

Menschenbilder in der Suchtprävention

Angesichts der aktuellen politischen Diskussion in der Schweiz ist es notwendig, die Lücken in A. Uhl's Ausführungen aufzuzeigen, um die begrüssenswerte Entwicklung eines Zusammenwirkens von Verhältnis- und Verhaltensprävention sowie der Qualitätssteigerung in der Suchtprävention nicht zu bremsen.

MATTHIAS MEYER*

Im oben genannten Artikel hinterfragt Dr. Alfred Uhl zum wiederholten Male¹ den Ansatz der Verhältnisprävention, indem er diesen als undemokratisch und paternalistisch-kontrollierend brandmarkt. Es ist im deutschsprachigen Raum zwar nicht üblich, Thesen von Kollegen öffentlich zu hinterfragen, angesichts der aktuellen politischen Diskussion in der Schweiz ist es hier jedoch notwendig.

Grundlagen der Prävention

Es gibt viele Versuche, Prävention zu definieren. Dieser Begriff hat sich in den letzten 100 Jahren entwickelt, ge-

nauso wie sich auch die Massnahmen dem jeweiligen Wissensstand der Forschung angepasst haben. Dies ist ein natürlicher Prozess. Dazu gehört auch, dass ältere Erkenntnisse von Neuere hinterfragt oder gar ersetzt werden. Dass die Forschung dabei eine besondere Rolle spielt, ist unbestritten: Sie treibt den Prozess der Erneuerung mit ihren Erkenntnissen voran. Ich möchte hier nicht auf die Diskussion eintreten, welche Aussagekraft die Wirksamkeitsforschung bezüglich der Suchtprävention hat und was wir mit Forschung belegen resp. nicht belegen können. Dies würde den Rahmen dieses Beitrages sprengen. Ich stimme jedoch mit A. Uhl überein, dass uns die Forschung im Moment häufig nicht die Antworten geben kann, welche wir uns für den Wirksamkeitsnachweis unserer Arbeit wünschen würden.

Ziel jeglicher Prävention muss das Reduzieren oder gar Verhindern von konkreten Schäden (z. B. das Erkranken eines Individuums, aber auch gesellschaftliche Belastungen) sein. Damit überhaupt ein Bedürfnis nach Prävention entsteht, muss zuerst die Gesellschaft oder der Einzelne ein Problem definieren, das es zu verhindern gilt. Deshalb ist die Problemreduktion für mich nicht eine Klassifikation wie für A. Uhl², sondern das Ziel jeglicher Präventionsaktivitäten. Dieser Unterschied wird dann bedeutsam, wenn Ziele für die jeweiligen präventiven Massnahmen festgelegt werden.

Die Kategorienbildung in einen demokratisch-emanzipatorisch und einen paternalistisch-kontrollierenden Ansatz³ ist wenig zweckmässig. Die demokratische Mehrheit kann durchaus kontrollierende Massnahmen beschliessen, welche dann sowohl die demokratische Mehrheit wie auch die demokratische Minderheit einschränken. Ich finde es persönlich nicht ein Zeichen von Unmündigkeit oder Un-

selbständigkeit⁴, wenn man für Geschwindigkeitsbegrenzungen auf Autobahnen oder in Wohnquartieren einsteht oder kostendeckende Steuern für schädliche Produkte (Treibstoff oder Suchtmittel) fordert. Zudem geht A. Uhl in seinem Beitrag mit keinem Wort auf die Eigenverantwortung der Konsumierenden, aber auch der anderen gesellschaftlichen Akteurinnen und Akteure ein. Die Eigenverantwortung ist für mich jedoch ein wichtiger Bestandteil des von A. Uhl geforderten Primats von Freiheit, Ehrlichkeit und Förderung von Emanzipation und Selbständigkeit in der Prävention⁵.

Kritik an der Rückkehr des Paternalismus

Für A. Uhl beginnt die Suchtprävention historisch bei den Abschreckungskampagnen, welche dann durch die Lebenskompetenzsteigerung und sachliche Informationsvermittlung abgelöst wurden.⁶ Damit berücksichtigt er nicht, dass bereits im 19. Jahrhundert im Zuge der Alkoholschwemme in den meisten europäischen Ländern angebotslenkende Massnahmen eingeführt wurden. Ein Teil dieser Massnahmen sind in der Schweiz heute noch gültig (z. B. das Alkoholgesetz des Bundes, oder auf kantonaler Ebene das Abgabeverbot alkoholischer Getränke an Betrunkene), andere wurden im Zeichen der Liberalisierung aufgehoben (Bedürfnisklausel oder kürzlich das Absinthverbot). Die Besteuerung alkoholischer Getränke begann sogar bereits im 17. Jahrhundert, hatte aber vornehmlich fiskalische Zielsetzungen, also mehr Steuereinnahmen zu generieren.

Es ist festzuhalten, dass es einschränkende oder, um beim Sprachgebrauch von A. Uhl zu bleiben, paternalistisch-kontrollierende Massnahmen zur Angebotslenkung seit über 150 Jahren

* Matthias Meyer, Leiter des Gesundheitsamtes des Kantons Zug, Aegeristrasse 56, 6300 Zug, E-Mail: Matthias.Meyer@gd.zg.ch; www.zug.ch/Gesundheitsamt



gibt und diese in der Bevölkerung auch eine grosse Akzeptanz haben.

A. Uhl kritisiert den verstärkten Einfluss der amerikanischen und nordeuropäischen Alkohol- und Drogenpolitik, dies vor allem innerhalb der internationalen Organisationen wie der WHO und der EU, aber auch auf den deutschsprachigen Raum⁷.

Hier müssen verschiedene Aspekte angesprochen werden, die diesen Vorwurf ins richtige Licht rücken:

■ Sowohl die WHO wie auch die EU werden von Forschenden und anderen Experten/innen beraten, welche u.a. Vorschläge für Massnahmen (z. B. Aktionspläne oder Gesetzesentwürfe) erarbeiten. Diese Papiere werden jedoch von den Politikerinnen und Politikern der Mitgliedsländer ratifiziert. Auf den gesamten Prozess hat die Alkohol- und Tabakindustrie aus meiner Sicht einen sehr viel stärkeren Einfluss als die Prävention oder die Forschung.

■ Dass die skandinavischen Länder diesen Prozess nicht prägend beeinflussen können, zeigt die Entwicklung innerhalb der EU. Sowohl Finnland wie auch Schweden mussten ihre Alkoholgesetzgebung den süd- und mitteleuropäischen Vorstellungen anpassen: Wie es sich jetzt zeigt, führt dies in den betroffenen Ländern zu einer deutlichen Zunahme alkoholbedingter Probleme.

■ In der Vergangenheit hat jedes Land besonders diejenigen Präventionsmethoden weiter entwickelt, welche auf die eigene Problemlage am besten passen. Das Alkoholkonsumverhalten in den verschiedenen europäischen Regionen (und den ehemaligen Kolonien der entsprechenden Länder) hat sich aufgrund der unterschiedlich verfügbaren alkoholischen Getränke verschieden entwickelt: In Skandinavien, England und Irland gab es vor allem Spirituosen, es entwickelte sich eine Wochenend-Saufkultur (heute modern «Bingen» genannt). In Mittel- und Südeuropa gab es vor allem Wein und Bier, diese alkoholischen Getränke wurden täglich konsumiert, sich zu betrinken war dagegen von den Gesellschaften in diesen Regionen wenig oder höchstens nur zu bestimmten Gelegenheiten akzeptiert.

In der Folge wurde im nördlichen Europa die Prävention primär auf die Verminderung der Schäden durch den Alkoholrausch ausgerichtet, in Mittel- und Südeuropa eher auf die Reduktion der Schäden des chronischen Konsums (Verhinderung der Abhängigkeit).

In den letzten 10 Jahren konnte eine starke Vermischung der traditionellen Konsumkulturen festgestellt werden. Es ist daher nur normal, wenn nun in

Mittel- und Südeuropa zur Reduktion der Schäden aus dem Bingen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen Massnahmen diskutiert werden, die in denjenigen Ländern, in denen dieses Konsumverhalten die traditionelle Trinkkultur bildet, bereits seit Jahren umgesetzt werden. Im Gegenzug dazu werden in Skandinavien erfolgreiche therapeutische Ansätze der mittel- und südeuropäischen Alkoholtherapie und -nachsorge adaptiert.

■ Zudem darf nicht vergessen werden, dass in Skandinavien die demokratisch-emanzipatorische Prävention und Grundhaltung eine sehr viel längere Tradition hat als in den deutschsprachigen Ländern. Auch investieren die nordischen Länder deutlich mehr Mittel in die «demokratisch-emanzipatorische Prävention» als die mittel- und südeuropäischen Länder. Dies hat u.a. auch zur Folge, dass der Alkoholkonsum pro Kopf in Skandinavien und auch in den USA deutlich unter demjenigen der deutschsprachigen Länder liegt. Nimmt man den von der Alkoholindustrie häufig empfohlenen Wert von 2 Gläsern eines alkoholischen Getränkes pro Tag für gesunde Erwachsene als Massstab eines risikoreichen Konsums, müsste ein Land einen pro-Kopf-Konsum von unter 6 Litern reinen Alkohols aufweisen. Davon



Alkohol-pro-Kopf-Konsum im internationalen Vergleich

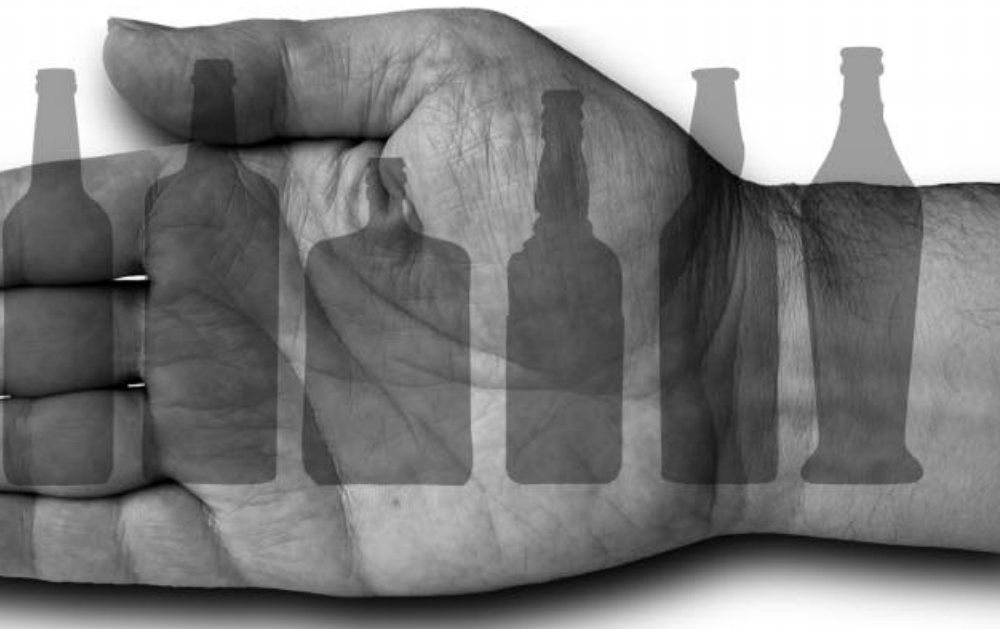
Durchschnittlicher Jahreskonsum (2001) je Einwohner in Litern

	Wein	Bier	Spirituosen (100 Vol-%)	Total in reinem Alkohol (100 Vol-%)
Irland	11.8	150.8	2.4	10.8
Portugal	*50.0	61.3	1.4	10.6
Frankreich	56.9	35.9	*2.4	10.5
Spanien	36.2	75.0	*2.4	10.5
Deutschland	23.9	123.1	1.9	10.4
Ungarn	*31.0	*64.0	*3.0	9.8
Dänemark	31.2	98.6	1.1	9.5
Österreich	31.0	106.9	*1.4	9.2
Schweiz	43.1	57.1	1.6	9.1
Grossbritannien	*17.5	97.1	*1.5	8.5
Belgien	18.7	98.0	1.2	8.2
Zypern	*16.8	60.3	*3.2	8.2
Niederlande	18.9	80.5	1.7	8.1
Italien	50.0	28.9	0.4	7.6
Neuseeland	16.7	*80.0	1.6	7.6
Australien	*20.0	93.0	*1.2	7.4
Finnland	20.1	80.2	2.1	7.4
Polen	*6.0	*60.5	*3.3	7.0
USA	*7.6	83.2	1.9	6.7
Kanada	10.1	68.8	2.0	6.6
Japan	*2.5	*40.0	*2.9	6.5
Bulgarien	*21.4	*25.0	*2.2	6.0
Schweden	*15.5	55.3	*1.0	4.9
Norwegen	*11.0	50.8	*0.8	4.4
Island	*8.0	*49.0	*1.0	3.9

* Schätzungen

Quelle: World Advertising Research Center (2003). World drink trends 2003.

sfa / ispa



sind wir im deutschsprachigen Europa noch weit entfernt.

Es ist kein Widerspruch, wie A. Uhl behauptet⁸, wenn die WHO in der Ottawa-Charta die Gesundheitsförderung und Ansätze wie Empowerment propagiert und in der Prävention u.a. auch staatliche Interventionen befürwortet. Die Ottawa Charta betont sogar explizit, dass verhältnisorientierte Interventionen auf der Ebene Staat und Politik eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung darstellt.

Wenn wir mit der Prävention erklärtermassen Probleme reduzieren wollen, dann müssen wir uns auch damit beschäftigen, welche Ursachen zu diesen Problemen führen. Da A. Uhl auf diesen Bereich nicht eingeht, bezieht er auch einen wichtigen Faktor in seine Überlegungen nicht mit ein: den Markt und die Industrie.

Selbst liberalste Ökonomen sprechen dem Staat die Aufgabe zu, den Markt zu regeln, wenn ungleich starke Partner aufeinander treffen. Der gesamte Jugendschutz in unserer Kultur, aber nicht nur dieser, basiert auf der Philosophie, dass der Schwache in Gefährdungssituationen Schutz vor dem Stärkeren bedarf. Zudem ist unbestritten, dass ein im Markt Handelnder auch die Verantwortung für die Folgen seines Handelns übernehmen muss. Der Staat ist auch hier gefragt, wenn diese Verantwortung nicht übernommen wird resp. werden kann. Es gibt aus meiner Sicht keine Massnahme in der von A. Uhl kritisierten Publikation von Babor et al. (2003)⁹, welche nicht unter

einem dieser beiden Aspekten gesehen werden muss.

Darf, soll oder muss die Wirkung von Prävention messbar sein?

Ein wichtiger Teil in der Argumentation von A. Uhl folgt der Frage, welchen Stellenwert die Evaluation von Prävention erhalten soll.¹⁰ Wie bereits erwähnt, stimme ich mit A. Uhl überein, dass es die heutigen Methoden und Rahmenbedingungen der Forschung nicht immer ermöglichen, die Wirkung einer Präventionsmassnahme endgültig zu klären. Allerdings gehe ich mit A. Uhl nicht einig, dass deshalb die Forderung nach einem Nachweis der Wirkung von Prävention in Frage zu stellen sei.¹¹ Aus meiner Sicht darf es nicht sein, dass sich die Prävention auf den Standpunkt zurückzieht, ihre Arbeit kann mit den bestehenden Methoden nicht evaluiert werden, also darf die Wirksamkeit nicht hinterfragt werden.

Ich erinnere mich immer wieder gerne zurück an das Referat von Prof. Dr. Jürgen Rehm an der BAG-Tagung «Voneinander lernen 2» in Zürich (2002), als er es wagte, einen Kosten-Nutzen-Vergleich zwischen einzelnen Massnahmen der Verhältnis- und der Verhaltensprävention zu ziehen. Der Grossteil der Anwesenden fühlte sich und seine Arbeit massiv in Frage gestellt, entsprechend dominierten in der Folge die Diskussionen über diesen Beitrag das weitere Tagungsgeschehen. J. Rehm hatte offensichtlich mit

seinem Beitrag einen Tabubruch begangen.

Dabei zeigt gerade die Tabakprävention deutlich, welche Wirkung die von A. Uhl kritisierten¹² paternalistisch-kontrollierenden Rauchverbote in öffentlich zugänglichen Lokalen auf die Raucherrate resp. die Anzahl gerauchter Zigaretten haben. Ich kann nicht abschätzen, wie viel Aufwand notwendig gewesen wäre, um auf einem demokratisch-emanzipatorischen Weg, den heute in Italien beobachtbaren Rückgang des Anteils von Rauchenden in der Gesellschaft zu erreichen.

Zudem glaube ich nicht, dass es ethisch vertretbar wäre, wenn man der Gesellschaft bewusst derart wirksame und kostengünstige Massnahmen vorenthält. Die aktuelle öffentliche Meinung beweist zudem, dass die Gesellschaft durchaus bereit ist, Einschränkungen in ihrer Freiheit in Kauf zu nehmen, um von grösseren Einschränkungen oder Schäden geschützt zu werden. Dass A. Uhl diese Grundhaltung breiter Teile der Bevölkerung als das Resultat einer «Pseudodemokratie» bezeichnet¹³, ist für mich unverständlich. Ich bin überzeugt, dass eine Präventionsaktivität (Verhältnis- oder Verhaltensprävention) nur dann eine Berechtigung hat, wenn sicher gestellt ist, dass Aufwand und Ertrag in einem guten Verhältnis zueinander stehen. Wenn von Schülerinnen und Schülern, Lehrpersonen, Eltern, anderen Multiplikatoren/innen und Zielpersonen sowie dem Staat Ressourcen eingesetzt werden, haben diese Beteiligten auch ein Anrecht darauf, dass die verantwortlichen Präventionsfachleute möglichst effektive und effiziente Massnahmen auswählen. Für mich – und ich glaube, hier stimmt A. Uhl mit mir überein – ist die staatlich geförderte Präventionsarbeit eine öffentliche Dienstleistung und primär ihrer unterschiedlichen Kundschaft (Geldgebende, Zielpersonen usw.) gegenüber verantwortlich.

Die Forderung nach der Überprüfung der Wirksamkeit von Massnahmen ist aus einem weiteren Grund nicht nur legitim, sondern in höchstem Masse dringlich. In einem gesellschaftlichen Umfeld, welches tendenziell die Staatsquote reduzieren möchte, wird auch



die Suchtprävention nicht umhinkommen, Rechenschaft über die investierten Staatsressourcen abzulegen. Hier ist meine Erwartung, ja Forderung an die Forschung, erstens geeignete Methoden zu entwickeln, damit für alle Präventionsansätze nachgewiesen werden kann, unter welchen Bedingungen sie wirken und zweitens dann solche Massnahmen auch zu empfehlen. Diese Form des Wissenstransfers findet heute noch viel zu wenig statt.

Gesundheitsförderung Schweiz zeigt mit ihrem Ansatz der «models of good practice», dass es auch anders geht. Obwohl die Disziplin der Gesundheitsförderung sehr viel jünger als die der Suchtprävention ist, wird es in den nächsten Jahren eine grosse Anzahl Projekte geben, welche auf Basis der heute durchführbaren Forschung evaluiert wurden und zum breiten Einsatz in der ganzen Schweiz empfohlen werden. Ich frage mich, warum es in der Suchtprävention noch keine derartigen Empfehlungen oder Vorgaben einer nationalen Institution für so wichtige Bereiche wie die Suchtprävention in Schulen oder die Arbeit mit Eltern gibt.

Fazit und Forderungen

Die von A. Uhl eingeführte Klassifikation in einen demokratisch-emanzipatorischen und einen paternalistisch-kontrollierenden Präventionsansatz ist wenig hilfreich, da sie die Verhält-

nisprävention verunglimpft und die Verhaltensprävention hervorhebt. Die auch in der Schweiz durch die Arbeiten der Forschungsgruppe rund um Thomas Babor ausgelöste Diskussion über die Wirksamkeit oder den Kosten-Nutzen-Faktor der Suchtprävention darf sich nicht auf eine Auseinandersetzung zwischen den Anhängern/innen der Verhaltens- oder Verhältnisprävention über den «richtigen» Ansatz reduzieren, sondern muss die Disziplin Suchtprävention insgesamt weiterbringen. Dazu wäre notwendig, dass man sich zumindest auf folgende Eckwerte verständigen könnte:

- Die Auswahl der Massnahmen in der Suchtprävention muss sich an den zu reduzierenden Problemen orientieren.
- Massnahmen sollen nur dann ergriffen werden, wenn diese nach dem aktuellen Stand der Forschung nachweisbar zur Problemreduktion beitragen.
- Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle Massnahmen im gleichen Umfang zur Problemreduktion beitragen. Deshalb sollen im Rahmen eines umfassenden Konzeptes auch Massnahmen durchgeführt werden können, die eigenständig betrachtet zur direkten Problemreduktion nur wenig beitragen (z.B. eine öffentliche Kampagne zur Sensibilisierung), jedoch im gesamten Konzept eine wichtige Rolle spielen.

- Suchtprävention kann nur dann wirksam sein, wenn alle Faktoren, welche zur Problemstellung beitragen (Mensch, Markt, Mittel und Gesellschaft) in die Strategie mit einbezogen werden. Die Massnahmen sind als Gesamtes so auszurichten, dass möglichst viele Faktoren Berücksichtigung finden.
- Die einzelnen Massnahmen sollen eine möglichst hohe Kosten-Nutzen-Effizienz aufweisen.
- Der Evaluation und dem Wissenstransfer ist eine hohe Priorität einzuräumen, weil es besser ist, bestehende Massnahmen zu übernehmen, als das Rad neu zu erfinden. ■

Fussnoten

- ¹ Z. B. Fachtagung «Prävention» der DHS in Bielefeld (11/2004), Fachtagung «Prävention» der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) (5/2007).
- ² vgl. SM 4/07 S. 7, 2. Spalte Mitte
- ³ vgl. SM 4/07 S. 8, 2. Spalte Mitte
- ⁴ vgl. SM 4/07 S. 9, 1. Spalte Unten
- ⁵ vgl. SM 4/07 S. 9, 2. Spalte Oben
- ⁶ vgl. SM 4/07 S. 8, 1. Spalte Mitte
- ⁷ vgl. SM 4/07 S. 9, 1. Spalte Mitte
- ⁸ vgl. SM 4/07 S. 9, 1. Spalte Mitte
- ⁹ vgl. SM 4/07 S. 10, 1. Spalte Oben
- ¹⁰ vgl. SM 4/07 S. 10, 3. Spalte Unten und S. 11
- ¹¹ vgl. SM 4/07 S. 11, 1. Spalte Oben
- ¹² vgl. SM 4/07 S. 9, 2. Spalte Mitte
- ¹³ vgl. SM 4/07 S. 9, 1. Spalte Unten