Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 33 (2007)
Heft: 4

Artikel: Begriffe, Konzepte und Menschenbilder in der Suchtprävention
Autor: Uhl, Alfred
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-800850

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 05.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Begriffe, Konzepte und Menschenbilder in der Suchtprävention

Hinter Präventionsmassnahmen stehen Menschenbilder. Je nach zugrunde liegendem Menschenbild kann man unterscheiden in einen demokratisch-emanzipatorischen und in einen paternalistisch-kontrollierenden Präventionsansatz.

ALFRED UHL*

Wer den Ausdruck «Prävention» im Alltag oder im wissenschaftlichen Kontext verwendet, tut das in der Regel in einer Art und Weise, die suggeriert, dass völlig klar sei, was damit gemeint ist. Eigentlich bedeutet Prävention nur, dass irgendetwas mit irgendwelchen Methoden verhindert wird – und das lässt so gut wie alles offen. Denkbar wäre, dass sich im Sprachgebrauch eine ganz bestimmte konkrete Bedeutung durchgesetzt hat, aber auch dem ist nicht so. «Prävention» wird nach wie vor mit einer Fülle unterschiedlicher Bedeutungen assoziiert.

Was bedeutet «Prävention»?

Wenn man sich am populären Vier-Säulen-Modell der Suchtpolitik orientiert, so kann man die Bereiche Repression, Therapie, Schadensbegrenzung und Prävention unterscheiden. Dabei wird Prävention eindeutig gegen die anderen drei Bereiche abgegrenzt: Prävention im Sinne des Vier-Säulen Modells ist eine nicht repressive Intervention an Personen, bei denen es (noch) keiner therapeutischen Intervention bedarf.

Sprachliche Verwirrung entsteht allerdings, wenn man feststellt, dass «Repression» traditionellerweise in «Generalprävention»[1] und «Spezial- bzw. Individualprävention»[2] unterteilt wird, und dass sowohl «Therapie» als auch «Schadensbegrenzung» häufig als «Tertiärprävention»[3] bezeichnet werden, womit sowohl «Repression» als auch «Therapie» und «Schadensbegrenzung»[4] mit dem Begriff «Prävention» assoziiert werden. (Abb.1)

Offensichtlich werden zwei ganz unterschiedliche Präventionsbegriffe angesprochen, nämlich

- **Prävention im weiteren Sinn** als Überbegriff für jegliches suchtpolitisches Handeln und
- **Prävention im engeren Sinn** als Sammelbegriff für *«nicht repressive Interventionen an Personen, bei denen (noch) keine therapeutische Intervention nötig ist»*.

Klärend ist festzuhalten, dass im allgemeinen Fachjargon der Suchtexperten/innen mit «Prävention» durchwegs «Prävention im engeren Sinn» gemeint ist – und so werde ich diesen Begriff in den folgenden Ausführungen auch gebrauchen, was neben therapeutischen und schadensbegrenzenden Interventionen auch repressive Massnahmen ausschliesst. Damit bewege ich mich per definitionem in einem Feld, in dem es nicht primär um Zwang gehen kann.

Weitere Klassifikationen von Prävention und Präventionsmassnahmen

Verhindern kann man grundsätzlich Krankheiten (wie Herzkrankheiten oder Sucht) oder Probleme, die üblicherweise nicht als Krankheiten gesehen werden (wie Kriminalität oder Drogenmissbrauch). Da es für die folgenden Überlegungen zur Definition bzw. Klassifikation von «Prävention» unerheblich ist, ob das Interventionsziel als Krankheit oder als Problem ohne Krankheitscharakter zu klassifizieren ist, werde ich, um die Dinge nicht unnötig zu komplizieren, in der Folge konsistent von «Krankheit» sprechen – wobei die Ausweitung auf «Probleme ohne Krankheitscharakter» ohne Einschränkung jederzeit möglich ist.

Problematisch in der Praxis ist, dass in gebräuchlichen Klassifikationen oft identische Ausdrücke mit unterschied-

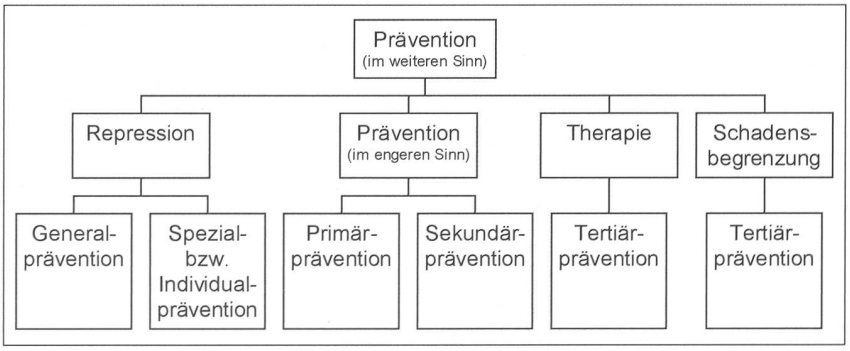
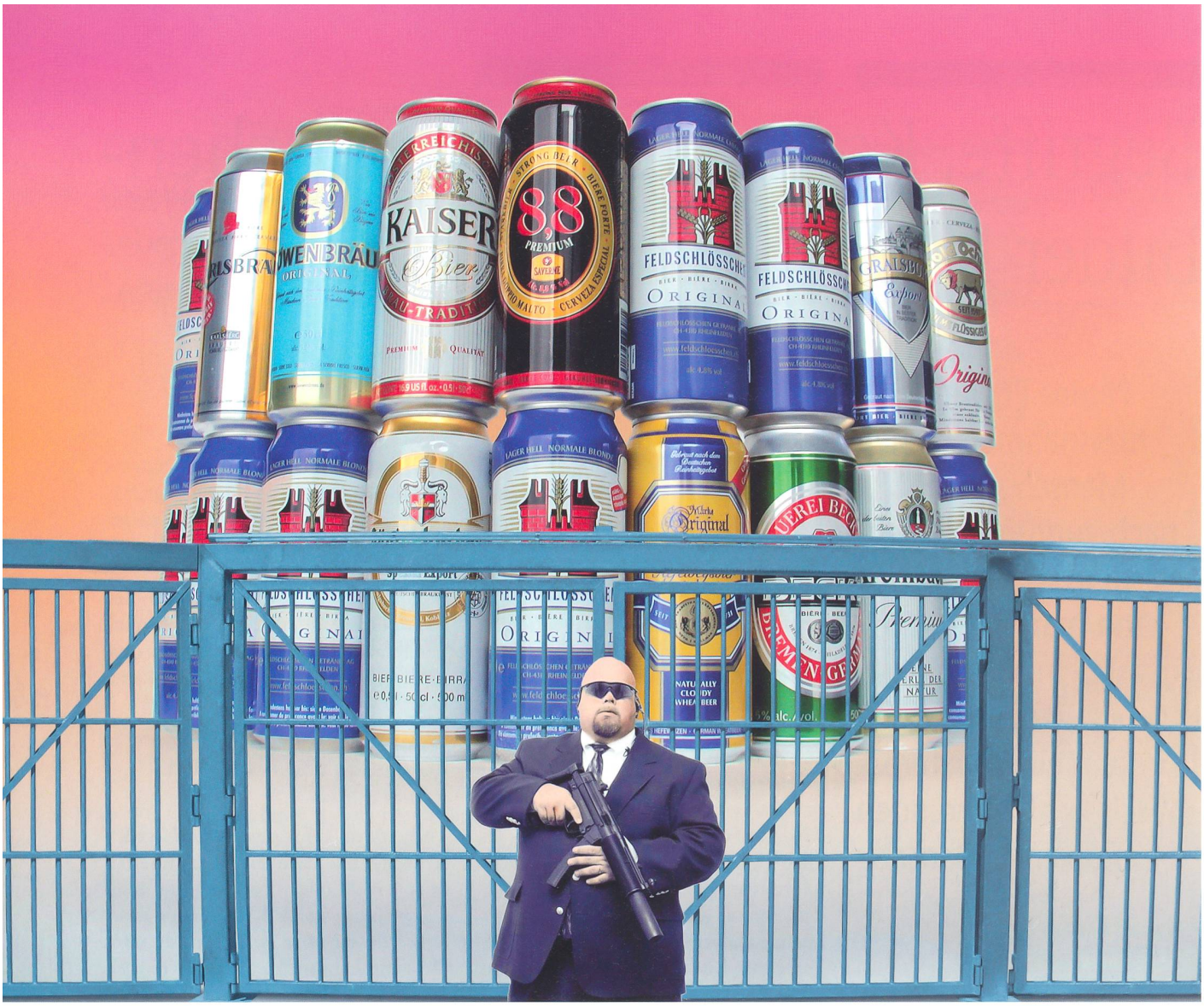


Abb. 1: Einteilung von *«Suchtprävention im umfassenden Sinn»*

* Dr. Alfred Uhl, Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) sowie AlkoholKoordinations- und InformationsStelle (AKIS) des Anton-Proksch-Institut (API), Mackgasse 7-11, Wien, A-1230 Österreich. E-Mail: alfred.uhl@api.or.at. Web: http://www.api.or.at/lbi und http://www.api.or.at/akis.
Mein besonderer Dank gilt meiner Kollegin Frau Ulrike Kobrna, die durch vielen Ideen und inhaltlichen Anregungen erheblich zu diesem Aufsatz beigetragen hat.



licher Bedeutung belegt werden, und dass diese Mehrdeutigkeit vielen nicht oder zumindest nicht voll bewusst ist. Alle Klassifikationen, die in der Folge genannt werden, fanden bereits Niederschlag in zentralen Publikationen von Arbeitskreisen im Auftrag von internationalen oder nationalen Organisationen, wie der WHO, der EBDD, der BZgA, der NIDA etc., welche die Resultate dann in ihren Schriftenreihen veröffentlichten. Es ist durchaus Usus, diese Definitionsvorschläge dann als WHO-Definition, EBDD-Definition etc. zu zitieren und so weiter zu verbreiten, obwohl übliche Disclaimer wie *«The opinions expressed herein are the views of the authors and may not necessarily reflect the official policy or position of ...»* völlig unmiss-verständlich vermitteln, dass es sich um keine autorisierte Sprachregelung der jeweiligen Organisation handelt. Aber wer liest schon das Kleingedruckte bei Verträgen oder bei wissenschaftlichen Veröffentlichungen? Da in diesem Bereich keine allgemein anerkannten wissenschaftlichen Definitionen zentraler Begriffe existieren, kommt man also nicht umhin, die Bedeutung der verwendeten Begriffe bei Gebrauch konsequent zu präzisieren, um eine babylonische Sprachverwirrung zu vermeiden. Angesichts der Fülle von unterschiedlichen Definitionen für identische Begriffe wäre die Suche nach der richtigen Bedeutung zum Scheitern verurteilt, ein Irrweg, den Popper (1934) mit Essentialismus bezeichnete.

Ein häufiger Kritikpunkt an den meisten Klassifikationssystemen lautet, dass man konkrete Einzelfälle nicht klar und eindeutig zuordnen kann. Dieses Argument geht aber am Wesen des Problems völlig vorbei. Bei vielen wichtigen Begriffssystemen handelt es sich nicht um Taxonomien – also um erschöpfende Kategoriensysteme mit einander ausschliessenden Kategorien –, sondern um Kategorien wie «warm vs. kalt», «angenehm vs. unangenehm«, «leicht vs. schwer», usw. – also Pole eines Kontinuums –, die zwar unerlässliche Werkzeuge unseres Denkens darstellen, die es aber ohne zusätzliche Festlegungen und mehr oder weniger willkürliche Grenzziehungen nicht ermöglichen, alle denkbaren Objekte eindeutig zuzuordnen.

Gebräuchliche Einteilungen von Prävention und Präventionsmassnahmen

1 Die Commission on Chronic Illness (1957) führte eine 2-stufige Klassifikation in Primär- und Sekundärprävention ein, die vor allem in der Organmedizin noch immer weit verbreitet ist[5]:

- **Primärprävention** = Massnahmen vor Krankheitsmanifestation; d.h. «allgemeine Prophylaxe» und «Prophylaxe bei Hochrisikogruppen»
- **Sekundärprävention** = Massnahmen nach Krankheitsmanifestation; d.h. «Behandlung» und «Rückfallprophylaxe»

2 Einige Zeit nach der Formulierung der 2-stufigen Klassifikation wurde diese in der Fachwelt auf eine 3-stufige ausgeweitet, die inzwischen im Bereich der geistigen Gesundheit sowie im Suchtbereich am gebräuchlichsten ist und die auch in der Organmedizin laufend an Boden gewinnt und fälschlich immer wieder mit der Commission on Chronic Illness (1957) in Zusammenhang gebracht wird. Diese 3-stufige Klassifikation unterteilt folgendermassen[6]:

- **Primärprävention** = *«allgemeine Prophylaxe an unselektierten Personengruppen»*
- **Sekundärprävention** = *«Prophylaxe bei Hochrisikogruppen»*
- **Tertiärprävention** = *«Behandlung und Rückfallprophylaxe bei manifest Erkrankten»*

Für «Sekundärprävention» wird häufig auch das Schlagwort «Frühintervention» beziehungsweise «Early Intervention» gebraucht. Die Bezeichnung «Tertiärprävention» ist hier insofern gerechtfertigt, als die Behandlung eines Erkrankten zwar nicht mehr die Krankheit selbst verhindert kann, sich aber zunächst prophylaktisch gegen eine Verschlechterung der Erkrankung und später prophylaktisch gegen einen Erkrankungsrückfall richtet.

3 Caplan (1964), der oft ebenfalls fälschlich als Vater der oben beschriebenen 3-stufigen Klassifikation bezeichnet wird, verwendete zwar die gleichen Ausdrücke, definierte diese aber inhaltlich völlig anders:

- **Primärprävention** = *«Massnahmen um die Inzidenz einer Krankheit zu verhindern»*
- **Sekundärprävention** = *«Massnahmen um die Dauer einer Krankheit zu verringern»*
- **Tertiärprävention** = *«Massnahmen um die Auswirkungen einer Krankheit zu verringern»*

4 Eine aus internationalen Suchtexperten/innen bestehende Arbeitsgruppe[7] sprach sich ebenfalls für die beschriebene 3-stufige Klassifikation aus, schlug aber vor, dem zunehmenden Stellenwert der Rückfallsprophylaxe Rechnung zu tragen, indem die letzte Kategorie in zwei Untergruppen «Tertiärprävention, Typ A» und «Tertiärprävention, Typ B» unterteilt wird.
Einige Vertretende der Arbeitsgruppe plädierten dafür statt «Tertiärprävention, Typ B» den Begriff «Quartärprävention» zu verwenden, blieben damit aber in der Minderheit.

- **Primärprävention** = *«allgemeine Prophylaxe»*
- **Sekundärprävention** = *«Prophylaxe bei Hochrisikogruppen»*
- **Tertiärprävention, Typ A** = *«Behandlung»*
- **Tertiärprävention, Typ B** (bzw. «Quartärprävention») = *«Rückfallprophylaxe»*

Die COST-A6-Klassifikation steht nicht in Widerspruch zur etablierten Klassifikation 2 sondern führt nur eine Unterteilung der letzten Kategorie ein.

5 In letzter Zeit gewinnt im Suchtbereich noch eine weitere, sich an der unter 2 beschriebenen 3-stufigen Klassifikation orientierende Einteilung an Bedeutung. Dabei wird die erste Kategorie in «Primordialprävention» und «Primärprävention» unterteilt. Der Begriff «primordiale Prävention» geht auf Strasser (1978) zurück, der dafür alternativ auch den Begriff «Protoprophylaxe» vorschlug.

- **Primordialprävention** (bzw. Protoprophylaxe) = *«Veränderungen von gesellschaftlichen Risikofaktoren, die zu einem erhöhten Krankheitsrisiko beitragen»*; d. h. Verhältnisprävention im Sinne von 7
- **Primärprävention** = *«direkt auf unselektierte Individuen fokussierende Massnahmen»*; d. h. Verhaltensprävention im Sinne von 7
- **Sekundärprävention** = *«Prophylaxe bei Hochrisikogruppen»*
- **Tertiärprävention** = *«Behandlung»*

Auch diese Klassifikation steht nicht in Widerspruch zur etablierten Klassifikation 2, sondern führt wie 4 bloss eine Unterteilung einer Kategorie ein, diesmal aber eine Unterteilung der ersten Kategorie.

6 Ein interessanter Versuch, eine ähnliche Klassifikation wie die im Suchtbereich gebräuchlichste 3-stufigen Klassifikation mit eindeutigeren Begriffen zu formulieren, geht auf Gordon (1983) zurück. Diese Klassifikation wird z. B. von NIDA (1997a) verwendet. Dabei werden unterschieden:

- **universelle Programme**, die auf die Allgemeinheit zielen ~ Primärprävention im Sinne von 2
- **selektive Programme**, die auf Risikogruppen zielen ~ Sekundärprävention im Sinne von 2
- **indizierte Programme**, die auf Personen mit manifesten Problemen zielen ~ Tertiärprävention im Sinne von 2

7 Eine ganz andere, ebenfalls weit verbreitete Klassifikation unterscheidet danach, ob die eigentlichen Zielpersonen direkt angesprochen werden, oder ob auf deren Umgebung gezielt wird:

- **umgebungsorientierte Prävention** = Verhältnisprävention = strukturelle Prävention, zielt auf Strukturen rund um die eigentliche Zielperson
- **personenorientierte Prävention** = Verhaltensprävention = kommunikative Prävention, zielt auf die eigentliche Zielperson selbst

8 Eine weitere Klassifikation orientiert sich daran, ob die Prophylaktiker persönlich mit den eigentlichen Zielpersonen arbeiten oder nicht[8]:

- **direkte Massnahmen** finden in Interaktion mit den eigentlichen Zielpersonen statt
- **indirekte Massnahmen** zielen auf Schlüsselpersonen, Mediatoren/innen und Multiplikatoren/innen[9], die dann mit den eigentlichen Zielpersonen interagieren

9 Eine ganz anders geartete populäre Einteilung unterteilt nach Angebots- vs. Nachfragereduktion:

- **Angebotsreduktion** versucht den Zugang der Zielpersonen zu Problemsubstanzen zu erschweren und zielt auf Produktion und Handel
- **Nachfragereduktion** versucht das Interesse der Zielpersonen an Problemsubstanzen zu verringern und zielt auf die effektiv bzw. potentiell Konsumierenden
- **Angebotsreduktion und Nachfragereduktion** werden oft als disjunkte Kategorien[10] verstanden – in der EU Drogenbeobachtungsstelle in Lissabon (EBDD) erfolgt sogar die Unterteilung der Aufgabenbereiche nach dieser Klassifikation. Die beiden Kategorien stehen aber durchaus nicht in grundsätzlichem Widerspruch. Die klassische ökonomische

Theorie besagt, dass Nachfrage und Angebot sich wechselseitig beeinflussen, was die Behandlung dieser beiden Konzepte als unabhängige Grössen eigentlich ausschliesst. Setzt man diese Dichotomie dem üblichen Sprachgebrauch entsprechend in Relation zum Vier-Säulen-Modell (Abb. 1), so wird Angebotsreduktion eher mit Repression und Nachfragereduktion eher mit Prävention im engeren Sinn sowie mit Therapie assoziiert.

10 Eine weitere relevante Einteilung unterteilt nach Konsumreduktion vs. Problemreduktion

- **Konsumreduktion** kann über Angebots- und/oder über Nachfragereduktion erfolgen und strebt Konsumverringerung an = «abstinenzorientierter Ansatz»
- **Problemreduktion** = *«Harmreduktion»* zielt auf eine Verringerung der mit dem Konsum zusammenhängenden Probleme = *«problemorientierter Ansatz»*

Die implizite Annahme vieler Menschen ist, dass der kompromisslose Kampf gegen den Substanzkonsum zwangsläufig auch Probleme in Zusammenhang mit diesem Phänomen minimiert. Diese Annahme entspricht aber keinesfalls der Realität und wird durch die Geschichte laufend widerlegt. Auch «Konsumreduktion» und «Schadensreduktion» stehen nicht grundsätzlich in Widerspruch zueinander. Dort wo ein sinnvolles Massnahmenpaket für weniger Konsum tatsächlich auch weniger Schaden für alle Beteiligte nach sich zieht, ist Konsumreduktion auch aus einer Problemreduktionsperspektive zweckmässig, und die Unterscheidung ist in diesem Fall ohne praktische Relevanz. Von zentraler Bedeutung wird die Unterscheidung in Konsumreduktion vs. Problemreduktion dort, wo das rigide Beharren auf Konsumreduktion, quasi als Selbstzweck, eine Problemzunahme für alle Beteiligten provoziert. Ein besonders skurriles Beispiel für «Abstinenzorientierung» als Selbstzweck war die in Österreich lange Zeit gehandhabte Praxis, sterbenden Krebspatienten/innen Opiate zur Schmerzlinderung zu verweigern. Man war der Meinung, dass man es nicht riskieren könne, die Kranken – in den letzten Tagen ihres Lebens – süchtig zu machen. Diese Verweigerung der Opiatverabreichung hatte keine wie auch immer gearteten Vorteile, die Verabreichung einer schmerzlindernden Dosis, dem Bedarf und Bedürfnissen dieser Menschen angepasst, hätte deren Leid jedoch beträchtlich reduzieren können. In der Schmerztherapie wurde inzwischen glücklicherweise die weitgehende Umkehr von der «Abstinenzorientierung» in Richtung «Problemorientierung» vollzogen.

11 Synthese aus **9** und **10**:
Da Konsumreduktion mittels Angebots- und/oder Nachfragereduktion erfolgen kann und Problemreduktion eine weitere Dimension darstellt, ist es möglich und sinnvoll, die Klassifikationen **9** und **10** zu einer dreistufigen Klassifikation zu verbinden[11]:

- **Angebotsreduktion** (Konsumreduktion)
- **Nachfragereduktion** (Konsumreduktion)
- **Problemreduktion**

12 Von ganz besonderer Bedeutung ist in Zusammenhang mit Prävention auch die auf Antonovsky (1987), zurückgehende Unterscheidung in Pathogenese und Salutogenese:

- **Pathogenese** entspricht dem medizinischen Modell in dem Sinne, dass Risikofaktoren verringert werden
- **Salutogenese** entspricht dem Gesundheitsförderungsansatz der WHO in dem Sinne, dass Schutzfaktoren gestärkt werden.

Zur Veranschaulichung der nicht ganz einfach nachvollziehbaren Unterscheidung zwischen Risikofaktoren und Schutzfaktoren kann folgendes Beispiel aus der Immunologie dienen: Im Sinne dieses Konzepts ist *«erfolgter Impfschutz»* ein protektiver Faktor, der sich logischerweise nur dann auswirken kann, wenn der entsprechende Risikofaktor *«Kontakt mit einer infizierten Person»* auftritt. Es ist in diesem Sinne unzulässig den fehlenden protektiven Faktor (*«mangelnden Impfschutz»*) als «Risikofaktor» oder den fehlenden Risikofaktor (*«keinen Kontakt zu infizierten Personen»*) als «protektiven Faktor» zu bezeichnen. In der Praxis ist diese, im Rahmen der Impfmetapher theoretisch leicht nachvollziehbare Unterscheidung aber nicht ganz einfach zu treffen, da hier die Identifikation von Risikofaktoren und protektiven Faktoren meist empirisch über Korrelationsrechnungen erfolgt – was eine differenzierte Reflexion zur Art des Zusammenhangs kaum zulässt. Wenn man, wie bei der Interpretation von Korrelationen in diesem Zusammenhang üblich, jene Faktoren, die mit negativen Ausgängen korrelieren als «Risikofaktoren» und jene Faktoren, die mit negativen Ausgängen korrelieren als «protektive Faktoren» bezeichnet, so definiert man implizit (unter Umständen ohne sich dessen bewusst zu sein), dass ein Mangel an protektiven Faktoren (z. B. ein Mangel an sozialer Kompetenz) einen Risikofaktor darstellt und umgekehrt. Das in der Gesundheitsförderung übliche Konzept, Risikofaktoren und protektive Faktoren, im Sinne der Impfmethapher, nicht als Anthonyme aufzufassen, habe ich anderenorts[12] als «qualitative Interpretation» und das in der empirischen Forschung weit verbreitete Konzept, Risikofaktoren und protektive Faktoren, basierend auf dem Vorzeichen der Korrelation, als Anthonyme zu verstehen als «quantitative Interpretation» bezeichnet. Mir persönlich erscheint, zwar die qualitative Interpretation des Begriffspaares «protektive Faktoren vs. Risikofaktoren» bei der Theoriebildung zweckmässiger, – ich weigere mich aber einen dieser beiden Definitionszugänge als «falsch» zu bezeichnen, wie das z. B. Hafen (2007) tut.

13 Die letzte Klassifikation von Präventionsmassnahmen, auf die ich hier eingehen möchte, betrifft das hinter den Massnahmen stehende Menschenbild. Je nach zugrunde liegendem Menschenbild kann man unterscheiden in einen

- **demokratisch-emanzipatorischen Präventionsansatz** und in einen
- **paternalistisch-kontrollierenden Präventionsansatz**

Da mir diese Unterscheidung inzwischen inhaltlich am bedeutendsten erscheint, und in diesem Zusammenhang – wie ich immer wieder feststellen konnte – die intensivsten Konflikte in Bezug auf deren Bedeutung in der Suchtprävention entstehen, gehe ich im nächsten Abschnitt ausführlich auf diesen Aspekt ein.

Das Menschenbild der modernen Suchtprävention

Historisch betrachtet ergab sich innerhalb der Suchtprävention vieler Industriestaaten nach den durchwegs negativen Erfahrungen mit den anfangs sehr populären Abschreckungsmassnahmen und nach der ebenfalls nicht sehr erfolgreichen normativen Beeinflussung eine inhaltliche Verschiebung der Schwerpunkte in Richtung Lebenskompetenzsteigerung und sachliche Informationsvermittlung. Der professionelle Umgang mit den Phänomenen Missbrauch und Sucht hat sich nun schon über viele Jahre hinweg kontinuierlich von einer manipulativ-repressiven Strategie in Richtung Gesundheitsförderung entwickelt, die in den Zielpersonen keine Objekte, sondern selbstständige Subjekte sieht. Die Ottawa Charta der WHO (1986), in der der Begriff «Gesundheitsförderung» definiert wird, zeigt ganz klar, dass den Verfassern/innen ein demokratisch-emanzipatorischer Ansatz vorschwebt. Diese Definition geht Hand in Hand mit der Definition des Begriffs «Gesundheit», wie er sich in der 1946 erstellten WHO-Verfassung findet, d.h. «Gesundheit» als *«Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens»*.[13]

Hinter dieser Umorientierung in der Suchtprävention manifestiert sich eine grundlegende Veränderung des impliziten, zugrunde liegenden Menschenbildes. Es geht hier um eine weltanschauliche Grundhaltung, die nicht nur für die Suchtprävention, sondern für jegliches pädagogisches oder sozialpolitisches Handeln von Bedeutung ist. Diametral gegenüber stehen sich ein «demokratisch-emanzipatorisches Menschenbild» im Sinne der Ottawa-Charta und ein «paternalistisch-kontrollierendes Menschenbild», das stark von der auf Kontrolle und Repression fixierten amerikanischen und nordeuropäischen Alkohol- und Drogenpolitik beeinflusst ist. Zentral für den die Suchtprävention im alpinen und südeuropäischen Bereich derzeit prägenden «demokratisch-emanzipatorischen Gesundheitsförderungsansatz» ist die Überzeugung, dass die überwiegende Mehrzahl der Menschen autonom richtige Entscheidungen treffen wird, wenn man sie in jungen Jahren und auch später darin unterstützt, Lebenskompetenz zu entwickeln, sie umfassend und ausgewogen informiert, sie ermutigt Entscheidungen zu treffen und sie anleitet ein glückliches Leben anzustreben und mit Risiken sinnvoll umzugehen. Schlagworte für diesen gegenwärtig sehr populären Ansatz sind z.B. «Empowerment», «Partizipation» oder «Risikokompetenz». Die Zielpersonen werden in ihrer konkreten Lebenslage akzeptiert, ihre persönliche Autonomie wird nicht in Frage gestellt, und Entscheidungen werden ihnen letztendlich weitestgehend selbst überlassen. Die Zielpersonen werden dabei als Subjekte wahrgenommen, im Sinne von Interaktionspartnerinnen, bei denen man die Fähigkeit fördern will, Lebensbedingungen selbst aktiv

zu ändern und zu verbessern, um damit die Wahrscheinlichkeit des Flüchtens in ausweichendes und selbstzerstörerisches Verhalten zu verringern. Ein deklariert emanzipatorisches Grundverständnis im oben beschriebenen Sinne liegt ausdrücklich auch den für das österreichische Schulsystem verbindlichen dreizehn Unterrichtsprinzipien zugrunde.[14]

Die Grundlage des «paternalistisch – kontrollierenden Ansatzes» ist hingegen die Überzeugung, dass die Mehrzahl der Menschen nur dann richtige Entscheidungen treffen wird, wenn man sie kontrolliert, «gefährliche Informationen» zensuriert, sie bevormundet und ihnen Lustverzicht sowie Risikoverringerung durch Enthaltsamkeit nahe legt. Auch wenn letzterer Ansatz zur Zeit in der professionellen Suchtprävention zumindest in den deutschsprachigen europäischen Ländern keine relevante Rolle spielt, sollte man sich dennoch bewusst sein, dass dieser Zugang international noch keinesfalls überwunden ist. Sogar die WHO, die vehement den Gesundheitsförderungsansatz propagiert, unterstützt in Zusammenhang mit Alkohol und Nikotin[15] durchaus Sichtweisen, die der Gesundheitsförderung diametral entgegenstehen. Interessant ist dabei, dass dieser eklatante Widerspruch in der Grundorientierung der WHO von Experten/innen kaum offen angesprochen und erörtert wird.

Die Entscheidung zwischen diesen beiden Zugängen ist auch von eminenter demokratiepolitischer Bedeutung. Wer nämlich annimmt, dass die Mehrheit der Bevölkerung gar nicht in der Lage ist, nach ausreichender Förderung und Information selbstbewusst richtige Entscheidungen treffen zu können, negiert implizit, aber konsequent die Grundidee der Demokratie. Betreffende sympathisieren dann – in der Regel ohne sich dessen bewusst zu sein – mit einer Pseudodemokratie, in der Eliten die breite Masse der Bevölkerung durch subtile Kontrolle und Zensur in die gewünschte Richtung manipulieren.

Da ich mich selbst deutlich einem demokratisch-emanzipatorischen Menschbild verbunden fühle, und auch danach trachte, meine Kinder in diesem Sinne zu erziehen, trete ich ganz klar für das Primat von Freiheit, Ehrlichkeit und Förderung von Emanzipation und Selbstständigkeit in der Prävention ein. Aus diesem Grund könnte ich mit Zwang, Manipulation, Kontrolle und zensurierten Informationen in der Erziehung – und bei Primär- und Sekundärprävention handelt es sich um eine Form der Erziehung – nur recht wenig anfangen, selbst wenn sich damit eine relevante Reduktion des gesellschaftlichen Substanzkonsums erzielen liesse.

Die Rückkehr des Paternalismus

In den letzten Jahren zeichnet sich in der Prävention allerdings eine deutliche Tendenz in Richtung «Restauration des Paternalismus» ab, was sich am Beispiel der jüngsten Entwicklungen im Tabak-Bereich sehr anschaulich nachvollziehen lässt. Zunächst kam, primär von den USA ausgehend, eine massive Kampagne gegen den Tabakkonsum im öffentlichen Bereich, eine Zielrichtung, die aus Gründen des Nichtraucherschutzes gut argumentierbar war. Im Zuge dieser Kampagne wurde das Rauchen selbst sukzessive negativer konnotiert und verstärkt Massnahmen zur Bekämpfung des Rauchens generell – also über den Nichtraucherschutz hinaus – gefordert. Die stark emotionell geführten und moralisch untermauerten Kampagnen nahmen an Intensität zu und erregten zusehends den Unmut der Rauchenden, die sich einem steigenden paternalistischen Druck, ihr Verhalten zu ändern, ausgesetzt sahen. Begriffe wie «Gesundheitsfaschismus» oder «Bevormundungsstaat» (Nanny State) gaben diesem Befinden Ausdruck. Dass in dieser Atmosphäre dennoch die Zahl der Rauchenden in Österreich geringfügig anstieg, klingt paradox und war für viele unerwartet. Unter Jugendlichen scheint Rauchen als Protest- und Abgrenzungsverhalten in der Folge sogar an Stellenwert gewonnen zu haben. Gleichzeitig ist allerdings die Zahl der durchschnittlich pro Kopf gerauchten Zigaretten in Österreich seit 1980 um rund ein Fünftel zurückgegangen.[16] Ob und wieweit die Zunahme der Zahl der Rauchenden als Reaktion gegen die öffentliche Bevormundung (Reaktanz) zu interpretieren ist, und wieweit der Rückgang des Pro-Kopf-Zigarettenkonsums umgekehrt einen Erfolg der Antirauchkampagnen darstellt, kann nur spekuliert werden. Deutlich merkbar ist, dass viele der – laut Leitbild der österreichischen Suchtprävention[17] am emanzipatorischen Ziel der Gesundheitsförderung orientierten – professionellen Suchtprophylaktiker/innen mit dem paternalistischen Zeitgeist in Bezug auf Tabak offen sympathisieren oder sich zumindest nicht deutlich dagegen abgrenzen.

Nach den massiven Antirauchkampagnen wird nun seit einiger Zeit europaweit auch der Alkoholkonsum zusehends problematisiert. Nachdem die traditionell auf Kontrolle und Sanktionen setzende Alkoholpolitik des europäischen Nordens und angelsächsischen Raums im Zuge der europäischen Integration unter Druck geriet, ihre diesbezüglichen Regelungen dem mittel- und südeuropäischen Usus anzugleichen, wollten viele nordeuropäische Entscheidungsträger das nicht einfach hinnehmen. Zunächst versuchten sie, ihren alkoholpolitischen Status Quo durch Sonderkonditionen abzusichern, was jedoch angesichts des starken Drucks in Richtung einer europaweiten Harmonisierung im Wirtschafts- und Steuersektor rasch scheitern musste. Als Reaktion darauf kam es zum Versuch des europäischen Nordens, die gesamteuropäische Alkoholpolitik in seine Richtung zu beeinflussen, was mit Unterstützung der in diesen Ländern tätigen Alkoholepidemiologen anfangs sehr erfolgreich verlief. Die von namhaften Alkoholforschenden verfassten und von der WHO unterstützten Bücher *«Alcohol Control Policies in Public Health Perspectives»*[18] *«Alcohol Policy and the Public Good»*[19] sowie *«Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy»*[20] wurden in ganz Europa zum Inbegriff des wissenschaftlich fundierten State of the Art. Die Autoren/innen prägten den Begriff «evidenzbasierte Alkoholpolitik», ver-

liehen dieses Attribut jenen Strategien, die auf ihren Schlussfolgerungen basieren und im Wesentlichen der traditionellen nördlichen Alkoholpolitik entsprechen und forderten massiv die Anpassung ganz Europas an diese Politik. Babor et al. vertreten, dass aus wissenschaftlicher Sicht nur die konsequente Verringerung der Alkoholverfügbarkeit zur Reduktion alkoholassoziierter Probleme zu empfehlen sei – wobei die Autoren für die Bewertung von Massnahmen letztlich die Indikatoren «kostengünstig» und «effektiv» als ausschlaggebend definieren. Massnahmen im Bereich von Prävention und Therapie – also Informationsvermittlungskampagen, gesundheitsfördernde Primärprävention und Suchttherapie, wie sie z. B. in Österreich etabliert sind – werden in Bausch und Bogen als teuer und ineffektiv in ein negatives Licht gerückt.

Obwohl die meisten der als «evidenzbasierte Alkoholpolitik» vorgeschlagen Methoden aus diversen kulturellen, wirtschaftlichen und traditionellen Gründen im alpinen und südeuropäischen Raum nicht bzw. kaum anwendbar sind,[21] obwohl die vorgenommene simplifizierende Einteilung in gute und schlechte Methoden forschungslogisch unhaltbar ist[22] und obwohl die Suchtprävention massiv abgewertet wird, lassen sich derzeit viele Suchtprophylaktiker/innen von den Thesen und dem paternalistischen Wind, der diesen immanent ist, ansprechen.

Wer radikale Veränderungen im gesellschaftlichen Umgang mit Phänomenen einleiten will, tut gut daran, zunächst nur solche Ziele anzuvisieren, bei denen mit wenig Widerspruch zu rechnen ist, und dann im Kielwasser erster Erfolge sukzessive mehr zu fordern, bis Forderungen möglich werden, die ursprünglich undenkbar waren. Im Zusammenhang mit Tabak war dieser erste Schritt, den leicht argumentierbaren Schutz von Nichtrauchenden zu propagieren. Der generelle Kampf gegen den Zigarettenkonsum folgte mit etwas Verzögerung, als die Bevölkerung mit den Inhalten des ersten Sujets bereits gut vertraut war. Beim Alkohol diente als «Einstieg» die – auch hier gut nachvollzieh- und argumentierbare – Problematisierung der primär eine junge Klientel ansprechenden Alkopops. Es folgten mediale Kampagnen gegen jugendliches Komatrinken. Nun sind erste Zeichen des Kampfes gegen den Alkoholkonsum generell bemerkbar, und zwar mit dem in Nordeuropa populären Argument, dass man nur dann Erfolge erzielen kann, wenn man auch der überwiegenden Mehrheit, die mit Alkohol moderat umgeht, den Alkoholkonsum verleidet. Wie weit diese letztere Kampagne in Regionen, in denen der moderate Alkoholkonsum nie ernsthaft problematisiert wurde und als zentraler Teil der Kultur gesehen wird, eine reale Chance hat, die Alkoholpolitik nachhaltig zu beeinflussen, bleibt abzuwarten.

Wer die Zeichen im internationalen gesundheitspolitischen Diskurs deuten möchte, sieht als nächstes dominierendes Gesundheitsthema nach Tabak und Alkohol wahrscheinlich das Übergewicht auftauchen – und man kann mutmassen, dass auch dort ein betont missionarisch-paternalistischer Zugang eingeschlagen werden wird.

Ob die professionelle Suchtprävention sich letztlich dem Zeitgeist entsprechend nachhaltig von der emanzipatorisch-demokratisch orientierten Gesundheitsförderung zurück in Richtung kontrollierend-paternalistische Grundhaltung bewegen wird, oder ob die gegenwärtig noch vorherrschende humanistisch-akzeptanzorientierte Ausrichtung persistieren wird, ist derzeit unabsehbar.

Eine plausible Ursache, warum der neue Paternalismus mit dem Schlagwort «evidenzbasierte Politik» bei vielen Präventionsfachleuten auf so fruchtbaren Boden fällt, ist, wie Hainz (2006) recht treffend formulierte, die Verunsicherung der Präventionsfachleute, die sich unter steigendem Druck erleben, die Wirksamkeit ihres Handelns nachzuweisen, und sich mit der bangen Frage konfrontiert sehen, ob sie die in sie gesetzten Erwartungen auch erfüllen können. Die emanzipierende Erkenntnis, dass es aus methodologischen Gründen in den meisten Bereichen des praktischen Handelns gar nicht möglich ist – im Gegensatz z. B. zur Arzneimittelforschung – Er-

folge wissenschaftlich eindeutig nachzuweisen,[23] und dass daher in vielen Praxisbereichen, wie in der Suchtprävention, ganz andere Forschungszugänge notwendig sind, ist erst langsam im Entstehen. Derzeit dominiert (noch) die allgegenwärtige Forderung nach Wirksamkeitsnachweisen. Evaluation wird gefordert, auch, wo es nicht geht und wo es nicht sinnvoll ist, mit untauglichen Mitteln und unsinnigen Zielen; eine Praxis, die ich anderenorts[24] mit «Evalopathie» umschrieben habe, im Sinne einer ans Krankhafte grenzenden Evaluiersucht, die Scheinevaluationen ohne echten Erkenntnisgewinn initiiert und die für die Evaluierten, die sich nicht wehren können, zur einer neuen Form von ausufernder Bürokratie wird. In dieser Situation der Verunsicherung und Überforderung auf offensichtlich anerkannte Erkenntnisse mit dem Attribut «evidenzbasiert» zurückzugreifen, ohne genau darauf zu achten, welches «Trojanische Pferd» man sich damit einhandelt, ist zwar allzu verständlich – dennoch sollte hier rasch eine kritische Besinnung einsetzen. ■

Literatur

- **Antonovsky, A., 1987:** Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well. Jossey-Bass Publishers, San Francisco
- **Babor, T.; Caetano R.; Casswell, S.; Edwards, G.; Giesbrecht, N.; Graham, K.; Grube, J.; Gruenewald, P.; Hill, L.; Holder, H.; Homel, R.; Österberg, E.; Rehm, J.; Room, R.; Rossow, I., 2005:** Alkohol – Kein gewöhnliches Konsumgut Forschung und Alkoholpolitik. Hogrefe, Göttingen
- **Babor, T.; Caetano R.; Casswell, S.; Edwards, G.; Giesbrecht, N.; Graham, K.; Grube, J.; Gruenewald, P.; Hill, L.; Holder, H.; Homel, R.; Österberg, E.; Rehm, J.; Room, R.; Rossow, I., 2003:** Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy. Oxford University Press, New York
- **Bruun, K.; Edwards, G.; Lumio, M.; Mäkelä, K.; Pan, L.; Popham, R.E.; Room, R.; Schmidt, W.; Skog, O.J.; Sulkunen, P:, Österberg, E., 1975:** Alcohol Control Policies in Public Health Perspectives. Finish Foundation for Alcohol Studies, Volume 25
- **Caplan, G., 1964:** Principles of Preventive Psychiatry. Basic books, New York
- **Commission on Chronic Illness, 1957:** Chronic Illness in the United States. Vol. 1. Published for the Commonwealth Fund. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- **Edwards, G. (Hrsg), 1997:** Alkoholkonsum und Gemeinwohl. Enke, Stuttgart
- **Edwards, G.; Anderson, P.; Babor, T.F.; Casswell, S.; Ferrence, R.; Giesbrecht N.; Godfrey, C.; Holder, D.H.; Lemmens, P.; Mäkelä, K.; Midanik, L.T.; Norström, T.; Österberg, E.; Romelsjö, A.; Room, R.; Simpura, J.; Skog, O.J., 1994:** Alcohol Policy and the Public Good. Oxford University Press, Oxford
- **Gordon, R., 1983:** An Operational Classification of Disease Prevention. Public Health Report, 98, 2,107-109
- **Hafen, M., 2007:** Mythologie der Gesundheit – Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese. Carl-Auer-Verlag, Heidelberg
- **Hainz, W., 2006:** Welchen Mut braucht Prävention. In: forum Prävention: Themenheft 05. Fachstelle für Suchtprävention und Gesundheitsförderung, Bozen
- **NIDA, 1997a:** Preventing Drug Use Among Children and Adolescents A Research Based Guide. National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD
- **NIDA, 1997b:** Drug Abuse Prevention: What Works. NIH Publication, No. 97-4110, Rockville, MD
- **Popper, K.R., 1934:** Logik der Forschung, sechste verbesserte Auflage (1976). J.C.B.Mohr, Tübingen
- **Strasser, T., 1978:** Reflections on cardiovascular diseases. Interdisc Sci Rev 1978; 3: 225-230
- **Uhl, A., 1998:** Evaluation of Primary Prevention in the Field of Illicit Drugs: Definitions – Concepts – Problems. in: Springer, A.; Uhl, A. (eds.): Evaluation Research in Regard to Primary Prevention of Drug Abuse. A COST-A6 Publication. European Commission Social Sciences, Brussels
- **Uhl, A., 2000a:** The Limits of Evaluation. in: Neaman, R.; Nilson, M.; Solberg, U.: Evaluation – A Key Tool for Improving Drug Prevention. EMCDDA Scientific Monograph Series, No 5, Lisbon
- **Uhl, A., 2000b:** Evaluation vs. Evalopathy: Support for Practical Improvement vs. Irrational Nuisance. in: Abstracts of the 3rd Nordic Health Promotion Research Conference, Tampere, 6-9 September, 2000. University of Tampere, Tampere
- **Uhl, A., 2002a:** Schutzfaktoren und Risikofaktoren in der Suchtprophylaxe. in: Röhrle, B. (Hrsg): Prävention und Gesundheitsförderung Bd.II. DGVT, Tübingen
- **Uhl, A. (2002b):** Medien und Suchtprophylaxe. Medienimpulse, Beiträge zur Medienpädagogik, 11, 41, 61-71
- **Uhl, A., 2005:** Alkoholpolitik und wissenschaftliche Forschung, Aufsatz zum Vortrag: «Wirksamkeit struktureller Prävention» bei der DHS Fachkonferenz «Suchtprävention» vo» 8.-10.11.2004 in Bielefeld. Ludwig-Boltzmann-Instiut für Suchtforschung, Wien
- **Uhl, A., 2007:** How to Camouflage Ethical Questions in Addiction Research. in: Fountain, J.; Korf, D. (eds.): The Social Meaning of Drugs – Research from Europe. Radcliffe, Oxford
- **Uhl, A.; Springer, A., 2002:** Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention. Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Wien
- **WHO 1984:** The WHO-Constitution. Geneva
- **WHO 1986:** Ottawa Charta. Geneva
- **Windler, E., 2001:** Lipidtherapie: Prävention arteriosklerotischer Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Der Internist, 42, 1, 92-110

Fussnotwen

1 «Generalprävention» zielt auf die Allgemeinheit. «Negative Generalprävention» bedeutet Abschreckung der Öffentlichkeit durch Bestrafung von Tätern. «Positive Generalprävention» bedeutet Stabilisierung der Strafrechtsnorm und Schaffung von Vertrauen in der Öffentlichkeit in die Rechtsordnung.

2 Spezial- oder Individualprävention zielt auf den Täter. «Negative Spezialprävention» bedeutet Unschädlichmachen des Täters durch In-Gewahrsam-Nehmen und durch individuelle Abschrekkung. «Positive Spezialprävention» bedeutet Resozialisierung des Täters.

3 Diese Begrifflichkeit entspricht der in der Suchtforschung weit verbreiteten 3-stufigen Klassifikation in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, auf die in diesem Kapitel unter 2) noch genauer eingegangen wird.

4 Für «Schadensbegrenzung» sind auch die Begriffe «Harmreduktion» und «Überlebenshilfe» gebräuchlich

5 (z. B. Windler, 2001)

6 (z. B. NIDA, 1997b 7)

8 (COST-A6-Expertengruppe; Uhl, 1998),

9 (vgl. Uhl & Springer, 2002)

10 Schlüsselpersonen sind «Bezugspersonen mit besonderem Einfluss auf das System», Mediatoren sind «unmittelbare Bezugspersonen», Multiplikatoren sind «mittelbare Bezugspersonen» (vgl. Uhl & Springer, 2001).

11 In der Mengenlehre heissen zwei Mengen A und B disjunkt oder elementfremd, wenn sie kein gemeinsames Element besitzen.

12 (Uhl, 1998)

13 (Uhl, 2002a)

14 (WHO, 1984)

15 (Uhl, 2002b)

16 (z. B. Edwards, 1997)

17 (Uhl et al., 2005)

18 (Uhl & Springer 2002)

19 (Bruun et al., 1975)

20 (Edwards et al., 1994; deutsche Übersetzung Edwards (Hrsg.), 1997)

21 (Babor et al., 2003; deutsche Übersetzung Babor et al., 2005)

22 (Uhl, 2005)

23 (Uhl, 2000a)

24 (Uhl, 2000b)