



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime



**World Health
Organization**



Internationale Standards zur Prävention des Drogenkonsums

Zweite aktualisierte Ausgabe

Informelle Übersetzung ins Deutsche
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Internationale Standards zur Prävention des Drogenkonsums

**Zweite aktualisierte
Ausgabe**

Danksagung

Das Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC) und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) danken folgenden Personen und Institutionen für ihre wertvollen Beiträge in Verbindung mit der Publikation dieser Standards:

Dank gilt der norwegischen Regierung für ihr Vertrauen in das Projekt und die Unterstützung desselben, sowie der Regierung von Südkorea für die Bereitstellung zusätzlicher Mittel.

Frau Nandi Siegfried, Beraterin von UNODC und WHO, fachwissenschaftliche Leiterin des Medical Research Council in Südafrika, außerordentliche Professorin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität von Kapstadt, Südafrika, für die Beratung zur methodischen Führung sowie für ihre kontinuierliche methodische Beratung und umfangreiche Unterstützung im Laufe des Entwicklungsprozesses.

Frau Hannah Heikkila, zuerst als UNODC-Programmbeauftragte für die Koordination des Entwicklungsprozesses, einschließlich des Expertentreffens im Juni 2017, sowie anschließend als UNODC-Beraterin für die Beurteilung der Literatur und Durchführung der Datenextraktion.

Frau Elena Gomes de Matos und Herrn Ludwig Kraus, UNODC-Beratende, für die Recherche und Sichtung der wissenschaftlichen Nachweise.

Frau Shima Shakory-Bakhtiar, Praktikantin des UNODC, für die Recherche und Sichtung der wissenschaftlichen Nachweise.

Den WHO-Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Beraterinnen und Beratern, einschließlich der Mitglieder der UNODC-WHO-Steuerungsgruppe für die Überprüfung der internationalen Standards zur Prävention des Drogenkonsums, für die Unterstützung bei der Entwicklung der Methodik der zweiten Ausgabe sowie im noch andauernden Prozess der Überprüfung und Fertigstellung des Dokuments: Frau Valentina Baltag, Frau Faten Ben Abdel Aziz, Dr. Dzmitry Krupchanka, Frau Susan Norris, Dr. Vladimir Poznyak.

Den Mitgliedern der Expertengruppe zu Präventionsstandards, die einschlägige wissenschaftliche Nachweise und technische Beratungsleistungen erbrachten (in alphabetischer Reihenfolge):

Frau Monique Acho Apie, Elfenbeinküste; Herrn Martin Agwogie, Nigeria; Herrn Bashir Ahmad Fazly, Islamische Republik Afghanistan; Herrn Gnagne Laurent Armand Akely, Elfenbeinküste; Herrn Luis Alfonso, PAHO; Herrn Osama Alibrahim, Saudi-Arabien; Herrn Mohammed Alzahrani, Saudi-Arabien; Herrn Faysal Alzakri, Saudi-Arabien; Herrn Atul Ambekar, Indien; Herrn Apinun Aramrattana, Thailand; Frau Audroné Astrauskienė, Litauen; Frau Inga Bankauskiene, Litauen; Herrn Laurent Begue, Frankreich; Herrn Toussaint Bioplou, Elfenbeinküste; Herrn Herbert Blah, Elfenbeinküste; Frau Kirsty Blenkins, Vereinigtes Königreich; Herrn Guilherme Borges, Mexiko; Frau Helena Velez Botero, Kolumbien; Herrn Jean Claude Bouabre, Elfenbeinküste; Frau Angelina Brotherhood, Österreich; Herrn Konan Denis Brou, Elfenbeinküste; Herrn Gregor Burkhart, EMCDDA [Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht]; Frau Rachel Calam, Vereinigtes Königreich; Herrn Eglis

Chacón Camero, Venezuela; Frau Patricia Conrod, Kanada; Herrn Oumar Coulibaly, Elfenbeinküste; Herrn Konan Martin Diby, Elfenbeinküste; Herrn Fulgence Dieket, Elfenbeinküste; Herrn Ken Douglas, Trinidad und Tobago; Herrn Aziz El Bouri, Marokko; Herrn Roberto Enríquez, Ecuador; Frau María José Escobar, Ecuador; Frau Evgenija Fadeeva, Russland; Frau Eugenia Fadeeva, Russland; Herrn Fabrizio Faggiano, Italien; Frau Jenny Fagua, Kolumbien; Frau Veronica Felipe, Colombo Plan; Frau Ana Lucia Ferraz Amstalden, Brasilien; Frau Valentina Forastieri, ILO; Herrn David Foxcroft, Vereinigtes Königreich; Frau Maria Friedrich, Deutschland; Frau Nikoleta Georgala, Griechenland; Frau Lilian Ghandour, Libanon; Frau Sheila Giardini Murta, Brasilien; Frau Mairelisa Gonzalez, Guatemala; Frau Aleksandrivna Grigoreva, Russland; Herrn Victor Manuel Guisa Cruz, Mexiko; Frau Nadine Harker, Südafrika; Herrn Mehedi Hasa, Bangladesch; Herrn Diané Hassane, Elfenbeinküste; Frau Rebekah Hersch, USA; Frau Alexandra Hill, CICAD [Interamerikanische Kommission zur Bekämpfung des Drogenmissbrauchs]; Herrn Hla Htay, Myanmar; Herrn Ahmad Khalid Humayuni, Islamische Republik Afghanistan; Frau Jadranka Ivandić Zimić, Kroatien; Herrn Johan Jongbloet, Belgien; Herrn Brou Kadja, Elfenbeinküste; Frau Valda Karnickaite, Litauen; Herrn Anand Katoch, Indien; Herrn Shep Kellam, USA; Frau Susan Atieno Maua Khan, Kenia; Herrn Mathew Kiefer, Lions Quest; Herrn Trésor Koffi, Elfenbeinküste; Herrn Tamás Koós, Ungarn; Herrn Matej Kosir, Slovenien; Herrn Serge Kouakou, Elfenbeinküste; Frau Annick Patricia Kouame, Elfenbeinküste; Herrn Yap Ronsard Odonkor Kouma, Elfenbeinküste; Frau Valentina Kranzelic, Kroatien; Herrn Mamadou Krouma, Elfenbeinküste; Frau Karol Kumpfer, USA; Frau Marie-Leonard Lebry, Elfenbeinküste; Herrn Jeff Lee, ISSUP; Herrn Youngfeng Liu, UNESCO; Frau Jacqueline Lloyd, USA; Herrn Artur Malczewski, Polen; Herrn Gegham Manukyan, Armenien; Herrn Alejandro Marín, Kolumbien; Herrn Efrén Martínez, Kolumbien; Frau Maria Jose Martinez Ruiz, Mexiko; Frau Hasmik Martirosyan, Armenien; Frau Samra Mazhar, Pakistan; Herrn Jorge Mc Douall, Kolumbien; Frau Ghazala Meenai, Indien; Frau Juliana Mejia Trujillo, Kolumbien; Herrn Jiang Meng, China; Frau Carine Mutatayi, Frankreich; Frau Nanda Myo Aung Wan, Myanmar; Herrn Badou Roger N'guessan, Elfenbeinküste; Herrn Joseph Nii Oroe Doodoo, Ghana; Herrn Mahamadou O Maiga, Mali; Herrn Michael O'Toole, Vereinigtes Königreich; Herrn Isidor Obot, Nigeria; Frau Jane Marie Ongolo, Africa Union; Frau Camila Patiño, Kolumbien; Mr. Zachary Patterson, Kanada; Herrn Augusto Pérez, Kolumbien; Herrn Elyvenson Plaza, Philippinen; Herrn Radu Pop, Rumänien; Herrn Bushra Razzaqe, Pakistan; Frau Gladys Rosales, Philippinen; Frau Ingeborg Rossow, Norwegen; Herrn Achilleas Roussos, Griechenland; Herrn Bosco Rowland, Australien; Herrn Fernando Salazar, Peru; Frau Teresa Salvador, EU; Frau Teresa Salvador-Llivina, COPOLAD; Frau Daniela R. Schneider, Brasilien; Herrn Orlando Scoppetta, Kolumbien; Frau Orit Shaphiro, Israel; Herrn Abdul Rahman Ahmed Jassem Shweyter, Bahrain; Frau Nandi Siegfried, Südafrika; Herrn Oumar Silue, Kolumbien; Frau Zili Sloboda, USA; Herrn Raul António Soares de Melo, Portugal; Frau Triin Sökk, Estland; Herrn Richard Spoth, Vereinigtes Königreich; Frau Karin Streiman, Estland; Frau Carla Suárez Jurado, Ecuador; Herrn Harry Sumnall, Vereinigtes Königreich; Herrn Abdelhamid Syambouli, Marokko; Frau Sanela Talic, Slovenien; Frau Lacina Tall, Kolumbien; Frau Sue Thau, CADCA; Herrn Myint Thein, Myanmar; Herrn Diego Tipán, Ecuador; Frau Rokia Top Toure, Kolumbien; Herrn Francis Kofi Torkornoo, Ghana; Herrn John Toumborou, Australien; Frau Sandra Valantiejene, Litauen; Herrn Peer Van Der Kreeft, Belgien; Frau Zila van der Meer Sanchez, Brasilien; Frau Evelyn Yang, CADCA; Herrn Veliyev Yusup, Turkmenistan; Frau Kristina Zardeckaite-Matulaitiene, Litauen.

Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung Prävention, Behandlung

und Rehabilitation sowie insbesondere Frau Elizabeth Mattfeld und Herrn Wadih Maalouf für konkrete Anregungen, Beratung und Unterstützung unter der allgemeinen Anleitung und Führung von Dr. Gilberto Gerra, Leiter der Abteilung Drogenprävention und Gesundheit; Anderen UNODC-Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den nationalen Büros der UNODC für Ermöglichung der Kontaktaufnahme mit Regierungen und Experten weltweit.

Frau Heeyoung Park, beigeordnete Sachverständige, für ihre Mitwirkung bei der Sichtung und Bewertung der Literatur und der Datensynthese sowie für die Ausarbeitung von Teilen des Dokuments.

Frau Asma Fakhri, Projektbeauftragte der Abteilung Prävention, Behandlung und Rehabilitation für die Koordination des Prozesses, Auswertung der Literatur, Mitwirkung bei der Datenaggregation und Ausarbeitung von Teilen des Dokuments.

Frau Giovanna Campello, vorübergehende Leitung der Abteilung Prävention, Behandlung und Rehabilitation für die Steuerung des Prozesses, die Ausarbeitung des Dokuments und dessen Fertigstellung.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	iii
Inhaltsverzeichnis.....	vi
Einleitung.....	1
1. Das Ziel der Prävention besteht in der gesunden und sicheren Entwicklung von Kindern	2
2. Prävention des Konsums psychoaktiver Substanzen	4
3. Präventionswissenschaft	5
4. Die internationalen Standards	6
<i>Das Verfahren zur Aktualisierung der internationalen Standards.....</i>	<i>7</i>
<i>Einschränkungen.....</i>	<i>10</i>
<i>Das Dokument</i>	<i>10</i>
I. Interventionen und Maßnahmen der Drogenprävention.....	13
1. Kleinkindalter und frühe Kindheit	13
<i>Hausbesuch vor der Geburt und im Kleinkindalter.....</i>	<i>13</i>
<i>Auf schwangere Frauen ausgerichtete Interventionen.....</i>	<i>14</i>
<i>Frühkindliche Erziehung</i>	<i>16</i>
2. Mittleres Kindesalter.....	18
<i>Programme zur Förderung elterlicher Fähigkeiten.....</i>	<i>18</i>
<i>Vermittlung persönlicher und sozialer Kompetenzen.....</i>	<i>21</i>
<i>Programme zur Verbesserung der Unterrichtsumgebung.....</i>	<i>22</i>
<i>Maßnahmen, um den regelmäßigen Schulbesuch von Kindern zu fördern.....</i>	<i>23</i>
<i>Umgang mit psychischen Erkrankungen.....</i>	<i>24</i>
3. Frühes Jugendalter	26
<i>Präventionserziehung, die auf sozialen Kompetenzen und sozialem Einfluss basiert</i>	<i>26</i>
<i>Schulische Regularien zum Thema Substanzkonsum.....</i>	<i>29</i>
<i>Schulische Programme zur Stärkung der Schulbindung</i>	<i>31</i>
<i>Umgang mit individuellen psychologischen Vulnerabilitäten.....</i>	<i>32</i>
<i>Mentoring.....</i>	<i>33</i>
4. Jugend und Erwachsenenalter	34
<i>Kurzintervention</i>	<i>34</i>
<i>Präventionsprogramme am Arbeitsplatz.....</i>	<i>37</i>
<i>Tabakbezogene Maßnahmen.....</i>	<i>39</i>
<i>Alkoholbezogene Maßnahmen</i>	<i>39</i>
<i>Kommunale multisektorale Ansätze</i>	<i>41</i>

<i>Medienkampagnen</i>	42
<i>Orte des Freizeit- und Nachtlebens</i>	43
II. Präventionsthemen mit weiterem Forschungsbedarf	45
<i>Außerschulische Aktivitäten, Sport und andere strukturierte Freizeitaktivitäten</i>	45
<i>Vorbeugung des Konsums verschreibungspflichtiger Medikamente zu nicht-medizinischen Zwecken</i>	46
<i>Interventionen und Maßnahmen für besonders gefährdete Kinder und Jugendliche</i>	47
<i>Prävention des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen</i>	47
<i>Einfluss der Medien</i>	48
III. Merkmale eines wirksamen Präventionssystems	49
1. Spektrum evidenzbasierter Interventionen und Maßnahmen.....	49
2. Unterstützender politischer und rechtlicher Handlungsrahmen	50
3. Eine solide Grundlage von Forschungsergebnissen und wissenschaftlicher Evidenz.....	52
<i>Evidenzbasierte Planung</i>	52
<i>Forschung und Planung</i>	53
4. Beteiligung verschiedener Bereiche auf verschiedenen Stufen	55
5. Leistungsfähige Infrastruktur bei der Durchführung	57
6. Nachhaltigkeit.....	57

Einleitung

Die erste, 2013 veröffentlichte Ausgabe dieser Standards bot eine Zusammenfassung der Evidenzlage zur Prävention des Drogenkonsums auf globaler Ebene mit dem Ziel, wirksame Strategien zu ermitteln und sicherzustellen, dass Kinder und Jugendliche, insbesondere jene aus ärmsten Verhältnissen am äußersten Rand der Gesellschaft, gesund aufwachsen und bis ins Erwachsenenalter und hohe Alter gesund und sicher leben können.

Mitgliedstaaten und andere nationale und internationale Interessenvertretungen haben den Wert dieses Instruments anerkannt, wobei die Standards mehrfach als nützliche Grundlage anerkannt wurden, um die Reichweite und Qualität der evidenzbasierten Prävention zu verbessern.¹ Außerdem gingen die UN-Mitgliedsstaaten 2015 mit den bis 2030 zu erreichenden nachhaltigen Entwicklungszielen und Zusagen gemäß Ziel 3.5, die Prävention und Behandlung von Drogenmissbrauch zu stärken, eine Reihe weitreichender Verpflichtungen ein. Im April 2016 läutete die Sondersitzung der UN-Generalversammlung zum weltweiten Drogenproblem eine neue Ära ein, um den Drogenkonsum und aus diesem resultierende Störungen mit Hilfe eines ausgewogenen gesundheitsorientierten Ansatzes anzugehen.

Im Zusammenhang mit dieser erneuten Betonung von Gesundheit und Wohlergehen der Menschen freuen sich UNODC und WHO über ihre neue Zusammenarbeit und stellen diese aktualisierte zweite Ausgabe vor. Wie auch in der ersten Ausgabe fassen die Standards die derzeit verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse anhand eines Überblicks neuerer systematischer Reviews zusammen und beschreiben Interventionen und Maßnahmen, welche die Outcomes einer Drogenkonsumprävention nachweislich verbesserten. Außerdem werden in den Standards die Hauptbestandteile und Merkmale eines wirksamen nationalen Präventionssystems bestimmt. Diese Arbeit baut auf der Tätigkeit vieler anderer Organisationen auf, würdigt und ergänzt diese (z.B. EMCDDA, CCSA, CICAD, CP, NIDA²), die weitere Standards

¹ Gemeinsame Ministererklärung zur Halbzeitbilanz der Umsetzung der „Political Declaration and Plan of Action“ durch die Mitgliedsstaaten; Resolution 57/3 der Suchtstoffkommission (CND) – Förderung der Prävention von Drogenmissbrauch, basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen als Investition in das Wohlergehen von Kindern, Heranwachsenden, Jugendlichen, Familien und Gemeinschaften; Resolution 58/3 der Suchtstoffkommission – Förderung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen insbesondere hinsichtlich des unerlaubten Verkaufs und Erwerbs international und national geregelter Suchtmittel sowie neuer psychoaktiver Substanzen über das Internet; Resolution 58/7 der Suchtstoffkommission – Verstärkung der Zusammenarbeit mit der Wissenschaft einschließlich akademischer Kreise sowie Förderung wissenschaftlicher Forschung über Drogennachfrage und Maßnahmen der Angebotsreduzierung, um wirksame Lösungen für verschiedene Aspekte des weltweiten Drogenproblems zu finden; Resolution 59/6 der Suchtstoffkommission – Förderung von Präventionsstrategien und -maßnahmen; Schlussdokument von UNGASS 2016 zum weltweiten Drogenproblem.

² Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA),

und Leitlinien bezüglich verschiedener Aspekte der Prävention des Drogenkonsums entwickelt haben.

Wir hoffen, dass die Standards Personen mit politischer Entscheidungsbefugnis und anderen nationalen Interessenvertretungen weiterhin als Orientierungshilfe für die Entwicklung von Programmen, Maßnahmen und Systemen dienen, die eine wirksame Investition in die Zukunft von Kindern, Jugendlichen, Familien und Gemeinschaften darstellen.

1. Das Ziel der Prävention besteht in der gesunden und sicheren Entwicklung von Kindern

Wenngleich der Schwerpunkt der Standards auf der Prävention des Drogenkonsums liegt, weist das Dokument einen ganzheitlichen Ansatz auf und berücksichtigt auch den Konsum anderer psychoaktiver Substanzen. Hinsichtlich der in den Standards verwendeten Terminologie sollten Lesende berücksichtigen, dass "**Drogenkonsum**" den Konsum psychoaktiver Substanzen meint, der nicht im Kontext der rechtmäßigen Nutzung für medizinische oder wissenschaftliche Zwecke gemäß der drei Internationalen Übereinkommen stattfindet³. "**Substanzkonsum**" bezieht sich auf den Konsum psychoaktiver Substanzen ungeachtet von deren Kontrollstatus, einschließlich des gefährlichen und schädlichen Konsums psychoaktiver Substanzen. Zusätzlich zum Drogenkonsum beinhaltet dies den Konsum von Tabak, Alkohol, Inhalaten und neuen psychoaktiven Substanzen (sogenannter "Legal Highs" oder "Smart Drugs").

Zur Erstellung dieses Dokuments bestand für uns das vorrangige Ziel der Prävention des Konsums psychoaktiver Substanzen darin, vor allem, jedoch nicht ausschließlich, jüngeren Menschen zu helfen, den Einstieg in den Konsum psychoaktiver Substanzen zu vermeiden oder zu verzögern, beziehungsweise, falls sie diese bereits konsumieren, die Entwicklung von Störungen infolge des Substanzkonsums (schädlicher Substanzkonsum oder Abhängigkeit) abzuwenden.

Die allgemeine Zielsetzung der Prävention des Substanzkonsums geht

Kanadisches Zentrum für Suchtmittelkonsum (CCSA), Interamerikanische Kommission zur Bekämpfung des Drogenmissbrauchs (CICAD) bei der Organisation Amerikanischer Staaten, Colombo-Plan für kooperative wirtschaftliche und soziale Entwicklung in Asien und im Pazifikraum, Nationales [US-amerikanisches] Institut für Drogenmissbrauch (NIDA), www.drugabuse.gov/

³ Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 as amended by the 1972 Protocol; Convention on Psychotropic Substances of 1971; and United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988.

jedoch weit darüber hinaus: Sie besteht in der gesunden und sicheren Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, damit diese ihre Talente und ihr Potential entfalten und sich zu aktiven Mitgliedern ihrer Gemeinschaft und Gesellschaft entwickeln. Wirksame Prävention trägt entscheidend dazu bei, dass Kinder, Jugendliche und Erwachsene sich in ihren Familien, Schulen, an ihren Arbeitsplätzen und in ihrer Gemeinschaft engagieren.

In der Präventionswissenschaft wurden in den vergangenen zwanzig Jahren enorme Fortschritte erzielt. Folglich verfügen Fachleute in der Praxis und Personen mit Entscheidungsbefugnis mittlerweile über ein umfassenderes Verständnis darüber, wodurch Personen auf persönlicher und umgebungsbezogener Ebene anfällig dafür werden, mit dem Substanzkonsum zu beginnen. Auch die Entwicklung von Störungen ist inzwischen besser erforscht.

Mangelndes Wissen über Substanzen und über die Folgen ihres Konsums sind Hauptfaktoren, die die individuelle Anfälligkeit (bzw. Vulnerabilität) erhöhen. Weitere äußerst starke Vulnerabilitätsfaktoren sind unter anderem: genetische Veranlagung, Charaktereigenschaften (z.B. Impulsivität, Sensationslust), Vorliegen von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen, Vernachlässigung und Missbrauch innerhalb der Familie, schlechte Bindung an Schule und Gemeinschaft, soziale Normen und ein Umfeld, dass zum Drogenkonsum verleiten (einschließlich Einfluss der Medien) sowie Aufwachsen in marginalisierten und benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Dagegen handelt es sich bei psychischem und emotionalem Wohlbefinden, persönlicher und sozialer Kompetenz, einer starken Bindung an fürsorgliche und unterstützende Eltern, der Bindung an Schulen und gut ausgestattete und organisierte Gemeinschaften um Faktoren, die dazu beitragen, dass Einzelne weniger Anfälligkeit für Substanzgebrauch oder andere riskante Verhaltensweisen entwickeln.

Einige der Faktoren, die Menschen anfällig (oder im Gegenteil resilient) für den Einstieg in den Substanzkonsum werden lassen, unterscheiden sich je nach Alter. Elterliche Kompetenzen und Schulbindung sind Vulnerabilitäts- und Resilienzfaktoren, die im Kleinkindalter, in der Kindheit und im frühen Jugendalter gelten. In späteren Phasen der Entwicklung können Schulen, Arbeitsplätze, Unterhaltungsstätten und Medien einen Einfluss darauf ausüben, dass Einzelpersonen eine Anfälligkeit für Drogenkonsum und andere riskante Verhaltensweisen entwickeln.

Selbstverständlich sind dabei Jugendliche aus armen Bevölkerungsschichten in Randgruppen mit nur wenig oder ohne familiäre Unterstützung und mit begrenztem Zugang zu schulischer Bildung besonders gefährdet. Das Gleiche gilt für Kinder, Einzelpersonen und Bevölkerungsgruppen, die Krieg und Umweltkatastrophen ausgesetzt waren.

Hierbei ist zu betonen, dass die oben genannten Risikofaktoren weitgehend nicht im Einflussbereich des Einzelnen liegen (niemand

wählt freiwillig, von seinen/ihren Eltern vernachlässigt zu werden!) und mit vielen riskanten Verhaltensweisen und daraus resultierenden Erkrankungen in Verbindung stehen, wie z.B. Schulabbruch, Aggressivität, Straffälligkeit, Gewalt, riskantem Sexualverhalten, Depression und Selbstmord. Deshalb sollte es nicht überraschen, dass viele Interventionen und Maßnahmen zur Drogenprävention auch anderen riskanten Verhaltensweisen vorbeugen.

2. Prävention des Konsums psychoaktiver Substanzen

Im Falle regulierter Drogen ist Prävention einer der wichtigsten Bestandteile eines gesundheitsorientierten Systems, um den Konsum dieser Substanzen zu nicht-medizinischen Zwecken anzugehen, wie in den drei bestehenden Internationalen Übereinkommen gefordert. Dieses Dokument ist darauf ausgerichtet, den Einstieg in den Drogenkonsum sowie die Entwicklung von Drogenkonsumstörungen zu verhindern. Diese Standards zielen nicht auf Interventionen der Sekundär- und Tertiärprävention ab, einschließlich der Behandlung von Störungen infolge des Drogenkonsums und der Vorbeugung gesundheitlicher und sozialer Folgen des Drogenkonsums und der daraus resultierenden Störungen, und ebenso wenig befassen sie sich mit Bemühungen zur Drogenbekämpfung seitens der Strafverfolgung.

Dabei muss betont werden, dass keine wirksame Präventionsmaßnahme oder kein -system für sich allein oder isoliert entwickelt oder umgesetzt werden kann. Ein wirksames regionales oder nationales Präventionssystem ist in den Kontext eines größeren gesundheitsorientierten und ausgewogenen Systems eingebettet und integriert, das auf Drogen mit Strafverfolgung und Reduzierung des Angebots reagiert, die Behandlung von Störungen infolge des Drogenkonsums ermöglicht und Risiken in Verbindung mit dem Drogenkonsum verringert (z.B. Ausrichtung auf Prävention von HIV, Überdosis, etc.). Das vorrangige Hauptziel eines derartigen gesundheitsorientierten und ausgewogenen Systems bestünde darin, die Verfügbarkeit regulierter Drogen zu medizinischen und wissenschaftlichen Zwecken sicherzustellen und zugleich ihre Abzweigung und Verwendung zu nicht-medizinischen Zwecken zu verhindern.

Während der Fokus dieser Standards auf der Prävention des Konsums der in den drei Internationalen Übereinkommen regulierten Drogen gerichtet ist (einschließlich des Konsums verschreibungspflichtiger Arzneimittel zu nicht-medizinischen Zwecken), stützt sich das Dokument im Bereich der Prävention auf das Evidenz- und Erkenntnismaterial zu anderen psychoaktiven Substanzen, wie Tabak, Alkohol und Inhalaten. Außerdem hat der Konsum nicht-regulierter psychoaktiver Substanzen beträchtliche negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Tatsächlich führt der Konsum von Tabak und Alkohol zu

einer stärkeren Krankheitsbelastung als der Konsum regulierter Drogen. Inhalate sind extrem toxisch, und ihr Konsum bringt verheerende Folgen für die psychosoziale Entwicklung und Funktionsfähigkeit mit sich, woraus sich die dringende Notwendigkeit ergibt, dem Einstieg in den Konsum durch Prävention vorzubeugen. Darüber hinaus befindet sich das Gehirn von Kindern und Jugendlichen noch in der Entwicklung, und je früher sie psychoaktive Substanzen konsumieren, umso wahrscheinlicher ist, dass sie im späteren Leben Substanzkonsumstörungen entwickeln. Nicht zuletzt gehen Nikotinabhängigkeits- und Alkoholkonsumstörungen sehr häufig mit Drogenkonsum und Drogenkonsumstörungen einher.

3. Präventionswissenschaft

Dank der Präventionswissenschaft verfügen wir über umfangreiches Wissen darüber, welche Methoden für die Prävention von Substanzkonsum wirksam sind und welche nicht. Der Zweck dieses Dokuments besteht darin, die Erkenntnisse aus dieser jahrelangen Forschung in ein Format zu bringen, das die Fähigkeit von Personen mit politischer Entscheidungsbefugnis erhöht, ihre Entscheidungen auf Grundlage belegbarer wissenschaftlicher Erkenntnisse zu treffen. Dabei ist zu beachten, dass leider noch immer viele in der Wissenschaft bestehende Einschränkungen Gültigkeit besitzen, die in der ersten Ausgabe der Standards ermittelt wurden. Der größte Teil der Forschung stammt aus einigen wenigen Ländern mit hohem Einkommen in Nordamerika, Europa und Ozeanien. Es existieren nur wenige Studien aus anderen Kulturkreisen oder aus Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen. Außerdem handelt es sich bei den meisten Studien um "Wirksamkeitsstudien", die die Auswirkungen von Interventionen in gut ausgestatteten, kleinen und regulierten Settings untersuchen. Es gibt nur sehr wenige Studien, die die Wirksamkeit von Interventionen in einem realen Umfeld untersucht haben. Außerdem wurde nur in einer begrenzten Anzahl von Studien berechnet, ob Interventionen und mögliche Präventionsmaßnahmen kostengünstig oder kostenwirksam sind (und nicht nur, ob sie unter kontrollierten Bedingungen oder in der Praxis wirksam sind). Außerdem werden die Daten nur in wenigen Studien nach Geschlechtern aufgeschlüsselt.

Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass oftmals zu wenige Studien durchgeführt werden, um "aktive Bestandteile" eindeutig identifizieren zu können, das heißt, die Elemente, die tatsächlich notwendig sind, damit die Intervention oder Maßnahme wirksam ist, auch hinsichtlich der Durchführung der Strategien oder Interventionen (Wer setzt sie bestmöglich um? Welche Eigenschaften und welche Schulung sind notwendig? Welche Methoden sind anzuwenden? etc.).

Abschließend stellt der Publikationsbias in den Bereichen der Medizin, Sozial- und Verhaltenswissenschaften ein Problem in der Präventionsforschung dar. So ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass Studien mit neuen positiven Ergebnissen veröffentlicht werden, als dies

bei Studien mit negativen Ergebnissen der Fall ist. Somit besteht die Gefahr, dass unsere Analyse die Wirksamkeit der Interventionen und Maßnahmen zur Prävention des Substanzkonsums überschätzt.

Es ist unbedingt erforderlich, die Forschung im Bereich der Prävention des Substanzkonsums weltweit zu fördern und zu unterstützen. Dabei ist es entscheidend, Anstrengungen zur Präventionsforschung in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen zu unterstützen, wobei nationale Präventionssysteme aller Länder erhebliche Investitionen in eine gründliche Auswertung ihrer Programme und Maßnahmen tätigen sollten, um zur weltweiten Wissensbasis beizutragen.

Was kann zwischenzeitlich unternommen werden? Sollten Personen mit politischer Entscheidungsbefugnis mit der Einführung von Präventionsinitiativen warten, bis die Lücken geschlossen sind? Was kann man tun, um dem Konsum von Drogen und anderen psychoaktiven Substanzen vorzubeugen und sicherzustellen, dass Kinder und Jugendliche heutzutage sicher und gesund aufwachsen können?

Die in der Wissenschaft vorhandenen Lücken sollten uns vorsichtig werden lassen, ohne uns vom Handeln abzuhalten. So ist vermutlich ein in einem Teil der Welt nachweislich funktionierender Präventionsansatz eher ein Garant für Erfolg als einer, der nur örtlich auf Grundlage von gutem Willen und Spekulation erschaffen wurde. Dies gilt insbesondere im Falle von Interventionen und Maßnahmen, die kulturübergreifend bedeutende Schwachstellen beheben (z.B. elterliche Vernachlässigung). Außerdem ist es äußerst wahrscheinlich, dass Ansätze, die in einigen Ländern scheiterten oder sich sogar nachteilig auswirkten, auch anderswo scheitern werden. Im Bereich der Drogenprävention tätige Fachkräfte, Personen mit politischer Entscheidungsbefugnis und Gemeinschaftsmitglieder sind dafür verantwortlich, diese Erfahrungen zu berücksichtigen.

Wir haben somit Hinweise darauf, welchen Weg wir nehmen müssen. Indem wir dieses Wissen nutzen und es durch weitere Auswertung und Forschung ausbauen, können wir die Entwicklung nationaler Präventionssysteme fördern, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren und die Kinder, Jugendliche und Erwachsene in verschiedenen Lebenswelten dabei unterstützen, einen positiven, gesunden und sicheren Lebensstil zu entwickeln.

4. Die internationalen Standards

In diesem Dokument werden Interventionen und Maßnahmen beschrieben, deren Wirksamkeit bei der Prävention von Substanzkonsum wissenschaftlich belegt wurde, und die als Grundlage für ein wirksames und gesundheitsorientiertes nationales System der Prävention von Substanzkonsum dienen könnten.

Der Einfachheit halber werden Bemühungen zur Drogenprävention im gesamten Dokument als "Interventionen" oder "Maßnahmen" bezeichnet. Eine **Intervention** bezeichnet eine Reihe von Aktivitäten einer bestimmten Art. Dies könnte ein Programm sein, das in einer bestimmten Umgebung zusätzlich zu den üblicherweise in dieser Umgebung erbrachten Aktivitäten durchgeführt wird (z.B. Bildungsveranstaltungen über Drogenprävention in Schulen). Die gleichen Aktivitäten könnten jedoch ebenfalls als Teil des normalen Schulalltags angeboten werden (z.B. Bildungsveranstaltungen über Drogenprävention als Teil des üblichen Lehrplans zur Gesundheitsförderung). Üblicherweise wird der Nachweis über die meisten Interventionen mittels Auswertung bestimmter "Programme" erbracht, wobei jede Intervention viele Programme beinhalten kann. So existieren beispielsweise viele Programme, die darauf abzielen, dem Drogenkonsum durch die Verbesserung der elterlichen Kompetenz vorzubeugen (z.B. durch das "Strengthening Families Program", "Triple P", "Incredible Years", etc.). Diese unterschiedlichen Programme zielen auf die Durchführung der gleichen Intervention ab (Schulung in elterlichen/familiären Kompetenzen). Eine **Maßnahme** bezieht sich dabei auf einen regulatorischen Ansatz in einer Lebenswelt oder in der Bevölkerung im Allgemeinen. Beispiele beinhalten Maßnahmen über den Substanzkonsum in Schulen oder am Arbeitsplatz oder umfassende Beschränkungen oder Verbote von Werbung für Tabak und Alkohol. Schließlich wird im Interesse von Kürze und Variation in den Standards mitunter der Begriff "Strategien" verwendet, um sowohl auf Interventionen als auch auf Maßnahmen zu verweisen (d.h., eine Strategie kann entweder eine Intervention oder eine Maßnahme sein).

Die Standards geben außerdem einen Hinweis darauf, wie jede einzelne Strategie angewandt werden sollte, mit gemeinsamen Merkmalen, die nachweislich mit Wirksamkeit in Verbindung stehen. Abschließend wird im Dokument dargelegt, wie Interventionen und Maßnahmen im Rahmen nationaler Präventionssysteme angelegt sein sollten, um deren Entwicklung, Umsetzung, Überwachung und Auswertung auf Grundlage von Daten und Nachweisen zu fördern und zu unterstützen.

Das Verfahren zur Aktualisierung der internationalen Standards

Das Dokument wurde von UNODC und der WHO mit Unterstützung einer weltweit repräsentativen Gruppe von 143 Forschenden, Personen mit politischer Entscheidungsbefugnis, Fachleuten, Vertretungen von Nichtregierungsorganisationen und internationalen Organisationen aus 47 Ländern verfasst und veröffentlicht. Die meisten Mitglieder dieser "Expertengruppe" wurden von Mitgliedsstaaten ernannt, da diese alle aufgerufen waren, am Prozess mitzuwirken. Zusätzlich wurden einige aufgrund ihrer Forschungstätigkeit sowie von Aktivitäten im Bereich der Drogenprävention von UNODC bestimmt.

Alle Gruppenmitglieder waren angehalten, ihren Beitrag sowohl hinsichtlich der Methodik der Aktualisierung der Standards als auch

bezüglich möglicherweise interessanter Studien in einer beliebigen Sprache zu leisten. Zusätzlich hatten sich einige besonders aktive Mitglieder der Gruppe im Juni 2017 in Wien, Österreich, getroffen, um die Methodik für die Überprüfung der Standards abzustimmen. Die Methodik wurde daraufhin von UNODC und der WHO gemeinsam in die endgültige Form gebracht und ist als "Anlage II – Protokoll für den Überblick systematischer Reviews von Interventionen zur Prävention des Drogenkonsums für die zweite aktualisierte Ausgabe der Internationalen Standards zur Prävention des Drogenkonsums" beigefügt.

Den Kern dieser Aktualisierung bilden Erkenntnisse, die mittels einer Übersicht systematischer, zwischen Juni 2012 und Januar 2018 veröffentlichter Reviews erlangt wurden, die sich auf die primären Outcomes der Substanzkonsumprävention konzentrieren. Primäre Outcomes der Prävention wurden als "Einstieg in den Substanzkonsum", "Fortsetzung des Substanzkonsums" und "Entwicklung von Substanzkonsumstörungen" definiert.

Das Ziel der Recherche bestand in der Ermittlung systematischer Reviews, die die Wirksamkeit von Interventionen und/oder Maßnahmen bezüglich der Prävention von Substanzkonsum untersuchen (primäre Outcomes der Prävention).

Sekundäre Präventionsoutcomes (Mediationsfaktoren oder Zwischen-Outcomes) wurden nicht in die anfängliche Suchstrategie einbezogen, jedoch berücksichtigte man sie bei der Beratung mit Experten, bei der manuellen Recherche und bei der Datengewinnung aus der angegebenen Literatur. Weitere Verweise auf die Literatur in Verbindung mit den sekundären Präventionsoutcomes erfolgten während der Entwicklung der Ersten Ausgabe der Standards durch kompetente Fachleute.

Bei der Recherche wurden mehr als 28.800 Artikel ermittelt, die erst anhand ihres Titels und dann anhand der Zusammenfassung gesichtet und zahlenmäßig reduziert wurden.

Diese wurden mit den Studien abgestimmt, die von den Mitgliedern der Expertengruppe ermittelt wurden, sowie mit jenen, die sich aus manuellen Recherchen in den Datenbanken Cochrane und Campbell ergaben. Derartige manuelle Recherchen berücksichtigten primäre Outcomes der Substanzkonsumprävention, sowie im Falle von Strategien für die Zielgruppe der Kinder (bis zum 10. Lebensjahr) auch sekundäre Outcomes, d.h. Mediationsfaktoren oder Zwischen-Outcomes der Substanzkonsumprävention.

In den Prozess der Datenextraktion wurden nur solche Studien einbezogen, bei denen es sich um systematische Reviews von Primärstudien (mit oder ohne Metaanalyse) mit Schwerpunkt auf Intervention(en) oder Maßnahme(n) im Bereich Substanzkonsum handelte, die darauf ausgerichtet ist/sind, Outcomes hinsichtlich der Prävention von Substanzkonsum zu erzielen oder, bei Ausrichtung auf Kindern von bis zu 10 Jahren, Outcomes hinsichtlich Mediationsfaktoren

in Verbindung mit Substanzkonsum anstreben.

Aus diesem Grund wurden folgende Arten von Publikationen ausgeschlossen: Epidemiologische Studien über Verbreitung, Häufigkeit, Anfälligkeit und Resilienz in Verbindung mit Substanzkonsum; Studien hinsichtlich von Behandlungsstrategien oder solche, die sich lediglich auf die Prävention gesundheitlicher und sozialer Folgen des Drogenkonsums und mit diesem verbundener Störungen konzentrieren; Primärstudien; Meta-Analysen; Studien über die allgemeine Durchführung von Prävention und/oder Präventionssystemen.

Nach einer ersten auf Zusammenfassungen und Volltext basierenden Sichtung wurden 392 Studien eingehender auf ihre Eignung überprüft. Die gesamte Aufstellung von 392 Publikationen ist in Anlage I beigefügt. 202 Studien wurden als geeignet befunden und mittels des ROBIS-Instruments [Verzerrungspotential in Systematischen Reviews] auf ihr Verzerrungspotential hin überprüft⁴. Daten wurden nur aus jenen Reviews extrahiert, die ein geringes Verzerrungspotential aufwiesen (71 Überprüfungen). Anlage I enthält eine separate Liste dieser Reviews, das Flussdiagramm des Überprüfungsverfahrens ist in Anlage III aufgeführt.

Diese 71 Reviews wurden zusätzlich in die Reviews der ersten Ausgabe der Standards integriert, vorausgesetzt, dass bei der aktuellen Recherche keine neuere gleichwertige Studie ermittelt wurde. Die Datenextraktionstabelle („Anlage IV – Zusammenfassung der Ergebnisse“) gab alle in den Studien enthaltenen Schlussfolgerungen wieder und diente als Grundlage für die Aktualisierung der Zusammenfassung der Erkenntnisse jeder Strategie.

Das Verfahren wurde außerdem ergänzt durch die Verwendung vorhandener Orientierungshilfen der WHO mit Empfehlungen über die Anwendung verschiedener Interventionen und Maßnahmen, um Substanzkonsum und sonstigem Risikoverhalten (z.B. Gewalt) vorzubeugen oder die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu fördern. Bestehende WHO-Leitfaden sind, sofern verfügbar, unter jeder einzelnen Strategie nach der Zusammenfassung der auf der Datenextraktion basierenden Erkenntnisse aufgeführt.

Soweit möglich, sind in den Standards unter jeder Strategie die Merkmale der Strategien aufgelistet, die mit deren Wirksamkeit oder deren Mangel in Verbindung stehen. Diese Merkmale wurden größtenteils während der Entwicklung der ersten Ausgabe der Standards durch kompetente Beraterinnen und Berater ermittelt und gemäß den Anmerkungen der Expertengruppe zum ersten Entwurf dieser zweiten aktualisierten Ausgabe nur geringfügig abgeändert. Das letzte Kapitel über nationale Präventionssysteme wurde ebenfalls auf Grundlage der Beratung durch Fachleute verfasst und basierend auf Anmerkungen der Expertengruppe abgeändert.

⁴Whiting, P., et al., ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. J Clin Epidemiol, 2015.

Einschränkungen

Bei der Verwendung dieses Dokuments sind einige Einschränkungen zu beachten. Erstens zielt die allgemeine Suchstrategie darauf ab, Evidenz zu möglichst vielen potentiellen Interventionen zu erfassen, anstatt sich auf Einzelheiten jeder spezifischen Intervention zu konzentrieren. Deshalb ist zu erwarten, dass bei der Suchstrategie möglicherweise Literaturquellen und wichtige Details in Verbindung mit bestimmten Interventionen übersehen werden, da für deren Erfassung eine detailliertere und begrenztere Suchstrategie notwendig wäre.

Zweitens konzentrierte sich die Literaturrecherche nur auf primäre Outcomes (Substanzkonsum) und nahm kein systematisches Review der Evidenz zu sekundären Outcomes vor (d.h. Mediationsfaktoren der Prävention). Aus diesem Grund behandeln die Standards das Thema der Mediationsfaktoren der Substanzkonsumprävention nicht umfassend.

Obwohl mit Hilfe von ROBIS eine Einschätzung des Verzerrungspotentials der Forschung vorgenommen wurde, erfolgte keine Bewertung der Evidenz. Ebenso wenig erfolgte eine Beurteilung von Interventionen unter anderen Gesichtspunkten als dem der Wirksamkeit (z.B. Schaden-Nutzen-Analyse, Wirtschaftlichkeit, Werte und Präferenzen, Gerechtigkeit, Ausgewogenheit der Geschlechter, Menschenrechte, etc.). Aufgrund der oben angeführten Einschränkungen beinhalten die Standards deshalb keine formellen Empfehlungen. Die Standards zeigen eine Zusammenfassung der anhand der Übersicht systematischer Reviews ermittelten Ergebnisse, die, soweit möglich, durch Auszüge aus verfügbaren internationalen Richtlinien untermauert wurden, um zusätzliche Themen zu behandeln und weitere Einzelheiten zu liefern.

Das Dokument

Das Dokument besteht aus drei Kapiteln. In Kapitel I werden die Interventionen und Maßnahmen beschrieben, die sich bei der Prävention des Konsums von Drogen und anderen psychoaktiven Substanzen unter kontrollierten Bedingungen und in der Praxis als wirksam erwiesen haben.

Interventionen und Maßnahmen sind nach Alter der Zielgruppe unterteilt, und zwar in größeren Entwicklungsstufen: Schwangerschaft, Säuglingsalter und frühe Kindheit; mittleres Kindesalter; frühes Jugendalter; Jugend- und Erwachsenenalter.

Jedes Kind ist einzigartig, und seine Entwicklung wird außerdem von einer Reihe sozialer, wirtschaftlicher und kultureller Faktoren beeinflusst. Aus diesem Grund wurden die für die unterschiedlichen Altersgruppen geltenden Bereiche nicht numerisch definiert. Als allgemeine Richtschnur kann zu den Zwecken dieses Dokuments jedoch Folgendes erwogen werden: Säuglingsalter und frühe Kindheit beziehen sich auf Vorschulkinder, meist ein Alter von 0 – 5 Jahren; mittleres Kindesalter bezieht sich auf Grundschul Kinder im Alter von ungefähr 6 – 10 Jahren;

frühes Jugendalter bezieht sich auf Kinder im Mittelschulalter von 11 – 14 Jahren; Jugend bezieht sich auf Oberstufenschüler im späten Teenageralter von 15 – 18/19 Jahren; Erwachsenenalter bezieht sich auf die Jahre danach. Wenngleich die Altersgruppe aus Gründen der Zweckmäßigkeit in den Standards nicht verwendet wurde, wird auch mitunter das frühe Erwachsenenalter angegeben (Studentenalter von 20 – 25 Jahren), da es in vielen Studien verwendet wird.

Einige Interventionen und Maßnahmen sind für mehr als eine Altersgruppe relevant. In diesem Fall wird die Beschreibung nicht wiederholt. Sie werden in der Altersgruppe aufgeführt, für die sie am relevantesten sind, wobei auf andere Entwicklungsstadien verwiesen wird, über die ebenfalls Erkenntnisse vorliegen.

Der Bereich zu jeder Strategie beinhaltet folgende Einzelheiten (soweit möglich): Kurzbeschreibung; vorhandene Erkenntnisse; Merkmale, die offenbar mit der Wirksamkeit bzw. deren Fehlen unter kontrollierten Bedingungen und/oder in der Praxis in Verbindung stehen.

Kurzbeschreibung: Dieser Unterabschnitt liefert eine Kurzbeschreibung der Intervention oder Maßnahme mit ihren wichtigsten Aktivitäten und theoretischen Grundlagen. Außerdem beinhaltet er einen Hinweis darauf, ob die Strategie angemessen ist für die Allgemeinbevölkerung (universelle Prävention) oder für Bevölkerungsgruppen mit einem überdurchschnittlich hohen Risiko (selektive Prävention) oder für besonders gefährdete Personen (indizierte Prävention, die außerdem Personen einschließt, die möglicherweise begonnen haben, mit Drogen zu experimentieren und deshalb besonders gefährdet sind, Störungen zu entwickeln). Zusätzlich veranschaulichen die Standards, ob die Strategie Umweltaspekte und/oder Entwicklungsaspekte und/oder Informationsaspekte einbezieht.

Vorliegende Evidenz: Diese bildet den Kern der Standards. Der Text beschreibt die vorliegende Evidenz und die darin wiedergegebenen Erkenntnisse. Auswirkungen auf primäre Outcomes (Substanzkonsum) werden zuerst aufgeführt, während Auswirkungen auf sekundäre Outcomes der Prävention (d.h. Mediationsfaktoren/Zwischen-Outcomes der Prävention) anschließend gesondert dargestellt werden. Sofern verfügbar, werden die in den Originalstudien aufgeführten Effektstärken sowie verschiedene Wirkungen bei unterschiedlichen Zielgruppen und die Nachhaltigkeit der Wirkungen eingeschlossen. Die Angabe der geografischen Herkunft des Nachweises soll Personen mit politischer Entscheidungsbefugnis und Leitenden von Präventionsprogrammen einen Hinweis darauf liefern, ob bereits Erkenntnisse über die Wirksamkeit einer Strategie in verschiedenen geographischen Umgebungen vorliegen. Sofern ein Hinweis über Wirtschaftlichkeit vorliegt, ist dieser ebenfalls in diesen Abschnitten angegeben. Wie oben erwähnt, basiert dieser Teil des Textes auf den bei der Datenextraktion verwendeten Studien bzw. auf Studien, die der vorherigen Ausgabe entnommen wurden. Sofern verfügbar, werden in einem zweiten Kästchen Orientierungshilfen der WHO zur Wirksamkeit der Strategien hinsichtlich Substanzkonsum oder anderer Gesundheits-Outcomes aufgeführt, wie in den veröffentlichten Leitfäden der WHO dargestellt.

Merkmale in Verbindung mit Wirksamkeit oder deren Fehlen: Im Dokument sind außerdem Merkmale angegeben, die nach Erkenntnissen der Expertengruppe mit Wirksamkeit oder, sofern verfügbar, mit Unwirksamkeit oder sogar nachteiligen Auswirkungen in Verbindung stehen. Diese Angaben sollten nicht im Sinne eines Zusammenhangs von Ursache und Wirkung verstanden werden. Wie oben angegeben, liegen keine ausreichenden Nachweise vor, um eine derartige Analyse zu ermöglichen. Die Absicht besteht vielmehr darin, eine Richtung vorzuschlagen, die gemäß der gemeinsamen Forschung und praktischen Erfahrung der Expertengruppe bessere Erfolgchancen verspricht. Alle Strategien sollten in einer Forschungsumgebung verfolgt werden, wobei Protokolle anzuwenden sind, die sich bei der Prävention des Drogenkonsums als wirksam erwiesen haben und die Risiko- und Resilienzfaktoren ansprechen.

Kapitel II beschreibt kurz einige Fragen zur Prävention, für die besonderer weiterer Forschungsbedarf besteht. Dazu gehören Interventionen und Richtlinien, für die keine Nachweise vorliegen, aber ebenso Probleme des Konsums neuartiger Substanzen sowie besonders gefährdete Gruppen. Sofern möglich, ist eine kurze Erörterung möglicher Strategien angegeben.

Das dritte und letzte Kapitel beschreibt mögliche Bestandteile eines wirksamen nationalen Präventionssystems, das auf evidenzbasierten Interventionen und Maßnahmen beruht und auf eine gesunde und sichere Entwicklung von Kindern und Jugendlichen abzielt. Auch in diesem Bereich sind weitere Forschungen dringend erforderlich, da sich Untersuchungen üblicherweise verstärkt auf die Wirksamkeit einzelner Interventionen und Maßnahmen konzentrierten. Wie oben erwähnt, konnte bei der Erstellung dieses Abschnitts von Erfahrung und Konsens der Expertengruppe profitiert werden.

I. Interventionen und Maßnahmen der Drogenprävention

1. Kleinkindalter und frühe Kindheit

Die frühesten Interaktionen von Kindern in der Familie geschehen vor ihrer Einschulung. Sie können Anfälligkeiten entwickeln, wenn sie Erfahrungen mit Eltern oder Betreuern machen, die ihnen keine Geborgenheit vermitteln und/oder über mangelnde elterliche Fähigkeiten verfügen und/oder unter anderen Problemen in Verbindung mit schlechtem Gesundheitszustand, finanziellen oder anderen Belastungen leiden (insbesondere in Umgebungen sozio-ökonomischer Ausgrenzung oder in gestörten Familienverhältnissen). Neben anderen Faktoren hat der Konsum von Alkohol, Tabak und Drogen während der Schwangerschaft negative Auswirkungen auf die Entwicklung von Embryos und Föten.

Möglicherweise verhindern derartige Umstände die Ausbildung entscheidender Entwicklungskompetenzen und führen zu einer starken Vulnerabilität des Kindes und Erhöhung des Risikos für spätere Verhaltensstörungen. Die wichtigsten Entwicklungsziele für die frühe Kindheit bestehen in der Ausbildung einer sicheren Bindung an die Betreuungspersonen, altersgemäßer sprachlicher Fähigkeiten und kognitiver Funktionen, wie Selbstkontrolle, prosoziale Einstellungen und Fähigkeiten. Deren Erwerb wird am besten im Kontext einer unterstützenden Familie und Gemeinschaft gefördert.

Hausbesuch vor der Geburt und im Kleinkindalter

Kurzbeschreibung

Bei diesen Programmen stattet eine Krankenschwester oder ein Sozialarbeiter werdenden und frisch gewordenen Müttern einen Besuch ab, um ihnen elterliche Fähigkeiten und Unterstützung zu vermitteln und sie zu unterstützen, indem eine Reihe von Themen angesprochen wird (Gesundheit, Wohnung, Arbeit, rechtliche Aspekte, etc.). Normalerweise zielen diese Programme nicht auf alle Frauen ab, sondern nur auf bestimmte Gruppen, die im Vergleich mit der Gesamtbevölkerung unter schwierigen Umständen leben (selektive Strategie mit dem Ziel der Entwicklungsförderung).

Vorliegende Evidenz

Die neue Übersicht systematischer Reviews ergab keine neuen Reviews.

In der ersten Ausgabe lagen für diese Intervention Erkenntnisse aus 1 Übersichtsartikel und 1 randomisierten Kontrollstudie vor⁵.

Im Hinblick auf primäre Outcomes können, der randomisierten Kontrollstudie zufolge, diese Programme einem Substanzkonsum im späteren Leben vorbeugen und dabei durch das Wegfallen künftiger Sozialhilfe- und Krankheitskosten auch wirtschaftlich sein.

Darüber hinaus erbrachte ein Review Erkenntnisse in Bezug auf einige sekundäre Outcomes, wobei an dem Programm teilnehmende Kinder weniger häufig angaben, an Internalisierungsstörungen zu leiden und andererseits bei Leistungstests in Lesen und Mathematik besser abschnitten. Außerdem gaben an dem Programm teilnehmende Mütter eine geringere Beeinträchtigung ihrer Mutterrolle durch Alkohol- und sonstigen Drogenkonsum an. Die Evidenz stammt aus den USA.

Besuchsprogramme vor der Geburt und im Kleinkindalter werden von der WHO auch zur Vorbeugung von Kindesmisshandlung empfohlen⁶.

Merkmale, die nach Expertenmeinung mit Wirksamkeit unter kontrollierten Bedingungen und/oder Wirksamkeit in der Praxis assoziiert werden

- ✓ Durchführung durch geschultes Gesundheitspersonal;
- ✓ Regelmäßige Besuche bis zum zweiten Lebensjahr des Babys, zuerst alle zwei Wochen, dann jeden Monat und gegen Ende weniger häufig;
- ✓ Vermittlung grundlegender elterlicher Fähigkeiten;
- ✓ Unterstützung der Mütter bei einer Reihe sozioökonomischer Fragen (Gesundheit, Wohnung, Arbeit, rechtliche Themen, etc.).

Auf schwangere Frauen ausgerichtete Interventionen

Kurzbeschreibung

Schwangerschaft und Mutterschaft sind Phasen, die große und mitunter belastende Veränderungen mit sich bringen, wodurch Frauen empfänglich dafür werden können, sich mit ihrem Substanzkonsum und Substanzkonsumstörungen auseinanderzusetzen.

⁵Turnbull (2012), Kitzman (2010) und Olds (2010) berichten von der gleichen Studie

⁶WHO (2016), INSPIRE: seven strategies for ending violence against children.

Der Konsum von Alkohol und Drogen während der Schwangerschaft birgt potentielle Gesundheitsrisiken für die schwangeren Frauen selbst und ihre Ungeborenen, selbst wenn keine Substanzkonsumstörungen vorliegen. Deshalb sollten alle schwangeren Frauen über die potentiellen Gesundheitsrisiken für sie selbst und ihre Babys informiert werden. Da der Konsum psychoaktiver Substanzen während der Schwangerschaft für die Mutter und das ungeborene Kind Gefahren birgt, können und sollten Hilfestellungen zum Umgang mit Substanzkonsum sowie die Behandlung schwangerer Frauen mit Substanzkonsumstörungen vorrangig angeboten werden, wobei auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende strenge klinische Richtlinien einzuhalten sind. Dabei handelt es sich um eine indizierte Strategie mit dem Ziel der Entwicklungsförderung.

Vorliegende Evidenz

Die neue Übersicht ergab keine neuen Reviews.

In der ersten Ausgabe lagen für diese Intervention Erkenntnisse aus 2 Reviews vor⁷.

In Bezug auf primäre Outcomes ergaben die Reviews keine Erkenntnisse.

In Bezug auf sekundäre Outcomes kann sich die evidenzbasierte integrierte Versorgung schwangerer Frauen positiv auf die Entwicklung des Kindes, seine emotionale und Verhaltenskompetenz sowie die elterlichen Kompetenzen auswirken.

Der Zeitrahmen für die Nachhaltigkeit dieser Ergebnisse sowie die Herkunft der Evidenz sind unklar.

WHO-Leitlinien enthalten die folgenden Empfehlungen zu Substanzkonsum in der Schwangerschaft:

Tabakkonsum:

Leistungserbringer im Gesundheitswesen sollten alle Schwangeren in einem möglichst frühen Stadium der Schwangerschaft sowie bei jeder Vorsorgeuntersuchung nach ihrem (früheren und aktuellen) Tabakkonsum sowie zur Belastung durch Passivrauchen befragen⁸.

Substanzkonsum:

Leistungserbringer im Gesundheitswesen sollten alle Schwangeren in einem möglichst frühen Stadium der Schwangerschaft sowie bei jeder Vorsorgeuntersuchung nach ihrem (früheren und aktuellen) Konsum von Alkohol und sonstigen Substanzen befragen.

Leistungserbringer im Gesundheitswesen sollten allen schwangeren Alkohol- oder Drogenkonsumentinnen eine Kurzintervention anbieten.

⁷ Niccols (2012a) und Niccols (2012b).

⁸ WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy

Leistungserbringer im Gesundheitswesen, die Schwangere und Wöchnerinnen mit Alkohol- oder sonstigen Substanzkonsumstörungen begleiten, sollten diesen eine umfassende Beurteilung und individuelle Versorgung anbieten.

Leistungserbringer im Gesundheitswesen sollten alkohol- oder drogenabhängigen Schwangeren bei der ersten Gelegenheit raten, ihren Alkohol- oder Drogenkonsum einzustellen und ihnen ggf. eine Entgiftungstherapie unter ärztlicher Aufsicht anbieten bzw. sie dorthin überweisen.

Für weitergehende Empfehlungen zum Umgang mit bestimmten klinischen Situationen in der Schwangerschaft (z.B. Abhängigkeit von Opioiden, Benzodiazepinen etc.), verweisen wir auf die WHO Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. [WHO-Richtlinien für die Erkennung von und den Umgang mit Substanzkonsum und Substanzkonsumstörungen in der Schwangerschaft]⁹.

Frühkindliche Erziehung

Kurzbeschreibung

Frühkindliche Erziehungsprogramme fördern die soziale und kognitive Entwicklung von Vorschulkindern (im Alter von 2 bis 5 Jahren) aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Somit handelt es sich hierbei um eine selektive Intervention zur Förderung der Entwicklung.

Vorliegende Evidenz

Die neue Übersicht systematischer Reviews ergab keine neuen Reviews.

In der ersten Ausgabe lagen für diese Intervention Erkenntnisse aus 2 Reviews vor¹⁰.

Diesen Studien zufolge können Angebote der Frühpädagogik für Kinder, die in benachteiligten Gemeinden aufwachsen, den Cannabiskonsum im Erwachsenenalter reduzieren und ebenfalls den Konsum von Tabak und sonstigen Drogen senken (primäre Outcomes).

In Bezug auf sekundäre Outcomes kann die frühkindliche Erziehung anderen riskanten Verhaltensweisen vorbeugen und die psychische Gesundheit, soziale Inklusion und den Lernerfolg fördern.

Die gesamte Evidenz stammt aus den USA.

⁹ WHO (2014), WHO Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy.

¹⁰ D'Onise, 2010 und Jones 2006.

Merkmale, die nach Expertenmeinung mit Wirksamkeit unter kontrollierten Bedingungen und/oder Wirksamkeit in der Praxis assoziiert werden

- ✓ Verbesserung der kognitiven, sozialen und sprachlichen Fähigkeiten von Kindern;
- ✓ Tägliche Sitzungen;
- ✓ Durchgeführt von geschulten Lehrern;
- ✓ Gewährung von Unterstützung für Familien in anderen sozio-ökonomischen Angelegenheiten.

2. Mittleres Kindesalter

Während des mittleren Kindesalters halten sich die Kinder immer länger außerhalb der Familie auf, wobei sie die meiste Zeit in der Schule und mit Gleichaltrigen verbringen. Dabei bleibt die Familie die wichtigste Sozialisationsinstanz. Die Bedeutung von Tagesbetreuung, Schule und Gruppen von Gleichaltrigen nimmt jedoch zu. In diesem Zusammenhang gewinnen Faktoren wie gesellschaftliche Normen, Schulkultur und Qualität der Bildung zunehmend an Bedeutung für die sichere und gesunde emotionale, kognitive und soziale Entwicklung. Die Bedeutung von sozialen Kompetenzen und prosozialem Verhalten nimmt im mittleren Kindesalter zu, und sie entwickeln sich zu entscheidenden Schutzfaktoren, die sich auch darauf auswirken, in welchem Maße ein Schulkind mit der Schule und mit Gleichaltrigen zurechtkommt und Freundschaften schließt.

Zu den vorrangigen Entwicklungszielen im mittleren Kindesalter zählen die Weiterentwicklung der altersspezifischen sprachlichen Fähigkeiten und Rechenkenntnisse sowie der Impulskontrolle und Selbstbeherrschung. Die Entwicklung von zielgerichtetem Verhalten, Entscheidungsfähigkeit und Problemlösungskompetenz beginnt. In diesem Zeitabschnitt eintretende psychische Erkrankungen (wie Angststörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, Verhaltensstörungen) können die Entwicklung einer gesunden Bindung an die Schule, gemeinsames Spielen mit Gleichaltrigen, adaptives Lernen und Selbstregulation ebenfalls erschweren. Kinder aus zerrütteten Familien beginnen oft zu dieser Zeit, sich Gleichaltrigen mit potentiell schädlichen Verhaltensweisen anzuschließen, wodurch sie sich erhöhten Risiken aussetzen.

Programme zur Förderung elterlicher Fähigkeiten

Kurzbeschreibung

Programme zur Förderung elterlicher Fähigkeiten unterstützen Eltern auf sehr einfache Art und Weise dabei, bessere Eltern zu werden. Eine warmherzige Kindererziehung, in der Eltern Regeln für akzeptables Verhalten aufstellen, Verhaltensmuster des Kindes in der Freizeit und mit Freunden genau verfolgen, sowie dabei helfen, persönliche und soziale Kompetenzen zu entwickeln und als Vorbilder dienen, ist einer der wichtigsten Schutzfaktoren gegen Substanzkonsum und andere riskante Verhaltensweisen. Diese Programme können auch für Eltern jüngerer Jugendlicher angeboten werden. Da die Reviews weitgehend alle Altersgruppen abdecken, und da sich die Prinzipien weitgehend ähneln, werden die Interventionen nur hier erörtert. Diese Interventionen, die eine weitgehend entwicklungsbezogene Art der Intervention darstellen, können sowohl auf allgemeiner als auch auf selektiver Ebene angeboten werden.

Vorliegende Evidenz

Für diese Intervention liegen Erkenntnisse aus 5 Reviews vor, wobei 4 aus der neuen Übersicht systematischer Reviews stammen¹¹.

In Bezug auf primäre Outcomes ergaben diese Studien, dass familienbasierte universelle Programme bei jungen Menschen den Konsum von Tabak, Alkohol, Drogen und sonstigen Substanzen verhindern können, wobei generell mittel- bis langfristig anhaltende Effektstärken (länger als 12 Monate) verzeichnet werden.

Intensivere Programme, die von geschulten Moderatoren durchgeführt werden, scheinen verglichen mit Einzelsitzungen oder computergestützten Programmen auf die Dauer effektiver zu sein. Als effektiv erwiesen sich auch besondere geschlechtsspezifische Interventionen für Mütter und Töchter.

Die eingangs zusammengefasste Evidenz stammt aus Studien familienbasierter Präventivinterventionen, die in Afrika, Asien, dem Nahen Osten, Europa, Australien und Nordamerika durchgeführt wurden.

Programme zur Förderung elterlicher Kompetenzen werden auch von der WHO empfohlen, um eine positive Entwicklung zu fördern, Jugendgewalt vorzubeugen, Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zu behandeln¹² und Kindesmisshandlung zu verhindern¹³.

Bei den Eltern ansetzende Interventionen zur Förderung von Mutter-Kind-Interaktionen, vorzugsweise im Rahmen laufender Mutter-Kind-Gesundheitsprogramme für mangelernährte, häufig kranke und anderweitig gefährdete Kinder, werden ebenfalls empfohlen, um Outcomes bei der kindlichen Entwicklung zu verbessern¹⁴.

Außerdem wird empfohlen, Müttern Angebote zur Verbesserung ihrer Elternkompetenz zusätzlich zur wirksamen Behandlung und psychosozialen Unterstützung von Müttern mit Depressionen oder sonstigen psychischen, neurologischen oder Substanzkonsumstörungen bereitzustellen, um die Outcomes bei der Kindesentwicklung zu verbessern¹⁵.

Schließlich sollten Kompetenzschulungen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen, einschl. geistiger Behinderungen und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (einschl. Autismus) angeboten werden¹⁶.

¹¹ Mejia (2012), Thomas et al. (2016), Foxcroft & Tsertsvadze (2012), Allen et al. (2016), Kuntsche (2016).

¹²WHO (2017), Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!), Guidance to Support Country Implementation

¹³ WHO (2016), INSPIRE: seven strategies for ending violence against children.

¹⁴ WHO (2012), Maternal mental health interventions to improve child development, Evidence profile.

¹⁵ Ebd.

¹⁶ Ebd.

Merkmale, die nach Expertenmeinung mit Wirksamkeit assoziiert werden

- ✓ Stärkung der familiären Bindung, d.h. der Bindung zwischen Eltern und Kindern;
- ✓ Eltern darin unterstützen, wie man eine aktivere Rolle im Leben seiner Kinder einnimmt, d.h. genaue Verfolgung von deren Aktivitäten und Freundschaften sowie Mitwirkung an deren Lern- und Bildungsaktivitäten.
- ✓ Eltern darin unterstützen, wie für positive und entwicklungsangemessene Disziplin gesorgt wird.
- ✓ Eltern darin unterstützen, ein Vorbild für seine Kinder zu sein.
- ✓ Organisation, die eine Teilnahme für Eltern vereinfacht und reizvoll macht (z.B. außerhalb der Bürozeiten, Mahlzeiten, Kinderbetreuung, Transport, geringe Kosten für Teilnahme an Sitzungen, etc.);
- ✓ Umfassen üblicherweise eine Reihe von Sitzungen (oftmals etwa 10 bzw. mehr im Falle der Arbeit mit Eltern aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen oder im Zusammenhang mit einem Behandlungsprogramm, wenn ein Elternteil oder beide an Störungen infolge von Substanzkonsum leiden);
- ✓ Beinhalten üblicherweise Aktivitäten für Eltern, Kinder und die ganze Familie;
- ✓ Durchführung durch geschulte Personen, die oftmals über keine weitere formale Qualifikation verfügen.

Merkmale, die nach Expertenmeinung mit mangelnder Wirksamkeit oder mit nachteiligen Auswirkungen assoziiert werden

- ✗ Untergrabung der elterlichen Autorität;
- ✗ Alleinige Bereitstellung von Informationen über Drogen für die Eltern, damit diese das Thema mit ihren Kindern besprechen können;
- ✗ Durchführung durch schlecht geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Bestehende Leitlinien und Instrumente für weitere Informationen

- Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 4: Family-based Prevention Interventions (2015)
- UNODC (2010), Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria.
- CCSA (2011), Strengthening Our Skills: Canadian guidelines for youth substance use prevention family skills programs, Canadian Centre on Substance use, Ottawa, ON, Canada
- UNODC (2009), Guide to implementing family skills training programmes

for drug abuse prevention, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria.

- WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Evidence-based recommendations for management of child and adolescent mental disorders in non-specialized health settings.

Vermittlung persönlicher und sozialer Kompetenzen

Beschreibung

Während dieser Programme werden Kinder von geschulten Lehrerinnen und Lehrern in interaktive Tätigkeiten eingebunden und erhalten so Gelegenheit, eine Reihe persönlicher und sozialer Kompetenzen zu erwerben und diese zu praktizieren. In der Regel werden diese Programme allen Kindern in mehreren strukturierten Sitzungen vermittelt (d.h., es handelt sich um eine Intervention auf universeller Ebene). Mit Hilfe der Programme können Fähigkeiten erworben werden, um mit schwierigen Situationen des täglichen Lebens auf sichere und gesunde Weise umzugehen. Sie unterstützen die Entwicklung allgemeiner sozialer Kompetenzen, einschließlich des geistigen und emotionalen Wohlbefindens. Diese Programme bestehen meist aus entwicklungspezifischen Komponenten, d.h., üblicherweise umfassen sie keine Inhalte hinsichtlich bestimmter Substanzen, da die Kinder in so jungen Jahren in den meisten Communities noch nicht mit dem Konsum begonnen haben. Dies trifft jedoch nicht überall zu, und möglicherweise möchte man bei Programmen für Kinder, die bereits in solch jungen Jahren Substanzen (z.B. Inhalaten) ausgesetzt waren, auf die substanzspezifische Anleitung für die "Präventionsaufklärung basierend auf persönlichen und sozialen Kompetenzen und sozialem Einfluss" im Kapitel "Frühes Jugendalter" zurückgreifen.

Vorliegende Evidenz

Für diese Intervention liegen Ergebnisse aus 7 Reviews vor, wobei 4 aus der neuen Übersicht stammen¹⁷.

In Bezug auf primäre Outcomes kann, diesen Studien zufolge, die Förderung der Entwicklung persönlicher und sozialer Kompetenzen im Klassenzimmer dem Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen vorbeugen, insbesondere bei längerer Nachbeobachtungszeit (länger als 1 Jahr). Die Wirksamkeit von ausschließlich auf Resilienz bezogenen Strategien war auf den Drogenkonsum beschränkt.

Abgesehen von einigen Studien aus Asien und Afrika stammt die Evidenz größtenteils aus Nordamerika, Europa und Australien.

¹⁷ Hodder et al. (2017), Salvo et al. (2012), McLellan & Perera (2013), McLellan & Perera (2015), Schröer-Günther (2011), Skara (2003).

Nicht-spezialisierte Gesundheitseinrichtungen sollten soweit möglich die Vermittlung von Lebenskompetenzen ("life skills") an Schulen unterstützen und mit diesen zusammenarbeiten, um die geistige Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern¹⁸.

Merkmale, die nach Expertenmeinung mit Wirksamkeit assoziiert werden

- ✓ Verbessert eine Reihe persönlicher und sozialer Kompetenzen;
- ✓ Durchführung mittels einer Reihe strukturierter Sitzungen, wobei oftmals Nachschulungskurse über mehrere Jahre angeboten werden;
- ✓ Vermittelt durch geschulte Lehrerinnen und Lehrer oder Moderatorinnen und Moderatoren;
- ✓ Die Sitzungen werden größtenteils interaktiv durchgeführt.

Merkmale, die nach Expertenmeinung mit mangelnder Wirksamkeit oder mit nachteiligen Auswirkungen assoziiert werden

- ✗ Anwendung nicht-interaktiver Verfahren als vorrangige Vermittlungsmethode (z.B. in Form von Vorträgen);
- ✗ Bereitstellung von Informationen zu bestimmten Substanzen, einschließlich Erzeugung von Angst.
- ✗ Einzige Schwerpunkte: Aufbau des Selbstwertgefühls und emotionale Erziehung.

Bestehende Leitlinien und Instrumente für weitere Informationen

- UNESCO/ UNODC/ WHO (2016), Good Policy and Practice in Health Education: Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs.
- Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 5 : School-based Prevention Interventions (2015)
- CICAD Hemispheric Guidelines on School Based Prevention
- Canadian Standards for School-based Youth Substance Use Prevention
- WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Evidence-based recommendations for management of child and adolescent mental disorders in non-specialized health settings.

¹⁸ WHO (2012), WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Behaviour change techniques for promoting mental health, Evidence profile

Programme zur Verbesserung der Unterrichtsumgebung

Kurzbeschreibung

Diese Programme stärken die Fähigkeiten der Lehrerinnen und Lehrer zur Unterrichtsführung und unterstützen die Kinder dabei, sich als Schüler und Schülerinnen zu sozialisieren, während aggressives und störendes Verhalten frühzeitig abgebaut wird. Das Lehrpersonal wird für gewöhnlich dabei unterstützt, mit allen Schülern und Schülerinnen im Schulalltag eine "Unterrichtsordnung" außerhalb der Lerninhalte umzusetzen, um ihnen prosoziales Verhalten zu vermitteln, um unangemessenem Verhalten vorzubeugen und dieses abzubauen. Diese Programme erleichtern sowohl schulisches als auch sozio-emotionales Lernen. Sie wirken universell, da die Entwicklungskomponente auf die gesamte Klasse abzielt.

Vorliegende Evidenz

Die neue Übersicht systematischer Reviews ergab keine neuen Reviews.
In der ersten Ausgabe lagen für diese Intervention Ergebnisse aus 1 Review vor¹⁹.

In Bezug auf die primären Outcomes ergab das Review keine Erkenntnisse.

In Bezug auf sekundäre Outcomes führen, dieser Studie zufolge, die Praktiken der Lehrerinnen und Lehrer bei der Unterrichtsführung zu einem signifikanten Rückgang von problematischem Verhalten im Klassenraum, einschl. starker Auswirkungen auf auffälliges und aggressives Verhalten und zu einer Stärkung von prosozialem Verhalten und schulischen Leistungen der Kinder. Der Zeitrahmen für die Nachhaltigkeit dieser Ergebnisse ist unklar.

Die gesamte eingangs dargestellte Evidenz stammt aus den USA und Europa.

Merkmale, die nach Expertenmeinung mit Wirksamkeit unter kontrollierten Bedingungen und/oder Wirksamkeit in der Praxis assoziiert werden

- ✓ Werden oftmals während der ersten Schuljahre angewandt;
- ✓ Beinhalten Strategien zur Reaktion auf unangemessenes Verhalten;
- ✓ Beinhalten Strategien zur Wertschätzung von angemessenem Verhalten;
- ✓ Beinhalten Rückmeldung zu Erwartungen;
- ✓ Aktive Beteiligung der Schülerinnen und Schüler.

¹⁹ Oliver, 2011.

Maßnahmen, um den regelmäßigen Schulbesuch von Kindern zu fördern

Kurzbeschreibung

Schulbesuch, Schulbindung sowie die Erlangung altersgemäßer sprachlicher Fähigkeiten und Rechenkenntnisse sind wichtige Schutzfaktoren gegen Substanzkonsum bei Kindern in diesem Alter. In Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen wurden vielfältige Maßnahmen umgesetzt, um den Schulbesuch der Kinder zu fördern und ihre Bildungs-Outcomes zu verbessern.

Vorliegende Evidenz

Die neue Übersicht systematischer Reviews ergab keine neuen Reviews.

In der ersten Ausgabe lagen für die folgenden Maßnahmen Erkenntnisse aus 2 Reviews vor²⁰: Bau neuer Schulen, Angebot von Schulspeisungen und Schaffung verschiedener wirtschaftlicher Anreize für Familien.

In Bezug auf die primären Outcomes ergaben die Studien keine Erkenntnisse

In Bezug auf sekundäre Outcomes führen, diesen Studien zufolge, diese Maßnahmen zu regelmäßigerem Schulbesuch und verbessern die sprachlichen Fähigkeiten und Rechenkenntnisse der Kinder. Den Familien ohne weiteres Bargeld zur Verfügung zu stellen, scheint nicht zu signifikanten Outcomes zu führen, wohingegen dies bei Transferleistungen unter Auflagen der Fall ist.

Hier stammt die gesamte Evidenz aus Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen.

An Auflagen geknüpfte finanzielle Anreize, damit Kinder weiter die Schule besuchen, werden auch von der WHO als eine Strategie zur Vorbeugung von Jugendgewalt empfohlen²¹.

Umgang mit psychischen Erkrankungen

Kurzbeschreibung

Emotionale Störungen (z.B. Angststörungen, Depression) und Verhaltensstörungen (z.B. ADHS) werden mit einem erhöhten Risiko des Substanzkonsums später in der Jugend und im Erwachsenenleben in Verbindung gebracht. Sowohl in der Kindheit als auch im Jugendalter ist es eine wichtige Präventionsstrategie, Kinder, Jugendliche und Eltern so früh wie möglich dazu anzuhalten, sich mit emotionalen Störungen und Verhaltensstörungen auseinanderzusetzen.

²⁰ Lucas (2008) & Petrosino (2012).

²¹ WHO (2017), Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation.

Vorliegende Evidenz

Weder die neue Übersicht systematischer Reviews noch die erste Ausgabe der Standards ergab neue Studien.

Die WHO empfiehlt folgende Maßnahmen, um Kinder und Jugendliche (sowie die Menschen, die sie betreuen) zu unterstützen und solche Störungen so früh wie möglich zu behandeln²²:

Verhaltensinterventionen für Kinder und Jugendliche zur Behandlung von Verhaltensstörungen.

Psychologische Interventionen, wie z.B. kognitive Verhaltenstherapie (CBT), interpersonelle Psychotherapie (IPT) für Kinder und Jugendliche mit emotionalen Störungen einerseits, sowie andererseits entsprechende Kompetenzschulungen für diejenigen, die sie betreuen.

Veranlassung von Elternbildung/Schulung, falls möglich mit Erstinterventionen einschl. kognitiver Verhaltenstherapie und Schulung in sozialen Kompetenzen, bevor ein Kind, bei dem eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADS) diagnostiziert wurde, mit Arzneimitteln behandelt wird.

Beschränkung pharmakologischer Interventionsangebote auf dafür spezialisierte Einrichtungen.

Bestehende Leitlinien und Instrumente für weitere Informationen

- ✓ The WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) intervention guide and training manuals (WHO, 2016).

²² WHO (2016), mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 2.0. WHO, 2016.

3. Frühes Jugendalter

Die Jugend ist eine Entwicklungsphase, in der man verstärkt Umgang mit Menschen und Organisationen hat, die über die Kindheitserlebnisse hinausgehen und somit mit neuen Ideen und Verhaltensweisen konfrontiert wird. Dies ist eine Zeit des Ausprobierens von Erwachsenenrollen und Verantwortung. Die "Plastizität" und Formbarkeit des jugendlichen Gehirns in dieser Zeit lässt außerdem darauf schließen, dass diese Entwicklungsphase genau wie die Kindheit eine Zeit ist, in der Interventionen frühere Erfahrungen verstärken oder verändern können.

Der Wunsch, Erwachsenenrollen zu übernehmen und unabhängiger zu werden - zu einem Zeitpunkt, an dem das jugendliche Gehirn bedeutende Veränderungen erlebt, begünstigt außerdem wenig durchdachte Entscheidungen sowie potentiell schädliche Verhaltensweisen, wie riskantes Sexualverhalten, Tabakkonsum, Alkoholkonsum, riskantes Fahrverhalten und Drogenkonsum.

Substanzkonsum (oder andere potentiell schädliche Verhaltensweisen) von Altersgenossen sowie Zurückweisung durch Altersgenossen beeinflussen das Verhalten beträchtlich, wenngleich der Einfluss der Eltern noch immer erheblich ist. Eine gesunde Einstellung und Überzeugung bezüglich sozialer Normen, was den Konsum psychoaktiver Stoffe betrifft, sind ebenfalls wichtige Schutzfaktoren gegen Drogenkonsum. Gute Sozialkompetenzen sowie eine resiliente seelische und geistige Gesundheit sind während der gesamten Jugend entscheidende Schutzfaktoren.

ANMERKUNG: Interventionen im Bereich elterlicher Kompetenzen können im mittleren Kindesalter und im frühen Jugendalter durchgeführt werden. Die Ergebnisse der im Zuge der Recherche ermittelten Studien sind nicht nach Alter aufgeschlüsselt. Daher wird der Abschnitt zu elterlichen Kompetenzen hier, unter „Frühes Jugendalter“, nicht nochmals wiederholt, sondern auf den vorhergehenden Abschnitt verwiesen. Gleiches gilt für den Abschnitt „Umgang mit psychischen Erkrankungen“. Ebenso können auch viele der für ältere Jugendliche relevanten Interventionen und Maßnahmen einen Substanzkonsum selbst schon im frühen Jugendalter verhindern. Aus Gründen der Zweckmäßigkeit werden diese erst im nächsten Abschnitt behandelt. Dies gilt für: Tabak- und Alkoholbezogene Maßnahmen, Medienkampagnen, Kurzinterventionen sowie kommunale, multisektorale Ansätze.

Präventionserziehung, die auf sozialen Kompetenzen und sozialem Einfluss basiert

Kurzbeschreibung

In Lebenskompetenzprogrammen zieht das geschulte Lehrpersonal die Schülerinnen und Schüler in interaktive Tätigkeiten ein und gibt ihnen

Gelegenheit, sich eine breite Palette persönlicher und sozialer Fähigkeiten (Sozialkompetenz) anzueignen und diese zu praktizieren. Diese Programme konzentrieren sich auf die Stärkung der Nein-Sage-Fähigkeit zu Substanzkonsum sowie gegenüber Altersgenossen, die es jungen Menschen ermöglichen, sozialem Druck, der sie zum Substanzkonsum verleiten will, standzuhalten und allgemein herausfordernden Lebenssituationen gesund zu bewältigen.

Außerdem bieten sie die Möglichkeit, die unterschiedlichen sozialen Normen, Einstellungen sowie positiven und negativen Erwartungen in Verbindung mit Substanzkonsum und dessen Folgen in altersgemäßer Art und Weise zu diskutieren. Überdies zielen sie darauf ab, normative Überzeugungen zum Substanzkonsum zu verändern, indem sie die typische Verbreitung und gesellschaftliche Akzeptanz von Substanzkonsum unter Altersgenossen (sozialen Einfluss) thematisieren.

Vorliegende Evidenz

22 Reviews berichteten über Ergebnisse dieser Art der Intervention²³, 15 von diesen aus der neuen Übersicht.

Im Hinblick auf die primären Outcomes beugen diesen Studien zufolge bestimmte, auf einer Kombination aus sozialer Kompetenz und sozialem Einfluss basierende Programme dem Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum vor (die Präventivwirkung ist gering, aber in allen Studien auch langfristig beständig (+12 Monate)).

Ein Review der schulischen Prävention des Rauchens speziell bei Mädchen ergab, dass es keine Evidenz für einen wesentlichen Einfluss solcher Programme auf das Rauchverhalten heranwachsender Mädchen gibt, wobei einige vielversprechende Hinweise für geschlechtsspezifische Programme und Programme in Verbindung mit Medienkampagnen vorliegen.

Programme, die auf personenspezifische und umgebungsspezifische Schutzfaktoren in Verbindung mit Resilienz in schulischen Einrichtungen ausgerichtet sind, erwiesen sich als wirksam bei der Prävention des Konsums von Drogen, nicht jedoch bei Tabak- oder Alkoholkonsum. Programme, die allein auf der Bereitstellung von Informationen basieren, sowie das Programm "Drug Abuse Resistance Education (D.A.R.E.) [amerikanisches Drogenpräventionsprogramm]" wurden als unwirksam beschrieben.

Die Durchführung von Programmen durch Altersgenossen [Peers] erwies sich als wirksam bei allen Substanzen, mit dem Vorbehalt, dass darauf geachtet werden sollte, dies nicht in Hochrisikogruppen anzuwenden, da dort die Gefahr

²³ Ashton et al. (2015), Champion (2013), de Kleijn et al. (2015), Espada et al. (2015), Faggiano et al. (2014), Foxcroft & Tsertsvadze (2012), Hale et al. (2014), Hodder et al. (2017), Jackson (2012), Jones (2006), Kezelman & Howe (2013), Lee et al. (2016), McArthur et al. (2015), McLellan & Perera (2013), McLellan & Perera (2015), Pan (2009), Roe (2005), Salvo et al. (2012), Schröer-Günther (2011), West (2004).

nachteiliger Auswirkungen gegeben ist (z.B. Steigerung des Substanzkonsums). Computergestützte Durchführungsmethoden ergaben im Allgemeinen geringe Auswirkungen bei allen Substanzen.

In diesem Zusammenhang gibt es Anzeichen dafür, dass auf das frühe Jugendalter ausgerichtete Programme dem Substanzkonsum besser vorbeugen könnten als Programme, die auf jüngere oder ältere Kinder abzielen. Die meisten Belege gibt es für universelle Programme, allerdings gibt es Anzeichen dafür, dass auf universellen Fähigkeiten aufbauende Erziehung auch in Hochrisikogruppen vorbeugend wirkt, selbst bei Jugendlichen mit psychischen Störungen.

Zwar stammt die Evidenz größtenteils aus Nordamerika, Europa und Australien, doch gab es auch einige Studien aus Asien und Afrika.

Programme, bei denen es auch auf soziale und emotionale Lernprozesse ankommt, werden auch von der WHO zur Vorbeugung von Jugendgewalt empfohlen²⁴.

Merkmale, die nach Expertenmeinung mit Wirksamkeit assoziiert werden

- ✓ Verwendung interaktiver Methoden;
- ✓ Durchführung einer Reihe strukturierter Sitzungen (üblicherweise 10 – 15) einmal wöchentlich, wobei oftmals Auffrischungssitzungen über mehrere Jahre hinweg angeboten werden;
- ✓ Durchgeführt von geschulten Moderatoren (einschließlich geschulte Altersgenossen/ Peers);
- ✓ Gibt Gelegenheit, ein breites Spektrum persönlicher und sozialer Fähigkeiten zu erlernen und zu praktizieren, einschließlich von Bewältigungskompetenzen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung und Widerstandsfähigkeit, vor allem in Verbindung mit Substanzkonsum;
- ✓ Auswirkung auf die Einschätzung der Gefahren des Substanzkonsums, Hervorhebung unmittelbarer Folgen;
- ✓ Beseitigung von falschen Vorstellungen hinsichtlich des normativen Charakters von Substanzkonsum und der damit verbundenen Erwartungen.

Merkmale, die nach Expertenmeinung mit mangelnder Wirksamkeit oder mit nachteiligen Auswirkungen assoziiert werden

- ✗ Einsatz nicht-interaktiver Verfahren wie z.B. Vorträge als vorrangiger Vermittlungsmethode;
- ✗ Reine Vermittlung von Informationen, insbesondere Erzeugung von Angst.

²⁴ WHO (2017), Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation.

- × Basierend auf unstrukturierten Dialogsitzungen;
- × Einzige Schwerpunkte: Aufbau des Selbstwertgefühls und emotionale Erziehung;
- × Ausschließlich Thematisierung von ethischer/moralischer Entscheidungsfindung oder Werten;
 - × Erfahrungsberichte ehemaliger Drogenabhängiger.

Bestehende Leitlinien und Instrumente für weitere Informationen

- UNESCO/ UNODC/ WHO (2016), Good Policy and Practice in Health Education: Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs.
- Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 5: School-based Prevention Interventions (2015)
- CICAD Hemispheric Guidelines on School Based Prevention
- Canadian Standards for School-based Youth Substance Use Prevention

Schulische Regularien zum Thema Substanzkonsum

Kurzbeschreibung

Schulische Regularien zum Thema Substanzkonsum schreiben vor, dass Schülerinnen und Schülern sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Konsum von Substanzen auf dem Schulgelände sowie während des Unterrichts und während schulischer Aktivitäten untersagt ist. Die Maßnahmen schaffen außerdem transparente und klare nicht strafende Mechanismen, um sich mit Konsumfällen auseinanderzusetzen und sie in erzieherische und gesundheitsfördernde Chancen zu verwandeln. Diese Interventionen und Maßnahmen sind universell gültig, können jedoch ebenfalls angezeigte Komponenten wie Screening, Kurzinterventionen und Weitervermittlung enthalten. Oftmals werden sie zusammen mit anderen Präventivinterventionen durchgeführt, wie beispielsweise kompetenzorientierter Erziehung und/oder schulischen Maßnahmen zur Förderung der Schulbindung und/oder Förderung von elterlicher Kompetenz und elterlichem Engagement.

Vorliegende Evidenz

Für diese Interventionen liegen Erkenntnisse aus 4 Reviews vor²⁵, wobei 3 aus der neuen Übersicht stammen. Drei der Reviews untersuchten

²⁵ Coppo et al. (2014), Galanti et al. (2014), Hefler et al. (2017), Reavley (2010)

Maßnahmen gegen Tabak an Schulen, und eine Interventionen an tertiären Bildungseinrichtungen (Berufsschulen und Universitäten).

In Bezug auf primäre Outcomes berichten die drei Reviews unterschiedliche Resultate zu Maßnahmen gegen Tabak an Schulen, eine davon zu schulspezifischen Anreizen für die Tabakprävention, wobei wenige Studien Belege für die Wirksamkeit, und mehr als die Hälfte keine Wirksamkeitsnachweise ergaben. Die Studien, die Ergebnisse lieferten, fanden eine geringere Wahrscheinlichkeit des Tabakkonsums an Schulen mit Rauchverbot und eine höhere Wahrscheinlichkeit an Schulen mit einer liberaleren Einstellung. Es fanden sich einige Belege dafür, dass die Formalität der Richtlinien (z.B. schriftliche Richtlinien) und deren Durchsetzung das Rauchverhalten noch zusätzlich beeinflussten.

An Berufsschulen und Universitäten könnten sich einige umfeldbezogene Interventionen, Werbekampagnen für soziale Normen und kognitive-verhaltensbezogene/kompetenzbasierter Interventionen günstig bei der Prävention des schädlichen Alkoholkonsums auswirken, wobei sich die stärkste Evidenz bei motivierenden Kurzinterventionen und personalisierten normativen Interventionen zeigte (sowohl computergestützt als auch persönlich).

Zwar stammt der Großteil der Evidenz aus Nordamerika, Europa und Australien/Neuseeland, doch gibt es auch Evidenz aus Asien.

Merkmale, die nach Expertenmeinung mit Wirksamkeit assoziiert werden

- ✓ Unterstützung des üblichen schulischen Ablaufs ohne Unterbrechung;
- ✓ Maßnahmen entwickeln unter Beteiligung aller Interessensgruppen (Schülerinnen und Schüler, Studierender, Lehrkörper, Personal, Eltern);
- ✓ Substanzen, Orte (Schulgelände) und/oder Anlässe (Schulveranstaltungen), für die die Maßnahmen gelten, sind darin eindeutig festgelegt;
- ✓ Gültig für alle Personen in der Schule (Schülerinnen und Schüler, Lehrkörper, Personal, Besucherinnen und Besucher, etc.) und für alle psychoaktiven Substanzen (Tabak, Alkohol, Drogen);
- ✓ Positive Sanktionsmaßnahmen als Reaktion auf Verstöße gegen die Maßnahmen, in Form von Beratung oder Vermittlung an Beratungs-, Behandlungs- und andere gesundheitliche bzw. psychosoziale Angebote, anstelle von Bestrafung;
- ✓ Konsequente und sofortige Durchsetzung, einschließlich positiver Verstärkung bei Einhaltung der Maßnahmen.

Merkmale, die nach Expertenmeinung mit mangelnder Wirksamkeit unter kontrollierten Bedingungen und/oder mangelnder Wirksamkeit in der Praxis oder mit nachteiligen Auswirkungen assoziiert werden

- × Einführung stichprobenartiger Drogentests.

Bestehende Leitlinien und Instrumente für weitere Informationen

- UNESCO/ UNODC/ WHO (2016), Good Policy and Practice in Health Education: Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs.
- Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 5 : School-based Prevention Interventions (2015)
- CICAD Hemispheric Guidelines on School Based Prevention
- Canadian Standards for School-based Youth Substance Use Prevention

Schulische Programme zur Stärkung der Schulbindung

Kurzbeschreibung

Schulische Programme zur Stärkung der Schulbindung fördern die Schülerbeteiligung, positive Bindung und schulischen Einsatz. Diese Interventionen und Maßnahmen sind universell gültig. Oftmals werden sie zusammen mit anderen Präventionsinterventionen wie beispielsweise auf Kompetenzen aufbauender Erziehung und/oder Richtlinien über Substanzkonsum und/oder Förderung der elterlichen Kompetenz und des elterlichen Engagements in den Schulen eingeführt.

Vorliegende Evidenz

Für diese Intervention liegen Erkenntnisse aus 2 Reviews vor²⁶, wobei eine aus der neuen Übersicht stammt.

In Bezug auf primäre Outcomes ergab eine Studie, dass diese Strategien dazu beitragen, dem Konsum jeglicher Substanzen vorzubeugen, während aus einer anderen Studie Ergebnisse nur für Drogenkonsum und keine signifikanten Ergebnisse für Tabak und Alkohol vorliegen.

Zwar stammt der Großteil der Evidenz aus Nordamerika, Europa und Australien/Neuseeland, doch gibt es auch Evidenz aus Asien.

Merkmale, die nach Expertenmeinung mit Wirksamkeit assoziiert werden

- ✓ Förderung eines positiven Schulethos und einer positiven Bindung zur Schule;
- ✓ Förderung der Schülerbeteiligung.

²⁶ Fletcher (2008) & Hodder et al. (2017).

Bestehende Leitlinien und Instrumente für weitere Informationen

- UNESCO/ UNODC/ WHO (2016), Good Policy and Practice in Health Education: Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs.
- Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 5: School-based Prevention Interventions (2015)
- CICAD Hemispheric Guidelines on School Based Prevention
- Canadian Standards for School-based Youth Substance Use Prevention

Umgang mit individuellen psychologischen Vulnerabilitäten

Kurzbeschreibung

Einige Persönlichkeitsmerkmale wie Sensationslust, Impulsivität, Angstsensitivität oder Hoffnungslosigkeit werden mit einem erhöhten Risiko für Substanzkonsum in Verbindung gebracht. Indizierte Präventionsprogramme helfen diesen besonders gefährdeten Jugendlichen, konstruktiv mit den aus ihrer Persönlichkeit erwachsenden Emotionen umzugehen, anstatt negative Bewältigungsstrategien anzuwenden, einschließlich des gefährlichen und schädlichen Alkoholkonsums.

Aus diesem Grund bestehen sie meist aus Entwicklungsförderungskomponenten.

Vorliegende Evidenz

Die neue Übersicht systematischer Reviews ergab keine neuen Reviews.

In der ersten Ausgabe hatten zwei randomisierte Kontrollstudien in Bezug auf diese Intervention von einer Wirkung im frühen Jugendalter und Jugendalter²⁷ und ein Review von Evidenz in Bezug auf diese Intervention im mittleren Kindesalter berichtet²⁸.

In Bezug auf primäre Outcomes können, diesen Studien zufolge, Programme, die sich auf die individuellen psychologischen Vulnerabilitäten konzentrieren, im Zwei-Jahres-Follow-up Alkoholkonsum und Rauschtrinken reduzieren.

In Bezug auf sekundäre Outcomes kann diese Art von Intervention individuelle Mediationsfaktoren, wie Selbstkontrolle, beeinflussen die sich auf einen späteren Substanzkonsum auswirken.

Die gesamte Evidenz stammt aus Europa und Nordamerika.

²⁷ Conrod (2008), Conrod (2010), Conrod (2011), Conrod (2013) und O'Leary-Barrett (2010) berichten von der gleichen Studie.

²⁸ Piquero (2010).

Merkmale, die nach Expertenmeinung mit Wirksamkeit assoziiert werden

- ✓ Von geschulten Fachkräften durchgeführt (z.B. Psychologinnen und Psychologen, Lehrerinnen und Lehrer);
- ✓ Teilnehmende weisen anhand validierter Instrumente festgestellte, spezifische Persönlichkeitsmerkmale auf.
- ✓ Die Programme sind derart organisiert, dass etwaige Stigmatisierungen vermieden werden.
- ✓ Teilnehmenden werden Fähigkeiten vermittelt, um konstruktiv mit den aus ihrer Persönlichkeit erwachsenden Emotionen umzugehen;
- ✓ Kurze Reihe von Sitzungen (2 – 5).

Mentoring

Kurzbeschreibung

"Natürliches" Mentoring bezieht sich auf die Beziehungen und die Interaktion zwischen Kindern/Jugendlichen und nicht zur Familie gehörigen Erwachsenen, wie Lehrkräften, Trainern und Anführern von Communities, und ist erwiesenermaßen mit einem Rückgang von Substanzgebrauch und Gewalt verbunden. Bei diesen Programmen werden Jugendliche, vor allem aus Randgruppen (selektive Prävention), an Erwachsene "vermittelt", die sich verpflichten, Aktivitäten zu organisieren und regelmäßig etwas Freizeit mit den Jugendlichen zu verbringen.

Vorliegende Evidenz

Für diese Intervention liegen Erkenntnisse aus einem systematischen Review vor²⁹.

In Bezug auf primäre Outcomes ergab diese Studie einige Belege für die Wirksamkeit von Mentoring bei der Vorbeugung von Alkohol- und Drogenkonsum bei Jugendlichen.

Die Evidenz stammt aus den USA und Europa.

Die WHO empfiehlt Mentoring als eine der evidenzbasierten Interventionen zur Vorbeugung von Jugendgewalt³⁰.

Merkmale, die nach Expertenmeinung mit Wirksamkeit assoziiert werden

- ✓ Gewährleistung von angemessener Schulung und Unterstützung für Mentoren;
- ✓ Basiert auf einem sehr strukturierten Aktivitätenprogramm.

²⁹Thomas et al. (2013)

³⁰WHO (2017), Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation

4. Jugend und Erwachsenenalter

Wenn Jugendliche heranwachsen, gewinnen Interventionen, die in Lebenswelten außerhalb von Familie und Schule, wie am Arbeitsplatz, im Gesundheitsbereich, in Unterhaltungsstätten und in der Gemeinschaft durchgeführt werden, immer mehr an Bedeutung.

ANMERKUNG: Die Zusammenfassung der Evidenz für Interventionen und Maßnahmen für jüngere Jugendliche zur Umsetzung an Schulen (d.h. präventive Aufklärung und Erziehung, Schwerpunktsetzung auf individuelle Vulnerabilitäten, schulische Maßnahmen gegen Substanzkonsum) sowie Mentoring, sind den Berichten zufolge auch bei älteren Jugendlichen effektiv, wobei die Daten nicht nach Altersgruppen aufgeschlüsselt sind. Diese Interventionen werden im vorliegenden Abschnitt nicht erneut behandelt.

Kurzintervention

Kurzbeschreibung

Eine Kurzintervention besteht aus Einzelberatungen, die Folgesitzungen oder zusätzliches Informationsmaterial zur Durchsicht zu Hause beinhalten können. Diese können von verschiedenen Fachkräften im Gesundheits- und Sozialbereich für Personen angeboten werden, die möglicherweise aufgrund ihres Substanzkonsums gefährdet sind, sich jedoch nicht unbedingt in Behandlung begeben würden. In den Sitzungen wird zuerst festgestellt, ob ein Substanzkonsumproblem vorliegt, und es erfolgt eine umgehende geeignete Grundberatung und/oder Vermittlung zur weiteren Behandlung. Die Sitzungen sind strukturiert und dauern für gewöhnlich 5 bis 15 Minuten.

Eine Kurzintervention wird normalerweise in der primären Gesundheitsfürsorge oder in Notaufnahmen praktiziert, wobei sie sich ebenfalls als wirksam erwiesen hat, wenn sie als Teil eines Programms an Schulen, am Arbeitsplatz und als Online-Sitzung am Computer stattfindet.

In Kurzinterventionssitzungen werden normalerweise Techniken motivierender Gesprächsführung angewandt. Bei dieser psychosozialen Intervention wird der Substanzkonsum einer Person besprochen, und der Patient oder die Patientin wird dabei unterstützt, Entscheidungen hinsichtlich seines Substanzkonsums zu treffen und sich entsprechende Ziele zu setzen. In diesem Fall finden im Rahmen der Kurzintervention normalerweise bis zu 4 Sitzungen statt. Diese können bis zu einer Stunde dauern, sind jedoch meist kürzer.

Vorliegende Evidenz

Für diese Intervention liegen Ergebnisse aus 48 Reviews vor³¹, wobei 38 aus der neuen Übersicht stammen.

Hinsichtlich der primären Outcomes zeigen diese Studien, dass Kurzinterventionen und motivierende Gesprächsführung den Substanzkonsum beträchtlich verringern können. Dieser Wirksamkeitsnachweis wurde für verschiedene Substanzen (Tabak, Alkohol und Drogen) und unterschiedliche Altersgruppen (Jugendliche und Erwachsene) erbracht, wobei die als gering angegebenen Effektstärken nicht länger als 6 – 12 Monate anhalten.

Außerdem wurde die Reduzierung des übermäßigen Alkoholkonsums bei Menschen mit psychotischen Störungen berichtet. Hinweise auf die Reduzierung des Alkoholkonsums und/oder schädlichen Konsumverhaltens wurden ebenfalls für Oberstufenschüler und Schulabsolventen berichtet.

In Bezug auf die Lebenswelt Schule kam eine Studie zu dem Schluss, dass nur begrenzte Evidenz dafür vorliegt, dass Kurzinterventionen in der Schule den Substanzkonsum (Tabak, Alkohol, Drogen) wirksamer verringern als die Assessment-Only Behandlung, und ähnlich wirksam waren wie die Bereitstellung von Informationen. Andere Studien berichteten über eine gewisse Wirksamkeit beim Konsum von Cannabis und ähnlichen Ergebnissen wie bei Tabak und Alkohol.

Für die Durchführung per Computer und über Internet wurden im Falle von Alkohol geringe Auswirkungen gemeldet, die nicht langfristig (mehr als 12 Monate) andauern. Hinsichtlich Tabak und Cannabis liegt weniger Evidenz vor. In einem Review wurde über die Wirksamkeit telefonisch durchgeführter Interventionen berichtet. Die Effektstärken waren bei persönlicher Einzelberatung höher.

Reviews zur Durchführung im Notfallsetting stellten fest, dass die Zusammenführung der Ergebnisse durch die Heterogenität der einbezogenen Studien sowohl zu Jugendlichen und Erwachsenen als auch zu Alkohol und Drogen beeinträchtigt wurde. Es wurde deren Wirksamkeit festgestellt, auch bei Frauen und Patienten, die für eine Behandlung in Frage kommen.

Möglicherweise haben jedoch die Interventionen, die sich auf den Alkoholkonsum vor allem Jugendlicher und junger Erwachsener konzentrieren, bei Tabakkonsum limitierte Evidenz. Die Evidenz für Cannabis erwies sich als unergiebig und nicht aussagekräftig. Kurzinterventionen und motivierende Gesprächsführung sind für Jugendliche und Erwachsene gleichermaßen nützlich, obwohl die langfristigen Auswirkungen auf den

³¹ Ashton et al. (2015), Baker et al. (2012), Bertholet (2005), Carey et al. (2012), Carey et al. (2016), Carney (2012), Carney et al. (2014), Christakis (2003), Davis et al. (2017), Dedert et al. (2014), Dedert et al. (2015), Diestelkamp et al. (2016), Donoghue et al. (2014), Dotson et al. (2015), Dunn (2001), Elzerbi et al. (2015), Elzerbi et al. (2017), Foxcroft et al. (2015), Foxcroft et al. (2016), Gulliver et al. (2015), Hennessy & Tanner-Smith (2015), Hennessy et al. (2015), Jensen (2011), Jiang & Gao (2017), Kaner (2007), Kazemi et al. (2013), Landy et al. (2016), Leeman et al. (2015), McGinnes et al. (2016), Merz et al. (2015), Moreira (2009), Newton et al. (2013), Oosterveen et al. (2017), Park & Drake (2015), Peirson et al. (2016), Reavley (2010), Riper (2009), Riper et al. (2014), Scot-Sheldon et al. (2014), Scott-Sheldon et al. (2016), Smedslund (2011), Smedslund et al. (2017), Tait (2003), Tait et al. (2013), Vasilaki (2006), Watson et al. (2013), Wood et al. (2014), Young et al. (2014).

Alkoholkonsum weniger eindeutig waren. Außerdem wurde auch von einem Rückgang übermäßigen Alkoholkonsums bei Menschen mit psychotischen Störungen berichtet.

Die WHO empfiehlt Screenings und Kurzinterventionen für schädlichen und gefährlichen Alkoholkonsum in nicht-spezialisierten Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, mit Ausnahme von Bereichen mit gering verbreitetem Alkoholkonsum, wo das Screening aller Patientinnen und Patienten möglicherweise nicht wirtschaftlich wäre, während Kurzinterventionen für identifizierte Alkoholkonsumierende angemessen sein könnten. Das Screening auf schädlichen und gefährlichen Alkoholkonsum sollte mittels eines anerkannten Instruments durchgeführt werden, das problemlos in die klinische Routine integriert werden kann (z.B. AUDIT, ASSIST). In Settings, in welchen ein Screening nicht sinnvoll oder erschwinglich ist, sollten gegebenenfalls Ärzte und Ärztinnen den Alkoholkonsum ihrer Patientinnen und Patienten in Erfahrung bringen. Bei Patientinnen und Patienten mit schädlichem und gefährlichem Alkoholkonsum sollte eine Kurzintervention durchgeführt werden. Die Kurzintervention sollte als einzelne Sitzung von 5 – 30 Minuten abgehalten werden und außer einem individuellen Feedback eine Beratung hinsichtlich der Reduzierung oder Einstellung des Alkoholkonsums sowie das Angebot einer Nachbetreuung enthalten. Patientinnen und Patienten, bei denen das Screening eine Alkoholabhängigkeit ergibt, sollten gemäß den bestehenden WHO-Empfehlungen behandelt werden³².

Die WHO empfiehlt, Cannabis- und Psychostimulanzien-konsumierenden Personen eine Kurzintervention anzubieten, wenn die Abhängigkeit in nicht entsprechend spezialisierten Einrichtungen der Gesundheitsversorgung festgestellt wurde (bestehend aus einer einzelnen Sitzung von 5 – 30 Minuten, die außer einem individuellen Feedback eine Beratung hinsichtlich der Reduzierung oder Beendigung des Konsums von Cannabis oder Psychostimulanzien sowie das Angebot einer Nachbetreuung enthalten sollte). Bei Menschen mit anhaltenden Problemen in Verbindung mit dem Konsum von Cannabis oder Psychostimulanzien, die nicht auf die Kurzintervention ansprechen, empfiehlt die WHO außerdem, die Vermittlung zur Beurteilung durch einen Spezialisten zu erwägen³³

Die WHO hat einen Fragebogen zur Erfassung von Alkohol-, Nikotin- und Substanzkonsum (ASSIST) entwickelt, der Screening und Kurzinterventionen für alle psychoaktiven Substanzen einschließlich Alkohol, Tabak und psychoaktive Drogen erleichtert. Die Wirksamkeit der Interventionen wurde bei Erwachsenen nachgewiesen, während weitere Arbeit erforderlich ist, um die Wirksamkeit der auf ASSIST-basierten Interventionen bei Jugendlichen festzustellen.

³² WHO (2016), mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 2.0.

³³ WHO (2012), Brief psychosocial interventions, Evidence.

Bestehende Leitlinien und Instrumente für weitere Informationen

- AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care, Second Edition. WHO, 2001.
- Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care. WHO, 2001.
- The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care. WHO, 2010.
- The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: Manual for use in primary care. WHO, 2010.
- mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 2.0. WHO, 2016.

Präventionsprogramme am Arbeitsplatz

Kurzbeschreibung

Der Großteil des Substanzkonsums findet bei berufstätigen Erwachsenen statt. Substanzbedingte Störungen setzen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gesundheitlichen Risiken aus und führen zu Problemen in ihren Beziehungen zu Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Freunden und Familie sowie, insbesondere am Arbeitsplatz, zu Sicherheitsrisiken. Junge Erwachsene sind dabei besonders stark gefährdet, da festgestellt wurde, dass berufliche Belastung das Risiko, eine Substanzkonsumstörung zu entwickeln, bei Drogen-konsumierenden jungen Erwachsenen beträchtlich erhöht. Außerdem werden Arbeitgeber durch Substanzkonsum finanziell erheblich belastet. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Substanzkonsumproblemen weisen höhere Ausfallzeiten und eine geringere Produktivität auf; sie verursachen mehr Unfälle, haben höhere Gesundheitskosten und eine höhere Fluktuationsrate. Außerdem sind Arbeitgeber verpflichtet, einen gemäß den geltenden Gesetzen und Vorschriften sicheren und gesunden Arbeitsplatz zur Verfügung zu stellen und auf Dauer zu gewährleisten³⁴. Präventionsprogramme am Arbeitsplatz bestehen üblicherweise aus mehreren Komponenten und beinhalten Elemente und Maßnahmen für Prävention, Beratung und Vermittlung zur Behandlung.

Vorliegende Evidenz

Für diese Intervention liegen Ergebnisse aus 4 Reviews vor³⁵, wobei 2 aus der neuen Übersicht stammen.

In Bezug auf primäre Outcomes können, diesen Studien zufolge, Präventionsmaßnahmen am Arbeitsplatz den Alkoholkonsum verhindern, wobei geschlechtsspezifische Wirkungsschwankungen möglich sind, da eine Studie von einer positiven Wirkung im Sinne einer Reduktion des

³⁴ ILO (1996). Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. An ILO code of practice, Geneva, International Labour Office.

³⁵ Kazemi et al. (2013), Chan und Perry (2012), Thomas (2008), Webb (2009).

Alkoholkonsums bei Frauen, aber nicht bei Männern, berichtete. Ein Review fand keine Wirkung bei der Prävention des Tabakkonsums.

Darüber hinaus gab ein weiteres Review in Bezug auf sonstige gesundheitsbezogene Verhaltensweisen an, dass Interventionen am Arbeitsplatz sich günstig auf die körperliche Fitness auswirken können. Der Zeitrahmen für die Nachhaltigkeit dieser Ergebnisse ist unklar.

Abgesehen von einigen Forschungsergebnissen aus Asien und Afrika stammt die Evidenz größtenteils aus Nordamerika und Europa.

Merkmale, die nach Expertenmeinung mit Wirksamkeit assoziiert werden

- ✓ Entwickelt unter Einbeziehung aller Interessensgruppen (Arbeitgeber, Geschäftsleitung, Arbeitnehmer).
- ✓ Gewährleistet die Vertraulichkeit für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer;
- ✓ Beinhaltet eine Richtlinie für Substanzkonsum am Arbeitsplatz ohne Sanktionscharakter, die von allen Interessensgruppen entwickelt wurde,;
- ✓ Ermöglichen Kurzinterventionen (einschließlich über Internet), Beratung, Vermittlung zur Behandlung sowie im Bedarfsfall Reintegrationsangebote für Arbeitnehmer;
- ✓ Beinhalten eine klare Kommunikationskomponente;
- ✓ Integriert in andere Programme in Verbindung mit Gesundheit und Wohlbefinden (z.B. zur Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen);
- ✓ Beinhalten Kurse zur Stressbewältigung;
- ✓ Schulung von Führungskräften, Arbeitnehmern und Personal im Gesundheitswesen, damit diese ihre Aufgaben im Programm erfüllen können.
- ✓ Beinhalten Alkohol- und Drogentests lediglich als Teil eines umfassenden Programms mit den in den obigen Gliederungspunkten aufgeführten Merkmalen.

Bestehende Leitlinien und Instrumente für weitere Informationen

- Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 6: School-based Prevention Interventions (2015)
- ILO (2012), SOLVE training package: Integrating health promotion into workplace OSH policies, Programme on Safety and Health at Work and the Environment (SAFEWORK), International Labour Organisation, Geneva, Switzerland.
- CICAD (2009), CICAD Hemispheric Guidelines in Workplace Prevention
- UNODC in cooperation with ILO (*forthcoming*), Guidelines on workplace prevention programmes.

Tabakbezogene Maßnahmen

Kurzbeschreibung

Eine Reihe von Maßnahmen, die auf Bevölkerungsebene umzusetzen sind, um die Verfügbarkeit von Tabak, den Zugang zu diesem und das Tabakrauchen zu verringern.

Vorliegende Evidenz

Für diese Art von Maßnahmen³⁶ lagen Erkenntnisse aus 4 Reviews vor, 1 davon aus der neuen Übersicht, welche die nachstehenden Orientierungshilfen der WHO weiter stützen, insbesondere in Hinblick auf Maßnahmen in der Arbeitswelt.

Das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs enthält klare evidenzbasierte Vorgaben für Strategien zur Verminderung der Nachfrage nach Tabak. Hierzu gehören preisliche und steuerliche Maßnahmen - ein wirksames und bedeutendes Instrument zur Reduzierung der Nachfrage nach Tabak bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen, insbesondere jungen Menschen. Darüber hinaus werden auch Maßnahmen zum Schutz vor Belastungen durch Tabakrauch ausgeführt, da wissenschaftlich eindeutig erwiesen ist, dass Belastung durch Tabakrauch Tod, Krankheit und Behinderung verursachen kann. Regularien zum Inhalt von Tabakerzeugnissen, zur Bekanntgabe von Angaben über Tabakerzeugnisse, zur Verpackung und Etikettierung von Tabakerzeugnissen, Aufklärung, Information, Schulung und die Sensibilisierung des öffentlichen Bewusstseins, sowie zur Tabakwerbung, zur Reklame und zum Sponsoring. In Bezug auf letzteres merkt das Übereinkommen an, dass ein umfassendes Verbot der Tabakwerbung, der Reklame und des Sponsorings den Konsum von Tabakerzeugnissen vermindern würde.

Bestehende Leitlinien und Instrumente für weitere Informationen

- ✓ Berichte und Quellen der WHO Tobacco Free Initiative

Alkoholbezogene Maßnahmen

Kurzbeschreibung

Eine Reihe von Maßnahmen und Interventionen zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums; definiert als Alkoholkonsum, der negative gesundheitliche und soziale Folgen für den Konsumierenden, die Menschen in seiner Umgebung und die Gesellschaft insgesamt mit sich bringt, sowie Konsumverhalten, das mit einem höheren Risiko von

³⁶ Frazer et al. (2016), Lovato (2011), Stead (2005), Thomas (2008).

Gesundheitsschädigungen einhergeht.

Vorliegende Evidenz

Die neue Übersicht systematischer Reviews ergab keine neuen Reviews:

Die Globale Strategie der WHO zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (WHO Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol)³⁷ aus dem Jahre 2010 fasst die klare und evidenzbasierte Orientierungshilfe in Bezug auf Interventionen und Maßnahmen zur Reduzierung des schädlichen Alkoholkonsums zusammen und gliedert sie in 10 Aktionspunkte. Neben Führungsstärke, Bewusstsein und Entschlossenheit beim Schutz der Bevölkerung braucht es im Gesundheitssektor Reaktionen, wie etwa Screening und Kurzinterventionen in Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung und anderen Settings, auch für Schwangere und Frauen in gebärfähigem Alter. Ein weiterer Aktionspunkt betrifft die Mobilisierung und Stärkung von Communities wenn es darum geht, den Verkauf von Alkohol an Minderjährige und andere Risikogruppen zu verhindern und alkoholfreie Umfelder und Veranstaltungen zu entwickeln. Maßnahmen gegen Alkohol am Steuer sollten durch sorgfältig geplante intensive, gut durchgeführte Kampagnen zur Sensibilisierung und Aufklärung der Öffentlichkeit ergänzt werden. Ein weiterer entscheidender Handlungsbereich ist die Regulierung der Verfügbarkeit von Alkohol durch Maßnahmen wie ein Lizenzierungssystem für den Ladenverkauf oder staatliche Monopole im Sinne der öffentlichen Gesundheit, Regulierung der Anzahl und Lage von Alkoholverkaufsstellen mit bzw. ohne Ausschank vor Ort, Regulierung der Verkaufstage und -zeiten des Ladenverkaufs, Regulierung der Arten des Ladenverkaufs von Alkohol, Regulierung des Ladenverkaufs an bestimmten Orten oder bei besonderen Veranstaltungen, Festlegung eines angemessenen Mindestalters für den Erwerb oder Konsum alkoholischer Getränke sowie Festlegung der Maßnahmen, um den Verkauf an Betrunkene zu verhindern und die Wirkungen von Werbung zu verringern. Besonders wichtig ist es dabei, junge Menschen vor den Inhalten der Alkoholwerbung zu schützen, insbesondere in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, in welchen der Alkoholkonsum unter Jugendlichen derzeit noch wenig verbreitet ist und die als neue Märkte anvisiert werden. Außerdem stellt die Erhöhung der Preise alkoholischer Getränke mittels eines wirksamen und effizienten Besteuerungssystems in Verbindung mit einer angemessenen Steuererhebung und -eintreibung eine der wirksamsten Interventionen zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums dar. Ergänzende Maßnahmen beinhalten Schadensbegrenzung von Alkoholintoxikation und -trinken, ohne zwangsläufige Auswirkungen auf den zugrundeliegenden Alkoholkonsum, insbesondere in Bezug auf Fahren unter Alkoholeinfluss und die Umsetzung von Handlungsempfehlungen für einen verantwortungsvollen Ausschank von Getränken sowie Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darin, wie sie Situationen mit intoxikierten oder aggressiven Personen besser vorbeugen, sie schneller erkennen und wie sie richtig handeln. Weitere Handlungsfelder bestehen in der Verringerung der Auswirkungen von illegalem und unkontrolliert

³⁷ WHO (2010), WHO Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol

hergestelltem Alkohol auf die öffentliche Gesundheit sowie deren Überwachung und Beobachtung.

Diese Maßnahmen werden ebenfalls von der WHO empfohlen, um Unfallverletzungen (Verkehrsunfälle) bei Jugendlichen, Jugendgewalt, sexueller Gewalt und anderen Arten geschlechtsspezifischer Gewalt³⁸ sowie Kindesmisshandlungen³⁹ vorzubeugen.

Bestehende Leitlinien und Instrumente für weitere Informationen

- Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. WHO, 2010.

Kommunale multisektorale Ansätze

Kurzbeschreibung

Auf kommunaler Ebene bringt die Mobilisierung von Kräften zur Bildung von Kooperationen, Projektgruppen, Koalitionen, Aktionsgruppen, etc., verschiedene Akteure einer Gemeinschaft zusammen, mit dem Ziel, sich dem problematischen Substanzkonsum zu widmen. Einige Kooperationen in Kommunen ergeben sich spontan. Kommunale Partnerschaften in großem Rahmen entstehen jedoch normalerweise infolge eines besonderen Programms, das den Kommunen finanzielle und technische Unterstützung bereitstellt, um im Laufe der Zeit evidenzbasierte Präventionsinterventionen und -maßnahmen einzuführen und beizubehalten. Gemeinschaftsbasierte Initiativen bestehen normalerweise aus mehreren Komponenten, die in verschiedenen Lebenswelten wirken (z.B. in Schulen, Familien, Medien, Vollzug, etc.).

Vorliegende Evidenz

Die neue Übersicht systematischer Reviews ergab keine neuen Reviews.

In der ersten Ausgabe lagen für diese Intervention Erkenntnisse aus 13 Reviews vor⁴⁰.

In Bezug auf primäre Outcomes können diesen Studien zufolge multisektorale Gemeinschaftsinitiativen dem Konsum von Drogen, Alkohol und Tabak vorbeugen.

³⁸ WHO (2017), Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation.

³⁹ WHO (2016), INSPIRE: seven strategies for ending violence against children.

⁴⁰ Bühler (2008), Carson (2011), Carson (2012), Foxcroft (2011), Gates (2006), Jackson (2012), Jones (2006), Müller-Riemenschneider (2008), Roe (2005), Schröder-Günther (2011), Skara (2003), Spoth (2008a) und Spoth (2008b).

Obwohl die eingangs dargestellte Evidenz mehrheitlich aus den USA/Kanada, Europa und Australien stammt, kamen auch einige wenige Studien zu multisektoralen Initiativen, insb. zum Thema Tabak, aus Asien.

Die Mobilisierung von Kommunen, um den Verkauf von Alkohol an Minderjährige und den Konsum durch Minderjährige zu verhindern und eine alkoholfreie Umgebung zu entwickeln und zu fördern, besonders für Jugendliche und Risikopersonen, ist eines der Handlungsfelder, die von der Globalen Strategie der WHO zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums als wirksam erkannt wurde.

Merkmale, die nach Expertenmeinung mit Wirksamkeit assoziiert werden

- ✓ Unterstützen die Durchsetzung von Maßnahmen gegen Tabak und Alkohol auf lokaler Ebene.
- ✓ Funktionieren in mehreren Gemeinschaftssettings (Familien und Schulen, Arbeitsplatz, Unterhaltungsstätten, etc.)
- ✓ Beteiligen Universitäten, um die Einführung evidenzbasierter Programme und deren Überwachung und Auswertung zu unterstützen.
- ✓ Angemessene Schulung und Ressourcen werden für die Gemeinschaften bereitgestellt.
- ✓ Die Initiativen werden mittelfristig unterstützt (z.B. länger als ein Jahr).

Bestehende Leitlinien und Instrumente für weitere Informationen

- CCSA (2010), Community-Based Standards, Canadian Standards for Youth Substance use Prevention, Canadian Centre on Substance use, Ottawa, Canada

Medienkampagnen

Kurzbeschreibung

Für Personen mit politischer Entscheidungsbefugnis, die sich mit der Vorbeugung des Drogenkonsums in der Bevölkerung befassen, stellen Medienkampagnen oftmals die erste und/oder einzige Interventionsart dar, da sie sichtbar sind und potentiell eine Vielzahl von Menschen auf relativ einfache Art erreichen.

Vorliegende Evidenz

Für diese Intervention liegen Erkenntnisse aus 6 Reviews vor⁴¹, wobei 5 aus der neuen Übersicht stammen.

In Bezug auf primäre Outcomes ergaben diese Studien widersprüchliche Erkenntnisse zur Wirkung bei der Prävention von Tabak-, Alkohol- und

⁴¹ Allara et al. (2015), Carson et al. (2017), Ferri et al. (2013), Gould et al. (2013), Guillaumier et al. (2012), Hopkins (2001).

Drogenkonsum, mit Ausnahme von tabakbezogenen Kampagnen in Kombination mit weiteren Präventionskomponenten.

Die dargestellte Evidenz stammt aus Nordamerika, Australien/Neuseeland sowie Europa.

Merkmale, die nach Expertenmeinung mit Wirksamkeit assoziiert werden

- ✓ Identifizieren genau die Zielgruppe der Kampagne.
- ✓ Basieren auf solider theoretischer Grundlage.
- ✓ Erstellen Botschaften anhand solider Grundlagenforschung.
- ✓ Sind eng mit anderen bestehenden Drogenpräventionsprogrammen in Familie, Schule und Community verbunden.
- ✓ Stellen sicher, dass die Zielgruppe über einen langen Zeitraum hinweg häufig mit den Botschaften in Berührung kommt.
- ✓ Systematische Evaluation.
- ✓ Einbeziehung der Eltern, da sich dies anscheinend unabhängig davon auch auf die Kinder auswirkt.
- ✓ Ausgerichtet auf Veränderung kultureller Normen über Substanzkonsum und/oder Aufklärung über die Folgen von Substanzkonsum und/oder Empfehlung von Strategien zum Verzicht auf Substanzkonsum.

Merkmale, die nach Expertenmeinung mit mangelnder Wirksamkeit oder mit nachteiligen Auswirkungen assoziiert werden

- ✗ Schlecht konzipierte oder schlecht ausgestattete Medienkampagnen sind zu vermeiden, da sie die Situation verschlimmern können, indem die Zielgruppe resistent gegenüber anderen Interventionen und Maßnahmen wird oder diese ablehnt.

Orte des Freizeit- und Nachtlebens

Kurzbeschreibung

Orte des Freizeit- und Nachtlebens umfassen Bars, Clubs, Restaurants sowie Einrichtungen im Freien oder spezielle Orte für Großveranstaltungen. Diese Einrichtungen können sich sowohl positiv als auch negativ auf Gesundheit und Wohlbefinden der Bürger auswirken, da sie einerseits soziale Begegnungsräume darstellen und die regionale Wirtschaft unterstützen, gleichzeitig aber als Hochrisiko-Setting für vielerlei riskante Verhaltensweisen gelten, wie für Alkohol- und Drogenkonsum, Fahren unter Drogeneinfluss und Aggression.

Die meisten Präventionsprogramme im Freizeit- und Nachtleben bestehen aus mehreren Komponenten, einschließlich unterschiedlicher Kombinationen der

Schulung von Angestellten und des Umgangs mit betrunkenen Gästen; Änderungen von Gesetzen und Richtlinien, z.B. hinsichtlich des Ausschanks von Alkohol an Minderjährige oder Betrunkene oder hinsichtlich des Fahrens unter Alkohol- und/oder Drogeneinfluss; plakative Durchsetzung geltender Gesetze und Richtlinien, Kommunikation zur Stärkung von Bewusstsein und Akzeptanz hinsichtlich des Programms sowie zur Änderung von Einstellungen und Normen; Behandlungsangebote für Führungskräfte und Personal.

Vorliegende Evidenz

Für diese Intervention liegen Ergebnisse aus 3 Reviews vor⁴², wobei 1 aus der neuen Übersicht stammt.

In Bezug auf primäre Outcomes wirkten sich diesen Studien zufolge Mitarbeiterschulung, politische Maßnahmen und deren Durchsetzung in gewissem Umfang auf Intoxikation, riskanten Alkoholkonsum und alkoholbedingte Schädigungen aus, auch in Zusammenhang mit Sportveranstaltungen.

Die gesamte Evidenz stammt aus Nordamerika, Europa und Australien.

Merkmale, die nach Expertenmeinung mit Wirksamkeit unter kontrollierten Bedingungen und/oder Wirksamkeit in der Praxis assoziiert werden

- ✓ Schult Personal und Geschäftsleitung in verantwortungsvollem Ausschank sowie im Umgang mit betrunkenen Kunden.
- ✓ Bietet bedürfnisorientiert Beratung und Behandlung für Personal und Führungskräfte an.
- ✓ Beinhaltet eine starke Kommunikationskomponente, um Bewusstsein und Akzeptanz hinsichtlich des Programms zu erhöhen;
- ✓ Beinhaltet die aktive Beteiligung der Strafverfolgungsbehörden sowie des Gesundheits- und Sozialbereichs;
- ✓ Setzt geltende Gesetze und Richtlinien zu Substanzkonsum in den Einrichtungen und in der Communities durch.

Bestehende Leitlinien und Instrumente für weitere Informationen

- UNODC, ATS prevention guide for policy makers.
- Bericht des EU-Sachverständigenausschusses für seltene Krankheiten: CICAD report: Insights for a drugged driving policy

⁴² Bolier (2011), Brennan (2011), Kingsland et al. (2016)

II. Präventionsthemen mit weiterem Forschungsbedarf

Außerschulische Aktivitäten, Sport und andere strukturierte Freizeitaktivitäten

In vielen Ländern und Kommunen stellt die Organisation von Sportveranstaltungen und anderen drogen- oder substanzfreien Freizeitaktivitäten eine beliebte Möglichkeit dar, um Jugendlichen prosoziale und gesunde Beschäftigungen anzubieten und zu verhindern, dass sie sich auf riskante Verhaltensweisen einschließlich Drogenkonsum einlassen.

Der für diese zweite aktualisierte Ausgabe der Standards vorgenommene Überblick brachte ein Review hervor, in dem informelle Bildungsaktivitäten für die positive Entwicklung Jugendlicher untersucht werden und von Wirkungslosigkeit bzw. nicht eindeutigen Outcomes die Rede ist.

Die für die erste Ausgabe der Standards vorgenommene Überprüfung der Literatur hatte drei Reviews ermittelt, die besagen, dass praktisch keine Studien die Auswirkung sportlicher Aktivitäten auf den Substanzkonsum oder auf Mediationsfaktoren bei Kindern untersuchen. Das neue Review ermittelte keine neuen Studien. Tatsächlich ist zu beachten, dass sportliche Betätigung nicht per se mit geringerem Substanzkonsum einhergeht und mit vermehrtem Rauchen und Rauschtrinken in Verbindung gebracht wurde.

Das Evidenzreview, das für die WHO-Leitlinien über die Prävention jugendlicher Gewalt herangezogen wurde, ergab, dass außerschulische und andere strukturierte außerschulische Freizeitaktivitäten, die eine Schulung der Sozialkompetenz beinhalten, verminderte Straffälligkeit, verminderten Alkohol- und Drogenkonsum sowie eine geringere Schulabbrecherquote zur Folge hatten. Es gab einige Evidenz aus Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, wobei jedoch die meisten Studien nicht über ein hinreichend robustes Forschungsdesign verfügen⁴³.

Außerdem wurde berichtet, dass außerschulische Programme häufig auf Jugendliche mit ungünstigen sozio-ökonomischen Ausgangsbedingungen oder Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten abzielen, und in einigen Studien wurde festgestellt, dass sich das Zusammenbringen stark gefährdeter Jugendlicher nachteilig auswirken kann. Andererseits liegen Beispiele für Programme vor, in denen Sport-Coaching genutzt wird, um persönliche und soziale Kompetenzen zu vermitteln. Dazu gehört das Pilotprojekt "Line Up Live Up", das derzeit von UNODC in Afrika und Lateinamerika durchgeführt wird.

⁴³ WHO (2015), Preventing youth violence; WHO (2017), Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation.

Generell sollten Personen mit politischer Entscheidungsbefugnis äußerste Vorsicht walten lassen, wenn sie sich für die Einführung dieser Art der Intervention entscheiden, unter Einbindung einer starken Forschungskomponente, um die Auswirkung zu beurteilen.

Vorbeugung des Konsums verschreibungspflichtiger Medikamente zu nicht-medizinischen Zwecken

Der Konsum verschreibungspflichtiger und in den Übereinkommen regulierten Medikamente zu nicht-medizinischen Zwecken stellt wie auch der Konsum einiger frei verkäuflicher Medikamente zu nicht-medizinischen Zwecken in vielen Ländern ein wachsendes Problem dar. In einigen Ländern steht diese Problematik an zweiter Stelle hinter dem Cannabis-Konsum. Wenngleich dies vor allem in Nordamerika zu beobachten ist, so liegen auch Berichte über beträchtlichen Behandlungsbedarf in Europa, Afrika, Südasien und Lateinamerika vor. Je nach Land und Art der Substanz scheint im Falle einiger anfälligerer Gruppen (wie bei Jugendlichen, Frauen, älteren Menschen, Angehörigen der Gesundheitsberufe, aber ebenso bei Straßenkindern, Zivilpersonen und Streitkräften nach Einsatz in Krisensituationen) eine besondere Gefährdung vorzuliegen. Außerdem kann der Konsum verschreibungspflichtiger Medikamente zu nicht-medizinischen Zwecken ebenso ernste gesundheitliche und soziale Folgen mit sich bringen wie der Konsum anderer regulierter Drogen.

In dem für diese zweite aktualisierte Ausgabe der Standards vorgenommenen Überblick wurde kein systematisches Review eigens hinsichtlich der Prävention des Konsums verschreibungspflichtiger Medikamente zu nicht-medizinischen Zwecken ermittelt. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die meisten Strategien, die sich bei der Prävention von Substanzkonsum als wirksam erwiesen, starke Entwicklungsförderungskomponenten aufweisen, und sich daher nicht nur auf eine bestimmte Substanz auswirken sondern tatsächlich verschiedene riskante Verhaltensweisen beeinflussen können. Somit zeichnet sich ab, dass universelle evidenzbasierte Interventionen in Schulen, mit Familien und in Communities auch dem Konsum verschreibungspflichtiger Medikamente zu nicht-medizinischen Zwecken wirksam vorbeugen⁴⁴.

Die Beschaffung verschreibungspflichtiger Medikamente erfolgt durch Inanspruchnahme mehrerer Ärztinnen und Ärzte [„Ärztehopping“], Betrug, Diebstahl, über das Internet sowie über Familie und Freunde. Somit ist anzunehmen, dass all diese Beschaffungswege zusätzlich zu den angegebenen Interventionen Gelegenheiten zur Prävention bieten. Einiges deutet darauf hin, dass sich das ärztliche Verschreibungsverhalten durch die Vorgabe von Leitlinien, verbindliche Beratung sowie die Beschränkung und Kontrolle von Verschreibungen und für die Erstellung von Verzeichnissen verändert, indem diese Medikamente nur jenen Patientinnen und Patienten bereitgestellt werden, die sie benötigen. Da Eltern einen starken Einfluss auf Jugendliche ausüben und da zahlreiche Personen angeben, sich die Substanzen von Familienangehörigen zu beschaffen, könnte es ein vielversprechender Ansatz sein, Eltern dafür zu sensibilisieren, dass verschreibungspflichtige Medikamente, sowohl für Eltern als auch Kinder, nur unter ärztlicher Aufsicht einzunehmen sind. Auch praktische Maßnahmen zur sicheren

⁴⁴ Ashton et al. (2017), Spoth et al. (2016), Spoth et al. (2013).

Entsorgung verschreibungspflichtiger Medikamente, wenn ihr Haltbarkeitsdatum abgelaufen ist oder sie nicht länger von der vorgesehenen Person eingenommen werden müssen, erscheinen vielversprechend. Möglicherweise müssen auch Fachkräfte im Gesundheitswesen kontinuierlich in der Vorbeugung, der Erkennung und dem Umgang mit der Einnahme verschreibungspflichtiger Medikamente zu nicht-medizinischen Zwecken und den damit verbundenen Folgen geschult werden⁴⁵

Einige zusätzliche Hinweise zu möglichen Interventionen und Maßnahmen zur Vorbeugung des Konsums verschreibungspflichtiger Medikamente zu nicht-medizinischen Zwecken finden sich in UNODC (2011) "The non-medical use of prescription drugs, policy direction issues, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria" sowie CICAD (2012), "Guide to preventing prescription drug abuse, Inter-American Drug Abuse Control Commission, Washington D.C., USA".

Interventionen und Maßnahmen für besonders gefährdete Kinder und Jugendliche

In dem für diese zweite aktualisierte Ausgabe der Standards vorgenommenen Überblick wurde kein systematisches Review zur Prävention des Substanzkonsums bei besonders gefährdeten Kindern und Jugendlichen ermittelt, wenngleich Evidenz dafür vorliegt, dass sie oftmals in sehr jungen Jahren mit Drogen in Kontakt kommen. Zu dieser Gruppe gehören beispielsweise Kinder und Jugendliche, die keine Schule besuchen, Straßenkinder, derzeitige und ehemalige Kindersoldaten, Kinder und Jugendliche aus vertriebenen Bevölkerungsgruppen oder Bevölkerungsgruppen in Nachkriegssituationen, Kinder und Jugendliche in Pflegeunterbringung, in Waisenhäusern sowie im Jugendstrafsystem.

Prävention des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen

In vielen Ländern wurde der zunehmende Konsum neuer psychoaktiver Substanzen beobachtet, die nicht in den Übereinkommen reguliert sind (die sogenannten „Legal Highs“ oder „Smart Drugs“⁴⁶). In dem für diese zweite aktualisierte Ausgabe der Standards vorgenommenen Überblick wurde kein systematisches Review hinsichtlich der Prävention derartiger Substanzen ermittelt. Dabei ist jedoch zu beachten, dass im Falle des Konsums verschreibungspflichtiger Medikamente für nicht-medizinische Zwecke die Mehrzahl der wissenschaftlich gesicherten Präventionsstrategien nicht auf eine spezielle Substanz ausgerichtet sind. Dies gilt insbesondere für Strategien, die Anfälligkeiten in einem frühen Lebensstadium angehen oder positive Bewältigungskompetenzen stärken, um einem Rückgriff auf negative Bewältigungskompetenzen, einschließlich Substanzkonsum, vorzubeugen. Deshalb ist davon auszugehen, dass derartige Strategien bei der Prävention des Konsums dieser neuen psychoaktiven Substanzen ebenfalls wirksam sein könnten. Dies ist jedoch ein weiterer Bereich, in dem intensive Forschung

⁴⁵ Aus der Entwurfsfassung des Aufrufs des US-Sanitätsinspektors zur Prävention des Konsums verschreibungspflichtiger Drogen bei Jugendlichen: "The Dangers of Improper Use of Controlled Medications", 2014 (unveröffentlicht), und UNODC (2011), "The non-medical use of prescription, policy direction issues, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria

⁴⁶ UNODC (2017), World Drug Report, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna,.

notwendig erscheint.

Einfluss der Medien

Kontakt mit Medien übt einen maßgeblichen Einfluss auf die psychosoziale Entwicklung junger Menschen aus. Insbesondere die Popkultur (z.B. Prominente, Film, Musik) kann den Einstieg in gefährliche Verhaltensweisen, wie Alkohol- und Tabakkonsum, stark beeinflussen. Mehrere mögliche Mechanismen können diesen Einfluss erklären, wie etwa der Wunsch, die Eigenschaften zu erwerben, die Prominente zu etwas Besonderem machen, oder die Ausbreitung von Verhaltensweisen in sozialen Netzwerken. Aufgrund der einzigartigen Entwicklung des Nervensystems junger Menschen sind diese besonders empfänglich für den Einfluss der Popkultur, und ihre Handlungen nicht einfach eine Folge fehlender gesundheitlicher Kompetenz. Wenngleich dieses Thema nicht Gegenstand des vorliegenden Dokuments ist, wären weitere Forschungen zur näheren Untersuchung dieser Frage angezeigt. Außerdem sollte der Hinweis auf den entsprechenden Abschnitt im vorherigen Kapitel beachtet werden, dass die vorliegenden Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Kampagnen der Massenmedien äußerst begrenzt sind. In diesem Zusammenhang ist weitere Forschungsarbeit zur Wirksamkeit von Kampagnen in Massenmedien unerlässlich.

III. Merkmale eines wirksamen Präventionssystems

Ein wirksames System nationaler Drogenprävention bietet eine breite Palette wissenschaftlich gesicherter integrierter Interventionen und Maßnahmen in mehreren Lebenswelten und ist auf entsprechende Altersgruppen und Risikostufen ausgerichtet. Angesichts des komplexen Zusammenwirkens von Faktoren, die Kinder, Jugendliche und Erwachsene gleichermaßen anfällig für Substanzkonsum und sonstige riskante Verhaltensweisen machen, sollte dies nicht überraschen. Derartige Anfälligkeiten können nicht durch Umsetzung einer einzigen Präventionsintervention beseitigt werden, die oftmals isoliert und in ihrem Zeitrahmen und ihrer Reichweite begrenzt ist. Das übergeordnete Ziel besteht hierbei in der Förderung der gesunden und sicheren Entwicklung jedes Einzelnen. Dabei würde ein wirksames Präventionssystem wohl Strategien mit einer Mischung von Maßnahmen der Verhaltens- - und Verhältnisprävention und einer untergeordneten Informationskomponente beinhalten.

Um eine breite Palette von Interventionen und Maßnahmen anzubieten, muss ein System über starke strukturelle Grundlagen verfügen, die in diesem Abschnitt erläutert werden und Folgendes beinhalten:

- ✓ Einen unterstützenden politischen und rechtlichen Handlungsrahmen;
- ✓ Wissenschaftliche Evidenz und Forschung;
- ✓ Koordination unter Einbeziehung mehrerer Bereiche und Ebenen (bundesweit, auf Landes- und kommunaler Ebene);
- ✓ Schulung von Personen mit politischer Entscheidungsbefugnis und Fachleuten aus der Praxis sowie
- ✓ Verpflichtung zur Bereitstellung angemessener Ressourcen und zur langfristigen Aufrechterhaltung des Systems.

1. Spektrum evidenzbasierter Interventionen und Maßnahmen

Der vorhergehende Abschnitt bietet einen umfassenden Überblick über die Interventionen und Maßnahmen, deren Wirksamkeit zur Prävention des Substanzkonsums nachgewiesen wurde. Die Strategien unterscheiden sich in vier Hauptbereichen: Alter der Zielgruppe, Risikograd der Zielgruppe, Lebenswelt, für die die Strategie vorgesehen ist sowie Handlungsschwerpunkt (Umgebung, Entwicklung, Information). Ein wirksames System bietet eine Reihe evidenzbasierter Interventionen und Maßnahmen mit folgender Ausrichtung:

- ✓ Unterstützung von Kindern und Jugendlichen während ihrer Entwicklung und insbesondere während kritischer Übergangsphasen, in welchen sie am verwundbarsten sind, z.B. im Säuglingsalter und in der frühen Kindheit sowie im Übergang zwischen Kindheit und Jugend.
- ✓ Ausrichtung auf die Gesamtbevölkerung (universelle Prävention), jedoch auch einzelne Gruppen (selektive Prävention) sowie besonders gefährdete Personen (indizierte Prävention).
- ✓ Einbeziehung individueller und umgebungsbezogener Risiko- und Resilienzfaktoren.
- ✓ Erreichen der Bevölkerung in mehreren Lebenswelten (z.B. in Familien, Schulen, Gemeinschaften, am Arbeitsplatz, etc.)

2. Unterstützender politischer und rechtlicher Handlungsrahmen

Kein Programm und keine Maßnahme kann in einem Vakuum existieren. Wie bereits eingangs bemerkt, ist die Drogenprävention nur einer der wesentlichen Bestandteile eines gesundheitsorientierten Systems, das darauf ausgerichtet ist, die Verfügbarkeit von psychoaktiven Substanzen für medizinische und Forschungszwecke zu gewährleisten und gleichzeitig ihrer Abzweigung und dem missbräuchlichen Konsum vorzubeugen sowie zu verhindern, dass diese und andere psychoaktive Substanzen die Gesundheit belasten. In diesem Sinne bestünde ein wirksames nationales System aus Folgendem:

- ✓ Einbettung in ein umfassendes und gesundheitsorientiertes System der Drogenbekämpfung, das darauf ausgerichtet ist, die Verfügbarkeit von psychoaktiven Substanzen für medizinische und Forschungszwecke zu gewährleisten und gleichzeitig ihrer Abzweigung und dem missbräuchlichen Konsum vorzubeugen, was ebenfalls die Reduzierung des Drogenangebots, die Behandlung, Betreuung und Rehabilitation Drogenabhängiger sowie die Prävention gesundheitlicher und sozialer Folgen des Drogenkonsums (z.B. HIV/AIDS, Hepatitis C, Drogenüberdosis, Fahren unter Drogeneinfluss, etc.) beinhaltet.
- ✓ Basierend auf dem Verständnis, dass Drogenkonsumstörungen Krankheiten sind, die sich infolge eines komplexen Zusammenspiels genetischer, biologischer und psychologischer Faktoren mit der Umgebung entwickeln und die zu behandeln und nicht zu bestrafen sind.
- ✓ Verbunden mit einer nationalen gesundheitspolitischen Strategie zum Zwecke der gesunden und sicheren Entwicklung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen einschließlich der Prävention, Behandlung und Betreuung von Substanzkonsumstörungen sowie der Prävention anderer gesundheitsschädlicher oder riskanter Verhaltensweisen.

Andere wichtige gesellschaftliche Merkmale, wie Grad der Ungleichheit, Sozialkapital und gesellschaftliche Normen hinsichtlich des Konsums psychoaktiver Substanzen, beeinflussen die Umsetzung und Wirksamkeit evidenzbasierter Prävention ebenfalls in hohem Maße.

Außerdem kann die Durchführung von Programmen sowohl durch Regierungsbehörden als auch durch Nichtregierungsorganisationen erheblich gefördert werden, wenn sie auf nationaler Ebene durch angemessene Regulierung angeordnet und unterstützt wird, einschließlich:

- ✓ Nationale Standards, einschließlich Qualitätsstandards für Interventionen und Maßnahmen zur Drogenprävention; zusätzlich zu diesen Standards wurden die Europäischen Qualitätsstandards zur Drogenprävention von einer Arbeitsgemeinschaft europäischer Forschungs- und Praxiseinrichtungen entwickelt, die außerdem nützliche Instrumentarien [Toolkits] mit folgendem Inhalt bereitstellen: Für Personen mit politischer Entscheidungsbefugnis, die wertvolle Präventionsstrategien finanzieren möchten (Toolkit 1); für Fachleute aus der Praxis, die eine Selbsteinschätzung mit dem Ziel der Verbesserung vornehmen möchten (Toolkit 2); sowie für nationale Gruppen, die die Europäischen Standards genau anwenden möchten (Toolkit 4); Schulungsmaterialien (Toolkit 3) sind ebenfalls verfügbar; auch das Portfolio der Standards des Kanadischen Zentrums für Substanzmissbrauch dient als wichtiges Beispiel;
- ✓ Es wird angeregt, dass nationale Standards soweit möglich die ausschließliche Umsetzung evidenzbasierter Strategien als verbindlich durchsetzen sollten; eine Möglichkeit, dies zu unterstützen, besteht in der Schaffung eines Verzeichnisses evidenzbasierter Strategien oder dem Verweis auf bestehende Verzeichnisse, wie die "Blueprints for Healthy Youth Development" sowie jene Verzeichnisse, die in vielen europäischen Ländern entwickelt wurden, wobei mit "Xchange" ein einheitliches europäisches Verzeichnis derzeit bei der EMCDDA pilotiert wird und verfügbar ist.
- ✓ Nationale Expertenstandards für Personen mit politischer Entscheidungsbefugnis und Fachleute im Bereich der Drogenprävention, möglicherweise mit einem Akkreditierungssystem; ein Akkreditierungssystem würde außerdem die Professionalisierung des Bereichs und die Gründung von Organisationen für Fachleute begünstigen, wie dies bereits auf dem Gebiet der Behandlung von Drogenkonsumstörungen geschieht; eine weltweite Piloterfahrung, die sinnvolle Unterstützung bieten kann, ist in diesem Sinne die Internationale Gesellschaft für Fachleute im Bereich Substanzkonsum (ISSUP).
- ✓ Verpflichtung von Schulen zur Umsetzung evidenzbasierter Programme zur Prävention von Substanzkonsum sowie Maßnahmen zu Gesundheitserziehung und -förderung bzw. persönlicher/sozialer Erziehung und Förderung einschließlich Durchführungsstandards.
- ✓ Verpflichtung von Arbeitgebern zur Umsetzung von Maßnahmen oder Programmen zur Prävention von Substanzkonsum am Arbeitsplatz,

einschließlich Durchführungsstandards.

- ✓ Verpflichtung von Gesundheits-, Sozial- und Bildungsdiensten zur Unterstützung von Familien bei der Förderung der physischen, kognitiven und emotionalen Entwicklung ihrer Kinder.

3. Eine solide Grundlage von Forschungsergebnissen und wissenschaftlicher Evidenz

Ein wirksames nationales System zur Prävention von Drogenkonsum sollte wissenschaftlich gesichert sein und zugleich auch Forschungsbemühungen unterstützen, um zur Evidenzbasierung beizutragen. Dies beinhaltet zwei Aspekte. Einerseits sollten Interventionen und Maßnahmen auf Grundlage eines genauen Verständnisses der tatsächlichen Situation erfolgen. Mit diesem systemischen Ansatz wird die Bevölkerungsgruppe ermittelt, die am stärksten gefährdet ist oder bereits begonnen hat, psychoaktive Substanzen zu konsumieren; weiterhin werden mögliche Gründe für den Einstieg sowie Interventionen und Maßnahmen ermittelt, die dieser Situation am meisten entsprechen. Andererseits ist die Wirksamkeit und nach Möglichkeit die Wirtschaftlichkeit durchgeführter Interventionen und Maßnahmen gründlich auszuwerten. Die Ergebnisse dieser gründlichen Auswertung werden es Personen mit politischer Entscheidungsbefugnis erlauben, die Auswirkungen auf die Outcomes, wie beispielsweise einen Rückgang beim Einstieg in den Drogenkonsum, zu kennen und die Wissensbasis bezüglich Präventionsinterventionen zu aktualisieren und zu erweitern. Weiterhin ist es wichtig, diese Forschungsaktivitäten und ihre Erkenntnisse einer externen Begutachtung (Peer Review) zu unterziehen, sie zu veröffentlichen und, soweit möglich, zu diskutieren.

Evidenzbasierte Planung

Hinsichtlich des ersten Aspekts sollte ein Informationssystem vorhanden sein, um zum notwendigen Verständnis der Situation beizutragen, und es sollte Möglichkeiten geben, um dieses Wissen zur Planung zu nutzen. Um dies aufzugreifen, würde ein wirksames nationales Präventionssystem folgendes beinhalten:

- ✓ Ein Informationssystem, das regelmäßig folgende Daten sammelt und überwacht:
 - Prävalenz: Welcher Prozentsatz der Menschen (nach Alter, Geschlecht und anderen wichtigen Merkmalen) konsumiert welche Substanz(en)? Wie oft und wie viel? Welche gesundheitlichen und sozialen Folgen ergeben sich daraus?

- Einstieg in den Drogenkonsum: In welchem Alter beginnen Personen (insbesondere Jugendliche), Drogen und/oder andere Substanzen zu konsumieren?
- Anfälligkeit: Aus welchem Grund beginnen Personen und insbesondere Jugendliche mit dem Konsum von Drogen und/oder anderen Substanzen? Welche bekanntermaßen mit dem Substanzkonsum verbunden Faktoren liegen bei Kindern vor (z.B. mangelnde elterliche Fähigkeiten, mangelnde Schulbindung, Gewalt, Missbrauch, etc.)?
- ✓ Ein formelles Verfahren zur regelmäßigen Einspeisung der durch das Informationssystem erzeugten Daten in einen systemischen Planungsprozess, der wiederum Folgendes prüft:
 - Notwendige Strategien: Welche evidenzbasierten Interventionen und Maßnahmen haben sich als wirksam erwiesen, um die jeweilige Situation anzugehen?
 - Verfügbarkeit und Reichweite vorhandener Strategien: Welche dieser Interventionen und Maßnahmen werden derzeit umgesetzt? Welcher Prozentsatz der Bevölkerung, die diese benötigt, wird von diesen Interventionen und Maßnahmen erreicht?
 - Qualität bestehender Strategien: Beruhen laufende Interventionen und Maßnahmen auf wissenschaftlichen Erkenntnissen (dies bezieht sich auf das wissenschaftliche Verständnis der thematisierten Anfälligkeit und/oder auf die systematische Anpassung bestehender evidenzbasierter Programme)?
 - Wirksamkeit bestehender Strategien: Wurden die Strategien ausgewertet (siehe unten), und wenn ja, mit welchem Ergebnis? Was sagen uns die durch das Informationssystem erzeugten Daten hinsichtlich der Wirksamkeit des Präventionssystems als Ganzem?
 - Verfügbare Infrastrukturen und Ressourcen, die als Teil des nationalen Präventionssystems genutzt werden könnten: Welche Institutionen führen Prävention durch oder sollten dies tun? Erfolgt die Finanzierung zentral oder dezentral? Wie werden die Mittel bereitgestellt?
 - Welche Diskrepanzen bestehen zwischen erforderlichen Strategien und der Verfügbarkeit, Reichweite, Qualität und Wirksamkeit bestehender systemischer Strategien, Infrastrukturen und Ressourcen?

Forschung und Planung

Der zweite Aspekt betrifft die Bewertung spezieller Präventionsprogramme und -maßnahmen. Wie bereits erwähnt, sind die im vorherigen Abschnitt ermittelten evidenzbasierten Strategien nicht unbedingt passend für die Zielgruppe, die verfügbaren Ressourcen oder das kulturelle Umfeld, wengleich dies in vielen Fällen zutrifft. Möglicherweise werden diese Fragen durch andere Programme

oder Maßnahmen besser angesprochen. Dabei ist es unbedingt erforderlich, dass ausgewählte Programme und Maßnahmen folgende Merkmale aufweisen:

- ✓ Beruhen auf einem wissenschaftlichen Verständnis der thematisierten Vulnerabilitäten. Anders ausgedrückt, ist es beispielsweise äußerst wünschenswert, Programme und Maßnahmen zu entwickeln, um einen Risikofaktor oder eine Situation zu adressieren, für die mit Hilfe *wissenschaftlicher Forschung und der Durchführung einer Bedarfsanalyse* festgestellt wurde, dass sie nachweislich zu einem vermehrten Einstieg (oder früheren Einstieg oder höherer Prävalenz von Substanzkonsum) führte, und dass dies nicht aufgrund der Gefühle eines Einzelnen festgestellt wurde, so wohlmeinend und besorgt dieser auch sein mag.
- ✓ Beinhalten eine wissenschaftliche Überwachungs- und Beurteilungskomponente, um einzuschätzen, ob diese Interventionen zum gewünschten Ergebnis führen. Dies erfordert intensive Zusammenarbeit mit akademischen Einrichtungen und Forschungseinrichtungen (einschl. aber nicht beschränkt auf Universitäten) sowie Verwendung eines experimentellen oder quasi-experimentellen Designs. Auf dem Gebiet der Medizin wird normalerweise keine Intervention angewandt, solange ihre Wirksamkeit und Sicherheit durch wissenschaftliche Forschung nicht bewiesen wurde. Gleiches sollte für Interventionen im Bereich der Drogenprävention gelten.

Zu beachten ist, dass die Absicht in den Standards darin bestand, einen Anhaltspunkt für die Wirksamkeit in der Praxis oder zumindest die Wirksamkeit unter kontrollierten Bedingungen von Arten der Interventionen und Maßnahmen zu erhalten, ohne auf spezifische evidenzbasierte Programme zu verweisen. Der Nachweis ergibt sich jedoch aus der Bewertung bestimmter Programme, und dies bedeutet, man kann nie davon ausgehen, dass eine Strategie, die einer evidenzbasierten Strategie "grundsätzlich ähnelt", auch ebenso wirksam sein wird. Während beispielsweise Nachweise für "Besuchsprogramme vor der Geburt und im Kleinkindalter" insgesamt vorliegen mögen, sind einige davon eher wirksam, und andere haben sich als unwirksam erwiesen, obwohl sie einige der Merkmale aufweisen können, die mit Wirksamkeit in Verbindung stehend betrachtet wurden. Dies ist ein weiterer Grund, warum die Evaluation so entscheidend ist.

Das Kanadische Zentrum für Substanzmissbrauch hat nützliche Hilfsmittel entwickelt, um Monitoring und Evaluation von Prävention zu unterstützen, und UNODC hat eine Schulung für Personen mit politischer Entscheidungsbefugnis entwickelt, um eine Evaluationskultur in der Prävention zu unterstützen. Schließlich widmet sich Kurs 3 der Reihe für Koordinatoren des Universal Prevention Curriculum gänzlich des Monitorings und der Evaluation.

Auch im Falle der Umsetzung eines evidenzbasierten Programms bleiben Monitoring und Evaluation im Zusammenhang mit der sorgfältigen Anpassung des Programms äußerst wichtig. In diesem Fall sollte das Verfahren folgendes enthalten:

- ✓ Einen sorgfältigen und systematischen Anpassungsprozess, der die Hauptbestandteile des Programms unverändert beibehält und es gleichzeitig besser auf den neuen sozio-ökonomischen/kulturellen Kontext abstimmt. Idealerweise erfolgt dies mit Unterstützung der Personen, die das Programm entwickelt haben. In diesem Zusammenhang beinhaltet der UNODC Guide on

family skills training ein Kapitel, das sich ausschließlich der Anpassung widmet, während Toolkit 4 der Europäischen Qualitätsstandards zur Drogenprävention (European Drug Prevention Quality Standards) in sorgfältiges und detailliertes Verfahren für nationale Interessensvertretungen entwickelt hat, die die Standards anpassen und übernehmen möchten, und das auch in dieser Hinsicht überaus nützlich wäre.

- ✓ Eine wissenschaftliche Komponente für Monitoring und Evaluation, um einzuschätzen, ob das Programm im neuen sozio-ökonomischen/kulturellen Kontext tatsächlich wirksam ist. Wenngleich eine (möglicherweise randomisierte) Steuerungskomponente insbesondere in der Pilotphase vorzuziehen wäre, würde eine vorherige und spätere Erhebung von Daten im Vergleich zur Originalstudie bereits einen guten Anhaltspunkt dahingehend liefern, ob das Programm im neuen Kontext funktioniert oder nicht; ein weiterer Vorteil evidenzbasierter Programme besteht darin, dass alle Monitoring- und Evaluationsinstrumente bereits verfügbar sind.

4. Beteiligung verschiedener Bereiche auf verschiedenen Stufen

Nationale Systeme zur Drogenprävention sollen sicherstellen, dass Kinder, Jugendliche und Erwachsene in verschiedenen Lebenswelten ein gesundes und sicheres Leben führen können. Deshalb sind viele nationale Bereiche an der Erbringung systemischer Präventionsinterventionen und -maßnahmen zu beteiligen, was eine klare Rollendefinition und Koordination erfordert.

Daher würde ein nationales System zur Drogenprävention bei der Planung, Durchführung, Monitoring und Evaluation seiner Bestandteile entsprechende nationale Bereiche beteiligen (z.B. Bildung, Gesundheit, Sozialwesen, Jugend, Arbeit, Rechtsdurchsetzung, etc.):

- ✓ Integrierte Ebenen konsequenter Umsetzung: national (föderal), subnational (Bundesstaat, Region, Bezirk) sowie kommunal (lokal).
- ✓ Gesamte Bandbreite wichtigster Interessensgruppen. Dies könnte u.a. die folgenden Interessensgruppen umfassen: nationale und subnationale Verwaltung, kommunale oder lokale Ausführungsorgane staatlicher Dienste, Nichtregierungsorganisationen, Bevölkerung und Führungspersonlichkeiten einer Kommune, religiöse Gemeinschaften und deren Leitung, Universitäten und andere Forschungseinrichtungen sowie den Privatsektor, soweit relevant.
- ✓ Strukturierte und klar definierte Aufgaben und Zuständigkeiten für alle Interessensgruppen: Partnerschaften und Zusammenarbeit verschiedener Interessensgruppen, die Verantwortung für unterschiedliche Bereiche der Entwicklung und Umsetzung der Maßnahmen übernehmen, sind von großer Bedeutung.

- ✓ Ein klares Verfahren, um Personen mit Entscheidungsbefugnis (zentralisiert oder dezentralisiert) umfassende technische Unterstützung bereitzustellen, um sie bei der Umsetzung der evidenzbasierten Maßnahmen und Interventionen anzuleiten.
- ✓ Eine starke Leitungs- und Koordinationsstelle.

Dabei ist zu beachten, dass es nicht nur einen einzigen Weg gibt, um die Durchführung evidenzbasierter Präventionsstrategien zu organisieren. Sie müssen beispielsweise nicht unbedingt in Form von Programmen durchgeführt werden, sondern können ebenso in den Arbeitsalltag von Institutionen und Diensten, wie Schulen, Jugendarbeit sowie Gesundheits- und Sozialdiensten, integriert werden. In diesem Fall erfolgen Planung, Steuerung und Koordination der Strategien zentral, während die Umsetzung lokal berufsübergreifend koordiniert wird. Weitere mögliche Beispiele für das Zusammenspiel unterschiedlicher Ebenen würden folgendes beinhalten:

- ✓ Personen mit politischer Entscheidungsbefugnis auf nationaler Ebene koordinieren die Entwicklung nationaler Richtlinien, setzen Qualitätsstandards und fördern die für die Umsetzung notwendige Infrastruktur mittels angemessener Finanzierung für die Umsetzung von Strategien sowie für die Schulung der entsprechenden Interessengruppen.
- ✓ Personen mit politischer Entscheidungsbefugnis und/oder lokale Behörden führen Interventionen und Maßnahmen durch, speisen Daten in das Informationssystem ein und arbeiten aktiv an der Erweiterung ihres Wissens und der Verbesserung ihrer Fähigkeiten.
- ✓ Nichtregierungsorganisationen, die anwohnende Bevölkerung und Führungspersonlichkeiten der Kommunen (die auch religiöse Gemeinschaften und deren Leitung beinhalten können) machen für Änderungen von Richtlinien oder deren Annahme mobil, beeinflussen Normen der Gemeinschaft und führen evidenzbasierte Interventionen und Maßnahmen durch; dabei ist zu beachten, dass sich die Mobilisierung von Gemeinschaften als wirksame und partizipatorische Methode für die Durchführung evidenzbasierter Strategien erwiesen hat.
- ✓ Universitäten und Forschungseinrichtungen analysieren Daten, um ein besseres Verständnis der Situation des Substanzkonsums zu fördern und die nationalen Richtlinien mittels Begutachtung bestimmter Interventionen und Maßnahmen zu überwachen und zu beurteilen.
- ✓ Aktive Unterstützung der Prävention am Arbeitsplatz durch den privaten Sektor sowie dessen angemessene Beteiligung an evidenzbasierten und innovativen Interventionen.

5. Leistungsfähige Infrastruktur bei der Durchführung

Um eine wirksame Durchführung von Interventionen und Maßnahmen zu gewährleisten, müssen diese mit angemessenen Mitteln ausgestattet sein.

- ✓ Die Finanzierung der mit der Durchführung von Interventionen und Maßnahmen betrauten Stellen muss angemessen sein.
- ✓ Mit der Durchführung von Interventionen und Maßnahmen betraute Fachleute aus der Praxis müssen kontinuierlich angemessen geschult werden. Die Reihe für Koordinatoren des Universal Prevention Curriculum wurde entwickelt und weltweit pilotiert, wobei eine europäische Adaption (UPC-Adapt, das „Europäische Präventionscurriculum“) noch in Bearbeitung ist. Sie beinhaltet neun Schulungen und bietet eine Grundlage und einen vollständigen Überblick der evidenzbasierten Praxis. Eine zweite Reihe für mit der Umsetzung beauftragte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird derzeit entwickelt.
- ✓ Personen mit politischer Entscheidungsbefugnis auf unterschiedlichen Ebenen der Planung und Entwicklung von Interventionen und der Durchsetzung von Maßnahmen müssen kontinuierlich angemessen geschult werden.
- ✓ Es sollte kontinuierliche technische Unterstützung bereitgestellt werden, um die Umsetzung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung zu fördern.
- ✓ Akademische Einrichtungen und Forschungseinrichtungen müssen über eine angemessene Finanzierung verfügen, indem wissenschaftliche Begleitung und Evaluation als Teil der Umsetzung der Prävention unterstützt werden.

6. Nachhaltigkeit

Drogenprävention ist wirksam und wirtschaftlich, wobei jedoch wie bei allen Maßnahmen eine spürbare mittel- bis langfristige Investition erfolgen muss, damit das volle Potential entfaltet werden kann. In diesem Zusammenhang sollte der Einsatz der oben genannten Bestandteile wie folgt dauerhaft gewährleistet werden:

- ✓ Ein Verfahren zur Überprüfung und Anpassung des nationalen Präventionssystems in regelmäßigen Zeitabständen;
- ✓ Durchführung evidenzbasierter Interventionen und Maßnahmen, die zumindest mittelfristig geplant und finanziert werden.

- ✓ Regelmäßige Datenerhebung durch das Informationssystem, einschließlich einer Rückmeldung in das Planungs-/Monitoringverfahren;
- ✓ Kontinuierliche Unterstützung der Forschung für genaue Evaluation von Interventionen und Maßnahmen;
- ✓ Kontinuierliche Unterstützung der Schulung von Fachleuten aus der Praxis und Personen mit politischer Entscheidungsbefugnis, die an der Planung, Durchführung, Begleitung und Evaluation von Strategien zur Drogenprävention beteiligt sind.

Abbildung 1 – Schematische Darstellung eines nationalen Systems zur Drogenprävention



