



Verhältnisorientierte Suchtprävention

Jens Kalke und Sven Buth

Verhältnispräventive Maßnahmen gewinnen in der Suchtprävention zunehmend an Bedeutung. Trotz des Wissens um die vergleichsweise hohe Effektivität von Verhältnisprävention werden viele Maßnahmen jedoch nur halbherzig umgesetzt oder kontrolliert. Vieles spricht dafür, dass verhältnispräventive Ansätze dann wirken, wenn alle relevanten Personen und Akteure in Familie, Schule und Peer-Group einbezogen werden.

1. Verhältnisprävention im Unterschied zur Verhaltensprävention

Unter dem Begriff Prävention werden Maßnahmen gefasst, die der Vorbeugung oder Verhinderung von Krankheiten, Unfällen oder gesellschaftlich unerwünschtem Verhalten dienen.

Maßnahmen, die auf eine Veränderung im Verhalten von Individuen oder Gruppen abzielen, werden in der neueren sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Literatur verstärkt unter dem Begriff „Verhaltensprävention“ subsumiert. Werden zur Erreichung der Präventionsziele hingegen Strukturen in der Lebenswelt der Bevölkerung verändert, so spricht man von „Verhältnisprävention“. Zu diesem letztgenannten Präventionsbereich sollen in diesem Beitrag einige grundlegende Ausführungen – vor allem in Bezug auf die Vorbeugung von Suchterkrankungen – formuliert werden.

Unter Verhältnisprävention ist Prävention durch Veränderung sozial-ökologischer Einflussfaktoren auf die Erkrankungswahrscheinlichkeit zu verstehen, die zumeist außerhalb der individuellen Handlungsmöglichkeiten liegen (Bauer 2005). Verhältnisprävention steht also für „eine Strategie, die auf die Kontrolle, Reduzierung und Beseitigung von Gesundheitsrisiken in den Umwelt- und Lebensbedingungen setzt“ (Bauch 2002). Früher wurden verhältnisbezogene Maßnahmen inhaltlich unter anderen Begrifflichkeiten gefasst, z. B. war von struktureller oder umweltorientierter Prävention die Rede. Für den sprachlichen Entstehungskontext des inzwischen in der Gesundheitsförderung und Prävention so gebräuchlichen Begriffs „Verhältnisprävention“ konnten keine Hinweise gefunden werden.

Mitte des 19. Jahrhunderts entstanden die ersten Ansätze verhältnisbezogener Prävention um die Ausbreitung von Infektions- und Armutskrankheiten innerhalb der Arbeiterschaft zu bekämpfen. Ergebnisse sind die Arbeiterschutzgesetzgebung sowie die sozialhygienische Forschung (Bauer 2005).

Als Meilenstein für die Herausbildung des heutigen Verständnisses von Verhältnisprävention kann die Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung von 1986 angesehen werden. In dieser Erklärung wurde das Profil der Gesundheitsförderung in Abgrenzung und Ergänzung von der bis dato geltenden verhaltensorientierten Ausrichtung (Gesundheitserziehung) neu definiert: Die Herstellung von gesunden Verhältnissen, d. h. die entsprechende Gestaltung des natürlichen und sozialen Umfelds, wurde als wesentlicher Faktor für die Gesundheitsförderung bestimmt. Dies war gleichzeitig die „Geburtsstunde“ des Setting-Ansatzes, der auf die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten abzielt. Ihm liegt die Annahme zu Grunde, dass in einem Setting – d. h. einem sozialen Kontext, wie z. B. der Schule – strukturelle und persönliche Faktoren interagieren und so die Gesundheit beeinflussen. Das präventive Einwirken auf dieses Setting (bzw. Lebenswelt) kann dabei sowohl verhältnis- als auch verhaltenspräventive Komponenten umfassen. Ein solches Präventionsverständnis ist heutzutage auch in der Suchtprävention weit verbreitet.

In der Fachliteratur wird zwischen direkter und indirekter Verhältnisprävention unterschieden: Bei der direkten Verhältnisprävention werden unmittelbar materielle oder soziale Strukturen verändert (z. B. Gesetze, die den Verkauf von Alkohol begrenzen). Indirekte verhältnispräventive Maßnahmen zielen hingegen auf Verhaltensumstellungen von Bezugspersonen wie z. B. Eltern,

Lehrer oder Gleichaltrige, die dann eine Veränderung im Verhalten der eigentlichen Zielgruppe bewirken sollen (Bauch 2008). Bei Peer-Education-Ansätzen ist eine solche Konstellation anzutreffen.

2. Bereiche der Verhältnisprävention

Wie schon erwähnt, kann historisch der Arbeitsschutz als einer der ersten Gebiete verhältnispräventiver Anstrengungen betrachtet werden. Inzwischen gibt es viele Bereiche, in denen verhältnispräventive Maßnahmen im Rahmen einer Gesamtstrategie umgesetzt werden.

Um deren Bandbreite anzudeuten, werden im Folgenden einige Maßnahmen beispielhaft aufgelistet:

- ▶ Ernährung, Adipositas: Angebot eines gesunden Essens in Kantinen und Mensen, Angaben zu Inhaltsstoffen und Energiegehalt bei Lebensmitteln.
- ▶ Naherholung und ökologische Verkehrsförderung: Ausbau von Parks und Radwegen.
- ▶ Bewegung, Rückenschmerzen: Ergonomische und verstellbare Produkte (Stühle, Betten, Arbeitsflächen).
- ▶ Arbeitsschutz: ergonomische Gestaltung der Arbeitsumgebung, sichere Maschinen, Kurzpausensysteme.
- ▶ HIV/AIDS: Kondomautomaten, Einwegspritzen.
- ▶ Jugendschutz: Einschränkung der Anwesenheit an jugendgefährdenden Orten wie Nachtlokalen und Spielhallen; verbindliche Altersfreigaben bei Kino und Filmveranstaltungen.

Das folgende Kapitel beinhaltet eine ausführliche Darstellung von Maßnahmen verhältnisorientierter Suchtprävention. Auch hier wird das vielfältige Instrumentarium der Verhältnisprävention deutlich: von strikten Altersbegrenzungen über die Erhöhung von Verbrauchssteuern bis hin zur Veränderung der Angebotsstruktur.

3. Maßnahmen und wissenschaftlicher Kenntnisstand

Verhältnispräventive Maßnahmen haben sich in vielen, meist internationalen Studien als wirksame Methoden erwiesen, um den Gebrauch psychoaktiver Substanzen in der Bevölkerung zu begrenzen oder bestimmte Zielgruppen davon gänzlich abzuhalten (z. B. Jugendliche). Im Folgenden sollen die wesentlichen Bereiche der Verhältnisprävention für die Substanzen Alkohol und Tabak sowie dem Glücksspiel dargestellt

und hinsichtlich ihrer Durchsetzung und Wirksamkeit in der Bundesrepublik beurteilt werden.

Mindestalter für Kauf und Konsum

Da der Missbrauch psychoaktiver Substanzen im Kindes- und Jugendalter Beeinträchtigungen der gesundheitlichen und sozialen Entwicklung zur Folge haben kann, ist es ein besonderes Anliegen der Suchtprävention zu gewährleisten, dass Minderjährige keinen Zugang zu diesen Produkten haben bzw. der Zugang zumindest erschwert wird. Der Gesetzgeber hat daher für den Verkauf von Alkohol- und Tabakprodukten sowie für die Teilnahme am Glücksspiel Altersgrenzen festgeschrieben. Für alkoholische Getränke betragen diese 16 Jahre bzw. 18 Jahre für Spirituosen oder spirituosenhaltige Getränke. Für den Erwerb von Zigaretten beträgt seit dem Jahr 2007 das Mindestalter 18 Jahre. Auch von der Teilnahme an jeglicher Form des Glücksspiels sind Minderjährige seit dem Jahr 2004 ausgeschlossen.

In wissenschaftlichen Studien konnte gezeigt werden, dass eine solche verhältnispräventive Maßnahme, wenn sie denn konsequent durchgesetzt wird, eine vergleichsweise hohe Effektivität aufweist (Barbor et al. 2005). In Deutschland wird die Einhaltung dieser Form des Jugendschutzes jedoch nur unzureichend kontrolliert und sanktioniert. So hat eine Reihe von Testkäufen gezeigt, dass es Minderjährigen in der Regel wenige Probleme bereitet, die entsprechenden Substanzen zu kaufen bzw. am Glücksspielbetrieb teilzunehmen.

Verfügbarkeit der Produkte

Auch Maßnahmen zur Steuerung (Verminderung) der Verfügbarkeit von Alkohol-, Tabak- oder Glücksspielprodukten erwiesen sich in wissenschaftlichen Untersuchungen als effektiv (Barbor et al. 2005; Hanewinkel 2008). Trotz dieser Erkenntnis gibt es in der Bundesrepublik Deutschland nur vergleichsweise geringe Beschränkungen hinsichtlich ihres Erwerbs. So können alkoholische Getränke nach Ladenschluss meist ohne Probleme in Tankstellen oder Kiosken erworben werden. Gleiches gilt für Tabakwaren. Hinzu kommen für diese letztgenannte Substanz noch die ca. 500.000 Zigarettenautomaten, die eine flächendeckende Versorgung der Raucher mit Zigaretten gewährleisten. Die Notwendigkeit des Einsatzes einer Geldkarte, die der Jugendschutz seit 2007 durchgesetzt hat, schränkt zwar den Zugang für Kinder und Jugendliche ein. Gleichwohl stellt diese „Überversorgung“ mit Zigaretten einen

bedeutenden Risikofaktor hinsichtlich der Ausbildung bzw. Beibehaltung einer Nikotinabhängigkeit dar. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Glücksspielen. Neben den vielen Lottoannahmestellen mit ihren Angeboten des Deutschen Lotto- und Totoblocks sind es vor allem die Spielautomaten in Gaststätten und Spielhallen, welche oftmals eine Spielteilnahme ohne zeitliche Unterbrechung möglich machen.

Eine Form der Regulierung der Verfügbarkeit alkoholischer Getränke besteht darin, die Öffnungszeiten gastronomischer Betriebe einzuschränken. In vielen Bundesländern beschränkt sich die Sperrzeit jedoch lediglich „ (...) auf die so genannte Putz- bzw. Kehrstunde zwischen 5 und 6 Uhr“ (Kraus et al. 2008). Als weitere verhältnispräventive Maßnahme im Alkoholbereich kann die „Garantenpflicht“ der Gastwirte angesehen werden, welche es diesen untersagt, Alkohol an Betrunkene auszugeben. Auch der so genannte „Apfelsaftparagraph“, der die Inhaber von Gaststätten und Restaurants dazu verpflichtet, mindestens ein nicht-alkoholisches Getränk vorzuhalten, welches nicht teurer als das billigste alkoholhaltige Produkt ist, fällt in den Bereich der Verhältnisprävention. Hinsichtlich der Effektivität dieser Maßnahmen gibt es jedoch bisher keine gesicherten Erkenntnisse (Kraus et al. 2008). Im Bereich des Glücksspiels ist es mit dem im Glücksspielstaatsvertrag festgelegten Verbot des Abhaltens von Glücksspielen im Internet zu einer vergleichsweise rigiden Beschränkung des Angebots gekommen. Aktuell findet dessen Umsetzung jedoch nur in bestimmten Bereichen des Glücksspielmarktes statt, da Sportwetten sowie Poker- und auch andere Casinospiele aufgrund der komplizierten Rechtslage und technischer Probleme, Anbieter aus dem Ausland zu sperren, weiterhin im Internet vorzufinden sind.

Regulierung durch den Verkaufspreis

Der Preis eines Produktes hat in der Regel unmittelbaren Einfluss auf dessen Absatz. Der Gesetzgeber verfügt durch die Möglichkeit der Festlegung der Höhe von Verbrauchssteuern über ein wirksames Instrument der Konsumregulierung. Dies gilt auch für Tabak und Alkohol. Während insbesondere in den skandinavischen Ländern eine hohe Tabak- und Alkoholsteuer als ein probates Mittel zur Vorbeugung von Suchterkrankungen angesehen wird, folgt die diesbezügliche Steuerpolitik in Deutschland oft eher finanziellen Interessen des Staates. So sollte die in den Jahren 2002 - 2005 durchgeführte Anhebung der Tabaksteuer zuvorderst helfen, andere Ausgaben des Staates (z. B.

Terrorbekämpfung) zu refinanzieren. Gleichwohl führte diese Maßnahme zu einer deutlichen Abnahme der Zahl der verkauften Zigaretten (Plamper et al. 2006) als auch des Konsums in der Bevölkerung (Hanewinkel & Isensee 2007). Hingegen folgte die Einführung der seit Juli 2004 geltenden Alkopopssteuer ausnahmslos suchtpreventiven Überlegungen. Ausgangspunkt dieser Maßnahme war die starke Zunahme des Konsums spirituosenhaltiger Mixgetränke bei Jugendlichen, welcher durch die steuerbedingte Verteuerung dieser Getränke reduziert werden sollte. Tatsächlich ist der Absatz dieser Produkte daraufhin stark zurückgegangen. Auf der anderen Seite stieg jedoch der Konsum von Bier- und Weinmischgetränken an.

Beschränkung der Konsummöglichkeiten

Eine weitere Möglichkeit durch verhältnispräventive Maßnahmen Einfluss auf den Konsum von Alkohol und Tabak zu nehmen, stellt die Limitierung von Möglichkeiten des Gebrauchs dieser Substanzen dar. So ist in Deutschland insbesondere aus Gründen des Arbeitsschutzes aber auch der Suchtvorbeugung der Konsum alkoholischer Getränke während der Arbeitszeit und des Unterrichts in Bildungsinstitutionen in der Regel verboten. In Bezug auf das Rauchen waren die Reglementierungen bis vor kurzem weit weniger streng. Mit dem Wissen der Gefährdung von Personen, die dem Passivrauchen ausgesetzt sind, hat es jedoch in den letzten Jahren massive Anstrengungen gegeben, Nichtraucher besser zu schützen. So wurde in öffentlichen Verkehrsmitteln und den Zügen der Deutschen Bahn ein Rauchverbot erlassen. Auch in den behördlichen Einrichtungen des Bundes, der Länder und Kommunen war das Rauchen nicht mehr oder nur noch örtlich begrenzt (Raucherinseln) gestattet. Diese Form des Nichtraucherschutzes hat sich mittlerweile in nahezu allen Bereichen der Arbeitswelt durchgesetzt. Auch ein Rauchverbot an Schulen, welches sowohl die Schüler als auch die Lehrer betrifft, ist mit Beginn des Jahres 2008 in allen Bundesländern umgesetzt worden. Eine Ausnahme in Bezug auf den Schutz vor dem Passivrauchen stellte bis zum Jahr 2007 das Gastronomie- und Veranstaltungsgewerbe dar. Rauchfreie Zonen waren in Restaurants, Kneipen oder bei vielen Konzertveranstaltungen bis dahin nur selten zu finden. Da entsprechende Initiativen des Bundes aufgrund der fehlenden Zuständigkeit scheiterten, haben die einzelnen Bundesländer jeweils selbst ein Rauchverbot erlassen. Seitdem dürfen Tabakprodukte in Gaststätten und Restaurants nur noch in eigens dafür vorgesehenen Raucherräumen konsumiert

werden. Auch wenn es in einigen Bundesländern eine Tendenz zur Aufweichung dieser Regelungen gibt (z. B. Aufhebung des Rauchverbotes in Einraumkneipen), so stellt diese Maßnahme eine der bedeutsamsten Regelungen zum Nichtraucherschutz in Deutschland dar. In der Bevölkerung erfährt diese Entwicklung breite Zustimmung. So gaben im Herbst 2007 im Rahmen einer Repräsentativerhebung nahezu drei Viertel der befragten Personen aus dem Bundesland Hessen an, dass sie mit der Einführung des kurz vor der Befragung eingeführten Rauchverbotes einverstanden sind (HLS 2008).

Auch für den Glücksspielbereich gibt es eine Reihe von Maßnahmen, mit denen versucht wird, die Teilnahme am Glücksspiel zu begrenzen. So werden beispielsweise im Rahmen der so genannten Spielersperre Personen vom Spielbetrieb ausgeschlossen, wenn diese sich aufgrund von Spielproblemen haben selbst sperren lassen bzw. seitens der Anbieter wegen ihres auffälligen Spielverhaltens gesperrt wurden. Um eine solche Sperrung gewährleisten zu können, müssen sich spätestens seit dem Jahr 2008 alle Spieler von Glücksspielen mit erhöhtem Gefährdungspotential – hierzu gehören Rubbellose und Sportwetten ebenso wie das Automatenspiel im Kasino und die klassischen Kasinospiele – vor dem erstmaligem Spielbeginn namentlich registrieren lassen. Das Glücksspiel mit dem höchsten Gefährdungspotential – die Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten – ist von dieser Regelung jedoch ausgenommen, da hier nicht der Glücksspielstaatsvertrag, sondern die Spielverordnung (Gewerberecht auf der Bundesebene) zur Anwendung kommt. In dieser ist zwar die Möglichkeit der Spielersperrung nicht vorgeschrieben, jedoch finden sich dort einige andere verhältnispräventive Maßnahmen. Hierzu gehören Vorgaben zur maximalen Anzahl von Automaten pro Spielbereich (Konzession), zum Sichtschutz zwischen zwei benachbarten Automaten um das parallele Spiel zu unterbinden, zum maximal möglichen Geldeinsatz pro Spiel oder zur maximalen Dauer des Spielens an einem Automaten, bevor eine kurze Spielpause eingelegt werden muss (Schütze et al. 2008). Erfahrungsberichte zeigen jedoch, dass diese Maßnahmen nicht von allen Spielhallenbetreibern konsequent umgesetzt werden, so dass die (suchtpräventive) Effektivität der Spielverordnung fraglich ist.



Werbebeschränkungen

Seit Anfang 2007 ist die Werbung für Tabakprodukte in Deutschland nur noch im Kino, auf Plakaten, Gegenständen (z. B. Feuerzeugen) sowie Printmedien, die nicht in anderen Ländern der EU erhältlich sind, erlaubt. Hintergrund dieser rigiden Vorschrift ist die Anpassung der deutschen Gesetzgebung an die Tabakwerberichtlinie der EU. Für den Alkoholbereich bestehen solche strengen Auflagen nicht. Hier ist die Alkohol- und Werbeindustrie bisher lediglich eine freiwillige Selbstverpflichtung eingegangen, nicht gezielt Kinder und Jugendliche anzusprechen oder zu bewerben. Insbesondere seitens der Suchtbeauftragten gibt es jedoch Bestrebungen, ein Werbeverbot für alkoholische Getränke im Fernsehen vor 20.00 Uhr gesetzlich festzuschreiben. Für den Glücksspielbereich ist in dem Glücksspielstaatsvertrag hingegen vergleichsweise detailliert vorgegeben worden, in welcher Form Werbung zulässig ist. Hier heißt es beispielsweise, dass Werbung für Glücksspiele im Fernsehen und im Internet grundsätzlich verboten ist. Jegliche andere Werbemaßnahmen müssen sich darauf beschränken, über das Spiel (inhaltlich) zu informieren, ohne jedoch explizit zur Teilnahme aufzufordern.

4. Verhältnis- und Verhaltensprävention

In der Fachöffentlichkeit wird häufig eine Kombination aus Verhältnis- und Verhaltensprävention als eine Erfolg versprechende Strategie der Suchtprävention angesehen. Auch der Setting-Ansatz zeichnet sich gerade dadurch aus, dass in ihm diese beiden Elemente miteinander verbunden werden können. Jedoch liegen über den Erfolg einer solchen präventiven Strategie bislang nur wenige empirische Befunde vor – im Gegensatz zu dem vergleichsweise guten Kenntnisstand über die Wirkungen einzelner verhältnispräventiver Maßnahmen (siehe oben). Zwar wird auch in einer anerkannten Literatur-Expertise (Bühler & Kröger 2006) zur Prävention des Substanzmissbrauchs für ein kombiniertes Vorgehen von Verhaltens- und Verhältnisprävention plädiert, dies wird jedoch vor allem theoretisch mit Plausibilitätsannahmen begründet. Auf die Ergebnisse einer hinreichenden Anzahl von empirischen Einzelstudien stützt sich diese fachliche

Einschätzung nicht. (Zur weiteren Diskussion zum Verhältnis von Verhaltens- und Verhältnisprävention siehe den Beitrag von Anneke Bühler in dieser Ausgabe, Anm. der Redaktion.)

In einer der wenigen Studien aus dem deutschsprachigen Raum, in denen das Zusammenwirken von verhältnis- und verhaltenspräventiven Elementen – in diesem Falle das Rauchverbot an Schulen und eine Verzichtübung („Initiierte Abstinenz“) – untersucht worden ist, zeigen sich entsprechend der Plausibilitätsannahmen tatsächlich die größten Effekte bei dieser Kombination von Maßnahmen (Raschke et al. 2008). Hier sinkt der Zigarettenkonsum der rauchenden Schüler. Das Rauchverbot allein hat schwächere positive Effekte.

In einer weiteren Studie, in der ein gemeindeorientiertes Projekt zur Tabakprävention untersucht worden ist, ergeben sich ebenfalls leicht positive Effekte zugunsten der Experimentalgruppe (Hollederer 2001). Das Projekt bestand aus einem verhaltensorientierten Unterrichtsprogramm für Schüler und verhältnisbezogenen Aktivitäten der Gemeinde (u. a. Theater- und Malabende und Presseaktivitäten).

Insgesamt existiert jedoch – wie schon erwähnt – ein enormer Forschungsbedarf hinsichtlich des Zusammenwirkens von Verhältnis- und Verhaltensprävention. Hierbei wäre dann auch zu untersuchen, wie das genaue Gewichtungsverhältnis zwischen beiden präventiven Ansätzen aussehen sollte.

5. Ausblick

Verhältnispräventive Maßnahmen haben in den letzten beiden Jahrzehnten in der Gesundheitsförderung im Allgemeinen als auch in der Suchtprävention im Besonderen eine zunehmende Bedeutung erfahren. Der relativ gute Kenntnisstand hinsichtlich ihrer Wirkungen hat dazu sicher nicht unwesentlich beigetragen. Trotz des Wissens um die (vergleichsweise hohe) Effektivität von Verhältnisprävention werden viele Maßnahmen jedoch nur halbherzig umgesetzt oder kontrolliert. Die Frage nach der Qualitätssicherung, die in den letzten Jahren schon in anderen Bereichen der Prävention aufgeworfen wurde, stellt sich somit in besonderer Weise auch hier. Ein besonderes Augenmerk sollte ferner auf die Erforschung von suchtpreventiven Gesamtstrategien gelegt werden. Solange hier nicht empirisch abgesicherte Befunde vorliegen, sollten verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze nicht gegeneinander ausgespielt werden. Abschließend plädieren wir dafür, möglichst frühzeitig alle relevanten Personen

und Akteure in die Einführung verhältnispräventiver Maßnahmen einzubeziehen (z. B. bei der Implementierung von Rauchverböten), um ihre Akzeptanz weiter zu erhöhen. In diesem Sinne können Information und die Unterstützung von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen in Schule, Familie und Peer-Group als notwendige Voraussetzungen angesehen werden, um ein positives Klima für eine verhältnispräventive Suchtprävention zu schaffen.

Literatur

BAUCH, J. (2008): Verhaltensprävention als Verhältnisprävention, in: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung Heft 1/2008, 31 Jg., S. 7-9.

BAUCH, J. (2002): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung, in: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung Heft 3/2002, 25 Jg., S. 67-70.

BAUER, U. (2005): Das Präventionsdilemma: Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. VS Verlag: Wiesbaden.

BÜHLER, A. & KRÖGER, C. (2006): Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung (Band 29). BZgA: Köln.

HANEWINKEL, R. (2008): Tabakpolitik, in: Suchttherapie 9, S. 93-102.

HANEWINKEL, R. & ISENSEE, B. (2007): Five in a row – reactions of smokers to tobacco tax increases: population-based cross-sectional studies in Germany 2001– 2006, in: Tobacco Control, 16 (1), S. 34–37.

HLS – HESSISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (2008): Große Mehrheit der hessischen Bevölkerung befürwortet das Rauchverbot in Gaststätten und Diskotheken, in: URL: http://www.hls-online.org/download/Rauchverbotstudie_2008.pdf.

HOLLEDERER A. (2001): Suchtprävention in der Schule. Entwicklung und Begleitung eines gemeindeorientierten Programms zur Beeinflussung des Zigarettenkonsums bei Kindern und Jugendlichen. Dissertation: Bielefeld.

KRAUS L., MÜLLER S. & PABST, A. (2008): Alkoholpolitik, in: Suchttherapie 9, S. 103-110.

PLAMPER, E., KLEVER, D. G. & LAUTERBACH, K. W. (2006): Auswirkungen der Tabaksteuererhöhungen in Deutschland auf den Tabakkonsum und Konsequenzen für die Gesundheitspolitik, in: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz, 49 (7), S. 660–664.

RASCHKE, P., KALKE, J. & BUTH, S. (2008): Evaluation des Rauchverbots an Schulen. Eine vergleichende Untersuchung von verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen, in: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, Heft 1/2008, 31. Jg., S. 14-17.

SCHÜTZE C., HILLER P. & KALKE J. (2008). Glücksspielpolitik, in: Suchttherapie 9, S. 119-129.