



Titelbild: © Rewier A GmbH, Essen

# Qualität in der Suchtprävention 2013

Evidenz schaffen für die Wirksamkeit  
suchtpräventiver Maßnahmen

Dokumentation der Augsburger Fachtagung

**LGL**

**BZgA**

Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung

Die Fachtagung „Qualität in der Suchtprävention“ am 24. und 25. Juni 2013 in Augsburg wurde gemeinsam veranstaltet von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL). Die Tagungsleitung lag beim Bayerischen Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung im LGL; hier kann auch die Dokumentation kostenfrei angefordert werden. Unter [www.zpg.bayern.de](http://www.zpg.bayern.de) ist auch ein Download möglich.

Für eine bessere Lesbarkeit haben wir bei manchen Personenbezeichnungen auf ein Ausschreiben der weiblichen Form verzichtet. Selbstverständlich sind in diesen Fällen Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

Herausgeber: Bayerisches Landesamt für  
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)  
Eggenreuther Weg 43, 91058 Erlangen

Telefon: 09131 6808-0  
Telefax: 09131 6808-2102  
E-Mail: [poststelle@lgl.bayern.de](mailto:poststelle@lgl.bayern.de)  
Internet: [www.lgl.bayern.de](http://www.lgl.bayern.de)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
Ostmerheimer Straße Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Telefon: 0221 8992-0  
Telefax: 0221 8992-300  
E-Mail: [poststelle@bzga.de](mailto:poststelle@bzga.de)  
Internet: [www.bzga.de](http://www.bzga.de)

Bildnachweis: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit  
Titelbild: © Revier A GmbH, Essen

Stand: Dezember 2013  
Redaktion: Dr. med. Martina Enke, Hildegard Aiglstorfer  
Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung im LGL

Gestaltung  
und Satz: event lab. GmbH  
Druck: Merkur Druck- & Kopierzentrum GmbH & Co. KG

Bei fachlichen Fragen wenden Sie sich bitte an:  
Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG)  
im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit  
Hildegard Aiglstorfer  
Telefon: 09131 6808-4503  
E-Mail: [Hildegard.Aiglstorfer@lgl.bayern.de](mailto:Hildegard.Aiglstorfer@lgl.bayern.de)

© Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit  
alle Rechte vorbehalten

Gedruckt auf Papier aus 100 % Altpapier

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – wird um Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars gebeten.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden. Für die Inhalte fremder Internetangebote sind wir nicht verantwortlich.



BAYERN | DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung.  
Unter Telefon 089 122220 oder per E-Mail unter [direkt@bayern.de](mailto:direkt@bayern.de) erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.

# Inhaltsverzeichnis

## Eröffnung

Grußwort Peter Lang Seite 2

Grußwort Dr. Andreas Zapf Seite 5

## Plenumsvortrag

Prof. Dr. Julika Loss Seite 8  
Evidenz und Evidenzgewinn für die Wirksamkeit suchtpreventiver Maßnahmen

## Workshops

1 Dr. Wolfgang Haß und Luitgard Kern Seite 18  
Maßnahmen planen – Wirkungen messen

2 Angela Böttger Seite 36  
Zielorientierte Projektplanung: Wirksamkeit steigern

3 Dr. Anneke Bühler und Johannes Thrul Seite 36  
Wie kommt Evidenz in die Praxis?

4 Kerstin Jüngling, Christina Schadt und Sylvia Seider-Rosenlehner Seite 46  
Suchtprävention öffentlich kommunizieren: Eine Frage der Haltung?  
Kommunikation als Qualitätsmerkmal

5 Dr. Hans-Jürgen Hallmann und Gerda Schmieder Seite 54  
Netzwerkarbeit: Formen, Möglichkeiten und Grenzen

6 Sabine Kowalewski und Michaela Goecke Seite 58  
Neue Zugangswege nutzen: Von ersten Schritten zur qualitätsgesicherten  
Nutzung sozialer Netzwerke

7 Dr. Barbara Weißbach und Anke Schmidt Seite 66  
Gender und Gender Diversity als Qualitätskriterium: Alles neutral?

## Infopoints

Ingeborg Holterhoff-Schulte Seite 72  
Dot.sys – Das Dokumentationssystem der Suchtvorbeugung

Axel Budde Seite 74  
PrevNet – Das Fachportal der Suchtvorbeugung

## Eröffnung

## Grußwort



Peter Lang, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Abteilungsleiter themen- und zielgruppen-spezifische gesundheitliche Aufklärung

Sehr geehrter Herr Dr. Zapf, sehr geehrte Frau Dr. Mutert, sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Bereits zum dritten Mal ist es nach 2009 und 2011 in diesem Jahr wieder gelungen, eine Fachtagung zur Qualitätssicherung in der Suchtprävention zu organisieren. Ich freue mich außerordentlich, dass dieses Gemeinschaftsprojekt der Bundesländer und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auf ein so nachhaltiges Interesse stößt – und jetzt schon eine kleine Tradition geworden ist.

Nach Düsseldorf und Dresden nun Augsburg. Von daher möchte ich zunächst besonders Ihnen, Herr Dr. Zapf und Frau Dr. Mutert, sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Bayerischen Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG) im Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit für Ihre Bereitschaft dafür danken, die Fachtagung in diesem Jahr in Kooperation mit der BZgA hier in Bayern durchzuführen. Schon jetzt danke ich Ihnen und Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ganz herzlich für das große Engagement bei der Planung und Organisation der Tagung.

Seit den Fachtagungen zur Qualitätssicherung in Düsseldorf in 2009 und in Dresden in 2011 ist das Thema „Qualitätssicherung in der Suchtprävention“ noch stärker in den Fokus gerückt. Die Diskussion um eine möglichst effiziente Mittelverwendung im Bereich der Suchtprävention spielt dabei sicher ebenso eine Rolle wie die Diskussion um wissenschaftliche und angemessene Strategien der Erfolgsmessung suchtpreventiver Maßnahmen.

Dabei müssen die theoretischen Ansprüche an Wirksamkeitsnachweise und Evidenzbasierung in Einklang zu bringen sein mit dem tatsächlich vor Ort Praktikablen und Finanzierbaren. Wobei es allerdings darum geht, den Wirksamkeitsnachweis auf einem möglichst hohen Qualitätsniveau zu führen und möglichst belastbare Informationen und Ergebnisse über die Wirksamkeit und Effizienz der realisierten Maßnahmen und Projekte zu bekommen. Was das heißt und wie das umgesetzt werden kann – dies bildet das zentrale Leitthema der diesjährigen Fachtagung.

Der grundsätzlich hohe Stellenwert der Qualitätssicherung in der Suchtprävention wird in der Praxis nicht in Frage gestellt. Zahlreiche Methoden wie zum Beispiel die Zielorientierte Projektplanung (ZOPP) oder ZOPP light werden angewendet, um den Nachweis der Maßnahmenqualität in Durchführung und Ergebnis zu erbringen und die erzielten Effekte zu dokumentieren. Allerdings bedarf es einer kontinuierlichen Überprüfung und Weiterentwicklung des eigenen professionellen Handelns, um das erreichte Qualitätsniveau zu erhalten oder weiter zu verbessern.

Hier in der Tagung besteht die Möglichkeit den wissenschaftlichen Diskurs darüber zu führen,

welche Strategien und Instrumente anzuwenden sind, um die Erfolge von suchtpreventiven Maßnahmen zu messen und sichtbar zu machen. Um auf dieser Grundlage die Ergebnisse in die Wissenschaften, in die Öffentlichkeit aber auch in den politischen Raum und insbesondere in die Praxis zu kommunizieren. Was sind geeignete, dem Evaluationsgegenstand angemessene Wege, um nachzuweisen, dass missbräuchliches oder abhängiges Verhalten als Folge von Substanzkonsum oder die Entstehung von Verhaltenssüchten durch präventive Maßnahmen verhindert werden konnten? Wie lässt sich Evidenz für Wirksamkeit suchtpreventiver Maßnahmen schaffen?

Keine leichten Fragen – keine leichten Antworten.

Die Tagung soll neben dem anwendungsorientierten und praxisbezogenen Wissenstransfer auch zum Ziel haben, den Gedankenaustausch zu den theoretischen Fragen der Weiterentwicklung der Qualität in der Suchtprävention zu fördern, und ich bin mir sicher, dass wir mit dem Impulsvortrag von Frau Professor Loss und den daran anschließenden Workshops wertvolle Anregungen dazu bekommen werden.

Die Herausforderungen, vor denen die Suchtprävention steht, sind nicht auf die Wirksamkeitsnachweise in den klassischen Themenfeldern beschränkt. Thematisch erschließen sich ihr neben den bekannten Feldern der Alkohol- und Tabakprävention sowie der Prävention des illegalen Drogenkonsums und der Glücksspielsuchtprävention weitere Felder, die unserer Aufmerksamkeit bedürfen. Zu nennen ist insbesondere die Prävention der so genannten „Online-Sucht“ mit den Schwerpunktbereichen der Online-Spiele und der Sozialen Netzwerke. Außerdem rückt das Thema „Sucht im Alter“ aufgrund des demographischen Wandels immer stärker in den Fokus. Auch in diesen Themengebieten wird es darum gehen, durch die Anwendung der Maßnahmen und Möglichkeiten zum Qualitätsmanagement in der Suchtprävention Sucht möglichst nicht entstehen zu lassen bzw. Suchtverläufe abzumildern.

Die Fachtagungen zur Suchtprävention zeichnen sich durch ihren hohen praktischen Wert aus. Die thematische Bandbreite der Workshops auf dieser Fachtagung zeigt dabei die Vielfalt der für die Fachkräfte in der Suchtprävention aktuell relevanten Bereiche: Von der Planung einer Maßnahme und der Wirkungsmessung über die Indikatorenentwicklung geht es thematisch über Kommunikationsfragen und Netzwerkarbeit hin zur Nutzung sozialer Netzwerke und Geschlechterdifferenzierung. Durch die interaktive Ausrichtung der Workshops ist der Erfahrungs- und Wissensaustausch dabei ein Kernziel.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

in Zusammenarbeit zwischen den Bundesländern und der BZgA werden seit einigen Jahren zwei Kooperationsprojekte zur Qualitätsentwicklung in der Suchtprävention umgesetzt, auf die ich Sie an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich hinweisen möchte: Zum einen das Dokumentationssystem „Dot.sys“. „Dot.sys“ ist das Online-System zur Erhebung, Auswertung und Dokumentation der bundesweit durchgeführten Maßnahmen in der Suchtprävention, das mittlerweile von einer großen Zahl an Fachkräften in der Suchtprävention genutzt wird.

Zum anderen „PrevNet“, das Fachportal der Suchtprävention, in dem sich Fachkräfte miteinander vernetzen und austauschen können. „PrevNet“ ist im letzten Jahr komplett überarbeitet worden und bietet seither noch mehr Möglichkeiten zum direkten Austausch. Ihre Fragen zu „Dot.sys“ und „PrevNet“ werden auf der Tagung am Info-Point hier im Foyer gerne beantwortet.

Ein weiteres wichtiges Element zur Stärkung der Qualität in der Suchtprävention ist die von der BZgA herausgegebene „Expertise zur Qualität in der Suchtprävention“, die in einer vom Institut für Therapieforschung überarbeiteten Fassung in diesem Jahr neu erscheinen wird. In der Expertise werden internationale und nationale Studien zur Wirksamkeit suchtpreventiver Maßnahmen vorgestellt und die Ergebnisse so-

weit analysiert, dass sie für die Praxis wichtige Erkenntnisse bringen.

Zum Schluss möchte ich den „BZgA-Länder-Kooperationskreis Suchtprävention“ nicht unerwähnt lassen. Denn in diesem Kreis werden unter anderem auch die „Fachtagungen zur Qualität in der Suchtprävention“ geplant und entwickelt. In einem gemeinschaftlichen Prozess diskutieren die Länder zusammen mit der BZgA Ziele, Inhalte und mögliche Ausführungen der Fachtagung. Der Kooperationskreis ist der Garant für die langjährige, gute Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern. Seit vielen Jahren gewährleistet dieser Kreis, dass es einen intensiven und zielführenden Austausch zwischen der Bundes- und Länderebene gibt, so dass sich die Maßnahmen und Aktivitäten in der Suchtprävention auf Bundes- und auf Landesebene ergänzen können.

Nun aber genug der Vorrede! Ich wünsche uns allen einen interessanten und inspirierenden Austausch, neue Erkenntnisse und Anregungen für die eigene Arbeit, die wir hier aus Augsburg mitnehmen können.

Vielen Dank.

*Peter Lang*

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Abteilung themen- und zielgruppenspezifische gesundheitliche Aufklärung

Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln

[www.bzga.de](http://www.bzga.de)



*Eröffnung*

## Grußwort

Sehr geehrte Frau Dr. Mutert,  
sehr geehrter Herr Lang,  
sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

sehr herzlich begrüße ich Sie zur Fachtagung „Qualität in der Suchtprävention“ in Augsburg. Wir freuen uns sehr, diese gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ausrichten zu dürfen und Expertinnen und Experten aus ganz Deutschland bei uns in Bayern willkommen zu heißen. Ein ganz besonderer Dank gilt Frau Professor Pott und Herrn Lang für die Organisation und hervorragende Zusammenarbeit. Die Kooperation zwischen der Bundeszentrale und den Ländern trägt ganz erheblich dazu bei, die Suchtprävention erfolgreich und wirksam zu gestalten.

„Qualität in der Suchtprävention“: Dass inzwischen nach den Tagungen in Düsseldorf und Dresden 2009 und 2011 die dritte bundesweite Fachtagung veranstaltet wird, zeigt die Bedeutung dieses Themenfeldes. Welche präventiven Maßnahmen sind erfolgversprechend, welche Aktivitäten erscheinen sinnvoll? Wie ist ihre Qualität zu beurteilen, woran wird sie gemessen, wie ist sie zu sichern?

„Evidenz schaffen für die Wirksamkeit suchtpreventiver Maßnahmen“ ist daher der (Arbeits-) Titel dieses Forums. Es geht um die Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Praxis und – andersherum – um einen wissenschaftlichen Blick auf Projekte aus der Praxis, es geht um effiziente, zielorientierte Projektplanung, um erfolgreiche Kommunikation über bewährte und neue Wege und nicht zuletzt um die Arbeit in Netzwerken: welche Chancen, aber auch welche Beschränkungen bestehen?



*Dr. med. Andreas Zapf,  
Präsident des Bayerischen  
Landesamtes für Gesundheit  
und Lebensmittelsicherheit*

Sie als Expertinnen und Experten aus Vereinen und Verbänden, aus Kommunen und aus der Wissenschaft diskutieren aktuelle Erfordernisse und Methoden, die bei der suchtpreventiven Arbeit vor Ort hilfreich sein können. Beiträge aus der Präventionsforschung und Praxisbeispiele werden vielfältige Anregungen geben. Zentral für eine gelingende Suchtprävention sind sowohl die strukturellen Voraussetzungen als auch Sie, die Fachkräfte, mit ihren fachlichen und persönlichen Kompetenzen, mit ihrem Engagement und ihrem Zusammenwirken mit den Partnern.

Zugleich ist und bleibt Suchtprävention aber auch immer eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Neben staatlichen Institutionen tragen auch die Familie, Bildungsinstitutionen, Sport- und Freizeiteinrichtungen und weitere Institutionen sowie gesellschaftliche Gruppen eine hohe Verantwortung. Eine Ihrer (d.h. der Fachkräfte) wichtigsten Aufgaben ist daher die Vernetzung aller Partner, um gemeinsam die Qualität in der Suchtprävention zu stärken.

Wir haben gemeinsame Ziele, und unsere Aktivitäten ergänzen sich. Ein Beispiel für diese gelungene Kooperation ist das gemeinsame Internetportal PrevNet, in dem sich die Fachkräfte

der Länder untereinander austauschen, unter anderem auch zu Fragen der Qualität. In Bayern erfreut sich PrevNet eines großen Zuspruchs, 355 von bundesweit rund 1500 Mitgliedern stammen von hier.

In Bayern leisten die Suchtpräventionsfachkräfte, die landesweit an den Gesundheitsämtern vertreten sind, dazu einen wichtigen Beitrag. Und wir arbeiten intensiv daran, die Netzwerke in der Suchtprävention – wie in der Prävention überhaupt – weiter zu stärken. Es geht darum, Kräfte zu bündeln, Aktivitäten zu koordinieren und natürlich auch Qualität weiter zu entwickeln. Unser neu gegründetes Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung am Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, das auch diese Tagung organisiert hat, kann hier landesweit viel bewegen. An dieser Stelle möchte ich nicht versäumen, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihr Engagement herzlich zu danken.

Sie alle, wir alle, sind Mitglieder präventiver Netzwerke, manche sind eher locker, andere eng geknüpft, auf lokaler, regionaler und/oder überregionaler Ebene. Uns allen ist gemeinsam, dass wir mit unserer Arbeit bestmögliche Ergebnisse für die Menschen erreichen wollen. Wie dies effektiv und effizient gestaltet werden kann, dazu will diese Tagung einen nachhaltigen Beitrag leisten. Ich hoffe, dass die Ergebnisse der Veranstaltung Ihre Arbeit lange positiv begleiten werden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

*Dr. med. Andreas Zapf*

Präsident des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, (LGL)  
Eggenreuther Weg 43, 91058 Erlangen

[www.lgl.bayern.de](http://www.lgl.bayern.de)



## Plenumsvortrag

# Evidenz und Evidenzgewinn für die Wirksamkeit suchtpreventiver Maßnahmen



Prof. Dr. med. Julika Loss,  
Medizinische Soziologie,  
Institut für Epidemiologie  
und Präventivmedizin,  
Medizinische Fakultät der  
Universität Regensburg

## 1 Evidenzbegriff

Um in der klinischen Medizin eine bestmögliche Patientenversorgung anzubieten und zudem wissenschaftlichen Fortschritt zu erzielen, ist es wichtig, zwischen nützlichen und unnützen sowie sicheren und riskanten Verfahren unterscheiden zu können. Ärzte empfinden es zudem zunehmend als notwendig, ihr Handeln rational und nachvollziehbar zu begründen. Vor diesem Hintergrund hat sich in den 1990er Jahren die so genannte Evidenz-basierte Medizin (EbM) entwickelt; der Begriff leitet sich vom englischen „evidence“ (Nachweis, Beweis) ab. Ziel der Evidenz-basierten Medizin ist der Aufbau einer belastbaren wissenschaftlichen Fundierung (=Evidenz) für eingesetzte diagnostische und therapeutische Verfahren. Hierfür kommen methodisch hochwertige klinische und epidemiologische Studien zum Einsatz (z. B. randomisierte kontrollierte Studiendesigns) (Sackett, 1999).

## 2 Besonderheiten der Evidenz-Gewinnung in der Prävention

Insbesondere seit dem Aufkommen der Evidenz-basierten Medizin sehen sich auch Gesundheitsförderung und Prävention verstärkt der Forderung nach wissenschaftlichem Wirksamkeitsnachweis ausgesetzt. Entscheidend dazu beigetragen haben auch die Gutachten des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus den Jah-

ren 2001/2 und 2005, die auf die Notwendigkeit von Qualitätsmanagement und Evaluationsverfahren in Prävention und Gesundheitsförderung hinweisen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2002): „Für primärpräventive Interventionen [ist] prinzipiell ... ein Nachweis der Effektivität ... zu fordern.“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2005). Der Aufbau von Evidenz in der Prävention kann durch die Evaluation von präventiven Ansätzen und Programmen umgesetzt werden, d.h. die wissenschaftliche Untersuchung der Wirksamkeit von Maßnahmen. In der Tat haben in den letzten Jahren wissenschaftliche Evaluationen von präventiven Initiativen zugenommen und so den Aufbau einer wissenschaftlichen Basis zur Wirksamkeit („Evidenz“) für einige Teilbereiche der Prävention ermöglicht. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass in Deutschland Evaluationen von präventiven Maßnahmen immer noch nicht die Regel sind. Das liegt auch daran, dass Anbieter bzw. Organisatoren von präventiven Maßnahmen sehr heterogen sind und von universitären Institutionen über Krankenversicherungen und staatliche Einrichtungen hin zu Vereinen und Privatpersonen reichen. Vermutlich führen ca. 10-20% der Anbieter eine Ergebnisevaluation mit zumindest einigermaßen belastbaren Daten durch. Dieser niedrige Anteil mag auch an Aufwand und Kosten von entsprechenden Evaluationsstudien liegen; diese erfordern in der Regel recht hohe Zeit- und Personalressourcen,

während die Budgets für Präventionsprojekte oft eher knapp sind. Auch gibt es bislang noch keinen wissenschaftlichen Standard für die Evaluation von präventiven Maßnahmen, und es ist unklar, inwieweit Methoden aus klinischen Studien zur Medikamentenwirksamkeit, aus der Sozialwissenschaft oder Marktforschung übernommen werden können. Für die Medizin gelten beispielsweise Ergebnisse aus randomisierten kontrollierten Studien sowie systematische Reviews als höchste Stufe der Evidenz. Eine schlüssige Hierarchie von Evidenz-Klassen für Prävention analog zur Evidenz-basierten Medizin lässt sich aufgrund der hohen Komplexität von bevölkerungsbezogenen Interventionsansätzen und sehr unterschiedlichen Evaluationsperspektiven allerdings nicht ohne weiteres ableiten. Welches Studiendesign für eine Präventionsmaßnahme angezeigt ist, hängt auch von der Art des gewählten Präventionsansatzes ab. Das sollen drei Beispiele illustrieren:

1. Eine standardisierte Maßnahme zur Raucherentwöhnung mit einer klar begrenzten Zielgruppe – z.B. eine Gruppe von Rauchern, die sich wöchentlich zu einem Kurs zusammenfindet – eignet sich gut für ein randomisiert-kontrolliertes Design, v.a. aufgrund der Standardisierbarkeit der Maßnahme, den gut kontrollierbaren Rahmenbedingungen, der guten Erreichbarkeit der Teilnehmer für Datenerhebungen (regelmäßige Anwesenheit im Kurs) und dem klaren und messbaren Endpunkt (Rauchabstizienz).

2. Schwieriger wird es z.B. bei Veranstaltungen in offenen Systemen mit mehreren Adressaten, z.B. Info-Stände und -Aktionen für Eltern und Multiplikatoren auf regionalen Marktplätzen mit dem Ziel, Suchtmittelkonsum bei Kindern zu reduzieren. Hier sind die Endpunkte komplexer (Kenntnis, Einstellung, Verhalten Eltern, Suchtverhalten Kinder), die Teilnehmer (Standbesucher, Personen, die Flyer mitnehmen) schwer nachzuverfolgen (z.B. für Datenerhebungen).

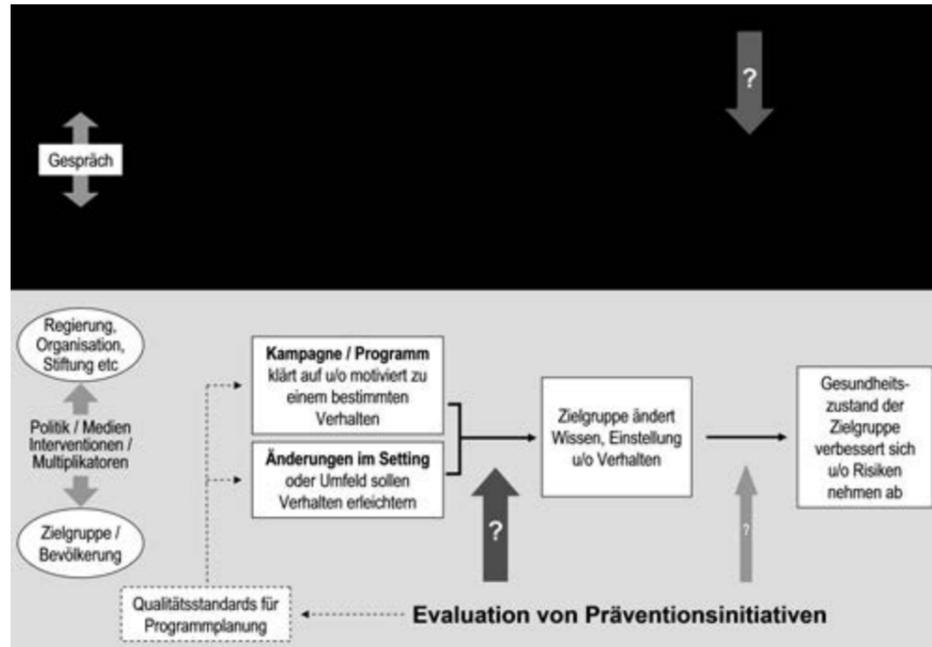
3. Auch explizit partizipative, Ressourcen-orientierte Ansätze sind schwerer messbar, da sich

Ziele und Inhalte (z.B. eines Nichtraucherprogrammes in einer Schule) aufgrund der aktiven Teilhabe von Zielpersonen und Multiplikatoren im Laufe des Programmes erst ergeben oder verändern. Die Vorher-Nachher-Messung ist daher bei ex ante nicht klar feststehenden Zielindikatoren oft wenig zielführend.

Daher ist festzuhalten, dass sich einheitliche Standards oder Empfehlungen zur Evaluation für präventive Maßnahmen nicht ableiten lassen. Gerade komplexe Interventionen erfordern prozessorientierte Evaluationen mit Methodenvielfalt – die Evidenzstärke derartiger Studien ist aber schwer einschätzbar. Für kleine Aktionen in offenen Systemen kann die Messung der Wirksamkeit zudem unverhältnismäßig aufwendig sein.

Gegenstand ist in der Präventionsforschung weniger, welche präventiven Lebensweisen (Nicht-rauchen, begrenzter Alkoholkonsum) effektiv sind, sondern vielmehr welche Interventionen die Menschen dazu bewegen können, diese Lebensweisen anzunehmen (Beratung, finanzieller Anreiz, Medienkampagne etc.). Damit unterscheidet sich die Evaluation in der Prävention grundlegend von klinischen Studien. In der klinischen Forschung wird untersucht, ob ein bestimmtes therapeutisches Verfahren (z.B. ein Medikament) sich positiv auf die Gesundheit auswirkt – unter idealen Rahmenbedingungen, d.h. die kontrollierten Bedingungen einer experimentellen Studie stellen weitgehend sicher, dass ein Patient die ärztliche Verordnung aufnimmt und die Therapieempfehlungen umsetzt. Gegenstand der Evaluation von Prävention ist hingegen primär die Wirkung der informierenden, beratenden und/oder motivierenden Initiative, nicht die des präventiven Verhaltens (s. Abbildung 1). Beispielsweise ist wissenschaftlich belegt, dass Nichtrauchen das Risiko, gesundheitliche Schäden wie Lungenkrebs und Arteriosklerose zu entwickeln, im Vergleich zum Zigarettenrauchen deutlich reduziert. Die Auswirkungen des präventiven Verhaltens „Nicht-

Abb. 1: Schwerpunkte der Evaluation von Präventionsinitiativen im Vergleich zur klinischen Evaluation



rauchen“ auf den Gesundheitszustand sind daher in der Regel nicht Gegenstand einer Evaluation. Vielmehr geht es in der Regel darum zu untersuchen, inwieweit ein präventives Programm, z.B. eine massenmediale Kampagne oder eine interaktive Schulausstellung, bewirkt, dass die Zielgruppe, z.B. Jugendliche, ihre Einstellungen und ihr Verhalten bezüglich Rauchen ändert (und gegebenenfalls wie sich dann langfristig auch Morbidität und Mortalität verändern).

Man unterscheidet bei der Evaluation von präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Wesentlichen zwischen Prozess- und Ergebnisevaluation (Loss, Eichhorn, Reisig, Wildner & Nagel, 2007). Die Prozessevaluation soll Probleme bei der Programmumsetzung identifizieren sowie die Erreichung und Akzeptanz der Zielgruppe untersuchen (Linnan & Steckler, 2002). Ziel der Ergebnisevaluation ist es, Auswirkungen auf Zielgruppe bzw. Verhältnisse zu erfassen (Nutbeam, 1998). Die Ergebnisevaluation liefert die eigentliche „Evidenz“ (Wirksamkeitsnachweis), während die Prozessevaluation dazu wichtig ist, um die Ergebnisse zu interpretieren und Qualitätsmanagement zu ermöglichen.

### 3 Strategien der Suchtprävention

Tabelle 1 stellt dar, welche Interventionstypen bzw. -strategien man bei präventiven Maßnahmen generell unterscheiden kann (mit nach unten hin zunehmender Einflussnahme auf die Entscheidungen des Einzelnen) (Jochelson, 2005; Krämer, 2002; Rosenbrock, 2004). In der Folge wird die jeweilige derzeitige Evidenz für unterschiedliche Interventionstypen aus dem Themenfeld der Suchtprävention vorgestellt, mit einem Schwerpunkt auf Prävention des Konsums legaler Suchtmittel (Tabak, Alkohol).

Interventionstyp	Beispiel
1. Information, Aufklärung, Beratung	Broschüren über die Schädlichkeit von Passivrauchen  Massenmediale Aufklärungskampagne über Gefahren des Binge Drinkings  Ärztliche Beratung zur Raucherentwöhnung
2. Motivation, Einstellungsänderung, Überredung	Massenmediale Kampagne mit Schwerpunkt auf emotionale Beeinflussung (z. B. Furchtappelle) und Image-Faktoren eines Verhaltens, z.B. Vermittlung eines „coolen“ Bildes von nichtrauchenden Jugendlichen
Unterstützende Maßnahmen	Erhöhung der Tabaksteuer
3. Anreizsysteme, positive und negative Sanktionen	Ermäßigung von Krankenversicherungsbeiträgen bei Inanspruchnahme von Entwöhnungskursen  Schulische Wettbewerbe zum Nichtrauchen  Abbau von Zigarettenautomaten
4. Kontextbeeinflussung, infrastrukturelle Maßnahmen	
5. Restriktive Maßnahmen	Werbeverbote für Tabakprodukte Rauchverbote in öffentlichen Gebäuden

Tab. 1: Typen von politischen Maßnahmen zu Prävention und Gesundheitsförderung

#### 3.1. Aufklärung, Information (1) und Motivation (2)

Information ist die Basis für die aufgeklärte Entscheidung eines Individuums. Sie stellt damit die Grundlage vieler präventiver Maßnahmen dar. Zudem lässt sich beobachten, dass viele Kommunikationsstrategien mittlerweile über die reine sachliche Information hinausgehen und neben bzw. statt Faktenwissen vor allem aus überredenden und motivierenden Botschaften bestehen, d.h. sie setzen Humor, Emotionen oder Furchtappelle ein, stellen – echte oder fiktive – Personen als Vorbilder für ein bestimmtes Verhalten dar oder zielen auf eine Image-Änderung eines bestimmten Verhaltens ab. Ein bestimmtes, sozial erwünschtes Verhalten (z.B. vernünftiger und maßvoller Alkoholkonsum) soll so als attraktiv oder wünschenswert dargestellt werden.

Bei Möglichkeiten zur Information und Überredung unterscheidet man zwei Kommunikationswege:

*Personalkommunikative Verfahren*, bei denen es zu einem persönlichen, individuellen Austausch kommt, z.B. Beratung durch Ärzte und Suchtberater, Telefonberatungen („Helplines“, „Quit lines“), Infostände von Gesundheitsämtern oder Mitmach-Parcours in Schulen.

*Massenmediale Verfahren*, auch als „Streumethoden“ bekannt, die im Sinne einer einseitigen Kommunikation auf Inhalte hinweisen, ohne dass eine interaktive Kommunikation mit der Zielperson möglich ist. Beispiele sind Plakate, Fernsehspots oder statische Online-Angebote.

*Personalkommunikative Verfahren – Beispiel ärztliche Beratung*. Bei den Beratungen wird Ärzten eine besondere Rolle zugeschrieben, insbesondere aufgrund des hohen Grades an Erreichbarkeit der Bevölkerung „quer durch alle Schichten“ (Gerst, 2012). Dabei zeigt sich aus internationalen Studien mittlerweile eine gute Evidenzbasis zu den Auswirkungen präventiver Beratung in der Praxis. Für ärztliche Beratungen von Rauchern zum Thema Tabakkonsum beispielsweise ist der Erfolg gut belegt. Dabei erhöhen bereits einmalige, kurze (ein bis drei Minuten) Empfeh-

Abb. 2: Zielgruppenspezifität in massenmedialen Kampagnen. Bei diesem russischen Nichtraucherplakat wird die Zielgruppe der jungen Raucherinnen v.a. über kurzfristige Auswirkungen des Tabakrauchens (Attraktivitätsverlust) angesprochen und nicht über langfristige gesundheitliche Schäden. Quelle: Centre of Social Initiatives, Agentur BBDO, Moskau, 2008.



lungen die Abstinenzraten. Zudem konnte eine Dosis-Wirkungs-Beziehung festgestellt werden, d.h. je häufiger die Beratung stattfindet und je länger sie dauert, desto höher ist die Ausstiegsrate. Als besonders effektiv erweist sich die Kombination mehrerer Formate, z.B. ärztliches Gespräch und Empfehlung zu einem Entwöhnungskurs. Als Erfolgsfaktoren in der ärztlichen Beratung wurden v.a. verhaltensbezogene Problemlösung und Hilfe beim Einholen sozialer Unterstützung identifiziert; auch eine zusätzliche Pharmakotherapie ist sinnvoll (Goldstein, Whitlock & DePue, 2004). Auch für präventive Beratung zum Alkoholkonsum konnten internationale hochwertige Studien zeigen: Kurze, wiederholte Beratungen können riskanten Alkoholkonsum senken (im Schnitt um 38g Alkohol pro Woche). Allerdings sind Erfolge nur belegt für Beratungen, die mindestens 15 Minuten andauern und durch mindestens eine weitere Beratungseinheit („Follow-up“) ergänzt werden (Goldstein et al., 2004; Kaner et al., 2009).

**Massenmediale Maßnahmen.** Suchtpreventive Kommunikationsmaßnahmen, die über die Massenmedien verbreitet werden, z.B. Plakate oder Fernsehspots zum Zigarettenrauchen, können viele Menschen relativ kostengünstig erreichen und ein Bewusstsein für (neue) Gesundheitsthe-

men schaffen. Damit können sie Einstellungen und Verhalten bestärken. Fest steht aber auch, dass massenmediale Maßnahmen ebenso die Zielgruppe verfehlen und wirkungslos bleiben können, im schlimmsten Fall sogar unerwünschte Wirkungen haben. Internationale Studien und Übersichtsarbeiten liefern die Evidenz für derartige Maßnahmen. So konnte gezeigt werden, dass präventive massenmediale Kampagnen zum Tabakkonsum Beginn und Prävalenz des Rauchens bei Erwachsenen und Jugendlichen beeinflussen können. Allerdings gelten Einschränkungen. So werden zum Teil nur kurzfristige Effekte erzielt (abhängig von der Dauer der Finanzierung), und es werden vor allem die höheren sozialen Schichten erreicht. Oft ist die isolierte Wirkung von massenmedialer Kommunikation in der Suchtprävention schwer zu beurteilen, da diese Maßnahmen in der Regel in größere Programme eingebunden sind. Die Studien zeigen auch, dass der Erfolg davon abhängt, wie gut die Kampagne auf die Zielgruppe abgestimmt ist (Bala, Strzeszynski, Topor-Madry & Cahill, 2013; Lorenc, Petticrew, Welch & Tugwell, 2013; Wakefield, Loken & Hornik, 2010). So kann beispielsweise die Darstellung von gesundheitlichen Schäden bei Erwachsenen sinnvoll sein; bei Jugendlichen wird sie hingegen meist nicht verhaltenswirksam. Junge Menschen lassen sich

durch den Hinweis auf z.B. erhöhtes Krebsrisiko durch Tabakrauch kaum beeinflussen, dafür aber z.B. durch den Verweis auf kurzfristige Auswirkungen (z.B. hinsichtlich Attraktivität, s. Abbildung 2) oder Aufklärung über Manipulationen und Täuschungen durch die Tabakindustrie (Wilson et al., 2012); letzteres wird z. B. im Rahmen der bekannten US-amerikanischen „Truth“-Campaign thematisiert (Hicks, 2001).

### 3.2. Anreizsysteme (3)

Hintergrund für positive bzw. negative Sanktionen in der Suchtprävention ist die Hoffnung, mit materiellen „Anreizen“ die Menschen zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil motivieren zu können. So bieten einige Krankenkassen derzeit Bonusprogramme für gesundheitsbewusstes Verhalten an. Steuerliche Maßnahmen wie die Erhebung bzw. Erhöhung von Tabaksteuern oder die zusätzliche Besteuerung von spirituosenhaltigen Mixgetränken (Alkopops) können zu negativen finanziellen Anreizen gerechnet werden. Natürliche Experimente belegen, dass Preiserhöhungen z. B. bei Alkohol und Tabak erhebliche Auswirkungen haben – sowohl auf den Suchtmittelkonsum als auch auf die Mortalität (Herttua, Makela & Martikainen, 2008; Purshouse, Meier, Brennan, Taylor & Rafia, 2010; Wagenaar, Maldonado-Molina & Wagenaar, 2009). Die Bonusprogramme der deutschen Krankenkassen sind in ihrer Wirksamkeit nur wenig untersucht, führen wohl aber oft eher zu Mitnahmeeffekten (Cläßen, Winter, Austermann, Klepp & Neumann, 2012). Uneinheitlich sind die Ergebnisse zu Interventionen mit materiellen Anreizen. Während schulbezogene Wettbewerbe wohl eher wirkungslos sind (Johnston, Liberato & Thomas, 2012), scheinen (vergleichsweise hohe) finanzielle Entlohnungen von Rauchentwöhnung und Abstinenz effektive Maßnahmen zu sein. So konnten beispielsweise Volpp et al. zeigen, dass durch das zeitlich gestaffelte Auszahlen von Beträgen bis insgesamt 750 US-Dollar die Rate an Rauchabstinenz nach 12 Monaten dreimal so hoch war wie in einer Kontrollgruppe ohne finanziellen Anreiz (Volpp et al., 2009).

### 3.3. Kontextbeeinflussung, infrastrukturelle Maßnahmen (4)

Diesem auch als „Verhältnisprävention“ bekannten Ansatz liegt die Vorstellung zugrunde, dass eine gesunde Lebensweise keine Angelegenheit der freien Wahl ist, sondern vielmehr ein Resultat der Möglichkeiten, die sich einer Person bieten (Milio, 1981). Ziel ist daher die Schaffung von Lebenswelten, die gesundes Verhalten unterstützen. Hier gilt das Schlagwort „Make the healthier way the easier way“ (World Health Organization, 1986). Der physisch-strukturelle und soziale Kontext spielt dabei eine große Rolle. Derartige verhältnispräventive Maßnahmen gehören generell zu den erfolgreichsten Ansätzen der Prävention (Mitchell & Popham, 2008). In der Suchtprävention kann eine infrastrukturelle Maßnahme beispielsweise in der Schaffung einer rauchfreien Umwelt liegen, z.B. im Rahmen betrieblicher Gesundheitspolitik. Internationale Studien zeigen, dass Rauchverbote am Arbeitsplatz nachweislich die Rauch-Prävalenz senken. Auch eine Regulierung des Vertriebs von Tabakwaren und Alkohol, z.B. Abbau von Zigarettenautomaten, ist eine Strategie der Kontextbeeinflussung. Schneider und Gruber belegen, dass mehr Kaufmöglichkeiten tatsächlich zu höherer Nachfrage von Tabak und Alkohol führen (Schneider & Gruber, 2013). Allerdings ist festzuhalten, dass die Evidenz-Lage für infrastrukturelle Maßnahmen eher dünn ist, gerade im Vergleich zu verhaltenspräventiven Maßnahmen, die leichter umzusetzen und zu standardisieren sind.

**Lebenswelt soziales Online-Netzwerk.** Viele der Freizeit-bezogenen, aber auch der professionellen Aktivitäten haben sich mittlerweile in den virtuellen Raum verlagert. Soziale Medien wie z.B. Facebook oder Myspace stellen daher gerade für junge Menschen eine Lebenswelt dar, in der Kontextfaktoren das Risikoverhalten hinsichtlich des Suchtmittelkonsums beeinflussen können. So zeigen Analysen von Facebook-Protokollen von Jugendlichen bzw. jungen

Erwachsenen, dass nicht nur oft über Alkoholkonsum berichtet wird (in Textmeldungen und mit Fotografien), sondern Alkoholkonsum dabei fast ausschließlich mit positiven Konnotationen dargestellt wird (Geselligkeit, Spaß, Belohnung). Suchtmittelkonsum wird dabei als Vehikel benutzt, ein positives Bild von sich selber zu generieren und zu vermitteln („impression management“). Das kann zu einer Normalisierung und Steigerung der Attraktivität von Alkohol führen (Loss, Lindacher & Curbach, 2013), so dass soziale Online-Netzwerke auch schon als „intoxicogenic environment“ beschrieben werden (McCreanor et al., 2013). Studien hinsichtlich der Frage, inwieweit hier erfolgreiche suchtpreventive Maßnahmen umgesetzt werden können, fehlen bislang praktisch völlig.

### 3.4. Restriktive Maßnahmen

In den westlichen Ländern haben in den letzten Jahrzehnten gesetzliche Maßnahmen zur Regulation von Gesundheitsverhalten zugenommen, beispielsweise die Einführung der Gurtpflicht oder, in der jüngeren Vergangenheit, Rauchverbote in Gaststätten in etlichen europäischen Ländern. Restriktive Maßnahmen gehören zu den wirksamsten präventionspolitischen Maßnahmen. Mittlerweile konnte gezeigt werden, dass Rauchverbote in öffentlichen Plätzen die Rauchprävalenz senken (Wilson et al., 2012) und bereits innerhalb weniger Jahre zu einer signifikanten Abnahme von Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen geführt haben (Tan & Glantz, 2012). Auch Werbe-/Sponsoring-Verbote für legale Suchtmittel können wirksam sein, wenn gleich die Evidenz-Lage zu Effekten von Werbeverboten unbefriedigend ist (Wilson et al., 2012).

### 4 Fazit und Ausblick

Mittlerweile ist bereits eine gute wissenschaftliche Evidenz zu verschiedenen präventiven Maßnahmen von Tabak- und Alkoholkonsum verfügbar, oftmals in Form von systematischen Übersichtsarbeiten und Cochrane-Reviews. Al-

lerdings ist die Datenlage oft widersprüchlich. Zudem ist der Erfolg vieler Maßnahmen auch durch spezifische Kontextfaktoren zu erklären und dadurch eventuell nicht auf andere Länder oder Zielgruppen übertragbar. Insbesondere für infrastrukturelle und Ressourcen-orientierte Projekte fehlt oft die Evidenz.

Gleichzeitig ist zu beobachten, dass erfreulicherweise das Bewusstsein für die Notwendigkeit von Evaluationen und Evidenzgewinnung in der Prävention wächst. Der Zugang zur Thematik verbessert sich für Praktiker, indem zunehmend praxisnahe Angebote zur Unterstützung verfügbar sind. Es bleibt allerdings die Problematik, dass die Evaluation von kleineren oder komplexen Programmen oft unverhältnismäßig aufwendig ist. Interventionen in Settings sind zudem oft nicht standardisierbar. Dadurch besteht die Gefahr, dass komplexere, partizipative Interventionen vernachlässigt werden und eher gut evaluierbare Programme gefördert werden.

Eine weitere Herausforderung besteht sicherlich auch im vernünftigen und zielführenden Umgang mit Evaluationsergebnissen und Evidenz. Zum einen ist es wichtig, dass Praktiker mit einem kritischen Bewusstsein mit den eigenen präventiven Projekten umgehen. Zum anderen muss die verfügbare Evidenz auch die Politik beeinflussen können, so dass nicht nur politisch opportune, sondern vor allem effektive präventive Strategien eingesetzt werden (evidence-based policy).

### 5 Literatur

Bala, M. M., Strzeszynski, L., Topor-Madry, R. & Cahill, K. (2013). Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 6, CD004704.

Claßen, G., Winter, S., Austermann, E., Klepp, K. & Neumann, W. (2012). Wie effektiv sind Bonusprogramme der Krankenkassen? Ergebnisse einer Längsschnittstudie zur Einschätzung der

Bonusprogrammteilnehmer hinsichtlich einer gesundheitsbewussteren Lebensführung. *Leitgerich: Pabst Science Publishers*.

Gerst, T. (2012). Prävention: Ohne Ärzte geht's nicht. *Dtsch Arztebl*, 109(19), A-943.

Goldstein, M. G., Whitlock, E. P. & DePue, J. (2004). Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence. *Am J Prev Med*, 27(2 Suppl), 61-79.

Herttua, K., Makela, P. & Martikainen, P. (2008). Changes in alcohol-related mortality and its socioeconomic differences after a large reduction in alcohol prices: a natural experiment based on register data. *Am J Epidemiol*, 168(10), 1110-1118; discussion 1126-1131.

Hicks, J. J. (2001). The strategy behind Florida's „truth“ campaign. *Tob Control*, 10(1), 3-5.

Jochelson, K. (2005). *Nanny or steward? The role of government in public health*. London: King's Fund.

Johnston, V., Liberato, S. & Thomas, D. (2012). Incentives for preventing smoking in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, 10, CD008645.

Kaner, E. F., Dickinson, H. O., Beyer, F., Pienaar, E., Schlesinger, C., Campbell, F., Heather, N. (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev*, 28(3), 301-323.

Krämer, W. (2002). Hippokrates und Sisyphus. Die moderne Medizin als das Opfer ihres eigenen Erfolges. Paper presented at the Vortrag im Studium Generale, Universität Mainz.

Linnan, L. & Steckler, A. (2002). Process evaluation for public health interventions and research – an overview. In A. Steckler & L. Linnan (Eds.), *Process Evaluation for Public Health Interven-*

*tions and Research* (pp. 1-24). San Francisco: Jossey-Bass.

Lorenc, T., Petticrew, M., Welch, V. & Tugwell, P. (2013). What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health*, 67(2), 190-193.

Loss, J., Eichhorn, C., Reisig, V., Wildner, M. & Nagel, E. (2007). Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung. Entwicklung eines multidimensionalen Qualitätssicherungsinstruments für eine landesweite Gesundheitsinitiative. *Präv Ges förder*, 2(4), 199-206.

Loss, J., Lindacher, V. & Curbach, J. (2013). Do social networking sites enhance the attractiveness of risky health behavior? Impression management in adolescents' communication on Facebook and its ethical implications *Pub Health Ethics*, 6, epub ahead of print, doi: 10.1093/phe/pht028

McCreanor, T., Lyons, A., Griffin, C., Goodwin, I., Moewaka Barnes, H. & Hutton, F. (2013). Youth drinking cultures, social networking and alcohol marketing: Implications for public health. *Crit Pub Health*, 23 (1), 110-120.

Milio, N. (1981). *Promoting health through public policy*. Philadelphia: F.A. Davis.

Mitchell, R. & Popham, F. (2008). Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study. *Lancet*, 372(9650), 1655-1660.

Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. *Health Promot Int*, 13(1), 27-44.

Purshouse, R. C., Meier, P. S., Brennan, A., Taylor, K. B. & Rafia, R. (2010). Estimated effect of alcohol pricing policies on health and health economic outcomes in England: an epidemiological model. *Lancet*, 375(9723), 1355-1364.

Rosenbrock, R. (2004). Prävention und Gesundheitsförderung – Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen für die Politik. Gesundheitswesen, 66, 146-152.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2002). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Baden-Baden: Nomos.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2005). Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Sackett, D. L. (1999). Was ist Evidenz-basierte Medizin? In M. Perleth & G. Antes (Eds.), Evidenz-basierte Medizin. Wissenschaft im Praxisalltag. (Vol. 2, pp. 9-12). München: MMV.

Schneider, S. & Gruber, J. (2013). Neighbourhood deprivation and outlet density for tobacco, alcohol and fast food: first hints of obesogenic and addictive environments in Germany. Public Health Nutr, 16(7), 1168-1177.

Tan, C. E. & Glantz, S. A. (2012). Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases: a meta-analysis. Circulation, 126(18), 2177-2183.

Volpp, K. G., Troxel, A. B., Pauly, M. V., Glick, H. A., Puig, A., Asch, D. A., Audrain-McGovern, J. (2009). A randomized, controlled trial of financial incentives for smoking cessation. N Engl J Med, 360(7), 699-709.

Wagenaar, A. C., Maldonado-Molina, M. M. & Wagenaar, B. H. (2009). Effects of alcohol tax increases on alcohol-related disease mortality in Alaska: time-series analyses from 1976 to 2004. Am J Public Health, 99(8), 1464-1470.

Wakefield, M. A., Loken, B. & Hornik, R. C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. Lancet, 376(9748), 1261-1271.

Wilson, L. M., Avila Tang, E., Chander, G., Hutton, H. E., Odelola, O. A., Elf, J. L., Apelberg, B. J. (2012). Impact of tobacco control interventions on smoking initiation, cessation, and prevalence: a systematic review. J Environ Public Health, 2012, 961724.

World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen: WHO Europe.

---

*Prof. Dr. med. Julika Loss*  
 Medizinische Soziologie  
 Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin  
 Medizinische Fakultät  
 Universität Regensburg  
 Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg  
 Tel. 0941 944-5220



## Workshop 1

# Maßnahmen planen – Wirkungen messen



Dr. Wolfgang Haß,  
Bundeszentrale für  
gesundheitliche  
Aufklärung

Anders als in den beiden vorangegangenen entsprechenden Workshops in Düsseldorf (2009) und Dresden (2011) wird dieses Mal eine identische Veranstaltung an beiden Tagen mit jeweils drei Stunden und verschiedenen Teilnehmern durchgeführt – ein ambitioniertes Vorhaben für die nicht ganz leicht verdauliche Materie. Daher kann lediglich ein Überblick über die mannigfaltigen Aspekte der Thematik (Suchtprävention, Instrumente der Qualitätssicherung/Evaluation, sozialwissenschaftliche Methoden) gegeben werden. Für den ersten Tag haben sich 20 und für den zweiten Tag sechs Teilnehmerinnen und Teilnehmer angemeldet. Damit wird im zweiten Durchgang, in den auch die am ersten Tag gewonnenen Erfahrungen einfließen, eine persönlichere und mehr interaktive Gestaltung möglich. Das Protokoll gibt die Abläufe beider Tage zusammengefasst wieder.

Zunächst stellen die Anwesenden sich und ihre jeweilige Einrichtung bzw. den Arbeitskontext kurz vor und äußern zudem die Erwartungen an den Workshop. In erster Linie sind dies Austausch mit Kolleginnen und Kollegen der Suchthilfe, Vernetzung, neue Erkenntnisse im Bereich Wirkungsmessung und Evaluation verbunden mit der Hoffnung, Unsicherheit und Voreingenommenheit gegenüber der Materie etwas abbauen zu können sowie Umsetzungsanregungen und -empfehlungen für die eigene Praxis. Es wird zudem angesprochen, dass viele mit der Wahrnehmung ihrer Kernaufgaben ei-

gentlich ausgelastet sind und es an Ressourcen für die Umsetzung von Maßnahmen und häufig auch an methodischem Wissen fehle. Auf einem zweidimensionalen Graphen auf einem Flipchart verorten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dann ihr Wissen und ihre Erfahrung im Bereich Studien/Evaluation. Es zeigen sich für beide Dimensionen relativ dicht beieinander liegende Einschätzungen mit im jeweils mittleren Bereich liegenden Ausprägungen.

Im Überblick über den Ablauf der Veranstaltung wird, entsprechend dem Titel des Workshops, eine Zweiteilung vorgeschlagen. Beide Teile beginnen mit jeweils einem ca. 20-minütigen Input von Herrn Haß. Danach werden in Arbeitsgruppen anhand vorbereiteter Handouts zunächst Maßnahmenplanung (insbesondere Ziel- und Ergebnisdefinition) geübt und im zweiten Teil, als Kern der Wirkungsmessung, die Bildung bzw. Ableitung von Indikatoren.

## Zum ersten Teil: Maßnahmen planen

Ausgehend von einigen zentralen Annahmen der Suchtprävention, deren Bausteinen (Wissensvermittlung, Risikokompetenz, Lebenskompetenz(training), Aufzeigen funktionaler Alternativen, strukturelle Maßnahmen) und Ziel- bzw. Wirkungsbereichen (Wissen/Aufklärung, Einstellungen/Werte, Strukturen/Kontext und Verhaltensweisen) wird ein allgemeines Interventionsmodell in der Suchtprävention

skizziert. Dieses lässt sich in Abhängigkeit der jeweils priorisierten Ziele herunterbrechen auf verschiedene Zielgruppen von Maßnahmen, wozu auch Multiplikatoren gehören, die ihrerseits mit der eigentlichen Zielgruppe in Kontakt kommen.

Da die am Workshop Teilnehmenden allesamt selbst Expertinnen und Experten der Suchtprävention sind, wird auf eine inhaltliche Darstellung möglicher Maßnahmenziele weitgehend verzichtet. Stattdessen wird die Vorgehensweise einer sorgfältigen Zielbestimmung herausgestellt. Auch wenn vom zeitlichen Ablauf her ganz zu Beginn aller weiteren Überlegungen erst einmal eine fundierte Bedarfsanalyse stehen sollte (Was ist das Problem? Wer ist in welchem Ausmaß wie stark und mit welchen Konsequenzen betroffen?), gilt es im Wesentlichen, klare, eindeutige und messbare Ziele zu formulieren (Frage: Was genau soll in welchem Umfang und welchem Zeitrahmen bei wem mit welchen Mitteln erreicht werden?). Um die Kreativität bei diesem Prozess nicht vorschnell einzuengen, werden Aspekte der Messbarkeit einer beabsichtigten Wirkung erst einmal hintenan gestellt. Sind das oder die Ziele abgesteckt, was auch eine Zielgruppendifinition sowie Überlegungen zu deren Erreichbarkeit und möglicher Einbeziehung berücksichtigen sollte, ist zu überlegen, welche Aktivitätenbestandteile die Maßnahme aufweisen sollte, um diese Ziele zu erreichen (Frage: Auf welche Weise ...?). Im Anschluss daran sind realistische Zwischenergebnisse zu definieren, die angeben, wann das zuvor definierte Ziel erreicht ist. Diese hier nur grob skizzierte Empfehlung zum Vorgehen orientiert sich am „Programmbaum“ der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval). Dieser kann als gedanklich vorgegenommene Darstellung dessen, was eine Maßnahme auf welchem Weg unter den ausgewiesenen Bedingungen leisten soll, verstanden werden. Der Programmbaum berücksichtigt zudem eine Prüfung der Ausgangsbedingungen, etwa einen Ressourcencheck sowohl der durchführenden Einrichtung (Frage: Was brauche ich um...?) als auch der Zielgruppe (Frage: Woran

kann ich anknüpfen ...?), eine Klärung der Auftragslage und das Inbetrachtziehen nicht intendierter Resultate einer Maßnahme und deren mögliche negative Auswirkungen.

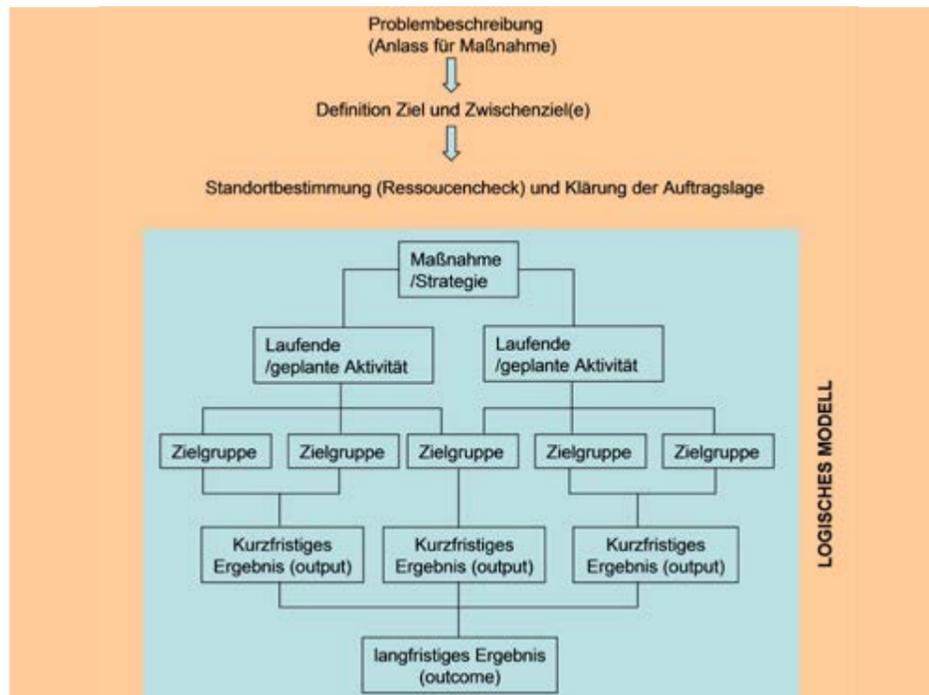
Als zentrales Element des Programmbaumes wird das „Logische Modell“ (Programmtheorie, Abb. 1) eingeführt. Im Allgemeinen existiert keine einheitliche Programmtheorie als Grundlage rationaler Ziel- und Maßnahmenplanung, sondern sie ist zunächst nur ein unvollkommener Entwurf, der in der Regel modifiziert, feinjustiert und noch auf die jeweiligen Erfordernisse vor Ort zugeschnitten werden muss. Das Logische Modell ist damit ein Hilfskonstrukt, das an ein Programm quasi herangetragen wird, um ein Evaluationsdesign theoretisch-wissenschaftlich und methodologisch begründet entwickeln zu können. Es werden verschiedene Theorieansätze kurz erläutert, die sich für einen Begründungszusammenhang eines Interventionsmodells in der Suchtprävention eignen (zum Beispiel Risiko-/Schutzfaktorenmodelle).

Durch systematische „Wenn ... dann ...“-Fragen zu den verschiedenen Abschnitten des Programmmodells lassen sich „Wirkungsketten“ erkennen, also Ursache-Wirkungs-Beziehungen, die die logische Beziehung zwischen Maßnahmen und kurzfristigen Zielen oder kurzfristigen und langfristigen Zielen erklären. Zudem werden Empfehlungen gegeben, wie das Logische Modell überprüft werden kann: Dies kann zunächst durch einfache Testfragen, durch eine Literaturrecherche, durch Befragung von Experten und Stakeholdern sowie durch Übertragung verfügbarer Erfahrungen von Experten/innen vor Ort oder aus ähnlichen Projekten erfolgen. Verwiesen wird zudem auf bewährte und hilfreiche Tools zum Identifizieren von fördernden und hemmenden Faktoren („Force Field“-Methode, Stakeholderanalyse) oder zur Überprüfung von Zielerreichungsgraden (Goal Attainment Scaling).



Luitgard Kern,  
Landratsamt Erlangen-  
Höchstadt, Gesundheits-  
amt

Abb. 1: Logisches Modell



Analog der medienwirksam entwickelten Idee der Steuererklärung auf einem Bierdeckel kann ein auf einem Blatt zusammengefasstes logisches Modell der Maßnahmenplanung auch Stakeholder oder potentielle Förderer eines Programms überzeugen helfen. Die möglichst teambasierte Entwicklung einer Programmtheorie ist in jedem Fall eine lohnenswerte Investition und ein Gewinn für alle Beteiligten, zumal sie als Blaupause auch für weitere Maßnahmen herangezogen werden kann. Ein zu Beginn erhöhter Zeitaufwand im Zusammenhang mit der Planung einer Maßnahme wird sich damit mit hoher Wahrscheinlichkeit amortisieren.

Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen erhalten Gelegenheit, das im Input illustrierte Verfahren in Gruppen von drei bis vier Personen anhand einer laufenden oder geplanten Maßnahme aus ihrer jeweiligen Einrichtung zu üben. Hierzu wird ein vorbereitetes Handout verteilt, das im Flussdiagrammstil die einzelnen sinnvollen Prozessschritte vorgibt, unter anderem Ziel und Zwischenziel(e), Maßnahme(n), Aktivität(en), Zielgruppe(n) sowie kurz- und langfristig angestrebte Ergebnisse. Zur Prüfung des Modells sind zudem einige kritische Testfragen angefügt.

In der Gruppenarbeit zeigen sich Probleme insbesondere bei der Unterscheidung zwischen

- Haupt- und Zwischenzielen
- Zielen und Ergebnissen und
- Kurz- und langfristigen Zielen/Ergebnissen.

Am meisten Zeit erfordert die Zieldefinition, bei der fast alle Arbeitsgruppen steckenbleiben. Der hierfür angesetzte Zeitraum, das muss hier gesagt werden, ist damit natürlich viel zu knapp bemessen. Gleichwohl schafft es eine Gruppe, ein logisches Modell einer Maßnahme im Plenum zu skizzieren. Das Verfahren wird in der den ersten Teil abschließenden Plenumsrunde als hilfreich aber auch ungewohnt und zeitaufwändig erlebt. Als vorteilhaft wird bspw. erwähnt, dass man zur Systematik gezwungen und der Blick auf das Wesentliche gelenkt wird sowie, dass Störfaktoren und versteckte Zielkonflikte einer Maßnahme früher wahrgenommen werden.

*Zum zweiten Teil: Wirkung messen*

Die Messbarkeit von Erfolgen einer Maßnahme verweist zunächst auf den Zusammenhang zwischen einer Wirkung, deren Beobachtung, einer definierten Zeitspanne (Prozess) und einer Zuschreibbarkeit von Kausalität (Ursache-Wirkungsbeziehung). Wirkungen liegen dann vor, wenn die beobachteten Phänomene verlässlich einer Maßnahme/Intervention zugeordnet (ansonsten „Black Box“!), also nachvollziehbare theoretische Annahmen sowie empirische Daten über die Verbindung von Maßnahmen/Aktivitäten und Resultaten nachgewiesen werden können.

Für die Wirkungsanalyse lassen sich zunächst verschiedene „Level“ unterscheiden, und es ist zu prüfen, welche davon in einer konkreten Maßnahme adäquat sind:

- Wirksamkeit (effectiveness): unter Alltagsbedingungen, in routinemäßiger Anwendung, Nutzenfokussierung
- Effektivität (efficacy): Wirksamkeit einer Maßnahme unter kontrollierten Bedingungen (zum Beispiel in klinischen Studien)
- Kosten-Nutzen-Analyse (efficiency): Wirksamkeit einer Maßnahme als das Verhältnis von Nutzen zu Aufwand/Kosten.

Um Aussagen bezüglich der Wirksamkeit einer Maßnahme treffen zu können, müssen Veränderungen bei einer Zielgruppe in Richtung definierter Ziele an Hand eines Vergleichsmaßstabs (zum Beispiel mit Kontrollgruppe oder Vorher-Nachher-Vergleich derselben Gruppe) beurteilt werden. Wie lässt sich ein Erfolg nun als Erfolg beurteilen? Unterschieden werden können hier

- statistische Signifikanz der Veränderung (im Vergleich zu einer Kontrollgruppe),

- klinische oder praktische Signifikanz im Sinne der Bedeutsamkeit einer Veränderung (meist durch Expertenurteil definiert) sowie
- das Erreichen vorgegebener Schwellenwerte (vorab zu definieren).

Insbesondere die beiden letztgenannten Varianten sind für die Suchtpräventionsforschung von Bedeutung. Es gilt, hier zum einen ein Selbstbewusstsein für Untersuchungsdesigns zu entwickeln, die nicht den strengen Evidence based Medicine (EbM)-Standards entsprechen, zum anderen sich erst mal auf das Erreichen von Zwischenzielen zu konzentrieren, woraus sich wiederum (mit einem logischen Modell) zumindest eine Annäherung an die Hauptziele ableiten lässt. So ist eine Beschränkung auf Substanzkonsum nicht unbedingt sinnvoll bei Stichproben, die qua Definition noch wenig Konsumenten und instabile Konsummuster aufweisen. Auch sagt die Kenntnis der Wirksamkeit einer Intervention unter hochkontrollierten Bedingungen wenig darüber aus, wie groß diese unter den natürlichen Rahmenbedingungen der realen Versorgung ist. Schließlich stellen sich bei der Maßnahmen-evaluation in der Suchtprävention Wirkungen zumeist erst mit einiger zeitlicher Verzögerung ein (ganz zu schweigen vom Aspekt ihrer Nachhaltigkeit), so dass diese im Rückblick häufig nur schwer mit konkreten Ursache-Wirkungszusammenhängen belegt werden bzw. einer Intervention zugeordnet werden können.

Bei der Erfolgsbeurteilung anhand eines Schwellenwertes lässt sich mit einer konkreten Zielformulierung das beobachtete Ergebnis einer Maßnahme quasi direkt „abpflücken“, was die genaue Beurteilung, ob ein Ziel auch erreicht wurde, erheblich vereinfacht (siehe auch Abbildung 2). Denn je vager und komplexer eine Zielformulierung ausfällt, desto schwieriger wird die Konstruktion geeigneter Indikatoren. Diese sind das zentrale Element der Wirkungsmessung. Ein Indikator lässt sich als ein quantitatives oder qualitatives Maß dafür beschreiben, wie nahe

die Erreichung eines zuvor festgelegten Ziels ist. Es ist eine Hilfsgröße, die aus mehreren möglichen (Prozess- und/oder Ergebnis-) Parametern so ausgewählt wird, dass sie „stellvertretend“ die interessierende Dimension abbildet. Das Vorgehen bei der Konstruktion eines Indikators ist zumeist wie folgt (siehe Abbildung 2):



An einem konkreten Beispiel kann dies illustriert werden (siehe Abbildung 3).

Indikatoren lassen sich in „weiche“ und „harte“ einteilen: Alle Abfragen zu persönlichen Einstellungen, Bewertungen oder Zufriedenheit mit etwas, also Aussagen mit Interpretationsspielraum, sind ersteren Typs. Verlässlicher sind bereits Wissens- oder konkrete Verhaltensabfragen. „Harte“ Indikatoren lassen sich in der Regel auf struktureller Ebene gut ermitteln (zum Beispiel indikationsbezogene Krankenhauseinweisungen). Grundsätzlich können Indikatoren zudem sowohl ergebnis- als auch prozessqualitätsbezogen gebildet werden. Zu beachten ist auch der (jeweils zu definierende) Zeithorizont, den sie abbilden (beispielsweise kurz- oder mittelfristig). Sinnvoll ist es zudem, Indikatoren kontext- oder settingbezogen zu wählen (Schule, Familie, Peers etc.) sowie eine konzeptionell-theoretische Verortung zu versuchen (zum Beispiel schutz- oder risikofaktorenbezogen). Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern werden mit der „ZWERG“- und der „RUMBA“-Regel zwei eingängige, zum Teil redundante Merkregeln zu den bei der Indikatorenbildung zu beachtenden Qua-

litätskriterien angeboten: Erstere ist eine Empfehlung von „quint-essenz“, letztere entstammt der EbM-Forschung. Die RUMBA-Regel verweist zusätzlich auf die beiden wichtigen Aspekte, dass realistische Ziele definiert wurden (hier gibt es also eine Rückkoppelung zur Zieldefinition ganz am Anfang der Maßnahmenplanung) und dass diese auch durch Verhaltensänderung einer Person erreichbar sind. Die Empfehlungen werden mit Erläuterungen zu den Kriterien Validität (Gültigkeit) und Reliabilität (Zuverlässigkeit) sowie einen Verweis auf das elektronische Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES, 2009) abgeschlossen. Das mit der finanziellen Unterstützung der BZgA aufgebaute EHES ist über GESIS/Köln zu beziehen und enthält zu jedem Instrument eine Kurzbeschreibung, die Items sowie Hinweise zu Gütekriterien, Testkonstruktion und Auswertung.

Die Erfolgsmessung einer Maßnahme sollte im Übrigen möglichst multimodal erfolgen, das heißt im Hinblick auf verschiedene Datenebenen und Konstrukte mehrperspektivisch angelegt sein, zum Beispiel durch Berater/in und Klient/in und am besten mit einer Kombination quantitativer und qualitativer Verfahren (Mixed Methods) erfolgen, womit evtl. Schwächen eines Instruments durch die Stärken anderer Instrumente ausgeglichen werden. Die ausgewählten Erhebungsverfahren sollten sich ergänzen und ein breites Informationsbild abbilden.

Eingeräumt werden muss, was auch in den Nachfragen immer wieder deutlich wurde, dass die Identifikation aussagekräftiger und valider Ergebnisindikatoren mitunter schwierig ist. So kann die Vielfalt unterschiedlicher Messansätze, Indikatoren und Instrumente zu Auswahlproblemen führen. Zudem ist der zu messende/bewertende Zustand häufig komplex, immaterieller Natur (zum Beispiel Vertrauen), subjektiven Wahrnehmungen unterworfen oder wird stark vom Adressaten der Maßnahme beeinflusst (Compliance, Einsicht, Motivation etc.).



Abb. 3: Beispielkonstruktion eines Indikators<sup>1</sup>

Auf einen ausführlicheren Ausflug in die sozialwissenschaftliche Methodenlehre (zum Beispiel Studiendesigns, Erhebungsmethoden, Fragebogengestaltung etc.) wird angesichts der Zeitknappheit verzichtet.

Der zweite Input endet mit einigen generellen Empfehlungen zur Durchführung von Maßnahmen gemäß den bekannten Good Practice-Kriterien und verweist noch auf einige wichtige weitere Aspekte bei der Maßnahmenplanung und -durchführung:

- Einrichtungskultur (Unterstützung durch Leitung, Mitarbeiter/innen, Bereitschaft zur offenen Diskussion und Transparenz).
- Transparenz schaffen und Komplexität reduzieren
- Beste verfügbare Evidenz nehmen: Hoher Evidenz-Level häufig nicht anwendbar für Nachweise von eher langfristigen Outcomes in der Suchtforschung
- Evaluation als dienlich auffassen zum Nachweis der Absicherung der gefundenen Effekte (auch bei mangelnder Evidenz) oder aber zur Falsifikation
- Gutes Projektmanagement: Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten klären, Zeitachse, Ressourcen-Check (Zeit, Raum, Personal, Finanzen, Know-how, etc.), Dokumentation, Evaluation

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten auch für die Wirkungsmessung ein Handout zur Übung in Arbeitsgruppen. Leider ist die verbleibende Zeit aber viel zu knapp, um hier noch einmal beispielesbezogen und tiefer einzusteigen.

Als ein Problem in der Gruppenarbeit wird bspw. die Unterscheidung zwischen Parametern und Indikatoren deutlich, die aber vielleicht auch etwas akademisch ist. Für die Evaluationspraxis gilt es, hier eine klar definierte und messbare Hilfsgröße zu begründen und unter Rückbezug auf die Zielformulierung auszuwählen. Im Prozess der Indikatorenbildung spiegelt sich damit noch einmal die gesamte Maßnahmenkonzeption.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten nach der Tagung per E-Mail die Vortragsfolien, Literaturempfehlungen sowie eine Übersicht mit für die Suchtprävention geeigneten Instrumenten zur Projektplanung und -durchführung.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten nach der Tagung per E-Mail die Vortragsfolien, Literaturempfehlungen sowie eine Übersicht mit für die Suchtprävention geeigneten Instrumenten zur Projektplanung und -durchführung.

<sup>1</sup> Beispiel gegenüber der Vortragsversion geringfügig modifiziert

*Dr. Wolfgang Haß*

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
(BZgA)  
Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln  
Tel. 0221-8992-327  
E-Mail: wolfgang.hass@bzga.de

*Luitgard Kern*

Landratsamt Erlangen-Höchstadt  
Gesundheitsamt  
Schubertstraße 14, 91052 Erlangen  
Tel. 09131-7144445  
E-Mail: luitgard.kern@erlangen-hoechstadt.de



## Workshop 2

# Zielorientierte Projektplanung: Wirksamkeit steigern



Angela Böttger,  
Niedersächsische  
Landesstelle für Sucht-  
fragen, Hannover

Der Workshop richtete sich an erfahrene Fachkräfte in der Suchtprävention, die ihr Wissen und ihre Handlungskompetenz hinsichtlich der Planung und Umsetzung von Projekten reflektieren und die Wirksamkeit ihrer Projekte steigern möchten. Die Fachkräfte waren eingeladen, hierfür Fragestellungen aus ihrer Praxis mitzubringen, um im Workshop gemeinsam daran zu arbeiten.

Der Workshop wurde zweimal mit unterschiedlich großen Gruppen (sechs Personen und 14 Personen) und unterschiedlicher Schwerpunktsetzung durchgeführt. Zu Beginn des ersten Durchgangs wurden die Erwartungen und konkreten Anliegen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Workshop erfragt, im zweiten Durchgang nach vorangehendem Austausch in Kleingruppen. Es zeigte sich, dass die Anliegen gut zum Workshop-Thema passten, konkret aber recht breit gestreut waren. Im Rahmen der Fragestellung, wie Projekte systematischer und nachhaltiger entwickelt werden könnten, wollten Teilnehmende „niedrigschwellige Methoden der Bedarfsanalyse“ kennenlernen und etwas über „Zielfindung und Zielorientierung“ sowie das „Definieren messbarer Ziele“ erfahren. Als wichtiges Anliegen wurde der „gesteuerte Einsatz von Instrumenten“ genannt, statt „zu tingeln“, „weg von Projektitis“. Einzelfragen galten der Einbeziehung wichtiger Akteure in die Zielplanung und die Einplanung vorhandener (begrenzter) Ressourcen. Zum anderen wollten

die Teilnehmenden (neue) Methoden und Instrumente kennenlernen, um die „Wirksamkeit und Effizienz“ „zu erfassen“, „zu messen“, „zu überprüfen“ („Wirksamkeitsfaktoren“, „Wirksamkeitsmodelle“) und die „Ergebnisse zu evaluieren“. Besonders gefragt waren dabei leicht zu handhabende Methoden, die mit begrenztem Aufwand einsetzbar sind und als „gute Praxis“ Verbreitung finden könnten („Setzbaukasten“). Weitere Anliegen waren die Fragen, wie man für ein Projekt begeistern könne - und wie man Motivation für sorgfältige Dokumentation erzeugen könne.

Dem Workshop lag das Konzept zu Grunde, dass die Wirksamkeit von Projekten durch eine zielorientierte Projektplanung im Rahmen eines systematischen Projektmanagements gefördert und gesteuert werden kann. Hierfür sind in der Planungsphase eines Projekts entsprechende wirkungsorientierte Projektziele zunächst allgemein zu definieren und zu vereinbaren. Entscheidend ist sodann deren „Runterbrechen“ auf die Ebene konkreter, operativer Ziele: Was genau soll eigentlich erreicht werden – und woran kann und soll später festgestellt werden, ob und in welchem Umfang diese Ziele erreicht wurden? Sind die Ziele ausreichend konkret definiert und operationalisiert, müssen die Akteure sich auf passende Aktivitäten und Maßnahmen verständigen, mit denen die Zielerreichung angesteuert und erreicht werden soll. Mit Blick auf die Wirksamkeit des Projekts kommt es in

der Umsetzungsphase darauf an, darüber zu wachen, inwieweit der Projekt- und Maßnahmenverlauf dem Planungskonzept folgt. Je nach praktischem Verlauf und ersten Ergebnissen kann es nötig oder zweckmäßig sein, Zielkorrekturen vorzunehmen oder Maßnahmen umzusteuern. Das systematische, qualitätsorientierte Projektmanagement plant dabei von vornherein ein, die Ergebnisse des Projekts zu dokumentieren, um sie am Maßstab der angestrebten Ziele überprüfen und darstellen zu können. Je nach Projektauftrag und verfügbaren Ressourcen können dabei auch wissenschaftlich basierte Evaluationsverfahren zum Einsatz kommen, um die erzielten Wirkungen des Projekts stichhaltig nachweisen zu können.

Da die formulierten Teilnehmerinteressen sich grundsätzlich einer der benannten Projektphasen zuordnen ließen, wurden in beiden Workshops der soeben nur kurz skizzierte Qualitätsregelkreis der Steuerung von Projekten mit Hilfe eines Folienvortrags zumindest ausschnittsweise dargestellt und dabei einzelne Themenaspekte, je nach Teilnehmerinteressen, ausführlicher erläutert und diskutiert. Zur Vertiefung wurden zudem einzelne Instrumente aus dem Methodenkasten des Projektmanagements vorgestellt und demonstriert. Im zweiten Workshop-Durchgang wurden einzelne Instrumente an einem Beispiel aus dem Teilnehmerkreis modellhaft demonstriert.

Im Folgenden werden die schwerpunktmäßig bearbeiteten Themen und Instrumente, die sich in den beiden Workshops faktisch deutlich unterschieden, am „roten Faden“ des Qualitätsregelkreises (Abb. 1) dargestellt, so dass das Inhaltsspektrum beider Workshop-Durchläufe zum Ausdruck kommt.

## 1 Wie komme ich zu guten, wirkungsbezogenen Projektzielen?

Einführend wurde sehr kurz dargestellt, dass die Ziele suchtpreventiver Projekte und Maßnah-

men sich am aktuellen Wissensstand über wirkungsorientierte Suchtprävention orientieren sollten. Generelle Ziele können demnach zum einen auf Substanzen oder Suchtverhalten bezogen sein und zum anderen auf die Förderung allgemeiner Lebenskompetenzen. Als wirksame Ziele gelten insbesondere der Ausbau von Schutzfaktoren sowie die Minimierung von Risikofaktoren in den Bereichen Person, Umwelt und Suchtmittel. Als wirksam für die Suchtprävention haben sich Interventionen im Bereich Wissensvermittlung, im Bereich der Beeinflussung von Einstellungen, Meinungen und Werten, im Bereich der Beeinflussung von Verhaltensweisen sowie im Bereich der Gestaltung von Strukturen erwiesen.

Soweit verfügbar, sollten für die Durchführung suchtpreventiver Projekte und Maßnahmen Konzepte und Programme genutzt werden, deren Wirksamkeit mittels Evaluationsstudien belegt sind (Evidenzbasierung). Die faktische Wirksamkeit ist aber in jedem Projekt aufs Neue durch die konkrete Projektgestaltung vor Ort mit den beteiligten Akteurinnen und Akteuren zu generieren. Insbesondere müssen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass ein evidenzbasiertes Konzept nicht nur in Teilen, sondern umfassend entsprechend des Studiendesigns umgesetzt werden kann.

Um Projekte im Sinne der gewünschten Wirksamkeit konzipieren und steuern zu können, empfiehlt sich ein systematisches Projektmanagement auf Basis des sogenannten Qualitätsregelkreises „PDCA: PLAN – DO – Check – Act“ (Abb. 1).

Eine zentrale Aufgabe der **Planungsphase** ist die Klärung und Vereinbarung der Projektziele. Der Zielfindung sollte eine Situationsanalyse vorausgehen, in der die Ausgangssituation und die konkrete Problemlage erfasst wird, die Anliegen und Interessen der beteiligten Akteure und sonstigen vom Projekt Betroffenen ermittelt werden und last not least der Stand des Wissens und der Evi-

Abb. 1: Qualitätsregelkreis



denz bezüglich des präventiven Vorhabens überprüft wird. Die Projektziele sollten sodann so konkret wie möglich definiert werden, abgeleitet vom Projektauftrag und gegebenenfalls von generellen Kampagnenzielen. Dies sollte in Diskussion und Absprache mit den weiteren Beteiligten des Projekts, insbesondere Auftraggebern und Kooperationspartnern, stattfinden. Hierfür empfiehlt sich zum Beispiel die Durchführung eines Zielfindungs-Workshops. Maßgebliche Fragestellungen der Zielklärung lauten: Was genau wollen wir erreichen? Wen genau wollen wir erreichen? Was soll nach Projektabschluss anders sein? Und woran werden wir konkret merken, ob und in welchem Umfang wir unsere definierten Ziele erreicht haben? Gut formulierte Ziele folgen häufig den „SMART“-Kriterien. Sie sind erstens **spezifisch**, gelten für das jeweilige konkrete Projekt. Sie sind zweitens **messbar**, wofür Indikatoren gefunden werden müssen, an denen die Ergebnisse feststellbar sind. Sie sind ferner **akzeptiert**, das heißt es besteht ein Konsens über die Erreichbarkeit der Ziele. Sie sind außerdem **realistisch**, das heißt zwar herausfordernd, aber umsetzbar – und last not least sind sie **terminiert**, das heißt für die Zielerreichung ist ein Zeitraum oder Zeitpunkt festgelegt.

Die BZgA hat mit „ZOPP“ (**Zielorientierte Projektplanung**) ein komplexes Instrument entwickelt, das als Leitfaden für die Konzeptentwicklung und die Projektplanung genutzt werden kann. Darin wird nicht zuletzt auf eine **zielgruppenspezifische Ausrichtung des Projekts** Wert gelegt: Was sind wichtige soziale Hintergründe und wichtige Erwartungen der Zielgruppe? Mit welchen Inhalten und Methoden kann sie erreicht werden, welche Didaktik, welche Materialien könnten sich bewähren? Diese Fragestellungen sind sehr bedeutsam, wenn damit umgegangen werden muss, „dass die Zielgruppe keinen Bock hat“.

**2 Wie komme ich zu konkreten Merkmalen der Zielerreichung?**

Besonderes Anliegen der Workshop-Teilnehmenden war die Frage, wie man denn nun praktisch zu ausreichend konkreten Zielen kommt. Im zweiten Workshop-Durchgang wurde dies an einem Beispiel aus der Praxis eines Teilnehmers gemeinsam modellhaft erarbeitet. Dafür wurden im ersten Schritt aus dem von dem Teilnehmer benannten Projektziel Teilziele abgeleitet und im zweiten Schritt für die Teilziele Merkmale gesucht, an denen die Zielerreichung feststellbar wäre (vgl. Abb. 2).

Abb. 2: Merkmale der Zielerreichung (Beispiel)

**Projektziel: Seelische Gesundheit älterer Schüler/innen (17-23 Jahre)**  
 Im Workshop II erarbeitetes Beispiel (Abschrift Wandzeitung vom 25.06.2013)

Teilziele	konkrete Merkmale der Zielerreichung
<b>Lehrer/innen sensibilisieren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lehrkräfte kommen zur angebotenen Fortbildung</li> <li>- Lehrkräfte fragen nach Informationen/ nach Begleitmaterial zu der Thematik (während oder nach der Fortbildung)</li> <li>- Lehrkräfte kennen verschiedene Krankheitsbilder</li> <li>- Lehrkräfte erkennen Problemlagen im Schulalltag</li> <li>- Lehrkräfte kümmern sich qualifizierter um betroffene Schüler/innen:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- sprechen sie an</li> <li>- beraten sie</li> <li>- ...</li> </ul> </li> <li>- Lehrkräfte schicken Schüler/innen zu Beratungsstelle</li> <li>- Thema wird auf Schulkonferenzen besprochen...</li> <li>- ...</li> </ul>
<b>Stigmatisierung verhindern</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schüler/innen sind informiert über Krankheitsbilder</li> <li>- Abnahme des Mobbingts betroffener Schüler/innen in den Klassen</li> <li>- Abnahme von Ausgrenzung betroffener Schüler/innen:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abnahme abwertender, stigmatisierender Haltungen und Ausdrücke</li> <li>- betroffene SchülerInnen fühlen sich zugehörig</li> </ul> </li> <li>- ...</li> </ul>
<b>rechtzeitig Hilfen einleiten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hilfen werden von Jugendlichen rechtzeitig angenommen: d.h.: bevor Problem sich chronifiziert</li> <li>- Zunahme der Inanspruchnahme von Beratungs-/Hilfemöglichkeiten</li> <li>- ...</li> </ul>

Die Abbildung stellt das Ergebnis dieses Arbeitsschritts dar, ohne den Prozess der Merkmalsfindung nachzeichnen zu können, der für einige Teilnehmende mit einer Art „Aha“-Erlebnis verbunden war. Die Merkmale wurden darüber gefunden, für jedes Teilziel sehr genau bis penetrant nachzufragen: Woran genau zeigt es sich und wird konkret sichtbar, wenn die Lehrkräfte sensibilisiert sind, woran genau zeigt es sich, was wird konkret anders sein, wenn Stigmatisierung verhindert wird, woran genau zeigt es sich, welche Veränderungen lassen sich feststellen, wenn Hilfen rechtzeitig eingeleitet werden? Wenn diese Fragestellungen konsequent verfolgt werden, finden sich zumeist eine ganze Reihe beobachtbarer Merkmale in den oben genannten Interventionsbereichen „Wissen“, „Haltung/Einstellungen“, „Verhalten“ und „Strukturen“, an denen sich die Wirksamkeit des jeweiligen Projekts zeigen könnte oder sollte.

**3 Wie Sorge ich/wie sorgen wir dafür, dass der Projektverlauf den Zielvorgaben folgt?**

Je genauer die angestrebten Merkmale der Zielerreichung definiert worden sind, desto präziser kann – als weitere Aufgabe der Planungsphase – konzipiert werden, welche Maßnahmen und Aktivitäten für die Zielerreichung erforder-

lich oder zweckmäßig sind – und zwar möglichst in der genannten Reihenfolge: erst die Ziele, dann die Maßnahmen.

Je anspruchsvoller die Zielsetzungen und/oder je komplexer das Vorhaben, desto mehr empfiehlt es sich, sich ausreichend Zeit für eine **systematische Maßnahmenplanung** zu nehmen. Diese kann zum Beispiel mit Hilfe einer Projektplanungsmatrix erfolgen. Um dies an einem praktischen Beispiel modellhaft zu erproben, wurde im zweiten Workshop-Durchgang am oben bereits erwähnten Beispiel eines Teilnehmers weitergearbeitet und eine Projektplanungsmatrix gemeinsam erstellt (vgl. Abb. 3).

Die recht schlicht strukturierte Matrix erfordert die Benennung grundsätzlicher Ziele sowie daraus abgeleiteter konkreter Ziele. Erst im nächsten Schritt sind Aktivitäten zu benennen, die die Zielerreichung bewirken sollen. Eine Schwierigkeit bei der Arbeit mit der Matrix stellt häufig – auch im Workshop – die Unterscheidung von grundsätzlichen und konkreten Zielen dar sowie die Unterscheidung von konkreten Zielen und Aktivitäten. Letzteres liegt auch daran, dass im Prinzip jede Aktivität auch in der Spalte der konkreten Ziele auftauchen kann – je nach gewähltem Fokus der Bearbeitung. Im Workshop wurde schnell deutlich, dass die praktische Umsetzung des Beispiel-Projekts sehr komplex ist und eine Vielzahl an Fragestellungen und Aktivitäten mit sich bringt. Bei komplexen Themen dieser Art ist deshalb zu empfehlen, für jedes Teilziel eine eigene Matrix anzufertigen.

Die Arbeit mit der Planungsmatrix erfordert ein wenig Übung, stellt aber eine bewährte Methode dar, um sich auf **gemeinsame Ziele** und **gemeinsam als sinnvoll erachtete Aktivitäten zur Zielerreichung** zu verständigen. Die Qualität einer guten Projektplanung hängt nicht zuletzt davon ab, dafür zu sorgen, dass keine Aktivität vereinbart wird, ohne Verantwortliche dafür zu benennen. Dabei ist unbedingt darauf zu achten, dass die benannten Akteure dieser Aufgabe zustimmen und über erforderliche Ressourcen verfügen. Grundsätzlich sollten bei der Projektplanung die benötigten Ressourcen (Personal, Finanz- und Sachmittel usw.) erfasst und im Zweifelsfall Maßnahmen eingeplant werden, wie diese eingeworben werden sollen. Können keine ausreichenden Ressourcen sichergestellt werden, müssen Ziele und Aktivitäten an die begrenzten Ressourcen angepasst werden.

Die Matrix bewährt sich nicht zuletzt für die Aufstellung eines Projektzeitplans, am besten, indem man „das Pferd von hinten aufzäumt“, das heißt vom zeitlich definierten Projektabschluss her denkt und von dort aus die Zeitfenster für das Erreichen der „Meilensteine“ festlegt.

Ein wichtiger Aspekt einer wirkungsorientierten Projektplanung ist es, Kooperationspartner zu finden und zu „Stakeholdern“ Kontakt aufzunehmen. Unter **Stakeholdern** werden Personen und Institutionen verstanden, die Interesse an einem Projekt haben und/oder von diesem betroffen sind. Je nach ihrer Einstellung zum Projekt können sie dieses eher fördern oder eher behindern. Je wichtiger sie im Einzelnen für die Zielerreichung des Projekts sind, desto bedeutsamer ist es, sie zum passenden Zeitpunkt und auf adäquate Art und Weise in das Projekt einzubeziehen. Das kann heißen, sie zu informieren, oder sie zu beteiligen, oder sie auch mitentscheiden zu lassen. Die Projektplanungsmatrix erfasst diese Fragestellung unter der Rubrik „Schnittstellen“.

Die erfolgreiche Umsetzung eines Projekts hängt stark mit der Frage zusammen, inwiefern es gelingt, die wichtigen und „richtigen“ Personen „im Boot zu haben“. Hierfür kann es hilfreich sein, sich genauer mit der **Analyse des „Kraftfeldes“** zu befassen bzw. eine „Stakeholder-Analyse“ vorzunehmen. Beide Methoden dienen dazu, zu untersuchen, wie die am Projekt Beteiligten oder von diesem Betroffenen zu dem Projekt(ziel) stehen: Welches Interesse und welche Einstellung haben sie dazu, was sind ihre Erwartungen, wer befürwortet das Projekt – wer lehnt es eher ab oder blockiert es – und warum? Im ersten Workshop-Durchgang wurden hierfür geeignete Instrumente modellhaft skizziert. Die „Engagement-Skala“ (Abb. 4) eignet sich gut zur Analyse der Stakeholder, sie erfasst dabei zugleich den erforderlichen Veränderungsbedarf, um dem Projekt die nötige Unterstützung zu sichern.

**Projektziel: Seelische Gesundheit von Schülern stärken**  
Im Workshop II erarbeitetes Beispiel (Abschrift Wandzeitung vom 25.06.2013)

Ziele		Aktivitäten / Maßnahmen				
Grundsätzliche Ziele	Konkrete Ziele	Aktivitäten	Beteiligte / Verantwortliche	Schnittstellen	Mittel	Zeit (punkt)
Wofür ist das Projekt wichtig?	Woran werden wir merken, dass wir die grundsätzl. Ziele erreicht haben?	Was müssen wir dafür tun?	Wer tut es? Und mit wem? → Namen!	wer muss gefragt, beteiligt, informiert werden?	Zeit in Stunden/ Geld in € usw.	Termin: (bis) wann?
Schutz und Hilfen für betroffene Schüler/innen verbessern	Lehrer/innen sind für das Thema sensibilisiert Stigmatisierung seelisch belasteter/beeinträchtigter Schüler/innen in den Schulen nimmt ab/wird verhindert Einleitung rechtzeitiger Hilfen findet statt	Fortbildung für Lehrkräfte aller weiterführenden Schulen des Landkreises durchführen* Fortbildungskonzept dafür entwickeln. U.a. klären: <u>wen</u> muss/will ich in Projekt einbeziehen? Wer ist dafür wichtig? <u>Wie</u> binde ich Beteiligte in Projekt ein? Persönliche Kontaktaufnahme zu (möglichen) Projektbeteiligten Mit Beteiligten zusammensetzen und austauschen: was gibt es eigentlich? Infomaterialien entwickeln, z.B. Beratungsführer	Wer genau entwickelt das Konzept + bis wann? <u>Namen</u> + Zeitpunkt nennen! <u>Namentlich</u> benennen, wer den Kontakt zu welchem Zweck aufnimmt – und bis wann	z.B. Schulleitungen, Schulpsychologen, Kinder-/Jugendpsychologen, Schulsozialarbeit, Schüler, Eltern, Schulamts, Schulfür, Gesundheitsamt, Erziehungsberatung,...		*: (bis) wann soll die Fortbildung stattfinden? bis wann müssen die Teilaufgaben erledigt sein?
Nachhaltige Etablierung entsprechender Maßnahmen in der Region	Maßnahmen in Strukturen unterbringen	Lehrgangskonzept: für regelmäßige Wiederholung der Fortbildung Thema auf Schulleiterkonferenzen zur Sprache bringen* Öffentlichkeitsarbeit: Sensibilisierung für die Thematik (wer macht dafür was?) Finanzplanung und -akquise	Wer genau macht das/ bereitet es vor?			*: für welchen konkreten Konferenztermin soll Thema plziert werden?

Abb. 3: Projektplanungsmatrix (Beispiel)

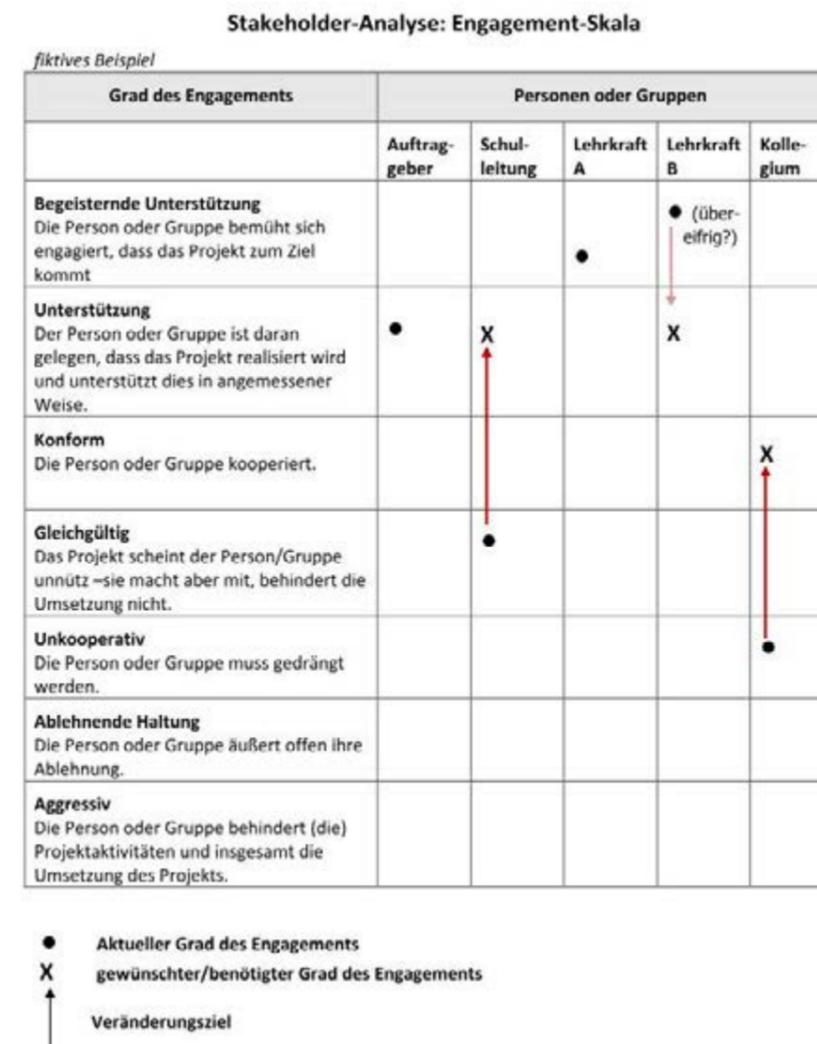
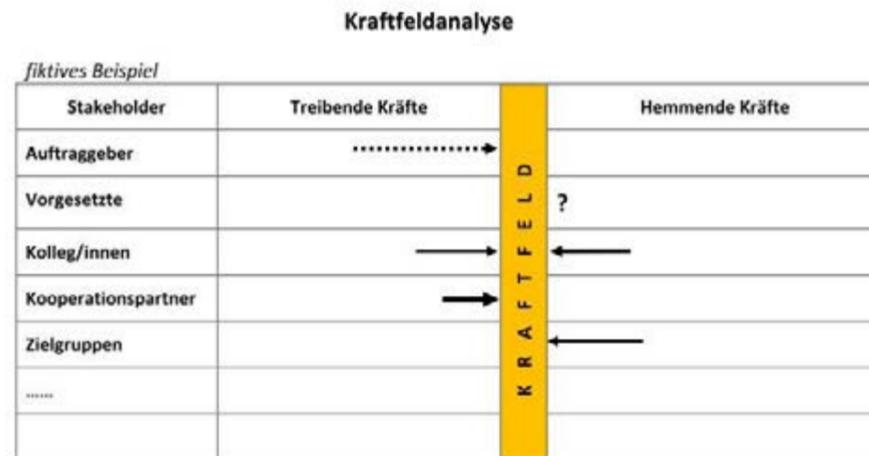


Abb. 4: Stakeholder-Analyse: Engagement-Skala (Beispiel)

Abb. 5: Kraftfeldanalyse: treibende und hemmende Kräfte (Beispiel)



Die „Kraftfeldanalyse“ differenziert nach treibenden und hemmenden Kräften, was auch grafisch abgebildet werden kann (Abb. 5).

Zweck der Analysen ist es, Ideen zu entwickeln, wie die wichtigsten Stakeholder für das Projekt gewonnen werden können. (Wie) kann eine „Win-win“-Situation hergestellt werden, was „brauchen“ die einzelnen Beteiligten, damit sie zu Unterstützern werden oder die Bereitschaft entwickeln, zu kooperieren? Mit welchen Argumenten und/oder Maßnahmen können ablehnende Haltungen verändert und möglicherweise ausgeräumt werden?

Die Frage nach der Einbeziehung der Stakeholder kann sich mit einer weiteren wichtigen Aufgabe der Planungsphase komplexer(er) Projekte überschneiden: der Festlegung der **Projektorganisation**. Dabei ist zu regeln, wer die Projektleitung übernimmt, welche Beteiligten gegebenenfalls das Projektteam bilden und ob ein Lenkungs-/Steuerungskreis eingerichtet werden soll – und wenn ja: wer dort „hineingehört“? Zu klären ist sodann, wie die Rollen und Aufgaben verteilt werden sollen, wo die Verantwortungs- und Entscheidungsbefugnisse liegen und wie die Kommunikation zwischen den Beteiligten strukturiert und gewährleistet wird. Auch wenn es zumindest in der Projektentwicklungsphase erst einmal mehr Aufwand macht: Wenn es gelingt, kompetente und einflussreiche Repräsentanten/innen der beteiligten Institutionen, Abtei-

lungen, Berufsgruppen dafür zu gewinnen, sich aktiv und verantwortlich an der Durchführung des Projekts zu beteiligen, wird die Umsetzung der Projektaktivitäten davon in der Regel deutlich profitieren können. Allerdings ist das kein Automatismus. Es gehört vielmehr zu den sehr bedeutsamen Aufgaben der Umsetzungsphase eines Projekts, die Akteure bei ihren Aufgaben gezielt zu unterstützen und die Zusammenarbeit der verschiedenen Beteiligten im Sinne der definierten Ziele zu koordinieren und zu steuern. Hierzu gehört die Verständigung auf Arbeitsweisen und Regeln, der Umgang mit divergierenden Interessen und Zielkonflikten sowie der Umgang mit Problemen und Störungen (sei es auf der Sach- oder auf der Beziehungsebene). Im ersten Workshop-Durchgang wurde mit viel Interesse aufgenommen und diskutiert, dass diese Aufgaben Anforderungen an die Projektleitung stellen, die deutlich über inhaltlich-fachliche Kompetenzen hinausgehen. Von Projektleitungen sind außer Organisations- und Managementkompetenzen (planen, organisieren, strukturieren, steuern, leiten, Entscheidungen herbeiführen) und formalen Kompetenzen (Entscheidungs-/Weisungsbefugnissen) nicht zuletzt auch Teamleitungskompetenzen gefordert: moderieren, Team-/Gruppenentwicklung gestalten, Gesprächsführung, Führungsstil, konstruktiver Umgang mit Störungen.

Von hoher Bedeutung für eine an den Zielen orientierte Projektumsetzung ist das Projekt-

controlling. Damit ist die kontinuierliche Reflexion bzw. die Überprüfung und Bewertung des Projektfortschritts gemeint: Sind wir im Zeitplan, sind Zwischenziele/Meilensteine erreicht? Funktioniert die Projektkommunikation? Gibt es Probleme, die den Verlauf und den Abschluss des Projekts gefährden? Um Zwischenergebnisse zu ermitteln und zu kommunizieren, bewähren sich sog. Statustreffen oder „Meetings“ der Projektgruppe oder „Meilenstein-Workshops“ unter Beteiligung weiterer Akteure (zum Beispiel der Auftraggeber).

**4** *Wie kann ich Ergebnisse und erwünschte Zieleffekte hinterher nachweisen?*

Sind im Rahmen der Projektplanung konkrete Ziele definiert und auch quantifiziert worden, so geht es in der Phase der **Ergebnisprüfung („check“)** darum, im Rahmen eines Soll-Ist-Vergleichs zu ermitteln, ob bzw. in welchem Umfang diese Ziele erreicht wurden. Ein mögliches Instrument dafür ist eine gut operationalisierte Projektplanungsmatrix. Sind zudem Merkmale der Zielerreichung definiert worden (vgl. Abb. 2), kann grundsätzlich auch erhoben werden, inwieweit diese Zieleffekte erreicht wurden. Um sie spezifiziert nachweisen zu können, muss aber bereits in der Planungsphase des Projekts geklärt werden, mit welchen Fragestellungen und Instrumenten dies erfolgen soll und welche Ressourcen eingesetzt werden können, um dies methodisch gut absichern zu können. Grundsätzlich steht eine breite Palette an Erhebungsmethoden zur Verfügung, die allerdings nicht mehr Gegenstand dieses Workshops sein konnten. In jedem Fall muss vor Projektbeginn geklärt werden, welche Informationen gesammelt und erhoben werden sollen und auf welche Art und Weise. In Frage kommen zum Beispiel persönliche Rückmeldungen und schriftliche Befragungen der Zielgruppen, das Einholen von Expertenmeinungen (zum Beispiel beteiligter Lehrkräfte) oder eine systematische Projektdokumentation (Veranstaltungsberichte und ähnliches).

Die Erhebung und Auswertung der Projektergebnisse sollte auch den Auftraggeber und die Projektakteure umfassen. Dafür eignen sich Auswertungsgespräche, die bereits in der Planungsphase des Projekts in den Zeitplan aufgenommen werden sollten. Die Projektgruppe sollte/könnte sich unter Beteiligung der Projektleitung zum Beispiel fragen: Wie zufrieden sind wir mit den Ergebnissen, mit der Qualität der Planung, mit der Aufgaben- und Kompetenzverteilung, mit dem Informationsfluss, mit der Projektsteuerung, mit der Arbeitsweise des Projektteams, mit der Zusammenarbeit im Team und weiteren für das Projekt maßgeblichen Faktoren? Der Zweck dieser Auswertung ist nicht nur, das Projekt „rund“ zu machen und abzuschließen – sondern aus den Erfahrungen und Ergebnissen zu lernen und **Schlussfolgerungen** zu ziehen („act“): Was waren vermutliche Gründe, dass die Ziele erreicht – oder nicht erreicht wurden? Was hat geholfen, was hat sich bewährt? Was war hemmend, was hat sich nicht bewährt – und sollte nächstes Mal anders gemacht werden? Damit aus solchen **Schlussfolgerungen** wirklich gelernt werden kann, ist es allerdings nötig, sie zu dokumentieren und zu kommunizieren: zum Beispiel in Form von Berichten, Veröffentlichungen oder in Form interner/externer Fortbildungen. Bei Projekten, die in ähnlicher Form wiederholt werden, empfiehlt sich das Anlegen von Leitfäden, Checklisten und ähnlichem, auf die beim nächsten Projektdurchlauf zurückgegriffen werden kann.

Auf die Frage, wie **Motivation für sorgfältige Dokumentation** erzeugt werden könne, konnte aus zeitlichen Gründen nur kurz eingegangen werden. Ein relevanter Faktor dafür dürfte die Erwartung der Beteiligten mit Dokumentationsaufgaben sein, ob die Aufzeichnungen nur in der Schublade verschwinden werden - oder ob sie zu etwas Sinnvollem genutzt werden wie zum Beispiel einer wirkungsbezogenen Projektauswertung und möglicherweise einer entsprechenden Publikation.

*Fazit: Was sind die wichtigsten Botschaften/Ergebnisse des Workshops?*

Es empfiehlt sich – auch (und manchmal gerade?) bei viel Praxiserfahrung – **zielgerichteter vorzugehen**, „statt allem hinterher zu hecheln“. Es muss sich auch im Sinne des Präventionsauftrags „ lohnen“, „muss effektiv sein“, muss „nachhaltig sein“.

Es empfiehlt sich – auch (und manchmal gerade?) bei viel Praxiserfahrung – **planvoll vorzugehen** - und „mehr schriftlich“. Die Planungsphase ist wichtig – und sie benötigt Zeit: für die Definition konkreter (!) Ziele und Ergebniskriterien, für Ideenfindung, Aufbau der Projektstruktur und anderes – aber der Aufwand wird sich in aller Regel lohnen und eine höhere Wirksamkeit zur Folge haben.

Es empfiehlt sich – auch (und manchmal gerade?) bei viel Praxiserfahrung – **alle wichtigen Beteiligten und Betroffenen in den Blick zu nehmen und einzubeziehen**. Der Projekterfolg hängt nicht unwesentlich davon ab, wie sie für das Anliegen gewonnen werden können und ob mögliche Vorbehalte und Zweifel ausgeräumt werden können – ob es gelingt, „Win-win-Situationen“ herzustellen – und ob „die richtigen“ und „wichtigen“ Akteure „im Boot sind“, die die Gestaltungsmacht haben, etwas zu bewirken.

---

*Angela Böttger*

Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen  
 Podbielskistraße 162, 30177 Hannover  
 Tel. 0511-626266-15  
 E-Mail: boettger@nls-online.de



Workshop 3

# Wie kommt Evidenz in die Praxis?



Dr. Anneke Bühler, IFT Institut für Therapiefor-schung, München

Der Begriff „Evidenz“ wird in Anlehnung an „evidence“ aus dem Englischen vor allem im Sinne von „Nachweis“ oder „Beweis“ verstanden. In der aktuellen Diskussion wird die Forderung nach Evidenz in der Suchtprävention vor allem auf die Überprüfung der Wirksamkeit von Maßnahmen bezogen. Uhl (1998) hat in seinem 6-Phasen-Modell der Präventionsforschung allerdings deutlich gemacht, dass auch andere „Evidenzen“ für die Entwicklung erfolgreicher Prävention wichtig sind.

*6-Phasen Modell: Evidenz schaffen für die Prä-vention*

Entwickler von Präventionsmaßnahmen sollten bereits Evidenzen aus der Grundlagenforschung und der Präventionsforschung im engeren Sinne heranziehen (Phase 1 und Phase 2, s. Tabelle 1). Die Grundlagenforschung wird zwar nicht für Präventionszwecke unternommen, ihre Ergebnisse sind aber hilfreich. Beispiele sind hier die Entwicklung valider und zuverlässiger Instru-mente zur Messung von Konsum und relevanten Faktoren, epidemiologische Studien zur Bestim-mung von Problembereichen und Zielgruppen sowie weitere Forschung zum Phänomen Sub-stanzmissbrauch. Die Präventionsforschung befasst sich explizit mit Fragestellungen der Prävention, indem sie zum Beispiel Theorien und Modelle zur Entstehung, Veränderung, Reduktion oder Beendigung des Substanzkonsums aufstellt und überprüft und (veränderbare) Risi-

ko- und Schutzfaktoren bestimmt. Zudem kann hier die maßnahmenübergreifende Wirksam-keitsforschung verortet werden.



Johannes Thrul, IFT Institut für Therapiefor-schung, München

Phase 1: Grundlagenforschung	Hilfreich für Präventionsarbeit, aber nicht direkt für Präventionsfragen unternommen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklung valider und zuverlässiger Instrumente zur Messung von Konsum und relevanten Faktoren</li> <li>• Epidemiologische Studien zur Bestimmung von Problembereichen und Zielgruppen</li> <li>• Forschung zum Phänomen Substanzmissbrauch</li> </ul>
Phase 2: Präventionsforschung	Direkt mit Präventionsfragestellungen befasst <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklung und Überprüfung von Theorien und Modellen zur Entstehung, Veränderung, Reduktion oder Beendigung des Substanzkonsums</li> <li>• Bestimmung von (veränderbaren)* Risiko- und Schutzfaktoren</li> <li>• (Maßnahmenübergreifende Wirksamkeitsforschung)</li> </ul>
Phase 3: Konzeptphase	Entwicklung eines Maßnahmenkonzepts per Reflexion, am Ende vorläufiger Maßnah-menentwurf (mit kausalem oder Interventionsmodell) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ethische Überlegungen</li> <li>• (Kontextuelle Informationen)</li> <li>• Analyse bereits existierender Forschung: Sichtung und Beurteilung existie-render Studien zu Grundlagen (Phase 1), Präventionsfragestellungen (Phase 2) und Evaluationen existierender Maßnahmen aus dem Bereich</li> </ul>
Phase 4: Entwicklungsphase	Bearbeitung des Konzepts und ersten Maßnahmenentwurfs, um eine endgültige Versi-on zu erhalten <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mängel identifizieren, Maßnahme kontinuierlich verbessern</li> <li>• Pilotstudie zur Machbarkeit, Wirksamkeit und unerwünschten Nebenwir-kungen (sowie Zugang zur Zielgruppe)</li> <li>• Explorative Herangehensweise</li> <li>• Sollte ausreichend lange Phase sein: Flexibel, schnell und kostengünstige Informationen für Verbesserung</li> <li>• Erfolg ist Voraussetzung für das Eintreten in die Testungsphase</li> </ul>
Phase 5: Testungsphase	Bestätigung des Nutzens der Maßnahme: Überprüfung im Rahmen einer groß angeleg-ten Studie unter kontrollierten Bedingungen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Randomisierte oder nicht-randomisierte, kontrollierte Studie                     <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Überprüfung in realer Welt</li> <li>◦ Machbarkeit, Umsetzbarkeit</li> <li>◦ (Zielgruppenerreichung)</li> <li>◦ Wirksamkeit, Effektivität</li> <li>◦ Nebenwirkungen</li> </ul> </li> <li>• Bei finanziellen oder methodologischen Einschränkungen zumindest teil-weise Überprüfung des kausalen Modells/Interventionsmodells und Bezug-nahme auf existierende Evaluationsstudien</li> </ul>
Phase 6: Routinephase	Routineanwendung. Wirksamkeit demonstriert, deswegen Fokus auf <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitätssicherung bei der Durchführung</li> <li>• Verwendung und Inanspruchnahme der Maßnahme</li> <li>• Verallgemeinerung der Befunde auf Zielpopulation</li> <li>• Eventuell sich verändernde Voraussetzungen und Rahmenbedingungen</li> <li>• Beobachtung unerwarteter Effekte</li> <li>• Kosten-Nutzen-Beurteilung</li> <li>• Anpassung/Optimierung der Maßnahme mit erneuter Testungsphase unab-dingbar, wenn                     <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Durchführung nicht adäquat, gar keine Durchführung mehr</li> <li>◦ Kontext sich fundamental geändert hat</li> <li>◦ Negative, langfristige Effekte</li> </ul> </li> </ul>

\* In Klammern: Punkte zu Uhl (1998) hinzugefügt

Tab. 1: 6-Phasen-Modell der Entwicklung eines Präventionsprogramms (nach Uhl, 1998)

In Phase 3, der Konzeptphase, wird ein Maßnahmenkonzept erstellt, so dass zum Ende ein vorläufiger Maßnahmenentwurf mit Wirkmodell (siehe unten) verfügbar ist. Dies geschieht per Reflexion und es fließen sowohl ethische Überlegungen ein als auch die Ergebnisse der Analyse bereits existierender Forschung, die gesichtet und beurteilt werden muss. Zu bearbeitende Studien stammen aus der Grundlagenforschung (Phase 1), den Präventionsfragestellungen (Phase 2) und der Evaluationsliteratur von existierenden Maßnahmen aus dem anvisierten Bereich. Wird Phase 3 bei der Entwicklung einer neuen Maßnahme gründlich bearbeitet, stellt sie die erste Möglichkeit dar, wie „Evidenz in die Praxis“ kommen kann.

Phase 4, die Entwicklungsphase, sieht die Bearbeitung des Konzepts und des ersten Maßnahmenentwurfs vor mit dem Ziel, eine endgültige Version zu erhalten. Hier werden erste empirische Schritte unternommen, meist in Form einer Pilotstudie, die explorativ Daten und Erfahrungen zur Machbarkeit, Wirksamkeit und zu unerwünschten Nebenwirkungen generiert. Somit können Mängel identifiziert und flexibel und schnell Verbesserungen der Maßnahme vorgenommen werden. Der Erfolg dieser Phase 4 ist Voraussetzung für das Eintreten in die Testungsphase (Phase 5), welche gemeinhin als wichtigste Phase wahrgenommen wird. Hier geht es um die Bestätigung des Nutzens der Maßnahme, welcher im Rahmen einer groß angelegten Studie unter kontrollierten Bedingungen überprüft wird. Dabei kann es sich um eine randomisierte oder nicht-randomisierte kontrollierte Studie handeln und um eine Studie unter optimalen oder realistischen Rahmenbedingungen (efficacy und effectiveness study). Überprüft werden die Zielgruppenerreichung, die Machbarkeit und Umsetzbarkeit, die Wirksamkeit und Effektivität sowie unerwünschte Nebenwirkungen. Bei finanziellen oder methodologischen Einschränkungen rät Uhl (1998) zu einer zumindest teilweisen Überprüfung des Wirkmodells und/oder der Bezugnahme auf existierende Evaluationsstudien.

Schließlich beschäftigt sich die Phase 6, die Routinephase, mit Fragen, die sich nach dem Nachweis der Wirksamkeit stellen. Der Fokus liegt auf Themen wie der Qualitätssicherung bei der Durchführung, der Verwendung und Inanspruchnahme der Maßnahme oder der Verallgemeinerung der Befunde auf die Zielpopulation. Eventuell sich verändernde Voraussetzungen und Rahmenbedingungen müssen systematisch beobachtet werden, unerwartete Effekte erklärt oder behoben werden. Auch die Kosten-Nutzen-Bewertung im Sinne einer Effizienzprüfung ist Teil dieser Phase. Eine Anpassung/Optimierung der Maßnahme mit erneuter Testungsphase wird unabdingbar, wenn sich die Durchführung als nicht adäquat herausstellt, der Kontext sich fundamental geändert hat und selbstverständlich, wenn sich langfristig negative Effekte zeigen.

Auf Grundlage des 6-Phasen-Modells haben wir in unserem Workshop den Teilnehmenden drei unterschiedliche Module zur Bearbeitung des Themas „Evidenz“ angeboten. Hier möchten wir noch einmal die wichtigsten Ergebnisse zusammenfassen, die in Hinblick auf die „Beurteilung von Evidenz“ erarbeitet worden sind und das im Workshop praktizierte „Wirkmodell“ skizzieren.

#### *Bewertung von Evidenz*

„Evidenzbasierung“ wird derzeit als das wichtigste Kriterium gehandelt, um eine Entscheidung für oder gegen die Implementation einer Maßnahme zu begründen. Nach dem US-amerikanischen Mediziner Sackett ist die Evidenzbasierte Medizin (EBM) „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“ (übersetzt nach Sackett et al., 1996).

Im Rahmen des Workshops wurden die Teilnehmenden dazu ermutigt, sich selbst die Frage nach der für ihre tägliche Arbeit nötigen Evidenz zu stellen. Die Diskussionsfrage an dieser Stelle lautete „An welchem Punkt ist für Sie etwas ausreichend geprüft, damit Sie danach handeln wollen? Welche Evidenz muss vorliegen, damit Sie eine Maßnahme einsetzen?“ Die Diskussion im Workshop ergab, dass vor allem das Urteil von Kollegen, die bereits mit einer Maßnahme gearbeitet haben, Gewicht hat. Evaluationsstudien seien hilfreich für die Argumentation gegenüber der finanzierenden Stelle.

Für die Bewertung von Evidenz wurden die Gütekriterien der internen und externen Validität eingeführt und anhand von unterschiedlichen Studienarten besprochen.

Bei der internen und externen Validität handelt es sich um Gütekriterien zur Bewertung von Studiendesigns und den daraus gewonnenen Ergebnissen (Bortz & Döring, 2006). Die interne Validität macht Angaben zur Gültigkeit der Beziehung zwischen zwei Variablen. Die Frage könnte beispielsweise lauten, ob die Veränderung im Konsumverhalten einer Gruppe von SchülerInnen auf die Veränderung der unabhängigen Variable, also der Durchführung oder Nichtdurchführung eines Präventionsprogramms, zurückzuführen ist. Bei der externen Validität handelt es sich um die Generalisierbarkeit und Repräsentativität der gefundenen Ergebnisse. Können die Ergebnisse der Studie auf andere Situationen, Personen und Zeitpunkte verallgemeinert werden? Kann ich erwarten, dass sich die gefundenen Ergebnisse replizieren lassen, wenn ich eine Intervention zum Beispiel zu einem anderen Zeitpunkt an einer anderen Schule mit einer anderen Stichprobe von Schülern durchführe? Interne und externe Validität „unter einen Hut zu bringen“, ist nicht immer einfach. Unbestritten ist jedoch, dass eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse erst möglich wird, wenn ein Mindestmaß an interner Validität gewährleistet ist; die interne ist also eine notwendige Bedingung für die externe

Validität. Eine Erhöhung der internen führt aber nicht automatisch zu einer Erhöhung der externen Validität, weil für eine hohe interne Validität möglichst viel Kontrolle und Standardisierung benötigt wird (Stichwort: Laborexperiment) und für eine hohe externe Validität möglichst realistische Bedingungen gewünscht werden (Stichwort: Feldstudie).

Verschiedene Arten von Studiendesigns sind unterschiedlich gut geeignet, um eine hohe interne Validität zu gewährleisten. In Querschnittstudien wird beispielsweise zum selben Zeitpunkt untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen zwei Variablen besteht. Die interne Validität solcher Studien ist jedoch als nicht besonders hoch einzuschätzen, da der gefundene Zusammenhang auch auf den Einfluss von dritten, unbeachteten Variablen zurückzuführen sein könnte und grundsätzlich die Richtung des Zusammenhangs zwischen zwei Variablen unklar ist. Eine etwas höhere interne Validität ist durch nicht-experimentelle Längsschnittstudien zu erwarten. Hier kann mit einer Variablen zum Zeitpunkt 1 eine weitere Variable zu einem späteren Messzeitpunkt vorhergesagt werden. In einem solchen Studiendesign ist zumindest die zeitliche Abfolge und somit die Richtung des Zusammenhangs klarer, der potentielle Einfluss von Drittvariablen kann jedoch auch hier nicht ausgeschlossen werden. Im Vergleich zu Querschnittstudien sind Längsschnittstudien jedoch auch teurer und mit einigen weiteren potentiellen Nachteilen wie Testungseffekten und selektivem Dropout verbunden, auf die an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden soll.

Eine Verbesserung in dieser Hinsicht sind Interventionsstudien, in denen gezielt ein Faktor bzw. eine unabhängige Variable manipuliert wird und die Auswirkungen auf eine Ergebnisvariable in der Zukunft gemessen werden. Wenn zusätzlich der Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe erfolgt, kann eine Veränderung in der Ergebnisvariablen auch auf die Intervention zurückgeführt werden (quasi-experimentelle Stu-

die). Die beste momentan verfügbare Methode zur Kontrolle von Drittvariablen und somit zur Verbesserung der internen Validität ist die sogenannte Randomisierung der Interventions- und Kontrollgruppen. Dabei erfolgt die Zuweisung von Personen zu den beiden Gruppen zufällig und man kann annehmen, dass Drittvariablen, die einen möglichen Störeinfluss ausüben können, ebenfalls lediglich zufällig über die beiden Gruppen verteilt sind – ein solches Vorgehen entspricht dann der sogenannten Randomisierten Kontrollierten Studie oder kurz RCT („randomized controlled trial“). Hier sollte jedoch auch klar sein, dass eine Randomisierung aus ethischen und praktischen Gründen bei vielen Fragestellungen in Feldstudien nicht ohne weiteres umgesetzt werden kann.

Systematische Übersichtsarbeiten zu eng umgrenzten Forschungsfragen fassen die Erkenntnisse aus Einzelstudien zusammen und ziehen ein Gesamtfazit (narrative Reviews) bzw. berechnen einen Gesamteffekt über alle eingeschlossenen Einzelstudien (Meta-Analysen).

Nach dem deutschen Cochrane-Zentrum (www.cochrane.de), dem deutschen Knotenpunkt der internationalen Cochrane Collaboration, kann die Qualität von Evidenz in Stufen bzw. in einer Hierarchie angeordnet werden (Tabelle 2). An der Spitze stehen Erkenntnisse, die aus systematischen Übersichtsarbeiten über mehrere RCTs gewonnen wurden.

Stufe	Evidenz-Typ
Ia	wenigstens ein systematischer Review auf der Basis methodisch hochwertiger kontrollierter, randomisierter Studien (RCTs)
Ib	wenigstens ein ausreichend großer, methodisch hochwertiger RCT
IIa	wenigstens eine hochwertige Studie ohne Randomisierung
IIb	wenigstens eine hochwertige Studie eines anderen Typs quasi-experimenteller Studien
III	mehr als eine methodisch hochwertige nichtexperimentelle Studie
IV	Meinungen und Überzeugungen von angesehenen Autoritäten (aus klinischer Erfahrung); Expertenkommissionen; beschreibende Studien

**Evidenzhierarchie vs. Evidenzprisma**

Eine Orientierung am medizinischen Evidenzbegriff und der evidenzbasierten Medizin, die sich vor allem auf die Erkenntnisse aus RCTs stützt, ist in der Prävention und Gesundheitsförderung nicht unumstritten. Im Workshop wurde anhand des HTA-Berichts zur „Wirksamkeit der Alkoholprävention in Deutschland“ von Korczak (2012) diese Frage diskutiert. Aus Platzgründen wird auf die digital verfügbare Stellungnahme von Bühler (2013) verwiesen (www.ift.de), hier sollen lediglich die Grundgedanken dieser Diskussion dargestellt werden.

Elkeles & Broesskamp-Stone (2010) merken an, dass es sich bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention um komplexe Interventionen in sozialen Systemen handelt, die weitreichende Auswirkungen auf viele (messbare und nicht messbare) Ergebnisparameter haben können und dass die Effekte solcher Interventionen abhängig vom Kontext sind. Kein einzelner Studientyp ist demzufolge dazu geeignet, die Frage nach der Evidenz von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu beantworten. Evidenz in der Gesundheitsförderung sollte vielmehr als „umfassendes, plausibles Wissen über die Wirksamkeit komplexer gesundheitsfördernder Aktivitäten in komplexen sozialen Systemen oder Lebenswelten“ gesehen werden (Elkeles & Broesskamp-Stone, 2010).

Tab. 2: Evidenzhierarchie/ Stufen der Evidenz nach dem deutschen Cochrane-Zentrum

Als Alternative zur Evidenzhierarchie wurden aus diesem Grund das Konzept des Evidenzprismas vorgeschlagen (Elkeles & Broesskamp-Stone, 2010). Je nach Fragestellung ist es demnach möglich, unterschiedliche Studientypen zu wählen wie sie im Evidenzprisma angeordnet sind (Abbildung 1).

Eine Kritik an der vorherrschenden Praxis der Evidenzbasierung sollte jedoch im anderen Extrem nicht einer kompletten Beliebigkeit weichen. Verschiedene Studienarten haben, wie beschrieben, ihre unterschiedlichen Vor- und Nachteile. Für den Nachweis eines Wirkzusammenhangs ist jedoch ein Mindestmaß an interner Validität erforderlich und dies sollte nicht vergessen werden.

**Das Wirkmodell als Instrument, Evidenz in der Praxis zu berücksichtigen**

Um die Qualität in der Prävention zu sichern, sollte in jedem Fall vor der Entwicklung und Umsetzung einer Maßnahme überlegt werden, welche Effekte realistisch erzielt und wie diese gemessen werden können. Hierfür sollte ein sogenanntes „Wirkmodell“ erstellt werden, das aus theoretischem oder empirischem Wissen (Evidenz) gespeist wird. Das Wirkmodell ist zen-

traler Bestandteil der Phase 3 „Konzeptentwicklung“. Es ist keine neue Erfindung und wird u.a. auch Interventionsmodell, „Theory of Change“ genannt (s. „Maßnahmen planen, Wirkungen messen“, von Wolfgang Haß, BZgA). Zentral ist die Frage danach, warum die gewählte Maßnahme die erwünschten Effekte erzielen können

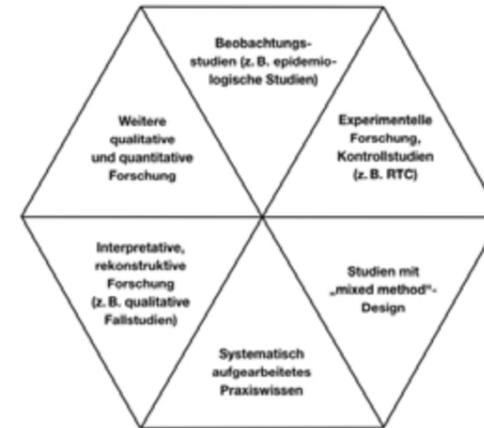


Abb. 1: Evidenzprisma nach Elkeles und Broesskamp-Stone (2010)

solte. Und das „Warum“ wird mit Hilfe von theoretischen und/oder empirischen Forschungsbefunden beantwortet. Das Wirkmodell stellt eine Kette aus mindestens drei oder vier Teilen dar (Abbildung 2): den Maßnahmenkomponenten, den Wirkprozessen, den Wirkparametern und dem übergeordneten Ziel, welches in der Prävention des Substanzmissbrauchs der verantwortungsvolle Konsum ist.

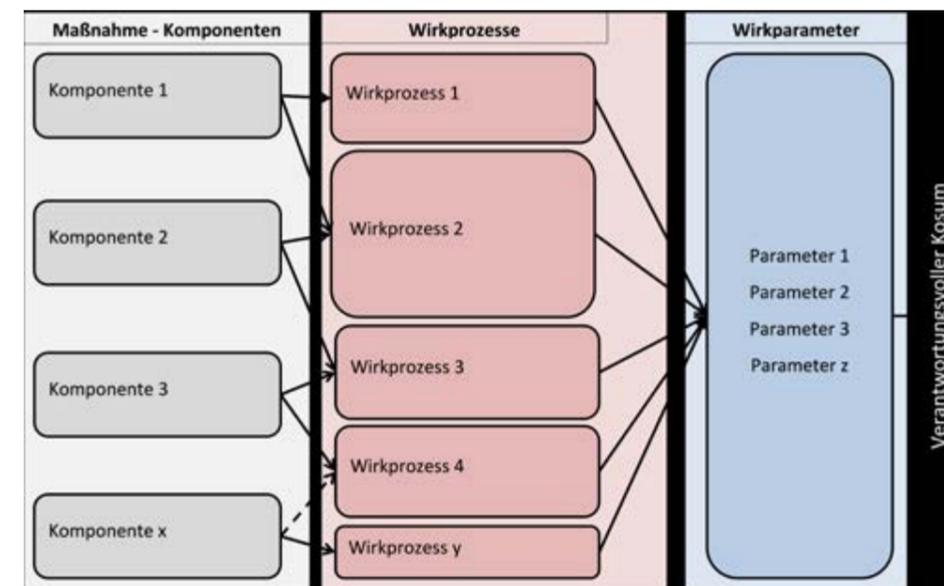


Abb. 2: Gerüst des Wirkmodells

Ganz links sind die Maßnahmenkomponenten abgebildet. Hier wird aufgeführt, woraus die Maßnahme eigentlich besteht. So besteht beispielsweise ein Elternabend an der Schule aus Informationsinhalten, aus Reflexionseinheiten und aus Verhaltensübungen. Ganz rechts stehen die Wirkparameter, also das, woran man die Wirksamkeit der Maßnahme ablesen will. Dies kann auch der verantwortungsvolle Konsum der Kinder und Jugendlichen sein, wiewohl das bei einem Elternabend sicher nicht realistisch ist. Realistischer ist, dass durch eine relativ begrenzte Maßnahme einzelne Risiko- und Schutzfaktoren der weiteren Entwicklung zum Substanzmissbrauch beeinflusst werden können.

Um realistische und sinnvolle Wirkparameter zu bestimmen, kann man auf Evidenzen der Grundlagen- und Präventionsforschung zurückgreifen. Dann kann man für sich in Anspruch nehmen,

„evidenz-orientiert“ vorzugehen. Petraitis und Kollegen haben 1998 den Stand der Forschung zu Risiko- und Schutzfaktoren zusammengefasst und sortiert (Petraitis et al., 1998, zitiert nach und übersetzt in Bühler & Kröger, 2006). Ein „Update“ dieser Arbeit steht derzeit leider nicht zur Verfügung. Dennoch kann diese Arbeit dabei helfen, Wirkparameter zu wählen, die nachweislich einen Zusammenhang mit der späteren Entwicklung eines Substanzmissbrauchs haben, und somit sinnvolle Ergebnisvariablen einer suchtpreventiven Maßnahme darstellen. Für unser Beispiel, ein Elternabend, ist die Forschung zu elterlichen Risiko- und Schutzfaktoren informativ. Ryan und Kollegen (2010) haben kürzlich 77 Längsschnittstudien dazu in einem Übersichtsartikel zusammengefasst. Die identifizierten Risiko- und Schutzfaktoren sind in Abbildung 3 dargestellt, wobei differenziert wird nach Einfluss der Faktoren auf den Einstieg in

Abb. 3: Elterliche Einflussfaktoren auf den Einstieg in und die Menge des Alkoholkonsums ihrer Kinder (aus Ryan et al., 2010)

Table 1. Parenting factors defined, number of studies and Stouffer's p value for age of initiation and levels of later drinking

	No. of studies	Age of initiation p value	No. of studies	Levels of later drinking p value
Parental modelling refers to adolescents learning drinking behaviours by observing them in their parents.	12	p < 0.0001	23	p < 0.0001
Provision of alcohol refers to when parents make alcohol available to their adolescent child.	4	p < 0.0001	2	p = 0.004
Alcohol-specific communication refers to discussions between parents and adolescents about alcohol. These discussions may cover a range of topics to do with alcohol, such as media portrayal of alcohol, or its adverse effects, or warning the child about the dangers of drinking.	3	NS	2	NS
Parental disapproval of adolescent drinking refers to whether the parents are disapproving or permissive of the adolescent using alcohol, or the adolescent's perception of their parents' attitudes.	6	NS	11	p < 0.0001
General discipline refers to actions by parents aimed at regulating and directing their child's behaviour. General discipline incorporates setting rules, establishing consequences and enforcing these consequences when rules are broken. General discipline can differ in the consistency with which it is applied and in the number and strictness of established rules.	1	p < 0.001	9	p < 0.0001
Rules about alcohol are rules established by the parent prohibiting their adolescent child from drinking.	4	NS	3	NS
Parental monitoring refers to parents' knowledge of their child's activities, whereabouts and friends.	10	p < 0.0001	14	p < 0.0001
Parent-child relationship quality is the level of warmth, bonding and affection between parents and their adolescent child.	9	p = 0.002	11	p < 0.0001
Family conflict refers to the amount of hostility and arguments within the family.	4	NS	9	NS
Parental support refers to the degree to which adolescents feel their parents provide them with help and guidance, as well as how much they feel their parents encourage and accept them.	3	NS	14	p < 0.0001
Parental involvement refers to parents and their adolescent child doing activities together, such as hobbies, chores, or watching television. It is commonly measured by the frequency with which the family eats dinner together.	5	p < 0.0001	7	NS
General communication refers to the degree to which adolescents feel they can talk freely with their parents about either factual information, such as what they have been doing, or more emotional topics. It has been measured in terms of frequency, quality and adolescents' satisfaction.	3	p < 0.0001	5	p < 0.0001

**Bold type:** findings with combined p < 0.01 and based on at least two studies.

den Alkoholkonsum und auf die spätere Konsummene. Während das allgemeine Kommunikationsverhalten zwischen Eltern und Jugendlichen („general communication“) sicher nicht durch einen einzelnen Elternabend beeinflusst werden kann, ist eine Veränderung der Haltung der Eltern gegenüber dem Konsum ihrer Kinder oder eine Sensibilisierung für diese Haltung eher realistisch. Dies wäre somit ein sinnvoller Wirkparameter.

dass sich die Haltung ändert. Sieht die Maßnahme die notwendigen Komponenten nicht vor, hilft die Arbeit am Wirkmodell, die Maßnahme weiter zu entwickeln. In Abbildung 4 ist das Wirkmodell anhand dieses einen Wirkparameters beispielhaft dargestellt.

Die Forschung zu elterlichen Risiko- und Schutzfaktoren und Abbildung 4 machen auch deutlich, dass der hier beispielhaft gewählte Schutzfaktor nur einen von vielen Einflussfaktoren darstellt.

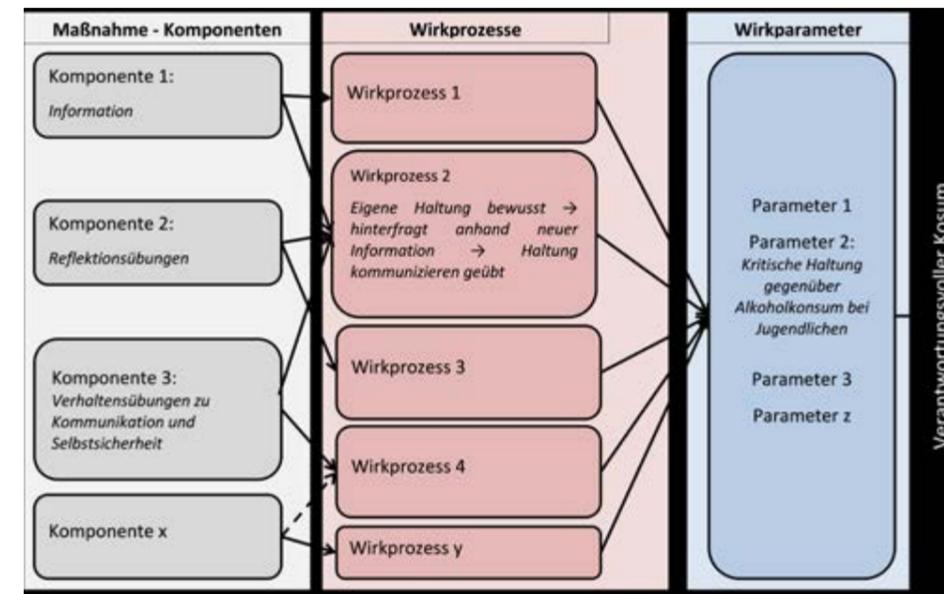


Abb. 4: Beispiel Wirkmodell Elternabend

Wie kommt es aufgrund der Inhalte des Elternabends zu einer klaren und protektiven Haltung der Eltern zum jugendlichen Alkoholkonsum? Diese Frage beantworten die Wirkprozesse. Was passiert an dem Abend bei den Eltern, was muss passieren, damit der Wirkparameter erreicht wird? Hier hilft die Forschung zur Einstellungsänderung weiter. Die Eltern müssen sich ihrer derzeitigen Einstellung bewusst werden (Reflexionskomponente), müssen sie hinterfragen können, bestenfalls mit neuer Information, die sie während des Elternabends erhalten. Und sich schließlich auch kompetent fühlen, diese Haltung gegenüber ihrem Sprössling zu vertreten (Verhaltensübung). Sieht der Elternabend diese Komponenten vor, kann auf Basis des begründeten Wirkmodells davon ausgegangen werden,

Deswegen ist ein Elternabend in seiner Wirkung auch begrenzt. Andere Maßnahmen (Komponenten), die andere Einflussfaktoren verändern und sich andere Wirkparameter setzen, sind somit nötig, um einen wirklichen Impact auf das verantwortungsvolle Konsumverhalten zu haben.

Fazit des Workshops

Die drei wichtigsten Botschaften/Ergebnisse des Workshops wurden abschließend auf dem Podium formuliert:

- Es gibt viele Arten von Evidenz und diese sind nicht beliebig! Je nach Fragestellung sollten sie sinnvoll genutzt werden.

- Evidenz nutzen! Neben all den anderen Faktoren, die die Handlungsmöglichkeiten in der Praxis bestimmen, müssen die Forschungsbefunde, die es gibt, auch mit in die Entscheidung für oder Gestaltung von Präventionsmaßnahmen einfließen

- Und schließlich: Dafür kämpfen und arbeiten, auch evidenz-orientiert wahrgenommen zu werden!

*Literatur*

Bortz, J. & Döring, N. (2006). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (4. Auflage). Berlin: Springer

Bühler, A. & Kröger, C. (2006). Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 29). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Elkeles, T. & Broeskamp-Stone, U. (2010). Evidenzbasierte Gesundheitsförderung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. BZgA. <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=3404d2fc77f4eadcc4agddce020ebf4e&id=angebote&idx=170>

Ryan, S., Jorm, A. & Lubman, D. (2010). Parenting Factors Associated with Reduced Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Aust N Z J Psychiatry*, 44, 774-783.

Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes R. & Richardson, W. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*; 312:71-72.

Uhl, A. (1998). 6 Phase Model In A. Springer & A. Uhl (Hrsg.), *Evaluation research in regard to primary prevention of drug abuse*. Brussels: European Commission Social Sciences. Downloadable at <http://www.api.or.at/sp/download.htm#1995>

*Dr. Anneke Bühler*

IFT Institut für Therapieforschung  
Parzivalstraße 25, 80804 München  
Tel. 089-36 08 04-83  
E-Mail: [buehler@ift.de](mailto:buehler@ift.de)

*Johannes Thrul*

IFT Institut für Therapieforschung  
Parzivalstraße 25, 80804 München  
Tel. 089-36 08 04-0  
E-Mail: [thrul@ift.de](mailto:thrul@ift.de)

[www.ift.de](http://www.ift.de)



Workshop 4

# Suchtprävention öffentlich kommunizieren: Eine Frage der Haltung? Kommunikation als Qualitätsmerkmal



Kerstin Jüngling,  
Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH (i.G.)



Christina Schadt,  
Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH (i.G.)

Während der Vorstellung der Teilnehmenden und der Trainerinnen ist jeweils sehr viel Fachwissen und ein großer Erfahrungshintergrund der in der Suchtprävention Tätigen und gleichzeitig Offenheit und Interesse an einer weiteren Professionalisierung der Kommunikation deutlich geworden.

Zur Einführung der Bedeutung der eigenen Haltung für die Art und Weise und das Gelingen der Kommunikation wurde die Haltung/Einstellung der Teilnehmenden zu drei Fragen in einer offenen Abstimmung durch Handzeichen in den Kategorien „finde ich gut“, „davon halte ich nichts“ oder „ich habe dazu keine Haltung“ ermittelt:

- 1 Was halten Sie von diesem Tagungsort?
- 2 Wie fanden Sie den Einführungsvortrag von Frau Prof. Dr. Loss?
- 3 Was halten Sie vom Präventionsgesetz?

Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer kommen aus dem gleichen Arbeitsfeld, alle nehmen freiwillig an dieser 3. bundesweiten Tagung zur Qualität in der Suchtprävention teil – dennoch gab es bei keiner der drei Fragen, auch oder besonders nicht bei der dritten, ein hohes Maß an Übereinstimmung.

Kerstin Jüngling führte darauf aufbauend fort, dass allein der Begriff Haltung unterschiedliche

Bedeutungen in diversen Fachrichtungen hat: Haltung hat etwas zu tun mit Körperhaltung, kann aber auch eine Gesinnung sein, also die auf ein Ziel gerichtete Grundhaltung eines Menschen. Haltung ist auch, wie in der ersten Übung deutlich geworden, die persönliche Meinung zu einer Angelegenheit. Haltung bzw. Contenance bewahren, also auch in schwierigen Situationen gelassen sein: ein weiterer Aspekt.

Konzepte zur Bedeutung und Ausgestaltung der Haltung finden sich in der Philosophie, Soziologie oder Psychologie.

Die Philosophie geht davon aus, dass die Haltung von Menschen durch Gewohnheit, bestimmte kulturelle Gegebenheiten (da Wiederholung) und einen persönlichen Lebensstil geprägt wird. Haltungen bestimmen so die Handlungen, Urteile und Gefühle eines Menschen.

Die Soziologie prägt den Begriff Habitus (lat. habere = haben, Habitus = Erscheinungsbild, Gehaben). Er ist Ausdruck für das Auftreten oder Benehmen eines Menschen, die Gesamtheit seiner Vorlieben und Gewohnheiten. Er umfasst die Art, sich zu verhalten: zum einen als Opus operatum (Werk, Produkt des Handelns) beeinflusst durch die elementaren Lebensbedingungen der sozialen Lage und zugleich als Modus operandi (Handlungsweise, Art des Handelns), das „Wie“ des Handelns als generatives Erzeugungsprinzip für die Praxis. Der Habitus durchdringt den

Menschen jeden Moment seines Daseins, engt seinen Handlungsspielraum ein, eröffnet ihm aber gleichzeitig Möglichkeiten der Gestaltung innerhalb dieses Rahmens.

Die Psychologie unterscheidet zwischen einerseits der seelischen Haltung: die Werthaltung bzw. Wertorientierung als im Prozess der individuellen Sozialisation erworbenes Muster zur Regelung des psychischen Systems. Andererseits nimmt sie auch die körperliche Haltung in den Fokus: durch Muskelanspannung hervorgerufener Spannungszustand, der ein für manche Krankheiten typisches Erscheinungsbild ergibt. Die körperliche Haltung kann die seelische Haltung ausdrücken – und umgekehrt.

Aus einer Haltung bzw. Wertorientierung werden Werte definiert, aus Werten entwickeln sich Normen und aus Normen leiten sich Gesetze und Spielregeln ab, die den Rahmen für das Miteinander bilden. Jeder, der diese Rahmenbildung und die zugrunde liegende Haltung nicht mitträgt, wird automatisch als fremd oder sogar „Feind“ empfunden. Wenn Haltungen und Werte sich ändern bzw. ändern müssen, können damit folglich Abwehrhaltungen entstehen.

Lohnend, die vorgestellten Konzepte und Erkenntnisse auch auf die Anfangsgruppensituation zur Haltung zu den drei Fragen zu übertragen!

Diese kurze Einführung in die Bedeutung der persönlichen Haltung bildet die Grundlage für eine erweiterte Betrachtungsweise professioneller Kommunikation. Aktuell empfindet sich die Suchtprävention oftmals in einem Spagat: Einerseits schärft sie ihr Profil, basiert auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und entwickelt Qualitätsstandards als Grundprinzip der Arbeit. Andererseits erlebt sie finanzielle und strukturelle Unsicherheit, die die Gefahr in sich birgt, in eine Haltung von „daran kann man eh nichts ändern“ oder „immer müssen wir uns beweisen“ zu „rutschen“. Umso wichtiger, der Haltung, dem Habitus und der Wertorientierung unserer

Berufsgruppe etwas mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Kerstin Jüngling leitete zu weiteren Aspekten für eine gelungene Kommunikation über. Es braucht, möglicherweise erst recht in unsicheren Zeiten, eine innere Klarheit. „Ähm, ich glaube, es wäre nicht unwichtig, Lehrende trotz der vielen wichtigen Aufgaben, die sie übernehmen, dennoch auch mal kurz auf das Thema Risikokonsum oder Suchtgefährdung von Schülerinnen und Schülern hinzuweisen“ – das ist wohl eher der nicht so erfolgreiche Weg.

Authentizität bzw. offene Kommunikation: weitere Faktoren, die professionelles Handeln und Kommunizieren beeinflussen. Neben der Ratio ist es gut, wenn sich auch unser Fühlen – selbstverständlich reflektiert und in professionellem Rahmen – in der Kommunikation ausdrückt. Einen Kontakt zum Gesprächsgegenüber echt und wahrhaftig herstellen, eine offene, sich interessierende und wertschätzende Haltung und die Bereitschaft, die Dinge auch vom Standpunkt des Anderen zu betrachten (Perspektivwechsel), sind eine förderliche Grundlage für Kommunikation auf Augenhöhe.

Zusammengefasst:

- Wertschätzung geben
- Klarheit herstellen
- Interesse und Nutzen für alle Beteiligten (win-win) anstreben
- Authentizität leben
- Vermittlung und Einforderung der Standards und Qualitätskriterien
- Maßnahmen spezifisch ausgerichtet an Adressaten und Setting



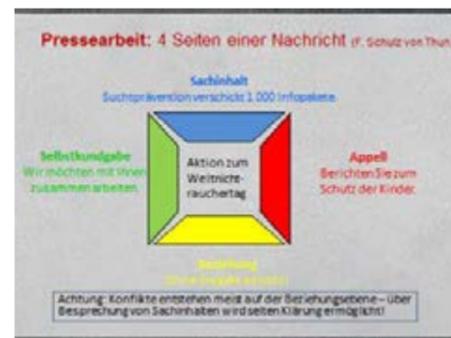
Sylvia Seider-Rosenlehner,  
Präventionsfachstelle,  
SG Gesundheit  
Landratsamt Passau

- Professionelle Kommunikation lässt Freiräume für Fragen, Diskussion und Meinungen – Partizipation des Gegenübers als Grundprinzip.

Beispiele weiterer hilfreicher Faktoren:

- „Ich-Botschaften“ statt „Du-Botschaften“: „Mir ist ein regelmäßiger Austausch wichtig“ anstatt „Wenn Sie so unregelmäßig kommen, können wir nicht zusammenarbeiten“.
- Über Fehler, Schwächen und Schwierigkeiten in der Vergangenheitsform sprechen: „In der Vergangenheit oder bisher war unsere Zusammenarbeit noch nicht optimal“ anstatt „Mit Ihnen kann man nicht gut zusammen arbeiten“.
- Besser Erwartungen für die Zukunft formulieren als Defizite zu beschreiben: „Ich möchte, dass Sie sich aktiver einbringen“ anstatt „Sie sind zu passiv“.
- „Noch nicht“ ist besser als „nicht“.
- „Immer“ und „nie“ sind Vorwurfsworte und sollten nicht verwendet werden.

Professionelle Kommunikation erfordert Reflexions- und Kommunikationskompetenz und Wissen über Kommunikationstheorien. Das sogenannte Kommunikationsquadrat von Friedemann Schulz von Thun (Abb. 2) wird in Erinnerung gerufen und an einem Beispiel in die Praxis der Suchtprävention transferiert.



Entscheidend für ein erfolgreiches Kommunizieren ist, wie bereits zu Beginn beschrieben, die

persönliche Haltung – in unserem Arbeitsfeld also zur Suchtprävention! Gehen wir, wenn wir beispielsweise Qualitätsstandards gegenüber Dritten erklären wollen, davon aus, dass ganz dicke Bretter zu bohren sind oder bringen wir eine Leichtigkeit und damit auch Selbstverständlichkeit mit, die es uns erlaubt, eine Haltung einzunehmen, motiviert Berge versetzen zu können?

Eine weitere gute und in dem Fall auch evaluierte Grundlage von Kommunikation ist die Motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick. Im Workshop wurde der Umgang mit Widerstand in den Fokus genommen unter Einbeziehung der konstruktiven Gesprächsalternativen, die diese Methode ermöglicht.

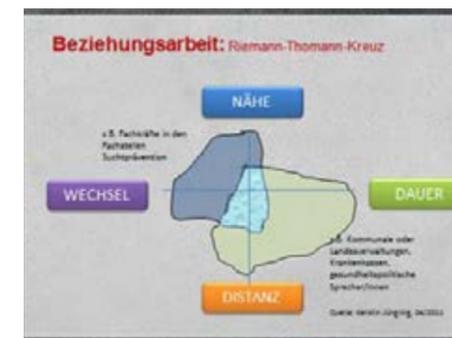
Die Transaktionsanalyse nach Eric Berne verdeutlicht im eigentlichen Sinn die Persönlichkeitsanteile „Kinder-Ich“, „Eltern-Ich“ und „Erwachsenen-Ich“. Überträgt man das Modell auf die berufliche Präventionskommunikation, dient die Transaktionsanalyse der Reflexion der eigenen Kommunikation und der des Gegenübers. Sind „Überkreuz-Konstellationen“ – Kommunikation zwischen Kinder-Ich und Eltern-Ich – in der Kommunikation erkannt, bietet dies die Möglichkeit, zurückzukehren zu einer gleichberechtigten Kommunikation im Erwachsenen-Ich, also auf Augenhöhe! Machtgefälle in der Kommunikation und damit die Gefahr, dass sich die Akteure der Suchtprävention „zu klein machen“, können mit Hilfe dieses Modells erkannt werden.

Hier ein paar Beispiele, welche Persönlichkeitsanteile in Aussagen zum Tragen kommen können:

- „Darüber sollten Sie aber mal nachdenken.“ Wertendes Eltern-Ich
- „Wenn Sie es sich anders überlegen – ich bin immer für Sie da.“ Unterstützendes Eltern-Ich
- „Was denken Sie, bis wann Sie die Entscheidung treffen können?“ Erwachsenen-Ich

- „Da hab' ich einfach überhaupt nicht drüber nachgedacht.“ Natürliches oder freies Kinder-Ich
- „Ich schaff' das bestimmt sowieso nicht.“ Ängstliches oder angepasstes Kinder-Ich
- „Ich bin nicht gefragt worden, also mach ich auch nicht mit!“ Rebellisches Kinder-Ich

Da Kommunikation immer Beziehungsarbeit beinhaltet, wurde abschließend in diesem Teil des Workshops das Riemann-Thomann-Kreuz vorgestellt (Abb. 3) und erneut mit der Präventionspraxis verknüpft:



Deutlich wird ein struktureller Unterschied zwischen den die Suchtprävention finanzierenden Behörden auf Landes- und Bundesebene und den Suchtpräventionsakteuren, die in der Regel in freier Trägerschaft arbeiten. Auch dieses Wissen trägt dazu bei, die Kommunikation entsprechend anzupassen, will man die Suchtprävention erfolgreich entwickeln und gestalten.

Kerstin Jüngling beendete Ihren Input mit der Ermutigung der Teilnehmenden, Kommunikation als Qualitätsmerkmal stärker in den Fokus zu nehmen und durch eine bewusste und selbstbewusste Kommunikation mit den so unterschiedlichen Zielgruppen der Suchtprävention die Qualität in der Suchtprävention sichern und steigern zu können.

„Na klar ...!“

Beispielgebend für eine erfolgreiche öffentliche Kommunikation der Suchtprävention stellte Christina Schadt die Berliner Gemeinschaftskampagne „Na klar...!“ vor.

Seit 2009 machen sich in Berlin alle Bezirke/Kommunen, die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales sowie Jugend, Bildung und Wissenschaft, die Polizei Berlin, das Projekt HaLT, die Berliner Landesstelle für Suchtfragen und die Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin gemeinsam für Alkohol- und Drogenprävention stark. Unterstützer der Kampagne sind unter anderem der Handelsverband Berlin-Brandenburg, der Berliner Fußball-Verband e.V., der Landessportbund Berlin e.V., die S-Bahn



Berlin, die DAK Gesundheit und Einzelhandelsunternehmen wie zum Beispiel Edeka-Reichelt. Schirmherr der Kampagne ist der Berliner Senator für Gesundheit und Soziales, Mario Czaja.

„Na klar...!“, eingebettet in die Berliner Dachkampagne der Suchtprävention „Unabhängig bleiben!“, macht auf jeder Veröffentlichung sowohl die Initiatoren als auch die Unterstützer der Kampagne bekannt. Zentrales Element der Kampagne ist das Prinzip der Partizipation – so wurde das 2012 überarbeitete Kampagnen-Design sowohl mit allen Initiatoren als auch mit den Zielgruppen der Kampagne gemeinsam auf den Weg gebracht. Die Kampagne hat das Ziel, den öffentlichen Diskurs zu den Risiken von Alkohol und illegalen Drogen zu befördern. Sie besteht aus folgenden Bausteinen:

Abb. 3: Beziehungsarbeit: Riemann-Thomann-Kreuz

Abb. 4: Kampagne „Na klar ...!“, Berlin

Abb. 2: Vier Seiten einer Nachricht (F. Schulz von Thun)

- Projekte
- Bildungsangebote
- Aktionstage
- Öffentlichkeitsarbeit

Netzwerkarbeit und Zusammenarbeit stärken:  
Ein übergeordnetes Prinzip von „Na klar...!“

Im Rahmen einer Steuerungsgruppe, bestehend aus den Initiatoren der Kampagne, werden alle Maßnahmen und Projekte, die geplant und durchgeführt werden, abgestimmt. Koordiniert wird die Kampagne von der Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin.

Da „Na klar...!“ von der Mitwirkung und Unterstützung vieler Partner lebt und das gemeinsame Handeln als zentralen Aspekt des suchtpreventiven Erfolgs sieht, ist es wichtig, die Partner mit ihrem Engagement wertzuschätzen und eine Win-win-Situation herzustellen. Gerade vor dem Hintergrund, dass die Kampagne über kein Finanzbudget verfügt, ist es umso wichtiger, ressourcenorientiert und partizipativ in die Planung und Umsetzung von Maßnahmen zu gehen.

Hierzu ein Beispiel: Der Berliner Fußball-Verband e.V. ist als Partner sehr engagiert, Suchtprävention in den Breitensport zu bringen. Gemeinsam wurde überlegt, wie man die Fußballerinnen und Fußballer im Vereinsalltag gut erreichen kann. Da es zahlreiche Termine im Jahr gibt, die aus fußballerischer Sicht wichtig sind, wurde die Idee entwickelt, einen Wandplaner zu erstellen. Dieser enthält neben wichtigen Fußball-Terminen die suchtpreventive Botschaft „Alkohol schießt keine Tore!“ und hängt dank der positiven Resonanz bereits das 2. Jahr in über 400 Fußballvereinen Berlins.

Herausragendes Beispiel ist die erfolgreiche übergreifende Zusammenarbeit mit dem Einzelhandelsunternehmen Edeka-Reichelt. Im

Folgenden wird der Projektverlauf – übertragbar auf andere Projekte/Kampagnen – dargestellt:

- Einbindung des Handelsverbandes Berlin-Brandenburg e.V. in die Steuerungsgruppe „Na klar...!“
- Passgenaue bilaterale Kommunikation zu Beteiligungsmöglichkeiten
- Was ist der Benefit für unseren Partner?
- Konzeption und Präsentation gelayouteter Projektvorschläge
- Druckvorbereitung der Grafikabteilung
- Verbindliche Kommunikation und Abstimmung vieler kleiner Schritte
- Partner auf allen Veröffentlichungen abdrucken
- Pressemitteilung mit Nennung und Dank an die Partner



- Darstellung des Engagements auf der Website
- Jahresdokumentation der Kampagne und Versand an Partner und Politik

Im Rahmen der bundesweiten Aktionswoche Alkohol wurden in 52 Filialen von Edeka-Reichelt 100.000 Einkaufstüten (Abb. 5) und 850.000 Werbezettel ausgegeben, auf dem die alkoholpräventive Botschaft neben der Zahncreme platziert ist! Hinzu kommt eine Spendenaktion:

Abb. 5: Motiv der Aktion im Einzelhandel Edeka-Reichelt im Jahr 2013 zur bundesweiten Aktionswoche Alkohol

In allen Berliner Edeka Reichelt-Filialen wurde auf 10 Cent des Mineralwasser-Verkaufs von ausgewählten Produkten zugunsten von Alkoholpräventions-Projekten verzichtet!

Abschließend ein Zitat von Henry Ford, der den Gedanken einer wertschätzenden Zusammenarbeit, den die Berliner Suchtprävention mit dem Einzelhandel gestaltet, und den damit erforderlichen Perspektivwechsel wie folgt beschreibt:

„Wenn es überhaupt ein Geheimnis des Erfolges gibt, so besteht es in der Fähigkeit, sich auf den Standpunkt des anderen zu stellen und die Dinge von seiner Warte aus zu betrachten wie von unserer.“

beitung von verbindlichen Qualitätsstandards.

Die Angebote an suchtpreventiven Maßnahmen in Bayern sind durch unterschiedliche Strukturen vielfältig. Sie reichen von Kurzaktionen bis hin zu komplexen, mehrdimensionalen, langfristigen Angeboten. Die MitarbeiterInnen können geringe Stundenanteile zur Verfügung haben oder ganze Teams. Die unterschiedlichen Ausgangslagen benötigen Standards, um eine Einschätzung über die **Qualität von Präventionsangeboten**, die entweder selbstentwickelt oder von extern angeboten werden, vornehmen zu können.

Ziel der Arbeitsgruppe war die Entwicklung von an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen



Abb. 6: Projektbezogene Standards für die Qualität der Suchtprävention in Bayern

Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung und Zusammenarbeit sind wichtige Qualitätsstandards in der Suchtprävention.

In Bayern sind die in der Suchtprävention tätigen Fachkräfte in den Bayerischen Arbeitskreisen Sucht – BAKS (Süd) und NAKS (Nord) – organisiert. Die Arbeitskreise verständigten sich auf eine Arbeitsgruppe. Deren Auftrag war die Erar-

orientierten Standards. Für die in der Suchtprävention tätigen Fachkräfte sollen diese (selbst) verpflichtenden Charakter haben und darüber hinaus auch strukturelle Wirkungen entfalten. Die Standards sollten die Qualität der Suchtprävention in Bayern sichern und weiter entwickeln, um ein erhöhtes Maß an Transparenz und Orientierung für die Ressourcenvergabe zu bekommen.

Diese Standards sind in der Umsetzung einem kontinuierlichen und systematischen Reflexions- und Lernprozess unterworfen. Von der Suchtpräventionsfachkraft wird eine Annäherung an die Standards erwartet, das heißt möglichst viele der aufgeführten Standards sollten berücksichtigt werden. Diese projektorientierten Qualitätsstandards werden weiterentwickelt anhand der Praxiserfahrungen.

Die Haltung in der Suchtprävention wird beim Standard „Öffentlichkeitsarbeit“ sichtbar. In den erarbeiteten Hintergrundinformationen, die jedem dieser Icons hinterlegt sind, wird auf die Bedeutung der öffentlichen Wahrnehmung hingewiesen.

**Öffentlichkeitsarbeit** wird bereits in der Ziel- und Strategieplanung als wichtiges Element eines Projektes mit vorgesehen. Als Teil der Gesamtstrategie ist sie im Netzwerk abzustimmen. Das Netzwerk bedient sich regionaler Medien, aber auch der jeweiligen Informationssysteme der Partnerinnen und Partner. Darüber hinaus bietet das Internetportal [www.prevnet.de](http://www.prevnet.de) die Möglichkeit, Akteure, Netzwerke und Maßnahmen zu präsentieren.

Beim Standard „Vernetzung und Zusammenarbeit“ wird festgehalten, dass dies die Grundlage für wirtschaftliches und nachhaltiges Projektmanagement darstellt. Auch hier drückt sich die Haltung der jeweiligen Kooperationspartner/-innen aus, zum Beispiel wie die Begegnungen organisiert sind und wie Abstimmungen über Maßnahmen und Strategien erfolgen.

Suchtpreventive Projekte sollten im Netzwerk umgesetzt werden. Für die Schaffung und Aufrechterhaltung dieses Netzwerkes sollen inhaltlich und organisatorisch beteiligte Institutionen und Organisationen, regionale Akteure und Potentiale in und außerhalb des Suchthilfesystems (zum Beispiel innerhalb der eigenen Organisation, Beratungsstellen, Quartiersmanagement, Gleichstellungsbeauftragte, Polizei, Schulen, Vereine, Politik und Gesundheitsnetzwerke und viele mehr) aktiviert werden. Eine regionale Koordination ist für die Organisation des Netzwerkes hilfreich. Im Netzwerk werden die Bedarfe, Ziele, Strategien, Maßnahmen und die Öffentlichkeitsarbeit gemeinsam erarbeitet und durchgeführt, um so Parallelstrukturen zu vermeiden. Finanzielle und personelle Ressourcen sollten sich ergänzen. Im Auftrag des Netzwer-

Abb. 7: Freiwillige Selbstverpflichtung

## Projektbezogene Standards für Qualität in der Suchtprävention in Bayern: Freiwillige Selbstverpflichtung

**Freiwillige Selbstverpflichtung zu projektbezogenen Standards der Suchtprävention in Bayern (Arbeitspapier)**

Projektbezogene Standards sollen die Qualität suchtpreventiver Projekte in Bayern erhöhen. Sie beschreiben wünschenswerte Handlungsqualitäten und sollen als Orientierungshilfen für die qualitative Einschätzung eigener und fremder Maßnahmen dienen.

Diese Standards sind evidenzbasiert und orientieren sich an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Für die in der Suchtprävention tätigen Fachkräfte sollen diese Selbstverpflichtenden Charakter haben und darüber hinaus auch strukturelle Wirkungen entfalten.

Ziel ist, die Qualität der Suchtprävention in Bayern zu sichern und weiter zu entwickeln. Dies ermöglicht ein erhöhtes Maß an Transparenz und gibt Orientierung für die Ressourcenvergabe.

Bestehende und neu gegründete regionale Präventionsnetzwerke und Fachstellen für Prävention verpflichten sich selbst, eine qualitätsbewusstere Suchtprävention mit nachfolgenden Inhalten umzusetzen:

- Bedarfsanalyse
- Klar formulierte Zielsetzung
- Zielgruppenanalyse
- Gendercheck
- Setting-Orientierung
- Partizipation
- Kombinierte Strategie
- Ressourcenanalyse
- Konzeptionelle Einbindung
- Öffentlichkeitsarbeit
- Vernetzung und Zusammenarbeit
- Dokumentation und Evaluation

Die detaillierten Inhalte der Standards sind unter [www.prevnet.de](http://www.prevnet.de) nachzulesen.

**Vorteile für die Netzwerke und Fachstellen für Prävention:**

Aufgrund einer Gesamtkonzeption können die KoordinatorInnen zielgerichtet und langfristig nach Qualitätsstandards arbeiten. Statt einzelner Aktivitäten wird Suchtprävention prozessorientiert umgesetzt. Qualitätsstandards werden als Steuerungsinstrument zum Beispiel durch die Checkliste genutzt.

Es entsteht Transparenz für alle NetzwerkpartnerInnen. Synergieeffekte werden erzielt, weitere Settings und neue Zielgruppen können besser eingebunden und erreicht werden.

Suchtpreventive Maßnahmen basieren auf einem breiten Konsens. Für Mandatsträger bestehen Argumentationshilfen, die Möglichkeiten der Einflussnahme auf regionale Entscheidungsprozesse werden erhöht.

Die Planung erfolgt bedarfsgerecht, Ressourcen werden gerechter verteilt und neue Zugänge ermöglicht.

**Die unterzeichnende Fachkraft verpflichtet sich (ohne Rechtsfolgen) bei Projekten in der Suchtprävention die projektbezogenen Standards als Planungs- und Umsetzungsgrundlage zu berücksichtigen.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift, Stempel Institution: \_\_\_\_\_

### Projektbezogene Qualitätsstandards der Suchtprävention in Bayern - Checkliste

Liebe Kolleginnen und Kollegen, diese Checkliste ist Element der projektbezogenen Qualitätsstandards der Suchtprävention in Bayern. Der Fragebogen reflektiert die verschiedenen Kriterien zur Qualität, ermöglicht die kritische Selbsteinschätzung und gibt Hinweise zur Verbesserung. Weitere Informationen finden Sie in Prevnet. (Zeichenerklärung: ++ stimme voll und ganz zu, - stimme gar nicht zu, ? keine Aussage möglich)

Bedarfsanalyse	++ + - - ?
Wurde vor der Planung der präventiven Aktivitäten eine kurze inhaltliche Bedarfsanalyse für das Einzugsgebiet erstellt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wurde vor der Planung der präventiven Aktivitäten eine Sozialraumanalyse erstellt/ eine bestehende verwendet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wurde in einer Ist-Standanalyse die bereits vorhandenen regionalen suchtpreventiven Akteure, Aktivitäten und Ressourcen ermittelt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Klar formulierte Zielsetzung	++ + - - ?
Verständigen sich die Akteure und Kooperationspartnerinnen und -partner auf ein gemeinsames Verständnis von Suchtprävention und auf eine gemeinsame präventive Gesamtstrategie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Werden die suchtpreventiven Aktivitäten darauf ausgerichtet, die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten nachhaltig zu verbessern (Empowerment)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sind die Ziele konkret und verständlich?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sind die Ziele erreichbar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sind die Ziele überprüfbar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zielgruppenanalyse	++ + - - ?
Wird die Zielgruppe im Konzept des Angebotes präzise bestimmt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Berücksichtigt das Angebot die besonderen Bedarfslagen und Möglichkeiten dieser Gruppe(n) und ist es in seiner Anlage darauf ausgerichtet, diese zielgenau zu erreichen (Niedrigschwelligkeit)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Werden bei der Beschreibung der Zielgruppen in universelle, selektive und indizierte Prävention unterschieden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wurden bei der Zielgruppenanalyse interkulturelle Gesichtspunkte berücksichtigt (Diversitätsansatz)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Abb. 8: Checkliste „Projektbezogene Qualitätsstandards der Suchtprävention in Bayern“

kes können administrative und politische Unterstützung eingefordert werden. Hilfreich ist die Orientierung an den überregionalen Netzwerken der bayerischen Suchtprävention (NAKS, BAKS, LAK etc.) und an Informationssystemen wie zum Beispiel [www.prevnet.de](http://www.prevnet.de).

Eingang in die Praxis finden die Standards über die „Freiwillige Selbstverpflichtung“ (Abb. 7).

Zu den Standards hat die Arbeitsgruppe eine Checkliste erarbeitet (Abb. 8), um ganz pragmatisch einen Überblick über die erreichten bzw. noch einzufordernden Standards pro Projekt zu erhalten.

Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung sind gute Möglichkeiten, die eigene und die Haltung der Institution, für die wir tätig sind, transparent zu machen, Stellung zu beziehen und Suchtprävention weiterzuentwickeln.

*Kerstin Jüngling und Christina Schadt*  
 Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH (i.G.)  
 Mainzer Straße 23, 10247 Berlin-Friedrichshain

Tel. 030-29352615  
 E-Mail: [juengling@berlin-suchtpraevention.de](mailto:juengling@berlin-suchtpraevention.de) und [schadt@berlin-suchtpraevention.de](mailto:schadt@berlin-suchtpraevention.de)

*Sylvia Seider-Rosenlehner*  
 Präventionsfachstelle – SG Gesundheit  
 Landratsamt Passau  
 Passauer Straße 33, 94081 Fürstenzell  
 Tel. 08502-913160  
 E-Mail: [sylvia.seider@landkreis-passau.de](mailto:sylvia.seider@landkreis-passau.de)

Workshop 5

# Netzwerkarbeit: Formen, Möglichkeiten und Grenzen



Dr. Hans-Jürgen Hallmann,  
ginko Stiftung für  
Prävention, Landes-  
koordinierungsstelle  
Suchtvorbeugung NRW

Der dreistündige Workshop fand zweimal jeweils am 24. und 25. Juni 2013 mit unterschiedlichen Teilnehmer/-innen, aber identischen Inhalten statt. Die Inhalte beider Tage sind zu einem Protokoll zusammengefasst.

**Ziel**

Das Ziel des Workshops bestand darin, die Funktionen von Netzwerken in der Suchtprävention zu erläutern und mit den Teilnehmern/-innen zu diskutieren. Am Beispiel einzelner Projekte – auch aus den jeweiligen Arbeitsfeldern der Teilnehmer/-innen – sollte aufgezeigt werden, welche fördernden und hemmenden Faktoren die Umsetzung örtlicher Netzwerkarbeit beeinflussen. Anhand eines erprobten und evaluierten qualitätsgestützten Netzwerksmanagements sollten schließlich die verschiedenen Aufgaben und Prozesse bei der Entwicklung von Netzwerkprojekten thematisiert werden.

**Ablauf**

Der Einstieg in die Thematik erfolgte zunächst über entsprechende Abfragen, die an die bisherigen Erfahrungen der Teilnehmer/-innen anknüpften. Dabei lautete die Einstiegsfrage: Was sind die Voraussetzungen für eine gute Vernetzung / für ein funktionierendes Netzwerk / für gute Kooperation?

Hier wurden seitens der Teilnehmer/-innen ver-

schiedene Aspekte aufgezeigt, die sowohl strukturelle als auch inhaltliche Aspekte berücksichtigten. Die Ergebnisse der Diskussion lassen sich wie folgt auf einzelne grundsätzliche Schwerpunkte zusammenfassen:

- Voraussetzungen jeglicher Netzwerkarbeit sind das gemeinsame Interesse, gemeinsame Ziele und die grundsätzliche Bereitschaft der Akteure zur verbindlichen Kooperation.
- Für eine gelingende Netzwerkarbeit ist es notwendig, dass innerhalb des Netzwerks die Zuständigkeiten der einzelnen Partner/-innen klar verteilt und transparent sind sowie die jeweiligen Verantwortungsbereiche verbindlich benannt werden.
- Die Netzwerkpartner/-innen müssen zuverlässig sein, die Unterstützung ihres jeweiligen Trägers haben und über eine entsprechende Entscheidungskompetenz verfügen.
- Erfolgreiche Netzwerkarbeit beinhaltet gemeinsam vereinbarte Regeln, die von den Beteiligten einzuhalten sind. Getroffene Vereinbarungen sind zu protokollieren und verbindlich umzusetzen.
- Netzwerkarbeit erfordert eine Vertrauensbasis sowie Beständigkeit und Offenheit unter den jeweils Beteiligten. Leitend ist Kooperation statt Konkurrenz.

Im weiteren Verlauf wurden auch die Hemmnisse bzw. die Grenzen für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit diskutiert. Hier kristallisierten sich nach den Erfahrungen der Teilnehmer/-innen schwerpunktmäßig folgende Aspekte heraus:

- Fehlende Strukturen vor Ort
- Unzureichende finanzielle Ausstattung der einbezogenen Träger
- Viele Aufgaben auf der einen Seite, andererseits ungenügende Personalausstattung in den potentiell beteiligten Institutionen
- Konkurrierende Themen z.B. in Kindertagesstätten: Verhaltensauffälligkeit versus Suchtprävention
- Fehlende Unterstützung durch den jeweiligen Träger und damit verbunden fehlende Genehmigung für Beteiligung an Netzwerktreffen
- Konkurrenz – Überprüfung fehlt: Fehlende gemeinsame Ziele, verbunden mit einer Orientierungslosigkeit (gemeinsames Ringen um gemeinsame Ziele)
- Mangelnde Verantwortungsbereitschaft – „Raum der Nichtverantwortlichkeit“
- Bühne von Eitelkeit und Selbstdarstellung, Hang zu „Selbstbeweihräucherung“ durch die Beteiligten

Zum Abschluss der Diskussion wurde von den Teilnehmer/-innen nochmals auf die Bedeutung der Motivation zur Netzwerkarbeit hingewiesen: Dabei zählt in erster Linie die gemeinsame Erfahrung, dass etwas funktioniert hat und die gemeinsame Arbeit im Rahmen eines Netzwerks zum Erfolg führte. In dem Zusammenhang wurde nochmals die Win-win-Situation der Netzwerkarbeit für alle Beteiligten herausgestellt. Voraussetzung ist es dabei allerdings, dass das gemeinsam gesetzte Ziel auch erreichbar sein

muss. Betont wurde abschließend, dass ein Netzwerk nicht als Selbstzweck, sondern immer dem Erreichen von gemeinsam gesetzten Zielen dient.

**Info: Grundlagen der Netzwerkarbeit**

Im Rahmen einer Präsentation wurden anschließend die wesentlichen Elemente der Netzwerkarbeit nochmals zusammengefasst und explizit dargestellt:

- 1** Erfolgreiche Vernetzung beinhaltet
  - gemeinsame Ziele
  - ein gemeinsames Handeln und
  - eine gemeinsame Arbeitsgrundlage
- 2** Voraussetzung für erfolgreiche Vernetzung beinhaltet
  - Klarheit und Einigkeit über gemeinsame Aufgaben und Ziele
  - Selbstverpflichtung der Beteiligten
- 3** Netzwerkarbeit erfordert eine klare Adressatenorientierung, das heißt
  - Wer ist die unmittelbare Zielgruppe?
  - Welche weiteren (mittelbaren) Adressaten gibt es noch?
- 4** Effektive Netzwerkarbeit erfordert eine systematische Steuerung, das heißt
  - Aktivitäten und Verbesserungen werden auf der Grundlage zuverlässiger Informationen entschieden
- 5** Netzwerkarbeit erfordert bei den Beteiligten eine netzwerkbezogene Sichtweise, das heißt



Gerda Schmieder,  
Landschaftsverband  
Rheinland, Köln

Abb. 1: Management kommunaler Netzwerke

Abb. 1: Management kommunaler Netzwerke

• Beschäftigte (Mitarbeiter/-innen und Führungskräfte) wirken aktiv und eigenverantwortlich an einer effektiven Zusammenarbeit der Netzwerkpartner mit und verstehen sich als Teil eines Netzwerks

6 Netzwerkarbeit erfordert Unterstützung auf mehreren Ebenen und beinhaltet den Aufbau von Partnerschaften, z.B.

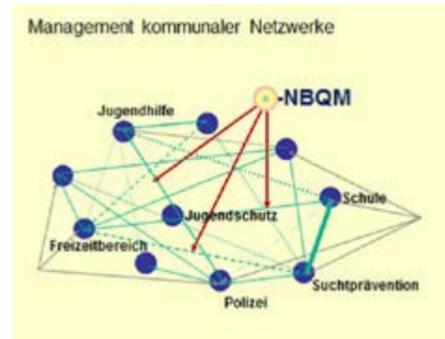
- in Politik und Verwaltung,
- bei den Kostenträgern,
- den Medien sowie
- bei Einrichtungen und Diensten angrenzender Bereiche.

Nach den mehr allgemeinen Ausführungen zur Netzwerkarbeit wurde in einer weiteren Präsentation die Methodik des „Netzwerkbezogenen Qualitätsmanagement (NBQM)“ in ihren Grundzügen vorgestellt.

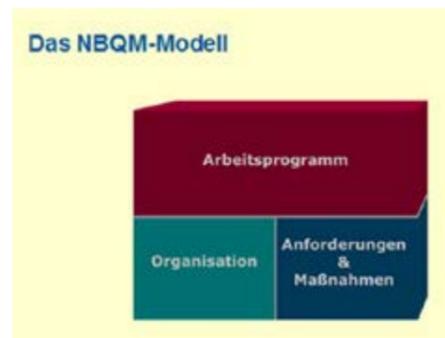
*Präsentation: Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement (NBQM)*

An der kommunalen Prävention von Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen sind unterschiedliche Akteure aus den Bereichen Suchtvorbeugung, Jugendschutz und Bildung, Polizei und Ordnungsbehörden beteiligt. Um die Effektivität und Effizienz der präventiven Aktivitäten zu erhöhen, sollten die beteiligten Akteure zusammenarbeiten und gemeinsame Maßnahmen entwickeln.

Die Einführung eines Netzwerkes bietet die Möglichkeit, die kommunale Vernetzung in und zwischen den Hilfesystemen und Arbeitsfeldern systematisch zu entwickeln und Kooperations- und Koordinationshemmnisse zu identifizieren und abzubauen.



Ziel des Netzwerkmanagements ist es, bei den Beteiligten ein ganzheitliches und umfassendes Denken und Handeln zu fördern und damit Kooperation, Koordination und Kommunikation zu unterstützen.



Kommunale Netzwerke sind dann effektiv und effizient, wenn es gelingt, die Interessen einzelner Institutionen zu Gunsten einer abgestimmten Gesamtstrategie zurückzustellen und Steuerungsfunktionen gemeinsam wahrzunehmen. Die Einrichtung eines ausreichend legitimierten Lenkungsgremiums, einer geschäftsführenden Koordination und ggfs. Arbeits- und Projektgruppen ist für die Wahrnehmung übergreifender Lenkungs- und Koordinationsaufgaben unerlässlich.

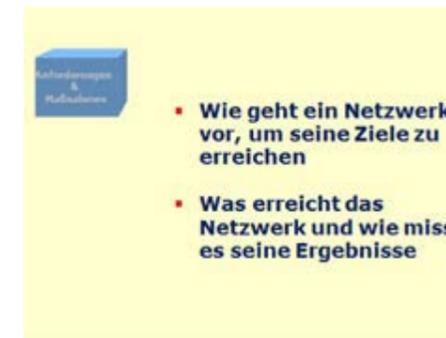
Die Grundlagen der Zusammenarbeit im Lenkungsgremium sind in einer Geschäftsordnung festzulegen.

Abb. 2: Modell des Netzwerkbezogenen Qualitätsmanagements (NBQM)

Abb. 4: Grundlagen der Zusammenarbeit im Lenkungsgremium



Anforderungen und Vorschläge für Maßnahmen und Aktivitäten sowie Hinweise auf Organisations- und Strukturvoraussetzungen zur Förderung der regionalen Kooperation sind im Kriterienkatalog dargestellt. Mit der Bearbeitung des Kataloges wird ein Weg der nachhaltigen Netzwerkentwicklung beschritten, der auf die jeweiligen kommunalen Bedingungen und Möglichkeiten zugeschnitten werden kann.



Das Arbeitsprogramm eines NBQM-Zyklus beinhaltet die Durchführung einer Selbstbewertung auf der Basis des Kriterienkatalogs und daraus abgeleitet die Vereinbarung, Durchführung und Überprüfung und Bewertung von Verbesserungsmaßnahmen.



Abschließend wurde im Rahmen einer praktischen Übung die beispielhafte Entwicklung eines Netzwerkes zum Thema „Suchtprävention und Alter“ auf der Basis des NBQM-Verfahrens erarbeitet. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Workshops wurde darüber hinaus eine Mustergeschäftsordnung für die Netzwerkarbeit zur Verfügung gestellt.

*Dr. Hans-Jürgen Hallmann*  
ginko Stiftung für Prävention  
Kaiserstraße 90, 45468 Mülheim  
Tel. 0208-3006941  
E-Mail: j.hallmann@ginko-stiftung.de

*Gerda Schmieder*  
Landschaftsverband Rheinland  
LVR-Dezernat Klinikverbund und Heilpädagogische Hilfen, Koordinationsstelle Sucht  
50663 Köln  
Tel. 0221-809-6947  
E-Mail: gerda.schmieder@lvr.de

Abb. 5: Anforderungen und Maßnahmen



Abb. 6: Arbeitsprogramm eines NBQM-Zyklus

Workshop 6

# Neue Zugangswege nutzen: Von ersten Schritten zur qualitätsgesicherten Nutzung sozialer Netzwerke



Sabine Kowalewski,  
Prävention Herzberg

Abb.1: „Ich habe Erfahrung mit sozialen Netzwerken“: Selbsteinschätzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Workshop

Das Thema „Social Media“ ist generell ein kontrovers diskutiertes Thema, welches von Aspekten wie Fortschrittlichkeit im digitalen Zeitalter über hohe Öffentlichkeitswirksamkeit sowie Kritik am Umgang mit Datenschutz zahlreiche Diskussionspunkte bereithält. In der Suchtprävention ist „Social Media-Nutzung“ eine vergleichsweise neue und noch nicht sehr verbreitete Herangehensweise, die sich am ehesten in den Bereichen Öffentlichkeitsarbeit und Netzworkebildung einordnen lässt. Viele der kontrovers diskutierten Fragestellungen, insbesondere der Umgang mit Datenschutz, sind auch in der öffentlichen Diskussion noch ungeklärt.

Eine Abfrage unter den Teilnehmenden der beiden Workshops ergab dementsprechend auch ein sehr divergierendes Bild der Nutzung von Social Media in den verschiedenen Einrichtungen und Institutionen sowie der Haltungen zu Sozialen Netzwerken.

Die Grundhaltungen der Teilnehmenden gegenüber Social Media reichten von enthusiastisch, positiv, aufgeschlossen über kritisch, verhalten bis hin zu reserviert und ablehnend. Dies wurde am Beginn beider Workshops deutlich. Die Aspekte neue „Perspektiven“ und „einzubringende Ressourcen“ beschäftigten die Anwesenden hauptsächlich.



Abb.2: „Soziale Netzwerke bedeuten für mich ...“: Antworten im Workshop

Die Teilnehmenden stellten im Anschluss sich und ihre jeweilige Einrichtung vor und erläuterten, inwieweit sie Social Media-Kanäle schon nutzen oder auch nicht nutzen. Einige Anwesende formulierten auch ihre Unentschlossenheit in Bezug auf dieses Thema und den Wunsch nach Informationen, die zur Entscheidungsfindung beitragen könnten. Doch auch bei denen, die schon Social Media-Kanäle nutzen, stand der Wunsch nach mehr Information im Vordergrund.

Auf die grundsätzliche Frage, wieso Social Media eigentlich in der Suchtprävention genutzt werden könnte oder sollte, lassen sich drei Hauptargumente finden:

- Social Media ist ein prädestinierter Bereich für Normenbildung und Öffentlichkeitsarbeit.
- Nicht alle Zielgruppen von Prävention sind NOCH Zeitungs- oder Flyer-Leser.
- Soziale und digitale Medien gewinnen noch immer an Bedeutung.

Laut Bitkom-Studie 2011 waren 76 % der angemeldeten Nutzer in sozialen Netzwerken, sogar 96 % der unter 30-Jährigen. Die Zahlen werden in Zukunft eher steigen als sinken, auch wenn die gesamte Social Media-Landschaft einem permanenten Wandel unterworfen ist (vergl. Social Media Prisma).

Dennoch lässt sich aus den Zahlen zur Internet- oder Social Media-Nutzung keine Garantie für den erfolgreichen Einsatz eines Social Media-Auftritts ableiten. Eine Ziel- und Zielgruppenanalyse, strategisches Vorgehen, Ressourcenplanung und die Analyse von Hindernissen sind hierfür Qualitätsvoraussetzungen.

Zu den Zielen eines Social Media-Auftritts können Steigerung des Bekanntheitsgrades, Erhöhung der Reichweite, Anbindung von Unterstützern, Normenbildung im öffentlichen Raum, Positionierung der Einrichtung als Wissens- bzw.

Kompetenzträger sowie die Verbesserung von Suchmaschinenergebnissen gehören.

Grundsätzlich ist die Frage nach den Adressaten möglichst am Anfang zu beantworten: Sind es Multiplikatoren, Kooperationspartner, Präventionskollegen oder etwa Peers? Hiernach richtet sich nicht nur die Auswahl der Plattform, sondern auch die inhaltliche Ausrichtung sowie die Art der Adressatenansprache in Form von „Du“ oder „Sie“.

Aus den ausgewählten Zielen und anzusprechenden Zielgruppen ergeben sich wiederum Strategiefragen:

- zum Beispiel die Wahl der in Frage kommenden Plattform (Facebook hat derzeit zahlenmäßig die größte Relevanz; Twitter ist in Deutschland nicht so verbreitet wie in den USA, YouTube, Tumbler o.ä.)
- die Frage nach den zu kommunizierenden Inhalten
- dem Einbezug der Interessentengruppen.

Die Social Media-Landschaft selbst ist einem großen und schnellen Wandel unterworfen, wie das Social Media Prisma von Ethority verdeutlicht. Es gibt einen Überblick über diese Medienlandschaft und wird regelmäßig überarbeitet.

Grundsätzlich ist zu sagen, dass Social Media keine Strategie an sich ist, sondern eine Herangehensweise, die am besten in ein Gesamtkonzept (Strategie, Website, andere Kanäle, Print, Pressearbeit) eingebunden wird.

Für Fachstellen, die einen Social Media-Auftritt realisieren möchten, sind einige organisatorische Voraussetzungen zu Anfang zu klären: die Zustimmung des Einrichtungsträgers / der Behörde, die Zuständigkeiten für den Account (zum Beispiel Administrator / Inhaltsersteller) sowie die Verantwortung für redaktionelle Bei-



Michaela Goecke,  
Bundeszentrale für  
gesundheitliche  
Aufklärung, Köln

träge (welche im Impressum dargelegt werden muss). Konkret heißt das:

- Wer übernimmt die Betreuung des Netzwerkes?
- Inwieweit werden andere Mitarbeiter einbezogen?
- Festlegung: einheitliche Sprache und Styles entsprechend der Zielgruppe

Einige ausführliche Social Media Guidelines sind schon von größeren Trägern formuliert worden. Die dazugehörigen Institutionen orientieren sich hieran. Aber auch für kleinere Institutionen gilt, sich den Fragen der Organisation und Guidelines zu stellen, bevor die Social Media-Präsenz online gestellt wird. Guidelines sind in diesem Fall mehr als nur Netiquette-Benimmregeln. Sollen die Mitarbeiter zum Beispiel motiviert werden, sich mit der Einrichtung zu verbinden und sich in die Diskussion einzubringen? Wie wird generell mit Diskussionsbeiträgen umgegangen? Was passiert mit vertraulichen Informationen oder unangebrachten Diskussionsbeiträgen?

In jedem Fall ist es wichtig, dass der Verantwortliche Diskussionen und Beiträgen auf der eigenen Seite folgt, im Zweifel nicht angemessene Beiträge entfernt oder beantwortet sowie auf Anfragen innerhalb von 24 Stunden reagiert, denn Social Media ist Echtzeitkommunikation. Dies bedeutet eben auch für die Einrichtungen, dass die hierfür nötigen Ressourcen bzw. Arbeitszeiten eingeplant werden.

#### Inhalte

„Das Internet ist eine Katze?“, zumindest wenn man von den meistgeteilten Inhalten ausgeht, rangierten die Katzen bis vor kurzem auf den vorderen Plätzen. Glücklicherweise gibt es neuerdings eine Verschiebung von contentarmen „Posts“ (also Katzenbildern, Aussagen wie „wir sind in x“) zu relevanten Inhalten: „Content is

king“. Gesucht werden für die Prävention also speziell zielgruppenrelevante Präventionsinhalte.

Dies können Posts zu eigenen Inhalten oder eigenen Veranstaltungen oder auch relevante Inhalte anderer sein, zum Beispiel Meldungen oder Presseartikel. Formal wären das Kurztexte, Bilder oder Videos.

Wenn verschiedene Mitarbeiter oder auch Praktikanten mit persönlicher Namensnennung eigene Posts schreiben, gewinnt die Seite an Lebendigkeit. Gerade die Praktikanten haben oft einen „betriebsfremden Blick“ und erreichen die Zielgruppe hierdurch wie auch durch „Tagebuch“-Posts.

#### Risiken

Die in der Diskussion um Unternehmensseiten oft angesprochenen Reputationsrisiken in Form von Shitstorms (massenhafte öffentliche Entrüstung oder Kritik in sozialen Netzwerken) sind im Bereich Suchtprävention vergleichsweise gering. Generell gilt für Non Profit Organisationen eher eine Zurückhaltung, was Shitstorms betrifft.

Auf der anderen Seite motiviert das Thema Alkohol doch immer wieder (vorwiegend junge) Menschen, sich hierüber sehr unkritisch und provokant zu äußern. Hierauf sollte man sich einstellen und nicht jeden dieser Posts löschen, denn das rief lediglich zu mehr Kritik in diese Richtung auf.

#### Rechtliche Herausforderungen

Die rechtlichen Bedingungen sind im Telemediengesetz geregelt. Hierunter fallen beispielsweise Aspekte wie

- Impressumspflicht (§§5+6 TMG)
- Allgemeines Persönlichkeitsrecht

- Urheberrecht (geistiges Werk, Text, Bild, Klang)

- Markenrecht (Logo, CD, Klang)

Die rechtliche Verantwortung für eigene Beiträge und veröffentlichte Bilder trägt die Institution und zusätzlich gilt die eingeschränkte Haftung für Beiträge anderer auf der eigenen Seite. Rechtswidrige Beiträge müssen also gelöscht werden.

Für die Impressumspflicht bei Facebook galt früher mindestens die Angabe eines sichtbaren Links (zum Beispiel auf der Website der Einrichtung) im Infokasten, mittlerweile gilt aber, dass das Impressum innerhalb der Seite aufzufinden sein muss, also als eigener Reiter, den man per i-frame erstellt.

Eine öffentliche Diskussion entfachte sich über Social Plugins, die außerhalb der jeweiligen Plattform (also auf anderen Webseiten) auf den entsprechenden Social Media-Kanal zurückweist (z.B. der Like-Button von Facebook oder der Twitter-Vogel). Hier werden schon beim Darüberfahren Daten über die Bewegung von Usern im Netz gesammelt.

Vom Hochladen von Adressbüchern (insbesondere dienstlicher Adressverzeichnisse) zum Abgleich mit den Nutzerkonten des Dienstes ist aus Datenschutzgründen dringend abzuraten. Rein rechtlich müsste jeder der Kontakte nämlich dem Hochladen seiner Mailadresse bei Facebook und Co. zugestimmt haben.

Vor der Veröffentlichung von Namen oder Bildmarkierungen sollte die Einwilligung, möglichst sogar schriftlich, von den Betroffenen eingeholt werden. Bei Kindern und Jugendlichen wird die Einwilligung der Eltern benötigt. Eine Einwilligungserklärung, von der Einrichtung erstellt, sollte den Hinweis enthalten, dass das Kind nicht als suchtgefährdet dargestellt wird und die entstandenen Bilder der inhaltlichen und pädagogischen Präventionsarbeit dienen werden.

#### Praktische Tipps

Wie pflegt man also zum Beispiel eine Facebook-Seite so, dass sie ansprechend und interessant ist, die Zielgruppe erreicht und zur Beteiligung an der Diskussion einlädt?

- Fotos werden zum Beispiel auf Facebook-Seiten doppelt so häufig geliked wie Textbeiträge.
- Videos werden 12x häufiger geteilt als Links und Textbeiträge.
- generell maximal zwei Posts pro Tag, sonst sind Abonnenten genervt
- möglichst mindestens zwei Posts pro Woche, um sichtbar zu bleiben
- Tageszeit des Posts einbeziehen: Ist die Zielgruppe on?
- gute Inhalte und Format-Mix (Text, Bild, Video, Link)
- Kurze Texte mit Fragestellungen, die zur Beantwortung bzw. Beteiligung einladen

#### Social Media – Stolpersteine der Suchtprävention

Wie schon eingangs angesprochen, kollidiert das „heimliche“ Thema Sucht, mit dem Prävention verbunden ist, mit dem Wunsch nach öffentlicher Beachtung und Verbreitung des Themas.

Für eine Einrichtung oder ein Projekt, das sich eher regional als überregional aufstellen möchte, kann ein Stolperstein im Stadt-Land-Gefälle liegen. Gerade im ländlichen Raum mit einer überschaubaren Follower-Zahl aber scheuen sich die Adressaten, Kommentare zum Thema Suchtprävention abzugeben, denn ihre Facebook-Freunde sehen dies und sie fühlen sich nicht so anonym, als wenn sie auf einer überregionalen Kampagnen-Seite mit 100 000 Followern posten würden.

Wenn die Zielgruppe aus Jugendlichen besteht, möchten diese sich oft lieber „befreunden“ anstatt einer offiziellen Seite zu folgen.

Facebook verändert seine Algorithmen insofern, dass Beiträge einer Seite bei Adressaten stärker in Abhängigkeit von Interaktionen (Likes und Beiträge) erscheinen. Wenn sie also nicht mehr in den Neuigkeiten erscheinen, hat dies eine Abwärtsspirale zur Folge, die unter Umständen nur noch mit einer Facebook-Werbung aufgehalten werden kann. Werbung für die eigene Seite lässt sich Facebook bezahlen. Wie sich dies zukünftig auf die Sichtbarkeit bzw. Nichtsichtbarkeit von Beiträgen in den Neuigkeiten von Nutzern auswirkt und wie viel finanzielle Ressourcen man hier einbringen werden muss, kann sich schnell verändern.



**Evaluation**

Zunächst bieten sich alle statistischen Werte zur Evaluation an, die man mit der Erstellung einer Seite ständig im Administrationsbereich einsehen sowie extern speichern kann. Hierunter fallen

- Fanzahlen und Besucherzahlen
- Klicks, Likes
- Anzahl positiver Beiträge von Nutzern
- Anzahl eigener Posts

Doch nur auf die Messgrößen zu schauen, wäre in diesem Falle zu kurz gegriffen. Nicht messbare

Größen sind eine erworbene Online-Reputation, eine Kultur der Offenheit, über das Thema Suchtprävention zu sprechen, sowie die leichtere Auffindbarkeit von Suchtprävention für Zielgruppen im Internet.

Ein Diskussionspunkt im Workshop war auch die Beschaffenheit der beiden verschiedenen Präsenzmöglichkeiten auf Facebook. Zum einen gibt es ein persönliches Profil, zum anderen eine offizielle (Fan)-Seite. In der Regel ist das persönliche Profil die Voraussetzung für eine Seite, es sei denn, man erstellt eine Unternehmensseite, dann ist jedoch keine Möglichkeit vorhanden, User einzuladen. Gerade im regionalen Kontext wäre dies kontraproduktiv, bei überregionalen Präsenzen werden aber solche Seiten auf diesem Wege und zumeist durch eine Agentur gemanagt.

Einige Teilnehmer gaben an, dass sie gerade die Funktionen der persönlichen Profelseite gerne nutzen würden, um Interessen- oder Arbeitsgruppen zu organisieren. In einem solchen Falle müsste jedoch nach den Allgemeinen Geschäftsbedingungen von Facebook (FB-AGBs) ein Profil mit Klarnamen des Nutzers erstellt werden. Ist man (dienstlich) zum Beispiel mit Peers befreundet, sind also auch all ihre Posts einsehbar, ein Dilemma. Es gibt allerdings auch Social Media-Guides sozialer Institutionen, die den Mitarbeitern empfehlen, ein „dienstliches“ Profil mit dem Berufszusatz anzulegen, um auf die Möglichkeit des Kontaktes und der Gruppenbildung nicht zu verzichten und dennoch deutlich zu machen, dass hier nicht privat kommuniziert wird. Allerdings widerspräche ein Zweitprofil den FB-AGBs und die Einsicht in die Privatsphäre der „Freunde“ ist trotzdem gegeben.

Erhellung und Erklärung brachte dann auch die Einsicht in „persönliches Profil“ und „offizielle Seite“, insbesondere hier auch der Administrationsbereich, in welchem die Statistik bezüglich genereller Reichweite, Reichweite einzelner Posts sowie Alter oder Orte der Nutzer und An-

deres einsehbar sind. Hier wurde auch noch einmal offenbar, dass die Tatsache, dass ein Post, der keine Kommentare oder Likes hat, nicht im gleichen Zug bedeutet, dass niemand mit den Präventionsinhalten erreicht wurde.

**Nutzung Sozialer Netzwerke im Rahmen einer bundesweiten Präventionskampagne**

Michaela Goecke bot einen Einblick in die Nutzung Sozialer Netzwerke im Rahmen einer nationalen Alkoholpräventionskampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Die BZgA-Jugendkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ wird seit 2009 mit Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) durchgeführt und richtet sich an Jugendliche im Alter von 16 bis 20 Jahren. Die Zielgruppe soll zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol motiviert und befähigt werden. Die Kampagne umfasst als Mehr-Ebenen-Kampagne drei systematisch aufeinander bezogene Maßnahmenbereiche: Massenkommunikation (zum Beispiel Spots, Anzeigen, Plakate, Broschüren), Personalkommunikation (zum Beispiel JugendFilmTage, Mitmacharcours im Schulsetting, Peer-Aktionen im Freizeitbereich) und Internet-Kommunikation. Gezielt setzt die Kampagne dabei mit der Nutzung der Sozialen Netzwerke einen innovativen Schwerpunkt bei der Internetkommunikation – gilt es doch, das Potenzial dieses modernen und bei Jugendlichen beliebten Kommunikationskanals als neuen Zugangsweg auch im Hinblick auf Suchtprävention auszuschöpfen.

**Suchtprävention auf Facebook**

Seit Sommer 2010 ist „Alkohol? Kenn dein Limit.“ mit einer eigenen Fanseite auf Facebook präsent ([www.facebook.com/alkohol.kenndeinlimit](http://www.facebook.com/alkohol.kenndeinlimit)). Das Facebook-Profil ergänzt das Kampagnen-Internetportal [www.kenn-dein-limit.info](http://www.kenn-dein-limit.info), auf dem Jugendliche vielfältige qualitätsgesicherte Informationen rund ums Thema Alkohol finden. Daneben bietet das Portal spielerisch

angelegt Tools und interaktive Programme wie Selbsttests („Check your drinking“) oder ein Konsumreduzierungsprogramm („Change your drinking“).

Internetportal und Facebook-Präsenz der Kampagne sind miteinander verlinkt. Diese Verlinkung führt dazu, dass sich die Reichweite der Internetseite erhöht. Monatlich greifen etwa 6.000 Besucher über das Facebook-Profil auf die Internetseite zu. Aktuell hat die Facebook-Fanseite mehr als 300.000 Fans und damit bereits großes Potenzial für die Reichweiterehöhung.

Eine leitende Idee bei der Nutzung Sozialer Netzwerke wie Facebook ist neben der Reichweiterehöhung im Internet vor allem die stärkere dialogische Einbindung und Partizipation der Zielgruppe. Ansprache und Angebote müssen hierzu zielgruppengerecht aufgearbeitet und kontinuierlich aktualisiert werden. Für den Dialog und Austausch müssen interessante Anlässe geschaffen werden. Hierfür ist das Hauptmedium der Facebook-Fanseite der Kampagne die Pinnwand als Forum für den Austausch der User untereinander sowie mit der Kampagne. Die Pinnwand wird von der BZgA inhaltlich betreut. Die tägliche Supervision und Moderation übernimmt ein Auftragnehmer, der alle inhaltlichen Aspekte mit der BZgA abstimmt. In regelmäßigen Abständen werden News, Quizfragen, Meinungsumfragen, aber auch kleinere Votings, Veranstaltungshinweise etc. auf der Pinnwand gepostet. Ziel ist es, mit diesen Kurztönen den Dialog unter den Fans anzuregen und zu einer kritischen Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten zu motivieren und damit Selbstreflexionsprozesse auszulösen.

Wie alle Sozialen Netzwerke bietet auch die Fanseite der Kampagne die Möglichkeit zu einem offenen und kritisch-kontroversen Dialog. Damit ist in gewisser Hinsicht ein Verlust an Kontrolle und Steuerung zwangsläufig verbunden. Umso wichtiger ist es, dass auf die Einhaltung der sogenannten Netikette der Fanseite besonders

geachtet wird. Gelöscht werden im Sinne der Netikette zum Beispiel User-Postings und -Kommentare, die respektlos, unhöflich oder herabsetzend sind. Abgesehen von den Netikette-Regeln ist eine freie Meinungsäußerung garantiert, denn ein Löschen von kritischen Kommentaren würde zu einer Reaktanz bei den Usern führen. Ganz im Gegenteil: Es ist ein wichtiges Ziel der Pinnwand, dass dort Peer-Diskussionen rund um die soziale Norm des Alkoholkonsums bei Jugendlichen stimuliert, gefördert und moderiert werden.

Die hohe Response Rate auf die Kampagnen-Postings bestätigt, dass diese Strategie funktioniert.

#### Effekte und Wirkung

Bislang ist nicht erforscht, welche Wirkung Fanseiten von Präventionskampagnen in Sozialen Netzwerken haben. Um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie die Fanseite von „Alkohol? Kenn dein Limit.“ auf Facebook bei den Jugendlichen ankommt, hat die BZgA in den Jahren 2011 bis 2012 erstmalig eine so genannte Effektstudie hierzu initiiert. Ein geeignetes Studiendesign wurde von der mit der Studiendurchführung beauftragten Rheinischen Fachhochschule Köln erstmalig entwickelt. Die Studie umfasste vier Module:

- 1 Inhaltsanalyse
- 2 Einzelinterviews
- 3 Online-Befragung der Fans der Facebook-Fanseite
- 4 Kritische Fokusgruppen-Diskussion

Die Inhaltsanalyse ergab, dass die Fanseite das mit Abstand am meisten genutzte Aufklärungsangebot zur Suchtprävention auf Facebook darstellt und dass die Fanseite genau die Altersgruppe anspricht, die auch von der Kampagne

erreicht werden soll: die 16- bis 20-Jährigen.

Die Einzelinterviews mit 43 Jugendlichen, die die Facebook-Fanseite nicht kannten, bestätigten, dass die Fanseite in ihrer inhaltlichen Zielsetzung mehrheitlich verstanden wird. Die Hälfte der interviewten Jugendlichen war der Meinung, dass die Jugendlichen mit der Fanseite angeregt werden, über ihren eigenen Alkoholkonsum kritisch nachzudenken und mit Gleichaltrigen über den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu reden. Die Fanseite wurde von den Jugendlichen überwiegend positiv bewertet, aber es gab auch kritische und eher ablehnende Bewertungen.

Bei der Online-Befragung der Fans der Facebook-Fanseite konnten insgesamt 1.237 Fragebögen ausgewertet werden. Das Erkenntnisinteresse lag hier insbesondere auf folgenden Fragen: Wer sind die Fans? Was machen die Fans auf der Facebook-Fanseite? Was halten sie von der Facebook-Fanseite und was wünschen sie sich? Wie schätzen sie den Effekt der Fanseite ein?

Die Online-Befragung bestätigte die Zielgruppenaffinität der Fanseite: 84 % der befragten Fans waren 16 bis 21 Jahre alt, der Anteil von weiblichen und männlichen Fans war relativ ausgeglichen. 58 % der befragten Fans hatten (Fach-)Abitur, 40 % besuchten Haupt- oder Realschule. Die Einstellungen zum Alkohol waren eher (selbst-)kritisch: Jeder zweite dachte manchmal darüber nach, ob er zu viel trinkt und damit seiner Gesundheit schadet. 47 % der Fans fühlten sich persönlich von der Fanseite angesprochen. 75 % wünschten sich „mehr Aktuelles“, 66 % „mehr persönliche Geschichten“ (Mehrfachnennungen möglich). 65 % gaben an, dass die Fanseite sie anrege, kritischer über den eigenen Alkoholkonsum nachzudenken, 55 %, dass sie angeregt würden, mit Gleichaltrigen über ihren Alkoholkonsum zu sprechen. Immerhin noch 25 % bestätigten, dass die Fanseite sie anrege, weniger Alkohol zu trinken. Kritisiert wurde am stärksten (58 %), dass die Texte auf der Fanseite

sehr belehrend seien. Die kritische Fokusgruppen-Diskussion mit acht Jugendlichen, die sich mit der Fanseite intensiver auseinandergesetzt hatten, bestätigte grundsätzlich die Ergebnisse der Interviews und der Online-Befragung. Als Optimierungspotenzial wurde insbesondere diskutiert, dass die Beiträge ein größeres dialogisches Anreizpotenzial bieten sollten, etwa durch persönliche Geschichten, dass die Tonalität weniger didaktisch, dafür emotionaler und unterhaltsamer sein sollte und dass echte Personen auf der Fanseite für die Kampagne präsent sein sollten. Auch wurde angeregt, noch mehr Video-Content und multimedial-interaktiv aufbereitete Inhalte in die Fanseite zu integrieren.

#### Fazit

Die Fanseite der Jugendkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ trifft auf große Zustimmung bei der jugendlichen Zielgruppe. Die Nutzung der Sozialen Netzwerke im Rahmen einer Präventionskampagne für Jugendliche scheint also zielführend. Zu beachten ist dabei, dass eine kontinuierliche und recht aufwändige Betreuung sowie ein sorgfältiges Monitoring der Präsenzen nötig ist, um in Konkurrenz mit anderen Angeboten attraktiv zu bleiben. Von einer Zensurierung kritischer User-Postings sollte abgesehen werden, um einen diskursiven Austausch zu fördern. Im Hinblick auf die Effekte von Fanseiten von Präventionskampagnen in Sozialen Netzwerken besteht weiterer Forschungsbedarf.

Im Workshop wurde deutlich, dass der qualitätsgesicherte Einsatz von Social Media eine Strategie benötigt, um Effekte zu erzielen. Genauso wichtig ist allerdings eine gewisse Begeisterung hierfür, denn ein halbherzig oder unregelmäßig gepflegter Auftritt nützt kaum und kann zudem noch ein schlechtes Image erzeugen.

#### Literatur und Links

Annette Schwindt: Das Facebook Buch, 2011

BITKOM (Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e.V.): Leitfaden Social Media, 2011. [www.bitkom.org](http://www.bitkom.org)

Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest: JIM-Studie („Jugend, Information Multimedia“) 2012. [www.mpfs.de](http://www.mpfs.de)

Facebook: Aufbau einer Präsenz mit Facebook Seiten. Ein Leitfaden für wohltätige Zwecke und gemeinnützige Organisationen

Social Media Prisma, German Edition, Version 5.0. [www.ethority.de](http://www.ethority.de)

Schwindt-PR: [www.schwindt-pr.de](http://www.schwindt-pr.de)

[allfacebook.de](http://allfacebook.de): Der inoffizielle facebook-Blog. [www.allfacebook.de](http://www.allfacebook.de)

#### Sabine Kowalewski

Prävention Herzberg  
Juesseestraße 17, 37412 Herzberg am Harz  
Tel. 05521-6916  
E-Mail: [praevention@suchtberatung-herzberg.de](mailto:praevention@suchtberatung-herzberg.de)

#### Michaela Goecke

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln  
Tel. 0221-8992-474  
E-Mail: [michaela.goecke@bzga.de](mailto:michaela.goecke@bzga.de)

Workshop 7

# Gender und Gender Diversity als Qualitätskriterium: Alles neutral?



Dr. Barbara Weißbach, Interkulturelle Personalentwicklung, IUK Dortmund

Dr. Barbara Weißbach gab zu Beginn einen kurzen Überblick über die verschiedenen kaum veränderbaren und die variablen Facetten von Gender Diversity. Die Abbildung auf der übernächsten Seite zeigt von innen nach außen gelesen den Grad der Veränderbarkeit: Im innersten Kreis finden wir den Kern der Persönlichkeit, das heißt die unverwechselbare Identität jeder und jedes Einzelnen einschließlich der genetischen Ausstattung. Im zweiten Kreis von innen gesehen finden wir die sogenannten inneren Faktoren, die nicht oder nur mit sehr großem Aufwand änderbar sind. Sie sind weitgehend mit den AGG-Merkmalen (Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz) identisch. Im dritten und vierten Kreis finden wir Merkmale, auf die Menschen leichter Einfluss nehmen und die sie ändern können (in Anlehnung an Loden M., Rosener J.: Workforce America! Business One Irwin, 1991). Im Anschluss definierte Dr. Weißbach Gender- und Diversity-Kompetenz: Zunächst gehören zu ihr als unverzichtbare Voraussetzungen hohe soziale und kommunikative Sensibilität, die Teil des generellen Anforderungsprofils in helfenden und beratenden Berufen sind. Von mindestens ebensolcher Bedeutung ist eine spezifische Haltung und Einstellung, die sich folgendermaßen beschreiben lässt:

- Offenheit und Interesse für die Andere /den Anderen entwickeln statt Bedingungen zu stellen;
- Bereitschaft, sich auf fremde Lebenswelten

einzulassen und sie mitzudenken, also mentale Programme Anderer verstehen zu wollen;

- fremd anmutende oder irritierende Verhaltensweisen nicht gleich zu bewerten oder gar abzuwerten, sondern ...

- bereit zu sein, in ihnen Stärken zu entdecken.

Die Entwicklung von Diversity-Kompetenz ist ein lebenslanger Prozess, der niemals zu Ende ist: Über Vielfalt und ihre Facetten gibt es immer wieder Neues zu entdecken – vor allem auch bei sich selbst im Hinblick auf unsere Reaktionen auf neue fremde Menschen, Situationen und Lebenswelten! Letzten Endes geht es bei Diversity-Kompetenz um die Anerkennung und Wertschätzung von Individualität (Weißbach B., Jüngling K., Schmidt A., Schadt, Ch., Droste Ch.: Suchtprävention und Beratung Gender- und Diversity-gerecht gestalten. Empfehlungen zum Handeln. Berlin und Dortmund, 2012)

Gender- und Diversity-Kompetenz kann als zentrales Qualitätsmerkmal gelten, weil sie uns die Möglichkeit gibt, unterschiedliche Zielgruppen und über sie die Individuen bedarfsgerecht zu erreichen. Denn Herkunft, Lebenslagen und Problematik der Ratsuchenden haben sich in den letzten Jahrzehnten immer mehr diversifiziert, vor allem durch Migrationsprozesse. Qualität in der Suchtprävention zeichnet sich durch einen zielgruppen- und suchtmittelspezifischen

Ansatz aus, um an den Lebenswelten und Lebensentwürfen von Klientinnen und Klienten anzusetzen. Psychologische und medizinische Forschungsergebnisse liefern uns detaillierte Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Suchtmittelkonsum, -gefährdung und Diversity-Aspekten wie kulturelle Herkunft, Gender und Alter. Diese Erkenntnisse können und sollen wir nutzen, um unsere Sensibilität für Lebenskontexte unter Beachtung der individuellen Biographien zu schärfen.



Anke Schmidt, Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH (i.G.), Berlin

Abb. 1: 4-Ebenen-Modell (s. Seite 71)

Im Anschluss verdeutlichte Anke Schmidt die Relevanz von Gender- und Diversity-Kriterien für die Suchtprävention und -beratung. Diese zeigt sich bereits in der Tatsache, dass Prävalenzen signifikante Unterschiede hinsichtlich Geschlecht und weiteren (sozialen) Kategorien aufweisen. Deutliche Geschlechtsunterschiede lassen sich beispielsweise bei der Mager- und der Ess-Brech-Sucht oder bei der Medikamentenabhängigkeit feststellen – hier überwiegen die weiblichen Betroffenen deutlich. Im Gegensatz z.B. zur Spielsucht und der Abhängigkeit von illegalen Drogen oder auch von Alkohol, Bereiche in denen Männer überwiegen (Quelle: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen).

Nimmt man weitere Diversity-Kriterien in den Blick, fällt auf, dass beispielsweise die Häufigkeit von Essstörungen soziallagenbezogen unterschiedlich ist: zum Beispiel zählen Kinder und Jugendliche aus der unteren sozialen Schicht sowie mit Migrationshintergrund zu den besonderen Risikogruppen für Adipositas (Robert-Koch-Institut: KIGGS-Studie 2003-2006). Auch Raucher/innen entstammen häufiger bildungsfernen sozialen Schichten; und Migrationshintergrund und Arbeitslosigkeit gelten als Risikofaktoren, spielsüchtig zu werden. Auch wenn dies sicher nicht pauschal zutreffend ist: Die Akzeptanz für sogenannte Partydrogen scheint in der schwulen Community besonders hoch.

Die Relevanz von Gender- und Diversity-Kriterien erstreckt sich jedoch nicht nur auf die Präva-

lenzen. Auch die Ansprache (nicht jede Kultur ist zum Beispiel eine Lesekultur und lässt sich gut über Printmedien ansprechen) und die Behandlungskonzepte sollten die Besonderheiten der Zielgruppen berücksichtigen. Nichtsdestotrotz existieren für lern- bzw. geistig behinderte Menschen kaum passende Angebote hinsichtlich problematischen Suchtmittelkonsums und auch altersspezifische Angebote / Behandlungskonzepte werden von der Suchthilfe bislang nicht vorgehalten.

Bezugnehmend auf das vorgestellte 4-Ebenen-Modell zeigt sich, dass unter Umständen mehrere Merkmale relevant sind, wenn es um spezifische Süchte und deren Entstehung geht. Zur Konkretisierung hier ein Beispiel: Besonders häufig von Medikamentenabhängigkeit betroffen sind Frauen. Aber auch Faktoren wie das Alter, der kulturelle Hintergrund oder auch die Position im Arbeits- und Berufsleben können das Risiko, medikamentenabhängig zu werden, erhöhen. So sind zum Beispiel ältere Menschen besonders gefährdet sowie auch Mediziner/innen, die zum einen häufig hohen Belastungen ausgesetzt sind und gleichzeitig eine große Griffnähe zu Medikamenten haben.

Dieses Wissen um Zielgruppenspezifität hat sich die Wirtschaft längst zunutze gemacht und spricht mit ihrer Werbung gezielt konkrete Gruppen an. Geschlecht, Alter, sexuelle Orientierung, Freizeitgewohnheiten und weitere Merkmale werden aufgegriffen, um Identifikation mit einem Produkt herzustellen. Auf diese Weise wur-

de auch der Begriff MAMIL (Middle Aged Men in Lycra) geprägt. Männer in der Lebensmitte, die vorzugsweise in bunter Sportkleidung beim Radfahren anzutreffen sind – eine eigene Zielgruppe. Auch in der Prävention oder bei der Bewerbung von Hilfeangeboten sollten die Besonderheiten der relevanten Zielgruppen Berücksichtigung finden, damit die Botschaften ankommen und angenommen werden, „denn schließlich muss der Köder dem Fisch schmecken und nicht dem Angler“ (Zitat Helmut Thoma, RTL-Chef).

Die Auswirkungen von Diversity-Kriterien sind demnach vielschichtig. Sie beeinflussen erst einmal die Struktur/Beschaffenheit der Zielgruppe selbst (Alter, Bildungsgrad etc.). Davon abhängig sind die Erreichbarkeit und der Zugang zu Hilfen. Welche Informationswege können / sollten genutzt werden? Welche Netzwerke und Kooperationspartner können dabei unterstützen? Darüber hinaus stellen die Spezifika der Zielgruppen bestimmte Anforderungen an die strukturellen Voraussetzungen bzw. Gegebenheiten (zum Beispiel behindertengerechter Zugang, Übersetzungsleistungen, Kinderbetreuung). Ein passendes Angebot für eine bestimmte Zielgruppe zu schaffen, setzt die Berücksichtigung besonderer Eigenschaften derselben voraus. So sollte beispielsweise ein Angebot, das speziell ältere Menschen adressiert, nicht internetbasiert sein, und eines, das sich demgegenüber an Jugendliche richtet, durchaus moderne Kommunikationswege nutzen. Je nach Zielgruppe sind unter Umständen unterschiedliche Themen mit zu bearbeiten, wenn eine Maßnahme erfolgreich wirken soll, so zum Beispiel die Einkommens-, Arbeits- oder Wohnsituation. Auch müssen suchtpreventive Themen im Kontext mit anderen Themenfeldern wie zum Beispiel dem Risiko, sich mit sexuell übertragbaren Krankheiten zu infizieren, gesehen werden. Letztlich sind durch die Differenziertheit der Zielgruppen auch die Anforderungen an die Fachkräfte unterschiedlich und die Empathiefähigkeit wird womöglich auf die Probe gestellt, insbesondere da, wo eigene Vorurteile einem im Wege stehen.

Wird das Diversity-Kriterium Migration fokussiert, zeigt sich, dass Migration Gesundheitsrisiken erhöht. Die Gründe hierfür liegen zum einen in der Migration selbst durch das Gefühl von Entwurzelung, die Trennung von Freunden und Familie, womöglich einhergehend mit Kommunikationsschwierigkeiten in einer neuen Sprache. Daneben spielen auch sozioökonomische Faktoren eine Rolle. Eine Benachteiligung am Arbeitsmarkt wird evtl. durch einen nicht gesicherten Aufenthaltsstatus und eine Nicht-Anerkennung von Schul- und Berufsabschlüssen verstärkt. Sprach- und weitere Zugangsbarrieren (zum Beispiel Informationsdefizite oder eine aus den Erfahrungen in der Herkunftskultur gespeiste Erwartungshaltung, dass Beratungsstellen restriktiv und pönalisierend handeln) erschweren darüber hinaus den Zugang in das Versorgungssystem. Daneben wirken sich auch kulturspezifische Faktoren auf den Umgang mit Suchtmitteln und die Inanspruchnahme von Hilfen aus und tragen damit unter Umständen zu einem erhöhten Gesundheitsrisiko bei. In diesem Zusammenhang zu nennen sind zum Beispiel die Akzeptanz von Suchtmitteln (der Konsum kann als selbstverständlich angesehen oder auch völlig tabuisiert sein), die vorherrschenden Krankheitskonzepte (Fluch, böser Blick etc.) und das Behandlungsverständnis (eine rein auf körperliche Beschwerden begrenzte Betrachtung lässt Beratung und Psychotherapie überflüssig erscheinen).

Pauschal betrachtet kann davon ausgegangen werden: Je größer die Kulturunterschiede, desto größer der Assimilationsdruck und desto höher die Depressionsrate, wodurch Suchtmittelmissbrauch begünstigt werden kann. Dazu führen Kommunikationsprobleme und kulturelle Missverständnisse häufig zu Fehldiagnosen, verspäteten Therapien und zu kürzeren Behandlungszeiträumen. Dies führt zu „Drehtüreffekten“ und letztlich zur Chronifizierung.

Aus den dargestellten Überlegungen und Problemstellungen ergeben sich folgende Ziele Diversity-sensibler Suchtprävention und -beratung:

- Es gilt, die relevanten Zielgruppen zu erreichen, das heißt Menschen, die ein erhöhtes Risiko haben bzw. von problematischem Konsum betroffen sind.
- Die Inanspruchnahme von Hilfen muss befördert werden, um eine möglichst frühzeitige Intervention möglich zu machen.
- Voraussetzung dafür ist die Bekanntmachung des Hilfesystems und der Abbau von Schwellen für eine Inanspruchnahme.
- Ängste und Vorurteile auch auf Seiten der Fachkräfte sollten reflektiert und ggf. abgebaut werden.
- Die Schaffung bedarfsgerechter Angebote stärkt die Wirksamkeit der Maßnahmen, wodurch letztlich auch Integration bzw. Inklusion voran gebracht wird.

Ein Diversity-gerechter Arbeitsansatz unterscheidet sich nicht unbedingt von den Standards moderner sozialer Arbeit. Im Gegenteil sind viele Begrifflichkeiten, die einer Beschreibung dienen, identisch. So ist Diversity-gerechte Suchtprävention und -beratung zielgruppenorientiert und bedarfsgerecht. Sie nutzt Partizipation, ist von der Grundhaltung „auf Augenhöhe“ und akzeptierend und hat einen niedrighwelligen, von Empathie geprägten Arbeitsansatz. Durch Selbstreflexion werden auch eigene Vorurteile hinterfragt mit dem letztlichen Ziel „Menschen da abzuholen, wo sie stehen“. Alles Eigenschaften, die gern für die eigene Tätigkeit in Anspruch genommen werden.

Dennoch bedarf es organisatorischer Voraussetzungen, um einen Diversity-gerechten Arbeitsansatz auch wirklich in die Tat umzusetzen. Strukturen und Arbeitskulturen müssen reflektiert werden. Hilfreich ist in diesem Zusammenhang die Förderung einer Kultur der (Selbst-) Reflexion, die die Entwicklungschance in den Fokus nimmt und nicht den Fehler. Auch sollte den

Mitarbeitenden Grundlagenwissen zugänglich gemacht werden, ohne Schubladendenken zu befördern. Um bedarfsgerecht zu arbeiten, müssen Bedarfe im Vorfeld analysiert werden, auch unter Partizipation der Zielgruppen. Konkrete, anhand definierter Erfolgskriterien überprüfbare Ziele sind ebenfalls Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung. Sind Diversity-gerechte Maßnahmen in bestehende Strukturen integriert, sollte nicht versäumt werden, die Kommunikationswege auf die Zielgruppen abzustimmen (nicht alle Kulturen sind zum Beispiel Lesekulturen) und hierfür auch vorhandene Netzwerke, Organisationen und Partner zu nutzen.

Im weiteren Verlauf konkretisierte Dr. Weißbach die methodische Umsetzung eines Diversity-gerechten Arbeitsansatzes, indem sie konkrete Diversity-Kompetenzen aufzeigte und mit Beispielen aus der Praxis unterlegte. Neben den oben bereits erwähnten sozialen und kommunikativen Fähigkeiten sowie der ganz wesentlichen Entwicklung einer Haltung der Unvoreingenommenheit und Offenheit gegenüber Menschen mit anderen Lebenserfahrungen und Lebensentwürfen lassen sich folgende Gender- und Diversity-Kompetenzen konkretisieren:

- 1 Individualität beachten ohne zu bewerten – was heißt das? Den Blick zu schärfen für Persönlichkeit, Individualität und Lebenswelt der Menschen, mit denen wir arbeiten: Hier ist eine differenzierte Betrachtung gefragt, kein oberflächliches Verständnis. Das oben gezeigte Abbild der vier Diversity-Kreise kann uns helfen, für eine konkrete Klientin / einen konkreten Klienten zu schauen, welche der Diversity-Aspekte für sie / ihn gegenwärtig in welcher Weise bedeutsam sind. Aus welchen bezieht jemand Energie und Kraft? Welche wirken eher wie Blockaden?
- 2 Den Blick für andere Lebenssituationen erweitern – was heißt das? Durch die Aneignung von interkulturellem und transkulturellem Wissen, Gender-Wissen, heilpädagogischem Wissen etc. können wir lernen, die mentalen Program-

me der Menschen besser zu verstehen, mit denen wir arbeiten. Damit ist natürlich nicht eine pauschalisierende Aneignung gemeint, sondern eine, die uns fragen lässt: Wie kann ich auf Basis dieses Wissens die Menschen, die ich erreichen will, besser verstehen? Was davon trifft wohl auf die Klientin XY zu, was ich bisher noch nicht genügend berücksichtigt habe? Auch eigene Differenzenerfahrungen in unserer Biographie an sich vorüberziehen zu lassen, hilft bei der Entwicklung eines differenzierten Blicks.

3 Mit anderen Maßstäben messen – was heißt das? Es bedeutet vor allem, bei sich selbst nachzuschauen: Welche Verhaltensweisen meiner Klientinnen und Klienten sind mir fremd, irritieren mich, verärgern mich? Woher kommt das? Wie wirken sich Irritation und Ärger auf meine Arbeit aus? Nach Erklärungen und einem anderen Verständnis zu suchen hilft fast immer, Erlebnisse neu einzuordnen und gelassener mit ihnen umzugehen.

4 Vorsicht mit schnellen Anpassungsforderungen – was heißt das? Wir laufen mit Normalitätsvorstellungen im Kopf herum, die wir selten hinterfragen. Mit ihnen sind auch latente und uns selten bewusste Anpassungsanforderungen an andere verbunden. Damit erhöhen wir aber unsere Schwellen für Verständnis und Dialog. Was hilft uns dabei, uns der eigenen Grenzen bewusst zu werden und sie zu überwinden? Indem wir uns eine Look- and Learn-Haltung aneignen, zurückhaltend beobachten, forschend nachfragen statt schnell zu urteilen.

Hierzu liefert die Kommunikationspsychologie hilfreiche Modelle und Tools, die die Reflexion fördern: das Trichtermodell der Wahrnehmung, Interpretation und Reaktion (Schulz von Thun, F.: Miteinander reden 1: Störungen und Klärungen. Reinbek bei Hamburg, 1981) und das bekannte 4-Ohren-Modell auf interkulturelle Kommunikation angewendet (Kumbier D., Schulz von Thun F.: Interkulturelle Kommunikation: Methoden, Modelle, Beispiele. Reinbek bei Hamburg, 2006).

Eine reichhaltige praxisorientierte Fachliteratur über Diversity, Gender und Kulturvergleich mit hilfreichen Checklisten, Übungen und Fallbesprechungen steht heute dazu zur Verfügung.

Die Teilnehmenden diskutierten in beiden Workshops anhand von auf den Boden gelegten verschiedenfarbigen Karten mit den Diversity-Aspekten ihre Alltagserfahrungen, persönlichen Erfahrungen mit Anders-Sein und Ausgrenzung und Wunschthemen für die Diskussionszeit während der Workshops. Mit dem sehr begrenzten Zeitrahmen konnten einzelne Themen angerissen werden. Etliche Teilnehmende zogen Impulse für ihre Arbeit aus den diversen Beispielen, die von vielen Seiten eingebracht und vor dem Hintergrund der Inputs und neuer Interpretationsmöglichkeiten diskutiert wurden.

*Dr. Barbara Weißbach*

IUK Dortmund  
Am Spörkel 37a, 44227 Dortmund  
Tel. 0231-72 81 642  
E-Mail: b.weissbach@iuk.com

*Anke Schmidt*

Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH (i.G.)  
Mainzer Straße 23, 10247 Berlin-Friedrichshain  
Tel. 030-29 35 26 15  
E-Mail: schmidt@berlin-suchtpraevention.de



Quellen: Loden/ Rosener 1991; Gardenzwartz/ Rowe 1994 a; www.caleidoscopia.nl

Abb. 1: 4-Ebenen-Modell (s. Seite 67)

Infopoint

# Dot.sys – Das Dokumentationssystem der Suchtvorbeugung



Ingeborg Holterhoff-Schulte,  
Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen,  
Hannover

Die Tagungsteilnehmerinnen und -teilnehmer sollten vor Beginn der Workshops am zweiten Tagungstag die Möglichkeit haben, sich über Dotsys zu informieren bzw. Fragen zur Anwendung oder auch Datenauswertung zu stellen.

Das computerbasierte Dokumentationssystem der Suchtvorbeugung „Dot.sys“ wurde durch das Bund-Länder-Gremium der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entwickelt und dient der Erfassung und Darstellung von Suchtpräventionsmaßnahmen auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene. Die Daten werden aggregiert auf Landes- und Bundesebene ausgewertet, zudem hat jede Einrichtung auch die Möglichkeit einer Auswertung bzw. Dokumentation der eigenen Maßnahmen. Seit März 2011 liegt die Dot.sys-Version 3.0 vor. Alle Fachkräfte arbeiten jetzt mit dieser neuen Version, die Erfassung der Daten erfolgt online und hat ein Auswertungstool integriert, das eine problemlose Auswertung der Daten und die Erstellung von Grafiken für jede Fachkraft ermöglicht.

Darüber hinaus soll Dot.sys beitragen zur

- Stärkung der Kooperation zwischen den verschiedenen Ebenen und Akteur/-innen der Suchtprävention,
- Erhöhung von Transparenz und Qualität in der Suchtprävention,

- Nutzung der erhobenen Daten als Grundlage für die nationale und internationale Präventionsberichterstattung,
- Steuerung von Suchtpräventionsaktivitäten in Deutschland.

Diejenigen, die sich am Infopoint informierten, kennen das Programm und arbeiten auch damit. Die interessierten Dot.sys-Nutzer/innen stellen vor allem konkrete Fragen zur Eingabe von Datensätzen. Hierbei fühlen sich manche durch die Eingrenzung der Antwortmöglichkeiten zum Beispiel bei „Setting“ und bei „Zielsetzung“ etwas eingeengt und haben Sorge, die Maßnahme könne nicht adäquat dargestellt werden. Hier konnte aber deutlich gemacht werden, dass bei unbegrenzten Antwortmöglichkeiten eine sinnvolle Datenauswertung nicht mehr möglich ist.

Bei den Kategorien sind insbesondere unter „Setting“ in der Darstellung der Schulen Änderungen notwendig. In den verschiedenen Bundesländern heißen die Schulen mittlerweile so unterschiedlich, dass die hier aufgeführten Kategorien das nicht adäquat abbilden können. Möglicherweise liegt hier die Lösung in der Änderung der Schulformen in Überbegriffe (Schulen Sek. I, Schulen Sek II ...).



Insgesamt zeigten sich die Probleme, die bei der Eingabe von Datensätzen angesprochen wurden, überschaubar und lösbar.

Anders sieht es bei dem Auswertungstool aus. Hier sind doch gravierendere Probleme festzustellen:

- Bei großen Datenmengen dauert die Auswertung immer noch viel zu lange.
- Die Filterfunktionen filtern nicht, sondern fügen hinzu, das heißt die ausgesuchten Auswertungskategorien werden alle summiert, eine Filterung findet eigentlich gar nicht statt.
- Das Zusammenzählen der Daten funktioniert im Auswertungstool nicht immer sauber. Während es zum Beispiel bei der bivariaten Auswertung bei den Multiplikator/innen korrekt ist, kommen bei den Endadressat/innen immer zu große Maßnahmenzahlen heraus.

Hier sollten die Unstimmigkeiten zusammengetragen werden, um dann von Seiten der Programmierung Lösungen zu erarbeiten.

Die Fachkräfte für Suchtprävention müssen viel dokumentieren, häufig müssen sie mit verschiedenen Systemen arbeiten. Dot.sys hat sich weitgehend durchgesetzt, allerdings ist in manchen Bundesländern die Beteiligung nicht vollständig.

Allen Fachkräften wird als besonderer Benefit von Dot.sys die Möglichkeit der Datenauswertung in der jeweiligen Region offeriert, damit Fachkräfte Auftraggebern und Geldgebern grafisch gut aufbereitete Dokumentationen ihrer Arbeit liefern können. Wenn gerade aber dieses Auswertungstool mangelbehaftet ist, wird es schwierig, weitere Fachkräfte für die Arbeit mit Dot.sys zu gewinnen.

Bei allen Problemen zeigte sich jedoch, dass Dot.sys weitestgehend akzeptiert ist und die Fachkräfte mittlerweile ein gutes Online-Programm zur Erfassung ihrer Maßnahmen zu schätzen wissen, weil es ihre Stellung in der regionalpolitischen Diskussion stärkt und viel besser gezeigt werden kann, was mit wem in der Suchtprävention geleistet wird.

---

*Ingeborg Holterhoff-Schulte*  
Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen  
Podbielskistraße 162, 30177 Hannover  
Tel. 0511-62 62 66-16  
E-Mail: holterhoff-schulte@nls-online.de

Infopoint

# PrevNet – Das Fachportal der Suchtvorbeugung



Axel Budde,  
Bundeszentrale für  
gesundheitliche Aufklärung  
BZgA, Köln

PrevNet ist die Wissens-/Informationsdatenbank für interessierte Personen und Fachkräfte in der Suchtprävention in Deutschland. Dazu bündelt PrevNet die verfügbaren Informationen über Veranstaltungen, Projekte, Einrichtungen und Akteure, Studien und Materialien der Suchtprävention und stellt sie online zur Verfügung. Fachpersonen und interessierte Internetnutzer/-innen können über die Suchfunktion eine Datenbankrecherche in allen Rubriken der Seite unter Berücksichtigung des Datenschutzes betreiben. PrevNet ist ein dynamisches Portal, das mit jeder neuen Eingabe seiner Mitglieder wächst. Der Umfang an Information auf PrevNet – der Wissens-/Informationsdatenbank für die Suchtprävention – erweitert sich durch die Teilnahme der Experten und Expertinnen kontinuierlich. Zurzeit sind mehr als 1000 Einrichtungen und ca. 1500 Mitglieder bei PrevNet registriert.

Durch vielfältige Interaktionsmöglichkeiten wird die Vernetzung der Fachkräfte in der Suchtprävention gestärkt und der Austausch zwischen den Mitgliedern zu speziellen Themen in der Suchtprävention unterstützt. Über den interaktiven Teil des Portals mit Foren und Kommunikationswänden sowie dem Arbeitsgruppenbereich mit den Funktionen eines virtuellen Büros werden der fachliche Austausch und die Kooperation der Fachpersonen ermöglicht. Dieser Bereich ist passwortgeschützt und steht nur PrevNet-Mitgliedern in vollem Umfang zur Verfügung.

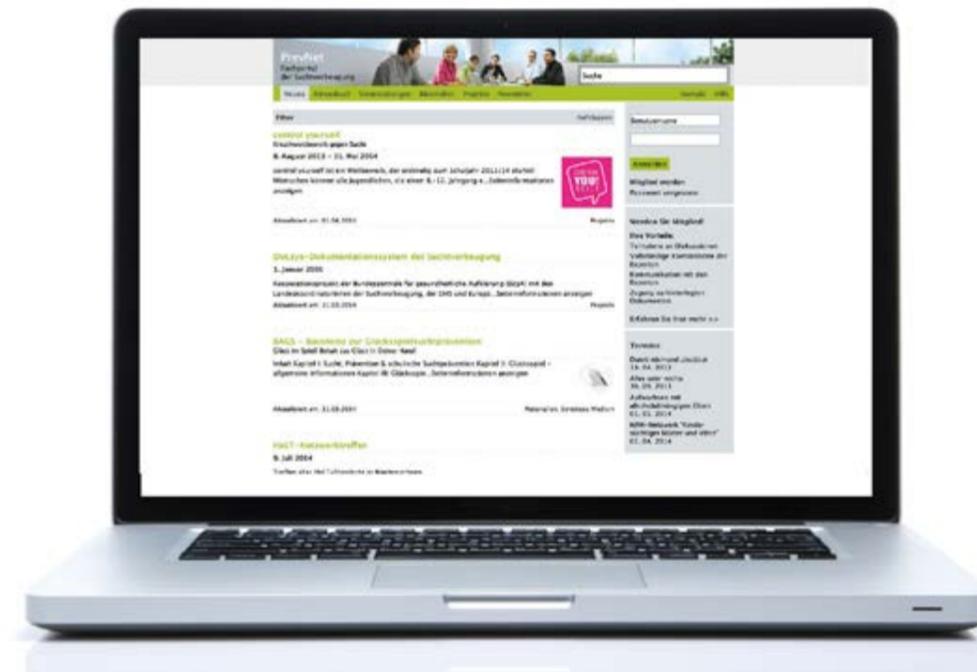
Das Netzwerk [www.prevnet.de](http://www.prevnet.de) ist ein Kooperationsprojekt zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und den Landeskoordinatorinnen und Landeskoordinatoren der Suchtprävention aus 14 Bundesländern. Das koordinierte Internetportal zur Suchtvorbeugung nutzt seit seinem Launch in 2004 die Ressourcen der bestehenden regionalen Netzwerke und vernetzt Aufklärungsmaßnahmen zur Suchtvorbeugung von Bund und Ländern miteinander.

Die Besucherinnen und Besucher der Augsburger Fachtagung „Qualität in der Suchtprävention“ nutzten den InfoPoint PrevNet vor allem dafür, um im Dialog mit dem zuständigen Referenten der BZgA auf Verbesserungsbedarfe aufmerksam zu machen und sich aus erster Hand zu Planungsvorhaben zu informieren. Wichtigstes Thema war dabei das Thema „Benutzerfreundlichkeit“. Die in diesem Rahmen vorgebrachten Verbesserungsvorschläge wurden im Nachgang der Tagung berücksichtigt bei der Erstellung eines Katalogs von Weiterentwicklungsmaßnahmen durch die AG PrevNet. Die Implementierung der ersten Stufe wichtiger Änderungen ist für Anfang 2014 geplant.

Axel Budde

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Referat 1-13, Prävention des Substanzmissbrauchs  
Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln  
Tel. 0221-8992-529  
E-Mail: [Axel.Budde@bzga.de](mailto:Axel.Budde@bzga.de)

[www.prevnet.de](http://www.prevnet.de)



# **Qualität in der Suchtprävention 2013**

Evidenz schaffen für die Wirksamkeit  
suchtpräventiver Maßnahmen

Dokumentation der Augsburger Fachtagung

## **Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)**

Telefon: 09131 6808-0  
Telefax: 09131 6808-2102  
E-Mail: [poststelle@lgl.bayern.de](mailto:poststelle@lgl.bayern.de)  
Internet: [www.lgl.bayern.de](http://www.lgl.bayern.de)

91058 **Erlangen**  
Eggenreuther Weg 43

85764 **Oberschleißheim**  
Veterinärstraße 2

80538 **München**  
Pfarrstraße 3

97082 **Würzburg**  
Luitpoldstraße 1

91126 **Schwabach**  
Rathausgasse 4

90441 **Nürnberg**  
Schweinauer Hauptstraße 80