfache Aufgabe. Genaue Überlegungen darüber, wie Familien beschaffen sind, was sie brauchen, wie sie miteinander und mit anderen sozialen Kontexten wie Schulen, Nachbarschaften und Dienstleistungen verbunden sind, können helfen, einen klaren Plan für die Rekrutierung und die Bindung an eine Teilnahme zu erstellen. Wenn Familien beispielsweise einen niedrigen sozioökonomischen Status haben, können sich finanzielle Anreize als nützlich erweisen.

Das Gestalten starker, respektvoller Beziehungen zu Familien, die an einer Intervention interessiert sein könnten, das Aufrechterhalten des Kontaktes, auch wenn die Familie zunächst nicht einer Teilnahme interessiert ist und das Einhalten von Versprechen, kann dazu beitragen, das Vertrauen von Familien zu erlangen und die Reputation der Intervention in der Gesellschaft zu stärken. Das Einsetzen mehrerer verschiedener Strategien, anstelle des Verlasses auf eine einzige, kann sich ebenfalls als effektiv erweisen. Verwenden Sie mehrere Nachrichten, die mehrmals auf verschiedene Arten übermittelt werden. Es ist empfehlenswert, Informationen über eine Intervention auf mindestens drei verschiedene Kanäle an Familien heranzutragen, da es oft mehrere Anläufe benötigt, um ihre Aufmerksamkeit zu erregen.

ABBILDUNG 22

Zugangsbarrieren für Familien 3

Zugangsbarriere:
Logistik: Terminkonflikte
und Anfahrt zum
Programm

Mögliche Lösung:

- Flexible Terminvereinbarung
- Gute Lage
- Anreize geben: Mahlzeiten, Kinderbetreuung, finanziell

6

| Inhalte

81 | Prävention im Setting Schule

85 | Prävention im Setting Arbeit

KAPITEL 6

PRÄVENTION IN DEN SETTINGS SCHULE UND ARBEITSPLATZ

Andere Settings für die Präventionsarbeit sind die Schule und der Arbeitsplatz, beides Settings auf der Mikroebene. Wir beginnen mit einem Blick auf die Merkmale schulbasierter Präventionsmaßnahmen und deren Ziele, aber auch auf die Anwendung von Theorien in der Praxis. Bei der schulischen Prävention betonen wir die Verwendung von Schülerdaten bei der Ausarbeitung einer Intervention. "Unplugged", das "Good-Behavior-Game" und "KiVa" sind evidenzbasierte Programme, die hier als effektive exemplarische Interventionen für schulische Prävention vorgestellt werden.

Leider gibt es in Europa nicht viele bestehende Präventionsmaßnahmen am Arbeitsplatz, und noch weniger sind evidenzbasiert. Wir hoffen, dass dieses Kapitel eine Inspiration für Menschen bietet, die sich mit dem Thema Prävention am Arbeitsplatz beschäftigen. Wir skizzieren die Merkmale arbeitsplatzbasierter Präventionsarbeit und diskutieren die Hindernisse, die auftreten können.

PRÄVENTION IM SETTING SCHULE

Für Kinder und Jugendliche sind die beiden wichtigsten Orte der Suchtprävention die Familie und die Schule. Tatsächlich verbringen viele Kinder wahrscheinlich mehr Zeit in der Schule als mit einem oder beiden Elternteilen. Ein Vorteil des schulischen Kontextes ist, dass präventive Botschaften an alle Kinder (als universelle Population) übermittelt werden können und nicht nur an diejenigen, die einer Hochrisikogruppe (einer selektiven Population) oder einer vulnerablen Gruppe (einer indizierten Population) angehören. Alle Kinder können von universellen Interventionen in der Schule profitieren, da sie alle einem gewissen Risiko ausgesetzt sind. Darüber hinaus können präventive Botschaften, an alle Schüler vermittelt werden, ohne Einzelne zu stigmatisieren, da die Intervention nicht darauf abzielt, Jugendliche, die

bereits Substanzen konsumieren, zu identifizieren und potenziell zu isolieren. Denn es hat sich gezeigt, dass die Zusammenführung von risikoreichen Jugendlichen in eine Gruppe ihr Risikoverhalten erhöht (Poulin, 2001).

Schulen gibt es in allen Formen, Größen und Ausführungen, aber in fast jedem Land haben Schulen die Aufgabe, Kinder und Jugendliche darauf vorzubereiten, voll integrierte Mitglieder ihrer Familien, Arbeitsstätten und der Gesellschaft zu werden. Schulen und Bildung leisten jedoch viel mehr als das. In einem Bericht der Weltbank von 2007 (Hanushek & Wößmann, 2007) wurde durch Analysen von Bildungsdaten und Volkswirtschaften folgendes festgestellt: "Es gibt eindeutige Belege dafür, dass die kognitiven Fähigkeiten der Bevölkerung - und nicht nur der Schulerfolg - stark mit dem individuellen Einkommen, der Einkommensverteilung und dem Wirtschaftswachstum zusammen hängen". Kognitive Fähigkeiten richten sich an die Kompetenz der Schüler:

- Für sich selbst zu denken und Probleme auf eine durchdachte und wohlüberlegte Art und Weise anzugehen, sowohl alleine als auch in Zusammenarbeit mit anderen.
- Argumentation, Konzeptualisierung und Problemlösung unter Verwendung unbekannter Informationen oder neuer Verfahren. Probleme mit Hilfe ungewohnter Informationen oder neuer Verfahren zu erörtern, zu begreifen und zu lösen.
- Schlussfolgerungen zu ziehen und Lösungen zu finden, indem Beziehungen zwischen gegebenen Problemen, Fragen oder Bedingungen analysiert werden.

Die Schule ist wie die Familie, eine Umgebung auf der Mikroebene, die als Schlüsselinstanz bei der Entwicklung von Kindern und ihrer prosozialen Einstellungen und Verhaltensweisen fungiert. Es gibt viele komplexe Interaktionen zwischen den biologischen, persönlichen, sozialen und den Umweltfaktoren, die das menschliche

TABELLE 12

Arten und Wirksamkeit schulischer Präventionsmaßnahmen

Intervention	Zielebene	Wirksamkeitsindikator
Präventionserziehung basierend auf persönlichen und sozialen Fähigkeiten sowie sozialem Einfluss	Universell und selektiv Allgemeinbevölkerung und Risikogruppen	*** gut
Schulpolitik und Kultur	Universell Allgemeinbevölkerung	** ausreichend
Auseinandersetzung mit individuellen psychologischen Vulnerabilität	Indiziert Gefährdete Einzelpersonen	** ausreichend

Verhalten beeinflussen. Diese Interaktionen prägen die Werte, Überzeugungen, Einstellungen und Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen und sind besonders wichtig für die körperliche, emotionale und soziale Entwicklung von der Kindheit bis zur Adoleszenz und von der Adoleszenz bis zum Erwachsenenalter. Die Schule kann beeinflussen, ob Kinder und Jugendliche positive oder negative Verhaltensweisen als akzeptabel oder inakzeptabel wahrnehmen. Daher können schulische Interventionen die Anfälligkeit und das Risiko für bestimmte Verhaltensweisen und insbesondere den Substanzkonsum beeinflussen.

Während es besonders wichtig ist, ein positives Schulklima zu schaffen und zu erhalten, spielen Schulen bei der Prävention des Substanzkonsums in mindestens drei weiteren Bereichen eine wichtige Rolle:

- Verhaltensprävention: Den Substanzkonsum junger Menschen zu verhindern oder zumindest zu verzögern, indem versucht wird, Werte, Normen, Überzeugungen und Einstellungen gegen den Substanzkonsum zu vermitteln sowie Fähigkeiten, effektiv mit Gleichaltrigen, die sie zum Substanzkonsum auffordern, umzugehen.
- Verhältnisprävention: Entwicklung vernünftiger, klarer und konsequent durchgesetzter Richtlinien, die auf den Konsum und Verkauf aller Substanzen, einschließlich Alkohol und Tabak, abzielen und die auf dem Schulgelände, in der Nähe von Schulen und bei allen Schulveranstaltungen gelten.
- Verringerung der mit Substanzkonsum verbundenen negativen Folgen: Schüler, die konsumieren, mit Sensibilität und Mitgefühl behandeln, indem sie sie auf angemessene Beratungs- und Unterstützungsangebote verweisen (einschließlich Behandlung, falls erforderlich) und ihnen helfen, den Substanzkonsum zu reduzieren oder zu stoppen.

Die Präventionsforschung zeigt in Bezug auf schulbasierte Präventionsmaßnahmen ebenfalls Verbesserungen der akademischen Leistungen und eine Verminderung der Häufigkeit von Schulabbrüchen (Gasper, 2011). Deshalb müssen Präventionskoordinatoren in der Lage sein, dafür zu argumentieren, dass es im besten Interesse der Schulen und ihrer Schüler ist, sich Zeit für die Prävention von Substanzkonsum zu nehmen.

Schulreife

Zunächst sollte die Bereitschaft der Schulen zur Einführung und Umsetzung von Suchtpräventionsprogrammen und -strategien eingeschätzt werden (Greenberg, 2005). Einige Schlüsselfragen, die es hier zu beachten gilt, sind:

- Ist administrative Unterstützung vorhanden, um während des Schultages Raum für Präventionsprogramme zu schaffen?
- Sind ausreichend Personen, mit den erforderlichen Fähigkeiten, zur Umsetzung der Programme vorhanden?
- Sind finanzielle Ressourcen für Programmmaterialien

und Lehrerfortbildungen vorhanden? Können die Kosten für Vertretungslehrer (um Klassen während der Fortbildung zu betreuen) und für eine anschließende technische Unterstützung abgedeckt werden?

- Gibt es eine *qualitativ hochwertige Fortbildung und technische Unterstützung*, um das Lehrpersonal bei der erfolgreichen Durchführung von Präventionsprogrammen und bei der Bewältigung auftretender Herausforderungen anzuleiten?

Es ist wichtig, dass die Verwaltung der Schule und die zuständigen Bildungsbehörden sowohl Unterstützung für ein bestimmtes Programm leisten als auch die notwendige Leitung übernehmen, um eine wirksame Umsetzung und Durchführung zu gewährleisten (Sloboda, 2014; Wandersman, 2008). Darüber hinaus müssen jedoch noch viele andere Faktoren vorhanden sein. So sollten die Schulen eine Vision formulieren, welche Art von Umgebung sie zur Förderung der schulischen und sozialen Entwicklung ihrer Schüler gestalten will. Diese Vision sollte von damit verbundenen Zielen begleitet werden, von denen eines darin bestehen sollte, sicherzustellen, dass das schulische Umfeld frei von Alkohol, Tabakwaren und anderen Substanzen ist.

Es sind verschiedene Pläne erforderlich, um die Rollen und Verantwortlichkeiten für die Umsetzung von Präventionsstrategien und -maßnahmen zu klären, festzulegen wie die Leistung evaluiert und wie die Evaluation mit dem beruflichen Erfolg verknüpft wird. Auch sollte ein Plan eine Bewertung der Fähigkeit der Schule zur Umsetzung der Maßnahme beinhalten.

I ZIELE SCHULISCHER PRÄVENTION

Strategien zur effektiven Suchtprävention sollten die unterschiedlichen Entwicklungsstadien von Kindern, Jugendlichen und anderer Schüler berücksichtigen (Ginsburg, 1982; UNODC International Standards, 2013).

Beispielsweise sollten Präventionsstrategien für Kinder im mittleren Kindesalter relativ einfach sein und sich auf die Bereitstellung einfacher, unkomplizierter Anweisungen konzentrieren (z.B. Ärzte geben dir Medizin, wenn du krank bist, damit du wieder gesund wirst; Medizin kann schlecht für dich sein, wenn du sie nicht unter ärztlicher Aufsicht einnimmst; Medikamente an andere weiterzugeben kann gefährlich sein, selbst wenn sie danach fragen). Lehrer können auch Strategien umsetzen, welche prosoziales Verhalten belohnen und impulsives oder anderweitig unangemessenes Verhalten sanktionieren.

Unter Anleitung können junge Teenager positive Werte und Einstellungen entwickeln, die dem Substanzkonsum entgegenstehen und auf deren Grundlage sie entscheiden können, ob sie Substanzen verwenden wollen oder nicht.

Die Schüler können sich mit den Schulregeln bezüglich psychoaktiver Substanzen und den Folgen von Verstößen auseinander setzen. Auch können sie ein Verständnis dafür entwickeln, inwiefern Werbung sie beeinflusst, Alkohol und andere Substanzen zu konsumieren. Des Weiteren können sie etwas über die negativen Auswirkungen des Konsums von Alkohol, Tabak und anderen Substanzen auf ihre Gefühle, Wahrnehmungen, Verhaltensstörungen sowie ihre Gehirnentwicklung lernen. Außerdem sollten sie eine Reihe von altersbezogenen persönlichen und sozialen Fähigkeiten entwickeln und erproben.

In der späten Adoleszenz sollten Schüler in der Lage sein, ihre Werte, Entscheidungsfähigkeiten und verschiedene Lebenskompetenzen, insbesondere ihre Durchsetzungsfähigkeit oder ihre "Widerstandsfähigkeit" in Situationen einzusetzen, in denen Substanzen konsumiert werden oder sie zum Konsum eingeladen werden. Auch sollten sie über soziale Sanktionen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Substanzen Bescheid wissen. Abschließend können ihnen verschiedene Strategien vermittelt werden, um die negativen Auswirkungen des Substanzkonsums zu reduzieren (Marlatt, 2011). Wie wir bereits diskutiert haben, können diese die Gefahren von Alkohol im Straßenverkehr betonen.

Evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen müssen sorgfältig auf das Entwicklungsstadium der Kinder abgestimmt werden, um wirksam zu sein. Deshalb berücksichtigen Präventionswissenschaften die kindlichen Entwicklungsstufen und beschäftigen sich damit, wie Kinder in jeder Entwicklungsstufe am besten erreicht werden können.

DATEN ÜBER DEN SUBSTANZKONSUM VON SCHÜLERN

Daten über den Substanzkonsum können hilfreich sein, um dessen Ausmaß und die Art des Konsums zu verstehen, einschließlich welche psychoaktiven Substanzen von Schülern konsumiert werden. In vorherigen Kapiteln dieses Curriculums wurde bereits die Durchführung von Bedarfsanalysen erörtert, welche ebendiese Daten neu sammelt und/oder bestehende Daten auswertet, um das Problem des Substanzkonsums zu erfassen. Bedarfsanalysen zur Beschreibung des Substanzkonsums von Schülern umfassen Daten über die Art der konsumierten Substanzen, die Häufigkeit des Konsums und die Art des Konsums, die Bezugsquellen der konsumierten Substanzen; Eigenschaften der Konsumenten, einschließlich Geschlecht, Alter, ethnische Zugehörigkeiten, Nachbarschaft, An- bzw. Abwesenheit in der Schule, körperliche und emotionale Gesundheit; das Einstiegsalter sowie die erste jemals konsumierte Substanz.

Als die beste Methode zur Erhebung von Daten über den Substanzkonsum von Schülern gelten im Allgemeinen

ABBILDUNG 23
ESPAD Bericht 2015



Quelle: <http://www.espad.org/>

Schülerumfragen, die im Schulsetting durchgeführt werden. Diese Daten bilden den Kern der Datenerfassung, die sowohl qualitativer als auch quantitativer Art sein können. Obwohl die Durchführung von Schülerumfragen relativ kostengünstig ist und die besten Informationen über aktuelle Konsummuster und damit verbundenen Wahrnehmungen liefert, kann es schwierig sein solche Umfragen zu entwickeln, durchzuführen und zu bewerten, sowie die daraus resultierenden Daten zu analysieren und zu interpretieren.

Schulen können daher auch Ergebnisse von Umfragen zu Rate ziehen, die von anderen Organisationen durchgeführt wurden. In diesem Zusammenhang empfehlen wir insbesondere das Europäische Schulprojekt zu Alkohol und anderen Substanzen (ESPAD)¹ und die länderübergreifende Erhebung der Weltgesundheitsorganisation zum Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (HBSC)². Einige Länder können auch die Ergebnisse nationaler Erhebungen heranziehen.

Auch wenn einige dieser Umfragen (und damit ihre Ergebnisse) überholt sind, können sie dennoch nützliche Bezugsgrößen liefern, anhand derer die Ergebnisse einer regional durchgeführten Umfrage verglichen werden können. Sie können auch (mit großer Sorgfalt) als Ersatz für eine eigene Umfrage verwendet werden, insbesondere wenn die Ergebnisse nach Region oder (vielleicht) Bevölkerungsdichte aufgeschlüsselt sind (d.h. urban vs. suburban vs. ländlich). Regionale Daten sind jedoch für regionale (politische) Entscheidungsträger fast immer glaubwürdiger als Daten aus landesweiten oder nationalen Erhebungen. Denn es ist einfacher beunruhigende Ergebnisse einer Substanzkonsumsumfrage eines Landes oder Bundeslandes zu unterschätzen, mit der Begründung, dass die Umfrage nicht die Kinder "unserer" Kommune repräsentiert.

1 <http://www.espad.org/>

2 <http://hbsc.org/>

I DIE ANWENDUNG VON THEORIEN

Kognitions- und Lerntheorien sowie die Theorie des geplanten Verhaltens können auf schulbasierte Suchtpräventionsmaßnahmen angewendet werden. Die Schule ist nicht nur ein Ort des Lernens, sie schließt auch Menschen ein – Schüler und Lehrpersonal – die den größten Teil des Tages miteinander interagieren. Ähnlich wie bei familiären Präventionsmaßnahmen, in der Eltern mit ihren Kindern interagieren, interagieren im Schulsetting die Lehrer mit ihren Schülerinnen und Schülern, um wirksame suchtpreventive Interventionen durchzuführen. Diese Interventionen umfassen: unterrichtsbezogene Lehrpläne, Schulrichtlinien und das Schulklima. Der Schwerpunkt liegt jedoch auf Lehrplänen, die bisher am effektivsten zu langfristigen Präventionsergebnissen geführt haben und deswegen in diesem Kapitel behandelt werden. Die Schulpolitik und das Schulklima werden später in Kapitel 7 behandelt.

Ein Lehrplan zur Suchtprävention bezieht sich auf eine unterrichtsbasierte Intervention, die mit einer manualgestützten Reihe von Aktivitäten durchgeführt wird, um spezifische Lernziele zu erreichen. Die Schulrichtlinien zum Substanzkonsum beziehen sich auf eine Reihe schriftlicher Regeln oder Vorschriften zum Substanzkonsum in der Schule und auf dem Schulgelände. Diese Regeln definieren Verstöße

und deren Konsequenzen, also was passiert, wenn jemand die Regeln bricht. Schließlich wird das Schulklima als die "Qualität und Beschaffenheit des Schullebens definiert. Das Schulklima basiert auf den Erfahrungen des Schullebens von Schülern, Eltern und Lehrpersonal und spiegelt Normen, Ziele, Werte, zwischenmenschliche Beziehungen, Lehr- und Lernmethoden sowie Organisationsstrukturen wider"

Zwei Jahrzehnte schulische Forschung und Evaluation zeigen, welche Interventionen funktionieren und welche nicht evidenzgestützt sind (Tabelle 13).

Darüber hinaus zeigen viele Präventionsmaßnahmen unmittelbar nach ihrem Abschluss positive Wirkungen, wobei diese Wirkung abnimmt, wenn die Evaluation erst ein Jahr nach Abschluss der Intervention durchgeführt wird. Inwiefern kann das ein Problem darstellen? Es ist sicher wünschenswert, dass die Effekte länger als einige Monate (oder sogar Wochen) anhalten. Unter gleichbleibenden Bedingungen, ist es immer am besten, Interventionen auszuwählen, die in ihrer Evaluation langfristige Auswirkungen vorweisen. Aber auch Interventionen mit kurzfristigen Effekten können als erfolgreich bewertet werden, wenn sie die Einnahme von Substanzen oder Initiierung von Substanzkonsum in Schlüsselphasen der Entwicklung hinauszögern. Zielgruppen können auch von einer wiederholten Exposition gegenüber

TABELLE 13

Wirksame und unwirksame Maßnahmen der schulischen Prävention

Wirksam	Unwirksam
Umsetzung und Struktur	
Interaktive Methoden	Didaktische Methoden wie z.B. Vorträge
Stark strukturierte Unterrichtsstunden und Gruppenarbeit Einem Lehrplan folgend	Unstrukturierte, spontane Diskussionen
Durchführung durch geschulte Kursleiter/Lehrer	Vertrauen auf das Urteilsvermögen und die Intuition von Lehrern
Hohe Intensität (10 bis 15 wöchentliche Einheiten)	Schwache Evidenz von "Peers" (z.B. Gleichaltrigen) und nicht von Erwachsenen durchgeführte Präventionsprogramme
Programme bestehend aus mehreren Komponenten	Jegliche Formen von Einzelveranstaltungen
	Schwache Evidenz für den Nutzen von "Booster"-Sitzungen in den Jahren nach einer Intervention
	Poster und Broschüren
Inhalt	
Entscheidungs-, Kommunikations- und Problemlösungskompetenz	Reine Vermittlung von Faktenwissen über bestimmte Substanzen
Peer-Beziehungen sowie persönliche und soziale Kompetenzen	Vorträge von Ex-Konsumenten
Selbstwirksamkeit und Durchsetzungsvermögen	Ausschließliche Steigerung des Selbstwertgefühls
Stärkung der Widerstandsfähigkeit und des persönlichen Engagements gegen den Substanzmissbrauch	Stichprobenartige Drogentests
Verstärkung von substanzkritischen Normen und Haltungen	Panikmache und beängstigende Geschichten, die die Gefahren des Drogenkonsums übertreiben und falsch darstellen und oft den eigenen Erfahrungen der Schüler und denen ihrer Altersgenossen widersprechen

verschiedenen Arten von Präventionsmaßnahmen in verschiedenen Entwicklungsstadien profitieren.

Ferner wird argumentiert, dass es unangebracht sein könnte, zu erwarten, dass Präventionsprogramme nachhaltige Auswirkungen haben, wenn Schüler ständig mit Verlockungen zum Substanzkonsum in ihrem sozialen Umfeld überflutet werden (z.B. durch Repräsentationen in der Popkultur, Werbung und anderen Marketingpraktiken) und gleichzeitig Erwachsene dabei beobachten, wie diese Alkohol und Tabakwaren konsumieren und genießen, ohne offensichtliche negative Auswirkungen zu erleiden.

Daher kann es unangemessen sein, zu erwarten, dass eine einzige Intervention, die sich dem risikobewussten Umgang mit Substanzen widmet, ausreichend ist. Die Fürsprecher der Prävention sollen daher versuchen, zu argumentieren, dass gemäß der EDPQS (Kapitel 3) Präventionsmaßnahmen Teil einer längerfristigen Strategie sind, und dass sie eher erfolgreich sein können, wenn auch verhältnispräventive Maßnahmen umgesetzt werden (siehe Kapitel 7), um einen gesünderen Verhaltenskontext zu fördern.

I EVIDENZBASIERTE PROGRAMME

Die folgenden Interventionen zeigen nach mehreren Evaluationen in verschiedenen europäischen Ländern vielversprechende Ergebnisse. Die Auswahl dieser Programme basiert auf den Einstufungen im Xchange-Register der EBDD. Wir stellen diese lediglich als Inspiration für Ihre eigene Suche nach einer geeigneten Intervention in Ihrem Kontext dar.

“Unplugged” ist ein schulbasiertes Programm, das Komponenten umfasst, die sich auf kritisches Denken, Entscheidungsfindung, Problemlösung, kreatives Denken, effektive Kommunikation, zwischenmenschliche Beziehungen, Selbstbewusstsein, Empathie, Umgang mit Emotionen und Stress, normative Überzeugungen und Wissen über gesundheitsschädigende Auswirkungen von psychoaktiven Substanzen fokussieren. Der Lehrplan besteht aus 12 einstündigen Einheiten, die einmal pro Woche von den Klassenlehrern unterrichtet werden, die zuvor einen 2,5-tägigen Lehrgang besucht haben. Das Xchange-Register bewertet Unplugged als “nützlich”, was bedeutet, dass es wahrscheinlich in verschiedenen Kontexten wirksam ist.

Das “Good-Behavior-Game” (GBG) ist eine auf Klassenebene durchgeführte Verhaltensmanagement-Strategie für Grundschulen, welche in dem normalen Schullehrplan integriert ist. GBG verwendet ein klasseninternes Spielformat mit Teams und Belohnungen, um Kinder in ihrer Rolle als Schüler zu sozialisieren. Auf diese Weise soll aggressives und störendes Klassenverhalten reduziert werden, welches wiederum ein Risikofaktor für Substanzmissbrauch im Jugend- und Erwachsenenalter sowie antisoziale

Persönlichkeitsstörungen (ASPD) sowie gewalttätiges und kriminelles Verhalten darstellt. In den GBG-Klassen teilt der Lehrer alle Kinder in Teams ein, die im Hinblick auf Geschlecht, aggressivem, störendem Verhalten und schüchternem, sozial isoliertem Verhalten ausgeglichen sind. Grundlegende Klassenregeln bezüglich des Schülerverhaltens werden aufgestellt und gemeinsam besprochen. Während GBG gespielt wird, wird jedes Team belohnt, wenn Teammitglieder während der Spielzeiten insgesamt vier oder weniger Verstöße gegen die Klassenregeln begehen.

Während der ersten Wochen der Intervention wird GBG dreimal pro Woche für 10 Minuten jedes Mal zu Zeiten des Tages gespielt, wenn das Unterrichtsumfeld weniger strukturiert ist und die Schüler eigenständig arbeiten. Spielperioden werden in regelmäßigen Abständen in Länge und Häufigkeit erhöht. Nach der Hälfte des Schuljahres kann das Spiel jeden Tag gespielt werden. Zunächst kündigt der Lehrer den Beginn einer Spielperiode an und gibt am Ende des Spiels Belohnungen aus. Später hält der Lehrer Belohnungen bis zum Ende des Schultages oder der Schulwoche zurück. Im Laufe der Zeit wird GBG zu verschiedenen Tageszeiten, während verschiedener Aktivitäten und an verschiedenen Orten gespielt, so dass sich das Spiel von einer hohen zeitlichen Vorhersehbarkeit mit sofortiger Verstärkung, hin zu einer hohen Unvorhersehbarkeit und verzögerter Verstärkung entwickelt. Kinder lernen auf diese Weise, dass gutes Verhalten zu allen Zeitpunkten und an allen Orten erwartet wird.

“KiVa” ist ein Anti-Mobbing-Programm mit vielversprechenden Ergebnissen in Finnland und auch in Estland. Dieses Programm richtet sich an Schulkinder im Alter von 5 bis 11 Jahren und wendet universelle und indizierte Strategien an. Es versucht, das prosoziale Verhalten und das emotionale Wohlbefinden von Kindern zu verbessern. KiVa ist noch nicht im Xchange-Register, wird aber im *Blueprints*-Register als “vielversprechend” eingestuft, was bedeutet, dass qualitative hochwertige Forschungen die Wirksamkeit des Programms bewiesen hat.

I PRÄVENTION IM SETTING ARBEIT

Der “Arbeitsplatz” oder die Arbeitsumgebung ist der physische Ort, an dem Menschen arbeiten, also Heime, Farmen, Schulen, Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen, Fertigungsanlagen und Fabriken, Geschäfte und Läden, Gesundheitsorganisationen, das Militär, große Unternehmen usw. Für einige Menschen, wie zum Beispiel diejenigen, die in der Handelsindustrie, im Transport- oder Speditionsgewerbe arbeiten, gibt es keinen festen physischen Arbeitsplatz. In der Erfahrung vieler “industrialisierter” Nationen ist der Arbeitsplatz eine der Schlüsselinstitutionen innerhalb einer Gesellschaft, da ein bedeutender Prozentsatz der Erwachsenen beschäftigt ist und sich in einer Art von Arbeitssetting aufhält. Darüber hinaus treiben Arbeit und Arbeitsbedingungen die Wirtschaft

an und fördern das Wirtschaftswachstum. Suchtprobleme sind besonders in Branchen von großer Bedeutung, in denen es Sicherheitsfragen gibt oder in denen individuelle Leistungsmängel erhebliche Auswirkungen haben können. Dazu gehören unter anderem die Bereiche Bau, Landwirtschaft, Verkehr, Energie, IKT und Finanzdienstleistungen (EBDD, 2017, S. 143).

Die Arbeitswelt kann dem Arbeitnehmer auch ins Erwachsenenalter hinein zusätzliche Schulung und Ausbildung bieten, analog zu dem Angebot, was Familien und Schulen Kindern und jungen Erwachsenen bieten. Darüber hinaus ermöglichen Arbeitsplätze einen Ort für neue Erfahrungen, neue Normen und neue Verhaltensweisen, die sich von denen unterscheiden können, die in der Familie oder in der Schule gelernt wurden.

Da Erwachsene in der Regel einen erheblichen Teil ihrer Zeit am Arbeitsplatz verbringen, kann das Ausmaß, in dem die Arbeitserfahrung als lohnend und zufriedenstellend empfunden wird im Gegensatz zu stressig oder demotivierend, enorme Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden des Arbeitnehmers haben sowie auf seine Anfälligkeit für Suchtprobleme.

Frone (2013) unterscheidet auch zwischen Substanzkonsum und -beeinträchtigung am Arbeitsplatz und in der Belegschaft.

- Substanzkonsum und -beeinträchtigung am Arbeitsplatz bezieht sich auf Substanzkonsum und -beeinträchtigungen, die bei der Arbeit oder während der Arbeitszeit auftreten. Dabei kann es sich um den Substanzkonsum am Arbeitsplatz oder kurz vor der Arbeit handeln, wobei die Beeinträchtigung während der Arbeitszeit auftritt und/oder während der Arbeitnehmer zwar nicht in der Arbeitsumgebung ist, aber trotzdem arbeitet (z.B. Home Office).
- Substanzkonsum und -beeinträchtigung in der Belegschaft bezieht sich auf Substanzkonsum und -beeinträchtigungen, die außerhalb der Arbeitsumgebung und nicht während der Arbeitszeit auftreten.

Arbeitsplatzfaktoren können ein Klima fördern, das den Substanzkonsum am Arbeitsplatz stärker unterstützt. Dazu gehören drei Hauptfaktoren:

- Die (wahrgenommene) Verfügbarkeit von Substanzen am Arbeitsplatz, einschließlich der leichten Zugänglichkeit (z.B. Alkohol in einer Betriebskantine; Alkohol, der regelmäßig im Rahmen von Betriebsfeiern angeboten wird; Mitarbeiter, die den Zugang zu illegalen Substanzen erleichtern);
- Deskriptive Normen, nach denen ein hoher Anteil des sozialen Netzwerks am Arbeitsplatz des Einzelnen Substanzen konsumiert oder arbeitet, während er durch Substanzen beeinträchtigt ist (der Substanzkonsum also sichtbar für die Mitarbeiter ist); und

- Injunktive Normen oder die normative Zustimmung bzw. Ablehnung des Konsums von Substanzen am Arbeitsplatz

Der letzte Faktor bezieht sich auch auf Arbeitsumgebungen, die den Konsum von Substanzen zur Leistungssteigerung, zur Bewältigung hoher Arbeitsbelastungen und strenger Zeitpläne fördern oder wenn Substanzen als integraler Bestandteil des Beziehungsaufbaus mit Kollegen und (potenziellen) Kunden betrachtet werden.

Neben den allgemeinen Risikofaktoren für den Substanzkonsum, die die gesamte Bevölkerung betreffen, können arbeitsbezogene Stressfaktoren, wie ein hohes Maß an Arbeitsanforderungen, mangelnde Arbeitsplatzkontrolle und Arbeitsplatzunsicherheit, auch die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass ein Mitarbeiter Substanzen konsumiert. Aus dieser Perspektive werden Substanzen als Spannungs- und Stressabbautechniken eingesetzt, um dem Mitarbeiter zu helfen, seine Arbeitssituation zu bewältigen. Es wird angenommen, dass eine häufigere Exposition gegenüber und die Antizipation von Arbeitsstressoren zu einem häufigeren und stärkeren Konsum von Substanzen führt, oft kurz vor, während oder unmittelbar nach einem Arbeitstag. Die meisten Probleme mit dem Substanzkonsum hängen jedoch mit dem Mitarbeiter als Privatperson zusammen, was bedeutet, dass der größte Teil des Substanzkonsums außerhalb der Arbeit liegt. Jedoch kann Substanzkonsum außerhalb des Arbeitsplatzes und der Arbeitszeit immer noch negative Auswirkungen auf die Arbeitsleistung haben. Diese können sich in Fehlzeiten, Verspätungen, Arbeitsplatzverluste, Krankheiten und höhere medizinische Kosten äußern. Der Konsum von Substanzen am Arbeitsplatz kann auch zu einer Abnahme der Arbeitssicherheit, hohem arbeitsbedingtem Stress und einer geringeren Moral unter Mitarbeitern führen, die keine Substanzen am Arbeitsplatz konsumieren.

Es gibt keine EU-weiten Schätzungen für die Auswirkungen des Substanzkonsums auf die Arbeitskräfte und keine Schätzungen auf Länderebene unter Verwendung einheitlicher Methoden. Darüber hinaus sammelt die EBDD auch keine Daten über den Umfang der arbeitsplatzbezogenen Prävention in der EU. Allerdings sind illustrative Studien aus den Mitgliedstaaten nützlich. So wurde beispielsweise im Vereinigten Königreich geschätzt, dass der Alkoholkonsum zu 11-17 Millionen verlorenen Arbeitstagen führt und jährlich 1,8 Milliarden Pfund kostet (Plant Work, 2006). Der Substanzkonsum am Arbeitsplatz ist ein besonderes Anliegen in sicherheitskritischen Rollen, in denen die Mitarbeiter Verantwortung für die Gesundheit und das Wohlbefinden anderer (z.B. Piloten, Ärzte, Sicherheitstechniker) tragen und in denen Beeinträchtigungen durch Substanzen oder aus anderen Gründen schwerwiegende Folgen haben können. In Frankreich standen 15-20% der Arbeitsunfälle im französischen Eisenbahnsystem in direktem Zusammenhang mit dem schädlichen Konsum von Alkohol oder anderen

Substanzen (Ricordel & Wenzek, 2008).

Organisatorische Einsatzbereitschaft

Ein Element der Bedarfsanalyse besteht darin, ein Verständnis dafür zu generieren, an welchem Punkt der Arbeitsplatz steht, in Bezug auf mögliche Wege der organisatorischen Veränderung oder der Bereitschaft bestimmte Gesundheitsförderungspraxen zu übernehmen, in diesem Fall die Suchtprävention. Es bestehen eine Reihe von Theorien, die entwickelt wurden, um organisatorische Veränderungen zu verstehen. Zum Beispiel betont die "Stage Theory", dass es wichtig ist zu wissen, wo sich eine Organisation auf dem Weg organisatorischer Veränderungen befindet, bevor sie Präventionsrichtlinien und Interventionen umsetzt.

Die "Stage Theory" (Kaluzny & Hernandez, 1988) beschreibt vier Phasen, die Organisationen durchlaufen, bevor eine Veränderung oder Innovation angenommen und institutionalisiert wird.

1. Die erste Stufe ist das Bewusstsein, dass ein Problem besteht, aber auch, dass es unterschiedliche Lösungsmöglichkeiten gibt, um das Problem zu bewältigen. Das Ziel der Aktivitäten in dieser Phase besteht zweifelsohne darin, der Organisation bewusst zu machen, dass ein Problem anzugehen ist.
2. Die zweite Phase stellt die Übernahme dar, in der eine Organisation mit der Planung und Übernahme der Strategien und Interventionen beginnt, die das in Stufe 1 erkannte Problem angehen. Sie kann auch die Identifizierung von Ressourcen und Anpassungen von durchzuführenden Interventionen umfassen.
3. Die dritte Stufe stellt die Durchführung dar, die alle praktischen Aspekte der Strategie- und Interventionsumsetzung umfasst.
4. Die vierte Stufe schließlich stellt die Institutionalisierung dar, in der eine neue Strategie oder Praxis zu einem Standardbestandteil der Tätigkeiten am Arbeitsplatz wird.

I MERKMALE VON PRÄVENTION AM ARBEITSPLATZ

Universelle Prävention:

- Arbeitsplatzrichtlinien. Arbeitsplatzrichtlinien stellen eine universelle Präventionsstrategie dar, da sie das Thema Substanzkonsum allgemein für alle Mitarbeitenden ansprechen.
- Suchtpräventive Schulung. Suchtpräventive Schulung wird für alle Mitarbeiter und Führungskräfte angeboten. Diese soll Informationen über psychoaktive Substanzen enthalten und wie sich ihre Verwendung negativ auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Arbeitnehmer auswirken kann.
- Soziale Unterstützung stärken. Indem ein Zusammenhalt in den Arbeitsgruppen sowie die Unterstützung unter den

Arbeitnehmern gefördert wird, können soziale Normen gegen den Substanzkonsum am Arbeitsplatz verstärkt werden.

Selektive Prävention:

- Vertrauliches Screening. Vertrauliche Screenings umfassen in der Regel das Screening von Arbeitnehmern, die einem Risiko von Substanzkonsum ausgesetzt sind und die möglicherweise problematische Verhaltensweisen am Arbeitsplatz zeigen.
- Mitarbeiter-Unterstützungs-Programme. Sogenannte "Employee Assistance Programs" (EAPs) sollen helfen, Produktivitätsprobleme zu erkennen und zu lösen, die Arbeitnehmer betreffen, die durch persönliche Sorgen beeinträchtigt sind.

Indizierte Prävention:

- Vertrauliche Beurteilungen des Substanzkonsums. Ziel ist es, Arbeitnehmer zu identifizieren, die eine Überweisung zu Kurzinterventionen oder längerfristigen Behandlungen benötigen. Diese Beurteilungen werden von geschulten Psychologen oder Suchtspezialisten durchgeführt.
- Kurzinterventionen. Kurzinterventionen sind systematische, fokussierte Prozesse, die darauf abzielen, mögliche Probleme des Substanzkonsums zu untersuchen und Einzelpersonen dazu zu motivieren, ihr Verhalten zu ändern.

Wenn es um Prävention am Arbeitsplatz geht, ist es wichtig auch Strategien und Interventionen zu berücksichtigen, die sich auf Arbeitnehmer konzentrieren, die eine Therapie, eine Rückkehr an den Arbeitsplatz und eine Wiedereingliederung in die Belegschaft benötigen. Obwohl es sich dabei formal

ABBILDUNG 24

Prävention im Setting Arbeitsplatz



nicht um Prävention handelt, beinhaltet dieses Curriculum die Therapie und Reintegration in die Arbeit sowie die Rückfallprävention als wesentliche Bestandteile eines umfassenden Arbeitsplatzkonzeptes zum Substanzkonsum. Ziel eines solchen ist nicht die Bestrafung, sondern die Prävention oder Verminderung des Substanzkonsums und, falls erforderlich, die Identifizierung von Konsumenten und Bereitstellung eines klaren Behandlungsweges sowie Reintegration in die Arbeitswelt. Nach der Wiedereingliederung am Arbeitsplatz benötigen diese Arbeitskräfte fortlaufende Unterstützung, um einen Rückfall zu verhindern. Das EBDD-Portal für vorbildliche Praktiken enthält einen Abschnitt über die Prävention am Arbeitsplatz, der einen Überblick über empfohlene Ansätze bietet³. Die EBDD hat auch einen Leitfaden über Ansätze der beruflichen Wiedereingliederung publiziert, der die beruflichen Chancen von Menschen mit einer Substanzgebrauchsstörungen verbessern soll und auch einen Abschnitt über Präventionsmaßnahmen am Arbeitsplatz enthält⁴. Obwohl es als Reaktion auf die nationale Gesetzgebung entwickelt wurde, haben die USA ein sogenanntes Drug-Free Workplace-Toolkit veröffentlicht, das Leitlinien für die Entwicklung von Arbeitsplatzrichtlinien, Mitarbeiterschulungen, Managementschulungen, Unterstützungsprogramme für Mitarbeiter mit schwerwiegenden Problemen und Drogentests enthält (siehe Abschnitt ‚Drogentests‘ weiter unten für wichtige EU-Diskussionen zu diesem Thema).

Umfassende Präventionsmaßnahmen am Arbeitsplatz konzentrieren sich in der Regel auf drei Hauptziele: 1) Arbeitsplatzumfeld, 2) soziale Interaktion/Peer Support (Unterstützung durch Kollegen) und 3) individueller Substanzkonsum (siehe Abbildung 25). Das heißt die Richtlinien und Interventionen am Arbeitsplatz können sich auf die Änderung persönlicher, sozialer und verhältnisbasierter Faktoren konzentrieren, die sich wiederum auf die Wahrscheinlichkeit des Substanzkonsums auswirken. Die Komponenten eines umfassenden Präventionsansatzes sollten alle drei Ziele berücksichtigen, wie nachstehend aufgeführt:

Arbeitsumgebung:

- Schriftliche Richtlinien zum Substanzkonsum am Arbeitsplatz
- Veränderung des Arbeitsumfelds, um die Qualität des Arbeitslebens und den Zugang zu Alkohol und anderen Substanzen zu adressieren
- Supervisions- und Managementtraining
- Berücksichtigung der gesamten Arbeitsumgebung
- Konsistenz mit der Organisationskultur

Soziale Interaktion / Unterstützung durch Kollegen

³ <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/briefings/workplace>

⁴ http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/social-reintegration_en

- Entwicklung von Peer Support Programmen
- Schaffung klarer sozialer Kontrollmechanismen der Maßnahmen in Bezug auf den Konsum von Substanzen bei der Arbeit sowie die Festlegung von Arbeitsplatznormen in Bezug auf den Gebrauch von Alkohol

Individueller Substanzkonsum:

- Bereitstellung von Mitarbeiterunterstützungsprogrammen
- Substanzkonsum als Gesundheits- und Sicherheitsproblem ansprechen
- Einbeziehung des Substanzkonsums in das allgemeine Wohlbefinden
- Vertrauliches Screening und Identifikation von Substanz-Usern, welche auch eine Überweisung in ein Behandlungsprogramm und den Wiedereinstieg in die Belegschaft vorsieht
- Vertrauliche Drogentests nur als Teil einer umfassender Mehrkomponenten-Intervention nutzen

I HINDERNISSE

Trotz der zwingenden Gründe für die Einführung von Präventionsstrategien und -interventionen zögern viele Organisationen, derartige Maßnahmen umzusetzen. Während die Prävention anderer Gesundheits- und Sicherheitsfragen aktiv angegangen wird, wird Prävention in Bezug auf Substanzkonsum weiterhin ignoriert. Der Hauptgrund für dieser Zurückhaltung und die größte Hürde für die Umsetzung ist das mit dem Substanzthema verbundene Stigma.

Organisationen zögern ebenso das Ausmaß des Substanzkonsums bei ihren Beschäftigten zu untersuchen, als auch Maßnahmen zu ergreifen, um das Problem anzugehen oder zu verhindern. In vielen Kulturen gelten Alkohol- und Substanzkonsum als moralisch verwerflich bzw. werden in erster Linie als Rechtsfrage und nicht als Gesundheits- und Sicherheitsfrage behandelt.

Zu den weiteren Hindernisse für die Umsetzung gehören:

- Eine unausgesprochene Toleranz von Vorgesetzten und Mitarbeitern gegenüber einigen Formen des Substanzkonsums

ABBILDUNG 25

Umfassende Prävention am Arbeitsplatz



- Die Kosten, die mit der Durchführung einer Präventionsmaßnahme verbunden sind.
- Die Tatsache, dass Substanzkonsum oft als ein persönliches und nicht als ein arbeitsbezogenes Thema betrachtet wird. Arbeitgeber können zögerlich oder abgeneigt sein, Arbeitnehmern darüber Vorgaben zu machen, was sie in ihrem persönlichen Leben tun sollten und was nicht.

I DROGENTESTS

Drogentests existieren seit Jahrzehnten, vielerorts werden sie immer noch als umstritten angesehen. Für viele Organisationen, und auch Länder ist der Versuch, ein Gleichgewicht zwischen der Sicherheit der Arbeitnehmer und dem Schutz der Privatsphäre und Diskriminierungsbelangen herzustellen, ein vorrangiges Anliegen. Ein weiteres wesentliches Problem ist, dass Abbauprodukte von Substanzen lange nach dem Konsum in einer biologischen Probe verbleiben können (tatsächlich kann im Fall von Haaren die Droge jahrelang in der Probe nachgewiesen werden). Drogentests können deshalb nicht als Nachweis für eine Störung verstanden werden. Vor der Entscheidung für die Implementierung eines Drogentest-Programms, sollten Organisationen die unzähligen rechtlichen Aspekte berücksichtigen, die von Land zu Land unterschiedlich sind.

Während Forschungen einige positive Effekte von Drogentests zeigen konnten, sind diese an und für sich keine Präventionsmaßnahme und sollten nur als Teil einer umfassenden Substanzpräventionsstrategie implementiert werden.

7

Inhalte

- 91 | Die Umwelt und ihr Einfluss
- 91 | Definitionen
- 93 | Verhältnisprävention in den Settings Schule und Betrieb
- 95 | Verhältnispräventive Tabak- und Alkoholpolitik
- 96 | Prävention an Orten der Freizeitkultur und des Nachtlebens

KAPITEL 7

VERHÄLTNISPRÄVENTION

Dieses Kapitel enthält eine Definition des Begriffs der Verhältnisprävention, beschreibt relevante Ansätze und stellt anschließend Leitlinien für die Entwicklung von verhältnispräventiven Strategien für Schulen und Arbeitsplätze vor. Merkmale und Wirksamkeitsnachweise der Tabak- und Alkoholpolitik werden erörtert, um bewährte Praktiken bei der politischen Entscheidungsfindung zu ermitteln. Das Nachtleben ist ein wichtiges, aber oft übersehenes Setting, in dem Präventionsarbeit geleistet werden kann. Daher werden präventive Interventionen, die im Nachtleben stattfinden und ihre Eigenschaften hier ebenfalls diskutiert.

Die EBDD hat einen Bericht über verhältnispräventive Ansätze veröffentlicht, die auf ihrer Website eingesehen werden kann¹.

I DIE UMWELT UND IHR EINFLUSS

Welchen Einfluss hat das soziale Umfeld auf individuelle Überzeugungen, Einstellungen und Verhaltensweisen? Es prägt zum einen soziale Normen und beeinflusst zum anderen Überzeugungen über die Risiken und Konsequenzen von Verhaltensweisen, wie z.B. Substanzgebrauch und den Umgang mit stressigen Situationen. Beobachtetes Verhalten, wie der Substanzgebrauch unter Gleichaltrigen und/oder anderen einflussreichen Personengruppen, wird als eine Norm wahrgenommen. Darüber hinaus hat die Art und Weise, in der eine Kommune Gesetze oder Vorschriften durchsetzt, Einfluss darauf, wie ihre Bewohner die Toleranz oder Zustimmung zu Verhaltensweisen wie etwa dem Substanzkonsum beurteilen.

Verhältnisprävention zielt darauf ab, die Exposition gegenüber ungesunden und riskanten Handlungsoptionen zu begrenzen und die Verfügbarkeit gesundheitsförderlicherer Möglichkeiten zu erhöhen. Dies ist besonders wichtig in Umgebungen, in denen es Auslöser für riskantes Verhalten gibt. Vereinfacht ausgedrückt, wird durch Verhältnisprävention eine Änderung der Umgebung, in der das Verhalten stattfindet, beispielsweise der Substanzkonsum in der Gesellschaft oder an spezifischen Orten (z.B. Alkoholverkaufsstellen, öffentlicher Raum oder Veranstaltungsorten), erreicht. Im Gegensatz zu den Ansätzen, die darauf abzielen, Fähigkeiten und Erkenntniszuwächse in Einzelpersonen oder Gruppen zu entwickeln, zielt Verhältnisprävention auf Gewohnheiten und Umweltbedingungen (Regeln, Gesetze, Werbung, Steuern usw.) ab, so dass wir uns nicht darauf verlassen müssen, dass die Zielgruppen überlegte und bewusst (gesündere)

Entscheidungen treffen. Das Ziel ist, die gesundheitsförderliche Wahl zur einfachsten Option zu machen. Beispielsweise könnte eine Gesellschaft die Steuern auf Tabak erhöhen, um den Kauf von Zigaretten zu verteuern, Minderjährige durch Altersbeschränkungs Gesetze und Ausweiskontrollen am Kauf von Substanzen hindern, den Preis von alkoholfreien Getränken in Nachtclubs senken oder einfach verhindern, dass Einzelhandelsgeschäfte, die Alkohol verkaufen, in der Nähe von Schulen liegen.

Bei diesen Arten von Interventionen wird die Umwelt indirekt genutzt, um eine bestimmte Zielgruppe anzusprechen, anstatt direkten Kontakt mit ihr zu haben, wie es bei schulischen Bildungsangeboten oder Familieninterventionen der Fall wäre. Der Vorteil von verhältnisbasierten Maßnahmen besteht darin, dass sie bei richtiger Umsetzung eine größere Reichweite haben können als Verhaltensmaßnahmen allein. Um jedoch gesellschaftlich die größten positiven Auswirkungen auf den Substanzkonsum zu erzielen, sollten sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisprävention koordiniert und ergänzend durchgeführt werden. Die Untersuchung der Beispiele in den nachfolgenden Definitionen legt nahe, dass für eine erfolgreiche Durchführung von verhältnisbasierten Maßnahmen ein "gemeinsamer" Ansatz erforderlich ist. Fachkräfte aus verschiedenen Arbeitsfeldern sind jedoch häufig der Ansicht, dass die Suchtprävention nicht in ihren Aufgabenbereich fällt. Diese müssen daher davon überzeugt werden, dass sie eine wichtige Rolle bei der Prävention spielen und dass die Entscheidungen, die sie treffen, eine Umwelt positiv und gesundheitsförderlich verändern können.

I DEFINITIONEN

Verhältnisbasierte Maßnahmen lassen sich in drei Hauptkategorien einteilen, obwohl ein enger Zusammenhang zwischen ihnen besteht: regulatorisch, physisch und wirtschaftlich.

Regulatorische Ansätze betreffen Veränderungen des rechtlichen Rahmens, der definiert, welche Verhaltensweisen erlaubt sind. Dazu gehören Gesetze, die den Zugang zu Substanzen durch Altersbeschränkungen, Arzneimittelvorschriften und illegale Drogentests kontrollieren, sowie Maßnahmen, die das Verhalten nach dem Substanzkonsum kontrollieren, wie z.B. Alkohol am Steuer oder das Verbot Alkohol an sichtbar betrunkene Personen auszugeben. Regulierungsansätze umfassen auch Praktiken wie die Herstellung und den Handel mit potenziell schädlichen

¹ http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/environmental-substance-use-prevention-interventions-in-europe_en

Produkten oder deren Vermarktung, so dass (anfällige) Verbraucher nicht irreführender oder konsumorientierter Werbung ausgesetzt werden. Altersbeschränkungen, Ausschankzeiten, standardisierte, einfache Verpackungen von Tabakerzeugnissen und das Verbot des Alkoholsponsorings im Sport sind gute Beispiele dafür. Einige Länder verlangen z.B. von Einrichtungen die kostenlose Bereitstellung von Trinkwasser, als Voraussetzung für die Erteilung einer Alkoholverkaufslizenz. Es gibt jedoch keine Regelung für die Herstellung, den Vertrieb oder den Verkauf der meisten illegalen Substanzen. Die einzige Kontrolle erfolgt durch Gesetze, die darauf abzielen, die Verfügbarkeit zu schmälern und durch deutliche Botschaften, die die gesellschaftlichen Normen gegen ihren Konsum unterstreichen. Da die Herstellung dieser Substanzen nicht kontrolliert wird, können diese Substanzen auch mit anderen gefährlichen Substanzen gemischt werden, die selbst gesundheitsgefährdend sind. Naturprodukte, die die Grundlage für einige dieser Substanzen bilden, wie Cannabis, Opiummohn und Kokapflanzen, können ausgerottet werden, wenn sie gefunden werden, oder den Landwirten, die diese "Nutzpflanzen" anbauen, kann Geld gegeben werden, damit sie diese nicht mehr anpflanzen (Substitutionspolitik für Nutzpflanzen).

Physische Ansätze zielen darauf ab, die bauliche Umgebung zu verändern, in der Entscheidungen getroffen werden und Verhaltensweisen auftreten. Dies kann sowohl das Mikroumfeld wie die Gestaltung von Bars und Nachtclubs umfassen (z.B. um übermäßigen und schnellen Alkoholkonsum zu verhindern) als auch das Makroumfeld wie Stadtplanung und Landschaftsgestaltung (z.B. Bereitstellung kostenloser nächtlicher Verkehrsmittel; umfassende öffentliche Verkehrspolitik; Stadterneuerung in benachteiligten Gebieten). Physische Interventionen können auch für Gegenstände und Strukturen innerhalb der Umwelt relevant sein. Derzeit besteht z.B. großes Interesse daran, wie Getränkegläser so gestaltet werden können, dass die Menschen weniger Alkohol konsumieren, als sie denken (z.B. indem sie groß und dünn erscheinen, aber ein geringeres Gesamtvolumen haben).

Ökonomische Ansätze konzentrieren sich sowohl auf Verbraucher als auch auf potenzielle Verbraucher, um durch Steuern, Preispolitik und Subventionen gesunde Entscheidungen zu fördern. So haben die meisten europäischen Länder beispielsweise hohe Steuern auf Tabakwaren eingeführt und einige haben einen Mindestpreis für Alkoholeinheiten eingeführt, um die Erschwinglichkeit schädlicher Produkte zu verringern. Ebenso können gesundheitsförderlichere Entscheidungen durch eine Preissenkung von alkoholfreien Getränken, einschließlich Wasser, in Freizeiteinrichtungen wie Pubs und Bars gefördert werden.

Eines der Hintergrundpapiere des Leitfadens für Gesundheit und soziale Maßnahmen (EBDD 2017) gibt einen Überblick über die Verhaltensregeln, die die Grundlage der Verhältnisprävention bilden.

SOZIALISATION UND VERHÄLTNISBASIERTE INTERVENTIONEN

Präventionsfachkräfte unterstützen die positive Sozialisierung von Kindern in der Gesellschaft. Diese wird zunächst von Familien geformt und gefestigt, Schulen setzen diesen Prozess fort und im Anschluss helfen andere Kontexte, angemessene Verhaltensweisen zur Einhaltung von Normen, Gesetzen und Vorschriften zu fördern und zu begleiten. Diese verhaltensbezogenen Interventionen kombinieren einen Sozialisierungs- und Präventionsansatz und dienen dazu, Einzelpersonen dabei zu helfen, Informationen oder Hinweise innerhalb ihres sozialen und emotionalen Kontexts zu interpretieren. Dadurch sollen sie erkennen, welche Erwartungen an sie gestellt werden und welche Verhaltensweisen angemessen sind. Sie helfen Einzelpersonen, Entscheidungen über die Auswirkungen oder Konsequenzen ihres Verhaltens innerhalb unterschiedlicher Settings zu treffen sowie neue Fähigkeiten oder Verhaltensweisen, wie unterstützende Erziehungs- oder Widerstandskompetenzen zu erlernen und anzuwenden.

Wie funktioniert das für verhältnisbasierte Interventionen? Zunächst müssen Gefährdungen, sowie Personen, die diesen Gefährdungen ausgesetzt sind, erkannt werden. Das ist notwendig, um mit geeigneten Interventionen auf beide eingehen zu können, was dem Kerngedanken von verhältnisbasierten präventiven Interventionen entspricht. Mit einem gesunden Umfeld sind positive Orte gemeint, welche Stärken der Gesellschaft maximieren und negative Einflüsse minimieren. Verhältnisbasierte Interventionen sind darauf ausgelegt, Kontexte zu verändern, in denen Menschen Entscheidungen treffen.

- Physisches Umfeld – Beschränkung des Zugangs zu und der Verfügbarkeit von Alkohol, Tabakerzeugnissen und anderen Substanzen
- Soziales Umfeld – Stärkung von Normen und Einstellungen im Bereich des Nichtkonsums

Abgesehen von einigen der physischen Einschränkungen gibt es auch Gesetze und Richtlinien, die den Zugang zu Alkohol kontrollieren. So haben im internationalen Vergleich die meisten Länder für den Kauf von Alkohol ein Mindestalter von 18-19 Jahren. Einige haben keine Altersbeschränkung und wieder andere haben den Kauf vollständig verboten, vor allem aus religiösen Gründen.

Natürlich können Menschen außerhalb geregelter Umgebungen und Kontrollen Alkohol zu sich nehmen und

eine kleine Zahl kann selbst alkoholische Getränke herstellen. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass auch verhaltensbasierte Maßnahmen ergriffen werden, damit die Menschen ihr Trinkverhalten besser kontrollieren können.

Um das Verhalten im sozialen Umfeld zu beeinflussen, ist es oft notwendig, politische Initiativen, Kampagnen und andere aufsuchende Maßnahmen zu fördern, die sich auf die Stärkung von Normen konzentrieren, die sich gegen den Substanzkonsum richten. Diese Kampagnen und politischen Initiativen sollen das öffentliche Bewusstsein und die Einstellungen in Bezug auf den Substanzkonsum beeinflussen und Maßnahmen und Gesetze fördern, die den Konsum oder die Folgen des Konsums verhindern. Oft führen diese Bemühungen dazu, Verhaltensnormen der betroffenen Gruppen zu ändern. Zum Beispiel schaffen Präventionskampagnen eine "neue Norm" für ihre Zielgruppe. So wurden Public Health Bemühungen hinsichtlich des Passivrauchens oft mithilfe von Vorschriften (z.B. Nichtraucherschutzgesetz) umgesetzt und durch "neue Normen" verstärkt, die besagten *"Du darfst hier nicht rauchen."*

VERHÄLTNISPRÄVENTION IN DEN SETTINGS SCHULE UND BETRIEB

In diesem Abschnitt befassen wir uns mit verhältnisbasierten Interventionen, die Strategien auf Mikroebene umfassen, hauptsächlich in Schulen und am Arbeitsplatz. Wir wollen beschreiben wie solche Interventionen dazu beitragen, sichere, gesunde und produktive Lern- und Arbeitsumgebungen zu gewährleisten. Da wir uns auf der Mikroebene befinden, sind diese Interventionen auch eher für Effektmessungen geeignet und deren suchtpreventive Ansätze dementsprechend besser beforscht, als Interventionen die auf gesellschaftlicher Ebene bzw. höheren Makroebenen stattfinden.

Wie wir bereits gesehen haben, sind diese beiden Ebenen des Umfelds nicht unabhängig voneinander, sondern interagieren, um Werte, Überzeugungen, Einstellungen und Verhaltensweisen, einschließlich Substanzgebrauch, zu beeinflussen. Schließlich bieten verhältnisbasierte Maßnahmen die Möglichkeit, in allen Lebensbereichen konsistente Strategien zu schaffen, so dass zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz und in der Gesellschaft einheitliche Strategien gegen den Substanzgebrauch verfolgt werden und damit auch die gesellschaftliche Norm gegen den Substanzkonsum unter Jugendlichen gestärkt wird.

SCHULRICHTLINIEN

Schulrichtlinien zum Substanzgebrauch sind ein integraler und wichtiger Bestandteil eines umfassenden Ansatzes von Präventionsmaßnahmen. Leider werden sie oft beiläufig

und unsystematisch entwickelt und als "Abhack-Aufgabe" angesehen, so dass sie im Gesamtstrategieplan von Schulen häufig vergessen werden. Die schulischen Richtlinien sollen daher Maßnahmen umfassen, die in der gesamten Schule relativ einfach umgesetzt werden können und die eine koordinierte und umfassende Reaktion auf den Substanzkonsum im Rahmen der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden aufweisen.

Umfassende Strategien sind aus einer Reihe von Gründen wichtig und sollen Schlüsselaktionen und Prioritäten beinhalten, die sich nicht nur auf den Substanzkonsum konzentrieren, sondern auch Ansätze abdecken, die dazu dienen, ein gesundes und unterstützendes Schulumfeld zu schaffen:

- Richtlinien, die den Einsatz von Substanzen einschränken, tragen dazu bei, soziale Normen festzulegen, durch die der Konsum von Substanzen nicht toleriert wird. Wenn die Schüler sehen, dass Rauchen oder Trinken auf dem Schulgelände oder bei schulgesponserten Veranstaltungen nicht toleriert wird, wird ihre Gefährdung durch potenzielle Vorbilder, die dieses Verhalten zeigen, abnehmen. Dadurch sollen sich ihre normativen Überzeugungen, dass der Konsum von Substanzen unangemessen ist, verstärken;
- Politische Maßnahmen können auch verhältnisbasierte Auflagen mit sich bringen, insofern sie den Zugang zu Substanzen einschränken können;
- Im breiteren Kontext sollen Strategien entwickelt werden, die die Schüler erkennen lassen, dass sich ihre Schule um ihr Wohlergehen sorgt und, dass ein ganzheitlicher Schulansatz verfolgt wird, um ihre emotionale sowie positive soziale Entwicklung mit Gleichaltrigen und schulpflichtigen Erwachsenen zu unterstützen. Die Richtlinien können auch Maßnahmen umfassen, die die Beteiligung der Schüler zum Schulbetrieb erleichtern, was dazu beiträgt, ein Gemeinschaftsgefühl zu fördern und die Verbundenheit zwischen Lehrkörper und Schülern zu verbessern.
- Strafen in Bezug auf Vorfälle, in denen Substanzen konsumiert wurden, können eine Rolle in schulischen Regelwerken spielen, aber sie müssen angemessen sein, konsequent umgesetzt werden und sollen nicht überwiegen. Vorfälle mit Substanzkonsum bieten die Möglichkeit, Schüler individuell zu unterstützen oder Präventionsmaßnahmen im Klassenzimmer einzuführen oder zu verstärken.

Die Struktur der Schulrichtlinien zum Substanzkonsum beinhaltet oft eine Absichtserklärung mit Formulierungen, die auf die Notwendigkeit verweisen, eine sichere, gesunde und substanzfreie Umgebung zu schaffen und zu erhalten, um die gesunde Entwicklung aller Schüler zu unterstützen und sicherzustellen, so dass sie ihr schulisches Potenzial entfalten können. Viele Regeln verpflichten die Schule auch dazu, *Interventionen und Strategien zu implementieren, die*

bekannte Prinzipien der Effektivität beinhalten und im besten Fall durch *Evidenzen* gestützt sind. Eines der wichtigsten Ziele der Schulregeln besteht darin, sicherzustellen, dass allen Betroffenen der Schulgemeinschaft diese mitgeteilt werden. Wen betreffen die Regeln? Schüler, Schulmitarbeiter, Besucher? Gelten diese nur im Rahmen des Schulgeländes? Wie steht es um von der Schule genehmigte Aktivitäten? All diese Fragen müssen berücksichtigt und breit kommuniziert werden.

Schutz von Richtlinien und Verstößen. In den Richtlinien sollten auch der Umfang und die Substanzarten angegeben werden, die sie betreffen – wie möchte eine Schule beispielsweise auf die wachsende Popularität von E-Zigaretten reagieren? Außerdem sollte der Umgang mit Substanzkonsum und -besitz nicht nur in der Schule, sondern auch bei schulbezogenen Veranstaltungen geklärt werden. Die Regeln sollten für das Schulgelände und für Veranstaltungen von Lehrern, Mitarbeitern und Schülern gelten.

Darüber hinaus sollen die Regeln verdeutlichen, welche Arten von substanzbezogenen Vorfälle sanktioniert werden, z.B. der Besitz oder Verkauf von bestimmten Substanzen oder der begründete Verdacht, dass ein Schüler unter Substanzeinfluss die Schule besucht, und wie darauf unterstützend reagiert werden soll.

Zudem soll aus den Regeln deutlich hervorgehen, an welchem Punkt des Prozesses Familien und Strafverfolgungsbehörden über ein Ereignis im Zusammenhang mit Konsum, Besitz und Verkauf informiert werden. Diese Regeln sollen auch klare Konsequenzen für Verstöße durch Schüler festlegen, die konsequent durchgesetzt werden. Diese Strategien sollen nicht strafender Art sein, sondern das Ziel verfolgen, Schüler, die Substanzen in der Schule konsumieren, als Teil der Schule zu halten.

Schüler die eine Beratung oder Behandlung benötigen. Wenn ein Schüler in risikantes Verhalten involviert ist, kann eine frühzeitige Erkennung und kurze Intervention nötig sein. Im Allgemeinen sollen Schüler, die Substanzen konsumieren, die Möglichkeit haben, den Konsum in einer unterstützenden Umgebung, in der ihr Verhalten genau beobachtet wird, einzustellen. Das schließt Verhaltensweisen wie Pünktlichkeit, die Anfertigung von Hausaufgaben und ein gewisses Maß an akademischer Leistung ein.

Schulrichtlinien können den folgenden Inhalt enthalten (sollten aber nicht unbedingt darauf beschränkt sein):

- Zweckbestimmung. Die typische Struktur von Schulregeln legt Ziele und Inhalte fest. Sie beginnen oft mit einer Absichtserklärung, die sich auf die Notwendigkeit einer sicheren, gesunden und substanzfreien Umgebung bezieht.
- Für wen gelten sie? Schulregeln geben die Zielgruppe(n) an,

die von diesen betroffen sind.

- Unterstützung evidenzbasierter Präventionsansätze. Viele Richtlinien verpflichten Schulen zur Umsetzung von evidenzbasierten Programmen und Strategien. Dieser Punkt ist in Übereinstimmung mit dem vorliegenden Curriculum, welches sich an den internationalen Standards orientiert.
- Welche Substanzen sind gemeint? Die Regeln sollen auch das Spektrum und die Arten von Substanzen, auf die sie sich beziehen sowie besondere Umstände, wie beispielsweise Sportveranstaltungen, Schulausflüge und Mitarbeiterverhalten spezifizieren.
- Spezifizierte Sanktionen. Die Regeln sollen auch angegeben, welche Arten von substanzbezogenen Vorfällen sanktioniert werden und unter welchen Umständen.
- Kommunikation. Die Regeln müssen allen Betroffenen mitgeteilt werden.

Die Kommunikation mit den Eltern eines Schülers, die sie darüber informiert, dass ihr Sohn oder ihre Tochter mit Substanzen in Berührung gekommen ist, kann besonders herausfordernd sein. Eine Möglichkeit, potenzielle Missverständnisse und negative Reaktionen der Eltern zu reduzieren, besteht darin, auf eine Richtlinie hinzuweisen, die genau festlegt, welche Schritte die Schule in welcher Reihenfolge als Reaktion darauf unternehmen wird.

Solche Richtlinien in Bezug auf Verstöße sind entscheidend für den Erhalt einer Schulkultur, in der sich die Schüler sicher und geschützt fühlen und dabei unterstützt werden, Hilfe zu erhalten, wenn sie diese benötigen

I ARBEITSPLATZRICHTLINIEN

Es bestehen viele Gemeinsamkeiten zwischen Richtlinien am Arbeitsplatz und jenen in Schulsettings. Der Zweck beider Richtlinien ist der gleiche und soll dazu beitragen eine gesunde, sichere und substanzfreie Umgebung zu schaffen; in diesem Fall aber sind die Zielgruppe Erwachsene (nicht mehr Kinder), bzw. Menschen, die mit Kindern arbeiten.

Wie bereits erwähnt, sind verhältnisbasierte Interventionen insofern universell, als dass sie sich auf eine möglichst breite Zielgruppe konzentrieren, die eine Mischung aus Substanzkonsumenten und Nichtkonsumenten umfasst, obwohl die meisten davon Nichtnutzer sein werden. Folglich richten sich Arbeitsplatzrichtlinien auf den Substanzkonsum aller Mitarbeiter. Solche Richtlinien sollten umfassend gestaltet sein und sich mit Aufklärung und Prävention sowie der Ermittlung, Behandlung, Rehabilitation und Wiedereingliederung von Arbeitnehmern mit Substanzkonsumproblemen befassen. Darüber hinaus sollte an der Entwicklung dieser Richtlinien alle wichtigen Stakeholder in der Organisation beteiligt werden.

Wie der Name andeutet, können auf die Arbeitsplatzumgebung

abzielende Interventionen bestimmte Merkmale des Arbeitsplatzes fokussieren, die sich auf die Wahrscheinlichkeit, dass Mitarbeiter Substanzen konsumieren, auswirken können. Zu diesen Arbeitsplatzmerkmalen gehören die Verfügbarkeit von und der Zugang zu Alkohol oder anderen Substanzen, schlechte Arbeitsbedingungen und eine Arbeitsplatzkultur, die den Substanzkonsum verstärkt.

Effektive Interventionen am Arbeitsplatz adressieren den Substanzkonsum als Gesundheits- und Sicherheitsproblem. Auf diese Weise kann die Verfügbarkeit von Interventionsangeboten für den Einzelnen und die Familie gefördert und gleichzeitig ein sicheres und produktives Umfeld geschaffen werden. Das verringert auch das Stigma, das mit der Suche nach Hilfe verbunden ist.

Ein umfassender Ansatz zur Suchtprävention am Arbeitsplatz beginnt mit schriftlichen Präventionsrichtlinien. Diese umfassen eine Beschreibung der Haltung des Unternehmens zum Substanzkonsum. Dabei sollen sie nicht strafend sein, sondern anerkennen, dass Substanzkonsum ein Gesundheitsproblem darstellen kann, das oft eine Behandlung erfordert, um Konsumenten bei der Genesung zu helfen und zusätzliche negative Folgen zu verhindern. Die Richtlinien sollen für alle Mitarbeiter gelten, unabhängig von ihrem Status im Unternehmen.

Wie in jedem Umfeld ist es unerlässlich, dass die Richtlinien unter allen Arbeitnehmern und anderen Stakeholdern verbreitet werden. Ebenso wichtig ist eine klare Kommunikation der Sanktionen für Verstöße gegen die Richtlinien. Ein wichtiger Bestandteil der Verbreitungsstrategie ist schwerpunktmäßig, wie die Richtlinien die allgemeine Gesundheit und Sicherheit aller Arbeitnehmer fördern wird.

VERHÄLTNISPRÄVENTIVE TABAK- UND ALKOHOLPOLITIK

Die internationalen Standards überprüften die bestehende Forschung zu Tabak- und Alkoholpolitik. Dabei stellten sie fest, dass es mehrere Arten von Initiativen gab, welche die Initiation und den Gebrauch von Substanzen vor allem bei jungen Menschen wirksam reduzieren konnten. Diese konzentrierten sich darauf, den Zugang zu Substanzen zu erschweren und die Initiation sowie die Entwicklung eines regelmäßigen Konsummusters zu verhindern. Mit der folgenden Anleitung stellen wir die Komponenten vor, die zur Gestaltung einer effektiven verhältnisbasierten Intervention verwendet werden können.

Gemäß den internationalen Standards reduziert eine Erhöhung der Preise für Alkohol und Tabak deren Konsum in der Allgemeinbevölkerung. Daher ist eine Preiserhöhung

durch Besteuerung von Tabak und Alkohol eine wichtige evidenzbasierte Intervention zur Suchtprävention. Andere Strategien, die eine Verringerung des Konsums zeigten, sind die Anhebung des Mindestalters für den Kauf von Tabak- und Alkoholprodukten sowie die Durchsetzung dieser Regel. Auch hat sich die Beschränkung und das Verbot von Werbung und anderer Formen der Vermarktung von Tabak und Alkohol an Jugendliche ebenfalls als wirksam erwiesen.

Wie bei vielen Präventionsmaßnahmen kann die Kombination mehrerer verhältnisbasierter Interventionen eine stärkere Wirkung erzielen als Einzelmaßnahmen. Umfassende Präventionsmaßnahmen, um minderjährige Jugendliche daran zu hindern, Tabak und Alkohol zu kaufen, beinhalten:

- Aktive und kontinuierliche Strafverfolgung
- Vermittlung von Wissen an (Einzel-)Händler durch eine Vielzahl von Strategien (persönlicher Kontakt, Medien und Informationsmaterialien).
- Medien- und schulbasierte Präventionsmaßnahmen zur Verstärkung von Botschaften.

Insbesondere die Überprüfung der Forschungslage zu verhältnisbezogener Suchtprävention, die im Rahmen der Entwicklung der internationalen Standards durchgeführt wurde, ergab, dass die Erhöhung des Alkoholpreises mehrere positive Auswirkungen hatte. Sie wirkt sich sowohl auf mäßig als auch auf stark Trinkende aus, einschließlich auf den starken Alkoholkonsum bei Jugendlichen im Colleaguealter. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass eine Erhöhung des Preises für Alkohol um nur 10% mit einem Rückgang des Alkoholkonsums in der Allgemeinbevölkerung um 7,7% verbunden war. Zusätzlich gingen die höheren Alkoholpreise auch mit einem Rückgang von Gewalt einher.

Schlußendlich zeigte die Evidenz, dass Mehrkomponenten-Interventionen wirksam waren, wenn sie mehrere Strategien umfassten, wie z.B.:

- Beschränkung des Vertriebs von Tabakerzeugnissen
- Regulierung der Absatzwege
- Durchsetzung von Gesetzen die den Zugang von Minderjährigen regulieren
- Ausbildung und Schulung für (Einzel-)Händler, wenn sie in Verbindung mit der Mobilisierung der Kommune durchgeführt werden.

Eine in Norwegen und Finnland durchgeführte Analyse der Einstellungen gegenüber der Alkoholpolitik führte zu einem besseren Verständnis der Voraussetzungen, welche für eine Unterstützung verhältnisbasierter Interventionen zur Reduzierung des Alkoholkonsums und seiner damit einhergehenden Folgen, gegeben sein müssen. In der ersten

Studie untersuchte ein Forschungsteam die Ergebnisse einer Reihe nationaler Erhebungen, die in Norwegen und Finnland im Zeitraum von 2005 bis 2009 durchgeführt wurden.

Die Forscher fanden im Laufe der Jahre heraus, dass die Unterstützung für restriktive alkoholpolitische Maßnahmen in Norwegen und Finnland zunahm. Sie verglichen die Ergebnisse mit Ergebnissen aus ähnlichen Umfragen, die in diesem Zeitraum in Nordamerika und Australien durchgeführt wurden. Dort fanden sie eine andere Situation vor, innerhalb welcher die Unterstützung für solche Maßnahmen zurückging. Die Forscher untersuchten, welche Faktoren mit der verstärkten Unterstützung dieser Politik in Norwegen und Finnland zusammenhängen.

Dabei stellten sie fest, dass die verstärkte Unterstützung für restriktive Maßnahmen teilweise mit einer Veränderung der Überzeugungen einherging; sowohl bezogen auf die Wirksamkeit solcher Maßnahmen als auch bezogen auf die durch Alkohol verursachte Schäden. Anders ausgedrückt: die Forscher fanden heraus, dass eine erhöhte Wahrnehmung der Wirksamkeit von restriktiveren alkoholpolitischen Maßnahmen mit einem verstärkten Glauben an einen Zusammenhang von Alkoholkonsum und seinen schädlichen Folgen verbunden war. Daher schlugen die Forscher vor, dass ein stärkeres Vertrauen der Bevölkerung in die Wirksamkeit restriktiver Maßnahmen und in die durch Alkoholkonsum verursachten Schäden, die öffentliche Unterstützung für restriktive alkoholpolitische Maßnahmen erhöhen könnte. Diese Überlegungen könnten ein entscheidender Teil einer Agenda sein, die erforderlich ist, um Unterstützung für wirksame Maßnahmen aufzubauen.

Ein weiteres Beispiel für eine erfolgreiche politische Maßnahme ist das öffentliche Rauchverbot in Frankreich. Das Rauchverbot wurde in Frankreich im Februar 2007 umgesetzt und gilt für Arbeitsplätze, Einkaufszentren, Flughäfen, Bahnhöfe, Krankenhäuser und Schulen. Im Januar 2008 wurde es auf Treffpunkte wie Bars, Restaurants, Hotels, Casinos und Nachtclubs erweitert. Eine Kohorte von 1500 Rauchern und 500 Nichtraucher wurde einmal kurz vor der Umsetzung des Verbots befragt (von Dezember 2006 bis Februar 2007), und zweimal (2008 und 2012) nachdem das Verbot umgesetzt worden war. Die Quote der Raucher in diesen Settings, also Bars, Restaurants und Arbeitsplätzen, ist im zwischen der ersten und der dritten Befragungswelle deutlich zurückgegangen:

- Restaurants – von 64.7% (Befragungswelle 1) auf 2.3% (Befragungswelle 2) auf 1.4% (Befragungswelle 3)
- Arbeitsplätze – von 42.6% (Befragungswelle 1) auf 19.3% (Befragungswelle 2) auf 12.8% (Befragungswelle 3)
- Bars – von 95.9% (Befragungswelle 1) auf 3.7% (Befragungswelle 2) auf 6.6% (Befragungswelle 3)

Die Ergebnisse zeigen, dass politische Strategien zur Schaffung rauchfreier Zonen zu einer erheblichen und nachhaltigen Reduzierung des Tabakrauchens in öffentlichen Räumen führen können und gleichzeitig eine hohe Unterstützung in der Öffentlichkeit finden (Fong et al., 2013). Fünf Jahre nach seiner Einführung unterstützten 88 % der Nichtraucher und 78 % der Raucher das Rauchverbot.

PRÄVENTION AN ORTEN DER FREIZEITKULTUR UND DES NACHTLEBENS

Andere Studien haben Präventionsstrategien an Orten der Freizeitkultur wie Bars, Clubs, Restaurants sowie Freiluft- oder speziellen Veranstaltungsorten für Großveranstaltungen, untersucht. Diese Orte bieten einerseits Möglichkeiten für ein soziales Zusammensein und Unterstützung für die lokale Wirtschaft, gleichzeitig aber auch Möglichkeiten für risikoreiche Verhaltensweisen, wie schädlichen Alkoholgebrauch, Substanzkonsum, Beteiligung am Straßenverkehr unter Substanzeinfluss und aggressivem Verhalten. Weitere Informationen und Ressourcen zu Fragen rund um das Nachtleben finden Sie auch im Antwortkatalog der EBDD (2017, S.136).

Für ein wirksames Handeln auf regionaler Ebene werden vier Grundprinzipien aufgestellt, und zwar: fundierte Kenntnisse über regionale Probleme des Nachtlebens, Engagement für die Schaffung eines sicheren und gesunden Nachtlebens, partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen den wichtigsten regionalen Behörden sowie evidenzbasierten Reaktionen. Wenn Sie mit spezifischen evidenzbasierten Interventionen im Nachtleben nicht vertraut sind, können Sie jederzeit die *Healthy Nightlife Toolbox* konsultieren (Abbildung 26). Diese Toolbox bietet drei Datenbanken, eine für Interventionen, eine weitere für Literatur zu diesen Interventionen und eine letzte für allgemeine Literatur zur Prävention im Bereich des Nachtlebens.

Im Allgemeinen verwenden die meisten Präventionsmaßnahmen in diesem Umfeld mehrere Komponenten. Dazu zählen beispielsweise die Schulung

ABBILDUNG 26
Healthy Nightlife Toolbox



Quelle: <http://hntinfo.eu>

von Personal, der Umgang mit Klienten, die unter Substanzeinwirkung stehen sowie Änderungen von Gesetzen und Richtlinien im Zusammenhang mit der Alkoholausgabe an Minderjährige oder betrunkene Personen oder im Zusammenhang mit Alkohol im Straßenverkehr usw.

Miller et al. (2009) haben eine verhältnisbasierte Maßnahme vorgeschlagen, um den Substanzkonsum bei elektronischen Tanzmusik-Events anzugehen (bei denen tendenziell mehr konsumiert wird als bei anderen Arten von Veranstaltungen). Diese Veranstaltungen ziehen junge Erwachsene an und werden oft mit dem Gebrauch von Alkohol und anderen Substanzen in Verbindung gebracht. Die Strategie besteht aus drei Komponenten und basiert auf ähnlichen Maßnahmen zur Alkoholprävention, die für den Einsatz in Bars konzipiert sind:

- Mobilisierung
- Strategien für das externe Umfeld
- Strategien für das interne Umfeld

Mobilisierung der wichtigsten Stakeholder - Die Motivation zur Beteiligung und zum Handeln der verschiedenen Mitglieder der Kommune, wie z.B. der Klubinhaber und -manager selbst, der Polizei oder der Alkoholkontrollbehörden, der Vertreter des öffentlichen Gesundheitswesens und der politischen Entscheidungsträger, ist wichtig, wenn auch oft eine Herausforderung. Es gibt jedoch einige geteilte Beweggründe, die dazu beitragen können, ein gemeinsames Verantwortungsgefühl in der gesamten Kommune zu fördern:

- Erhalt eines sicheren, rechtskonformen Umfelds für die Klubs und die Kunden, die keine Substanz konsumieren;
- Erhalt guter Geschäftspraktiken und Einhaltung der Lizenzgesetze für Alkohol;
- Erinnerung daran, dass der Gebrauch von Substanzen die Gewinne bei Lebensmitteln und alkoholfreien Getränken mindert.

Die zweite Komponente - konzentriert sich auf die externe physische Umgebung des Klubs, einschließlich Beleuchtung und Parken und bezieht sich auf Merkmale der Sicherheit und des Schutzes. Interventionen außerhalb des Klubgeländes umfassen folgende Aspekte:

- Überwachung des Außenraums rund um den Klub, durch Security- oder Türpersonal (z. B. Parkplätze)
- Security-Personal am Eingang, um Kunden vor Eintritt in den Klub zu überprüfen
- Identifikation von Personen die unter Substanzeinfluss stehen
- Schriftliche Klubrichtlinien, die den Zugang zum Klub einschränken

Strategien für das interne Umfeld - die dritte Komponente - beziehen sich ebenfalls auf Merkmale der Sicherheit und des

Schutzes. Dieser Aspekt der Intervention folgt sehr genau den Maßnahmen zur Alkoholprävention. Das Schulungsangebot des Responsible Beverage Service (verantwortungsvoller Getränkeservice; RBS) zielt darauf ab, dem Servicepersonal eine Reihe von Fähigkeiten zu vermitteln, um alkoholbedingte Beeinträchtigungen zu reduzieren, einschließlich:

- Überprüfung von Ausweisen, um die Einhaltung von Altersbeschränkungen für Alkohol und anderen Vorschriften sicherzustellen;
- Förderung von Service-Praktiken, die die Wahrscheinlichkeit eines übermäßigen Gebrauchs verringern;
- Identifizierung und Reaktion auf frühzeitige Anzeichen von übermäßigem Konsum bei Kunden (z.B. schneller Konsum);
- Identifizierung von betrunkenen Gästen und Weigerung, diese Personen weiterhin zu bedienen
- Eingreifen, um betrunkene Gäste vom Fahren abzuhalten.

Weitere erforderliche Maßnahmen sind:

- Schriftliche Klubrichtlinien. Klubs sollten als eine angenehme und sichere Umgebung beworben werden, während sie gleichzeitig eine toleranzfreie Strategie für den illegalen Substanzkonsum und -handel verfolgen. Dieser Ansatz sollte durch schriftliche interne Richtlinien ausgedrückt werden, die die Handlungsweisen des Personals unterstützen, um Probleme zu erkennen und einzugreifen.
- Überwachung des physischen Innenraums.
- Führungs- und Personalmaßnahmen. Sowohl das Personal als auch das Management sollten in der Lage sein, Maßnahmen zur Umsetzung der Klubrichtlinien zu ergreifen. Dazu gehört die Schulung des Personals in der

ABBILDUNG 27
Nachtclubszene, Festivals und andere Freizeitsettings

The image shows a report cover and a table of contents. The cover is titled 'Nachtclubszene, Festivals und andere Freizeitsettings' and includes a globe icon. Below the cover are three colored boxes: 'Überblick' (red), 'Evidenz' (blue), and 'Konsequenzen' (green). Below these are two larger sections: 'Problemstellungen' (red header) and 'Mögliche Maßnahmen' (red header with a thumbs-up icon). The 'Mögliche Maßnahmen' section contains a list of points.

Überblick
Problemstellungen, wichtige Möglichkeiten und die Situation in Europa

Evidenz
Was zeigt die verfügbare Evidenz?

Konsequenzen
Konsequenzen für Politik und Praxis

Problemstellungen
Der Drogen- und Alkoholkonsum in der Nachtclubszene, wie beispielsweise in Bars, Clubs und anderen Freizeiteinrichtungen, ist mit gesundheitlichen und sozialen Problemen verbunden. Hierzu zählen beispielsweise akute Gesundheitsschäden, aggressives Verhalten und Gewalt, Fahren unter Alkohol- und Drogeneinfluss sowie längerfristige Gesundheitsprobleme und Abhängigkeit. Die negativen Konsequenzen für die Gesellschaft sind unter anderem auf den Drogenhandel und die Störung der öffentlichen Ordnung zurückzuführen. Da viele dieser Schäden mit dem exzessiven Konsum bei bestimmten Gelegenheiten in Zusammenhang stehen, zielen viele Maßnahmen auf die Senkung der

Mögliche Maßnahmen

- Die meisten Evidenzdaten über Maßnahmen in Freizeitsettings beziehen sich auf Alkohol. Nur wenige Maßnahmen zur Eindämmung des Drogenkonsums in Freizeitsettings wurden einer verlässlichen Evaluierung unterzogen.
- Es wäre möglich, in Freizeitsettings Informationsmaterial zur Prävention und Schadensminimierung an junge Menschen zu verteilen. Dabei könnten Peergroups eingesetzt werden, die diese unter Umständen als glaubwürdiger empfunden werden. Unterstützend könnten Websites und Apps entwickelt werden, die ausführlichere Informationen über Drogen, Alkohol und die damit verbundenen Schäden sowie Tipps zu ihrer Vermeidung vermitteln. Allerdings liegen kaum Evidenzdaten vor, die belegen, dass diese Maßnahmen tatsächlich Verhaltensänderungen bewirken.
- Umfassender ist die Evidenz für milieubezogene Strategien. Hierzu zählen Maßnahmen zur Eindämmung von Faktoren, die

Quelle: Portal für vorbildliche Verfahren, EBDD

Substanzerkennung und geeigneten Interventionsstrategien, wie z.B. externe verhältnisbasierte Maßnahmen, und sowohl das Tür- als auch das Innenpersonal sollten diese Schulung erhalten.

•
Club Health hat eine Reihe von Standards für lizenzierte Räumlichkeiten, Manager und Promoter entwickelt, die aber auch als Leitfaden für Behörden dienen, welche für die Lizenzierung und Kontrolle von Nachtclubs verantwortlich sind. Sie identifizieren Schlüsselprioritäten der Nachtwirtschaft, um unverantwortliche Marketing- und Verkaufsförderung zu beenden, die Sicherheit von Verbrauchern und Mitarbeitern zu gewährleisten und Störfaktoren für die Gasteinrichtungen zu verringern.

Obwohl die Wirksamkeit der Verhältnisprävention unter Alltagsbedingungen durch wissenschaftliche Ergebnisse bekräftigt wird (Abbildung 27), können Hindernisse für die Umsetzung bestehen - wobei es andererseits auch Faktoren gibt, die Verhältnisprävention attraktiver machen (Tabelle 14).

TABELLE 14
Hindernisse und Hilfsmittel für die Umsetzung präventiver Maßnahmen im Nachtleben

Hindernisse	Hilfsmittel
Industrie und wirtschaftliche Interessen stehen einer Präventionspolitik entgegen - z.B. Tabakerzeuger, Dienstleistungsbranche, Pharmaunternehmen	Setzen Sie auf Daten und Forschungsergebnisse, um Ihr "Argument für die Prävention" zu formulieren.
Interessensvertreter ignorieren oft evidenzbasierte Interventionen, z.B. wurde die Tabakbesteuerung vor kurzem von der WHO als "unzureichend genutztes" Instrument bezeichnet.	Nutzen Sie evidenzbasierte Interventionen und/oder adaptieren Sie erfolgreiche Modelle aus der Tabak- oder Alkoholprävention, um sie auf Ihre Probleme im Zusammenhang mit Substanzkonsum anzuwenden.
Die Verabschiedung von Gesetzen und neuen Regelungen erfordert politischen Sachverstand und die Fähigkeit, Interessenvertreter zu gewinnen - eine große Herausforderung!	Finden Sie Unterstützer, indem Sie: <ul style="list-style-type: none"> • den Glauben an die Wirksamkeit der von Ihnen vorgeschlagenen Strategie erhöhen; • die negativen Auswirkungen des Substanzkonsums für nicht-Konsumenten z.B. Passivrauchen herausarbeiten
Die Industrie stellt das Thema oft als individuelles Verhaltensproblem dar - wenn jemand trinken will, hat er das Recht dazu.	Arbeiten Sie heraus, dass Substanzkonsum ein Public Health-Problem darstellt und nicht nur Individuen, sondern die gesamte Bevölkerung davon direkt oder indirekt betroffen ist

8

| Inhalte

- 101 | Argumente für den Einsatz von Medien in der Prävention
- 102 | Theorien über die Wirkung von Medien auf verschiedene Zielgruppen
- 103 | Evidenz
- 105 | Wie Medien in der Präventionspraxis eingesetzt werden sollten

KAPITEL 8

MEDIENBASIERTE PRÄVENTION

Die Umsetzung einer Medienkampagne scheint bei der Konfrontation mit einer neuen und herausfordernden Krise auf den ersten Blick die naheliegendste Methode der Prävention zu sein. Das liegt daran, dass Kampagnen als Sofortlösungen wahrgenommen werden und im Gegensatz zu Präventionsmaßnahmen in Schulen, der Familie oder am Arbeitsplatz sehr sichtbar sind und den verschiedenen Interessengruppen die Botschaft vermitteln, dass "etwas getan wird". Aber wie wir in diesem Curriculum gelernt haben, wissen die Präventionsfachkräfte, dass die Umsetzung effektiver Kampagnen herausfordernd und schwierig sein kann und bei der Entwicklung von Präventionsansätzen Zeit und Sorgfalt aufgewendet werden muss.

In diesem Kapitel werden wir uns mit den Erkenntnissen aus der Forschung befassen, die sich auf eine effektive Kampagnenplanung anwenden: Medieneigenschaften, die die Prävention des Substanzkonsums unterstützen können, nützliche Erkenntnisse aus effektiven Strategien, Theorien aus der Kommunikationsforschung, die die Kommunikationsentwicklung von Botschaften leiten und Ansätze, wie einige dieser Prinzipien in der Präventionsplanung angewendet werden können. Abschließend werfen wir einen genaueren Blick auf die Medienkompetenz, die sowohl den Präventionsfachkräften als auch den Zielgruppen die Fähigkeit vermittelt, auf Medien zuzugreifen, sie kritisch zu analysieren, zu bewerten und zu gestalten. Wir geben auch Ratschläge, wie Sie als Präventionsmitarbeiter mit den Medien umgehen können, da dies Ihnen dabei helfen wird, Unterstützung für Ihre Arbeit in der Kommune zu gewinnen und evidenzbasierte Prävention bei verschiedenen Arten von Interessengruppen zu fördern.

ARGUMENTE FÜR DEN EINSATZ VON MEDIEN IN DER PRÄVENTION?

Medien erfüllen viele Funktionen. Sie können dabei helfen, die soziale und politische Agenda festzulegen, z.B. indem sie Themen behandeln wie: die Wichtigkeit evidenzbasierter Prävention, die Notwendigkeit von Investitionen in präventive Angebote und Warnungen vor Gefahren für die öffentliche Gesundheit. Sie können auch dazu beitragen, verschiedene Präventionsmaßnahmen zu koordinieren, die sowohl auf der Mikro- als auch auf Makroebene in der gesamten Kommune durchgeführt werden. Solche Mehrkomponenten-Bemühungen können erfolgreicher sein als Einkomponenten-Präventionsmaßnahmen.

Massenmedien haben viele Eigenschaften, die sie für die Präventionsarbeit attraktiv machen:

- **Wirtschaft und Reichweite:** Eine gute Medienkampagne kann ein Massenpublikum mit minimalen Kosten erreichen. Die Kosten pro erreichter Person sind oft extrem niedrig.
- **Erreichung der Zielgruppe:** Eine Kampagne kann zeitlich festgelegt und übertragen werden, so dass die Gruppe, die die Präventionsinformationen am meisten benötigt (z.B. junge Erwachsene, Universitätsstudierende, "Nachtschwärmer") am effektivsten erreicht werden können.
- **Schnelle Reaktion:** Eine Präventionsbotschaft kann schnell erstellt werden, um einem neu entstandenen Problem zu begegnen (z.B. dem Aufkommen einer neuen Substanz, die in der Gesellschaft Schaden anrichtet)
- **Entertainment:** Wenn es richtig gemacht wird, können die Medien unterhalten und gleichzeitig die präventiven Kernbotschaften vermitteln.
- **Einfluss auf Meinungsmacher:** Medien können eine Rolle bei der Aufklärung und Beeinflussung von Meinungsmachern spielen.
- **Auswirkungen auf die Präventionsagenda:** Medien können auch dazu beitragen, substanzbezogene Themen positiv zu gestalten, um so indirekt individuelle und gesellschaftliche Einstellungen zu prägen. Das kann erfolgen, um die Unterstützung der Gesellschaft für Investitionen in evidenzbasierte Prävention zu fördern. Des Weiteren können die Medien dazu beitragen, negative Einstellungen gegenüber Substanzkonsumenten zu verringern, so dass diese wie alle anderen Risikogruppen als hilfs- und unterstützungsbedürftig angesehen werden. Dies würde auch dazu führen, dass Substanzkonsumenten ermutigt werden, Präventions- oder Behandlungsdiensten zu anzunehmen, und dass Fachkräfte ermutigt werden, in den Präventionsbereich einzusteigen.
- **Koordinierende Funktion:** Medien sind am effektivsten, wenn sie mit anderen präventionsorientierten Ansätzen kombiniert werden, wie sie bereits in diesem Curriculum beschrieben sind und dienen dazu, verschiedene Gruppen (z.B. Schulen, Arbeitgeber, Führungskräfte) hinter einer abgestimmten Kampagnenstrategie zu koordinieren. Hier können medienbasierte Präventionskampagnen ihre größte Wirkung entfalten.
- **Kosteneffektivität:** Der Einsatz von Medien im Rahmen von Präventionskampagnen muss nicht extrem teuer sein. Manchmal können einfache Plakate oder Flyer, die an öffentlichen Orten angebracht werden, zu sinnvollen Gesprächen über Substanzkonsum führen und bei

Präventionsbemühungen helfen.

THEORIEN ÜBER DIE WIRKUNG VON MEDIEN AUF VERSCHIEDENE ZIELGRUPPEN

Erfolgreiche Kampagnen und andere Maßnahmen in der Schule hängen beispielsweise von den Theorien ab, die die individuellen Einstellungen, Absichten und Verhaltensweisen und insbesondere den Substanzkonsum, leiten. Diese Theorien schaffen die Voraussetzungen, um mit überzeugenden Botschaften einzugreifen, welche dazu dienen können, den Nichtgebrauch zu bestärken, den weiteren Gebrauch für diejenigen, die bereits mit ihm begonnen haben, zu verhindern oder die Konsumenten zu ermutigen, Behandlungsmöglichkeiten zu nutzen und sie zu begleiten.

Die Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen und Fishbein, 2008) und andere Theorien aus der (persuasiven) Kommunikationsliteratur legen nahe, dass alle Einstellungen angelernt sind. Um eine Einstellung zu ändern, muss ein Kampagnenentwickler daher Informationen bereitstellen, um das Wissen zu ersetzen, auf dem die alte Einstellung basiert. Diese *„Message-Learning-Theorie“* spezifiziert die Faktoren, die für eine überzeugende Kommunikation vorhanden sein müssen, und wie das Zusammenwirken dieser Faktoren eine Einstellungsänderung herbeiführen kann.

Carl Hovlands *„Message Learning Theory of Persuasion“* hat ebenso wie die *„Theorie des geplanten Verhaltens“* wesentlich zum Verständnis der Entwicklung von Botschaften beigetragen. Die Theorien besagen, dass Menschen ihre Einstellungen erst erlernen und nicht mit diesen geboren werden. Um diese Einstellungen zu ändern, muss eine alternative Ansicht erlernt werden, welche an die Stelle der zu verändernden Einstellung tritt (Hovland & Weiss, 1951; Hovland et al., 1953).

Das Reinforcement-Prinzip (Verstärkungsprinzip) ist simpel und war fast von Anfang an ein wichtiger Bestandteil der Psychologie. Die Reinforcement-Theorie behauptet, wenn ein neutrales Objekt mit einer angenehmen Stimmung, einem guten Gefühl oder eintretendem Erfolg assoziiert wird, können Gefühle gegenüber diesem neutralen Objekt zu einem Weg werden, ein Verhalten zu verstärken. Das heißt, das zuvor neutrale Objekt wird Freude auslösen, selbst wenn der *„Verstärker“* ausbleibt.

Übertragen auf den Gebrauch von psychoaktiven Substanzen kann folgendes Szenario entstehen: In den meisten Fällen ist das *„Publikum“* mit dem *„Produkt“* vertraut. Es liegt Wissen über die Substanz vor und es scheint, dass das Verstärkungsmodell in diesem Fall einen Fehlschlag vorhersagen würde. Bevor wir diese Interpretation akzeptieren, müssen wir sie genauer analysieren. Oft ist

der Substanzkonsum bei Jugendlichen mit einem höchst erwünschten Gut (Popularität) oder einer erwünschten Gruppenposition (Gruppenanführer oder Beliebtheitsgrad in der Klasse) verbunden. Wenn ein besonders populärer Jugendlicher eine Substanz konsumiert und der Jugendliche selbst mit positiven Eigenschaften assoziiert wird, dann ist es wahrscheinlich, dass die Substanz etwas von diesem positiven Gefühl *„absorbiert“*. Die Verbindung zwischen dem Anführer und dem Produkt (in diesem Fall eine Substanz wie Cannabis, Kokain oder Alkohol) wird hergestellt.

Die Anwendung einer Theorie in der Praxis ist oft eine Herausforderung. Präventionsfachkräfte haben jedoch die Aufgabe, in ihrer Präventionsarbeit innerhalb der Kommunen evidenzbasierte Praktiken anzuwenden, dazu gehören auch Medieninterventionen. Die meisten evidenzbasierten Medieninterventionen beinhalten die Anwendung der Theorie der persuasiven Kommunikation und folgen einer Reihe von Vorgaben und Komponenten, die sich in früheren empirischen Forschungen zum Thema Überzeugungsarbeit als wichtig erwiesen haben.

Die klassische *„Formel“* für Überzeugungsarbeit (Lasswell, 1949) listet alle Komponenten auf, die bei der Gestaltung oder Bewertung persuasiver Kommunikation, berücksichtigt werden müssen.

- Das *„WER“* bezieht sich auf die Quelle der Kommunikationsbotschaft (d.h. wer kommuniziert die überzeugende Botschaft?) Dabei gibt es kritische Merkmale der Informationsquelle, die deren Überzeugungskraft erhöhen – insbesondere die Glaubwürdigkeit der Quelle, die mindestens aus Fachwissen und Vertrauenswürdigkeit besteht. Quellenkompetenz hat mit der Wahrnehmung zu tun, dass der Kommunikator gültige Informationen besitzt und in der Lage ist, berechnete Aussagen zu treffen.
- Das *„WAS“* bezieht sich auf den Inhalt der Kommunikation, einschließlich der Verwendung bestimmter Wörter und Bilder, um die Botschaft zu vermitteln. Dabei ist die Qualität der Informationen wichtig: Ist sie evidenzbasiert? Ist sie relevant für das vorliegende Problem (Substanzkonsum)? Und ist sie relevant für die Zielgruppe der Botschaft? Außerdem, ist die verwendete Sprache verständlich für das Zielpublikum?
- *„AN WEN“* bezieht sich auf das Publikum. Entwickler müssen sich der Zusammensetzungen des Publikums bewusst sein und welche Teile davon von besonderem Interesse sind. Natürlich möchten die Entwickler in manchen Fällen jeden ansprechen, der mit der Botschaft in Berührung kommt; in anderen Fällen sind jedoch spezifische Untergruppen des größeren Publikums, wie etwa junge Heranwachsende, schwangere Frauen, ältere Menschen usw. die Zielgruppe.
- Das *„WIE“* betrifft die Botschaftsübermittlung, den Kontext und subtile inhaltliche Variationen der Botschaft, die für die Ansprache des Publikums verwendet werden sowie das

spezielle Medium, über das die Botschaft übertragen wird. Mit Medium meinen wir die Art und Weise, wie die Nachricht an das Publikum gesendet wird – per Funk, Fernsehen, Zeitung, Plakat, usw.

- Der "EFFEKT" bezieht auf die Messung von Erfolg oder Misserfolg der Präventionsbotschaften. Ohne eine gute Einschätzung des Effekts, wird es keine klare Vorstellung vom Erfolg oder Misserfolg der Überzeugungsmaßnahmen geben.

Das ‚zweistufige Modell des Kommunikationsflusses‘ beschreibt auf welche Art und Weise Medien Einfluss nehmen (Abbildung 28). Dieses Modell gibt an, wie Medien funktionieren und wie Medieneffekte bewertet werden sollten. Im Falle von jugendlichem Substanzkonsum schlägt das Modell vor, dass Eltern wirksame Übermittler von mediengestützten Präventionsinformationen sein können. Mit anderen Worten, Medien wirken durch die Eltern, die die Informationen für ihre Kindern interpretieren und an sie weiter geben.

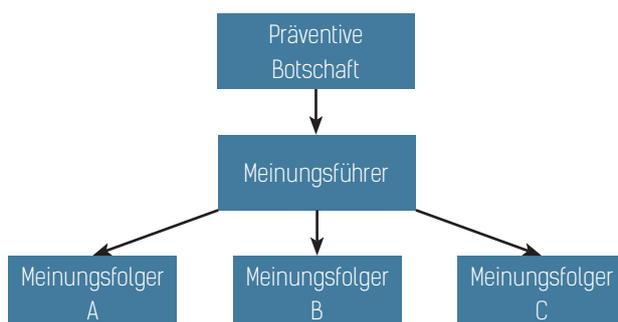
Oft wird mehr von einer medienbasierten Prävention erwartet, als diese tatsächlich leisten kann. Es ist wichtig zu verstehen, was Medien tun können, um Substanzkonsum zu verhindern und was nicht. Das ‚zweistufige Modell des Kommunikationsflusses‘ kann zu diesem Verständnis beitragen.

Die Theorie, die Paul Lazarsfeld und seine Kollegen 1944 entwickelten, legt nahe, dass Massenmedien nicht besonders wirksam sind bei der Überzeugung von Individuen. Die zwischenmenschliche Kommunikation von Angesicht zu Angesicht ist viel effektiver. Wie also können die Medien überzeugen? Sie tun dies, indem einzelne Meinungsmacher überzeugt werden, also diejenigen Menschen auf die andere hören. Durch sie können Botschaften der Medien an andere vermittelt werden. Die Forschung legt nahe, dass die Kommunikation von Angesicht zu Angesicht oft effektiver sein kann als die traditionellen Massenmedien (Fernsehen, Radio); insbesondere für Jugendliche.

Eltern (oder Gleichaltrige) können die idealen Meinungsmacher

ABBILDUNG 28

Das zweistufige Modell des Kommunikationsflusses



für ihre Kinder sein. Es ist jedoch ratsam, dass sie etwas über Substanzen und Substanzkonsum wissen und selbstsicher genug sind, um mit ihren Kindern über diese Themen zu sprechen. Die Medien müssen daher Eltern motivieren und informieren, Informationen an ihre Kinder weiterzugeben. Dies ist ein idealer Kontext für Überzeugungsarbeit, vorausgesetzt, dass die Medienbotschaften klar und informativ sind und auch die Eltern dazu motivieren, diese schwierige Aufgabe zu übernehmen.

Es gibt zahlreiche Belege dafür, dass Eltern ideale Kooperationspartner bei Präventionsmaßnahmen sein können. Manche denken vielleicht, dass sich Jugendliche von ihren Eltern abnabeln und sich vor allem auf ihre Peers verlassen. Der Einfluss der Eltern bleibt jedoch bis ins junge Erwachsenenalter bestehen (Elkins et al., 2014; Scull et al., 2014; Wang et al., 2013).

EVIDENZ

Was sagt die verfügbare Evidenz zur Unterstützung von Medienkampagnen? Die Entwickler der internationalen Standards der UNODC fanden dazu mehrere Reviews der Forschungsliteratur. Die stärksten Ergebnisse stammten aus Studien, die den Tabakgebrauch untersuchten; für Alkohol oder andere Substanzen gab es jedoch keine ähnlichen Ergebnisse.

Die Gründe für den Mangel an Evidenzen liegen vor allem in den Herausforderungen, die mit der Durchführung von Evaluationen von Medienkampagnen verbunden sind. Eine wichtige Tatsache, die man im Blick behalten sollte, ist, dass die Forschung zum Thema Überzeugungskraft und deren Rolle bei der Beeinflussung verschiedener Verhaltensweisen seit 50 Jahren kontinuierlich untersucht wird. Es gibt empirisch fundiertes Wissen über die besten Wege, überzeugende Botschaften zu erstellen, die Einstellungen und Verhaltensweisen effektiv beeinflussen können.

Leider verwenden viele Medienkampagnen diese Informationen zu effektiven Überzeugungsmethoden nicht. Stattdessen verlassen sie sich auf Ideen, die auf den ersten Blick zwar eine gute Idee zu sein scheinen, aber keine theoretische oder empirische Grundlage haben.

Die internationalen Standards listen folgende Merkmale für Kampagnen mit positiven Ergebnissen:

- Die Zielgruppe der Kampagne ist genau zu bestimmen. Denn die Kommunikationsforschung fand heraus: "Dieselbe Maßnahme passt nie für alle."
- Medienkampagnen basieren auf einer soliden theoretischen Grundlage.
- Botschaften werden auf Grundlage solider formativer

Forschung entworfen. Das bedeutet, dass Botschaften und Materialien überprüft werden müssen, bevor eine Kampagne veröffentlicht wird.

- Wenn möglich werden Medienkampagnen mit anderen bestehenden Präventionsmaßnahmen in Haushalt, Schule und Gesellschaft in Verbindung gebracht. Mehrkomponenten-Präventionsmaßnahmen können effektiver sein.
- Die Medienkampagne erreicht die Zielgruppe über einen angemessenen Zeitraum hinweg.
- Erfolgreiche Medienkampagnen werden systematisch evaluiert.
- Präventionskampagnen für Kinder berücksichtigen deren Eltern als Zielgruppe mit.
- Kampagnen zielen darauf ab, kulturelle Normen über den Substanzkonsum zu ändern und/oder ihr Publikum über die Folgen des Substanzkonsums aufzuklären und/oder Strategien vorzuschlagen, die helfen Substanzkonsum zu vermeiden.

Es gibt auch Untersuchungen und Evidenzen dafür, warum bestimmte Medienkampagnen scheitern:

- Einige Kampagnen konzentrieren sich nicht auf die relevantesten Verhaltensdeterminanten. Menschen zu vermitteln, einfach "Nein" zu sagen, oder zu versuchen sie abzuschrecken, funktioniert nicht gut. Auch die Vermittlung, dass Substanzkonsum gravierende Konsequenzen hat, kann sich als Fehler herausstellen, wenn die Zielgruppe Menschen kennt, die Erfahrungen mit psychoaktiven Substanzen gemacht haben, ohne mit den in der Medienkampagne angekündigten katastrophalen Auswirkungen konfrontiert zu werden. Auf diese Weise geht die Glaubwürdigkeit der Anzeige oder Kampagnen verloren und der nächste Überzeugungsversuch hat weniger Aussicht auf Erfolg.
- "Übertriebene" Kampagnen. Die meisten Jugendlichen schenken entsetzlichen Bilder von süchtigen Teenagern keinen Glauben. Solche Darstellungen erweisen sich meist als zu extrem und schaden eher als dass sie nützen. Zudem konzentrieren sich solche Botschaften im Allgemeinen auf das Negative, ohne einen Ratschlag zu geben, wie man mögliche Konsequenzen vermeiden kann. Versuche, Menschen abzuschrecken, müssen mit großer Subtilität gehandhabt werden. Diese Anzeigen sind nicht subtil.
- Die Ergebnisse der Kommunikationsforschung zeigen, dass Botschaften, die bei Zielgruppen zu viel Angst auslösen, dazu führen, dass sie ihre Angstgefühle und nicht das Verhalten, vor dem gewarnt wird, in den Vordergrund stellen. Dies kann dazu führen, dass die Empfänger die Botschaft ignorieren und sich auf das Verhalten einlassen, vor dem sie gewarnt werden, um sich selbst (und dem Kommunikator) zu zeigen, dass sie die "Kontrolle" über das Verhalten haben und ihnen daraus kein Schaden

entsteht. Es ist nach wie vor sinnvoll, zu versuchen, das Gefühl von Angst und Verletzlichkeit bei den Zielgruppen zu erhöhen, aber nur bis zu einem gewissen Grad, der sie motiviert, ihr Verhalten zu ändern oder weitere Unterstützung zu suchen. Die Forschung zeigt uns, dass erfolgreiche Kommunikationskampagnen "*Efficacy Messaging*" beinhalten, die praktische und relevante Informationen liefern und dabei helfen, die Selbstwirksamkeit (der Glaube, dass man eine empfohlene Handlung durchführen kann) und die Wirksamkeit der Reaktion (der Glaube, dass eine empfohlene Handlung ein gewünschtes Ergebnis haben wird) zu verbessern.

Wenn die oben beschriebenen unwirksamen Kampagnenstrategien irgendeinen Einfluss haben, dann hat dieser in der Regel nur einen kurzfristigen Effekt bei Mitgliedern der Zielgruppe, die bereits entschlossen waren, keine Substanzen zu konsumieren. Aber selbst diese Menschen können solche Kampagne als fraglich bewerten. Deshalb gilt: keine Kampagne ist besser als eine schlechte Kampagne (Barden und Tormala, 2014; Clarkson et al., 2008; Clarkson et al., 2013; Green und Witte, 2006). Daher sind Kampagnen- und Kommunikationsdesigns bei Medienpräventionskampagnen so wichtig und daher ist es entscheidend, alle Botschaften mit Vertretern der größeren Zielgruppe vorab zu testen, um sich darauf verlassen zu können, dass sie den gewünschten Effekt erzielen.

Die Zunahme von Social Media und On-Demand-Fernseh- und Filmdiensten hat die Art und Weise verändert, wie Menschen Medien konsumieren. Das Publikum ist nicht länger eine passive Partei in einer einseitigen Betrachtungsbeziehung und die "Verantwortung und die ethischen Dimensionen der[Fernseh- und Medien-]Wahl werden auf den einzelnen Bürger und Verbraucher verlagert, unterstützt durch Medienkompetenz" (O'Neill, 2008; S.13). Bergsma und Carney (2008) fügen hinzu, dass "die Medienkompetenz in den letzten 20 Jahren zu einer vielversprechenden Alternative zur Zensur (z.B. durch die Regulierung ‚ungesunder‘ Programme) oder anderen Methoden zur Begrenzung der Mediennutzung geworden ist" (S. 523). In der Debatte über den Einfluss der Medien auf Einstellungen und Verhaltensweisen scheinen sich fast alle Quellen über den Bedarf an Medienkompetenz oder Medienerziehung einig zu sein. Die einzigen nennenswerten Meinungsverschiedenheiten gibt es über Form und Inhalt der Medienerziehung.

Bergsma und Carney (2008) definieren Medienkompetenz als "die Fähigkeit auf Medien zuzugreifen, sie zu analysieren, auszuwerten und in verschiedenen Formen zu gestalten" (S. 523). In den USA bietet die *National Association for Media Literacy Education* (NAMLE, 2010) einige Grundprinzipien der Medienkompetenzbildung, auf die wir uns beziehen können:

- Medienkompetenz erfordert aktive Nachforschungen und

kritisches Nachdenken über die Botschaften, die wir erhalten und gestalten.

- Medienkompetenz erweitert das Konzept der Alphabetisierung (also Lesen und Schreiben) auf alle Formen von Medien.
- Medienkompetenz baut und stärkt Fähigkeiten für Lernende jeden Alters. Wie auch die Fähigkeit der Lesekompetenz von gedruckten Texten, erfordert Medienkompetenz integrierte, interaktive und wiederholte Übung.
- Medienkompetenz entwickelt informierte, reflektierte und engagierte Teilnehmer, die für eine demokratische Gesellschaft unerlässlich sind.
- Medienkompetenz erkennt an, dass Medien ein Teil der Kultur sind und als Vermittler von Sozialisation fungieren.
- Medienkompetenz bestärkt Menschen, ihre individuellen Fähigkeiten, Überzeugungen und Erfahrungen zu nutzen, um ihre eigenen Bedeutungen aus Medienbotschaften zu bilden.

Es wurden *Best Practice*-Praktiken bezüglich des Inhalts, der Konzepte und den vermittelten Fähigkeiten formuliert. In den USA hat die *National Association for Media Literacy Education* (NAMLE) einige nützliche Konzepte und Fähigkeiten für die Entwicklung von Medienkompetenzinterventionen und -erziehung bereitgestellt, die auch für Europa und andere Regionen relevant sind:

- Alle Medienbotschaften sind "konstruiert". Interventionen vermitteln der Zielgruppe, inwiefern sich die Medien von der Realität unterscheiden, bewerteten das Gezeigte und vergleichen es mit realen Lebenserfahrungen oder beurteilen den Hintergrund des Produzenten/der Produktion von Medienbotschaften.
- Medienbotschaften nutzen eine kreative zielgruppenorientierte Sprache. Interventionen vermitteln das Erkennen von Werbe-/Produktionstechniken oder die Gestaltung/Produktion von Medienbotschaften.
- Unterschiedliche Menschen nehmen die gleiche Botschaft unterschiedlich wahr. Interventionen untersuchten wie die Medien Menschen beeinflussen, was die Menschen tun können, um negative Auswirkungen der Medien zu vermeiden und wie sie Maßnahmen ergreifen können, um die Medien zu verändern.
- Medien haben eingebettete Werte und Sichtweisen. Interventionen lehren, wie man Stereotypen, Mythen, Verzerrungen, Werte, Lebensstile und/oder Standpunkte identifiziert, die in Medienbotschaften dargestellt oder von ihnen ausgelassen werden.
- Die meisten Medienbotschaften sind konstruiert, um Profit und/oder Einfluss zu erzielen. Interventionen vermitteln dem Zielpublikum den Zweck von Werbungen oder Marketingstrategien sowie Skepsis gegenüber Werbung oder Möglichkeiten der Gestaltung von Gegenwerbung.

Wie wir bei den anderen in diesem Curriculum

diskutierten Präventionsansätzen gesehen haben, ist die Medienkompetenzerziehung für alle Altersgruppen und in den verschiedenen Settings relevant. Beispielsweise wissen junge Menschen oft mehr über Online-Medientechnologien als ältere Generationen. Allerdings haben junge Menschen damit nicht unbedingt Medienkompetenz entwickelt, die ihnen hilft, die mediale Darstellung von Substanzen, zu beurteilen und zu verstehen. Ebenso können ältere Generationen wichtige Beiträge leisten, um die Sicherheit junger Menschen im Internet zu gewährleisten, fühlen sich aber von den jugendorientierten Technologien und Plattformen ausgeschlossen. Daher kann es hilfreich sein digitale Verbindungen zwischen den Generationen zu entwickeln, um die jeweiligen Expertisen miteinander zu teilen.

WIE MEDIEN IN DER PRÄVENTIONSPRAXIS EINGESETZT WERDEN SOLLTEN

Wenn wir Medien für unsere Präventionsarbeit einsetzen, müssen wir einige wesentliche Prinzipien beachten. Ein Beispiel dafür sind die Medienrichtlinien zum Nachtleben für Beschäftigte des öffentlichen Gesundheitswesens, die vom Club Health Network¹ veröffentlicht wurden. Sie beschreiben wichtige Themen, die bei der Beteiligung an Massenmedien zu berücksichtigen sind und geben Ratschläge, wie man Gäste des Nachtlebens gezielt ansprechen kann. Die Leitlinien enthalten auch interessante Beispiele und Referenzen, die Ihnen helfen, den Einsatz von Medien in der Prävention weiter zu erforschen und können eine Quelle der Inspiration für den Umgang mit Medien im Allgemeinen sein.

In Bezug auf den Einsatz von Massenmedien empfiehlt Club Health den Präventionsfachkräften:

- Setzen Sie klare Prioritäten in Bezug auf die Ziele und differenzieren Sie zwischen den Maßnahmen vor Ort und der öffentlichen Debatte.
- Nehmen Sie andere Standpunkte vorweg oder beziehen Sie diese sogar in die Kommunikation ein. Denn verschiedene Perspektiven sind für die Einführung oder Ablehnung einer strategischen Maßnahme wichtig.
- Behalten Sie neben den Sicherheits- und rechtlichen Aspekten den Gesichtspunkt der öffentlichen Gesundheit im Auge.
- Erstellen Sie eine gute Pressemitteilung, die leicht zusammenzufassen ist:
 - Bringen Sie im Rahmen einer kurzen Pressemitteilung (eine Seite) die Kernaussage auf den Punkt. Bei Bedarf kann mehr als eine Pressemitteilung herausgegeben werden.
 - Halten Sie die Pressemitteilung einfach: Keine exzessive

¹ http://newip.safernightlife.org/pdfs/digital_library/Media_influence_guidelines.pdf For more information, visit the Club Health website: www.club-health.eu

Verwendung von Adjektiven, ausgefallener Sprache, Fachsprache oder Fachbegriffen und verwenden Sie ein einfaches Layout.

- Beantworten Sie mindestens drei der klassischen fünf W's (Wer, Was, Wann, Wo und Warum) in der Überschrift.
- Verwenden Sie wenn möglich Zitate und Statistiken.
- Stellen Sie wesentliche Informationen über die betreffende Organisation bereit und fügen Sie Kontaktinformationen hinzu.
- Fügen Sie Links zu zusätzlichen Tools und Ressourcen hinzu.
- Halten Sie einen Überblick über Ihr Fachwissen/Ihre Kompetenzen und vielleicht eine kurze Biografie bereit.
- Bewerben Sie für die Veröffentlichung online und verfolgen Sie sie weiter. Traditionelle Medien greifen zunehmend Online-Geschichten auf und verbreiten sie dann in größerem Umfang.
- Ernennen Sie einen in den Augen des Nachtlebens glaubwürdigen Sprecher der Institution, der für regionale und nationale Medienakteure zugänglich ist.
- Halten Sie Ihre Internet-Texte kurz und verständlich.
- Halten Sie sich über Entwicklungen im Nachtleben auf dem Laufenden, damit Ihre Botschaften aktuell bleiben und nicht veraltet erscheinen.
- Rechnen Sie mit Journalisten, die auf der Suche nach spektakulären Informationen sind, die Ihre Partner in der Nightlife-Szene möglicherweise in Schwierigkeiten bringen könnten.
- Respektieren Sie die journalistische Integrität, aber fragen Sie nach der Möglichkeit, einen Artikel, der sich aus Ihrer Medienaktivität ergibt, vor der Veröffentlichung zu überprüfen. Sie werden sicherstellen wollen, dass Sie nicht falsch zitiert wurden oder dass Ihre Worte oder Pressemitteilungen nicht aus dem Zusammenhang gerissen werden.

Wenn Sie diese Ratschläge berücksichtigen, sind Sie möglicherweise in der Lage, die öffentliche Debatte und/oder Meinung über Prävention oder den Gebrauch von Substanzen wirksam zu beeinflussen. In diesem Fall erreichen Sie eine große Reichweite, ohne eine umfassende Medienkampagne zur Suchtprävention zu starten.

9

| Inhalte

109 | Definitionen

110 | Evidenzbasierte Programme

112 | Aufbau eines effektiven kommunalen Verbundes

KAPITEL 9

PRÄVENTION IM SETTING KOMMUNE

Um die breitere Öffentlichkeit zu erreichen und eine Wirkung auf die öffentliche Gesundheit zu erzielen, sollten Interventionen mit einem signifikanten Teil der Bevölkerung durchgeführt werden und darüber hinaus speziell auf schwer erreichbare und besonders vulnerable Personengruppen ausgerichtet sein. Ein derartiges Ziel macht die Durchführung einer Vielzahl von Präventionsmaßnahmen erforderlich.

Unabhängig davon, ob eine oder mehrere Präventionsmaßnahmen durchgeführt werden, muss ein geeignetes Implementierungssystem oder eine entsprechende Infrastruktur geschaffen werden. Denn das braucht es, um die Unterstützung der Bevölkerung zu gewinnen und die Präventionsanstrengungen sowie die Qualität der Umsetzung im Laufe der Zeit aufrechtzuerhalten, um wiederum eine optimale Wirkung auf die Gesamtbevölkerung zu erzielen.

Um Wirkung zu erzielen, ist es auch erforderlich, dass die wichtigsten Akteure, die in der Kommune tätig sind, evidenzbasierte Ansätze wertschätzen. Ein wesentlicher Grund für effektive kommunale Implementierungssysteme ist die Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, dass evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen ihrem Zielpublikum zugute kommen können. Der andere Grund ist, dass sie es ermöglichen, mehrfache, umfassende und integrierte Prävention und sogar frühzeitige Behandlungsdienste einzurichten, die einer Reihe von Bevölkerungsgruppen, gefährdeten Gruppen und Einzelpersonen zur Verfügung stehen.

In diesem Kapitel werden grundlegende Konzepte definiert, die für das Verständnis des Aufbaus von Präventionssystemen mit evidenzbasierten Interventionen und Strategien, an denen mehrere Akteure, Interessengruppen und verfügbare Ressourcen beteiligt sind, von entscheidender Bedeutung sind. Evidenzbasierte Interventionen wie STAD, Projekt Northland und Communities That Care werden als Beispiele vorgestellt.

DEFINITIONEN

In diesem Curriculum betrachten wir "Kommunen" als einen Kontext, in dem wirksame Präventionssysteme entwickelt und implementiert werden können. Die meisten Präventionsfachkräfte arbeiten auf verschiedenen Ebenen einer Kommune. Das kann sowohl die breitere Gesellschaft umfassen, also das Umfeld der Makroebene implizieren, z.B. regional selektive Interventionen für Menschen mit Migrationshintergrund, als auch viele Settings auf der

Mikroebene, wie Jugendorganisationen und Sportvereine.

Small und Supple (1998) unterscheiden zwischen einer Nachbarschaft und einer Kommune. Sie betrachten eine Nachbarschaft als einen physischen Ort, der oft durch sozial geteilte Grenzen definiert wird. Diese Grenzen könnten sozioökonomischer Status oder physische Nähe sein. Eine Kommune hingegen ist weniger durch physische Grenzen als vielmehr durch ein Gefühl von Verbundenheit, Identität und Vertrauen definiert.

Multi-Komponenten-Initiativen kombinieren mehrere evidenzbasierte Interventionen und Richtlinien, um Kommunen-weite Populationen zu beeinflussen (Abbildung 29). Einige der Komponenten können Präventionsmaßnahmen und Strategien umfassen, die in der Schule und im Nachtleben umgesetzt werden sowie solche, die auf die Bedürfnisse von Eltern und Familien eingehen. Außerdem können Medien einbezogen werden, einerseits als Kommunikationsrohr, um Präventionsbotschaften zu vermitteln oder andererseits um die Implementierung von Präventionsmaßnahmen in einer Kommune zu fördern. Hierbei ist es wichtig, sich auf Interventionen und Strategien zu konzentrieren, die sich als effektiv erwiesen haben. Kombiniert angewandt, um verschiedene Populationen in mehreren Settings mit gezielten Botschaften anzusprechen, sind sie ein sehr wirksames Präventionswerkzeug.

ABBILDUNG 29
Ansatzpunkte für kommunale Prävention



Wie aus unserem Ansatz hervorgeht, müssen Präventionsfachleute bei der Planung von Interventionen, berücksichtigen, dass sie die Menschen in ihren gesamten Mikro- und Makroumgebungen ansprechen. In den meisten Fällen werden nur ein oder zwei Präventionsmaßnahmen oder -strategien entweder auf der Mikro- oder der Makroebene umgesetzt. Die Stärke von multiplen Interventionen und Strategien, die sich mit den Einflüssen in der Familie/in der Schule/am Arbeitsplatz/in der Gesellschaft beschäftigen, ist, dass sie starke Auswirkungen auf die Anzahl der Initiierungen von Substanzkonsum von Jugendlichen und Erwachsenen haben können. Auch können anderen Verhaltensweisen, die sich negativ auf die soziale und physische Gesundheit auswirken, beeinflusst werden. Im Allgemeinen sind Interventionen oder Strategien, die sich auf mehrere Bereiche (Individuen und Gruppen, Familie, Schule und Kommune) von Risiko- und Schutzfaktoren beziehen, eher wirksam.

Zum Beispiel ist "Unplugged" ein schulbasiertes Programm mit einem evidenzbasierten Interventionsdesign, welches den Substanzkonsum und Missbrauch von Jugendlichen im Alter von 11 bis 14 reduziert. Positive Auswirkungen sind wahrscheinlich, wenn es programmgetreu an Jugendliche in einer Lebensphase vermittelt wird, in der die Initiierung von Substanzkonsum wahrscheinlich ist. Diese evidenzbasierte Intervention wird in der Schule durchgeführt, so dass die Intervention zwei Elemente der Mikroebene adressiert: Schule und Gleichaltrige (Peers). In Kombination mit einer zeitlich abgestimmten, familienorientierten und evidenzbasierten Intervention, die auf die gleiche Altersgruppe abzielt, (beispielsweise die Intervention "EFFEKT") können die positiven Ergebnisse weiter erhöht werden. Denn die Kombination zweier Programme kann eine größere Bandbreite von Einflüssen und Sozialisationsakteuren auf der Mikroebene (Peers und Familien) zu entwicklungsgemäß geeigneten Zeiten beeinflussen.

Beide Strategien können durch den Einsatz entsprechender kommunaler politischer Änderungen und Verhältnisprävention (siehe Kapitel 7) weiter verstärkt werden. Durch die simultane Umsetzung der Interventionen sowohl auf der Mikro- als auch auf der Makroebene, können von beiden Interventionen angestrebte Ziele jeweils durch die Arbeit des anderen Teams verstärkt werden. So können zum Beispiel Effekte von evidenzbasierten Peer-bezogenen Interventionen durch verhältnispräventive Strategien auf der Makroebene verstärkt werden, wie etwa Schulpolitik oder andere kommunale Strategien, die aversive Normen gegenüber Substanzkonsum etablieren oder auf die Konsumabsicht Einfluss nehmen.

I EVIDENZBASIERTE PROGRAMME

Die folgenden Interventionen sind solche, die nach mehreren Evaluationen in verschiedenen europäischen Ländern, vielversprechende Ergebnisse aufwiesen. Die Auswahl dieser

Programme basiert auf den Einstufungen im Xchange-Register der EBDD, mit Ausnahme des STAD-Projekts, das nicht manuell durchgeführt wird, aber von der Healthy Nightlife Toolbox als effektive Intervention ausgezeichnet wurde. Diese Darstellung dient lediglich als Inspiration für Ihre eigene Suche nach einer geeigneten Intervention für Ihren Kontext. Wir diskutieren im Folgenden das "Project Northland", "STAD", "Communities That Care" und "PROSPER".

Das "Project Northland" ist ein universelles Präventionsprogramm für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren. Es visiert mehrere Settings an und wurde in Kroatien angepasst und evaluiert. Durch das Eingreifen auf mehreren Ebenen ist das Projekt Northland bestrebt, Schülern die Fähigkeiten zu vermitteln, effektiv mit dem sozialen Druck Alkohol zu gebrauchen, umzugehen. Gleichzeitig modifiziert das Projekt direkt das soziale Umfeld der Jugendlichen (d.h. Peers, Eltern, Schule, Kommune). Zu den wichtigsten Interventionskomponenten gehören Lehrpläne, Peer-Leadership-Aktivitäten, außerschulische Aktivitäten, Programme zur Elternbeteiligung und Kommunalaktivismus. Das Projekt Northland wurde in Xchange als "wahrscheinlich teilweise förderlich" eingestuft, was bedeutet, dass es zwar gute Beweise aus den USA für seine Wirksamkeit gibt, bei der Übertragung der Ergebnisse auf Europa aber einige Vorsicht geboten ist. Es sind weitere Untersuchungen erforderlich, um die Wirksamkeit für europäische Kontexte zu zeigen.

STAD ist ein multikomponentiger gemeinschaftsbasierter Ansatz für das Nachtleben, der ursprünglich in Schweden implementiert und evaluiert wurde. Er wird nun für sechs weitere europäische Länder mit ihren unterschiedlichen Nightlife-Bedingungen angepasst, wie zum Beispiel große Festivals, die oft im Süden Europas stattfinden.

Die ursprüngliche Version von STAD besteht aus drei strategischen Schlüsselaktionen, die im Folgenden beschrieben werden:

- Aktivierung der Kommune: Schaffung eines Komitees zur Sensibilisierung und Wissenserweiterung über alkoholbedingte Schäden in der Kommune. Das Komitee setzt sich aus wichtigen Akteuren der Kommune zusammen, zum Beispiel der örtlichen Polizei, dem Gemeinderat, der Konzessionsbehörde, den Eigentümern von amtlich konzessionierten Einrichtungen, Gesundheitsbehörden und Gewerkschaften für konzessionierten Betrieben und ihren Mitarbeitern. Dieses Komitee fungiert als beratende Gruppe, die sich regelmäßig trifft, um über alkoholbezogene Themen zu diskutieren und Strategien und Richtlinien zu verbessern und weiterzuentwickeln.
- RBS Training: Implementierung von RBS-Programmen (Verantwortungsvolle Bewirtung).
- Durchsetzung: gemeinschaftliche Zusammenarbeit

zwischen der Konzessionsbehörde und der lokalen Polizei, um Methoden zu diskutieren und etablierte Gesetze und RBS-Schulungen besser zu regulieren und durchzusetzen. Im Rahmen des STAD-Projekts verteilt eine Konzessionsbehörde Briefe an lizenzierte Einrichtungen und informiert sie über alle gemeldeten (und bei der Polizei registrierten) Vorkommnisse einer übermäßigen Alkoholausgabe an Gäste in ihrer Einrichtung.

Ein weiterer Ansatz zur Etablierung ganzer Präventionssysteme in einer Kommune ist Communities That Care (CTC), ein lokales, kommunal basiertes Präventionsangebot, welches nachstehend zusammengefasst wird. Zwar werden hier einige allgemeine Details aufgeführt, jedoch wird empfohlen, sich auf der CTC-Website näher zu informieren, da die Umsetzung in jeder Gesellschaft, Region und jedem Land unterschiedlich sein wird.

CTC ist ein datengestütztes Rahmenwerk, das lokale Umfrage- und Archivdaten verwendet, um die Kommunen bei der Identifizierung und Priorisierung von Bedürfnissen, basierend auf Risiko- und Schutzfaktoren, zu unterstützen. Sobald der Bedarf priorisiert und die Zielgruppe ausgewählt ist, wählen und implementieren die Kooperationspartner evidenzbasierte Interventionen, die sich für die Erfüllung ihrer besonderen Bedürfnisse als wirksam erwiesen haben. CTC ist noch nicht in Xchange enthalten, aber das Blueprints-Registry bewertet es als "vielversprechend", was bedeutet, dass es über gute Wirksamkeitsnachweise verfügt.

Die Initiative besteht aus fünf Kernkomponenten (Abbildung 30):

- CTC vorbereiten: Beurteilung der kommunalen Einsatzbereitschaft.
- Strukturen schaffen: Beteiligung wichtiger Stakeholder und Bildung einer Interessengemeinschaft für das Monitoring der CTC-Aktivitäten
- Gebietsprofil: Verwendung epidemiologischer Daten zur Identifizierung von Risiko- und Schutzfaktoren.
- Aktionsplan erstellen: Verwendung von Daten zur Überprüfung evidenzbasierter Interventionen, um die identifizierten Risikofaktoren der Kommune zu reduzieren und protektive Faktoren zu stärken. Auswahl der besten Option aus den vorhandenen wirksamen Interventionen und Anpassung an Menschen, deren Familien, Schulen und Kommunen.
- Implementation der Interventionen mit hoher Wiedergabegenauigkeit und regelmäßige Evaluation der Implementation: Verwendung der Daten, um Verbesserungen vorzunehmen.

Forschungen zeigten, dass eine Anwendung der beschriebenen Schritte durch Kommunen in den USA positive Auswirkungen auf Jugendliche hatten, einschließlich einer signifikanten Reduktion der Initiierung von Alkohol-

und Tabakgebrauch, Kriminalität und Gewalt sowie einer signifikanten Verbesserung korrespondierender Schutzfaktoren von Jugendlichen in CTC-Kommunen im Vergleich zu Kontroll-Kommunen. In der Originalstudie hielten diese Effekte über vier Jahre hinweg an und der signifikante Unterschied bei der Initiierung von Delinquenzverhalten blieb bis zum 19. Lebensjahr bestehen.

Das Modell legt nahe, dass mit Hilfe anspruchsvoller Schulungen und technischer Unterstützung CTC-Zusammenschlüsse Kapazitäten für die wissenschaftliche Präventionsplanung entwickeln und aufbauen können. Dies führt zu einer Systemtransformation.

Kommunen brauchen in der Regel etwa ein Jahr bis 18 Monate, bis sie ihren Plan entwickelt haben. Nach der Planung sind sie in der Lage, die wirksamen Präventionsprogramme und -richtlinien umzusetzen, um ihre priorisierten Risiko- und Schutzfaktoren anzugehen. Dies führt zu messbaren Veränderungen bei der Reduzierung von Risikofaktoren und Erhöhung der Schutzfaktoren innerhalb von zwei bis vier Jahren.

Zuletzt wollen wir PROSPER diskutieren, eine weitere gemeinschaftsbasierte Intervention, die von Blueprints als "vielversprechend" eingestuft wurde. Die Hauptaufgabe bei der Durchführung ist die nachhaltige, qualitativ hochwertige Umsetzung von evidenzbasierten Interventionen in Familien und Schulen, die aus einer Reihe von Programmen ausgewählt wurden, welche von PROSPER Wissenschaftlern überprüft wurden. Die Wissenschaftler stellen ihr Fachwissen zur Verfügung, um die Auswahl von evidenzbasierten Interventionen für Kommunen zu erleichtern. Sie empfehlen nur Programme von höchster Qualität. Dazu überprüfen die Wissenschaftler kontinuierlich die Literatur, um sicherzustellen, dass auch nach neuerer Forschung die Programme weiterhin die beste Option für die Zielbevölkerung darstellen. Das folgende Logikmodell liefert ein Beispiel dafür, wie PROSPER geplant und durchgeführt werden kann und welche Auswirkungen eine Kommune erwarten könnte (Abbildung 31).

Des Weiteren wurde ein Nachhaltigkeitsmodell mit acht Strategien entwickelt, um die Teamziele und die damit verbundenen Absichten zu erreichen. Es folgt eine allgemeine Beschreibung dieser acht Strategien:

- Ressourcengenerierung für Programme: Generierung von finanzieller, Sach- und freiwilliger Unterstützung, um sowohl die familien- als auch die schulbasierten Programme aufrechtzuerhalten und das Programmangebot im Laufe der Zeit zu erweitern.
- Positionierung innerhalb der Kommune/Schule: Sicherstellen, dass das PROSPER-Team und die PROSPER-Programme in der Kommune positiv gesehen werden und

- dass sowohl Schulen als auch die Kommune als Ganzes erkennen, wie das Team zur Verbesserung der Situation der Jugendlichen und Familien beiträgt.
- **Qualitätsmanagement/Planung des Programms:** Diese Strategie umfasst alle erforderlichen Schritte für das Monitoring von Programmen zur Qualitätssicherung, einschließlich der Gewährleistung von Beobachtern, der Zeitplanung von Beobachtungen, der Datenerfassung, der Bereitstellung von Feedback usw.
 - **Stärkung von Partnerschaften mit Schulen/anderen Organisationen:** Diese Strategie umfasst Teamaktivitäten, die eine ineinandergreifende Beziehung zwischen dem Team, der Schule und verschiedenen kommunalen Gruppen schaffen, so dass PROSPER-Aktivitäten und -Programme dazu dienen, vorteilhafte Ziele von gegenseitigem Nutzen zu erreichen.
 - **Strategische Kommunikationsplanung:** Diese Strategie konzentriert sich auf die Entwicklung von Kommunikationsplänen, unter Einbeziehung der Medien und anderer Sensibilisierungsmaßnahmen, um ein verstärktes Bewusstsein für PROSPER-Aktivitäten, finanzielle Unterstützung für Programme und die Teilnahme am familienbasierten Programm zu schaffen.
 - **Planung von Anerkennung und Belohnungen:** Das ist eine wichtige Strategie, um das Interesse und die Unterstützung für PROSPER-Teamaktivitäten und -programme aufrechtzuerhalten. Belohnungen und Anerkennung können für Teammitglieder, Programmteilnehmer und Unterstützer aus der Schule und Kommune eingeplant werden.
 - **Monitoring der Teamstruktur, der Rollen und der Teilnahme:** Um sicherzustellen, dass das Team kontinuierlich effektiv arbeitet und von den PROSPER-Leistungen begeistert bleibt, beraten die Teamleitung und die Präventionskoordinatoren, wie die Arbeitsweise des Teams verbessert werden kann. Gemeinsam mit dem Team entwickeln sie einen Plan für

eine kontinuierliche Verbesserung, der alle Strategien im Nachhaltigkeitsmodell angemessen berücksichtigt.

- **Durchführung effektiver, regelmäßiger Meetings:** Da ein gut funktionierendes Team integraler Bestandteil der Nachhaltigkeit von Programmen ist, fördert PROSPER regelmäßig geplante Meetings, deren Wirksamkeit wiederum als Teil eines kontinuierlichen Verbesserungsplans diskutiert wird.

AUFBAU EINES EFFEKTIVEN KOMMUNALEN VERBUNDES

Dieses Kapitel zeigte, wie wichtig kommunale Verbünde für die Unterstützung von Präventionsbemühungen sind. Effektiv arbeitende kommunale Teams tragen zum Erfolg bei, indem sie viele Einzelpersonen und ihre Fähigkeiten, Erfahrungen sowie persönliche und berufliche Netzwerke zusammenbringen. Darüber hinaus sorgen diese Verbünde für Nachhaltigkeit, weil die Bemühung nicht mehr "personenabhängig" ist, sondern von vielen getragen wird.

Das Konzept der Teamarbeit ist nichts Neues. Es ist jedoch einfacher gesagt als getan, ein effektives Team aufzubauen und sicherzustellen, dass die Mitglieder engagiert und gut zusammenarbeiten. Es gibt mehrere Faktoren, die den Erfolg von kommunalen Verbänden beeinträchtigen können, einschließlich fehlender Ziele/Missionen, mangelndem Fokus, unklarer Erwartungen, schlechter Leitung, unregelmäßiger Treffen mit wenig oder keinem Feedback zum Erfolg oder Misserfolg der Teamarbeit, Unterrepräsentation der Zielgruppe im Team sowie Konflikte zwischen Mitgliedern in Bezug auf widersprüchlichen Vorhaben.

Zusätzlich zu Hindernissen auf lokaler oder Teamebene schaffen auch das kommunale Umfeld, die Richtlinien und andere Faktoren Hindernisse für effektive evidenzbasierte Interventionsbemühungen. Nationale und internationale Gruppen und Regierungsorganisationen können die Anwendung evidenzbasierter Interventionen unterstützen, ein solches Vorgehen ist jedoch nicht weit verbreitet. Einige der Gründe, warum Interventionen in den Kommunen nicht eingesetzt wurden, haben mit den Herausforderungen zu tun, vor denen die politischen Entscheidungsträger und das Umfeld in den Kommunen selbst stehen. Richtlinien und Finanzierungsentscheidungen können zeitlich begrenzt (z.B. ausgelöst durch ein tragisches Ereignis, wie z.B. ein substanzbedingter Tod einer prominenten kommunalen Persönlichkeit) und kurzfristig sein.

Gut eingespielte kommunale Verbünde können auch durch fehlende Infrastruktur- oder Systemunterstützung herausgefordert werden. So können sich Prioritäten verschieben, bevor Interventionen etabliert werden oder Ressourcen sind nur kurzfristig oder unregelmäßig verfügbar.

ABBILDUNG 30
Communities That Care



Um eine Intervention daher langfristig aufrechtzuerhalten, braucht es eine Strategie zur Mittelbeschaffung, welche das Marketing, die Werbung und den Aufbau eines diversifizierten Ressourcenportfolios umfasst und von Jahr zu Jahr weitergeführt wird. Die meisten evidenzbasierten Interventionen integrieren diese Art von Informationen nicht in ihr Interventionstraining, und die Personen, die für die Durchführung zuständig sind, verfügen möglicherweise auch nicht über diese Fähigkeiten.

Effektive Teams können solche Hindernisse abschwächen oder überwinden, indem sie sich mit Schlüsselkomponenten wie Rollen, Verantwortlichkeiten und Qualitäten von Teamleitern und -mitgliedern, Teamstruktur und langfristigem Teamengagement befassen.

Bei der Bildung eines Teams ist es wichtig, gemeinsam über die Gruppenzusammensetzung nachzudenken. Wichtige Organisationen innerhalb der Kommune sollten vertreten sein, insbesondere wenn diese Zugang zu potentiellen Interventionsteilnehmern haben, wie den Jugendlichen und Familien in der Kommune. Es kann auch hilfreich sein, Personen zu finden, die die Zielgruppen repräsentieren, die das Team mit einer Intervention erreichen möchte, damit die Bedürfnisse dieser Gemeinschaft verstanden werden. Des Weiteren umfassen effektive Verbände Mitglieder mit unterschiedlichen Fähigkeiten, Kenntnissen und Erfahrungen, die dazu beitragen und gebraucht werden, um die gesteckten Ziele zu erreichen. Die Gruppe sollte eine Reihe sozialer und beruflicher Netzwerke haben, die breit gefächert sind und unterschiedliche Perspektiven in der Kommune repräsentieren. In Anbetracht der Tatsache, dass es sich bei dieser Gruppe um eine Arbeitsgemeinschaft handelt, die die Kommune vertritt, sollte das Team klein genug sein, damit sich alle Mitglieder aktiv engagieren können.

Effektive Teams haben für die einzelnen Mitglieder klar definierte Rollen, die ihnen erlauben, ihre Stärken und persönlichen Fähigkeiten einzubringen.

MOBILISIERUNG VON RESSOURCEN UND ERHÖHUNG VON KAPAZITÄT

Die EDPQS helfen dabei, Stärken und Ressourcen einer Kommune zu identifizieren. Einmal identifiziert, braucht es Zeit, um lokale Verbindungen mit Einzelpersonen und Gruppen in der Kommune aufzubauen. Die Art der Verbindungen, die hergestellt werden sollen, hängt von der angestrebten Reichweite der Intervention ab. Soll die Verbindung mit bestehenden Plänen der Anbieter verknüpft werden, um die lokalen Interventionsbemühungen zu stärken? Sollen Teilnehmende für das Programm gewonnen werden? Oder könnte das Ziel darin bestehen, das lokale Bewusstsein für die Notwendigkeit von evidenzbasierten Interventionen zu stärken? Ist es die Absicht, eine Partnerschaft aufzubauen

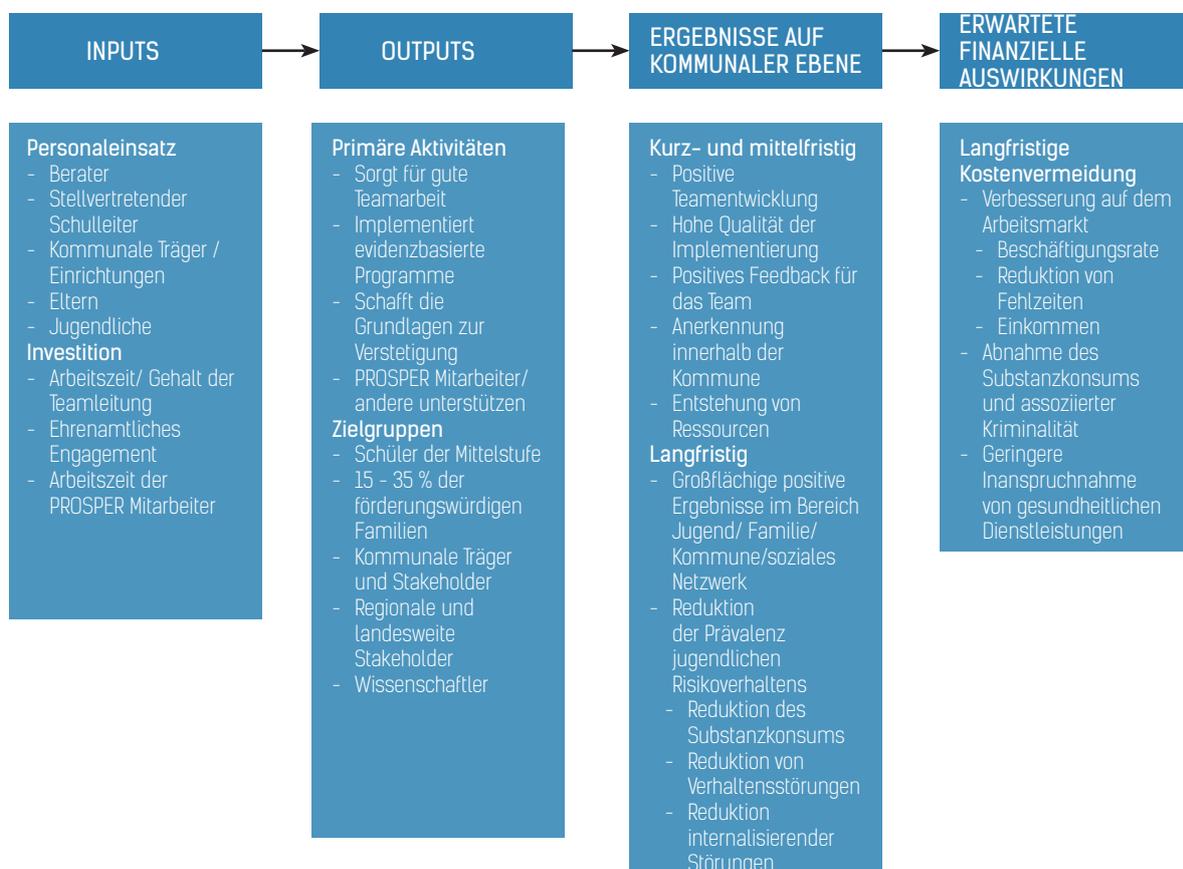
oder Menschen mit Fähigkeiten und Talenten für eine Spendensammlung zu gewinnen?

Die Absicht oder das Ziels der Zusammenarbeit kann dabei helfen, die Art der Verbindung zu bestimmen. Unabhängig davon müssen die Verbindungen als positiv angesehen werden, um den guten Ruf des Teams und seiner Bestrebungen aufrechtzuerhalten. Um positive lokale Verbindungen mit Einzelpersonen und Gruppen einzugehen, müssen die kommunalen Teams Folgendes berücksichtigen:

- Identifizieren Sie Knotenpunkte der Kommune. Knotenpunkte sind Orte der Kommune, an welchen sich Menschen auf natürliche Weise versammeln, wie z.B. das Gemeindezentrum oder die Räume einer gut erreichbaren Präventionseinrichtung.
- Seien Sie kreativ, wenn es darum geht, Menschen einzubeziehen. Bieten Sie Individuen eine Vielzahl von Möglichkeiten an, sich zu engagieren. Diese Möglichkeiten sollen den Interessen und Fähigkeiten des Einzelnen entsprechen und für sie geeignet sein.
- Unterstützen Sie diejenigen, die die treibende Kraft für die kommunale Arbeit sind. In jeder Kommune gibt es Menschen, die gut darin sind, Einzelpersonen für eine Sache zu begeistern und zusammen zu bringen. Sie können mit ihnen zusammenarbeiten.
- Bieten Sie Möglichkeiten für kurzfristige oder spezifische Aufgaben an. Einige Personen sind nicht in der Lage oder willens, sich für ein langfristiges Präventionsvorhaben zu verpflichten. Diese Personen können durch ihre Einsatzbereitschaft, unvereinbare Arbeitszeiten und/oder persönliche Verpflichtungen eingeschränkt sein. Anstatt diesen großen Pool an Ressourcen nicht zu nutzen, ist es wichtig sich zu überlegen, welche Aufgaben sehr spezifisch sind und innerhalb eines festgelegten Zeitrahmens abgeschlossen werden können.

Wenn Ressourcen begrenzt sind, ist es wichtig zu überlegen, wie diese Ressourcen am wirksamsten genutzt werden können. Erstens kann ein kommunales Team seine Bemühungen mit bestehenden Bemühungen verknüpfen. Jede Kommune, Schule, Regierungs- und Bürgergruppe hat Pläne, die ihre Arbeit leiten. Überlegen Sie, wie sich diese Pläne mit den Bemühungen des kommunalen Teams verknüpfen lassen und identifizieren Sie gegenseitig vorteilhafte Möglichkeiten der Zusammenarbeit. Zweitens können sich besondere Gelegenheiten ergeben, die lokale Anliegen oder Probleme widerspiegeln, wie beispielsweise die Ausweitung des lokalen Tourismus, die Verbesserung der Hauptstraßen oder die Prävention von Kriminalität in der Kommune. Diese manchmal drängenden Probleme können ein Mittel sein, um Menschen zu motivieren und bieten Möglichkeiten, um gemeinschaftliche Fähigkeiten und Ressourcen für einen größeren Nutzen einzusetzen.

ABBILDUNG 31
PROSPER Logikmodell



10

KAPITEL 10

ADVOCACY FÜR PRÄVENTION

Es ist nicht einfach und auch nicht gerade unkompliziert, die politische Entscheidungsfindung dahingehend zu beeinflussen Prävention zu priorisieren oder die Menschen dazu zu bringen, die Umsetzung Ihrer Maßnahme zu unterstützen. Um auf diesem Gebiet voranzukommen ist meistens viel aufeinander abgestimmte Arbeit nötig, was als "Lobbyarbeit" oder auch "Advocacy" bezeichnet wird. Die Triangle Research Group (Silvestre et al., 2014), ein Forschungskonsortium zur Alkoholpolitik in Slowenien, beschreibt Advocacy als "einen politischen Prozess einer Person oder Gruppe, der darauf abzielt, Entscheidungen über die öffentliche Ordnung und Ressourcenzuteilung innerhalb politischer und sozialer Systeme und Institute zu beeinflussen" (S. 14). Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC, 2014) bezeichnet Advocacy als eine "Schlüsselstrategie für Gesundheitsförderung und öffentliche Gesundheit" (S. 1).

Advocacy-Bemühungen, die auf wissenschaftlich fundierten Informationen beruhen, müssen Teil jeder Intervention sein. Während solche Bemühungen oft darauf ausgerichtet sind, Entscheidungsgremien davon zu überzeugen, neue gesundheitsfördernde Richtlinien, Gesetze und Vorschriften einzuführen, ist Advocacy auch notwendig, um sich für die nachhaltige Unterstützung solcher Aktionen nach ihrer Umsetzung einzusetzen. Im Allgemeinen kann ein Fall vorgestellt werden, der die durch Substanzkonsum verursachten Schäden (sowohl für den Einzelnen als auch für andere und die Gesellschaft) dokumentiert und anschließend diskutiert wird, wie Präventionsprogramme und -maßnahmen einige dieser Folgen reduzieren können (Tabelle 15). Solche Bemühungen können dazu beitragen, Überzeugungen, Einstellungen und Normen in Bezug auf den Substanzgebrauch zu ändern, und den Entscheidungsträgern helfen, wirksame Reaktionen besser zu erkennen.

Das ECDC beschreibt, wie Advocacy gleichzeitig auf mehreren

Ebenen (regional, lokal, national) stattfindet, während VeneKlasen und Miller (2002) eine multidimensionale Perspektive hinzufügen, bei der verschiedene Strategien zur Erreichung derselben Ziele eingesetzt werden. Advocacy-Strategien sollten auch in Zusammenarbeit mit Vertretern der betroffenen Gruppen, Entscheidungsträgern und anderen Stakeholdern durchgeführt werden (Peloza, 2014). Relevante Aktionen können vielfältig sein und Maßnahmen wie Überzeugungsarbeit, Protestmärsche oder Rechtsstreitigkeiten (z.B. ein gut publizierter Gerichtsfall), aber auch öffentliche Aufklärung und die Nutzung der Medien zur Beeinflussung der öffentlichen Meinung umfassen (siehe auch Kapitel 8). Während Advocacy eine eigenständige Aktivität sein kann, kann sie auch Bestandteil einer komplexen Präventionsmaßnahme sein (ECDC, 2014).

Für eine effektive politische Advocacy schlägt Mercer et al. (2010) folgende Aktionen vor:

- Klare Darstellung der Zusammenhänge zwischen Gesundheitsproblemen, Maßnahmen und Ergebnissen;
- Systematische Bewertung und Zusammenfassung der Ergebnisse;
- Einsetzen einer vertrauenswürdigen Expertengruppe und eines sorgfältigen Verfahrens zur Bewertung der Evidenz;
- Einbeziehung der wichtigsten Partner und Stakeholder bei der Erstellung und Verbreitung der Ergebnisse und Empfehlungen;
- Durchführung einer personalisierten, zielgerichteten und überzeugenden Verbreitung der Ergebnisse und Empfehlungen;
- Einbeziehung mehrerer Stakeholder bei der Förderung der Einführung und Einhaltung von politischen Empfehlungen;
- Berücksichtigung der Nachhaltigkeit.

Allerdings deuten die Ergebnisse aus Studien über Präventionssysteme (policy studies) darauf hin, dass nicht immer ein klarer Zusammenhang zwischen den von Mercer beschriebenen Aktionen und Änderungen in den Strategien oder der Priorisierung von Präventionsprogrammen besteht. Daher ist es wichtig, realistisch einzuschätzen, was allein durch Advocacy erreicht werden kann, sowie Lehren aus den Einblicken in politische Entscheidungsprozesse zu ziehen. Cairney (2016) beschreibt zum Beispiel, wie politische Entscheidungsprozesse für Außenstehende oft irrational und komplex erscheinen. Bei der Entscheidungsfindung vertreten politische Entscheidungsträger oft eine andere Auffassung davon, was relevante und nützliche Evidenzen sind. Während

TABELLE 15

Beschreibung eines Sachverhalts

Vorgehensweise

1. Nennen Sie das Problem
2. Beschreiben Sie die Folgen für Substanzkonsumenten
3. Beschreiben Sie die Folgen für die Öffentlichkeit und nicht-Konsumenten - insbesondere junge Menschen
4. Beziehen Sie sich auf verfügbare evidenzbasierte Maßnahmen und Strategien

Präventionsfachkräfte und Befürworter einer evidenzbasierten Prävention die Evidenz aus strengen Forschungsstudien und Evidenzsynthesen als rationale Entscheidungsgrundlage ansehen, betrachten politische Entscheidungsträger diese neben anderen Quellen von "Evidenz" und Überlegungen, wie z.B. Feedback aus öffentlichen Konsultationen, öffentliche Meinung und Werte, Ratschläge von vertrauenswürdigen Kollegen, politische Manifeste und Verpflichtungen sowie ihre eigene berufliche Laufbahn und Erfahrungen. Während einige Entscheidungsträger ein gutes Verständnis von Prävention und der Notwendigkeit haben, auf den Substanzkonsum faktengestützt zu reagieren, ist es ungewöhnlich, dass höherrangige Führungskräfte den gleichen Grad an Bewusstsein oder sogar Interesse an solchen Angelegenheiten haben. Auch höherrangige politische Entscheidungsträger müssen im Konsens handeln, was oft bedeutet, die Anforderungen und Erwartungen mehrerer konkurrierender Interessen in Einklang zu bringen, insbesondere in Tätigkeitsbereichen, die kontrovers sein können, wie beispielsweise Reaktionen auf den Substanzgebrauch. Dieser Konsens erstreckt sich auch auf das Gleichgewicht, das innerhalb der Führungsgremien hergestellt werden muss, wo es einen Wettbewerb um begrenzte Ressourcen oder um Bedeutung und Macht in nationaler Strategien geben könnte.

Die Diskussion dieser Herausforderungen soll nicht dazu dienen, Advocacy-Bemühungen zu verhindern, aber durch das Verständnis der realen Gegebenheiten im Entscheidungsfindungsprozess ist es möglich, Ergebnisse zu optimieren, Kernpunkte zu identifizieren und die Frustration zu verringern, wenn Entscheidungsträger "einfach nicht zuhören". Beispielsweise schlägt Cairney vor, dass Präventionsführer nicht nur Lösungen für gesellschaftliche Probleme, wie die Umsetzung von Präventionsprogrammen, präsentieren, sondern auch daran arbeiten, das Bewusstsein für diese Probleme zu schärfen und politischen Entscheidungsträgern Gründe für deren Priorisierung darzulegen. Die Präventionsführer sollten auch in der Lage sein, vorgefertigte, evidenzbasierte Lösungen für diese Probleme vorzulegen, sobald die Aufmerksamkeit erregt ist und diese müssen sowohl spezifisch als auch technisch und politisch machbar sein. Sobald die Aufmerksamkeit geweckt ist und die politischen Entscheidungsträger ein Motiv zum Handeln haben, müssen die Führer schnell handeln, da "Gelegenheitsfenster" in einem günstigen politischen Umfeld oft selten und von kurzer Dauer sind. Wenn beispielsweise die lokale Regierung wegen des substanzbedingten Todes einer prominenten Person, zum Handeln bewegt wird, müssen die Präventionsführer auch bereit sein, schnell zu handeln, um den Einsatz evidenzbasierter Programme als Teil einer langfristigen Strategie zu fördern, bevor das Zeitfenster endet oder bevor andere, nicht evidenzbasierte Ansätze, priorisiert werden. Politikkritiker konzentrieren sich oft auf Schwachstellen in neuen Vorschlägen, insbesondere

wenn die Vorschläge den Status quo stören, und deshalb müssen Präventionsführer bereits eine kritische Selbstüberprüfung vorgenommen haben, um vorzusehen, welche Probleme angesprochen werden könnten.

Erfolgreiche Advocacy-Ansätze kombinieren in der Regel relevante wissenschaftliche Erkenntnisse mit emotional geprägten Appellen, die einer Geschichte einen "menschlichen Anstrich" verleihen. Sie formulieren Lösungen so, dass sie mit den politischen und persönlichen Überzeugungen der Entscheidungsträger übereinstimmen. Es ist unwahrscheinlich, dass Sie erfolgreich sein werden, wenn Sie Interessengruppen mit wissenschaftlichen Erkenntnissen überhäufen und hoffen, dass sie ihre Meinung ändern und ihre Unterstützung verstärken werden. Sie müssen daher Einfluss darauf nehmen, wie sie ein regulatorisches Problem verstehen und präzise Beweise liefern, die für dieses Verständnis am relevantesten sind. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass Präventionsfachkräfte oder andere Experten zwar über ausgezeichnete Fachkenntnisse verfügen, wie die gesundheitlichen oder sozialen Auswirkungen des Substanzkonsums auf die Gesellschaft verringert werden können, dies aber nicht unbedingt bedeutet, dass sie auch die erforderlichen Fähigkeiten haben, um politische Entscheidungsträger davon zu überzeugen, eine bestimmte Maßnahme zu unterstützen. Aus diesem Grund entwickeln die effektivsten Interessenverbände ein breites Kompetenzspektrum in einer Koalition verschiedener Stakeholder und Organisationen.

Ein wichtiger Aspekt ist die Evaluation von Advocacy. Das ECDC empfiehlt die Anwendung eines Theory of Change-Ansatzes, um diesen Prozess zu unterstützen, da er erklärt, wie und warum Aktivitäten zu den gewünschten Ergebnissen führen sollen.

Die allgemeinen Grundsätze der Evaluation von Präventionsmaßnahmen/-politiken können auch auf die Lobbyarbeit angewendet werden. Diese Evaluationen sind datenbasiert, systematisch und wenden bekannte Methoden wie Interviews oder Umfragen an. Wie bei der Prozess- oder Ergebnisevaluation können wir auch unsere Lobbyarbeit evaluieren, um unsere Strategien zu verbessern, Ergebnisse zu analysieren oder die Fähigkeiten unserer Lobbyisten zu erweitern. Die Schwierigkeit in der Evaluation von Advocacy-Bemühungen liegt in den sich schnell verändernden Aktivitäten und Ergebnissen einer Advocacy-Strategie. Dies wird auch leicht durch unvorhersehbare, kontextuelle Faktoren beeinflusst. Coffman (2007) empfiehlt daher, regelmäßiger, "in Echtzeit", nach jedem wichtigen Ereignis oder jeder wichtigen Aktion zu berichten.

I ABSCHLIESSENDE BEMERKUNGEN

Dieses Curriculum hat eine Einführung in die Präventionswissenschaft und die evidenzbasierte Präventionsarbeit gegeben und erklärt, warum sie wichtig sind. Zudem wurde die Epidemiologie des Substanzkonsums in Europa diskutiert, um den Rahmen unserer Arbeit zu verstehen, woraufhin eine Einführung in Präventionstheorien und Verhaltensänderungstechniken folgte, um die Mechanismen der Verhaltensänderung kennenzulernen.

Die EDPQS und die internationalen Standards (UNODC, 2013) wurden als wichtige Instrumente zur Steuerung unserer Präventionsarbeit und zur Auswahl und Umsetzung der besten derzeit verfügbaren evidenzbasierten Interventionen und/oder Strategien vorgestellt. Darüber hinaus haben wir auch gelernt, wie wir unsere Maßnahmen und Strategien evaluieren können.

Unterschiedliche Settings, wie Familie, Schule, Arbeitsplatz, Kommune, aber auch Medien und das größere Umfeld, wurden im Hinblick auf ihre Besonderheiten in der Präventionsarbeit vorgestellt. Dies soll uns dabei helfen, wirksame Präventionsmaßnahmen und/oder -strategien für unsere Zielgruppe, unter Berücksichtigung der bestehenden Herausforderungen und Hindernisse, zu entwickeln oder auszuwählen.

Es ist unsere Hoffnung und unser Ziel, dass Sie mit diesem Wissen die Präventionsarbeit in Ihrer Region und Ihrem Umfeld stärken und die starke europäische Präventionsarbeit mit Ihrer Kompetenz bereichern.

Eine solche Arbeitskraft ist der Schlüssel für die kommenden Herausforderungen und Aufgaben in der europäischen Präventionspraxis. Der Leitfaden der EBDD (EBDD, 2017b) sowie die Unterstützung der Praxisstrategie der EBDD zielen daher darauf ab, politischen Entscheidungsträgern und Praktikern Instrumente, Ressourcen und Strategien für die erfolgreiche Umsetzung von evidenzbasierter Prävention in Europa an die Hand zu geben. Dieser Fokus auf die Umsetzung wird den Entscheidungsträgern machbare Alternativen bieten, die effektiver sind als populäre Ansätze und zudem weniger Gefahrenpotenzial bergen.

I LITERATURVERZEICHNIS

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211.
- Ayllón, S., & Ferreira-Batista, N. N. (2018). Unemployment, drugs and attitudes among European youth. *Journal of Health Economics*, 57, 236–248. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.08.005>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.
- Barden, J., & Tormala, Z. L. (2014). Elaboration and attitude strength: The new metacognitive perspective. *Social and Personality Psychology Compass*, 8(1), 17–29.
- Bartholomew, L.K., & Mullen, P.D. (2011). Five roles for using theory and evidence in the design and testing of behaviour change interventions. *Journal of public health dentistry*, 71(1), 20–33.
- Bergsma, L. J., & Carney, M. E. (2008). Effectiveness of health-promoting media literacy education: a systematic review. [Review]. *Health Education Research*, 23(3), 522–542.
- Biglan, A. & Hinds, E. (2009). Evolving prosocial and sustainable neighborhoods and communities. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 169–96.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brotherhood, A., Sumnall, H.R., & The European Prevention Standards Partnership (2013). *European drug prevention quality standards: A quick guide*. Liverpool: Centre for Public Health.
- Brotherhood, A., Sumnall, H.R., & the European Prevention Standards Partnership (2015). *EDPQS Toolkit 4: Promoting quality standards in different contexts ("Adaptation and Dissemination Toolkit")*. Step 3: Undertaking the adaptation. Liverpool: Centre for Public Health.
- Burkhart (2013). *North American drug prevention programmes: Are they feasible in European cultures and contexts?* EBDD: Lisbon.
- Cairney P (2016) *The politics of evidence-based policy making*. Springer Berlin: New York, NY.
- Castro, F.G., Barrera, Jr. M., and Martinez, Jr., C.R. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: Resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science*, 5, 41–45.
- Castro, F. G., Kellison, J. G., Boyd, S., & Kopak, A. (2010). A methodology for conducting integrative mixed-methods research and data analyses. *Journal of Mixed Methods Research*, 4, 342–360
- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan J. A. M., Lonczak, H. S., & Hawkins, J. D. (1999). *Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs*. Washington, DC: U. S. DHHS, NICHD.
- Center for Disease Control and Prevention (2010). *Learning and growing through evaluation: state asthma program evaluation guide*. Atlanta, GA: Centers for disease control and prevention, National center for environmental health, division of environmental hazards and health effects, air pollution and respiratory health branch.
- Chatvat, M., Jurystova, L., & Miovsky, M. (2012). Four-level model qualifications for the practitioners of the primary prevention of risk behaviour in the school system. *Adiktologie*, 12(3), 190–211.
- Clarkson, J. J., Tormala, Z. L., & Rucker, D. D. (2008). A new look at the consequences of attitude certainty: The amplification hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(4), 810–825.
- Clarkson, J. J., Tormala, Z. L., Rucker, D. D., & Dugan, R. G. (2013). The malleable influence of social consensus on attitude certainty. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(6), 1019–1022.
- Coffman, J. (2007). What's different about evaluating advocacy and policy change? In J. Coffman
- (Red.), *The evaluation exchange: A periodical on emerging strategies in evaluation* (p. 2–4). Harvard: Harvard Family research project.
- Communities That Care. Dr. Kevin Haggerty, Director, Center for Communities that Care; Developers: Dr. David Hawkins and Dr. Richard F. Catalano. Social Development Research Group, University of Washington. See www.communitiesthatcare.net.
- Considine, M. (2004) *Community Strengthening and the Role of Local Government, A Discussion Paper*. Local Government Victoria, Victoria.
- Council of the European Union (2015). *Council conclusions on the implementation of the EU action plan on drugs 2013–2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union*.
- D'Eath, M., Barry, M.M., & Sixsmith, J. (2014). *A rapid evidence review of health advocacy for communicable diseases*. Stockholm: European Centre for Disease and Control.
- Elkins, S. R., Fite, P. J., Moore, T. M., Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2014). Bidirectional effects of parenting and youth substance use during the transition to middle and high school. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(2), 475–486.
- EBDD. (2009). *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Retrieved from: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, (2011). *European drug prevention quality standards: An manual for prevention professionals*. Spain.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015). *New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early warning System (March 2015)*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EBDD (2017b). *Health and social responses to drug problems*. A European Guide. Luxembourg: Publications of the European Union, 2017
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017). *European Drug Report 2017: Trend and Developments*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- European Society for Prevention Science [website]. (n.d.). Consulted on 30/09/2017, www.euspr.org/prevention-science/
- Evidence Based Practice Institute (2012). <http://depts.washington.edu/ebpi/>.
- Flay, B.R. & Petraitis, J. (2003). Bridging the gap between substance use prevention theory and practice. In: Z. Sloboda & W.J. Bukoski (eds.). *Handbook on Drug Abuse Prevention: Theory, Science, and Practice* (pp. 289–306). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Fong, G.T., Graig, L.V., Guignard, R., Nagelhout, G.E., Tait, M.K., Driezen, P., Kennedy, R.D., Boudreau, C., Wilquin, J.L., Deutsch, A., & Beck, F. (2013). Evaluation of the smoking ban in public places in France one year and five years after its implementation: Findings from the ITC France survey. *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire (Paris France)*, 20, 217–223.
- misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9.
- Frone, MR. (2013). *Alcohol and Illicit Drug Use in the Workforce and Workplace*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gabrhelik, R., Foxcroft, D., Mifsud, J., Dimech, A.M., Pischke, C., Steenbock, B., Bulotaitė, L., Mulligan, K. (2015). *Quality plan for prevention science education and training in Europe*. Oxford: Science for prevention academic network – SPAN.
- Gasper, J. (2011). Revisiting the relationship between adolescent substance use and high school dropout. *Journal of substance Use Issues*, 41(4), 587.
- Glantz, M. D. & Pickens, R. W. (1992). Vulnerability to drug abuse: Introduction and overview. In M. D. Glantz & R. W. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp.

- 1-14). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ginsburg, I. (1982). Jean Piaget and Rudolf Steiner: Stages of child development and implications for pedagogy. *The Teachers College Record*, 84(2), 327-337.
- Green, E. C., & Witte, K. (2006). Can fear arousal in public health campaigns contribute to the decline of HIV prevalence? *Journal of Health Communication*, 11, 245-259.
- Greenfield, T.K., Karriker-Jaffe, K.J., Giesbrecht, N., Kerr, W.C., Ye, Y., & Bond, J. (2014). Second-hand drinking may increase support for alcohol policies: new results from the 2010 National alcohol survey. *Drug and alcohol review*, 33, 259-267.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Graczyk, P. A., & Zins, J. E. (2005). The study of implementation in school-based preventive interventions: Theory, research, and practice. Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Administration, US Department of Health and Human Services, Washington, DC, 60. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2014.12.001>
- Hanushek, E.A. & Wößmann, L. (2007). *The Role of Education Quality in Economic Growth. World Bank Policy Research Working Paper 4122*. Available at: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/7154/wps4122.pdf?sequence=1>
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hovland, C.I., Janis, I., & Kelley, H.H. (1953). *Communication and persuasion*. New Haven: Yale University Press.
- Hovland, C. I., & Weiss, W. (1951). The influence of source credibility on communication effectiveness. *Public Opinion Quarterly*, 15, 635-650.
- Hovland, C.I., Janis, I., & Kelley, H.H. (1953). *Communication and persuasion*. New Haven: Yale University Press.
- Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Kaluzny, AP, & Hernandez, SR (1988). Organizational change and innovation. In S. Shortell and A. Kaluzny (Eds.), pp 379-417, *Health care management: A text in organizational theory and behavior*. 2nd Edition. New York, NY: John Wiley.
- Lasswell, H. D. (1949). The structure and function of communication in society. In L. Bryson (Ed.), *The communication of ideas*. (pp. 37-51). Oxford, England: Harper.
- Lazarsfeld, P. F., Berelson, B., Gaudet, H. (1944). *The People's Choice: How the voter makes up his mind in a Presidential campaign*. New York: Columbia University Press.
- Lemstra, M., et al. (2010). A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10-15. *Addiction Research & Theory*, 18(1), 84-96.
- Marlatt, G.A. et al., eds. (2011). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. Guilford Press.
- Mendes, F.J.F., & Mendes, M.R. (2011). Healthy and safer nightlife of youth project : Staff training for nightlife premises.
- Mercer, S.L., Sleet, D.A., Elder, R.W., Cole, K.H., Shults, R.A., & Nichols, J.L. (2010). Translating evidence into policy: Lessons learned from the case of lowering the legal blood alcohol limit for drivers. *Annals of epidemiology*, 20, 412-420.
- Michie, S., Van Stralen, M.M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(42).
- Miller, B. A., Holder, H. D., & Voas, R. B. (2009). *Environmental strategies for prevention of drug use and risks in clubs*. *Journal of Substance Use*, 14(1), 19-38. <https://doi.org/10.1080/14659890802305887>
- Mrazek, P.J., & Haggerty, R.J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. National Academy Press: Washington D.C.
- NAMLE. (2010, September 29 2010). The Core Principles of Media Literacy Education, from <http://namle.net/publications/core-principles/>
- Oncioiu, S. I., Burkhart, G., Calafat, A., Duch, M., Perman-Howe, P., & Foxcroft, D. R. (2018). *Environmental substance use prevention interventions in Europe* (EBDD Tec). Lisbon. Retrieved from <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/7882/Environmental-substance-use-prevention-Interventions-in-Europe.pdf>
- O'Neill, B. (2008). Media Literacy and the Public Sphere: contexts for public media literacy promotion in Ireland. Paper presented at the Media@se Fifth Anniversary Conference, London. [http://eprints.lse.ac.uk/21578/1/LSE_Paper_Oneill\(LSEROverseer\).PDF](http://eprints.lse.ac.uk/21578/1/LSE_Paper_Oneill(LSEROverseer).PDF)
- Pelozo, J. (2014). *Triangle: How youth organizations can build and sustain a national coalition that works on alcohol policy*. Ljubljana: Infokart.
- Poulin, F. et al. (2001). 3-year iatrogenic effects associated with aggregating high-risk adolescents in cognitive-behavioral preventive interventions. *Applied developmental science*, 5(4), 214-224.
- Ricordel, I., & Wenzek, M. (2008). Cannabis and safety of work. Evolution of its detection within the controls of narcotics since 2004 to the SNCF. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 66, 255-60.
- Scull, T. M., Kupersmidt, J. B., & Erausquin, J. T. (2014). The impact of media-related cognitions on children's substance use outcomes in the context of parental and peer substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(5), 717-728.
- Silvestre S., Liutkutė V., Pelozo J., Talić S., Kokole D., Ribeiro S., Galkus L., Stankevičiūtė S., Košir, M. & Štelemėkas M. (2014). Triangle. How youth organizations can build and sustain a national coalition that works on alcohol policy. Alcohol Policy Youth Network (APYN) & No Excuse Slovenia. Ljubljana. April 2014.
- Sloboda, Z., et al. (2014). Implementation Science and the Effective Delivery of Evidence- Based Prevention. In Sloboda, Z., & Petras, H. (eds.), *Advances in Prevention Science: Defining Prevention Science* (pp. 293-314). New York: Springer Publishing.
- Small, S., & Supple, A. (1998). Communities as systems: Is a community more than the sum of its parts? Presented at the national forum on A community effects on children, adolescents and families. Pen State University, State college, PA.
- Stovall, E.E., Rossow, I., and Rise, J. (2014). Changes in attitudes towards restrictive alcohol policy measures: the mediating role of changes in beliefs. *Journal of Substance Use*, 19, 38-43.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2013). *International Standard on Drug Use Prevention*. Vienna, Austria: UNODC. Available at: <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>
- United States Society of Prevention Research. *Principles of Prevention Science*. Available at: <http://www.prevention-research.org/SocietyforPreventionResearchStandardsKnowledge.pdf>.
- Van der Kreeft, P., Jongbloet, J. & Van Havere, T. (2014). Factors affecting implementation: Cultural adaptation and training. In Sloboda, Z. & Petras, H. (eds.), *Advances in Prevention Science: Defining prevention science* (p. 315 – 334). New York: Springer Publishing.
- VeneKlasen, L. (2013). Planning moment Nr. 5 – Mapping advocacy strategies. *A new weave of powers, people & politics*, 185-208.
- Wang, B., Stanton, B., Li, X., Cottrell, L., Deveaux, L., & Kaljee, L. (2013). The influence of parental monitoring and parent-adolescent communication on Bahamian adolescent risk involvement: A three-year longitudinal examination. *Social Science & Medicine*, 97, 161-169.
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill Book Co.
- World Health Organization (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva.
- World Health Organization [website]. (n.d.). Consulted on 30/09/2017, http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/

Anhang

Inhalte

- 123 | Überblick über die methodische Vorgehensweise bei der Erstellung des Manuals
- 124 | Entwicklungsaufgaben im Alter von 3 bis 16 Jahren
- 125 | Glossar
- 130 | Informationsblatt



ANHANG 1

Überblick über die methodische Vorgehensweise bei der Erstellung des Manuals

Unsere Methodik basiert auf den Richtlinien der European Prevention Standards Partnership zur Anpassung und Verbreitung von Qualitätsstandards in verschiedenen Kontexten (EDPQS Toolkit 4). Es beschreibt, wie mit einer Anpassungsverfahren wird und was bei diesem Prozess zu beachten ist.

Das HoGent-Team mit Sitz im Department for Prevention Research am University College of Gent wurde als Arbeitsgruppe bestimmt. Die „Kerngruppe“ bestand aus der Arbeitsgruppe und Zili Sloboda (APSI), Michael Miovsky (CUNI), Gregor Burkhardt (EBDD) und Jeff Lee (ISSUP), die alle Experten auf dem Gebiet der Prävention des Substanzkonsums sind. Das Hauptziel der Kerngruppe war es, nach Möglichkeit Änderungen an den Kernkomponenten des ursprünglichen UPC zu vermeiden und gleichzeitig wichtige Oberflächenanpassungen an den europäischen Kontext vorzunehmen. Als letzte Projektgruppe bestand die „Referenzgruppe“ aus allen elf Partnern, die am UPC-Adapt Projekt beteiligt waren. Dazu gehörten Vertreter aus Belgien, Kroatien, Italien, Estland, Deutschland, Slowenien, Spanien, Polen und Kroatien.

Der Anpassungsprozess begann mit der genauen Lektüre des UPC Trainer Manuals, das von APSI entwickelt wurde. Nach dem Lesen von Kapitel 1, dem allgemeinen EUPC-Einführungscurriculum, wurde ein Arbeitsdokument erstellt, das das angepasste Produkt und die vorläufige Kategorisierung möglicher Anpassungen beschreibt. Diese Kategorisierung unterschied zwischen „tiefen“ oder „oberflächlichen“ Anpassungen und der Begründung für mögliche Änderungen. Diese Vorarbeiten wurden zunächst von der Arbeitsgruppe diskutiert. Nach einem Konsens wurden diese vorläufige Kategorisierung und das Arbeitsdokument von der Kerngruppe überprüft.

Ein ähnlicher Prozess wurde bei der Anpassung der anderen Kapitel durchgeführt. Zuerst wurde in der Arbeitsgruppe ein Konsens erzielt und dann mit der Kerngruppe über vorgeschlagene Anpassungen diskutiert. Es fanden in der Kerngruppe regelmäßige Konsultationen per Videokonferenz und E-Mail statt.

Ein Vorentwurf des Curriculums wurde im Juni 2017 fertiggestellt und im Oktober 2017 wurde ein Konsens über diesen ersten Entwurf zwischen der Referenz- und der Kerngruppe erzielt.

Die deutschsprachige Fassung wurde im Jahr 2019 im Hinblick auf die Präventionsgesetzgebung aktualisiert und um Beispiele der Gewaltprävention und Entwicklungsförderung erweitert, die in einer separaten Edition erhältlich sind.

Anhang 2

Entwicklungsaufgaben im Alter von 3 bis 16 Jahren

	Sozial	Sprachlich	Körperlich	Intellektuell	Emotional	Verhalten
3-4 Jahre	Teilt, spielt mit anderen, spielt alleine, benutzt Löffel/Gabel zum Essen, Körperhygiene.	Sagt Zahlen auf, kann aber nur bis 3 zählen, kann Gespräche führen, wiederholt Reime und Lieder, hat eine Lieblingsgeschichte	Kann Perlen aufädeln, eine Schere benutzen, auf Zahenspitzen gehen, in Pedale treten und lenken, kann balancieren, hat Raumgefühl	Kann einen Turm bauen, malt, kann den Kopf einer Person zeichnen, kann einen Stift korrekt halten	Kann auf die Erfüllung von Bedürfnissen warten, hat Sinn für Humor, versteht Vergangenheit und Gegenwart	Hat die Fähigkeit zu Handeln, aber nicht zu argumentieren, setzt seine Vorstellungskraft ein, fürchtet Dunkelheit und allein gelassen zu werden, mag Humor
5-7 Jahre	Teilt, wendet Fantasie beim Spiel an, kann sich an- und ausziehen	Erfreut sich an Geschichten und überträgt diese auf das Spiel, versteht die Doppeldeutigkeit von Wörtern	Bauspielzeug, Malen, Spiele, Ballspiele, Tanzen, Hüpfen, Springen	Kann Buchstaben abschreiben, zählt mit den Fingern, fügt Details zu Bildern hinzu, hat Zeitbewusstsein	Ist fürsorglich für Freunde und Säuglinge, kann Verhalten besser kontrollieren	Drückt Ärger und Frustration weniger mit Taten und mehr mit Worten aus, ist unabhängiger
8-12 Jahre	Ist unabhängig von den Eltern, hat Sinn für Recht und Unrecht, hat Sinn für die Zukunft	Kann lesen und schreiben, ist wortgewandter, führt Gespräche, kann debattieren, erzählt Ereignisse	Zunehmend sichtbare Veränderung des körperlichen Erscheinungsbildes, frühe Pubertät bei Mädchen, verbesserte Augen-Hand-Koordination	Spricht über Gedanken und Gefühle, denkt zunehmend logisch, hat Mathe-, Lese- und Schreibfähigkeiten weiterentwickelt	Lernt durch Beobachtung und Konversation, gibt Unterstützung in belastenden Situationen, kann Schwerpunkte setzen	Tritt Vereinen bei und sucht den Kontakt zu Gleichaltrigen, will die Akzeptanz von Gleichaltrigen
13-16 Jahre	Verbringt mehr Zeit mit Gleichaltrigen, bildet Identität, testet Grenzen, mehr erwachsene Vorbilder	Klarheit im Denken, drückt die eigenen Überzeugungen aus	Pubertät bei beiden Geschlechtern, schnelles muskuloskeletales Wachstum, erhöhte Ausdauer	Mehr Rücksicht auf andere und die Gemeinschaft, stellt Regeln in Frage und fordert diese heraus, erforscht neue Ideen	Durchläuft hormonelle Veränderungen, bereitet sich auf die Unabhängigkeit von der Familie vor, lebt sich aus	Zunehmender Wunsch nach Privatsphäre, verbringt mehr Zeit mit Gleichaltrigen

Anhang 3 Glossar

Adaption	Anpassung der Inhalte eines Programms an den Bedarf einer bestimmten Zielgruppe.
Advocacy (Anwaltschaft)	Ein politischer Prozess innerhalb dessen eine Einzelperson oder eine Gruppe das Ziel verfolgt, die öffentliche Ordnung und Entscheidungen über Ressourcenzuweisung in politischen und sozialen Systeme sowie Institutionen zu beeinflussen (Peloza, 2014).
Angebotsreduktion	Entwicklung vernünftiger, klarer und konsequent durchgesetzter Regularien, die den Besitz, den Konsum und den Verkauf aller psychoaktiver Substanzen, einschließlich Alkohol und Tabak, auf und in der Nähe von Schulgeländen sowie bei allen Veranstaltungen mit Sponsorenstatus kontrollieren.
Ätiologie-Modell	Dieses Modell umfasst die Mikro- und Makroebene, die Menschen vom Säuglings- bis zum Erwachsenenalter beeinflussen. Die Umgebungen interagieren mit den persönlichen Eigenschaften von Individuen, welche sie wiederum mehr oder weniger einem Risiko für Substanzkonsum und anderen Problemverhaltensweisen aussetzen. Diese Umgebungen operieren auf zwei Ebenen. Die Makroebene schließt das weitere Umfeld wie die Nachbarschaft, die Kommune, den Staat oder das Land ein. Die Mikroebene umfasst das nähere Umfeld der Einzelperson, wie zum Beispiel Familien, Gleichaltrige, Schulen, Gemeinschaftseinrichtungen und Arbeitsplatz.
Best practice/ vorbildliche Praxis	Die beste Form der Anwendung verfügbarer Evidenzen für aktuelle Aktivitäten im Substanzbereich.
Drug Checking	Chemische Analyse von biologischen Proben (einschließlich Blut, Urin, Haaren und Schweiß), um das Vorhandensein von Substanzen oder deren Abbauprodukten nachzuweisen.
Durchführung einer Intervention	Die Art und Weise der Umsetzung einer Intervention oder Strategie. Beinhaltet auch die Antizipation der Bereitschaft der Zielgruppe gegenüber der Durchführung. Zum Beispiel: Nutzung interaktiver Unterrichtsstrategien für Jugendliche und Erwachsene, Angebot von Elternprogrammen zu Tageszeiten, die für Familien geeignet sind, das Monitoring der Umsetzung einer Intervention, um die Wiedergabegenauigkeit der Kernelemente der Intervention zu erhöhen.
Effektivität	Die Effektivität gibt Auskunft über das Ausmaß, in welchem eine Intervention (Technologie, Behandlung, Verfahren, Dienstleistung oder Programm) mehr Positives als Schädliches bewirkt, wenn sie unter optimalen Bedingungen durchgeführt wird.
Empfänger	Person oder Gruppe, an die eine Botschaft gerichtet ist.
Empirisch	Basierend auf Beobachtungen und Experimenten und den daraus ermittelten Daten
Empirisch validierte Forschung	Forschung basierend auf Beobachtungen und Experimenten und den daraus ermittelten Daten, die systematisch bestätigt und belegt wurden.
Forschung	Forschung ist definiert als "eine systematische Untersuchung, einschließlich Entwicklung, Erprobung und Evaluation, die entworfen wurde, um verallgemeinerbares Wissen zu entwickeln oder dazu beizutragen" [US Federal §45CFR46.102 (d)].
Implementierung	Die tatsächliche Durchführung einer Präventionsmaßnahme, einer Strategie oder vorzugsweise mehrerer Interventionen und Strategien, da Forschungen gezeigt haben, dass eine Kombination stärkere Auswirkungen auf Populationen haben kann.
Implementationsysteme	Mehrere Komponenten von Interventionen, die miteinander verbunden sind, um ein bestimmtes Ergebnis zu erzielen. Oft erfordert dies eine spezielle Reihenfolge der Komponenten, um effektiv zu sein.

Infrastruktur	Allgemein: Die grundlegenden physischen und organisatorischen Strukturen und Einrichtungen, die für das Funktionieren einer Gesellschaft erforderlich sind (Oxford Dictionaries). In diesem Curriculum umfasst die Infrastruktur die kommunalen Verbände, Schulungen und technische Unterstützung sowie finanzielle und personelle Ressourcen, die zur Umsetzung evidenzbasierter Präventionsmaßnahmen benötigt werden.
Interne Validität	In welchem Ausmaß wurden die Ergebnisse einer Präventionsintervention durch die Intervention selbst bewirkt? Sofern sie in einem hohen Ausmaß auf die Intervention zurückzuführen sind, liegt eine hohe interne Validität vor.
Intervention	Konzentriert sich auf die Veränderung von Lebensverläufen, indem positive Entwicklungsergebnisse gefördert und riskantes Verhalten reduziert wird.
Interventionsinhalt	Ziele einer Intervention und welche Informationen, Fähigkeiten und Strategien verwendet werden, um die gewünschten Ziele zu erreichen. Sie können zum Beispiel sowohl die Widerstandsfähigkeit gegen Peer-Druck, als auch die Entwicklung sozialer Normen oder familiäres Kommunikationstraining umfassen.
Interventionsmediatoren	Faktoren, die die Intervention beeinflussen möchte und die direkt mit den gewünschten Ergebnissen verknüpft sind.
Interventionsstruktur	Aufbau und Organisation der präventiven Intervention oder Strategie. Zum Beispiel die notwendige Anzahl von Sitzungen oder Booster-Sessions (Verstärker- oder Auffrischungssitzungen); die Organisation von Sitzungen.
Kognitive Fähigkeiten	Die Fähigkeit von Menschen, selbst zu denken und Probleme vernünftig anzugehen, Probleme zu konzeptualisieren und zu lösen, Schlüsse zu ziehen und Lösungen durch Analysen zu finden.
Kollaborative Evaluation	Ein kollaborativer Ansatz, bei dem die Mitarbeiter des Programms und der Evaluation in einem Team zusammenarbeiten. Weitere Teammitglieder können im Rahmen eines Kooperationsmodells auch Stakeholder mit einem Interesse an den Ergebnissen der Präventionsmaßnahme sein. Dabei ist jedoch wichtig, dass Teamrollen, Aktivitäten, Verantwortlichkeiten und Interaktionen klar definiert sind.
Kommune	Eine geografisch definierte Einheit, in der wirksame Präventionssysteme entwickelt und implementiert werden können. Die meisten Präventions-Koordinatoren arbeiten auf verschiedenen Ebenen einer Kommune, die auch die breitere Gemeinschaft umfassen können – dies betrifft das Umfeld auf der Makro-Ebene und schließt auch viele Settings auf der Mikro-Ebene ein.
Kommunale Multi-Komponenten-Initiativen	Diese umfassen im Allgemeinen eine breite Palette evidenzbasierter Interventionen und Strategien, die einen Einfluss auf viele Altersgruppen in vielen Settings haben können. Zu den typischen Bemühungen gehören die Unterstützung der Durchsetzung der Tabak- und Alkoholpolitik, Interventionen und Richtlinien in Schulen und familienbasierte Maßnahmen.
Kosteneffizient	Wirtschaftlich sinnvoll.
Kurzinterventionen	Systematische, fokussierte Prozesse, die potenziellen Substanzkonsum ermitteln und Individuen dazu motivieren wollen, ihr Verhalten zu ändern. Das Ziel besteht darin, den Gebrauch risikoreicher Substanzen zu reduzieren, bevor Personen abhängig oder süchtig werden.
Massenmedien	Die allgemeine Kategorie der Kommunikation, einschließlich Fernsehen, Radio, Rundfunk, Zeitungen usw., die eine breite Gruppe von Menschen erreichen.
Medien	Jede Form der Massenkommunikation, darunter fallen Fernsehen, Radio, Zeitschriften, Zeitungen, Plakate, Reklametafeln, Facebook, Twitter, YouTube, E-Magazine usw.
Medienbasierte Prävention	Nutzung der Massenmedien, in der Regel durch koordinierte Kampagnen, um die Initiation von Substanzkonsum zu verhindern oder um Einzelpersonen dazu zu ermutigen, den Konsum einer Substanz einzustellen.

Medienkampagne	Eine Reihe geplanter Aktivitäten oder eine Kombination von Aktivitäten, mit denen Einzelpersonen und Gruppen überzeugt werden sollen.
Medienkommunikation	Die Botschaften, die von den Medien übertragen werden, können nur Wörter, nur Bilder oder eine Kombination von Wörtern und Bildern umfassen. Wenn richtig entwickelt, sollte die übermittelte Kommunikation und die Botschaft, die das Publikum erhält, die gleiche sein.
Messaging	Prozess, durch den überzeugende Kommunikation entwickelt wird. Dieser beschäftigt sich mit den überzeugenden Komponenten der Kommunikation, um die Überzeugungen und Handlungen von Menschen zu beeinflussen.
Messungen auf individueller Ebene	Messungen, die mit individuellen Befragungen und nicht mit ganzen Gruppen durchgeführt werden.
Monitoring (Prozessevaluation)	Während des laufenden Prozesses wird Stakeholdern regelmäßig Feedback zu den Fortschritten bei der Erreichung ihrer Ziele und Vorgaben gegeben.
Nachfragereduktion	Substanzkonsum von Jugendlichen wird durch die Vermittlung von Werten, Normen, Überzeugungen und Einstellungen, die Substanzkonsum als negativ bewerten, sowie Fähigkeiten der Widerstandsfähigkeit gegenüber Gleichaltrigen (Beim Angebot von Substanzen, "Nein" sagen) verhindert oder zumindest verzögert.
Nachhaltigkeit	Die langfristige, qualitativ hochwertige Umsetzung von evidenzbasierten Interventionen und die Implementierungssysteme, die ihre Fortsetzung unterstützen.
Nicht-übertragbare Krankheiten	Eine Krankheit, die nicht von einer Person auf eine andere übertragen werden kann.
Politische Entscheidungsträger	Jemand, der über eine neue Strategie für eine Regierung, eine politische Partei usw. entscheidet (Cambridge Dictionary, 2017).
Prävention	Zielgerichtete Maßnahmen und Aktivitäten, um Krankheiten oder gesundheitliche Schädigungen zu vermeiden, das Risiko der Erkrankung zu verringern oder ihr Auftreten zu verzögern.
Programm	Eine spezifische manualisierte und benannte Intervention.
Psychoaktive Substanzen	Psychoaktive Substanzen sind Substanzen, die, eingenommen oder verabreicht mentale Prozesse beeinflussen, z.B. die Wahrnehmung oder Affekte. Der Ausdruck "Psychoaktive Substanzen" und sein Synonym, "psychotrope Substanzen", sind der neutralste und deskriptivste Begriff für die gesamte Klasse der legalen und illegalen Substanzen, die für die substanzbezogene Politik von Interesse sind. "Psychoaktiv" ist nicht gleichzusetzen mit "abhängigkeitserzeugend". Im allgemeinen Sprachgebrauch wird der Begriff oft nicht genannt, ebenso wie "Substanzkonsum" (drug use) oder "Substanzmissbrauch" (substance use) (WHO).
Publikum	Die Zielgruppe einer Kommunikation; an wen die Botschaft gerichtet ist.
Quelle	Die Person oder Organisation, die eine Botschaft übermittelt oder eine Information bereitstellt.
Reichweite	Bezieht sich auf die Reichweite der Medien, also das Ausmaß, in dem eine Botschaft die Zielgruppe erreicht.
Reliabilität einer Messung	Wie beständig sind die Messungen im zeitlichen Verlauf? Wird auch als Konsistenz bezeichnet.
Risikofaktoren	Merkmale, die mit persönlichen vulnerablen Faktoren interagieren. Sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit des Substanzkonsums.
Schutzfaktoren	Merkmale, die die Wahrscheinlichkeit des Substanzkonsums verringern.
Sozialisation	Lebenslanger Prozess, durch den kulturell angemessene und akzeptable Einstellungen, Normen, Überzeugungen und Verhaltensweisen übertragen und verinnerlicht werden.
Stakeholder	Eine Person, Gruppe oder Organisation, die Interessen oder Anliegen gegenüber einer Organisation hat, die von einer Handlungsweise betroffen ist.

Stigma	Eine Reihe negativer und oft unfairer Überzeugungen, die eine Gesellschaft oder eine Gruppe von Menschen über ein Thema haben. Missbilligung persönlicher Eigenschaften oder Überzeugungen, die gegen kulturelle Normen verstoßen. Stigmatisierung führt oft zu Statusverlust, Diskriminierung und Ausschluss von einer sinnhaften Teilhabe an der Gesellschaft.
Substanzkonsum	Der Konsum von bestimmten Substanzen. Substanzen können als Tabakprodukte, Alkohol, Inhalationsmittel und andere Substanzen wie Heroin, Kokain, Cannabis sowie psychoaktive verschreibungspflichtige Medikamente definiert werden.
Substanzgebrauchsstörung	Substanzgebrauchsstörungen umfassen eine Vielzahl von Problemen, die sich aus dem Gebrauch von Substanzen ergeben. Dazu gehören Abhängigkeit und körperliche Schäden, aber auch nachteilige soziale Folgen wie die Nichterfüllung sozialer, familiärer, schulischer oder beruflicher Verpflichtungen. Wichtig ist, dass der Einzelne trotz wiederholter psychischer und physischer Schäden weiterhin Substanzen konsumiert. Die bekanntesten Beschreibungen von Substanzgebrauchsstörungen sind im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) der American Psychiatric Association und in der International Classification of Diseases (ICD-11) der Weltgesundheitsorganisation enthalten.
TOT Model	Training of Trainers Model Ein Kaskadenmodell, bei dem Personen, die als Trainer zertifiziert sind, die Ausbildung neuer Fachkräfte sicherstellen können.
Umfeld auf der Makroebene	Das weitere Umfeld der Einzelperson. Beispiele: soziales und physisches Umfeld, Nachbarschaft, Wirtschaft, politisches Umfeld, als negativer Einfluss beispielsweise auch soziale und Naturkatastrophen.
Umfeld auf der Mikroebene	Beispiele: Familien, Peers, Schulverwaltungen, Kirchenvertreter, Arbeitsplatzverwalter und Kollegen.
Überwachung (elterlich)	Eine effektive Erziehungsstrategie, bei der Eltern wissen, wo ihre Kinder sind und was sie tun.
Überzeuger	Eine Person oder Organisation, die versucht, die Meinungen, Einstellungen, Überzeugungen oder Verhaltensweisen anderer zu ändern.
Überzeugung	Der Akt der Beeinflussung anderer, um eine Anpassung von Überzeugungen, Glaubenssätzen oder Positionen herbeizuführen oder Verhaltensweisen zu ändern.
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
UPC-Adapt	Name des Projekts, das die Anpassung des Universal Prevention Curriculums erarbeitet hat. Dieses Projekt wurde von der Europäischen Kommission finanziert. Elf Partner aus neun europäischen Ländern haben an diesem Projekt mitgewirkt.
Verhältnisprävention	Verhältnisbasierte Interventionen beinhalten Richtlinien, Vorschriften und Gesetze, die den Zugang zu und die Verfügbarkeit von Substanzen, insbesondere für Jugendliche, regeln. Gesetze und ihre Durchsetzung beeinflussen auch die Normen in Bezug auf Substanzkonsum. Die meisten Forschungsarbeiten beziehen sich auf Maßnahmen zur Kontrollierung von Alkohol und Tabak. Verhältnisbezogene Maßnahmen beziehen sich oft auf den Kontext, in welchem das Verhalten (Substanzkonsum) stattfindet, sei es innerhalb von Kommunen oder an bestimmten Orten wie Bars, Parks oder auf Veranstaltungen.
Verstärkung	Aus Überzeugung einen Anreiz anhand der gelieferten Informationen akzeptieren.
Verhaltensbezogene Interventionen	Diese Interventionen richten sich unmittelbar an den Einzelnen, indem sie Einstellungen und Verhaltensweisen in Bezug auf den Substanzkonsum entweder direkt oder durch andere wie Eltern, Lehrer, Arbeitgeber usw. ändern. Dies steht im Gegensatz zur Verhältnisprävention, die in erster Linie auf den Kontext abzielt, in dem Substanzen erworben oder konsumiert werden.

Vulnerabilität	<p>Eine individuelle Disposition, bestimmt durch genetische, psychologische und soziale Faktoren, die die Entwicklung von Risikoverhalten und psychischen Störungen wahrscheinlicher macht. Das Gegenstück wird Widerstandsfähigkeit oder Resilienz genannt.</p> <p>(Lessons learned-vulnerable young people and prevention – Federal Office of Public Health, Bern, Switzerland, 2006: www.bag.admin.ch/shop/00010/00207/index.html?lang=en)</p>
Wiedergabegenauigkeit (Fidelity) einer Intervention	Das Maß dafür, wie genau eine Intervention im Vergleich zur ursprünglichen Planung durchgeführt wurde. Die Qualität der Durchführung wird häufig mit Maßen für die Genauigkeit, Dosierung, die Qualität der Durchführung und der dem Interventionsprotokoll hinzugefügten Elemente quantifiziert.
Wirksamkeitsprüfungen	Prüfung ob Interventionen unter "realen" Bedingungen oder in "natürlichen" Settings wirksam sind. Wirksamkeitsprüfungen können auch festlegen, für wen und unter welchen Bedingungen die Intervention wirksam ist.
Zielgruppe	Die Gruppe von Menschen, auf die eine Präventionsfachkraft zu wirken hofft oder an die sich die Überzeugungsversuche richten.

Anhang 4 Informationsblatt

Leitfäden

- Europäische Qualitätsstandards zur Suchtprävention
Die EDPQS enthalten eine Reihe von Grundsätzen, die zur Entwicklung und Beurteilung der Qualität der Prävention von Substanzkonsum beitragen. Sie bieten eine umfassende Ressource, die alle Elemente der Prävention des Substanzkonsums (Suchtprävention) umfasst. Die EDPQS wurden von der European Prevention Standards Partnership aus einem von der Europäischen Union mitfinanzierten Forschungsprojekt entwickelt. Das Partnership führte eine Überprüfung und Zusammenfassung der bestehenden internationalen und nationalen Standards sowie Konsultationen mit mehr als 400 Fachleuten in sechs europäischen Ländern durch, um festzustellen, welche Qualitätsstandards für die Suchtprävention gelten sollen¹.
- Council of the European Union (2015), *Council conclusions on the implementation of the EU action plan on drugs 2013-2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union*.
- UNODC/WHO - Internationale Standards zur Prävention des Substanzkonsums
Diese globalen internationalen Standards fassen die derzeit verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse zusammen und beschreiben Interventionen und Strategien, die zu positiven Präventionsergebnissen führen, sowie deren Merkmale. Gleichzeitig identifizieren die globalen internationalen Standards die wichtigsten Komponenten und Merkmale eines wirksamen nationalen Präventionssystems für Substanzkonsum².
- Portal für vorbildliche Verfahren - Standards und Leitlinien: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/guidelines>
- Health and social responses to drug problems: a European guide: http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/health-and-social-responses-to-drug-problems-a-european-guide_en

Datenbanken empfohlener Präventionsprogramme

Name	Land / Region	Website
Grüne Liste Prävention	Deutschland	https://www.gruene-liste-praevention.de/
Wegweiser Prävention	Deutschland	https://www.wegweiser-praevention.de/
Xchange	Europa	http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange_de
Portal für vorbildliche Verfahren	Europa	http://www.emcdda.europa.eu/best-practice_de
Centre for Analysis of Youth Transitions database	Vereinigtes Königreich	http://cayt.mentor-adepis.org/cayt-database/
Blueprints	Vereinigte Staaten von Amerika	https://www.blueprintsprograms.org/
National Registry of Evidence-Based Programs and Practices	Vereinigte Staaten von Amerika	https://www.samhsa.gov/nrepp
Preventing Drug Use among Children and Adolescents	Vereinigte Staaten von Amerika	https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf

² <http://finder-akademie.de/internationale-standards>

Über diese Publikation

Dieses Manual wurde vorrangig als Referenzmaterial für die Weiterbildungskurse zum Europäischen Präventionscurriculum (EUPC) konzipiert. Darüber hinaus ist es eine allgemeine Einführung in die Präventionsforschung und wissenschaftsbasierte Interventionen. Das Weiterbildungscurriculum wurde im Rahmen eines europäischen Forschungsprojekts entwickelt, das von der Europäischen Kommission kofinanziert wurde.

Über FINDER

FINDER ist eine 2013 an der Universität Heidelberg gegründete und in Berlin ansässige gemeinnützige Wissenschafts- und Bildungsorganisation, die sich der Professionalisierung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland und Europa widmet.