

# rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

ISSN 2190-443X

4. Jahrgang

Heft 2·2015



**Themenschwerpunkt:**

**Alkoholsuchtprävention**

## Impressum

rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

### Herausgeber und Chefredakteur

Univ.-Doz. Dr. Martin Poltrum  
martin.poltrum@api.or.at

### Herausgeber

Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek  
michael.musalek@api.or.at  
Dr. Oliver Scheibenbogen  
oliver.scheibenbogen@api.or.at

### Redakteure

Dr. Thomas Ballhausen  
t.ballhausen@gmail.com  
Mag. Irene Schmutterer  
irene.schmutterer@api.or.at

### Bildredaktion

Sonja Bachmayer  
ikarus711@hotmail.com

### Verlag

Pabst Science Publishers  
Eichengrund 28  
D-49525 Lengerich  
Tel. +49 (0)5484 308  
Fax +49 (0)5484 550  
www.pabst-publishers.de  
www.psychologie-aktuell.com

### Nachrichtenredaktion, verantwortw.

Wolfgang Pabst  
wp@pabst-publishers.com

### Administration

Silke Haarlammer  
haarlammer@pabst-publishers.com

### Herstellung

Bernhard Mündel

### Urheber- und Verlagsrechte

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

Haftungsausschluss: Der Inhalt jedes Heftes wurde sorgfältig erarbeitet, jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Redaktion und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge. Die nicht besonders gekennzeichnete Nennung von geschützten Warenzeichen oder Bezeichnungen lässt nicht den Schluss zu, dass diese nicht marken- oder patenschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegen. Abbildungen dienen der Illustration. Die dargestellten Personen, Gegenstände oder Sachverhalte müssen nicht unbedingt im Zusammenhang mit dem im jeweiligen Artikel erwähnten stehen.

Für unverlangt eingesandte Texte, Materialien und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Rücksendung unverlangt eingesandter Beiträge erfolgt nur bei Erstattung der Versandkosten. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte zu bearbeiten, insbesondere zu kürzen, und nach eigenem Ermessen zu ergänzen, zu verändern und zu illustrieren. Zur Rezension übersandte Medien werden nicht zurückgesandt.

### Abonnement und Bestellservice

rausch erscheint 4x jährlich und kann direkt über den Verlag oder eine Buchhandlung bezogen werden.

### Bezugspreise:

Jahresabonnement: Inland 50,- Euro,  
Ausland 50,- Euro; Einzelausgabe: 15,- Euro.  
Preise inkl. Versandkosten und MwSt.

### Bankverbindung:

IBAN: DE90 2658 0070 0709 7724 07  
BIC: DRESDEFF265

### Bestellservice:

haarlammer@pabst-publishers.com  
Tel. +49 (0)5484 97234  
Fax +49 (0)5484 550

**Bezugsbedingungen:** Soweit im Abonnementvertrag nichts anderes vereinbart wurde, verpflichtet der Bezug zur Abnahme eines vollständigen Jahresabonnements (4 Ausgaben). Kündigung des Abonnements unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen jeweils zum Jahresende. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt oder Streiks entstehen keine Rechtsansprüche des Abonnenten an den Verlag.

**Titelbild:** Detail aus der Fotoreportage Guča 2012-13 (in dieser Ausgabe) von Sonja Bachmayer.

# rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

4. Jahrgang · Heft 2-2015

Themenschwerpunkt:

## Alkoholsuchtprävention

### Gastherausgeber:

Artur Schroers

### Inhalt

- 79 Editorial  
*Artur Schroers*
- 81 Suchtprävention im Rahmen des Projektes Alkohol 2020  
*Michael Dressel*
- 83 Prämissen und Folgerungen zur Alkoholsuchtprävention  
*Artur Schroers & Markus Hojni*
- 93 Alkoholpolitik im europäischen Kontext  
*Alfred Uhl*
- 103 Instanzen der Kontrolle und der Möglichkeit.  
Fragen und Bemerkungen zu Chris Sauppers „The Icke Souvenirs“  
*Thomas Ballhausen*
- 106 Bildstrecke: „The Icke Souvenirs“
- 112 Wirksamkeit von Alkoholprävention –  
allgemeine Erkenntnisse und konkrete Beispiele  
*Anneke Bühler, Johannes Thrul & Katrin Schulze*
- 117 Stationär behandelte jugendliche Rauschtrinker –  
Trinkereignis im Vorfeld der akuten Alkoholintoxikation  
und habituelles Trinkverhalten  
*Marco Stürmer, Ursula Gisela Buchner & Jörg Wolstein*
- 125 Fotoreportage: Guča 2012-13, Dragačevski sabor u Guči  
*Sonja Bachmayer*
- 131 Alkoholprävention:  
Strategien europäischer Städte: Rotterdam und Wien  
*Artur Schroers & Denis S. Wiering*
- 143 Best Practice zur gendersensiblen Suchtprävention  
*Marie-Louise Ernst*
- 149 Aneignung von Konsumkompetenz als Entwicklungsaufgabe  
Jugendalters  
*Joachim Körkel*
- 156 Kinder aus suchtbelasteten Familien  
*Alexandra Puhm*
- 160 Alkohol am Arbeitsplatz – Probleme und Perspektiven  
der Prävention und Intervention in Österreich  
*Senta Feselmayer & Wolfgang Beiglböck*



188 Seiten, ISBN 978-3-95853-069-0,  
Preis: 15,- €

eBook: ISBN 978-3-95853-070-6,  
Preis: 10,- € (www.ciando.com)



**PABST SCIENCE PUBLISHERS**  
Eichengrund 28  
D-49525 Lengerich  
Tel. ++ 49 (0) 5484-308  
Fax ++ 49 (0) 5484-550  
pabst.publishers@t-online.de  
www.psychologie-aktuell.com  
www.pabst-publishers.de

*akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe,  
JES e.V. (Hrsg.)*

## 2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015

Der Alternative Drogen- und Suchtbericht wird von den drei Bundesverbänden akzept e.V. (Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik), Deutsche AIDS-Hilfe und JES (Junkies, Ehemalige und Substituierte) herausgegeben.

Er schafft eine konstruktive Gegenöffentlichkeit zu öffentlichen Verlautbarungen der Drogenpolitik der Bundesregierung. Diese Gegenöffentlichkeit ist notwendig geworden, weil die Bundesregierung die gesetzlichen Rahmenbedingungen für eine verbraucherorientierte, wissenschaftlich fundierte oder systematisch erfahrungsbasierte Drogenpolitik nicht schafft. Gesetzlicher Regelungsbedarf besteht auf allen Gebieten, um Jugend- und Verbraucherschutz zu stärken: Verbot für Werbung für Alkoholika und Tabakprodukte, fehlende Regelungsmechanismen bei elektronischen Dampferzeugnissen, Versorgungslücken in der Substitutionsbehandlung, Verbesserung der Heroinverschreibung, Cannabis als Medizin, etc.

Die Lücke zwischen dem Wissen über die Wirksamkeit drogenpolitischer Maßnahmen und deren Umsetzung wird immer größer. Wissenschaftliche Erkenntnisse gehen – wenn überhaupt – nur zögerlich in die Drogenpolitik ein.

Ziel dieses Alternativen Drogen- und Suchtberichts ist es, den offenkundigen Reformstau in der Drogenpolitik zu thematisieren und Vorschläge für eine Veränderung zu unterbreiten. Die Herausgeber erwarten von der Bundesdrogenpolitik eine verstärkte strategische Steuerung in Drogenfragen auf der Grundlage evidenzbasierten Wissens.

## Editorial

Artur Schroers

Die vorliegende Gastherausgabe der Zeitschrift **rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie** ist dem Thema Alkoholsuchtprävention gewidmet. Sie dokumentiert die Ergebnisse der Fachtagung des Instituts für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien mit dem Titel „Alkohol – Praxisansätze und wirksame Strategien der Suchtprävention“. Die Fachtagung fand am 26. November 2014 in der Wiener Urania mit großem Publikumsinteresse statt. Bei der internationalen Fachtagung in Wien waren ReferentInnen aus Österreich, der Schweiz, Deutschland und den Niederlanden vertreten, die in Vorträgen, Workshops und Parallelveranstaltungen den aktuellen Stand in Wissenschaft, Forschung und Praxis der Suchtprävention zum Thema Alkohol jeweils aus ihren Fachgebieten präsentierten und in den Workshops mit den TeilnehmerInnen aktiv diskutierten. Ich freue mich, dass alle dort vertretenen Vortragenden und WorkshopleiterInnen die Ergebnisse in Form von schriftlichen Beiträgen zu dieser Ausgabe der Zeitschrift **rausch** beigetragen haben, und danke ihnen dafür. Sie wurden bei ihren Beiträgen von KollegInnen unterstützt, die nachfolgend als Co-AutorInnen genannt sind.

Wenn Alkoholsuchtprävention als Titel dieser Ausgabe bewusst gewählt wurde, so zeigt dies einerseits den Anspruch an eine Prävention, die zuvorderst *Sucht* – und nicht etwa Konsum per se – verhindern will. Andererseits verweist dieser Anspruch auch auf die Limitierungen der tatsächlichen Befundlage. So etwa wenn bei dem Nachweis von Effekten der Suchtprävention zumeist die Indikatoren Vermeidung, Verzögerung und Verringerung von Konsum herangezogen werden. Präventive Zielsetzungen wie die „Förderung von Risikokompetenz“ können durch diese Indikatoren nur unzureichend erfasst werden. Das Erzielen von Erfolgen in der Suchtprävention erfordert häufig komplexe Interventionen: Bei einem multifaktoriellen Entstehungskontext einer Suchtentwicklung, einem häufig mehrstufigen Interaktions- und Wirkungsverhältnis einzelner Risiko- und

Schutzfaktoren sind Erfolge mithin nicht generell und ohne weiteres „eindeutig“ oder allein mit „harten Daten“ zu belegen. Zumindest wären auch theoriebasierte Forschungs- und Analyseinstrumente zur Messung von präventionsrelevanten Kommunikationen, Interaktionen und Wirkungen im Kontext-Verhaltens-Gefüge anzuwenden. Wir stehen mit der wissenschaftlichen Befassung der Alkoholsuchtprävention also eher am Anfang, wohingegen die Bewertung von Alkoholprävention bereits auf einige Befunde zurückgreifen kann. Diese Ausgabe der Zeitschrift **rausch** soll einen Beitrag zur Begründung, zu Haltungen, Zielsetzungen und Ansätzen der Alkoholsuchtprävention leisten.

Am Anfang dieser Ausgabe verdeutlicht der *Koordinator der Stadt Wien für Sucht- und Drogenfragen, Michael Dressel*, welche Bedeutung in Wien die „Suchtprävention im Rahmen des Projektes Alkohol 2020“ hat. Alkoholsuchtprävention ist eingebunden in eine Wien-weite Strategie und Maßnahmenumsetzung für den Bereich Alkohol. Im einleitenden Beitrag „Prämissen und Folgerungen zur Alkoholsuchtprävention“ gehen *Artur Schroers* und *Markus Hojmi* vom Institut für Suchtprävention in Wien – vor dem Hintergrund der Einbettung von Alkohol in unsere Kultur, epidemiologischen Daten zum Alkohol in Österreich u.a.m. – den Anforderungen und Voraussetzungen für eine zeitgemäße Alkoholsuchtprävention nach. Der österreichische Präventionsforscher *Alfred Uhl* betrachtet in einer erweiterten Perspektive die „Alkoholpolitik im europäischen Kontext“. In seinem Beitrag werden aktuelle Entwicklungen sowie zugrundeliegende Konzepte und Haltungen in der europäischen Alkoholpolitik und mögliche Auswirkungen für die Situation in Österreich betrachtet. Der Autor setzt sich zudem kritisch mit der bestehenden empirischen Alkoholforschung auseinander. Im Beitrag „Wirksamkeit von Alkoholprävention – allgemeine Erkenntnisse und konkrete Beispiele“ von den deutschen PräventionsforscherInnen *Anneke Bühler*, *Johannes Thrul* und *Katrin Schulze* werden die Erkenntnisse der interna-

tionalen Forschung zur Wirksamkeit präventiver Maßnahmen vorgestellt. Dabei werden die Ergebnisse der aktuellen Expertise zur Suchtprävention der BZgA, die von den beiden letztgenannten AutorInnen verfasst wurde, herangezogen. Effektive Ansätze werden in dem Beitrag anhand konkreter Beispiele verdeutlicht.

Marco Stürmer, Ursula Gisela Buchner und Jörg Wolstein stellen in ihrem Beitrag „Stationär behandelte jugendliche Rauschtrinker – Trinkereignis im Vorfeld der akuten Alkoholintoxikation und habituelles Trinkverhalten“ neue Erkenntnisse ihrer Begleitforschung zum landesweiten Präventionsprojekt in Bayern *HaLT – Hart am Limit* vor. Im Vordergrund stehen Daten zu jugendlichen RauschtrinkerInnen im Krankenhaus. Besonders interessant sind zentrale Ergebnisse zu Trinkmustern und zum habituellen (Alkohol)-Konsum von jugendlichen RauschtrinkerInnen im Krankenhaus, die wichtige Hinweise zur Identifikation von Subrisikogruppen sowie zur Risiko-Reduktionsstrategien geben. Einen Fokus auf „Alkoholprävention: Strategien europäischer Städte: Rotterdam und Wien“ setzen Artur Schroers und Denis S. Wiering. In ihrem Beitrag wird die Perspektive der Großstädte deutlich. Diese müssen sich vielfältigen Herausforderungen durch Alkoholkonsum nicht nur in der Gesundheitspolitik, sondern auch im Sozial- und Sicherheitsbereich stellen. Aktuelle Erkenntnisse, Erfahrungen und Konzepte begründen jeweils die alkoholpräventiven Strategien der beiden europäischen Städte Wien und Rotterdam. Auch das Verhältnis von Verhaltens- und Verhältnisprävention wird im Kontext kommunaler Präventionsstrategien diskutiert. Ausgehend vom Best Practice Konzept von Gesundheitsförderung Schweiz werden in dem Beitrag „Best Practice zur gendersensiblen Suchtprävention“ von Marie-Louise Ernst von Sucht Schweiz die einzelnen Aspekte dieses Konzepts zur gendersensiblen Suchtprävention dargestellt. Anhand des aktuellen Projekts *Mehr Wirksamkeit durch gendersensible Suchtprävention*, bei dem ein audiovisuelles Instrument zu geschlechterbezogenen Aspekten der Sucht(-entwicklung), des Risikoverhaltens und von Bewältigungskompetenz eingesetzt wurde, wird beispielhaft die Umsetzung des Schweizer Konzepts verdeutlicht. Joachim Körkel zeigt in seinem Beitrag „Aneignung von Konsumkompetenz als Entwicklungsaufgabe des Jugendalters“ auf, inwieweit das Erlernen eines Umgangs mit dem jeweiligen Suchtmittel, den eigenen Werthaltungen, Normen und sozialen Regularien erforderlich ist, sofern die Entscheidung in dieser Lebensphase für den Konsum bereits gefallen ist. Bei der Förderung dieses

Aneignungsprozesses eines „verantwortungsbewussten Suchtmittelkonsums“ kann das verhaltenstheoretische Selbstmanagementprogramm (Behavioral Self-Control Trainings) ein geeignetes Hilfsmittel zur Unterstützung eines solchen Umgangs bilden. Im Zentrum dieses Beitrags steht das Programm *Keep It Smart'n Safe*, bei dem die Schritt-für-Schritt-Kompetenzen zur Selbstkontrolle des Substanzkonsums vermitteln werden.

Die 100.000 Minderjährigen, die in Österreich mit einem alkoholkranken Elternteil aufwachsen, stellen eine wichtige Zielgruppe für die Prävention dar. Sie gelten als Risikogruppe für die Entstehung einer Suchterkrankung und haben gleichzeitig auch ein höheres Risiko für psychiatrische Erkrankungen. Alexandra Puhm führt in ihrem Beitrag „Kinder aus suchtblasteten Familien“ aus, dass Kinder trotz zahlreicher Risikofaktoren und aversiver familiärer Erfahrungen eine unauffällige Entwicklung durchlaufen können. Wenngleich enorme Belastungen vorliegen, sind minderjährige Angehörige jedoch nicht zwangsläufig als behandlungsbedürftig einzustufen. Betriebliche Alkoholpräventionsprogramme werden in Österreich erst seit den frühen 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts in breiterem Umfang durchgeführt. Auch Unternehmen sehen sie mittlerweile als sinnvolle Maßnahme im Kontext betrieblicher Gesundheitsförderung an. Die Problematiken von „Alkohol“ bzw. „Alkoholgefährdung und -abhängigkeit“ unterliegen in Österreich einem großen Tabu. Der Beitrag „Alkohol am Arbeitsplatz – Probleme und Perspektiven der Prävention und Intervention in Österreich“ von Senta Feselmayer und Wolfgang Beiglböck, befasst sich – gegründet auf langjährige Erfahrungen der AutorInnen mit betrieblicher Suchtprävention – in erster Linie mit den Problemen und Perspektiven der Alkoholprävention am Arbeitsplatz in österreichischen Unternehmen.

Zum Schluss möchte ich mich noch herzlich bei meinen KollegInnen Brigitte Wegscheider und Markus Hojni aus dem Wiener Institut für Suchtprävention bedanken, die mit mir das Redaktionsteam dieser Ausgabe gebildet haben. Mein Dank gilt auch der Sucht- und Drogenkoordination Wien, die mir die Arbeit an dieser Gastherausgabe ermöglicht hat.

#### **Dr. Artur Schroers**

Sucht- und Drogenkoordination Wien  
 Modecenterstraße 14/Block B/2. OG  
 A-1030 Wien  
 artur.schroers@sd-wien.at

## Suchtprävention im Rahmen des Projektes Alkohol 2020

Michael Dressel

### Zusammenfassung

In der österreichischen Bundeshauptstadt Wien gibt es zwischen 35.000 und 75.000 alkoholranke Menschen, die über eine koordinierte und bedarfsgerichtete Betreuung zukünftig besser erreicht werden sollen. Im Jahr 2014 haben daher die Stadt Wien, die Wiener Gebietskrankenkasse und die Pensionsversicherungsanstalt das Projekt Alkohol 2020 ins Leben gerufen, dessen Ziel es ist, dass betroffene Personen objektiv und subjektiv gesünder und in das gesellschaftliche Leben integriert sind. Im neuen gemeinsam erarbeiteten Versorgungssystem, das seit 1. Oktober im Rahmen eines Pilotprojekts erprobt wird, ist es erstmals möglich, PatientInnen einrichtungsübergreifend entsprechend ihrem individuellen Bedarf zu betreuen. Neben der Behandlung und Rehabilitation ist die Alkoholsuchtprävention ein zentrales Element dieses Projekts.

Das Feierabendbier, ein Glas Wein zum Essen, ein Sekt zum Anstoßen oder ein Stamperl unter Freunden – alkoholische Getränke sind aus dem Alltag nicht wegzudenken und Teil der westlichen Kultur. Für die meisten Menschen stellt der Konsum von Alkohol kein Problem dar, doch für manche wird der Genuss zum Zwang – sie können das Verlangen nach Alkohol nicht mehr kontrollieren. Es ist daher wichtig, einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol in unserer Gesellschaft zu fördern und die Bevölkerung für das Gefährdungspotential durch Alkohol zu sensibilisieren, um schwerwiegende Folgen für die Betroffenen und die Gesellschaft zu verhindern.

Im Rahmen von Alkohol 2020 kommt daher der Suchtvorbeugung eine zentrale Rolle zu. Aufgabe ist es, entsprechend einer zeitgemäßen Alkoholsuchtprävention Angebote auf der Verhältnis- und Verhaltensebene zu entwickeln. Diese Alkoholsuchtprävention basiert in Wien auf einem wertschätzenden emanzipatorisch-partizipativen Menschenbild mit dem indivi-

duellen Recht auf Gesundheit und verfolgt zwei Zielsetzungen:

1. Wer alkoholische Getränke trinkt, tut dies, ohne sich selbst und andere zu gefährden.
2. Die Wiener Bevölkerung verfügt über Risikokompetenz bezogen auf den Umgang mit und den Konsum von Alkohol.

Dabei geht es darum, die Bevölkerung durch die Vermittlung von Wissen über die Wirkung und das Risikopotential von Alkohol zu sensibilisieren, riskanten und problematischen Konsummustern vorzubeugen. Ferner soll die Risikokompetenz im Umgang mit Alkohol gefördert werden, damit Menschen Risikosituationen erkennen, Risikoverhalten bei sich und anderen bewusst wahrnehmen und ansprechen und schließlich individuell und sozial verträglich handeln.

In diesem Sinne setzen die vorhandenen alkoholsuchtpräventiven Angebote bereits im Kindergartenalter an, sind zielgruppenspezifisch, orientieren sich an wissenschaftlichen Theorien, empirischer Forschung und praktischem Erfahrungswissen und erstrecken sich auf alle Lebensbereiche: Arbeit und Beruf, Bildung und Wissen, Familie, Freizeit und Feiern. Die suchtpreventiven Angebote können sich ganz allgemein an die Bevölkerung oder an Teilgruppen richten, ohne dass notwendigerweise bereits eine Konsumproblematik vorliegen muss. In diesem Zusammenhang wurde beispielsweise im Rahmen von Alkohol 2020 im Bereich „Arbeit und Beruf“ das Projekt „SUPstart – Alkoholsuchtprävention für Lehrlinge“ ausgearbeitet und 2014 bereits in den ersten Unternehmen, die Lehrlinge ausbilden, umgesetzt. In diesem Projekt werden alle betroffenen Zielgruppen, nämlich Lehrlinge, AusbilderInnen und Supportkräfte, einbezogen. 2015 wird überdies eine Broschüre zum Thema „Alkohol und andere Suchtmittel am Arbeitsplatz“ für die Verteilung in Unternehmen erscheinen.

In diesem Zusammenhang veranstaltete das Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien die Fachtagung „Alkohol – Praxisansätze und wirksame Strategien

der Suchtprävention“. Die dort präsentierten wissenschaftlich-fachlichen Grundlagen und Ergebnisse zum Thema sind in dieser Ausgabe von **rausch** zusammengefasst.



© Daniela Klemencic

**Michael Dressel, MA**

Sucht- und Drogenkoordination Wien  
Modecenterstraße 14/Block B/2. OG  
A-1030 Wien  
michael.dressel@sd-wien.at



356 Seiten  
ISBN 978-3-89967-517-7  
Preis: 30,- Euro



**PABST SCIENCE PUBLISHERS**  
Eichengrund 28  
D-49525 Lengerich  
Tel. +49 (0)5484 308  
Fax +49 (0)5484 550  
pabst.publishers@t-online.de  
www.psychologie-aktuell.com  
www.pabst-publishers.de

H. Haltenhof, G. Schmid-Ott, U. Schneider (Hrsg.)

## Persönlichkeitsstörungen im therapeutischen Alltag

Diagnostik und Therapie von Persönlichkeitsstörungen zählen zu den schwierigsten Aufgaben von Psychiatrie, Psychotherapie und Psychologie, da die Grenzen zum Normalpsychologischen verschwimmen können. Das vergangene Jahrzehnt war allerdings durch große Fortschritte im Verständnis verursachender und aufrechterhaltender Faktoren sowie in evidenzbasierten Therapieoptionen gekennzeichnet.

Ziel des Buches ist es, an relevanten Beispielen die unterschiedlichen Aspekte von Diagnostik und Therapie der Persönlichkeitsstörungen unter klinischen Gesichtspunkten darzustellen.

Neben Abschnitten zur Begriffsbestimmung, Diagnostik, Symptomatik sowie psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Therapiekonzepten besteht ein innovativer Ansatz darin, auch Problemfelder aufzugreifen, die in der Forschung noch umstritten oder eher vernachlässigt sind. Zentrale Beiträge beschäftigen sich mit Traumafolgen, Migrationseinflüssen, Suizidalität und Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen.

„Der Band bildet in umfassender Weise den ‚state of the art‘ der gegenwärtigen Forschung ab und ist ausgesprochen praxisnah geschrieben“ (Harald J. Freyberger).

Inhalt:

*H. J. Freyberger:* Zum Geleit

*J. Frommer:* Begriffsbestimmung und Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen

*U. Schweiger & V. Sipos:* Entstehung, Aufrechterhaltung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen aus Sicht der kognitiven Verhaltenstherapie

*H.-P. Kapfhammer:* Genese der Persönlichkeitsstörungen aus psychodynamischer Sicht

*R. Mestel:* Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

*T. Bronisch:* Symptomatik, Komorbidität und Verlauf von Persönlichkeitsstörungen

*D. Victor, C. Mundt:* Die depressive Persönlichkeitsstörung

*M. Sack & F. Lamprecht:* Persönlichkeitsänderungen als Folge schwerster Traumatisierungen: die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

*U. Hartmann & T. Passie:* Persönlichkeitsstörungen und sexuelle Funktionsstörungen

*U. Schneider, G. Schmid-Ott, H. Haltenhof:* Persönlichkeitsstörungen bei Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen

*G. Schmid-Ott, H. Haltenhof, U. Schneider:* Persönlichkeitsstörungen, somatoforme Störungen und Stigmatisierung

*H. Haltenhof, U. Schneider, G. Schmid-Ott:* Suizidalität bei Persönlichkeitsstörungen

*I. T. Calliess, W. Machleidt:* Individuation und Vulnerabilität: Persönlichkeitsstörungen im Migrationsprozess

*S. O. Hoffmann, A. Eckhardt-Henn:* Indikation und Kontraindikation für Psychodynamische Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen

*M. Dose:* Pharmakologische Ansätze in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen

*M. Bender, H. Dörner:* Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen

*M. Schott:* Therapie persönlichkeitsgestörter Täter im Maßregelvollzug und ihre gesellschaftspolitische Mystifikation

*J. E. Schlimme, H. M. Emrich:* Normale oder gestörte Persönlichkeit? Theoretische Überlegungen zur psychiatrischen Grenze der normalen Persönlichkeit und der Persönlichkeitsstörung

# Prämissen und Folgerungen zur Alkoholsuchtprävention

Artur Schroers & Markus Hojni

## Zusammenfassung

Mehr als eine Million ÖsterreicherInnen trinken Alkohol in einem gesundheitsschädigen Ausmaß und ca. 350.000 von ihnen sind alkoholkrank. Um Menschen dabei zu unterstützen einen kompetenten Umgang mit Alkohol zu entwickeln, ist eine Alkoholsuchtprävention notwendig, die weder alleine auf gesetzliche Restriktionen und Abschreckung noch auf punktuelle Maßnahmen setzt. Die Umsetzung einer zeitgemäßen Alkoholsuchtprävention ist gefordert, ihre Angebote so zu entwickeln, dass sie eine hohe Reichweite, Akzeptanz und Wirkung bei den AdressatInnen haben. Diesen Prozess zu gestalten ist hinsichtlich der gesellschaftlichen Sonderstellung von Alkohol als Genuss- bzw. als Suchtmittel eine besondere Herausforderung. In dem nachfolgenden Beitrag werden ausgewählte Aspekte für eine zeitgemäße Alkoholsuchtprävention beleuchtet.

## Einleitung

Dass Alkoholmissbrauch und Alkoholismus nicht nur individuelle gesundheitliche und soziale Probleme hervorbringen, ist bereits seit dem Altertum bekannt (vgl. Feuerlein, 1994). Die Attribuierung als Suchtmittel und die damit einhergehende Sensibilisierung von Forschung, Bevölkerung und Entscheidungsträgern erfolgte allerdings erst zur Zeit der Industrialisierung. Heute wissen wir, dank intensiver Forschung etwa auf dem medizinischen Sektor, besser um die gesundheitlichen Risiken und Auswirkungen des Alkoholmissbrauchs Bescheid. Dieser Erkenntnisgewinn hat, gepaart mit Erkenntnissen aus sozialwissenschaftlichen Forschungsarbeiten wie zum Beispiel zu Konsummotiven, Konsumverhalten oder Alkoholszenen (vgl. Wurdak & Wolstein, 2012; Eisenbach-Stangl, Bernardis et al., 2008; Bühler & Thrul, 2014) sowie Erfahrungswerten aus der praktischen Umsetzung, dazu beigetragen, dass die bereits

vorhandenen Professionalisierungstendenzen in der Alkoholsuchtprävention durch die Entwicklung und Umsetzung von theoretisch fundierten, empirisch gestützten und am praktischen Erfahrungswissen von speziell ausgebildeten Fachkräften vorangetrieben wird. Die Prävention ist mit der fortschreitenden Entwicklung von Interventionen, Maßnahmen und Ansätzen ein höchst dynamisches Feld, in dem Wissenschaft, Politik und Praxis zum Teil mit unterschiedlichen Zielen agieren. Aus diesem Grund ist, um eine solide Basis für eine fruchtbare Kooperation zu schaffen, der kontinuierliche Austausch zwischen VertreterInnen aus Forschung, Praxis und Politik besonders wichtig. Mit diesem Artikel soll ein Beitrag zu diesem Austausch geleistet werden. Anhand in diesem Kontext relevanter Themenbereiche wie der Geschichte, Epidemiologie, Kultur, Präventionspraxis und Beispielen zur Umsetzungspraxis werden Aspekte der Alkoholsuchtprävention beleuchtet. Den Schluss bildet ein Resümee, wie eine zeitgemäße Alkoholsuchtprävention aussehen kann.

## Der Weg zum Suchtmittel – im Spannungsfeld zwischen Markt und Prohibition

Seit Jahrhunderten spielt Alkohol im Alltag der Menschen eine große Rolle. Beginnend im Altertum über das Mittelalter, die Zeit der Aufklärung, gefolgt von der Industrialisierung bis hin zur Gegenwart wurde Alkohol für unterschiedliche Zwecke eingesetzt. So zum Beispiel als Nahrungsmittel, Arzneimittel, Beruhigungsmittel, zur Manipulation Anderer – zum Beispiel hat sich in Russland seit Iwan IV (1530-1584) eine lange Tradition erhalten, Menschen unter Alkoholeinfluss auszuhorchen und gefügig zu machen (vgl. Schrad, 2014) – und auch als Rauschmittel (vgl. Feuerlein, 1994). Die Verwendung von Alkohol durchläuft einen historischen Wandel. Die Funktionszuschreibung, die dem Alkohol dabei zukommt, ist eng ver-

bunden mit den jeweiligen gesellschaftlichen Entwicklungen. So haben zum Beispiel die Verkürzung von Arbeitszeiten bei gleichzeitig steigender Produktivität, die Erfindung des Fernsehens, die massentaugliche Automobili-sierung, die Erfindung von Computer, Mobil-telefonen, electronic devices (z.B. Smartphones) etc. einen wesentlichen Einfluss darauf, wie sich unterschiedliche Lebensbereiche (Arbeitsplatz, Schule, Freizeit) gestalten. Dies hat Einfluss darauf, wie in dem jeweiligen Lebensbereich (Setting) und gesamtgesellschaftlich mit Alkohol umgegangen wird. Der dort praktizierte Umgang mit Alkohol wiederum nimmt Einfluss auf die Entwicklung der Lebensbereiche und so fort (vgl. Singer, Batra et al., 2011). So zum Beispiel am Arbeitsplatz, wo, vor allem in herstellenden Betrieben mit Maschinen, sich die Toleranz gegenüber Alkoholkonsum am Arbeitsplatz aufgrund der erhöhten Unfallgefahr verringert hat.

Die Konventionen und Restriktionen zum Umgang mit Alkohol – die implizit durch die Erwartungshaltung der Gesellschaft an das Verhalten von Individuen (soziale Normen) und explizit durch gesetzliche Regelungen ihren Ausdruck finden – unterliegen einem sozialen Wandel, der aufgrund unterschiedlicher gesellschaftlicher und kultureller Entwicklungen in alkoholkritischen Kulturen eine anderen Umgang mit Alkohol hervorbrachte als in alkoholtoleranten Kulturen.<sup>1</sup> Diese Entwicklung, ganz gleich welche Form sie annimmt, geschieht fortwährend im Spannungsfeld zwischen den Imperativen „Markt“ und „Prohibition“ (Marzahn, 1994). Beide bilden die Endpunkte eines Kontinuums, auf dem der Imperativ des „Marktes“ die Regulation über Herstellung, Zugänglichkeit, Verfügbarkeit und Verteilung übernehmen soll und am kaufkräftigen Konsumierenden interessiert ist, dessen Schicksal nach Abschluss des Kaufaktes aber in seiner eigenen Verantwortung liegt. Der Imperativ der „Prohibition“ hingegen zielt auf die Erschwerung oder Unterbindung der Herstellung, des Handels oder des Konsums ab. Begründet ist dieses Ziel durch die beiden Annahmen, dass erstens gut begründet der Alkoholkonsum schwere gesundheitliche und gesellschaftliche Schäden anrichtet und zweitens die Konsumierenden nicht in der Lage sind, selbst einen angemessenen Umgang mit Alkohol zu entwickeln. Beide Ansätze, weder das „Konsumgebot“ des Marktes noch das „Konsumverbot“ der Prohibition sind geeignet, den gesellschaftlichen Umgang mit Alkohol vollständig zu regulieren. Sie entziehen beide

– ein mehr oder weniger deregulierter Markt genauso wie die umfassende Restriktion jeglichen Alkoholkonsums – gleichermaßen dem Individuum und der Gesellschaft die Kompetenz, einen selbstbestimmten Umgang mit Alkohol zu praktizieren. Das „Wohl“ und die Autonomie des Individuums stehen dabei nicht so sehr im Vordergrund, sondern sind nur mehr Mittel zur Erfüllung des Selbstzwecks der Ansätze. Für die Entwicklung der Alkoholpolitik, so paradox dies auch klingen mag, beinhalten beide Ansätze relevante Aspekte. Auch wenn einseitige Ansätze wie Prohibition oder Markt für sich mehr Schaden an Mensch und Gesellschaft anrichten als sie ihnen Gutes tun, so haben ihre entgegengesetzten Bemühungen, zum Beispiel geregelter Zugang zu Alkohol, einen Raum geschaffen, in dessen Widersprüchen eine Alkoholpolitik geschehen kann. Denn einerseits erst durch prohibitive Elemente wird der Markt daran gehindert im Zuge einer vollkommene Selbstderegulierung alles unter das Diktat des Tauscherts zu stellen und andererseits begünstigen Prohibitionsbemühungen das Entstehen neuer „Schwarzmärkte“, die sich außerhalb der gesetzlichen Wahrnehmung und damit außerhalb der Prohibitionsregelungen etablieren (vgl. Marzahn, 1994).

Dass dieses Spannungsfeld nicht immer frei von bewusster Einflussnahme ist, zeigen zwei der bekanntesten Beispiele in der Geschichte des Alkohols, nämlich die „Gin-Epidemie“ im England des späten 17. und frühen 18. Jahrhunderts und die Zeit der Alkohol-Prohibition in den USA im 20. Jahrhundert. Bei beiden Ereignissen versuchten unterschiedliche Interessensgruppen Einfluss auf Normen und Regeln zum Umgang mit dem Alkohol auszuüben. So haben zum Beispiel während der „Gin-Epidemie“ die wirtschaftlichen Interessen von Produzenten, Destillateuren und Händlern, unterstützt von Landbesitzern, die damals stark das britische Parlament dominierten, überwogen, sodass man sich lange Zeit gegen die Einführung von Steuern, den Lizenzzwang für den Verkauf sowie das Verbot des direkten Vertriebs von Gin von Destillateuren an VerbraucherInnen wehren konnte. Eine ähnliche Einflussnahme, nur in eine andere Richtung, erfolgte zur Zeit der amerikanischen Prohibitionsbewegung. Bereits Mitte des 19. Jahrhunderts wurden die ersten Prohibitions-gesetze erlassen, die allerdings wenige Jahre später wieder annulliert wurden. Erst 1869 mit der Gründung der „Prohibition Party“, deren Anliegen neben einem Alkoholverbot die Reform der amerikanischen Gesellschaft war, wurde der Grundstein für die Prohibitionsbewegung gelegt, die Anfang des 20. Jahrhunderts die Stilllegung der legalen Alko-

<sup>1</sup> Siehe hierzu auch den Beitrag von Alfred Uhl in diesem Heft.

holproduktion durchsetzte. Erreicht wurde dieses Ziel allerdings nicht alleine von der „Prohibition Party“. Viel einflussreicher war damals die „Anti-Saloon-League“, eine überparteiliche Organisation, der es gelang, durch gezielten Lobbyismus, unter anderem durch das Angebot der Unterstützung von KandidatInnen bei politischen Wahlen, wenn diese sich für Alkoholeinschränkung einsetzen, großen politischen Druck zu erzeugen. So trat letztendlich mit Januar 1920 die „National Prohibition“ in Kraft, von der sich Wirtschaftskreise durch nüchterne ArbeiterInnen vor allem steigende Produktionen, höhere Effizienz und weniger Unfälle erhofften (vgl. Singer, Batra et al., 2011).

### Epidemiologische Daten zum Thema Alkoholkonsum

In Österreich sind derzeit 360.000 Menschen (5%) alkoholkrank und 760.000 ÖsterreicherInnen (12%) konsumieren in einem gesundheitsgefährdenden Ausmaß. Die jährliche Neuerkrankungsrate (Inzidenz) für chronischen Alkoholismus liegt in Österreich derzeit für Männer bei ungefähr 0,19% (ca. 7.500) und für Frauen bei ungefähr 0,07% (ca. 2.500; vgl. Uhl et al., 2013). Bei den 15- bis 19-Jährigen konsumieren nach deren eigenen Angaben rund 16% oberhalb der für Erwachsene festgelegten Gefährdungsgrenze. Diese liegt derzeit für Männer bei einem täglichen Konsum von 60 Gramm Reinalkohol pro Tag, was mehr als 1,5 Liter Bier oder 0,75 Liter Wein entspricht. Bei Frauen liegt diese Grenze derzeit bei 40 Gramm pro Tag. Dies entspricht 1 Liter Bier oder 0,5 Liter Wein. 46% der 15- bis 19-Jährigen trinken mindestens einmal pro Woche und 6% fast täglich Alkohol, wohingegen 38% abstinent bzw. fast abstinent<sup>2</sup> sind (vgl. Uhl et al., 2011).

Täglicher Alkoholkonsum kommt bei Jugendlichen selten vor. Lediglich 2% der 16- bis 20-jährigen Männer konsumieren jeden Tag Alkohol (vgl. Uhl et al., 2011). Täglicher Alkoholkonsum ist bei unter 20-jährigen Frauen laut Uhl, Bachmayer et al. (2011) nicht vorhanden (0%). Erst in der Gesamtbevölkerung ab 21 Jahren (21-99-Jahre) konsumieren 4% der Frauen täglich Alkohol.

Trenddaten für die Jahre 1993 bis 2008 zeigen, dass 2004 in Österreich die Anzahl der wöchentlich konsumierenden Jugendlichen

angestiegen ist. Seit 2008 sind die Zahlen wieder rückläufig und liegen nunmehr bei den 16- bis 17-Jährigen mit 45% über und bei den 18- bis 20-Jährigen mit 43% unter dem Niveau von 1993 (vgl. Uhl, Bachmayer et al., 2011). Den verfügbaren Daten zufolge lässt sich im Konsumverhalten der Jugendlichen eine Wellenbewegung feststellen, deren Ursache jedoch nicht eindeutig zu bestimmen ist. Um mögliche Erklärungsansätze für den An- bzw. Abstieg zu finden, müsste eine Vielzahl an Faktoren, wie zum Beispiel die Auswirkungen von Sensibilisierungsmaßnahmen, wirtschaftlichen Faktoren und der Veränderung von Konsummustern in den letzten Jahren, näher untersucht und in einen Zusammenhang gebracht werden. Bei den jüngeren Generationen, den 11-, 13- und 15-Jährigen zeigen Daten zum regelmäßigen, d.h. wöchentlichen, Alkoholkonsum der letzten 13 Jahre, dass das Konsumverhalten in dieser Altersgruppe ebenso einer Schwankung unterliegt wie bei den 16- bis 17-Jährigen und 18- bis 20-Jährigen. Nach einem Anstieg 2006 sind die Zahlen jener, die wöchentlich oder öfter Alkohol konsumieren, wieder rückläufig.<sup>3</sup>

Im internationalen Vergleich befindet sich Österreich beim Alkoholkonsum der 15-Jährigen im oberen Drittel (Currie, Zanotti et al., 2012). An welchen Wochentagen am meisten Alkohol getrunken wird, hängt stark vom Alter der Konsumierenden ab. Während Jugendliche den meisten Alkohol am Wochenende trinken, konsumieren Erwachsene überwiegend über die Woche verteilt. Hinsichtlich des Themas „Komatrinken“ unter Jugendlichen, zeigen Auswertungen der Spitalsentlassungsstatistiken für die Jahre 2002 bis 2005, dass zwischen 0,14% und 0,15% der 10- bis 19-Jährigen wegen akuter Alkoholvergiftung stationär behandelt wurden. Den Daten zufolge lässt sich für diesen Zeitraum kein eindeutiger Trend erkennen der die mediale Fokussierung auf das „Komatrinken“ stützen würde. Vielmehr zeigt sich, dass die Anzahl der Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen österreichweit nur einer minimalen Schwankung unterliegt (Statistik Austria, 2014).

### Trinkmotive als Wegweiser der Alkoholsuchtprävention

Bei dem Versuch, Alkoholkonsum in Zusammenhang mit riskanten oder problematischen Verhaltensweisen zu erfassen, liefern epide-

<sup>2</sup> Als „abstinent“ gelten laut Uhl & Springer (1996) Personen, die ihr Leben lang (fast) keinen Alkohol getrunken haben; konkret: maximal einmal pro Vierteljahr Alkohol zu sich genommen; „fast abstinent“ sind Personen, die zwar früher getrunken haben, seit einem längeren Zeitraum aber (fast) abstinent leben; konkret: früher getrunken, im letzten Vierteljahr aber maximal einmal Alkohol zu sich genommen.

<sup>3</sup> Der Beobachtungszeitraum erstreckt sich von 1997 bis 2006. Daten basieren auf der WHO-HBSC-Studie, die im Vierjahresrhythmus in Österreich durchgeführt wird. Für 1997 bis 2010 siehe Uhl et al., 2013, S. 46.

miologische Erhebungen Hinweise zu Problemlagen und bieten die Möglichkeit, vulnerable Gruppen in der Bevölkerung zu identifizieren. Sie bilden somit eine wichtige Grundlage für die zielgerichtete Planung und Entwicklung von Maßnahmen der Prävention. Für die Maßnahmen der Präventionsarbeit ist aber nicht nur relevant zu wissen wer trinkt und wie viel getrunken wird, sondern auch warum getrunken wird. Die Motive, die einen dazu bewegen Alkohol zu trinken, sind in Folge häufig ausschlaggebend dafür, ob jemand ein problematisches oder unproblematisches Trinkverhalten entwickelt. So zum Beispiel, wenn man Alkohol trinkt, um Stress zu bewältigen, um selbstsicher aufzutreten oder um ein Spaßerelebnis zu verstärken. Aktuelle Untersuchungen bestätigen, dass Motivlagen von Jugendlichen für die Gestaltung von suchtpreventiven Maßnahmen relevant sein können (Wurdak, Dörfler et al., 2010; Kuntsche, 2007). Eine gelungene Umsetzung für die Verknüpfung von Trinkmotiven mit Interventionsmaßnahmen zeigen Wurdak & Wolstein (2012) im Rahmen des Präventionsprojekts „HaLT – Hart am Limit“. Dort wurden mittels eines Fragebogens, der auf dem „Motivational Model of Alcohol Use“ nach Cox & Klinger (1988; 1990) basiert, die Motivlagen von Jugendlichen, die aufgrund einer Alkoholintoxikation im Krankenhaus behandelt wurden, festgestellt. Das Ergebnis der Befragung zu den Trinkmotiven wurde im Weiteren dazu verwendet, die im Rahmen von HaLT angebotenen Interventionen – in Form eines motivierenden Gesprächs (Brückengespräch) – besser an die individuellen Bedürfnisse der Jugendlichen anpassen zu können, um ihnen adäquate alternative Strategien – d.h. Strategien, die Alkoholkonsum ausschließen bzw. mindern, aber trotzdem die Motivation bedienen, die ursprünglich zum Alkoholkonsum geführt hat – zu vermitteln. So zum Beispiel ist es für Jugendliche, die überwiegend Alkohol konsumieren, um Spaß zu haben, wichtig alternative Quellen für Spaß zu erschließen (Wurdak & Wolstein, 2012).

### „Kulturgut“ Alkohol

Kinder und Jugendliche wachsen in einer Kultur auf, in der Alkohol und Exzesse dazugehören. So zum Beispiel beim Oktoberfest in Deutschland, beim Après-Ski, bei Schulfeiern oder auf Festivals. Die mediale Aufbereitung von Alkoholkonsum zu Werbezwecken trägt dazu bei, dass der Konsum von Alkohol zum Beispiel mit Spaß, Erlebnis, Lifestyle etc. assoziiert wird. Dass Jugendliche diese Assoziationen selektiv annehmen, liegt zum Teil daran,

dass Heranwachsende zur „Demonstration von erwachsen sein“ ihr Verhalten an dem der Erwachsenen orientieren. Diese Orientierung wiederum etabliert die als allgemein gültig angenommenen Normen, die sich durch Tradierung, als Kultur in einem spezifischen Milieu etablieren. Die Wahl der Getränke ist dabei genau so verfestigt wie die Verhaltens- und Sichtweisen von Alkoholkonsum. So schwingt zum Beispiel im „Image“ (Sinnbild) des proletarischen Verhaltenskodex auch heute noch die Tendenz zum Bierkonsum mit, wohingegen unter Intellektuellen Wein und in der High-Society Cocktails und Sekt zum „Image“ gehören (Aufenanger, Große-Loheide et al., 2002).

Neben den sozial und medial beeinflussten Konsum-Images haben heute vor allem der steigende Leistungsdruck, die häufige Intensivierung von Erfahrungen sowie das Gebot von Effektivität und Effizienz Auswirkungen auf die Konsumkultur. Kindern und Jugendlichen wird bereits sehr früh vermittelt, ihre Zeit zu nutzen, um sich für den Wettbewerb in Bildung und Beruf vorzubereiten. Zeitgleich wird häufig suggeriert, dass je mehr Waren sie konsumieren und je intensiver die Erlebnisse sind, die sie dabei machen, desto höher wird ihre Zufriedenheit sein (Heinzlmaier, 2007; Schulze, 2000). Erlebnisse haben in unserer Gesellschaft einen besonders hohen Stellenwert. Wer etwas erlebt, genießt Ansehen und bekommt Anerkennung und verbessert „sein Image“. Erleben wird durch diese Attribuierung zum Lebenssinn hochstilisiert. Alkohol kann, laut Heinzlmaier (2007), dabei als Intensivierer wirken, der ein Erlebnis wie z.B. einen Festivalbesuch verstärkt. Ebenso dient Alkohol dazu, in Phasen der Tristesse, in denen nichts erlebt wird, der Realität zu entfliehen, indem das unbestimmte Gefühl der Abwesenheit von Sinn unterdrückt wird.

Zusammengenommen lässt sich festhalten, dass bei Konsumproblematiken, neben individuellen Lebensverhältnissen, auch immer gesellschaftliche Bedingungen sowie die Kultur, wie mit Suchtproblematiken in der Gesellschaft umgegangen wird, in Betracht zu ziehen ist. Alkohol zum Thema zu machen und sich auch mit den gesellschaftlichen bzw. kulturellen Aspekten des Alkoholkonsums auseinanderzusetzen zählt somit zu den vorrangigen Aufgaben der Suchtprävention.

### Was kann Suchtprävention leisten?

Suchtprävention als eine punktuelle Maßnahme wirkt, wenn überhaupt, nur sehr kurzfristig. Eine längerfristige Wirkung entsteht erst im

Rahmen eines pädagogischen Prozesses, der nachhaltig angelegt ist. Dafür kann Suchtprävention Rahmenbedingungen schaffen, Personal und „Orte“ bereitstellen sowie „Räume“ für Kommunikation und Erfahrung gestalten. Sie kann sich generell an Bevölkerungsgruppen (universelle Prävention), Gruppen mit Risikomerkmalen oder -verhalten wenden – zum Beispiel Risikokonsumierende, Kinder aus suchtblasteten Familien und Menschen mit schwachem Bildungshintergrund (selektive Prävention). Oder sie geht individualisiert, d.h. einzelfallbezogen vor (indizierte Prävention). Auch das sozial-räumliche Umfeld (Arbeitsplatz, Schule, Kommune) kann ein Ansatz der Suchtprävention sein (umfeldbezogene Prävention). Diese Bandbreite von Präventionsansätzen erfordert eine interdisziplinäre Herangehensweise in der Forschung, um unter Einbeziehung unterschiedlicher Theorien und Ansätzen aus zum Beispiel Psychologie, Soziologie, Pädagogik und Medizin Menschen in ihren Bedarfen und Bedürfnissen zu verstehen. Dadurch wird es erst möglich, mehrdimensionale Erklärungsansätze zu entwickeln. In der Praxis ist dafür häufig ein multiprofessionelles Vorgehen erforderlich, bei dem wissenschaftliches, konzeptionelles und organisatorisches „know how“ in Maßnahmen einfließen. So zum Beispiel wenn nicht alleine ein bio-medizinischer Ansatz von Sucht verfolgt wird, sondern auch Motive, Funktionen, Persönlichkeit und soziales Umfeld in die Betrachtung einbezogen werden. Dabei ist es wichtig, die „soziale Lebenswelt“ bzw. die Alltagswelt (Thiersch, 2005) sowie die Motive und die Werte der Dialoggruppen zu verstehen und lebensweltliche Bedingungen deuten zu können. Es gelingt in der Suchtprävention oftmals nicht, junge Menschen zu Veränderungen zu bewegen, wenn man lediglich auf die Spätfolgen ihres riskanten Verhaltens in ferner Zukunft hinweist. Beispielsweise wenn Herz- und Lebererkrankungen im hohen Alter thematisiert werden. Es geht besonders jungen Menschen vielmehr um die Befriedigung ihrer aktuellen Bedürfnisse. Der häufig formulierte Anspruch an die Prävention, zu vermitteln, wie schädlich Suchtmittel sind, widerspricht, wie Jugendliche die Alltagsrealität beobachten und erleben. Sie sind auch nicht immer in einer Phase, in der sie eine Konsumverminderung oder gar einen Ausstieg anstreben. Bei der Prävention, gerade wenn sie an Kinder und Jugendliche adressiert ist, sind neben der kognitiven Ebene auch affektive und emotionale Aspekte zu berücksichtigen (Bühler & Kröger, 2006). Einseitige, vor allem auf Abschreckung setzende Botschaften und Informationen (sog. Furchtapelle) haben – wenn überhaupt – nur kurzfristige Ef-

fekte. Wenn „Furchtapelle“ verwendet werden, müssen dann auch (realistische) Handlungsanweisungen zur Furchtreduktion aufgezeigt werden. Eine übermäßige Furchtinduktion, die nicht aufgelöst wird, kann dazu führen, dass die Prävention einen gegenteiligen Effekt erzielt (Barth & Bengel, 1998). Es kann mitunter dazu kommen, dass durch den Wandel zu einer fatalistischen Einstellung die Motivation reduziert wird präventive Informationen und Botschaften auf- und anzunehmen. Sie werden entweder unreflektiert wiedergegeben (Papegei-Effekt), oder die Überzeichnung der Folgewirkungen ist nicht stimmig mit dem, was im Alltag wahrgenommen wird. Es kommt in Folge zu einem Glaubwürdigkeitsverlust der Quelle (Uhl, zit. nach Loosen & Schroers, 2003). Eine zeitgemäße Suchtprävention hingegen – hier verstanden im Sinne eines „herrschaftsfreien Diskurs“ (Habermas, 1995) – setzt auf Verstehen und Deutung sowie auf Dialog und Interaktion (auch: Foucault, 1961, zit. nach Musalek, 2015). Mit einem zielorientierten Dialog (ebd.), der unter anderem auf gemeinsamen Zielen, geteiltem Interesse, Verstehen und Reziprozität, Lauterkeit, Vertrauen und Verantwortung aufbaut (ebd.), holt man Menschen dort ab, wo sie stehen, und kann ihnen die Unterstützung bieten, die ihrem Bedarf entspricht. Suchtprävention kann auch mit vielfältigen Normierungen und Restriktionen nicht so stark auf eine Veränderung hinwirken, wie es infolge einer inneren Motivation eines Menschen möglich ist. Dazu bedarf es Reflexion und Einsicht beim Einzelnen als Basis für Einstellungs- und Verhaltensänderung. Letztendlich fällt der einzelne Mensch selbst die Entscheidung, ob sie oder er für eine Veränderung bereit ist.

### Zeitgemäße Alkoholsuchtprävention

Alkoholsuchtprävention, wie sie derzeit in Wien umgesetzt wird, berücksichtigt den spezifischen kulturellen und politisch-sozialen Kontext. Einerseits orientiert sich Wien an den Erfordernissen von Gesundheitsentwicklung und Risikoreduzierung. Nicht etwa an einseitiger und ultimativer Abstinenz, wie sie in einigen bevölkerungsbezogenen Ansätzen und in skandinavischen Ländern propagiert werden, die hinsichtlich Alkoholkonsum stärker zu einer „Ambivalenzkultur“ neigen und Alkoholkonsum stark aus einer moralischen Perspektive beurteilen (Pittmann, 1967, zit. nach Uhl & Kobra, 2012). Neben den gesundheitlichen Effekten spielt andererseits auch die Akzeptanz der Bevölkerung gegenüber der lokalen Alkoholpolitik eine Rolle. Auch wenn „die Evidenz-

kraft bei Übersichtsartikeln zum Bereich der Verhältnisprävention nicht die Qualität solcher Studien im Verhaltensbereich“ (Bühler & Thrul, 2014) erreicht, ist es plausibel, dass ein „Policy-Mix“ aus gezielter Verhältnis- und aus Verhaltensprävention heute als ein erfolgreicher Weg aufscheint (Abderhalden, 2010). Wobei Verhältnisprävention oftmals indirekt Verhaltensprävention ist. Nämlich dann, wenn sie mithilfe gesetzlicher Regelungen auch das Verhalten der oder des Einzelnen regulieren will. Restriktion der Verfügbarkeit, Preisgestaltung durch Steuererhöhung und Schutzregelungen wie im Jugendschutzgesetz sind wichtige Stellschrauben für Veränderungen, da das Verhalten nicht unabhängig von Verhältnissen existiert. Bewegt sich etwas in der Verhältnisprävention, rührt sich auch etwas in der Verhaltensprävention, und umgekehrt haben verhaltensbezogene Maßnahmen auch Einfluss auf die Verhältnisse. Verhältnisprävention im Sinne des Setting-Ansatzes der Weltgesundheitsorganisation (WHO; Ruckstuhl, 2011) muss auch die Arbeits- und Lebenswelt im Sinne der Suchtvorbeugung mitgestalten. Der Setting-Ansatz eignet sich hier besonders gut. Mittels niederschwelliger Interventionen in konkreten Handlungsfeldern wie Schule, Arbeitsplatz oder außerschulischer Jugendarbeit kann auf eine Veränderung des Alltags hingearbeitet werden, um den Bereich so zu gestalten, dass es den Beteiligten möglich ist aktiv ihre gesundheitsbezogenen Interessen zu wahren. So zum Beispiel, wenn in Betrieben eine Kultur geachtet wird, indem nicht nur ein „unternehmerisches Selbst“ (Bröckling, 2007), bei dem Selbstmanagement und Selbstoptimierung bis zur psychischen Erschöpfung verlangt wird, sondern auch die Fürsorge für die Gesundheit der ArbeitnehmerInnen in der Unternehmensführung ernst genommen wird. Der französische Soziologe Alain Ehrenberg (2008) hat sich intensiv mit Depression und Alkoholsucht befasst. Für ihn stellen diese Krankheiten eine Reaktion auf die Dynamik heutiger Gesellschaft dar, indem der Mensch immer mehr durch Ansprüche an die Entwicklung seines „Selbst“ unter Druck gerät. Er stellt in seinem Buch „Das erschöpfte Selbst“ fest, dass sich der Verbots-Begriff in einer modernen, individualisierten Welt relativiert. Und zwar, indem es immer mehr um Entscheidung und persönliche Initiative geht. Die Person wird nicht länger durch eine äußere Ordnung (Konformität mit einem Gesetz) bewegt, sie muss sich auf ihre inneren Antriebe stützen, auf ihre geistigen Fähigkeiten zurückgreifen. Die Begriffe „Projekt“ – „Motivation“ – „Kommunikation“ bezeichnen heute die „neuen Normen“. Das moderne Individuum wird nicht mehr an seiner „Gefüh-

ligkeit“, sondern an seiner Initiative gemessen. Es ist nicht mehr so, dass es keine Orientierung in der heutigen Welt gibt (Habermas, 1985). Im Sinne von „Multioptionalität“ gibt es vielfältige Möglichkeiten zur Orientierung – sofern die sozio-ökonomischen Ressourcen vorhanden sind (Hillebrandt & Kneer, 1998). Eine zeitgemäße Alkoholsuchtprävention hat also die Aufgabe, in einer durch Information und Konsum<sup>4</sup> bestimmten Gesellschaft eine Orientierung zu geben. Und zwar hinsichtlich der kulturellen Kontexte, des richtigen Maßes und der Regeln im Umgang mit Suchtmitteln – das Alkohol unzweifelhaft sein kann. Dazu braucht es einen umfassenden und integrativen Ansatz der Suchtprävention. Marzahn (1994) spricht in diesem Zusammenhang von der Entwicklung einer gemeinsamen („gemeinen“) nicht allein von Markt und Prohibition bestimmten Kultur, sondern auch von einer Kultur im Umgang mit Rauschmitteln, in der Regelungen und Einschränkungen (zum Beispiel Gesetze) ebenso vorhanden sind wie Angebote, die dabei unterstützen, verantwortungsvoll zu konsumieren („Gesundheitserziehung“). Ein Beispiel in Wien wäre der „SaferPartyGuide“ der Maßnahme „PartyFit!“<sup>5</sup>, der für jugendliche und junge Erwachsene nützliche Tipps für eine sicheres Feiererlebnis bietet. In diesem Zusammenhang zeigt auch die „Diskussion um soziale Gerechtigkeit“ (z.B. Habermas, 1992; Sen, 2000) in der Sozialen Arbeit deutlich, dass sozial gerechte Zugänge zu Gesundheitsangeboten wie Prävention erforderlich sind, damit eine gemeinsame Kultur entstehen kann.

### Umsetzung einer zeitgemäßen Alkoholsuchtprävention

Für die Umsetzung einer zeitgemäßen Alkoholsuchtprävention, deren Ziel es ist gesundheitliche und soziale Risiken und Schäden, die durch übermäßigen Alkoholkonsum entstehen können, zu minimieren, ist ein zielorientiertes Vorgehen für die Entwicklung einer wirksamen Sucht-Strategie besonders wichtig. Die „Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013“ (Brunner, David et al., 2013) leistet dies für Wien und bietet den Rahmen, an dem sich die Steuerung, Planung und Grundhaltung für Maßnahmen der Wiener Suchtprävention orientieren. Die Einigung auf diesen Rahmen stellt hinsichtlich Agenden, Zielsetzungen, Werten, Ansätzen,

<sup>4</sup> Kritisch zur Konsumgesellschaft Bierhoff (2013)

<sup>5</sup> „PartyFit!“ ist eine alkoholsuchtpräventive Maßnahme des Instituts für Suchtprävention in Wien (ISP) gemeinsam mit „checkit!“. Bei der Maßnahme werden Informationen zu (riskantem) Alkoholkonsum durch geschulte Gleichaltrige (Peers) an Party- und EventbesucherInnen weitergegeben.

Handlungsfeldern etc. Transparenz her, die dabei hilft den Auf- und Ausbau der Wiener Suchtprävention systematisch voranzutreiben. Dabei gewährleistet die Sucht- und Drogenstrategie 2013 für die operative Umsetzung eine Handlungsfreiheit, um schnell und effizient auf Bedarfe von Dialoggruppen und auch auf sich ändernde Bedingungen – wie zum Beispiel regionale Bedarfslagen in einzelnen Bezirken der Stadt, Konsumtrends, neuen Erkenntnissen aus Wissenschaft und Forschung oder auf akute Problemlagen bei spezifischen Dialoggruppen – zeitnah reagieren zu können.<sup>6</sup>

Aktuell liegt der Schwerpunkt der Wiener Suchtprävention bei Maßnahmen für Jugendliche und junge Erwachsene, die in unterschiedlichen Settings zumeist mittels MultiplikatorInnen der Suchtprävention erreicht werden. Bei den fachlichen Ansätzen stehen besonders die Früherkennung bzw. Frühintervention und die Förderung von Lebens- und Risikokompetenzen im Vordergrund (Schroers, 2007). Neben österreichweiten Lebenskompetenzprogrammen wie zum Beispiel „plus – Das österreichische Präventionsprogramm für die 5. bis 8. Schulstufe“ setzt das Institut für Suchtprävention in Wien auch darauf, neue Handlungsfelder mit innovativen Maßnahmen zu erschließen, wie zum Beispiel mit der Kampagne „VOLLFAN statt voll fett“. Die seit mehreren Jahren erfolgreich laufende Maßnahme mit den beiden größten Fußballklubs in Wien, SK Rapid Wien und FK Austria Wien, setzt neben breit gestreuten und an der Dialoggruppe orientierten Sujets, auf personale Kommunikationsmaßnahmen mittels „Promotion-Peer-Teams“, die bei Spielen der beiden Vereine in den Stadien vor Ort den Kontakt zur Dialoggruppe aufnehmen. Der Begriff „Promotion-Peer-Team“ beinhaltet zwei Ansätze, die hier zu einem zusammengeführt werden. Jenen des Peer-to-Peer-Ansatzes mit dem Ziel, nicht die Lebenswelten von Dialoggruppen zu „kolonialisieren“ und zu „pädagogisieren“, sondern um auf Informations- und Dialogangebote auf „Augenhöhe“ zu vermitteln (Lüders, 2012), und jenen der Werbung, bei denen die Peers in unserem Fall suchtpreventive Botschaften promoten (Schroers & Männendorfer, 2012).

Ein weiteres neues Handlungsfeld ist jenes der betrieblichen und überbetrieblichen Lehrerbildung, in dem seit 2014 das Pilotprojekt „SUPstart – Alkoholsuchtprävention für Lehrlinge“ läuft. Im Rahmen dieses Projekts werden Lehrlinge, LehrlingsausbilderInnen und betriebliche Supportkräfte mittels aufeinander abgestimmter Curricula mit unterschiedlichen

sozial-kognitiven als auch interaktiven alltagsorientierten Methoden (Forumtheater, Wissensvermittlung, Kurzinterventionen) suchtpreventiv geschult. Ziel des Projekts ist es die unterschiedlichen Ebenen einerseits zu dem Thema Alkohol und Suchterkrankungen im betrieblichen Kontext zu informieren und zu sensibilisieren. Andererseits werden durch die Vermittlung von Informationen und Kompetenzen auf der AusbilderInnen- und Support-Ebene, im Sinne der Verhältnisprävention, vorhandene Strukturen suchtpreventiv weitergebildet. Konkret werden hier z.B. Weiterbildungen für Supportkräfte zu motivierenden Kurzinterventionen durchgeführt. Sie orientieren sich am transtheoretischen Stadienmodell nach Prochaska und DiClemente (2005) sowie an der Theorie des Motivational Interviewing nach Miller und Rollnick (2008). Ziel ist, über offene Fragen, aktives Zuhören, Würdigung, Förderung von „change talk“, einem „elastischen Umgang“ mit Widerstand und der Förderung von „confidence talk“ die Änderungsmotivation zu fördern sowie die Ziele, den Weg und den konkreten Plan für eine Konsumverhaltensänderung zu festigen (Veltrup, 2003). Motivational Interviewing repräsentiert damit mehr als eine Technik zur Gesprächsführung, sondern repräsentiert eine spezifische Haltung, wie man Menschen gegenübertritt, und ist geprägt von Respekt und Achtung sowie dem Bestreben, die Autonomie der Person zu wahren (Miller & Rollnick, 1991, zit. nach Musalek, 2015).

## Fazit

Alkoholsuchtprävention ist ein komplexes Thema, das durch die gesellschaftliche Sonderstellung von Alkohol eine besondere Herausforderung ist. Dass übermäßiger Alkoholkonsum gesundheitliche Konsequenzen hat, zeigen die Zahlen zu den alkoholbedingten Erkrankungen bzw. die Zahl der Alkoholabhängigen in Österreich. Diesem Problem zu begegnen, noch bevor es manifest wird, ist der Auftrag der Alkoholsuchtprävention. Wie dieser Auftrag strategisch und praktisch umgesetzt werden kann, wird in Fachkreisen intensiv diskutiert. Wien hat sich für den Grundsatz der „Integrierten Sucht- und Drogenpolitik“ (Brunner, David et al., 2013) entschieden, bei dem durch soziale Maßnahmen die Ausgrenzung von Randgruppen verhindert wird und Strategien entwickelt werden, um gesundheitliche und soziale Risiken und Schäden, die in Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol entstehen können, möglichst gering zu halten. Die Vermittlung von Wissen über Wirkungen und Gefahren-

<sup>6</sup> Für weitere Informationen siehe den Beitrag von Schroers & Wiering in diesem Heft.

potentiale von Alkohol sind dabei wichtige Elemente in der Präventionsarbeit. Allerdings darf Suchtprävention nicht auf Informationsweitergabe beschränkt werden, sondern muss darüber hinausgehen. In einer an Konsum und Erlebnis orientierten Gesellschaft, in der Alkohol im Alltag integriert und permanent verfügbar ist, stehen Präventionsansätze, die auf einer rein kognitiven Ebene auf mögliche Spätfolgen hinweisen, gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Konflikt mit der erlebten Realität. Den Alkoholkonsum mit Angst zu besetzen trägt nicht dazu bei, dass ein gemäßigter Umgang mit Alkohol erlernt wird, sondern kann dazu führen, dass Positionen wiedergegeben werden, ohne sie kritisch zu hinterfragen und ohne Bezug zu ihrer Lebensqualität. Ähnlich verhält es sich bei strukturellen Maßnahmen der Alkoholsuchtprävention. Gesetzliche Regelungen sind nur bedingt hilfreich, wenn es darum geht, Menschen zu unterstützen, Gefahren und Risiken abschätzen zu lernen und notwendige eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Ebenso ist aber auch reiner Aktionismus fehl am Platz, in dem sich oft subjektive Problemwahrnehmungen und Lösungsansätze wiederfinden. Auch hier ist eine einseitige und unhinterfragte Agenda, in der viel Kraft und Engagement beim Einzelnen liegt, im Sinne der Nachhaltigkeit, nicht zielführend.

Eine zeitgemäße Alkoholsuchtprävention sollte daher auf zwei Ebenen ansetzen. Erstens: Die Ausrichtung sollte einem „Policy-Mix“ entsprechen, in dem verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen aufeinander abgestimmt werden. Dabei muss nicht jede Maßnahme beide Komponenten enthalten, da nicht jede Maßnahme dies leisten kann. Deshalb ist ein koordiniertes Vorgehen anzustreben, bei dem die Maßnahmen und Angebote in der Alkoholsuchtprävention systematisch aus- und aufgebaut werden und in dem einzelne Maßnahmen und Projekte aufeinander Bezug nehmen können.

Zweitens: Um diesen systematischen Auf- und Ausbau der Alkoholsuchtprävention leisten zu können sind für die Inhalte und die Umsetzung wissenschaftlich gesicherte Grundlagen notwendig. Diese bedürfen einerseits einer lebhaften Forschungslandschaft und sollen einen interdisziplinären Austausch ermöglichen. Andererseits bedarf es einer Praxis, die ihr Wissen und ihre Kompetenzen bei der Erstellung von Maßnahmen einbringen kann und möchte. Der Weg führt damit weg von rein output-orientiertem Aktionismus, der sich in „Weltrettungsideen Einzelner“, „Leuchtturmprojekten von PolitikerInnen“, allein innovativen und kreativen Projekten –

auch kommerziellen Angeboten (Kalke, 2014) ohne wissenschaftliche Basis – zeigt. Er führt auch weg von Maßnahmen, die am Reißbrett entworfen werden. Stattdessen führt er hin zu einem wissenschaftlich fundierten, überlegten und koordinierten Vorgehen, bei dem die VertreterInnen aus Politik, Praxis und Wissenschaft gemeinsam an Lösungen arbeiten, in deren Mittelpunkt strategische Überlegungen zu einer gemeinsamen Alkoholsuchtprävention stehen.

## Literatur

- Aberhalden, I. (2010). Alkohol im Spannungsfeld. *SuchtMagazin*, (1), 13-17.
- Aufenanger, S., Große-Loheide, M., Hasebrink, U. & Lampert, C. (Hrsg.) (2002). *Alkohol – Fernsehen – Jugendliche. Programmanalyse und medienpädagogische Praxisprojekte*. (Schriftenreihe der HAM, Bd. 21). Berlin.
- Barth, J. & Bengel, J. (1998). *Prävention durch Angst? Stand der Furchtapellforschung*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 4. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bierhoff, B. (2013). *Konsumismus. Kritik einer Lebensform*. Freiburg i. Br.: Centaurus.
- Bühler, A. & Kröger, C. (2006). *Expertise zur Prävention des Substanzgebrauchs*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 29. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bühler, A. & Thrul, J. (2014). *Expertise zur Suchtprävention. Aktualisierte und erweiterte Neuauflage zur der „Expertise zur Prävention des Substanzgebrauchs“*. Köln: BZgA.
- Bröckling, U. (2007). *Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Brunner, L., David, A., Dobias, St., Dressel, M., Jäger, A., Kalwoda, D., Kohlhofer, W., Lochner, E., Pumberger, D., Schmidhofer, H., Schroers, A., Stöger, W., Wagner-Wasserbauer, G., Wegscheider, B. & Wimmer, E. (2013). *Strategie 2013, Sucht- und Drogenstrategie 2013* (S. 64-97) Wien: Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH.
- Cox, W. M. & Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 168-180.
- Cox, W. M. & Klinger, E. (1990). Incentive motivation, affective change, and alcohol use: A model. In Cox, W. M. (Ed.), *Why people drink* (pp. 291-314). New York: Gardner Press.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O. R. F. & Barnekow, V. (Eds.) (2012). *Social determi-*

- nants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).
- Eisenbach-Stangl, L., Bernardis, A., Fellöcker, K., Haberhauer-Stidl, J. & Schmied, G. (2008). *Jugendliche Alkoholszenen. Konsumkontexte, Trinkmotive, Prävention*. Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung.
- Ehrenberg, A. (2008). *Das erschöpfte Selbst: Depression und Gesellschaft in der Gegenwart*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Feuerlein, W. (1994). Alkoholismus: Ein Problem verschiedener Kulturen und Jahrhunderte. In Singer, M. V., Batra, A. & Mann, K. (2011). *Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen*. Stuttgart: Thieme.
- Foucault, M. (1961). Histoire de la folie à l'âge classique. Librairie Plon, Paris. In Musalek M. (2015), *Behandlungs- und Rehabilitations-Konzepte – Neue Entwicklungen*. Präsentation zur Tagung des Anton-Proksch-Instituts am 30. und 31. 1. 2015.
- Habermas, J. (1985). *Die neue Unübersichtlichkeit*. Kleine Politische Schriften V. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Habermas, J. (1992). *Faktizität und Geltung*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Habermas, J. (1995). *Theorie des kommunikativen Handelns*. 1. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Heinzlmaier, B. (2007). *Jugend unter Druck. Das Leben der Jugend in der Leistungsgesellschaft und die Krise der Partizipation im Zeitalter des Posttraditionellen Materialismus*. Wien: Jugendkultur.at.
- Hillebrandt, F., Kneer, G. & Kraemer, K. (1998). Verlust der Sicherheit? Lebensstile zwischen Multioptionalität und Knappheit. Oppladen, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kalke, J. (2014). *Selbstheilung bei pathologischem Glücksspielen*. Vortrag beim Deutschen Suchtkongress 2014, Berlin.
- Kuntsche, E. (2007). *Tell me ... why do you drink? A study of drinking motives in adolescence*. Lausanne: Swiss Institute for the prevention of alcohol and drug problems.
- Loosen, W. & Schroers A. (2003). Ist die Suchtprävention ihr Geld wert? *BINAD-INFO 24, 1. Halbjahr*, LWL, 75-80.
- Lüders, C. (2012). Gleichaltrigengruppen als soziale Lebenswelt. Aufschlussreiche Binnenperspektive: Peer-Beziehungen aus der Sicht der Jugendlichen. *DJI Impulse*, 12-14.
- Marzahn, C. (1994). *Bene tibi. Über Genuß und Geist*. Bremen: Edition Temmen.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2008). *Motivational Interviewing: Helping People Change*. New York: The Guilford Press.
- Musalek, M. (2015). *Behandlungs- und Rehabilitations-Konzepte – Neue Entwicklungen*. Tagung des Anton-Proksch-Instituts am 30. und 31. 1. 2015.
- Pittman, D. J. (1967). International Overview: Social and Cultural Factors in Drinking Patterns, Pathological and Nonpathological. In: Pittman, D. J. (Ed.), *Alcoholism*. New York: Harper & Row.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (2005). The transtheoretical approach. In: Norcross, J. C. & Goldfried, M. R. (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 147-171). 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press.
- Ruckstuhl, B. (2011). 25 Jahre Ottawa-Charta: Ein kritischer Blick zurück für die Zukunft. *Prävention 04/2011*.
- Sen, A. (2000). *Ökonomie für den Menschen*. München: Hanser.
- Singer, M. V., Batra A. & Mann, K. (2011). *Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen*. Stuttgart: Thieme.
- Schulze, G. (2000). *Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart*. Studienausgabe. Frankfurt a. M.: Campus.
- Schrad, M. L. (2014). *Vodka Politics: Alcohol, Autocracy, and the Secret History of the Russian State*. New York: Oxford University Press.
- Schroers, A. (2007). Früh erkennen – rechtzeitig intervenieren. Frühinterventionen im Verständnis eines integrativen Ansatzes zielgruppenorientierter Suchtprävention. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 30, 1.
- Schroers, A. & Männersdorfer, M. (2012). Party-Fit! – Zeitgemäße Alkoholsuchtprävention bei Events. In: Schmidt-Semisch, H. & Stöver, H. (Hrsg.), *Saufen mit Sinn? Harm Reduction beim Alkoholkonsum* (S. 233-247). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Thiersch, H. (2005). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel*. 6. Aufl. Weinheim, München: Juventa.
- Uhl, A. & Springer, A. (1996). *Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster – Repräsentativerhebung 1993/94, Datenband*. Bericht des LBISucht, Wien.
- Uhl, A., Bachmayer, S., Puhm, A., Strizek, J., Kobrna, U. & Musalek, M. (2011). *Handbuch Alkohol – Österreich*. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlage 2011. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

- Uhl, A. & Kobrna, U. (2012). Rauschtrinken bei Jugendlichen – Medienhype oder bedenkliche Entwicklung? *Suchttherapie*, 13, 15-24.
- Uhl, A., Bachmayer, S., Puhm, A., Strizek J., Kobrna, U. & Musalek, M. (2013). *Handbuch Alkohol – Österreich*. Band 1: Formeln und Zahlen 2013, 5., vollständig überarbeitete Auflage. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Veltrup, C. (2003). Motivational Interviewing: Eine Übersicht. *Suchttherapie*, 4, 115-124.
- Wurdak, M., Dörfler, T., Eberhard, M. & Wolstein J. (2010). Tagebuchstudie zu Trinkmotiven, Affektivität und Alkoholkonsum bei Jugendlichen. *Sucht*, 56 (3-4), S. 175-182.
- Wurdak, M. & Wolstein, J. (2012). *Abschlussbericht Motivbasierte Intervention am Krankenbett im Rahmen des Projekts HaLT – Hart am Limit*. Universität Bamberg.

### Internetquellen

- Statistik Austria (2014). *Spitalsentlassungsstatistik*. Zugriff am 20.01.2014, 16:52 Uhr: [http://www.statistik.at/web\\_de/dynamic/statistiken/gesundheit/024923](http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/024923).



© Daniela Klemencic

#### Dr. Artur Schroers

Sucht- und Drogenkoordination Wien  
 Modecenterstraße 14/Block B/2. OG  
 A-1030 Wien  
[artur.schroers@sd-wien.at](mailto:artur.schroers@sd-wien.at)



© Institut für Suchtprävention

#### Mag. Markus Hojni

Sucht- und Drogenkoordination Wien  
 Modecenterstraße 14/Block B/2. OG  
 A-1030 Wien  
[markus.hojni@sd-wien.at](mailto:markus.hojni@sd-wien.at)



280 Seiten  
 ISBN 978-3-95853-025-6  
 Preis: 25,- Euro

eBook: ISBN 978-3-95853-026-3  
 Preis: 15,- Euro ([www.ciando.com](http://www.ciando.com))

Rudolf & Barbara Klußmann

## Konflikt – Krise – Krankheit

### Psychosomatische Leiden historischer Persönlichkeiten

Die Psychosomatische Medizin versteht Gesundheit und Krankheit aus dem Spannungsfeld heraus, das sich zwischen der biologischen Natur des körperlichen Menschen und dessen geistiger Natur aufbaut. Sie bewegt sich zwischen den geisteswissenschaftlichen und den naturwissenschaftlichen Disziplinen. Die faszinierenden jüngeren Ergebnisse der Hirnforschung bestätigen viele „alte“ Erkenntnisse der tiefenpsychologischen Psychosomatik auch im Hinblick auf die untrennbare Einheit von Körper und Seele.

Ein Schwerpunkt liegt heute auf den frühkindlichen Erfahrungen eines Menschen, insbesondere der Qualität seiner Bindungsbeziehungen. Diese wirken nachhaltig über die ganze Lebensspanne und stehen häufig im Zusammenhang mit vielfachen Störungen und (psycho)somatischen Krankheiten.

Unter Berücksichtigung der empirischen Säuglings-, Bindungs- und Stressforschung, der Neurowissenschaften und des psychoanalytischen Wissens untersuchen die Autoren anhand ihrer klinischen Erfahrung die frühe und spätere Persönlichkeitsentwicklung einiger herausragender historischer Personen. Es ist faszinierend, dem Zusammenwirken von Körper, Seele, Geist und Umwelt auch bei diesen Persönlichkeiten nachzuspüren und Gemeinsamkeiten zum kranken Menschen von heute aufzuzeigen. Die geistige Natur des Menschen umfasst die Fähigkeit, Vergangenes zu erinnern und im Licht unserer gegenwärtigen Welt zu reflektieren. So wirken die beschriebenen Persönlichkeiten aus der Geschichte in unsere Gegenwart hinein.



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich · Telefon +49 (0)5484 308 · Telefax +49 (0)5484 550  
[pabst.publishers@t-online.de](mailto:pabst.publishers@t-online.de) · [www.psychologie-aktuell.com](http://www.psychologie-aktuell.com) · [www.pabst-publishers.de](http://www.pabst-publishers.de)

# Alkoholpolitik im europäischen Kontext

Alfred Uhl

*Für Lektorat und kritische Anmerkungen danke ich meiner Kollegin Ulrike Kobrna.*

## Zusammenfassung

Der Artikel erörtert aktuelle Entwicklungen in der europäischen Alkoholpolitik, hinter dieser Entwicklung stehende Konzepte und Grundhaltungen sowie mögliche Implikationen für die österreichische Situation. Darüber hinaus setzt er sich kritisch mit den Chancen und Grenzen der empirischen Forschung im Zusammenhang mit Alkoholepidemiologie auseinander.

### 1 Zwei diametrale Ansätze der europäischen Alkoholpolitik

In den katholisch und christlich-orthodox geprägten Ländern Europas ist Alkoholkonsum traditionell in das soziale, kulturelle und kulinarische Leben integriert. Bei Festen und Feierlichkeiten ist das Anstoßen mit alkoholischen Getränken ein weitverbreitetes Ritual. Im religiösen Kontext, z.B. beim christlichen Gottesdienst, spielt Alkohol nach wie vor eine wichtige Rolle. Der Großteil der Menschen konsumiert Alkohol moderat und verantwortungsbewusst (Uhl et al., 2009). Dass exzessiver Alkoholkonsum sehr problematische Auswirkungen haben kann, ist angesichts der hohen Prävalenz von alkoholassoziierten Problemen den meisten Menschen bewusst.<sup>1</sup> Wer den moderaten Alkoholkonsum allerdings deutlich positiv konnotiert und mehr oder weniger regelmäßig Alkohol konsumiert, überträgt die negative Bewertung des exzessiven Konsums kaum auf den Alkoholkonsum per se. Unproblematischer Alkoholkonsum und problematischer Konsum werden daher als unterschiedli-

che Phänomene erlebt und präsentiert. Diesen Zugang kann man als „alkoholtoleranten Ansatz“, „problemfokussierten Ansatz“ oder „Problemansatz“ umschreiben.

Deutlich anders als die oben beschriebene Sichtweise ist die Situation in den protestantisch geprägten nordeuropäischen und anglophonen Staaten, wo viele Menschen traditionell völlig oder weitgehend alkoholabstinent leben und den moderaten Alkoholkonsum neutral bis negativ konnotieren (Spode, 2010). Hier wird der moderate Konsum häufig schon als Vorstufe zum exzessiven Alkoholkonsum interpretiert und die negative Beurteilung des Exzesses prägt daher auch die Einstellung zum Alkohol generell. Anders als in alkoholtoleranten Regionen, wie in südlichen oder alpinen europäischen Ländern, wird moderater und exzessiver Alkoholkonsum auf einem Kontinuum verortet, wobei die Gefahr, von moderaten zu problematischeren Konsumformen abzugleiten, bei jeglichem Konsum mitgedacht wird. Strenge Begrenzung der Alkoholverfügbarkeit wird hier als adäquates Mittel gesehen, um die Bevölkerung davor zu schützen, von unbedenklichen zu problematischen Konsumformen abzugleiten. Da derartige Kontrollmaßnahmen auf die gesamte Bevölkerung zielen und die ausdrückliche Zielvorstellung der Alkoholpolitik ein möglichst geringer Durchschnittsalkoholkonsum in der Bevölkerung ist (Schlagwort: „Less is better“), kann man hier von einem „Bevölkerungsansatz“, „Kontrollansatz“, „moderaten Abstinenzansatz“ oder „alkoholkritischen Ansatz“ sprechen.

Vergleicht man die Trinkgewohnheiten und alkoholbezogenen Probleme in Europa vor Beginn der beschleunigten europäischen Integration nach der EU-Erweiterung, so zeigt sich, dass die alkoholkritischen Regionen durch restriktive Alkoholpolitik, einen relativ niedrigen Alkoholdurchschnittskonsum und viele Probleme im Zusammenhang mit Rauschexzessen charakterisiert waren, während es in alkoholtoleranten Kulturen, zu denen auch Österreich zählt, eine liberale Alkoholpolitik, einen rela-

<sup>1</sup> Siehe hierzu Schroers & Wiering „Alkoholsuchtprävention: Strategien europäischer Städte: Rotterdam und Wien“ sowie Schroers & Hojni „Prämissen der Alkoholsuchtprävention“ in diesem Heft.

tiv hohen Alkoholdurchschnittskonsum, aber deutlich weniger Probleme im Zusammenhang mit Rauschexzessen gab (Leifman et al., 2002).

In den alkoholkritischen Kulturen wurde und wird der niedrige Alkoholdurchschnittskonsum als Erfolg der restriktiven Alkoholpolitik interpretiert. Die umgekehrte Kausalinterpretation, dass in einer Demokratie die Alkoholpolitik, wie jegliche gesellschaftsnormierende Regelung, stark von der Einstellung der Bevölkerungsmehrheit geprägt ist, wird kaum je erwogen.

In den alkoholtoleranten Kulturen hingegen wurde die Idee, dass die Politik den Alkoholkonsum durch Kontrollmaßnahmen massiv einschränken sollte, lange Zeit als so weltfremd beurteilt, dass weder die AlkoholkonsumentenInnen noch die Alkoholwirtschaft die nord-europäischen alkoholpolitischen Forderungen für sich selbst als relevant erachteten. Alkoholprobleme auf eine zu laxen Alkoholpolitik zurückzuführen, wurde nur selten in Erwägung gezogen.

## 2 Die Auswirkungen der europäischen Integration

Das alles änderte sich relativ rasch, als die wirtschaftliche Integration Europas nach der großen EU-Erweiterung 1995 immer konkretere Formen annahm. Während zuvor alkoholtolerante und alkoholkritische Kulturen die Alkoholpolitik in ihrem Hoheitsgebiet weitgehend souverän gestalten konnten und von abweichenden Strategien und Haltungen in anderen Regionen nicht unmittelbar tangiert waren, wurde nun zusehends klar, dass sich der alkoholpolitische Gestaltungsspielraum der einzelnen Staaten sukzessive verringern würde. Wegfallende Zollgrenzen, wirtschaftliche Deregulierungsbestrebungen, verstärkte innereuropäische Reisetätigkeit und eine wachsende Zahl an europaweit gültigen Gesetzen und Regulierungen erzeugten Druck auf Staaten mit sehr restriktiver Alkoholpolitik, diese zu lockern. Staaten mit einer moderaten Alkoholpolitik hingegen spürten zunächst keinen vergleichbaren Druck in die andere Richtung. Sie konnten den Status quo problemlos beibehalten oder nach eigenem Ermessen strengere alkoholpolitische Maßnahmen ergreifen.

Der Trend in Richtung Angleichung an die „europäische Mitte“ erfasste dann aber auch – neben vielen Einstellungen, Vorlieben, Gewohnheiten und Gesetzen – zunehmend den Umgang mit Alkohol. So nahmen in den alkoholtoleranten Kulturen die Alkoholkontrollmaßnahmen zu und der durchschnittliche

Alkoholkonsum ab, während in den alkoholkritischen Kulturen Kontrollmaßnahmen zurückgingen und der Durchschnittskonsum stieg. Die generelle Konvergenzbewegung zum europäischen Durchschnitt hin („europäischen Konvergenzhypothese“, vgl. Uhl et al., 2009) wird in Bezug auf den Alkoholkonsum in den alkoholkritischen Kulturen nicht als globaler Trend gesehen, sondern kausal in dem Sinn interpretiert, dass die Lockerung der Alkoholkontrollmaßnahmen und der gesunkene Preis die Konsumzunahme verursachten („Konsumreagiert-auf-Policy-Änderungen-Hypothese“). Dass der Zusammenhang zwischen Preis und Konsum keinesfalls so stark ist, wie in diesem Zusammenhang angenommen, legt unter anderem die Situation in Österreich nahe, wo über die letzten Jahrzehnte die inflationsbereinigten Alkoholpreise erheblich sanken, die Öffnungszeiten von Geschäften und Gastronomie stark dereguliert wurden, der Alkoholdurchschnittskonsum aber nichtsdestoweniger seit 1970 um rund 20% zurückging. Auch in anderen europäischen Staaten hängen Alkoholpreis und Durchschnittskonsum keinesfalls so klar zusammen, wie oft suggeriert wird (Leppänen et al., 2001; Uhl, 2006b).

Da die steigenden Alkoholdurchschnittskonsumzahlen von den meisten EntscheidungsträgerInnen in den nordeuropäischen Staaten, vor allem in Norwegen, Schweden und Finnland, als Folge der unfreiwillig erfolgten Liberalisierung ihrer Alkoholpolitik erlebt wurden, entstanden starke Bestrebungen in den betreffenden Staaten, sich explizit gegen diese Liberalisierung zu stellen. Es war dabei offensichtlich, dass man alkoholpolitisch das Rad der Geschichte in einem zusehends integrierteren Europa nur zurückdrehen kann, wenn es gelingt, die europäische Alkoholpolitik im eigenen Sinne zu beeinflussen – also die Mehrheit der europäischen Staaten von den Vorzügen einer restriktiven Alkoholpolitik zu überzeugen. Um das zu erreichen, verlagerten sich die alkoholpolitischen Aktivitäten Nord-europas zusehends auf die europäische Ebene. Es kam zu konsequentem Lobbying – oder mit einem positiver besetzten Ausdruck bezeichnet zu „Advocacy“ – für das traditionelle nordische Modell der Alkoholpolitik. Erleichtert wurden diese Vorstöße dadurch, dass die alkoholtoleranten Kulturen bis dahin bezüglich ihrer Alkoholpolitik nicht unter Anpassungsdruck geraten waren, das Thema generell wenig beachtet hatten und daher zunächst kaum reagierten.

Zusätzlich kam den alkoholkritischen Kulturen bei ihren Bestrebungen zugute, dass sie über Jahrzehnte sehr viel Geld in epidemiologi-

sche Alkoholforschung investiert hatten, während der alkoholtolerante, problemfokussierende Rest Europas primär die Behandlung des Alkoholismus vorantrieben und beforscht hatte. Die Konsequenz daraus ist, dass heute der Großteil der international renommierten und engagierten AlkoholepidemiologInnen aus dem nordeuropäischen und anglophonen Raum stammt, kulturell von der nordeuropäischen und anglophonen Perspektive der restriktiven Alkoholpolitik geprägt ist, die alkoholpolitischen Forderungen jener EntscheidungsträgerInnen, die diese Forschung seit Jahrzehnten unterstützten, wohlwollend kommentiert und fördert und im Metier Alkoholepidemiologie fast eine Monopolstellung innehat. Vor diesem Hintergrund gelang es weitgehend unwidersprochen, die traditionell und regional bedingten unterschiedlichen Zugangsweisen zur Alkoholpolitik zu einem eindimensionalen und überregionalen Konflikt zwischen zwei Widersachern umzuinterpretieren: auf der einen Seite die als „Gesundheitssektor“ bezeichnete Allianz aus alkoholabstinenzmotivierten EntscheidungsträgerInnen und Anti-AlkoholaktivistInnen sowie der empirischen Forschung versus die rein wirtschaftlichen Interessen der Alkoholindustrie auf der anderen Seite. Dass Alkoholpolitik auch die Interessen anderer Personengruppen unmittelbar tangiert, nicht zuletzt die der moderaten AlkoholkonsumentInnen, wird dabei konsequent ausgeblendet.

### 3 Drei wichtige Standardwerke im Sinne des Kontrollansatzes

Besonders bedeutend in diesem Zusammenhang sind drei von einigen der renommiertesten AlkoholforscherInnen verfasste Publikationen, die auch maßgeblich von der WHO unterstützt wurden (Bruun et al., 1975; Edwards et al., 1994; Babor et al., 2003/2005). Die Publikation von Babor et al. (2003/2005) „Alkohol: Kein gewöhnliches Konsumgut“ (Originaltitel: „Alcohol: No ordinary commodity“) bewertet die existierenden Ansätze der Alkoholpolitik hinsichtlich Kosten und Effektivität und kommt zum Schluss, dass nur konsequent auf Kontrolle und Sanktionen setzende Maßnahmen nachgewiesenermaßen effektiv und kostengünstig seien („Best Buy-Ansatz“, WHO, 2012), während sowohl traditionelle Suchttherapie als auch die primärpräventiv orientierten Gesundheitsförderungsansätze im Sinne der Ottawa-Charta (WHO, 1986a) als teuer und ineffizient abzulehnen seien. Die AutorInnen dieser Publikation analysierten die vorhandene Literatur umfassend und durchaus differenziert, kommen aber

stark simplifizierend zu Aussagen, die in dieser Form aus der berücksichtigten Literatur nicht nachvollziehbar sind (Uhl, 2008). Insbesondere die zusammenfassenden Kapitel dieser Publikation stellen ein bedingungsloses Plädoyer für den Kontrollansatz dar, der im Sinne des „Best Buy-Ansatzes“ leichter „zu verkaufen“ ist, während weniger paternalistische Formen der Alkoholpolitik – Suchtprävention und traditionelle Suchttherapie – massiv abgewertet werden. Vielen SuchtpräventionistInnen und -therapeutInnen scheint nicht bewusst zu sein, dass hiermit ein Frontalangriff auf ihre Professionen stattfand und immer noch stattfindet. Nach starker Kritik von ExpertInnen, die der traditionell nordeuropäischen Alkoholpolitik viel Sympathie entgegenbringen, aber die strategische Abwertung von Prävention und Therapie übertrieben fanden (z.B. Romanus, 2003 oder Craplet, 2006), wurde in der zweiten Auflage von „Alcohol: No ordinary commodity“ (Babor et al., 2010) zumindest das negative Urteil über die traditionelle Suchttherapie erheblich abgeschwächt.

Die drei hier angeführten Werke waren und sind ohne Frage von ganz besonderer Bedeutung für den alkoholpolitischen Diskurs in Europa. Darüber hinaus gibt es aber noch weitere wichtige Werke mit ähnlicher Schwerpunktsetzung und Grundorientierung, wie z.B. das im Rahmen des großangelegten EU-Projekts „Bridging the Gap“ von Anderson und Baumberg (2006) verfasste Buch „Alcohol in Europe“, das diese Argumentationslinie erneuert und weiterführt.

### 4 Heterogenität der Einstellung zum Alkohol trotz länderspezifischer Mehrheitsposition

Die eingangs zur Positionsbestimmung beschriebene Einteilung in alkoholtolerante und alkoholkritische Staaten ist natürlich eine verallgemeinernde Vereinfachung, die die Mehrheitsströmung in Staaten vor dem Hintergrund ihrer kulturellen und religiösen Prägungen charakterisiert, aber bei weitem nicht die Positionen aller Bevölkerungssegmente erfasst. So gibt es in alkoholkritischen Staaten relevante Minderheiten, die dem exzessiven Alkoholkonsum frönen – sonst wäre es nicht möglich, dass es in diesen Staaten mehr Probleme im Zusammenhang mit Alkoholexzessen gibt als in alkoholtoleranten Staaten. In den alkoholtoleranten Staaten gab und gibt es überzeugte AlkoholgegnerInnen und Abstinenzbewegungen. So spielte z.B. der Arbeiterabstinentenbund in der Zwischenkriegszeit und Nachkriegszeit in

Österreich eine nicht unbedeutende Rolle, der Stellenwert der Abstinenzbewegung hat aber in der Zeit danach kontinuierlich abgenommen (Eisenbach-Stangl, 1991).

## 5 Der Symbolcharakter von Alkohol

In der Regel kann man annehmen, dass jene, die eine psychoaktive Substanz positiv konnotieren, diese eher konsumieren als jene, die diese negativ beurteilen. Das muss aber nicht unbedingt zutreffen, wie die Erfahrungen mit der Jugendbewegung Ende der 60er und Anfang der 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts nahelegen. Die Jugendbewegung hatte sich gegen Erwachsene und Etablierte gerichtet und den Gebrauch von Cannabis und anderen illegalisierten Drogen propagiert (Eisenbach-Stangl, 2000). Insbesondere Cannabis wurde so zum Symbol für die neue Bewegung und für Fortschrittlichkeit, während sich Alkohol, die traditionelle Droge der Erwachsenen, zum negativ besetzten Symbol für Spießbürgerlichkeit und Konservatismus wandelte. Die Cannabis konsumierenden Mitglieder dieser Gegenkultur grenzten sich anfänglich dezidiert vom Alkoholkonsum ab. Als mit der Zeit jedoch viele Ideen der Gegenkultur zum Mainstream wurden und Cannabiskonsum in der Gesellschaft zusehends normalisiert wurde (Fahrenkrug, 2000), kam es zu einer Entideologisierung von Cannabis, wodurch auch Alkohol als Symbol für konservatives Spießbürgertum an Bedeutung verlor, aber nicht völlig verschwand. Bei einer Bevölkerungsbefragung Mitte der 1980er Jahre konnten Springer et al. (1987) feststellen, dass cannabiserfahrene ÖsterreicherInnen ab dem 15. Lebensjahr Cannabis weiterhin relativ positiv und Alkohol vergleichsweise gefährlich beurteilten, dass diese Gruppe aber gleichzeitig erheblich mehr Alkohol konsumierte als jene, die cannabisunerfahren waren. Die Überzeugung, dass Alkohol und Nikotin sowohl quantitativ als auch qualitativ deutlich mehr Probleme verursachen als Cannabis, kommt zwar nicht unerwartet, da viele bedeutende SuchtforscherInnen zu einem ähnlichen Urteil gelangten (z.B. Roques, 1998; Hall et al., 1999; Nutt et al., 2007), aber dass 1987 gerade jene, die Alkohol ziemlich negativ beurteilen, durchschnittlich deutlich mehr Alkohol konsumierten als der Bevölkerungsdurchschnitt, ist paradox und lässt sich wohl nur über die damals nach wie vor existierende Symbolfunktion von Cannabis erklären. Ob und wie weit Alkohol bei cannabisaffinen Personen auch heute noch negativer be-

urteilt, aber gleichzeitig überdurchschnittlich konsumiert wird, kann man nur mutmaßen.

Erwähnenswert scheint in diesem Zusammenhang auch, dass viele Menschen, die für einen moderaten, nicht-sanktionierenden, schadensbegrenzenden Umgang mit KonsumentInnen illegaler Drogen eintreten – darunter viele SuchtpräventionsexpertInnen, -forscherInnen und -therapeutInnen – seit Jahren die relative Gefährlichkeit von Alkohol und Tabak beschwören, in der Hoffnung, durch diese Relativierung Druck von den DrogenkonsumentInnen illegaler Drogen zu nehmen. Die Gemeinsamkeit der Argumentation in Bezug auf die Gefährlichkeit von Alkohol, die diese ProponentInnen eines liberalen Umgangs mit illegalen Drogen mit der neuen, von Nordeuropa induzierten Anti-Alkohol-Bewegung verbindet, darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass diese Bewegung aus Regionen kommt, die nicht nur eine paternalistisch-kontrollierende Alkoholpolitik fordern, sondern meist auch in Hinblick auf illegalisierte Drogen kompromisslos am Ziel der drogenfreien Gesellschaft festhalten und kaum für Akzeptanzorientierung sowie Schadensbegrenzung in der Drogenpolitik zu haben sind. Die Freude darüber, dass die KonsumentInnen illegalisierter Drogen etwas aus dem Fokus des öffentlichen Diskurses geraten und plötzlich „komatrinkende Jugendliche“ verstärkt mediales Aufsehen erregen, sollte also nicht zu einem voreiligen Schulterschluss mit den VertreterInnen des Kontrollansatzes verführen, von denen keine Unterstützung in Richtung moderate Drogenpolitik zu erwarten ist.

## 6 Problembegriff „evidenzbasierte Politik“

In der sich auf epidemiologische Forschung berufenden alkoholpolitischen Diskussion hat sich inzwischen eine Sprachregelung etabliert, die als sinnvoll erachtete Alkoholkontrollmaßnahmen kommentarlos mit „evidenzbasierter Alkoholpolitik“ gleichsetzt und allen anderen Zugängen mehr oder weniger explizit das Stigma der Unwissenschaftlichkeit zuweist. Dass sich Forschung an Evidenz orientieren sollte, bedarf seit der Zeit der Aufklärung keiner näheren Erläuterung, aber was unter „evidenzbasiert“ genau zu verstehen ist und welchen Geltungsanspruch man daran knüpfen kann, darüber gibt es stark divergierende Auffassungen (Uhl, 2009).

## 6.1 Verwirrung um dem Ausdruck „evidenzbasierte Medizin“

Dass bedeutende MedizinerInnen – als unangreifbare Eminenzen – mitunter sachlich unhaltbare Meinungen vertreten und verbreiten – eine Praxis, die pointiert als „eminenzbasierte Medizin“ bezeichnet wird – wurde zu Recht oft kritisiert. Als Alternative dazu wird nun schon seit mehr als 20 Jahren das Prinzip der „evidenzbasierten Medizin“ propagiert. David Sackett, einer der Initiatoren dieser Bewegung, der sich zuvor intensiv mit den Grundlagen der Erkenntnislogik und mit verbreiteten Fehlschlüssen auseinandergesetzt hatte, betonte im Aufsatz „Bias in Analytic Research“ den Stellenwert des präzisen Denkens und kritisierte die ForschungsmethodologInnen, zu denen er sich auch selbst zählte, pauschal dafür, dass diese den empirischen ForscherInnen die zentralen methodologischen Grundlagen ihrer Disziplin nur unzulänglich erklären (Sackett, 1979).

## 6.2 „Evidenzbasiert“ im Sinne der vernünftigen Bezugnahme auf die beste verfügbare Evidenz

Dreizehn Jahre später formulierte Sackett als wesentlicher Akteur der Arbeitsgruppe „Evidence-Based Medicine Working Group“ (1992) die Grundlagen der evidenzbasierten Medizin maßgeblich mit, wobei der zentrale Ausdruck „evidenzbasierte Medizin“ ein Jahr zuvor von Guyatt (1991), dem Chairman dieser Arbeitsgruppe, geprägt worden war. Im Zusammenhang mit diesem neuen Paradigma erfolgte eine Kategorisierung empirischer Forschungsergebnisse nach deren Aussagekraft (Levels of Evidence). Die zahlreichen Publikationen zu den „Levels of Evidence“ (z.B. OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2011) sind weitgehend äquivalent und unterscheiden sich bloß in Details. Durchgängig wird dabei Metaanalysen über randomisierte, kontrollierte Studien (RCTs) die höchste Gültigkeit zugewiesen.

RCTs auf die höchste Stufe zu heben, ist forschungslogisch sinnvoll, allerdings nur, sofern man zur Kenntnis nimmt, dass aus unterschiedlichen Gründen RCTs für die meisten epidemiologischen Fragestellungen nicht durchführbar sind, und dass infolge der artifizienten experimentellen Studiensituation die Übertragung auf reale Lebenssituationen oft nur sehr bedingt möglich ist.

Ausdrücklich wird von der Evidence-Based Medicine Working Group unterstrichen, dass klinische Erfahrung, Intuition und traditionelle

Fähigkeiten im Forschungskontext generell von großer Bedeutung seien. Es wird auch betont, dass man bei evidenzbasierten Entscheidungen in all jenen Fällen, wo keine schlüssigen experimentellen Ergebnisse vorliegen, auf die beste vorhandene Evidenz – unter Umständen ausschließlich auf Erfahrung und Intuition – zurückgreifen muss.

Wo die Evidenzgrundlage schwach ist, bedeutet das Prädikat „evidenzbasiert“ daher nicht, dass man weitgehend verlässliche Schlussfolgerungen vor sich hat, sondern bloß, dass die Handelnden auf Basis einer soliden methodologischen Grundlage das aktuell bestmögliche Ergebnis erarbeitet haben, im Bewusstsein, dass dessen schwache Fundierung und Verlässlichkeit die Notwendigkeit weiterer Erhebungen, Beobachtungen und Reflexionen nach sich zieht.

## 6.3 „Evidenzbasiert“ als falsch verstandenes Gütesiegel

Diese wichtige Tatsache, dass „evidenzbasiert“ meist nicht mit einer hohen Evidenzstufe gleichzusetzen ist, weil RCTs oft weder sinnvoll noch möglich sind, ist bei vielen AnhängerInnen der „Evidenzbasierung“ aber noch nicht angekommen. Die Popularität des Ausdrucks „evidenzbasiert“ im aktuellen wissenschaftlichen Diskurs und der Umstand, dass als höchste Stufe der Evidenz sauber geplante experimentelle Forschung festgelegt wurde, nährte bei vielen Beteiligten den Eindruck, dass zur „evidenzbasierten“ Beantwortung von wissenschaftlichen Fragen ausschließlich RCTs legitim seien und dass RCTs bei den meisten relevanten Fragen auch durchführbar seien. Infolge dieses Missverständnisses mutierte das Prädikat „evidenzbasiert“ zusehends zum sakrosankten Gütesiegel für gesicherte Ergebnisse aus experimentell gewonnenen Daten.

Gegen diese inadäquate Sichtweise wandten sich z.B. Smith und Pell (2003) sehr pointiert im Aufsatz „Parachute Use to Prevent Death and Major Trauma Related to Gravitational Challenge“. Sie argumentierten ironisch, dass der Nutzen von Fallschirmen beim Sprung aus Flugzeugen noch nie in einer Doppelblindstudie überprüft worden sei, und empfahlen den kompromisslosen AnhängerInnen eines experimentellen Forschungszuganges, sich an einer Doppelblind-Crossover-Studie über den Nutzen von Fallschirmen zu beteiligen. Auch Sackett et al. (1996) sahen sich sechs Jahre nach der ersten Publikation der Evidence-Based Medicine Working Group (1992) genötigt, im Editorial „Evidence Based Medicine – What it

is and what it isn't“ noch einmal unmissverständlich festzustellen, dass die Gleichsetzung von „evidenzbasiert“ mit „mittels RCTs gewonnenen fast sicheren Ergebnissen“ den Intentionen der Schöpfer dieser Begrifflichkeit keinesfalls entspricht. Sackett et al. wiederholten dabei nachdrücklich, dass es unmöglich sei, Wissen ausschließlich über RCTs zu gewinnen, und sie betonten, dass wissenschaftliche Erkenntnis immer auf die methodologisch korrekte Interpretation von unsystematisch und systematisch erhobenen empirischen Daten sowie auf Erfahrung und Intuition aufbauen müsse.

#### 6.4 „Evidenzbasiert“ als Synonym für naiven Empirismus

Neben den bereits erwähnten beiden Interpretationen von „evidenzbasiert“ hat die Bezugnahme auf empirische Evidenz bei manchen RezipientInnen eine dritte Interpretation von „Evidenzbasierung“ induziert. Gemeint ist hier ein Konzept „Evidenzbasierung“ im Sinne von „auf beliebigen empirischen Daten aufbauend“, wobei häufig sowohl Erfahrung als auch Intuition als „unwissenschaftlich“ abgewertet und Methodologie sowie Theorie vernachlässigt werden. So wird der in der Erkenntnistheorie als überwunden gefeierten, in den Human- und Sozialwissenschaften aber nach wie vor prosperierenden naiv-empirischen Forschungsstradition neue Legitimität zugewiesen.

#### 6.5 Das Spiel mit unterschiedlichen Bedeutungen von „evidenzbasiert“

Besonders faszinierend ist, wie durch das mehr oder weniger bewusste Spiel mit den drei ungleichen Bedeutungszuschreibungen gelingt, beliebigen „Ad-hoc-Schlüssen aus empirischen Daten“ konsequent das Prädikat „gut gesichertes Erkenntnis“ zuzuweisen, ohne dass das für RezipientInnen unmittelbar durchschaubar wäre (Uhl, 2014).

#### 6.6 Der naturalistische Fehlschluss

Zum logischen Problem mit drei gleichzeitig existierenden unterschiedlichen Bedeutungszuschreibungen von „Evidenzbasierung“ kommt im Zusammenhang mit dem Ausdruck „evidenzbasierte Politik“ noch ein weiteres grundlegendes Problem. Unter Verwendung dieser Begrifflichkeit wird oft suggeriert, dass man aus empirischen Fakten ableiten könne,

welche Entscheidungen politisch zu treffen seien. Argumente, die zur Untermauerung von politischen Forderungen angeführt werden, sollten zwar wissenschaftlich möglichst gut fundiert sein, aber aus empirischen Fakten alleine kann man keine Handlungsstrategien ableiten. Seit Hume (1740) ist unter ErkenntnistheoretikerInnen weitgehend unbestritten, dass ethische Forderungen („was sein soll“) nicht logisch aus empirischen Fakten („was ist“) ableitbar sind. Derartige Schlüsse bezeichnete Moore (1903/1960) als „naturalistische Fehlschlüsse“ – eine Vorgangsweise, die selbst Baumberg (2008), der gemeinsam mit Anderson (Anderson und Baumberg, 2006) federführend dazu beigetragen hatte, die Idee der „evidenzbasierten Alkoholpolitik“ zu popularisieren, inzwischen äußerst kritisch beurteilt. Durch diesen mehr oder weniger bewusst gewählten Kunstgriff gelingt es, implizite Werturteile zu verschleiern und als Sachurteile zu tarnen (Uhl, 2007), anstatt diese – wie namhafte MethodologInnen fordern – zum expliziten Gegenstand der wissenschaftlichen Erörterung zu machen (Diekmann, 1995).

### 7 Wie fundiert sind jene wissenschaftlichen Erkenntnisse, die von den VertreterInnen des Kontrollansatzes angeführt werden?

Die der Forderung nach einer evidenzbasierten Alkoholpolitik immanente Idee, dass man aus empirischen Zusammenhängen unmittelbar, also ohne Berücksichtigung von ethisch-politischen Grundfragen, Schlussfolgerungen darüber ableiten könne, welche politischen Maßnahmen zu treffen seien, ist nach dem zuvor Gesagten als unzulässig zurückzuweisen. Nichtsdestoweniger ist es interessant zu fragen, wie weit die von AutorInnen wie Babor et al. als evidenzbasiert gepriesenen Thesen legitimen Anspruch auf hohe Gültigkeit erheben können. Eine kritische Bewertung der meist auf Beobachtungsdaten aufbauenden Hypothesen macht deutlich, dass ein solcher Anspruch in vielen Bereichen nicht aufrechtzuhalten ist. Neben empirischen Problemen – die zur Berechnung erforderlichen Daten liegen großteils gar nicht vor und müssen grob geschätzt werden – treten oft auch gravierende logische Fehler auf. Um nur ein paar der zentralsten Probleme anzuführen: Die Kosten des Alkoholkonsums werden infolge gravierender logischer Fehler systematisch überschätzt (Uhl, 2006a), die Zahl der durch Alkoholkonsum verlorenen Lebensjahre wird infolge gravierender logischer Fehler

systematisch überschätzt (Strizek & Uhl, 2014), der postulierte enge Zusammenhang zwischen Preis und Alkoholkonsum ist in dieser Form unhaltbar (Uhl et al., 2015), die Idee, dass der Durchschnittskonsum in einer Gesellschaft die Zahl der ProblemkonsumentInnen und AlkoholikerInnen determiniert (Theorie der Gemeinsamkeit innerhalb trinkender Kulturen) ist logisch unhaltbar; die Idee, dass die meisten Alkoholprobleme durch moderate TrinkerInnen verursacht werden (Präventionsparadoxon), ist logisch unhaltbar usw. (Uhl, 2014).

## 8 Ottawa-Charta – Basis der Suchtprävention in Österreich

Die paternalistische Grundhaltung des Alkoholkontrollansatzes steht in klarem Widerspruch zum an der Ottawa-Charta der WHO (1986a) orientierten Gesundheitsförderungskonzept, das durch eine emanzipatorische Grundhaltung geprägt ist, die auf Empowerment und Partizipation setzt. Diese Orientierung wird im Leitbild der österreichischen Suchtpräventionsstellen (Uhl & Springer, 2002) präzisiert und ausformuliert. Die Grundsätze dieser Publikation wurden in diverse Präventionskonzepte des Österreichischen Gesundheits- und Unterrichtsministeriums (vgl. bm.bwk, 2003) eingearbeitet, die ihrerseits in zahlreichen Veröffentlichungen, Broschüren, Erlässen und sogar Gesetzen Niederschlag gefunden haben. Aus einer rezenten Delphistudie, in die fast 100 österreichische SuchtexpertInnen aus unterschiedlichen Bereichen einbezogen wurden (Uhl et al., 2013), geht klar hervor, dass die überwiegende Mehrzahl der einschlägigen ExpertInnen auch heute noch hinter diesen Grundsätzen steht. Zentrales Ziel der „Gesundheitsförderung“ ist die Maximierung des Wohlbefindens, nachdem die WHO in ihrer Verfassung „Gesundheit“ mit universellem Wohlbefinden (wellbeing) gleichsetzte (WHO, 1946). Die Steigerung des Wohlbefindens durch Genuss ist, auch wenn wir uns dieses Umstandes oft nicht bewusst sind, häufig mit Risiken für Gesundheit und Leben verbunden, die man gegen den Genussgewinn abwägen muss. Ein starkes Statement gegen den dem Kontrollansatz zugrundeliegenden Paternalismus kommt von jener Gruppe, die die Ottawa-Charta formulierte (WHO, 1986b). Die beteiligten ExpertInnen warnten, dass Gesundheitsförderung nicht als Freibrief missverstanden werden dürfe, anderen vorzuschreiben, wie sie leben sollen, oder gar Gesundheit zum ultimativen Lebensziel zu erklären. Sie umschrieben die

se Ideologie mit „Healthismus“ (frei übersetzt mit „Pflicht zur Gesundheit“) und stellten klar, dass diese den Grundsätzen der Gesundheitsförderung diametral zuwiderlaufe.

Wie bei allen gesundheitspolitischen Maßnahmen wird auch bei der auf dem Konzept der Gesundheitsförderung basierenden Suchtprävention die Frage der Nachweisbarkeit von Erfolgen gestellt. In der Fachliteratur finden sich durchaus Ergebnisse, die Erfolge der gesundheitsfördernden Primärprävention nahelegen (z.B. Tobler & Stratton, 1997; Bühler & Thrul, 2013), aber der eindeutige wissenschaftliche Nachweis kann aus forschungslogischen Gründen kaum gelingen, zumal zur konkreten Beforschung ja immer nur zeitlich und von der Zielgruppe her begrenzte Einzelprojekte anstehen. Es muss klar sein, dass eine Suchtprävention, die sich an den Prinzipien der Gesundheitsförderung orientiert, also sich spezifisch den unterschiedlichen Bedürfnissen bestimmter, relativ kleiner Zielgruppen anpasst, dabei langfristige und weitreichende Ziele verfolgt, kaum je einen eindeutigen experimentellen Wirksamkeitsnachweis bringen kann. Man muss hier primär auf andere Forschungszugänge, wie Prozessevaluation, Ergebnisevaluation mit Surrogat-Endpunkten usw. zurückgreifen (vgl. dazu Uhl, 2000; 2012).

## 9 Exkurs: Suchttherapie in Österreich

Lange Zeit herrschte unter österreichischen AlkoholtherapeutInnen die Vorstellung, dass Alkoholabhängige sich erst ihre Sucht eingestehen und behandlungsmotiviert sein müssen, bevor es sinnvoll ist, sie in Therapieangebote einzubinden, und dass das einzige sinnvolle Ziel einer Alkoholbehandlung lebenslange Abstinenz sei. Das führte dazu, dass viele AlkoholikerInnen den Weg zur Therapie erst recht spät fanden und viele Behandlungsverläufe wegen der bei chronischen Erkrankungen wie Sucht meist unvermeidbaren Rückfälle als Misserfolge klassifiziert wurden. Die Therapieerfolge der ambulanten und stationären Suchttherapie sind aber keinesfalls so gering, wie das Babor et al. (2003; 2005) implizieren, wenn man Sucht mit McLellan (2002) als chronisch rezidivierende Erkrankung begreift, deren Behandlungserfolge man nicht sinnvoll nach dem Kriterium „lebenslang anhaltende, ununterbrochene Abstinenz“ bewerten darf. Wie McLellan betont, ist auch bei anderen chronischen Erkrankungen, wie Diabetes oder Hypertonie, die Compliance unbefriedigend, weswegen immer wieder In-

terventionen notwendig sind, um die Krankheitsverläufe positiv zu beeinflussen.

Der traditionelle Zugang zur Suchtbehandlung wird von den meisten ExpertInnen inzwischen als inadäquat gesehen, wie die bereits erwähnte Delphistudie (Uhl et al., 2013) klar belegt. In diesem Sinne gewinnt der Ansatz der motivierenden Gesprächsführung („Motivational Interview“; Miller & Rollnick, 1991) mit Alkoholkranken durch HausärztInnen zusehends an Bedeutung. Die schon vor längerer Zeit besonders von Körkel (2014) propagierte Idee des kontrollierten Trinkens wird als Angebot für PatientInnen, die sich nicht zur völligen Abstinenz entscheiden können, immer wichtiger. Erfolgreiche Motivationsgespräche, ganz besonders, wenn der Arzt das Ziel „lebenslange Abstinenz“ nicht als *conditio sine qua non* vorschreibt, können die Zeitspanne bis zur Therapiebereitschaft und zum Behandlungsbeginn erheblich verkürzen und stellen daher eine positive Bereicherung des Behandlungsangebots dar. Vor dem Hintergrund der von Babor et al. wegen ihrer Kosteneffizienz stark forcierten „Kurzinterventionen“ ist es jedoch wichtig zu betonen, dass „Kurzintervention“ und „stationäre oder ambulante Suchtbehandlung“ nicht als konkurrierende Ansätze, sondern als einander harmonisch ergänzende Zugänge verstanden werden sollten. Es ist zu wünschen, dass das vielschichtige und niederschwellige Behandlungsangebot für Alkoholranke in Österreich auch in Zeiten schrumpfender öffentlicher Budgets uneingeschränkt aufrechterhalten wird.

## 10 Implikationen auf die österreichische Alkoholpolitik

Da der moderate Alkoholkonsum in Österreich – wie im katholisch und orthodox christlich geprägten Raum üblich – mehrheitlich als positive Komponente des kulturellen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Lebens gesehen wird, hat eine dem englischsprachigen und nordeuropäischen Raum entsprechende alkoholpolitische Ausrichtung, die von einer stark restriktiven Grundhaltung dem Alkohol gegenüber geprägt ist – wahrscheinlich wenig Chancen, die Alkoholpolitik maßgeblich zu bestimmen. Ein Teil der von Babor et al. (2003) vorgeschlagenen Maßnahmen zur Beschränkung der Alkoholverfügbarkeit – wie die Einführung von Alkoholmonopolen, die begrenzte Vergabe von Alkohollizenzen für Gastgewerbe und Lebensmittelhandel oder die alkoholpolitisch motivierte Beschränkung der Öffnungszeiten von Geschäften und/oder

gastronomischen Betrieben – widersprechen der österreichischen Tradition und Sichtweise so gravierend, dass diese zurzeit nicht als realistische Option für Österreich gesehen werden können. Denkbar erscheint hingegen eine begrenzte Erhöhung von alkoholbezogenen Steuern, eine noch konsequentere Überprüfung der Alkoholbestimmungen im Straßenverkehr sowie eine bundesweit vereinheitlichte Anpassung und Umsetzung von alkoholspezifischen Jugendschutzbestimmungen bzw. eine Integration jugendschutzrelevanter und Alkoholexzesse erschwerender Inhalte in andere Gesetze, wie z.B. in die Gewerbeordnung oder die Veranstaltungsgesetze. Auch Maßnahmen zur Begrenzung der Alkoholwerbung erscheinen denkbar, ganz besonders, wenn das im Gleichklang mit anderen europäischen Staaten passiert. Dass Babor et al. zwar große Sympathien für drastische Werbebeschränkungen ausdrücken, deren Potenzial aber gleichzeitig als eher gering einschätzen, wird den GegnerInnen von Werbeeinschränkungen argumentativ wohl eher nützen als schaden. Problematisch erscheint auch, dass Babor et al. den Stellenwert der Alkoholtherapie und der Suchtprävention generell äußerst gering einschätzen, was TherapeutInnen und Suchtpräventionskräfte kaum unwidersprochen akzeptieren können und – angesichts des Umstandes, dass beide Disziplinen in Österreich über hohes Ansehen verfügen sowie auf Erfolge verweisen können – auch nicht müssen. Die pauschale Ablehnung von traditioneller Suchtprävention und Suchttherapie entspringt der Strategie, weniger paternalistische Angebote abzuwerten, um Kontrollmaßnahmen als einzig sinnvollen Zugang darstellen zu können. Abschließend das Zugeständnis, dass die Thesen, die von Babor et al. vorgetragen werden, die Diskussion über eine wirksame Alkoholpolitik in Österreich durchaus positiv befruchten können. Man muss aber zur Kenntnis nehmen, dass deren wissenschaftliche Fundierung weit weniger solide ist, als behauptet wird, und dass viele der vorgeschlagenen Maßnahmen in Österreich aus kulturellen Gründen gar nicht in Frage kommen.

## Literatur

- Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies.
- 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* [engl. Originalfassung Alcohol: No ordinary commodity. New York: Oxford University Press, 2003]. Göttingen: Hogrefe.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Livingston, M., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2010). *Alcohol: No Ordinary Commodity Research and Public Policy*, 2<sup>nd</sup> Ed. New York: Oxford University Press.
- Baumberg, B. (2008). *Against Evidence-Based Policy*. Paper Presented at the Social Policy Association Conference, Edinburgh.
- bm:bwk (Hrsg.) (2003). *Schulpsychologie*. Bildungsberatung im Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur/BMBWK: Bildungswegweiser Österreich, Wien.
- 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*, 25.
- Bühler, A. & Thrul, J. (2013). *Expertise zur Suchtprävention*. Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Modelle für einen regulierten Umgang. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 46. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Craplet, M. (2006). Open Letter to my Friends and Colleagues. *Addiction*, 101, 450.
- Diekmann, A. (1995). *Empirische Sozialforschung – Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie.
- 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: Oxford University Press.
- Eisenbach-Stangl, I. (1991). *Eine Gesellschaftsgeschichte des Alkohols – Produktion, Konsum und soziale Kontrolle alkoholischer Rausch- und Genussmittel in Österreich 1918-1984*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Eisenbach-Stangl, I. (2000). Jugendliche Drogenkonsumenten – Eine spezielle Problemgruppe? *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 23, 3/4, 17-19.
- Evidence-Based Medicine Working Group (1992). Evidence-Based Medicine. *The Journal of the American Medical Association*, 268, 17.
- Fahrenkrug, H. (2000). Cannabis in Switzerland: On the Way to Normalisation? In: Springer, A. & Uhl, A. (Eds.), *Illicit Drugs: Patterns of Use – Patterns of Response*. *Proceedings of the 10<sup>th</sup> Annual ESSD Conference on Drug Use and Drug Policy in Europe*. Innsbruck: Studienverlag.
- Guyatt, G. (1991). Evidence based medicine. *Annals of Internal Medicine ACP Journal Club supplement 2*, 114, A-16.
- Hall, W., Room, R. & Bondy, S. (1999). Comparing the Health and Psychological Risks of Alcohol, Cannabis, Nicotine and Opiate Use. In: Kalant, H., Corrigall, W., Hall, W. & Smart, R.: *The Health Effects of Cannabis*. Ontario, Canada: Centre for Addiction and Mental Health.
- Hume, D. (1911). *A Treatise of Human Nature*. [Original: First Edition (1740), Thomas Longman, London]. London: J. M. Dent & Sons.
- Körkel, J. (2014). Alkoholtherapie: Vom starren Abstinenzdogma zu einer patientengerechten Zielbestimmung. *Suchtmed*, 16, 5, 211- 222.
- Leifman, H., Österberg, E. & Ramstedt, M. (2002). *Alcohol in Postwar Europe, ECAS II: A Discussion of Indicators on Consumption and Alcohol-Related Harm*. Stockholm: National Institute of Public Health.
- Leppänen, K., Sullström, R. & Suoniemi, I. (2001). *The Consumption of Alcohol in Fourteen European Countries – A Comparative Econometric Analysis*. Saarijärvi, Finland: Gummerus.
- McLellan, T. A. (2002). *Have We Evaluated Addiction Treatment Correctly?* Pennsylvania: Treatment Research Institute of Pennsylvania.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing – Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford.
- Moore, G. E. (1960). *Principia Ethica*. [1<sup>st</sup> paperback edition, 2<sup>nd</sup> reprint 1960, 1<sup>st</sup> Edition 1903]. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W. & Blakemore, C. (2007). Development of a Rational Scale to Assess the Harm of Drugs of Potential Misuse. *The Lancet*, 9566, 1047-1053.
- OCEBM Levels of Evidence Working Group (2011). *The Oxford 2011 Levels of Evidence*. Oxford Center for Evidence Based Medicine. <http://www.cebm.net/ocebmllevels-of-evidence> (10.1.2015)
- Romanus, G. (2003). Don't Prejudge What is "Politically Possible". Comment on Chapter 16. *Addiction* 98, 1351-1370.
- Roques, B. (1998). Problèmes posées par la dangerosité des drogues. Rapport du professeur Bernard Roques au Secrétaire d'Etat à la Santé. Paris: Nationales Institut für Gesundheit und medizinische Forschung (INSERM).
- Sackett, D. L. (1979). Bias In Analytic Research. *Journal of Chronic Diseases*, 32, 51-63.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, M., Haynes, B. & Richardson, S. (1996). Editorial: Evidence Based Medicine – What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Smith, G. & Pell, J. (2003). Parachute Use to Prevent Death and Major Trauma Related to

- Gravitational Challenge: Systematic Review of Randomised Controlled Trials. *British Medical Journal*, 327, 1459-1461.
- Spode, H. (2010). Thematisierungskonjunkturen des sozialen Problems „Alkohol“. In: Wasenberger, K. & Schaller S. (Hrsg.), *Der Geist der deutschen Mäßigkeitsbewegung*. Halle: Mitteldeutscher Verlag.
- Springer, A., Uhl, A. & Maritsch, F. (1987). Das Cannabisproblem in Österreich. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 10, 1/2, 3-33.
- Strizek, J. & Uhl, A. (2014). Gesundheitsindikatoren als zweifelhafte Grundlage für suchtpolitische Entscheidungen. *Suchtmedizin*, 16, 5, 223-231.
- Tobler, N. S. & Stratton, H. H. (1997). Effectiveness of School-Based Drug Prevention Programs: A Meta-Analysis of the Research. *The Journal of Primary Prevention*, 18, 1, 71-128.
- Uhl, A. (2000). 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. Lissabon.
- Uhl, A. (2006a). Darstellung und kritische Analyse von Kostenberechnungen im Bereich des Substanzmissbrauchs. *Sucht*, 52: 121-132.
- Uhl, A. (2006b). Alkoholpolitik und wissenschaftliche Forschung. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 29, 3, 5-22.
- Uhl, A. (2007). How to Camouflage Ethical Questions in Addiction Research. In: Fountain, J. & Korf, D. J. (Eds.), *Drugs in Society European Perspectives*. Oxford: Radcliffe.
- Uhl, A. (2008). Suchtprävention zwischen Paternalismus und Emanzipation: *Ethische Reflexionen*. *Suchttherapie*, 9, 177-180.
- Uhl, A. (2009). Absurditäten in der Suchtforschung. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 32, 3/4, 19-39.
- Uhl, A. (2012). Methodenprobleme bei der Evaluation komplexerer Sachverhalte: Das Beispiel Suchtprävention. In: Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.), *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme?* Berlin: RKI.
- Uhl, A. (2014). Erkenntnisse der Alkoholforschung – wie fundiert sind die Ergebnisse? *Suchtmedizin*, 16, 5, 233-248.
- Uhl, A., Bachmayer, S., Kobrna, U., Puhm, A., Springer, A., Kopf, N., Beiglböck, W., Eisenbach-Stangl, I., Preinsperger, W. & Musalek, M. (2009). *Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2009*. 3. überarbeitete und ergänzte Auflage. Wien: BMG.
- Uhl, A., Hunt, J., van den Brink, W. & Stimson, J. (2015). How credible are international databases for understanding substance use and related problems? *International Journal of Drug Policy*, 26, 119-121.
- Uhl, A., Schmutterer, I., Kobrna, U., Strizek & J. (2013). *Delphi-Studie zur Vorbereitung einer „nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Uhl, A. & Springer, A. (2002). *Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention*. Wien: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen.
- WHO (1986a). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Genf: Weltgesundheitsorganisation.
- WHO (1986b). *Health Promotion: A Discussion Document on the Concepts and Principles*. *Health Promotion*, 1, 73-76.
- WHO (2012). *Meeting of the National Counterparts for Alcohol Policy in the WHO European Region – Final report*. Warschau: Weltgesundheitsorganisation.



© Theo Broekman

**Dr. Alfred Uhl**  
 Gesundheit Österreich GmbH (GOEG)  
 Stubenring 6  
 A-1010 Wien  
 Sigmund Freud Privatuniversität (SFU)  
 Freudplatz 1  
 A-1020 Wien  
 alfred.uhl@uhls.at

## Instanzen der Kontrolle und der Möglichkeit. Fragen und Bemerkungen zu Chris Sauppers „The Icke Souvenirs“

Thomas Ballhausen

Chris Sauppers umfangreiche Fotoserie „The Icke Souvenirs“ ist 2013 während eines Aufenthalts in Berlin entstanden und wurde noch im gleichen Jahr als Teil der Gruppenausstellung „KunstVorarlberg“ im Österreichischen Kulturforum Berlin und 2014 in der Villa Claudia in Feldkirch präsentiert. Die als analoge Fotografien umgesetzten Arbeiten wurden bei beiden Ausstellungen als klassische Diaschauen, synchronisiert mit Begleitmusik von Gerrit Müller, vorgeführt. Im Herbst 2014 waren „The Icke Souvenirs“ Teil von Sauppers Einzelausstellung „approaches“, die im renommierten Rahmen von „eyes on – European Month of Photography“ ausgerichtet worden war; hier waren die Aufnahmen sowohl als Fotografien als auch als Videoarbeit zu sehen. Die eigenständige, stark medienreflexive Handschrift des 1972 in Lustenau geborenen Künstlers, der in Wien an der Filmakademie Bildtechnik und Kamera studiert hat, wird in „The Icke Souvenirs“ besonders deutlich: Sauppers Projekt zelebriert, das wird schon nach einem ersten Blick klar, das Subjekt und seine Zerbrechlichkeit in Zeiten verordneter, angeblich permanenter „Freundschaft“. Doch statt die Distanzlosigkeit der sogenannten Neuen Medien aufzugreifen, setzt er auf die kritische, sensible Auseinandersetzung mit dem Prinzip der Nähe: In den Rahmungen der Nacht als räumlichem/zeitlichem Ausnahmezustand einerseits und der enthemmten Party im vorsätzlich gesuchten Settings der Clublandschaften andererseits, kommt es zu ausgehandelten Begegnungen zwischen Fremden. Der Künstler dockt förmlich an andere Gäste an, die mediale Fixierung eines vorvereinbarten Augenblicks des Innehaltens und Ausruhens ist das angestrebte Ergebnis.

Getragen von (der Möglichkeit von) Intimität und Humor wird in diesen analogen Fotografien eine Reihe von Begegnungen, Transfers oder auch Abschieden deutlich. Die Entscheidung, mit den Mitteln analoger Technik zu arbeiten, stützt noch zusätzlich die Fokussierung auf den Moment, der sich im jeweiligen Ausschnitt manifestiert. Abseits der vermeint-

lichen Freiheit digitaler Fotografie, die mit ihrer quasi sofortigen Reproduzierbarkeit des Aufgenommenen auf integrierten Displays die jeweilige Aufnahme in mehrfacher Hinsicht *diskutabel* macht, dominiert hier das Vertrauen auf Intuition, Zufall und tradierte Technologien. Würde man „The Icke Souvenirs“ als die Erfolge eines fotografischen Flaneurs beschreiben, täte man sowohl dem Künstler als auch der hier besprochenen Serie aber schlicht unrecht. Saupper ist vielmehr ein Medienkünstler, der reflektiert im technisch-praktischen wie theoretisch-diskursiven Begriffsfeld der Fotografie zu operieren versteht. Aufgrund der intensiven Auseinandersetzung mit Technik, den gesuchten Szenerien und den sozialen Kontexten muss seine Fotoserie mehr aus der Perspektive der Intervention, des umsichtigen Eingriffs (und eben nicht aus der eines distanzierten Beobachters) verhandelt werden. Das sprichwörtliche Inmitten als Mittendrin der Kamera macht sogar den eingesetzten Apparat zum Akteur. Dieser Zugriff lässt sich auch in späteren Arbeiten Sauppers finden, etwa bei der im Rahmen eines Musikfestivals entstandenen Serie „Rügen“ (2014) oder der Studioarbeit „Empathie“ (2014). Die Befragung der Verbindung von Künstler und Instrument, wenn nicht sogar deren zeitweise Entkoppelung, führt immer wieder zurück zu einem absichtlichen Vertrauen auf Momente des in letzter Instanz Unkontrollierbaren.

### Inszenierung und Akt

Saupper wählt, in vollem Bewusstsein und Verständnis für die Geschichte der Fotografie, seine Produktionsparameter nicht zuletzt deshalb umso genauer: Die Vorvereinbarungen, die Bedingungen der Analogfotografie und das Setting stehen bei „The Icke Souvenirs“ dem beschriebenen Entkoppeln und der nur ungefähren finalen Bestimmung des Bildausschnitts gegenüber. Verbindend wirkt hier die Kamera, die auf Armlänge ins Abseits gerutscht wird, aber aufgrund ihrer Präsenz der eigentlichen

Situation zuzurechnen ist. Sie ist in dem spezifischen Produktionssetting – das mit den Erwartungshaltungen des Porträts spielt, um sie zu unterlaufen – keineswegs unsichtbar. Mit ihrem Herausstellen wird nicht nur die erwähnte Relation zwischen Künstler und Instrument deutlich; vielmehr provoziert dieser verschobene Blickpunkt die weitere Befragung des Erfassten – und auch des Fotografen.

Im kunsthistorisch langen 19. Jahrhundert steht die Aufgabe des Fotografen und der Fotografie, verkürzt dargestellt, in direktem Zusammenhang mit der Vorstellung, die Wirklichkeit nahezu automatisch erfassen zu können (und auch: zu wollen). Im Verlauf der geschichtlichen Entwicklungen wird der Ausdruck des jeweils tätigen Individuums in der Diskussion stärker in den Vordergrund gerückt; schließlich wird eine mitunter brüchige, vorsätzlich fragmentierte Erfassung mit den Mitteln der Fotografie aus einer spezifischen Position verhandelbar (vgl. Geimer, 2009). Diese Aufwertung von Sinnlichkeit und auch Sensibilität wird ab den 1960ern von einer zweifachen Institutionalisierungstendenz begleitet: einerseits als Etablierung der Fotografie als künstlerische Ausdrucksform, andererseits als verstärkt nachweisbare Aufnahme von Fotografien in Sammlungen, Ausstellungen – und die Validierung dieser neuen Objekte durch den Kunstmarkt. Eine Verbindung zwischen diesen Verläufen lässt sich aus einem Gedanken Rosalind Krauss' (Elkins, 2007, S. 24 ff.) ableiten: Im 19. Jahrhundert ist ein empirischer Fotodiskurs dominant – der die Fotografie stärker als danach der Wissensproduktion anderer Disziplinen unterordnet und erst retrospektiv eine kunstwissenschaftliche Aufwertung erfahren hat – der im Lauf des 20. Jahrhundert von einem genuin ästhetisch akzentuierten Fotodiskurs abgelöst wird. Hier wird einmal mehr deutlich, dass der Wahrheitsanspruch in den Debatten um Fotografie nicht erst seit der umfassenden Digitalisierung zur Diskussion steht. Historisch sind die Begriffe von Wirklichkeit und Wahrheit in ihrem Spannungsverhältnis zu verstehen und die erwähnten Veränderungen – nicht zuletzt bedingt durch historiographische Zuschreibungen an Geschichte, die an sich ja keinen Sinn macht oder anbietet (vgl. Ballhausen, 2015) – entsprechend einzurechnen. Umgewendet auf Sauppers „The Icke Souvenirs“ manifestieren sich diese Verwerfungen auf vielfache Weise. Auffällig ist zuerst sicherlich das Raue und Unvermittelte der Arbeiten. Hier wird nicht nachbearbeitet, sondern vielmehr das Ungeschönte und Direkte förmlich greifbar. Die erfassende Kamera ist also auf ihre Weise sehend und (metaphorisch gesprochen) zugleich

auch blind. Darin liegt, einem Gedanken von Margaret Iversen folgend, ein besonderer Reiz des fotografischen Wesens: „The ‚blindness‘ of the camera, its inability to censor, is part of the reason why photography is of interest in a way that is different from the interest taken in painting“ (Elkins, 2007, S. 132).

Für die Betrachtung der Fotografien sind die Faktoren von Raum und Zeit ebenso wesentlich wie für die eigentliche Produktion. Beide Dimensionen haben sich in die Fotografien eingeschrieben und prägen sie wesentlich: Der Club als räumliches Angebot der Enthemmung und der Begegnung ist vielfach vorgeformt und – insbesondere für die angesagten Etablissements – kein konventioneller Ort der Fotografie. Zeitlich macht sich hier eine Entrückung bemerkbar, die aus dem gesellschaftlichen Diktum der Effektivität ausschert. Die bürgerlichen Zeitstrukturen mit ihren konventionellen Strukturierungsangeboten sind verkehrt und vorläufig aufgehoben. Diese Dimensionsüberblendung und das nicht zuletzt technisch lesbare „field of emission“ (Elkins, 2007, S. 280) spricht Michel Frizot in seinem hellsichtigen Kommentar „Who's Afraid of Photons?“ als räumliches Referenzfeld des Fotografischen an: „Photography records any manifestation of light in this field, and therefore any object that reflects light. Its attestation encompasses the presence of any object, person, or combination of things in this space. This spatial attestation is accompanied by temporal attestation: every photograph is inscribed in a universal chronology, and the moment it occurs can even be registered in the image with different clues. This means that its power to attest concern a temporality that can be described as follows: that thing was there, at that point in space, in that state, on that day, and at that time“ (Elkins, 2007, S. 280).

## Auslöser und Auswahl

Frizots erfreulich physikalische Lesweise von Fotografie bzw. des Fotografischen macht nicht nur die Verknüpfung räumlicher und zeitlicher Dimensionierungen greifbarer; seine Bemerkungen sind ein produktiver Startpunkt, um die notwendige Frage nach der Inszenierung des erfassten Wirklichkeitsausschnitts zu stellen. Sauppers „The Icke Souvenirs“ sind mit dem in ihnen spürbaren Konzept der Vereinbarungen weder simple Schnappschüsse noch bis ins letzte Detail präfigurierte Fotografien. Erneut ist es die Kamera, in der ein wesentliches Element zum Verständnis liegt – hier ist es nun der Auslöser, der von zweifachem Inte-

resse ist: Er ist Teil des technischen Vorgangs zum Erstellen der eigentlichen Aufnahme, er ist aber auch Aspekt des HerauslöSENS der Fotografierten aus der Situation. Die Inszenierung des Ausgehens (vgl. Ballhausen, 2002) wird in den Bildern der Serie teilweise in Form von Posen restweise greifbar, neben der Selbst- und Fremddarstellung werden aber im günstigsten Fall auch die Belege der Begegnung sichtbar. Der fiktionale Modus des fotografischen Hervorbringens steht somit in einem Spannungsverhältnis zu einer behaupteten Abbildung von Wirklichkeit, also zum Hervorgebrachten. Die angesprochenen Belege sind aber nicht einfach Fakten der Intimität, sondern vielmehr Zeichen einer Möglichkeit faktischer Intimität. In den Aufnahmen, die auch in die vorliegende Auswahl eingegangen sind, können wir Zeichen des Verweisens lesen; etwas, das Martin Lefebvre unter Bezug auf den Semiotiker Peirce als *rhème* für die Beschreibung von Fotografien nutzbar macht: „a sign interpreted as the sign of some possible thing“ (Elkins, 2007, S. 237).

Fotografie erzeugt Abbilder, aber sie erzeugt nicht einfach damit auch Bedeutungen; diese werden ihr zugegeben. Die Rahmenbedingungen und Kontexte, wie sie hier an Sauppers Konzept exemplifiziert wurden, wirken naturgemäß auf die jeweiligen Sinnstiftungen ein – sie können diese aber nicht alleine leisten. Es braucht vielmehr die produktive Anknüpfung, eine interpretative Verlebendigung und Dissemination, wie sie mit der vorliegenden Auswahl ja auch eingelöst ist. Den Charakter des Kunstwerks, den „The Icke Souvenirs“ auch über das Moment des geglückten Serielles ausspielen, können Sauppers Arbeiten nicht zuletzt auch deshalb für sich beanspruchen, weil sie auf eine auftragslose Erfassung des eigentlichen zielen, auf Aufnahmen abseits von Instrumentalisierung, Vermarktung oder gar moralischer Wertung: „Kunstwerke vermögen das allgemeine Wesen der Dinge genau deshalb wiederzugeben, weil sie diese nicht unter dem Aspekt ihrer Nützlichkeit darstellen“ (Tömmel, 2013, S. 156). Die nachträgliche Sichtung

der Fotografien, eingebettet in unsere jeweilige Gegenwart im Moment des Betrachtens, knüpft sich fordernd, aktualisierend und nicht zuletzt sehr berührend an die unauflösbare, produktive Irritation, ob wir betrachten, was gesehen wurde oder was vermeintlich gesehen wurde. Chris Saupper hat mit „The Icke Souvenirs“ einmal mehr bewiesen, dass er im Bewusstsein für die Notwendigkeit arbeitet, den Kontexten einer Fotografie vertrauen zu müssen, will man auch die Fotografie an sich als glaubwürdig anerkennen.

## Literatur

- Ballhausen, T. (2002). MUSICNONSTOP. Die Institution „Diskothek“ als sozio-semiotisches System. Das Beispiel FLEX. S – *European Journal for Semiotic Studies*, 14, 3-4, 375-398.
- Ballhausen, T. (2015). *Signaturen der Erinnerung. Über die Arbeit am Archiv*. Wien: Edition Atelier.
- Elkins, J. (Ed.) (2007): *Photography Theory*. (The Art Seminar 2). New York: Routledge.
- Geimer, P. (2009): *Theorien der Fotografie*. (Zur Einführung 366). Hamburg: Junius.
- Tömmel, T. N. (2013): *Wille und Passion. Der Liebesbegriff bei Heidegger und Arendt*. (stw 2077). Berlin: Suhrkamp.



### Mag. Dr. Thomas Ballhausen

Autor, Literatur- und Kulturwissenschaftler.  
Lehrbeauftragter an der Universität Wien und  
an der Universität Mozarteum Salzburg  
t.ballhausen@gmail.com

## Kontakt zum Fotografen:

Mag. Chris Saupper · Film/Fotografie · [cps@maupi.com](mailto:cps@maupi.com) · [www.maupi.com](http://www.maupi.com)













# Wirksamkeit von Alkoholprävention – allgemeine Erkenntnisse und konkrete Beispiele

Anneke Bühler, Johannes Thrul & Katrin Schulze

## Zusammenfassung

„Kinder und Jugendliche wachsen in einer Kultur auf, in der Alkohol und Exzesse dazu gehören. So zum Beispiel beim Oktoberfest in Deutschland, beim Après-Ski, Schulabschlussfeiern oder auf Festivals. Alkohol ist nicht nur „Suchtmittel“. Er hat auch mit Genuss und Kultur zu tun. Man denke an die Weinkultur beim Heurigen oder die Bierkultur im Beisl. Die gute Nachricht ist: Die Mehrzahl der Menschen in Österreich scheint mit Alkohol umgehen zu können. Was braucht es also, um die positiven Seiten der Kultur mit Festen und anderen Arten der Geselligkeit unbeschadet zu erleben? Wie kann man Ressourcen der Menschen nutzen und welche Rolle spielen Kompetenzen bei der Vermeidung von individuellen Alkoholproblematiken? Wie kann die Suchtprävention dabei helfen?“ Mit diesen Worten führte Artur Schrors in die Wiener Fachtagung des Instituts für Suchtprävention zum Thema „Alkohol – Praxisansätze und wirksame Strategien der Suchtprävention“ ein. Um eine Antwort auf diese Fragen geben zu können, ist ein Überblick über die Erkenntnisse der internationalen Forschung zur Wirksamkeit präventiver Maßnahmen hilfreich. „Was funktioniert gut, was sollten wir besser lassen?“ wird in diesem Beitrag anhand der Ergebnisse der neuen BZgA-Expertise zur Suchtprävention beantwortet (Bühler & Thrul, 2013, auf [www.bzga.de](http://www.bzga.de) kostenlos erhältlich). Zusätzlich werden konkrete Beispiele effektiver Ansätze beschrieben.

## Einleitung

Ziel der Expertise ist es, die Wirksamkeit beforschter suchtpreventiver Interventionsansätze und -maßnahmen anhand von qualitativ hochwertigen Übersichtsartikeln (Reviews, Meta-Analysen) zu beurteilen. Wirksamkeit wird dabei definiert als Verhinderung, Verzögerung oder Reduktion des Konsums durch universelle und selektive Ansätze. Es werden

sowohl Maßnahmen der Verhaltens- als auch der Verhältnisprävention beurteilt. Angestrebt werden Schlussfolgerungen zur Effektivität von Maßnahmen, die in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Prävention angesiedelt sind. Allen Schlussfolgerungen wird eine Evidenzstärke zugewiesen. Der Adressatenkreis der Expertise sind Verantwortliche für Suchtprävention (Entscheidungsträger) auf allen handlungspolitischen Ebenen sowie Personen, die mit der Entwicklung und/oder Durchführung präventiver Maßnahmen betraut sind.

## Methode der Expertise

Die Literatursuche wurde im Zeitraum Oktober und November 2012 in internationalen Datenbanken (The Cochrane Library, Database of Abstracts of Reviews of Effects [DARE], PubMed, PsycINFO, Psynex, Web of Science) durchgeführt und auf Veröffentlichungen beschränkt, die in den Jahren 2004 bis 2012 erschienen sind. Aus über 5.000 Treffern der Literaturrecherche und einschlägigen Publikationen wurden 64 Arbeiten ausgewählt, darunter 17 Meta-Analysen und 38 systematische Reviews. Für diesen Beitrag wurden die Schlussfolgerungen ausgewählt, die sich auf alkoholpräventive Vorhaben beziehen und die jeweils höchste Evidenzstärke aufweisen. Die Literaturangaben dieses Beitrags finden sich alle in Bühler und Thrul (2013).

## Universelle Alkoholprävention

Universelle Maßnahmen richten sich an Personen, die als Gesamtgruppe ein durchschnittliches Risiko für einen späteren Substanzmissbrauch aufweisen (z.B. Gesamtbevölkerung, Klassenverbände). Als wirksamer universeller Ansatz der Alkoholprävention im Handlungsfeld *Familie* sind Elterntrainings und Familienprogramme zu empfehlen. Familienprogramme sehen vor, mit Eltern und Jugendlichen

getrennt und zusätzlich mit der gesamten Familie zu arbeiten. Für die Eltern werden folgende Inhalte thematisiert: eindeutige Kommunikation, konsistente Regeldurchsetzung, Aufklärung, Problemlösung und Grenzen setzen. Bei den Kindern geht es um Lebenskompetenzen. Die Familie beschäftigt sich dann mit der Gestaltung von Familienaktivitäten, gemeinsamen Spielen, dem Durchführen von Familiensitzungen, Kommunikation, Disziplinierung und Verstärkung.

### Beispiel Familien stärken

Ein Projekt, welches viele der genannten Kriterien zur Prävention im Handlungsfeld Familie erfüllt, ist das „Familien-stärken-Programm“ (<http://www.familien-staerken.info>).

Es stammt ursprünglich aus den USA und besteht aus sieben Sitzungen und einer Auffrischungssession. Insgesamt nehmen acht bis 13 Familien an den Sitzungen teil, welche im ersten Teil für Eltern und Kinder getrennt ausgerichtet sind und in der zweiten Hälfte gemeinsam durchgeführt werden. Die Vermittlung der Inhalte erfolgt interaktiv, ermöglicht viel Kommunikation und fördert die Reflexion u.a. durch die Darstellung typischer Familiensituationen auf Video. Zur Förderung der Elternkompetenzen werden die oben genannten Inhalte thematisiert. In den Kindersitzungen lernen die Kinder: verständlicher zu kommunizieren, Emotionen zu verstehen, Gruppendruck zu widerstehen, elterliche Regeln zu befolgen. Sie lernen die Folgen von Substanzkonsum kennen und verbessern ihre Bewältigungsfähigkeiten und Problemlösestrategien. Die Inhalte in den gemeinsamen Familiensitzungen decken sich wieder mit den oben aufgezählten Themen. Um möglichst ansprechend für die Familien zu sein, ist dieses Programm kostenlos und niedrigschwellig angelegt. Es gibt vor Ort ein gemeinsames Abendessen und die Fahrtkosten werden zurückerstattet.

Als wirksamer universeller alkoholpräventiver Ansatz in der *Schule* haben sich alkoholspezifische verhaltensbezogene Interventionen sowie bestimmte Lebenskompetenzprogramme und ein Verhaltenssteuerungsprogramm im Grundschulalter erwiesen. Alkoholspezifische Maßnahmen fokussieren nur auf die Substanz Alkohol. Der neueste Review, auf den sich die Schlussfolgerung bezieht, kann allerdings die Gemeinsamkeiten wirksamer alkoholspezifischer Ansätze nicht bestimmen. Schließlich sind Maßnahmen effektiv, die das System Schule z.B. mittels Schulaktionsteams oder durch Verbesserung des Schulklimas verändern.

### Beispiel Unplugged

Ein Projekt, das von den Autoren im systematischen Überblick für das Handlungsfeld Schule für die universelle Prävention hervorgehoben wird, ist das auch in Österreich implementierte „Unplugged“-Programm (<http://www.isg.co.at/en/prevention/unplugged>). „Unplugged“ richtet sich an SekundarschülerInnen im Alter von 12 bis 14 Jahren und wird während der Schulzeit von geschulten Lehrkräften durchgeführt. Zusätzlich zu den 12 Unterrichtseinheiten finden Elterntreffen statt, in denen „die Eltern Anregungen zur Unterstützung von Unplugged“ erfahren. Das Programm beruht auf dem Modell des sozialen Einflusses. Es fördert durch interaktive Methoden die Lebenskompetenzen und korrigiert die sozialen Normen zum Substanzkonsum. Zu den Inhalten des Programms gehört die Reflektion des Wissens über Drogen, die verschiedenen Einflussfaktoren und Folgen für den Konsum sowie die positiven und negativen Wirkungen des Drogenkonsums. Neben der Wissensvermittlung und der Förderung der Ambivalenz werden aber auch Lebenskompetenzen wie u.a. die Annahme von Feedback und Standfestigkeit, das kritische Denken, das Selbstbewusstsein, die Selbstkontrolle und der Respekt vor anderen gefördert. Durch „Unplugged“ soll der Einstieg in den Konsum verhindert und der Übergang vom Ausprobieren zum täglichen Konsum verzögert werden.

Konkrete wirksame universelle Ansätze im Handlungsfeld *Freizeit* und *Freunde* (z.B. Sportvereine, Partysetting, Peerprogramme) sind noch immer nicht identifiziert. Da für diese Interventionen nur wenige Evaluationsstudien verfügbar sind, muss noch relativ allgemein auf qualitativ hochwertig umgesetzte außerschulische Programme zur Förderung der personalen und sozialen Kompetenz verwiesen werden. Universelle Mentorenprogramme haben nachweislich Wirkung auf Risikoverhalten. Ihnen geht es um den Aufbau einer intensiven Beziehung zwischen Jugendlichen und einem außerfamiliären Erwachsenen. Gute Programme stellen ein strukturiertes Angebot an Aktivitäten zur Verfügung, betreuen die Mentoren, stellen klare Erwartungen an die Häufigkeit des Kontakts und beziehen die Eltern der Jugendlichen mit ein. Hier liegt Evidenz für präventive Effekte auf Risikoverhalten im Allgemeinen vor, eine spezifische Wirksamkeit solcher Programme hinsichtlich der Prävention des Substanzkonsums ist allerdings nicht belegt.

Für das Handlungsfeld *Medien* gibt es erstmals Evidenz für die Wirksamkeit von internet- und computergestützten universellen Prä-

ventionsprogrammen. Sie sehen bis zu sechs Sitzungen vor und regen an, Kognitionen zum sozialen Einfluss auf das Konsumverhalten zu bearbeiten und zu korrigieren.

Für das Handlungsfeld *Gesundheitsversorgung* liegt bisher wenig Forschung vor und diese zeigt, dass wirksame universelle Ansätze für das Klinik- oder Praxissetting noch entwickelt werden müssen.

Im Hinblick auf die *kommunale Suchtprävention* mit kombinierten Maßnahmen in mehreren Handlungsfeldern lassen sich bei präventiven Bemühungen im Hinblick auf Alkohol Effekte nachweisen. Die Projekte bestehen meist aus schulbasierten Maßnahmen in Kombination mit Erziehung, Kommunikations- und Konfliktlösetraining in der Familie. Eine systematische Kooperation kommunaler Akteure und kommunale alkoholpolitische Regelungen könnten hierbei die Wirkung erhöhen.

### Beispiel CTC – Communities That Care

Das Projekt „Communities That Care“ (CTC) hat zum Ziel, Risikofaktoren für den Substanzmissbrauch in einer Kommune zu senken und Schutzfaktoren zu stärken, um so ein sicheres und gesundes Aufwachsen der Kinder und Jugendlichen zu ermöglichen. Es wurde in den USA entwickelt und wird derzeit in Deutschland implementiert ([www.ctc-info.de](http://www.ctc-info.de)). Entscheidet sich eine Kommune für CTC, erfolgt zuerst eine Vorbereitungsphase. Akteure aus der Kommune werden von Beginn an in die Planung und Durchführung eingebunden. Die identifizieren die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Durchführung und erstellen eine Liste von Faktoren, die eine Durchführung beeinflussen könnten. Zudem wird eine möglichst repräsentative Schülerbefragung vorbereitet. In der zweiten Phase geht es um die Einführung von CTC in der Kommune und den Aufbau von unterstützenden Strukturen. Die Schülerbefragung wird durchgeführt. Eine Lenkungsgruppe und ein Gebietsteam werden gegründet, welche für die Planung und Durchführung in der Kommune verantwortlich sind. Die Kommune wird informiert und in den CTC-Prozess eingebunden. In der dritten Phase wird ein Gebietsprofil erstellt. Hierfür werden Daten zum Problemverhalten z.B. aus der Schülerbefragung sowie die Risiko- und Schutzfaktoren gesammelt, analysiert und priorisiert. Anschließend werden bestehende präventive Programme und Aktivitäten der Region beschrieben und analysiert. Am Ende dieser Phase steht ein Gebietsprofil mit den

vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren. In der vierten Phase wird ein Aktionsplan erstellt. Um dies zu erreichen, werden zunächst Ziele formuliert, und ein Aktionsplan mit einem integrierten Angebot an Projekten und Aktivitäten in unterschiedlichen Bereichen der Kommune zum Abbau von Risiko- und zur Stärkung von Schutzfaktoren wird erstellt. Damit das Vorhaben gelingt, muss Rückhalt für diesen Aktionsplan geschaffen werden. Im letzten Schritt wird der erstellte Aktionsplan durchgeführt. Dafür werden Organisationsstrukturen geschaffen, die die Einführung des Aktionsplans unterstützen. Wichtig ist es, die Veränderungen zu evaluieren und den Aktionsplan entsprechend nachzubessern. Auch die anhaltende Sicherung des Rückhalts für den Prozess ist wichtig, damit das Vorhaben langfristig besteht. Durch das strukturierte Vorgehen in fünf Phasen erleichtert „Communities That Care“ den kommunalen Akteuren und Netzwerken die Ermittlung des Bedarfs in der Kommune, um so passende Aktivitäten zu identifizieren, besser zu strukturieren und zu koordinieren und bestehende Lücken in der Versorgung zu schließen.

Bezüglich der Wirksamkeit von *gesetzlichen Rahmenbedingungen* werden Alkoholkontrollstrategien empfohlen, die zu einer Preiserhöhung von Alkohol führen, eine verstärkte Kontrolle und Sanktion der Abgabe von Alkohol an Minderjährige nach sich ziehen und die Alkoholwerbung einschränken. Die Erfahrung in Deutschland zeigt, dass eine getränkesspezifische Steuer wie im Jahr 2004 auf Alkopops allerdings nicht zielführend zu sein scheint (Müller et al., 2008), weil Jugendliche dann auf andere Getränke zurückgreifen oder sich das Getränk selbst mixen. Simulationsstudien aus England sagen vorher, dass eine Preiserhöhung bei niedrigpreisigen Getränken zu universellen präventiven Effekten bei jungen Alkoholkonsumenten führen könnte (Brennan et al., 2008).

### Selektive Prävention

Selektive Maßnahmen richten sich an Personen, die als Gruppe ein überdurchschnittliches Risiko für einen späteren Substanzmissbrauch aufweisen (z.B. Kinder aus suchtkranken Familien, Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten, Studierende, Klinikpatienten). Für diesen Ansatz kann auf Basis der ausgewerteten internationalen Literatur Folgendes empfohlen werden:

- In der *Familie*: Begleitung von erstgebärenden Eltern durch Hebammen, Kompetenztrainings mit verhaltensauffälligen Kindern und deren Eltern, Familienprogramme mit suchtkranken Familien.

- In der *Schule*: Lebenskompetenzprogramme für ältere Jugendliche (16-20 Jahre).
- In der *Hochschule*: Persönliche Kurzinterventionen, Online- und Computerfeedback und normatives Feedback, Web-basierte Programme, geschlechtsspezifische Angebote zur Überprüfung von Wirkerwartungen, Mehrkomponenten-Ansätze bestehend aus Informationsvermittlung, Motivationsförderung und Feedback.

#### Beispiel „Check your drinking“

„Check your drinking“ ist ein Beispiel für ein Web-basiertes, vollautomatisiertes Angebot der selektiven Prävention ([www.kenn-dein-limit.info/check-your-drinking.html](http://www.kenn-dein-limit.info/check-your-drinking.html)). Auf der Webseite der BZgA-Kampagne „Kenn dein Limit“ kann jeder innerhalb weniger Minuten und anonym mittels eines Online-Selbsttests das eigene Trinkverhalten reflektieren und Feedback dazu erhalten. Der Test dauert 5 bis 10 Minuten, nach denen der Nutzer eine individuelle Rückmeldung erhält. Neben einer Kurzurückmeldung im Sinne von „abstinenter“, „riskanter Konsum“ oder „schädlicher Konsum“ erfolgt eine detaillierte Rückmeldung zum Ergebnis. Es werden Hinweise gegeben, worauf künftig geachtet werden sollte, und Tipps, wie das Trinkverhalten besser zu kontrollieren sei. Neben dem Test kann man auf der Webseite Informationen zum Alkoholkonsum sowie Anregungen zur Veränderung des Trinkverhaltens erhalten.

- Im Bereich *Freizeit/Community*: Mentorenprogramme mit Teenagern.

#### Beispiel „Balu und Du“

„Balu und Du“ ist ein Mentorenprogramm, das in Deutschland zur allgemeinen Förderung von Kindern und nicht spezifisch zur Suchtprävention implementiert wird ([www.balu-und-du.de](http://www.balu-und-du.de)). Hier gibt es zum einen die „Moglis“, dies sind Kinder im Grundschulalter (ca. 6 bis 10 Jahre), die sich oftmals zu dem Zeitpunkt in einer schwierigen Lage befinden. Aufmerksamkeit und ein offenes Ohr erhalten diese Kinder durch die „Balus“. Hierbei handelt es sich um junge Menschen im Alter zwischen 17 bis 30 Jahren, die meist einen pädagogischen Hintergrund besitzen. Die Balus und Moglis treffen sich wöchentlich für ca. 2-3 Stunden. Durch „Balu und Du“ sollen personale Kompetenzen wie Konzentrationsfähigkeit, motorische Fähigkeiten, körperliche Leistungsfähigkeiten und Entscheidungsfähigkeit gestärkt werden. Zusätzlich sollen so-

ziale Kompetenzen wie Empathiefähigkeit und realistische Selbsteinschätzung verbessert und sogenannte Sachkompetenzen wie Selbstständigkeit und Selbstorganisation gesteigert werden. Um die Balus gut auf die Treffen vorzubereiten und zu betreuen, werden diese für das Projekt geschult und durch eine regelmäßige Teilnahme an Begleitseminaren und wöchentlichen Mitschriften in Form von Tagebucheinträgen weiter betreut. Durch die Nachbetreuung der Balus können Probleme gemeinsam besprochen und Lösungen erarbeitet werden, von denen anschließend wieder die Moglis in der gemeinsamen Zeit mit ihrem Balu profitieren können.

- Im Bereich *Freizeit/Community*: Multikomponentenprojekte in Handlungsfeldern Familie und Freizeit mit Fallmanager.
- Im *Kliniksetting*: Persönliche Kurzintervention.

#### Beispiel „Motivierende Kurzintervention“

Die motivierende Kurzintervention ist eine besondere Kurzintervention, die über Reflektion und Feedback zum eigenen Konsumverhalten hinausgeht. Sie basiert auf dem Konzept des Motivational Interviewing. Dies ist ein Beratungsansatz, der eine Vielzahl an Techniken umsetzt und zum Ziel hat, Menschen innerhalb einer recht kurzen Zeit zu einer Verhaltensänderung zu bewegen. Gerade bei Personen, die noch nicht bereit sind, ihr Verhalten, wie z.B. den eigenen Alkoholkonsum zu ändern, kann mittels des Motivational Interviewing eine positive Veränderung erreicht werden. Durch das Motivational Interviewing kann das Problembewusstsein sensibilisiert, die Ambivalenz gesteigert und die Zuversicht gestärkt werden. In Deutschland und Österreich werden Trainings zu diesem Ansatz angeboten, der mit bereits konsumierenden Jugendlichen angewendet wird.<sup>1</sup>

#### Fazit

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Alkoholprävention möglich, zielführend und meist auch kosteneffizient ist. Es gibt bereits eine Vielzahl an verfügbaren, wirksamen Präventionsprogrammen, so dass „das Rad nicht immer neu erfunden werden muss“. Wichtig ist, dass diese nicht nur alkoholspezifische Inhalte bearbeiten, sondern auch die allgemeine

<sup>1</sup> Nähere Informationen unter <http://www.ginko-stiftung.de/move/Was-ist-MOVE.aspx>

Entwicklung von jungen Menschen fördern, beispielsweise über die Vermittlung von Erziehungsfertigkeiten bei den Eltern oder Lebenskompetenzen bei den Kindern und Jugendlichen. Eine gute Praxis beachtet dabei die Bedürfnisse der Zielgruppe, ethische Gesichtspunkte und die Möglichkeiten des lokalen Handlungsfeldes, an die standardisierte Programme angepasst werden müssen. Das bestehende Wissen aus Wissenschaft und Praxis ermöglicht eine evidenzgeleitete Vorgehensweise der Alkoholprävention. Zu Beginn formulierte Ziele sollten während und nach der Durchführung überprüft werden. Durch die Überprüfung der Wirksamkeit kann ein Projekt weiter optimiert und allgemein der Rückhalt für die alkoholpräventiven Bemühungen gestärkt werden.

## Literatur

Bühler, A. & Thrul, J. (2013). *Expertise zur Suchtprävention. Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der „Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs“* (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 46). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (Download kostenlos unter [www.bzga.de](http://www.bzga.de))



© ISP/Evotion/kpicat

**Dr. phil. Anneke Bühler**  
IFT Institut für Therapieforchung  
Parzivalstraße 25  
D-80804 München  
[buehler@ift.de](mailto:buehler@ift.de)



208 Seiten  
ISBN 978-3-95853-047-8  
Preis: 20,- Euro

eBook:  
ISBN 978-3-95853-048-5  
Preis: 15,- Euro ([www.ciando.com](http://www.ciando.com))

Helmut Brenner

## Männergruppen – Politsex – Entgrenzung

### Zu den Folgen der 68er Revolte

Die 68er-Generation brachte einen kulturellen Wandel – von mehr Demokratie wagen über eine neue Frauenbewegung bis zur Ökologie.

Als Antwort auf die Frauenbewegung entstanden Männergruppen, die heute mit ihrer Geschichte und ihren Themen fast vergessen erscheinen.

Sowohl die Frauenbewegung als auch die Männergruppen versuchten das umzusetzen, was eines der Dogmen der 68er-Generation war: Das Private ist das Politische.

Der undogmatische Aufbruch der 68er-Generation endete schnell und versackte in kommunistischen Sektengruppierungen, aber auch im Linksterrorismus, der sich in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts erheblich radikalisierte. Die Gründe hierfür versucht das vorliegende Buch zu ergründen.

Im Windschatten des linken Befreiungsgedankens segelten die Befürworter der Pädophilie, die ungehindert für den Sex von Erwachsenen mit Kindern werben konnten – auch eine Form von Radikalisierung.

Das, was Männergruppen, Linksterroristen und Pädophile vereint, sind der Rückzug aus der Welt und die Verwerfung der Wahrnehmung von der Welt.



**PABST SCIENCE PUBLISHERS**

Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich · Telefon +49 (0)5484 308 · Telefax +49 (0)5484 550  
[pabst.publishers@t-online.de](mailto:pabst.publishers@t-online.de) · [www.psychologie-aktuell.com](http://www.psychologie-aktuell.com) · [www.pabst-publishers.de](http://www.pabst-publishers.de)

# Stationär behandelte jugendliche Rauschtrinker – Trinkereignis im Vorfeld der akuten Alkoholintoxikation und habituelles Trinkverhalten

Marco Stürmer, Ursula Gisela Buchner & Jörg Wolstein

## Zusammenfassung

Beginnend im Jahr 2008 wurde im Bundesland Bayern vor dem Hintergrund der steigenden Anzahl stationärer Behandlungen aufgrund akuter Alkoholintoxikation bei Kindern und Jugendlichen das alkoholspezifische Präventionsprojekt *HaLT – Hart am Limit* weitreichend eingeführt. Aktuell wird das Konzept in 45 Standorten, verteilt über alle sieben bayerischen Regierungsbezirke, durchgeführt.

Im Rahmen der Begleitforschung werden jugendliche Rauschtrinker im Krankenhaus u.a. hinsichtlich ihrer soziodemographischen Merkmale, ihres Trinkverhaltens im Kontext der Alkoholintoxikation sowie zu ihrem habituellen Alkohol- und Drogenkonsum befragt. Der Beitrag stellt zentrale Ergebnisse zu Trinkmustern und zum habituellen (Alkohol)-Konsum der Jugendlichen vor und diskutiert die Identifikation von Subrisikogruppen sowie Risiko-Reduktionsstrategien.

## 1 Einleitung

Der starke Anstieg alkoholbedingter Krankenhauseinlieferungen bei Kindern und Jugendlichen seit dem Jahr 2000 führte unter anderem in Deutschland, der Schweiz und in Österreich zu unterschiedlichen Forschungsprojekten (vgl. Steiner et al., 2008; Müller et al., 2009; Reis et al., 2009; Bitzer et al., 2009; Stumpp et al., 2009; Gmel & Wicki, 2009; Kraus et al., 2012; Uhl et al., 2013; Wurdak et al., 2014), kontroversen Diskussionen zur Validität des Indikators Behandlungsstatistik (Uhl & Kobrna, 2012; Wurdak et al., 2013) sowie zur Entwicklung spezifischer Präventionskonzepte. Unter der Bezeichnung *HaLT – Hart am Limit* ist in Deutschland ein spezifisch für jugendliche Rauschtrinker entwickeltes Präventionskonzept des *Präventionszentrums Villa Schöpflin* (Kuttler, 2008) weitverbreitet. Der

Freistaat Bayern hat dieses Präventionskonzept beginnend im Jahr 2008 auf Initiative und mit finanzieller Förderung des *Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege* mit aktuell 45 *HaLT*-Zentren weitreichend eingeführt und weiterentwickelt (Stürmer et al., 2010; Stürmer & Wolstein, 2011). Ein zentraler Baustein des Konzeptes ist methodisch der indizierten Prävention zuzuordnen: Die medizinische Versorgung einer akuten Alkoholintoxikation im Krankenhaus wird hierbei durch eine psychosoziale Intervention (Motivierende Kurzintervention) für Jugendliche und deren Eltern durch Mitarbeitende des *HaLT*-Teams (klinikextern) ergänzt. Zudem ermöglicht dieser Interventionskontext eine psychosoziale Risikoeinschätzung, die die Grundlage für die weitere Interventionssteuerung bilden kann (Stürmer et al., 2015). Neben den psychosozialen Risiko- und Schutzfaktoren stellt das trinkbezogene Risikoverhalten der Kinder und Jugendlichen hierbei einen zentralen Aspekt dar. Vor diesem Hintergrund untersucht der vorliegende Beitrag

- a) die Kontextbedingungen und das trinkbezogene Risikoverhalten im Vorfeld der akuten Alkoholintoxikation sowie
- b) das habituelle Konsumverhalten von jugendlichen Rauschtrinkern in stationärer Behandlung. Ein besonderer Fokus liegt auf Unterschieden zwischen Mädchen und Jungen.

## 2 Methode

### 2.1 Stichprobe

Als Risikopopulation werden für die vorliegende Untersuchung Kinder und Jugendliche definiert, die aufgrund einer akuten alkoholbezogenen Problematik/akuten Alkoholintoxikation (ICD-10-Diagnosen: F10, F10.0 und T51) stationär behandelt wurden. Berücksichtigt werden

nur jene Jugendlichen, die im Einzugsgebiet eines bayerischen HaLT-Standorts ( $n = 22$ ) in eine der kooperierenden Kliniken ( $n = 47$ ) eingewiesen werden (*convenience sample*).

Im Erhebungszeitraum vom 07.12.2007 bis zum 31.12.2009 konnten 1.182 stationär behandelte Kinder und Jugendliche in der Akutsituation im Krankenhaus interviewt werden. Im Anschluss an eine motivierende Kurzintervention und eine Elternintervention am Krankenbett wurden Daten zur Soziodemographie, dem Trinkverhalten im Kontext der Alkoholintoxikation, zum Einlieferungsmodus, zum Allgemeinzustand bei Einlieferung, zur Blutalkoholkonzentration (BAK) sowie zum habituellen Alkohol- und Drogenkonsum standardisiert erhoben. Der Datensatz wurde um alle Fälle mit fehlender Alters- oder Geschlechtsangabe ( $n = 42$ ) sowie um junge Erwachsene ( $n = 12$ ), die zum Zeitpunkt der Befragung das 19. Lebensjahr bereits vollendet hatten, bereinigt. Die Stichprobe umfasste nach der Datenbereinigung 1.128 (95,4%) Kinder und Jugendliche. Da die beteiligten HaLT-Projekte sowohl im großstädtischen und städtischen Kontext als auch in Regionen mit überwiegend ländlichen Strukturen agieren, sind strukturelle Unterschiede in Bayern in der Erhebung adäquat berücksichtigt.

## 2.2 Datenanalyse

Die Berechnungen wurden mit der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics 22 durchgeführt. Das Signifikanzniveau für alle statistischen Tests wurde auf 5% festgelegt. Durchschnittliche Merkmalsausprägungen wurden bei normalverteilten Variablen durch das arithmetische Mittel, bei sehr schiefen Verteilungen durch den Median dargestellt. Unterschiede im arithmetischen Mittel bei unabhängigen Stichproben wurden mit dem t-Test gegenüber dem Zufall abgesichert. Signifikanzprüfungen bei Median-Unterschieden in unabhängigen Stichproben erfolgten mittels nicht-parametrischer Testverfahren (Mann-Whitney-U-Test). Kategoriale Unterschiede wurden mittels Chi<sup>2</sup>-Test gegenüber dem Zufall abgesichert.

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Soziodemographie

Zum Zeitpunkt der Einlieferung sind die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ( $n = 1.128$ ; männliche Jugendliche: 57,4%) zwischen 12 und 18 Jahre, im Mittel 15,5 Jahre (SD 1,39) alt. Die Mädchen (15,4 Jahre, SD 1,42) sind

durchschnittlich etwa zwei Monate jünger als die Jungen (15,6 Jahre; SD 1,37;  $t = 2,54$ ;  $p = .011$ ). Kinder im Alter von 12 und 13 Jahren (8,4%) und junge Erwachsene (18-Jährige; 5%) bilden eine Ausnahme. Bei den 12- bis 14-Jährigen zeigt sich ein nahezu ausgeglichenes Geschlechterverhältnis, dementgegen liegt bei den 15- bis 17-Jährigen der Anteil der Jungen bei 60,5%.

Mehr als vier Fünftel (83,1%) der Kinder und Jugendlichen sind zum Zeitpunkt ihrer Einlieferung Schüler und etwa 13 Prozent (12,9%) stehen in einem Auszubildungsverhältnis. Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit oder sonstige Beschäftigungsformen spielen nur eine untergeordnete Rolle. Für eine detaillierte Beschreibung der Bildungs- und Erwerbssituation sind altersbedingte Einflüsse zu berücksichtigen: In den jüngeren Altersgruppen ist es noch nicht möglich, eine Ausbildung zu beginnen. Umgekehrt trifft dies in den älteren Altersgruppen für den Besuch der Hauptschule zu, da der Abschluss in der Regel früher erfolgt. Dementsprechend liegt der Anteil der Schüler in der jüngeren Altersgruppe (bis einschließlich 15 Jahre) bei 97,4%. Die häufigste Schulform ist die Hauptschule (41,9%), gefolgt vom Gymnasium (31,3%) und der Realschule (26,9%). Bei den älteren Jugendlichen (ab 16 Jahre) ändern sich das Verhältnis zwischen Schülern und Auszubildenden sowie die Verteilung über die Schulformen: Der Anteil der Auszubildenden liegt bei 23,3% und der Anteil der Schüler bei 68,9%. Die älteren Schüler verteilen sich auf Gymnasien (42,8%), Real- (30,5%) und Hauptschulen (26,8%).

### 3.2 Trinkereignis

Für ein besseres Verständnis des Trinkereignisses, das zur akuten Alkoholintoxikation und im Anschluss zur Klinikeinlieferung führte, sind die konsumierten alkoholischen Getränke, die Trinkdauer, das Trinkmotiv sowie die Kontextbedingungen (beteiligte Personen, Ort) aufschlussreiche Indikatoren. Ergänzend werden Daten zur Einlieferungssituation (Einlieferungsmodi, Allgemeinzustand, BAK) herangezogen. Die Tabelle 1 fasst die Ergebnisse im Überblick zusammen.

#### 3.2.1 Konsumierte alkoholische Getränke

Mehr als die Hälfte der Jugendlichen (55,5%) trinkt im Vorfeld der Alkoholintoxikation nur eine alkoholische Getränkeart: So trinkt z.B.

etwa ein Viertel (24,5%) der Kinder und Jugendlichen ausschließlich pure Spirituosen oder etwa jeder Zehnte (11,1%) ausschließlich selbstgemixte Mixgetränke aus Spirituosen und einem Softdrink. Zudem zeigt sich, dass knapp die Hälfte der Mädchen (47,6%) und mehr als ein Drittel der Jungen (37,0%) ausschließlich Spirituosen und/oder selbstgemischte Mixgetränke vor ihrer Intoxikation konsumierten.

Jugendliche (44,5%), die während des Trinkereignisses verschiedene Alkoholika trinken, kombinieren vor allem Bier und Spirituosen (16,1%), Bier und Selbstmix (7,4%) sowie Bier, Spirituosen und Selbstmix (4,3%). Mädchen (39,0%) trinken seltener als Jungen (48,6%) Kombinationen unterschiedlicher Alkoholika.

Industriell hergestellte Mixgetränke, sogenannte Alkopops, spielen in beiden Gruppen eine eher untergeordnete Rolle.

Insgesamt betrachtet stehen mehr als vier Fünftel der Alkoholintoxikationen (85,1%) im Zusammenhang mit dem Konsum von Spirituosen – entweder pur oder in Form von selbstgemischten oder industriell hergestellten Mixgetränken (vgl. Tabelle 1). Auch die höchste BAK von 3,7‰ in der Stichprobe resultiert aus einem ausschließlichen und sehr schnellen Spirituosenkonsum. Zudem liegt der Anteil der Jugendlichen, die in komatösem Zustand eingeliefert werden, bei ausschließlichen Spirituosen-Trinkern bei 33,0%, bei Bier-Spirituosen-Trinkern bei 24,3% und bei ausschließlichen Bier-Trinkern bei 23,3%.

### 3.2.2 Trinkdauer

Weiterhin kennzeichnend für das Trinkmuster ist eine kurze Trinkdauer: Die Hälfte der Kinder und Jugendlichen (50,1%) trinkt die für die Intoxikation ursächliche Alkoholmenge in einem Zeitraum zwischen einer und drei Stunden. Einen Trinkzeitraum von weniger als einer Stunde geben weitere 20,6% der Kinder und Jugendlichen an, wobei Mädchen (24,2%) häufiger als Jungen (17,9%) eine Trinkdauer von weniger als einer Stunde berichten (vgl. Tabelle 1). Auch bei den Jüngeren (12- bis 14-Jährige) findet sich ein hoher Anteil (31,5%) mit einer Trinkdauer von weniger als einer Stunde. Die Unterschiede in der Trinkdauer resultieren nicht in signifikanten Unterschieden in der durchschnittlichen BAK. Jedoch scheint ein Zusammenhang mit den konsumierten Getränken zu bestehen: Eine Trinkdauer von weniger als einer Stunde berichten 38,8% der Kinder und Jugendlichen mit purem Spirituosenkonsum, während der Anteil bei den ausschließlichen Biertrinkern bei 11,1% liegt.

### 3.2.3 Trinkmotiv: Absichtliches Betrinken

Mehr als ein Drittel der Kinder und Jugendlichen (35,9%) trinkt den intoxikationsrelevanten Alkohol in der Absicht, sich zu betrinken. Jungen (40,8%) nennen dieses Motiv deutlich häufiger als Mädchen (29,5%). Jugendliche, die sich absichtlich betrinken, sind zudem durchschnittlich stärker intoxikiert als Jugendliche, die nicht in dieser Absicht trinken (1,60‰ vs. 1,49‰;  $t = -2,90$ ;  $p = .004$ ).

### 3.2.4 Sozialer Kontext der Trinksituation

Die Analyse der Einlieferungszeitpunkte zeigt, dass sich die Jugendlichen überwiegend freitags und samstags zum Trinken treffen. Etwa zwei von drei Einlieferungen (68,5%) finden an diesen Tagen oder in der Nacht zum Sonntag statt. In den Stunden vor Mitternacht (21.01 bis 24.00 Uhr) werden am häufigsten Kinder und Jugendliche (36,3%) in den Kliniken aufgenommen.

Mädchen (93,7%) wie Jungen (96,1%) trinken in aller Regel gemeinsam mit Freunden. Trinksituationen, in denen alleine (1,0%) oder mit fremden Personen (2,8%) getrunken wird, sind eine Ausnahme. Am häufigsten findet das Trinkereignis bei Mädchen (50,5%) wie bei Jungen (49,9%) unterwegs/draußen statt. Für spezifische Trinkorte zeigen sich jedoch Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Mädchen (15,2%) trinken öfter als Jungen (10,8%) in Diskotheken/Gaststätten und häufiger in *Wohnungen von Freunden* (22,0% vs. 15,8%). Jungen (15,1%) hingegen trinken häufiger als Mädchen (9,6%) auf *öffentlichen Veranstaltungen* wie z.B. Musikkonzerten, Fußballspielen, offiziellen Abschlussfeiern, Kirchweihen oder Vereins- und Volksfesten (vgl. Tabelle 1). Als weitere Trinkorte nennen die Jugendlichen selbstveranstaltete private Partys, z.B. in Vereinsräumen oder privaten Gartenhäusern sowie mehr oder minder spontane Treffen auf dem freien Feld oder in Bauwagen. Ein gemeinsames Merkmal vieler dieser Trinkorte ist, dass sie den Jugendlichen Gelegenheit bieten, abseits der Kontrolle durch Erwachsene zu trinken.

### 3.2.5 Einlieferungsmodi in das Krankenhaus

Die für eine Aufnahme in ein Krankenhaus erforderliche medizinische Indikation erfolgt entweder durch einen Notarzt vor Ort oder durch

Tabelle 1

Trinkereignis im Vorfeld der Intoxikation

	Gesamt*	weiblich*	männlich*	p-Wert****
<b>Konsumierte alkoholische Getränke (n = 976)</b>				
nur eine Getränkeart	55,5%	61,0%	51,4%	.003
Kombination verschiedener alkoholischer Getränke	44,5%	39,0%	48,6%	
<b>Alkoholische Getränke und Getränkekombinationen (n = 976)</b>				
nur Spirituosen	24,4%	25,8%	23,3%	
nur Selbstmix**	11,1%	14,9%	8,1%	
nur Spirituosen und Selbstmix**	6,1%	6,9%	5,6%	
nur Bier	9,3%	5,4%	12,3%	
nur Wein/Sekt	3,1%	5,0%	1,6%	
nur Alkopops***	1,5%	3,1%	0,4%	
Bier und Spirituosen	16,1%	10,4%	20,4%	
Bier und Selbstmix**	7,4%	4,7%	9,4%	
Bier und Spirituosen und Selbstmix**	4,3%	3,8%	4,7%	
Bier und Alkopops***	0,9%	0,5%	1,3%	
Bier und Wein/Sekt	2,5%	2,4%	2,5%	
Bier und Wein/Sekt und Alkopops	0,5%	0,2%	0,7%	
Bier und Selbstmix** und Wein/Sekt oder Alkopops	0,8%	0,9%	0,7%	
Wein/Sekt und Alkopops***	0,3%	0,5%	0,2%	
Selbstmix** und Wein/Sekt oder Alkopops***	1,9%	3,8%	0,5%	
Selbstmix** und Wein/Sekt und Alkopops***	0,2%	0,2%	0,2%	
Spirituosen und Wein/Sekt oder Alkopops***	3,3%	5,0%	2,0%	
Spirituosen und Bier und Wein/Sekt oder Alkopops***	3,6%	3,8%	3,4%	
Spirituosen und Selbstmix** und Wein/Sekt oder Alkopops***	1,3%	1,7%	1,1%	
mindestens 4 verschiedene alkoholische Getränke	1,3%	1,2%	1,4%	
<b>Trinkdauer (n = 969)</b>				
< 1 Stunde	20,6%	24,2%	17,9%	.027
1-3 Stunden	50,1%	49,6%	50,4%	
3-5 Stunden	21,3%	20,2%	22,1%	
> 5 Stunden	8,0%	5,9%	9,7%	
<b>Trinkmotiv: Absichtliches Betrinken (n = 974)</b>				
	35,9%	29,5%	40,8%	.000
<b>Beteiligte Personen (Mehrfachnennungen möglich)</b>				
Freunde (n = 986)	95,0%	93,7%	96,1%	ns
Entfernte Bekannte (n = 979)	2,7%	3,3%	2,2%	ns
Fremde Personen (n = 981)	2,8%	3,3%	2,4%	ns
Sonstige Personen (n = 979)	2,9%	2,6%	3,1%	ns
Alleine (n = 986)	1,0%	1,4%	0,7%	ns
<b>Trinkort (Mehrfachnennungen möglich)</b>				
unterwegs/draußen (n = 985)	50,2%	50,5%	49,9%	ns
Wohnung von Freunden (n = 985)	18,5%	22,0%	15,8%	.013
Diskotheke/Gaststätte (n = 985)	12,7%	15,2%	10,8%	.039
Öffentliche Veranstaltungen (n = 985)	12,7%	9,6%	15,1%	.010
Sonstiger Trinkort (n = 977)	12,1%	9,7%	13,9%	.043
Zu Hause (n = 985)	4,4%	3,7%	4,8%	ns
<b>Einlieferungsmodi (n = 938; Mehrfachnennungen möglich)</b>				
Notarzt	20,7%	17,0%	23,5%	.015
Krankenwagen	67,0%	71,2%	63,7%	.016
Polizei	6,3%	5,7%	6,8%	ns
Eltern	11,3%	10,1%	12,2%	ns
Beteiligte Personen	4,1%	3,2%	4,7%	ns
Unbeteiligte Personen	1,6%	2,0%	1,3%	ns
<b>Blutalkoholkonzentration (BAK)</b>				
Ø BAK (Gesamtstichprobe; n = 1.034)	1,53‰	1,47‰	1,58‰	.002
Ø BAK (nur komatöse Jugendliche; n = 256)	1,77‰	1,72‰	1,80‰	ns
Komatöser Zustand bei Einlieferung (n = 1.087)	24,7%	20,9%	27,6%	.011

- \* Prozentuale Angaben in Bezug auf die Gesamtstichprobe (Spaltenprozent)  
 \*\* Selbstmix = selbstgemischte Mixgetränke aus Spirituosen und Softdrinks  
 \*\*\* Alkopops = industriell hergestellte alkoholische Mixgetränke  
 \*\*\*\* Chi<sup>2</sup>-Test (qualitative Variablen); t-Test (quantitative Variablen)

den aufnehmenden Arzt im jeweiligen Krankenhaus. Notärzte sind an den Einlieferungen in der Regel immer dann beteiligt, wenn vor Ort eine lebensbedrohliche Situation vorliegt bzw. zu vermuten ist. Die jugendlichen Rauschtrinker werden überwiegend durch Rettungssanitäter (Krankenwagen; 67,0%) oder Notarzt (20,7%) in die Kliniken eingeliefert. Mädchen (71,2%) werden häufiger mit dem Krankenwagen (ohne notärztliche Beteiligung) eingeliefert als Jungen (63,7%). Notärztliche Einlieferungen finden hingegen bei den Jungen (23,5%) häufiger statt als bei den Mädchen (17,0%; vgl. Tabelle 1).

### 3.2.6 Blutalkoholkonzentration

Die durchschnittliche BAK der Jugendlichen liegt bei 1,53‰. Im Mittel sind Mädchen (1,47‰) jedoch weniger stark intoxikiert als Jungen (1,58‰; vgl. Tabelle 1).

Legt man zur Bestimmung der Rauschstadien ein von Feuerlein entwickeltes, auf der BAK basierendes Kategorienmodell zu Grunde (Soyka & Küfner, 2008), weist der überwiegende Teil der Jugendlichen leichte (0,5‰ bis 1,5‰: 47,4%) bis mittelgradige (1,5‰ bis 2,5‰: 45,1%) und nur ein geringer Anteil der Jugendlichen (4,1%) schwere Rauschzustände mit einer BAK über 2,5‰ auf.

### 3.2.7 Allgemeinzustand bei Einlieferung

Jeder vierte Jugendliche (24,7%) ist bei der Einlieferung ins Krankenhaus ohne Bewusstsein. Jungen (27,6%) werden signifikant häufiger ohne Bewusstsein eingeliefert als Mädchen (20,9%; vgl. Tabelle 1). Dieser Unterschied zeigt sich jedoch nicht bei den 12- bis 14-Jährigen. Komatöse Jugendliche (1,77‰) weisen deutlich höhere BAK auf als Jugendliche (1,45‰), die bei Bewusstsein eingeliefert werden ( $t = -8,39$ ;  $p = .000$ ). In der Gruppe der komatös eingelieferten Jugendlichen unterscheiden sich Jungen (1,80‰) und Mädchen (1,72‰) nicht signifikant in ihrer durchschnittlichen BAK (vgl. Tabelle 1).

## 3.3 Habituelle Alkoholkonsum

Für eine Risikoeinschätzung ist neben dem im Rahmen des Trinkereignisses gezeigten Risikoverhalten der habituelle Alkohol- und Drogenkonsum der Kinder und Jugendlichen relevant. Das bisherige Konsumverhalten der Jugendlichen wird deshalb anhand der folgenden Indikatoren skizziert: Alter der ersten Trunkenheit, Alkoholkonsum und Rauschtrinken im zurückliegenden Monat, Jahresprävalenz des Konsums und des regelmäßigen Konsums illegaler Drogen. Tabelle 2 zeigt die Ergebnisse in der Übersicht. Rauschtrinken ist hierbei definiert als fünf oder mehr alkoholische Geträn-

	Gesamt	weiblich	männlich	p-Wert****
<b>Alter erste Trunkenheit: MW (SD)</b>	14,2 (1,43)	14,1 (1,41)	14,3 (1,44)	ns
<b>Age mit Alkoholkonsum (30 d); n = 784</b>				
durchschnittliche Trinktage (MD/MW)	2,0/2,95	1,0/2,60	2,0/3,21	.006
Prävalenz (30d)	75,5%	73,5%	77,0%	ns
<b>Alkoholkonsum, Kategorien:</b>				
0 Tage	24,5%	26,5%	23,0%	.037
1-3 Tage	47,6%	50,3%	45,5%	
4-7 Tage	16,6%	12,4%	19,8%	
≥ 8 Tage	11,4%	10,9%	11,7%	
<b>Age mit Rauschtrinken* (30 d); n = 948</b>				
durchschnittliche Tage (MD/MW)	0/1,16	0/0,88	1,0/1,38	.000
Prävalenz (30 d)	49,8%	44,0%	54,2%	.002
<b>Rauschtrinken, Kategorien:</b>				
0 Tage	50,2%	56,0%	45,8%	.006
1-3 Tage	41,2%	38,0%	43,8%	
4-7 Tage	5,0%	3,9%	5,8%	
≥ 8 Tage	3,6%	2,2%	4,7%	
<b>Konsum illegaler Drogen (12 M); n = 942</b>				
Prävalenz (12 M)	16,3%	14,8%	17,5%	ns
Regelm.** Drogenkonsum (12 M); Stichprobe	4,5%	2,7%	5,8%	-
Regelm.** Drogenkonsum (12 M); Konsumenten (n = 153)	27,5%	18,0%	33,7%	.034

**Tabelle 2**

Habituelles Trinkverhalten und Drogenkonsum

\* Rauschtrinken = 5 oder mehr alkoholische Getränke in einer Konsumgelegenheit (5+)  
 \*\* Regelmäßiger Drogenkonsum = mindestens einmal pro Monat im zurückliegenden Jahr  
 \*\*\* Chi<sup>2</sup>-Test (qualitative Variablen); Mann-Whitney-U-Test (quantitative Variablen)

ke zu einer Trinkgelegenheit (5+); regelmäßiger Drogenkonsum ist definiert als Drogenkonsum mindestens einmal pro Monat im zurückliegenden Jahr.

### 3.3.1 Alter der ersten Trunkenheit

Bei ihrem ersten Alkoholrausch sind die Kinder und Jugendlichen im Durchschnitt etwas älter als 14 Jahre. Zwischen Jungen (14,3 Jahre) und Mädchen (14,1 Jahre) bestehen keine signifikanten Unterschiede (vgl. Tabelle 2).

### 3.3.2 Alkoholkonsum im zurückliegenden Monat

Im Monatsdurchschnitt trinken die Kinder und Jugendlichen an zwei bis drei Tagen Alkohol, wobei Mädchen (Median: 1,0) durchschnittlich an weniger Tagen als Jungen (Median: 2,0) trinken. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied findet sich nicht bei den Jüngeren (12- bis 14-Jährige). Keinen Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen berichten ein Viertel (24,5%) der Jugendlichen. An vier bis sieben Tagen trinken 16,6% der Kinder und Jugendlichen Alkohol und etwa jeder zehnte Jugendliche (11,4%) trinkt an acht oder mehr Tagen im zurückliegenden Monat (vgl. Tabelle 2).

### 3.3.3 Rauschtrinken (5+) im zurückliegenden Monat

Etwa die Hälfte (49,8%) der Jugendlichen hat im letzten Monat vor Aufnahme mindestens einmal fünf oder mehr alkoholische Getränke zu einer Gelegenheit konsumiert. Bei den Mädchen (44,0%) liegt der Anteil der Rauschtrinker niedriger als bei den Jungen (54,2%). Ähnlich wie beim Alkoholkonsum bestehen diese Unterschiede nicht in der jüngsten Altersgruppe. Häufiges Rauschtrinken ( $\geq 4$ ) berichten 8,6% der Jugendlichen. Rauschtrinken an acht oder mehr Tagen im zurückliegenden Monat, also bspw. jeden Freitag und jeden Samstag im Monat, findet nur in Ausnahmen (3,6%) statt (vgl. Tabelle 2).

### 3.3.4 Konsum illegaler Drogen

Für das zurückliegende Jahr berichteten 16,3% der Kinder und Jugendlichen, mindestens einmal eine illegale Droge konsumiert zu haben. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen (vgl. Tabelle 2).

Die 12-Monatsprävalenz für den Konsum illegaler Drogen liegt bei den 12- bis 14-Jährigen am niedrigsten und steigt mit zunehmendem Alter an.

Regelmäßig, d.h. mindestens einmal pro Monat im zurückliegenden Jahr, konsumieren 4,5% der Jugendlichen illegale Drogen. In dieser Subgruppe findet sich ein deutlich höherer Anteil von Jungen (33,7% vs. 18,0%; vgl. Tabelle 2).

## 4 Diskussion

Die Ergebnisse zum habituellen Alkohol- und Drogenkonsum der Jugendlichen lassen die Schlussfolgerung zu, dass es sich bei stationär behandelten jugendlichen Rauschtrinkern überwiegend nicht um Jugendliche mit chronisch problematischem Trinkverhalten handelt. Vielmehr werden Jugendliche erreicht, die ihre ersten Erfahrungen mit Alkohol sammeln. Dementsprechend ist in dieser Gruppe auch von einer gering ausgeprägten Alkoholtoleranz auszugehen. Gleichermaßen handelt es sich um intentional exzessiv trinkende Jugendliche mit situativ riskantem Trinkmuster. Kraus et al. (2012) konnten z.B. in einem Vergleich mit einer repräsentativen Schülerstichprobe zeigen, dass die Jugendlichen im Krankenhaus an weniger Tagen pro Monat trinken, an einem Trinktag jedoch mehr Alkohol konsumieren als Schüler aus der Allgemeinbevölkerung.

Ein weiteres auffälliges Kennzeichen dieses riskanten Trinkmusters ist die Beteiligung von Spirituosen in acht von zehn Fällen. Hierin liegt sicherlich auch eine Ursache für die häufig sehr kurze Trinkdauer. Hinzu kommen die beschriebenen Kontextfaktoren, wie das Trinken an öffentlichen Plätzen, gemeinsam mit anderen, wahrscheinlich ähnlich Alkohol-unerfahrenen Jugendlichen, abseits der Kontrolle von Erwachsenen und ein möglicherweise verändertes Hilfeverhalten. Geringe Alkoholtoleranz, riskantes Trinkmuster, Kontextfaktoren und verändertes Hilfeverhalten zusammen genommen stellen somit ein Ursachengeflecht für die steigende Anzahl der alkoholbedingten Einlieferungen dar.

Anhand der Daten lässt sich allerdings nicht ausschließen, dass eine Subgruppe von Jugendlichen ihr riskantes Trinkverhalten bereits habitualisiert hat. Für eine Risikoidentifikation müssen die Indikatoren zum Trinkverhalten berücksichtigt werden. Jedoch sollte die Risikobeurteilung aufgrund des jungen Alters der Zielgruppe um psychosoziale Risikofaktoren und Ressourcen ergänzt werden, da riskantes Trinken in der Jugendphase häufig mit weite-

ren riskanten Verhaltensweisen auftritt (Jessor & Jessor, 1977; Kuntsche & Gmel, 2013).

Vor dem Hintergrund dieses intentional exzessiven Trinkmusters und den daraus resultierenden akuten direkten und indirekten Risiken des Rauschtrinkens (Zimmermann et al., 2008; Stolle et al., 2009) sollten Strategien zur Risikoreduktion in der Trinksituation an praktischer Bedeutung gewinnen. Patrick et al. (2011) konnten zeigen, dass die Anwendung von Trinkregeln (*behavioral protective strategies*) mit einem geringeren Alkoholkonsum und weniger alkoholbezogenen Problemen assoziiert ist. Im Wesentlichen fokussieren diese protektiven Verhaltensstrategien auf Regeln, mit dem Ziel

- a) das Trinken zu limitieren bzw. zu stoppen (z.B. vorab eine Trinkmenge festlegen und diese nicht überschreiten),
- b) die Trinkweise zu beeinflussen (z.B. Trinkspiele vermeiden, keine Spirituosen trinken) und
- c) ernsthafte akute Folgen zu vermeiden (z.B. einen nüchternen Fahrer bestimmen).

Die Herausforderung besteht darin, diese Trinkregeln so zu adaptieren, dass sie auch von Jugendlichen, deren Trinkintention in einem schnellen Rausch liegt, akzeptiert und angewendet werden. Auf diese Weise kann Schadensminimierung ein wichtiger Aspekt der Verhaltensprävention sein.

## Literatur

- Bitzer, E. M., Grobe, T. G., Schilling, E., Dörning, H. & Schwartz, F. W. (2009). *GEK-Report Krankenhaus 2009 – Schwerpunktthema: Alkoholmissbrauch bei Jugendlichen*. St. Augustin: Asgard Verlag. <http://www.halt-projekt.de/images/stories/pdf/gek-report-krankenhaus-2009.pdf> (abgerufen am 13.02.2015).
- Gmel, G. & Wicki, M. (2009). *Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener. Ein Update der Sekundäranalyse der Daten Schweizer Spitäler bis 2007. Abschlussbericht*. Lausanne: sfa/ispa.
- Jessor, R. & Jessor, S. I. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Kraus, L., Hannemann, T. V., Pabst, A., Müller, S., Kronthaler, F., Grübl, A., Stürmer, M. & Wolstein, J. (2012). Stationäre Behandlung von Jugendlichen mit akuter Alkoholintoxikation: Die Spitze des Eisbergs? *Gesundheitswesen*, 75, 456-464.
- Kuntsche, E. & Gmel, G. (2013). Alcohol consumption in late adolescence and early adulthood – where is the problem? *Swiss Med Wkly*, 143, w13826.
- Kuttler, H. (2008). Exzessiver Alkoholkonsum Jugendlicher – Auswege und Alternativen. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 28, 14-22.
- Müller, S., Pabst, A., Kronthaler, F., Grübl, A., Kraus, L., Burdach, S. & Tretter, F. (2009). Akute Alkoholvergiftung bei Jugendlichen. Erste Ergebnisse eines Münchner Pilotprojekts. *Dtsch Med Wochenschr*, 134, 1101-1105.
- Patrick, M. E., Lee, C. M. & Larimer, M. E. (2011). Drinking motives, protective behavioral strategies, and experienced consequences: Identifying students at risk. *Addictive Behaviors*, 36, 270-273.
- Reis, O., Pape, M. & Häßler, F. (2009). Ergebnisse eines Projektes zur kombinierten Prävention jugendlichen Rauschtrinkens. *Sucht*, 55 (6), 347-356.
- Soyka, M. & Kufner, H. (2008). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie*. 6. Auflage. München, Meiringen: Thieme.
- Steiner, M., Knittel, T. & Zweers, U. (2008). *Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms „HaLT – Hart am Limit“*. Endbericht. Basel: Prognos AG.
- Stolle, M., Sack, P. M. & Thomasius, R. (2009). Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter. Übersichtsarbeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 106 (19), 323-328.
- Stumpp, G., Stauber, B. & Reinl, H. (2009). *JuR – Einflussfaktoren und Anreize zum Rauschtrinken bei Jugendlichen. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Endbericht. Tübingen: Institut für Erziehungswissenschaft, Forschungsinstitut tifs. <http://www.halt-projekt.de/images/stories/pdf/studie%20-%20rauschtrinken%20bei%20jugendlichen.pdf> (abgerufen am 13.02.2015).
- Stürmer, M., Gift, S. & Wolstein, J. (2015). Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen. Kurzintervention und Risikobeurteilung am Krankbett. *Pädiatrische Praxis*, 83, 571-584.
- Stürmer, M. & Wolstein, J. (2011). Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen – Indizierte Prävention in der Akutsituation im Krankenhaus. *Kinderärztliche Praxis*, 82 (3), 160-165.
- Stürmer, M., Mutert, S., Tretter, F. & Wolstein, J. (2010). Aktuelle Entwicklungen der bayernweiten Implementierung des alkoholspezifischen Präventionsprojekts „HaLT – Hart am Limit“. *Prävention*, 01, 15-18.
- Uhl, A. & Kobra, U. (2012). Rauschtrinken bei Jugendlichen – Medienhype oder bedenkliche Entwicklung? *Suchttherapie*, 13, 15-24.
- Uhl, A., Bachmayer, S., Puhm, A., Strizek, J., Kobra, U. & Musalek, M. (2013). *Handbuch Alkohol – Österreich Band 1: Formeln und Zahlen 2013*. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. <http://>

bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/4/1/CH1039/CMS1305198709856/handbuch\_alkohol\_band1\_statistiken\_2013.pdf (abgerufen am 13.02.2015).

Wurdak, M., Ihle, K., Stürmer, M., Dirnberger, I., Fischer, U. C., Funk, T., Kraus, L. & Wolstein, J. (2013). Indikatoren für das Ausmaß jugendlichen Rauschtrinkens in Bayern. *Sucht*, 59 (4), 225-233.

Wurdak, M., Kuntsche, E., Kraus, L. & Wolstein, J. (2014). Effectiveness of a brief intervention with and without booster session for adolescents hospitalized due to alcohol intoxication. *J Subst Use Early Online*, 1-6.

Zimmermann, U., Mick, I. & Mann, K. (2008). Neurobiologische Aspekte des Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen. *Sucht*, 54 (6), 335-345.

#### Marco Stürmer

Dipl.-Sozialpädagoge; M.Sc. (Addiction)  
Suchttherapeut KathO NRW  
marco.stuermer@bas-muenchen.de



196 Seiten, Hardcover  
ISBN 978-3-95853-041-6  
Preis: 25,- Euro

eBook:  
ISBN 978-3-95853-042-3  
Preis: 15,- Euro (www.ciando.com)



**PABST SCIENCE PUBLISHERS**  
Eichengrund 28  
D-49525 Lengerich  
Tel. +49 (0)5484 308  
Fax +49 (0)5484 550  
pabst.publishers@t-online.de  
www.psychologie-aktuell.com  
www.pabst-publishers.de

Hans-Joachim Trappe, Wolfgang Mastnak

## Krankheit: Sphäre des Schaffens Komponisten im Spiegel medizinischer Forschung

„Alle meine Noten bringen mich nicht aus den Nöten. Ich schreibe Noten überhaupt erst aus Nöten“, bekannte Ludwig van Beethoven. Sein Leben war von außergewöhnlicher Kreativität und schweren chronischen Erkrankungen geprägt.

Hans-Joachim Trappe und Wolfgang Mastnak analysieren Krankheitsbilder von zehn berühmten Komponisten und untersuchen, inwieweit bisher publizierte Informationen zutreffen bzw. nach neusten Forschungsergebnissen andere Schlussfolgerungen zu ziehen sind. Einige etablierte Hypothesen sind inzwischen durch Studien widerlegt, andere ließen sich bestätigen; und eine Menge Fragen bleiben offen.

Portraitiert werden: Johann Sebastian Bach, Ludwig van Beethoven, Anton Bruckner, Frédéric Chopin, Wolfgang Amadeus Mozart, Maurice Ravel, Max Reger, Erik Satie, Franz Schubert, Robert Schumann.

Das Buch vermittelt Einblicke in leidvolle, alltägliche Lebenswelten – und in Kosmen musikalischer Genialität. Hier gilt das Wort von Victor Hugo: „Musik drückt das aus, was nicht gesagt werden kann und worüber zu schweigen unmöglich ist.“

Professor Dr. Hans-Joachim Trappe ist Kardiologe und Organist, Professor Dr. Wolfgang Mastnak ist Musikpädagog, Musiktherapeut und Pianist.

Das Buch richtet sich an Musikinteressierte – Laien und Fachleute.

Inhalt:

Vorwort

*Hans-Joachim Trappe & Wolfgang Mastnak*

Johann Sebastian Bach (1685-1750): robuste Gesundheit, nach einem Schlaganfall verstorben  
*Hans-Joachim Trappe*

Wolfgang Amadeus Mozart (1756-1791): als Kind gesundheitlich überfordert, als Erwachsener meist gesund, gestorben an einer Infektion  
*Hans-Joachim Trappe*

Ludwig van Beethoven (1770-1827): Pocken, Sehstörungen, gastrointestinale Beschwerden, Pankreatitis, Hepatitis, Alkohol – und schließlich „stocktaub“  
*Hans-Joachim Trappe*

Franz Schubert (1797-1928): Syphilis. Pathologische Persönlichkeit?  
*Wolfgang Mastnak*

Frédéric Chopin (1810-1849): Epileptische Halluzinationen oder visionäre Kreativität?  
*Wolfgang Mastnak*

Robert Schumann (1810-1856): eine schizoaffektive Psychose?  
*Wolfgang Mastnak*

Anton Bruckner (1824-1896): zwanghaft, depressiv, vom Tod fasziniert, herzkrank  
*Hans-Joachim Trappe*

Erik Satie (1866-1925): Asperger & die Kreativität  
*Wolfgang Mastnak*

Max Reger (1873-1916): Bipolar gestört, trunk- und essüchtig, nikotinabhängig, herzkrank  
*Hans-Joachim Trappe*

Maurice Ravel (1875-1937): ein differentialdiagnostisches Problem?  
*Wolfgang Mastnak*

## Fotoreportage: Guča 2012-13, Dragačevski sabor u Guči

---

Das Guča-Trompetenfestival, eigentlich Messe von Dragačevo in Guča, ist das größte seiner Art in Europa sowie eine der bedeutendsten Musikveranstaltungen Südosteuropas und eines der bedeutendsten Musikfestivals des Balkans. Das Trompetenfestival in Guča lockt jedes Jahr Anfang August hunderttausende Menschen in das 2.000-Seelen-Dorf in der serbischen Provinz Moravica, und das seit 1961.

Soviel Tradition hinterlässt seine Spuren. Neben bekannten Bands, die ihre Trompetenkunst beim „Dragazevo-Brass-Band-Festival“, so der offizielle Name des Musikfestivals, im dorfeigenen Stadion darbieten, ziehen kleinere Kapellen wie selbstverständlich durch die Straßen Gučas und spielen gegen ein kleines Trinkgeld für das internationale Publikum auf. Von der Dorfkapelle aus dem Nachbardorf bis zur Big Band aus Belgien ist alles vertreten.

Das Brass-Band-Festival in Guča beginnt sich zu verändern – sagen die Besucher aus deutschem Lande. Sie bedauern, dass auch in Serbien langsam, aber unaufhaltsam der Kapitalismus und die Partykultur Einzug gehalten haben. Es wäre alles viel schöner, wenn man einmal im Jahr zu einem traditionellen Festival in ein vergessenes Land reisen könnte und sich der Romantik der Kusturica-Filme hingeben könnte.

Dem Festival wurden bereits mehrere Filme gewidmet: die Dokumentation *Guča* (2005) sowie der Dokumentarfilm *Meine Freunde spielen jetzt Serbenmusik* (2006), der die Reise des Landshuter Orchesters *Kein Vorspiel* nach Guča zeigt, oder der Spielfilm *Guča! (Distant Trumpet)* (2006), mit Marko Marković in der Hauptrolle, der die Geschichte von einem jungen Serben erzählt, der auszieht, um die Goldene Trompete und das Herz seiner Liebsten in Guča zu gewinnen.



**Sonja Bachmayer**

Infos zur Person:

<http://www.somoflo.at/> oder

<http://ikarus711.worldpress.com>

[ikarus711@hotmail.com](mailto:ikarus711@hotmail.com)











# Alkoholprävention: Strategien europäischer Städte: Rotterdam und Wien

Artur Schroers & Denis S. Wiering

## Zusammenfassung

Gerade in Großstädten sind die Herausforderungen im Sozial- und Sicherheitsbereich durch Alkoholkonsum vielfältig. Wenn bis zu 80% von Gewalt im Nachtleben mit Alkoholkonsum zusammenhängt, sind Großstädte mehr als andere Orte davon betroffen.<sup>1</sup> In Großstädten leben mehr Risikogruppen, bei denen der Konsum die bereits vorhandenen Problematiken vergrößert. Diese und andere Herausforderungen an die zwei europäischen Großstädte Wien und Rotterdam werden dargestellt. Auf Basis aktueller Erkenntnisse, Erfahrungen und Konzepte sollen alkoholsuchtpräventive Strategien der Städte und Effekte, die dabei zu sehen bzw. zu erwarten sind, in diesem Beitrag beschrieben werden. Gemeinsam ist den Großstädten die Relevanz angemessener Zielsetzungen, Strategien, Maßnahmen und Kriterien der Umsetzung, wie etwa Wirksamkeitsbasierung und Qualitätssicherung. Während Rotterdam die Aspekte von öffentlicher Sicherheit und die Bandbreite sozialer Folgewirkungen im Fokus von Prävention sieht, liegen der Wiener Suchtprävention neben der wissenschaftlichen Grundlage die sozialpolitische Integration marginalisierter Menschen und ein emanzipatorisch-partizipatives Menschenbild als Haltung der Suchtprävention zugrunde.

## Herausforderung für Großstädte

Großstädte sind nach einer Begriffsbestimmung der Internationalen Statistikkonferenz aus dem Jahr 1887 alle Städte mit mindestens 100.000 Einwohnern. Ein Großteil, nämlich mehr als zwei Drittel der EuropäerInnen, das sind 350 Millionen Menschen, leben in Stadtgebieten<sup>2</sup>. Große Städte sind Ballungsräume, an denen Probleme schnell sichtbar und unmittelbar erfahrbar werden. So etwa an öffentlichen Plätzen, an denen sich problematisches Verhalten und Folgen der Suchterkrankung bei Menschen zeigen. Beispiele hierfür sind „offene Drogenszenen“<sup>3</sup>, wie wir sie für Opiatkonsumierende am Platz Spitz in Zürich gegen Ende der 1980er Jahre oder in der Bahnhofregion Frankfurts Mitte der 1990er Jahren (Kemmesies 1995) kennen – und die heutzutage als öffentliche Alkoholszenen in der Großstadt auffallen. Hinzu kommt, dass auch Suchtkranke der umgebenden Landbevölkerung durch ein häufig diversifiziertes und gut ausgebautes zentral erreichbares Versorgungsnetz an Hilfsangeboten angezogen werden. Durch den großen Einzugsbereich von Metropolenstädten, insbesondere wenn Städte mit einem vergleichbaren Angebot fernab liegen, entsteht dort eine räumliche Dichte des Zusammenlebens (Crowding) unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen. Nicht zuletzt entsteht durch den medialen Fokus, der Sozial-Räume zu medialen „hot spots“ und somit „soziale Brennpunkte“ bzw. „soziale Problemzonen“ in Szene setzt, eine große öffentliche Aufmerksamkeit für diese Orte. Häufig sind es aber auch die Verantwortlichen in den Großstädten, die zu diesen Problemen Problemlösungen entwickeln. Sie finden in Folge häufig in anderen Städten NachahmerInnen. Insofern sind Großstädte auch Orte von Vielfalt, Innovation, Wissenschaft und Kreativität. Wenn wir an dieser Stelle von Herausforderungen in

<sup>1</sup> Übermäßiger (jugendlicher) Konsum ist an bestimmte Orte des Zusammentreffens (z.B. öffentliche Plätze, im Umfeld von Lokalen etc.) gebunden, an denen in der Öffentlichkeit Alkohol getrunken wird. Da in Großstädten potentiell mehrere dieser Orte vorhanden sind und ebenso das Einzugsgebiet dieser Orte nicht nur auf die lokale Klientel beschränkt ist, sind Großstädte stärker von der Problematik betroffen. Siehe hierzu auch Singer et al., 2011, S. 436, und Eisenbach-Stangl et al., 2008.

<sup>2</sup> Europäische Union, 2011, III.

<sup>3</sup> Zur Begriffsbestimmung siehe Kemmesies, 1995, S. 3 f.

Großstädten sprechen, dann meinen wir i.d.R. Problematiken wie Arbeitslosigkeit, Segregation<sup>4</sup>, Armut und die Störung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung<sup>5</sup>.

## Armut

Obwohl in der Nachkriegsgesellschaft der Lebensstandard der westeuropäischen Länder generell gestiegen ist („Fahrstuhleffekt“ nach Ulrich Beck, 1985, S. 121-160), gibt es in einer neueren Betrachtung starke Hinweise darauf, dass die Einkommensunterschiede („Einkommensschere“), aber vor allem die Vermögensunterschiede immer größer werden. So werden laut dem Bericht der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) in Zeiten der Finanzkrise die Armen immer ärmer (OECD, 2014). Im Durchschnitt aller in der OECD vertretenen Industriestaaten sank das Einkommen des am schlechtesten verdienenden Zehntel der Bevölkerung um 1,9 Prozent wohingegen das der Bestverdiener lediglich um 0,4 Prozent sank. Laut Aussagen der Caritas sind in Österreich mehr als 1,2 Millionen Menschen armutsgefährdet (Die Presse, 2014). 434.000 Personen oder fünf Prozent der Bevölkerung gelten dabei als „manifest arm“<sup>6</sup>. Auch wenn kein direkter und obligatorischer

Kausalzusammenhang von Armut und Sucht nachgewiesen ist, Sucht somit nicht ursächlich aus Armut folgt, sind die sozialen Folgen von Armut mit Suchterkrankungen verschränkt. So kann Sucht Ausdruck der Lebenssituation Armut sein, eine Verdoppelung der sozialen Problemlage bedeuten und sich Sucht und Armut in ihrem Ausmaß bedingen. Betroffen von Armut sind insbesondere Wohnungslose, Arbeitslose, RentnerInnen, Straffällige, Alleinerziehende, MigrantInnen und kinderreiche Familien. Folgen der Armut in Großstädten können auch o.g. Segregation, Zunahme von Gesundheitsunterversorgung, die Zunahme von individuellen und sozialen Problemlagen und das Anwachsen von Straßenszenen sein. Neben präventiven und therapeutischen Angeboten bedarf es auf Ebene der Städte auch arbeitsmarkt- und sozialpolitischer Maßnahmen sowie sozialräumlicher Ansätze der Suchtprävention (etwa im Rahmen kommunaler Suchtprävention).

## Veränderte Altersverteilung

Durch den sich abzeichnenden demografischen Wandel mit einer Verschiebung von Altersstrukturen, wobei sich die Altersverteilung von der Erscheinung einer „Pyramidenform“ mehr und mehr zu einer statistischen Verteilung in eine „überspitzte Zwiebelform“ wandelt, sind mittelfristig die Gestaltung und der Aufbau von angemessenen Präventionsangeboten für ältere Altersgruppen mit „60 Jahren plus“ gefragt. So etwa, wenn ältere Menschen zum einen aufgrund umfangreicher Freizeit einen Alkoholkonsum in Geselligkeit und zum anderen eine Form des „stillen“ Konsums als Reaktion auf Isolation entwickeln. Für einige ältere Menschen kommt es erst in dieser späten Lebensphase zum Einstieg in den riskanten Konsum von Alkohol bzw. mißbräuchlichen Konsum psychoaktiver, verschreibungspflichtiger Medikamente (Barbiturate, Benzodiazepine, Antidepressiva).

## Diversität

Die Globalisierung und die damit verbundene erhöhte soziale Mobilität und gesellschaftliche Differenzierung schaffen Bereiche und Zonen in Städten mit je eigenen ethisch, sozial und sozio-ökonomisch geprägten Milieus und Lebensweisen. So können auch unterschiedliche Möglichkeiten von gesellschaftlicher Teilhabe und Dienstleistungszugang etwa im Gesundheitsbereich zu Prävention und Behandlung und damit neue Formen sozialer Ungleichheit

<sup>4</sup> Unter Segregation verstehen wir in diesem Zusammenhang den Vorgang der „Entmischung“ von Menschen in einer Stadt mit unterschiedlichen ethischen, sozial-strukturellen und Alters-Merkmalen. In Folge kann es zur räumlichen Verteilung der Menschen in bestimmte Stadtgebiete gemäß eben dieser Merkmale kommen. In Folge bildet sich zum einen eine Konzentration und zum anderen eine Unterrepräsentanz der jeweiligen Gruppen in den unterschiedlichen Stadtgebieten. Dies kann in Großstädten zur Folge haben, dass es zu einer Polarisierung zwischen Bezirken kommt, einerseits die im oder nahe dem Stadtzentrum liegen und andererseits strukturschwache, verstädterte Außenbezirke bzw. Randzonen einer Großstadt. Letztere kennzeichnen sich häufig durch eine hohe Quote an Arbeitslosen sowie an SozialleistungsempfängerInnen bei gleichzeitig niedrigem Einkommen. Mithin befinden sich dort häufig sozio-ökonomisch schwache und armutsgefährdete EinwohnerInnen von Großwohnsiedlungen mit Hochhausbebauung.

<sup>5</sup> Öffentliche Ordnung meint nach Bundesverfassungsgericht in Deutschland die Gesamtheit der ungeschriebenen Regeln, deren Befolgung nach den jeweils herrschenden sozialen und ethischen Anschauungen als unerlässliche Voraussetzung eines geordneten menschlichen Zusammenlebens innerhalb eines bestimmten Gebiets angesehen wird (BVerfGE 69, 315 – Brokdorf). In Österreich bedeutet eine Störung der öffentlichen Ordnung ein strafbares, besonders rücksichtsloses Verhalten, wodurch die öffentliche Ordnung unrechtmäßig gestört wird. So handelt derjenige, der andere bei Ausübung bzw. Inanspruchnahme ihrer grundrechtlich gewährleisteten Rechte stört, besonders rücksichtslos.

<sup>6</sup> Manifest arm „sind armutsgefährdete Personen, die zusätzlich finanziell depriviert sind. Dies impliziert, „dass auch Grundbedürfnisse aus finanziellen Gründen nicht mehr gedeckt werden können.“ In Österreich müssen demnach mindestens zwei von sieben Merkmalen eingeschränkt sein wie z.B. die Wohnung angemessen warm zu halten, Miete und Betriebskosten rechtzeitig begleichen zu können, neue Kleidung zu kaufen u.a.m. (Bundesanstalt Statistik Österreich, 2011).

entstehen. So treffen auch unterschiedliche Lebenskonzepte aufeinander, bei denen das Miteinander im Zusammenleben – nach Möglichkeit partizipativ – verhandelt und breit umgesetzt werden muss, damit Diskriminierung und Ausgrenzung verhindert werden können. Planung und Umsetzung von Prävention und Behandlung im großstädtischen Raum sollte somit kulturelle Vielfalt (Diversität) berücksichtigen und ermöglichen.

### Soziale Polarisierung

Wenn der soziale Zusammenhalt innerhalb z.B. ethnischer Gruppen oder sozialer Milieus in Großstädten stark ausgeprägt ist, kann es zu Konflikten zwischen diesen Gruppen bis hin zu offen gezeigter Intoleranz und öffentlicher Gewalt kommen. Auch was die Ansiedlung von niedrigschwelligen Hilfeleistungen betrifft, können in dem dichtbesiedelten Raum von Großstädten Interessengegensätze zur Ausgrenzung etwa von problematisch Alkohol Konsumierenden bzw. Suchterkrankten führen.

### Urbanisierung und Suburbanisierung

Während manche Städte wie z.B. Wien weiter an Attraktivität und stark an EinwohnerInnen gewinnen<sup>7</sup> sind andere häufig strukturschwache Städte von einem Einwohnerrückgang betroffen. Neben dem Anwachsen der Städte vor allem durch Zuzug entsteht die Möglichkeit der Entstehung neuer urbaner Zentren in diesen Städten; aber auch Sub-Urbanisierung, als Prozess der Ausweitung städtischer Lebensweise aus dem Zentrumsbereich der Großstadt hinaus. In vielen europäischen Städten geht damit einher die Zersiedelung in Vorstädte als Verstärkung ländlicher Orte sowie das Entstehen von Satelliten- und Trabantenstädten. In Folge kann es im Zuge von Suburbanisierung auch zur Segregation von Bevölkerungsschichten etwa anhand von Merkmalen *sozialer Lage* kommen. Möglicherweise können sogar Stadtviertel entstehen, in denen überwiegend bestimmte ethnische Bevölkerungsgruppen oder nichtintegrierte Bevölkerungsgruppen leben. Urbanisierung und Sub-Urbanisierung fordern jeweils unterschiedliche Strukturen zur Organisation des Zusammenlebens. Auch Prävention muss in hohem Maße berücksichtigen, über

welche Strukturen, Strategien und Kommunikationsformen Dialoggruppen jeweils im urbanen oder sub-urbanen Raum mit Maßnahmen erreicht werden können. Zuletzt können sich im Zuge sozial-struktureller wie auch sozial-räumlicher Veränderungsprozesse Suchtproblematiken für vulnerable Menschen(-Gruppen) regional verdichten.

### Soziale Auswirkungen von Alkohol

Die sozialen Auswirkungen von Alkohol und Drogen wurden vielfach wissenschaftlich erforscht. Alkoholkonsum hängt mit negativen Phänomenen auf dem Gebiet der Sicherheit, wie Gewalt (Wells et al., 2004) und Vermögensdelikten (Fergusson & Horwood, 2000) zusammen. Mehrere Studien belegen, dass Alkohol negative Auswirkungen auf Bildung und Kompetenzentwicklung hat. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Alkohol- und Drogenkonsum auf der einen Seite und Fehlzeiten in der Schule (Dowrick & Crespo, 2005) und sogar den SchulabbrecherInnen auf der anderen Seite (u.a. Ter Bogt et al., 2009; Bachmann et al., 2008). Ein Zusammenhang mit niedrigen Schulleistungen ist auch möglich, jedoch fehlen umfangreiche Studien in diesem Bereich. Angesichts der starken Indizien, dass große Mengen Alkohol und Drogen (binge drinking) im jugendlichen Alter die kognitiven Funktionen beeinträchtigen (Hanson et al., 2011), ist ein Verband mit abnehmender Lernfähigkeit und konkreter Manifestation der Abnahme des Lernniveaus stichhaltig. Auch im Hinblick auf Drogenkonsum ist vieles über eine negative Korrelation mit Sicherheitsaspekten und der Entwicklung von Bildung und Kompetenz bekannt. Wenn wir die Studien betrachten, die Alkohol- und/oder Drogenkonsum als Risikofaktoren für andere soziale Phänomene beschreiben, werden umfangreichere soziale Auswirkungen deutlich. Insbesondere wenn der Drogen- und/oder Alkoholkonsum von Eltern mit berücksichtigt wird. In diesem Fall gilt der Konsum als Risikofaktor unter anderem für Kindesmisshandlung (u.a. Ronan et al., 2009), Eltern-Kind-Bindung (Atkinson et al., 2000) und das Phänomen der Multiproblemfamilien (Van den Broek et al., 2012).

### Fokus auf Gesundheit

Die breiten gesellschaftlichen Auswirkungen des Alkohol- und Drogenkonsums sind besonders interessant, wenn die Sichtweise der Wissenschaft in die Politik verlegt wird. Obwohl

<sup>7</sup> Wien soll – laut Stadtplanung – von derzeit etwa 1,7 Millionen bis 2035 auf rund zwei Millionen EinwohnerInnen anwachsen (Näheres siehe: <https://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/strategien/step/step2025/ag-wien2mio.html>). Derzeit ist Wien die schnellst „wachsende Stadt“ Europas.

eine aktuelle Bestandsaufnahme der politischen Ziele und Instrumente der europäischen Städte nicht vorliegt, würde eine solche Übung aller Wahrscheinlichkeit nach keine weltbewegenden Ergebnisse zeigen. Tatsache ist, dass in europäischen Städten die Politik zur Suchtprävention überwiegend im Gesundheitsbereich erfolgt. Gesundheit ist oft das Ziel. Ob es nun darum geht, den Konsum zur Vermeidung der Sucht zu reduzieren, oder gesundheitlichen Schäden so weit wie möglich vorzubeugen, viele politischen Strategien konzentrieren sich im Dienst der Gesundheit auf Interventionen in den Lebensstil und das Verhalten, vor allem in Ländern außerhalb Skandinaviens. Wegen den Risiken des frühen Konsums und der späteren Sucht (Hingson & Zha, 2009), die bereits erwähnten möglichen Hirnschäden, sexuelles Risikoverhalten (Cooper, 2002), die Assoziation mit Krebs, ist dieser politische Fokus auf die Gesundheit keineswegs befremdend und voll und ganz gerechtfertigt.

### Aufmerksamkeit für Sicherheit

Dieser Fokus auf Gesundheit bedeutet, dass andere Politikbereiche wie Sicherheit, Bildung und Kompetenzentwicklung oder (Arbeits-)Partizipation oft in den Hintergrund treten. Das ist durchaus erklärbar: Traditionelle Suchtprävention konzentrierte sich immer schon auf die Gesundheitsproblematik. Die Betonung der Sicherheit scheint besonders stark in Ländern vertreten zu sein, in denen in der Vergangenheit Alkoholkonsum, vor allem im größeren Maßstab einen unterminierenden sozialen Charakter hatte. In Ländern wie Schweden, Finnland, Norwegen scheint in der Suchtprävention mehr Gewicht auf Fragen der Sicherheit und das Verhindern oder Begrenzen von Belästigung und Gewalt zu liegen. Ein Projekt wie „Stockholm prevents Alcohol and other Drugs“ (STAD) in Schweden zeigt dies sehr deutlich. Kurz gesagt, wurde dabei zur Verringerung von Gewalt eine Kombination von erhöhter Kontrolle und Verfahrensweise bei dem Gesetzesvollzug, Training des Barpersonals und Intensivierung der Kontakte zu Gastwirten zur Beförderung der gemeinsamen sozialen Verantwortung erfolgreich eingesetzt. Dieser Ansatz führte vor allem in den ersten Jahren zu einer noch nie da gewesenen Kosteneffizienz. Jede investierte Krone ergab 39-mal so viel an Einsparungen (Mans Dotter et al., 2007). Es versteht sich, dass dieser Ansatz, der in Stockholm begann, anschließend in anderen schwedischen Städten umgesetzt wurde, nebenbei bemerkt, mit unterschiedlichem Erfolg, wahrscheinlich wegen der

mehr oder weniger erfolgreichen Implementierung. Außer am Beispiel von STAD ist in Ländern wie Schweden, Finnland und Norwegen in verschiedenen Politikbereichen zu erkennen, dass auch andere soziale Aspekte eine Rolle in der Suchtprävention spielen. Wie aus dem Standardwerk von Babor (2003) hervorgeht, zählen mehr Überwachung und die Verfahrensweise zur Überwachung und Verfolgung von gesetzlich nicht erlaubtem Verkauf und Ausschank von Alkohol an jugendliche und alkoholisierte Personen, Erhöhung der Preise und das Begrenzen der Verfügbarkeit zu den wirksamsten Maßnahmen. Wenn sie zielgerichtet, mehrdimensional (d.h. in verschiedenen Settings) und in Kombination mit anderen settingbezogenen Maßnahmen und Verhaltensmaßnahmen (Policy Mix) umgesetzt werden, versprechen sie eine hohe Wirksamkeit<sup>8</sup>. In keinem anderen europäischen Land als Schweden ist dies nachdrücklich Teil des politischen Instrumentariums und erfährt eine große öffentliche Unterstützung.

### Prävention versus Repression

Dass in diesen Ländern in der Politik die Sicherheitsperspektive stärker zum Ausdruck kommt, bedeutet nicht, dass diese Sichtweise im übrigen Europa fehlt. Faszinierend bleibt der „scheinbare“ Widerspruch zwischen Prävention und Repression in der Politik. Denn im Sinne einer kommunalen Gesamtstrategie sind Gesetze und deren Vollzug kein Widerspruch, sondern Teil einer effektiven Prävention. Prävention zeichnet sich in der Regel durch Erkenntnis- und Verhaltensinterventionen ab und Repression durch die Überwachung und Ausführung. In seinem Entwurf für eine erfolgreiche Alkoholstrategie ist Reynolds (2003) der Meinung, dass genau dort, wo sowohl

- (1) politische Strategien und Vorschriften,
- (2) Bildung und Unterstützung der Öffentlichkeit als auch
- (3) Überwachung und die Verfahrensweise zur Überwachung und Verfolgung von Verkauf und Ausschank von Alkohol an minderjährige und alkoholisierte Personen, wirkungsvolle Prävention stattfindet.

Aus sicherheitstechnischer Sicht sei daran erinnert, dass nach dieser Definition die Suchtprävention einen wirksamen Beitrag beispielsweise zur Verringerung der Gewalt im Nachtleben liefern kann, da eine starke Verbindung zwischen Trunkenheit und Gewalt besteht (Schnitzer et al., 2010). In den Niederlanden sieht die Einführung der neuen Gesetzgebung im Jahr

<sup>8</sup> Siehe hierzu auch den Beitrag von Schroers & Hojni sowie von Bühler & Thurl in diesem Heft.

2014 für alkoholische Getränke und Gastronomie (Drank- en Horecawet), wobei die Erhöhung der Altersgrenze für den Verkauf von Alkohol von 16 auf 18 Jahre festgelegt wurde, auch vor, dass die Gemeinden einen Vorbeugungs- und Ausführungsplan bezüglich des Alkohols haben müssen. Obwohl auffällt, dass in diesem Gesetz die Verfahrensweise nicht als Teil der wirksamen Prävention gesehen wird, ist die rechtliche Voraussetzung für eine integrale politische Strategie positiv zu bewerten.

## Bildung und Kompetenzentwicklung

Bildung und Kompetenzentwicklung ist in der Politik der Suchtprävention nur sehr begrenzt vertreten. Obwohl verschiedene wissenschaftliche Studien (Dowrick & Crespo, 2005; Ter Borgt et al., 2009; Backman et al., 2008; Hanson et al., 2011), wie oben bereits erwähnt, zeigen, dass Alkohol- und/oder Drogenkonsum zu Schulversäumnis, Schulabbruchern und geringeren kognitiven Fähigkeiten führt, gibt es für diesen Bereich in der Regel wenig Aufmerksamkeit. Natürlich finden viele Veranstaltungen zur Suchtprävention in den Schulen statt, sei es aus praktischen Gründen: Jugendliche in einem gewissen Alter, in der Regel auch mit einem gewissen Maß an Bildung, sitzen hier zusammen und Bildungsprogramme sind mit dem Argument des Transfers von Wissen, gut in den Lehrplan zu integrieren. Diese Form der Suchtprävention an Schulen dient derzeit häufig dem Zweck, den Konsum zu beschränken, zu verzögern oder zu verhindern. Es kommt weniger vor, dass das Paradigma der Suchtprävention umgedreht wird, sodass das Ziel zum Mittel wird. Auf diese Weise kann eine systematische Früherkennung von Konsum – wegen der Komorbidität vorzugsweise in Kombination mit Überprüfungen anderer Probleme auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit – für die gesamte Schülerschaft dazu beitragen, Schulversäumnis und Schulabbruch zu reduzieren und möglicherweise die Leistungen der Schüler und Schülerinnen zu verbessern und die Zahl der Absolventen zu steigern. Dies kann eventuell gesellschaftliche Vorteile zur Folge haben.

## Mittel und Zweck

Suchtprävention – und im weiteren Sinne – Gesundheit als Mittel und Zweck, um sowohl auf der gesundheitlichen als auch auf der gesellschaftlichen Ebene Ergebnisse zu erzielen. Das ist der Weg, der uns bereits häufig von der

Wissenschaft gezeigt wurde, aber aus politischer Sicht etwas zögerlich und nicht allzu oft abgelegt wird. Ein Beispiel aus der eigenen politischen Praxis der Stadt Rotterdam macht dies noch deutlicher. In den Niederlanden erhalten junge Menschen mit schweren psychiatrischen und Verhaltensproblemen, abseits von anderen Jugendlichen, in Sonderschulen eine besondere Form der Ausbildung. Es versteht sich fast von selbst, dass sowohl der Alkohol- als auch Drogenkonsum unter diesen Jugendlichen zugenommen hat. Aus einer niederländischen Studie (Kepper et al., 2009) geht hervor, dass 18% der 16-Jährigen aus dieser Gruppe und Schultyp Ecstasy benutzt hatten, im Vergleich zu 3% der 16-Jährigen in regulären Schulen. Für Cannabis gilt das Gleiche. Im vergangenen Monat haben 41% der 12- bis 16-Jährigen in den Sonderschulen im Vergleich zu 13% in den regulären Schulen Cannabis benutzt. Da in den Niederlanden nur 1% aller schulpflichtigen Jugendlichen die Sonderschule besucht, wurden kaum integrale Maßnahmen für diese Bevölkerungsgruppe entwickelt. Aus politischer Sicht der öffentlichen Gesundheitspolitik mag das aufgrund der geringen Größe der Zielgruppe vielleicht nicht angemessen gewesen sein. Allerdings wurde in einer Analyse der Probleme, die durch Jugendliche verursacht werden („die politische Strategie für Sicherheit“), die Relevanz demonstriert. 40% der Probleme (z.B. Ruhestörung, Gewalt, Kriminalität) wurden durch Alkohol- und Drogenkonsumenten und -konsumentinnen der Sonderschulen verursacht. Grund genug, um in einen kohärenten Ansatz für diese Zielgruppe zu investieren, was dann auch erfolgte.

## Einsicht ist notwendig

Das Bedürfnis nach einem guten Verständnis und geeigneten Instrumentarium ist in allen Bereichen offensichtlich und gilt für alle Zeiten. Jedoch ist dieses Bedürfnis auf dem Gebiet der Suchtprävention aktueller als je zuvor. Teilweise wegen der immer breiteren Erkenntnisse der Wissenschaft, beispielsweise im Bereich der Schutz- und Risikofaktoren, die den sozialen Phänomenen zugrunde liegen. Aber auch, weil mehr und mehr bekannt wird, was gut oder was nicht funktioniert. Die Konsistenz und Qualität der Instrumente ist für die Städte von besonderer Bedeutung, da sich hier häufig die Probleme konkreter manifestieren als auf nationaler oder regionaler Ebene und Städte auch besser in der Lage sind, diese Probleme zu lösen (Barber, 2013). Besonders dort, wo eine große Konzentration von gefährdeten Bürgern und Bürgerinnen vertreten ist, wie im

obigen Beispiel der politischen Strategie der Stadt Rotterdam genannt, ist es wichtig, sich den Herausforderungen mit einer breiteren oder vielseitigeren Perspektive zu stellen. Also keine isolierte Sicht auf Arbeitslosigkeit oder Kindesmisshandlungen, sondern erweiterte soziale Strategien aus Sicht der Gesundheit, Sicherheit und Bildung oder Partizipation. Hierzu ist es interessant, die verschiedenen Faktoren, die sich auf soziale Phänomene beziehen, noch verständlicher zu machen, wenn möglich auf der Ebene der europäischen Städte. Mit dem daraus folgenden Ergebnis einer verbesserten und umfassenderen Sicht auf das „Was“, können Qualitätsstandards (das „Wie“), wie sie von der EBDD (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht) aktuell erstellt wurden (Brotherhood & Sumnall 2014), noch wertvoller sein und so zum Nutzen der Effizienz eine Brücke zwischen Wissenschaft und Politik bauen. Auch außerhalb des abgegrenzten Bereichs der Suchtprävention und damit mit mehr sozialen Auswirkungen.

### Jugendliche „Freizeit-Szenen“

AdressatInnen von (Alkohol-)Suchtprävention sind häufig Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Auch wenn für junge Menschen Aktivitäten im öffentlichen Raum, wie sich mit Bekannten treffen, rumhängen und chillen, andere sehen und selbst gesehen werden etc., wichtiger sind als etwa Alkohol zu trinken (Jakobs Foundation, 2012, S. 5), findet dort auch der öffentliche bzw. teilöffentliche Konsum von Alkohol statt. Dies geschieht häufig in „Szenen“, in denen sich deren Mitglieder in temporären und in „thematisch fokussierte(n) sozialen Gebilde(n)“ Gleichgesinnter zusammenfinden (Hitzler 2001; Hitzler, Becker et al. 2001). In diesen Teilzeitgemeinschaften bilden sich eigene Regeln und Rituale im Umgang mit Alkohol heraus, die sowohl Alkoholproblematiken forcieren oder auch minimieren können (Stumpff, Stauber et al. 2009). Gemäß einer Untersuchung von Eisenbach-Stangl, Bernardis et al. (2008, S. 174-183) zu „Jugendlichen Alkoholszenen“ in Wien und in dem Nachbarbundesland Niederösterreich lassen sich drei Idealtypen nach dem Ort ihres Zusammenkommens unterscheiden:

- 1) die „Straßenszenen“,
- 2) die „Lokalszenen“ und
- 3) die „privaten Szenen“.

Alle Idealtypen haben (häufiger) unauffällige und (seltener) auffällige Varianten. Die auffälligen Varianten finden sich jeweils im Umfeld von – oft auf junge Menschen spezialisierten – kommerziellen Freizeitunternehmen, unter

deren Angeboten preiswerte alkoholische Getränke eine wichtige Rolle spielen, etwa indem sie im Fokus der Bewerbung stehen. Im Falle der privaten Szenen handelt es sich auch um kommerziell organisierte Reisen wie z.B. in Österreich Maturareisen, bei denen häufig exzessiv Alkohol konsumiert<sup>9</sup> wird, im Falle der Lokalszenen vorwiegend um (große) Lokale und (Freizeit-)Veranstaltungen, im Falle der Straßenszene um Supermärkte und Tankstellen.<sup>10</sup> Laut der AutorInnen der Studie ziehen die drei verschiedenen Szenentypen junge Menschen unterschiedlicher sozialer Herkunft an: Die – eher stationären – Straßenszenen bestehen vorwiegend aus Personen, die noch zu jung sind und/oder die nicht über die nötigen Ressourcen verfügen, um sich den sozial etablierten und integrierten Szenen anzuschließen. Es sind Szenen von temporär oder umfassender sozial Ausgeschlossenen. Die mobilen Lokalszenen ziehen ein heterogenes, aber insgesamt kaufkräftigeres und überwiegend der Mittelschicht zurechenbares Publikum an. Den – sehr mobilen – Privatszenen gehören erwachsene junge Menschen aus privilegierteren Milieus an. Mit dem schichtspezifischen Hintergrund der Szenen variiert ihre geographische Konzentration: Die in unterprivilegierten Milieus verankerten Straßenszenen häufen sich im städtischen Bereich, vor allem aber in der Großstadt. Demgegenüber sind die den Mittelschichten zuzurechnenden Lokalszenen eher im ländlichen Bereich angesiedelt. Die den privilegierten Milieus zurechenbaren privaten Szenen finden sich in der Stadt wie auf dem Land.

### Erste Schritte: Alkoholsuchtprävention auf Wiener Events

In Wien wurde bereits seit 2008 ein Schwerpunkt „Alkoholsuchtprävention auf Events“ gelegt. Der Besuch von kommerziellen Musik-, Tanz-, Freizeit- und Sportevents zählt gegenwärtig bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor allem an Wochenenden als idealer Zeitpunkt, um gemeinsam feiern zu gehen, Spaß zu haben, gemeinsame emotionale Momente zu erleben (z.B. bei Fußball-Spielen) und mit Freunden und Bekannten Zeit zu verbringen. Häufig gehört zu diesen Wochenendaktivitäten auch ein ausgelassenes Feiern in Kombination mit dem Konsum von Alkohol. Mit einer Schwerpunktsetzung auf Alkoholsuchtprävention bei Events reagiert die Wiener Suchtprävention auf

<sup>9</sup> Die österreichische Matura ist dem deutschen Abitur vergleichbar.

<sup>10</sup> Letztgenannte Varianten finden sich im Übrigen auch in den Außenbezirken Wiens.

veränderte (problematische) Trinkmuster von Jugendlichen infolge von:

1. gesellschaftlichen Veränderungen wie Akzeleration mit der Folge lebenszeitlich früherer Konsumerfahrungen, Emanzipation von Mädchen und Frauen und der Folge sich angleichenden Konsums sowie Globalisierung von Konsummustern (Näheres siehe (Uhl, 2009, S. 165; Uhl & Kobrna, 2012);
2. veränderte Bedingungen in der Freizeitgestaltung, wie etwa der Entwicklung einer Eventisierung der Gesellschaft und einer kommerziellen Eventkultur (Gebhard, Hitzler & Pfadenhauer, 2010), die Dynamiken zu exzessivem Alkoholkonsum beinhaltet;
3. ein immer größeres Angebot an Großevents in Wien (vgl. Schroers & Männersdorfer, 2012, S. 233 ff.).

Für die Umsetzung dieses Schwerpunkts in der Präventionsarbeit in der Metropolenstadt Wien wurde vom Institut für Suchtprävention (ISP) der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) ein Maßnahmenbündel zur Alkohol-suchtprävention auf Events entwickelt, das direkten Bezug zu der „Vor Ort“-Arbeit hat. Das beschriebene Präventionsangebot wird seit 2008 bis heute in Wien umgesetzt, wobei in den letzten fünf Jahren die beiden Projekte „PartyFit!“ und „VOLLFAN statt vollfett!“ im Vordergrund stehen. Mit Start des Maßnahmenbündels war es wichtig, eine strategische Partnerschaft mit regionalen Stakeholdern und Institutionen wie der Wirtschaftskammer Wien, der Polizei und der Jugendarbeit einzugehen. Die Wahrnehmung von Verantwortung in Zusammenhang mit Alkohol ist ein zentrales inhaltliches Ziel bei dem gesamten Maßnahmenbündel. Dieses bestand zunächst aus einer multiprofessionellen Fortbildungsreihe für MultiplikatorInnen und Peer-Projekten mit personaler Kommunikation (Information, Wissenschecks, Interaktion und Beratung) und später mit begleitenden Kampagnenelementen bei „VOLLFAN statt vollfett“ (Sujets, Video, Facebook Informationsmedien etc.; vgl. Schroers, 2014, S. 74-96). Gestärkt werden durch diese Angebote das Verantwortungsbewusstsein und die Übernahme von Eigenverantwortung von jugendlichen und jungen erwachsenen PartygängerInnen im Umgang mit Alkohol. Andererseits ging es bei den MultiplikatorInnenschulungen um die Förderung von Kompetenzen von MultiplikatorInnen im Umgang mit Alkoholthematiken auf Events. Diese Aspekte wurden sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnissebene gefördert. Während mit „direkter Verhältnisprävention“ unmittelbar materielle oder soziale Strukturen verändert werden (z.B. Gesetze zur Begrenzung des Alkoholverkaufs), zielen

„indirekte verhältnispräventive“ Maßnahmen auf Verhaltensumstellungen von Bezugspersonen, die dann eine Verhaltensänderung bei der eigentlichen (direkten) Dialoggruppe bewirken (Bauch zit. nach Kalke & Buth, 2009, S. 4 f). Ein Beispiel für direkte Verhältnisprävention ist die Einflussnahme auf der sozial-strukturellen Ebene. Die Wiener Sucht- und Drogenpolitik orientiert sich an einem „umfassenden Sicherheitsbegriff“, der neben klassischen sicherheitspolitischen Maßnahmen zur Eindämmung des Drogenproblems auch gesundheitspolitische und sozialpolitische Maßnahmen mit einbezieht (Sucht- und Drogenstrategie, 2013, S. 18)<sup>11</sup>. Zu den sozialpolitischen Maßnahmen kann i.w.S. auch das wohnungspolitische Vorgehen in Wien gefasst werden. So stellt die „soziale Durchmischung“ ein „prioritäres Ziel der Stadtentwicklungs- und Wohnungspolitik“ in Wien dar. Segregation soll dabei durch verschiedene Maßnahmen verhindert werden (Stadtentwicklung in Wien, 2014, S. 129). Grundidee ist dabei, dass nicht allein der Markt i.S. der „invisible hand“ (Adam Smith) den Markt (hier: Wohnungspolitk) regelt, sondern dass hier auch durch Interventionen von Seiten der Stadt Wien die „soziale Frage“ in Stadtentwicklung und -planung einbezogen wird. Das meint nicht nur einen leistbaren Wohnraum für finanzschwache Menschen, sondern auch attraktive Nachbarschaften zu schaffen, die zu geringer Segregation führen (Spatial, Justice & Soja zit. bei Gutheil-Knopp-Kirchwald & Kadi, 2014). Dazu zählt auch die gezielte Platzierung von Bildungseinrichtungen, den geförderten Wohnungsbau nicht allein für sozial schwache, sondern auch für Menschen mittleren Einkommens zugänglich zu machen und somit auch eine Vermischung unterschiedlicher Bevölkerungs-„Schichten“ zu ermöglichen. So gewinnen in Wien „Steuerungskonzepte zur Aufrechterhaltung der sozialen Durchmischung in allen Wohnungssegmenten ebenso an Bedeutung wie auch Interventionen, die den „sozialen Aufstieg“ in bestimmten Wohngegenden unterstützen (Stadtentwicklung in Wien, 2014, S. 129). Gutheil-Knopp-Kirchwald & Kadi (2014)

<sup>11</sup> Dem Bereich „Öffentlicher Raum und Sicherheit“ widmet sich gemäß der Wiener Sucht- und Drogenstrategie ein eigenes strategisches Geschäftsfeld, auf das in diesem Rahmen nicht näher eingegangen wird. „Das Ziel ... dieses Kernbereiches ... ist, dass ein sozial verträgliches Mit- und Nebeneinander aller NutzerInnengruppen im öffentlichen Raum sowie Gemeinwesen gegeben ist. Suchtkranke Menschen werden bedarfsorientiert in das SDHN bzw. in das allgemeine Sozial- und Gesundheitssystem integriert“ (Brunner, David et al., 2013, S. 79). Das strategische Geschäftsfeld Sucht-Prävention hat zum Ziel, „dass Menschen unter Berücksichtigung ihrer individuellen Voraussetzungen selbstbestimmt, kritik- und genussfähig sowie sozial integriert sind“ (ebd., S. 78). Die Schnittstelle beider Kernbereiche der Suchtstrategie ist somit der Aspekt „sozialer Integration“, der ein zentraler Aspekt der Wiener Sucht- und Drogenpolitik ist.

sprechen in diesem Zusammenhang von „dekommodifizierte(n) Wohnungsmärkten“, d.h. Verringerung der Marktabhängigkeit in europäischen Städten mit geringeren Wohnungsproblemen und geringerer sozial-räumlicher Spaltung. Derartige Maßnahmen, wie sie in Wien in langer Tradition (mit Beginn des „roten Wien“ in den Jahren 1918 bis 1934) umgesetzt werden, sind nicht allein als Maßnahmen zu einer sozialen und „gerechten Stadt“ zu sehen, sondern auch zur Befriedung sozialer Orte in einer Großstadt – die mithin auch auf der Meso-Ebene verhältnispräventiv wirken können.

In Wien werden gemäß dem WHO-Setting-Ansatz<sup>12</sup> im jeweiligen „Setting“ (Mikro- bis Meso-Ebene<sup>13</sup>) als „indirekte Zielgruppe“ die MultiplikatorInnen, die auf Events in unterschiedlichen Funktionen tätig sind, vom ISP zu verschiedenen Aspekten der Alkoholsuchtprävention fortgebildet und bei Bedarf einsatzspezifisch vernetzt („Profitreffen“). MultiplikatorInnen sind hier Jugend- und SozialarbeiterInnen, Sanitätspersonal, Sicherheitskräfte und Polizei, GastronomInnen und Gastronomie-Personal sowie Präventionsteams mit ihren unterschiedlichen Aufgaben mit dem Ziel, Alkoholproblematiken bei Jugendlichen nicht durch fachfernes Verhalten zu forcieren, sondern stattdessen durch Handlungskompetenz im Umgang mit alkoholisierten Jugendlichen Schadensminimierung und Risikokompetenzentwicklung zu unterstützen. Ein anderes Beispiel für Setting-spezifische Faktoren sind die MultiplikatorInnen in den derzeit beiden größeren Fußballvereinen Wiens (Rapid Wien, FK Austria) bei der Kampagne „VOLLFAN statt vollfett!“. VereinsbetreuerInnen, Nachwuchsspieler und spezifisch auch das Gastronomiepersonal wurden in die Kommunikationsmaßnahmen eingebunden. Fan-Peers wurden/ werden intensiv und regelmäßig fortgebildet. Die Einbindung von Schlüsselpersonen in die Maßnahme berücksichtigt hier mögliche Vorbildfunktionen dieser Personengruppe und die Gestaltung des Umfelds für die Dialoggruppe jugendlicher StadionbesucherInnen.

<sup>12</sup> Der „Setting-Ansatz“ kann laut Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung von 1986 als „Meilenstein“ für die Verhältnisprävention angesehen werden, wobei hier eher die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten durch präventives Einwirken (strukturelle Prävention, Umfeldprävention) als allein durch restriktive Maßnahmen gemeint ist (Kalke & Buth, 2009, S. 4). Ursprünglich zielt Verhältnisprävention durch Veränderung sozial-ökologischer Einflussfaktoren auf die Erkrankungswahrscheinlichkeit, die außerhalb individueller Handlungsmöglichkeiten liegt (Bauer zit. nach Kalke & Buth, 2009, S. 4).

<sup>13</sup> Im Verständnis von Bronfenbrenner werden mit den Begriffen Mikro-, Meso- und Makro-Ebenen auch Interaktionen auf verschiedenen Ebenen bzw. zwischen unterschiedlichen Systemen in einem Ökosystem verstanden, das wiederum die gesamte materielle und soziale Umwelt eines Menschen ausmacht (Bronfenbrenner, 1981).

## Exkurs: Diskussion zum Verhältnis von Verhältnis- und Verhaltensprävention im deutschsprachigen Raum

An dieser Stelle bleibt noch festzustellen, dass mit der Publikation von Barbor et al. (2003) „Alkohol kein gewöhnliches Konsumgut“ einerseits eine große fachliche Debatte in deutschsprachigen Fachkreisen stattgefunden hat und auch weitergeführt wird. Die Diskussion dreht sich um die Frage, ob angesichts der laut Barbor konstatierten geringen Effektivität und hohen Kosten auf „Erziehungs- und Aufklärungsstrategien“ zugunsten etwa von Preisregulierung und Altersherabsetzung des Zugangs zu Tabak und Alkohol zu verzichten sei (Bühler, 2009, S. 9)<sup>14</sup>. Bei einer differenzierten Betrachtung wirken sich nach Bühler bspw. die Restriktionen von Besitz, Konsum und Kauf von Zigaretten nicht auf das Konsumverhalten von Jugendlichen aus. Andererseits zeigt sich aber auch, dass umfassende familiäre Ansätze, die sowohl mit Eltern und mit Kindern als auch mit der gesamten Familie arbeiten, präventiv wirksam sind (S. 10). Bühler weist auch darauf hin, dass neben der bei der Frage der Bewertung der Effektivität von Maßnahmen oft hinzugezogenen Wirksamkeitsforschung auch die theoretische Forschung für ein kombiniertes Vorgehen von Verhältnis- und Verhaltensprävention spricht (S. 12-14). Kalke & Buth (2009, S. 7) erkennen in der Diskussion der Fachöffentlichkeit die „Kombination aus Verhältnis- und Verhaltensprävention als eine Erfolg versprechende Strategie der Suchtprävention“ (ähnlich auch: Abderhalden, 2010).

## Zur Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013

Bei Großstädten besteht eine große Notwendigkeit, wirksame Strategien gegen Sucht zu entwickeln, bei denen gesundheitliche und soziale Risiken und Schäden in Zusammenhang mit Alkohol und anderen Suchtmitteln zu minimieren sind. Wien hat als eine der ersten Städte Europas bereits 1999 ein umfassendes Drogenkonzept erstellt, das 2013 entsprechend neuen Erkenntnissen erweitert wurde. Ein Grundsatz der Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013 ist der einer „integrierten Drogenpolitik“. Dieser Grundsatz entspricht der gesellschaftspolitischen Tradition in Wien, marginalisierte Menschen mithilfe sozialer Maßnahmen zu integrieren und ihre Ausgrenzung zu verhindern. Im Weiteren geht es darum, die Bera-

<sup>14</sup> Siehe auch den Beitrag von Alfred Uhl in dieser Ausgabe.

tung und Betreuung von Suchtkranken in das soziale und medizinische Netz der Stadt zu integrieren. So wurden zur Bewältigung der komplexen Probleme in Zusammenhang mit Sucht und Suchtmitteln schadensmindernde Strategien entwickelt. Die Sucht- und Drogenstrategie 2013 begegnet der gesellschaftlichen Problematik „Sucht und Drogen“ und legt die notwendigen Rahmenbedingungen für die erforderlichen Maßnahmen fest. Eine zeitgemäße Gesetzgebung und differenzierte Kontrollmaßnahmen wurden dabei als genauso wichtig erachtet, wie unterschiedliche präventive, soziale und therapeutische Maßnahmen. Neben der Reduktion auf der Drogenangebots- und Nachfrageseite ist ein wichtiger Grundgedanke, dass bei Drogenkonsumierenden Beratung und Behandlung Vorrang vor strafrechtlicher Verfolgung hat („Hilfe statt Strafe“).

Die Planung und Umsetzung der Strategie im Präventionsbereich erfordert ein Verständnis, dass Suchtprävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen ist. Dies wiederum macht eine Sensibilisierung der Bevölkerung notwendig. So setzt Suchtprävention bereits bei der Entstehung und Entwicklung von Suchtverhalten an. Suchtpräventive Angebote beziehen sich dabei sowohl auf legale und illegale Suchtmittel wie auf substanzungebundene Süchte (pathologisches Glücksspiel). Zentrale Aufgaben bei der Umsetzung der Wiener Suchtprävention hat das Institut für Suchtprävention (ISP) der Sucht- und Drogenkoordination Wien. Das ISP ist für die Entwicklung von Pilot- und Modellprojekten, die Vernetzung mit Institutionen und Fachkräften und die Weiterentwicklung und Qualitätssicherung von bestehenden suchtpreventiven Angeboten in Wien zuständig (vgl. Brunner, David et al. 2014).

Das übergeordnete Ziel der Suchtprävention in Wien ist, dass Menschen unter Berücksichtigung ihrer individuellen Voraussetzungen selbstbestimmt, kritik- und genussfähig sowie sozial integriert sind. Hierbei stellen die sozialen und ökonomischen Voraussetzungen von Personen wesentliche Faktoren dar. Die Suchtprävention in Wien basiert auf wissenschaftlichen Theorien, empirisch-wissenschaftlicher Forschung und auf praktischem Erfahrungswissen. Neben dieser wissenschaftlichen Orientierung baut sie auf ein wertschätzendes, partizipativ-emanzipatorisches Menschenbild auf. Dabei steht die Eigenverantwortung des Menschen im Vordergrund. Suchtprävention in Wien ist qualitätsgesichert und bezieht umfassende Konzepte und wissenschaftliche Evaluationen von Modellprojekten mit ein. Zeitgemäße und innovative Konzepte und Projekte ergänzen das Routineangebot. Bei der Konzep-

tionierung von Angeboten werden auch gemäß der aktuellen Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013 Bedingungen, Kompetenzen und Faktoren, die zur Gesundheit beitragen und diese schützen, einbezogen. Suchtprävention setzt auf mehreren Ebenen an. Verhaltensprävention zielt auf Verhaltensänderung der jeweiligen Person oder Gruppe. Hingegen stellt die Verhältnisprävention strukturorientierte Maßnahmen in den Vordergrund. Neben gesetzlichen Regelungen, Zugangsbeschränkungen, Preisgestaltungen, Normen, Umfeld-Bedingungen fallen indirekt auch MultiplikatorInnen-Schulungen unter diesen Ansatz. Die Maßnahmen der Suchtprävention berücksichtigen die Bedürfnisse der Dialoggruppen und sie beziehen deren Lebensräume (Settings) mit ein. Diese sind beispielsweise Schule, außerschulische Jugendarbeit, Kinder und Familien und Betrieb.

Insbesondere die Früherkennung, Frühintervention und die Förderung von Lebens- und Risikokompetenzen sind zentrale fachliche Ansätze der Suchtprävention in Wien. Lebenskompetenzen sind Fähigkeiten, die einen angemessenen Umgang sowohl mit Mitmenschen als auch mit Problemen und Stresssituationen im alltäglichen Leben ermöglichen. Mit der Förderung von Lebenskompetenzen kann eine breite Stärkung individueller sozialer Fähigkeiten und persönlicher Ressourcen gelingen. Risikokompetenzförderung unterstützt, Risikoverhalten in seinen positiven Aspekten auszuüben. Die Gefährdungen sollen gleichzeitig minimiert werden. Menschen können somit befähigt werden, Risikosituationen rechtzeitig zu erkennen. Es geht darum sein eigenes Risikoverhalten bewusst wahrzunehmen und so zu handeln, dass eigene und die Grenzen anderer dort zu ziehen sind, wo schädliche Wirkungen eintreten. Die strategischen Ansätze der Suchtprävention nehmen Rücksicht auf die unterschiedlichen Bedingungen und Voraussetzungen der Dialoggruppen. Prävention kann sich sowohl an die allgemeine Bevölkerung als auch an eine ganz spezifische Gruppe mit bestimmten Risikomerkmale bzw. -verhalten wenden. Hier kommen die Sozialraumorientierung und die Beachtung regionaler, gesellschaftlicher und kultureller Verhältnisse ins Spiel.

Am Beispiel der Alkoholsuchtprävention werden nachfolgend wesentliche Gesichtspunkte der Wiener Sucht- und Drogenstrategie und des alle Bereiche der Wiener Sucht- und Drogenarbeit umfassenden Konzepts „Alkohol 2020“ dargestellt. In ihren Grundzügen ist die Wiener Sucht- und Drogenstrategie darauf ausgelegt, aktuellen und sich neu entwickelnden Problemlagen in Zusammenhang mit Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln in der

Stadt Wien zu begegnen. Im Bereich Alkohol-suchtprävention reicht das Angebot von breit angelegten Lebenskompetenzprogrammen in der Schule über Angebote in der Freizeit und Eventkultur bis zu Maßnahmen für Menschen mit besonderen Risiken für eine Alkoholproblematik.

Auf Initiative der Stadt Wien setzte sich die Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) gemeinsam mit der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) und der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) mit dem Projekt „Alkohol 2020“ dafür ein, neue Betreuungsangebote für Menschen mit einer Alkoholkrankung zu schaffen. Mit dessen Umsetzung wurde im Sommer 2013 mit der Einrichtung von ExpertInnen-Fokusgruppen zu Themen wie Diagnostik, Betreuungskonzepte, Prozesse, Prävention und Frühintervention u.a. mehr begonnen. Die Fokusgruppe Prävention und Frühintervention hatte zum Auftrag, anhand von konkreten Handlungsfeldern Maßnahmenbündel zu definieren und Empfehlungen für eine Verbesserung der Rahmenbedingungen zu formulieren, damit Suchterkrankungen im Alkoholbereich vorzubeugen sind und ein risikobewusster und verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol gefördert wird. Mit Oktober 2014 wurde das Gesamtkonzept mit zunächst einem Pilotprojekt im Beratungs- und Behandlungsbereich umgesetzt. In der Suchtprävention wurde im ersten Schritt ein Leitbild entwickelt. Suchtprävention ist nicht allein als Frühprävention (etwa Life-Skills-Programme im Kindesalter) zu verstehen. Sie schließt auch den riskanten und problematischen Konsum von Alkohol mit ein. Das Verständnis von Gesundheit sieht diese als aktiv herzustellenden Zustand und insofern als prozesshaftes Geschehen<sup>15</sup>. Auf diesen Prozess wirken sich verschiedene Einflussfaktoren entweder positiv oder auch negativ aus. Demgemäß sind Entstehung und Verlauf einer Suchterkrankung als ein nicht-linearer, dynamischer Verlauf zu verstehen, in dem potentiell viele unterschiedliche Entwicklungen möglich sind. Eine zeitgemäße Suchtprävention orientiert sich an den genannten Bedingungen sowie an spezifischen Risiko- und Schutzfaktoren sowie an Kompetenzen der Menschen. Als Wirkungsziele wurden zum einen formuliert: Wer alkoholische Getränke trinkt, tut dies, ohne sich selbst und andere zu gefährden. Zum anderen verfügt die Bevölkerung von Wien über Risikokompetenz bezogen auf den Umgang mit und den Konsum von Alkohol.

Zu den Grundgedanken der Wiener Suchtprävention gehört die Sensibilisierung der Bevölkerung für Suchtprävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe durch Wissensvermittlung zu Wirkungen und Risiken von Alkohol. Auch gilt es, dem riskanten und problematischen Konsum vorzubeugen. Entsprechend der allgemeinen Zielsetzungen der Wiener Suchtprävention geht es hier um Früherkennung und Frühintervention. Der fachliche Ansatz der Risikokompetenzförderung hat einen hohen Stellenwert bei den Maßnahmen. Verantwortungsübernahme wird nicht allein beim Einzelnen, sondern in allen gesellschaftlichen Bereichen gesehen. Dabei geht es darum, Aufklärung, Kompetenzvermittlung und Engagement im öffentlichen, privaten und beruflichen Bereich zu fördern, damit selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten rechtzeitig erkannt und angesprochen wird. Zuletzt ist die Fundierung von Prävention in Wissenschaft und Ethik hervorzuheben. Dies schließt interdisziplinäre Forschung und Diskurs zur Festigung einer reflektierten, ethisch-fundierten gesellschaftlichen Grundhaltung zu Alkohol mit ein.

Bei der Prävention wird in Wien an den vier Lebensbereichen Arbeit und Beruf, Freizeit und Feiern, Bildung und Wissen sowie Familie prioritär angesetzt. Als Dialoggruppen stehen im Vordergrund Kinder, Jugendliche, Erwachsene und die breite Öffentlichkeit sowie zentrale öffentliche Einrichtungen in Wien. Neben den bereits dargelegten fachlichen Ansätzen der Suchtprävention in Wien sollen auch Maßnahmen mit Gender-Perspektive umgesetzt werden. Auch Evaluation und Dokumentation sowie wissenschaftliche Forschung (z.B. Interventionsforschung) können hier entsprechende Daten bereitstellen und Erkenntnisse für Interventionen geben.

## Fazit

Auch in Zukunft stellen verschiedene Alkoholproblematiken eine Herausforderung für die Alkohol-Suchtprävention in Großstädten dar. In diesem Bereich kann mittlerweile verstärkt auch auf Evidenznachweise zurückgegriffen werden (etwa Bühler & Thrul, 2014), wobei noch Fragen zur Wirkung von i.W.S. Verhältnismaßnahmen und zum Zusammenspiel von Verhaltens- und Verhältnisprävention zu erforschen sind. Bei den aktuellen Herausforderungen sind – wenn erforderlich – auch weiterhin neue Wege zu beschreiten.

<sup>15</sup> Näheres zum Verständnis von „Sucht als Prozess“ siehe im gleichnamigen Kompendium von Beiträgen unterschiedlicher AutorInnen, herausgegeben von Dollinger & Schneider (2005).

## Literatur

- Abderhalden, I. (2010). Alkohol im Spannungsfeld. *SuchtMagazin*, (1), 13-17.
- Atkinson, L., Paglia, A. & Coolbear, J. (2000). Attachment security: A meta-analysis of maternal mental health correlates. *Clinical Psychology Review*, 20, 1019-1040.
- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N. & Graham, K. et al. (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Bachmann, J. G., O'Malley, P. M., Schulenberg, J. E., Johnston, L. D., Freedman-Doan, P. & Messersmith, E. E. (2008). *The education drug-use connection: How successes and failures in school relate to adolescent smoking, drinking, drug use and delinquency*. New York: Lawrence Erlbaum.
- Barber, B. R. (2013). *If Mayors Ruled the World*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Broek, A. van den; Kleijnen, E., Bot, S. (2012). Kwetsbare gezinnen in Nederland. In *Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, Ontzorgen en normaliseren: Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Bronfenbrenner, U. (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brotherhood, A., Sumnall, H. (2011). *European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals*. Lissabon: EMCDDA.
- Bundesanstalt Statistik Österreich (Hrsg.) (2011). *Pressemitteilung 10.134-280/11: EU-SILC 2010: Die Wirtschaftskrise hat keinen Anstieg von Armutgefährdung bewirkt, dennoch nimmt manifeste Armut langfristig zu*.
- Brunner, L., David, A., Dobias, St., Dressel, M., Jäger, A., Kalwoda, D., Kohlhofer, W., Lochner, E., Pumberger, D., Schmidhofer, H., Schroers, A., Stöger, W., Wagner-Wasserbauer, G., Wegscheider, B. & Wimmer, E. (2013). *Strategie 2013, Sucht- und Drogenstrategie 2013* (S. 64-97). Wien: Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH.
- Bühler, A. (2009). Gesetze statt pädagogischer Präventionsarbeit? *projugend*, 3, 9-14.
- Bühler, A. & Thrul, J. (2013). *Expertise zur Suchtprävention. Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der „Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs“*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 46. Köln: BZgA.
- Cooper, M. L. (2002). Alcohol use and risky sexual behaviour among college students and youth: evaluating the evidence. *Journal of studies on alcohol*, 14, 101-117.
- Dollinger, B. & Schneider, W. (Hrsg.) (2005). *Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis*. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Dowrick, P. W. & Crespo, N. (2005). School failure. In Gullotta, T. P., Adams, G. R. (Eds.), *Handbook of adolescent behavioral problems: Evidence-based approaches to prevention and treatment* (pp. 589-610). New York: Springer Science & Business Media.
- Die Presse (2014). *Österreich: Über 1,2 Millionen Menschen armutsgefährdet* (diepresse.com vom 1.11.2014)
- Eisenbach-Stangl, I., Bernardis, A., Fellöcker, K., Haberhauer-Stidl, J., Schmied, G. (2008). *Jugendliche Alkoholszenen. Konsumkontexte, Trinkmotive, Prävention*. Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung.
- Europäische Union (2011). *Städte von morgen. Herausforderungen – Visionen – Wege nach vorn*. Brüssel.
- Fergusson, D. M. & Horwood, L. J. (2000). Alcohol abuse and crime: a fixed-effects regression analysis. *Addiction*, 95 (10), 1525-1536.
- Gutheil-Knopp-Kirchwald, G. & Kadi, J. (2014). *Herausforderungen einer gerechten Wohnungspolitik. Vortrag, IFIP-Jahrestagung 2014. Gerechtigkeit. Instrumente für eine gerechte Stadt*. (Eingeladen) 12.06.2014. Technische Universität Wien.
- Gebhard, W., Hitzler, R. & Pfadenhauer, M. (2010). *events – soziologie des aussergewöhnlichen. Erlebniswelten*. Opladen: Leske + Budrich.
- Hanson, K. L., Cummins, K., Tapert, S. F., Brown, S. A. (2011). Changes in neuropsychological functioning over 10 years following adolescent substance abuse treatment. *Psychol Addict Behav*, 25 (1), 127-142.
- Hingson, R. & Zha, W. (2009). Age of drinking onset, alcohol use disorders, frequent heavy drinking, and unintentionally injuring oneself and others after drinking. *Pediatrics*, 123 (6), 1477-1484.
- Hitzler, R. (2001). *Die Geselligkeit der Freunde. Strukturen der Party(people)-Szene*. Vortrag zur Tagung „Update, Party, Drogen, Prävention“ am 14.2.2001 in Münster. Drogenhilfe der Stadt Münster.
- Hitzler, R., Becker, Th. & Niederbacher, A. (2001). *Leben in Szenen. Formen jugendlicher Vergemeinschaftung heute. Erlebniswelten*. Bd. 3. Opladen: Leske + Budrich.
- Jacobs Foundation (Hrsg.) (2013). *Juvenir-Studie 1.0. Unser Platz – Jugendliche im öffentlichen Raum*.
- Kalke, J. & Buth, S. (2009). Verhältnisorientierte Suchtprävention. *projugend*, 3, 4-8.
- Kemmesis, U. E. (1995). *Szenebefragung Frankfurt a. M. 1995. Die „Offene Drogenszene“ und das Gesundheitsraumangebot in FaM – ein erster „Erfah-*

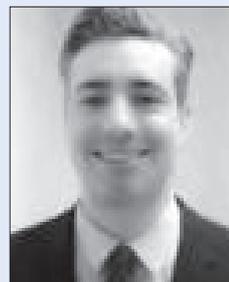
- rungsbericht“ – Abschlussbericht – Frankfurt am Main/Wiesbaden. Im Auftrag der Stadt Frankfurt/Dezernat Frauen und Gesundheit – Drogenreferat.
- Kepper, A., Monshouwer, K. & Van Dorsselaer, S. (2009). *Experimenteel en problematisch genotmiddelengebruik door jongeren in het Speciaal Onderwijs en de Residentiële Jeugdzorg (EXPLORE)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Mansdotter, A. M., Rydberg, M. K., Wallin, E., Lindholm, L. A. & Andreasson, S. (2007). Alcohol Consumption: a cost-effectiveness analysis of alcohol prevention targeting licensed premises. *European Journal of Public Health, 17*, 6, 618-623.
- OECD, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Statistic Directorate (2014). *Income inequality update. Rising inequality: youth and poor fall further behind. Insights from the OECD Income Distribution Database*. June 2014.
- Reynolds, R. I. (2003). *Building Confidence in our Communities*. London: London Drug Policy Forum.
- Ronan, K. R; Canoy, D. F. & Burke, K. J. (2009). Child maltreatment: Prevalence, risk, solutions, obstacles. *Australian Psychologist, 44*, 195-213.
- Singer, M. V., Batra A. & Mann, K. (2011). *Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen*. Stuttgart: Thieme.
- Schnitzer, S., Bellis, M., Anderson, Z., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M. & Kokkevi, A. (2010). Nightlife Violence: A gender-specific view on risk factors for violence in nightlife-settings: A cross-sectional study in nine European countries. *Journal of Interpersonal Violence, 25* (6), 1094-112.
- Schroers, A. (2014). *Der Wiener Weg der Alkoholsuchtprävention. Events als Ort der Risikoreduzierung und Risikokompetenzförderung*. Dokumentation 5. Internationale Konferenz zu Alkohol und Harmreduction (Schadensbegrenzung). 7. und 8. März (S. 74-95). Fachhochschule Frankfurt am Main.
- Schroers, A. & Männersdorfer, M. (2012). Party-Fit! – Zeitgemäße Alkoholsuchtprävention bei Events. In Schmidt-Semisch, H. & Stöver, H. (Hrsg.), *Saufen mit Sinn? Harm Reduction beim Alkoholkonsum* (S. 233-247). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Stumpp, G., Stauber, B. & Reinl, H. (2009). *JuR „Einflussfaktoren, Motivation und Anreize zum Rauschtrinken bei Jugendlichen“ Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesinstituts für Gesundheit*. Endbericht April 2009. Institut für Erziehungswissenschaft der Universität Tübingen. Tübingen: Forschungsinstitut tifs – Tübinger Institut für frauenpolitische Sozialforschung e.V.
- Stadtentwicklung Wien, Magistratsabteilung 18 – Stadtentwicklung und Stadtplanung (Hrsg.) (2014). *STEP 2025 – Stadtentwicklung in Wien*.
- Ter Bogt, T., Van Lieshout, M., Doornwaard & S., Eijkemans, Y. (2009). *Middelengebruik en voortijdig schoolverlaten: Twee onderzoeken naar de actuele en gepercipieerde rol van alcohol en cannabis in relatie tot spijbelen, schoolprestaties, motivatie en uitval*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Uhl, A., Bachmayer, S., Kobrna, U., Puhm, A., Springer, A., Kopf, N., Beiglböck, W., Eisenbach-Stangl, I., Preinsperger, W. & Musalek, M. (2009). *Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends. 3., überarbeitete und ergänzte Auflage*. Wien: BMG.
- Uhl A. & Kobrna U. (2012). Rauschtrinken bei Jugendlichen – Medienhype oder bedenkliche Entwicklung? *Suchttherapie, 13*, 15-24.
- Wells, J. E., Horwood, L. J. & Fergusson D. M. (2004): Drinking patterns in mid-adolescence and psychosocial outcomes in late adolescence and early adulthood. *Addiction, 99* (12), 1529-1541.



© Daniela Klemencic

#### Dr. Artur Schroers

Sucht- und Drogenkoordination Wien  
 Modecenterstraße 14/Block B/2. OG  
 A-1030 Wien  
 artur.schroers@sd-wien.at



© I. Mayr

#### Denis Wiering

Programm-Manager Jugendpolitik  
 bei der Stadt Rotterdam  
 ds.wiering@rotterdam.nl

# Best Practice zur gendersensiblen Suchtprävention

Marie-Louise Ernst

## Zusammenfassung

Diese Ausführungen wurden anlässlich der Tagung des Instituts für Suchtprävention in Wien am 26. November 2014 präsentiert. Ausgehend vom Best Practice-Konzept von Gesundheitsförderung Schweiz werden die einzelnen Aspekte dieses Konzepts mit Inhalten in Bezug auf eine gendersensible Suchtprävention gefüllt. An einem aktuellen Beispiel wird die Umsetzung des Konzepts dargestellt.

### 1 Das Best Practice-Konzept von Gesundheitsförderung Schweiz

Das Konzept, welches international große Beachtung und Anerkennung gefunden hat, beruht auf den drei Säulen Werte, Wissen und Kontext. Diese drei Best Practice-Dimensionen gelten für strategische Entscheidungen ebenso wie für die Planung, Umsetzung und Evaluation von Aktivitäten in der Gesundheitsförderung und Prävention.



Die drei Dimensionen sollen im Folgenden auch zu Best Practice in der gendersensiblen Suchtprävention führen. Es geht dabei nicht darum, das Konzept und seine Implikationen umfassend vorzustellen, sondern beispielhaft aufzuzeigen, wie es für eine gendersensible Suchtprävention genutzt werden kann.

### 2 Ein Projekt als Beispiel

Im Folgenden wird ein Projekt von Sucht Schweiz beschrieben, welches als Beispiel illustrieren soll, wie die drei Dimensionen des Best Practice-Konzepts für eine gendersensible Suchtprävention nutzbar gemacht werden können.

Unter dem Titel „Mehr Wirksamkeit durch gendersensible Suchtprävention“ soll ein audiovisuelles Instrument zu geschlechterbezogenen Aspekten der Sucht(-entwicklung), des Risikoverhaltens und von Bewältigungskompetenz entstehen. Mit Unterstützung einer kompetenten Begleitgruppe (bestehend aus Mitarbeitenden der Suchtprävention und der Jugendarbeit sowie der Bereiche Gender, Methodik-Didaktik, Film) und der Partizipation von Mädchen und Jungen zwischen 12 und 15 Jahren soll folgendes Ziel erreicht werden:

*Mit Hilfe von fünf kurzen Anspieelfilmen und pädagogischen schriftlichen Unterlagen soll ein Instrument geschaffen werden, welches Fachpersonen von Suchtpräventionsstellen, Lehrpersonen und in der offenen und verbandlichen Jugendarbeit Tätigen ermöglicht, geschlechterspezifische Aspekte von Sucht und Suchtentwicklungen zu thematisieren.*

Es werden je zwei Anspieelfilme von dreis bis fünfminütiger Dauer mit mädchen- resp. jungenspezifischen Themen produziert, welche in Zusammenhang mit Suchtentwicklungen und Risikokompetenz stehen. Ein fünfter Anspieelfilm soll den Austausch zwischen Jungen und Mädchen über geschlechterspezifische Belastungen und Ressourcen anregen und damit ein Voneinander-Lernen ermöglichen. Damit soll erreicht werden, dass sich Mädchen und Jungen mit ihren geschlechterspezifischen Verhaltensmustern bezüglich Substanzkonsums auseinandersetzen und diese konstruktiv-kritisch hinterfragen können. Ausgehend von den je mädchen- resp. jungenspezifischen Belastungen sollen förderliche und schädliche geschlechterspezifische Bewältigungsmuster diskutiert und hinterfragt werden und schließlich

in einen Austausch zwischen Mädchen und Jungen einfließen.

### 3 Nutzung des Best Practice-Konzepts für gendersensible Suchtprävention

Im Folgenden werden die drei Dimensionen des Best Practice-Konzepts auf eine gendersensible Suchtprävention angewendet. Dabei wird zuerst die generelle Bedeutung der einzelnen Dimension aufgezeigt und danach deren konkrete Umsetzung im Beispielprojekt beschrieben.

#### 3.1 Werte für die gendersensible Suchtprävention

Suchtprävention findet – wie jede Intervention – nicht in einem wertneutralen Umfeld statt, sondern in einem mit Werten und Interessen besetzten gesellschaftlichen Rahmen. Diejenigen, welche Programme und Maßnahmen in der Suchtprävention planen und umsetzen, müssen sich deshalb mit der Frage auseinandersetzen, welche Werte und Normen sie vertreten und in ihre Arbeit einfließen lassen wollen. Neben den Werten, Prinzipien und ethischen Grundlagen des Public Health-Bereichs sind hier insbesondere die auf der Basis der Ottawa-Charta formulierten Werte Partizipation, Chancengleichheit, Empowerment und die Berücksichtigung sozialer Vielfalt hilfreich.

Als Beispiel soll hier die Chancengleichheit herausgegriffen werden. Zur Verwirklichung gesundheitlicher Chancengleichheit für Frauen und Männer muss bei jeder Maßnahme im Gesundheitsbereich die Geschlechterabhängigkeit mitberücksichtigt werden. Je nachdem, ob die Maßnahmen auf individueller (Verhaltensprävention) oder struktureller Ebene (Verhältnisprävention) umgesetzt werden sollen, unterscheiden sich die zu stellenden Fragen.

So muss im Beratungsbereich zum Beispiel die Frage gestellt werden, ob und wie sich Frauen und Männer im Zugang und in der Kommunikation unterscheiden. In einer Broschüre, die sich an Beraterinnen und Berater im Suchtbereich wendet, werden in Form von zwei Leitfäden entsprechende geschlechterspezifische Zugänge und Themen bei substanzabhängigen Frauen resp. substanzabhängigen Männern aufgegriffen (Bundesamt für Gesundheit, 2012).

Auf struktureller Ebene diene das folgende Beispiel der Veranschaulichung: Begeben sich substanzabhängige Frauen in stationäre Be-

handlung, sehen sie sich einer großen Mehrheit von männlichen Klienten gegenüber. Im Alkoholbereich und bei den illegalen Substanzen bedeutet dies ein Zahlenverhältnis von einem Viertel bis maximal ein Drittel Frauen. Diese werden nicht selten von Institutionen der Suchthilfe instrumentalisiert, indem sie zum Beispiel auf die verschiedenen Abteilungen verteilt werden mit der Begründung, das Klima verbessere sich auf einer Station, wenn Frauen anwesend sind (Delgrande Jordan, 2009). Damit dürften die Frauen es sehr schwer haben, ihre Bedürfnisse und Interessen gegenüber der Mehrheit der Männer zu vertreten oder gar durchzusetzen.

→ Im *Beispielprojekt* wurden insbesondere die Werte Chancengleichheit und Partizipation in den Vordergrund gestellt. Chancengleichheit heißt hier, dass beide Geschlechter gemäß ausgewiesenem Bedarf und ihren Bedürfnissen in den Kurzfilmen gleichermaßen berücksichtigt werden sollen. Das hieß, die entsprechende wissenschaftliche Literatur aufzubereiten und in einem Dokument festzuhalten. Ziel war dabei, Hinweise zu finden, welche Themen für Mädchen und welche für Jungen in die Kurzfilme Eingang finden sollten. Ein partizipatives Vorgehen stellte sicher, dass nicht wissenschaftliche Studien allein die Vorgaben für die Kurzfilme liefern sollten. Es wurde eine Begleitgruppe mit Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen der Jugendarbeit zusammengestellt (Schule, Offene Jugendarbeit, Verbandsjugendarbeit). Diese haben in einem eigenen Prozess die von ihnen wahrgenommenen wichtigsten Themen von Mädchen und Jungen in der heutigen Zeit benannt. Im Folgenden kamen in Form von Fokusgruppengesprächen Jugendliche aus der Zielgruppe zu Wort. Es wurden zwei Gesprächsrunden mit Mädchen, zwei mit Jungen und eine gemischtgeschlechtliche Gesprächsgruppe durchgeführt. Eine Synthese der Gesprächsprotokolle wurde erstellt und lieferte spannende Hinweise für die Themenwahl der Kurzfilme.

#### 3.2 Wissen für die gendersensible Suchtprävention

Untersuchungen im Suchtbereich belegen, dass es zwischen Frauen und Männern zahlreiche Unterschiede gibt. Diese Differenzen zeigen sich unter anderem in Bezug auf

	Mädchen	Jungen
In den letzten 12 Monaten mindestens einmal pro Woche Alkohol konsumiert	11-jährig: 1% 15-jährig: 13%	11-jährig: 2,6% 15-jährig: 26,5%
Pro Trinkgelegenheit 5 oder mehr alkoholische Getränke	15-jährig: 10,1%	15-jährig: 17,1%
Mehr als 10-mal selbst wahrgenommene Trunkenheit	15-jährig: 3,5%	15-jährig: 6,4%

**Tabelle 1**

Konsummuster bei Jugendlichen (Zusammenstellung der Autorin aus Kuntsche & Delgrande Jordan, 2012)

	Mädchen	Jungen
Motive für den ersten Alkoholkonsum bei 13-Jährigen:		
– weil mir ein Getränk angeboten wurde	36,2%	30,2%
– weil andere auch getrunken haben	24,2%	15,8%
– weil ich Probleme hatte	14,3%	6,1%
– weil ich niedergeschlagen war	11,8%	6,8%
Motive für den Alkoholkonsum bei 15-Jährigen	Deutlich mehr Bewältigungsmotive (niedergeschlagen, Probleme vergessen)	Deutlich mehr Verstärkungs- und Konformitätsmotive (Party wird besser, dazugehören)

**Tabelle 2**

Motive von Jugendlichen beim Alkoholkonsum (Zusammenstellung der Autorin aus Kuntsche & Delgrande Jordan, 2012)

	Mädchen	Jungen
Stress in der Schule	11-jährig: 16,4% 15-jährig: 28,9%	11-jährig: 22,6% 15-jährig: 27,6%
In der Schule erlittene Arten von Gewalt:		
– ich wurde bedroht	15-jährig: 8,5%	15-jährig: 15,3%
– ich wurde geschlagen	15-jährig: 7,9%	15-jährig: 20,3%
Eltern wissen nicht:		
– was ich in der Freizeit mache	14-jährig: 28,8%	14-jährig: 33,3%
– wofür ich mein Geld ausgabe	15-jährig: 28,8%	15-jährig: 38,8%
– wer meine Freunde/-innen sind	15-jährig: 21,3%	15-jährig: 33,3%

**Tabelle 3**

Einzelne Ergebnisse zum Thema Schule und zur Familie (Zusammenstellung der Autorin aus Kuntsche & Delgrande Jordan, 2012)

- physiologische Aspekte (Beispiel: Wechselwirkungen zwischen Hormonen und Substanzkonsum),
- Konsummuster (Beispiel „stille“ Süchte wie Medikamentenabhängigkeit bei Frauen, „laute“ Süchte wie Alkoholmissbrauch bei Männern),
- Ursachen und Motive für Suchtentwicklungen (Beispiel: abwesende Väter bei Jungen, sexuelle Ausbeutung bei Mädchen),
- Alltag während der Suchtphase (Beispiel: eher selbstschädigende Verhaltensweisen wie Prostitution bei Frauen, eher fremdschädigende wie Kriminalität und Dealing bei Männern),
- förderliche und hinderliche Faktoren beim Ausstieg aus der Sucht (Beispiel: Sieber et al., 2002, fanden in ihrer Katamnesestudie an einer Stichprobe von 669 Personen, dass eigene Kinder zu haben für betroffene Frauen ein Risikofaktor und für betroffene Männer ein Schutzfaktor bezüglich Rückfällen ist.)

Viele dieser Unterschiede zeigen sich bereits bei Kindern und Jugendlichen. Die Tabellen 1 bis 3

mit ausgewählten Ergebnissen beruhen auf einer Auswertung der 2010 in der Schweiz durchgeführten Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ HBSC (Kuntsche & Delgrande Jordan, 2012).

Das Experimentieren mit Alkohol und dessen Wirkung kann in westlichen Ländern durchaus als Entwicklungsaufgabe junger Menschen im Übergang zum Erwachsenenalter interpretiert werden. Dabei werden die unterschiedlichen Trinkmuster von Männern und Frauen von Kindern und Jugendlichen schon früh wahrgenommen (Vogt, 2004). Aus der Tabelle 1 wird ersichtlich, dass Jungen häufiger, mehr und risikoreicher Alkohol konsumieren als Mädchen.

Tabelle 2 zeigt, dass Mädchen deutlich mehr Bewältigungsmotive als Jungen angeben, und sie haben mehr Mühe, Nein zu sagen, wenn ihnen ein Getränk angeboten wird.

Im ersten Abschnitt der Tabelle 3 wird ersichtlich, dass 11-jährige Mädchen deutlich weniger Stress in der Schule empfinden als die gleichaltrigen Jungen, aber mit 15 Jahren überflügeln sie die Jungen mit ihrem Stress-

empfinden leicht. Die Zahlen zu in der Schule erlittenen Arten von Gewalt zeigen auf, dass 15-jährige Jungen sehr viel häufiger als Mädchen bedroht oder geschlagen werden. Dies ist ein deutlicher Hinweis dafür, dass das Thema „Opfersein“ bei Jungen mindestens so stark bearbeitet werden müsste wie das viel üblichere Thema „Junge und Täter sein“. Das wichtige elterliche Monitoring scheint bei Mädchen deutlich besser zu funktionieren als bei Jungen. Elterliches Monitoring bedeutet, dass Eltern an ihren Kindern Interesse zeigen und nachfragen, z.B. wie es ihnen geht, mit wem sie was und wo unternommen haben. Sie vereinbaren aber auch Regeln mit den Kindern und Jugendlichen und kontrollieren deren Einhaltung (z.B. abendliche Ausgangszeiten, Internet-Gebrauch). Ebenso dazu gehört eine Selbstöffnung der Kinder und Jugendlichen, d. h. zum Beispiel, dass diese über ihre Freizeit oder abendliche Unternehmungen berichten. In der Tabelle 3 wird ersichtlich, dass die Eltern von ihren Söhnen deutlich weniger wissen, was diese in der Freizeit machen, wer ihre Freunde sind und wofür sie ihr Geld ausgeben, als von den Töchtern.

Diese Zahlen und Durchschnittswerte liefern viele wertvolle Hinweise, um die Suchtprävention gendersensibel<sup>1</sup> (d.h. nach dem ausgewiesenen Bedarf und den Bedürfnissen von Mädchen und Jungen) auszurichten, werfen aber auch viele Fragen auf. Sie sind allein noch keine befriedigende oder ausreichende Wissensgrundlage. Gemäß Best Practice-Konzept von Gesundheitsförderung Schweiz gehören neben weiteren Evidenzformen auch systematisch aufgearbeitetes Praxiswissen sowie der Einbezug von wissenschaftlichen Theorien dazu. Letztere werden hier insbesondere zur Erklärung der festgestellten Unterschiede zwischen den Geschlechtern benötigt. Sozialisations-theoretische und entwicklungspsychologische Ansätze, insbesondere die Theorie der Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz von Jungen und Mädchen werden im Zusammenhang mit Gender und Suchtentwicklungen am häufigsten herangezogen.

Zentrale Entwicklungsaufgabe von Mädchen und Jungen ist es, eine Frau resp. ein Mann zu werden. Um die entsprechenden Rollenanforderungen zu meistern, eignen sich Substanzkonsum und bestimmte Verhaltensweisen bestens. Sie helfen bei der Aneignung der Geschlechtsrolle, einer überfordernden Geschlechtsrolle Stand zu halten und verletzende

Erfahrungen und Traumata zu kompensieren oder zu ertragen.

In der weiblichen Sozialisation werden auch heute noch Eigenschaften und Verhaltensweisen vermittelt, welche durch Internalisierung, Schwachsein, Minderwertigkeit, Ausrichtung auf Beziehung etc. geprägt sind. In der jüngeren Generation kommen neu „männliche“ Ansprüche an Karriere und Erfolg hinzu, welche zu Ambivalenzkonflikten zwischen alten und neuen Sozialisationsbedingungen führen können. Psychoaktive Substanzen übernehmen hier eine Funktion als eine Art Schmiermittel, wenn es um Anpassung geht, als Mutmacherin, wenn es um Auflehnung geht, sie dienen der Gewichtsregulierung, erhöhen das Selbstwertgefühl und dienen der Überlebenshilfe, wenn es um die Bewältigung von – insbesondere sexuellen – Gewalterfahrung geht.

In der männlichen Sozialisation werden nach wie vor Werte und Normen vermittelt, welche durch Externalisierung geprägt sind. Das Bild des Mannes ist in unserer Gesellschaft immer noch mit überhöhten Anforderungen an Stärke, Erfolg, Leistung und Kontrolle verbunden. In der jüngeren Generation kommen Ansprüche an einen durchtrainierten Körper, aber auch bei der Beteiligung an der Kinderbetreuung und Erziehung hinzu.

Psychotrope Substanzen übernehmen hier die Funktion eines Demonstrationsmittels von Stärke und Macht („ein ganzer Kerl verträgt viel Alkohol“), eignen sich als Symbol von Grenzüberschreitungen und Risikosuche, helfen Unsicherheiten ausgleichen und befördern die Kommunikation (Haase & Stöver, 2009).

Bei beiden Geschlechtern fällt auf, dass die gewählten Substanzen nicht nur dazu dienen, empfundene Defizite zu kompensieren, sondern auch dazu, Geschlecht her- und darzustellen.

Die Suchtprävention und Suchthilfe sollte all diesen Tatsachen Rechnung tragen. In der Prävention würde das zum Beispiel heißen, dass mit Mädchen über Beziehungen gesprochen wird und sie sich mit Fragen auseinandersetzen wie: Wie wollen sie Beziehungen gestalten? Welche Grenzen setzen sie dabei? Was sind sie bereit, für das Aufrechterhalten einer Beziehung aufzugeben? usw. Mit Jungen müsste man eher über Gruppendruck sprechen und einüben, wie sie damit umgehen können. Auch die Frage, wie Jungen mit der Erfahrung umgehen, ein Opfer zu sein, müsste die Suchtprävention beschäftigen.

→ Im *Beispielprojekt* wurden verschiedene Wissensformen mit einbezogen. Studien, wissenschaftliche Theorien, Evaluationen

<sup>1</sup> Zu den Begriffsbestimmungen siehe: Sucht- und Drogenkoordination Wien (Hrsg.) (2007). Gender-Mainstreaming in der Sucht- und Drogenarbeit – im Sinne des Wiener DROGENKonzeptes von 1999.

ebenso wie eine Umfrage bei Fachstellen der Suchtprävention und der Jugendarbeit und die bereits erwähnten Fokusgruppengespräche mit Jugendlichen dienten als Wissensquellen. Zwei telefonische Umfragen bei Suchtpräventions-, Jugendfach- und Beratungsstellen haben ergeben, dass aktuelle Unterrichtsmaterialien für die Thematisierung von Genderaspekten fehlen. Ein differenzierter Adressantinnen- und Adressatenbezug ist bzw. wäre jedoch eine wesentliche Voraussetzung für die Effektivität präventiver Bemühungen. Alle befragten Fachstellen haben die Notwendigkeit des Projekts auf Grund ihrer Erfahrungen in der Arbeit bejaht. In den Fokusgruppengesprächen waren die Mädchen und die Jungen von großer Offenheit. Ihre Meinungen und Haltungen werden uns davor bewahren, die Themen der Kurzfilme allzu klischeehaft zu gestalten.

### 3.3 Kontext

Wie schon bei der Frage nach den Werten erwähnt, spielt der Kontext, in dem Suchtprävention geleistet werden soll, eine große Rolle. Dabei stehen je nach Vorhaben unterschiedliche Faktoren im Vordergrund. Je nach Ziel und Zielgruppe müssen politische Faktoren, gesetzliche Grundlagen, soziale, ökonomische und soziokulturelle Faktoren vertiefter auf ihren Einfluss auf ein geplantes suchtpräventives Angebot untersucht und abgeklärt werden. Ebenso wichtig sind Recherchen in Bezug auf Organisationen und deren Rollen, Möglichkeiten der partnerschaftlichen Zusammenarbeit, bereits bestehende Programme oder Strukturen und im Hinblick auf vorhandene Expertise im Bereich des geplanten Projekts.

So haben zum Beispiel Fachmänner der Suchtpräventionsstelle Zürich (Schweiz) ein suchtpräventives Projekt für Väter mit einem Migrationshintergrund entwickelt. Ausgehend vom Wissen aus Studien und gemachten Erfahrungen, wurde ein fundiertes Konzept entwickelt. Von Beginn an wurde von einer guten Vernetzung mit ähnlichen Projekten profitiert, so dass das Vorhaben in bestehende Strategien eingebunden war. Der gewählte Peer-to-Peer Ansatz mit Mediatoren hat sich in verschiedenen wissenschaftlich evaluierten Projekten als wirksam erwiesen. „Respekt“ ist nicht nur eines der Themen, welches in den Väterrunden behandelt wurde und sich im Willen der Projektleiter äußert, den Mediatoren und Vätern auf Augenhöhe zu begegnen, sondern wurde mit echter Partizipation gefüllt. Die Mediatoren

bestimmen mit, welche Themen und Fragestellungen gewählt werden und sie werden als fachliche Partner wahrgenommen. Das geben diese wiederum in den Väterrunden ihrer Herkunftskultur weiter.

→ Im *Beispielprojekt* bot sich die Einbettung in eine nationale Strategie des Bundesamtes für Gesundheit BAG an. In Bezug auf die strategischen Ziele des Nationalen Programms Alkohol von 2013 bis 2016 (Bundesamt für Gesundheit, 2013) wird mit dem vorliegenden Projekt insbesondere ein Beitrag zum Schwerpunkt 3 des Programms geleistet: „Die Akteure der Alkoholprävention werden so unterstützt, dass sie einen optimalen Beitrag zur Senkung des problematischen Konsums leisten können“. Damit konnte unter anderem ein großer Teil der Finanzierung des Projekts sichergestellt werden. Im Weiteren wurde bei der Zusammenstellung der Begleitgruppe darauf geachtet, dass alle Settings vertreten sind, in denen das Projekt Wirkung entfalten soll. Bei den Fokusgruppen wurde Wert darauf gelegt, dass die Gespräche die Zielgruppen in Schulen und in der offenen und verbandlichen Jugendarbeit erfassten. Zudem wurden Mädchen und Jungen im Alter der Zielgruppe und mit unterschiedlichem sozialem und kulturellem Hintergrund ausgewählt.

## 4 Ausblick

Das beschriebene Beispielprojekt ist noch nicht beendet. Auch die nächsten Schritte sollen die Dimensionen des Best Practice-Konzepts berücksichtigen. So werden in der Begleitgruppe vorhandene große Erfahrungen zur Filmproduktion genutzt. Mädchen und Jungen sollen auch in der Produktion der Kurzfilme miteinbezogen werden. Das Gleiche gilt für die Erarbeitung des pädagogischen Begleitmaterials. Vor der Endfassung werden sich zudem Mädchen und Jungen in Pilotversuchen mit den Kurzfilmen auseinandersetzen.

## 5 Fazit

- Die Best Practice-Dimensionen eignen sich hervorragend, um Projekte in der gendersensiblen Suchtprävention zu planen und umzusetzen.
- Es besteht heute ein großes Wissen zu den Zusammenhängen von Suchtentwicklungen, Suchtprävention und Geschlecht. Trotzdem gehen die Bemühungen zur Um-

setzung dieses Wissens kaum über die Erstellung von Checklisten (Beispiele dafür: Jahn & Kolip, 2002; Sucht- und Drogenkoordination Wien, 2007; Wiener Programm für Frauengesundheit, 2007) hinaus.

- Zugegeben, die Anforderungen an gendersensible Suchtprävention sind hoch. Und zugegeben: Es gibt verschiedenste Widerstände und wie bei allen innovativen Projekten und Vorhaben besteht die Gefahr des Scheiterns und des Misserfolgs.
- Was es zum jetzigen Zeitpunkt braucht, ist Mut zur Lücke. Auch wenn nicht immer und nicht vollständig auf alle Aspekte von Best Practice eingegangen werden kann, lohnt es sich, gendersensible Suchtprävention mit ganz konkreten kleinen Projekten und Vorhaben zu beginnen.
- Der Einbezug der Genderaspekte führt zu einer Qualitätsverbesserung der Angebote in der Suchtprävention, weil sie ein zielgruppengerechteres Planen und Umsetzen von Maßnahmen sowie ein effektiveres Einsetzen der vorhandenen Mittel fördert. Eine Studie, die im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG verfasst wurde, kommt 2010 zum Schluss: „Gendersensibles Arbeiten begünstigt das Erreichen der Zielgruppe, schafft bessere Bedingungen für Veränderungsprozesse, unterstützt dadurch Verhaltens- und Einstellungsveränderungen und fördert die Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten“ (Guggenbühl et al., 2010).

## Literatur

- Bundesamt für Gesundheit BAG (Hrsg.) (2012). *Frauengerechte Beratung – Ein Leitfaden für Beraterinnen und Berater im Suchtbereich. Männergerechte Beratung – ein Leitfaden für Berater und Beraterinnen im Suchtbereich*. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (Hrsg.) (2013). *Nationales Programm Alkohol 2013-2016*. Bern.
- Delgrande Jordan, M. (2009). *Stationäre Behandlung der Alkoholabhängigkeit – Ergebnisse der KlientInnenbefragung act-info 2008 – Deskriptive Statistik*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2007). *Best Practice Konzept*. [www.gesundheitsförderung.ch](http://www.gesundheitsförderung.ch)
- Guggenbühl, L., Bütler, Ch., Ruflin, R. (2010). *Schlussbericht Metaevaluation zur Wirksamkeit gendersensibler Suchtarbeit*. Socialdesign im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, Bern.
- Haase, A. & Stöver, H. (2009). Sinn und Funktion exzessiven Drogengebrauchs bei männlichen Jugendlichen – zwischen Risikolust und Kontrolle. In Jacob, J. & Stöver, H. (Hrsg.), *Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht*. Bielefeld: Transcript.
- Jahn, I. & Kolip, P. (2002). *Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz*. Bremen: Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS).
- Kuntsche E. & Delgrande Jordan, M. (Hrsg.) (2012). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten Jugendlicher in der Schweiz. Ergebnisse einer nationalen Befragung*. Bern: Huber.
- Sieber, M., Hasenfratz, U. & Meyer, T. (2002). Schutz- und Risikofaktoren des nachstationären Verlaufs bei Patientinnen und Patienten der Forel-Klinik. *abhängigkeiten*, 8, 60-69.
- Sucht- und Drogenkoordination Wien (Hrsg.) (2007). *Gender-Mainstreaming in der Sucht- und Drogenarbeit – im Sinne des Wiener DROGEN-Konzeptes von 1999*. Wien.
- Wiener Programm für Frauengesundheit (2007). *Wiener Guidelines für eine gendersensible Sucht- und Drogenarbeit*. Wien.
- Vogt, I. (2004). *Beratung von süchtigen Frauen und Männern – Grundlagen und Praxis*. Weinheim und Basel: Beltz.



© privat

**Marie-Louise Ernst**  
Psychologin FSP lic.phil.I,  
Projektleiterin Prävention Sucht Schweiz,  
Lausanne  
[mlernst@suchtschweiz.ch](mailto:mlernst@suchtschweiz.ch)

# Aneignung von Konsumkompetenz als Entwicklungsaufgabe des Jugendalters

Joachim Körkel

## Zusammenfassung

Eine der Entwicklungsaufgaben des Jugend- und frühen Erwachsenenalters bildet die Entscheidung für oder gegen den Konsum der verschiedenen psychotropen Substanzen. Vor allem bei Alkohol entscheidet sich die Mehrzahl jüngerer Menschen für den Konsum und behält diesen über die Lebensspanne hinweg bei. Im Falle einer solchen Entscheidung pro Konsum von Alkohol und ggf. weiteren Substanzen (z.B. Zigaretten oder Cannabis) ist das Erlernen eines Umgangs mit dem jeweiligen Suchtmittel, der eigenen Werthaltungen, Normen und sozialen Regularien entspricht, erforderlich. Erziehungs- und Bildungsinstanzen – Elternhaus, Schule, Hochschule, Ausbildungsstätten – kommt die Aufgabe zu, diesen Prozess der Aneignung eines verantwortungsbewussten Suchtmittelkonsums zu fördern. Ein geeignetes Hilfsmittel zur Unterstützung eines solchen Umgangs bilden verhaltenstheoretische Selbstmanagementprogramme (Behavioral Self-Control Trainings), die Schritt für Schritt Kompetenzen zur Selbstkontrolle des Substanzkonsums vermitteln und die – vollständig oder in ausgewählten Teilen – in die Suchtmittelsozialisation einfließen können. Der Beitrag stellt dar, welche Selbstkontrollkompetenzen durch BSCT im Jugendalter gefördert werden sollten und wie sie in Form des Programms „Keep It Smart’n Safe“, das den Alkoholkonsum fokussiert und alle weiteren relevanten Suchtmittel einbezieht, vermittelbar sind.

## Einleitung

- Sie trinken ein kleines Glas Bier (0,2 l), Ihr Tischnachbar einen Whisky (2 cl). Wer von Ihnen hat mehr Alkohol (Gesamtmenge an Reinalkohol) zu sich genommen?
- Ein 16-Jähriger trinkt einen Alcopop. Welche Blutalkoholkonzentration („Promille“) hat er danach?

- Eine 24-jährige, gesunde Frau trinkt 3x in der Woche zum Abendessen ein Glas Wein (0,25 l). Hat sie die medizinisch als risikoarm geltende Obergrenze überschritten?
- Alkohol, in geringen Mengen zu sich genommen, fördert die Gesundheit. Stimmt – stimmt nicht?
- Wie viel Alkohol müssten Sie trinken, um offiziell als „Binge-Drinker“ („Rauschtrinker“) eingestuft zu werden?

Das Wissen, das für die Beantwortung der zuvor gestellten (und am Ende des Beitrags beantworteten) Fragen notwendig ist, ist ein kleiner Teil dessen, was man als „Konsumkompetenz“, „Drogenmündigkeit“ (Barsch, 2008) bzw. Kompetenz zum verantwortungsbewussten Umgang mit Suchtmitteln (hier Alkohol) bezeichnen kann. Die Befähigung Jugendlicher und junger Erwachsener zu Konsumkompetenz ist eine Aufgabe, der sich neben dem Elternhaus (vgl. Urech, 2009) u.a. Schulen, Hochschulen, berufliche Ausbildungs- und Fördermaßnahmen, Sportvereine, Kommunen und die Jugendhilfe stellen sollten – oftmals aber nicht stellen, da sie dies nicht als ihre Aufgabe verstehen.

Die folgenden Ausführungen gehen der Frage nach, was Konsumkompetenz im Einzelnen bedeutet, mit speziellem Blick auf die Aneignung dieser Kompetenz im Jugend- und frühen Erwachsenenalter.

## Konsumkompetenz als Entwicklungsaufgabe

Im Jugendalter und frühen Erwachsenenalter (im Folgenden sind stets beide Altersphasen gemeint, wenn von „Jugend“ die Rede ist) werden die Weichen in Richtung des zukünftigen Umgangs mit Suchtmitteln gestellt. In dieser Lebensphase steht als Entwicklungsaufgabe an, sich einen verantwortungsbewussten Umgang mit Suchtmitteln anzueignen (Weichold & Silbereisen, 2008). „Verantwortungsbewusster Umgang mit Suchtmitteln“ bedeutet, das Risiko zu vermeiden oder zu minimieren, sich selbst

oder andere Menschen durch seinen Konsum zu beeinträchtigen oder zu schädigen. Für einen solchen Umgang mit Suchtstoffen ist es erforderlich, seinen Konsum in selbstgesetzten, mit eigenen Lebensvorstellungen und sozialen Normen vereinbaren Grenzen zu halten – also Selbstkontrolle zu praktizieren.

Der Aufbau derartiger Selbstkontrolle ist Aufgabe der universellen Prävention, die sich an Jugendliche wendet, die beginnen, Suchtmittel zu konsumieren. Zum anderen ist Selbstkontrollkompetenz erforderlich für Jugendliche, die erste Auffälligkeiten zeigen (die z.B. erstmals aufgrund von „komatösem Rauschtrinken“ in eine Klinik eingeliefert worden sind) oder bei denen ein hoher Konsum nicht mehr als „adoleszenter Ausrutscher“, sondern als bereits verfestigte Konsumgewohnheit einzustufen ist (indizierte Prävention). Bei der letztgenannten Gruppe handelt es sich häufig um „Multiproblemjugendliche“, insofern mit dem hohen Konsum einer Substanz (meist Alkohol) oftmals ein hoher Konsum anderer legaler und illegaler Drogen sowie schwierige soziale Lebenslagen (z.B. fehlende Schul-/Berufsausbildung, hoher Substanzkonsum im Elternhaus, enger Kontakt zu Peers mit delinquentem Verhalten etc.) und psychische Belastungen (z.B. affektive oder Angststörungen) einhergehen (Kraus et al., 2013; Reis, Fegert & Häßler, 2006). Die Hauptproblemsubstanzen dieser Jugendlichen sind in der Regel keine „harten“ illegalen Drogen (Heroin, Kokain etc.), sondern Kombinationen aus Alkohol, Zigaretten und Cannabis sowie zum Teil nicht-stoffgebundenes Suchtverhalten (problematischer PC-Konsum und Ess-Störungen).

### Behavioral Self-Control Trainings (BSCT)

Der wissenschaftliche „Goldstandard“ (Heather et al., 2000) zum Aufbau von Selbstmanagementkompetenzen für einen risikobewussten Umgang mit Suchtmitteln sind verhaltenstheoretisch ausgerichtete Selbstkontrollprogramme („Behavioral Self-Control Trainings“, BSCT; Hester, 2003), die sich in Form von Programmen zum Kontrollierten Trinken/Drogenkonsum/Rauchen/Glücksspiel/PC-„Konsum“ für unterschiedliche Konsumentengruppen – auch Abhängige – als effektiv erwiesen haben (vgl. u.a. Körkel, 2012b). Diese Programme sind Empowermentprogramme, die darauf abzielen, einer Person Schritt für Schritt zu vermitteln, wie sie ihr Konsumverhalten eigenständig regulieren kann. Die kognitiven und emotionalen Prozesse, die dieser Eigensteuerung zugrunde liegen (z.B. Selbstbeobachtung, Setzen eines

Zielstandards, Selbstbewertung der Zielerreichung, Kausalattribution von Erfolg und Misserfolg) sind in der Motivationspsychologie gut erforscht und theoretisch systematisiert worden (Heckhausen & Heckhausen, 2009). Kanfer (1996) hat die entsprechenden Erkenntnisse für die praktische Umsetzung u.a. bei problematischem Suchtmittelkonsum und Suchtverhalten nutzbar gemacht.

Ziel der BSCT ist die Hinführung zu einem unproblematischen Substanzkonsum bzw. zu Abstinenz: Je nach Bereitschaft und Fähigkeit des einzelnen Konsumenten kann Ziel das „Einpendeln“ des Konsums in einem unproblematischen Bereich oder die Entscheidung und Befähigung zu substanzspezifischer Abstinenz sein. Konsumreduktion und Abstinenz stellen also keinen Widerspruch, sondern Ergänzungen dar, zwischen denen substanz- und phasenweise gewechselt werden kann.

Im Mittelpunkt von BSCT stehen das Führen eines Konsumtagebuches, das Bilanzieren des bisherigen Konsumverhaltens, die Festlegung wöchentlicher Konsumziele und ggf. Ziel- und Strategiekorrekturen in der jeweiligen Folgeweche. Daneben wird vermittelt, Risikosituationen und aktuelle Lebensbelastungen zu erkennen und zu bewältigen, Konsum-„Ausrutscher“ zu meistern und soziale Abgrenzungskompetenzen gegen „Konsumverführungen“ zu entwickeln.

Die existierenden BSCT sind im Allgemeinen auf Erwachsene ausgerichtet. Möchte man Jugendlichen diese konsumbezogene Selbstkontrollkompetenzen vermitteln, bedarf es eines altersgemäßen Zuschnitts (s.u.), so dass sich ein BSCT für Jugendliche von einem BSCT für Erwachsene in Inhalten (weitgehende Ausklammerung „harter“ illegaler Drogen), Motivationsanteilen (höher), Anzahl der Sitzungen (geringer), Einbeziehung neuer Medien (z.B. Smartphone, Facebook) und Didaktik („peppiger“, z.B. Quiz-Bearbeitungen analog zu „Wer wird Millionär?“) unterscheidet.

### Elemente von „Konsumkompetenz“ bei Jugendlichen

Angelehnt an die skizzierten Inhalte von BSCT, beinhaltet „Konsumkompetenz“ bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein Mosaik verschiedener Fertigkeiten, die für eine systematische, bedachte Eigensteuerung des Konsums erforderlich sind. Zu diesem Mosaik an Kompetenzen gehören (am Beispiel Alkohol und in gleicher Weise übertragbar auf andere Substanzen; nach Körkel & Nanz, 2014):

- die Reinalkoholmenge einzelner Getränke und insbesondere der von einem selbst präferierten Alkoholika und Trinkmengen kennen bzw. berechnen können,
- seinen Konsum in „Standardgetränkeeinheiten“ umrechnen können,
- den eigenen Konsum in einem Trinktagebuch festhalten und dieses nach vorgegebenen Kriterien auswerten können („Bilanz ziehen“),
- beim „Bilanzziehen“ u.a. ermitteln können, ob/wie oft man „binge drinking“ praktiziert, welchen individuellen Nutzen man daraus zieht und welche Risiken man damit eingeht,
- die medizinischen Grenzwerte für risikoarmen Alkoholkonsum kennen und die eigenen Konsummengen damit abgleichen können,
- seine Blutalkoholkonzentration berechnen können,
- konsumbezogene Selbstklärungs- und Entscheidungsprozesse vornehmen können („Was tut mir gut – was nicht?“, „Was will ich – was will ich nicht?“, „Wie will ich zukünftig mit Alkohol umgehen – wie nicht?“ etc.),
- Orientierungswerte für den eigenen Alkoholkonsum definieren (Maximalkonsum an Trinktagen, speziell an Wochenenden; Maximalkonsum pro Woche; Anzahl alkoholfreier Tage pro Woche)
- Alkohol-Ausschlussituationen („Punktnüchternheit“) für sich festlegen (z.B. im Kontext von schulischen, sportlichen u.a. Verpflichtungen, während der Schwangerschaft usw.),
- sich in Risikosituationen behaupten („nein sagen“) können und nicht zum Mittrinken „breit schlagen“ bzw. „anstecken“ lassen,
- Schwellenängste für die ggf. erforderliche Inanspruchnahme weitergehender Hilfsangebote abbauen.

### Konzeption eines Behavioral Self-Control Trainings für Jugendliche mit anhaltenden Substanzproblemen

Für erwachsene Alkohol- und Drogenkonsumenten liegen bereits evaluierte Konsumreduktionsprogramme vor, auch im deutschsprachigen Raum (vgl. Körkel, 2009; Körkel, 2012a; Körkel & Nanz, 2015). Speziell auf Jugendliche mit problematischem Substanzkonsum ausgerichtete BSCT existieren bislang nicht – wären aber aus den eingangs ausgeführten Gründen erforderlich. Mit der Entwicklung (und noch nicht abgeschlossenen Erprobung) von „Keep

It Smart’n Safe“ (Körkel & Nanz, 2014) wurde ein erster Schritt in diese Richtung gemacht. „Keep It Smart’n Safe“ ist ein Programm zur Förderung eines verantwortungsbewussten Umgangs mit Alkohol und anderen Suchtmitteln, das sich sowohl an Jugendliche mit (noch) unproblematischem (universelle Prävention) als auch solche mit problematischem Suchtmittelkonsum (indizierte Prävention) richtet. Für diese Zielsetzung bietet „Keep It Smart’n Safe“ den „praktischen Handwerkskoffer“: „Keep It Smart’n Safe“ vermittelt Jugendlichen ab dem 14. Lebensjahr, die sich in der Schule, Ausbildungseinrichtungen bzw. Maßnahmen der Jugendhilfe befinden, im Rahmen von 2x 6 (Unterrichts-)Stunden („Keep It Safe – Prävention“ = universelle Prävention) bzw. 7 Einheiten zu je 2,5 Zeitstunden („Keep It Safe – Intervention“ = indizierte Prävention) aufeinander abgestimmte Kompetenzen, die sie zu einem bewussten und verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol, anderen Suchtmitteln und nichtstoffgebundenem Suchtverhalten befähigen.

Die Programmvariante „Keep It Safe – Intervention“, die für Jugendliche gedacht ist, die sich nicht nur einmalig in ihrer Alkoholverträglichkeit „verschätzt“ haben (und deshalb z.B. stationär behandelt worden sind), sondern ein anhaltendes Alkoholproblem erkennen lassen (fast täglicher Alkoholkonsum, häufiges „Binge-Drinking“, Alkoholfolgeprobleme [Unfälle, Gewaltübergriffe etc.] und/oder manifeste Symptome von Alkoholmissbrauch-/abhängigkeit), ist durch die folgenden Merkmale charakterisiert:

- Basis und erforderliche Gesprächskompetenz für die Umsetzung von „Keep It Smart’n Safe“ sind „spirit“ (Geist/Haltung) und Methoden der Motivierenden Gesprächsführung („Motivational Interviewing“, MI) nach Miller und Rollnick (2013; speziell auf Jugendliche bezogen: Naar-King & Suarez, 2012). MI bietet die Voraussetzung dafür, Verhaltensänderungen „zur Sache der Jugendlichen werden zu lassen“, statt sie – letztlich unwirksam und frustrierend – von der Fachkraft aufdrängen zu wollen. Durch „aktives Zuhören“ und Offensein für die Belange der Jugendlichen, Vermeiden unerbetener Ratschläge, geschmeidigen Umgang mit Widerstand und Zielorientiertheit der Gesprächsführung (in Richtung Einstellungs- und Verhaltensänderung) ist durch MI eine Grundlage gegeben, beziehungsstiftend mit Jugendlichen in Kontakt zu treten und ein Fundament für die Anwendung eines alkohol-/suchtmittelbezogenen Interventionsprogramms zu schaffen.

- „Keep It Smart’n Safe“ ist als BSCT aufgebaut. Es enthält 7 Module mit vorgegebener Zeit- und Inhaltsstruktur sowie themenbezogene Arbeits- und Informationsmaterialien. Die inhaltlichen Bestandteile sind die bereits skizzierten: Festlegung einer „Zähleinheit“ des Alkoholkonsums (Standardgetränkeeinheit), systematische Selbstbeobachtung und -registrierung des Konsums (Trinktagebuch), wöchentliches Bilanzieren des Konsums, wöchentliche Festlegung von Konsumoberzielen, Aufspüren und Bewältigen von Risikosituationen, „nein sagen“ lernen, Nutzung persönlich umsetzbarer Änderungsstrategien und gezielte Steuerung des eigenen Umgangs mit Suchtmitteln in der Peer-Gruppe.
- Da gut belegt ist (z.B. Kraus et al., 2013; Magill, Barnett, Apodaca, Rohsenow & Monti, 2009), dass ein chronisch problematischer Alkoholkonsum überzufällig häufig mit dem Konsum anderer legaler und illegaler Substanzen einhergeht, werden in „Keep It Smart’n Safe“ alle Substanzen und suchbezogenen Verhaltensweisen in den Fokus genommen und gezielte Veränderungen nicht nur beim Alkoholkonsum initiiert. Eine derartige Multisubstanzorientierung garantiert, dass die Substanzen, bei denen der meiste Problemdruck beim Jugendlichen besteht (das muss nicht Alkohol sein), die nötige Aufmerksamkeit erlangen und zuvorderst „angegangen“ werden, aber auch Substanzen, bei denen Jugendliche zunächst keinen Veränderungsbedarf sehen (z.B. Zigarettenrauchen), thematisiert und problematisiert werden können. Wie sich – zumindest bei Drogenabhängigen – empirisch gezeigt hat, zieht eine Multisubstanzorientierung des Programms Konsumreduktionen bei vielen Substanzen und nicht nur bei der Hauptproblemsubstanz nach sich (vgl. Körkel, Becker, Happel & Lipsmeier, 2011).
- „Keep It Smart’n Safe“ ist zieloffen angelegt, d.h. es werden (substanzweise) Konsumreduktionen, aber auch Abstinenzentscheidungen ermöglicht. Auf diese Weise motiviert „Keep It Smart’n Safe“ durch Zieloptionen und erleichtert Zielübergänge, wenn sich das Erreichen eines Ziels als unrealistisch oder nicht mehr gewünscht erweist.
- „Keep It Smart’n Safe – Intervention“ umfasst 7 wöchentlich durchzuführende Einheiten à 2-2,5 Zeitstunden. Mit dieser Programmdauer und -struktur wurden gute Erfahrungen mit Alkoholabhängigen (Körkel, 2012a) und Drogenabhängigen (Körkel et al., 2011) gesammelt, d.h. sie werden gut akzeptiert und führen zu nachhaltigen Konsumreduktionen. Die wöchentliche Verteilung der Sitzungen garantiert die Erprobung des Gelernten im Alltag und das „Am-Ball-Bleiben“ auch bei Rückschlägen. Zwischen den Sitzungen wird auf jugendspezifische Kontaktmöglichkeiten (SMSe, Chats etc.) zurückgegriffen, um im kontinuierlichen Austausch über den Veränderungsprozess zu bleiben (nicht zuletzt bei Versäumen einer Sitzung) und positive Kontaktpulse zu setzen. Zudem sind gezielt Übungen auch zwischen den Sitzungen eingeplant (Führen des Konsumtagebuchs, Expositionsübungen, Info-Lektüre, Checklisten, Interviews mit anderen Jugendlichen etc.), da sich dies – auch bei Kindern und Jugendlichen – als veränderungsfördernd erwiesen hat (vgl. Körkel, 2012b).
- „Keep It Smart’n Safe“ ist flexibel als Einzel- oder Gruppenprogramm durchführbar, um die Präferenzen Jugendlicher für Einzel- oder Gruppenarbeit abzudecken und Aufnahmen in das Programm auch kurzzeitig zu ermöglichen (d.h. ggf. Durchführung des Programms als Einzelmaßnahme, wenn kurzfristig kein Gruppenangebot vorgehalten wird).
- „Keep It Smart’n Safe“ sieht die Einbeziehung der Eltern vor, macht dies aber nicht zur Bedingung. Die Einbeziehung der Eltern oder anderer Erziehungsberechtigter bzw. wichtiger Vertrauenspersonen (z.B. Lehrer, Ausbilder, Erzieher) ist an die Zustimmung der Jugendlichen gebunden und kann über Einzelgespräche und/oder die Zusendung von Materialien (z.B. „Elternbriefe“) erfolgen.
- Im Rahmen von „Keep It Smart’n Safe“ sind vier Anschlussitzungen („Booster-Sessions“) im Abstand von 1, 3, 6 und 12 Monaten nach Ende der 7 Basiseinheiten vorgesehen, um erreichte Veränderungen zu stabilisieren und bei Bedarf weitergehende Maßnahmen einzuleiten.
- Da die Zielgruppe der Jugendlichen mit chronisch problematischem Alkoholkonsum häufig weitere psycho-soziale Problemlagen aufweist, werden bei „Keep It Smart’n Safe“ Kooperationsbeziehungen zu Einrichtungen der Jugend-, Familien- und Suchthilfe, dem Allgemeinen Sozialen Dienst sowie weiteren Hilfsangeboten (z.B. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten) angeregt.
- „Keep It Smart’n Safe“ sieht vor, dass die das Programm durchführenden Fachkräfte ausreichend Basisfertigkeiten in Motivational Interviewing und die Kompetenz, ein

strukturiertes BSCT in einer Gruppe umzusetzen, besitzen. Voraussetzung für die Anwendung von „Keep It Smart’n Safe“ ist deshalb die Teilnahme an drei zweitägigen Ausbildungsblöcken in MI und BSCT, um ein wirksames Kompetenzniveau zu erzielen (vgl. Madson, Loignon & Lane, 2009; Schwalbe, Oh & Zweben, 2014).

## Ausblick

Der Aufbau von Selbstregulationskompetenzen ist auch in Bezug auf den Umgang mit Alkohol und anderen Suchtmitteln bzw. Suchtverhaltensweisen erforderlich, wenn Suchtmittelkonsum zu einem genussvollen, nicht schädigenden und in keine Abhängigkeit mündenden Bestandteil des eigenen Lebens werden soll. Behavioral Self-Control Trainings bieten einen Fundus an Inhalten und Maßnahmen, um diese Selbstkontrollkompetenzen im Jugend- und frühen Erwachsenenalter gezielt aufzubauen. Davon wurde im Programm „Keep It Smart’n Safe“ Gebrauch gemacht, das sowohl bei konsumunauffälligen Jugendlichen (Kurzversion) wie auch solchen, die bereits einen problematischen Substanzkonsum ausgebildet haben (Langversion), angewendet werden kann. „Keep It Smart’n Safe“ fokussiert den unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen weit verbreiteten Alkoholkonsum und bezieht darüber hinaus alle Substanzen ein, die in der Zielgruppe von Relevanz sind. Da vielfältige Nachweise zur Wirksamkeit von BSCT bei Erwachsenen vorliegen, kann erwartet werden, dass auch die Umsetzung von „Keep It Smart’n Safe“ bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen Effekte zeitigt. Angesichts der Tatsache, dass die Mehrzahl der vorhandenen Präventionsprogramme, insbesondere die im Bereich der indizierten Prävention zum Einsatz kommenden deutschsprachigen Programme (wie etwa HaLT; vgl. Körkel, 2012c), jedoch wirkungslos zu sein scheint (Bühler & Thrul, 2013; Korczak, Steinhauser & Dietl, 2011), steht auch für „Keep It Smart’n Safe“ ein Wirksamkeitsnachweis aus.

## Literatur

- Barsch, G. (2008). *Lehrbuch Suchtprävention. Von der Drogennaivität zur Drogenmündigkeit*. Geesthacht: Neuland.
- Bühler, A. & Thrul, J. (2013). *Expertise zur Suchtprävention* (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 46). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Heather, N., Brodie, J., Wale, S., Wilkinson, G., Luce, A., Webb, E. & McCarthy, S. (2000). A randomized controlled trial of Moderation-Oriented Cue Exposure. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 561-570.
- Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (2009). *Motivation und Handeln* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Hester, R.K. (2003). Self-control training. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3<sup>rd</sup> edition) (pp. 152-164). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Kanfer, F. (1996). Die Motivierung von Klienten aus der Sicht des Selbstregulationsmodells. In J. Kuhl & H. Heckhausen (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Serie IV, 4: Motivation, Volition und Handlung*. Göttingen: Hogrefe.
- Körkel, J. (2009). Befähigung zum selbstkontrollierten Drogenkonsum. Das Programm „KISS“. *Konturen*, 8-13.
- Körkel, J. (2012a). Wenn Alkohol das Problem ist, Abstinenz aber nicht die Lösung: Kontrolliertes Trinken als Behandlungsoption. In H. Schmidt-Semisch & H. Stöver (Hrsg.), *Saufen mit Sinn? Harm Reduction und Alkoholkonsum* (S. 141-65). Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.
- Körkel, J. (2012b). Wege aus der Sucht – Suchtarbeit, Abstinenz und selbstkontrollierter Konsum. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten* (Klinische Sozialarbeit – Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 4) (S. 261-276). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Körkel, J. (2012c). „Wir tun – was?“ Eine kritische Analyse des Programms „Hart am Limit“ (HaLT). *Suchttherapie*, 13, 25-32.
- Körkel, J., Becker, G., Happel, V. & Lipsmeier, G. (2011). *Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums: Eine randomisierte kontrollierte klinische Studie in der niedrigschwelligen Drogenhilfe*. Frankfurt a. M.: Integrative Drogenhilfe e.V.
- Körkel, J. & Nanz, M. (2014). *„Keep it Smart’n Safe“*. Ein Programm für Jugendliche zur Förderung eines verantwortungsbewussten Umgangs mit Alkohol und anderen Suchtmitteln. Nürnberg: Evangelische Hochschule/Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung.
- Körkel, J. & Nanz, M. (2015). *„Change Your Smoking“*. Ein zieloffenes Einzel-/Gruppenprogramm zur Reduktion oder Beendigung des Konsums von Tabak (und weiteren Substanzen). Nürnberg: Evangelische Hochschule/Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung.
- Korczak, D., Steinhauser, G. & Dietl, M. (2011). *Prävention des Alkoholmissbrauchs von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen* (Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 112). Köln: Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts

- für Medizinische Dokumentation und Information.
- Kraus, L., Hannemann, T.-V., Pabst, A., Müller, S., Kronthaler, F., Grübl, A., Stürmer, M. & Wolstein, J. (2013). Stationäre Behandlung von Jugendlichen mit akuter Alkoholintoxikation: Die Spitze des Eisbergs? *Gesundheitswesen*, 75, 456-464.
- Madson, M. B., Loignon, A. C. & Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 101-109.
- Magill, M., Barnett, N. P., Apodaca, T. R., Rohsenow, D. J. & Monti, P. M. (2009). The role of marijuana use in brief motivational intervention with young adult drinkers treated in an emergency department. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70, 409-413.
- Meier, P. & Seitz, H.K. (2006). Effekte des Alkohols. Gibt es neben negativen auch positive Auswirkungen chronischen Alkoholkonsums? *Medizinische Klinik*, 101, 891-897.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing. Helping people change* (Series Applications of Motivational Interviewing) (3<sup>rd</sup> ed.). New York: Guilford Press.
- Naar-King, S. & Suarez, M. (2012). *Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Weinheim: Beltz.
- Reis, O., Fegert, J.M. & Häfner, F. (2006). Muster polyvalenten Drogengebrauchs bei niedrigschwellig betreuten Jugendlichen. *Sucht*, 52, 305-316.
- Schwalbe, C.S., Oh, H.Y. & Zweben, A. (2014). Sustaining motivational interviewing: A meta-analysis of training studies. *Addiction*, 109, 1287-1294.
- Seitz, H. & Bühringer, G. (2007). *Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Singer, M.V. & Teyssen, S. (2002). Moderater Alkoholkonsum: Gesundheitsförderlich oder schädlich? *Deutsches Ärzteblatt*, 98 (16), A 1103-1106.
- Urech, C. (2009). *Rauchen, Saufen, Kiffen. Dank Erziehung stark gegen Abhängigkeit*. Zürich: Orell Füssli.
- Weichold, K. & Silbereisen, R. K. (2008). Pubertät und psychosoziale Anpassung. In R. K. Silbereisen & M. Hasselhorn (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Serie V (Entwicklung), Band 5: Entwicklungspsychologie des Jugendalters* (S. 3-53). Göttingen: Hogrefe.

### Auflösung der Fragen aus der Einleitung

- Sie trinken ein kleines Glas Bier (0,2 l), Ihr Tischnachbar einen Whisky (2 cl). Wer von Ihnen hat mehr Alkohol (Gesamtmenge an Reinalkohol) zu sich genommen?  
Lösung: In einem kleinen Glas Bier (0,2 l = 200 ml, 5 Vol.-% Alkohol) befinden sich 8 Gramm Alkohol, in einem 40%igen Whisky (2 cl = 20 ml) 6,4 Gramm.  
Berechnungsformel:  
$$([\text{ml} \times \text{Vol.-% Alkohol}] / 100) \times 0,8$$
- Ein 16-Jähriger trinkt einen Alcopop. Welche Blutalkoholkonzentration („Promille“) hat er danach?

# Modernes Antiquariat



50-90% Preisvorteil

für Bücher aus: Belletristik, Mathematik, Medizin, Musik, Philosophie, Politik, Psychologie, Recht, Religion, Soziologie, Wirtschaft und Zeitgeschichte.

Bücher zum Teil raritäten in bibliophiler Ausstattung.

Kundenkarten bei Bestellen über 20,- Euro, bei 100,- Euro über 30,- Euro, bei 200,- Euro über 40,- Euro.

www.modernes-antiquariat.net

Lösung: Bei einem angenommenen Körpergewicht von 60 kg und einem Alcopop mit 12,3 Gramm Alkohol (275 ml Inhalt, 5,6 Vol.-% Alkohol) ergibt sich nach der Widmark-Formel ( $12,3 \text{ Gramm Alkohol} / [60 \text{ kg} \times 0,7]$ ) ein Promillewert von ca. 0,29 und nach Abzug eines Resorptionsdefizits von 15% ein Wert von ca. 0,25 Promille.

- Eine 24-jährige, gesunde Frau trinkt 3x in der Woche zum Abendessen ein Glas Wein (0,25 l). Hat sie die medizinisch als risikoarm geltende Obergrenze überschritten?

Lösung: 0,25 l Wein (mit 12,5 Vol.-% Alkohol) enthalten 25 Gramm Alkohol. Das ergibt für drei Tage 75 Gramm Alkohol. Der Richtwert für einen risikoarmen Konsum bei Frauen beträgt maximal 10-12 Gramm pro Tag und mindestens zwei alkoholfreie Tage pro Woche (somit auf die Woche gerechnet höchstens 5x 10-12 Gramm = 50-60 Gramm) (Meier & Seitz, 2006; Seitz & Bühringer, 2007). Dieser Richtwert wäre an jedem der Trinktage wie auch bzgl. des Gesamtkonsums in der Woche überschritten worden.

- Alkohol, in geringen Mengen zu sich genommen, fördert die Gesundheit. Stimmt – stimmt nicht?

Lösung: Alkohol ist kein Medikament und fördert die Gesundheit in keiner Weise (Singer & Teysen, 2002). Auch „eine Empfehlung

von Alkohol als Schutz gegen Herzinfarkt und Schlaganfall ist aufgrund der damit verbundenen potentiell schädigenden Effekte strikt abzulehnen“ (Meier & Seitz, 2006, S. 891).

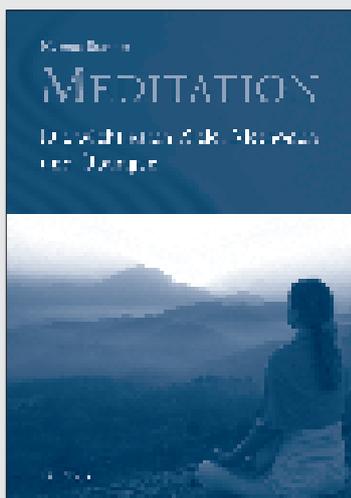
- Wie viel Alkohol müssten Sie trinken, um offiziell als „Binge-Drinker“ („Rauschtrinker“) eingestuft zu werden?

Lösung: Als „Binge-Drinking“ wird ein exzessiver Alkoholkonsum in kurzer Zeit verstanden, meist definiert als Konsum von 50-60 Gramm Alkohol (z.B. 3 Flaschen Bier à 0,5 l) bei einer Trinkgelegenheit.



© Evangelische Hochschule Nürnberg

**Prof. Dr. Joachim Körkel**  
Evangelische Hochschule Nürnberg  
Bärenschanzstraße 4/3. OG/Zi V 3.24  
D-90429 Nürnberg  
joachim.koerkel@evhn.de



216 Seiten  
ISBN 978-3-89967-648-8  
Preis: 20,- Euro

Helmut Brenner

## Meditation

### Die wichtigsten Ziele, Methoden und Übungen

„Suchen Sie Entspannung und Meditation, da Sie unter Stress und innerer Unruhe leiden? Suchen Sie nach einer für Sie geeigneten Meditationsart, wissen aber nicht, welche Methode zu Ihnen passt?

Dieser Band gibt Ihnen einen Überblick über die östlichen und westlichen Meditationsrichtungen und ihre sozialen sowie psychologischen Hintergründe.

Zu jeder Methode finden Sie die spezifischen Ziele, Inhalte und Techniken, die Sie anhand konkreter Übungsvorschläge leicht nachvollziehen können.

So finden Sie Wege zur Mandala- und Mantra-Meditation, zur Sitz- und Bewegungsmeditation, zur Körper- und Chakrenmeditation, zur kontemplativen und autogenen Meditation.



**PABST SCIENCE PUBLISHERS**

Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich · Telefon +49 (0)5484 308 · Telefax +49 (0)5484 550  
pabst.publishers@t-online.de · www.psychologie-aktuell.com · www.pabst-publishers.de

# Kinder aus suchtblasteten Familien

Alexandra Puhm

## Zusammenfassung

Kinder alkoholkranker Eltern sind eine wichtige Zielgruppe für die Prävention. Angesichts der wenigen Angebote für betroffene Kinder und Jugendliche bzw. der geringeren Inanspruchnahme sind Überlegungen anzustellen, wie die Angebotsstruktur gestaltet werden muss, um die Erreichbarkeit der Zielgruppe zu verbessern. Der Artikel zeigt sowohl einige der Diskurse auf, die im Beratungs- bzw. Suchthilfesetting relevant sind, als auch jene, die in der Gestaltung der Gruppenarbeit mit betroffenen Kindern und Jugendlichen eine wichtige Rolle spielen.

## 1 Einleitung

Jene 100.000 Minderjährigen, die in Österreich mit einem alkoholkranken Elternteil aufwachsen (Uhl, 2008), stellen eine wichtige Zielgruppe für die Prävention dar, da Kinder alkoholkranker Elternteile nicht nur *die* Hochrisikogruppe für die Entstehung von Suchterkrankungen sind, sondern gleichzeitig auch ein höheres Risiko für andere psychiatrische Erkrankungen, wie affektive Störungen, aufweisen (Sher, 1991; Zobel, 2006). Allerdings ist unter den Betroffenen eine große Heterogenität zu beschreiben – zum einen Kinder und Jugendliche mit teils schwerwiegenden (psychiatrischen) Problemen, zum anderen Kinder und Jugendliche, die möglicherweise vorübergehende Beeinträchtigungen zeigen, aber letztlich trotz zahlreicher Risikofaktoren und aversiver familiärer Erfahrungen eine unauffällige Entwicklung durchlaufen. In diesem Kontext ist zu betonen, dass eine elterliche Alkoholerkrankung für die betroffenen Familienmitglieder in der Regel zwar eine enorme Belastung darstellt, (minderjährige) Angehörige aber keineswegs automatisch als krank bzw. behandlungsbedürftig einzustufen sind.

## 2 Herausforderungen in der Praxis

Eine der zentralen Herausforderungen in der Arbeit mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien besteht in der Erreichbarkeit der Zielgruppe. Die Diskrepanz zwischen der Gruppe der Betroffenen bzw. jener Kinder und Jugendlichen mit Unterstützungsbedarf und jenen, die spezifische Unterstützung tatsächlich in Anspruch nehmen, verdeutlicht die massiven emotionalen Hürden, die das Inanspruchnahmeverhalten betroffener Familien negativ beeinflussen. Bei den Eltern sind das primär verschiedene Ängste, wie die Angst vor einer möglichen Stigmatisierung, die Angst vor der Kritik an ihrer Erziehungskompetenz und die Angst vor einem möglichen Entzug der Obsorge. Bei den Kindern und Jugendlichen selbst spielen neben der Angst vor einer möglichen Fremdunterbringung auch Scham und Loyalitätskonflikte eine wichtige Rolle.

Aus dieser Problematik resultieren Überlegungen, wie spezifische Angebote zu gestalten sind, um sowohl die Erreichbarkeit der Zielgruppe zu verbessern als auch Hilfe dort anzubieten, wo der größte Bedarf besteht. In der Praxis entstehen zahlreiche Spannungsfelder, da spezifische Angebote nicht ausschließlich nach fachlichen, sondern immer mehr auch nach ökonomischen Gesichtspunkten gestaltet werden. Im Folgenden sollen einige dieser grundsätzlichen Überlegungen dargestellt werden.

### 2.1 Explizite und implizite Angebote

Professionelle Hilfe für Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien kann nicht nur durch explizite Angebote, sondern auch auf implizitem Weg erfolgen. Während explizite Hilfe spezifische Angebote für Kinder aus alkoholbelasteten Familien, wie etwa therapeutische/pädagogische Gruppen, Freizeitgruppen oder Mutter-Kind-Angebote umfasst, versteht man unter impliziter Hilfe die Unterstützung der Bedürfnisse von betroffenen Kindern und Ju-

gendlichen in bereits bestehenden Strukturen, wie z.B. Kindergarten oder Schule. Das setzt eine entsprechende Sensibilisierung und Schulung von MultiplikatorInnen voraus, damit diese mit der Problematik vertraut sind und – im Rahmen ihrer beruflichen Ausbildung und der institutionellen Rahmenbedingungen – angemessene Unterstützung gewährleisten können. Bedauerlicherweise wird implizite Unterstützung mitunter als „Notlösung“ kritisiert, die nur dann angedacht wird, wenn die explizite Angebotslage nicht ausreichend bzw. die Implementierung eines expliziten Angebots „gescheitert“ ist. Jedoch sollte die Entscheidung für implizite Unterstützung als bewusst gewählter, gleichwertiger Zugang zur Zielgruppe der Kinder aus suchtbelasteten Familien wertgeschätzt werden.

## 2.2 Kinder alkoholkranker Eltern und Kinder psychisch kranker Eltern: gemeinsame Angebote?

Ein zentraler Diskurs beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit gemeinsame Gruppenangebote für Kinder suchtkranker Eltern und Kinder psychisch erkrankter Eltern sinnvoll sind, wobei die Argumente eher für eine gemeinsame Betreuung sprechen. Fachliche Überlegungen gehen dahin, dass Kinder alkoholbelasteter Eltern aufgrund der elterlichen Erkrankung zwar mit sehr spezifischen Erlebnissen konfrontiert sind, in vielen Bereichen aber vergleichbare Erfahrungen und Problemlagen wie Kinder psychisch erkrankter Eltern aufweisen, und Unterstützungsangebote sehr ähnliche Inhalte haben (Klein, 2008; Zobel, 2006). Zudem weisen alkoholranke Eltern häufig komorbide Störungen auf, sodass eine klare Trennung in „alkoholranke Eltern“ und „psychisch ranke Eltern“ praktisch kaum möglich ist. Angebote, die gemeinsame Gruppen für beide Zielgruppen beinhalten, führen zudem zu einer verbesserten Erreichbarkeit betroffener Kinder und Jugendlicher und sind letztlich auch ressourcenschonender.

## 2.3 Minderjährige und erwachsene Angehörige: gemeinsame Angebote

Im Suchtberatungssetting existieren vielerorts keine eigenen Angebote für Kinder und Jugendliche (Puhm et al., 2008), und es stellt sich daher die Frage, inwieweit Gruppen für erwachsene Angehörige auch für Jugendliche geöffnet werden sollen. Die Entscheidung wird in

diesem Kontext meist ausschließlich vom Alter des jeweiligen Jugendlichen abhängig gemacht, d.h. eine Teilnahme wird vorwiegend für ältere Jugendliche befürwortet. Neben dem Alter sollten aber auch noch andere Überlegungen in die Entscheidung mit einbezogen werden. Zu bedenken ist, dass die Anwesenheit von Jugendlichen dazu führen kann, dass Erwachsene Hemmungen haben, bestimmte Themen anzusprechen, und speziell die Eltern der teilnehmenden Jugendlichen Themen, wie etwa Paarkonflikte, entweder aussparen oder aber auch offen austragen, was die Jugendlichen massiv belastet. Jugendliche wiederum wollen ihre Eltern nicht zusätzlich mit ihren eigenen Anliegen belasten oder befinden sich in einem Loyalitätskonflikt, d.h. dass sie z.B. ihre/n alkoholranke/n Vater oder Mutter nicht vor dem anderen Elternteil schlecht machen wollen. Nicht zuletzt haben Jugendliche andere Anliegen und Interessen als erwachsene Angehörige.

## 2.4 Einzel- oder Gruppenangebote

Ein weiterer Diskurs betrifft die Frage, wann und unter welchen Umständen Einzel- bzw. Gruppenangebote sinnvoll sind. Zahlreiche Aspekte werden als Vorteil eines Gruppensettings diskutiert, wie etwa der Einfluss der Gleichaltrigen, die gegenseitige Unterstützung, die Einsicht, nicht allein betroffen zu sein, das Erlernen gesunder sozialer Interaktionen, der Zugang zu sozialen Aktivitäten. In der Praxis zeigt sich allerdings, dass die Entscheidung für ein Einzel- bzw. Gruppensetting nicht primär aufgrund inhaltlicher Überlegungen erfolgt, sondern größtenteils durch ökonomische Gegebenheiten und den dadurch entstehenden Druck beeinflusst wird, da Gruppen die kostengünstigere Alternative darstellen. Die Entscheidung für ein Einzelsetting fällt oft aus pragmatischen Gründen, etwa dann, wenn eine Gruppe zu einem Zeitpunkt aufgrund mangelnder Nachfrage nicht zustande kommt und Einzelgespräche eine Überbrückung darstellen. Im Hinblick auf die Erreichbarkeit der Zielgruppe sollte soweit wie möglich auch die Tatsache berücksichtigt werden, dass sowohl Eltern als auch Kinder bzw. Jugendliche unterschiedliche Settings bevorzugen.

Die sowohl im Einzel- als auch Gruppensetting relevanten Inhalte wurden bereits an anderer Stelle beschrieben (Puhm, 2012).

### 3 Gruppenarbeit mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien

Bei der Implementierung von Angeboten im Gruppensetting existieren einige grundlegende Überlegungen, die im Folgenden anhand verschiedener Erfahrungen aus dem Projekt „Kinderleicht“<sup>1</sup> dargestellt werden. Ziel des Projekts war der Auf- bzw. Ausbau von Versorgungsstrukturen für Kinder alkoholkranker bzw. psychisch kranker Eltern in der Region Innsbruck und im Landkreis Garmisch-Partenkirchen. Eine von vier Säulen des Projekts umfasste die direkte Arbeit mit betroffenen Kindern, unter anderem im Gruppensetting. Bei Projektbeginn wurde die Angebotsstruktur auf Basis inhaltlicher Überlegungen definiert und im Laufe des Projekts – im Sinne eines formativen Prozesses<sup>2</sup> – entsprechend adaptiert. Unterschiedliche Erfahrungen in den beiden Regionen führten zu sehr unterschiedlichen Adaptierungen und verdeutlichen einmal mehr die Problematik der Generalisierbarkeit.

#### 3.1 Manualisierung

Als Grundlage für die Arbeit im Gruppensetting diente ein Manual (Klein et al., 2013), das unterschiedliche Themenkreise in neun Modulen für Kinder und einem Modul für Eltern behandelt. Dieses Manual wurde bereits in der Planungsphase von den Projektdurchführenden an die lokalen Bedürfnisse und die Gegebenheiten vor Ort, wie etwa den zeitlichen Rahmen, angepasst.

Im Rahmen des formativen Evaluationsprozesses wurde die Notwendigkeit eines ständigen Anpassens deutlich: Ausgearbeitete Manuale können – vor allem für wenig Erfahrene – eine hilfreiche Orientierung und gute Grundlage für die Implementierung des eigenen Angebots darstellen, sind aber ohne Anpassung an die jeweiligen Gegebenheiten wenig zielführend. Manuale werden dann als hilfreicher Leitfaden erlebt, wenn die einzelnen Inhalten zugrundeliegende Absicht klar herausgearbeitet ist und es den AnwenderInnen dadurch möglich ist, die Umsetzung eines vorgegebenen Ziels selbstständig und ihrem Ausbildungshintergrund entsprechend zu gestalten. Als besonders gravierender Nachteil eines manualisierten Vorgehens hat sich im Rahmen des Projekts „Kinderleicht“ die Tatsache erwiesen, dass vorgegebene Inhalte nicht zulassen, ausreichend

auf die tagesaktuelle Befindlichkeit und Situation der Kinder einzugehen zu können.

#### 3.2 Altershomogene vs. altersheterogene Gruppen

Der Wunsch von GruppenleiterInnen nach möglichst altershomogenen Gruppen kann angesichts der geringen Inanspruchnahme in den meisten Fällen nicht realisiert werden. Besonders in Gegenden mit einem kleinen Einzugsgebiet kann das Zustandekommen von Gruppen meist nur durch eine eher altersheterogene Zusammensetzung gewährleistet werden.

Das Projekt „Kinderleicht“ hat nicht nur gezeigt, dass in altersheterogenen Gruppen jüngere von älteren Kindern profitieren können, sondern auch, dass ein besonderes Augenmerk auf die spezielle Dynamik zwischen jüngeren und älteren TeilnehmerInnen gelegt werden muss. Von den Eltern der jüngeren Kinder und den Kindern selbst werden durchwegs altershomogene Gruppen gewünscht.

#### 3.3 GruppenleiterInnen

Unabhängig von der Ausbildung haben sich zwei Aspekte in Bezug auf die GruppenleiterInnen als bedeutend herauskristallisiert. Zum einen ist es von Vorteil, wenn eine Gruppe von zwei Personen geleitet wird. Dies stellt zum einen im Krankheitsfall Kontinuität sicher, die besonders für Kinder suchtkranker Eltern, die häufig über Erfahrungen mit Unverlässlichkeit und Chaos verfügen, wichtig erscheint. Zum anderen können LeiterInnen mit unterschiedlichem Geschlecht sowohl den teilnehmenden Mädchen als auch den teilnehmenden Burschen das Rollenvorbild einer gesunden Bezugsperson bieten. Die Erfahrungen aus dem Projekt „Kinderleicht“ zeigen, dass die männlichen Leiter vor allem dann als wichtige gesunde Bezugsperson geschätzt werden, wenn der *Vater* der Kinder eine Alkohol- bzw. psychische Erkrankung aufweist. Adaptierungen, die aufgrund der eingeschränkten Ressourcen notwendig wurden, wie wechselnde GruppenleiterInnen oder ausschließlich weibliche Leiterinnen, wurden von allen Beteiligten des Projekts „Kinderleicht“ negativ beurteilt.

#### 3.4 Hol- und Bringdienste

Die Einhaltung von vereinbarten Terminen und damit eine regelmäßige Teilnahme an Gruppen ist für Kinder aus suchtkrank belasteten

<sup>1</sup> <http://www.projekt-kinderleicht.eu/>

<sup>2</sup> In einem formativen Prozess werden aufgrund der laufend gewonnenen Erkenntnisse und Zwischenergebnisse Korrekturen laufender Maßnahmen vorgenommen.

Familien oft nur schwer möglich, da es den Eltern krankheitsbedingt mitunter nicht gelingt, ihre Kinder zu den vereinbarten Treffpunkten zu bringen. Um betroffenen Kindern dennoch eine kontinuierliche Teilnahme zu ermöglichen und sie von der Verantwortung zu entbinden, die Teilnahme selbst organisieren zu müssen, werden mancherorts Hol- und Bringdienste angeboten.

Die Evaluation des Projekts „Kinderleicht“ zeigt, dass dieses Angebot von den Eltern nicht nur als Erleichterung des familiären Alltags wahrgenommen wird, sondern ohne dieses in den meisten Fällen eine Teilnahme nicht möglich gewesen wäre. Von den LeiterInnen und den Kindern wird die gemeinsame Fahrzeit als positiv und als wichtiger Beitrag zur Beziehungsarbeit erlebt. Zu bedenken bleibt, dass vor allem in ländlichen Gegenden mit weiten Wegen die Fahrt- und Gruppenzeit einige Stunden in Anspruch nimmt, was für jüngere Kinder eine Belastung darstellen kann. Auch wenn dieses Service sowohl von den ProjektleiterInnen als auch von den teilnehmenden Familien positiv beurteilt wird, ist es angesichts von knappen Ressourcen schwer zu rechtfertigen.

## Zusammenfassung

Mit spezifisch auf Kinder aus alkoholbelasteten Familien ausgerichteten Angeboten lässt sich nur ein kleiner Teil der in Österreich auf ca. 100.000 geschätzten betroffenen Kinder und Jugendlichen erreichen. Die Anstrengungen in diesem Kontext richten sich nicht nur auf eine Verbesserung der Inanspruchnahme, sondern auch auf den Auf- bzw. Ausbau alternativer Zugänge zu dieser wichtigen Zielgruppe der Prävention. Die indirekte Unterstützung innerhalb bestehender Strukturen, wie z.B. Schule, stellt eine wichtige Zugangsform dar und setzt eine entsprechende Sensibilisierung und Schulung der MultiplikatorInnen voraus. Die Planung und Implementierung von spezifischen Angeboten ist nicht nur durch fachliche, sondern zunehmend auch durch ökonomische Über-

legungen geprägt. Fachlich sinnvolle Ansätze lassen sich angesichts knapper finanzieller Ressourcen nicht immer wie gewünscht umsetzen.

## Literatur

- Klein, M. (Hrsg.) (2008). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. In Klein, M. & Bätzing, S. (Hrsg.), *Kinder und Suchtgefahren. Risiken – Prävention – Hilfen* (S. 114-127). Stuttgart: Schattauer.
- Puhm, A. (2012). Kinder alkoholkranker Eltern im Beratungskontext. *Rausch*, 2, 86-89.
- Puhm, A., Gruber, C., Uhl, A., Grimm, G., Springer, N., Springer, A. (2008). *Kinder aus suchtblasteten Familien – Theorie und Praxis der Prävention*. Wien: Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung, AlkoholKoordinations- und InformationsStelle des Anton-Proksch-Instituts.
- Sher, K. J. (1991). *Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Uhl, A. (2008). Problems in Assessing Prevalence of Children in Families with Alcohol Problems. In Velleman, R., Templeton, L. (Eds.), *Children in families with alcohol problems*. Oxford: Oxford University Press.
- Zobel, M. (2006). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen*. 2. überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.



© Sonja Bachmayer

**Mag. Dr. Alexandra Puhm, MSc**  
Gesundheit Österreich GmbH  
Stubenring 6  
A-1010 Wien  
alexandra.puhm@goeg.at

# Alkohol am Arbeitsplatz – Probleme und Perspektiven der Prävention und Intervention in Österreich

Senta Feselmayer & Wolfgang Beiglböck

## Zusammenfassung

Während in der Bundesrepublik Deutschland betriebliche Alkoholpräventionsprogramme langjährige Tradition haben, werden derartige Programme in Österreich erst seit den frühen 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts in breiterem Umfang durchgeführt und von den Unternehmen als sinnvolle Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung angesehen. Dieser Umstand liegt wohl weniger darin begründet, dass österreichische Unternehmen von dieser Problematik weniger betroffen wären als deutsche, es ist vielmehr so, dass die Problembereiche „Alkohol“ bzw. „Alkoholgefährdung und -abhängigkeit“ in Österreich einem größeren Tabu unterliegen dürften. Dabei spiegelt sich in österreichischen Unternehmen wohl nur die österreichische Gesamtsituation im Umgang mit dieser Problematik wider.

Nachfolgender Artikel soll sich daher v.a. mit der Problemen und Perspektiven der Alkoholprävention am Arbeitsplatz in österreichischen Unternehmen beschäftigen und weniger die theoretischen Hintergründe und die allgemeinen Vorgangsweisen darstellen. Der interessierte Leser sei in diesem Zusammenhang auf den Vorgängerartikel in dieser Zeitschrift hingewiesen (Beiglböck & Feselmayer, 2013).

## Historische Entwicklung

Die erste bekannte gesetzliche Regelung erfolgte in Österreich bereits 1803, indem die sogenannte „eingeleitete Trunksucht“ (wohl als Alkoholerkrankung zu verstehen) bei Dienstgesinde als strafbarer Tatbestand festgelegt wurde (Dieser Paragraph überdauerte fast 130 Jahre Gesetzgebung!). 1852 wurde diese Regelung auf Tätigkeiten auf Dächern, Gerüsten und bei Feuergefahr erweitert. Weiters wurde die Auszahlung des Lohnes in Gaststätten verboten. Sowie „Arbeitern, ... insbesondere geistige Getränke auf Rechnung des Lohnes zu creditieren.“

In diesem Zusammenhang ist auch zu verstehen, dass sich im Jahr 1901, beim 8. Kongress gegen den Alkoholismus in Wien, die damalige Wissenschaft mit Themen wie „Die theilweise Entlohnung der Brauereiarbeiter durch Bier“ befasste. In den zwanziger und dreißiger Jahren des vorigen Jahrhunderts spielte v.a. auf sozialdemokratischer Seite die Arbeiterabstinentenbewegung mit ihrem Leitspruch „Ein denkender Arbeiter trinkt nicht und ein trinkender Arbeiter denkt nicht“ eine nicht unbedeutende Rolle. 1925 erfolgte auch die offizielle Gründung einer katholischen Studentenverbindung mit dem (Teil-)Ziel „Abstinenz“ (Bund Neuland), dies verblieb jedoch ohne großen Einfluss. Das mag auch daran gelegen haben, dass die damalige christlich-soziale Regierung sich als „gespalten“ zwischen ihren christlichen Werten und einer Klientelpolitik für Alkoholproduzenten erwies.

Die meisten Bewegungen wurden jedoch 1934 durch den faschistischen Ständestaat verboten. Während dieser ständestaatlichen Periode wurden allerdings auch die ersten „ordnungspolitischen“ Präventionsmaßnahmen erlassen, wie etwa das Verbot, alkoholisiert ein Kfz zu lenken, oder ein Alkoholkonsumverbot für Mittelschüler. Für die folgende Zeit des „Dritten Reiches“ von 1938 bis 1945 liegen kaum Studien vor. Sie war jedoch von weiteren ordnungspolitischen Maßnahmen bis zur „Ausmerzung“ Alkoholkranker gekennzeichnet, während gegenüber dem Bierdurst der eigenen Anhänger eine ausgeprägte Toleranz herrschte (vgl. Eisenbach-Stangl, 1991).

Während der folgenden Aufschwungjahre spielte das Thema keine große Rolle – so wurde erst 1961 die erste Entwöhnungseinrichtung in Österreich für Alkoholranke gegründet. Das erste Interesse v.a. von Großunternehmen entwickelte sich erst Ende der 1980er Jahre und erfuhr in den letzten Jahren im Zuge der zunehmenden Globalisierung eine gewisse Verstärkung, als das Thema z.B. bei externen Kundenauditing international tätiger Unternehmen eine Rolle spielte.

## Derzeitige gesetzliche Grundlagen

Die Rechtsgrundlagen betreffend betriebliche Suchtprävention finden sich in vielen verschiedenen gesetzlichen Regelungen – wie dem Angestelltengesetz, dem ArbeitnehmerInnen-schutzgesetz, der Gewerbeordnung oder dem Ärztesgesetz (vgl. Novak et al., 2013, und www.ris.gv.at).

So legen suchtspezifische Regelungen z.B. fest, dass sich Arbeitnehmer durch Alkohol, Medikamente und Suchtgifte nicht in einen Zustand versetzen dürfen, in dem sie sich oder andere gefährden. Bauarbeiter dürfen in diesem Zustand die Baustelle gar nicht betreten. In den Pausen ist der Konsum allerdings erlaubt, wobei sie sich nicht in einen Zustand versetzen dürfen, der sie oder andere gefährdet. Auszubildenden ist die Lehrberechtigung zu entziehen, wenn sie einer Sucht, insbesondere der Trunksucht, verfallen sind. Ärzten kann bei Vorliegen einer Sucht sogar vorübergehend die Berufsberechtigung entzogen werden. Weitere Regelungen legen die höchst zulässige Promillezahl bei professionellen Fahrzeuglenkern im Personenverkehr fest.

Während je nach Betriebsgröße Mindestzeiten für professionelle Sicherheitsfachkräfte und Arbeitsmediziner geregelt sind, wird dies meist nur im klassischen Sinne der Unfallprävention oder der Prävention unmittelbarer Berufserkrankungen verstanden. Mit 01.01.2013 änderte sich jedoch die Rechtslage. Der Gesetzgeber hat in einer Novelle zum ArbeitnehmerInnen-schutzgesetz Arbeitgeber dazu verpflichtet, arbeitsbedingte psychische Fehlbelastungen zu ermitteln, zu beurteilen, zu dokumentieren und entsprechende betriebliche Maßnahmen zu setzen. Eine weitere Argumentationshilfe für die Einrichtung suchtpreventiver Maßnahmen am Arbeitsplatz besteht auch in der gesetzlich festgelegten Fürsorgepflicht der Arbeitgeber.

## Folgekosten

Das genaue finanzielle Ausmaß ist aufgrund nicht nur methodologischer Probleme auch international schwer abzuschätzen. In Österreich kommt noch hinzu, dass die immer wieder kolportierten Zahlen aus teilweise recht alten Daten stammen, da keine rezenten Studien dazu vorliegen. Zieht man diese heran, so kann man – mit aller Vorsicht – folgende Gegebenheiten annehmen:

In einer Untersuchung aus dem Jahr 1995 (Eckardstein et al.) wurde versucht, die Anzahl der Alkohol missbrauchenden ArbeitnehmerInnen (AN) in österreichischen Unter-

nehmen zu erheben. 8% der Männer in den untersuchten Unternehmen konsumierten mehr als 60 Gramm reinen Alkohol pro Tag (also über der von der WHO festgelegten Gefährdungsgrenze), bei den Frauen waren es 1,7%. Insgesamt gehen die Autoren davon aus, dass diese Angaben, da mit einem hohen Prozentsatz erwünschter Antworten zu rechnen sei, den internationalen Schätzungen von 5 bis 10% der Mitarbeiter entsprechen.

Nach Seidl (1989) betrug der sich aus diesen Zahlen ergebende jährliche Verlust eines Unternehmens pro 1.000 Mitarbeiter drei Millionen österreichische Schilling (öS), d.h. ca. € 218.000,-). Pro Arbeitstag entstand österreichischen Unternehmen somit ein alkoholbedingter Schaden von 40 Millionen öS (ca. € 2,9 Millionen). Die Betriebsausfallskosten, die österreichischen Unternehmen durch alkoholgefährdete Mitarbeiter entstehen, wurden im Rahmen mehrerer Fallstudien mit 12% bis 25% im Jahr vor einer Entwöhnungsbehandlung berechnet. Dies ergibt bei 5 bis 10% betroffenen Mitarbeitern einen Ausfall von 1,25 bis 2,5% der Lohn- und Gehaltssumme per anno (Schneider, 1991).

Obwohl diese Zahlen eben recht veraltet sind, gibt es doch Hinweise, wenn auch nicht aus Österreich, dass sich die Alkoholproblematik am Arbeitsplatz wohl nicht verbessert hat. So kommt der deutsche Fehlzeitenreport aus dem Jahr 2013 zu dem Ergebnis, dass die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund der Einnahme von Suchtmitteln in den vergangenen 10 Jahren um 17% gestiegen ist (Badura et al., 2013). In Österreich werden diese Daten nicht in dieser Spezifität erhoben, jedoch haben sich auch in Österreich die Fehlzeiten aufgrund psychiatrischer Krankheitsbilder dramatisch erhöht (Leoni, 2014).

## Integratives Modell der Suchtprävention für Österreich

Im Laufe der letzten 25 Jahre haben die Autoren ein auf österreichische Verhältnisse abgestimmtes Präventionsprogramm entwickelt, das sich zwar an international gängigen Methoden orientiert (vgl. Beiglböck & Feselmayer, 2009), jedoch eben auf spezifisch österreichische Bedingungen Rücksicht nimmt.

Wesentlich ist, dass einmalige und kurzfristige Maßnahmen kontraproduktive Interventionen darstellen, die nur „Alibicharakter“ haben. Zielführender sind umfassende Programme, die eine Top-down-Vorgangsweise benötigen. Nicht zuletzt aufgrund der hierarchischen Strukturierung der österreichischen

Unternehmenskultur ist es notwendig, dass die Implementierung seitens der obersten Führungsebene erfolgen muss. Zusätzlich sollte jedoch auch in den obligaten Projektgruppen ein Projektmentor aus der obersten Führungsebene sich für das Projekt verantwortlich fühlen. Andererseits müssen – nicht nur aus Gründen der in Österreich stark verankerten Sozialpartnerschaft – sondern auch aus nachvollziehbaren inhaltlichen Gründen neben der Geschäftsführung auch Personalvertretung, Arbeitsmedizin und arbeitspsychologischer Dienst mitarbeiten.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein derartiges Projekt als Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahme und nicht als „therapeutische“ Intervention verstanden wird. Die Autoren haben in Österreich einige Projekte scheitern gesehen, die genau dies nicht berücksichtigt haben.

Die Grundzüge der Arbeit einer Projektgruppe umfassen u.a. Folgendes:

- Erhebung, wie Alkohol in die Unternehmenskultur eingebettet ist (Gibt es Alkohol in der Kantine, obwohl ein Alkoholverbot besteht? Gibt es das Gläschen Sekt zum Geburtstag schon am Vormittag?)
- Identifikation von Risikofaktoren (Überlastung; Burnout; Wo sind die „nassen Zellen“?)
- Erstellung von Richtlinien für die Akutsituation (Was geschieht mit alkoholisierten Mitarbeitern im Dienst? Wer kann vom Arbeitsplatz verweisen? Wie sieht der Heimtransport aus?)
- Nutzung innerbetrieblicher Medien und bereits vorhandener Strukturen (z.B. Sicherheitsgespräche, etc.) zur Primärprävention
- Erstellung von Hilfsmaßnahmen für bereits erkrankte Mitarbeiter, im Regelfall mithilfe eines sogenannten „Stufenplanes“: Gemeint ist damit, den konsequenten Umgang mit gefährdeten Mitarbeitern mit Hilfsangeboten zu koppeln. Das bedeutet, dass vier bis sechs Gespräche mit einer zunehmenden Öffentlichkeit und einem zunehmenden Ausmaß an Konsequenzen und Hilfestellungen für die Betroffenen geführt werden.
- Entwicklung geeigneter Schulungsmaßnahmen für alle Mitarbeiter mit Führungsfunktion beziehungsweise für bestimmte Zielgruppen
- Evaluation der getroffenen Präventionsmaßnahmen.

Die Schulung der Führungskräfte stellt einen wesentlichen Teil des Programms dar. Neben der Sensibilisierung der Führungskräfte für diese Problematik (Gibt es einen „gesunden“ Umgang mit Alkohol? Ab wann wird es gefährlich? Wie kann ich beginnende Probleme bei

meinen Mitarbeitern erkennen?) und einer theoretischen Einführung in diesen Themenbereich zum Thema Früherkennung, Verlauf, Auswirkungen und so weiter stellt vor allem die Gesprächsführung einen wesentlichen Bestandteil dieser Schulungen dar. Die Gesprächsführung mit Gefährdeten und Abhängigen gehört für Vorgesetzte mit Führungsverantwortung zu den besonders schwierigen Aufgaben. Erfahrungsgemäß ist das erste problemzentrierte Gespräch, vorerst im Sinne eines „Fürsorgegesprächs“, wo besondere Schwellenängste überwunden werden müssen, eher schwierig und muss besonders geübt werden.

Obwohl der Begriff „Co-Abhängigkeit“ in wissenschaftlichen Kreisen zunehmend mit Vorsicht gesehen wird, stellt der Umstand an sich jedoch in einem Umfeld, in dem Alkohol noch immer tabuisiert ist, einen zu berücksichtigenden Faktor dar, da daran die Umsetzung eines Präventionsprogrammes scheitern kann.

Der Mangel an Suchtselbsthilfeorganisationen in Österreich mag auch der Grund dafür sein, warum unreflektiert übernommene Programme aus Deutschland in Österreich oft gescheitert sind. Damit meinen wir vor allem den innerbetrieblichen Suchthelfer. In einer Situation, in der es schon Arbeitsmediziner schwer haben ihre Vertraulichkeit gegenüber dem Arbeitgeber zu kommunizieren, wird Mitarbeitern, die sich dafür zur Verfügung stellen, noch weniger getraut. Daher wird diese Einrichtung in Österreich nicht in Anspruch genommen.

Wenn derartige Projekte nicht nur kosmetischen Charakter haben sollen, müssen sie auf einen langen Zeitraum angelegt sein und dürfen sich nicht nur in Blitzaktionen, wie z.B. einmalige Vorträge, erschöpfen. Außerdem müssen diese Maßnahmen auch für alle Mitarbeiter transparent sein.

## Evaluation

Die Evaluation gesetzter Maßnahmen hat im betrieblichen Alltag üblicherweise einen hohen Stellenwert, aber gerade bei Alkoholpräventionsprogrammen erfolgt diese so gut wie gar nicht. Einerseits wollen österreichische Unternehmen meist Maßnahmen sofort gesetzt sehen und haben kein Interesse an der Erhebung von Baseline-Daten, andererseits entsteht bei den Autoren auch öfters der Eindruck, dass das wahre Ausmaß des Problems in der vollen Bandbreite offiziell gar nicht so gern wahrgenommen wird. Oft werden jedoch im Verlauf der Projekte „Erfolgsbeweise“ verlangt. Eine üblicherweise von den Unternehmen akzep-

tierte Form der Evaluation besteht in einer „versteckten“ Evaluation im Rahmen des Seminarfeedbacks. Dieses erfolgt nicht unmittelbar nach Ende des Seminars, sondern wird erst mit einer Verzögerung von zumindest 6 Monaten anonym erbeten. Firmenbezogene Daten können an dieser Stelle nicht veröffentlicht werden, aber nach der Betreuung von knapp 100 Unternehmen aus allen Bereichen der Wirtschaft und der öffentlichen Verwaltung konnten wir einen Überblick über die Gesamtentwicklung feststellen. So konnten z.B. drei Jahre nach Beginn eines Projektes in einem großen Verwaltungsbereich mehr als 75% der Seminarteilnehmer einen veränderten Umgang mit Alkohol im Unternehmen beobachten. Abgesehen von einem größeren Problembewusstsein werden auf diesem Weg auch konkrete Veränderungen erfasst, wie z.B. dass weniger Firmenfeiern mit Alkohol stattgefunden haben bzw. auch bei auswärtigen Schulungen weniger Alkohol konsumiert wird. Die Führungskräfte berichten auch oft über die erworbene Fähigkeit, einen problematischen Konsum bei ihren Mitarbeitern früher zu erkennen und adäquater reagieren zu können. Im Sinne einer Begleitevaluation ergibt sich dadurch auch die Möglichkeit, Schwierigkeiten in der betrieblichen Umsetzung zu erfassen und das Projekt kontinuierlich zu verbessern

## Perspektiven

Bisher wurden Alkoholpräventionsmaßnahmen in Österreich überwiegend in Großunternehmen implementiert; allerdings sind bis zu 80% aller österreichischen Unternehmen Klein- und Mittelunternehmen. Diese konnten mit den bisherigen Strukturen nicht erreicht werden. Dazu müssten überbetriebliche Netzwerke geschaffen werden, wobei dies wahrscheinlich über die entsprechenden Interessensvertretungen (Wirtschaftskammer, Unfallversicherungen, Krankenkassen...) am besten gelingen könnte.

Diese wären auch für eine vermehrte Öffentlichkeitsarbeit, auch unter Einbeziehung öffentlich rechtlicher Träger (Arbeiterkammer, Gewerkschaft, ...) zu gewinnen. Obwohl sich in den letzten Jahrzehnten vermehrt Betriebe mit dieser Problematik auseinandergesetzt haben, hat sie noch nicht jene Öffentlichkeitswirksamkeit wie z.B. in Deutschland.

Erfreulich ist der Umstand, dass eine Ausweitung auf kommunale und öffentliche Unternehmen und v.a. Krankenanstalten in den letzten Jahren zu beobachten ist, wobei auch hier noch einiges an Entwicklungspotential offen bleibt.

Um von bereits vorhandenen Erfahrungen profitieren zu können, wäre des Weiteren auch eine Vernetzung nicht nur der professionellen Anbieter solcher Programme, sondern auch jener Unternehmen, die bereits derartige Programme implementiert haben, begrüßenswert.

Für eine bessere Anpassung an die realen Gegebenheiten wäre – wie schon oben angeführt – eine Aktualisierung der Begleitforschung hilfreich. So gibt es zum Beispiel zwar zunehmend Hinweise, dass der Anteil der Frauen mit Alkoholerkrankung im Steigen begriffen ist, wir wissen jedoch nicht inwieweit sich das auf die Situation am Arbeitsplatz niedergeschlagen hat.

Der Wunsch nach mehr Evaluation bereits bestehender Projekte besteht zwar nicht nur aus wissenschaftlichem Interesse. Evaluation könnte auch Unternehmen wertvolle Hinweise auf die Effizienz dieser Projekte liefern. Eine Umsetzung liegt aber in den Händen dieser Unternehmen, die eben nur ein geringes Interesse daran haben.

Eine Qualitätssicherungsmaßnahme bestünde auch darin, Qualitätsstandards für diese Projekte zu entwickeln, wobei dabei nicht bei null begonnen werden müsste. Bereits bestehende Standards müssten an die österreichische Situation angepasst werden (vgl. z.B. DHS, 2011).

Ein weiterer Wunsch wäre eine klarere rechtliche Definition der Rahmenbedingungen. So ist z.B. die Durchführung von Kontrollmaßnahmen („Alkotests“) zwar in Österreich eigentlich „verboten“, es existieren jedoch Möglichkeiten, dies juristisch zu „umgehen“ (vgl. Reissner, 2008). In Verkehrsunternehmen z.B. wird dieses Verbot so gut wie kaum beachtet – wobei dies im öffentlichen Interesse durchaus zu diskutieren wäre, ob bei Hochsicherheitsberufen derartige Kontrollmaßnahmen unter strenger Beachtung ethischer Richtlinien nicht doch zu erlauben wären.

## Abschließende Bemerkungen

Alkoholprävention am Arbeitsplatz hat sich international als effektive, zielgerichtete Maßnahme im Bereich der Suchtprävention erwiesen. Auch wenn es in Österreich noch viele offene Fragen gibt, können wir nach 25 Jahren Tätigkeit in diesem Bereich durchaus davon ausgehen, dass – nach entsprechenden Anpassungen an die österreichische Situation, die wir in diesem Artikel darzustellen versucht haben – auch im österreichischen Kontext derartige Programme erfolgreich umgesetzt werden.

## Literatur

- Beiglböck, W. & Feselmayer, S. (2009). Addiction at Work – A Challenge for Occupational Health Psychology. In Antoniou, A.-S. G., Cooper, C. L., Chrousos G. P., Spielberger, Ch. D., Eysenck M. W. (Eds.): *Handbook of Managerial Behavior And Occupational Health*. Cheltenham: Edward Elgar Publ.
- Beiglböck, W. & Feselmayer, S. (2013). Alkohol und andere Drogen am Arbeitsplatz. *Rausch*, 2, 85-92.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.). *Fehlzeiten-Report 2013*. Berlin: Springer.
- DHS (Hrsg.) (2011). *Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)*. 2. Auflage. [http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Arbeitsfeld\\_Arbeitsplatz/Qualitaetsstandards\\_DHS\\_2011.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Arbeitsplatz/Qualitaetsstandards_DHS_2011.pdf) (abgefragt am 7.1.2015).
- Eckardstein, D. v., Lueger, G., Niedl, K. & Schuster, B. (1995). *Psychische Befindlichkeitsbeeinträchtigungen und Gesundheit im Betrieb*. München: Rainer Hampp.
- Eisenbach-Stangl, I. (1991). *Eine Gesellschaftsgeschichte des Alkohols. Produktion, Konsum und soziale Kontrolle alkoholischer Rausch- und Genussmittel in Österreich 1918-1984*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Leoni, T. (2014). *Fehlzeitenreport 2013 – Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. <https://www.arbeitsinspektion.gv.at/NR/rdonlyres/76127920-002A-4EEB-A3D8-B1CC8C4779F8/0/Fehlzeitenreport2013.pdf> (abgefragt am 7.1.2015).
- Novak, R. & Lechner-Thomann, A. (2013). *Arbeitnehmerschutzgesetz*. Wien: Linde.
- Reissner, G.-P. (2008). Die Auswirkungen von drogen- und alkoholbedingten Arbeitsausfällen auf arbeitsrechtliche Ansprüche und Kündigungsschutz. In Reissner, G.-P. & Strohmayer, U. (Hrsg.), *Drogen und Alkohol am Arbeitsplatz* (S. 45-64). Wien: Verlag Österreich.
- Seidl, C. (1989). *Alkohol im Betrieb. Personalwirtschaftliche Reihe*. Band 2. Wirtschaftsuniversität Wien.
- Schneider, S. (1991). *Vorteilhaftigkeitsuntersuchung der Alkoholentwöhnungskur im Anton-Proksch-Institut*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Wien.



© privat

### Dr. Wolfgang Beiglböck

Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, Arbeitspsychologe, Psychotherapeut, Univ.-Lektor, Lehrbeauftragter  
beiglboeck@go.or.at



© privat

### Dr. Senta Feselmayer

Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin, Organisationspsychologin, Psychotherapeutin  
feselmayer@go.or.at