

NACHHALTIG WIRKSAME SUCHTPRÄVENTION ERFOLGREICH GESTALTEN

Empfehlungen für Praktiker_innen

Hermann Schlömer und Tanja Hoff

KatHO NRW 
Aachen | Köln | Münster | Paderborn
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

 **ISD**
Institut für interdisziplinäre
Sucht- und Drogenforschung

 Deutsches Institut für Sucht-
und Präventionsforschung

Die folgenden Empfehlungen konkretisieren und ergänzen das 2014 erschienene „Kölner Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen“¹ (im Folgenden: *Kölner Memorandum*) für die suchtpräventive Praxis. Sie basieren auf einer Evaluation des Kölner Memorandums, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gefördert wurde. Die Empfehlungen sollen als Handlungsanleitung Fachkräften und Leiter_innen von Fachstellen für Suchtprävention und Prävention von Glücksspielproblemen sowie bei Bedarf auch ihren Multiplikator_innen² helfen, die Qualität der Suchtprävention und ihre nachhaltige Wirksamkeit zu sichern und damit eine evidenzbasierte Suchtprävention in Deutschland zu etablieren.

Zum Grundverständnis evidenzbasierter Suchtprävention

Erfolgreiche Suchtprävention ergibt sich aus „der gewissenhaften, vernünftigen und systematischen Nutzung vorliegender wissenschaftlicher Erkenntnisse, des Erfahrungswissens der Praxis und dem subjektiven Wissen der Zielgruppen bei der Planung und Umsetzung suchtpräventiver Maßnahmen“ (*Kölner Memorandum*, S. 3). Deshalb ist die Gewinnung neuen Wissens Aufgabe sowohl der Forschung als auch der Praxis mit ihren Erkenntnissen und ihrem Zugang zu den Zielgruppen. In der im Anhang zu findenden Präambel werden die wichtigsten Aussagen und Empfehlungen des *Kölner Memorandums* übersichtlich und komprimiert dargestellt.

Nicht jedes neu entwickelte Projekt muss beforscht werden. So ist eine Beforschung nicht erforderlich, wenn das Projekt genügend Qualitätsmerkmale erfolgreich evaluierter Suchtpräventionsmaßnahmen übernimmt. Das ist z. B. der Fall, wenn Projektmodule die Standfestigkeit sowie emotionale und soziale Lebenskompetenzen fördern, Familien und Peers einbeziehen oder inklusiv ausgerichtet sind (vgl. EMCDDA, S. 13–142³, UNODC/WHO⁴ sowie Bühler und Thurl 2013).

1 https://www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/KatHO/Bilder/Bilder_zu_Pressemitteilungen/ab_2014/KoelnerMemorandum_EBSP2014.pdf

2 Lehrkräfte, Schulsozialarbeiter_innen, Erzieher_innen, Jugendhilfemitarbeiter_innen sowie Leiter_innen von Schulen, Kindertagesstätten und Jugendhilfeeinrichtungen etc.

3 EMCDDA, 2013, https://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_218446_EN_TD0113424ENN.pdf

4 <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>

1.

BEDARFSANALYSE UND ERSTE SCHRITTE DER PROJEKTPLANUNG

Die folgenden drei Empfehlungen helfen bei der Planung nachhaltig wirksamer Suchtpräventionsprojekte.

- a) Wenn Sie in Ihrem Praxisfeld einen neuen Bedarf erkennen, sollten Sie zunächst eine genaue Problemanalyse durchführen oder veranlassen und die konkreten Bedarfe ermitteln. Hilfreich sind hier z. B. kommunale Netzwerktreffen, Gespräche mit Multiplikator_innen, die Auswertung verfügbarer Daten und die Befragung von Betroffenen.
- b) Für eine zielorientierte Projektplanung empfiehlt es sich, vorhandene und bewährte Instrumente zu nutzen: z. B. „ZOPP Lite“⁵, die Planungsvorgaben des Spitzenverbandes Bund der gesetzlichen Krankenkassen für verhältnis- und verhaltensbezogene Suchtprävention und Stressbewältigung in Lebenswelten und Betrieben⁶ oder „Quintessenz“⁷ aus der Schweiz. Darüber hinaus bieten auch die „European drug prevention quality standards: a quick guide“⁸ bzw. die deutsche Fassung der Thüringischen Fachstelle Suchtprävention⁹ eine gute Planungshilfe.
- c) Bevor Sie sich für eine vorhandene Maßnahme entscheiden oder selbst eine neue entwickeln, sollten Sie die Zielgruppen genau definieren und spezifische, messbare, akzeptierte, realistische, termingebundene – also sogenannte smarte – Ziele formulieren (vgl. *Kölner Memorandum*, S. 23).

5 ZOPP (Zielorientierte Projektplanung), ein Planungsinstrument der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), ist aktuell auf der BZgA-Website nicht präsent. Basierend auf ZOPP wird in der BZgA zurzeit an weiteren Tools gearbeitet. Daher bietet sich zunächst die Nutzung der auch leichter handhabbaren Hamburger ZOPP-Lite-Version an: https://www.sucht-hamburg.de/images/dateien/HH_ZOPP_lite.pdf

6 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barrierefrei.pdf. Hilfreich sind hier vor allem die Abbildungen 3 und 9 (S. 28 und 105) und die Hinweise dazu in 4.3 (S. 25–29) und 6.3. (S. 94–98), die schwerpunktmäßig auf Tabak und Alkohol bezogenen Konkretisierungen für die Suchtprävention sowie für die Stressbewältigung in Kommunen, Kindertagesstätten, Schulen und Betrieben (S. 31–47, 75–88, 117–121).

7 <https://quint-essenz.ch/de/community>, Menüpunkt „Grundlagen“, vgl. auch Kölner Memorandum, S. 23

8 EMCDDA, 2013, http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_218446_EN_TD0113424ENN.pdf

9 Die deutsche Fassung „Europäische Qualitätsstandards zur Suchtprävention“ ist nur bei der Thüringischen Fachstelle Suchtprävention unter <https://thueringer-suchtpraevention.info/europaeische-qualitaetsstandards-zur-suchtpraevention-edpqs> kostenfrei über ein Bestellformular zu beziehen.

2.

PROJEKTAUSWAHL FÜR DEN ANALYSIERTEN BEDARF

Es gibt bereits viele hervorragende und sowohl wissenschaftlich als auch in der Praxis erprobte Maßnahmen, mit denen Sucht- und Konsumproblemen in unterschiedlichen gesellschaftlichen Zielgruppen vorgebeugt werden kann. Nicht immer muss „das Rad neu erfunden“ werden.

- a) Bevor Sie personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen für die Entwicklung neuer Projekte mobilisieren und investieren, sollten Sie andere Fachstellen sowie Ihre Landeskoordinierungsstelle nach geeigneten Projekten für Ihren Bedarf fragen. Diese Stellen helfen Ihnen auch gerne bei der Prüfung, ob
 - in Datenbanken wie „Grüne Liste Prävention“ (GLP)¹⁰ und „Exchange on Drug Demand Reduction Action“¹¹ Maßnahmen gelistet sind, die nachgewiesenermaßen oder wahrscheinlich effektiv bzw. nützlich und für Ihre Situation passend sind und übernommen werden könnten (vgl. *Kölner Memorandum*, S. 23). Zu beachten ist jedoch, dass in diesen beiden Datenbanken nur Projekte für Endadressaten zu finden sind. Die GLP führt zudem Projekte auf, die nicht nur für Suchtprävention, sondern auch für andere Problembereiche wie z. B. Gewalt als wirksam bzw. wahrscheinlich wirksam bewertet wurden;
 - bei Inforo/Prevnet¹², in anderen Kommunen, Bundesländern oder Staaten ein für Ihre Situation weitgehend passendes und erprobtes Projekt existiert, das Sie übernehmen und ggf. anpassen können.
- b) Eine gute Hilfestellung bietet auch die von der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS) erstellte Übersicht von Interventionsansätzen mit nachgewiesener Wirksamkeit, die die wichtigsten Ergebnisse der Expertise Suchtprävention 2013 für verschiedene Settings darstellt und zu empirisch belegten Risikofaktoren und einigen Schutzfaktoren in Beziehung setzt (siehe Anhang 2).
- c) Übernehmen Sie keine ineffektiven und vielleicht sogar schädlichen suchtpreventiven Maßnahmen, wie sie von der Europäischen Gesellschaft für Präventionsforschung beschrieben werden¹³.

10 GLP: <https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information>

11 EDDRA: insbesondere unter „Implementation“ die neue Fassung „About Xchange ratings“, <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange>

12 <https://www.inforo.online/prevnet>

13 <http://euspr.org/position-euspr-on-harmful-approaches/>

3.

ÜBERNAHME WIRKSAMER PROJEKTE

Nicht alle auf den ersten Blick geeignet erscheinenden Projekte können zur Erreichung Ihrer Ziele problemlos 1:1 übernommen werden.

- a) Wenn Sie Projekte aus den Datenbanken, von Inforo/Prevnet, anderen Fachstellen, Kommunen, Bundesländern oder Staaten übernehmen wollen, müssen Sie diese evtl. für Ihre Zielgruppen und Settings anpassen und dabei wichtige inhaltliche und methodische Merkmale verändern. Überprüfen Sie in diesem Fall entweder mithilfe interner oder, wenn dafür ausreichend Mittel verfügbar sind, durch externe Evaluation, ob Ihre Ziele auch mit den angepassten Maßnahmen erreicht werden können.
- b) Nicht jede kleine Projektveränderung bedarf einer erneuten Wirksamkeitsprüfung. Kriterien für die Übertragbarkeit von Projekten auf Ihre jeweiligen Bedingungen sind:
 - ▶ gleiche oder ähnliche Zielgruppen bzgl. Alter, Geschlecht, sozialer Lage,
 - ▶ weitgehend gleiche Ziele im Präventionskonzept,
 - ▶ ein gleiches oder ähnliches Setting (z. B. 5. statt 6. Schulklasse),
 - ▶ vergleichbare personelle und finanzielle Ressourcen sowie beteiligte Hilfesysteme.
- c) Zur Qualitätssicherung bei der Übernahme und ggf. Anpassung von Maßnahmen ist eine partnerschaftliche Beratung mit erfahrenen Fachkolleg_innen und Forscher_innen sinnvoll (vgl. *Kölner Memorandum*, S. 22). Das ist natürlich nur möglich, wenn die entsprechenden Netzwerke und Ressourcen vorhanden sind.

4.

ENTWICKLUNG NEUER MASSNAHMEN

Wenn Sie eine neue Maßnahme entwickeln müssen, um Ihre Ziele zu erreichen, sollte dies auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse geschehen, damit die Qualität der Maßnahme gesichert ist. Dabei gilt es auch wichtige ethische Fragen zu klären, z. B. zur Freiwilligkeit der Teilnahme an Forschungsvorhaben oder zur Vertraulichkeit und Anonymität im Umgang mit erhobenen Daten. Hier sind die folgenden Empfehlungen hilfreich:

- a) Holen Sie sich nach Möglichkeit Rat und Unterstützung in Netzwerkgruppen der Suchtpräventionsfachstellen Ihrer Region bzw. Ihres Bundeslandes, und halten Sie Rücksprache mit Ihren Landeskoordinator_innen. Ebenso empfehlenswert ist eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Forscher_innen, sofern die dafür notwendigen Kontakte und Strukturen vorhanden und zugänglich sind. Denn es kommt darauf an, dass
- Inhalte und Methoden der Maßnahme Ihren Zielgruppen entsprechen, der Erreichung Ihrer Ziele dienen und Merkmale aufweisen, die nachgewiesenermaßen Erfolg versprechen. Dazu zählen z. B. Module zur Förderung von Standfestigkeit oder emotionalen und sozialen Lebenskompetenzen, die Einbeziehung von Familien und Peers oder die inklusive Ausrichtung der Maßnahme (vgl. EMCDDA, S. 13–142, bzw. Thüringische Fachstelle Suchtprävention, UNODC/WHO sowie Bühler und Thrul 2013).
 - Ihre Maßnahmen zum Konsumverzicht/zur Konsumreduktion beitragen oder empirisch belegte Schutzfaktoren fördern bzw. Risikofaktoren reduzieren¹⁴).
- b) Empirische und theoretische Grundlagen für eine nachhaltig wirksame Suchtpräventionspraxis liefern insbesondere die Disziplinen Soziale Arbeit, Pädagogik, Psychologie, Erziehungs-, Kommunikations-, Sozial- und Gesundheitswissenschaften (z. B. Bandura: soziales Lernen am Modell; Hurrelmann: Funktionalität abweichenden Verhaltens und Wirkung von Stigmata; Antonovsky: Salutogenese). Dafür sprechen auch die großen Unterschiede zwischen Suchtprävention und -forschung auf der einen und der kurativen Medizin auf der anderen Seite, die in den beiden folgenden Tabellen übersichtlich dargestellt sind (*Kölner Memorandum*, S. 10f.).

INHALTLICHE UNTERSCHIEDE UND BEZÜGE ZWISCHEN KURATIVER MEDIZIN UND SUCHTPRÄVENTION	
Kurative Medizin	Suchtprävention
Biomedizinisches Modell	Biopsychosoziales Modell
Krankheitsbehandlung	Gesundheitserhaltung
Zielsetzung: Intervention zur Heilung/Linderung eines definierten Krankheitsbildes	Zielsetzung: Risikoreduktion und Schutzfaktorenstärkung
speziell in der Suchtmedizin: Ziel der Verhaltensänderung	Ziel der Verhaltensänderung aber auch andere Zielkriterien: z.B. Wissen, Einstellungen, Risiko- und Schutzfaktoren, Lebensstile, (Gesundheitsverhalten), Selbstwirksamkeit
Einflussfaktoren auf ein bestehendes Problem	Einflussfaktoren auf ein zukünftiges Problem
Zielgrößenmessung meist über objektive Parameter	Zielgrößenmessung meist aus Selbstbericht
Forschung an selektierten Patientengruppen	Forschung an sehr heterogenen Zielgruppen

Tab. 1: Inhaltliche Unterschiede und Bezüge zwischen kurativer Medizin und Suchtprävention im Kontext der Evidenzbasierung

14 Insbesondere die Tabelle 1 auf S. 772f. gibt eine gute Übersicht über Risiko- und Schutzfaktoren in Bezug auf Zigarettenrauchen, <https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797%2816%2930094-0/fulltext>. Wie Ryan et al. (2010), die in ihrer Metaanalyse von 77 Langzeitstudien elterliche Einflussfaktoren im Hinblick auf den Einstieg in den Alkoholkonsum und die Trinkmenge ihrer Kinder ermittelt haben, gehen auch Wellman et al. (2016) davon aus, dass etliche Risiko- und Schutzfaktoren wie positive und negative Ausprägungen von Einflussfaktoren gewertet werden können. Zu Schutz- und Risikofaktoren finden sich auch bei Bengel et al. (2009, S. 45ff.) sowie bei Bühler und Bühlinger (2015, S. 59) hilfreiche Informationen.

Diese Tabelle beschränkt sich auf die sogenannte *Verhaltensprävention*, d. h. die Beeinflussung des menschlichen Verhaltens. Daneben sind für suchtpreventive Erfolge auch verhältnispräventive Maßnahmen wie z. B. Jugendschutzgesetze, die Einschränkung der Verfügbarkeit von Substanzen, Rauchverbote in Schulen sowie Nichtraucherschutz in öffentlichen Einrichtungen und Restaurants bedeutsam.

METHODISCHE UNTERSCHIEDE IN DER EVIDENZGENERIERUNG ZWISCHEN KURATIVER MEDIZIN UND SUCHTPRÄVENTION	
Kurative Medizin	Suchtprävention
unerwartete Interventionseffekte meist klein und vorhersehbar	unerwartete Interventionseffekte größer und häufiger nicht vorhersehbar
Wechselwirkungen verschiedener medizinischer Interventionen sind meistens bekannt	Wechselwirkungen verschiedener Interventionen sind meistens unbekannt
Einflussnahme externer Akteure (z.B. ergänzende gesundheitspolitische Maßnahmen) eher synergistisch	Einflussnahme externer Akteure (z.B. Werbemaßnahmen der herstellenden Industrie) eher kontraproduktiv
Kenntnisstand zu Grundlagen umfangreich	Kenntnisstand zu Grundlagen eher geringer
Placebowirkung bei Behandlung stärker erforscht	Placebowirkung bei Präventionsmaßnahmen unbekannt
Kontrollgruppen meist rekrutierbar	Herstellung einer Kontrollgruppe (im Sinne einer unbehandelten oder einer nicht von der Intervention erfassten Gruppe) ist deutlich schwieriger
Zielgruppe: Patient/-innen, meist mit (krankheitsbedingtem) Leidensdruck und Therapiemotivation	Zielgruppe: Klient/-innen, meist ohne Leidensdruck, Motivationslage zur Veränderung ambivalent

Tab. 2: Methodische Unterschiede in der Evidenzgenerierung zwischen kurativer Medizin und Suchtprävention

- c) Wenn Sie die Entwicklung eines neuen Projekts für notwendig halten oder ein solches von politisch Verantwortlichen oder anderen Auftraggeber_innen verlangt wird, berücksichtigen Sie die in Tabelle 3 dargestellten Dimensionen evidenzbasierten Handelns und die entsprechenden Hinweise zu Inhalten und Vorgehen (*Kölner Memorandum*, S. 14).
- d) Darüber hinaus ist es wichtig, bei der Projektplanung die Einschätzungen und Empfehlungen von Personen, die zur Zielgruppe gehören, zu ermitteln und zu berücksichtigen.
- e) Mit theoretisch plausiblen Begründungen für das Design Ihrer Maßnahme sorgen Sie für eine gute Qualität des Projekts. So kann z. B. ein schulischer Elternabend mit Informationen sowie Reflexions- und Verhaltensübungen zum Thema Alkoholkonsum zwar das allgemeine Kommunikationsverhalten der Eltern nicht beeinflussen, aber Sie können davon ausgehen, dass überzeugende Informationen die teilnehmenden Eltern zur kritischen Hinterfragung der eigenen Haltung anregen und zusammen mit den Übungen zum Schutzfaktor „Kritische Haltung der Eltern gegenüber dem Alkoholkonsum ihrer Kinder“ beitragen (vgl. Bühler 2014, S. 42f.). Und auch wenn ein Suchtpräventionsprogramm an einer Schule das Konsumverhalten der Schüler_innen kurzfristig nicht nachhaltig verändert, kann ein dadurch bewirktes besseres Klassen- und Schulklima den Schutzfaktor „Zugehörigkeitsgefühl“ verstärken (vgl. Bühler und Bühringer 2015, S. 59).

f) Für die Qualitätsprüfung kann es ausreichen, ein neues Projekt im Rahmen eines Erprobungsdurchlaufs intern zu evaluieren. Wenn jedoch für eine externe Evaluation genügend Finanzmittel verfügbar sind, ist es ratsam, das Projekt extern evaluieren zu lassen. Bei beiden Evaluationsverfahren sind neben der Wirksamkeitsprüfung auch Aspekte der Prozessevaluation wie Erreichbarkeit der Zielgruppe, Akzeptanz bei Akteuren, Zielgruppe und Auftraggeber sowie die Durchführbarkeit in der Praxis von Bedeutung. Ob eine externe Evaluation notwendig ist, hängt auch von der Fragestellung der Evaluation ab. So kann z. B. die Erreichbarkeit einer Zielgruppe oft gut durch eine interne Evaluation erfasst werden, während komplexere Fragen wie z. B. die nach der Wirksamkeit eher durch eine externe Evaluation geklärt werden sollten.

DIMENSIONEN EVIDENZBASIERTEN HANDELNS IN DER SUCHTPRÄVENTION		
Dimensionen evidenzbasierten Handelns	Inhalte	Vorgehen
Konzeptionsbegründung	<ul style="list-style-type: none"> • relevante Theorien • empirische Erkenntnisse (Risiko-/Schutzfaktoren, Wirksamkeit von Methoden, Bezug von Verhalten und Verhältnis, Zielgruppenfaktoren) • Praxiswissen (professionelles Erfahrungswissen) • Zielgruppenwissen (Einschätzungen, Empfehlungen) • Kontextwissen • Klärung relevanter ethischer Fragen 	Nutzung von tauglichen Instrumenten zur Sicherung der vorgeannten Kriterien angemessene Dokumentation
Konzeptionsrealisierung	<ul style="list-style-type: none"> • Erreichbarkeit der Zielgruppe • Qualifikation der Akteure • Konzepttreue inkl. begründeter Abweichungen • Akzeptanz durch Akteure • Akzeptanz durch Zielgruppe • Akzeptanz durch Auftraggeber 	Nutzung von tauglichen Instrumenten im Rahmen einer Prozessevaluation angemessene Dokumentation
Bewertung des Handelns	<ul style="list-style-type: none"> • intendierte und nicht intendierte Wirkungen 	Nutzung von tauglichen Instrumenten im Rahmen der internen Evaluation angemessene Dokumentation

Tab. 3: Dimensionen evidenzbasierten Handelns in der Suchtprävention

5.

GENERELLES ZUR EVIDENZBASIERTEN SUCHTPRÄVENTION

- a) Bei der Maßnahmenplanung ist es wichtig, sich an professionellem Erfahrungswissen nicht nur der Suchtprävention zu orientieren. Informieren Sie sich auf regionalen und überregionalen Austauschtreffen, Fachkongressen und -tagungen zu Suchtprävention und anderen Gesundheitsthemen. Hilfreich ist auch die Vernetzung und der regelmäßige Austausch mit Kolleg_innen aus anderen Präventionsbereichen wie z. B. der Gewaltprävention (vgl. *Kölner Memorandum*, S. 23).
- b) Um wissenschaftliche Erkenntnisse bei der Übernahme und Anpassung existierender oder der Planung und Umsetzung neuer suchtpreventiver Maßnahmen nutzen zu können, bedarf es einer guten partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Praxis und Forschung. Dafür sind beispielsweise jährliche Tagungen von Landeskoordinator_innen für Suchtprävention ein geeigneter Rahmen. Wichtige Themen für den Austausch: neue Forschungsergebnisse, wirksame Inhalte und Methoden, Fragen und Forschungsanliegen der Praxis und die Nutzung von Datenbanken. Auch die gemeinsame Erprobung und Evaluation neuer Projekte kann im Rahmen solcher Treffen beraten und geplant werden (vgl. *Kölner Memorandum*, S. 22). Ist die räumliche Entfernung zwischen ländlichen Suchtpräventionsfachstellen und städtischen Forschungsinstituten groß, können dafür auch digitale Wege genutzt werden.
- c) Der Erfolg einer Suchtpräventionsmaßnahme hängt wesentlich von der Qualität der Umsetzung ab. Dazu gehört ein angemessener Einsatz von Multiplikator_innen wie z. B. Lehrkräften oder auch Peers, die durch ihre Motivation, Haltung und Kompetenz glaubwürdig wirken und überzeugen. Ebenfalls wichtig sind eine klare Rollen- und Aufgabenverteilung, die Festlegung von Teilschritten und Phasen für die Projektdurchführung, die Aufstellung von Zeitplänen und angemessene Budgetzuteilungen.
- d) Gute Rahmenbedingungen für die Planung, Umsetzung und Auswertung eines Projekts sind ebenso unerlässlich für sein Gelingen. Neben finanziellen, personellen und zeitlichen Ressourcen ist hier die Qualifikation der Personen, die die Maßnahme durchführen, von Bedeutung. Aus diesem Grund empfiehlt es sich, einen zertifizierten Abschluss (z. B. eines Masterstudiengangs Suchtprävention oder einer anderen qualifizierten Fortbildung mit Modulen zur Qualitätssicherung und Evidenzbasierung) zur Einstellungsvoraussetzung für in der Suchtprävention tätige Fachkräfte zu machen und ihnen die Teilnahme an entsprechenden Weiterbildungen zu ermöglichen (vgl. *Kölner Memorandum*, S. 23).

ANHANG 1

Präambel

- 1.** Evidenzbasierte Suchtprävention entspricht der gewissenhaften, vernünftigen und systematischen Nutzung der gegenwärtig bestmöglichen theoretisch und empirisch ermittelten wissenschaftlichen Erkenntnisse als auch des Praxiswissens sowie des Wissens der Zielgruppen für die Planung, Implementierung, Evaluation, Verbreitung und Weiterentwicklung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen. Die Generierung neuen Wissens für evidenzbasierte Suchtprävention erfolgt im Kontext von Forschung und Praxis.
- 2.** Evidenz in der Suchtprävention ergibt sich demnach aus der Integration von wissenschaftlich generierter Evidenz, dem Erfahrungswissen aus der Praxis und dem subjektiven Wissen der Zielgruppen. Evidenzbasierte Suchtprävention ist dementsprechend nicht gleichzusetzen mit der Erstellung von Wirksamkeitsnachweisen.
- 3.** Die Verständigung zwischen Forschung und Praxis über zentrale Dimensionen, Inhalte und Vorgehen ist für eine evidenzbasierte Suchtprävention erforderlich und von beiden Seiten gleichermaßen zu fördern.
- 4.** Evidenzbasierte Suchtprävention erfordert zwingend die Diskussion von Wertefragen und deren Entscheidungen in allen Phasen der Nutzung und Genese von Evidenz.
- 5.** Evidenzbasiertes Handeln und Forschen in der Suchtprävention benötigen einen klaren, realistischen Auftrag vonseiten der Auftraggeber, eine angemessene finanzielle Ausstattung und genügend qualifiziertes Personal. Wenn diese Rahmenbedingungen nicht gegeben sind, ist evidenzbasierte Suchtprävention nicht möglich.
- 6.** Evidenzbasierte Suchtprävention ist strukturell bei allen an der Suchtprävention beteiligten Institutionen und Entscheidungsträgern zu verankern.
- 7.** Die nachfolgenden Ausführungen anerkennen grundsätzlich die Limitationen empirisch generierter Evidenz: Nicht alles relevante Wissen für eine wirkungsvolle Suchtprävention kann empirisch erfasst werden, und nicht alles, was empirisch erfasst werden kann, ist für eine wirkungsvolle Suchtprävention relevant.
- 8.** Durch eine konsequente Beachtung und Umsetzung von Evidenzbasierung erwarten wir mittel- und langfristig eine qualitative Verbesserung der Suchtprävention in Deutschland. Eine solche Verbesserung ist aus unserer Sicht unabdingbar.

ANHANG 2

Schutz- und Risikofaktoren des Substanzkonsums und Interventionsansätze im Rahmen der universellen und selektiven Prävention mit nachgewiesener Wirksamkeit.

FAMILIE	INDIVIDUUM	COMMUNITY/GESETZE
<ul style="list-style-type: none"> • Geringe elterliche Wärme • Elterlicher Substanzkonsum • Inkonsistentes Erziehungsverhalten • Monitoring • Teilnahme • Konflikt • Überbehütung • Permissivität • Missbrauch • Konsumnorm • Auszug 	<p>Vor der Geburt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genetische Disposition • Pränatale Disposition • Frühe Kindheit • Schwieriges Temperament <p>Mittlere Kindheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwache Impulskontrolle • Sensation seeking • Schwaches Selbstmanagement • Aggressivität, Antisoziales Verhalten • Ängste, Depressionen • ADHD, Hyperaktivität • Anhaltendes Problemverhalten • Früher Substanzkonsum <p>Jugendalter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermeidendes Coping • Negative Emotionalität • Verhaltensstörungen • Positive Einstellung • Aufmüpfigkeit <p>Frühes Erwachsenenalter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ablehnung konventioneller Erwachsenenrolle • antisoziales Verhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit • Kontrolle des Zugangs • Legale Altersgrenze • Preis • Armut • Modelle
<p>Universelle Prävention Elterntrainings und Familienprogramme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erziehungsverhalten allgemein • Konsumkommunikation • Lebenskompetenzförderung der Kinder • Beeinflussung Familienleben 	<p>MEDIEN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positive Darstellung in Filmen und Werbung 	<p>Universelle Prävention (Gesetze)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preiserhöhung von Tabak und Alkohol • Kontrolle und Sanktion der Abgabe von Tabak und Alkohol an Minderjährige • Einschränkung Alkoholwerbung
<p>Selektive Prävention – Familie z. B. Kinder aus suchtbelasteten Familien oder Familien mit verhaltensauffälligen Kindern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familienhebammen (Erstgebärende in schwierigen sozialen Lagen) • Kompetenztrainings mit verhaltensauffälligen Kindern und deren Eltern • Familienprogramme mit suchtkranken Familien 	<p>Universelle Prävention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erste Evidenz für internet- und computergestützte Präventionsprogramme • Massenmediale Programme nur in Verbindung mit Schulprogrammen 	<p>SCHULE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zugehörigkeits- und Verpflichtungsgefühl • Schulversagen • Tertiäre Bildung • Zurückweisung durch Peers
<p>FREUNDE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deviante Peer Group • Konsum-Normen • Konsum • Entfremdung von Peers 	<p>LEGENDE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schutz- und Risikofaktoren • Interventionsansätze mit nachgewiesener Wirksamkeit 	<p>Universelle Prävention (Schule)</p> <ul style="list-style-type: none"> • alkoholspezifische verhaltensbezogene Interventionen • (Lebens-) Kompetenzprogramme • tabakbezogene Maßnahmen • Kompetenzorientierte umfassende Programme (-> Cannabis und andere illegale Drogen) • interaktive Methoden • Schulklima und Schulaktionsteams
<p>Universelle Prävention (Freizeit und Freunde)</p> <ul style="list-style-type: none"> • mit hoher Wahrscheinlichkeit: qualitativ hochwertig realisierte außerschulische Programme zur Förderung der personalen und sozialen Kompetenz 	<p>Quelle: Bühler, A.; Bühringer, G. Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Konzeption, Stand der Forschung und Empfehlungen. In: BZgA (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Sonderheft 01, Köln 2015, S. 55-67. Abb. Risiko- und Schutzfaktoren des Substanzkonsums [nach National Academy of Science 2009], S. 59, ergänzt um Evidenzbefunde aus der Wirksamkeitsforschung, S. 60ff.; eigene Darstellung.</p> <p>Mit freundlicher Genehmigung übernommen aus NLS (2018): Qualitätssicherung in den Fachstellen für Suchtprävention in Niedersachsen, S.7) Hannover</p>	<p>Selektive Prävention (ältere Jugendliche)</p> <p>In der Schule:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lebenskompetenzprogramme mit zusätzlichen zugeschnittenen Elementen <p>In der Hochschule:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurzintervention mit Anregung zur Reflektion und Motivation zur Veränderung (persönlich)

LITERATURLISTE

- Bengel, J., Meinders-Lücking, F. und Rottmann, N. (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 35. Köln: BZgA
- Bühler, A. und Thurl, J. (2013): Expertise Suchtprävention 2013. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 46. Köln: BZgA
- Bühler, A. (2014): Wie kommt Evidenz in die Praxis? In: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit und BZgA (Hrsg.): Qualität in der Suchtprävention 2013, Dokumentation der Augsburger Fachtagung. Erlangen: LGL, S. 36–45
- Bühler A. und Bühringer G. (2015): Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Konzeption, Stand der Forschung und Empfehlungen. In: BZgA (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Sonderheft 01. Köln: BZgA, S. 55–67
- Bühler, A., Thurl, J. und Gomes de Matos, E. (2020). Expertise zur Suchtprävention 2020. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 52. Köln: BZgA
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2013): European drug prevention quality standards: a quick guide. Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, UK
- EUSPR (European Society for Prevention Research) (Hrsg.) (2019): Position of the European Society for Prevention Research on ineffective and potentially harmful approaches in substance use prevention. Verfügbar unter: <http://euspr.org/position-euspr-on-harmful-approaches/>
- GKV-Spitzenverband (2018): Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Berlin: GKV-Spitzenverband
- Hoff, T. und Klein, M. (Hrsg.) (2015): Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen in Praxis und Forschung. Berlin und Heidelberg: Springer
- Kölner Memorandum: Experten- u. Expertinnengruppe „Kölner Klausurwoche“ (2014): Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen. Köln: Katholische Hochschule NRW
- NLS (Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen e.V.) (2018): Qualitätssicherung in den Fachstellen für Suchtprävention in Niedersachsen. Hannover: NLS. Verfügbar unter: https://nls-online.de/home16/images/nls/Praevention/Qualitätsicherung_in_der_Suchtpraevention.pdf
- Ryan, S., Jorm, A. und Lubman, D. (2010): Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44, 774–783
- Thüringische Fachstelle Suchtprävention (2019): Europäische Qualitätsstandards zur Suchtprävention (nur über die Thüringische Fachstelle Suchtprävention über ein Bestellformular unter <https://thueringer-suchtpraevention.info/europaeische-qualitaetsstandards-zur-suchtpraevention-edpqs> kostenfrei zu beziehen)
- UNODC/WHO (United Nations Office on Drugs and Crime, 2018): International standards on drug use prevention. Second updated edition, New York City. Verfügbar unter: <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/preventionstandards.html>. Vor allem: Resolution adopted by the General Assembly on 19 April 2016, S. 30f.: „Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem“, <https://undocs.org/A/RES/S-30/1> und Resolution 60/7: „Promoting scientific evidence-based community, family and school programmes and strategies for the purpose of preventing drug use among children and adolescents“, https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_60/CNDres_2017/Resolution_60_7_60CND.pdf
- Wellman, R. J. et al. (2016): Predictors of the onset of cigarette smoking: a systematic review of longitudinal population-based studies in youth. American Journal of Preventive Medicine, 51(5), 767–778

IMPRESSUM

Autor_in:

Schlömer, H. * & Hoff, T. * (2020). Nachhaltig wirksame Suchtprävention erfolgreich gestalten: Empfehlungen für Praktiker_innen. Köln, Hamburg: Katholische Hochschule NRW und Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung Hamburg (ISD Hamburg)

Herausgeber

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung
Wörthstraße 10, 50668 Köln

Layout und Satz

KONTURENREICH | Kommunikationsdesign, Matthias Hugo
Brüsseler Straße 86, 50672 Köln

Lektorat

Dörte Fuchs, Freiburg

Diese Publikation wurde im Rahmen eines Kooperationsprojektes der Katholischen Hochschule NRW und des Instituts für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung Hamburg (ISD Hamburg) als Weiterentwicklung des Kölner Memorandums „Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen“ (2014) erstellt.

„Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.“

Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autor_innen.

