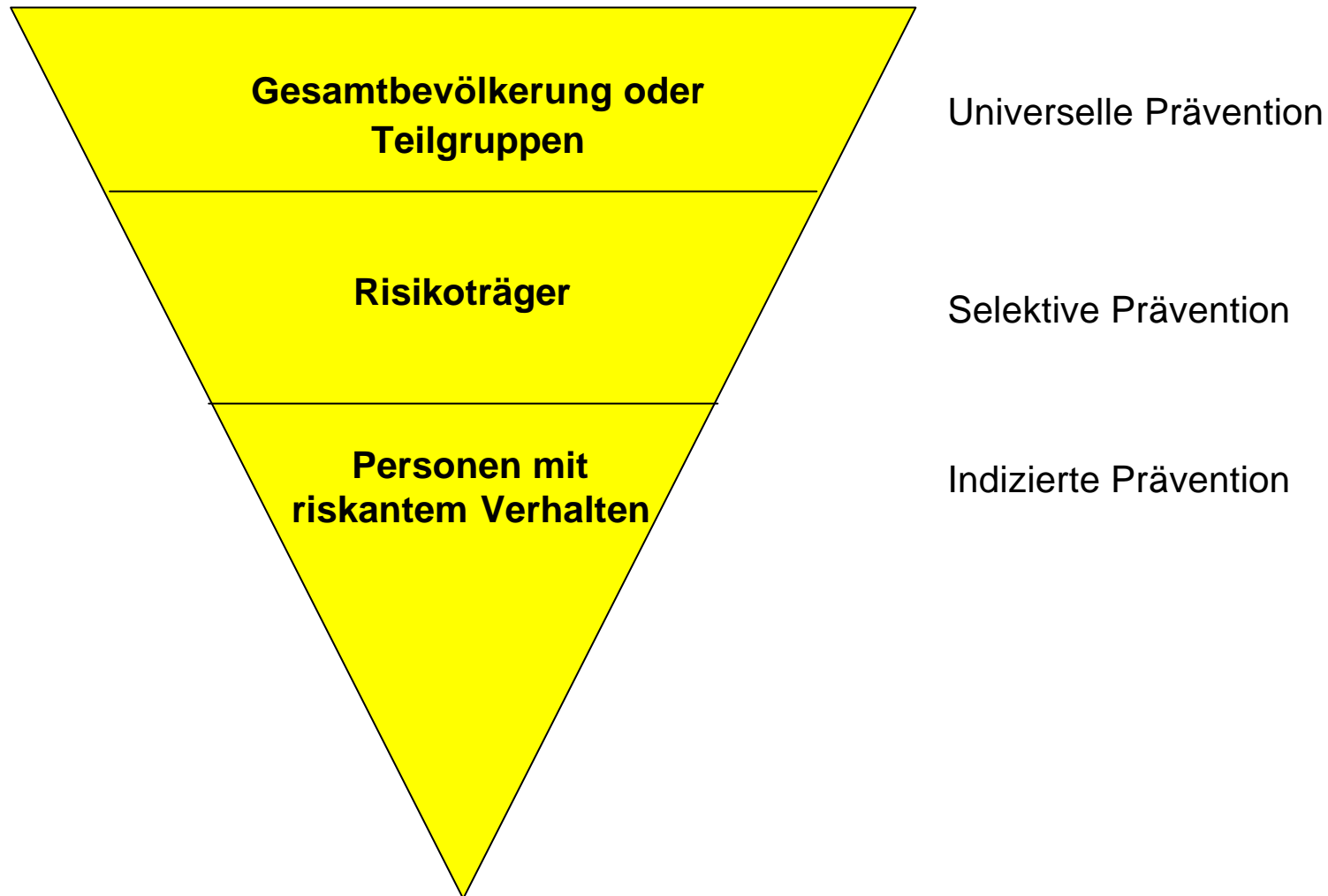


## Ist die Suchtprävention ihr Geld wert? Erkenntnisse der Evaluationsforschung

1. Reflektionen zum Titel
2. Methodik
3. Ergebnisse
4. Qualitätsmerkmale
5. Wissensdefizite
6. Schlussfolgerungen

## 2. Methodik

### 2.1 Ansatzpunkte der Prävention



## 2. Methodik

### 2.2 Zielgruppen

#### Lebensbereich

	Massen- kommunikation	Familie	Schule	Gemeinde
Universell	X	X	XX	X
Selektiv	X	X	X	X
Indiziert				

#### Substanzen

- Tabak : XXX
- Alkohol : X
- illegale Drogen : X (Cannabis, Ecstasy)
- Medikamente : -

#### Alter

- zumeist 12 - 18

## 2. Methodik

### 2.3 Ziele der Prävention

**Wissen verbessern**

**Verhalten beeinflussen**

	Erstkonsum	Regelmäßiger Gebrauch	Riskanter Gebrauch	Schädlicher Gebrauch	Abhängiger Gebrauch
Vermeiden	XX	XX	X		
Verzögern	XX	XX	X		
Verringern (Frequenz/Menge)	—				

## 2. Methodik

### 2.4 Präventionsstrategien

#### I. Reduktion des Angebotes

##### 1. Preisgestaltung, Besteuerung

##### 2. Zugangsbeschränkungen Technische Regelungen

- Prohibition
- Monopole
- Rationierung
- Versorgungsdichte
- Verfügbarkeit
- Regulierung nach dem Risiko (z. B. hochprozentige Getränke)
- Öffnungszeiten

##### Personale Regelungen

- Jugendschutz
- Verantwortungsbereitschaft des Verkaufspersonals

##### 3. Kontrolle öffentlicher Sicherheit

- Verkehr
- Großveranstaltungen

#### II. Reduktion der Nachfrage

##### 4. Wissen, Einstellungen und Kompetenzen aufbauen

- Familie
- Kindergarten
- Schule
- Freizeiteinrichtungen
- Gemeinde
- Arbeitsplatz
- Medizinische Versorgung

##### 5. Regeln für die Werbung

##### 6. Frühzeitige Erkennung und Behandlung riskanten Verhaltens/ beginnender Störungen

- Arbeitsplatz
- Medizinische Versorgung
- Soziale Dienste

#### III. Problemeinsicht in der Bevölkerung fördern (Massenkommunikation)

## 2.5 Kosten-Nutzen-Berechnungen

### Effektivität

- Individuelle Ziele (z.B. kontrolliertes Trinken)
- Individuelle Fortschritte (20 % Reduktion)
- Normwerte (Abstinenz)

### Kosten

- Betriebskosten (Therapiestunde, Tagessatz)
- Leistungskosten (auch Kosten des Patienten)
- Umfassende Gesamtkosten ( auch zukünftige Folgekosten)

Nutzen	Direkte Berechnung	Indirekte Berechnung
Nutzen durch Zugewinn	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zusätzliche Steuern</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zusätzliche Steuern je Abstinenzjahr</li></ul>
Nutzen durch Kosteneinsparungen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Weniger Behandlungskosten</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Weniger Behandlungskosten je Abstinenzjahr</li></ul>

## 2.5 Kosten-Nutzen-Berechnungen

### **Kosten-Effektivität**

- Kosten für einen Patienten, der über ein Jahr nikotinfrei ist:  
= durchschnittliche Kosten : Erfolgsquote

### **Kosten-Nutzen**

- Ein für ein Jahr abstinenter Schüler kostet x (Behandlung) und erspart y (Behandlung, Polizei, Justiz)

## 3. Ergebnisse

### 3.1 Massenmediale Prävention

- Qualität der vorliegenden Studien lassen keine umfassenden Bewertungen der Effektivität und des Nutzens zu
- Massenmediale Kampagnen sind nicht geeignet Risikoverhalten in der Bevölkerung zu ändern (Gesundheitserziehung)

- Sie dienen der Verbesserung des Wissens und
- Unterstützen die Effekte begleitender schulischer oder gemeindeorientierter Programme

(Cuijpers, in Druck)

## 3. Ergebnisse

### 3.2 Familienorientierte Prävention

#### Prävention alkoholbezogener Störungen (Spath et al. 2002)

- Berechnungsbasis: Verschiebung des Einstiegsalters im Vergleich zur Kontrollgruppe (Risiko für alkoholbezogene Störungen je Einstiegsalter bekannt)
  - Konservative Berechnung (Studienende bei Alter 17)
- 
- Kosten-Effektivität  
Kosten pro erfolgreich verhindertem Fall \$12.000 (Intervention 1) vs. \$20.000 (Intervention 2)
  - Kosten – Nutzen  
Nutzen-Kosten-Relation: \$ 10 : 1 (I 1) vs. \$ 6 : 1 (I 2)
  - Kostenersparnis pro Familie: \$ 6000 ( I 1 ) vs. \$ 3000 (I 2)

## 3. Ergebnisse

### 3.3 Schulbezogene Prävention

#### Tabak 1 (Tengs et al., 2001)

- Berechnung von Kosten und Nutzen eines Ausbaus schulischer Prävention in den USA
  - Basis: Computer-Stimulusmodell (Geburt, Altersprozess, Tod, Rauchbeginn und -.beendigung, Rückfall; für die gesamte USA; nach Rauchergruppen)
  - Interventionen: 10- tägiges Curriculum (TNT), externe Erzieher
- 
- Kosten der Intervention
  - Alle 12-jährigen Schüler: \$ 195 Mio. = \$ 50 pro Schüler
  - Effektivität: Reduktion des Anstiegs der Prävalenzrate: zwischen 5 % und 55 % (aus Metaanalysen)
  - Kostenansatz: Eingesparte Behandlungskosten
  - Nutzen-Kosten Rate:  
25 Jahre: 1 : 4-8, aber 7.000 - 130.000 QUALYs  
50 Jahre: 1 : 1,5 6; 17.000 - 340.000 QUALYs

## 3. Ergebnisse

### 3.3 Schulbezogene Prävention

#### **Tabak 2 (Stephens et al. 2000)**

- Kostenansatz: Eingesparte Behandlungskosten und erhöhte staatliche Einnahmen (Produktivität; Lebensarbeitszeit):
- Nutzen-Kosten-Rate: \$ 15 : 1
- Bei intensiverem Programm und minimalem Erfolg: \$ 2 : 1

## 3. Ergebnisse

### 3.4 Gemeindebezogene Prävention

- Keine Kosten- Effektivitäts- / Nutzenberechnungen
  - Mehrere Komponenten: u.a. Medien, Verkaufspersonal, Verkehrskontrollen, Elterntraining
- 
- Gute Effekte bei Alkohol: 49% Reduktion der Trunkenheitsfahrten, 10 % nächtliche Verkehrsunfälle (Holder, 2000)
  - Wenige Studien zu illegalen Drogen: Rückgang der Effekte nach einigen Jahren (Chon et al. 1998)
  - Rauchen: bescheidene Effekte (Sowden und Arblaster, 2000)
  - Kombination Schule und Gemeinde effektiver (Biglen et al., 2000)

## 4. Qualitätskriterien

### Evidenz-basierte Qualitätskriterien für Präventionsprogramme (Cuijpers, 2002)

- Effektivität muss wissenschaftlich erwiesen sein \*\*\*

Programmcharakteristika: ( schulbezogene Interventionen)

- Interaktive Maßnahmen \*\*
- Basierend auf dem „Modell der sozialen Beeinflussung“ \*\*
- Fokus auf Normen, Selbstverpflichtung und Handlungsabsicht, nicht zu konsumieren \*\*
- Einsatz von Peer-Leaders \*\*
- Zusätzliches Lebenskompetenztraining verbessert die Effekte \*\*
- Zusätzliche gemeindeorientierte Maßnahmen erhöhen die Effekte \*\*

### Zweifelhafte Charakteristika / Aspekte

- Auffrischungssitzungen
- Lebenskompetenztraining
- Intensität

## 5. Wissensdefizite

### 1. Ansatzpunkte

- Selektive und indikative Prävention
- Kriterien sowie fachliche Konzepte für selektive Prävention?
- Frühe Risikomerkmale für indikative Prävention?

### 2. Interventionsfelder

- Familie, Gemeinde, Betrieb, Gesundheitswesen

### 3. Zielsetzung

- Wahl der Einzelziele (Abstinenz vs. Drogenkompetenz)?

### 4. Substanzen

- Psychoaktive Medikamente

### 5. Effektivität

- Reduzierung des schädlichen und abhängigen Gebrauchs?

### 6. Dissemination

- Umsetzung und Qualitätssicherung in der Praxis?

## 6. Schlussfolgerungen

1. **Prävention lohnt sich, wenn sie qualifiziert durchgeführt wird**
2. **Zahlreiche Qualitätskriterien sind bekannt**
3. **Die Förderung der Präventionsforschung in Deutschland ist desaströs**
4. **Die Umsetzung der Qualitätskriterien in der Praxis ist ermutigend**