

Waldemar von Suchodoletz (Hrsg.)

Prävention von Entwicklungs- störungen



Prävention von Entwicklungsstörungen

Prävention von Entwicklungs- störungen

herausgegeben von
Waldemar von Suchodoletz

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN

Prof. Dr. med. Waldemar von Suchodoletz, geb. 1944. 1963-1969 Studium der Humanmedizin in Leipzig und Berlin. Anschließend Ausbildung zum Facharzt für Neurologie und Psychiatrie an der Universität Rostock und Subspezialisierung auf dem Gebiet der Kinderneuropsychiatrie. 1970 Promotion. Ausbildung in Psychotherapie und Erwerb des Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 1984 Habilitation. 1987-1993 Leiter der Abteilung für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters an der Medizinischen Akademie in Erfurt. Seit 1993 Professur an der Ludwig-Maximilians-Universität München und Leiter der Abteilung für Entwicklungsstörungen. Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte: Sprachentwicklungs- und Lese-Rechtschreib-Störungen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2007 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag
Toronto • Cambridge, MA • Amsterdam • Kopenhagen
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlagbild: © Bildagentur Mauritius, Mittenwald
Gesamtherstellung: Druckerei Kaestner GmbH & Co. KG, Rosdorf
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN: 978-3-8017-1980-7

© 2007 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG. Keine unerlaubte Weitergabe oder Vervielfältigung

Vorwort

Entwicklungsstörungen können zu einer erheblichen Reduzierung der Lebenschancen eines Kindes führen. Frühförderstellen, sozialpädiatrische Zentren, niedergelassene Therapeuten unterschiedlicher Disziplinen, Sonderpädagogen und manch andere Fachleute sehen ihre zentrale Aufgabe darin, durch eine Förderung bzw. Behandlung entwicklungsauffälliger Kinder eine Kompensation der Beeinträchtigungen und damit eine Verbesserung der Entwicklungsmöglichkeiten zu erreichen. Wenn sich Leistungseinbußen aber erst einmal manifestiert haben, ist eine Therapie und Rehabilitation langwierig, für die Betroffenen strapazierend und für die Gesellschaft kostenintensiv. Bei ausgeprägten Entwicklungsstörungen sind zudem die erreichbaren Behandlungsergebnisse selbst bei optimalen Förder- und Therapieangeboten begrenzt.

Wesentlich effektiver als eine Therapie und Förderung ist eine Verhinderung des Auftretens einer Störung durch präventive Maßnahmen. Vorbeugung von Entwicklungsstörungen ist eine unglaubliche Erfolgsgeschichte. Manche Störungsbilder – wie geistige Behinderungen infolge einer Phenylketonurie oder choreoathetotische Bewegungsstörungen durch eine Neugeborenen-Gelbsucht – sind durch eine Prävention praktisch verschwunden. Das Auftreten anderer Entwicklungsstörungen ist allerdings nach wie vor kaum zu verhindern und deren Häufigkeit hat sich bis heute kaum verändert.

Die Bedeutung von Prävention wird weltweit zunehmend erkannt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) rief das Präventionsprogramm „Gesundheit für alle 2000“ ins Leben und in Deutschland ist ein Präventionsgesetz in Vorbereitung, das Vorbeugung zu einem festen, gesetzlich verankerten Bestandteil der Gesundheitsversorgung machen soll. Während derzeit nur etwa 10 % der Gesundheitsausgaben für Prävention zur Verfügung gestellt werden, soll es zukünftig ein deutlich höherer Anteil sein. Von einer verbindlichen Regelung verspricht sich der Gesetzgeber nicht nur eine Verbesserung der Lebensqualität der Bevölkerung, sondern auch Einsparungseffekte. Prävention soll einen erheblichen Teil der heutigen Gesundheitsausgaben für Akutbehandlung, Rehabilitation und Pflege überflüssig werden lassen.

Anliegen des Buches ist es, für die Prävention von Entwicklungsstörungen Bilanz zu ziehen und die Effektivität einzelner Interventionen kritisch zu hinterfragen. Die Schwerpunkte vorbeugender Aktivitäten haben sich in den letzten Jahren deutlich verschoben. Anfangs standen medizinische und hygienische Maßnahmen im Mittelpunkt, während in letzter Zeit psychosoziale Aspekte zunehmende Beachtung finden. Dementsprechend werden im Buch nicht nur Möglichkeiten zur Vorbeugung motorischer und kognitiver Entwicklungsstörungen besprochen, sondern insbesondere auch Anstrengungen zur Verhinderung emotionaler Störungen und von Fehlentwicklungen des Bindungs- und Sozialverhaltens.

Wir hoffen, dass das Buch dazu beiträgt, effektiven Präventionsprogrammen zu einer flächendeckenden Verbreitung zu verhelfen. Durch eine konsequente Vorbeugung könnten vielen entwicklungsgefährdeten Kindern zeitaufwändige

und belastende Interventionen erspart und eine unkompliziertere Kindheit ermöglicht werden.

Wesentlich haben Frau Maier und Frau Feil zur Erstellung des Manuskripts beigetragen. Sie haben unermüdlich und mit großer Zuverlässigkeit zahlreiche Arbeiten, wie Korrekturen und Literaturrecherchen übernommen. Hierfür möchte ich mich ganz herzlich bedanken.

München, November 2006

Waldemar von Suchodoletz

Inhalt

Vorwort	V
1. Möglichkeiten und Grenzen von Prävention	1
<i>Waldemar von Suchodoletz</i>	
2. Prävention motorischer Störungen	11
<i>Harald Bode</i>	
3. Prävention von kognitiven Entwicklungsstörungen und geistiger Behinderung	29
<i>Dieter Karch</i>	
4. Prävention umschriebener Sprachentwicklungsstörungen	45
<i>Waldemar von Suchodoletz</i>	
5. Prävention von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten	81
<i>Petra Küspert, Jutta Weber, Peter Marx & Wolfgang Schneider</i>	
6. Prävention von Rechenstörungen	97
<i>Kristin Krajewski & Wolfgang Schneider</i>	
7. Prävention von Angststörungen	115
<i>Judith Blatter & Silvia Schneider</i>	
8. Prävention von Interaktionsstörungen in Familien mit autistischen Kindern	133
<i>Paul Probst</i>	
9. Prävention von emotionalen und Bindungsstörungen	167
<i>Karl Heinz Brisch</i>	
10. Prävention von kindlichen Verhaltensstörungen mit dem Triple P-Elterntraining	183
<i>Kurt Hahlweg & Nina Heinrichs</i>	
11. <i>Faustlos</i> für Kindergarten und Schule	203
<i>Manfred Cierpka</i>	
12. Prävention von Störungen des Sozialverhaltens – Entwicklungsförderung in Familien: das Eltern- und Kindertraining EFFEKT	215
<i>Friedrich Lösel, Stefanie Jaurisch, Andreas Beelmann & Mark Stemmler</i>	

13. Entwicklungsbezogene Prävention dissozialer Verhaltensprobleme: Eine Meta-Analyse zur Effektivität sozialer Kompetenztrainings	235
<i>Andreas Beelmann & Friedrich Lösel</i>	
14. Prävention sozial-emotionaler Störungen bei Kindern mit Behinderung (PESS)	259
<i>Johannes Bach</i>	
Die Autorinnen und Autoren des Bandes	281
Stichwortverzeichnis	283

1 Möglichkeiten und Grenzen von Prävention

Waldemar von Suchodoletz

Gliederung		
1.1	Begriffsbestimmung	1
1.2	Einteilung präventiver Maßnahmen	2
1.3	Nutzen von Prävention.	3
1.4	Anforderungen an Präventionsprogramme	5
1.5	Schlussfolgerungen	8

1.1 Begriffsbestimmung

Prävention bedeutet Vorbeugung oder Verhütung (lat. prä-venire = zuvorkommen). In der Medizin wird synonym auch der Begriff *Prophylaxe* benutzt.

Prävention überschneidet sich mit *Gesundheitsförderung*. Für letztere wurde 1986 mit der Ottawa-Charta von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein umfassendes Konzept erarbeitet, das später in mehreren Folgekonferenzen präzisiert wurde. Prävention und Gesundheitsförderung haben gemeinsam das Ziel, die Häufigkeit von Erkrankungen, Störungen und Behinderungen zu reduzieren. Beide Begriffe unterscheiden sich hinsichtlich des theoretischen Hintergrunds. Prävention ist mit dem Konzept der „Pathogenese“ verbunden. Durch eine Beseitigung oder Verringerung von Gesundheitsrisiken, die im Individuum oder im Umfeld liegen können, sollen Störungen bzw. deren Auswirkungen eingedämmt werden. Gesundheitsförderung hingegen geht vom Gedanken der „Salutogenese“ aus. Eine Reduktion von Erkrankungen wird durch eine Aktivierung individueller und gesellschaftlicher Ressourcen angestrebt. Maßnahmen zur Prävention und zur Gesundheitsförderung ergänzen sich somit (BZgA, 2001; Naidoo, 2003).

Die große Bedeutung von Prävention ist heute unbestritten. Eine seit Jahrzehnten kontinuierlich zunehmende Verlängerung der Lebenserwartung und Verbesserung der Lebensqualität geht vorwiegend auf Prävention und weniger auf eine erfolgreiche Behandlung von Erkrankungen zurück. Zahlreiche präventive Maßnahmen sind inzwischen allgemein akzeptiert und zu selbstverständlichen Bestandteilen unseres Alltags geworden. Weit verbreitet sind z. B. allgemeine Hygiene zur Verminderung des Infektionsrisikos, Jodzugabe zum Trinkwasser und Speisesalz zur Vorbeugung eines Schilddrüsenkropfes, Vitamin-D-Gabe im ersten Lebensjahr zur Verhinderung einer Rachitis und das Vermeiden der Bauch-

lage bei Säuglingen zur Prävention des plötzlichen Kindstods. Bemühungen um eine ausgewogene Ernährung und um mehr Bewegung sowie um eine Verminderung schädigender Faktoren (Rauchen, Alkohol, Drogen) gehören ebenso dazu. Andere gleichfalls äußerst wirksame Präventionsmaßnahmen, wie Impfungen, werden hingegen immer noch kontrovers diskutiert.

Trotz der beeindruckenden Erfolge präventiver Maßnahmen, die deutlich über denen üblicher medizinischer Behandlungen liegen, finanzieren unsere Sozialsysteme vorwiegend die Therapie und Rehabilitation manifester Erkrankungen. Für Krankheitsbehandlung wird derzeit zehnmal so viel ausgegeben wie für Prävention. Erst in den letzten Jahren ist in der Politik, angestoßen durch ökonomische Zwänge, ein Umdenken zu beobachten. Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen macht es erforderlich, Einsparungen durch eine Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten zu erreichen. Auf der Homepage des Bundesministerium für Gesundheit heißt es dementsprechend: „Ein Großteil der heutigen Gesundheitsausgaben lässt sich durch aktive individuelle Vorbeugung und nachhaltige Präventionsstrategien vermeiden.“ Und Klotz et al. (2006) versehen ihre Arbeit zur Prävention und Gesundheitsförderung mit dem Untertitel: „Nur mit der Umsetzung präventiver Strategien können die sozialen und ökonomischen Herausforderungen des veränderten Krankheitsspektrums bewältigt werden.“ Gegenwärtig ist geplant, durch ein Präventionsgesetz Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung neben Akutbehandlung, Rehabilitation und Pflege zu einer eigenständigen Säule im Gesundheitssystem werden zu lassen. Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, die Versicherungsträger zur Finanzierung präventiver Maßnahmen zu verpflichten, Präventionsziele zu definieren und Qualitätsstandards festzulegen.

1.2 Einteilung präventiver Maßnahmen

Präventionsmaßnahmen lassen sich nach unterschiedlichen Gesichtspunkten kategorisieren (vgl. Tab. 1). Am häufigsten verwendet wird eine Einteilung nach den Interventionszeitpunkten (Hurrelmann et al., 2004; Walter, 2003).

Tabelle 1: Kategorisierung von Prävention

Einteilung nach Interventionszeitpunkten	– Primäre Prävention – Sekundäre Prävention – Tertiäre Prävention
Einteilung nach Ansatzpunkten	– Personale Prävention (Verhaltensprävention) – Strukturelle Prävention (Verhältnisprävention)
Einteilung nach Zielgruppen	– Universelle Prävention – Selektive Prävention – Indizierte Prävention

Eine *primäre Prävention* soll das Auftreten einer Störung durch die Beseitigung der Ursachen verhindern. Eine *sekundäre Prävention* beinhaltet eine Frühbehandlung von Erkrankungen. Sie setzt ein, wenn erste Vorboten einer Erkrankung beobachtet werden und hat zum Ziel, die Manifestation ausgeprägter Symptome zu verhindern. Bei der *tertiären Prävention* geht es um eine Vermeidung von Verschlechterungen und Folgeschäden bei bereits bestehenden Störungsbildern. Viele Maßnahmen der kurativen Medizin sind auch tertiär präventiv wirksam, indem Komplikationen und Verschlechterungen abgewendet werden. Wenn z. B. nach einem Schädel-Hirn-Trauma durch die Sicherstellung der Vitalfunktionen oder eine Senkung des Hirndrucks sekundäre Hirnschädigungen verhütet werden, so verhindern diese Interventionen das Auftreten von Komplikationen, ohne dass die Behandlung als Präventivmaßnahme ins Auge fällt. Auch eine Rehabilitation, die durch eine Vermeidung des Einschleifens falscher Verhaltens- oder Bewegungsmuster zur Verhütung einer Verschlechterung beiträgt, gehört in den Bereich der tertiären Prävention. Therapie, Rehabilitation und Tertiärprävention sind somit nicht scharf voneinander abzugrenzen.

Eine andere Unterteilung präventiver Maßnahmen unterscheidet danach, an welcher Stelle die Interventionen ansetzen. Bei der *strukturellen Prävention* (*Verhältnisprävention*) werden Bedingungen in den verschiedenen Lebensbereichen der Kinder (Familie, Kindereinrichtung, Freizeit, weiteres Umfeld) möglichst risikoarm gestaltet. Umwelt zentrierte Präventionsmaßnahmen sind sehr erfolgreich und haben erheblich zu einer Reduktion von Entwicklungsrisiken beigetragen. Durch eine *personale Prävention* (*Verhaltensprävention*) sollen Kinder und Jugendliche durch Aufklärung, Verhaltensmodifikation, Stärkung der Persönlichkeit oder auch durch Sanktionen dazu motiviert werden, Risiken zu vermeiden und sich gesundheitsfördernd zu verhalten. Da sich Einstellungen und Verhaltensnormen aber nur langsam und nur bei einer intensiven und lang anhaltenden Intervention verändern, sind die Erfolge der personalen Prävention oft enttäuschend.

Präventionsprogramme im Rahmen einer *universellen Prävention* streben eine Einbeziehung der Gesamtbevölkerung an. Zielgruppen einer *selektiven Prävention* sind definierte Bevölkerungsgruppen mit besonderen Risiken. Eine *indizierte Prävention* ist für Einzelpersonen gedacht, wenn erste Anzeichen einer Störung beobachtet werden, ohne dass bereits eindeutige Krankheitssymptome vorhanden sind.

1.3 Nutzen von Prävention

Durch Präventionsmaßnahmen ist es in den letzten Jahrzehnten gelungen, das Auftreten zahlreicher Erkrankungen des Kindesalters, von denen viele mit Entwicklungsstörungen einhergehen, zu verhindern. Trotz der beeindruckenden Erfolge stehen allerdings manche Eltern einzelnen Programmen zur primären Prävention skeptisch gegenüber und vorbeugende Maßnahmen wie Impfungen werden abgelehnt.

Beispiele für besonders erfolgreiche Präventionsmaßnahmen sind Impfungen zur Vermeidung von Infektionskrankheiten sowie eine intensive Überwachung

von Schwangerschaft, Geburt und frühkindlicher Entwicklung zur Früherkennung von Risiken bzw. ersten Symptomen. Infektionskrankheiten, insbesondere diejenigen die durch Viren hervorgerufen werden, können zu Schädigungen des Nervensystems führen. Durch Impfprogramme, eine Expositionsprophylaxe (Desinfektion, Sterilisation, Isolierung von Erkrankten) und eine Verminderung der allgemeinen Infektanfälligkeit (Verbesserung der Ernährung u. a.) haben Infektionen manches von ihrem Schrecken verloren. In diesem Zusammenhang ist auch die Zahl der im Rahmen von Infektionserkrankungen auftretenden Entwicklungsstörungen deutlich zurückgegangen.

Ein besonders eindrucksvolles Beispiel für den Erfolg von Impfaktionen ist die Prävention der Rötelnembryopathie. Rötelninfektionen der Mutter in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten führen in ca. 25 % der Fälle zu embryonalen Schädigungen. Entwicklungsstörungen des Zentralnervensystems treten bei jedem zweiten der betroffenen Kinder auf. Rötelnimpfungen haben diese schwerwiegende Erkrankung in Europa nahezu in Vergessenheit geraten lassen.

Für die primäre Prävention von Entwicklungsstörungen sind Vorsorgeuntersuchungen während Schwangerschaft, Geburt und frühkindlicher Entwicklung von ähnlich weit reichender Bedeutung wie die Impfprogramme. Durch eine regelmäßige Überwachung des Gesundheitszustands der Schwangeren können Risiken für das Kind frühzeitig erkannt und in vielen Fällen abgewendet werden. So lässt sich durch die rechtzeitige Diagnostik und Behandlung einer drohenden Frühgeburt, einer Stoffwechselentgleisung oder eines Mangelzustandes verhindern, dass beim Kind schon im Mutterleib eine Schädigung des Gehirns mit den entsprechenden Beeinträchtigungen der späteren Entwicklung auftritt.

Während der Geburt können insbesondere Hirnblutungen infolge zu starker mechanischer Belastungen beim Durchtritt des Kopfes durch den Geburtskanal sowie Sauerstoffmangel zu Hirnschädigungen führen. Eine laufende Überwachung von Wehentätigkeit und Herzfrequenz des Kindes – bei der Geburtsüberwachung inzwischen Routine – lassen Gefährdungen frühzeitig erkennen. Dadurch können therapeutische Maßnahmen ergriffen werden, bevor irreversible Hirnschädigungen eingetreten sind.

Entscheidend für den Erfolg sekundärer Präventionsmaßnahmen ist eine Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Hierzu wurden 1971 die Kinder Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen) deutschlandweit etabliert und in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen. Vorsorgeuntersuchungen des Kindes beginnen gleich nach der Geburt (U1) und werden bis zum mittleren Schulalter (J1 im 14. Lebensjahr) in regelmäßigen Abständen wiederholt. Ziel der ersten U-Untersuchungen ist es, Gefährdungen des Kindes zu erkennen und durch deren Beseitigung Schädigungen zu vermeiden bzw. zu minimieren. Die späteren U-Untersuchungen dienen insbesondere der Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten und damit der Sekundärprävention. Bei den letzten Vorsorgeuntersuchungen stehen nicht organische Erkrankungen, sondern funktionelle, emotionale und Verhaltensauffälligkeiten im Mittelpunkt des Screenings. Wie die Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen und welche Konsequenzen aus auffälligen Befunden abzuleiten sind, wird durch Richtlinien des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung festgelegt (Allhoff et al.,

1991). Doch obwohl die U-Untersuchungen eine Beurteilung von zahlreichen Entwicklungsbereichen in regelmäßigen Abständen vorsieht, wird das Ziel der Früherkennung häufig nicht erreicht. Bei der Vorbeugung von Entwicklungsstörungen hinkt die Praxis den vorhandenen Möglichkeiten deutlich hinterher.

1.4 Anforderungen an Präventionsprogramme

Für die Prävention von Entwicklungsstörungen stehen inzwischen zahlreiche Programme zur Verfügung. Immer wenn im internationalen Vergleich unterdurchschnittliche Sprachleistungen und Lesekompetenzen unserer Kinder oder Aggressionen in der Schule für Schlagzeilen sorgen, werden neue Initiativen für Familien, Kindergärten oder Schulen gestartet. Die Programme sind in der Regel vom Augenschein her vernünftig und sinnvoll. Ob sie für die Kinder tatsächlich einen Nutzen bringen, wird allerdings kaum einmal überprüft. Wenn dies aber geschieht, dann sind die Ergebnisse nicht selten ernüchternd.

Präventionsmaßnahmen binden in der Regel erhebliche Ressourcen. Sie sind deshalb nur gerechtfertigt, wenn sie nachweislich wirksam und effizient sind. Nutzen und Risiko müssen in einem vernünftigen Verhältnis stehen und die angestrebten Zielgruppen müssen auch erreicht werden.

Die *Wirksamkeit* eines Präventionsprogramms sollte mit aussagefähigen Methoden nachgewiesen sein. Es muss belegt werden, dass durch die Präventionsmaßnahme die Häufigkeit der Störung, Erkrankung oder Behinderung tatsächlich gesenkt wird und die Effekte auch langfristig anhalten.

Zur Verdeutlichung der Notwendigkeit einer Effektivitätsüberprüfung seien die Antiraucherprogramme an Schulen genannt. Im europaweiten Nichtraucher-Wettbewerb „Be Smart – Don’t Start“ verpflichteten sich Schüler ganzer Klassen, ein halbes Jahr lang nicht zu rauchen. Wenn mehr als 10 % einer Klasse nicht durchhielt, dann schied die Klasse aus dem Wettbewerb aus. 50 % der Klassen bestanden die Anforderungen, doch konnte ein halbes Jahr später gegenüber Vergleichsklassen kaum noch eine Reduktion im Nikotinkonsum nachgewiesen werden (Hanewinkel et al., 2002, 2006). Auch bei der Überprüfung anderer Programme zeigte sich, dass die Effekte von Antiraucher-Kampagnen in der Regel nur Monate, allenfalls wenige Jahre anhalten und sich dann die Konsummuster wieder angleichen.

Den Beleg für die Wirksamkeit eines Präventionsprogramms zu erbringen ist allerdings schwierig. Die Bewertungsparameter müssen aussagefähig sein und alle wesentlichen Einflussfaktoren sind zu berücksichtigen.

Wie leicht eine Nichtbeachtung von Einflussfaktoren zu einer Fehleinschätzung führt, geht aus einer Studie zur Überprüfung der Effektivität der Beratung junger Eltern hervor. Eltern wurden, bis ihr erstes Kind 18 Monate alt war, in insgesamt sechs Gruppenseminaren über Gesundheitsfragen informiert. Themen waren u. a. Stillen/Ernährung, Allergie, Impfung, Karies und Rauchen in der Familie. Der Entwicklungsstand der Kinder wurde im Alter von zwei Jahren überprüft. Die Kinder der Interventionsgruppe (n=167) waren zu diesem Zeitpunkt den Kontrollkindern (n=150) in mehreren Entwicklungsbereichen (Sprachver-

ständnis, Sprachproduktion, Feinmotorik, Situationsverständnis, Selbsthilfe) eindeutig überlegen. Die signifikanten Gruppenunterschiede waren auch noch nach Berücksichtigung von Geschlecht, Schwangerschaftsdauer, 5-Minuten-Apgar-Wert, Familienstand sowie von Alter, Bildung und Nationalität der Eltern nachweisbar. Wenn aber wesentliche Erziehungsvariablen in die Betrachtung mit einbezogen wurden, dann glichen sich die Unterschiede aus (Bergmann et al., 2005). Der Entwicklungsvorsprung der Kinder der Interventionsgruppe ist also weniger auf den Erfolg der Elternberatung, sondern eher auf ein unterschiedliches Erziehungsverhalten in den Gruppen zurückzuführen.

Trügerisch sind gelegentlich auch die Daten, die als Beleg für die Effektivität eines Interventionsprogramms vorgelegt werden. So wurde z. B. über einen erheblichen Rückgang der Zahl der HIV-Infizierten in Uganda von 1994 bis 2003 berichtet und dies als Erfolg einer Aufklärungskampagne gewertet. Eine genauere Betrachtung der Daten ergab jedoch, dass der Rückgang Ausdruck der hohen Sterblichkeit an HIV war. Zum Ende des Beobachtungszeitraums gab es mehr Tote als Neuinfizierte, so dass die Gesamtzahl der HIV-Infizierten sank.

Effizienz ist ein weiteres Kriterium, das Präventionsprogramme erfüllen sollten. Immer ist zu fragen, ob sich vergleichbare Effekte nicht mit anderen Programmen billiger oder schneller erreichen lassen und ob der Nutzen pro eingesetztem Euro für die Bevölkerung an anderer Stelle nicht höher wäre. Das Drogenpräventionsprogramm „DARE“ (Drug Abuse Resistance Education) der USA z. B. verschlang mehrere Milliarden Dollar. Zeitweise wurden drei Viertel aller Schüler erreicht. Bei einer Evaluation fand sich dann aber allenfalls eine geringfügige Verminderung des Drogenkonsums, so dass die Effizienz dieses Programms als völlig unzureichend eingeschätzt wurde.

Vor der Einführung eines Präventionsprogramms ist immer auch eine *Risikoabwägung* erforderlich. Auch bei sinnvollen und notwendigen Präventionsbemühungen ist nicht auszuschließen, dass negative Wirkungen auftreten. So können Programme, die sich spezifisch an Problemgruppen wenden, unbeabsichtigt zu Stigmatisierung und Ausgrenzung der Zielgruppe führen. Auch eine Verstärkung des Problemverhaltens, das zu vermindern das eigentliche Ziel war, ist nicht auszuschließen. So zeigte eine Analyse der Ergebnisse von 56 in Schulen gestarteten Initiativen gegen Alkohol, dass in 4 Fällen eine Erhöhung des Alkoholkonsums eingetreten war. Bei 20 Studien wurden keine und bei 32 positive Effekte gefunden, die jedoch nur für acht Programme über einen Zeitraum von mindestens drei Jahren verfolgt wurden. Eine längerfristige Wirkung konnte nur in einer einzigen Studie festgestellt werden (Foxcroft, 2006). Das Nutzen-Risiko-Verhältnis dieser Kampagnen ist somit trotz der unbestrittenen Notwendigkeit einer Prävention der Alkoholabhängigkeit eher als negativ einzuschätzen.

Präventionsprogramme richten sich häufig an breite Bevölkerungsschichten. Einen Nutzen haben nur die von der Störung Betroffenen, deren Zahl bei selteneren Auffälligkeiten niedrig ist. Schon geringe Risiken und Nebenwirkungen, die im Rahmen einer Therapie ohne Weiteres in Kauf genommen werden, können den Sinn eines Präventionsprogramms infrage stellen. Berücksichtigt werden muss auch, dass Nebenwirkungen (z. B. Impfschäden) primär Gesunde treffen können. Großer Nutzen für die Allgemeinheit kann also einem minimalen Nut-