

Tagungsband zur Tagung "Frühintervention – am Beispiel des Bundesmodellprojektes FreD"  
vom 23.-25. Juni 2003 in Potsdam.

Koordinationsstelle Sucht, Landschaftsverband Westfalen-Lippe

## Wie viel Freiheit braucht Suchtprävention – wie viel Zwang verträgt sie?

Dr. Alfred Uhl, Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) und AlkoholKoordinations- und InformationsStelle (AKIS)  
beide am Anton-Proksch-Institut (API) Wien

### 1 Einleitung

Bevor ich mich dem Thema „**Wie viel Freiheit braucht Suchtprävention – wie viel Zwang verträgt sie?**“ annähere, möchte ich klären, was die zentralen Begriffe bedeuten – also was unter „Prävention“ zu verstehen ist und um wessen Freiheit es hier geht.

Der Ausdruck „Prävention“ wird im Alltag und in der wissenschaftlichen Literatur oft in einer Art und Weise verwendet, die suggeriert, dass völlig klar sei, was darunter zu verstehen sei. Bei einer kritischen Analyse des Sprachgebrauchs stellt man aber rasch fest, dass dem keinesfalls so ist. Ich werde daher einleitend auf unterschiedliche Definitionen des Begriffs „Prävention“ eingehen, dann auf einige grundlegende Fragen der angewandten Prävention und Präventionsforschung eingehen und danach erörtern, wie ich zur Freiheit in Zusammenhang mit Prävention stehe.

Als ich gebeten wurde zum Thema meines Vortrags zu sprechen, fiel mir spontan nur die „**Freiheit der Zielpersonen**“ ein, die sich für oder gegen die Vorgaben, Ziele und Methoden der Prophylaktiker mehr oder weniger frei entscheiden können. Dann bemerkte ich allerdings, dass das keinesfalls der einzige relevante Aspekt in diesem Zusammenhang ist. Es gibt komplementär dazu auch noch die „**Freiheit des Prophylaktikers**“ seine Methoden und Ziele frei und unabhängig zu wählen und die „**Freiheit des Präventionsforschers**“ beliebige Forschungsdesigns zu entwerfen, die Daten auszuwerten und die Ergebnisse nach eigenem Gutdünken zu interpretieren. Ich werde mich in meinem Vortrag mit allen drei Aspekten auseinandersetzen.

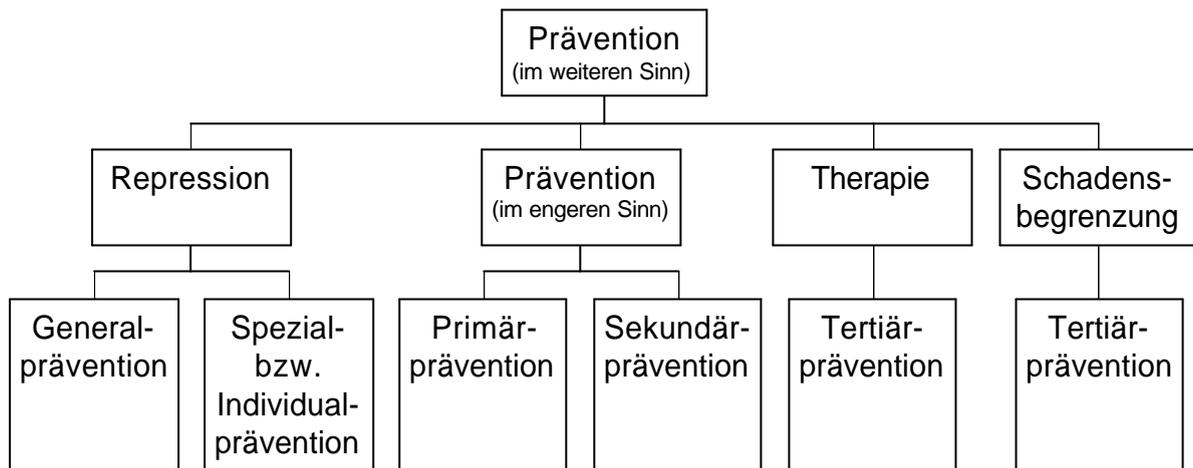
### 2 Was bedeutet „Prävention“

Das populäre Vier-Säulen-Modell der Suchtpolitik unterscheidet die Bereiche „Repression“, „Therapie“, „Schadensbegrenzung“ und „Prävention“ – und den meisten Menschen ist intuitiv sofort klar, was damit gemeint ist. Hier wird Prävention eindeutig gegen die anderen drei Bereiche abgegrenzt. Das impliziert, dass Prävention im Sinne des Vier-Säulen Modells eine nicht repressive Intervention an Personen ist, bei denen es (noch) keiner therapeutischen Intervention bedarf.

Sprachliche Verwirrung entsteht allerdings, wenn man weiter ins Detail geht; wenn man nämlich feststellt, dass Repression traditionellerweise in „Generalprävention“<sup>1)</sup> und „Spezial- bzw. Individualprävention“<sup>2)</sup> unterteilt wird, und dass sowie Therapie als auch Schadensbegrenzung häufig als „Tertiärprävention“<sup>3)</sup> bezeichnet werden, womit sowohl „Repression“ als auch „Therapie“ und „Schadensbegrenzung“<sup>4)</sup> mit dem Begriff „Prävention“ assoziiert werden (Abb. 1).

#### Abb. 1: Einteilung von „Suchtprävention im umfassenden Sinn“

- 
- 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 Abschreckung. „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.



Es ist ganz offensichtlich, dass in Abb. 1 zwei ganz unterschiedliche Präventionsbegriffe angesprochen werden, nämlich

- „Prävention im weiteren Sinn“ als Überbegriff über jegliches suchtpolitisches Handeln und
- „Prävention im engeren Sinn“ im Sinne von „nicht repressiver Interventionen an Personen, bei denen (noch) keine therapeutische Intervention nötig ist“.

Ist schlicht von „Prävention“ die Rede, so ist in der Regel „Prävention im engeren Sinn“ gemeint; und da der Titel meines Vortrages den Begriff „Prävention“ nicht präzisiert, folgere ich, dass der Gegenstand meines Vortrags „Prävention im engeren Sinn“ ist, was definitionsgemäß repressive Maßnahmen ausschließt. Damit bewege ich mich bereits per definitionem in einem Bereich, wo es nicht primär um Zwang gehen kann.

## 2.1 Weitere Klassifikationen von Prävention und Präventionsmaßnahmen

Der Begriff Prävention ist sowohl in Zusammenhang mit Erkrankungen (wie Herzkrankheiten oder Sucht) als auch in Zusammenhang mit Problemen ohne Krankheitscharakter (wie Kriminalität oder Drogenmissbrauch) relevant. Für meine folgenden Überlegungen zur Definition bzw. Klassifikation von „Prävention“ ist es unerheblich, ob das Interventionsziel Erkrankungen oder Probleme ohne Krankheitscharakter darstellen. Um die Dinge nicht unnötig zu komplizieren werde ich in der Folge allerdings konsistent von „Krankheit“ sprechen – die Generalisierung auf „Probleme“ ist jederzeit möglich.

Ein großes Problem in der Praxis ist, dass in den folgenden gebräuchlichen Klassifikationen teilweise identische Ausdrücke mit unterschiedlicher Bedeutung belegt werden und dass diese Mehrdeutigkeit Vielen nicht oder 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 EBDT, der BzGA, der NIDA etc., die die Resultate dann in ihren Schriftenreihen veröffentlichen. Es ist verständlich, dass Leser dieser Dokumente die gefundenen Definitionsvorschläge dann als „die WHO-Definition“, „die EBDT-Definition“ etc. interpretieren und auch so weiterverbreiten. Meist vermitteln übliche Disclaimer wie „The opinions expressed herein are the views of the authors and may not necessarily reflect the official policy or position of ...“ zwar recht unmissverständlich, dass es sich um keine autorisierte Sprachregelung der Organisation handelt – aber wer liest schon das Kleingedruckte bei Verträgen oder bei wissenschaftlichen Veröffentlichungen. Da es keine allgemein anerkannte Definition zentraler Begriffe in der Wissenschaft gibt, kommt man also nicht umhin die Bedeutung der verwendeten Begriffe beim Gebrauch regelmäßig zu präzisieren um eine babylonische Sprachverwirrung zu vermeiden.

Ein häufiger Kritikpunkt gegen die meisten Klassifikationssysteme ist, dass man konkrete Einzelfälle nicht klar und eindeutig zuordnen kann. Dieses Argument geht aber am Wesen des Problems 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 Grenzziehungen nicht ermöglichen alle denkbaren Objekte eindeutig zuzuordnen.

Nun zu den gebräuchlichsten 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 (z.B. Windler, 2001):
  - „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 und 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 (z.B. NIDA, 1997b<sup>5)</sup>):
  - „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“ bzw. „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 unter (2) 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 bestehende Arbeitsgruppe (COST-A6-Expertengruppe; Uhl, 1998), sprach sich ebenfalls für die unter (2) 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 Vertreter 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“

---

5) Auch NIDA (1998b) bezieht sich bei der 3-stufigen Klassifikation fälschlich auf die Commission on Chronic Illness (1957)

- „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 die Strukturen 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 (vgl. Uhl & Springer, 2002):
- direkte Maßnahmen finden in Interaktion mit den eigentlichen Zielpersonen statt
  - indirekte Maßnahmen zielen auf Schlüsselpersonen, Mediatoren und Multiplikatoren<sup>6</sup>, 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 Erzeuger und Händler
  - Nachfragereduktion versucht das Interesse der Zielpersonen an Problemsubstanzen zu verringern und zielt auf die Konsumenten bzw. potentiellen Konsumenten
- „Angebotsreduktion“ und „Nachfragereduktion“ werden oft als disjunkte Kategorien verstanden – in der EU Drogenbeobachtungsstelle in Lissabon (EBDD) erfolgt sogar eine Unterteilung der Aufgabenbereiche nach dieser Klassifikation. Die beiden Kategorien stehen aber nicht in einem grundsätzlichen Widerspruch. Die klassische ökonomische Theorie besagt, dass die Nachfrage vom Angebot und das Angebot von der Nachfrage bestimmt wird, was die unabhängige Behandlung dieser Größen eigentlich ausschließt. Setzt man diese Dichotomie in Relation zum Drei-Säulen-Modell (Abb. 1), so dominiert bei der Angebotsreduktion die Repression und bei der Nachfragereduktion die Prävention im engeren Sinn sowie die Therapie.
- (10) Eine weitere relevante Einteilung unterteilt nach Konsumreduktion vs. Problemreduktion
- Konsumreduktion kann über Angebots- und/oder über Nachfragereduktion erfolgen und strebt Konsumverringern – quasi als Selbstzweck – an
  - Problemreduktion = „Harmreduktion“ zielt auf eine Verringerung der mit dem Konsum zusammenhängenden Probleme.
- 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 nicht der Realität und ist durch die Geschichte laufend widerlegt worden. „Konsumreduktion“ und „Schadensreduktion“ stehen aber nicht grundsätzlich in Widerspruch zueinander. Dort wo ein sinnvolles Engagement für weniger Konsum tatsächlich auch weniger Schaden für alle Beteiligten nach sich zieht, ist Konsumreduktion auch aus einer Problemreduktionsperspektive zweckmäßig, und die Unterscheidung hat in diesem Fall wenig praktische Relevanz. Von zentraler Bedeutung wird

---

6) Schlüsselpersonen sind „Bezugspersonen mit besonderem Einfluss auf das System“, MediatorInnen sind „unmittelbare Bezugspersonen“, MultiplikatorInnen sind „mittelbare Bezugspersonen“ (vgl. Uhl & Springer, 2001).

die Unterscheidung Konsumreduktion vs. Problemreduktion dort, wo das rigide Beharren auf Konsumreduktion zur Problemzunahme für die Beteiligten führt.

- (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 (Uhl, 1999):
- 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 „mangelnden Impfschutz“ als „Risikofaktor“ oder „keinen Kontakt zu infizierten Personen“ als „protektiven Faktor“ zu bezeichnen. In der Praxis ist diese, im Rahmen der Impfmetapher, leicht nachvollziehbare Unterscheidung aber nicht ganz einfach zu treffen, da in der Praxis die Identifikation von Risikofaktoren und protektiven Faktoren meist empirisch über Korrelationsrechnungen erfolgt – was eine differenzierte Reflexion zur Art des Zusammenhangs kaum zulässt (vgl. Uhl, 2002).
- (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
  - autoritär-kontrollierender Präventionsansatz
- Da mir diese Unterscheidung inzwischen inhaltlich am bedeutendsten erscheint, und in diesem Zusammenhang – wie ich immer wieder feststellen konnte – die intensivsten Konflikte die Suchtprophylaxe betreffend entstehen, gehe ich im nächsten Abschnitt besonders genau auf das Menschenbild ein.

### 3 Das Menschenbild der modernen Suchtprävention

Nach den durchwegs negativen Erfahrungen mit den anfangs sehr populären Abschreckungsmaßnahmen und nach der ebenfalls nicht sehr erfolgreichen normativen Beeinflussung ergab sich in der Suchtprävention vieler Industriestaaten 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, legt ganz klar fest, dass den VerfasserInnen 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“.

Hinter dieser Umorientierung in der Suchtprävention manifestiert sich eine grundlegende Veränderung des impliziten Menschenbildes. Es geht hier um eine weltanschauliche Grundhaltung, die nicht nur für die Suchtprävention, sondern für jegliche Erziehung von Bedeutung ist. Diametral gegenüber stehen sich ein **„demokratisch – emanzipatorisches Menschenbild“** im Sinne der Ottawa-Charta und ein **„autoritär – kontrollierendes Menschenbild“**, das stark von der auf Kontrolle und Repression fixierten amerikanischen und nordeuropäischen Alkohol- und Drogenpolitik beeinflusst ist. Zentral für den die Suchtprävention derzeit prägenden **„demokratisch-emanzipatorischen Gesundheitsförderungsansatz“** ist die Überzeugung, dass die überwiegende Mehrzahl der Kinder

und Jugendlichen später autonom richtige Entscheidungen treffen wird, wenn man sie in jungen Jahren darin unterstützt Lebenskompetenz zu entwickeln, sie umfassend und ausgewogen informiert, sie ermutigt Entscheidungen zu treffen, 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 Interaktionspartnern, 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 (Uhl, 2002b).

Die Grundlage des „autoritär - kontrollierenden Ansatzes“ ist hingegen die Überzeugung, dass die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen später nur dann richtige Entscheidungen treffen wird, wenn man sie im Rahmen der Erziehung kontrolliert, „gefährliche Informationen“ zensuriert, sie bevormundet und ihnen Lustverzicht sowie Risikoverringern durch Enthaltbarkeit nahe legt. Auch wenn letzterer Ansatz zur Zeit in der professionellen österreichischen Suchtprävention 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 (z.B. Edwards, 1997) durchaus Sichtweisen, die der Gesundheitsförderung diametral entgegenstehen. Interessant ist dabei, dass dieser eklatante Widerspruch in der Grundorientierung der WHO von ExpertInnen 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“. Der/die Betreffende sympathisiert dann – in der Regel ohne sich dessen bewusst zu sein – mit einer Pseudodemokratie, in der Eliten die breite 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 und Kontrolle 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.

#### 4 Vier Ebenen zur Beurteilung von Maßnahmen

Bei der öffentlichen Diskussion über Substanzen und Strategien gegen Probleme in Zusammenhang mit Substanzen hat man oft den Eindruck, dass es gar nicht um die potentiellen Gefahren, die von den Substanzen ausgehen, und um eine möglichst rationale Drogen- und Alkoholpolitik geht, sondern dass die Thematik als Projektionsfläche für nur sehr mittelbar mit der Problematik zusammenhängende weltanschauliche und politische Konflikte missbraucht wird. Um mehr Rationalität in die Diskussion zu bringen sollte man versuchen Distanz zu gewinnen und bei der Beurteilung von Maßnahmen folgenden vier Ebenen exakt trennen:

- Die erste Ebene ist die **persönliche Einstellungsebene**: Diese betrifft unsere persönliche Einstellung zum Umgang mit Substanzen. „Bin ich persönlich für Abstinenz oder für verantwortungsbewussten Umgang mit Substanzen?“, „Tendiere ich eher zur Askese oder zum Hedonismus?“ usw. Diese Einstellungen leiten zwar unser eigenes Verhalten, sollten aber nicht unkritisch zum Maß aller Dinge gemacht werden. Wohl ist es meist durchaus sinnvoll seine eigene Haltung in einen suchtpreventiven Kontext einzubringen, man sollte aber akzeptieren, dass andere Menschen ganz andere handlungsleitende Maximen haben können und wohl auch dürfen.
- Die zweite Ebene ist die **symbolische Ebene**: Viele Formen des Substanzkonsums sind recht eng mit subkulturellen und weltanschaulichen Inhalten verbunden – und es fällt oft recht schwer den Substanzkonsum an sich und das, wofür er symbolisch steht, zu trennen. In diesem Sinne gibt es in Österreich seit einigen Jahren eine deutliche Polarisierung in zwei politische Lager, die man vereinfachend und plakativ mit „Haschen gegen Rechts und Saufen gegen Links“ umschreiben

könnte. In einer derart polarisierten Situation kann eine Auseinandersetzung über Alkohol- und Drogenpolitik, über Gefahren in Zusammenhang mit Alkohol- und Drogenkonsum usw. kaum unabhängig von der ideologischen Grundhaltung der Beteiligten stattfinden. Ein sachlicher, fruchtbarer Dialog ist unter solchen Rahmenbedingungen nur möglich, wenn vom Suchtprophylaktiker eine akzeptanzorientierte Grundhaltung signalisiert wird, d.h. wenn der Gesprächspartner trotz abweichender Weltansicht als Mensch akzeptiert wird, wenn die Unterschiede in der Weltanschauung zur Kenntnis genommen werden, wenn konsequent versucht wird von der symbolisch-ideologischen Ebene auf eine sachlich-konstruktive zu gelangen. Bei vielen Konfrontationen in suchtpreventivem Kontext passiert aber genau das Gegenteil. Das Prinzip „Provokation durch Suchtprävention“ scheint mir eine weitverbreitete Strategie für jene pädagogisch Tätigen zu sein, die erkennen, dass sie infolge ihrer Grundhaltung auf die Zielgruppe keinen erwünschten Einfluss ausüben können, und die daher die Gelegenheit benutzen um dem Gegner lustvoll eins auszuwaschen. Selbstredend, dass die daraus resultierende Polarisierung aus suchtpreventiver Perspektive ziemlich kontraproduktiv ist.

- Die dritte Ebene ist die ethische Ebene: Hier geht es um die Frage, unter welchen Bedingungen können wir vertreten, dass unsere persönliche Haltung bzw. die einer bestimmten Gruppe der Gesellschaft aufgezwungen wird? Ich vertrete hier entschieden, dass, auch wenn die individuelle Freiheit so weit wie möglich gewahrt werden soll, die Gesellschaft in Fällen von extremer Fremd- oder Selbstgefährdung intervenieren muss. Bei der Beurteilung diesbezüglicher Fakten muss man aber sehr vorsichtig sein, damit diese Entscheidung nicht zur Projektionsfläche für ideologische Auffassungskonflikte wird. Im Zweifelsfall sollte man – wie in der allgemeinen Psychiatrie – von Repressionsmaßnahmen Abstand nehmen. In Zusammenhang mit der ethischen Ebene erscheint mir auch die Entscheidung für ein grundlegendes Menschenbild essentiell, und ich vertrete, dass man als Demokrat gar keine andere Option hat, als konsequent für ein demokratisch-emanzipatorisches Menschenbild einzutreten.
- Die aus der Sicht eines Wissenschaftlers wichtigste Ebene ist die **pragmatisch-wissenschaftliche Ebene**, die sich mit der Frage auseinandersetzt, ob die angedachten Strategien überhaupt sinnvoll sind. Selbst wer der Meinung ist, dass die Gesellschaft ein Recht habe, gegen den Willen eines Teils der Bevölkerung repressiv das Ziel „drogenfreie Gesellschaft“ durchzusetzen, kann nicht sinnvoll auf der Implementierung von Maßnahmen beharren, wenn sich erweist, dass der Versuch das Ziel zu erreichen sowohl für jene, die gezwungen werden sollen, als auch für jene, die den Zwang ausüben möchten, erheblich mehr Nachteile als Vorteile bringt. Hier bin ich der Meinung, dass die bisherigen Erfahrungen mit der Drogenpolitik – ganz besonders, wenn man die Entwicklung in Europa und den USA analysiert – recht deutlich machen, dass die primär auf Repression setzende Drogenpolitik kontraproduktiv war und ist, und dass es daher sinnvoll ist die neuen europäischen Entwicklungen in der Drogenpolitik auch gegen den Druck der USA fortzusetzen und zu festigen.

## 5 Das Dilemma der Prophylaktiker und Experten

Aber auch, wenn man die genannten vier Dimensionen trennt und sich der Suchtprävention sachlich und möglichst faktengestützt annähern will, steht man in der Praxis oft vor einem Dilemma. Wer in einer Situation erfolgreich intervenieren möchte, muss diese möglichst kompetent verstehen und von der Zielgruppe akzeptiert werden, und das geht nur, wenn er sich der Aufgabe möglichst aufgeschlossen und akzeptanzorientiert<sup>7</sup> nähert.

Das Grunddilemma für Prophylaktiker und Experten ist, dass Aufgeschlossenheit und Akzeptanzorientierung in Zusammenhang mit Suchtphänomenen von Vielen als Parteilichkeit für die Substanzmissbraucher und Süchtigen ausgelegt wird, was Misstrauen begründet (Uhl, 2002b). Wer von der Zielgruppe ernst genommen werden will, muss Kompetenz und Sachlichkeit demonstrieren, gerade das wird aber von Personen, die einem irrational überzeichneten Alkohol- und Drogenbild anhängen, als Verharmlosung erlebt. So ist es für jeden in der Öffentlichkeit stehenden Experten sehr ratsam, sich genau zu überlegen, was er wo wie formuliert. So wurde z.B. ich selbst einmal von einem Politiker massiv persönlich als „Drogenverharmloser“ angegriffen, weil ich in Zusammenhang mit der Heroingrenzmengendiskussion die in der Pharmakologie übliche Äquivalenzrelation zwischen Heroin und Morphin zitierte, und dieser Politiker der Meinung war, dass man trotz analoger Wirkung das als Medikament zugelassene Morphin nicht in einem Satz mit dem nicht zugelassenen Heroin nennen

---

7) „Akzeptanzorientiertheit“ bedeutet, dass man sein Gegenüber in seiner Gesamtheit als Mensch akzeptiert – was nicht bedeutet, dass man dessen Meinungen und Verhaltensweisen unkritisch toleriert oder gar befürwortet.

dürfe. Ich bin sicher, dass man noch viel leichter unter heftigen Beschuss kommen kann, wenn man erwähnt, dass man Opiate und Opioide primär deswegen in hoher Dosierung und ohne zeitliche Begrenzung zur Substitutionstherapie einsetzen kann, weil diese bei fachgerechter Anwendung im Gegensatz zu Alkohol oder Nikotin keine zellschädigende Wirkung auf innere Organe ausüben. Ähnliches passiert wohl auch, wenn man erwähnt, dass zahlreiche Experten die von Thomasius (2000) formulierten Schlussfolgerungen über massive neurotoxische Auswirkungen des Ecstasykonsums stark relativieren, weil gravierende methodologische Probleme bei der Studie evident sind.

Konkret heißt das, wer von kompetenten – also über Drogen Bescheid wissenden – Zuhörern als Forscher, Prophylaktiker bzw. Therapeut ernst genommen werden will, muss zeigen, dass er am aktuellen Wissenstand ist und sich ganz klar gegen Vorurteile und Mythen abgrenzt. Wer aber keine Schwierigkeiten haben will, sollte sich hüten, das offen zu tun, wenn Laien bzw. ideologisch Andersdenkende anwesend sind. Für Lehrer heißt das z.B., dass sie einerseits in Anbetracht von in Drogenfragen kompetenten Schülern diesen gegenüber ganz deutlich signalisieren müssen, dass sie wissen, wovon sie reden, und andererseits sich davor hüten sollten, das Gleiche offen vor drogenunerfahrenen Schülern zu tun, weil ihnen ihre Haltung sonst leicht als Verharmlosung ausgelegt werden könnte. Um in diesem Spannungsfeld existieren zu können, haben sich in der Fachwelt drei Strategien herausgebildet.

- Eine Strategie ist es ausschließlich einen substanz- und suchtspezifischen Präventionszugang zu wählen; d.h. inhaltliche Aussagen über Drogen und Sucht kategorisch zu vermeiden, spezifische Fragen möglichst nicht zu beantworten und alle suchtpreventiven Aktivitäten ausschließlich nach einem drogen- und suchtspezifischen Gesundheitsförderungsansatz anzulegen. Dieser Zugang stößt in seiner Radikalität bei den Zielpersonen allerdings oft auf Widerspruch, weil diese, wenn es um Drogen- und Suchtprevention geht, von Experten meist auch das Thema „Drogen und Sucht“ explizit einfordern. Das völlige Aussparen von drogen- und suchtspezifischen Inhalten in der Schule wird außerdem dem Anspruch nicht gerecht, Kinder und Jugendliche zu informieren und zu Bürgern zu erziehen, die später kompetente Entscheidungen für sich und Andere treffen können sollen. Außerdem überlässt man so das Feld, ohne Einflussmöglichkeiten wahrzunehmen, den oft recht einseitigen und mit bedenklichen Inhalten gefüllten Informationen durch Gleichaltrige (Peers), dem Internet und den Massenmedien, was sicherlich recht kritisch zu sehen ist.
- Die zweite Strategie besteht in der Wahl einer bewusst vagen und mehrdeutigen Kommunikationsform, die einerseits kompetenten Zuhörern ganz deutlich vermittelt, dass man genau weiß, wovon man spricht, und dass man über die gängigen Inhalte und Kontroversen im Feld ganz genau informiert ist, die andererseits aber für ein Publikum, das solide in Vorurteilen, Missverständnissen und Tabus verwurzelt ist, alles so verklausuliert, dass es die Widersprüchlichkeit gar nicht bemerken kann. Man sagt z.B. „Ich bin gegen Prohibition!“, um die völlig äquivalente, für Laien aber weit besser verstehbare Formulierung „Ich bin für eine Legalisierung!“ nicht aussprechen zu müssen usw. Viele Experten haben es in dieser Form der dualen Kommunikation zu einer unglaublichen Perfektion gebracht. Angesichts des Umstandes, dass die Sprache im Drogen- und Suchtbereich auch ohne gezielte Verwirrungsstrategien bereits eine enorme Herausforderung an alle Forscher, Prophylaktiker und Therapeuten darstellt, sollte man vielmehr mutig Tendenzen zur Präzisierung und Vereinheitlichung verstärken, als mutwillig Mehrdeutigkeit und Vagheit zu fördern.
- Die dritte und einzige nicht opportunistische Strategie besteht darin, sich situationsunabhängig klar gegen Vorurteile, Mythen, Einseitigkeiten und Doppelgleisigkeiten abzugrenzen, offen zu wissenschaftlichen Fakten und zur Logik zu stehen und auch kontroversielle Themen nicht auszuspüren. Nur die letztgenannte Strategie bietet der Öffentlichkeit eine klare Orientierungshilfe, fördert die Entstehung von Sachkompetenz und kann Grundlage für einen offenen und mutigen Dialog über den adäquaten gesellschaftlichen Umgang mit Drogen und Sucht bieten. Infolge der zuvor beschriebenen Versachlichung und Entemotionalisierung des Drogenthemas wird diese letztere Strategie auch immer gangbarer und ungefährlicher.

## **6 Wie weit ist die Suchtprevention faktenbasiert bzw. wie weit kann sie das sein?**

Nachdem sich die Suchtprevention als Branche inzwischen relativ etabliert und gefestigt hat, und man sich intern immer mehr mit kritischen Inhalten und den grundsätzlichen Möglichkeiten der Suchtprevention auseinander zu setzen begann, wuchs das Bewusstsein, dass die Schere zwischen Erfolgserwartung und dem tatsächlich Machbaren immer weiter auseinander klappte. Vor dem

Hintergrund abnehmender öffentlicher Ressourcen sowie angesichts eines in allen Bereichen wachsenden Erfolgs- und Evaluationsdrucks wick die anfängliche Begeisterung über die rasche Etablierung von Suchtprävention zur eigenen Branche dem bängen Bewusstsein, dass eine kritische Auseinandersetzung mit den realen Möglichkeiten der Suchtprävention und deren Evaluation – mit all ihren nicht hinterfragten impliziten Hintergrundannahmen, mit unklaren Zielvorstellungen und mit unausgesprochenen handlungsleitenden Theorien – immer notwendiger wurde, um den Bestand der neuen Profession längerfristig gewährleisten zu können.

Der unbedingt notwendige nächste, sozusagen letzte Schritt in dieser dreiphasigen Entwicklung – von „unkoordinierten Maßnahmen“ über die „Etablierung als eigene Disziplin“ hin zur „Professionalisierung“ – ist eine offene, systematische und kritische Auseinandersetzung mit den Grundlagen präventiven Handelns. Nur so kann die Zukunft und die Reputation der inzwischen etablierten Suchtpräventionsbranche längerfristig gesichert werden. Das Ziel in diesem Zusammenhang ist zu empirisch überprüfen, in der Fachwelt anerkannten, handlungsrelevanten Theorien zu gelangen.

Es gibt zwar, wie z.B. Röhrle (1999) betont, inzwischen eine Vielzahl von Modellen und Theorien zur Begründung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen, und darunter befinden sich ohne Frage interessante Ansatzpunkte für Forschung und Praxis; man muss jedoch gleichzeitig auch festhalten, dass der stichhaltige empirische Erfolgsnachweis für Maßnahmen, die auf diese Grundlagen aufbauen – zumindest in Zusammenhang mit Primärprävention von Sucht und Substanzmissbrauch – bis heute keinesfalls so überzeugend gelungen ist, wie viele Experten implizieren. Vieles spricht dafür, dass in diesem Forschungsfeld eindeutige Erfolgsbelege, wie sie z.B. in der Pharmakologie und in der „evidence-based medicine“ durchwegs gefordert und teilweise auch realisiert werden, oft gar nicht möglich sind, und dass man aus dieser Erkenntnis Konsequenzen ziehen muss. Viele relevante und interessante Fragestellungen liegen nahe an bzw. jenseits der ontologischen, technischen und ökonomischen Forschungsgrenzen, und zahlreiche populäre Versuche diese Forschungshindernisse zu überwinden, können einer kritischen Analyse nicht standhalten (Uhl, 2002a)

In einem Forschungsfeld wie der Primärprävention, wo es nicht – oder zumindest noch nicht – möglich ist ein umfassendes, konsistentes und empirisch gut fundiertes Modell als Grundlage für präventive Handlungsstrategien zu entwerfen, ist es zweckmäßig, existierende wissenschaftliche Befunde kritisch auf Stichhaltigkeit zu prüfen und diese wie Puzzlesteine zu einem Gesamtbild zusammenzufügen. Wenn man in diesem Sinne vorgeht, wie Kriminalisten, die einen komplexen Fall bearbeiten, ergeben sich naturgemäß laufend logische Widersprüche, Situationen, die mehrere plausible Interpretationen zulassen und fehlende Puzzlesteine, die vorläufig basierend auf Erfahrung, Common Sense und Analogieschlüssen ergänzt werden müssen. Selbstredend, dass der beschriebene Prozess zeitaufwändig ist und viele Fragen offen lässt. So kann man sich langsam einem realitätstreueren Bild der Wirklichkeit annähern und immer adäquatere Handlungskonzepte formulieren. Die einzelnen Forschungsschritte führen allerdings nur selten zu ganz eindeutigen Ergebnissen. Häufig erhält man statt Antworten bloß neue Fragen, die mit weiteren hypothesengeleiteten Forschungsschritten aufgeheilt werden müssen.

Diese Situation erzeugt sowohl für Forscher als auch für Praktiker, von denen erwartet wird, dass ihr Handeln auf Forschungsergebnisse aufbaut – sie also in Neudeutsch „evidence based“ vorgehen – ein ziemliches Dilemma. Auftraggeber für Forschungsprojekte gewähren in der Regel nur einen begrenzten Zeitrahmen und bieten bloß begrenzte Mittel zur Beantwortung von wissenschaftlichen Fragen an. Nach Projektabschluss erwarten sie klare und eindeutige Aussagen und nicht offene Fragen. Wer hier im Projektantrag unrealistische Machbarkeitserwartungen nährt, ohne Rechts und Links zu schauen den etablierten Forschungs-, Auswertungs- und Interpretationstrampelpfad des „State of the Art“ folgt und es vermeidet sein Handeln kritisch zu hinterfragen, hat gegenüber jenen Kollegen, die sich kritisch mit den methodologischen Grundlagen und begrenzten Möglichkeiten der empirischen Forschung quälen, einen enormen Wettbewerbsvorteil – zumindest solange er damit durchkommt ohne anzuecken. So wird heute allgemein gefordert alles wissenschaftlich zu evaluieren – ohne zu fragen, ob das in konkreten Fällen überhaupt inhaltlich sinnvoll und/oder realisierbar ist – und gleichzeitig werden die für Evaluation bereit gestellten Mittel meist in einer Art und Weise begrenzt, dass echter Erkenntnisgewinn gar nicht möglich ist – eine pathologische Evaluationspraxis, die ich anderenorts (Uhl, 2000b) mit „Evalopathie“ umschrieben habe.

Derzeit ist die Chance für den Forscher im Präventionsfeld mit gravierenden Mängeln durchzukommen allerdings recht gut. Ob Forschungsergebnisse und -interpretationen stichhaltig sind,

spielt nach Abschluss der Projekte in der Regel kaum eine Rolle, weil auch bei gravierenden Mängeln sich nur selten fundierte und konsequente Kritik unter Forscherkollegen entwickelt. Wer selbst im Glashaus sitzt, und sich dessen bewusst ist, vermeidet es mit Steinen zu werfen, und wer sich dieses Umstands nicht bewusst ist, kann gar nicht gezielt mit Steinen werfen, weil er nicht weiß, wohin er zielen könnte. In diesem Sinne steht die empirische Forschung oft im Spannungsfeld zwischen „zynischem Opportunismus“ und „bewusst gewählter Ignoranz“ (Uhl, 2000a).

## 7 Mythen in Suchtforschung und Suchtprophylaxe

Um nach diesen sehr kritischen Tönen die Forschungspraxis betreffend zu zeigen, was ich meine, möchte ich zur Illustration nur einige wenige Beispiele anführen:

Nehmen wir an, wir hätten ein sehr gutes Präventionsprogramm, das Probleme in Zusammenhang mit illegalen Drogen in der Zielgruppe relativ zur Vergleichsgruppe um 20% verringern kann. Nehmen wir weiter an, dass die Kontrollerhebung zur Messung des Programmeffekts ein Jahr nach der Intervention erfolgt, und dass bei der Erfassung keine Mess-, Kodierungs- oder sonstige Fehler passieren. Gehen wir ferner von einem Signifikanzniveau von 5% aus und fordern wir, dass der Erfolg der Maßnahme mit 80% Wahrscheinlichkeit nachweisbar sein muss („statistische Macht“). Unter diesen Rahmenbedingungen errechnet sich ein minimaler Gesamtstichprobenumfang von 360 000 Versuchspersonen. Wenn wir den Erfolg des Programms mit höherer Wahrscheinlichkeit nachweisen möchten, oder wenn wir realistischerweise annehmen, dass man Drogenprobleme nicht völlig fehlerfrei erfassen kann, dann benötigt man noch weit größere Stichprobenumfänge (Uhl, 2002a). Dass Stichprobenumfänge von mehreren 100 000 Personen in der Forschungspraxis kaum realisierbar sind, bedarf wohl keiner näheren Erörterung.

Eine beliebte Strategie, wie man das Dilemma der ungenügenden „statistischen Macht“ in methodologisch unzulässiger Weise umgehen kann, ist viele kleine Studien mit vielen unabhängigen Zielvariablen durchzuführen und auszuwerten. In diesem Fall aggregiert man in der Regel bloß irrelevante Zufallssignifikanzen („Fischen nach Signifikanzen“) und, da ja bevorzugt signifikante Forschungsergebnisse publiziert werden, kann man auch noch auf den „Publikations-Bias“ vertrauen, der bewirkt, dass in der veröffentlichten Literatur Effekte von Maßnahmen systematisch überschätzt werden.

Eine andere Strategie ist Veränderungen von „Surrogatvariablen“ zu erfassen und einen Zusammenhang zum eigentlichen Zielkriterium „problematischer Drogenkonsum“ zu postulieren. Hier stehen wir dann vor dem Problem, dass die beliebtesten Surrogatvariablen wie „Drogenabwehrhaltung“ oder „Probierkonsum“ sich aus logischen Gründen zur Erfassung des eigentlichen Zielkriteriums zwar logisch nicht eignen, infolge des Papageieffekts in der Regel aber massive Scheineffekte entstehen, die Erfolge suggerieren. Der Papageieffekt (Uhl, 2002a) bedeutet Folgendes: Wenn Schüler, die noch keine Erfahrungen mit illegalen Drogen aufweisen und auch keinen Bezug zum Thema „Drogen“ haben, mit „Gefährlichkeitsaussagen über Drogen“ konfrontiert werden, so werden sie die Inhalte wie andere Lerninhalte aufnehmen und bei Befragung unverändert wiedergeben. Zu glauben, dass das bloße Nachsagen von Informationen einen protektiven Effekt hat und Drogenabwehrhaltung ausdrückt, ist hochgradig naiv; so wie man auch nicht erwarten sollte, dass ein Papagei, dem man die Worte „Ich hasse Bananen“ beibringt, in Zukunft keine Bananen mehr fressen wird. Die Zustimmung zur genannten Aussage ist also wenig relevant in Bezug auf zukünftiges Drogenkonsumverhalten.

Wer durch überzeichnete Gefährlichkeitsaussagen bei ahnungslosen und von deren Inhalt noch nicht betroffenen Kindern eine deutliche, in Wahrheit ausschließlich mit dem Papageieffekt erklärbare, Zunahme der Drogenabwehrhaltung bewirkt, erzielt damit nicht nur keine langfristigen Erfolge, sondern riskiert sogar einen „Bumerangeffekt“. Wenn Kinder und Jugendliche mit überzeichneten Gefahreninhalten konfrontiert wurden, die sich bei der ersten Auseinandersetzung mit der Realität als offensichtlich falsch erweisen, wird die Autorität der Informationsquelle nachhaltig untergraben. Die Informationsquelle beraubt sich damit unnötigerweise der Möglichkeit in kritischen Situationen als kompetenter Partner einbezogen zu werden und dadurch angemessen intervenieren zu können. Die Annahme der überzeichneten Gefahreninhalte wird hier nicht zum protektiven Faktor sondern zum Risikofaktor (Uhl, 2002a).

Auch die Surrogatvariable „Probierkonsum“ eignet sich nur schlecht um späteren Problemkonsum vorauszusagen. Das folgt aus dem „Mäßiger Konsum – Problemkonsum – Paradoxon“ (Uhl, 2002a). Dieses Paradoxon folgt aus dem Umstand, dass sowohl völlige Abstinenz in Subkulturen, in denen der

Umgang mit der entsprechenden Substanz zum Alltag gehört, als auch exzessiver, die subkulturelle Norm sprengender Konsum als Problemindikator („erhöhte Vulnerabilität“) zu interpretieren sind. Sollte man nun, im Sinne erfolgreicher Gesundheitsförderung, eine deutliche Reduktion der Problembelastung von Individuen durch Empowerment erzielen, so sollte das den Hypothesen entsprechend einerseits mit einer Reduktion des Problemkonsums und andererseits mit einer Zunahme des Experimentierkonsums sowie mäßigen Konsums einhergehen (Uhl, 2002a). Wer in dieser Situation die Zunahme des Probierkonsums als Hinweis für mehr Problemkonsum interpretiert, geht einem eigentlich leicht darstellbaren Paradoxon auf den Leim.

Eine weitere, bei näherer Analyse logisch schwer nachvollziehbare, für die Präventionsdiskussion aber nach wie vor sehr relevante Theorie ist die Einstiegsdrogentheorie. Hier wird aus dem Umstand, dass der Konsum von zwei funktional mehr oder weniger äquivalenter Substanzen korreliert, geschlossen, dass man den Konsum der einen Substanz (meist Heroin oder Kokain) langfristig vermindern kann indem man den Konsum der ersteren (meist Nikotin, Alkohol und/oder Cannabis) entschieden bekämpft. Die Drogengeschichte lehrt uns aber genau das Gegenteil: nämlich dass Drogen, die plötzlich weniger verfügbar werden, langfristig durch andere substituiert werden. Verschiebungen von Kaffee zu Tee im asiatischen Raum im 17. und 18. Jhd (vgl. Maritsch & Uhl, 1989) oder die gegenwärtige dramatische Zunahme des Stimulanzienkonsums in Australien, nachdem es zu einem plötzlichen Heroinengpass gekommen war, sind dafür recht eindrucksvolle Beispiele. Pointiert formuliert: Da Obstliebhaber gerne Äpfel und Birnen essen, kann man annehmen, dass der Apfel- und Birnenkonsum deutlich korreliert. Es wäre aber wohl widersinnig zu erwarten, dass ein hungriger Obstliebhaber, der eine Birne und einen Apfel vor sich zur Auswahl liegen hat, auch auf die Birne verzichtet, wenn man ihm den Apfel wegnimmt – im Gegenteil, die Chance, dass er zur Birne greift, steigt.

Es ist eine allgegenwärtige Erwartung in der Prävention, dass man späteren Problemkonsum verhindern kann, indem man den Einstieg möglichst weit hinaus schiebt. Geschlossen wird das meist aus dem Umstand, dass früher Einstieg mit späterem Problemkonsum nachgewiesen hoch korreliert. Diese Interpretation ist aber methodologisch deswegen unzulässig, weil der Zusammenhang über die Drittvariable „Problemanfälligkeit“ der betreffenden Personen erklärbar ist. Es ist nämlich seit langem bekannt, dass Problemverhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen miteinander korrelieren (vgl. Problem Behaviour Theory von Jessor & Jessor, 1977). „Früher Alkoholkonsum“ als Problemverhalten korreliert, wie immer wieder empirisch festgestellt wurde, mit einer Fülle von anderen Problemverhaltensweisen, wie Aggressivität, frühe Sexualität, Kriminalität, Suchtgefahr und Vielem mehr. Wenn früher Alkoholkonsum sich offensichtlich als Prädiktor eignet, um andere Problemverhaltensweisen vorhersagen zu können, so bedeutet das nicht, dass eine spontane oder durch Intervention verursachte Veränderung des Alkoholeinstiegsalters eine gleichsinnige Veränderung in den anderen Problemverhaltensweisen hervorrufen muss. Kausalität manifestiert sich zwar meist in Korrelationen, und Zusammenhänge können eine Grundlage sein um Kausalität zu vermuten, aber von einem Zusammenhang zwingend auf Kausalität zu schließen ist logisch unzulässig („Cum Hoc Fehlschluss“). Derzeit beginnen Jugendliche akzelerationsbedingt immer früher gleichwertig am Leben der Erwachsenen – und damit auch an deren Konsumgewohnheiten – teilzunehmen und gleichzeitig sinkt in Österreich und Deutschland der Alkoholkonsum sowohl in der Gesamtbevölkerung als auch bei jungen Erwachsenen (Uhl, 2003; BZgA, 2001; Kraus et al., 2003). Würde der Zusammenhang zwischen frühem Einstieg und späterem Problemkonsum in der postulierten Form zutreffen, müsste der durchschnittliche Alkoholkonsum bei jungen Erwachsenen konsequent ansteigen, was aber nicht der Fall ist. Es ist aus diesem Grunde durchaus angezeigt zu vermuten, dass man spätere Problemverhaltensweisen nicht dadurch verringern kann, dass man eines der Symptome mit Zwangsmaßnahmen verändert, sondern indem man bei den eigentlichen Ursachen des Problems ansetzt – so wie man eine fiebrige Infektion ja auch nicht bekämpfen kann, indem man die Körpertemperatur künstlich reduziert, sondern nur indem man die Abwehrkraft stärkt oder medikamentös gegen Keime ankämpft. Die Vorstellung, dass man in der Prävention vor allem den frühen Einstieg bekämpfen muss, lässt sich daher leicht als „Early Onset Mythos“ darstellen.

Einer der gebräuchlichen Indikatoren zur Erfolgsmessung von Prävention in einer Gesellschaft ist die Zahl der Drogenopfer, wobei in vielen europäischen Ländern sowohl die direkten Drogenopfer (Überdosierungen und Unfälle) als auch die indirekten Drogenopfer (durch drogenbedingte Krankheiten) gezählt und interpretiert werden. Diese Interpretation geht aber an der dynamischen Natur des Phänomens völlig vorbei. Da Drogen nicht unsterblich machen, sterben alle Drogenabhängigen – wie auch alle anderen Menschen – früher oder später. Sogar, wenn präventionsbedingt die Neueinstiegsrate dramatisch abnimmt, und man die Zahl der direkten

Drogenopfer durch geeignete medizinische und soziale Maßnahmen gering halten kann, muss es infolge der natürlichen Alterung der Szene noch über Jahre zu einer steigenden Zahl an indirekten Drogenopfern kommen. Gelingt es die Zahl durch eine optimale Drogenpolitik kurzfristig zu verringern, so erzeugt man einen „Rückstau“, der sich auch bei Beibehaltung der guten Politik in wenigen Jahren durch einen überproportionalen Anstieg der Zahlen ausgleichen muss (Uhl, 2002c).

In diesem Kapitel wurden einige Mythen und Probleme in Zusammenhang mit Prävention und deren wissenschaftlicher Fundierung angesprochen. Die bis jetzt angesprochenen Inhalte dienen als Hintergrund für die Behandlung des eigentlichen Themas meines Vortrags „Wie viel Freiheit braucht Suchtprävention – wie viel Zwang verträgt sie?“ zu dessen Erörterung ich nun spät aber doch ansetzen werde.

## 8 Um wessen Freiheit geht es?

Wenn man über Freiheit in Zusammenhang mit Suchtprävention spricht, so nimmt man spontan an, dass es um die „Freiheit der eigentlichen Zielpersonen“ – meist Kinder oder Jugendliche – geht sich für oder gegen die Vorgaben, Ziele und Methoden der Prophylaktiker zu entscheiden. Das ist allerdings keinesfalls der einzige Aspekt, der in diesem Zusammenhang relevant ist. Es gibt auch noch die Aspekte „Freiheit des Prophylaktikers“, der seine Methoden und Ziele frei und unabhängig wählen möchte und „Freiheit des Präventionsforschers“, um beliebige Forschungsdesigns zu entwerfen und die Ergebnisse nach eigenem Gutdünken zu interpretieren. Die drei Bereiche „Freiheit der Zielperson“, „Freiheit des Prophylaktikers“ und „Freiheit des Präventionsforschers“ betreffend gibt es meiner Auffassung nach zwar viele Argumente für möglichst wenig Zwang – gleichzeitig muss man aber auch anerkennen, dass in allen drei Bereichen nicht kategorisch auf Kontrollmaßnahmen und Vorgaben verzichtet werden kann. Die Gretchenfrage ist daher, wo und wie soll diese Abgrenzung im konkreten Fall erfolgen.

**Zur Freiheit der Zielpersonen:** Wenn Individuen sich selbst erheblich gefährden und ganz besonders, wenn sie andere erheblich gefährden, sind Zwangsmaßnahmen ohne Frage gerechtfertigt. Die Betonung liegt dabei auf dem Wort „erheblich“, und hier sollte man es sehr genau nehmen. In der Psychiatrie, wo über Jahrhunderte mit Zwangsmaßnahmen recht willkürlich und freizügig umgegangen wurde, hat es im Zuge der „demokratischen Psychiatriebewegung“ eine radikale Umorientierung gegeben. Heute kann in vielen europäischen Ländern die Psychiatrie gegen den Willen eines Betroffenen nur intervenieren, wenn dieser als hochgradig selbst- oder fremdgefährdend imponiert. Auch in Zusammenhang mit Alkohol wird in Europa – von Ausnahmen abgesehen – recht behutsam mit Freiheitsentzug umgegangen. Bei illegalen Drogen hingegen erfolgt der Griff nach Sanktionen und Zwangsmaßnahmen auch heute noch recht rasch. Maßnahmen, die man in der herkömmlichen Psychiatrie oder in Zusammenhang mit Alkohol als „übergriffig“ erleben würde, werden in Zusammenhang mit illegalen Drogen von der breiten Bevölkerungsmehrheit geduldet, ja sogar gefordert. Ein sich abzeichnendes grundlegendes Umdenken in der europäischen Drogenpolitik – ich denke hier an die Schlagworte „Harmreduktion“, „Therapie statt Strafe“, „Entkriminalisierung bei Konsumdelikten“, „Umdenken in der Cannabispolitik“ etc. – erfolgt dabei meiner Einschätzung nach nicht etwa, weil Entscheidungsträger oder die Bevölkerungsmehrheit aus ethischen Gründen Repression in der Drogenpolitik ablehnen würden, sondern aus rein pragmatischen Gründen. Erstens zeichnet sich immer deutlicher ab, dass die ursprünglich primär repressiv orientierte Drogenpolitik keine plausiblen Erfolge vorweisen kann, und zweitens wird immer offensichtlicher, dass mit Repression erheblich mehr Probleme erzeugt als gelöst wurden. Es steht für mich aber trotz meines, auf einem demokratisch-emanzipatorischen Menschbild basierenden, negativen Urteils zur Repression in der Suchtprophylaxe außer Frage, dass ein völliger Verzicht auf Zwangsmaßnahmen in Zusammenhang mit der Drogenpolitik nicht sinnvoll sein kann, wobei man hier allerdings keine einfachen Patentrezepte zur Entscheidung anbieten kann.

**Zur Freiheit des Prophylaktikers:** Ähnlich komplex wie die Frage nach der Angemessenheit von Sanktionen und Kontrollen bei Drogenkonsumenten ist auch die Frage, wie weit man Prophylaktikern das Recht einräumen sollte über Methoden und Ziele frei und unabhängig zu entscheiden. Auch hier ist die Entscheidung alles andere als leicht. Wenn Pädagogen und Erziehern keine weitreichende Methodenautonomie gewährt wird, werden diese zwangsläufig zum Spielball fordernder Behörden und Eltern. Die Folge von Einschränkungen und widersprüchlichen Direktiven ist meist Motivationsverlust und Burn-Out – eine Entwicklung, die zwangsläufigen Qualitätsverlust nach sich zieht. Auf der anderen Seite ist es aber auch nicht zu akzeptieren, dass in Präventionsfragen fachlich absolut inkompetente Pädagogen auf inadäquate Methoden und inakzeptable Grundhaltungen bestehen. Ich

denke da z.B. an Pädagogen, die auch heute noch als kontraproduktiv gebrandmarkte Abschreckungsansätze durchziehen, an Personen, die ohne die elementarsten Prinzipien der Gesundheitsförderung verstanden zu haben, ohne Strategie und Zielvorstellungen chaotischen Aktionismus veranstalten und das „Gesundheitsförderung“ nennen, an Personen, die ihre Zielpersonen mit Falschinformation traktieren oder bei ideologischen Meinungsunterschieden übergriffig reagieren usw. Wenn man bedenkt, wie leicht inkompetente Prophylaktiker bei ihren Opfern nachhaltigen Schaden verursachen können, sind qualitätssichernde Maßnahmen für den Präventionsalltag nicht nur wünschenswert, sondern nachhaltig zu fordern. Ich vertraue hier auf entsprechende Weiterbildungsangebote, auf Anreize diese anzunehmen und auf Rahmenbedingungen, die den Pädagogen ausreichende Weiterbildung ermöglichen. Wann man von außen intervenieren sollte, und wie man zu einer ausgewogenen Balance zwischen Methodenautonomie und qualitätssichernder Einschränkung kommen kann, muss auch hier individuell im Einzelfall entschieden werden. Ich kenne konkrete Beispiele, meine eigenen Kinder betreffend, wo ein unmissverständlicher Ordnungsruf an suchtprophylaktisch tätige Pädagogen höchst angezeigt gewesen wären, wo aber trotz vorsichtiger Intervention meinerseits – mit massiven Interventionen befürchtete ich meinen Kindern in der Schule zu schaden – absolut keine Qualitätsverbesserung zu erzielen war.

**Zur Freiheit des Präventionsforschers:** Der letzte Bereich, den ich hier berühren möchte, betrifft die Präventionsforschung – das Gebiet, mit dem ich am unmittelbarsten verbunden bin. Die Freiheit der Forschung – im Sinne von „Unabhängigkeit von den Partikularinteressen mächtiger Interessensgruppen“ – ist zwar ein ganz wichtiges Grundprinzip der Forschung, aber bedeutet das auch, dass Forscher willkürlich öffentliche Gelder verwenden dürfen, um Wissenschaftsmüll zu produzieren? Bedeutet das, dass Forscher, die sich aus Ignoranz oder Opportunismus über die fundamentalen Grundlagen der Erkenntnislogik hinwegsetzen, als gleichberechtigte Kollegen akzeptiert werden müssen? Ich glaube, wenn wir an Qualität und Fortschritt interessiert sind, ist ein uneingeschränktes „anything goes“ im Sinne von Paul Feyerabend (1984) nicht zu akzeptieren – und in der Praxis wird das auch nicht akzeptiert. Wer Prophylaktiker an die wissenschaftlichen Ergebnisse der Präventionsforschung binden möchte, muss gewährleisten, dass die Präventionsforscher sich bei der Planung von Studien, bei deren Durchführung und der Interpretation der Daten an fundamentale Grundprinzipien von Logik und Methodologie halten, und damit wird die Freiheit der Forscher zu tun, was ihnen beliebt, erheblich eingeschränkt. Die konkreten Qualitätssicherungsmechanismen, die hier am Werk sind, sind die Begutachtung durch Fachkollegen im Zuge der Finanzierung von Forschungsprojekten und in Zusammenhang mit der Publikation in anerkannten Zeitschriften. Damit sind für Forscher Kontrollmechanismen installiert, die deren Freiheit in der Forschung deutliche Grenzen setzen. Diese Kontrollmechanismen sind zwar – wie uns allen bewusst ist – keinesfalls optimal organisiert, völlig ohne sie auskommen zu wollen, wäre aber fraglos ein deutlicher Rückschritt.

Kontaktadresse:

Alfred Uhl, Mitarbeiter des Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) und Leiter der AlkoholKoordinations- und InformationsStelle (AKIS) beide am Anton-Proksch-Institut (API), Mackgasse 7-11, Wien, A-1230 Österreich  
E-Mail: [alfred.uhl@api.or.at](mailto:alfred.uhl@api.or.at)  
Web: <http://www.api.or.at/lbi> und <http://www.api.or.at/akis>

Antonovsky, A. (1987): Unraveling the Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well. Jossey-Bass Publishers, San Francisco

BZgA (2001): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

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

Feyerabend, P. (1984): Wissenschaft als Kunst. Suhrkamp, Frankfurt a.M.

- Gordon, R. (1983): An Operational Classification of Disease Prevention. Public Health Report, 98, 2,107-109
- Jessor, R.; Jessor, S.L. (1977): Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth. Academic Press, New York
- Kraus, L.; Augustin, R; Töppich, J. (2003): Alkoholkonsumtrends bei Jugendlichen und Erwachsenen. in: DHS: Jahrbuch Sucht 2003. Neuland, Geesthacht
- Maritsch, F.; Uhl, A. (1989): Kaffee und Tee. in: Scheerer, S.; Vogt, I.: Drogen und Drogenpolitik. Campus, Frankfurt
- 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
- Röhrle, B. (1999). Ein Modell präventiven und gesundheitsförderlichen Handelns. In Röhrle, B. & Sommer, G. (Hrsg.) (1999). Prävention und Gesundheitsförderung (S. 53-68). Tübingen: DGVT.
- Strasser T. Reflections on cardiovascular diseases. Interdisc Sci Rev 1978; 3: 225-230
- Thomasius, R. (Hrsg) (2000): Ecstasy Eine Studie zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen des Missbrauchs. Wissenschaftliche VerlagsgmbH , Stuttgart
- 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. (2002c): Todesfälle durch Substanzkonsum: Wie sinnvoll ist dieses Konzept? Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 25, 1/2, 23-32
- Uhl, A. (2003): Jugend und Alkohol - mit besonderer Berücksichtigung des rauschhaften Trinkens. praev.doc, 1, 3-10
- 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