

## ABSTRACTS PLENUM II



---

Ludwig Kraus

### **Europäische Präventionsstrategien des Substanzkonsums: Überblick und kritische Reflexion**

Abstract:

Unter Präventionsstrategien im Bereich des Substanzkonsums versteht man generell alle Maßnahmen, die geeignet sind, den Konsum sowie die damit verbundenen substanzbezogenen akuten und chronischen negativen Folgen zu reduzieren. Die Inhalte der Präventionsstrategien reichen von generellen Maßnahmen wie zum Beispiel der Erhöhung von Preisen und Steuern für Alkohol oder Tabak, über Verfügbarkeitsbeschränkungen in Form von Öffnungs- und Verkaufszeiten im Einzelhandel, zu gezielten personenbezogenen präventiven Aufklärungs- und Erziehungsmaßnahmen in Schule und Freizeit. Während die Protagonisten genereller struktureller Einschränkungen die Maßnahmen der Erziehung und Aufklärung des Individuums für nicht effektiv im Sinne eines Wirkungsnachweises halten, lehnen die Befürworter verhaltenspräventiver Maßnahmen die simple Übertragung suchtmmedizinischer Effektmessung ab und sprechen von einem „Evaluationsdogma“.

Strategien, die auf der Grundlage bestimmter Bewertungskategorien für geeignet gehalten werden und die einen gesellschaftlichen Konsens erreichen, werden in der Regel als Teil einer jeweiligen Politik wie etwa der Alkohol- oder Tabakpolitik umgesetzt. Als wesentliches Kriterium für die Qualitätsbewertung von Präventionsstrategien wird seit einigen Jahren der Nachweis von Evidenz gefordert. Evidenzbasierung der Suchtprävention als Qualitätssicherung hat sich daher zum Schlagwort der gegenwärtigen Debatte etabliert. Laut einem Editorial zum Thema Suchtprävention listet das Internetportal „Prevnet“ für Deutschland etwa 470 verschiedene Präventionsprogramme. Von diesen wurde nur eine Minderheit extern evaluiert und bei denjenigen, die evaluiert wurden, handelt es sich lediglich um eine Prozess- und Strukturevaluation. Insgesamt wird daher im Bereich der Suchtprävention vor dem Hintergrund der kontrovers diskutierten Frage um das Wie und Was der Qualitätssicherung von einer anhaltenden „Projektitis“ gesprochen.

In diesem Beitrag werden in erster Linie die vorherrschenden unterschiedlichen Präventionsstrategien und die den jeweiligen Ansätzen zugrundeliegenden Konzepte dargestellt. Auf der Grundlage dieses Überblicks wird auf die aktuelle Debatte um die Bewertung und Bewertbarkeit suchtpreventiver Maßnahmen eingegangen.

### **Literatur**

Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Livingston, M., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity* (2nd). Oxford: Oxford University Press.

Bühler, A. & Thrul, J. (2013). *Expertise zur Suchtprävention*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Schlömer, H. & Kalke, J. (2013). Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Suchtprävention. *Suchttherapie*, 14 (3), 102.

### **Wie evidenzbasiert ist die Suchtprävention? Wie evidenzbasiert kann sie sein?**

#### **Abstract:**

Es ist gut nachvollziehbar, dass für öffentlich finanzierte Präventionsmaßnahmen gefordert wird, das ausgegebene Geld sinnvoll einzusetzen. Es ist aber nicht sinnvoll, stichhaltige Nachweise für die Wirksamkeit von begrenzten Projekten und Einzelanwendungen zu fordern, wo diese Nachweise aus logischen oder methodologischen Gründen gar nicht erbracht werden können. In vielen praktischen Präventions- und Behandlungsbereichen wird durchaus verstanden, dass derartige Nachweise Aufgabe der Grundlagenforschung sind. So erwartet z.B. kaum jemand von Diabetes-Ambulanzen, dass sie die Wirksamkeit von Insulin im Alltag nachweisen. Von einer Diabetes-Ambulanz erwartet man nur, dass die Insulin-Verschreibung und fachliche Information der Patientinnen und Patienten *lege artis* erfolge.

In der Suchtprävention ist es allerdings meist üblich, für Anwendungen Wirksamkeitsbelege zu fordern. Unsinnige bzw. unerfüllbare Ansprüche an die Evidenzbasierung werden dann – in der berechtigten Hoffnung, dass es dem Auftraggeber nicht auffällt – mit möglichst geringem Aufwand irgendwie pseudo erfüllt. Pseudoevaluationen stellen aber eine unsinnige Mehrbelastung für Evaluatoren und Evaluierete dar. Damit werden – mit dem vorgeblichen Ziel, die Qualität zu sichern – systematisch Ressourcen verschleudert, die man für die eigentlichen Aufgaben weit sinnvoller einsetzen könnte. Hier trägt die Forderung nach Qualitätssicherung in paradoxer Weise zur Qualitätsminderung bei.

Die populäre Forderung nach einer verlässlichen Evidenzbasis für Präventionskonzepte im Rahmen der Grundlagenforschung scheidet allerdings ebenfalls häufig. Unüberwindbare Erkenntnisgrenzen ergeben sich aus der enormen Komplexität sozialer Systeme, der Fülle unkontrollierbarer Einflussgrößen und der Langfristigkeit der relevanten Wirkungen. Wo gut geplante Experimente nicht möglich sind, ist man zwangsläufig auf die Interpretation von Beobachtungsdaten angewiesen. Um nun trotz dieser Beschränkungen zu möglichst adäquaten Interpretationen zu gelangen, ist es erforderlich, ganz bewusst Annahmen zu treffen – im Bewusstsein, dass diese auch falsch sein könnten –, kreativ möglichst viele unterschiedliche Erklärungsmodelle zu erwägen und über genügend methodologisches Grundwissen zu verfügen, um die üblichen Fehlschlüsse zu vermeiden.

#### **Literatur**

Uhl, A. (2016): Die Suchtprävention der Zukunft - Qualitätsgesichert und gut finanziert oder ökonomisiert und unterfinanziert? In: Holterhoff-Schulte, I. (Hrsg.): Qualität in der Suchtprävention – Fachtagung für Fachkräfte in der Suchtprävention, Hannover. BZgA, Köln, S.71-81

---

*Martin Hulpke-Wette*

## **Auswirkungen des Konsums von Energy Drinks und Energyprodukten bei Kindern und Jugendlichen**

Abstract:

Energy Drinks (ED) werden in zunehmendem Maße von Kindern und Jugendlichen konsumiert.

Gemäß der EFSA Studie zum Konsum von ED in Europa ( 2013) haben 13 % der Kinder in Deutschland unter 10 Jahren bereits ED zu sich genommen. 16 % der Kinder, die bereits ED getrunken haben, waren "high chronic consumer". Von ihnen haben 61 % 3-5mal pro Woche ED zu sich genommen, 39 % täglich. 60 % der deutschen Jugendlichen (10-18 Jahre) haben grundsätzlich ED getrunken.

Sowohl die einmalig hochdosierte Aufnahme von ED, als auch die chronische hochdosierte Einnahme führen zu akuten zum Teil lebensbedrohlichen Situationen und langfristig gesehen zu erheblichen Schäden des Herzkreislaufsystems und anderer Organsysteme. Als potentielle schädliche Substanz wird der Inhaltsstoff Koffein angenommen.

Im Kindes- und Jugendalter fehlen wissenschaftliche Daten zum Stoffwechsel von Koffein. Man kann keine sichere Aussage bezüglich einer Obergrenze der Koffeindosis, unterhalb derer keine gesundheitlichen Bedenken bestehen, treffen.

Hoch dosiertes Koffein wird in Süßigkeiten ( Zielgruppe der Kindergartenkinder) gegeben, reines Koffeinpulver, mit der jedes Getränk zu einem ED umgewandelt werden kann (Zielgruppe Jugendlichen), frei verkauft.

Produktnamen ( z.B. Koks) stellen bewußt eine Verbindung mit Drogen her. Auf der anderen Seite gibt es Hinweise dafür, daß der Konsum von ED im Jugendalter später im Leben zu gehäuften Drogenkonsum führen kann.

Gemäß der Lebensmittelgesetzgebung ist auf den Produkten deklariert , dass sie für Kinder und Jugendliche nicht geeignet sind, dennoch ist der freie Verkauf möglich.

Die Kennzeichnung hält nach Einschätzung des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR) Kinder und Jugendliche nicht davon ab, diese Produkte zu kaufen und zu konsumieren.

Die vom BfR vorgenommenen Verzehrstudie zeigt , daß bei Sport-/ Tanz- und Computerveranstaltungen Jugendliche im Einzelfall außerordentlich hohe Koffeinemengen konsumieren, bei denen gesundheitliche Schäden zu erwarten sind .

---