

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Köln im Februar 2014

Memorandum

Evidenzbasierung

in der Suchtprävention

- Möglichkeiten und Grenzen -

Impressum

Verantwortlich i.S. der Projektleitung:

Tanja Hoff, Michael Klein



Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung
der Katholischen Hochschule NRW, Abt. Köln

Wörthstr. 10, 50668 Köln

www.disup.de

Zitiervorschlag:

Experten- u. Expertinnengruppe „Kölner Klausurwoche“
(2014): Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen. Köln.

Beteiligte Expertinnen und Experten (in alphabetischer Reihenfolge)

| | |
|----------------------|---|
| Arnaud, Nicolas | Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters |
| Bühler, Anneke | IFT - Institut für Therapieforschung, München |
| Hafen, Martin | Institut für Sozialmanagement, Sozialpolitik und Prävention der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit, Schweiz |
| Hoff, Tanja | Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung |
| Kalke, Jens | Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD), Hamburg |
| Klein, Michael | Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung |
| Lagemann, Christoph | Institut Suchtprävention, Linz, Österreich |
| Moesgen, Diana | Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung |
| Schulte-Derne, Frank | Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht, Münster |
| Wolstein, Jörg | Otto-Friedrich-Universität, Fakultät Humanwissenschaften, Bamberg |

Referenten während der Klausurwoche 2014:

| | |
|--------------------|--|
| Hanewinkel, Reiner | IFT-Nord - Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, Kiel |
| Strech, Daniel | Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover |
| Uhl, Alfred | Anton Proksch Institut, Wien, Österreich |

Inhalt

| | |
|---|----|
| Präambel | 4 |
| Einführung | 5 |
| Ergebnisse der Klausurwoche..... | 6 |
| 1 Definition: Evidenzbasierte Suchtprävention..... | 7 |
| 2 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der evidenzbasierten Medizin, kurativen Medizin oder anderer Disziplinen zur evidenzbasierten Suchtprävention..... | 9 |
| 3 Möglichkeiten der Evidenzbasierung in der Suchtprävention..... | 13 |
| 3.1 Evidenzbasiertes Handeln in der Suchtprävention..... | 13 |
| 3.2. Suchtpräventionsforschung zur Generierung von Evidenz als Grundlage für evidenzbasiertes Handeln..... | 14 |
| 4 Grenzen und Probleme der Evidenzbasierung und -generierung in der Suchtprävention | 19 |
| 5 Handlungsempfehlungen für die Verbesserung der Evidenzbasierung der Suchtprävention ... | 23 |
| Ausblick | 25 |
| Appendix..... | 27 |
| Literaturverzeichnis..... | 28 |

Präambel

- 1** Evidenzbasierte Suchtprävention entspricht der gewissenhaften, vernünftigen und systematischen Nutzung der gegenwärtig bestmöglichen theoretisch und empirisch ermittelten wissenschaftlichen Erkenntnisse als auch des Praxiswissens sowie des Wissens der Zielgruppen für die Planung, Implementierung, Evaluation, Verbreitung und Weiterentwicklung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen. Die Generierung neuen Wissens für evidenzbasierte Suchtprävention erfolgt im Kontext von Forschung und Praxis.
- 2** Evidenz in der Suchtprävention ergibt sich demnach aus der Integration von wissenschaftlich generierter Evidenz, dem Erfahrungswissen aus der Praxis und dem subjektiven Wissen der Zielgruppen. Evidenzbasierte Suchtprävention ist dementsprechend nicht gleichzusetzen mit der Erstellung von Wirksamkeitsnachweisen.
- 3** Die Verständigung zwischen Forschung und Praxis über zentrale Dimensionen, Inhalte und Vorgehen ist für eine evidenzbasierte Suchtprävention erforderlich und von beiden Seiten gleichermaßen zu fördern.
- 4** Evidenzbasierte Suchtprävention erfordert zwingend die Diskussion von Wertefragen und deren Entscheidungen in allen Phasen der Nutzung und Genese von Evidenz.
- 5** Evidenzbasiertes Handeln und Forschen in der Suchtprävention benötigen einen klaren, realistischen Auftrag vonseiten der Auftraggeber, eine angemessene finanzielle Ausstattung und genügend qualifiziertes Personal. Wenn diese Rahmenbedingungen nicht gegeben sind, ist evidenzbasierte Suchtprävention nicht möglich.
- 6** Evidenzbasierte Suchtprävention ist strukturell bei allen an der Suchtprävention beteiligten Institutionen und Entscheidungsträgern zu verankern.
- 7** Die nachfolgenden Ausführungen anerkennen grundsätzlich die Limitationen empirisch generierter Evidenz: Nicht alle relevante Wissen für eine wirkungsvolle Suchtprävention kann empirisch erfasst werden, und nicht alles, was empirisch erfasst werden kann, ist für eine wirkungsvolle Suchtprävention relevant.
- 8** Durch eine konsequente Beachtung und Umsetzung von Evidenzbasierung erwarten wir mittel- und langfristig eine qualitative Verbesserung der Suchtprävention in Deutschland. Eine solche Verbesserung ist aus unserer Sicht unabdingbar.

Einführung

Suchtprävention in Deutschland hat eine lange und wechselhafte Geschichte. Zahlreiche Akteurinnen und Akteure haben seit Jahrzehnten mit hohem Engagement Konzepte entwickelt, umgesetzt und beforscht. In jüngster Zeit werden die Vorgehensweisen und Ergebnisse in der Suchtprävention – zunächst in Anlehnung an die evidenzbasierte Medizin, zunehmend aber aus eigenen Überlegungen heraus und mit anderen Konzepten – einer kritischen Würdigung unterzogen. Dieser Prozess wird aus unserer Sicht in Praxis und Forschung ausdrücklich begrüßt, denn er ist langfristig die Voraussetzung für eine umfassend evidenzbasierte Suchtprävention, wie sie in Deutschland erreicht werden sollte. Die vorangestellten zentralen Aussagen der Präambel umreißen die im Rahmen einer Experten/-innenrunde im Konsens formulierten Vorstellungen zur evidenzbasierten Suchtprävention. Sie werden im Folgenden erläutert, differenziert und zur Diskussion gestellt.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Forderungen nach einem evidenzbasierten Vorgehen in den verschiedenen Feldern der medizinischen und psychosozialen Versorgung steht auch die Suchtprävention vor der Herausforderung, ihre Methoden, Konzeptionen und Projekte im Hinblick auf ihre Evidenzbasierung zu überprüfen und daraufhin zu orientieren. Dazu gehört auch die Wahrnehmung und Integration evidenzgenerierten Wissens in die Praxis. Wichtige Fragestellungen beziehen sich hier u.a. auf die Möglichkeiten und Grenzen der Übertragbarkeit von Methoden der evidenzbasierten Medizin auf die Suchtprävention, insbesondere in Hinblick auf die Messbarkeit langfristiger Effekte von Präventionsmaßnahmen und die Anwendbarkeit von Empfehlungen zum evidenzbasierten Vorgehen in der Praxis.

Im Rahmen einer Projektförderung am Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (Katholische Hochschule NRW) durch das Bundesministerium für Gesundheit trafen sich im Februar 2014 Wissenschaftler/-innen und Praktiker/-innen in Köln, um in einem intensiven Diskurs die Möglichkeiten und Grenzen der evidenzbasierten Suchtprävention in Deutschland zu diskutieren und die Ergebnisse im folgenden Memorandum darzustellen. Bei diesem Diskurs kamen Sichtweisen verschiedener Disziplinen (u.a. Medizin, Psychologie, Politologie, Soziologie, Soziale Arbeit) zum Tragen. Die Teilnehmer/-innen hatten dabei die Gelegenheit, sich während einer fünftägigen Klausurwoche fachübergreifend und im Praxis-Wissenschafts-Diskurs intensiv mit relevanten Fragestellungen und Problemen der Forschung und des Praxistransfers im Bereich der Suchtprävention zu beschäftigen. Die Zusammensetzung der Experten/-innenrunde basierte auf einer offenen Ausschreibung an Wissenschaftler/-innen und Praktiker/-innen in Deutschland und im benachbarten deutschsprachigen Ausland.

Ziel der Kölner Klausurwoche zur Evidenzbasierten Suchtprävention (EBSP) war dabei vor allem das Herausarbeiten von Besonderheiten der EBSP sowie die Formulierung von Empfehlungen für evidenzbasiertes Handeln in der Suchtprävention und für die Suchtpräventionsforschung. Diese werden im Folgenden dargestellt und erläutert. Zunächst sollen durch Definitionen und erläuternde Darstellungen Information und Aufklärung gegeben werden, sodann werden die Möglichkeiten und Grenzen der EBSP beleuchtet, um schließlich zu konkreten Handlungsempfehlungen zu kommen. Abschließend werden alle interessierten Fachkräfte aus Forschung und Praxis zum weiteren Diskurs eingeladen. Hieran sollten auch Vertreter/-innen aus Politik, Verbänden und von Kostenträgern teilnehmen, um eine möglichst breite Basis für die Zukunft der EBSP in Deutschland zu erreichen.

Ergebnisse der Klausurwoche

1 Definition: Evidenzbasierte Suchtprävention

Das Konzept der Evidenzbasierung ist in den letzten Jahren von der Medizin auf andere Handlungsbereiche übertragen worden. In der Suchtprävention erfolgte diese Übertragung zu wenig reflektiert, so dass das Verständnis von Evidenzbasierung in mancher Hinsicht von Unschärfen und überzogenen Erwartungen geprägt wird. Ein grundsätzliches Problem ist, dass die Aspekte der Evidenzbasierung und der Evidenzgenerierung in vielen Publikationen zur evidenzbasierten Suchtprävention nicht ausreichend getrennt werden. So wird gefordert, dass ein evidenzbasiertes Projekt einen Wirkungsnachweis erbringen müsste. Dies ist weder semantisch korrekt noch inhaltlich sinnvoll. Evidenzbasierung in der Suchtpräventionspraxis liegt bereits vor, wenn im Rahmen der Konzeptionserarbeitung das verfügbare Wissen aus der Wissenschaft (Theorie und Empirie), der Praxis (Expertise) und den Zielgruppen (Einschätzungen) gewissenhaft, vernünftig und systematisch genutzt wird. Die Generierung von anwendungsorientiertem Wissen erfolgt im Rahmen von Studien und dabei auch auf der Ebene der Wirkungsforschung, die die Effekte der präventiven Maßnahmen auf die Risiko- und Schutzfaktoren, auf die Sucht selbst, auf nicht intendierte (erwünschte und unerwünschte) Nebenwirkungen sowie auf Folgewirkungen (z.B. Einsparung volkswirtschaftlicher Kosten) nachzuweisen versucht.

So gesehen stehen die Begriffe Evidenzbasierung und Evidenzgenerierung in einem vergleichbaren Verhältnis zueinander wie die der evidenzbasierten Praxis in der Suchtprävention und der Suchtpräventionsforschung. Die Praxis ist angehalten, auf der Basis des verfügbaren Wissens zu handeln, während die Forschung neben der Erforschung der Grundlagen für das Praxishandeln (z.B. zu Risiko- und Schutzfaktoren) die Wirkungen von suchtpreventiven Maßnahmen überprüft und so neues Wissen zur Effektivität und deren Bedingungen generiert. Dabei ist zu beachten, dass evidenzbasiertes Praxishandeln und Suchtpräventionsforschung in Hinblick auf die Unterscheidung von Wissensbasierung und Wissensgenerierung nicht absolut voneinander zu trennen sind. Auch die Praxis generiert durch interne Evaluationen, durch Erfahrung der Fachkräfte und durch den Kontakt mit den Zielgruppen laufend neues Wissen, das als Basis für das eigene Handeln genutzt wird. Selbstverständlich formuliert auch die Suchtpräventionsforschung ihre Fragestellungen und Hypothesen auf der Basis bereits vorhandenen Wissens. Wir haben es demnach mit einem Kontinuum zu tun, auf dem die Praxis tendenziell auf der Seite der Evidenzbasierung zu verorten ist, während die Forschung der Generierung von Wissen näher steht. Schließlich orientiert sich die Suchtpräventionspraxis primär an ihrer Identität als Profession, während sich die Suchtpräventionsforschung als wissenschaftliche Disziplin versteht (vgl. Abb. 1).

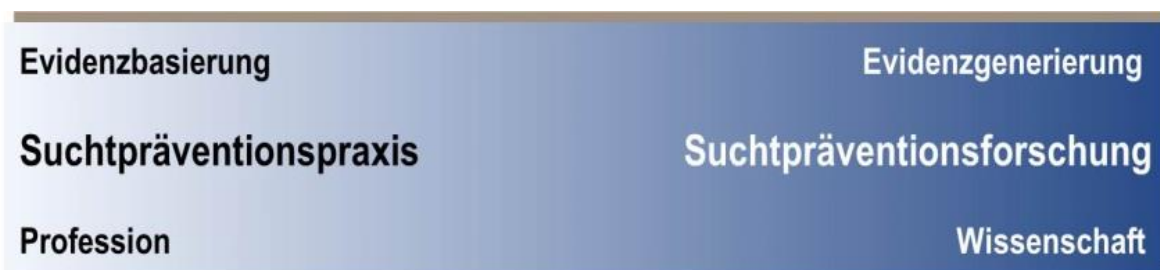


Abb. 1: Aspekte evidenzbasierter Suchtprävention

Fasst man diese Aspekte zusammen, so ergibt sich folgende Arbeitsdefinition der evidenzbasierten Suchtprävention, die in diesem Memorandum als Grundlage für die folgenden Ausführungen, nämlich den Vergleich von evidenzbasierter Medizin und evidenzbasierter Suchtprävention sowie für die Beschreibung der Möglichkeiten und Grenzen evidenzbasierter Suchtprävention genutzt wird:

*Evidenzbasierte Suchtprävention entspricht der gewissenhaften, vernünftigen und systematischen **Nutzung** der gegenwärtig bestmöglichen theoretisch und empirisch ermittelten wissenschaftlichen Erkenntnisse als auch des Praxiswissens sowie des Wissens der Zielgruppen für die Planung, Implementierung, Evaluation, Verbreitung und Weiterentwicklung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen.*

*Die **Generierung** neuen Wissens für evidenzbasierte Suchtprävention erfolgt im Kontext von Forschung und Praxis.*

2 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der evidenzbasierten Medizin, kurativen Medizin oder anderer Disziplinen zur evidenzbasierten Suchtprävention

Als Grundlage einer evidenzbasierten Medizin (EbM) wird in der kurativen Medizin vorwiegend auf die Definition von Sackett et al. (1997, Übersetzung durch M. Perleth) Bezug genommen:

„EbM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung.“

Mit individueller klinischer Expertise meinen wir das Können und die Urteilskraft, die Ärzte durch ihre Erfahrung und klinische Praxis erwerben. Ein Zuwachs an Expertise spiegelt sich auf vielerlei Weise wider, besonders aber in treffsichereren Diagnosen und in der mitdenkenden und -fühlenden Identifikation und Berücksichtigung der besonderen Situation, der Rechte und Präferenzen von Patienten bei der klinischen Entscheidungsfindung im Zuge ihrer Behandlung. Mit bester verfügbarer externer Evidenz meinen wir klinisch relevante Forschung, oft medizinische Grundlagenforschung, aber insbesondere patientenorientierte Forschung zur Genauigkeit diagnostischer Verfahren (einschließlich der körperlichen Untersuchung), zur Aussagekraft prognostischer Faktoren und zur Wirksamkeit und Sicherheit therapeutischer, rehabilitativer und präventiver Maßnahmen. Externe klinische Evidenz führt zur Neubewertung bisher akzeptierter diagnostischer Tests und therapeutischer Verfahren und ersetzt sie durch solche, die wirksamer, genauer, effektiver und sicherer sind.

Gute Ärzte nutzen sowohl klinische Expertise als auch die beste verfügbare externe Evidenz, da keiner der beiden Faktoren allein ausreicht: Ohne klinische Erfahrung riskiert die ärztliche Praxis durch den bloßen Rückgriff auf die Evidenz "tyrannisiert" zu werden, da selbst exzellente Forschungsergebnisse für den individuellen Patienten nicht anwendbar oder unpassend sein können. Andererseits kann ohne das Einbeziehen aktueller externer Evidenz die ärztliche Praxis zum Nachteil des Patienten leicht veraltetem Wissen folgen.“

Obwohl grundlegende Unterschiede zwischen Suchtprävention und kurativer Medizin, aus der die Leitidee der Evidenzbasierung ursprünglich stammt, bestehen, stellt sich die Frage nach Beiträgen, die die Methoden und Konzepte der evidenzbasierten Medizin für eine evidenzbasierte Suchtprävention liefern kann.

Die evidenzbasierte Medizin hat zu verschiedenen Standards in der kurativen Medizin beigetragen, die zukünftig auch für die Weiterentwicklung einer evidenzbasierten Suchtprävention konstruktiv überdacht und weiter diskutiert werden sollten; hierzu gehören:

- Vorliegen von Standards für die Durchführung von Interventionen (z.B. Leitlinien, Good Clinical Practice).

- Vorliegen von Standards für die Durchführung von Studien, z.B. Studienprotokolle mit Vorgaben für etwaige Abweichung von Protokollen, Studienregister mit dem Ziel eines Überblicks zur Gesamtheit von Maßnahmen und Studien sowie zur Reduktion von selektierten Studienveröffentlichungen (sog. Publication Bias).
- Bevorzugung spezifischer methodischer Verfahren zur Evidenzgenerierung und -diskussion (z.B. Randomisierung, Einsatz von Kontrollgruppen, Placebo-Einsatz, Einsatz komplexer statistischer Verfahren, Diskussion der methodischen Limitationen, Peer-Review Verfahren, Replikationsstudien, Pragmatic Trials, Betonung der Relevanz des klinischen Urteils).
- Beachtung und Diskussion allgemeiner Themen bei der Evidenzgenerierung und Anwendung evidenzbasierter Verfahren, z.B. erwünschte und unerwünschte Wirkungen, Sicherheit einer Methode, Effektivität, ökonomische Aspekte (Effizienz), Erhöhung der Lebensqualität als wichtiges Interventionsziel, Rationalisierung und Priorisierung von Methoden, Normativität, generische Namen als Basis für Kommunikation.

Es stellt sich dabei die Frage, welche methodischen Prämissen sich aus der Evidenzforschung der kurativen Medizin auf die Suchtprävention übertragen lassen und welche nicht. Tabelle 1 stellt in Grundzügen wesentliche inhaltliche Unterschiede, aber auch Bezüge zwischen kurativer Medizin und Suchtprävention im Kontext der Leitidee der Evidenzbasierung gegenüber, die es zu beachten gilt.

***Inhaltliche Unterschiede und Bezüge
zwischen kurativer Medizin und Suchtprävention***

| Kurative Medizin | Suchtprävention |
|--|--|
| Biomedizinisches Modell | Biopsychosoziales Modell |
| Krankheitsbehandlung | Gesundheitserhaltung |
| Zielsetzung: Intervention zur Heilung/Linderung eines definierten Krankheitsbildes | Zielsetzung: Risikoreduktion und Schutzfaktorenstärkung |
| speziell in der Suchtmedizin: Ziel der Verhaltensänderung | Ziel der Verhaltensänderung aber auch andere Zielkriterien: z.B. Wissen, Einstellungen, Risiko- und Schutzfaktoren, Lebensstile, (Gesundheitsverhalten), Selbstwirksamkeit |
| Einflussfaktoren auf ein bestehendes Problem | Einflussfaktoren auf ein zukünftiges Problem |
| Zielgrößenmessung meist über objektive Parameter | Zielgrößenmessung meist aus Selbstbericht |
| Forschung an selektierten Patientengruppen | Forschung an sehr heterogenen Zielgruppen |

Tab. 1: *Inhaltliche Unterschiede und Bezüge zwischen kurativer Medizin und Suchtprävention im Kontext der Evidenzbasierung*

Aus den inhaltlichen Unterschieden zwischen kurativer Medizin und Suchtprävention ergeben sich auch wesentliche methodische Unterschiede in der Generierung von Evidenz, die bei der Übertragung und Anwendung der Leitidee einer evidenzbasierten Praxis zu berücksichtigen sind (vgl. Tab. 2).

**Methodische Unterschiede in der Evidenzgenerierung
zwischen kurativer Medizin und Suchtprävention**

| Kurative Medizin | Suchtprävention |
|--|---|
| unerwartete Interventionseffekte meist klein und vorhersehbar | unerwartete Interventionseffekte größer und häufiger nicht vorhersehbar |
| Wechselwirkungen verschiedener medizinischer Interventionen sind meistens bekannt | Wechselwirkungen verschiedener Interventionen sind meistens unbekannt |
| Einflussnahme externer Akteure (z.B. ergänzende gesundheitspolitische Maßnahmen) eher synergetisch | Einflussnahme externer Akteure (z.B. Werbemaßnahmen der herstellenden Industrie) eher kontraproduktiv |
| Kenntnisstand zu Grundlagen umfangreich | Kenntnisstand zu Grundlagen eher geringer |
| Placebowirkung bei Behandlung stärker erforscht | Placebowirkung bei Präventionsmaßnahmen unbekannt |
| Kontrollgruppen meist rekrutierbar | Herstellung einer Kontrollgruppe (im Sinne einer unbehandelten oder einer nicht von der Intervention erfassten Gruppe) ist deutlich schwieriger |
| Zielgruppe: Patient/-innen, meist mit (krankheitsbedingtem) Leidensdruck und Therapiemotivation | Zielgruppe: Klient/-innen, meist ohne Leidensdruck, Motivationslage zur Veränderung ambivalent |

Tab. 2: *Methodische Unterschiede in der Evidenzgenerierung zwischen kurativer Medizin und Suchtprävention*

In diese Betrachtung muss grundsätzlich auch die Art der Prävention – universell, selektiv oder indiziert – einbezogen werden: Je mehr es sich um eine indizierte Prävention handelt, desto eher ist eine Übertragbarkeit der Evidenzgenerierung von der kurativen Medizin auf die Suchtprävention gegeben.

In einer erweiterten Forschungs- und Praxisdiskussion der Evidenzbasierung bzw. -generierung der Suchtprävention wären ergänzend insbesondere unter methodischen Aspekten die in Abbildung 2 dargestellten Fachdisziplinen einzubeziehen. Dies entspricht im Übrigen dem in der Suchtprävention schon lange geforderten interdisziplinären Denken und Handeln. So findet sich beispielsweise auch in der Gewaltpräventionsforschung eine Diskussion um die dortige Evidenzbasierung, häufig verbunden mit einem fachlichen Verständnis von Evidenzbasierung, das über das Vorliegen von Wirksamkeitsnachweisen auf der Verhaltensebene hinausgeht. So heißt es zwar in einer jüngst erschienenen Ex-

pertise, dass nur wenn ein Programm seine Wirkungen empirisch belegen kann – z. B. tatsächlich die kindliche Entwicklung positiv beeinflusst oder Jugendkriminalität vermindert – es als „evidenzbasiert“ gelten kann (Stiftung Deutsches Forum für Kriminalprävention, 2013). Gleichzeitig wird unter den Begriff einer evidenzbasierten Politik aber auch die Durchführung von Maßnahmen mit fundierten Wirksamkeitsprognosen gefasst. In die gleiche Richtung weist ein umfassender Bericht aus der Schweiz zur Prävention der Jugendgewalt, nach dem evidenzbasierte Gewaltprävention auf der korrekten Identifikation von Risiko- und Schutzfaktoren fußt, welche mit Gewalt in Zusammenhang stehen, auf der Umsetzung von Maßnahmen, welche entweder Risikofaktoren reduzieren oder Schutzfaktoren stützen, sowie auf dem Nachweis der Wirkung durch methodisch durchdachte Evaluationsstudien (Eidgenössische Ausländerkommission EKA, 2006).



Abb. 2: Relevante Bezugsdisziplinen in der Weiterentwicklung einer evidenzbasierten Suchtprävention

3 Möglichkeiten der Evidenzbasierung in der Suchtprävention

3.1 Evidenzbasiertes Handeln in der Suchtprävention

Wie bereits im ersten Kapitel beschrieben, orientiert sich die Praxis der Suchtprävention primär an ihrer Identität als eigenständige Profession. Evidenzbasierung bedeutet vor diesem Hintergrund, auf der Basis des derzeit besten, verfügbaren Wissens zu handeln. Diese Basis begründet sich durch wissenschaftliche Ergebnisse, erkenntnistheoretische Grundlagen und dem Erfahrungswissen der Suchtpräventionsfachkräfte und ihrer Zielgruppen. Die Dimensionen evidenzbasierten Handelns umfassen die Begründung des eigenen konzeptionellen Vorgehens, die Realisierung der suchtpreventiven Vorhaben sowie die Bewertung und Schlussfolgerung im Hinblick auf erwartete und unerwartete Wirkungen der durchgeführten Maßnahmen (vgl. auch Tab. 3). Auf allen drei Ebenen wird die Nutzung vorhandener tauglicher Instrumenten empfohlen und eine angemessene Dokumentation ist erforderlich.

Das eigene suchtpreventive Handeln, die beabsichtigten Vorhaben und Maßnahmen und die gesamte suchtpreventive Praxis sollen auf einer theoretisch fundierten Konzeptionsbegründung beruhen. Die Herleitung dieser begründeten suchtpreventiven Praxis bezieht relevante Theorien, empirische Erkenntnisse (Risiko-/Schutzfaktoren, Wirksamkeit von Methoden, Bezug von Verhalten und Verhältnis, Zielgruppenfaktoren), Praxiswissen (professionelles Erfahrungswissen), Zielgruppenwissen (Einschätzungen, Empfehlungen) und das Kontextwissen mit ein. Die Klärung relevanter ethischer Fragen ist in dieser Phase obligatorisch.

Für die Konzeptionsrealisierung spielen insbesondere die Erreichbarkeit von und die Akzeptanz durch die Zielgruppe eine zentrale Rolle. Mit Blick auf die Auftraggeber und alle am jeweiligen Prozess beteiligten Akteure ist die Akzeptanz ebenfalls zu überprüfen. Bezüglich der Qualifikation der (durchführenden) Akteure ist zu berücksichtigen, dass suchtpreventives Handeln häufig auch die Arbeit mit Multiplikatoren umfasst. Die Qualifikation der Suchtpräventionsfachkräfte muss daher genauso in der Konzeptionsrealisierung berücksichtigt und einbezogen werden wie auch die der Multiplikatoren mit ihren jeweils eigenen Professionen. Evidenzbasiertes Handeln in der Suchtprävention kann auch die Orientierung an Manualen, standardisierten Verfahren und/oder schematischen Abläufen bedeuten. Zugleich lässt evidenzbasiertes Handeln immer auch Abweichungen zu, die sich aus oben genannten Kriterien heraus begründet ergeben können. Im Rahmen einer internen Prozessevaluation sollen diese Entwicklungsschritte dokumentiert werden.

Für die Bewertung einer so realisierten suchtpreventiven Konzeption sollen taugliche Instrumente, insbesondere die der internen Evaluation genutzt werden. Die Bewertung soll im Hinblick auf die erwarteten Wirkungen wie auch der unerwarteten Wirkungen erfolgen. Unerwartete Wirkungen können hier sowohl negativ aufgetretene Effekte als auch ein ergänzender oder ein nicht erwarteter positiver Effekt sein. Eine angemessene Dokumentation verschriftlicht das Praxiswissen, das so leichter Eingang in die Forschung finden kann.

Dimensionen evidenzbasierten Handelns in der Suchtprävention

| Dimensionen evidenzbasierten Handelns | Inhalte | Vorgehen |
|---------------------------------------|--|--|
| Konzeptionsbegründung | <ul style="list-style-type: none"> - relevante Theorien - empirische Erkenntnisse (Risiko-/Schutzfaktoren, Wirksamkeit von Methoden, Bezug von Verhalten und Verhältnis, Zielgruppenfaktoren) - Praxiswissen (professionelles Erfahrungswissen) - Zielgruppenwissen (Einschätzungen, Empfehlungen) - Kontextwissen - Klärung relevanter ethischer Fragen | <p>Nutzung von tauglichen Instrumenten zur Sicherung der vorgenannten Kriterien</p> <p>angemessene Dokumentation</p> |
| Konzeptionsrealisierung | <ul style="list-style-type: none"> - Erreichbarkeit der Zielgruppe - Qualifikation der Akteure - Konzepttreue inkl. begründeter Abweichungen - Akzeptanz durch Akteure - Akzeptanz durch Zielgruppe - Akzeptanz durch Auftraggeber | <p>Nutzung von tauglichen Instrumenten im Rahmen einer Prozessevaluation</p> <p>angemessene Dokumentation</p> |
| Bewertung des Handelns | <ul style="list-style-type: none"> - intendierte und nicht intendierte Wirkungen | <p>Nutzung von tauglichen Instrumenten im Rahmen der internen Evaluation</p> <p>angemessene Dokumentation</p> |

Tab. 3: Dimensionen evidenzbasierten Handelns in der Suchtprävention

3.2. Suchtpräventionsforschung zur Generierung von Evidenz als Grundlage für evidenzbasiertes Handeln

Aus der dem Memorandum zugrunde gelegten Arbeitsdefinition ergibt sich für die nähere Beschreibung der Suchtpräventionsforschung im Kontinuum von Evidenzbasierung und -generierung und deren Möglichkeiten und Grenzen folgende Sichtweise: Demnach hat die Suchtpräventionsforschung die Aufgabe, bestmöglich wissenschaftliches Wissen zu generieren, das für das evidenzbasierte Handeln in der Praxis nutzbar ist.

Der Untersuchungsgegenstand einer für die evidenzbasierte Suchtprävention nutzbaren Suchtpräventionsforschung umfasst die Frage nach der Relevanz des Forschungsvorhabens, der Machbarkeit und Wirksamkeit einer suchtpreventiven Maßnahme, der Kosteneffektivität sowie der Übertragbarkeit und

Verbreitung effektiver Verfahren (vgl. Tab. 4). Forschung im Spektrum evidenzbasierter Suchtprävention bezieht sich demnach auf eine umfassende Betrachtung des Nutzens suchtpräventiver Konzepte und Methoden. Die Evidenzgenerierung schließt eine quantitative Bewertung wirksamkeitsbezogener Ergebnisparameter und deren distaler Bedingungen (d.h. Risiko- und Schutzfaktoren, die in enger Assoziation zum Suchtverhalten einer Person stehen, z.B. Standfestigkeit gegenüber Konsumangebot) wie auch proximaler Bedingungen (d.h. eher allgemeine Bedingungen wie z.B. auf personaler Ebene allgemeine Stressbewältigungsstrategien) ausdrücklich ein, ist darauf aber nicht begrenzt.

Grundsätzlich eignen sich zur Ermittlung von praxisrelevanter Evidenz ausdrücklich quantitative *und* qualitative Erhebungs- und Auswertungsmethoden bzw. deren Integration, deren Einsatz der jeweiligen Fragestellung entsprechen und dem Kosten-Nutzen-Verhältnis angemessen sein muss. In die Auswahl der Fragestellung, Planung des Forschungsdesigns und Interpretation der Ergebnisse sollten die relevanten Akteure eingebunden werden, die sich später auf die Evidenz stützen.

In der Suchtpräventionsforschung sind bei der Evidenzgenerierung folgende Aspekte zu beachten:

- **Relevanz und Machbarkeit des Forschungsvorhabens**

Praxisrelevante Fragestellungen entstehen im Diskurs von Wissenschaft und Praxis. Die Formulierung der Fragestellung, die Konzepterarbeitung einer neu zu entwickelnden Maßnahme sowie die Studienplanung erfordern die systematische Berücksichtigung vorhandenen Wissens in Form von relevanten Theorien und empirischen Befunden (z.B. anhand systematischer Literaturanalyse) sowie von professionellem Erfahrungswissen der Praxis (z.B. anhand von Interviews oder Analyse von Dokumentationen), von spezifischer Kenntnis der betreffenden Zielgruppe (z.B. anhand von Fokusgruppen mit Vertretern der Zielgruppe) sowie der Analyse der Kontextbedingungen. Die Integration dieses Wissens innerhalb der Planungsphase ist maßgeblich für die Ermittlung relevanter Wissenslücken und die Entwicklung entsprechend kontextsensitiver und ökologisch valider Forschungsdesigns.

- **Machbarkeit von Konzepten und Methoden**

Das Machbarkeitswissen umfasst Evidenzen zur Akzeptanz der gewählten Konzepte und/oder Methoden durch die beteiligten Akteure, zur Erreichung der Zielgruppe, zu Anforderungen an die Qualifikation der an der Umsetzung der Maßnahme beteiligten Akteure, zur Menge und Güte der umgesetzten Inhalte sowie Informationen zu den Kosten bzw. dem Ressourcenverbrauch. Diese Informationen sollten durch Machbarkeits- bzw. Pilotstudien bereits *vor* einer großangelegten Wirksamkeitsprüfung ermittelt und als Basis für Anpassungen im weiteren Vorgehen genutzt werden.

- **Wirksamkeit von Konzepten und Methoden**

Evidenzen zur Wirksamkeit suchtpräventiver Maßnahmen beziehen sich auf das Wissen zu kurz-, mittel- und langfristigen Effekten auf riskantes Konsumverhalten von Substanzen bzw. im Falle von verhaltensbezogenen Süchten auf entsprechendes Risikoverhalten, sowie auf das Wissen zu Effekten auf empirisch begründete distale und proximale Risiko- und Schutzfaktoren für eine Suchtentwicklung. Im Rahmen der Wirksamkeitsprüfung sind Informationen zu möglichen negativen und alternativen positiven Effekten bzw. Nebeneffekten zu erfassen.

Zur Bestimmung angemessener Methoden und Konzepte entsprechend den levels of evidence sollten Meta-Analysen und systematische Reviews durchgeführt werden. Zur Bestimmung der Wirksamkeit suchtpreventiver Methoden, Konzeptionen und Projekte sehen wir die Anlehnung an die levels of evidence aus der EbM als die derzeit bestmögliche Grundlage für die Bewertung der Wirksamkeit. Demnach sollten nach Möglichkeit als Wirksamkeitsnachweis quantitative Einzelstudien mit Vor- und Nachtest sowie randomisierte Vergleichs-/Kontrollgruppen umgesetzt werden. Wir weisen jedoch ausdrücklich auf die Grenzen der Übertragbarkeit suchtmmedizinischer Forschung entlehnter Evidenzkriterien (vgl. Kapitel 2) hin.

▪ **Übertragbarkeit**

Unter Übertragbarkeit/Praxiswirksamkeit verstehen wir die praktische Anwendbarkeit bzw. Verallgemeinbarkeit wirksamer suchtpreventiver Konzepte und Methoden außerhalb der (restriktiven) Bedingungen von Studiendurchführungen. Neue, innovative Methoden und Konzepte, deren Wirksamkeit zunächst unter restriktiven Forschungsbedingungen belegt ist, bedürfen demnach der weiteren Wirksamkeitsprüfung unter Praxisbedingungen mit ausgewogener Balance zwischen interner und externer Validität. Evidenz zur Übertragbarkeit stellt sich dar durch die systematische Betrachtung der für die Gesamtpopulation und relevante Subgruppen bedeutsamen Ergebnisparameter (z.B. durch breite Einschlusskriterien), der Erreichbarkeit der Zielgruppe und dem Wissen über Zugangsmöglichkeiten und Durchführungsbedingungen in der Praxis (z.B. durch eine Prozessevaluation). Evidenz zur Übertragbarkeit wird für die Anpassung von suchtpreventiven Methoden und Konzepten benötigt, für die ein Wirksamkeitsnachweis in früheren Studien erbracht worden ist und in einem Setting ermittelt, welches dem gleicht, in dem die Intervention routinemäßig durchgeführt werden soll.

▪ **Verbreitung, langfristiger Nutzen und Nachhaltigkeit**

Zur weiteren Verbreitung des evidenzbasierten Handelns in der Suchtprävention ist Wissen in Bezug auf die Strukturen der Präventionsarbeit/Praxis nötig wie beispielsweise über den Ablauf von Entscheidungsprozessen über evidenzbasiertes Handeln oder über wesentliche Rahmenbedingungen der Präventionspraxis, die das evidenzbasierte Handeln erleichtern oder behindern.

Evidenzen zum langfristigen, d.h. über die Studienphase hinaus gehenden Nutzen im Rahmen von Forschungsprojekten entwickelter und getesteter präventiver Maßnahmen sind von hoher gesundheitspolitischer Relevanz, werden aber in der Regel nicht ermittelt. Evidenz zum langfristigen Nutzen sollte dabei auf individueller und auf struktureller Ebene generiert werden. Auf der Ebene des Individuums sind insbesondere Maße über die Entwicklung und Veränderung der primären Präventionsziele, der Lebensqualität insgesamt und möglichen negativen Effekten relevant. Auf struktureller Ebene kann als Minimalkriterium für die Nachhaltigkeit der Umsetzung die Frage gelten, ob die Präventionsmaßnahme nach der Förder- bzw. Implementierungsphase langfristig weiterläuft, ob und wenn ja wie das Programm weiter angepasst wurde und warum, und wie das Programm institutionell verankert ist.

▪ **Sicherung der Qualität von Suchtpräventionsforschung**

Eine hohe Qualität der Forschungsaktivitäten sollte gesichert werden durch die Einhaltung von Forschungsstandards und die Nutzung valider Forschungs- und Auswertungsmethoden. Darunter zu fas-

sen ist z.B. die Veröffentlichung des Forschungsdesigns und -protokolls und dessen Monitoring sowie die Dokumentation von Protokollabweichungen z.B. im Rahmen einer Studienregistrierung, die Einholung eines Ethikvotums und/oder die Einrichtung eines Fachbeirats. Zudem sind kleinere Vorstudien (feasibility studies) nötig, um dann bei der eigentlichen Studie die kontextuellen Merkmale des Forschungsfelds, also der Praxis, berücksichtigen zu können.

Hervorheben wollen wir für die Generierung von Evidenz für das evidenzbasierte Handeln in der Suchtprävention, dass bei der Bewertung der Studienergebnisse durch die Forschung Schlussfolgerungen für die Praxis zu ziehen, Limitationen der Aussagekraft der Ergebnisse zu benennen, unerwünschte und unerwartete Ergebnisse darzustellen und Befunde in das bestehende wissenschaftliche Wissen und Praxiswissen einzuordnen sind.

- **Sicherung des Austauschs zwischen Forschung und Praxis über Forschungsergebnisse**

Für ein evidenzbasiertes Handeln und eine relevante Forschung ist der Austausch zwischen Forschung und Praxis unabdingbar. Die Suchtpräventionsforschung muss deshalb für eine Verbreitung der Ergebnisse sorgen und am Diskurs mit Akteuren der Suchtprävention teilnehmen. Dies geschieht beispielsweise über Rückmeldung an und von der Praxis, über Publikationen und Vorstellung auf Fachtagungen. Ebenso muss auch die Praxis der Suchtprävention im Sinne des gemeinsamen Erkenntnisgewinns ihrerseits sicherstellen, die Forschung über eigene Ergebnisse z.B. aus internen Evaluationen zu informieren.

Dimensionen der Suchtpräventionsforschung zur Evidenzgenerierung

| Dimensionen der Suchtpräventionsforschung | Inhalte | Forschungsmethodik |
|---|--|---|
| Relevanz | Vorhandenes Wissen aus Forschung (Theorie, Empirie), Praxis, Zielgruppe zu Fragestellung und Kontext | Literaturanalyse, Fokusgruppen, Expertengespräche, Feldanalyse |
| Machbarkeit | Akzeptanz, Zielgruppenerreichung, Menge und Güte der Umsetzung, Qualifikation der Akteure, Finanzierung | Pilotstudie, Machbarkeitsstudie, quantitative und qualitative Methoden |
| Wirksamkeit | <p>Kurz-, mittel- und langfristige Effekte auf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verhalten (suchtbezogenes Konsum- und/oder Risikoverhalten) • Empirisch begründete Schutz- und Risikofaktoren für eine Suchtentwicklung <p>Erfassung von möglichen „Nebeneffekten“</p> | <p>Für Maßnahmen: Quantitative Einzelstudien mit Vor- und Nachtest und Vergleichsgruppe (in Anlehnung an „Level of Evidence“)</p> <p>Für Methoden und Konzepte: Meta-Analysen und systematische Reviews, Forschungsprogramm</p> |
| Übertragbarkeit | <p>Machbarkeit und Wirksamkeit außerhalb des Forschungssettings:</p> <p>für die Gesamtpopulation bedeutsame Ergebnisparameter, Erreichbarkeit, Zugangsmöglichkeiten und Durchführungsbedingungen in der Praxis</p> | Feldstudien mit Balance zwischen interner und externer Validität |
| Verbreitung und Nachhaltigkeit | <p>Entscheidungsprozesse, wesentliche Rahmenbedingungen evidenzbasierten Handelns</p> <p>Langfristiger individueller Nutzen</p> <p>Verankerung der Maßnahme in den Strukturen</p> | Versorgungsstudien |

Tab. 4: Dimensionen der Suchtpräventionsforschung zur Evidenzgenerierung

4 Grenzen und Probleme der Evidenzbasierung und generierung in der Suchtprävention -

Dass dem Menschen eine objektive Erkenntnis verwehrt bleibt, ist nicht erst seit Schopenhauer und Nietzsche bekannt. *„Eine Annäherung an die Wahrheit ist möglich. Das war meine Antwort auf den erkenntnistheoretischen Pessimismus. Aber ich gab auch eine Antwort auf den erkenntnistheoretischen Optimismus: Sicheres Wissen ist uns versagt. Unser Wissen ist ein kritisches Raten; ein Netz von Hypothesen, ein Gewebe von Vermutungen“* - so beschreibt Karl Popper (1973, S. XXV) die erkenntnistheoretischen Möglichkeiten von Forschung und Wissenschaft. Der Falsifikationismus oder kritische Empirismus eines Karl Popper sollte das zugrunde liegende Prinzip jeglicher Debatte rund um Evidenzbasierung sein. Dass Forschung Wesentliches für die Professionalisierung der suchtpreventiven Praxis leistet, ist unbestritten. Überhöhte Erwartungen an die und von der Forschung schaden jedoch mehr als sie nützen. Der für die Weiterentwicklung der Suchtprävention wesentliche „Dialog auf Augenhöhe“ zwischen Forschung und Praxis kann erst gelingen, wenn sich beide ihrer Möglichkeiten, aber auch ihrer Grenzen bewusst sind und ihre Instrumente verantwortungs- und sinnvoll einsetzen.

Auch aus Sicht der Forschung stößt die Evidenzbasierung bzw. -generierung immer wieder an Grenzen, vor allem auch in der praktischen Umsetzung und Beforschung suchtpreventiver Aktivitäten. Idealerweise basiert eine neu zu entwickelnde Maßnahme auf bislang vorhandener Evidenz und beinhaltet somit bereits gut erforschte und als wirksam erwiesene Komponenten. Um die Wirksamkeit und Qualität dieser konkreten Maßnahme zu untersuchen, sollte ein hochwertiges Forschungsdesign gewählt werden, welches sich an den bestehenden „level of evidence“ orientiert, auch wenn die Umsetzung dessen nicht immer wie geplant zu realisieren ist.

In Tabelle 5 sind die relevanten Grenzen und Probleme der Evidenzbasierung in der Suchtprävention in Forschung und Praxis sowie erste Empfehlungen für Lösungsansätze dargestellt. Potentielle Grenzen und Probleme umfassen demnach ökonomische, instrumentelle, erkenntnistheoretische, methodische wie auch ethische Aspekte:

- Zunächst einmal können ökonomische Zwänge ein Vorhaben, z.B. in Hinblick auf Personal oder zeitliche Aspekte (z.B. Akquise-, Erhebungs-, Durchführungsdauer) einschränken, was eine bestmögliche Umsetzung aller Schritte des Vorhabens deutlich beeinträchtigen kann.
- Zudem existieren auch instrumentelle Grenzen, denn eine Generierung von Evidenz allein vermag es nicht, den praktischen Nutzen einer Maßnahme zu belegen. Demnach bestehen auch Erkenntnisgrenzen, denn selbst wenn sich eine Maßnahme als wirksam erwiesen hat, muss immer bedacht werden, dass jede verwendete Methodik auch ihre Grenzen hat, z.B. in Hinblick auf die Validität der Ergebnisse.
- Eine weitere Grenze stellt die so genannte Wirkfaktorenverdeckung dar. Dies beinhaltet, dass eine eigentlich erfolgreiche Maßnahme als nicht wirksam erscheint, weil die Wirksamkeit einer Intervention durch konkurrierende Maßnahmen anderer Akteure überlagert wird, z.B. bei Alkoholpräventionsmaßnahmen, deren Effekte durch eine omnipräsente Bewerbung von Alkoholika beeinträchtigt werden können.

- Zuletzt sind auch ethische Grenzen zu nennen, denn nicht alles kann und darf nach einer Werteüberprüfung durchgeführt werden. Zudem kann eine Evidenz nicht ohne Werturteil bestehen. Dies bedeutet, dass die Forschung die ihrer Arbeit zugrunde liegenden Werturteile offen legen und begründen muss. Hierbei ist z.B. zu denken an eine Wartekontrollgruppen-Problematik: Eine (temporäre) Vorenthaltung einer (potentiell) wirksamen Suchtpräventionsmaßnahme kann möglicherweise schädliche Auswirkungen besitzen und kann somit unethisch sein.

Konkrete Probleme in der Evidenzbasierung bzw. -generierung entstehen in der Regel auch im praktischen Feld:

- Diese beginnen bereits mit der Akquise suchtpreventiver Projekte: Um eine potentielle Förderung zu erhalten, muss der Beantragende im Vergleich zur Konkurrenz herausragen und macht daher möglicherweise unrealistische Versprechungen hinsichtlich der Umsetzung seines Vorhabens, die später gebrochen werden müssen.
- Ein weiteres konkretes Problem findet sich in der Anwendung der Begriffe von Evidenz und Evaluation: Oftmals werden diese Begriffe fälschlicherweise mit Wirksamkeit gleichgesetzt und es entstehen falsche Erwartungen bei Auftraggebern und Rezipienten.
- Ein weiteres praktisches Problem ist die Selektionsproblematik in der Evidenzgenerierung. So sind jene, die Maßnahmen durchführen oder erforschen, oftmals mit hohen Herausforderung bei der Stichprobengewinnung konfrontiert: Oftmals werden große Stichproben gefordert, die in der Praxis aus verschiedenen Gründen nicht oder kaum rekrutierbar sind. Dadurch werden zum einen bestimmte Settings vernachlässigt, und zum anderen wird häufig keine ausreichende Stichprobengröße rekrutiert, was die Qualität und Aussagekraft von Evaluationsergebnissen erheblich mindern kann.
- Problematisch könnte auch sein, dass im Rahmen einer minderwertigen Evaluation keine Effekte nachgewiesen werden. Die betroffene Maßnahme wird dann beendet, obwohl sie sich möglicherweise doch als wirksam hergestellt hätte, wenn sie nur mittels hochwertiger Methodiken beforscht worden wäre.
- Ein ähnlicher Punkt ist, dass es zwar viele wirksame Suchtpräventionsprojekte geben mag, diese aber überhaupt nicht erforscht worden sind. Diese werden dann fälschlicherweise als wirkungslos interpretiert.
- Als weiterer problematischer Aspekt ist zu nennen, dass manualisierte Präventionsprogramme bei Fachkräften ggf. Widerstände hervorrufen können, wenn sie sich in ihrer Eigenkompetenz behindert fühlen. Dies kann für die Umsetzung eines erfolgreichen, manualisierten Programms sehr hemmend wirken.
- Schließlich gibt es einige sehr bekannte Programme, wie z.B. HaLT oder Trampolin, die bereits eine Art „Markenstatus“ erhalten haben. Dies wird oft automatisch mit Qualität gleichgesetzt, obwohl für die bekanntesten Programme noch keine langfristigen Effekte festgestellt werden konnten.

Grenzen der Evidenzbasierung

| Dimension | Beschreibung | Lösung |
|---------------------------------------|---|---|
| Ökonomische Grenzen | Der Aufwand für die Beantwortung bestimmter Fragestellungen ist im Vergleich zum Erkenntnisgewinn zu hoch. | Forschungsauftrag ablehnen oder auf Änderung der Fragestellung drängen mit dem Ziel ökonomischer Sinnhaftigkeit und Verantwortbarkeit. |
| Instrumentelle Grenzen | Empirische Daten alleine sind für die Ermittlung des praktischen Nutzens einer Maßnahme nicht ausreichend. | Eine evidenzbasierte Praxis der Suchtprävention umfasst auch eine wiederholte Reflexion von Werten (z.B. Grundwerte und Prinzipien der Prävention wie Respekt vor Autonomie, Recht auf Gesundheit), von Wissen (systematisch recherchierte aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, Erfahrungs-, Praxis- und Expert/-innenwissen) und von Kontexten (vorhandene Kapazitäten, Gesetze, Kultur usw.). |
| Ontologische Erkenntnisgrenzen | Es gibt methodische und inhaltliche Grenzen des Wirksamkeitsnachweises (vgl. Uhl, 2012). | Einsatz sinnvoller Näherungs-Maße, z.B. Risiko- und Schutzfaktoren statt Konsumfaktoren. Es muss akzeptiert werden, dass es auch Fragen gibt, die nicht beantwortet können, sowie Verhaltensweisen, die nicht geändert werden können. |
| Wirkfaktorenverdeckung | Möglicherweise erscheint eine Präventionsmaßnahme unwirksam, weil die theoretisch begründete und in der Grundlagenforschung ermittelte Wirksamkeit durch konkurrierende Maßnahmen anderer Akteure verdeckt wird. | Prozessorientierte, qualitative Evaluationszugänge können ggf. hier zu einer Aufdeckung von Wirkfaktoren maßgeblich beitragen. |
| Ethische Grenzen | Manche möglichen Strategien sind aus ethischen Gründen nicht umsetzbar. Was man tun soll, ist nicht unabhängig von dem, was man aus ethischen Gründen tun muss bzw. nicht tun darf. Eine Evidenz ohne Werturteil gibt es nicht. | Ethische Prinzipien müssen berücksichtigt und Werturteile dabei begründet und offengelegt werden. |

Probleme in der Evidenzgenerierung

| Dimension | Beschreibung | Lösung |
|-----------------------------|--|--|
| Akquise | Bei knappen Ressourcen und kompetitiven Verfahren werden möglicherweise unrealistische Versprechungen gemacht. | Offener und ehrlicher Diskurs mit Auftraggebern über realistische Ziele, ggf. Auftragsverzicht. |
| Begriffsdefinitionen | Falsche Erwartungen und Missverständnisse können durch ein unterschiedliches Verständnis von Begriffen entstehen (z.B. wird Evaluation häufig mit Wirksamkeitsnachweis gleichgesetzt). | Sich vergewissern, dass eine einheitliche Verwendung der Begrifflichkeiten in Forschung, Praxis und Politik stattfindet bzw. unterschiedliche Bedeutungen klargelegt werden. |
| „k.o.“-Problematik | Bei fehlendem Wirksamkeitsnachweis wird oft die Beendigung eines Präventionsprojektes gefordert anstatt mit neuen Erkenntnissen eine Anpassung der Projektmaßnahmen vorzunehmen. | Dass ein eindeutiger Wirksamkeitsnachweis nicht gelingt, ist kein hinreichender Beweis für die Wirkungslosigkeit einer Maßnahme. Erkenntnisse ggf. zur Anpassung der Maßnahme verwenden. Mitunter ist allerdings eine Beendigung angezeigt. |
| Selektionsprobleme | Vernachlässigung bestimmter Settings durch die Forderung nach Wirksamkeitsnachweisen mit großen Stichproben. Die damit verbundene Stichprobenselektion führt zu Verzerrungen bei den Wirksamkeitsnachweisen. | Nutzung alternativer Forschungsmethoden mit kleineren Stichproben. |
| Pauschalisierung | Grundsätzlich kann fehlende Forschung nicht mit Wirkungslosigkeit interpretiert werden. | Wirkungsnachweise müssen entweder generiert werden oder andere Begründungen müssen für eine Weiterführung vorliegen. |

Tab. 5: Grenzen und Probleme der Evidenzbasierung und -generierung aus Sicht von Praxis und Forschung

5 Handlungsempfehlungen für die Verbesserung der Evidenzbasierung der Suchtprävention

Im Sinne einer wünschenswerten Weiterentwicklung gehen die folgenden Handlungsempfehlungen von der jetzigen Ist-Situation der Suchtpräventionspraxis und -forschung aus und sollen Anregungen für eine Verbesserung der evidenzbasierten Suchtprävention geben.

Bessere Zusammenarbeit von Forschung und Praxis bei klarer Aufgabenteilung!

Praxis und Forschung müssen sich über die Dimensionen, Inhalte und das Vorgehen bei der Evidenzbasierung wie auch -generierung in der Suchtprävention verständigen. Workshops, Tagungen und Klausurwochen sind dafür ein geeigneter Rahmen.

Dabei muss eine **klare Aufgabenteilung** bestehen: Für die qualifizierte Evaluation ist in der Regel die Wissenschaft und für die professionelle Durchführung von Projekten und Programmen die Praxis zuständig. Forschungsprojekte sollten aber vermehrt im Sinne eines **partizipativen Arbeitsverständnisses** von Wissenschaft und Praxis gemeinsam entwickelt werden.

Ein solcher fachlicher Austausch zwischen Forschung und Praxis ist zu verstetigen und muss in einem verbindlichen Rahmen stattfinden, beispielsweise in Form von **Qualitätszirkeln**.

Forschung praxisnah gestalten!

Die Suchtpräventionsforschung sollte sich durch **praxisrelevante Fragestellungen und Untersuchungsgegenstände** auszeichnen. Stärker als bisher sollten deshalb in systematischer Weise zentrale Anliegen und Fragen aus der Praxis aufgegriffen und unter Praxisbedingungen untersucht werden. Zudem sollte die Forschung über die Bedingungen der Implementierbarkeit/Übertragbarkeit bereits als wirksam nachgewiesener Maßnahmen, Projekte und Programme ausgebaut werden.

Eine Verbesserung der **Qualitätssicherung der Suchtpräventionsforschung** ist ein weiterer wichtiger Punkt. Beispielhaft seien hier der Aufbau eines transparenten Studienregisters und eine qualifizierte Nachwuchsförderung zu nennen.

Um den wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu verbessern, sind **realisierbare Forschungsdesigns** erforderlich. Insbesondere ist darauf zu achten, dass vor Beginn der eigentlichen Forschungsarbeit eine fundierte Prüfung des Zuganges zu der Zielgruppe stattfindet. Ferner sollten Forschungsdesigns immer auch eine Risikoanalyse beinhalten.

Schließlich sollte der **Austausch zwischen Wissenschaftlern/-innen aus verschiedenen Präventionsbereichen** (z. B. Gewaltprävention, Ernährungsberatung) intensiviert werden. Eine fächerübergreifende Diskussion über die Möglichkeiten und Grenzen von Methoden der Evidenzgenerierung könnte die Präventionsforschung im deutschsprachigen Raum insgesamt stärken.

Praxis der Suchtprävention optimieren!

An erster Stelle ist hier die **nachhaltige Aus- und Fortbildung der Fachkräfte zum Thema Evidenzbasierung** zu nennen. Dieses könnte zum einen die Akzeptanz evidenzbasierter Suchtprävention in der Praxis erhöhen und zum anderen zum verstärkten Einsatz evidenzbasierter Maßnahmen, Projekten und Programmen führen. In diesem Zusammenhang sind die Ziele suchtpräventiver Aktivitäten nach innen und außen klar und nachvollziehbar zu benennen.

Als zweites wird die Empfehlung ausgesprochen, dass die Praxis in der Zukunft verstärkt **taugliche Instrumente zur Konzeptbegründung** und -realisierung (z. B. ZOPP der BZgA) sowie zur **Recherche von evidenzbasierten Maßnahmen, Projekten und Programmen** nutzen sollte. Dafür stehen Projekt-, Methodendatenbanken und Bewertungsinstrumente wie EDDRA oder die Grüne Liste Prävention zur Verfügung. Hierbei wäre anzustreben, dass zukünftig ein einheitliches, qualitativ hochwertiges Bewertungsinstrument zur Verfügung stehen könnte.

Zukünftig sollte auch die **Vernetzung mit anderen Präventionsbereichen** (z. B. Gewaltprävention) verbessert werden. Ein regelmäßiger fachlicher Austausch könnte die Evidenzbasierung der praktischen Präventionsarbeit bereichsübergreifend stärken.

Um die genannten Ziele zu erreichen, ist eine abgesicherte und langfristige Finanzierung der Fachkräfte/-stellen eine unabdingbare Voraussetzung.

Forschungsförderung verändern!

Bei Ausschreibungen und Projektförderungen in der Suchtpräventionsforschung sollte mehr als bisher auf realisierbare Anforderungen an Forschungsprojekte geachtet werden – unter anderem in Bezug auf Design, Zugänge, Setting, Budget und Laufzeit. Dienlich wäre hierbei ein **mehrstufiges Vorgehen in Projektphasen**, in denen beispielsweise großangelegte, quantitative Wirksamkeitsstudien komplexer Interventionen auf vorbereitenden Machbarkeits- bzw. Pilotstudien aufbauen. Einem solchen Zweck könnten ebenso **mehrstufige Ausschreibungsverfahren** dienen, bei denen in der zweiten Stufe – finanziell gefördert – die Forschungsdesigns realitätsgeprüft (Pretests) ausformuliert werden.

Um die wissenschaftliche Evidenzgenerierung in der Suchtprävention zu stärken, sind zudem neue Akzentsetzungen in der Forschung erforderlich. Dazu gehören die Durchführung von **Replikations- und vergleichenden Interventionsstudien** sowie die Verstärkung der **Implementationsforschung** und die systematische Untersuchung einer Präventionsmethode in verschiedenen Settings im Rahmen eines **Forschungsverbundes**. Der wichtigen Frage, ob und wie suchtpreventive Maßnahmen langfristig wirken, müsste durch finanziell gut ausgestattete Vorhaben nachgegangen werden. Voraussetzung für neue Forschungsschwerpunkte wäre eine konstante Finanzierung von Forschungsaktivitäten in der Suchtprävention. Zudem ist es sehr wichtig, dass die **Aufwendungen der Praxis** im Rahmen von Forschungsprojekten **regelmäßig finanziert** werden. Dies könnte die Akzeptanz von Forschungstätigkeiten in der Praxis weiter erhöhen.

Ausblick

Das vorliegende Memorandum zur evidenzbasierten Suchtprävention macht deutlich, wie wichtig der Prozess der wissenschaftlichen Fundierung in Kooperation mit der Praxis für die Suchtprävention ist. Dabei sind die Strukturen der Evidenzbasierung aus Pharmaforschung und Psychotherapieforschung nicht einfach auf den Bereich der Suchtprävention übertragbar. Allerdings liegen bislang zu wenige evidenzgenerierende Studien zur Suchtprävention in Deutschland vor, so dass verstärkte Bemühungen von allen relevanten Akteuren – Praxis, Forschung und Politik – notwendig sind, um zu einer verbesserten Handlungspraxis zu kommen. Dieser Weg muss gemeinsam von allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren beschritten werden.

Ebenso sollte deutlich werden, dass die Begriffe und Prozesse der Evidenzbasierung und der Evidenzgenerierung voneinander zu trennen sind. Insofern möchte dieses Memorandum informierend und aufklärend wirken. Es ist an der Zeit, die viel benutzten Begrifflichkeiten zur Evidenz für das Feld der Suchtprävention zu klären und zu sortieren. Alleine dadurch erwarten wir eine Verbesserung der Qualität der Debatte und langfristig auch der Handlungsprozesse. Dabei geht es weder darum, den Begriff der Evidenz inflationär zu benutzen noch ihn zu überstrapazieren. Vielmehr soll er zu einem wichtigen Maßstab des Denkens und Handelns werden, der im Sinne des auf Evidenz basierten Handelns für die Praxis mit Unterstützung der Forschung erreichbar und realisierbar ist.

Nicht jede Maßnahme der Suchtprävention – und schon gar nicht jedes kleinere suchtpreventive Projekt – kann und muss eigene Evidenz generieren, z.B. mittels aufwändiger RCTs. Dies wäre eine Überforderung und unrealistische Anforderung. Vielmehr sollte die Praxis der Suchtprävention regelmäßig zur Kenntnis nehmen, was an Evidenzwissen aus Forschung und Praxis bereits vorliegt, und dieses systematisch benutzen. Andererseits sollte die Praxis aber auch neue Fragen und Problemstellungen an die Forschung verweisen können, damit so neue Evidenz generiert werden kann, wo es notwendig und erforderlich erscheint.

Grundlegend für das Memorandum ist das Ziel der Suchtpräventionsforschung, Evidenz für Interventionen zu generieren. Deshalb hat die Suchtpräventionsforschung die Aufgabe, bestmöglich wissenschaftliches Wissen zu generieren, das den Kriterien für solches genügt und das für evidenzbasiertes Handeln nutzbar gemacht werden kann und soll. Entsprechend basieren Forschung und Praxis auf verschiedenen Schwerpunkten und weisen dort ihre jeweiligen Stärken auf. Besonders wichtig ist hier die Kooperation von Forschung und Praxis auf Augenhöhe, damit aus permanenter Evidenzgenerierung auch permanente Evidenzbasierung werden kann.

Darüber hinaus ist bei der Abfassung des Memorandums immer wieder deutlich geworden, dass Suchtprävention – in Forschung und Praxis – gesellschaftliche und politische Unterstützung benötigt, um sich nachhaltig zu etablieren. Die Kolleg/-innen in Suchtpräventionsforschung und -praxis wollen wir mit diesem Memorandum ermuntern, in den weiteren Diskurs zum Thema „Evidenz in der Suchtprävention“ einzutreten. Insofern ist das vorliegende Memorandum ein erster Meilenstein, aber nicht das letzte Wort. Wir wünschen uns, dass hierfür künftige Fachkongresse, Internetforen, bewährte und neue Netzwerke sowie auch neue Formen des Austausches für den Diskurs genutzt werden. Letztlich geht es auch darum, die häufig bemängelte Diskrepanz zwischen Forschung und Praxis zu verringern

und nach Möglichkeit zu überwinden. Ein wichtiges Ergebnis des bisherigen Diskurses ist, dass dies nur im Miteinander und nicht im Gegeneinander realisierbar ist. In diesem Geist ist das vorliegende Memorandum entstanden und in diesem Sinne sollte es weiter fachlich diskutiert werden.

Appendix

Im vorliegenden Memorandum wird in der Verwendung der Begriffe „Methoden“, „Konzept“ und „Konzeption“ den folgenden Definitionen gefolgt, wobei hier auf die unterschiedliche, z.T. nicht trennscharfe Verwendung dieser Begriffe in den verschiedenen, an der Suchtpräventionspraxis und -forschung beteiligten Fachdisziplinen explizit hingewiesen sei:

Methoden: griech. meta hodos, der Weg zu etwas hin

Nach Galuske haben (2013, S. 28) Methoden „etwas mit planvollem Handeln zu tun, mit Handeln, das in gewissem Umfang standardisiert ist, das nämlich zurückgreift auf einen Fundus an mehr oder minder erprobten Hilfsmitteln. Kurz: Wenn man sich mit Methoden beschäftigt steht das ‚wie‘ im Mittelpunkt“.

Unter Methoden werden sodann unterschiedliche Techniken und Verfahren subsummiert: „Im Gegensatz zu Methoden, die idealerweise nicht nur eine beliebige Ansammlung unterschiedlicher Techniken darstellen, sondern sowohl das Verhältnis der Techniken zueinander, wie auch den Ort spezifischer Techniken im Prozess der Hilfeleistung reflektieren, könnte man Techniken als Antworten auf Detailprobleme im komplexen Weg von der Identifikation eines Problems zur angestrebten Lösung betrachten“ (Galuske, 2013, S. 31)

Beispiele für Methoden (Verfahren) zur Umsetzung von Präventionszielen:

- edukative oder normativ-regulatorische Verfahren
- ökonomische Anreiz- und Bestrafungssysteme

Konzept: „Handlungsmodell, in welchem die Ziele, die Inhalte, die Methoden und die Verfahren in einen sinnhaften Zusammenhang gebracht werden (Geißler & Hege, 1995, S. 23). „Konzepte sind (...) Entwürfe von Handlungsplänen oder Wirkungszusammenhängen, die hypothetischen Charakter haben. Konzepte werden meist in der Fachliteratur veröffentlicht und diskutiert. Manche wurde in Modellvorhaben erprobt und dann verallgemeinert, andere bleiben auf der Ebene der gedanklichen Entwürfe“ (Spiegel, 2000, S. 181)

Beispiel für Konzepte der Prävention: Lebenskompetenzansatz

Konzeption: Handlungspläne, die von Fachkräften für ihren institutionellen Handlungszusammenhang konkretisiert werden: „Die Entwicklung einer Konzeption muss unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen, der Erwartungen der verschiedenen Beteiligten und der verfügbaren Ressourcen einer Einrichtung erfolgen. Im Unterschied zum Konzept umfasst also die Konzeption zusätzlich zum wissenschaftlichen Erklärungswissen, Wertwissen und Verfahrenswissen auch das institutionelle und politische Zustandswissen und das persönliche Erfahrungswissen der Fachkräfte vor Ort“ (Spiegel, 2000, S. 182).

- Projekt: Handlungspläne, häufig im Kontext von Praxis- bzw. Forschungsentwicklungen, die möglichst:
- konkret sind
 - eine Standardisierung des methodischen Vorgehens vorgeben oder anstreben,
 - derzeit noch nicht zum Regelangebot einer Institution gehören (z.B. im Rahmen von befristeten Projektförderungen)
 - die örtlichen/kontextuellen Rahmenbedingungen definieren, nicht zwangsläufig aber übertragbar sind.

Literaturverzeichnis

Eidgenössische Ausländerkommission EKA (2006). Prävention von Jugendgewalt. Wege zu einer evidenzbasierten Präventionspolitik. Bern.

Galuske, M. (2013). Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim: Beltz Juventa.

Geißler, K. & Hege, M. (1995). Konzepte sozialpädagogischen Handelns. Ein Leitfaden für soziale Berufe. Weinheim: Beltz.

Spiegel, H. (Hrsg.) (2000). Jugendarbeit mit Erfolg. Arbeitshilfen und Erfahrungen zur Qualitätsentwicklung und Selbstevaluation. Münster: Votum.

Popper, K. (1973). Logik der Forschung (5. Auflage). Tübingen: Mohr.

Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.A., Haynes, R.B. & Richardson, W.B. (1997). Was ist Evidenz-basierte Medizin und was nicht? Munch Med. Wochenschr; 139 (44): 644-5

Stiftung Deutsches Forum für Kriminalprävention (Hrsg.) (2013). Entwicklungsförderung und Gewaltprävention für junge Menschen Impulse des DFK-Sachverständigenrates für die Auswahl & Durchführung wirksamer Programme. Bonn.

Uhl, A. (2012). Methodenprobleme bei der Evaluation komplexerer Sachverhalte: Das Beispiel Suchtprävention. In: Robert Koch-Institut, Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Berlin: RKI.