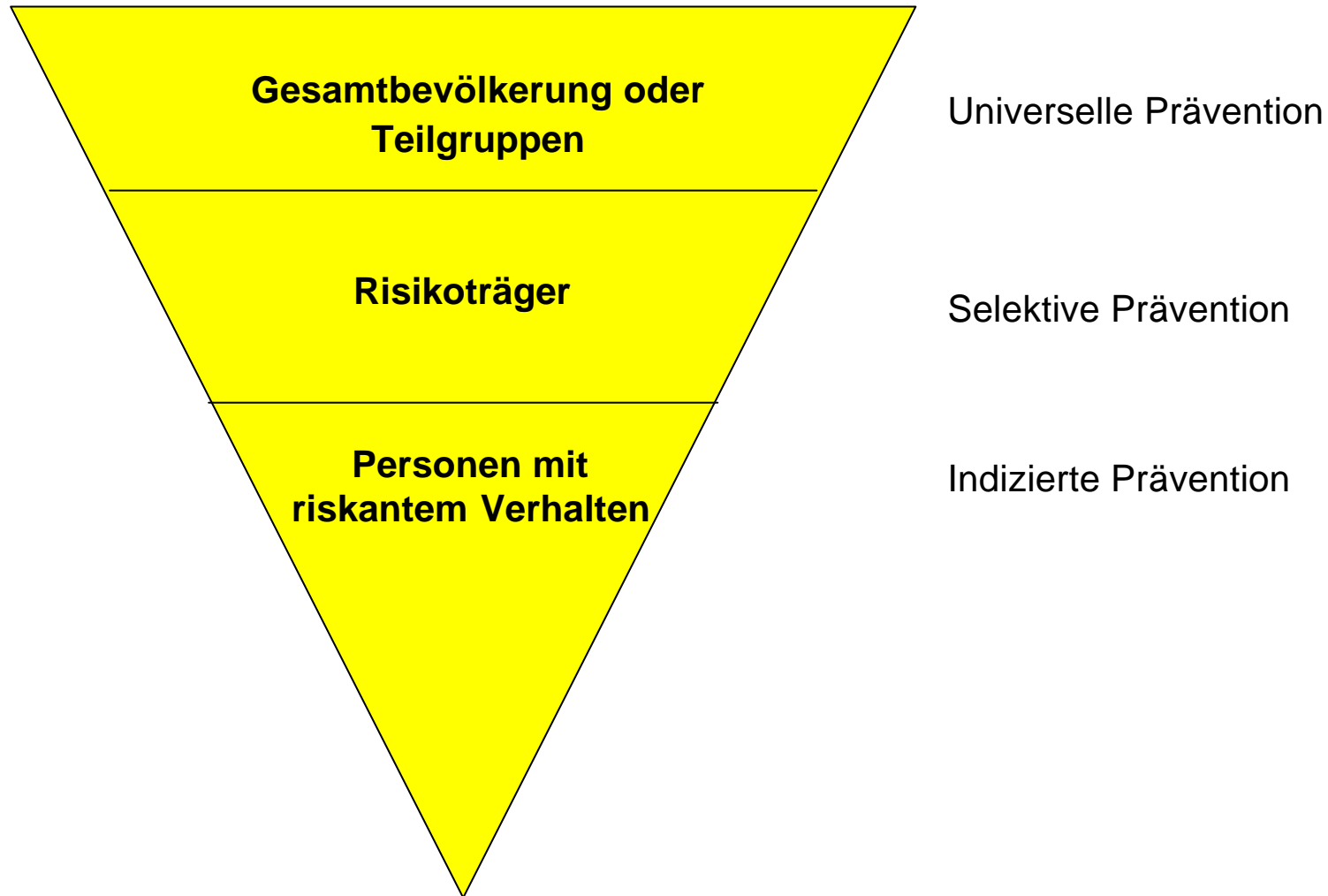


Ist die Suchtprävention ihr Geld wert? Erkenntnisse der Evaluationsforschung

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">• Zusätzliche Steuern	<ul style="list-style-type: none">• Zusätzliche Steuern je Abstinenzjahr
Nutzen durch Kosteneinsparungen	<ul style="list-style-type: none">• Weniger Behandlungskosten	<ul style="list-style-type: none">• Weniger Behandlungskosten je Abstinenzjahr

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**