

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 36 (2010)

Heft: 1

Artikel: Das Paradigma der evidenzbasierten Praxis in der Suchtprävention

Autor: Hüttemann, Matthias / Schmid, Holger / Rösch, Cornelia

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800186>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 14.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Das Paradigma der evidenzbasierten Praxis in der Suchtprävention

In den 1980er Jahren wurde begonnen, Massnahmen der Suchtprävention systematischer zu evaluieren. Die evidenzbasierte Suchtprävention steht in dieser Tradition und stellt bei der Bemühung um Qualität und Wirksamkeit von Präventionsprogrammen insofern keinen völlig neuen Ansatz dar. Die methodischen Standards des evidenzbasierten Vorgehens bilden aber einen neuen Kristallisationspunkt der wissenschaftlichen Diskussion, was für die Praxis weit reichende Konsequenzen hat bzw. haben könnte.

Matthias Hüttemann

Dr. phil., Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Hochschule für Soziale Arbeit HSA, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit ISAGE, Riggensbachstrasse 16, CH-4600 Olten, Tel. +41 (0)62 311 96 95, matthias.huettemann@fhnw.ch, www.fhnw.ch

Holger Schmid

Prof., Dr. phil., ISAGE, Tel. +41 (0)62 311 95 97, holger.schmid@fhnw.ch

Cornelia Rösch

Dipl.-Sozialpädagogin, ISAGE, Tel. +41 (0)62 311 95 58, cornelia.roesch@fhnw.ch

Drogengebrauch, Gesundheitsfolgen und die Notwendigkeit wirksamer Prävention

Auf der Grundlage jüngster Daten der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht EMCDDA¹ kann festgehalten werden, dass von den 15- bis 64-jährigen Erwachsenen in Europa 22% innerhalb ihres Lebens Cannabis konsumieren, das sind 74 Millionen Personen. Die Lebenszeitprävalenz² beläuft sich bei Kokain, Ecstasy und Amphetaminen auf 3,9%, 3,1% bzw. 3,5% der Erwachsenen. Demgegenüber lässt sich die Lebenszeitprävalenz des Opioidgebrauchs nur schwer einschätzen und wird auf zwischen 1,2 Millionen und 1,5 Millionen EuropäerInnen geschätzt. Weiter zeigt sich, dass «4% aller Todesfälle unter Europäern im Alter zwischen 15 und 39 Jahren»³ drogeninduziert sind, wobei in ca. drei Viertel der Fälle Opioide nachgewiesen wurden. Als beunruhigend wird im Zusammenhang mit Opioiden konstatiert, dass es entgegen der 2004 angenommenen Rückläufigkeit in einigen wenigen Ländern Hinweise darauf gibt, dass sich Heroinprobleme auf jüngere Bevölkerungsgruppen ausbreiten. In diesem Zusammenhang erscheint auch wichtig, dass insgesamt vermehrt polyvalenter Konsum beobachtet wird. Insbesondere bei SchülerInnen besteht zunehmend ein «enger Zusammenhang zwischen «Komasaufen» und Drogenkonsum».⁴ Im Alter von 15 und 16 Jahren konsumieren 40,5% der Jungen wöchentlich Alkohol, von den Mädchen sind es 25,8%. Mindestens einmal Cannabis konsumiert haben in dieser Altersstufe 50% der Jungen und 40% der Mädchen. Über 40 Mal Cannabis konsumiert haben 11% der Jugendlichen dieser Altersstufe.⁵

Dem aktuellen «Global Burden of Disease» der Weltgesundheitsorganisation WHO⁶ ist zu entnehmen, mit welchen gesund-

heitlichen Folgen Rauchen, Alkoholkonsum und der Konsum illegaler Drogen verbunden ist. Wird der prozentuale Anteil an den Disability-adjusted Life Years DALYs⁷ betrachtet – eine Messung, welche verlorene Lebenszeit durch frühzeitiges Versterben mit den verlorenen Lebensjahren durch beeinträchtigte Gesundheit kombiniert – rangieren Rauchen mit 12,2%, Alkoholkonsum mit 9,2% und der Konsum illegaler Drogen mit 1,8% unter den zehn wichtigsten Risikofaktoren für Krankheit und Tod in entwickelten Ländern (vgl. Tabelle 1).

Gegen die steigende Prävalenz und die mit Drogenkonsum einhergehenden unerwünschten Gesundheitsfolgen wäre der Einsatz wirksamer Präventionsprogramme ein wichtiges Mittel. Die Risikoverhaltensweisen des Rauchens, des Alkoholkonsums und des Konsums illegaler Drogen haben immerhin den «Vorteil», dass ihre negativen gesundheitlichen Folgen prinzipiell durch Veränderungen des Verhaltens und der Verhältnisse zu verhindern wären. Auf UN-Ebene geht es laut EMCDDA um eine Drogenpolitik, die auf wissenschaftlichen Forschungsergebnissen basieren muss, insbesondere soll zur Nachfragereduzierung auf die Durchführung evidenzbasierter Massnahmen zurückgegriffen werden.⁸ Der EU-Drogenaktionsplan (2009-2012) legt entsprechend grosses Augenmerk auf die Qualität der Massnahmen in der Prävention. «Da der neue EU-Drogenaktionsplan (2009-2012) die Entwicklung von Instrumenten für die Bemessung der Wirksamkeit und der Auswirkungen drogenpolitischer Massnahmen verlangt, ist davon auszugehen, dass dieser Ansatz künftig weitere Verbreitung finden wird».⁹

Was heisst «evidenzbasiert?»

Evidence-based practice

Schon früh standen Präventionsbemühungen in Zusammenhang mit Substanzmissbrauch mindestens teilweise unter dem Einfluss wissenschaftlicher Erkenntnisse. In der jüngeren Zeit wird gehäuft das Attribut «evidenzbasiert» verwendet, wenn es darum geht, die Wirksamkeit von suchtpreventiven Massnahmen zu qualifizieren. Worum genau aber geht es bei evidenzbasierter Praxis?

Vom Wort her handelt es sich um eine Übersetzung des englischen Terminus *evidence-based practice*. Verbreitet wird *evidence-based practice* im Deutschen als evidenzbasierte Praxis wiedergegeben.

Risikofaktor	Krankheitsfolgen ^a	DALY %	Rang
Rauchen	Lungenkrebs, Krebs des oberen Aerodigestivtrakts, Magenkrebs, Leberkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Blasenkrebs, Leukämie, COPD, andere Atemwegserkrankungen, ischämische Herzkrankheit, Schlaganfall, bestimmte andere kardiovaskuläre Erkrankungen ausser hypertensiven Herzerkrankungen und gewisse andere medizinische Fälle bei Erwachsenen über 30 Jahre; Brandwunden, post- und perinatale Folgen	12,2%	1
Alkoholgebrauch	Ischämische Herzkrankheit, Schlaganfall, Bluthochdruckerkrankungen, Diabetes, Leberkrebs, Mund- und Kehlkopfkrebs, Brustkrebs, Speiseröhrenkrebs, bestimmte andere Krebsarten, Leberzirrhose, Epilepsie, Alkoholerkrankungen, Depression, beabsichtigte sowie ungewollte Verletzungen; gewisse andere kardiovaskuläre Erkrankungen und Krebsarten, soziale Konsequenzen	9,2%	3
Illegale Drogen	HIV/AIDS, Überdosis, Drogenabhängigkeit, Suizid und Trauma; andere neuropsychologische Erkrankungen, soziale Konsequenzen, Hepatitis B und Hepatitis C	1,8%	8

Tab. 1: **Rauchen, Alkoholkonsum und illegaler Drogenkonsum als Risikofaktoren für Krankheit und Tod in entwickelten Ländern**

Anmerkung: ^a Kursiv dargestellte Krankheitsfolgen sind solche, die als Ursache wahrscheinlich sind, bei denen das Ausmass der gesundheitsgefährdenden Effekte auf Grund mangelnder Evidenz jedoch nicht messbar ist.

Diesem Sprachgebrauch wird hier gefolgt, auch wenn das Wort evidence (Beleg, Beweis) ohne Bezug zu evidenzbasierter Praxis nicht mit Evidenz (Klarheit, Deutlichkeit) übersetzt werden kann. Inhaltlich handelt es sich bei evidenzbasierter Praxis EBP um ein umfassendes Konzept in den helfenden Professionen. EBP kann auf verschiedene Phasen (z.B. Prävention, Therapie, Rehabilitation) und verschiedene Ebenen (z.B. individuelle Behandlung, setting- oder gemeinwesenorientierte Massnahmen, Politik) bezogen werden. Vereinfacht ausgedrückt geht es bei EBP um das beste verfügbare wissenschaftliche Wissen und dessen Anwendung in der Praxis. Neben der externen Evidenz aus Studien werden auch die Expertise der einzelnen Fachkraft oder einer ExpertInnengruppe sowie die Werte und Präferenzen der Zielgruppe bzw. einzelner NutzerInnen von Interventionen gewichtet. EBP hat in vielen Anwendungsbereichen Verbreitung gefunden und wird in vielen Disziplinen in ähnlicher Form thematisiert (Evidenzbasierte Medizin, Evidenzbasierte Pflege, Evidenzbasierte Psychotherapie etc.).

Entstehungsgeschichte

Entstanden ist EBP in den 1990er Jahren in der Medizin. Bahnbrechend für die Entwicklung der evidenzbasierten Medizin EBM war die Arbeitsgruppe um David Sackett an der McMaster-Universität in Hamilton/Ontario, welche eine Methode zur Integration von Forschung in die Praxis vorschlug. Die Gruppe verfasste ein Standardwerk¹⁰ zur EBM, in welchem sich die unterdessen meist zitierte Definition von EBM findet.¹¹ Diese Arbeiten markieren einen Meilenstein, der vor dem Hintergrund eines längeren Entwicklungsprozesses zu sehen ist. Dessen Anfang lässt sich mindestens bis in die Mitte des 18. Jahrhunderts zurückdatieren, als die ersten kontrollierten klinischen Studien in Grossbritannien durchgeführt wurden.¹² Ein Pionier der kontrollierten klinischen Studie im 20. Jahrhundert war Bradford Hill in den 1960er Jahren, der zusammen mit Richard Doll einen Zusammenhang zwischen

Rauchen und Lungenkrebs nachwies. Mit dem Thema Wirksamkeit werden zwingend auch die Ursachen, auf die die Wirkungen zurückgehen, d.h. kausale Zusammenhänge zum Thema. Die Bedingungen von Kausalität in klinischen Studien sind nach Hill:¹³

1. Stärke der kausalen Beziehung
2. Replikation des Ergebnisses
3. Spezifität: Eine spezifische Ursache führt zu einer spezifischen Wirkung
4. Temporalität: Was ist Ursache, was ist Wirkung?
5. Dosis-Wirkungs-Beziehung
6. Plausibilität
7. Kohärenz mit anderen Forschungsansätzen
8. Experimentelle Bestätigung
9. Analogie mit ähnlichen kausalen Beziehungen.

Besonders einflussreich für die Entstehung des Paradigmas der EBP war auch das 1972 erschienene Buch «Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services» von Archie Cochrane, der zum Namensgeber der 1993 gegründeten *Cochrane Collaboration* wurde, einem internationalen Netzwerk zur Wirksamkeitsbewertung in der Medizin.¹⁴

Die Frage, was wirkt, stellt ein Kernelement im Paradigma der EBP dar. Aber auch weitere Elemente werden in der Literatur wiederkehrend mit EBP in Verbindung gebracht: Evidenzbasierte Praxis wird allgemein als eine «Philosophie», eine kritische Denkungsart verstanden, welche an die Stelle von Autoritäten und Expertenmeinungen die wissenschaftliche Evidenz strenger empirischer Forschung setzt.¹⁵ Dabei hat die Zusammenführung und Verbreitung der vorhandenen wissenschaftlichen Studien besondere Bedeutung. Für die professionelle Arbeit wird ein Stufenmodell formuliert, das insbesondere die Prozessschritte akzentuiert, aus einem Informationsbedarf eine beantwortbare Frage zu formulieren, Evidenz zu ermitteln und kritisch einzuschätzen, Interventionsoptionen den gewünschten Zielen zuzuordnen und die Resultate zu integrieren und anzuwenden.¹⁶ Häufiger wird im Zusammenhang mit EBP auch hervorgehoben, dass NutzerInnen von gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungen Anspruch darauf haben, über den Stand der Forschung informiert zu werden und mehrere Interventionsoptionen (ggf. auch die Nicht-Intervention) angeboten zu bekommen.

Übersichtsarbeiten und methodische Standards

EBP ist auch eine Reaktion auf die Publikationsflut und die potentielle Verfügbarkeit eines Überangebots von Studien. Das rasante Wachstum der Forschungsliteratur hat das Potential, die Lösung praktischer Probleme zu unterstützen, bringt aber auch neue Herausforderungen mit sich: Wissenschaftliche Publikationen sind oft verstreut, nicht ohne weiteres zugänglich und in ihren praktischen Konsequenzen nicht klar. Die Befunde aus verschiedenen Studien können voneinander graduell abweichen oder sich auch diametral widersprechen. Sie bedürfen der «Übersetzung», der Bewertung, Zusammenfassung, Synthese und Verbreitung. Es wurden verschiedene Instrumente entwickelt, um Studienergebnisse zusammenzufassen und Verzerrungen durch einzelne Befunde zu minimieren. Unter einem *systematischen Review* wird eine *Übersichtsarbeit* verstanden, bei welcher die relevanten Studien zu einer bestimmten Fragestellung ausgewertet werden. Systematisch kann eine Übersichtsarbeit dann genannt werden, wenn die einzelnen Schritte von der Formulierung der Fragestellung bis zu den zusammenfassenden Schlussfolgerungen konsistent und transparent durchgeführt werden. Eine *Metaanalyse* ist eine besondere Form der systematischen Übersichtsarbeit, bei der die Ergebnisse von Studien statistisch verknüpft werden. Die Möglichkeit einer Metaanalyse ist an verschiedene Voraussetzungen gebunden (z.B. vergleichbare Popu-

lation). Kennzeichnend für eine *Leitlinie* ist das vorrangige Ziel, praktisch tätigen Fachkräften «explizit ausformulierte und konkrete Handlungsanweisungen und Entscheidungshilfen bereitzustellen». ¹⁷ Auch eine Leitlinie setzt bei der Recherche, Bewertung und Synthese der besten verfügbaren Evidenz an, stellt insofern eine weitere Form der Übersichtsarbeit dar.

Die Aussagekraft der verschiedenen Formen von Übersichtsarbeiten kann nur so gut sein, wie es die Qualität der einbezogenen Studien erlaubt. Welche Qualitätskriterien im Zusammenhang mit EBP wiederkehrend geltend gemacht werden, ist in Abbildung 1 in Form einer Checkliste zusammengetragen.

Evidenzbasierung in der Suchtprävention

Präventionsprogramme, welche evidenzbasiert sind, lassen sich insbesondere im englischsprachigen Raum finden. Ein fortwährend aktualisierter Überblick der Programme für den europäischen Raum ist auf dem Best Practice Portal der EMCDDA erhältlich. ¹⁹ Für den nordamerikanischen Raum sind die Seiten der Substance Abuse and Mental Health Services Administration SAMHSA ²⁰ zu nennen sowie jüngst die Seiten der Blueprints for Violence Prevention. ²¹

Im Bereich Suchtprävention wurden im Vergleich zu anderen Bereichen der Prävention sehr viele Programmevaluationen durchgeführt, was die Notwendigkeit von Übersichtsarbeiten unterstreicht. Eine Zusammenstellung von 21 Metaanalysen, veröffentlicht im Zeitraum zwischen 1988 und 2006, wurde unlängst von Ronshausen, Hanewinkel und Röhrle (2009) vorgelegt. Die Effekte der bisherigen suchtpreventiven Programme müssen – auf dieser Grundlage – als eher gering und eher kurzfristig wirksam eingeschätzt werden. Des Weiteren führen die Autoren zusammenfassend aus: «Die stärksten Effekte liessen sich bei Wissens- und Einstellungsänderungen nachweisen, selten bei Verhaltensindikatoren; und dies in Abhängigkeit der Programmart. Am günstigsten für Verhaltens- und Einstellungsänderungen waren Programme, die entwicklungsorientiert waren. Wissenseffekte zeigen sich insbesondere bei psycho-educativen Programmen. In fünf Meta-Analysen erwies sich der Einbezug von Peers, als Anleiter der Programme, als vorteilhaft». ²² Trotz eher kleiner Effektstärken könnte bei breiter und nachhaltiger Umsetzung guter Programme das Drogenproblem bezogen auf die Gesamtbevölkerung erheblich eingedämmt werden, wenn die bereits jetzt vorhandene Forschungslage differenziert berücksichtigt würde. Eine Herausforderung für die weitere Forschung stellt insbesondere die Klärung der Effektstärken einzelner Programmkomponenten dar. Moderne suchtpreventive Programme sind in der Regel multimodal, d.h. sie bestehen aus verschiedenen Programmkomponenten. ²³

Im Folgenden werden zunächst vier Prinzipien wirksamer Suchtprävention ausgeführt. ²⁴ Anschliessend wird die derzeit materialreichste, deutschsprachige Übersichtsarbeit vorgestellt. Das Kapitel schliesst mit dem Beispiel eines evidenzbasierten Programms der Suchtprävention.

Prinzipien evidenzbasierter Suchtprävention

Wissenschaftliche Fundierung: Das zentrale Prinzip der evidenzbasierten Suchtprävention ist die wissenschaftliche Fundierung von Massnahmen. Neben den empirischen Resultaten von Evaluationen spielen die zu Grunde liegenden Theorien eine entscheidende Rolle. Theorien stellen die kognitive Basis suchtpreventiver Massnahmen dar. Übergeordnet leitend für die Suchtprävention sind die dem Modell der Risiko- und Schutzfaktoren zugrunde liegende Theorie sowie die Theorie des geplanten Verhaltens und die sozial-kognitive Lerntheorie. ²⁵ Den jeweiligen Handlungsfeldern der Suchtprävention liegen je verschiedene, zum Teil mehrere Theorien zugrunde. Weniger erforscht als die psychosozialen Theorien der Verhaltensänderung sind solche, die dem Präventionsprozess zugrunde liegen. Theorien, welche die

Um in einer Metaanalyse aufgenommen zu werden sollten die so genannten Primäruntersuchungen einem ganzen Katalog von methodischen Kriterien genügen, die in den Veröffentlichungen der Primäruntersuchungen dargelegt werden müssen. Gefordert sind folgende Punkte: ¹⁸
Zufallsgesteuerte Zuweisung der Teilnehmenden zu Interventions- und Kontrollgruppe: Gefordert wird ein experimenteller Versuchsplan (Outcomeevaluation mit randomisierter Zuweisung zu Interventions- und Kontrollgruppe; Prozessevaluation alleine reicht nicht aus)
Analyse des Datenverlustes im Verlauf der Untersuchung (Attrition Analysis)
Datenerhebung vor und nach der Intervention
Inhalt der Intervention: Am häufigsten kommen Programme zur Anwendung, die verschiedene Elemente kombinieren (allgemeine Programme), wobei teilweise auch ganz spezifische Elemente angegangen werden (spezifische Programme). Bezogen auf den Substanzmissbrauch können folgende Inhalte aufgegriffen werden: <ul style="list-style-type: none"> – Wissensvermittlung über Substanzen und deren potentiell schädigenden Effekte – Veränderung der normativen Überzeugung bezüglich Prävalenz des Drogenkonsums – Förderung der Widerstandsfähigkeit gegen den Druck zu konsumieren – Positive Vorbilder und soziale Unterstützung durch Gleichaltrige – Förderung des Selbstbewusstseins – Anbieten von Alternativen – Verstärkung kritischer Einstellungen zum Konsum und positiver Einstellungen zur Abstinenz.
Theoretischer Hintergrund der Intervention: Es sollte auf spezifische theoretische Vorstellungen, warum das Programm wirksam sein soll, Bezug genommen werden.
Setting der Intervention (Schule, Gemeinde): Das bevorzugte Setting präventiver Interventionen sowie deren Evaluation ist die Schule. Andere Settings können gewinnbringend einbezogen werden.
Intensität und Dauer der Intervention (inklusive Booster Sessions): Die Dosis der Intervention ist von entscheidender Bedeutung. Zudem muss eine gewisse Regularität im Schulprogramm gewährleistet sein.
Integrität der Intervention: Wie vollständig konnte die Intervention durchgeführt werden? Gibt es eine Dosis-Response-Beziehung zwischen Intervention und Verhaltensänderung?
Adressaten: Wurden verschiedene Zielgruppen einbezogen und ist die Intervention an die Zielgruppe angepasst?
Interventionsmethoden: Welche Methoden zur Verhaltensänderung wurden eingesetzt?
Populationsgrösse: Wie gross ist die Grundgesamtheit, auf die generalisiert werden soll?
Verweigerungsrate: Wie viele Personen haben die Teilnahme verweigert?
Kriterienvariablen: Umfassender Bericht über alle untersuchten Zielvariablen inklusive Wissen, Einstellung, Intention und Verhalten
Datenerhebung: Welche Datenquellen wurden einbezogen, z. B. selbstberichtetes Verhalten, Fremdbeobachtung oder andere Masse (biochemische, physiologische usw.)?
Übereinstimmung zwischen Einheit der Zuweisung zu Interventions- und Kontrollgruppe (Bsp. Schulklassen) und Einheit der Analyse (Bsp. Individuum)
Zeitraum der Nachuntersuchung (Langzeiteffekte)
Resultate inklusive statistischer Effektstärke

Abb. 1: **Checkliste zur Aufnahme von Primäruntersuchungen in Metaanalysen**

Struktur der Prävention erklären sind am wenigsten erforscht.²⁶ Besonders relevant sind theoretische Modelle für die Entwicklung von neuen Präventionsprogrammen.²⁷ Der Ausgangspunkt für die systematische Entwicklung von Präventionsprogrammen liegt in den zwei zentralen Fragen: «Welche Faktoren sind für die Entstehung eines Problemverhaltens verantwortlich?» und «Wie können diese Faktoren bei der Entwicklung von effektiven Programmen einbezogen werden?». Idealerweise wäre damit eine Verbindung zwischen Ursachenforschung (Ätiologie), Interventionstheorie und praktischer Intervention zu schaffen, die dann durch gezielte Evaluationen geprüft werden könnte.

Früher Beginn: Suchtprävention sollte bereits bei Kindern und Jugendlichen beginnen, hierauf verweist der alterskorrelierte Verlauf des Konsums.²⁸ Das zeigen auch deutlich die Ergebnisse des jüngsten Berichts der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht EMCDDA²⁹ sowie das Dritte Massnahmepaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme MaPaDro III³⁰ in der Schweiz.

Differenzierung nach Herangehensweise und Zielgruppe: Ein weiteres grundlegendes Prinzip ist die Differenzierung nach Zielgruppe und Herangehensweise. Hinsichtlich der Zielgruppe hat sich die Unterscheidung von universeller, selektiver und indizierter Prävention durchgesetzt.³¹ *Universelle Prävention* richtet sich an die gesamte Bevölkerung, *selektive Prävention* an gefährdete (vulnerable) Personen. Mit der *indizierten Prävention* werden Menschen erreicht, die bezogen auf bestimmte Erkrankungen ein Risikoverhalten zeigen. Entsprechend werden die Präventionsmassnahmen kategorisiert (vgl. Abb. 2).

Hinsichtlich ihrer Herangehensweise können Programme wie folgt gruppiert werden:

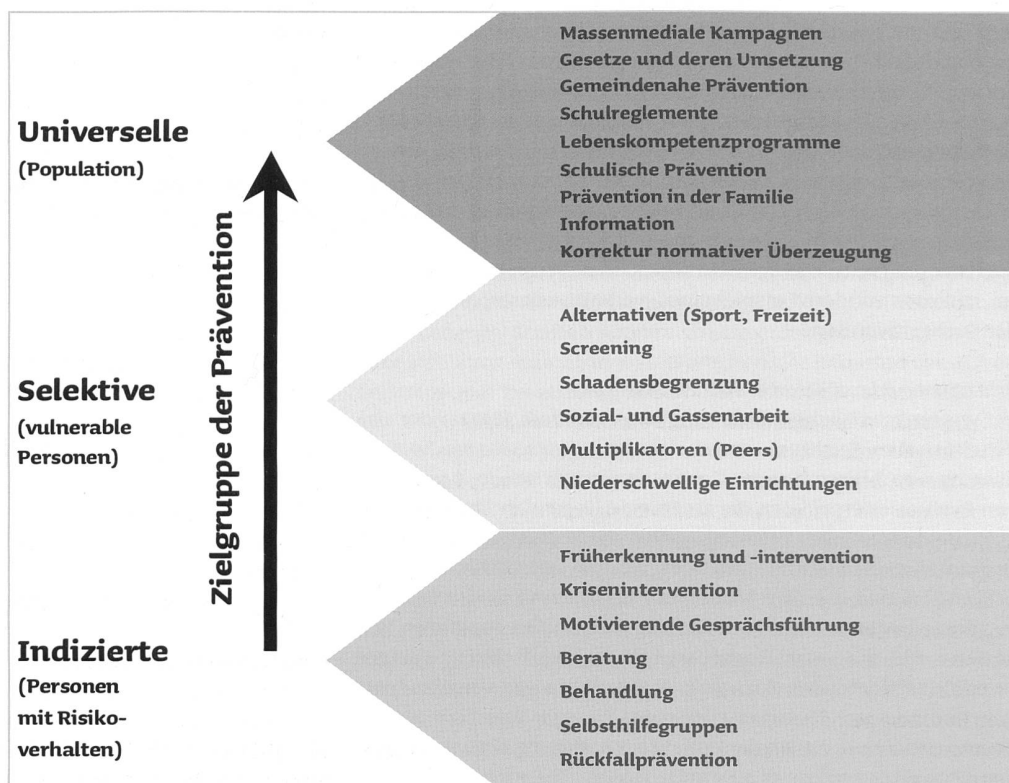
- Programme, die auf Risiko- und Schutzfaktoren zielen (auf der einen Seite beispielsweise normative Überzeugungen, Konsum von Peers oder der Familie, auf der anderen Seite prosoziale Einbindung in Schule und Familie oder positive

Eltern-Kind-Kommunikation)³²

- schulfokussierte Programme, welche durch Lehrpersonal vermittelt werden und häufig im Lehrplan berücksichtigt werden³³
- elternbezogene Programme, die in wenigen Fällen als selektive Prävention durchgeführt werden und Hochrisikofamilien anvisieren, typischerweise aber in universellen Präventionssettings Life-Skills vermitteln, Familienmanagement einüben und häufig Komponenten der schulfokussierten Prävention mit einbeziehen
- regionale Ansätze oder Community-Programme, teilweise durch ein Stakeholder-Modell aus der Community heraus durchgeführt, können aber zum Beispiel auch an das Schulsetting angegliedert sein. In diesem Sektor ist eine hohe Varianz an Programmen vorzufinden, da verschiedenste Kombinationsmöglichkeiten mit anderen Programmen vorgesehen sind³⁴
- Peer-bezogene Programme
- medienfokussierte Programme, insbesondere massenmediale Kampagnen wie zum Beispiel durch TV- oder Radiospots, können sich aber auch auf Medien im kleineren, zum Beispiel Schulsetting, beziehen
- gesetzliche Interventionen beispielsweise durch regulatorische Massnahmen.³⁵

Verbreitung: Obwohl die Notwendigkeit der Prävention erkannt wurde und Programme und ihre Richtlinien verfügbar sind, wurde in den USA festgestellt, dass vergleichsweise wenig Schulen und Gemeinden evidenzbasierte Programme verwenden, nämlich weniger als 32% der Schulen, noch weniger implementierten sie dauerhaft.³⁶ Gründe für die ausbleibende Anwendung und Implementierung werden im Fehlen genauen Wissens über die Besonderheiten effektiver Programme gesehen, in der Verwirrung über die Möglichkeiten von deren Unterscheidung, in unrealistischen Erwartungen bezüglich deren Wirkung sowie in der fehlenden Anleitung zur Anpassung der Programme auf lokale Bedürfnisse. Auch spielen lokalpolitische Präferenzen eine Rolle

Abb. 2: **Massnahmen der universellen, selektiven und indizierten Prävention**



und nicht zuletzt das Fehlen angemessener Ressourcen zur gewissenhaften und nachhaltigen Implementierung.

Die Ausbreitung eines Präventionsprogramms nimmt nach Pentz zu, wenn fünf Kriterien gegeben sind: geringe Komplexität, Beobachtbarkeit der Effekte, die Möglichkeit, das Programm zunächst in kleinerem Umfang zu erproben, Vereinbarkeit mit bestehenden Programmen und ein entsprechender Zugewinn gegenüber alternativen Programmen.³⁷

Im europäischen Raum wird auf die weitere Verbreitung wirksamer Ansätze gehofft, «da der neue EU-Drogenaktionsplan (2009-12) die Entwicklung von Instrumenten für die Bemessung der Wirksamkeit und der Auswirkungen drogenpolitischer Massnahmen verlangt».³⁸ In der Schweiz ist die Weiterentwicklung von Früherkennung und Frühintervention vorgesehen, wissenschaftliche Grundlagen sollen ausgebaut werden: Das BAG setzt zukünftig einen Schwerpunkt in der Inventarisierung des Präventionsangebots in der Schweiz bzgl. «Monitoring, Dokumentation und evidenz-basierter Massnahmeentwicklung».³⁹ Die Umsetzung ist Aufgabe der Kantone. Diese werden hierbei vom BAG sowie von nationalen Organisationen (Stiftung Radix, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA sowie Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz) unterstützt, welche bereits entsprechende Kompetenzbereiche aufgebaut haben.⁴⁰

Eine deutschsprachige Übersichtsarbeit

Die «Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs»⁴¹ im Auftrag der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzGA bietet eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme zur Suchtprävention. Sie stellt eine Fortführung der «Expertise Primärprävention des Substanzmissbrauchs» von 1993 dar und bezieht sich entsprechend auf Studien von 1993 bis 2003. Systematisch identifiziert und ausgewertet wurden in der Expertise 49 Veröffentlichungen.⁴² Wirksamkeit wird hierbei definiert als «Verhinderung, Verzögerung oder Reduktion des Konsumverhaltens von Tabak, Alkohol, Cannabis und anderen illegalen psychoaktiven Substanzen bei der universellen und selektiven Stichprobe von Kindern und Jugendlichen».⁴³ Aus den Ergebnissen der Auswertung werden Empfehlungen abgeleitet, die mit einem Evidenzgrad versehen sind, welcher auf die Stärke der Evidenz der zugrunde liegenden Studien verweist (A-F).⁴⁴ Die Empfehlungen gelten teils für bestimmte Substanzen, teils sind sie nicht substanzspezifisch. Die Expertise kommt zu den Empfehlungen:

- in der **Familie** umfassende Massnahmen, das heisst kombinierte Eltern-, Kinder- und Familientrainings, anzubieten (vor allem Alkohol, Evidenzgrad C),
- in der **Schule** interaktive, auf dem Modell des sozialen Einflusses oder der Lebenskompetenz aufbauende Programme durchzuführen (alle Substanzen, Evidenzgrad A),
- in der **Schule** keine alleinige Informationsvermittlung, alleinige affektive Erziehung oder anderweitige nicht interaktive Massnahmen durchzuführen (alle Substanzen, Evidenzgrad A),
- **Medien**kampagnen als flankierende Massnahmen und nicht als alleinige Massnahme einzusetzen (Tabak, Evidenzgrad C),
- über **gesetzgeberische Massnahmen** den Preis von Substanzen (Tabak, Alkohol, Evidenzgrad C, D) und die legale Altersgrenze des Konsums (Alkohol, Evidenzgrad B) zu beeinflussen».⁴⁵

Des Weiteren wird ausgesagt, dass für das Handlungsfeld Freizeit keine Schlussfolgerung möglich war und in Bezug auf die kommunale Suchtprävention (Community) eine widersprüchliche Befundlage bestehe. Aus theoretischer Perspektive sei der Community-Ansatz aber kommunal und systemübergreifend sehr überzeugend.

«Communities that Care»

Wir haben das Beispiel «Communities that Care CtC» ausgewählt, da gemeindenaher Ansätze derzeit als besonders vielversprechend im Sinne ihrer Wirksamkeit diskutiert werden, ohne dass dafür bisher entsprechende Belege vorlagen. Dies ist im Begriff sich zu ändern, wie die folgende Untersuchung aus den USA zeigt.

Das Ziel von CtC ist die Einführung eines evidenzbasierten Präventionssystems zur Eindämmung von Alkoholkonsum, Rauchen, Konsum illegaler Drogen und abweichenden Verhaltens in den Gemeinden.⁴⁶ Es basiert auf der Annahme, dass Ansätze, welche in mehreren Settings arbeiten, besonders erfolgreich sind.⁴⁷ Im Präventionssystem werden Trainings und Materialien angeboten, die zu Koalitionen verschiedener Interessensvertreter mobilisieren und diese befähigen, jugendlichem Drogengebrauch und delinquentem Verhalten vorzubeugen. Dabei werden gut untersuchte Programme für die Gemeinde zusammengestellt, ohne bestimmte Ansätze vorzugeben. So erlaubt CtC den lokalen Koalitionen, die Programme auszuwählen, welche zum Gemeindeprofil am besten passen und fokussiert ausserdem nicht nur die gezielte Prävention z.B. des Konsums von Alkohol, sondern die zugrunde liegenden Risiko- und Schutzfaktoren, die die Gemeinde charakterisieren. Jede Gemeinde erhebt ihre eigenen Daten zu Risiko- und Schutzfaktoren. Auf dieser Grundlage wird ein spezifischer Aktionsplan entwickelt, welcher die Hauptzielgruppen definiert und die evidenzbasierten Strategien und Massnahmen zu deren Erreichung festlegt.

Im Jahr 2009 wurde das erste randomisierte Kontrollgruppenexperiment zu CtC vorgelegt.⁴⁸ Im Fokus stand das Risikoverhalten in Bezug auf Alkoholkonsum, Rauchen, Konsum illegaler Drogen und delinquentes Verhalten bei Jugendlichen im Alter von 10 bis 14 Jahren. Die Untersuchung umfasste 12 Interventions- und 12 Kontrollgemeinden mit insgesamt 4'407 Jugendlichen, wobei die Gemeinden per Zufall den Gruppen zugewiesen wurden. Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich über den Zeitraum von 2001 bis 2004 und die Nachmessungen erfolgten im Normalfall zwei bis zweiein Drittel Jahre nach Einsatz der Präventionsmassnahme. Die Palette der Präventionsmassnahmen beinhaltete schulbasierte Programme (All-Stars, Life Skills, Training, Lion's Quest Skills for Adolescence, Project Alert, Olweus Bullying Prevention Program, and Program Development Evaluation Training), gemeindebasierte Programme (Partizipate and Learn Skills, Big Brothers Big Sisters, Stay Smart and academic tutoring) und Programme zum Einsatz in der Familie (Strengthening Families 10-14, Guiding Good Choices, Parents Who Care, Family Matters, and Parenting Wisely).

Schliesslich konnten in der Interventionsgruppe 2'405 Jugendliche mit 2'002 Jugendlichen in der Kontrollgruppe verglichen werden. Es wurde ein Effekt in Bezug auf den Beginn des Gebrauchs von Alkohol, von Zigaretten und von Schnupftabak festgestellt, wobei in der Interventionsgruppe der Beginn signifikant verzögert stattfand. Auch das Vorkommen von Trunkenheitserlebnissen (mehr als fünf Drinks in einer Trinkgelegenheit während der letzten zwei Wochen) war in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe signifikant reduziert. Kein signifikanter Unterschied zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe konnte in der Prävalenz des Rauchens von Zigaretten und Marihuana, beim Gebrauch von Schnüffelstoffen, beim Medikamentenmissbrauch oder beim Gebrauch von anderen illegalen Drogen festgestellt werden. Das Präventionssystem CtC wurde 2000 ins Niederländische übersetzt und den dortigen Bedürfnissen angepasst.⁴⁹

Evidenzbasierte Praxis in der Diskussion

Das Paradigma der EBP und seine Konsequenzen werden in der Fachöffentlichkeit durchaus kontrovers diskutiert. Gegenstände der Diskussion sind u.a. die fragliche Praxistauglichkeit, methodische Standards, Fragen der Legitimität sowie politische und



ökonomische Implikationen des Konzepts. Einige Facetten dieser Diskussionen sollen hier in knapper Form aufgezeigt werden.

Politische und ökonomische Implikationen

Es ist auffällig, dass EBP zumindest im angelsächsischen und skandinavischen Raum wie kaum ein anderes Konzept der helfenden Professionen in den letzten Jahren durch die Politik aufgegriffen und gefördert wurde. Insbesondere in den Sozialwissenschaften wurde diese Tatsache kritisch aufgenommen und EBP wurde in einer neo-liberalen politischen Agenda verortet.⁵⁰ Eine pauschale Zuordnung der EBP zu einer politischen Strömung würde jedoch zu kurz greifen. Eine wichtige Differenz in diesem Zusammenhang ist die zwischen wirkungsorientierter professioneller Praxis und wirkungsorientierter Steuerung. Interventionsprogramme können ökonomischen Evaluationen unterzogen und Kosten-Effektivitäts-Studien können zur Grundlage wirkungsorientierter Steuerung gemacht werden, wie das in Modellen des *New Public Management* erfolgte. Programme werden jedoch in Bezug auf ihre Wirtschaftlichkeit untersucht, unabhängig davon, ob sie als evidenzbasiert gelten oder nicht. Die gesundheitsökonomische Perspektive sollte hinreichend von EBP unterschieden werden.⁵¹ Bereits Sackett et al. haben 1996 darauf hingewiesen, dass Kenntnisse über die wirksamsten Massnahmen zu einer Erhöhung statt zu einer Reduktion der Gesundheitsausgaben beitragen können.

Legitimität

Unverkennbar ist EBP auch mit Fragen der Legitimität verbunden. EBP hat einen aufklärerischen, herrschaftskritischen Impetus und nimmt für sich in Anspruch, gegenüber Pseudowissenschaft, Führungspersönlichkeiten des Fachs, gegenüber lokalen Machtstrukturen, Praxisideologien und Plausibilitäten das kritische Potential der Wissenschaft geltend zu machen. Behrens kommentierte aus medizinsoziologischer Perspektive: «Den Verfahren von EBM sieht man immer noch an, dass es sich ursprünglich um eine Bewegung von Studenten, Patienten und «einfachen» Ärzten in Hamilton handelte, die sich nicht den Lehrmeinungen von wohlbestallten Eminenzen beugen, sondern ihre eigenen Entscheidungen ausschliesslich am Patienten-Problem und an nachprüfbarer evidence orientiert fällen wollte.»⁵² Betrachtet man die Reaktionen von SkeptikerInnen des Paradigmas der EBP, so kann kaum übersehen werden, dass das kritische Denken und das Regulativ der wissenschaftlichen Wahrheit ebenfalls in Anspruch genommen werden und ideologische Tendenzen bei rigiden VertreterInnen der EBP beobachtet werden.⁵³ Als minimale Schlussfolgerung daraus lässt sich festhalten, dass die wissenschaftliche Kritik der Autorität für den Diskurs um EBP zentral ist. Stellt man in Rechnung, dass die Einführung von EBP bisher in allen Fachgebieten zu teils heftigen Kontroversen geführt hat,⁵⁴ lässt sich vermuten, dass EBP aktuelle, empfindliche Fragen für sämtliche helfenden Professionen berührt.

Methodische Standards

Der Fortschritt der EBM gegenüber den vorherigen wissenschaftlichen Standards bestand im Wesentlichen darin, dass die Anwendung biometrischer Verfahren neue Bewertungs- und Vergleichsmöglichkeiten von Studien im Hinblick auf die Wirksamkeit therapeutischer Anwendungen eröffnete. Die Frage, die sich im Zuge des Exports von EBP in andere Bereiche und Disziplinen stellt, ist, inwiefern sich die Kriterien klinischer Studien in der Medizin 1:1 auf andere Bereiche und Disziplinen übertragen lassen. In der Umsetzung des Paradigmas der EBP besteht eine Tendenz, die Gütekriterien von Studien von umfassenderen methodologischen Überlegungen zu entkoppeln und in der Anwendung methodischer Standards schematisch und somit fehleranfällig zu werden.⁵⁵

Fazit

Zusammenfassend zeigt sich, dass der in EBP formulierte Anspruch einer wissenschaftlich fundierten Praxis nicht gänzlich neu ist, das Modell evidenzbasierter Praxis aber auch nicht vollständig in den bisherigen Versuchen aufgeht, die Praxis professionellen Handelns wissenschaftlich zu fundieren. EBP berührt neuralgische Punkte der helfenden Professionen generell und hat das Potential, auch Forschung und Praxis der Suchtprävention zu verbessern. Werden die oben beschriebenen Prinzipien der Evidenzbasierung berücksichtigt, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit wirksamer Suchtprävention. Das Paradigma der EBP bedarf aber der differenzierten Diskussion und Weiterentwicklung. Für die Präventionslandschaft der Schweiz zeichnet sich vor dem Hintergrund der Ausführungen folgendes Bild ab: Über die grundsätzliche Notwendigkeit der Suchtprävention scheint sowohl in der Fachöffentlichkeit als auch in einer breiteren Öffentlichkeit ein Konsens zu bestehen. Forschungsarbeiten werden bisher jedoch nur in unzureichendem Masse durchgeführt. Werden Evaluationen durchgeführt, sind diese nicht selten mit einem Anspruch an Wirkungsaussagen verknüpft, der aufgrund der zur Anwendung kommenden Methodik nicht eingelöst werden kann. Das zeigt etwa die Evaluation des Projekts «Die Gemeinden handeln!».⁵⁶ Im Jahr 2006 wurde unter dem Titel «Evaluation der Wirkungen lokaler Alkoholpolitiken – eine vergleichende Fallstudienanalyse» im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit ein Bericht zur Evaluation vorgelegt.⁵⁷ Der Titel stellt eine Wirkungsevaluation in Aussicht, die aufgrund des gewählten Untersuchungsplans (IST-SOLL-Vergleich anhand einzelner Fallbeispiele) nicht einzulösen ist. Die Auswahl der Fallbeispiele wird weitgehend nicht begründet, es werden keine Hypothesen formuliert und der Outcome der Massnahmen in Bezug auf den Alkoholkonsum in den Gemeinden wird nicht erfasst. Dass Wirkungsaussagen durch die Umsetzung entsprechender Forschungsmethodik möglich sind, zeigt das im Beitrag ausgeführte Beispiel «Communities that Care». In den meisten Studien hierzulande kommen methodische Standards, die den Einschluss in Metaanalysen ermöglichen würden, noch nicht zur Anwendung. Zudem ist festzustellen, dass der Ruf nach möglichst neuartigen Projekten die Umsetzung und breitflächige Implementierung von gut fundierten Projekten überwiegt und teilweise auch behindert. Insofern bietet das Paradigma der EBP einen guten Anlass, Forschung und Praxis der Suchtprävention neu zu überdenken. ●

Literatur

- Behrens, J. (2003): Vertrauensbildende Entzauberung: Evidence- und Eminenzbasierte professionelle Praxis. *Zeitschrift für Soziologie* 32(3): 262-269.
- Bühler, A. (2009): Was wirkt in der Suchtprävention? *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 134: 2388-2391.
- Bühler, A./Kröger, C. (2006): Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Band 29.
- Bundesamt für Gesundheit (2006): Die Drogenpolitik der Schweiz. Drittes Massnahmepaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) 2006-2011. Bern.
- Christiansen, H./Frötscher, F./Plack, K./Röhrle, B. (2009): Wirksame Komponenten in der Suchtprävention: ausgesuchte Studien und Ergebnistrends. S. 135-162 in: Hanewinkel, R./Röhrle, B. (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung Bd. IV. Prävention von Sucht und Substanzmissbrauch*. Tübingen.
- Cochrane, A. (1972): *Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services*.
- Dore, I.J. (2006): Evidence Focused Social Care: on Target or Off-Side? *Social Work & Society* 4(2): 232-255.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2009): *Stand der Drogenproblematik in Europa*. Lissabon. www.emcdda.europa.eu Zugriff: 06.11.2009.
- Farrington, D.P. (2003): Methodological Quality Standards for Evaluation Research. *The Annals of the American Academy* 587: 49-68.
- Feinberg, M.E./Greenberg, M.T./Osgood, D.W./Anderson, A./Babinski, L. (2002): The effects of training in prevention science on community leaders and projects. *Evaluation and Program Planning* 25: 245-259.
- Fraser, M.W. (2004): *Intervention Research in Social Work: A Basis for Evidence-Based Practice and Practice Guidelines*. S. 17-36 in Proctor, E.K./

- Rosen, A. (eds.), *Developing practice guidelines for social work intervention: issues, methods, and research agenda*. New York.
- Fydrich, T./Schneider, W. (2007): *Evidenzbasierte Psychotherapie*. *Psychotherapeut* 52: 55-68.
- Gambrill, E. (1999): *Evidence-Based Practice: An Alternative to Authority-Based Practice*. *Families in Society* 80: 341-350.
- Gerber, A./Lauterbach, K.W. (2005): *Evidence-based Medicine: Why do Opponents and Proponents use the same Arguments?* *Health Care Analysis* 13: 59-71.
- Gibbs, L.E. (2003): *Evidence based practice for the helping professions: A practical guide with integrated multimedia*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole-Thompson Learning.
- Gordon, R.S. (1983): *An Operational Classification of Disease Prevention*. *Public Health Reports* 98(2): 107-109.
- Gorman, D.M./Conde, E. (2010): *The making of evidence-based practice: The case of Project ALERT*. *Children and Youth Services Review* 32: 214-222.
- Hawkins, J.D./Catalano, R.F./Arthur, M.W. (2009): *Results of a Type 2 Translational Research Trial to Prevent Adolescent Drug Use and Delinquency. A Test of Communities That Care*. Washington. www.archpediatrics.com, Zugriff: 08.09.2009.
- Helou, A./Lorenz, W./Ollenschläger, G./Reinauer, H./Schwartz, F.W. (2000): *Methodische Standards der Entwicklung evidenz-basierter Leitlinien in Deutschland*. *ZaeFQ* 94: 330-339.
- Hill, A.B. (1965): *The Environment and Disease: Association or Causation?* *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 58: 295-300.
- Meng, J. (2006): *Evidence-Based Social Work Practice*. Wissenschaftlich fundierte Versorgungspraxis der Sozialen Arbeit. Oldenburg.
- Miller, G.E./Brehm, K./Whitehouse, S. (1998): *Reconceptualizing school-based prevention for antisocial behavior within a resilience framework*. *School Psychology Review* 27:364-379.
- Oakley, A./Fullerton, D./Holland, J., et al. (1995): *Sexual health education interventions for young people: a methodological review*. *British Medical Journal* 310: 158-162.
- Otto, H.-U. (2007): *Zum aktuellen Diskurs um Ergebnisse und Wirkungen im Feld der Sozialpädagogik und Sozialarbeit – Literaturvergleich nationaler und internationaler Diskussion. Expertise im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe*. Berlin.
- Pentz, M.A. (2003): *Evidence-Based Prevention: Characteristics, Impact, and Future Direction*. *Journal of Psychoactive Drugs* 35(SARC Suppl. 1): 143-152.
- Peters, M./Wapf, B. (2006): *Evaluation «Die Gemeinden handeln!»* Zürich: econcept im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Kompetenzzentrum für Evaluation, Juli 2006.
- Raspe, H. (2007): *Theorie, Geschichte und Ethik der Evidenzbasierten Medizin (EbM)*. S. 15-29 in: Kunz, R./Ollenschläger, G./Raspe, H./Jonitz, G./Donner-Banzhoff, N. (Hrsg.), *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin*. Köln.
- Ronshausen, D./Hanewinkel, R./Röhrle, B. (2009): *Meta-analytische Ergebnisse zur Drogenprävention*. S. 53-115 in: Hanewinkel, R./Röhrle, B. (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung Bd. IV. Prävention von Sucht und Substanzmissbrauch*. Tübingen.
- Sackett, D.L. et al. (1996): *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. *British Medical Journal* 312: 71-72.
- Sackett, D.L. et al. (2000): *Evidence-based Medicine. How to Practice and Teach EBM*. Edinburgh.
- Schmid, H. (2008): *One size doesn't fit all. Die Bedeutung von Theorien in der Suchtprävention*. *Psychoscope* 5: 12-15.
- Steinmann, R.M. (2005): *Psychische Gesundheit - Stress*. Wissenschaftliche Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in der Schweiz. Bern: Stiftung für Gesundheitsförderung.
- United States Department of Health and Human Services. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)*. www.samhsa.gov/ebpWebGuide/index.asp; <http://nrepp.samhsa.gov>, Zugriff: 04.01.2010.
- White, D./Pitts, M. (1998): *Education young people about drugs: a systematic review*. *Addiction*, 93(10): 1475-1487.
- WHO: *Global Burden of Disease, Report Part 2. 2004 update*. www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html, Zugriff: 20.11.2009.
- WHO: *Health statistics and health information systems. Risk factors estimates for 2004*, www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/risk_factors/en/index.html, Zugriff: 20.11.2009.
- Zurhorst, G. (2003): *Eminenz-basierte, Evidenz-basierte oder Ökologisch-basierte Psychotherapie?* *Psychotherapeutenjournal* 2003(2): 97-104.
- 7 Vgl. WHO: *Health statistics and health information systems Risk factors estimates for 2004*.
- 8 EMCDDA 2009: 20.
- 9 Ebd.: 23.
- 10 Vgl. Sackett et al. 2000.
- 11 «Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research.» (Sackett et al. 1996: 71).
- 12 «Evidence-based medicine (EBM) is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values...» (Sackett et al. 2000: 1).
- 13 Vgl. Raspe 2007.
- 14 Vgl. Hill 1965.
- 15 Vgl. Cochrane 1972 und www.cochrane.org
- 16 Vgl. Gambrill 1999.
- 17 Vgl. Gibbs 2003; Frazer 2004.
- 18 Helou et al. 2000: 332.
- 19 Vgl. Oakley/ Fullerton/ Holland 1995; White/ Pitts 1998.
- 20 www.emcdda.europa.eu/best-practice
- 21 www.samhsa.gov/ebpWebGuide/index.asp; www.nrepp.samhsa.gov
- 22 www.colorado.edu/cspv/blueprints/
- 23 Ronshausen/Hanewinkel/Röhrle 2009: 109.
- 24 Vgl. Christiansen/Frötscher/Plack/Röhrle 2009.
- 25 In Anlehnung an und Erweiterung von Bühler 2009.
- 26 Vgl. Bühler/Kröger 2006
- 27 Vgl. Bühler/Kröger 2006; auch Pentz 2003.
- 28 Vgl. Schmid 2008.
- 29 Vgl. Bühler 2009.
- 30 Vgl. EMCDDA 2009.
- 31 Vgl. MaPaDro III 2006.
- 32 Vgl. Gordon 1983.
- 33 Vgl. für das Beispiel «Communities that Care» den Artikel von Vergeer et al. in dieser Ausgabe des SuchtMagazin.
- 34 Vgl. hierzu das Beispiel PFADE im Artikel von Jünger in dieser Ausgabe des SuchtMagazin.
- 35 Ein Beispiel für einen Community-orientierten Ansatz stellen mit «Communities that Care» Vergeer et al. in dieser Ausgabe des SuchtMagazin vor. Ebenso in diesem Heft das deutsche Bundesmodellprojekt Hart am Limit HaLT, welches individuelle und kommunale Ansätze kombiniert, vorgestellt von Kuttler und Lang.
- 36 Vgl. dazu den Artikel von Siegrist in dieser Ausgabe des SuchtMagazin, der die Einführung der 0,5-Promille-Grenze in der Schweiz beschreibt.
- 37 Vgl. Pentz 2003.
- 38 Vgl. Pentz 2003.
- 39 EMCDDA 2009: 23.
- 40 MaPaDro III 2006: 54.
- 41 Ebd.
- 42 Vgl. Bühler/Kröger 2006.
- 43 Davon acht Meta-Analysen, 22 systematische Reviews, 13 unsystematische Reviews, vier Best-Practice-Überblicke und zwei sonstige Veröffentlichungen.
- 44 Bühler/Kröger 2006: 15
- 45 A (Ergebnis basiert auf einer Metaanalyse mit hochwertigen Studien), B (Systematischer Review mit hochwertigen Studien), C (Metaanalyse oder systematischer Review mit sämtlichen und nicht nur hochwertigen Studien), D (unsystematischer Review), E (Einzelstudie oder Ergebnis wird anhand empirischer Befunde diskutiert), F (widersprüchliche Befundlage zwischen Reviews) (Vgl. Bühler/Kröger 2006: 9).
- 46 Bühler/Kröger 2006: 9f.
- 47 Steinmann 2005: 120; Hawkins et al. 2002; Feinberg et al. 2002.
- 48 Vgl. Miller/Brehm/Whitehouse 1998.
- 49 Vgl. Hawkins et al. 2009.
- 50 Vgl. zu Communities That Care in den Niederlanden den Artikel von Vergeer et al. in dieser Ausgabe des SuchtMagazin.
- 51 Vgl. Otto 2007.
- 52 Vgl. Gerber/Lauterbach 2005.
- 53 Behrens 2003: 268.
- 54 Vgl. z. B. Dore 2006.
- 55 z. B. auch in der Psychotherapie: vgl. Zurhorst 2003; Fydrich/Schneider 2007.
- 56 Vgl. Gormann/Conde 2010.
- 57 Das Projekt «Die Gemeinden handeln!» wird von Jordi im SuchtMagazin 6/2008 vorgestellt.
- 58 Vgl. Peters/ Wapf 2006.

Endnoten

- 1 Vgl. EMCDDA 2009.
- 2 Eine Lebenszeitprävalenz von z.B. 5% bedeutet, dass 5% aller Untersuchten bis zum Untersuchungszeitpunkt mindestens einmal an einer bestimmten Krankheit erkrankten.
- 3 EMCDDA 2009: 14.
- 4 Ebd: 16.
- 5 Vgl. MaPaDro III 2006: 15-17.
- 6 Vgl. WHO: *Global Burden of Disease* 2004.