

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 basiert auf dem EUPC Manual, das im Rahmen des europäischen Projekts UPC-Adapt entwickelt und von der Europäischen Kommission kofinanziert wurde (Projektnummer JUST-2015-AG-DRUG). Die Adaption und Ausdifferenzierung in die Edition „Gewalt“ wurde von der Stiftung Deutsches Forum Kriminalprävention mit Mitteln des Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz finanziert.

FINDER Akademie, 2021

Die Vervielfältigung ist unter Angabe der Quelle gestattet.

Print 978-3-949067-02-0

PDF 978-3-949067-03-7

Empfohlene Zitierweise: FINDER Akademie (2020), Europäisches Präventionscurriculum: Handbuch zur wissenschaftsbasierten Prävention für Entscheidungsträger, Meinungsbildner und Politiker. Edition Gewalt, Berlin.



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
55	Kapitel 4 Monitoring und Evaluation
	ABSCHNITT II
	Präventionsansätze in verschiedenen Settings
69	Kapitel 5 Prävention im Setting Familie
77	Kapitel 6 Prävention im Setting Schule und Arbeitsplatz
87	Kapitel 7 Verhältnisprävention
95	Kapitel 8 Medienbasierte Prävention
101	Kapitel 9 Prävention im Setting Kommune
105	Kapitel 10 Advocacy für Prävention
107	Abschließende Bemerkungen
108	Literaturverzeichnis
112	Anhang

I DANKSAGUNG

Die FINDER Akademie, vertreten durch Maximilian von Heyden, Vivien Voit und Henrik Jungaberle, bedankt sich bei Peer van der Kreeft, Annemie Coone, Femke 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
DFK	Deutsches Forum für Kriminalprävention
EDPQS	Europäischer Qualitätsstandard 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. Während das Beispielthema der vorliegenden Ausgabe die Prävention von Gewalt ist, können das Curriculum und die darin vermittelten Kompetenzen auch auf andere Bereiche 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 [online](#), zusammen mit Angaben zu aktuellen Anbietern - in Deutschland die gemeinnützige FINDER Akademie in Berlin. Kontaktieren Sie info@finder-akademie.de 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*.

Im Jahr 2020 wurde das EUPC in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Forum für Kriminalprävention (DFK) in zwei Editionen differenziert. Die von der EMCDDA entwickelte Edition "Psychoaktive Substanzen" widmet sich dem Thema evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung mit dem Schwerpunkt "Psychoaktive Substanzen". Die vom DFK geförderte Edition "Gewalt" hat hingegen den Schwerpunkt Gewaltprävention und Entwicklungsförderung.

Das Curriculum und die Weiterbildung sind so konzipiert, dass die darin enthaltenen Erkenntnisse und Instrumente universell auf weitere Präventionsbereiche angewendet werden können.

I AN WEN RICHTET SICH DAS EUPC?

Das EUPC wurde speziell entwickelt, um Entscheidungsträgern in Politik und Verwaltung sowie Meinungsmachern essenzielles Präventionswissen über die effektivsten evidenzbasierten Maßnahmen und -ansätze zu vermitteln. Zu dieser Gruppe gehören Präventionskoordinatoren, Präventionsspezialisten oder politische Entscheidungsträger, die für Prävention 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 Entfaltung 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 PRÄVENTIONSCURRICULUM (EUPC)

Das EUPC konzentriert sich auf die Anwendung der wichtigsten Erkenntnisse 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 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 von dissozialen Verhaltensproblemen
- Die Bedeutsamkeit von Prävention zur Verhinderung von Gewalt;
- 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.
 - Die Anwendung von empirisch begründeten Theorien der Verhaltensänderung.
 - 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 dem Europäischen Qualitätsstandard 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 Substanzkonsum und andere Risikoverhaltensweisen als entwicklungsrelevant identifiziert. Das bedeutet, dass die Faktoren, die zur Entwicklung des Problems führen, bereits vor dessen Auftreten Einfluss darauf nehmen. 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 alkoholfreundliches Marketing im Sport (z.B. 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.

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 Aufgaben und Rolle von Präventionsfachkräften erschwert. 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 von Forschungsvorhaben zu diskutieren, ist es weniger üblich, die Ethik der (Sucht-) Prävention in den Blick zu nehmen. Aktivitäten im Rahmen der Suchtprävention erfordern keine körperlichen oder klinischen Eingriffe - 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 sei (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. Es ist in ethischer Hinsicht beispielsweise wichtig, dass Interventionen "keinen Schaden anrichten", indem sie z.B. die Wahrscheinlichkeit des Substanzkonsums erhöhen. Ethische Fragen stellen sich daher auf verschiedenen Ebenen, angefangen bei der Rechtfertigung der Suchtprävention selbst. Fachkräfte sollten nicht davon ausgehen, dass suchtpreventive Maßnahmen per Definition ethisch und vorteilhaft für die Zielgruppe sind. Die aus den EDPQS abgeleitenden 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, Stigmatisierung);
- 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 indizierte 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 Interventionsentwicklung 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 ihrer 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, Zielgruppe, 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 -

Art und Umfang der Problemstellung verstehen

Kapitel 2

Grundlagen der Präventionsforschung und
evidenzbasierter Präventionsmaßnahmen

Kapitel 3

Evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen und -strategien

Kapitel 4

Monitoring und Evaluation

1

Inhalte

- 19 | Substanzgebrauch in Europa
- 21 | Pharmakologie und Physiologie
- 23 | Substanzgebrauchsstörungen
- 25 | Ätiologiemodell
- 27 | Mehrstufiges Entwicklungsmodell
- 29 | Der Bedarf an umfassenden interdisziplinären Unterstützungsleistungen im Lebensverlauf

KAPITEL 1

EPIDEMIOLOGIE – ART UND UMFANG DER PROBLEMSTELLUNG VERSTEHEN

Effektive Präventionsmaßnahmen basieren auf einem guten Verständnis von Art und Umfang des Substanzgebrauchs in einer Gesellschaft. Es ist Aufgabe der Epidemiologie dieses Verständnis zu ermöglichen. Die WHO definiert Epidemiologie als: "... die Untersuchung der Verteilung und der Determinanten von gesundheitsbezogenen Zuständen oder Ereignissen (einschließlich Krankheiten), des erstmaligen Auftretens dieser gesundheitsbezogenen Zustände/Ereignisse/Krankheiten (Inzidenz), der bestehenden Fälle von gesundheitsbezogenen Zuständen/Ereignissen/Krankheiten (Prävalenz) und die Anwendung dieser Untersuchungen zur Kontrolle von Krankheiten und anderen Gesundheitsproblemen".

Ein Verständnis von Art und Umfang des Gesundheitsproblems oder des problematischen Verhaltens, wie z.B. der Substanzgebrauch, ist ein Schlüssel, um evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen und -strategien umzusetzen 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 und welche Determinanten für spezifische Gesundheitsprobleme relevant sind;
- nützlich, um neue Fälle eines spezifischen Gesundheitsproblems (Inzidenz) und dessen Ausmaß in der Bevölkerung (Prävalenz) festzustellen.

Epidemiologische Daten werden durch eine Vielzahl von Methoden und Studientypen, wie z.B. Monitoringsysteme oder epidemiologische Umfragen gewonnen. Durch analytische Studien können außerdem die Determinanten eines Gesundheitsproblems identifiziert werden.

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit verschiedenen Daten, die aus epidemiologischen Erhebungen und analytischen Studien zum Substanzgebrauch vorliegen. Um diese Daten in den Kontext zu setzen und einige der Ursachen und mitursächlichen Faktoren des Substanzgebrauchs zu klären, ziehen wir ein Ätiologie-Modell heran, das zeigt, wie Umwelteinflüsse mit individuellen Merkmalen interagieren. Auf diese Weise können Risikogruppen für problematischen Substanzgebrauch und andere riskante Verhaltensweisen bestimmt werden. Dabei wird auch der Sozialisationsprozess behandelt, 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 SUBSTANZGEBRAUCH IN EUROPA

Die Prävention des Substanzgebrauchs 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 79% der europäischen Schüler mindestens einmal in ihrem Leben Alkohol konsumiert haben. Knapp die Hälfte berichtete, dass sie im letzten Monat mindestens einmal Alkohol getrunken hatten. Schon einmal Zigaretten geraucht haben 41% der Schüler und 10% gaben an, in den letzten 30 Tagen täglich mindestens eine Zigarette geraucht zu haben (ESPAD Group, 2020a). Den Gebrauch von E-Zigaretten oder ähnlicher Geräte haben insgesamt 9% aller Europäer (also nicht nur Schüler) ausprobiert (Europäische Kommission, 2021).

Der Substanzgebrauch in Europa umfasst heute ein breiteres Spektrum an Substanzen, als in der Vergangenheit. Unter Konsumenten ist der polyvalente Gebrauch 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 Gebrauch bei Männern höher. Dieser Unterschied wird oft durch intensivere oder regelmäßige Konsummuster verstärkt. Die Prävalenz des Cannabisgebrauchs ist etwa fünfmal höher als die anderer illegaler Substanzen. Obwohl der Gebrauch von Heroin und

DAS EUROPÄISCHE PRÄVENTIONSCURRICULUM

anderen Opioiden nach wie vor relativ selten ist, werden diese Substanzen weiterhin am häufigsten mit schädlicheren Formen des Gebrauchs (z.B. der Injektion) in Verbindung gebracht.

Neben der Prävalenz ist es hilfreich, auch Konsummuster zu beachten. 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 Substanzgebrauch wird häufiger von Männern (56,0 Millionen) als von Frauen (36,3 Millionen) berichtet. Die am häufigsten jemals gebrauchte 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 fast 45% in Frankreich bis zu weniger als 5% in Malta. Der Substanzgebrauch im vergangenen Jahr stellt ein Maß für den aktuellen Substanzgebrauch dar und konzentriert sich zum größten Teil auf junge Erwachsene. Schätzungsweise 17,4 Millionen junge europäische Erwachsene (im Alter von 15 bis 34 Jahren) konsumierten im letzten Jahr psychoaktive Substanzen, davon doppelt so viele Männer 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 Gebrauch reichen. Es wird geschätzt, dass 78,5 Millionen europäische Erwachsene (im Alter von 15 bis 64 Jahren) bzw. 27,2% dieser Altersgruppe irgendwann in ihrem Leben mit Cannabis experimentiert haben. Von diesen haben im vergangenen Jahr schätzungsweise 15,8 Millionen junge Europäer (im Alter von 15 bis 34 Jahren) bzw. 15,4% dieser Altersgruppe, Cannabis konsumiert.

Kokain ist das am häufigsten konsumierte illegale Stimulans in Europa und wird am häufigsten in südlichen und westlichen Ländern konsumiert (Abbildung 3). Regelmäßig Konsumierende können grob in sozial stärker integrierte Nutzer, die oft Kokainpulver (Kokainhydrochlorid) schnupfen und marginalisierte Nutzer unterteilt werden, die Kokain spritzen oder Crack rauchen (Kokainbasis) - manchmal auch neben dem Gebrauch von Opioiden. Es wird geschätzt, dass 4,8% der europäischen Erwachsenen (im Alter von 15 bis 64 Jahren) irgendwann in ihrem Leben mit Kokain experimentiert haben. Darunter sind etwa 2,1% junge Erwachsene im Alter von 15 bis 34 Jahren, welche die Substanz im vergangenen Jahr konsumiert haben (EBDD, 2021).

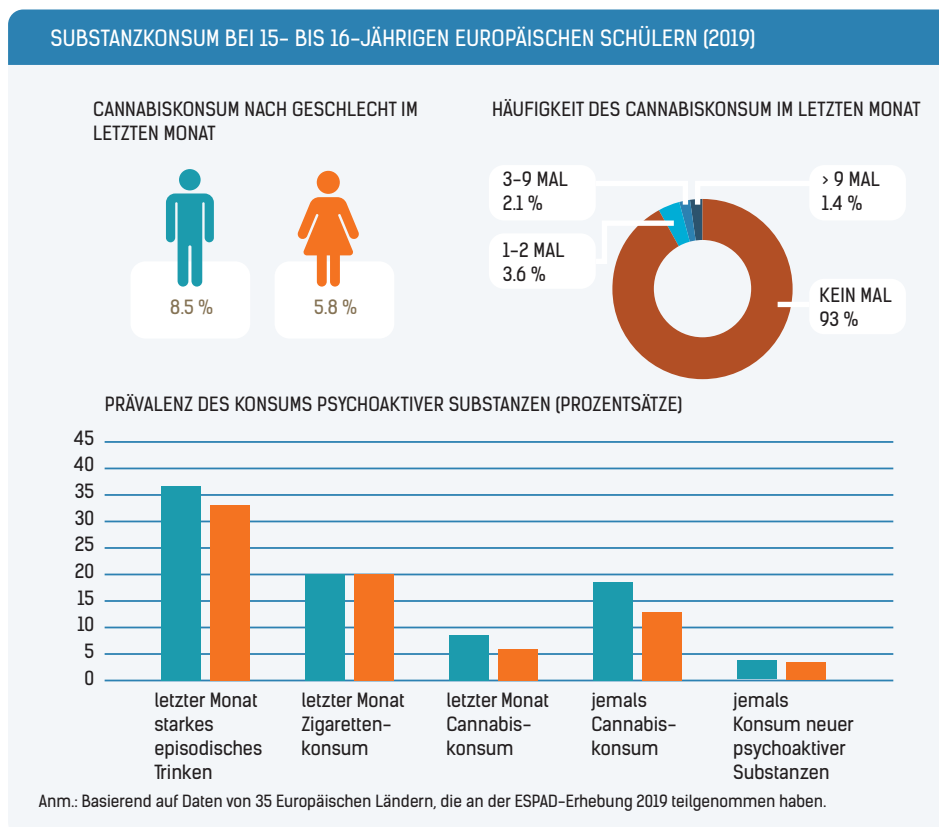


Abbildung 1: Prävalenz des Substanzkonsum bei europäischen Schülern (ESPAD Group, 2020b)

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.

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

PRÄVALENZ DES CANNABISKONSUMS IN EUROPA

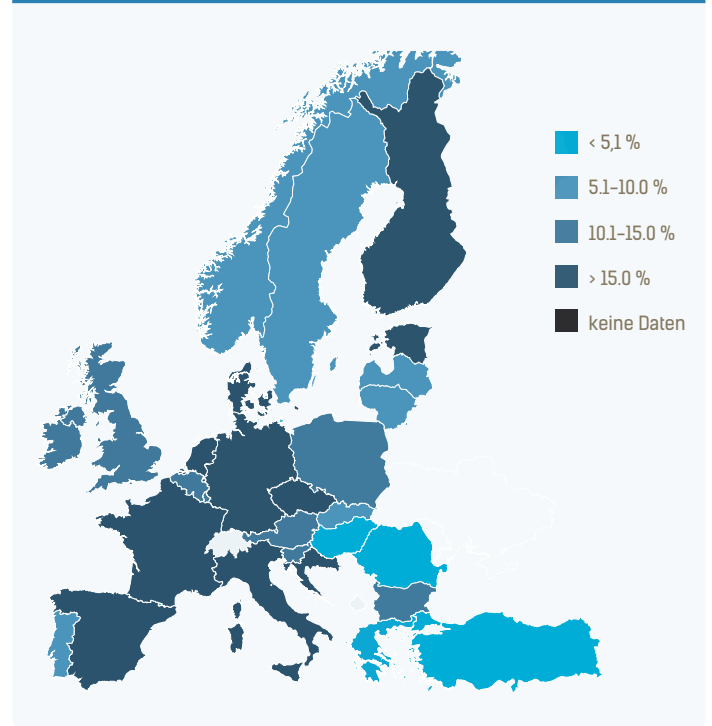


Abbildung 2: 12-Monatsprävalenz Prävalenz des Cannabiskonsums bei jungen Erwachsenen (15-34 jüngste Daten (Karte) und ausgewählte Trends (EBDD, 2021)

PRÄVALENZ DES KOKAINKONSUMS IN EUROPA

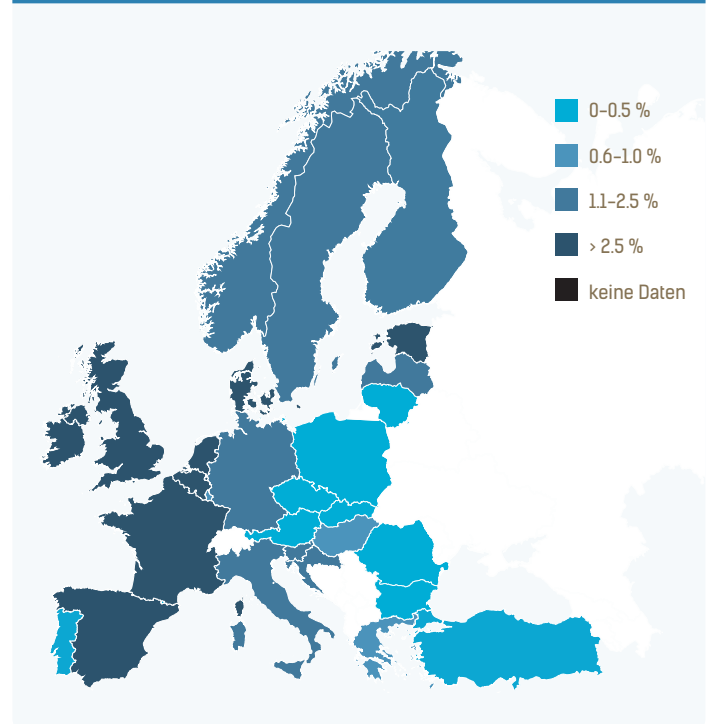


Abbildung 3: 12-Monatsprävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen (15-34); ausgewählte Trends und aktuelle Daten (EBDD, 2018)

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 können dies 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 (HWZ) der Substanz bezeichnet. Von der HWZ 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 Gebrauch 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 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 (ZNS). Sie neigen dazu, Herzfrequenz und Atmung zu erhöhen und erzeugen 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 gebraucht, 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, Morphium, 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 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

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

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). Die 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 ist komplex und wird durch Faktoren wie das Einstiegsalter, die konsumierte Substanz, den eigenen Konsumerfahrungen, der Exposition gegenüber präventiven Interventionen und Umgebungen sowie dem Einfluss von Risiko- und Schutzfaktoren bestimmt. Es gibt zahlreiche Modelle, die diesen Übergang und die Beziehungen dieser unterschiedlichen Faktoren mit- und zueinander beschreiben. Wenngleich auch keines universell für alle Substanzkonsumenten anwendbar ist, können solche Modelle dennoch bei der Überlegung helfen, wie es zum Übergang von einem seltenen und experimentellen zu einem regelmäßigeren und chaotischen Konsum kommt. So ist das von Piazza und Deroche-Gamonet (2013) entwickelte Modell auf viele Verhaltensmuster im Zusammenhang mit Substanzgebrauch 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 den Übergang zu Substanzgebrauchsstörungen in drei aufeinanderfolgende Phasen. Wobei der Eintritt in eine Phase notwendig, aber nicht ausreichend ist, um zur nächsten Phase überzugehen, da spezifische individuelle Vulnerabilität erforderlich ist:

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

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

Wie in Tabelle 1 dargestellt, umfasst die 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 spricht von Substanzgebrauchsstörungen, unterscheidet aber zwischen schädlichem Substanzgebrauch (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

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.

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 dabei, die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung eines problematischen Gebrauchs zu reduzieren. Obwohl die beschriebenen Klassifikationssysteme nützliche klinische Instrumente sind, ist es wichtig zu bedenken, dass Menschen Probleme im Zusammenhang mit ihrem Substanzgebrauch 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, Schwierigkeiten mit der Polizei, Schulabbruch oder anderes riskantes Verhalten das im Zusammenhang mit Substanzkonsum auftreten kann (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 gebraucht.

GESUNDHEITLICHE PROBLEME AUFGRUND VON SUBSTANZGEBRAUCH

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 (Degenhardt et al., 2013).

Diese Störungen umfassen sowohl Erkrankungen bzw. Verletzungen, die unmittelbar mit dem Alkoholgebrauch in Zusammenhang stehen, als auch solche, die indirekt dadurch verursacht werden und Auswirkungen auf den Konsumenten oder andere haben. 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 Alkoholsyndrom (FASD) sowie Frühgeburt und Diabetes mellitus. Der regelmäßige Gebrauch 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).

Auch der Zusammenhang zwischen Rauchen und einem schlechten Gesundheitszustand ist gut dokumentiert. Bei der Hälfte aller Konsumenten führt Tabakgebrauch 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 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*)

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

KRITERIUM	ICD-11	DSM-V
Gebrauch 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 Gebrauch der Substanz sowie Erholen von der Wirkung	✓	✓
Toleranzentwicklung gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung	✓	✓
Entzugssymptome oder deren Vermeidung durch Substanzgebrauch		✓
Soziale, berufliche und andere Aktivitäten, die vom Substanzgebrauch betroffen sind		✓
Fortgesetzter Gebrauch trotz wiederkehrender sozialer Probleme, die durch Substanzgebrauch verursacht werden		✓
Wiederholter Gebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme		✓
Wiederholter Gebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt	✓	✓
Wiederholter Gebrauch trotz rechtlicher Probleme	✓	
Wiederholter Gebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Gebrauchs zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann	✓	✓
Familienmitglieder wurden in Folge des Gebrauchs verletzt	✓	

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

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 Gebrauch 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 gebraucht 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 Gebrauch von Opioiden immer noch für einen Großteil der mit dem Substanzgebrauch verbundenen Morbidität und Mortalität verantwortlich. Konsumbezogene Risiken werden durch das Injizieren von Substanzen erhöht. Im Vergleich dazu sind die mit dem Cannabisgebrauch 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 gestalten angemessene Reaktionen herausfordernd (EBDD, 2017b).

Der Gebrauch 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.

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

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

Während bekannt ist, dass kontextuelle Faktoren (Gesetze, Normen, Verfügbarkeit, Bezugspersonen) eine bedeutende Rolle bei der Initiierung des Substanzgebrauchs spielen, haben individuelle und zwischenmenschliche Faktoren, insbesondere physiologische, neurologische und genetische, einen wesentlichen Einfluss auf das Fortschreiten des Gebrauchs bis hin zu Substanzgebrauchsstörungen (Glantz & Pickens, 1992).

Neuere Forschungsarbeiten kommen darin überein, Risiko- und Schutzfaktoren als Hinweise auf andere Entstehungsmechanismen zu betrachten, welche die individuelle Vulnerabilität für Substanzgebrauch erhöhen können. Es ist die Interaktion der individuellen Vulnerabilität mit der Umgebung auf Mikro- (z.B. soziale und zwischenmenschliche Interaktionen) und Makroebene (z.B. Kommune, Institutionen, gesellschaftliche Faktoren), die eine Person entweder davor schützt oder sie gefährdet, sich riskantem Verhalten wie dem Substanzgebrauch 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 Erwachsenenalters 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). Jede größere Störung dieses Prozesses kann, stets in Wechselwirkung

mit anderen Ereignissen oder Umweltfaktoren, zur Entwicklung von Störungen wie etwa einem problematischem Substanzgebrauch führen.

Epidemiologische Studien über die Ursachen von Risikoverhaltensweisen zeigen, dass deren Initiierung eine Wechselwirkung zwischen individuellen Merkmalen (z.B. genetische Veranlagung, Temperament, Persönlichkeitstyp) und der Art und Weise, wie jemand die Umwelt und Personen sieht, hört und "fühlt" ist, sowie Erfahrungen außerhalb des Individuums. 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 Substanzgebrauchs in diesem Manual 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 die sie umgebende Gesellschaft, ihre 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 Entwicklungsziele nicht erreicht werden, droht einem Kind darauffolgende Entwicklungsaufgaben nicht bewältigen zu können und es 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 Präventionsmaßnahmen deren Schwachpunkte adressieren.

Die Sozialisation von Kindern ist eine der wichtigsten Funktionen von Familie, Schule und dem sozialen Umfeld, und wichtige Sozialisationsinstanzen, wie Lehrern oder (Groß-) Eltern spielen dabei eine wichtige Rollen. 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.

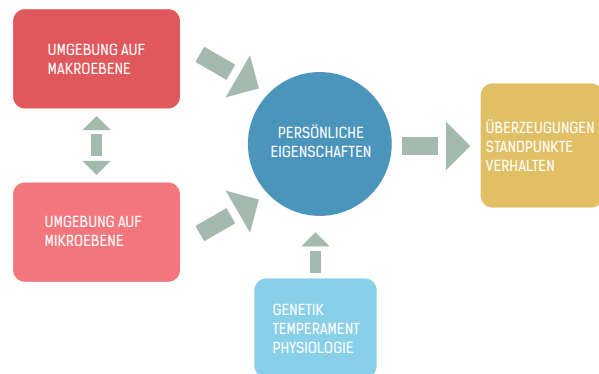


Abbildung 4: Das Ätiologie-Modell (UNODC, 2013)

Die Umwelt auf Mikro- und Makroebene kann entweder schützend wirken oder das Risiko vulnerabler Personen erhöhen. Ein sehr temperamentvolles Kind kann beispielsweise größere Schwierigkeiten haben sich an neue Umwelten (Schule, Umgang mit Gleichaltrigen, Arbeitsplatz) anzupassen und benötigt größerer Aufmerksamkeit. Je nachdem inwiefern seine Eltern in der Lage sind und über die notwendigen Fähigkeiten verfügen ihr Kind adäquat bei seinen Problemen zu unterstützen und zu begleiten, kann es ihm leichter oder schwerer fallen diese Schwierigkeiten zu überwinden. 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 verlassenem 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 gebrauchen 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 kann es sein, dass das Kind der Gruppe beitrifft und dadurch mit Gelegenheiten zum Substanzgebrauch 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 Substanzgebrauchs bei Bevölkerungsgruppen und Einzelpersonen führen kann. Europäische Untersuchungen, 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, 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 Substanzgebrauch. Auch hat der Substanzgebrauch eine weniger sozial ausschließende Wirkung, wenn Arbeitsplätze knapp und Löhne niedriger sind, als wenn viele Arbeitsplätze und höhere Löhne verfügbar sind. In Bezug auf Kinder und Jugendliche kann darüber hinaus der Umstand, dass ein oder beide Elternteil(e) außerhalb der Region oder im Ausland arbeiten dazu führen, dass sie sich ohne die elterliche Fürsorge eher substanzaffinen Gruppen zuwenden. Kein einzelner Faktor allein ist ausreichend, um den Substanzgebrauch oder die Entwicklung von Substanzgebrauchsstörungen auszulösen. Es gibt wahrscheinlich eine kritische Kombination aus der Anzahl und Art der Einflüsse und Erfahrungen, die zur Initiierung des Substanzgebrauchs und der Ausbildung einer Substanzgebrauchsstörung führen. 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 richten sich entweder an Einzelpersonen (Verhaltensprävention) oder ihr Umfeld (Verhältnisprävention) - oder kombinieren beides. Die Maßnahmen zielen darauf ab, die Überzeugungen, Einstellungen und Verhaltensweisen eines Individuums direkt zu beeinflussen, (z.B. durch Trainieren der Widerstandsfähigkeit gegenüber Peers in schulischen Interventionen), durch Unterstützung der Sozialisationsinstanzen (z.B. Verbesserung der Erziehungs- oder Unterrichtskompetenz), oder durch Modifikation der Umgebung, um riskante Verhaltensweisen zu erschweren (z.B. 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 ihren Substanzgebrauch 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 indirekt durch die Qualifizierung von Schlüsselpersonen, wie Eltern und Lehrer, indem sie deren Sozialisationskompetenz 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 Substanzgebrauch, 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.

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. 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, an Dynamik gewinnen, und damit einen zusätzlichen Schutz gegen zukünftige Risikofaktoren bieten. Zum Beispiel zeigten die Auswirkungen des "Good-Behavior-

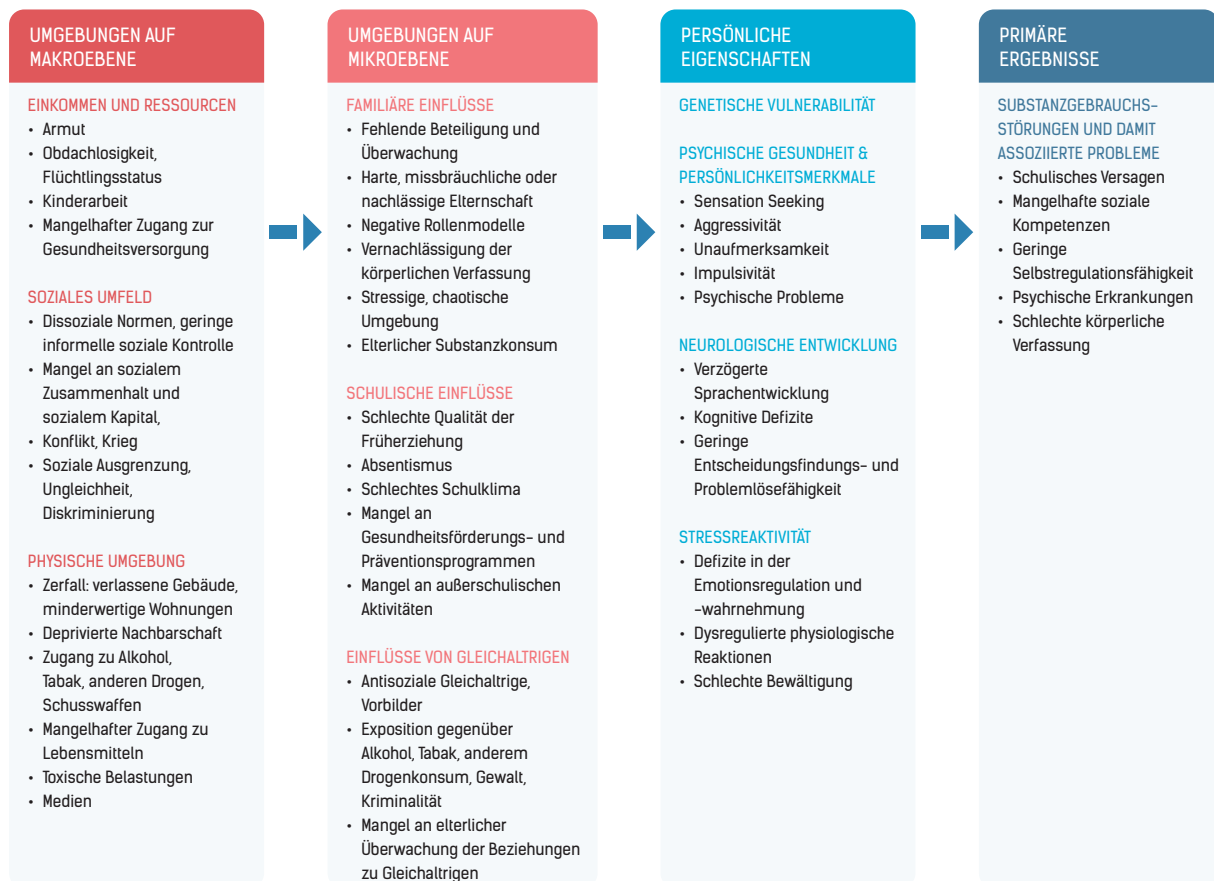


Abbildung 5: Risikofaktoren, die durch Präventionsmaßnahmen adressiert werden können (UNODC, 2013)

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, Substanzgebrauch 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 Programm 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. Solche “Crossover-Effekte“, wie etwa schulische Erfolge und reduzierte Verhaltensprobleme, verbessern die öffentliche Gesundheit und haben wirtschaftliche Vorteile für die Kommune.

Zusammenfassend gesagt, 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 dar, als Cannabis und andere illegale Substanzen.
- 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 Gebrauchs und die Wahrnehmung der mit dem Verhalten verbundenen Risiken (vgl. Kapitel 3).

-
-
-

DER BEDARF AN UMFASSENDEN INTERDISZIPLINÄREN UNTERSTÜTZUNGSLEISTUNGEN IM LEBENSVERLAUF

Es ist wichtig, sich als Präventionsfachkraft zu vergegenwärtigen, dass Substanzgebrauch häufig als ein relativ unbedenkliches Verhalten beginnt, aber bei Fortsetzung zu einer Erhöhung der Dosis und Frequenz, sowie damit verbunden der Wahrscheinlichkeit konsumassoziierte Schäden zu erleiden, führen kann. Wie bereits dargestellt führt dies manchmal dazu, dass der Substanzgebrauch 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 dem Substanzgebrauch unmittelbar vorausgehen, wie z.B. die Verfügbarkeit, als auch frühe Vulnerabilität, sowie Risikofaktoren, die eine gesunde Entwicklung beeinträchtigen und die Wahrscheinlichkeit des Substanzgebrauchs erhöhen.

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 Gebrauch fortsetzen, sind eine Reihe zusätzlicher Faktoren, einschließlich

der psychopharmakologischen Reaktion auf den Substanzgebrauch, 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 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 gebrauchen, erfahren jedoch Probleme im Zusammenhang mit ihrer Gesundheit sowie ihrem emotionalen und psychologischen Wohlbefinden und sozialem 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 "Substanzgebrauchsverhalten" werden von manchen als „natürlicher Verlauf“ von Substanzgebrauch 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 Gebrauch bestimmen, und dementsprechend auch die mit dem Konsum verbundenen Schäden. Es ist zudem wichtig, sich daran zu erinnern, dass Menschen, die derzeit keine Substanzen gebrauchen, 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, physischer und beruflicher Dienstleistungen, um den Bedürfnissen von Menschen gerecht zu werden, die Substanzen gebrauchen, unabhängig davon,

Einflussfaktoren

- Persönliche Merkmale
- Umweltfaktoren
- Pharmacological factors

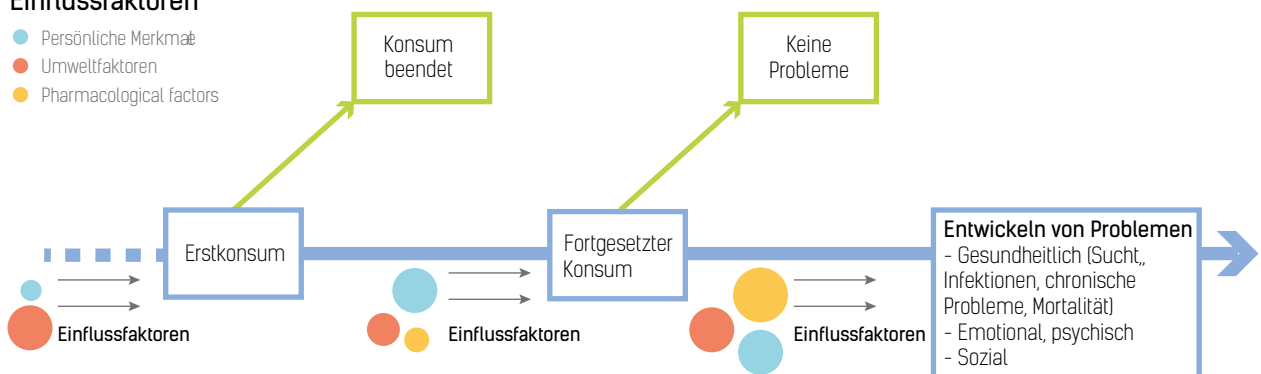


Abbildung 6: Konsumpfade (nach UNODC, 2013)

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, wo Substanzgebrauch wahrscheinlicher ist, als in der Allgemeinbevölkerung. 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 Substanzgebrauch machen, umzugehen.

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

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 Substanzgebrauch vorzubeugen oder ihn zu verzögern und Substanzgebrauchsprobleme 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 gefährdete Personen (EBDD, 2017b).

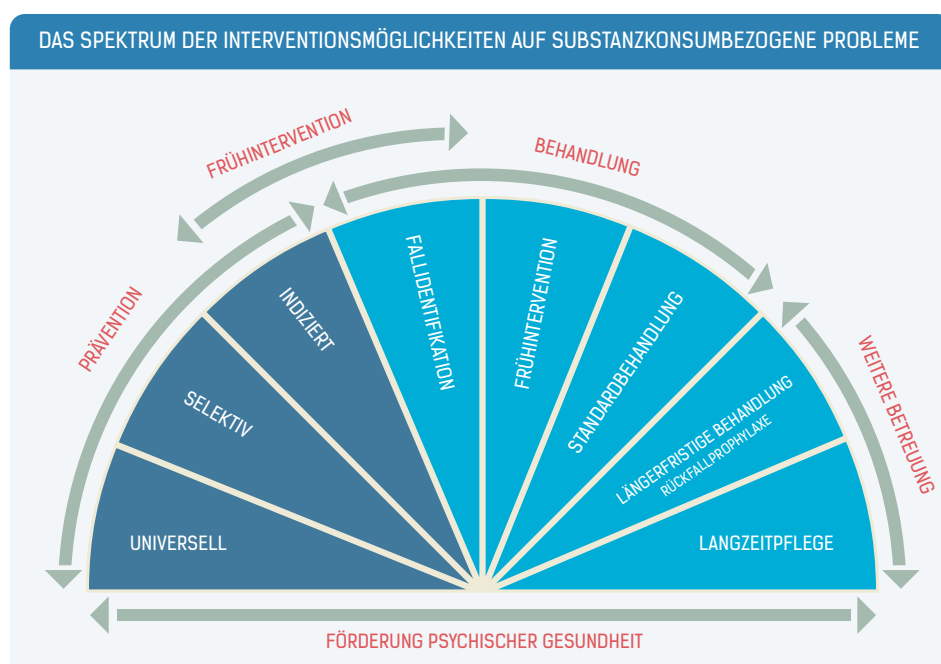


Abbildung 7: In Anlehnung an Mrazek und Haggerty, 1994

2

| Inhalte

- 33 | Definitionen und Grundsätze
- 34 | Das theoretische Fundament der Prävention
- 35 | 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 einen Überblick über bedeutsame Präventionstheorien und stellt das sogenannte "Rad der Verhaltensänderung" vor, ein Instrument zur Klassifizierung und Auswahl von Verhaltensinterventionen sowie regulatorischer Maßnahmen. Abschließend wird das Vorgehen bei der Anpassung von bereits bestehenden Maßnahmen und die Bedeutung einer hohen Umsetzungsgenauigkeit behandelt.

I DEFINITIONEN UND GRUNDSÄTZE

Die Prävention von Substanzgebrauchsstörungen kann Menschen dabei unterstützen, mit dem Konsum von Substanzen überhaupt *nicht erst zu beginnen*, bzw. bei bereits Konsumierenden den *problematischen Substanzgebrauch zu vermeiden*. Darüber hinaus hat Prävention eine noch größere 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 Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele ist ein wichtiger Pfeiler der europäischen Suchtprävention.

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

Diese Definition hat zwei Schlüsselaspekte: Eine systematische Entscheidungsfindung unter Einbezug wissenschaftlicher Erkenntnisse, die auf positive Ergebnisse hinweisen und das Vertrauen in Daten, die durch strenge experimentelle Forschung gesammelt wurden. Zwar ist dies ein herausforderndes Thema, doch ein allgemeines Verständnis seiner Komplexität 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 "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 psychoaktiver Substanzen“. So erklärt die EBDD weiter, dass ein Wirksamkeitsnachweis die folgenden Kriterien erfüllen sollte:

- Relevanz in Bezug auf die Zielgruppe(n), einschließlich Fachkräften, politischen Entscheidungsträgern, Betroffenen und ihren Familien;
- Transparenz, Verlässlichkeit und Übertragbarkeit aller Methoden zur Bestimmung der "Best Practice";
- Berücksichtigung aller geeigneter 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 für die Entwicklung und Bereitstellung effektiver Präventionsmaßnahmen und -strategien für eine Vielzahl von Verhaltensweisen, einschließlich des Substanzgebrauchs, genutzt wurden. Die EBDD⁵ und der Landespräventionsrat Niedersachsen⁶ haben viele dieser Maßnahmen in Registern zusammengefasst, in denen Sie Informationen über best practice für verschiedene Settings, Altersgruppen und Risikofaktoren finden können.

Verhaltensrisikofaktoren sind wichtige Ursachen für nicht übertragbare Krankheiten. Präventionsforschung befasst sich daher mit der systematischen Untersuchung von Interventionen, die schädliche Verhaltensweisen in der Bevölkerung reduzieren und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen stärken wollen. Dies erfordert Expertise in einer Vielzahl von theoretischen und methodischen Ansätzen, um in den verschiedenen gesellschaftlichen Systemen (z.B. Familie, Bildung, Arbeitsplatz, Kommune) forschen zu können.

Die US-amerikanische Gesellschaft für Präventionsforschung hat Grundprinzipien für evidenzbasierte Prävention herausgearbeitet, die auch für das EUPC leitend sind:

- Menschliche Entwicklung. Menschen müssen in Abhängigkeit von ihrem Lebensalter verschiedene Entwicklungsaufgaben bewältigen (siehe Anhang 2). Eine Störung bei der Bewältigung dieser biologisch und sozial geprägten Aufgaben kann in bestimmten Phasen der Entwicklung, zum Auftreten von Störungen oder Problemverhalten führen. Das Alter und die

⁵ https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange_en

⁶ <https://www.gruene-liste-praevention.de/>

Entwicklungsstufe von Menschen müssen bei der Planung von Maßnahmen berücksichtigt werden.

- Individuen und Gruppen unterscheiden sich in Abhängigkeit von ihrem Alter und ihrer Lebenslage hinsichtlich ihrer Vulnerabilität.
- Das Umfeld und die Lebensverhältnisse prägen die Einstellungen, Normen und das Verhalten von Menschen und müssen deshalb sowohl zur Erklärung ihrer Ursachen als auch für die Erarbeitung von Lösungsstrategien berücksichtigt werden.
- Verhaltens- und motivationspsychologisches Wissen ist von zentraler Bedeutung für die Entwicklung präventiver Interventionen.
- Die Gestaltung effektiver Präventionsmaßnahmen ist eine interdisziplinäre Aufgabe.
- Präventives Handeln erfordert ein klares Verständnis und Transparenz im Hinblick auf die Werte und Ziele der Handelnden und muss dem Wohle der Zielgruppen und der Gesellschaft verpflichtet sein.
- Die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit und Sicherheit ist eine Vision, die durch die Zusammenarbeit von Wissenschaftlern und Praktikern verwirklicht wird.
- Soziale Ungerechtigkeit ist ein wesentlicher Faktor, der zur Entstehung von Gesundheits- und Verhaltensproblemen beiträgt. Prävention ist deshalb der Minderung sozial bedingter Ungleichheit verpflichtet.

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 Bezugsrahmens. Ein solcher Rahmen:

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

CTC
communities that care

LPR

CTC
Was Communities That Care ist.

UMSETZUNG
CTC in Deutschland

GRÜNE LISTE PRÄVENTION
Empfehlungsliste

DOWNLOADS
Material und Dokumente

LINKS
Externe Seiten

KONTAKT
Wir über uns

Grüne Liste Prävention – CTC - Datenbank empfohlener Präventionsprogramme

Bewertungskriterien (.pdf)

Rating Criteria, eng. (.pdf)

[Programm vorschlagen](#)

Programmsuche
[Alle empfohlenen Programme](#)
[Neu aufgenommene Programme](#)
[Programme auf der Schwelle](#)
[In Bearbeitung](#)
[Nach CTC-Kategorien](#)

Freitextsuche

Schnellsuche nach Risiko- und Schutzfaktoren

In Deutschland existiert eine Fülle von Programmen, die zum Ziel haben, der Gewalt, der Kriminalität, dem Suchtverhalten und anderen Problemverhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen vorzubeugen. Diese Programme sind in Bereichen wie der Eltern- und Familienbildung, der Kompetenzförderung bei Kindern und Jugendlichen, in der Kindertagesstätte und der Schule oder im sozialen Umfeld der Nachbarschaft angesiedelt. Im internationalen Vergleich liegen in Deutschland aber nur wenige hochwertige Evaluationsstudien vor, die zeigen, welche Programme tatsächlich wirksam sind.

Trotz dieses Defizites an Evaluationsforschung können die in Deutschland angebotenen Präventionsprogramme nach der Güte ihrer Wirkungsüberprüfung und ihrer Konzeptqualität unterschieden werden. Die vorliegende Datenbank "Grüne Liste Prävention" bietet auf der Basis nachvollziehbarer [Kriterien](#) einen Überblick über empfehlenswerte Präventionsansätze in den Bereichen Familie, Schule, Kinder/Jugendliche und Nachbarschaft: Welche Programme können mit Aussicht auf Erfolg wo, wann und wie eingesetzt werden, um die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu unterstützen? Auf welche Weise beugen diese Programme der Entstehung oder der Verfestigung von Problemverhaltensweisen vor? Und schließlich: Was weiß man darüber, ob diese Programme funktionieren und zu welchen Ergebnissen sie führen?

Die "Grüne Liste Prävention" will den Stand der Entwicklung von ausgewählten Programmansätzen möglichst genau abbilden. Daher werden die empfohlenen Präventionsprogramme noch einmal in drei Stufen bezüglich des Nachweises ihrer Wirksamkeit eingeteilt:

Für weitere Informationen bitte anklicken.

Abbildung 8: Grüne Liste Prävention

In der Prävention kommen Theorien der Ätiologie (Entstehungsmodelle), der menschlichen Entwicklung und des menschlichen Verhaltens zum Tragen. Dabei sind Theorien, die sich auf die Lernfähigkeit von Menschen sowie deren Fähigkeit zur Verhaltensänderung konzentrieren, für Präventionsmaßnahmen besonders relevant.

Die Präventionswissenschaft stützt sich stark auf Theorien, die in anderen Bereichen, wie etwa der Verhaltensökonomie, der Neuropsychologie und der Verhaltenspsychologie entwickelt wurden. Tabelle 2 listet einige der zentralen Theorien auf.

Eine Befassung mit diesen Theorien verdeutlicht, weshalb wirksame Präventionsmaßnahmen nicht ohne theoretischen Bezug konzipiert werden können. Eine der am häufigsten angewandten Theorien in der Präventionswissenschaft ist die Theorie des geplanten Verhaltens. Zu den in dieser Theorie berücksichtigten Faktoren gehören:

- Einstellung gegenüber dem Verhalten: Annahmen über die Konsequenzen eines Verhaltens. „Was könnte passieren, wenn ich Zigaretten rauche? 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. „Wie würden meine Eltern reagieren, wenn sie davon erfahren würden? Was würden meine Freunde sagen?“
- Selbstwirksamkeitserwartung: „Bin ich dazu in der Lage, eine mir auf einer Party angebotene Zigarette abzulehnen?“

Die Interaktion und das Zusammenwirken dieser Faktoren können das Verhalten von Menschen belastbar erklären. Die Schwierigkeit bei der Konstruktion einer Theorie-basierten Intervention ist die Anwendung auf die Praxis. 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 Verhaltensursachen wider, wie sie im inneren Kreis des Rads der Verhaltensänderung zu sehen sind. Um das Verhalten zu ändern, müssen die Ursachen von Verhaltensweisen beeinflusst werden. Wie das erreicht werden kann, zeigen die äußeren Kreise des Rads. Diese Außenkreise enthalten sowohl Methoden zur Verhaltensänderung als auch konkrete Interventionsformen, die sich als wirksam erwiesen haben.

Motivation wird als etwas Automatisches und Reflektiertes betrachtet. Fähigkeit hingegen bedeutet, sowohl physisch als auch psychisch fähig zu sein. Gelegenheit bezieht sich auf die im sozialen oder physischen Kontext gegebenen Möglichkeiten, sich auf eine bestimmte Art zu verhalten. Der rote Kreis fasst Interventionen zusammen, die auf diese Verhaltensdeterminanten abzielen. Im grauen Außenkreis sind politische Mechanismen aufgelistet, die sich positiv auf die Interventionsumsetzung auswirken.

I STRUKTUR, INHALT UND UMSETZUNG

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

Die strukturelle Komponente spiegelt wider, wie die Präventionsintervention oder -strategie 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?)

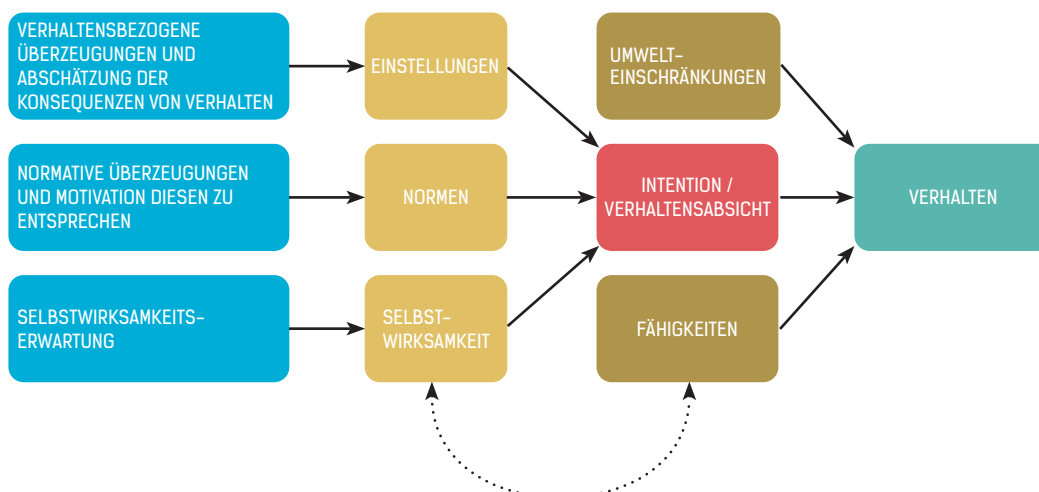


Abbildung 9: Theorie des geplanten Verhaltens (vereinfachte Darstellung)

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 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/ 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. geringe Impulskontrolle)
Risiko- und Schutzfaktoren (Hawkins et al., 1992)	Risikofaktoren für Substanzkonsum teilen sich in gesellschaftliche und kulturelle Faktoren, die an juristische oder normative Verhaltenserwartungen geknüpft sind, sowie in 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 Environments (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

Die inhaltliche Komponente bezieht sich auf die Interventionsziele und hat damit zu tun, mit welchen Informationen, Fähigkeiten und Strategien die gewünschten Ziele erreicht werden sollen. In der Intervention könnten dazu beispielsweise die Einbeziehung von sogenannten Peer Refusal Skills und die Entwicklung sozialer Normen gehören, zusätzlich zu einer familiären Kommunikationsschulung.

Innerhalb der Komponente „Umsetzung“ wird untersucht, wie die Intervention oder die Strategie implementiert werden soll und wie sie vermutlich bei der Zielgruppe resoniert. Beispiele hierfür sind der Einsatz interaktiver Unterrichtsstrategien für Jugendliche und Erwachsene; das Anbieten von Interventionen zur Vermittlung von Erziehungskompetenz zu Zeiten, die für Familien geeignet sind; die Überwachung der Umsetzung (Implementation) einer Intervention oder Strategie, zur Verbesserung der Umsetzungsgenauigkeit der Kernelemente einer Intervention.

I ZIELGRUPPEN

In Anlehnung an das oben diskutierte Ätiologie-Modell können wir einige Schlüsselbereiche identifizieren, in denen eine Intervention die Ausbildung von Überzeugungen, Einstellungen und Verhaltensweisen, die zu problematischem Substanzkonsum und damit verbundenen riskanten Verhaltensweisen führen können, wirksam verhindert. 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.

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

- Das Alter ist aus mehreren Gründen wichtig. Es hängt mit Entwicklungskompetenzen, Risikoverhalten und dem Schweregrad der Auswirkungen des Substanzgebrauchs zusammen. Das Alter ist auch ein Mittel zur gezielten Ausrichtung von Interventionen und sollte bei der Umsetzungsplanung berücksichtigt werden. So haben sich beispielsweise in der schulischen Prävention verschiedene Arten von Aktivitäten für unterschiedliche Alters- und Entwicklungsgruppen als effektiver erwiesen. Auch Bevölkerungsgruppen/Kulturen können sich in den Verhaltensweisen unterscheiden, die sie für unterschiedliche Altersgruppen als akzeptabel betrachten. 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" von Personen spielen und für den Rahmen, in dem die

Intervention stattfindet, bedeutsam sein. Darüber hinaus haben Bevölkerungsgruppen/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 kann der Schwerpunkt einer Intervention oder Strategie auch auf Bevölkerungsgruppen mit einem unterschiedlichem Grad an Vulnerabilität und Risiko liegen.

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

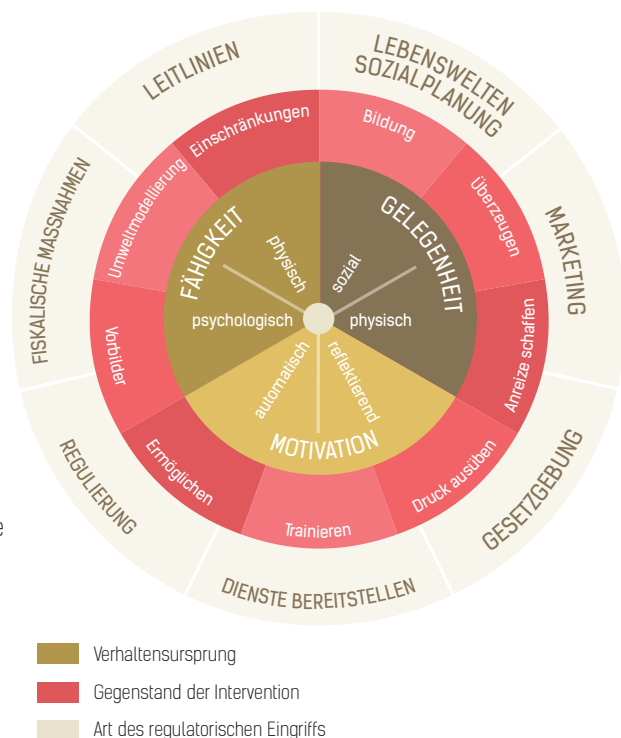


Abbildung 10: Das Rad der Verhaltensänderung (Michie et al., 2011)

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 Präventionscurriculum. Welche Kriterien sollte das Programm erfüllen?

Das erste Präventionsziel basierend auf der Theorie des geplanten Verhaltens ist: Haltungen gegenüber Verhaltensweisen und ihren Konsequenzen, die Wahrnehmung der Konsequenzen von Substanzgebrauch und normative Überzeugungen (Wahrnehmungen über den normativen Charakter des Substanzgebrauchs 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 Substanzgebrauch) gefallen, soll die Intervention dazu beitragen, Fähigkeiten zu entwickeln, um diese getroffene Entscheidung zu verstärken. Dazu gehören kommunikative und soziale Fähigkeiten 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.

3

| Inhalte

- 41 | Die Internationalen Standards zur Prävention des Drogenkonsums
- 45 | Die Europäischen Qualitätsstandards zur Suchtprävention (EDPQS)
- 51 | Maßgeschneiderte evidenzbasierte Programme

KAPITEL 3

EVIDENZBASIERTE PRÄVENTIONSMASSNAHMEN UND -STRATEGIEN

Dieses Kapitel verschafft einen Überblick über zwei zentrale Publikationen, auf die sich das EUPC bezieht.

Zunächst stellen wir Ihnen die Internationalen Standards zur Prävention des Drogenkonsums (UNODC 2013, 2018) vor, welche die wissenschaftlichen Erkenntnisse über evidenzbasierte Maßnahmen und Strategien zur Prävention oder Reduktion des Substanzkonsums zusammenfasst. 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 Sie beim Finden und Auswählen geeigneter evidenzbasierter Interventionen für Ihre Situation - in Übereinstimmung mit den UNODC Standards - nutzen können.

Die zweite Publikation sind die Europäischen Qualitätsstandards zur Suchtprävention (EDPQS), welche einen europäischen Rahmen für die Durchführung qualitativ hochwertiger Präventionsarbeit vorgeben. Dabei liegt der Fokus der EDPQS, auf der Planung, Auswahl und Implementation von Präventionsmaßnahmen, um deren hohe Qualität durchweg 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 überprüfte systematisch alle verfügbaren wissenschaftlichen Artikel und Studien zur Prävention von Substanzgebrauchsstörungen. Anschließend 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 wird 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 Evidenzqualität 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;
- Erbringung sozialpädagogische Dienstleistungen in einem integrierten Behandlungssetting.

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

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

- Neugeborenen bis zum Alter von zwei Jahren);
- wenn grundlegende Erziehungskompetenzen vermittelt wurden;
- wenn die Mütter hinsichtlich ihrer physischen 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.

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

- Lehrer und Sozialpädagogen müssen vor der 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 hinweg durchgeführt werden.

Mittleres Kindesalter (von sechs bis zehn Jahren)

Für diese Altersgruppe zeigten sich "ausreichende" bis "sehr gute" Wirksamkeitsnachweise (Tabelle 4). Drei Interventionen adressierten ganze Gruppen (universell) und eine Intervention ausgewählte oder Risikogruppen (selektiv und indiziert), wobei Ansätze zur Förderung eines regelmäßigen Schulbesuchs vorwiegend Risikogruppen fokussierten.

Maßnahmen zur Förderung 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 Betreuungspersonen folgende Fähigkeiten zu vermitteln:

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

Wirksame Interventionen zur Erziehungskompetenz bestanden aus mehreren interaktive Sitzungen, die Eltern und Kinder gleichsam einbezogen haben. Wie bei den anderen bereits angesprochenen evidenzbasierten Interventionen und Maßnahmen, erhielten alle Praktiker eine spezielle Schulung.

Keine oder negative Auswirkungen zeigten dagegen Interventionen zur Erziehungskompetenz, die sich allein auf das Kind konzentrierten oder nur durch Vorträge vermittelt wurden. Auch Maßnahmen, die nur Informationen über Substanzen an Eltern oder Betreuungspersonen vermittelten, oder die Autorität der Eltern untergruben, führten entweder zu keinen positiven oder zu negativen Ergebnissen.

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 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

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	

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.

Adoleszenz (elf bis achtzehn Jahre)

Die Adoleszenz umfasst das Alter von 11 bis 18 Jahren und ist 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 zu Interventionen, die auf die Bedürfnisse von Jugendlichen eingehen (Tabelle 5). Interventionen bezogen auf Erziehungskompetenzen wurden bereits diskutiert und sind für diese Altersgruppe ebenso relevant wie Curricula zur Förderung persönlicher und sozialer Kompetenzen sowie positiver Schulrichtlinien (school policies), welche sich an eine universelle Zielgruppe richten. Für stärker gefährdete Bevölkerungsgruppen haben Interventionen, die individuelle Aufmerksamkeit bieten, wie z.B. solche, die sich mit psychologischer Vulnerabilität und Mentoring befassen,

ausreichende Evidenzen für ihre Wirksamkeit erbracht.

Effektive Interventionen zur Erziehungskompetenz für diese Altersgruppe umfassen:

- Verbesserung der familiären Bindungs- und Erziehungskompetenzen, insbesondere durch das Aufstellen von Regeln, dem Beobachten von Freizeitaktivitäten und freundschaftlichen Beziehungen sowie die fortwährende Eingebundenheit in den Bildungsweg der Jugendlichen;
- Interventionen, die Material, Situationen und Probleme behandeln, die für Jugendliche 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 Bildungsangebote sehr wichtig.

- Sie fördern die Fähigkeiten Substanzen und ausgeübten Druck von Gleichaltrigen (Peers) abzulehnen, um sozialem Druck in Bezug auf den Substanzgebrauch zu begegnen und herausfordernde 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

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

- auf Konsequenzen, die für das Jugendalter besonders relevant sind.
- Darüber hinaus gehen diese Interventionen auf falsche Vorstellungen von Jugendlichen bezüglich des normativen Charakters von Substanzkonsum ein. Denn viele überschätzen die Zahl der Gleichaltrigen, die ihrer Meinung nach rauchen, trinken oder andere Substanzen gebrauchen.
 - Die Interventionen liefern genaue Informationen, um Jugendlichen dabei zu helfen, reale Folgen des Substanzgebrauchs 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 den Gebrauch von Substanzen behandeln und regeln, 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 Substanzgebrauch der Schüler als auch auf den des Schulpersonals hatten.

Eine individuelle psychologische Beratung oder Kurzintervention ist angemessen für Jugendliche mit Anzeichen psychischer Vulnerabilität, wie ‚Sensation Seeking‘, Impulsivität, Angstempfindlichkeit oder Hoffnungslosigkeit.

Denn diese Faktoren sind nachweislich mit Substanzkonsum verbunden, 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, die ein risikoreiches Verhalten zeigen, 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 bei solchen Programmen eine junge Person mit einem Erwachsenen zusammengeführt, der sich verpflichtet, den Jugendlichen regelmäßig und über einen längeren Zeitraum hinweg zu unterstützen.

Spätadoleszenz und Erwachsenenalter (ab 18 Jahre)

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

Die Alkohol- und Tabakpolitik (Alcohol and tobacco policies) weist eine ausgezeichnete wissenschaftlich belegte Wirksamkeit auf. Da der Tabak- und Alkoholgebrauch häufiger

TABELLE 7

Evidenzbasierte präventive Maßnahmen in verschiedenen Settings

Intervention	Zielebene	Wirksamkeitsindikator
Kommunale Mehr-Ebenen-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

auftritt als der Gebrauch anderer Substanzen und die damit verbundene globale Gesundheitsbelastung größer ist, kann die Verzögerung des Gebrauchs 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 sowie 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 Gebrauch 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 (EDPQS)

Die Europäischen Qualitätsstandards zur Suchtprävention (EDPQS) sind darauf ausgerichtet, die Entwicklung und

Umsetzung von Präventionsmaßnahmen und -strategien zu verbessern, die Implementierung von jenen Maßnahmen, welche wissenschaftlich erwiesen keine oder negative Auswirkungen haben zu reduzieren und sicherzustellen, 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 den Substanzgebrauch zu fördern.

Die EDPQS beschreiben den Zyklus eines Präventionsprogramms in acht Phasen (siehe Abbildung 11). 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 übergreifende Themen, welche sich nicht nur auf eine Phase, sondern den gesamten Programmzyklus beziehen. Die vier Querschnittskriterien werden im Folgenden beschrieben.



Abbildung 11: EDPQS-Programmzyklus

I A: NACHHALTIGKEIT UND FINANZIERUNG

Interventionen sollen in einem größeren Rahmen von Präventionsaktivitäten betrachtet werden. Die langfristige Durchführbarkeit der Präventionsarbeit soll daher so weit wie möglich sichergestellt werden. Im Idealfall können so Interventionen über ihre anfängliche Implementation 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 Substanzgebrauchs. Obwohl manche Einzelmaßnahmen zeitlich begrenzt sind, können sie Teil einer langfristigen Präventionsstrategie sein, bei der Langlebigkeit wichtig ist.

I B: KOMMUNIKATION UND EINBINDUNG VON STAKEHOLDERN

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

I C: PERSONALENTWICKLUNG

Dieses Querschnittskriterium besteht aus drei Säulen: Personalschulung, kontinuierliche Personalentwicklung sowie berufliche und emotionale Unterstützung. Der Schulungsbedarf des Personals sollte vor der Implementation geprüft und die Mitarbeitenden geschult werden, um sicherzustellen, dass die Durchführung der Intervention/Strategie einem hohen Standard 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 ist ein wesentlicher Einflussfaktor für die Qualität der Intervention und steht in engem Zusammenhang mit der erhaltenen Schulung oder Ausbildung. Leider gibt es in vielen europäischen Ländern noch kein einheitliches Ausbildungssystem für Präventionsfachkräfte. Charvat, Jurystova und Miovsy (2012) schlagen ein Qualifizierungssystem für Präventionsfachkräfte im Rahmen des Schulsystems vor (Abbildung 12). Im Vordergrund dessen steht das Bemühen, unterschiedliche

Schulungs- und Ausbildungsniveaus, welche wiederum die spezifischen und erwarteten Kenntnisse und Fähigkeiten der Mitarbeiter widerspiegeln, zu standardisieren.

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: ETHIK

Präventionsmaßnahmen 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. Fachkräfte sollten nicht davon ausgehen, dass präventive Aktivitäten per Definitionem ethisch und für die Teilnehmenden von Vorteil sind. Während es nicht immer möglich ist, alle Prinzipien der ethischen Prävention 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 PHASE 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 Präventionstätigkeiten zugrunde liegen. Das Programmteam muss sich der substanzbezogenen Politik und Gesetzgebung auf regionaler, landesweiter, nationaler und/oder internationaler Ebene bewusst sein und in Übereinstimmung mit diesen arbeiten. Wenn Interventionen Bedürfnisse ansprechen, die keine

aktuellen politischen Prioritäten darstellen, sollen sie dennoch die umfassendere Präventionsagenda unterstützen, wie sie durch nationale oder internationale Strategien definiert ist. Andere Leitlinien, wie verbindliche Standards und Richtlinien, sollten gegebenenfalls ebenfalls berücksichtigt werden.

1.2 Substanzkonsum und gemeinschaftliche Bedürfnisse erfassen:

Das zweite Modul dieser Phase fordert 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 präventive Interventionen 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 einer 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 neue Intervention die derzeitige Versorgungsstruktur ergänzen kann.

1.4 Zielgruppe verstehen:

Die Bedarfsanalyse wird komplettiert, 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 Lebenswirklichkeit ist Voraussetzung für eine wirksame, kosteneffektive und

ethische Prävention. Gegebenenfalls muss eine intermediäre Zielgruppe adressiert werden, die selbst nicht betroffen ist (z. B. Eltern, Lehrkräfte), jedoch indirekt einen Einfluss auf die eigentliche Zielgruppe hat (z. B. vulnerable Jugendliche).

I PHASE 2: RESSOURCENANALYSE

Eine Intervention wird nicht nur durch den Bedarf der Zielgruppe definiert, sondern auch durch die verfügbaren Ressourcen. Während die Bedarfsanalyse aufzeigt, auf was die Intervention oder Strategie abzielen 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 an der Intervention zu beteiligen oder deren Umsetzung zu unterstützen. Sie können auch über Ressourcen verfügen, 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 durchführbar ist, wenn sie den verfügbaren personellen, finanziellen und anderen Ressourcen entspricht. Dieser Schritt wird vor der Programmformulierung durchgeführt, um herauszufinden, welche Arten von Interventionen oder Strategien möglich sind. Da der Zweck dieser Analyse darin besteht, eine informierte Planung zu ermöglichen, muss es sich dabei um keine "formelle" Analyse durch eine externe Organisation handeln, sondern kann beispielsweise eine informelle Diskussion zwischen Mitarbeitenden sein, um organisatorische Stärken und Schwächen in Bezug auf die Ressourcenlage zu ermitteln.

I PHASE 3: PROGRAMMFORMULIERUNG

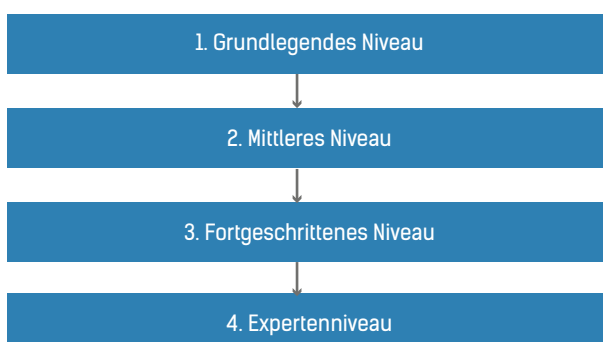
Die Formulierung der Intervention oder Strategie skizziert deren Inhalt und Struktur und bietet die notwendige Grundlage, um eine gezielte, detaillierte, kohärente und realistische Planung zu ermöglichen. Auf der Grundlage der Bedarfsanalyse der Zielgruppe und der verfügbaren Ressourcen sollen die Kernelemente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

ABBILDUNG 12

Aus- und Weiterbildungsniveaus



Einheiten bestehen, solange sie identifizierbar und klar definiert ist. Die Definition sollte spezifisch und angemessen für den Umfang der Intervention oder Strategie 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 Substanzgebrauch 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 ernstzunehmende Risiko, Präventionsarbeit um ihrer selbst willen durchzuführen, statt zum Nutzen der Zielgruppe. Die EDPQS verwenden eine dreistufige Zielstruktur, bestehend aus lang-, mittel- und kurzfristigen 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 unmittelbare oder mittelfristige Verhaltensänderung bei den Teilnehmenden, die notwendig ist, um ein mittelfristiges Ziel zu erreichen. Schließlich beschreiben die operativen 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 eine Intervention stattfindet, z.B. Familie, KiTa, Schule, Arbeitsplatz oder Kommune. 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 essenziell, damit andere verstehen können, wo und wie die Intervention durchgeführt wurde.

3.5 Wirksamkeitsnachweise berücksichtigen:

Bei der Planung von Präventionsmaßnahmen 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. Wissenschaftliche Erkenntnisse

müssen mit der Berufserfahrung von Praktikern kombiniert 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 hinzugezogen werden. Die Limitationen solcher Wissensformen im Vergleich zu wissenschaftlichen Forschungsergebnissen sollten jedoch sorgfältig abgewogen werden (z.B. aufgrund deren 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 Interventionsdurchführung aktualisiert werden, um deren tatsächliche Entwicklung widerzuspiegeln.

I PHASE 4: INTERVENTIONSDESIGN

Die Standards dieser Phase helfen bei der Entwicklung einer neuen Intervention sowie bei der Auswahl und Anpassung einer bestehenden und fördern die Beachtung von Evaluationsanforderungen als Teil des Interventionsdesigns.

4.1 Qualität und Wirksamkeit einplanen:

Nachdem die Eckpunkte der Intervention skizziert wurden, werden ihre Details ausgearbeitet. Evidenzbasierte Aktivitäten zu planen, die von den Teilnehmenden als ansprechend, interessant und sinnvoll wahrgenommen werden, ist ein wichtiger Aspekt um gesetzte Ziele zu erreichen. Wenn möglich, sollte die Intervention als eine logische Abfolge aufeinander aufbauender Aktivitäten konzipiert werden, die die Entwicklung der Teilnehmer während der gesamten Intervention widerspiegelt. Dabei kann die Konsultation verschiedener Quellen von bereits durchgeführten Maßnahmen oder Strategien dazu beitragen, Aktivitäten zu vermeiden, die sich bereits als unwirksam oder schädlich erwiesen haben. Gute Register, welche evidenzbasierte Interventionen oder Strategien übersichtlich aufgelistet haben, sind die Grüne Liste Prävention, oder das Xchange-Präventionsregister.

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. Überlegen Sie z.B., ob ein bestehendes Programm für die konkreten 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 Personalkompetenz 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 Aspekten 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 dabei hilft zu verstehen, 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 in zufriedenstellender Form zur Verfügung stehen, wenn sie benötigt werden.

PHASE 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. Managementrelevante, organisatorische und praktische Aspekte müssen daher 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 verschriftlichter Programmplan dokumentiert alle Aufgaben und Verfahren, die für eine erfolgreiche Durchführung der Intervention erforderlich sind. Der Programmplan leitet die Implementierung durch Bereitstellung eines gemeinsamen Rahmens, dem alle Mitarbeitenden zuarbeiten 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 Kontext zu

setzen. Wenn mehr Ressourcen benötigt werden als verfügbar sind, wird im Finanzplan geklärt, welche zusätzlichen Mittel benötigt werden oder inwiefern der Programmplan angepasst 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 Bedarfen der Intervention ausgewählt werden. Rollen und Verantwortlichkeiten sollten so verteilt werden, dass alle notwendigen Aufgaben den geeignetsten Personen (d.h. Personen mit geeigneten Qualifikationen und/oder Erfahrungen) übertragen und von ihnen ausgeführt werden. Dieses Modul sollte in Verbindung mit dem Querschnittskriterium C: Personalentwicklung betrachtet werden.

5.4 Teilnehmer anwerben und binden:
Die Anwerbung von Interventionsteilnehmern bezieht sich auf den Auswahlprozess geeigneter Personen aus der Zielgruppe. Dabei werden die potentiellen Teilnehmer über die Intervention informiert, zur Teilnahme eingeladen, registriert und sichergestellt, dass diese die Intervention auch beginnen (z.B. Teilnahme an der ersten Sitzung). Die Teilnehmenden sollten methodisch und ethisch korrekt aus der definierten Zielgruppe angeworben werden. Die Bindung bezieht sich auf den Verbleib aller Teilnehmenden in der Intervention, bis zu deren Abschluss und/oder bis deren Interventionsziele erreicht wurden (je nachdem, was angemessener ist). Dies ist besonders relevant für Interventionen, die lange Zeiträume in Anspruch nehmen. Hindernisse für die Teilnahme sollten rechtzeitig 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), Instrumente des Monitorings 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 Beschreibung 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 PHASE 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 (d.h. Einhaltung des Programmplans) und Flexibilität (d.h. Reaktion auf neue Entwicklungen) zu wahren. Die einzelnen Module dieser Phase beschreiben, wie dieses Gleichgewicht erreicht werden kann, indem die Qualität und der Fortschritt der Implementation hinterfragt 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 landes- auf eine bundesweite Implementation ausgeweitet werden soll, sollte sie zuerst in kleinerem Rahmen getestet werden. 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 Implementation sehr kostspielig sein können. Eine Pilotintervention (oder Pilotstudie) ist eine kleine Erprobung der Intervention vor ihrer vollständigen Implementation (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 implementiert. 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 Implementation detailliert dokumentiert, einschließlich unerwarteter Ereignisse, Abweichungen und Fehler.

6.3 Implementation 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 Implementation 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 Implementation anpassen:

Die Implementation muss flexibel bleiben, damit sie auf sich abzeichnende Probleme, geänderte Prioritäten usw. reagieren kann. Wo dies erforderlich und möglich ist, sollte die Implementation 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 PHASE 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 den Teilnehmenden (z.B. verringerter Substanzgebrauch), während Prozessevaluationen sich auf die In- und Outputs fokussieren, d.h. ob die Intervention wie geplant durchgeführt wurde (z. B. Anzahl der durchgeführten Sitzungen, Anzahl der angeworbenen und gebundenen Teilnehmer).

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 werden statistische Analysen durchgeführt, 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 Teilnehmern, ihre Wiedergabegenauigkeit und ihren Ressourceneinsatz betrachtet. 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 PHASE 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 Implementation hinaus fortgesetzt werden, auch nachdem ihre externe Finanzierung eingestellt wurde. Anhand der empirischen Evidenz, die durch Monitoring und abschließende Evaluationen erzeugt 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 der Suchtprävention und trägt damit zur künftigen Politik, Praxis und Forschung im Bereich des Substanzgebrauchs 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. Er kann als 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 vielleicht vor, im Sinne von "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, Akteuren 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 Fachkräfte, 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 regional 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 Profil zu analysieren,

⁷ <https://www.ctc-info.de/>

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 ermöglichen, stellen sicher, dass der Implementationsprozess von hoher Qualität ist, während die internationalen Standards der UNODC, in denen evidenzbasierte Interventionen aufgeführt sind, sicherstellen, dass eine qualitativ hochwertige Präventionsmaßnahme zur Implementation ausgewählt werden kann. Diese Kombination führt zu der bestmöglichen Wirksamkeit der Interventionen bzw. Präventionsmaßnahmen.

Balance zwischen Anpassung und Umsetzungsgenauigkeit

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 mit ihr 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 Umsetzungsgenauigkeit, 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 Umsetzungsgenauigkeit 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.

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
Erfordert Monitoring und Evaluation	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

TABELLE 9

Faktoren, die einen negativen Einfluss bei der kulturellen Adaption 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

Die EBDD veröffentlichte einen Fachbericht, 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.
- Konsultation mit Interventionsentwicklern, 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 höhere 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.

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

- 55 | Evaluation und Forschung
- 56 | Evaluationssysteme und Forschungsdesigns
- 58 | Komponenten von Forschungs- oder Evaluationsdesigns
- 58 | Arten von Forschungsdesigns
- 61 | Stichprobenziehung und Messtechniken
- 62 | Datenerhebung, Analyse, Statistik und Berichterstattung
- 63 | Zusammenarbeit mit einem Evaluationsforscher- das kollaborative Modell
- 63 | Verzeichnisse hochwertiger Präventionsprogramme
- 64 | Exkurs: Ex-ante-Evaluation

KAPITEL 4

MONITORING UND EVALUATION

Evaluation meint im Präventionskontext die „systematische, empirische Analyse von Konzepten, Bedingungen, Prozessen und Wirkungen zielgerichteter Aktivitäten zum Zwecke ihrer Bewertung und Modifikation“¹.

Evaluationen können im kompletten Verlauf der Intervention durchgeführt werden, von der Planung und Konzeption über die Implementation und im Nachgang dieser. Tatsächlich sollten alle Phasen präventiver Interventionen evaluiert werden, da man auf diese Weise wertvolle Informationen darüber gewinnen kann, was verbessert werden kann und ob die Intervention weitergeführt werden sollte.

In diesem Kapitel werden Sie mehr über die Grundlagen von Evaluationen, ihre Zwecke, Designs, Vorgehensweisen und Methoden erfahren. Dabei ist es nicht das Ziel dieses Kapitels, Ihnen die Fähigkeiten zu vermitteln, die Sie für die Konzeption und Durchführung eines wissenschaftlichen Evaluations- oder Forschungsprojekts benötigen. Stattdessen möchte es Sie mit einigen der wichtigsten Konzepte von Evaluation vertraut machen. Auf diese Weise werden Sie in die Lage versetzt, Artikel und Berichte aus der Präventionsforschung besser zu verstehen und zu bewerten. Außerdem kann es Sie bei der Frage unterstützen, ob und wie eventuell bereits etablierte Maßnahmen evaluiert werden sollten.

Es gibt mehrere starke Forschungsdesigns, die bei Evaluationsstudien eingesetzt 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 die Vorher- und Nachhermessung ohne Kontrollgruppe (siehe „Beispiele für typische Evaluationsdesigns“ weiter unten im Text).

Des Weiteren werden wir auch kurz auf andere Aspekte des Evaluationsdesigns, wie die Auswahl und Größe der Stichprobe oder geeignete Methoden zur Messung von relevanten Ergebnissen eingehen. Hierbei ist zwischen quantitativen und qualitativen Untersuchungen zu unterscheiden. Quantitative Messinstrumente erfassen hauptsächlich objektive Zahlen, während qualitative Instrumente subjektive Aspekte erfassen, also Fragen nach dem „Warum?“ und der Bedeutung von Sachverhalten nachgehen. Zum Schluss werden wir uns mit Datenerhebungs- und Analysemethoden, einschließlich grundlegender Statistiken befassen, um einen Überblick über deren Bedeutung beim Berichten von Ergebnissen und deren Aussagekraft zu geben.

¹ <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/evaluation/4489#>

Für den interessierten Leser werden eine Reihe zusätzlicher Ressourcen empfohlen.

Im deutschsprachigen Raum sind die Standards der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval-Standards) zu empfehlen. Wer sich für die konkrete Anwendung auf Präventionsthemen wie z.B. Psychoaktive Substanzen interessiert, kann sich am Präventions- und Evaluationsressourcenpakets (PERK) der EBDD sowie deren Leitlinien für die Entwicklung und Evaluation von Suchtpräventionsmaßnahmen orientieren. Internationale Standards für die Evaluation mit Schwerpunkt Prävention wurden auch von der *Society for Prevention Research* 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, um Aspekte wie die Übertragbarkeit in die Praxis besser zu erfassen. Für einen allgemeinen Überblick führen diese Beispiele jedoch zu weit – weshalb wir Ihnen nachfolgend die wichtigsten Konzepte darlegen.

EVALUATION UND FORSCHUNG

Studien über menschliches Verhalten umfassen eine Reihe von Forschungsfragen und -ansätzen. Im Kontext der Ätiologie sind sowohl biologische, psychologische, und soziale Aspekte relevant, um die Entstehung von Problemverhaltensweisen zu erklären. 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 langfristigen erwünschten Ergebnisse einer Präventionsmaßnahme sowie jener Faktoren, die mit diesen Ergebnissen in Zusammenhang stehen.

Die Durchführung einer Evaluation erfüllt eine Reihe von Zwecken:

- Zielgruppe. Identifizierung der Zielgruppe der Intervention und möglicher Stakeholder zur Schärfung der Forschungsfrage und des Evaluationsgegenstandes. Welche Erkenntnisse sind für sie von Interesse?
- Wirkungen. Hat die Intervention die gewünschten Ergebnisse erzielt und waren diese signifikant? (d.h. den Interventionseffekten zuschreibbar)
- 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? (Kosten-Nutzen-Effizienz)

Evaluationen können im Laufe eines Interventionszyklus durchgeführt werden, von der Planungsphase und der frühen Entwicklung bis zur Implementation, Reflexion und Bewertung der Auswirkungen (Abbildung 13). Daraus wird erkenntlich, dass Evaluation rechtzeitig mitgedacht werden muss und nicht nur am Ende einer Intervention steht.

Zum Beispiel würde die Evaluation einer neuen Präventionsmaßnahme zunächst sicherstellen, 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“, „Efficacy Studies“ oder „Efficacy Trials“, (Evaluation der Wirksamkeit unter **Idealbedingungen** einer Studie; erläuternde Wirksamkeitsstudien) bezeichnet werden, stellen die Frage: Erreicht die Intervention ihre Ziele unter kontrollierten Bedingungen? Eine Evaluation der Intervention in diesem Stadium kann zu Überarbeitungen und Verbesserungen beitragen, noch bevor die Intervention vollständig implementiert wird (Abbildung 14).

Die Evaluation einer ausgereiften präventiven Intervention, die nahe an oder unter **“realen“ Bedingungen** durchgeführt wird, nennt man praktische Wirksamkeitsstudie (effectiveness trial). Die Evaluationsergebnisse dieser Art von Studien geben sofort oder innerhalb weniger Monate Einsicht über kurzfristige Effekte einer Intervention. Eine praktische Wirksamkeitsevaluation kann sowohl unerwünschte als auch erwünschte Effekte aufdecken und Impulse zur Überarbeitung

ABBILDUNG 13
Evaluationszeitpunkte

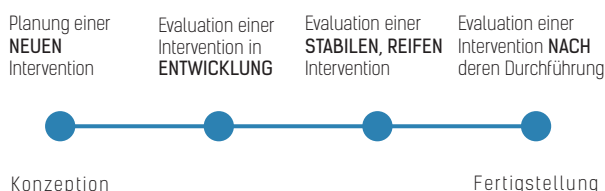
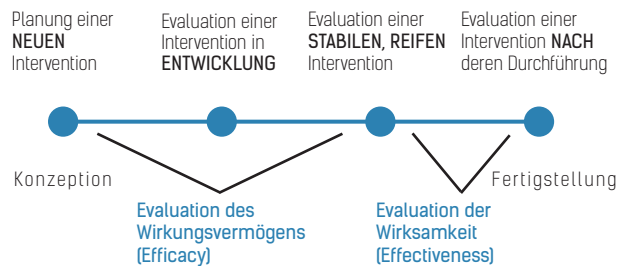


ABBILDUNG 14
Unterschiedliche Evaluationstypen



bzw. Weiterentwicklung geben. Langfristige Wirkungen können durch Nachfolgeuntersuchungen in Zeiträumen von z.B. 6 Monaten nach Interventionsende bis zu mehreren Jahren danach erhoben werden.

Am ENDE der Präventionsmaßnahme hilft die Evaluation, den Wert bzw. die Wirksamkeit der Intervention zu beurteilen, sie in Relation mit dem Ressourceneinsatz zu setzen (Effizienz) und Gelerntes für die Zukunft zu dokumentieren. In dieser Phase kann eine Evaluation die Eignung und Nachhaltigkeit der Intervention einschätzen; zudem können hier auch unerwartete Ergebnisse beurteilt werden. Diese Evaluationsergebnisse unterstützen und informieren anstehende Entscheidungs- und Verbesserungsprozesse. Dafür ist es wichtig die Evaluation rechtzeitig zu planen und zu beenden.

Für Präventionsfachleute sind Wirksamkeitsstudien unter „realen“ Bedingungen von vorrangigem Interesse. Denn zum einen findet Prävention selten in einem abgeschlossenen System statt und zum anderen liefern sie Daten über die Ergebnisse der Intervention und ermöglichen einen Abgleich mit den zuvor formulierten Interventionszielen. Mithilfe einer geeigneten Berichterstattung sollen die wesentlichen Ergebnisse der Intervention zusammengefasst und offen zur Verfügung gestellt werden.

EVALUATIONSSYSTEME UND FORSCHUNGSDESIGNS

Die allgemeine Absicht einer Evaluation besteht darin, nicht nur zu verstehen, was während der Intervention getan wurde (Überprüfung Prozess), sondern auch festzustellen, ob mit der Intervention das erreicht wurde, was erreicht werden sollte (Überprüfung Ergebnisse). Evaluationen sollen dabei grundsätzlich nützlich, durchführbar, fair und genau sein. Diese Evaluationen betreffen Fragen wie:

- Hat die präventive Intervention/Strategie ihr gesetztes kurzfristiges Ziel erreicht? Sind die Problemlösefähigkeiten bei Kindern gesteigert? 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 Untergruppen - Geschlecht, Ethnie, Substanzgebrauch oder sozioökonomischer Status?
 - Welche Interventions- /Strategiemerkmale 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 Umsetzungsgenauigkeit mit positiven/negativen Ergebnissen verbunden?

Bevor Sie eine Evaluation durchführen, müssen Sie Folgendes klären:

- Was sind die Forschungsfragen? Was ist der Zweck bzw. der Nutzen der Evaluation? Was soll nachgewiesen werden? Inwiefern muss die Motivation des Geldgebers berücksichtigt werden? Was sind die Informationsbedürfnisse der Zielgruppe und relevanter Stakeholder?
- 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?
- Wie ist die Evaluation durchführbar? Was ist der Zeitrahmen? Ist dieser realistisch? Wenn Sie sich zum Beispiel für den Substanzgebrauch als Ergebnis einer schulbasierten Intervention bei 12-Jährigen interessieren, aber auch wissen, dass das übliche Einstiegsalter bei 16 Jahren liegt, müsste eine Evaluation diese Kinder 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? In welchem Zeitrahmen soll die Berichterstattung der Evaluationsergebnisse erfolgen? 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 Evaluationsverfahren ist für den -zweck angemessen? 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 ERGEBNISEVALUATION

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 deren "Dosierung", Umsetzungsgenauigkeit und 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 die Prozessevaluation 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?

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 von Substanzgebrauch.

Ein umfassendes Monitoring- und Evaluationssystem sollte sowohl Komponenten der Prozess- als auch Ergebnisevaluation enthalten, um sowohl die Inputs und Outputs der Implementation der Intervention als auch deren 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 während der Intervention geschieht, wer erreicht wird und wie viel von den Inhalten der Präventionsmaßnahme umgesetzt wurde.

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. Denn diese kann zu einem guten Forschungsaufbau beraten und bei statistischen Verfahren behilflich sein. Die Hauptkomponenten des Designs umfassen: Forschungsfragen, Art des benötigten Forschungsdesigns, Zielpopulation, Selektionskriterien für diese Zielpopulation, Operationalisierung der Evaluationsfragen, Methoden der Datenerhebung und -analyse.

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. Diese wiederum müssen auch den zu erwartenden Aufwand zur Beantwortung der Forschungsfrage in Zusammenhang mit den zu erwartenden Evaluationsergebnissen berücksichtigen, um ein angemessenes Forschungsdesign zu wählen

- **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 vielleicht feststellen, ob die Intervention mit den gleichen Auswirkungen für unterschiedliche Zielgruppen durchführbar ist. Die Fragen der Reichweite und Ergebniswirkung leiten somit die Planung einer Evaluation.
- **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 Voraussetzungen werden Ausschlusskriterien genannt.
- **Selektionskriterien und Stichprobe.** Wie werden die tatsächlichen Studienteilnehmer ausgewählt, wenn

eine Studienpopulation bestimmt 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, damit die Ergebnisse eine Allgemeingültigkeit für die Gesamt- und nicht nur für die Teilgruppe haben. Es gibt verschiedene Methoden zur Stichprobenziehung, um die Repräsentativität zu gewährleisten, wie etwa die Randomisierung.

- **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 ebenfalls 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? Welche Form der statistischen Analyse soll gewählt werden?

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. RCTs). Alle haben Vor- und Nachteile. Einige sind in bestimmten Situationen besser anwendbar als andere.

I BEISPIELE FÜR GÄNGIGE EVALUATIONSDESIGNS

Es gibt mehrere aussagekräftige Forschungsdesigns, die eingesetzt 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 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 durch die Intervention (Qualität und Quantität der Beteiligung an der Intervention)
- Das Einhalten eines ausreichenden und angemessenen Zeitabstandes nach der Teilnahme an einer Intervention für deren Ergebnismessung.

Einige Stärken und Schwächen des RCT sind unter anderem:

- RCTs tragen dazu bei, Ursachen- und Wirkungszusammenhänge zwischen der Durchführung eines Präventionsprogramms und seinen Ergebnissen aufzuzeigen.
- Das Forschungsteam kann eine Intervention gezielt zuweisen oder zurückhalten.
- Die Verringerung einiger Arten von Verzerrungen (Bias) 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 könnten 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

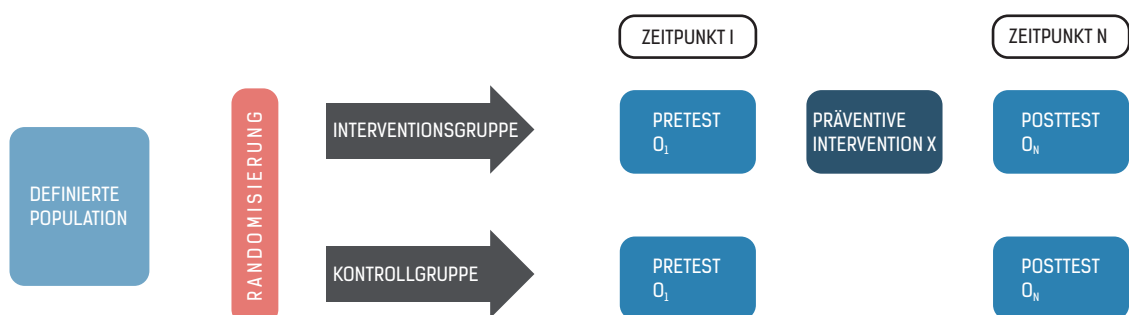
Ein alternatives Design, welches Verwendung findet, wenn es schwierig ist, eine Vergleichs- oder Kontrollgruppe zu generieren, ist das unterbrochene Zeitreihen-Design (Abbildung 16). Im Rahmen dieses Forschungsdesigns werden bis zu 100 Messungen vor und nach der Intervention für die Zielpopulation durchgeführt. 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 werden (z.B. Kriminalitäts- oder Krankenhausstatistik).
- Gute Analysen können bereits bestehende und saisonale Trends (z.B. erhöhter Alkoholkonsum während der Schulferien) oder Veränderungen in der breiten Bevölkerung (z.B. ein langfristiger Trend zu vermindertem Alkoholkonsum in der Allgemeinbevölkerung) vor Einführung der Intervention ausschließen.

ABBILDUNG 15

Das klassische Experiment: Randomisiert kontrollierte Studie



- 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.

Vorher- und Nachhermessung ohne Kontrollgruppe (One Group Pre- und Post-Test-Design)

Vorher- und Nachhermessungen ohne Kontrollgruppe 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 von Vorher- und Nachhermessungen ohne Kontrollgruppe sind folgende:

- Sie sind schnell und einfach zu realisieren, kostengünstig und in die Routine einer Institution integrierbar.
- Einfache Instrumente wie z.B. Umfragen, können für die gesamte Datensammlung verwendet werden.
- Sie können beschreiben, was mit einer bestimmten Gruppe passiert, wenn sie eine Intervention erhält.
- Sie können keine Ursachen- und Wirkungszusammenhänge aufzeigen.
- Sie können nur kurzfristige Änderungen anzeigen.
- Sie schließen alternativen Erklärungen für beobachtete Veränderungen nicht aus.

FRAGEN, DIE BEI DER BEWERTUNG VON EVALUATIONSERGEBNISSEN ZU BERÜCKSICHTIGEN SIND

Bei der Bewertung der Ergebnisse einer Evaluation und der daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen gibt es, unabhängig vom Forschungsdesign, eine Reihe von weiteren Faktoren, die zu bedenken 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 der Intervention zuzuschreiben sind. Es gibt zwei Arten von Validität, die berücksichtigt werden müssen:

- Interne Validität: Sind die Befunde wirklich das Ergebnis der Teilnahme an der 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 bedacht werden müssen, da sie die Ergebnisse möglicherweise verzerren können und somit nicht den tatsächlichen Effekt der Intervention abbilden

- Laufzeit: 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 alle Mitglieder einer Gruppe durchführen können, müssen sie eine kleinere Gruppe oder Studienstichprobe auswählen, welche die größere Gruppe repräsentiert. Das bedeutet, dass die kleinere Gruppe die primären Merkmale der größeren Gruppe widerspiegeln muss, damit die Ergebnisse auf diese übertragen werden kann (Repräsentativität).
- Abbruch (oder Verlust): Der Begriff bezieht sich auf Studienteilnehmer, die die Studie verlassen haben 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

ABBILDUNG 16
Unterbrochene Zeitreihe



- 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-Tests 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 reagieren (z.B. absichtlich versuchen, "erfolgreich" zu sein oder zu "scheitern") oder wie sie Forschungsinstrumente, 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 zwar 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

ABBILDUNG 17

Vorher- und Nachhermessung ohne Kontrollgruppe



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.

STICHPROBENZIEHUNG UND MESSTECHNIKEN

Wie bereits erwähnt ist eine Stichprobenziehung ein Verfahren, das es ermöglicht, Erkenntnisse aus der Untersuchung eines Bevölkerungsausschnitts auf die Gesamtbevölkerung zu übertragen (Repräsentativität). Darüber hinaus ist es von ethischer Bedeutung, die Rechte und Sicherheit der Teilnehmer zu schützen und dafür zu sorgen, dass ihnen durch die Teilnahme an der Intervention kein Schaden entsteht.

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 veröffentlicht².

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:

² <https://www.emcdda.europa.eu/eib>

- stellen Messungen zur Quantität bereit: z.B. "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 befassen sich mit den Fragen "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 („Wie kam es zur Ausprägung eines bestimmten Phänomens?“).

Unabhängig von der Wahl eines quantitativen oder qualitativen Messverfahrens sollen die Daten systematisch erhoben und analysiert werden, um die Forschungsfrage angemessen beantworten zu können.

DATENERHEBUNG, ANALYSE, STATISTIK UND BERICHTERSTATTUNG

Sobald die Messungen erhoben sind, müssen sie in Daten und eine Form umgewandelt werden, die eine weitere Untersuchung oder Analyse ermöglichen. Die Datenanalyse ermöglicht dem Sachverständigen, die untersuchte Population systematisch zu beschreiben und mit der Beantwortung der Forschungsfragen zu beginnen, welche die Grundlage der Evaluation darstellen. Dieser Prozess der Beschreibung

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

und weiteren Analyse wird durch den Einsatz statistischer Methoden unterstützt.

Deskriptive Statistik: Stellt Werkzeuge bereit, um Daten anhand von statistischen Kennwerten, Diagrammen, Grafiken oder Tabellen zu beschreiben. Dies umfasst insbesondere die Darstellung in Form von Lage- (u.a. Mittelwert, Median, Summe) und Streuungsmaßen (Standardabweichung, Varianz, Spannweite) sowie Häufigkeitstabellen und Diagrammen. Deskriptive Statistik beschreibt eine untersuchte Stichprobe bzw. Population, lässt jedoch keine Schlussfolgerungen im Hinblick auf den zeitlichen Verlauf, Kausalität oder die Gesamtbevölkerung zu. Dies ist Gegenstand der sogenannten Inferenzstatistik

Inferenzstatistik: Diese möchte Aussagen über die Grundgesamtheit (Gesamtbevölkerung) treffen, untersucht zur Erreichung dieses Ziels jedoch nur einen Ausschnitt der Gesamtbevölkerung. In Abhängigkeit der untersuchten Hypothese kommen unterschiedliche mathematische Verfahren zum Einsatz, um eine belastbare Schlussfolgerung im Hinblick auf die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse zu ziehen. Dies ist insbesondere dann besonders wertvoll, wenn es aus verschiedenen Gründen nicht möglich ist, die gesamte Bevölkerung zu befragen (finanzielle, logistische Gründe). Inferenzstatistik erlaubt es, Aussagen hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit und der Verteilung eines bestimmten Problems in der Bevölkerung zu treffen und kausale Zusammenhänge zwischen verschiedenen Variablen aufzuklären (z.B. sozioökonomischer Status und Lebenserwartung). Für die Evaluation von Präventionsprogrammen ist die Inferenzstatistik daher besonders wichtig

Berichterstattung: Die Berichterstattung dokumentiert nachvollziehbar und transparent, das gesamte Evaluationsvorgehen, einschließlich seiner Ziele, Forschungsfragen und seinem -design. Sie spiegelt auch die angewendeten Methoden sowie sämtliche verwendeten Informationsquellen offen wider. Die gefundenen Evaluationsergebnisse werden systematisch und kritisch beleuchtet, um auf mögliche Fehlerquellen und Verzerrungen (Bias), welche Einfluss auf die Ergebnisse genommen haben könnten einzugehen. Eine abschließende Bewertung und Schlussfolgerungen aus den Evaluationsergebnisse sollen dabei immer auf den gefundenen und analysierten Daten und den zuvor formulierten Zielwerten beruhen.

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 die Intervention durchführende Team betreffen. Die Interaktion zwischen Interventionsteam 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 Interventionsteams entwickelt, und der Evaluationsforscher arbeitet während der gesamten Evaluation mit dem Interventionsteam zusammen.

Der kollaborative Ansatz bezieht beide Parteien mit ein, sodass Interventions- und Evaluationsteam eine Einheit bilden. Im Rahmen des Kooperationsmodells können auch andere Stakeholder eingebunden werden. Es ist jedoch wichtig, dass die Rollen, Tätig- und Verantwortlichkeiten definiert sind, andernfalls werden fast zwangsläufig Konflikte und falsche Erwartungen entstehen. Wichtig ist, dass sich das Evaluations- und Interventionsteam regelmäßig austauschen. Tabelle 6 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 über die für die Durchführung einer Evaluation erforderliche Erfahrung und Kompetenz verfügen.

Ergänzend sollten sich externe Evaluationsforscher bezüglich des Einhaltens von Qualitätsstandards und zeitlicher Fristen verpflichten, den Untersuchungsgegenstand verstehen und sich intensiv mit den Entwicklern der Maßnahme und anderen Stakeholdern befassen.

VERZEICHNISSE GEPRÜFTER PRÄVENTIONSPROGRAMME

Meistens müssen wir kein neues Präventionsprogramm entwickeln, sondern stattdessen versuchen, mit bestehenden effektiven Programmen zu arbeiten. Wie finden Sie gewaltpräventive Maßnahmen, die funktionieren? Glücklicherweise gibt es mehrere Register, die evidenzbasierte Interventionen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung 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 und die Aufnahmekriterien zu prüfen. 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 deren Inhalt und Durchführung.

Es gibt Register, die für die Auswahl von für Ihre Zielgruppe geeigneten Präventionsmaßnahmen genutzt werden können. Dazu gehören u.a. *Xchange*, *die Grüne Liste Prävention*, *die Blueprints for Healthy Child Development* und *der wegweiser prävention*.

Xchange ist ein europäisches Register für evidenzbasierte Präventionsprogramme im Kontext Drogen und Entwicklungsförderung. Umfassender sind die *Grüne Liste Prävention* und *Blueprints for Healthy Child Development*, die ausgehend von Risiko- und Schutzfaktoren ein weites Spektrum geprüfter Präventionsprogramme beinhalten. In Kooperation mit der Grünen Liste zeigt der wegweiser prävention geprüfte Programme speziell zur Entwicklungsförderung und Gewaltprävention auf.

Wenn Sie sich darüber hinaus für aktuelle Entwicklungen im Kontext der Präventionsforschung interessieren, empfehlen wir die regelmäßige Lektüre wissenschaftlicher Zeitschriften wie z.B. „Prevention Science“, „Public Health“ oder die Teilnahme an den Jahreskongressen entsprechender Fachgesellschaften (z.B. *Europäische Gesellschaft für Präventionsforschung*, *Deutsche Gesellschaft für Public Health*)

I EXKURS: EX-ANTE-EVALUATIONEN

Eine Ex-ante-Evaluation (auch präformative bzw. vorgeschaltete Evaluation) wird vor der erstmaligen Umsetzung eines Programms durchgeführt, um dessen Konzept zu bewerten. Von Interesse können beispielsweise die Passung hinsichtlich des Bedarfes, die Finanzierbarkeit, Umsetzbarkeit oder Wirksamkeit sowie das Kosten-Nutzen-Verhältnis sein. Eine Ex-ante-Evaluation kann auch zur Klärung von Zielen dienen und Sie können durch sie ein vertieftes Verständnis darüber gewinnen, welche Art von Analysen erforderlich sind, um den Erfolg oder Misserfolg eines Präventionsprogramms zu ermitteln.

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

69 | Definitionen

69 | Formen familienbezogener Präventionsmaßnahmen

71 | Allgemeiner Inhalt von familienbezogenen Präventionsmaßnahmen

73 | Evidenzbasierte Programme

74 | Herausforderungen

KAPITEL 5

PRÄVENTION IM SETTING FAMILIE

Die Familie ist eines der Settings auf der Mikroebene und von großer Bedeutung für die positive Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Der Fokus dieses Kapitels liegt auf familienorientierten Maßnahmen, deren Inhalten und Besonderheiten. Beispielhaft werden die evidenzbasierten Programme „EFFEKT®“ und „Triple P“ vorgestellt. Wir beenden das Kapitel mit einer Diskussion über die Herausforderungen bei der Arbeit mit Familien und wie diese bewältigt werden können.

I DEFINITIONEN

Was „Familie“ bedeutet und wie diese definiert wird unterscheidet sich sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch der wissenschaftlichen Diskussion. Verschiedene Disziplinen wie die Anthropologie, Soziologie, Psychologie oder Ökonomie definieren und untersuchen „Familie“ auf unterschiedliche Weise. Auch kulturübergreifend gibt es kein einheitliches Verständnis davon, was „Familie“ bedeutet. Zum Beispiel wird „Familie“ in den Vereinigten Staaten, Kanada und vielen europäischen Ländern am häufigsten als Kernfamilie definiert, gemeint sind damit meist zwei gegengeschlechtliche Partner und deren Kinder, Alleinerziehende oder getrennt lebende Paare mit geteiltem Sorgerecht (Patch-Work-Familien). In den meisten anderen Teilen der Welt wird „Familie“ oft als eine Großfamilie definiert, zu der Großeltern, Tanten, Onkel, Cousins und Cousins sowie die erweiterte Verwandtschaft hinzugerechnet werden. 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 und das bis dahin dominierende Familienkonzept erweitert und verändert wurde.

I FAMILIEN ALS SYSTEME

Wissenschaftler betrachten Familien oft als eine besondere Form sozialer Systeme. 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 Verbänden. Anders als die meisten sozialen Gruppen sind Mitglieder einer Familie direkt 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 Beziehungsgestaltung miteinander. Die Interaktion zwischen Familienmitgliedern ist oftmals von einer großen Direktheit und Intimität geprägt, die in Beziehungen außerhalb der Familie nicht oder nur mit wenigen Personen gezeigt würde.

Familien können sich gegenseitig sozial unterstützen und ein Gefühl der Zugehörigkeit geben. Das Zugehörigkeitsgefühl ist wichtig für die menschliche Entwicklung und hilft diesen, 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 der zentralen Aufgaben von Familie ist die Sozialisation von Kindern. Die Familie ist in der Regel der Kontext, in dem Kinder Normen, Werte, Einstellungen und Verhaltensweisen erlernen. Im Allgemeinen stellt die Familie den primären Sozialisationskontext dar, da Kinder im Kreise ihrer Familie wichtige Dinge, wie das Sprechen, Sozialverhalten, sowie die Frustrationsbewältigung lernen. Eltern unterstützen die Entwicklung wichtiger sozialer und personaler Fähigkeiten durch verschiedene Formen des Lernens, der Beziehungsgestaltung und Erziehung.

I FORMEN FAMILIENBEZOGENER PRÄVENTIONSMASSNAHMEN

Familienbezogene Präventionsmaßnahmen können ebenso wie andere präventive Interventionen in die Kategorien universell, selektiv oder indiziert unterteilt werden.

Neben der Zielgruppe (z.B. nur bestimmte Familienmitglieder oder die gesamte Familie) ist auch die Zielsetzung ein weiteres charakterisierendes Merkmal familienbezogener Präventionsmaßnahmen.

Elternbezogene-Interventionen konzentrieren sich allein auf die Veränderung bestimmter Erziehungspraktiken (z.B. Beziehungsgestaltung oder wirksame Kommunikation) und richten sich ausschließlich an Eltern bzw. Sorgeberechtigte. Die Kinder können ggf. an der Maßnahme beteiligt sein.

Maßnahmen zur Förderung der Erziehungskompetenz sind in der Regel breiter angelegt und auf Förderung der erziehungsbezogenen Fähigkeiten der Eltern sowie der personalen und sozialen Fähigkeiten der Kinder ausgerichtet. Übungen werden auch mit der gesamten Familie durchgeführt. 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.

Maßnahmen zur Förderung der Erziehungskompetenz werden manchmal in Kombination mit anderen Interventionen - z.B. mit einer schulbasierten Intervention in derselben Kommune - als Teil einer umfassenderen Rahmenstrategie implementiert. Aufgrund der vielen verschiedenen Makro- und Mikrofaktoren, die jugendliches Risikoverhalten beeinflussen, werden solche Strategien häufig auf gesamtgesellschaftlicher Ebene umgesetzt. Einige Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass eine Kombination von verschiedenen Ansätzen bei der Reduzierung von Problemverhaltensweisen in der Bevölkerung wirksam sein können.

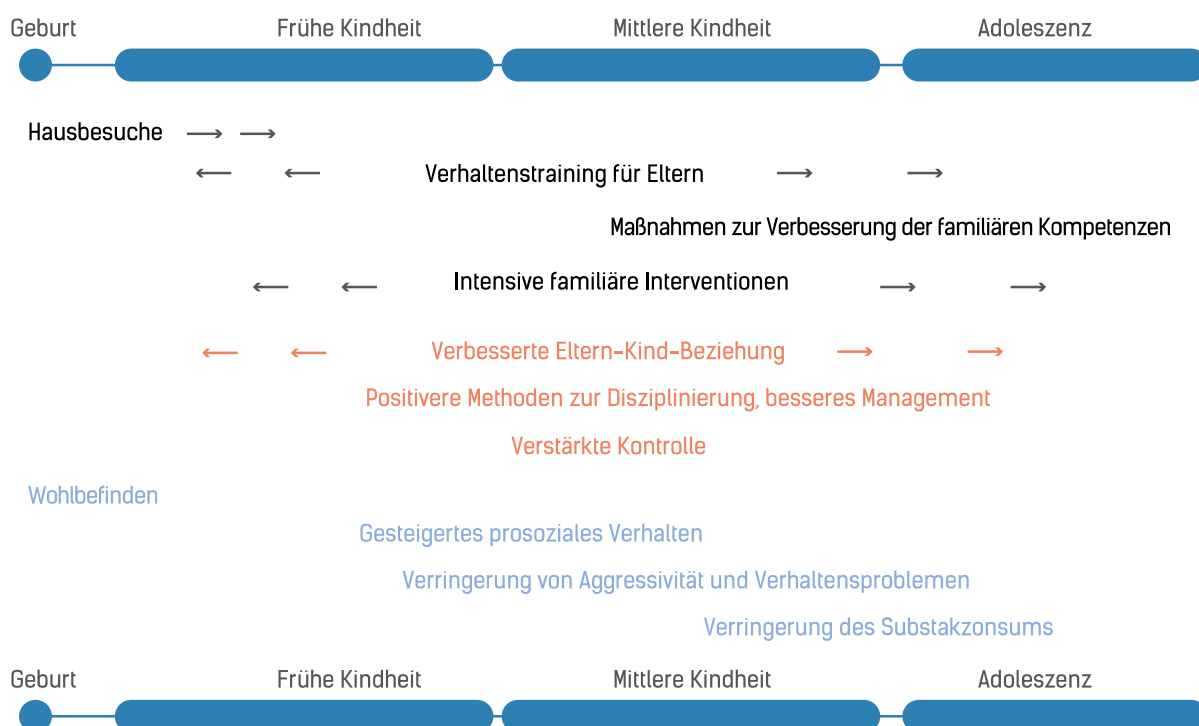
Eine weitere Interventionsform ist die Familientherapie, die bereits aufgetretene Verhaltensauffälligkeiten adressiert, um eine spätere Eskalation im Entwicklungsverlauf zu verhindern. Es kann verschiedene Hinweise darauf geben, dass eine Familie von einer Intervention profitieren kann. Manchmal spiegeln sich diese in Aspekten des familiären Umgangs

wider, wie z.B. Gewalt, oder manchmal im jugendlichen Verhalten außerhalb des familiären Umfelds, wie z.B. in der Schule oder anderen Settings. Intensive familiäre Interventionen, wie z.B. die systemische Familientherapie oder die sozialpädagogische Familienhilfe können sowohl im Kindes- als auch Jugendalter deutlich positive Wirkungen erzielen.

Wie auch in anderen Bereichen gilt für die familienbezogene Präventionsmaßnahmen, dass diese den Entwicklungsstand der adressierten Kinder- und Jugendlichen berücksichtigen müssen. Abbildung 18 führt verschiedene Strategien (schwarz), Ziele (rot) und Ergebnisse (blau) vor dem Hintergrund der Entwicklungsphasen von Geburt bis Adoleszenz auf.

Die theoretische Annahme familienbezogener Präventionsmaßnahmen ist, dass durch die Beeinflussung familiärer Prozesse wie z.B. der elterlichen Beziehungsgestaltung die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gefördert und damit die Entstehung von Problemen verhindert werden kann. Auf der Mikroebene kommt der Familie die größte Rolle zu, wenn es um den Einfluss auf die Entstehung von Problemverhaltensweisen geht. Familienbezogene Präventionsmaßnahmen können bereits vor der Geburt beginnen, wie z.B. Programme, die Hausbesuche für werdende Mütter vorsehen. Diese Art von Intervention konzentriert sich auf die Änderung des Erziehungsverhaltens, die Verbesserung des Wohlbefindens

ABBILDUNG 18
Familienbezogene Präventionsmaßnahmen nach Entwicklungsphasen



von Müttern, die Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung und die Verbesserung der langfristigen Entwicklungsperspektive des Kindes.

Die einflussreichsten familiären Faktoren, die Einfluss auf die kindliche Entwicklung haben, sind:

- **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 bis in die Adoleszenz. Obwohl sich einige Merkmale der Beziehung im Laufe der Zeit verändern, schützt eine warmherzige und positiv-emotionale Beziehung Jugendliche vor der Entwicklung von Verhaltensproblemen. Eltern, die Zeit investieren und aktiv und positiv in das Leben ihrer Kinder involviert sind, helfen beim Aufbau von dieser Art von Beziehungen. Verhaltensorientierte Elterntrainings können zur Verbesserung der Erziehungspraktiken, der Eltern-Kind-Beziehung und Verhaltensweisen von Kindern oder Jugendlichen beitragen - die sich bis in die Adoleszenz und das frühe Erwachsenenalter auswirken.
- **Verhalten-Management-Strategien.** Angemessen auf jugendliches Risiko- und Problemverhalten zu reagieren, ist eine wichtiger Aufgabe der elterlichen Erziehung. Wirksame Maßnahmen zielen darauf ab, Eltern Verhaltensstrategien zu vermitteln, die sie dabei unterstützen. Es gibt viele Erziehungsstrategien, die bei diesem Prozess unterstützen können. Neben Disziplin (solche, 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.
- **Wertevermittlung.** Die Vermittlung von Werten und Umgangsformen wie z.B. Ehrlichkeit und Aufrichtigkeit innerhalb der Familie trägt dazu bei, risikoarme und prosoziale Verhaltensweisen zu fördern. Dies kann destruktiven, negativen Verhaltensweisen entgegenwirken, die in anderen Sozialzusammenhängen der Kinder beobachtet und gelebt werden.
- **Interesse und aktive Beziehungsgestaltung.** 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 aus Maßregelung besteht.
- **Unterstützung.** Emotionale, kognitive und finanzielle Unterstützung der Kinder.

Wenn es gelingt, einige dieser einflussreichen Faktoren durch präventive Angebote zu stärken, können gesundheitsriskante oder Problemverhaltensweisen, wie missbräuchlicher

Substanzkonsum reduziert werden.

Eine der Herausforderungen der familienbezogenen Prävention ist, dass sie insbesondere dann besonders wirksam wird, wenn sie vor der Entstehung eines Problems ansetzt. Dies erschwert, Familien davon zu überzeugen, an Angeboten teilzunehmen..

Interessant ist auch in diesem Kontext die Frage nach den Hauptmerkmalen wirksamer Maßnahmen. Eine wissenschaftliche Studie identifizierte mehrere Angebote zur Förderung der Erziehungskompetenz von Eltern mit Kindern im Alter von 0 bis 7 Jahren. Folgende Merkmale waren mit erhöhter Wirksamkeit verbunden:

- Fokussierung auf die positive Interaktionen zwischen Eltern und Kindern - beispielsweise, wenn Eltern beigebracht wurde, mit ihren Kindern Zeit in disziplinfreien Situationen zu verbringen, wie z.B. beim Spielen. Oder, indem sie Eltern vermittelten, wie man Freude zeigt, positive Aufmerksamkeit schenkt und sich auf Aktivitäten konzentriert, die kreativ und frei durchführbar sind.
- Fokussierung auf Emotionen und Kommunikation. Aktives Zuhören ist ein Instrument, 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 zeigen und angemessen auszudrücken sowie Eltern beizubringen negative Kommunikation wie Sarkasmus zu reduzieren.
- Fokussierung auf die Durchsetzungsfähigkeit von Regeln.
- Gelegenheit zum Einüben der neuen Fähigkeiten mit den Kindern - sowohl vor Ort als auch zu Hause.

ALLGEMEINER INHALT VON FAMILIENBEZOGENEN PRÄVENTIONSMASSNAHMEN

Familienbezogene Präventionsmaßnahmen beinhalten weit mehr als das bisher Genannte. Wir werden nachfolgend darstellen, welche Gestaltungsmöglichkeiten es für Eltern, Kinder und Familien insgesamt gibt.

I LERNINHALTE FÜR ELTERN

Ein Prüfungsgremium der UNODC stellte fest, dass die wirksamsten Maßnahmen zur Förderung der Erziehungskompetenz eine Reihe spezifischer Merkmale umfassen.

Wirksame Angebote unterrichten Eltern darüber, auf die Bedürfnisse ihrer Kinder einzugehen und wie sie dies in angemessener Weise tun können.

Außerdem den Eltern beizubringen, Zuneigung und Empathie füreinander, für ihre Kinder und anderen Menschen zu zeigen. Dies bedeutet konkret:

- Die Verwendung von positiver Aufmerksamkeit und positivem Feedback. Den Kindern positive Rückmeldung zu geben, wenn sie sich angemessen verhalten und nicht nur, wenn sie Regeln übertreten.
- Das Sprechen über die eigenen Emotionen und die der Kinder sowie den Kindern dabei zu helfen, Emotionen zu erkennen und auszudrücken.
- Den Eltern zu erklären, wie wichtig es ist, sich vorbildhaft zu verhalten. Wenn Eltern nicht wollen, dass Kinder und Jugendliche ein bestimmtes Verhalten zeigen, sollten sie durch ihr eigenes Verhalten ein entsprechendes Beispiel dafür geben.
- Eltern sollten Strategien zur Bewältigung von Stress und Frustration erlernen, um mit die unvermeidbaren Herausforderungen des sozialen und Familienlebens bewältigen zu können.
- Eltern sollten lernen den Kindern beim Spielen mehr Kontrolle und Selbstbestimmung zu geben und wenn sie mitspielen eher reagierend als agierend zu sein.
- Eltern sollten altersangemessene und nicht übertriebene Erwartungen an ihre Kinder haben (siehe Anhang 2).

Weitere Inhalte und Angebote sollten darauf abzielen, Eltern zu befähigen, den Alltag zu strukturieren. Struktur meint in diesem Zusammenhang vor allem:

- Eltern beizubringen, altersangemessene Disziplinierungsstrategien anzuwenden, sowie ihnen dabei zu helfen, ihre Kinder über die möglichen Folgen von unangemessenem Verhalten aufzuklären.
- Klare Regeln für zu Hause festzulegen und zu vermitteln sowie die Kinder dabei zu unterstützen, die Normen und Werte der Gesellschaft zu verstehen.
- Zu erkennen, wie Kinder vor potenziellen Risiken innerhalb der Familie oder der Gesellschaft (z.B. das Wohnumfeld oder auch die Medien) geschützt werden können.
- Zu versuchen, in Familien mit mehr als einem Elternteil, eine Einigung über zentrale Fragen der Erziehung zu erzielen und diese in die Praxis umzusetzen.
- Eltern zu zeigen, wie sie effektiv überprüfen können, wo sich ihre Kinder aufhalten, mit wem sie Zeit verbringen und was sie tun.
- Zu lernen, Konflikte und Streitigkeiten zu lösen und sich darin zu üben einander zu vergeben. All das schafft eine warme und offene emotionale Atmosphäre in der Familie und hilft dabei Kinder aus Konflikten zwischen den Eltern herauszuhalten.
- Spezifische Routinen wie gemeinsame Mahlzeiten und gleichbleibende Schlafenszeiten als Strukturierungshilfe zu nutzen. Diese sollen Freude machen und Gelegenheiten darstellen, mit Kindern über wichtige Themen zu sprechen

ohne sie zu belehren.

Einige der wirksamen Maßnahmen vermitteln Eltern, wie sie sich am Schulleben ihrer Kindern beteiligen können. Denn neben der Familie ist die Schule eine der wichtigsten Sozialisierungsinstanzen für ein Kind. Einige Eltern zögern, mit der Schule zu interagieren. Forschungen zeigen jedoch, dass Kinder bessere Erfahrungen mit der Schule machen, wenn ihre Eltern sie dabei unterstützen. Hilfreich dabei ist, wenn:

- Eltern, die ihre Kinder beaufsichtigen und ihnen nach Möglichkeit bei der Erledigung ihrer Hausaufgaben helfen.
- Eltern in Kontakt mit der Schule stehen und sich aktiv mit der Schule auseinandersetzen.

I LERNINHALTE FÜR KINDER

Es gibt viele wichtige Lebenskompetenzen, die Kinder und Jugendliche im Laufe ihrer Entwicklung erlernen müssen, um selbstständige und verantwortliche Gesellschaftsmitglieder zu werden. Eltern darin zu unterrichten, wie sie ihre Kinder bestmöglich beim Erwerb von Lebenskompetenzen unterstützen können, ist deshalb Teil von familienbezogener Präventionsarbeit.

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 entwickeln.
- Lernen, kritische Rückmeldung konstruktiv anzunehmen.

Zukunftsorientierung: Eine weitere nützliche Fähigkeit, die Jugendliche entwickeln sollten, ist die Entwicklung von Zielen. Kinder, insbesondere Jugendliche, die in der Lage sind, ihre Träume zu benennen und sich realistische Ziele zu setzen, sind auch in der Lage, zu verstehen, wie einige Verhaltensweisen sie bei deren Erreichung behindern können.

Problemlösefertigkeiten: Deren Entwicklung unterstützt Kinder und Jugendliche, herausfordernde soziale Situationen mit Gleichaltrigen zu bewältigen.

Selbstfürsorge: Kinder und Jugendliche können auch lernen, wie sie für sich selbst sorgen können – einschließlich der Themen Ernährung, Auswirkungen von psychoaktiven Substanzen auf das Gehirn, körperliche Gesundheit und Entwicklung, Verhalten, Emotionen, kognitive Entwicklung, soziales Leben mit Freunden und Familie, Schulleistung und Zukunftschancen.

Positive Beziehungen: Jugendlichen beizubringen, wie sie Beziehungen aktiv und konstruktiv gestalten können. Ihnen zu zeigen, welche Rolle(n) sie in der Welt einnehmen können, welche Beziehungen für sie gut sind, aber auch, wie sie sich von schlechten Beziehungen trennen und schützen können.

Effektive Kommunikation: Jugendlichen die Fähigkeit zum aktiven Zuhören und zum Ausdruck ihrer eigenen Bedürfnisse zu vermitteln. Diese können helfen, Konflikte erfolgreich zu bewältigen.

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

Widerstand gegen Gruppendruck: Junge Menschen zu befähigen, sich gegenüber Anderen zu behaupten – also die eigenen Bedürfnisse und Interessen zum Ausdruck bringen und verteidigen zu können.

I LERNINHALTE FÜR FAMILIEN

Bei wirksamen familienbezogenen Maßnahmen geht es darum zu erlernen, Konflikte zu lösen, wirksam zu kommunizieren und Beziehungen positiv zu gestalten.

Kommunikation: Aufmerksam zuhören, klar über Rollen und Verantwortlichkeiten zu sprechen und sensible Themen, wie z.B. Substanzkonsum und Sexualität, in aller Ruhe zu diskutieren sind Merkmale positiver Kommunikation.

Strukturierung des Familienlebens: Das Familienleben zu organisieren und strukturieren, indem klar, konsequent und gerecht (d.h. die Wünsche aller Beteiligten berücksichtigend) über Regeln und Grenzen kommuniziert wird und unvermeidliche familiäre Konflikte durch offene Diskussionen und andere Methoden gemeinsam gelöst werden.

I EVIDENZBASIERTE PROGRAMME

Die nachfolgend beschriebenen Programme haben in verschiedenen europäischen Ländern im Rahmen von Evaluationsstudien vielversprechende Ergebnisse gezeigt. Die Auswahl dieser Programme basiert auf den Bewertungen des *Xchange-Registers* der EBDD und der *Grünen Liste Prävention*. Wir nehmen die Beispiele an dieser Stelle auf, um Ihren Suchprozess nach einer geeigneten Maßnahme für Ihren Kontext zu strukturieren. Nachfolgend diskutieren wir EFFEKT und das Triple-P-Programm.

EFFEKT – Entwicklungsförderung in Familien: Eltern- und Kinder-Training

EFFEKT besteht aus einem Elternkurs „Förderung von Erziehungskompetenzen“ und einem Kinderkurs „Ich kann Probleme lösen“ (IKPL). Ersterer behandelt u.a. folgende

Fragen: Wie können Eltern das Selbstvertrauen ihres Kindes stärken? Wie können Aufforderungen effektiv gestellt werden? Wie erklären die Eltern klare Regeln? Wie können sie mit schwierigen Erziehungssituationen umgehen? Wie kann Stress in der Erziehung besser bewältigt werden? Wie können Eltern die Freundschaften ihres Kindes am besten unterstützen? Der Elternkurs umfasst sechs Gruppensitzungen von 90 bis 120 Minuten, die im Kindergarten oder in der jeweiligen Institution stattfinden. Die Inhalte werden von den Kursleitern in Vorträgen, Gruppendiskussionen mit Erfahrungsaustausch, Rollenspielen und Hausarbeiten u.a. vermittelt. Zu jedem Termin bekommen die Eltern ausführliche Materialien. Die Kinder lernen, Gefühle bei sich selbst und anderen wahrzunehmen, Gründe für das Verhalten anderer zu erkennen und Folgen des eigenen Verhaltens einzuschätzen. Zudem werden sie darin geschult, Lösungen für Konflikte mit anderen zu entwickeln und diese zu bewerten.

Triple P – Positive Erziehung

Triple P für Eltern von Kindern bis 12 Jahre bildet das Kernprogramm des Triple P-Systems, das Eltern gezielt bei der positiven Erziehung ihrer Kinder unterstützen soll (Abbildung 19). So werden sie z.B. angeleitet, für eine sichere und interessante Umgebung zu sorgen, ihre Kinder zum Lernen anzuregen, sich konsequent zu verhalten, realistische Erwartungen zu entwickeln und auch ihre eigenen Bedürfnisse zu beachten. Hierfür vermittelt das Programm Erziehungsfertigkeiten, die mit fachlicher Unterstützung von den Eltern eingeübt und in den Familienalltag integriert werden. Zuerst lernen sie Wege kennen, die Beziehung zu ihrem Kind zu stärken und ihrem Interesse, ihrer Wertschätzung und Liebe Ausdruck zu verleihen. Auf dieser Basis erfahren sie, wie sie die Entwicklung ihrer Kinder fördern können, indem sie sie unterstützen, wünschenswertes Verhalten häufiger zu zeigen und Neues zu lernen. Erst danach werden Möglichkeiten besprochen, schwierigen oder riskanten Situationen vorzubeugen und zu begegnen. So will Triple P sowohl Warmherzigkeit, Liebe und Zuwendung als auch Struktur, Anleitung und Konsequenz fördern.

Um dies zu erreichen, werden Eltern bei der Reflektion des eigenen Verhaltens, beim Setzen eigener Ziele und der verhaltensnahen Umsetzung dieser Ziele im Erziehungsalltag unterstützt und begleitet. Dabei wird transparent und ressourcenorientiert vorgegangen und die Aufmerksamkeit auf das Positive und Gelingende in der Familie gerichtet. Durch die frühen Erfolge, die die Eltern auf ihr eigenes Verhalten zuzuschreiben lernen, soll ihr Vertrauen in die eigene Elternrolle gestärkt und dadurch eine positive Erziehungseinstellung gefördert werden. So sollen Kinder in einem liebevollen, sicheren und vorhersehbaren Familienumfeld aufwachsen und wichtige Lebenskompetenzen lernen (z.B. Selbstbild, soziale Kompetenzen, Selbstkontrolle, Problemlösekompetenzen).

I HERAUSFORDERUNGEN

Es gibt viele Herausforderungen und Hindernisse für Anbieter und Familien, die diese Interventionen aufgreifen. Einige dieser Herausforderungen liegen in der bloßen Umsetzung der Programme, aber die meisten bestehen darin, diese ausreichend intensiv durchzuführen, um eine signifikante Wirkung zu erzielen. Wir werden einige der Herausforderungen aus der Praxis beschreiben und Ratschläge geben, wie sie überwunden werden können.

Die größten Hindernisse für eine wirksame Umsetzung von familienbezogenen Präventionsmaßnahmen, insbesondere universellen und selektiven, sind die Rekrutierung und Bindung von Familien. Forschungsarbeiten zeigen, dass familienbezogene Maßnahmen typischerweise niedrige Beteiligungsraten haben. Bei der Rekrutierung für universelle Interventionen liegen die Raten häufig zwischen 10% und 30% der in Frage kommenden Familien. Indizierte Angebote für Familien mit Jugendlichen, die bereits ein gewisses Problemverhalten zeigen, können höhere Raten aufweisen, die oftmals zwischen 40% und 60% liegen. Wir wissen auch, dass diese Raten unter benachteiligten Familien niedriger sein können. Eine geringe Reichweite geht entsprechend mit geringeren Effekten auf Bevölkerungsebene einher.

Zu den häufigsten Zugangsbarrieren für die Teilnahme an Gruppenangeboten gehören:

- Geringe Bekanntheit. Informationen über das Angebot erreichen möglicherweise nicht die Familien, die am stärksten davon profitieren würden.

- Persönliche Einstellung. Wie Familien über das Programm denken oder fühlen, wird auch Einfluss auf die Entscheidung über die Teilnahme an einem Angebot haben.
- Zeitfaktor: Familien sind sehr beschäftigt und vielen Anforderungen ausgesetzt. An einer wöchentlich stattfindenden Intervention teilzunehmen, die zwei oder drei Stunden dauert, kann für einige Familien eine große Herausforderung darstellen.
- Infrastruktur. Manchmal werden Interventionen an ungünstigen Orten durchgeführt, sodass es für manche Familien schwierig sein könnte, diese 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 ein Angebot zu kommunizieren.

Eine sehr gute Strategie ist die Einbeziehung der Medien. Wenn möglich, können Organisationen daran arbeiten, Berichte über das Angebot in Zeitungen oder im Radio zu veröffentlichen. Die Nutzung von Social-Media-Seiten zeigte sich in einigen Kommunen ebenfalls als effektiv. So hat Triple P diese Strategie sehr effektiv genutzt, um die Aufmerksamkeit der Zielgruppe zu gewinnen. Eine Studie fand heraus, dass bis zu 80% der Eltern in einer Kommune durch den Einsatz von Social Media von dem Angebot erfahren hatten.

ABBILDUNG 19
Das Präventionsprogramm Triple P

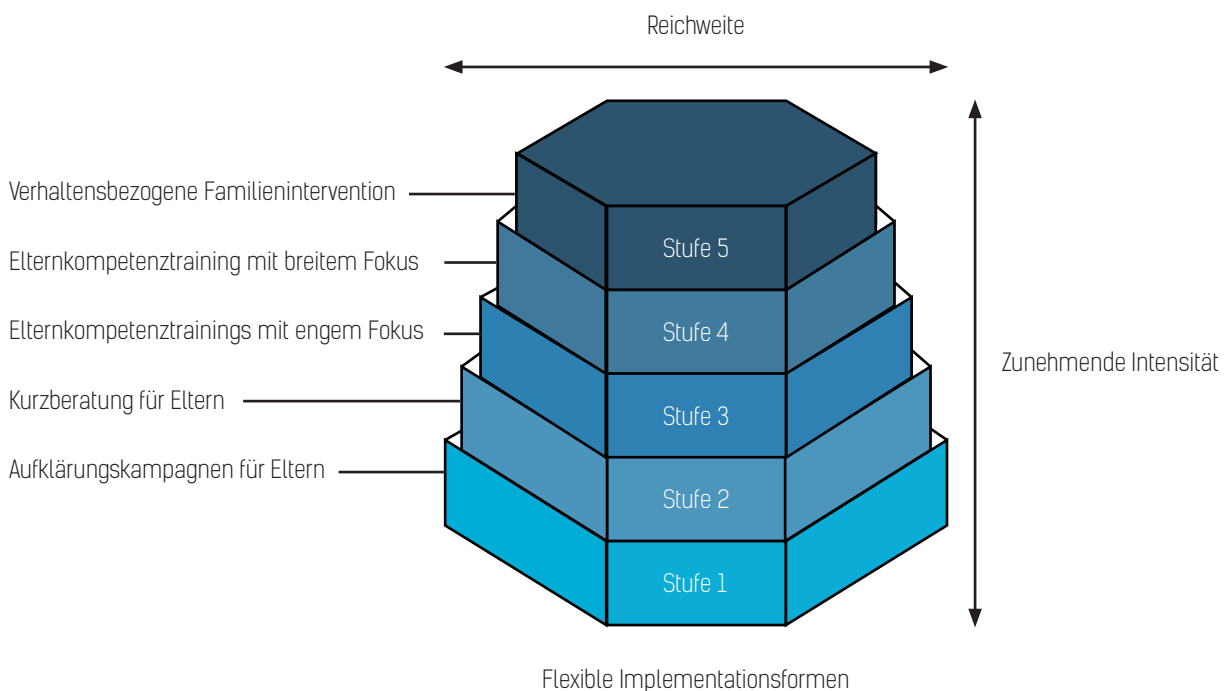


ABBILDUNG 20

Zugangsbarrieren für Familien 1

Zugangsbarriere:
Familien wissen nicht von der Existenz des Angebots

Mögliche Lösung:

- Social Marketing
- Medien
 - Private und berufliche Beziehungen
 - Mund-zu-Mund-Propaganda

Private, informelle und berufliche Netzwerke sind ebenfalls wirksame Informationskanäle, um die Bekanntheit eines Angebotes zu steigern. Zielführend ist dabei auch, Netzwerke der Sozialen Arbeit einzubinden, um über deren Kanäle Familien über das Angebot zu informieren. Menschen vertrauen bekannten Quellen mehr, als neuen Akteuren.

Manchmal haben Eltern den Eindruck, dass elternbezogene Angebote nur für "schlechte" Eltern gedacht seien - und nehmen deshalb an, dass sie von diesen nicht profitieren würden. Oder sie haben negative Erfahrungen mit Behörden und anderen sozialen Diensten gemacht, was die Inanspruchnahme ebenfalls unwahrscheinlicher macht. Daher ist es wichtig positive Formulierungen zu verwenden und diese Annahmen in der Kommunikation mit Familien vorsorglich aufzugreifen. Die Art und Weise, wie ein Angebot in Broschüren und in den Medien beschrieben wird, hat direkten Einfluss darauf, wie diese wahrgenommen wird.

Bisweilen sehen Eltern keine Notwendigkeit zur Teilnahme an einem Angebot und denken, dass dieses nicht gewinnbringend für sie und ihre Familie sein wird. Die Fähigkeit, den Familien zu vermitteln, inwiefern ein Angebot ihren spezifischen Bedürfnissen entspricht, kann die Akzeptanz erhöhen. Das kann beispielsweise mit gut geschriebenen Anzeigen bewirkt werden, die bestimmte Merkmale hervorheben. Manchmal kann es jedoch hilfreicher sein, das Angebot direkt mit den

ABBILDUNG 21

Zugangsbarrieren für Familien 2

Zugangsbarriere:
Normen, Einstellungen, Überzeugungen

Mögliche Lösung:

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

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 logistischer Art. Einen zweistündigen Termin in einen arbeitsreichen Familienzeitplan zu integrieren ist schwierig. Es ist demnach wichtig, flexibel zu planen, wann Sitzungen stattfinden sollen, damit die Eltern die Sitzungen in ihre Zeitplanung integrieren können. Die Kopplung mit alltäglichen Routinen, vor- oder nach der Schule, hat sich als zielführend erwiesen. Gleichzeitig ist es wichtig, die gemeinsame Familienzeit zu respektieren, denn das ist eines der Dinge, die diese Interventionen zu fördern versuchen. Ein geeigneter Standort und gegebenenfalls Unterstützung

ABBILDUNG 22

Zugangsbarrieren für Familien 3

Zugangsbarriere:
Logistik: Terminkonflikte und Anfahrt zum Programm

Mögliche Lösung:

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

bei der Anfahrt 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 Wohngebieten. In großen Städten oder ländlichen Gebieten kann dies aber unter Umständen nicht möglich sein. Einige Programme 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.

Ein genaues Verständnis der sozialen Verhältnisse und Bedürfnislagen hilft, Familien für präventive Angebote zu gewinnen. Partizipation kann hierfür ein Schlüssel sein - also die Zielgruppe direkt zu befragen, um zu verstehen, welche Hindernisse und Zweifel gegebenenfalls bestehen und wie diese bestmöglich abgebaut werden können. Beständigkeit ist ein weiterer Schlüssel, um Vertrauen und einen guten Ruf innerhalb einer Kommune aufzubauen.

6

| Inhalte

77 | Prävention im Setting Schule

81 | Prävention im Setting Arbeit

KAPITEL 6

PRÄVENTION IN DEN SETTINGS SCHULE UND ARBEITSPLATZ

Ein weiteres wichtiges Setting auf der Mikroebene ist die Schule. 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 Wichtigkeit von Schülerbefragungen bei der Ausarbeitung eines Konzeptes. Als Beispiele für evidenzbasierte Programme im Kontext Schule stellen wir Ihnen Unplugged, Klasse 2000 und Lions-Quest vor.

Leider gibt es in Europa nicht viele bestehende Präventionsmaßnahmen am Arbeitsplatz, und noch weniger sind evidenzbasiert. Wir hoffen, dass dieses Kapitel eine Inspiration sein kann, sich näher mit dem Thema Prävention am Arbeitsplatz zu beschäftigen. Dazu skizzieren wir die Merkmale arbeitsplatzbezogener Präventionsarbeit und diskutieren die Hindernisse, die auftreten können.

I PRÄVENTION IM SETTING SCHULE

Für Kinder und Jugendliche sind die beiden wichtigsten Orte der Prävention 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 (universelle Prävention) vermittelt werden können und nicht nur an diejenigen, die einer Hochrisikogruppe (selektive Prävention) oder einer vulnerablen Gruppe (indizierte Prävention) zugehören. Alle Kinder können von universellen Präventionsmaßnahmen in der Schule profitieren, insbesondere, wenn diese nicht nur risikospezifische, sondern auch entwicklungsfördernde Elemente beinhalten. Universelle Maßnahmen bergen zudem ein geringeres Stigmatisierungsrisiko, da Risikogruppen nicht erkennbar von der Klasse getrennt werden. Zudem haben Evaluationen gezeigt, dass es sogar zu einer Verstärkung

von Problemverhalten führen kann, wenn Jugendliche mit Risikoverhalten in eine separate Gruppe zusammengeführt werden (z.B. Poulin, 2001).

Schulen gibt es in verschiedensten Formen, Größen und Prägungen, aber in fast jedem Land haben Schulen die Aufgabe, Kinder und Jugendliche darauf vorzubereiten, voll integrierte Mitglieder ihrer 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 zusammenhängen".

Kognitive Fähigkeiten sind in diesem Kontext wie folgt definiert:

- Die Fähigkeit, für sich selbst zu denken und Probleme auf eine durchdachte und wohlüberlegte Art und Weise anzugehen, sowohl alleine als auch in Zusammenarbeit mit anderen.
- Die Fähigkeit, Probleme unter Zuhilfenahme neuer Informationen oder neuer Verfahren zu erörtern, zu begreifen und zu lösen.
- Die Fähigkeit, Schlussfolgerungen zu ziehen und Lösungen zu finden, indem Beziehungen zwischen gegebenen Problemen und Fragestellungen analysiert werden.

Die Schule ist wie die Familie, eine Umgebung auf der Mikroebene, die eine Schlüsselrolle bei der Entwicklung wichtiger personaler und sozialer Kompetenzen sowie prosozialen Verhaltens spielt. Es gibt viele komplexe Interaktionen zwischen biologischen, persönlichen, sozialen und Umweltfaktoren, die das menschliche Verhalten formen

TABELLE 12

Arten und Wirksamkeit schulischer Präventionsmaßnahmen

Intervention	Zielebene	Wirksamkeitsindikator
Lebenskompetenzförderung und sozialer Einfluss	Universell und selektiv Allgemeinbevölkerung und Risikogruppen	*** gut
Schulpolitik und Kultur	Universell Allgemeinbevölkerung	** ausreichend
Auseinandersetzung mit individuellen psychologischen Vulnerabilität	Indiziert Gefährdete Einzelpersonen	** ausreichend

und 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 Präventionsmaßnahmen das Risiko für bestimmte Problemverhaltensweisen und insbesondere den Substanzgebrauch beeinflussen.

Ein übergreifend bedeutsames Ziel schulischer Prävention ist es, ein positives Schulklima zu schaffen und aufrechtzuerhalten. Grundsätzlich wird zwischen verhaltenspräventiven und verhältnispräventiven Maßnahmen unterschieden, wobei verhaltenspräventive Maßnahmen stets einen Verhältnisbezug aufweisen sollten.

Die Präventionsforschung zeigt in Bezug auf z.B. gewalt- oder suchtpräventive Programme, dass diese auch einen positiven Einfluss auf die schulische Leistung und den Absentismus haben (Gasper, 2011). Sich für schulische Prävention zu engagieren, bedeutet also bis zu einem gewissen Grad, sich von der Fixierung auf einzelne Präventionsziele zu verabschieden, sondern schullaufbahnumfassend, kompetenzorientiert und themenübergreifend zu planen.

Vorbereitung

Die Annahme, dass Schulen bereitwillig dem Vorschlag zur Einführung eines umfassenden Präventionsprogramms zustimmen ist naiv. Es ist daher wichtig, vorab zu klären, inwieweit die Schule bereits ein Präventionskonzept hat und ob die Organisation die Voraussetzungen erfüllt, um sich erfolgreich „auf den Weg zu machen“ (Greenberg, 2005). Einige Schlüsselfragen, die es hier zu beachten gilt, lauten:

- Ist die Schulleitung von der Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit überzeugt und unterstützt den Prozess?
- Gibt es ausreichend qualifiziertes Personal oder solches, das bereit ist, sich weiterzubilden zu lassen?
- Kommt ein Förderantrag im Rahmen des Präventionsgesetzes in Frage oder gibt es eine anderweitige Finanzierungsmöglichkeit für Weiterbildung, Arbeitsmaterial und Supervision?
- Kann der Unterrichtsausfall während der Weiterbildung kompensiert werden?

Es ist wichtig, dass ein entscheidungskompetentes Projektteam sowie eine Steuerungsgruppe (z.B. bestehend aus Schulleitung und Gesamtlehrerkonferenz) existieren, damit die Nachhaltigkeit sichergestellt werden kann (Sloboda, 2014; Wandersman, 2008). Die Einführung von Maßnahmen der Prävention, Gesundheits- und Entwicklungsförderung ist stets ein Schulentwicklungsprozess und aktualisiert deshalb wichtige Fragen, die die Organisation als Ganzes betreffen.

Welche Vision hat die Schule? Wie ist ihr Selbstverständnis in Bezug auf ihren Bildungsauftrag?

Eine wertvolle Strukturhilfe für die verschiedenen Schritte von der Bedarfserhebung hin zur Auswahl von Maßnahmen, deren Implementation und Evaluation kann der für die Schule angepasste Prozess von *Communities That Care* oder aber der Projektzyklus der EDPQS sein.

I ZIELE SCHULISCHER PRÄVENTION

So wie in allen anderen Settings ist auch in der Schule entscheidend, dass Präventionsmaßnahmen auf einem genauen Verständnis vom Entwicklungsstand der Zielgruppe gründen (Ginsburg, 1982; UNODC International Standards, 2013).

Die Kultusministerkonferenz (2012) empfiehlt, dass schulische Gesundheitsförderung und Prävention:

- als grundlegende Aufgaben schulischer und außerschulischer Arbeit wahrgenommen werden,
- aktuelle bildungspolitische Entwicklungen auf (z. B. Selbstständige Schule, Ganztags, Inklusion, Integration, gendersensible Pädagogik, Bildung für nachhaltige Entwicklung) aufgreifen,
- Schülerinnen und Schülern, Lehrkräften und dem sonstigen pädagogischen Personal die Möglichkeit eröffnen, Kompetenzen zu gesunden Lebensweisen und zu einer gesundheitsfördernden Gestaltung ihrer Umwelt zu erwerben,
- aktuelle gesundheitliche Belastungen berücksichtigen, z. B. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit,
- die Einstellungen sowie die lebensweltlichen und sozialräumlichen Voraussetzungen der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien mit einbeziehen.

Generell soll darauf geachtet werden, dass schulische Gesundheitsförderung und Prävention:

- verhaltensorientiert sind und damit den Kompetenzerwerb der Schülerinnen und Schüler unterstützen,
- verhältnisorientiert sind und die räumlichen sowie sozialen Bedingungen der Lebenswelt Schule berücksichtigen,
- partizipativ angelegt werden, die Bedarfe und Bedürfnisse der Schülerinnen und Schüler sowie der anderen schulischen Akteure berücksichtigen und konkrete Lebensweltbezüge aufweisen,
- unterschiedliche Lebensstile und Bedürfnisse von Mädchen und Jungen sowie von Kindern und Jugendlichen unterschiedlicher familiärer, sozialer und kultureller Herkunft berücksichtigen,
- die Gesundheitsressourcen und -potenziale der Schülerinnen und Schülern sowie der Lehrkräfte und des sonstigen schulischen Personals stärken,
- Kinder und Jugendliche frühzeitig in ihren Lebenskompetenzen stärken und sie dabei unterstützen,

den Einstieg in den Konsum legaler und illegaler Substanzen bzw. suchtriskante Verhaltensweisen zu vermeiden bzw. hinauszuzögern,

- übergreifende Themen wie Ernährungs- und Verbraucherbildung, Bewegungsförderung, psychische Gesundheit, Gewalt- und Unfallprävention sowie Erste Hilfe integrieren.

I EPIDEMIOLOGISCHE DATEN

Daten über das Ausmaß von problematischen Verhaltensweisen von Kindern- und Jugendlichen und die zugrunde liegenden Risiko- und Schutzfaktoren sind hilfreich, um eine Einschätzung vom Bedarf und darauf basierend Priorisierungsentscheidungen zu treffen.

Art und Umfang der notwendigen Präventionsmaßnahmen können anhand von Daten belastbar begründet und gegenüber Interessenvertretern verteidigt werden. Das Präventionsgesetz knüpft zudem die finanzielle Förderung von Maßnahmen an einen systematischen Bedarfserhebungsprozess, weshalb die bisher eher wenig verbreitete Praxis zukünftig an Bedeutung gewinnen wird.

Wertvolle Einsichten geben sowohl große Kinder- und Jugendstudien (z.B. RKI – Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) oder die HBSC Studie der WHO, als auch solche, die spezifische Phänomene fokussieren, wie z.B. Substanzkonsum, Mediennutzung oder Gewalterfahrung (z.B. ESPAD, JIM-Studie).

Genauere Aussagen lassen sich nur treffen, wenn die betreffenden Schüler und Lehrer direkt befragt werden. Sowohl die Gesetzlichen Krankenkassen als auch *Communities That Care* stellen hierfür standardisierte Erhebungsinstrumente bereit. Der Aufwand für Vor- und Nachbereitung ist hierbei jedoch erhöht.

Nicht in jedem Falle ist eine aktive Bedarfserhebung notwendig. Die Kultusministerkonferenz und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen definieren neben der problemunspezifischen Förderung von Lebenskompetenzen mehrere Handlungsfelder schulischer Prävention, die Orientierung bieten:

- Aggressives Verhalten, Jugendgewalt
- Mobbing, Cyber-Mobbing
- Gewalt gegen Lehrkräfte
- Missbräuchliches Sexting
- Sexualisierte Gewalt
- Diskriminierung und Rassismus
- Radikalismus
- Sucht
- Seelische und emotionale Störungen

ABBILDUNG 23
ESPAD Bericht 2015



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

I DIE ANWENDUNG VON THEORIEN

Kognitions- und Lerntheorien sowie die Theorie des geplanten Verhaltens können auf schulbasierte Präventionsmaßnahmen angewendet werden. Als Lebenswelt, in der sowohl Schüler als auch Lehrer die meiste Zeit ihres Tages verbringen, geht es in Schule nicht nur um das Lernen. Lehrer und Sozialpädagogen spielen als Multiplikatoren von Präventionsmaßnahmen und Vorbilder für positives Verhalten eine entscheidende Rolle. Die zwei Hauptelemente wirksamer Prävention im Setting Schule sind verhaltenspräventive Programme und Schulentwicklung (u.a. Verhältnisprävention, Regeln, Schulklima). In diesem Kapitel befassen wir uns vorwiegend mit schulischen Präventionsprogrammen. Schulentwicklung und Schulklima werden als Aspekte von Verhältnisprävention in Kapitel 7 näher beleuchtet.

Präventionsprogramme basieren in der Regel auf einem schriftlichen Manual, das durchzuführende Übungen und Inhalte spezifiziert, die von weitergebildeten Multiplikatoren innerhalb der Schule als Teil des Lehrplans implementiert werden. Mit Regeln sind schriftliche Vereinbarungen gemeint, die den Umgang mit Problemverhaltensweisen an der Schule festlegen (z.B. schulische Suchtmittelvereinbarung). Schulklima ist als der subjektive Eindruck definiert, der aus der Wahrnehmung der Qualität von den sozialen Beziehungen in der Schule, den Teilhabe- und Mitbestimmungsmöglichkeiten, dem Zustand des Gebäudes usw. entsteht. Es spiegelt folglich Normen, Ziele, Werte, Lehr- und Lernmethoden sowie Organisationsstrukturen wider.

In Tabelle 8 haben wir für Sie die durch Evaluationsstudien identifizierten allgemeine Merkmale wirksamer und unwirksamer schulischer Präventionsprogramme zusammengefasst, die in Abhängigkeit vom Endpunkt (z.B. Substanzkonsum, Gewalt) weiter konkretisiert werden können.

Ein zu berücksichtigender Aspekt vieler schulischer Präventionsprogramme ist die Aussagekraft hinsichtlich

der Beständigkeit der erzielten Wirkung. Viele Präventionsmaßnahmen konnten unmittelbar nach ihrem Abschluss positive Wirkungen nachweisen. Die Effekte waren zumeist geringer, wenn die Evaluation erst ein Jahr nach Abschluss der Intervention durchgeführt wurde. Für die Auswahl von Programmen bedeutet dies, dass solche bevorzugt werden sollten, die in ihrer Evaluation langfristige Effekte nachweisen konnten (z.B. durch Messwiederholung einige Jahre nach Interventionsende). Unabhängig davon gibt es dennoch gute Argumente für den Einsatz von Programmen, die nur kurzfristige Programmwirkungen nachweisen konnten. In manchen Bereichen (z.B. Substanzkonsum), kann die Verzögerung des Konsumbeginns in einer kritischen Lebensphase entscheidend sein. Auch wurde bisher noch wenig beforscht, wie sich schulische Rahmenkonzepte auswirken, die mehrere Programme über die Schullaufbahn hinweg vorsehen. Es ist jedoch anzunehmen, dass der Einsatz mehrerer aufeinander abgestimmter Programme mit kurzfristigem Wirksamkeitsnachweis eine nachhaltigere Wirkung haben wird, als die einmalige Durchführung einer Maßnahme, mit langfristiger Evaluationsstudie.

Nicht nur im Setting Schule gilt deshalb, dass statt einzelner Maßnahmen stets langfristige und umfassende Konzepte angestrebt werden sollten, die Verhaltens- und Verhältnisbezug aufweisen (vgl. EDPQS Kapitel 3).

I EVIDENZBASIERTE PROGRAMME

Die folgenden Präventionsprogramme entstammen der *Grünen Liste Prävention* Wir stellen diese lediglich als Inspiration für Ihre eigene Suche nach einer geeigneten Intervention in Ihrem Kontext dar.

Unplugged – Suchtprävention im Unterricht

“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.

Klasse2000 – Gesundheitsförderung in der Grundschule – Gewaltvorbeugung und Suchtvorbeugung

Klasse2000 fördert mit erlebnis- und handlungsorientierten Methoden und sozialem Lernen die positive Einstellung der Kinder zur Gesundheit und vermittelt Wissen über den Körper. Bewegung, gesunde Ernährung und Entspannung

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
Peer-Beziehungen sowie Förderung von personalen und sozialen Kompetenzen	Vorträge von Betroffenen
Selbstwirksamkeit und Durchsetzungsvermögen	Ausschließliche Steigerung des Selbstwertgefühls
Stärkung der Widerstandsfähigkeit gegen den Substanzmissbrauch	Stichprobenartige Drogentests
Verstärkung von substanzkritischen Normen und Haltungen	Abschreckungstaktiken, die die Gefahren des Substanzgebrauchs übertreiben oder falsch darstellen und oft im Widerspruch zu den eigenen Erfahrungen der Schüler und deren Mitschülern stehen.
Bildungsbezogene Unterstützungsangebote	

sind ebenso wichtige Bausteine wie soziale Kompetenzen, der Umgang mit Gefühlen und Stress, Strategien zur Problem- und Konfliktlösung und der kritische Umgang mit Tabak und Alkohol. Themen sind Atmung, Entspannung und Bewegung, gesunde Ernährung und Bewegung, Umgang mit Problemen und negativen Gefühlen, gewaltfreie Lösung von Konflikten, Gefahren von Tabak und Alkohol und Rollenspiele, z.B. Nein-Sagen bei Gruppendruck. Das Unterrichtskonzept wird ständig aktualisiert und verbessert (z.B. Anpassung für Förderschulen). Pro Schuljahr halten die externen Klasse2000-Gesundheitsförderer zwei bis drei weitere Unterrichtseinheiten, in denen sie wichtige Impulse setzen und neue Themen einführen. An diese Unterrichtseinheiten schließen sich jeweils mehrere von den Lehrkräften gestaltete Unterrichtsstunden an, um das Thema zu vertiefen und zu festigen. Klasse2000 legt großen Wert auf die Einbindung und Information der Eltern¹.

Lions-Quest – Erwachsen werden

„Erwachsen werden“ umfasst in 7 Kapiteln ein Curriculum „Soziales Lernen“, das Kindern und Jugendlichen für ihr Selbstverständnis, ihr Verhalten und ihre Werteorientierung nachhaltige Hilfen anbietet. Jedes Kapitel ist einem Schwerpunktthema gewidmet und zielt auf die Vermittlung und das Training grundlegender Lebensfertigkeiten: Meine Klasse: Fragen zur eigenen Person: Wer bin ich? Wer sind die anderen? Wie gehen wir miteinander um? Welche Bedeutung hat die Gruppe und wie beeinflusst sie mich? (Grundlage für eine offene, vertrauensvolle und konstruktive Lernatmosphäre und die Arbeit mit den weiteren Programmkapiteln)

Stärkung des Selbstvertrauens: Was ist Selbstvertrauen? Worauf gründet es sich? Wie kann ich mein eigenes oder auch das anderer stärken? Sich der eigenen Fähigkeiten und Stärken bewusst werden, diese einsetzen, so Verantwortung übernehmen und dafür Anerkennung bekommen, fördert das Selbstvertrauen.

Mit Gefühlen umgehen: Eigene Gefühle wahr- und ernstnehmen, sie akzeptieren, ausdrücken und als etwas begreifen, das bei der Entwicklung der Persönlichkeit hilft, dazu auch Umgang mit belastenden Situationen.

Die Beziehungen zu Freunden: Wie kann man echte Freundschaften aufbauen, weiterentwickeln, aufrechterhalten? Welchen Einfluss hat die Clique? Wie hält man Gruppendruck stand? Wie kann man Meinungsverschiedenheiten oder Konflikte in einer Freundschaft konstruktiv lösen? Wie geht man gut mit Enttäuschungen, mit einem Verlust um? Mein Zuhause: Welche Erwartungen und Wünsche haben Jugendliche an ihr Zuhause, was empfinden sie als enttäuschend, konfliktrichtig? Beziehungen innerhalb der eigenen und in anderen Familien reflektieren und Schritte zur Verbesserung der Beziehungen oder zur Lösung von Konflikten probieren.

Ich entscheide für mich selbst: Verantwortung für eigene

Entscheidungen u. a. bei den Themen Lebensstil, Umgang mit dem eigenen Körper und berufliche Zukunft. Werbung und Medien werden kritisch hinterfragt. Zusätzlich werden im Anhang des Lehrerhandbuchs enthaltene Informationen über Sucht, Suchtmittel und Suchtverhalten aufgegriffen.

Ich weiß, was ich will: Kinder und Jugendliche haben Träume und Hoffnungen, was sie in ihrem Leben erreichen möchten. Sie müssen lernen, sich Ziele zu setzen und sich auf den Weg dorthin zu machen².

I PRÄVENTION IM SETTING ARBEIT

Der „Arbeitsplatz“ oder die Arbeitsumgebung ist der physische Ort, an dem Menschen arbeiten. In der Erfahrung vieler Industrienationen ist der Arbeitsplatz eine der Schlüsselinstitutionen innerhalb einer Gesellschaft, da ein bedeutender Prozentsatz der Erwachsenen erwerbstätig ist und sich in einem Arbeitssetting aufhält. Darüber hinaus treiben Arbeit und Arbeitsbedingungen die Wirtschaft an und fördern das Wirtschaftswachstum. Substanzgebrauchsstörungen sind besonders in Branchen von großer Bedeutung, in denen es um Sicherheitsfragen geht oder in denen individuelle Leistungsmängel erhebliche Auswirkungen haben können. Dazu gehören unter anderem die Bereiche Bau, Landwirtschaft, Verkehr, Energie, Informations- und Kommunikationstechnik und Finanzdienstleistungen (EBDD, 2017b, S. 143).

Die Arbeitswelt als Setting bietet den Arbeitnehmern zudem die Möglichkeit zur Fort- und Weiterbildung und ist ein Ort für neue Erfahrungen sowie das Erlernen von neuen Normen und Verhaltensweisen.

Da Erwachsene in der Regel einen erheblichen Teil ihres Tages am Arbeitsplatz verbringen, kann es enorme Auswirkungen auf deren Gesundheit und Wohlbefinden haben sowie auf die Anfälligkeit für Suchtprobleme, ob sie ihre Arbeit als lohnend und zufriedenstellend oder als zu stressig und demotivierend empfinden.

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

- Substanzgebrauch und -beeinträchtigung am Arbeitsplatz beziehen sich auf den Substanzgebrauch und die -beeinträchtigungen, die bei der Arbeit oder während der Arbeitszeit auftreten. Dabei kann der Substanzgebrauch direkt am Arbeitsplatz oder kurz vor der Arbeit erfolgen, 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).
- Substanzgebrauch und -beeinträchtigung in der Belegschaft beziehen sich auf den Substanzkonsum und die -beeinträchtigungen, die außerhalb der Arbeitsumgebung und nicht während der Arbeitszeit auftreten.

¹ <https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/programm/12?a=klasse2000>

² <https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/programm/13>

Arbeitsplatzfaktoren können ein Klima fördern, das den Substanzgebrauch am Arbeitsplatz begünstigt. 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 eigenen sozialen Netzwerks am Arbeitsplatz Substanzen gebraucht oder arbeitet, während er durch Substanzen beeinträchtigt ist (der Substanzgebrauch also sichtbar für die Mitarbeiter ist); und
- Injunktive Normen oder die normative Billigung bzw. Missbilligung des Gebrauchs von Substanzen am Arbeitsplatz

Der letzte Faktor bezieht sich auch auf die Arbeitsumgebungen, die den Gebrauch 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 allgemeinen Risikofaktoren können arbeitsbezogene Stressfaktoren, wie ein hohes Maß an Arbeitsanforderungen, mangelnde Arbeitsplatzkontrolle und Arbeitsplatzunsicherheit, die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass ein Mitarbeiter Substanzen als Spannungs- und Stressabbautechniken eingesetzt, um die Arbeitssituation zu bewältigen. Es wird angenommen, dass eine häufigere Exposition gegenüber Arbeitsstressoren zu einem häufigeren und stärkeren Konsum von Substanzen führt, oft kurz vor, während oder unmittelbar nach einem Arbeitstag. Die meisten substanzbezogenen Probleme hängen jedoch mit dem Mitarbeiter als Privatperson zusammen, was bedeutet, dass der größte Teil des Substanzgebrauchs zwar außerhalb der Arbeit liegt, jedoch trotzdem negative Auswirkungen auf die Arbeitsleistung haben. Diese können sich in Fehlzeiten, Verspätungen, Arbeitsplatzverluste, Krankheiten und höheren medizinischen Kosten äußern. Auch kann der Gebrauch von Substanzen am Arbeitsplatz zu einer Abnahme der Arbeitssicherheit, hohem arbeitsbedingtem Stress und einer geringeren Moral unter Mitarbeitern führen, die keine Substanzen am Arbeitsplatz gebrauchen.

Leider ist die Datenlage im Bereich des Substanzgebrauchs am Arbeitsplatz und seine Auswirkungen noch sehr lückenhaft. Allerdings sind illustrative Studien aus den Mitgliedstaaten nützlich. So wurde beispielsweise im Vereinigten Königreich geschätzt, dass der Alkoholgebrauch zu 11–17 Millionen verlorenen Arbeitstagen führt und jährlich 1,8 Milliarden Pfund kostet (Plant Work, 2006).

Der Substanzgebrauch 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).

I ORGANISATORISCHE EINSATZBEREITSCHAFT

Ein Element der Bedarfsanalyse ist, zu verstehen, inwiefern der Arbeitsplatz bereit ist organisatorische Veränderungen anzustoßen oder die Bereitschaft zeigt, gesundheitsförderliche und/oder (sucht-)präventive Maßnahmen zu ergreifen. 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, und dass es unterschiedliche Lösungsmöglichkeiten gibt, um das Problem zu bewältigen. Das Ziel der Aktivitäten in dieser Stufe besteht zweifelsohne darin, der Organisation bewusst zu machen, dass ein Problem anzugehen ist.
2. Die zweite Stufe 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 lösen sollen. Das 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 beschreibt die Institutionalisierung, in der eine neue Strategie oder Praxis zu einem Standardbestandteil der Tätigkeiten am Arbeitsplatz wird.

I MERKMALE VON PRÄVENTION AM ARBEITSPLATZ

Hinsichtlich der Prävention am Arbeitsplatz gibt es vier Aspekte zu beachten (Abbildung 24).

Universelle Prävention:

- Arbeitsplatzrichtlinien. Arbeitsplatzrichtlinien stellen eine universelle Präventionsstrategie dar, da sie das Thema Substanzgebrauch allgemein für alle Mitarbeitenden ansprechen.
- Suchtpräventive Schulung. Suchtpräventive Schulungen werden für alle Mitarbeiter und Führungskräfte angeboten. Diese sollen Informationen über psychoaktive Substanzen enthalten und wie sich ihr Gebrauch 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 Substanzgebrauch am Arbeitsplatz verstärkt werden.

Selektive Prävention:

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

Indizierte Prävention:

- Vertrauliche Beurteilungen des Substanzgebrauchs. 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 Substanzgebrauchs 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 bedenken, die eine Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer Therapie und eine Wiedereingliederung in die Belegschaft sicherstellen. Obwohl es sich dabei formal nicht um Prävention handelt, beinhaltet dieses Curriculum die Therapie und Reintegration in die Arbeit sowie die Rückfallprävention als wesentliche Bestandteile eines umfassenden Ansatzes zum Substanzgebrauch am Arbeitsplatz. Ziel eines solchen ist nicht die Bestrafung, sondern die Prävention oder Verminderung des Substanzgebrauchs 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 enthält einen Abschnitt über die Prävention am Arbeitsplatz, der einen Überblick über empfohlene Ansätze bietet³. Auch hat die EBDD einen Leitfaden über Ansätze der beruflichen Wiedereingliederung publiziert, der die beruflichen Chancen von Menschen mit einer Substanzgebrauchsstörungen verbessern soll und 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 schwerwiegenderen Problemen und Drogentests enthält (siehe Abschnitt 'Drogentests' weiter unten für wichtige EU-Diskussionen zu diesem Thema).

Umfassende arbeitsplatzbezogene Präventionsmaßnahmen konzentrieren sich in der Regel auf drei Hauptziele: 1) Arbeitsumgebung, 2) soziale Interaktion/Peer Support (Unterstützung durch Kollegen) und 3) individueller Substanzgebrauch (siehe Abbildung 25). Das heißt die Richtlinien und Interventionen am Arbeitsplatz können sich auf die Änderung persönlicher, sozialer und verhältnisbezogener Faktoren konzentrieren, die die Wahrscheinlichkeit des Substanzgebrauchs beeinflussen. Die Komponenten eines umfassenden Präventionsansatzes sollten alle drei der nachstehend aufgeführten Ziele berücksichtigen:

3 <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/briefings/workplace>
4 http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/social-reintegration_en

ABBILDUNG 24
Prävention im Setting Arbeitsplatz



Arbeitsumgebung:

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

Soziale Interaktion / Unterstützung durch Kollegen

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

Individueller Substanzgebrauch:

- Bereitstellung von Mitarbeiterunterstützungsprogrammen
- Substanzgebrauch als Gesundheits- und Sicherheitsproblem ansprechen
- Einbeziehung des Substanzgebrauchs in das allgemeine Wohlbefinden
- Vertrauliches Screening und Identifikation von Substanzkonsumenten, was auch die Überweisung in ein Behandlungsprogramm und die Wiedereingliederung in die Belegschaft vorsieht
- Vertrauliche Drogentests nur als Teil einer umfassenden Mehr-Ebenen-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 substanzbezogene Prävention weiterhin oft 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 Substanzgebrauchs bei ihren Beschäftigten zu untersuchen, als auch Maßnahmen zu ergreifen, um das Problem anzugehen oder zu verhindern. In vielen Kulturen gelten Alkohol- und Substanzgebrauch 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 Substanzgebrauchs

- Die Kosten, die mit der Durchführung einer Präventionsmaßnahme verbunden sind.
- Die Tatsache, dass Substanzgebrauch 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 Privatleben tun sollen und was nicht.

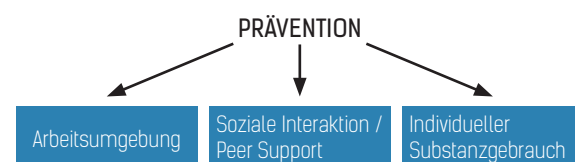
I DROGENTESTS

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 Gebrauch in einer biologischen Probe verbleiben können (tatsächlich kann im Fall von Haaren die Droge monatelang 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.

ABBILDUNG 25

Umfassende Prävention am Arbeitsplatz



7

Inhalte

- 87 | Die Umwelt und ihr Einfluss
- 87 | Definitionen
- 89 | Verhältnisprävention in den Settings Schule und Betrieb
- 90 | Verhältnispräventive Tabak- und Alkoholpolitik
- 91 | 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 Leitlinien für die Entwicklung von verhältnispräventiven Strategien für Schule und Arbeitsplatz vor. Außerdem erörtert es Merkmale und Effektivität der Tabak- und Alkoholpolitik, um bewährte Praktiken in der Politikgestaltung abzuleiten, und diskutiert verhältnispräventive Interventionen im Nachtleben sowie deren Eigenschaften.

Ein Bericht über verhältnispräventive Ansätze kann über die Website der EBDD eingesehen werden¹.

I DIE UMWELT UND IHR EINFLUSS

Welchen Einfluss hat das soziale Umfeld auf individuelle Überzeugungen, Einstellungen und Verhaltensweisen? Zum einen prägt es soziale Normen und zum anderen beeinflusst es Überzeugungen hinsichtlich der Risiken und Konsequenzen von Verhaltensweisen. So wird beobachtetes Verhalten, wie z.B. der Substanzgebrauch unter Gleichaltrigen und/oder anderen einflussreichen Personengruppen, 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 dem Substanzgebrauch beurteilen.

Verhältnisprävention hat zwei Säulen. Zum einen zielt sie darauf ab, die Exposition gegenüber psychosozialen Stressoren, gesundheitsgefährdenden baulichen Gegebenheiten, Stoffen, Strahlen und Wellen zu begrenzen und die Exposition gegenüber gesundheitszuträglichen psychosozialen Aspekten (z.B. Wertschätzung), baulichen Gegebenheiten und Stoffen zu erhöhen. Zum anderen zielt sie 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 die Umgebung (z.B. Alkoholverkaufsstellen, öffentlicher Raum oder Veranstaltungsorte), in der das Verhalten stattfindet, verändert. Im Gegensatz zu den Ansätzen, die darauf abzielen, Fähigkeiten und Erkenntniszuwächse in Einzelpersonen oder Gruppen zu entwickeln (Verhaltensprävention), zielt Verhältnisprävention auf Gewohnheiten und Umweltbedingungen (Regeln, Gesetze, Werbung, Steuern usw.) ab, welche den Zielgruppen eine überlegte und bewusst

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

(gesündere) Entscheidungen abnimmt. Das Ziel ist, die gesundheitsförderliche Wahl zur einfachsten Wahl zu machen. Beispielsweise durch Erhöhung der Tabaksteuer, Gesetze zur Altersbeschränkung und Ausweiskontrollen, Senkung der Preise von alkoholfreien Getränken in Nachtclubs oder Verhinderung, dass Einzelhandelsgeschäfte, die in der Nähe von Schulen liegen, Alkohol verkaufen.

Bei diesen Arten von Interventionen wird die Umwelt indirekt genutzt, um eine bestimmte Zielgruppe anzusprechen, anstatt in direkten Kontakt mit ihr zu treten. Der Vorteil von verhältnispräventiven Maßnahmen besteht darin, dass sie bei richtiger Umsetzung eine größere Reichweite haben können als Verhaltensmaßnahmen allein. Generell sollten jedoch sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisprävention koordiniert und ergänzend durchgeführt werden, um eine größtmögliche gesellschaftliche Wirkung zu erzielen.

I DEFINITIONEN

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

Regulatorische Ansätze betreffen Veränderungen des rechtlichen Rahmens, der definiert, welche Verhaltensweisen erlaubt sind. Dazu gehören Gesetze, die den Zugang zu Substanzen durch Altersbeschränkungen regulieren, Arzneimittelvorschriften sowie Maßnahmen, die das Verhalten nach dem Gebrauch von Substanzen kontrollieren, wie z.B. Alkohol am Steuer oder das Verbot Alkohol an sichtbar betrunkene Personen auszugeben. Regulationen umfassen auch die Herstellung und den Handel mit potenziell schädlichen Produkten oder deren Vermarktung. 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. Für die meisten illegalen Substanzen gibt es jedoch keine Regelung für die Herstellung, den Vertrieb oder den Verkauf. Die einzige Kontrolle erfolgt durch Gesetze, die darauf abzielen, ihre Verfügbarkeit zu schmälern und durch deutliche Botschaften, die die gesellschaftlichen Normen gegen ihren Konsum unterstreichen. Da die Herstellung dieser Substanzen nicht kontrolliert wird, können sie auch mit anderen gefährlichen gesundheitsgefährdenden Substanzen gemischt werden.

Naturprodukte, die die Grundlage einiger dieser Substanzen bilden, wie z.B. Cannabis, Schlafmohn und Kokapflanzen, können vernichtet werden, wenn sie gefunden werden, oder den Landwirten, die diese "Nutzpflanzen" anbauen, kann Geld gegeben werden, damit sie diese nicht mehr anpflanzen (Anbausubstitutionspolitik).

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, Getränkegläser so zu gestalten, 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 derzeitige 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.

Ein Hintergrundpapier der EBDD (2017b) gibt einen Überblick über die Verhaltensregeln, die die Grundlage der Verhältnisprävention bilden.

SOZIALISATION UND VERHÄLTNISPRÄVENTIVE INTERVENTIONEN

Präventionsfachkräfte unterstützen die positive Sozialisierung von Kindern in der Gesellschaft. Der Sozialisationsprozess wird zunächst von der Familie geformt und gefestigt, dann von der Schule und schließlich von anderen Umwelten und Settings fortgesetzt. Diese helfen, durch die Einhaltung von Normen, Gesetzen und Vorschriften dabei, angemessene Verhaltensweisen zu fördern. Verhaltenspräventive Interventionen kombinieren einen Sozialisierungs- und Präventionsansatz, und fokussieren sich dabei auf das Individuum, indem sie ihm helfen, Informationen darüber was von ihm erwartet wird und welches Verhalten angemessen ist, vor seinem eigenen sozialen und emotionalen Hintergrund zu

interpretieren. Sie helfen Individuen, Entscheidungen über die Auswirkungen oder Konsequenzen ihres Verhaltens innerhalb unterschiedlicher Settings zu treffen sowie neue Fähigkeiten oder Verhaltensweisen, wie z.B. Widerstandskompetenzen zu erlernen und anzuwenden.

Wie funktioniert das für verhältnispräventive 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 verhältnispräventiven Interventionen entspricht. Mit einem gesunden Umfeld sind positive Orte gemeint, welche Stärken der Gesellschaft maximieren und negative Einflüsse minimieren. Verhältnispräventive 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, auch verhaltenspräventive Maßnahmen zu ergreifen, 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. Diese Kampagnen und politischen Initiativen sollten das öffentliche Bewusstsein und die Einstellungen in Bezug auf den Substanzgebrauch beeinflussen und Maßnahmen und Gesetze fördern, die den Gebrauch oder die Folgen des Gebrauchs verhindern. Oft führen diese Bemühungen dazu, Verhaltensnormen der Zielgruppe zu ändern. So wurden Public Health Bemühungen hinsichtlich des Passivrauchens mithilfe von Vorschriften (z.B. Nichtrauchererschutzgesetz) 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 verhältnispräventiven Interventionen auf Mikroebene, hauptsächlich in Schulen und am Arbeitsplatz. Wir wollen zeigen, 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, zu beeinflussen. Schließlich bieten verhältnispräventive 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 z.B. gegen den Substanzgebrauch verfolgt werden und damit auch die gesellschaftliche Norm gegen den Substanzgebrauch 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 "Abhak-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 Substanzgebrauch 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 Substanzgebrauch konzentrieren, sondern auch Ansätze abdecken, die dazu dienen, ein gesundes und unterstützendes Schulumfeld zu schaffen:

- Richtlinien, die den Substanzgebrauch einschränken, tragen dazu bei, soziale Normen zu etablieren, welche den Substanzgebrauch 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.
- Politische Maßnahmen können auch verhältnispräventive 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 eine ganzheitliche Schulstrategie 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 im 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 gebraucht wurden, können eine Rolle in schulischen Regelwerken spielen, aber sie müssen angemessen sein, konsequent umgesetzt werden und sollen nicht überwiegen. Vorfälle mit Substanzgebrauch bieten die Möglichkeit, Schüler individuell zu unterstützen oder Präventionsmaßnahmen im Klassenzimmer einzuführen oder zu verstärken.

Schulregeln wie z.B. Suchtmittelvereinbarungen beinhalten 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. 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 von 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 Regeln und Verstößen. In den Regeln 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 Substanzgebrauch 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.

Die Regeln sollen darüber hinaus 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 Gebrauch, 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 stattdessen darauf abzielen, Schüler, die Substanzen gebrauchen, in der Schule zu halten.

Schüler die eine Beratung oder Behandlung benötigen.

Wenn ein Schüler in risikantes Verhalten involviert ist, kann ein frühzeitiges Erkennen und kurze Intervention nötig sein. Im Allgemeinen sollen Schüler, die Substanzen gebrauchen, 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.

Schulregeln 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 ihnen betroffen sind.
- **Unterstützung evidenzbasierter Präventionsansätze.** Viele Richtlinien verpflichten Schulen zur Umsetzung von evidenzbasierten Programmen und Strategien.
- **Welche Substanzen sind gemeint?** Die Regeln sollen auch das Spektrum von Substanzen, auf die sie sich beziehen sowie besondere Umstände, wie beispielsweise Sportveranstaltungen, Schulausflüge und Mitarbeiterverhalten spezifizieren.
- **Spezifizierte Sanktionen.** Die Regeln sollen angeben, 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 Regeln am Arbeitsplatz und jenen im Schulsetting. Der Zweck beider 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).

Wie bereits erwähnt, sind verhältnispräventive Interventionen insofern universell, als dass sie sich auf eine möglichst breite Zielgruppe konzentrieren, die unterschiedliche Erfahrungen mit Substanzen haben, obwohl die meisten davon Nichtnutzer sein werden. Folglich richten sich Arbeitsplatzrichtlinien hinsichtlich des Substanzgebrauchs an alle Mitarbeiter. Solche Richtlinien sollten umfassend gestaltet sein und sich mit Aufklärung und Prävention sowie der Ermittlung, Behandlung, Rehabilitation und Wiedereingliederung von Arbeitnehmern mit Substanzgebrauchsproblemen befassen. An der Entwicklung dieser Richtlinien sollten alle wichtigen Stakeholder der Organisation beteiligt werden.

Verhältnispräventive Interventionen am Arbeitsplatz zielen u.a. auf bestimmte Arbeitsplatzmerkmale ab, die Auswirkungen auf die Wahrscheinlichkeit des Substanzgebrauchs von Mitarbeitern haben können. Zu diesen Arbeitsplatzmerkmalen gehören die Verfügbarkeit von und der Zugang zu Alkohol oder anderen Substanzen, schlechte Arbeitsbedingungen und eine Arbeitsplatzkultur, die den Substanzgebrauch verstärkt.

Ein umfassender Ansatz zur Suchtprävention am Arbeitsplatz beginnt mit schriftlichen Präventionsrichtlinien. Diese umfassen eine Beschreibung der Haltung des Unternehmens zum Substanzgebrauch. Dabei sollen sie nicht strafend sein, sondern anerkennen, dass Substanzgebrauch 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 und offen kommuniziert werden. Dazu gehört auch eine klare Kommunikation der Sanktionen bei Verstößen gegen die Richtlinien. Schwerpunkt der Verbreitungsstrategie ist jedoch, wie die Richtlinien die allgemeine Gesundheit und Sicherheit aller Arbeitnehmer fördern wird. Das verringert auch das Stigma, das mit der Suche nach Hilfe verbunden ist.

I VERHÄLTNISPRÄVENTIVE TABAK- UND ALKOHOLPOLITIK

Die internationalen Standards überprüfen die bestehende Forschung zur 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. Folgende Anleitung stellt die Komponenten, die zur Gestaltung einer effektiven verhältnisbasierten Intervention verwendet werden können vor.

Gemäß den internationalen Standards reduziert eine Erhöhung der Preise für Alkohol und Tabak durch Besteuerung deren Konsum in der Allgemeinbevölkerung. Andere Strategien, die eine Verringerung des Gebrauchs 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 als wirksam erwiesen.

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

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

Die Überprüfung der Forschungslage 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 mäßige als auch auf stark Trinkende aus, einschließlich des starken Alkoholkonsum bei Jugendlichen im Colleaguealter. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass eine Erhöhung des Preises für Alkohol um nur 10% mit einem Rückgang des Alkoholgebrauchs 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 Mehr-Ebenen-Interventionen wirksam waren, wenn sie mehrere Strategien umfassten, wie z.B:

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

Eine im Zeitraum von 2005 bis 2009 durchgeführte Studie in

Norwegen und Finnland (Stovall et al., 2014), untersuchte die Einstellungen gegenüber der Alkoholpolitik und fand heraus, dass in diesen beiden Ländern die Zustimmung zu restriktiven alkoholpolitischen Maßnahmen zunahm, während verglichen mit Daten aus Nordamerika und Australien die Zustimmung dort zurückging. Die Forscher stellten dabei 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: Eine erhöhte Wahrnehmung der Wirksamkeit von restriktiveren alkoholpolitischen Maßnahmen war mit einem verstärkten Glauben an einen Zusammenhang von Alkoholgebrauch und seinen schädlichen Folgen verbunden. 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 einer erfolgreichen politischen Maßnahme ist das öffentliche Rauchverbot in Frankreich. Das Rauchverbot wurde dort im Februar 2007 umgesetzt und gilt für Arbeitsplätze, Einkaufszentren, Flughäfen, Bahnhöfe, Krankenhäuser und Schulen. Im Januar 2008 wurde es auf 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 den verschiedenen Settings ist 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, Klubs, 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 Substanzgebrauch, 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 begleitende Literatur 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 von Personal², der Umgang mit Klienten, die unter Substanzeinwirkung stehen sowie Änderungen von Gesetzen und Richtlinien im Zusammenhang mit der Alkoholabgabe an Minderjährige oder betrunkenen Personen oder im Zusammenhang mit Alkohol im Straßenverkehr usw.

Miller et al. (2009) haben eine verhältnispräventive Maßnahme vorgeschlagen, um den Substanzgebrauch bei elektronischen Tanzmusik-Events anzugehen (bei denen tendenziell mehr konsumiert wird als bei anderen Arten von Veranstaltungen). 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, z.B. der Klubinhaber und -manager, die Polizei oder Alkoholkontrollbehörden, Vertreter des öffentlichen Gesundheitswesens und 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

² Für Beispiele siehe Mendes & Mendes (2011)

Kommune zu fördern:

- Erhalt eines sicheren, rechtskonformen Umfelds für die Klubs und die Kunden, die keine Substanz gebrauchen
- Erhalt guter Geschäftspraktiken und Einhaltung der Lizenzgesetze für Alkohol;
- Erinnerung, 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 Sicherheits- und Schutzmerkmale. Interventionen außerhalb des Klubgeländes umfassen folgende Aspekte:

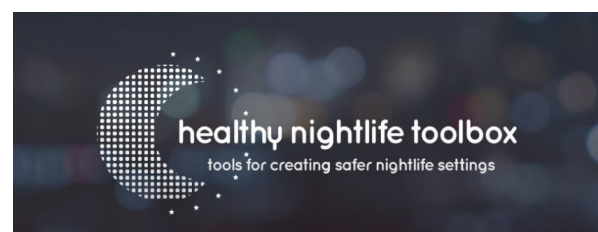
- Überwachung des Außenraums rund um den Klub, durch Security- oder Türpersonal (z. B. Parkplätze)
- Security-Personal am Eingang, um Kunden vor Eintritt in den Klub zu überprüfen
- Identifikation von Personen die unter Substanzeinfluss stehen
- Schriftliche Klubrichtlinien, die den Zugang zum Klub einschränken

Strategien für das interne Umfeld – die dritte Komponente – beziehen sich ebenfalls auf Sicherheits- und Schutzmerkmale. 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 Gebrauch bei Kunden (z.B. schneller Konsum);
- Identifizierung von betrunkenen Gästen und Weigerung, diese Personen weiterhin zu bedienen
- Eingreifen, um betrunkene Gäste vom Fahren abzuhalten.

ABBILDUNG 26

Healthy Nightlife Toolbox



Quelle: <http://hntinfo.eu>

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 Substanzgebrauch 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 Substanzerkennung und geeigneten Interventionsstrategien, wie z.B. externe verhältnispräventive Maßnahmen. 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 Alkoholmarketing- und Verkaufsförderung zu beenden, die Sicherheit von Verbrauchern und Mitarbeitern zu gewährleisten und Störfaktoren für die Kommune 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).

ABBILDUNG 27

Nachtclubszene, Festivals und andere Freizeitsettings



Quelle: Portal für vorbildliche Verfahren, EBDD

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 Probleme im Zusammenhang mit Substanzgebrauch 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 Substanzgebrauchs 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 Substanzgebrauch ein Public Health-Problem darstellt und nicht nur Individuen, sondern die gesamte Bevölkerung direkt oder indirekt davon betroffen ist

8

| Inhalte

- 95 | Argumente für den Einsatz von Medien in der Prävention
- 95 | Medienwirkungstheorien
- 96 | Wissenschaftlicher Kenntnisstand
- 98 | 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 Präventionsfachkräfte, dass die Umsetzung effektiver Kampagnen herausfordernd und schwierig sein kann und bei der Entwicklung von Präventionsansätzen Zeit und Sorgfalt aufgewendet werden müssen.

In diesem Kapitel werden wir uns mit den Erkenntnissen der Präventionsforschung befassen, die sich auf eine effektive Kampagnenplanung beziehen: Botschaften, die zur Erreichung von Präventionszielen beitragen, Erkenntnisse darüber, wie erfolgreich evaluierte Kampagnen gestaltet wurden, Theorien der Kommunikationsforschung, die Wirkmechanismen erhellen und bei der Konzeption hilfreich sind. Abschließend werfen wir einen genaueren Blick auf Medienkompetenz, die sowohl für Präventionsfachkräfte als auch unsere Zielgruppen wichtig ist, um Medien kritisch analysieren, bewerten und gestaltend nutzen zu können. Wir geben darüber hinaus Hinweise, wie Sie als Fachkraft Medien professionell im Dienste der Prävention einsetzen können.

ARGUMENTE FÜR DEN EINSATZ VON MEDIEN IN DER PRÄVENTION

Medien erfüllen viele Funktionen. Sie können dabei helfen, die soziale und politische Agenda festzulegen und damit einen Beitrag zur Etablierung oder Aufrechterhaltung von Präventionsmaßnahmen leisten. Sie können darüber hinaus auch eine koordinierende Funktion haben. Mehr-Ebenen-Kampagnen, die verschiedene Akteure und Maßnahmen mit medienwirksamer Kommunikation verbinden, können erfolgreicher sein als Einzelmaßnahmen wie z.B. die Einführung von Präventionsprogrammen in Schulen.

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

- **Wirtschaftlichkeit und Reichweite:** Medienkampagnen können bei geringem Kosteneinsatz pro Person ein großes Publikum erreichen.
- **Erreichung der Zielgruppe:** Eine Kampagne durch die

Auswahl des Mediums und Festlegung von Kriterien so gestalten, dass die Zielgruppen bestmöglich erreicht werden.

- **Reaktionsgeschwindigkeit:** Bedeutsame Präventionsbotschaften können in kürzester Zeit an einen großen Teil der Bevölkerung kommuniziert werden – des ist insbesondere bei neuen oder akuten Problemen wichtig.
- **Unterhaltungsfaktor:** Erfolgreiche Kampagnen verbinden ihre Nachricht mit Unterhaltung – wie z.B. die Kampagne „Gib AIDS keine Chance“.
- **Einfluss auf Meinungsmacher:** Medien können eine wichtige Rolle bei der Aufklärung und Beeinflussung von Meinungsmachern spielen.
- **Einfluss auf die politische Präventionsagenda:** Medienberichterstattung und Kampagnen können dazu beitragen, die Einstellung der gesellschaftlichen Mehrheit gegenüber Präventionsthemen zu verändern oder Betroffene zu entstigmatisieren.
- **Koordinierende Funktion:** Kampagnen sind am effektivsten, wenn sie mit anderen Präventionsansätzen kombiniert werden „Mehr-Ebenen-Kampagne“.
- **Kosteneffektivität:** Der Einsatz von Medien im Rahmen von Präventionskampagnen muss nicht mit großen Kosten verbunden sein. Insbesondere der Einsatz sozialer Medien wie z.B. Twitter, YouTube, Facebook und Instagram können mit geringen Kosten zu hohen Reichweiten führen.

MEDIENWIRKUNGSTHEORIEN

Erfolgreiche Kampagnen und andere Maßnahmen haben einen theoretischen Ansatz, welcher die individuellen Einstellungen, Absichten und Verhaltensweisen, z.B. den Gebrauch von Substanzen erklären. Diese Theorien schaffen die Voraussetzungen zur Vermittlung von überzeugenden Botschaften, welche z.B. den Nichtgebrauch bestärken, den weiteren Gebrauch verhindern bzw. ermutigen ihn risikoarm zu gestalten oder Behandlungsmöglichkeiten wahrzunehmen.

Carl Hovlands „*Message Learning Theory of Persuasion*“ hat ebenso wie die „*Theorie des geplanten Verhaltens*“ (Ajzen und Fishbein, 2008) wesentlich zum Verständnis der Wirkung von Gesundheits- und Risikokommunikation beigetragen. Die Theorien besagen, dass Menschen ihre Einstellungen erst erlernen und nicht mit diesen geboren werden. Um 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).

Es gibt eine Reihe von Grundmerkmalen überzeugender Kommunikation, die bei der Gestaltung von Kampagnen berücksichtigt werden sollten (Lasswell, 1949):

- Das **“WER”** bezieht sich auf die Quelle der Kommunikation. Die Überzeugungskraft einer Quelle hängt insbesondere von deren Glaubwürdigkeit ab. Ob eine Quelle als kompetent erlebt wird, hängt mit der Wahrnehmung zusammen, ob die Informationen korrekt sind und die Quelle befähigt und berechtigt ist, fundiert 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? Und ist sie relevant für die Zielgruppe? Auch die Verständlichkeit spielt hierbei eine Rolle?
- Das **“WEN”** bezieht sich auf die Zielgruppe. Entwickler einer Kampagne müssen wissen, wer für welche Kommunikation empfänglich ist und wie diese erreichbar sind. In manchen Fällen sollen alle Mitglieder der Gesellschaft adressiert werden, in anderen Fällen sind jedoch spezifische Untergruppen, wie z.B. junge Heranwachsende, schwangere Frauen, ältere Menschen usw. die Zielgruppe.
- Das **“WIE”** betrifft die Art der Übermittlung, den Kontext und subtile inhaltliche Variationen der Botschaft, die für die Ansprache verwendet werden, sowie das spezielle Medium, über das die Botschaft übertragen wird. Mit Medium bzw. Kanal meinen wir die Art und Weise, wie die Nachricht an die Zielgruppe übertragen wird - z.B. ob im Internet, im Fernsehen, auf Plakaten oder in Zeitungen, usw.
- Der **“EFFEKT”** bezieht sich auf die Messung die erzielte Reichweite und Wirkung. Ohne eine gute Einschätzung des Effekts, wird es keine klare Vorstellung vom Erfolg oder Misserfolg der Überzeugungsbemühungen geben.

Bis heute gibt es noch keine integrale Medienwirkungstheorie, die Einflüsse der Medien auf Rezipienten vollständig erklären könnte. Für unsere Einführung in die Thematik orientieren wir uns deshalb am von Paul Lazarsfeld und seinen Kollegen im Jahr 1944 entwickelten *„Modell des Zweistufenflusses der Kommunikation“* (Abbildung 28).

Oft wird das Potenzial von Medien im Hinblick auf ihre präventive Wirkung überschätzt. Das *„Modell des Zweistufenflusses der Kommunikation“* hilft dabei, ein realistischeres Verständnis von Medienwirkungen zu gewinnen. Es legt nahe, dass die Wirkung von Medienkampagnen im Vergleich mit direkter Kommunikation von Angesicht zu Angesicht eher gering ist. Daraus kann geschlossen werden, dass präventive Medienkampagnen sich auf die Beeinflussung von Meinungsführern konzentrieren sollten. Gelingt es demnach, einflussreiche Personen zu überzeugen, werden diese die Information innerhalb ihrer sozialen Bezüge verbreiten und damit eher eine Einstellungs- und Verhaltensänderung erreichen. Dies können

im Hinblick auf Kinder- und Jugendliche z.B. deren Eltern sein. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass der Einfluss der Eltern bis ins junge Erwachsenenalter bestehen bleibt - auch, wenn die Bedeutung von Gleichaltrigen in der Adoleszenz an Bedeutung gewinnt (z.B. Elkins et al., 2014; Scull et al., 2014; Wang et al., 2013).

WISSENSCHAFTLICHER KENNTNISSTAND

Welche Aussagen trifft die Medienwirkungsforschung im Hinblick auf präventive Kampagnen? Dies ist insbesondere im Kontext der Gesundheitskommunikation intensiv untersucht worden, wobei hervorzuheben ist, dass neben intendierten (positiven Effekten) auch zahlreiche nicht-intendierte (negative) Effekte von Präventionskampagnen nachgewiesen wurden.

Dies wirft zwangsläufig ethische Fragen auf: „Wer entscheidet, ob es richtig ist, diese oder jene Botschaft zu verbreiten, wenn sie eventuell falsch ist und Menschen sogar schaden kann? (...) Wer entscheidet, (...) welche (...) Kampagnen dringender sind und an welche Zielgruppe sie zuerst adressiert werden sollen, wenn dadurch andere Bereiche und Zielgruppen vernachlässigt werden? (...) Sind Furchtappelle vertretbar, wenn diese bewusst negative Emotionen beim Adressaten in Kauf nehmen? Und sind schließlich Strategien vertretbar, die Gesundheitsbotschaften vermitteln, ohne die Persuasionsabsicht offen zu legen (Entertainment-Education)?“ (Rossmann und Ziegler, 2013; S.397).

Die Gründe für die geringe Anzahl aussagekräftiger und belastbarer Untersuchungen liegt einerseits in methodischen Herausforderungen, zum anderen aber vor allem an der leider verbreiteten Praxis, Kampagnen weder theoretisch zu fundieren, noch zu evaluieren. Trotz dieses Lagebildes, gibt es empirisch fundiertes Wissen über die besten Wege, wie präventive Botschaften formuliert werden sollten, um positive Wirkungen zu erzielen.

In den „Internationalen Standards zur Prävention des Drogenkonsums“ wurden folgende Merkmale von wirksamen Präventionskampagnen zusammengefasst - die auch auf andere Handlungsfelder übertragbar sind:

- Die Zielgruppe einer Kampagne ist genau zu definieren, da die Inhalte auf diese abgestimmt werden müssen.
- Wirksame Medienkampagnen basieren auf einer soliden theoretischen Grundlage.
- Inhalte werden auf Grundlage solider formativer Forschung entworfen. Das bedeutet, dass Botschaften und Materialien mit Vertretern der Zielgruppe überprüft werden müssen, bevor die Kampagne veröffentlicht wird.
- Verknüpfung mit anderen Präventionsmaßnahmen (Mehr-Ebenen-Kampagne).

- Die Kampagne ist nicht auf kurze Dauer angelegt, sondern den Zielen und der Zielgruppe angemessen.
- Die Kampagne wird systematisch evaluiert.
- Kampagnen, die Kinder- und Jugendliche beeinflussen sollen, adressieren ebenfalls deren Eltern als Zielgruppe.
- Die Kampagne sollte zum Ziel haben, soziale Normen zu beeinflussen.

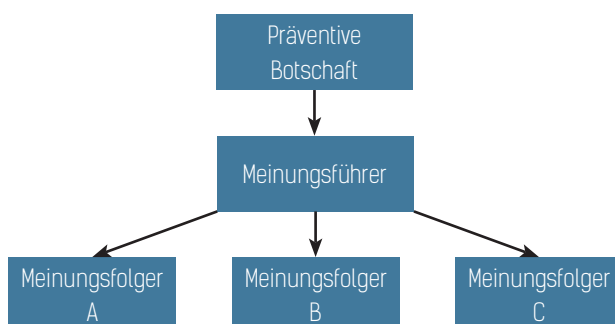
Aufschlussreich ist ebenfalls, sich mit den Merkmalen unwirksamer oder sogar schädlicher Medienkampagnen zu befassen:

- Mangelnder Fokus auf die Determinanten des zu verändernden Verhaltens. Einfache Verhaltensappelle oder Schreckbotschaften sowie die einseitige Betonung von Risiken kann zu negativen Reaktionen führen – insbesondere, wenn diese übertrieben dargestellt werden und nicht den Alltagserfahrungen der Zielgruppe entsprechen. Dies unterminiert das Vertrauen in den Sender der Kampagne.
- Übertreibung. Insbesondere Jugendliche reagieren auf übertriebene Abschreckungsbotschaften (z.B. Bilder von Verstorbenen) eher negativ. Solche Darstellungen erweisen sich meist als zu extrem und schaden eher als dass sie nützen. Zudem vermitteln solche Inhalte keinerlei Information darüber, wie man sich schützen kann.
- 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 dennoch sinnvoll, die Risikowahrnehmung mit dem Ziel zu beeinflussen, zur Verhaltensänderung zu motivieren.

Wenn die oben beschriebenen Merkmale unwirksamer Kampagnen eine Wirkung hatten, dann nur für kurze Dauer und bei Zielgruppen, für die das Thema nicht relevant war.

ABBILDUNG 28

Modell des Zweistufenflusses der Kommunikation



Die Evidenz ist eindeutig: Im Zweifel sollte man sich vor dem Hintergrund des realen Risikos von Negativwirkungen gegen eine Medienkampagne entscheiden, sofern nicht genügend Zeit und Ressourcen für deren Konzeption und Testung zur Verfügung stehen (Barden und Tormala, 2014; Clarkson et al., 2008; Clarkson et al., 2013; Green und Witte, 2006).

Soziale Medien und Streamingdienste haben die Art und Weise verändert, wo und wie Menschen Medien konsumieren. Sie sind nicht länger passive Konsumenten eines begrenzten Programms, sondern selbst für die Auswahl und ethische Nutzung, einschließlich des Erstellens, Teilens und Kommentierens von Medieninhalten verantwortlich – was Medienkompetenz voraussetzt (O'Neill, 2008). Medienkompetenz ist laut Bergsma und Carney (2008) eine wichtige Alternative zur Zensur oder anderweitigen inhaltlichen Einschränkung von Medien und Medieninhalten. In der wissenschaftlichen Debatte über den Einfluss von Medien auf Einstellungen und Verhaltensweisen scheinen sich fast alle Autoren über die Notwendigkeit der Förderung von Medienkompetenz einig zu sein. Die einzigen nennenswerten Meinungsverschiedenheiten gibt es über Form und Inhalt der dazu notwendigen Bildungsarbeit.

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

- Medienkompetenzbildung erfordert aktives Hinterfragen und kritisches Nachdenken über die Nachrichten, die wir erhalten und erstellen.
- Medienkompetenzbildung erweitert das Konzept der Literarität (Fähigkeit zu Schreiben und zu Lesen) um alle Arten von Medien.
- Medienkompetenzbildung zielt auf die Entwicklung von Fähigkeiten bei Lernenden jeden Alters. Wie auch die Fähigkeit zum Lesen von Text, erfordert der Erwerb von Medienkompetenz integrierte, interaktive und wiederholte Übung.
- Medienkompetenzbildung trägt dazu bei, dass es informierte, reflektierte und engagierte Menschen gibt, die für eine demokratische Gesellschaft unverzichtbar sind.
- Medienkompetenzbildung erkennt an, dass Medien ein Teil der Kultur sind und eine Rolle als Sozialisationsinstanzen haben.
- Medienkompetenzbildung bekräftigt, dass Menschen ihre individuellen Fähigkeiten, Überzeugungen und Erfahrungen nutzen, um aus Medienbotschaften ihre eigenen Bedeutungen zu konstruieren.

In den USA hat die *National Association for Media Literacy Education* (NAMLE) einige nützliche Inhalte, Konzepte und Fähigkeiten für die Medienkompetenzbildung formuliert, die auch für Europa und andere Weltregionen relevant sind:

- Alle Medienbotschaften sind "konstruiert". Es soll vermittelt werden, inwiefern sich Medieninhalte von der Wirklichkeit unterscheiden, das Gezeigte bewertet und mit realen Lebenserfahrungen verglichen wird und die Ersteller der Botschaft untersucht werden.
- Medienbotschaften werden in einer kreativen Sprache erstellt, die ihren eigenen Regeln folgt. Daher sollen Fähigkeiten vermittelt werden, welche es ermöglichen Werbung und verschiedene Produktionstechniken zu erkennen sowie für das Erstellen von eigenen Medienbotschaften erforderlich sind.
- Verschiedene Menschen nehmen die gleiche Botschaft unterschiedlich wahr. Bildungsmaßnahmen haben sich damit befasst, wie Medien Menschen beeinflussen können, was getan werden kann, um negative Medienwirkungen zu vermeiden und wie Maßnahmen ergriffen werden können um selbst verändernden Einfluss auf Medien zu nehmen.
- Medien beinhalten Werte und Sichtweisen. Medienkompetenzbildung lehrt, wie man Stereotypen, Mythen, Verzerrungen, Werte, Lebensstile und/oder Standpunkte identifiziert, die in Medienbotschaften dargestellt oder von ihnen ausgelassen werden.
- Die meisten Medienbotschaften zielen darauf ab, Gewinn oder Macht zu generieren. Medienkompetenzbildung vermittelt, welchen Zweck Werbung und Marketingstrategien haben und ermutigen zu Skepsis gegenüber diesen oder zum Erstellen von Gegenwerbung.

Wie wir bei den anderen in diesem Curriculum diskutierten Präventionsansätzen gesehen haben, ist die Medienkompetenzbildung für alle Altersgruppen und Settings von großer und zunehmender Bedeutung. Beispielsweise verfügen junge Menschen oft über eine größere Anwenderkompetenz für neue Medien, als ältere Generationen. Allerdings haben junge Menschen damit nicht unbedingt Medienkompetenz entwickelt, die ihnen hilft, Inhalte und Quellen kritisch zu beurteilen und zu verstehen. Ebenso können ältere Generationen wichtige Beiträge leisten, um die Sicherheit junger Menschen im Internet zu steigern, 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 Fähigkeiten und Einsichten miteinander zu teilen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Medienkampagnen bei der Berücksichtigung des bestehenden Wissens und insbesondere im Zusammenspiel mit anderen Maßnahmen einen wertvollen Beitrag zur Erreichung präventiver Ziele leisten können. Dabei sollten unerwünschte Wirkungen

stets bedacht werden. Ein risikoarmer aber dennoch vielversprechender Einsatzzweck von Medien ist die Stimulierung der öffentlichen Debatte über die Notwendigkeit und den Stellenwert von Prävention oder die Bildung und Koordinierung von Bündnissen.

WIE MEDIEN IN DER PRÄVENTIONSPRAXIS EINGESETZT WERDEN SOLLTEN

Wenn Medien in der Präventionsarbeit eingesetzt werden, müssen einige wesentliche Prinzipien beachtet werden. Ein Beispiel dafür sind die vom Club Health Network¹ veröffentlichten Medienrichtlinien zum Nachtleben. Sie beschreiben wichtige Themen, die bei der Beteiligung an Massenmedien zu berücksichtigen sind:

- 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 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.
- 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.

¹ http://newip.saferrnightlife.org/pdfs/digital_library/Media_influence_guidelines.pdf. For more information, visit the Club Health website: www.clubhealth.eu

- 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

101 | Definitionen

101 | Communities That Care

103 | Aufbau eines effektiven kommunalen Netzwerkes

KAPITEL 9

PRÄVENTION IM SETTING KOMMUNE

Um die breitere Öffentlichkeit zu erreichen und eine nachweisbare Wirkung auf Ebene der Gesellschaft 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 diese wird benötigt, um ausreichend Ressourcen zu mobilisieren, öffentliche Unterstützung zu gewinnen und die notwendige Umsetzungsqualität über einen langen Zeitraum aufrechtzuerhalten.

In diesem Kapitel werden grundlegende Konzepte definiert, die für den Aufbau von wissenschaftsbasierten Präventionssystemen erforderlich sind. Als Beispiel für ein evaluiertes und in Deutschland weitflächig verfügbares Gesamtkonzept wird *Communities That Care* vorgestellt.

DEFINITIONEN

In diesem Curriculum betrachten wir "Kommunen" als einen Kontext, in dem wirksame Präventionssysteme entwickelt und implementiert werden können. Die Kommune bildet ein besonders geeignetes Setting für evidenzbasierte Prävention, da sie als Lebensort eine hohe gesundheitliche Relevanz für die dort lebenden Menschen hat und alle Menschen, insbesondere sozial benachteiligte und gesundheitlich belastete hier in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen erreicht werden können.

„Als übergreifendes Setting umfasst die Kommune auch die Lebenswelten des Lernens (Kindertagesstätten und Schulen), des Arbeitens und der Freizeitgestaltung (zivilgesellschaftliche Einrichtungen, wie z. B. Sportvereine, Jugendhäuser, Eltern-, Arbeitslosen- und Seniorentreffs). In der Kommune werden auch solche Zielgruppen erreicht, die über die Einrichtungen wie Kita, Schule, Betrieb in der Regel nicht erreicht werden, z. B. Arbeitslose, pflegende Angehörige und ältere Menschen“ (GKV-Spitzenverband S.31).

Die in diesem Kapitel beschriebenen Ansatzpunkte für Prävention können sich auf ganze Kommunen (Städte,

Landkreise, Gemeinden), Teile davon (z. B. Stadtteile) oder den ländlichen Raum (Landkreise) beziehen.

Mehr-Ebenen-Ansätze kombinieren mehrere Interventionen mit unterschiedlichen Ansatzpunkten und Zielsetzungen, um alle Personen innerhalb einer Kommune vor dem Hintergrund einer gesellschaftlichen Lernstrategie positiv zu beeinflussen (Abbildung 29). Der Einbezug von Medien zur Vermittlung von präventiven Botschaften oder zur Unterstützung der Implementierung kann auf kommunaler Ebene eine wichtige Rolle spielen. Auch hier ist es wichtig, sich auf Maßnahmen zu konzentrieren, die sich als effektiv erwiesen haben. Zielgerichtet eingesetzt können Medien ein sehr wirksames Präventionswerkzeug sein.

COMMUNITIES THAT CARE

Im internationalen Umfeld gibt es mehrere evaluierte kommunale Rahmenkonzepte, wie z.B. „Project Northland“, „STAD“, „PROSPER“ und „Communities That Care (CTC)“. Da in der Bundesrepublik Deutschland ausschließlich CTC verfügbar ist, konzentrieren wir uns in diesem Abschnitt darauf.

„Communities That Care“ ist eine Rahmenstrategie, zur Organisierung einer wirksamen entwicklungsorientierten Prävention auf kommunaler Ebene.

ABBILDUNG 29
Ansatzpunkte für kommunale Prävention



Dabei werden limitierte Ressourcen auf die relevantesten Verhaltensprobleme, die bedeutsamsten Faktoren und die wirksamsten Handlungsansätze konzentriert.

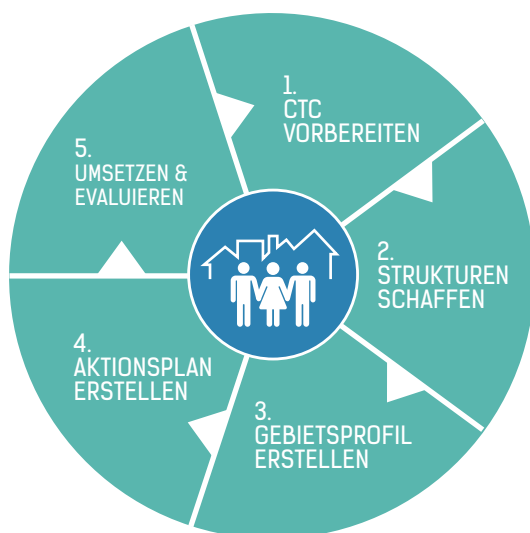
CTC wurde in den USA von der Social Development Research Group (SDRG) entwickelt und über 30 Jahre lang beforscht. Aus den international vorliegenden Langzeitstudien über die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen stellte die SDRG eine Liste relevanter Risiko- und Schutzfaktoren zusammen, die für kommunale Rahmenstrategien entscheidend sind.

Den häufigsten Problemverhaltensweisen von Jugendlichen liegen demnach keine unterschiedlichen, sondern dieselben Risikofaktoren in unterschiedlicher Kombination zugrunde.

Die Risiko- und Schutzfaktoren in einem Verwaltungsgebiet werden anhand einer standardisierten Befragung von Schülern zwischen 12 und 18 Jahren an weiterführenden Schulen erhoben, die im Abstand von einigen Jahren zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der Präventionsstrategie (Aktionsplan) durchgeführt wird. Ausgehend von den Befragungsergebnissen werden die verschiedenen Dimensionen jugendlichen Problemverhaltens und deren Bedingungsfaktoren aufgelistet und zwischen den befragten Schulen verglichen. Anschließend wird die Ermittlung der lokalen Probleme und Ursachen anhand weiterer bereits vorhandener Datenquellen fortgesetzt, um ein genaues Lagebild zu bestimmen.

Die Akteure werden dadurch in die Lage versetzt, die relevantesten Risiko- und Schutzfaktoren bestimmen und evtl. geografische Schwerpunktsetzungen für die Präventionsarbeit vornehmen zu können. Die Präventionsarbeit wird in den Folgejahren auf die priorisierten Faktoren konzentriert.

ABBILDUNG 30
Communities That Care



Bereits bestehende Präventionsangebote werden im Rahmen einer Stärkenanalyse mit dem ermittelten Bedarf abgeglichen und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit aus präventionswissenschaftlicher Sicht überprüft. Ein anschließend erstellter Aktionsplan legt Ziele zur Verringerung von Problemverhalten, der Reduzierung von Risikofaktoren und Erhöhung von Schutzfaktoren fest und definiert die hierzu einzuführenden Maßnahmen, die aus der „Grünen Liste Prävention“ entnommen werden sollen. Diese listet wissenschaftlich fundierte Präventionsprogramme gemäß ihrer Wirksamkeit. Programme können darin speziell gemäß der von ihnen adressierten Risiko- und Schutzfaktoren recherchiert werden.

Die lokalen Aktionspläne können durch die Abstimmung auf die priorisierten Faktoren und durch die Orientierung an Qualitätsstandards auch die Verbesserung der bestehenden Angebotsstruktur zum Ziel haben.

CTC besteht aus fünf Phasen (Abbildung 30), die sequenziell durchlaufen werden und aufeinander aufbauen:

- **Phase 1:** Bereitschaft, Voraussetzungen und Rahmenbedingungen klären: Alle an der Prävention vor Ort beteiligten Akteure werden in den Prozess eingebunden, um eine gemeinsame Strategie mit definierten Handlungsschwerpunkten zu entwickeln.
- **Phase 2:** Organisationsstrukturen einrichten: Eine kommunale Lenkungsgruppe wird eingerichtet oder ein bestehendes Lenkungsgremium wird dazu benannt und zu einem Vor-Ort Gebietsteam der lokalen Akteure eingeladen.
- **Phase 3:** Datengestütztes Gebietsprofil erstellen: Messung der Risiko- und Schutzfaktoren durch eine repräsentative Befragung von Jugendlichen (CTC-Survey) und weitere lokale Sekundärdaten; Auswahl der 2 – 5 wichtigsten Faktoren für die weitere Arbeit; Analyse des bestehenden Präventionsangebotes auf Lücken und Überschneidungen in Bezug auf die ausgewählten Faktoren.
- **Phase 4:** Aktionsplan erstellen mit mess- und überprüfbareren Zielstellungen für bestehende oder neu einzuführende Programme, für die priorisierten Risiko- und Schutzfaktoren und die zu verringernden Problemverhalten.
- **Phase 5:** Umsetzung des Aktionsplans: Implementierung neuer / Umsteuerung bestehender Angebote mit Prüfung der Umsetzungsqualität. Fortschritte und der mögliche Bedarf an Nachsteuerung sind messbar durch die Wiederholung der Schülerbefragung alle 2 – 3 Jahre.

Der Prozess dauert ca. 1,5 Jahre bis zum Ende von Phase 4. Die Phase 5 und die Fortführung von CTC als Monitoring- und Evaluationsinstrument (z.B. zyklischer Prozess mit Wiederholung der Schülerbefragung) ist zeitlich nicht limitiert. Kommunen erhalten bei der Einführung Unterstützung durch zertifizierte Trainer, die das nötige Wissen für die Ein- und Durchführung von CTC vermitteln.

AUFBAU EINES EFFEKTIVEN KOMMUNALEN NETZWERKES

Effektiv arbeitende kommunale Netzwerke tragen zum Erfolg von Präventionsbemühungen bei, indem sie viele Einzelpersonen und deren Fähigkeiten, Erfahrungen sowie persönliche und berufliche Kontakte integrieren. Darüber hinaus sorgen sie für Nachhaltigkeit, da sie die Abhängigkeit von Einzelpersonen reduzieren.

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 Netzwerken beeinträchtigen können: z.B. unklare oder fehlende Ziele, mangelnde Fokussierung, unklare Erwartungen, schlechte Leitung, Treffen mit wenig oder keinem Feedback zum Erfolg oder Misserfolg der Teamarbeit, Unterrepräsentation der Zielgruppe sowie Konflikte zwischen Mitgliedern in Bezug auf widersprüchliche Vorhaben.

Neben den potenziellen Konfliktfeldern innerhalb des Teams gibt es auf kommunaler Ebene Herausforderungen zu bewältigen. So muss der Eigenwilligkeit von Lokalpolitikern ebenso wie der Knappheit an Ressourcen und Infrastruktur begegnet werden. Es kann passieren, dass Mittel nur kurzfristig oder unregelmäßig zur Verfügung stehen oder Vorhaben im letzten Moment verworfen oder geändert werden. Um ein Präventionskonzept daher langfristig aufrechtzuerhalten, braucht es eine Strategie zur Mittelakquise sowie Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Die meisten evidenzbasierten Maßnahmen integrieren diese Art von Implementations- und Strukturwissen nicht in ihre Materialien und Weiterbildungen.

Bei der Bildung eines Teams ist es folglich wichtig, gemeinsam über die ideale Gruppenzusammensetzung nachzudenken. Wichtige Organisationen innerhalb der Kommune sollten vertreten sein, insbesondere wenn diese Zugang zu potenziellen Zielgruppen haben. Es kann auch hilfreich und sinnvoll sein, Vertreter der Zielgruppen einzuladen und diese an der Bedarfsbestimmung und Maßnahmenplanung zu beteiligen. Das zu bildende Team sollte über ein breit gefächertes berufliches und soziales Netzwerk verfügen. In Anbetracht der Tatsache, dass es sich bei dieser Gruppe um eine Arbeitsgemeinschaft handelt, sollte ihre Größe jedoch limitiert werden, um handlungsfähig zu sein.

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

MOBILISIERUNG VON RESSOURCEN UND ERHÖHUNG VON KAPAZITÄT

Rahmenkonzepte wie CTC oder die EDPQS helfen dabei,

Stärken und Ressourcen einer Kommune zu identifizieren. Um identifizierte Ressourcen zu nutzen, müssen zunächst Beziehungen aufgebaut werden. Die Art der Beziehungsgestaltung hängt von der konkreten Zielsetzung ab. Geht es z.B. darum, die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Maßnahmenträgern zu verbessern, oder sollen Teilnehmer für ein freiwilliges Angebot geworben werden? Oder ist das Ziel, die Bevölkerung für Präventionsthemen zu sensibilisieren?

Folgende Aspekte können bei der Mobilisierung von Ressourcen hilfreich sein:

- Identifizieren Sie Knotenpunkte der Kommune. Knotenpunkte sind kommunale Orte, 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 zur Übernahme kurzfristiger oder spezifischer Aufgaben an. Einige Personen sind nicht in der Lage oder willens, sich für ein langfristiges Engagement zu verpflichten. Diese Personen können durch ihre Einsatzbereitschaft, unvereinbare Arbeitszeiten und/oder persönliche Verpflichtungen eingeschränkt sein. Anstatt diesen großen Pool an Ressourcen ungenutzt zu lassen, 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 umso wichtiger, diese effektiv einzusetzen. Halten Sie deshalb Ausschau nach Gelegenheiten für Synergieeffekte. Überlegen Sie, wie sich der gesellschaftliche Auftrag von verschiedenen Institutionen mit den Zielen des lokalen Präventionsteams verknüpfen lassen und identifizieren Sie mögliche Vorteile einer Zusammenarbeit.

10

KAPITEL 10

ADVOCACY FÜR PRÄVENTION

Die politische Entscheidungsfindung dahingehend zu beeinflussen, Prävention und Entwicklungsförderung zu priorisieren oder Entscheidungsträger davon zu überzeugen, die Umsetzung von Präventionskonzepten zu unterstützen, ist nicht gerade unkompliziert. Dies zu erreichen erfordert in der Regel ein koordiniertes Vorgehen, was im Public Health-Diskurs als "Advocacy" bezeichnet wird. Die Triangle Research Group (Silvestre et al., 2014), beschreibt Advocacy als "politischen Prozess einer Person oder Gruppe, der darauf abzielt, Entscheidungen über die öffentliche Ordnung und Ressourcenzuteilung innerhalb politischer und sozialer Systeme und Institutionen zu beeinflussen" (S. 14).

Wissenschaftsbasierte Advocacystrategien basieren stets auf einer „Theory of Change“, die erklärt, wie politische Veränderungsprozesse beeinflusst werden können¹.

Die gewählten Maßnahmen können vielfältig sein und hängen von den Ressourcen, dem Netzwerk und dem politischen Klima ab. Advocacy ist einerseits eine eigenständige Aktivität, kann aber auch Bestandteil einer komplexen Präventionsmaßnahme sein (ECDC, 2014).

Für eine effektive politische Advocacy schlagen 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 darauf hin, dass nicht immer ein klarer Zusammenhang zwischen den von Mercer beschriebenen Aktionen und Veränderungen oder der Priorisierung von

politischen Präventionsstrategien oder -programmen 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 Präventionsfachkräfte und Befürworter einer evidenzbasierten Prävention die Evidenz aus strengen wissenschaftlichen Studien und Übersichtsarbeiten als rationale Entscheidungsgrundlage heranziehen, stehen diese für politische Entscheidungsträger oftmals gleichrangig 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, diese fakten gestützt zu gestalten, ist es ungewöhnlich, wenn 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. Dabei geht es nicht nur um einen fachlichen Konsens, sondern auch um den Ausgleich von Interessen innerhalb des politischen Systems - z.B. bei der Konkurrenz um Posten oder die Verteilung von limitierten Ressourcen.

Die Diskussion dieser Herausforderungen soll Sie nicht entmutigen. Nur durch ein vertieftes 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 Präventionsforscher 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. Advokaten sollten auch in der Lage sein, vorgefertigte evidenzbasierte Lösungen für diese Probleme vorzulegen, sobald die Aufmerksamkeit geweckt ist und diese müssen sowohl spezifisch als auch technisch und politisch machbar sein. Sobald die Aufmerksamkeit geweckt

¹ Eine Übersicht gängiger „Theories of Change“ finden Sie bei ORS Impact <https://www.evaluationinnovation.org/publication/pathways-for-change-10-theories-to-inform-advocacy-and-policy-change-efforts/>

ist und die politischen Entscheidungsträger ein Motiv zum Handeln haben, müssen die Fürsprecher schnell handeln, da "Gelegenheitsfenster" in einem günstigen politischen Umfeld oft selten und von kurzer Dauer sind. Wenn beispielsweise die lokale Regierung wegen des gewaltbedingten Todes einer prominenten Person zum Handeln bewegt wird, müssen die Befürworter evidenzbasierter Prävention auch bereit sein, schnell zu handeln, bevor das Zeitfenster sich schließt, oder andere, nicht evidenzbasierte Ansätze priorisiert werden. Kritiker konzentrieren sich oft auf Schwachstellen neuer Konzepte, insbesondere wenn die diese den Status quo verändern. Fürsprecher einer bestimmten Strategie sollten deshalb eine kritische Selbstprüfung vorgenommen haben und die Schwächen und möglichen Kritikpunkte Ihres Ansatzes kennen.

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 auf die Problemwahrnehmung der Politiker nehmen und präzise Beweise vorlegen, um diese Sichtweise zu fundieren. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass Präventionsfachkräfte oder andere Experten zwar über ausgezeichnete Fachkenntnisse verfügen, wie die gesundheitlichen oder sozialen Auswirkungen für die Gesellschaft verringert werden können. Dies bedeutet aber nicht unbedingt, 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 Advocacy 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 Advocacy-Strategie evaluieren und daraus lernen. Die Schwierigkeit bei der Evaluation von Advocacy-Bemühungen liegt in deren hoher Dynamik. 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.

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 der gesellschaftliche Kontext, wurden im Hinblick auf ihre Besonderheiten in der Präventionsarbeit vorgestellt. Dies soll uns dabei helfen, wirksame Präventionsmaßnahmen und/oder -strategien für unsere Zielgruppen, unter Berücksichtigung der bestehenden Herausforderungen und Hindernisse zu entwickeln oder auszuwählen.

Wir hoffen, dass Sie vom Europäischen Präventionscurriculum zur weiteren Professionalisierung Ihrer Präventionsarbeit inspiriert wurden.

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.
- Bundeskriminalamt (Ed.) (2020). PKS Jahrbuch 2019: Einzelne Straftaten/-gruppen und ausgewählte Formen der Kriminalität (67th ed., 4 Version 2.0).
- 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, FG, Barrera, Jr. M., and Martinez, Jr., CR. (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 (Ed.), *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.
- Degenhardt, L., Whiteford, H.A., Ferrari, A.J., Baxter, A.J., Carlson, F.J., Hall, W.D., Freedmann, G. und Burstein, R. (2013). *Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010*. *Lancet* 382, 1564–1574
- 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.
- EBDD, (2011). *European drug prevention quality standards: An manual for prevention professionals*. Spain.
- EBDD (2015). *New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early warning System (March 2015)*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EBDD (2017a). *European Drug Report 2017: Trend and Developments*. 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
- EBDD (2021). *Europäischer Drogenbericht 2021: Trends und Entwicklungen*, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, Luxemburg
- ESPAD Group (2020a). *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, EMCDDA Joint Publications*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- ESPAD Group (2020b). *ESPAD Report 2019: Additional Tables*, Publications Office of the European Union, Luxembourg
- EUCPN (2013). *European Crime Prevention Monitor 2013/1: Priorities in crime prevention policies across Europe*. Brussels: European Crime Prevention Network.
- Europäische Kommission (2021). *Special Eurobarometer 506: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes*, 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, M.R. (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., Bulotaité, 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.
- GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. 2018;85. Verfügbar unter: www.gkv.info
- 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.
- Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jåstad, A., Cosma, A., . . . Arnarsson, Á. M. (2020). Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada.: International report. Volume 1. Key findings. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- 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.
- Kultusministerkonferenz. Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012. 12062015 [Internet]. 2012;1–7.
- Kuntsche, E., Gmel, G., & Annaheim, B. (2006). Alkohol und Gewalt im Jugendalter: Gewaltformen aus Täter- und Opferperspektive, Konsummuster und Trinkmotive – Eine Sekundäranalyse der ESPAD-Schülerbefragung. Lausanne.
- 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.
- Lange, C., Starker, A., Lippe, E. von der, & Hölling, H. (2016). Psychische und körperliche Gewalterfahrungen in den vergangenen 12 Monaten in der Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *59*(1), 4–16. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2267-6>
- 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
- 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.
- O'Neill, B. (2008). Media Literacy and the Public Sphere: contexts for public media literacy promotion in Ireland. Paper presented at the Media@50 Fifth Anniversary Conference, London.
- Pelozo, J. (2014). *Triangle: How youth organizations can build and sustain a national coalition that works on alcohol policy*. Ljubljana: Infokart.
- Poutin, 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.
- Rossmann C, Ziegler L. Gesundheitskommunikation: Medienwirkungen im Gesundheitsbereich BT - Handbuch Medienwirkungsforschung. In: Schweiger W, Fahr A, editors. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2013. p. 385–400. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-531-18967-3_20
- 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, P.A.
- 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*.
- Stiftung DFK (2018). Entwicklungsförderung und Gewaltprävention für junge Menschen.: Impulse für die Auswahl & Durchführung wirksamer Programme. Ein Leitfaden für die Praxis. Bonn.
- 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*.
- 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.
- WHO (World Health Organization) (2018). Global status report on alcohol and health, WHO, Geneva.
- WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Geneva, World Health Organization, 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2).
- World Health Organization [website]. (n.d.). Consulted on 30/09/2017, http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/

Anhang

Inhalte

- 113 | Überblick über die methodische Vorgehensweise bei der Erstellung des Manuals
- 114 | Entwicklungsaufgaben im Alter von 3 bis 16 Jahren
- 115 | Glossar
- 120 | Informationsblatt



ANHANG 1

Überblick über die methodische Vorgehensweise bei der Erstellung des Manuals

werden in regelmäßigen Abständen aktualisiert.

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 eine separate Edition ausdifferenziert wurden. Beide Editionen

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 muskuloskelettales 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 Instituten 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.
DFK	Die Stiftung Deutsches Forum für Kriminalprävention ist das unabhängige Zentrum der gesamtgesellschaftlichen Prävention in Deutschland. Sie übernimmt eine Leitfunktion in sozialen, ethischen, interkulturellen und erzieherischen Fragen im Interesse einer sicheren, kriminalitätsarmen und lebenswerten Gesellschaft, in der jeder Einzelne wie alle Institutionen verantwortlich zur Vermeidung von Risiken und zur Gestaltung des Zusammenlebens beitragen.
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, welche 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 Makroebene und schließt auch viele Settings auf der Mikroebene 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 Substanzgebrauch zu verhindern oder um Einzelpersonen dazu zu ermutigen, den Gebrauch 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	Substanzgebrauch von Jugendlichen wird durch die Vermittlung von Werten, Normen, Überzeugungen und Einstellungen, die Substanzgebrauch 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 unbestimmt gelassen, ebenso wie in "Drogengebrauch" (drug use) oder "Substanzgebrauch" (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, welche die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Problems 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.
Substanzgebrauch	Der Gebrauch 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	Verhältnisprävention zielt auf die Veränderung der Lebens- und Umweltbedingungen, um individuelles Verhalten zu beeinflussen. Sie ist im Gegensatz zur Verhaltensprävention weniger von der Motivation und Fähigkeit des Einzelnen abhängig und wirkt deshalb besonders bei benachteiligten Teilen der Bevölkerung.
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

I Leitfäden

- **Europäischer Qualitätsstandard zur Suchtprävention**
Die EDPQS enthalten eine Reihe von Grundsätzen, die zur Entwicklung und Beurteilung der Qualität von Prävention beitragen. Sie bieten eine umfassende Ressource, die alle Elemente der Prävention des Substanzgebrauchs (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 Prävention 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
- **Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung** – Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)³

I 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

¹ <http://prevention-standards.eu/standards>

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

³ https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/Studien/PDF/BZgA_Memorandum_Evidenzbasierung.pdf

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.