von Alfred Uhl

Suchtprävention nach heutigen Standards basiert auf einem demokratisch-emanzipatorischen Menschenbild. Sie setzt auf Eigenverantwortlichkeit statt auf Bevormundung. Den Weg dorthin zeigt Alfred Uhl auf und warnt vor Rückschrittstendenzen. Vor diesem Hintergrund plädiert er für eine kritische Reflexion vermeintlicher Messbarkeit von Präventionsmaßnahmen.

1. Historische Entwicklung der Suchtprävention

Politische Maßnahmen zur Eindämmung des Konsums bestimmter psychoaktiver Substanzen, waren im Laufe der Geschichte recht unterschiedlich. Je nach Substanz, Region und Epoche wurde der Konsum völlig freizügig gehandhabt oder kompromisslos bekämpft. Für die westliche Welt ist die Entwicklung der Drogengesetzgebung in den USA und in Europa vom 20. Jahrhundert bis heute besonders relevant.

Der kompromisslose Kampf gegen illegalisierte Drogen

Im 20. Jahrhundert nahm der Kampf gegen illegalisierte Drogen in den USA kontinuierlich zu. 1972 proklamierte der US-amerikanische Präsident Nixon einen kompromisslosen „Krieg gegen Drogen". Europa und andere Verbündete der USA zogen mit ihrer Drogengesetzgebung nach, wenngleich mit etwas zeitlicher Verzögerung. Die Maßnahmen gegen illegalisierte Drogen zielten, anders als die US-amerikanische Alkoholprohibition zwischen 1919 und 1933, nicht nur auf die Erzeugung und den Vertrieb, sondern sanktionierten auch Konsument/-innen massiv. Für den Besitz und auch den Eigenkonsum von Opiaten, Kokain oder Cannabis wurden mit dem Narcotic Control Act 1956 mehrjährige Mindestgefängnisstrafen verhängt. Es ging also weniger darum, Konsument/-innen vor den potentiellen Folgen des Substanzkonsums zu schützen und Suchtkranke zu therapieren, sondern darum, Verstöße gegen ein gesetzliches Verbot drakonisch zu bestrafen.

Die negativen Effekte dieser Strategie sind auch heute noch beachtlich. Personen, die wegen Drogendelikten verurteilt wurden, machen einen Großteil der US-amerikanischen Gefängnispopulation aus. Infolge der verbotsbedingten hohen Schwarzmarkpreise stieg die Beschaffungskriminalität – aber die erwünschten positiven Effekte blieben weitgehend aus. Die Zahl der Konsument/-innen illegalisierter Drogen nahm trotz dieser Maßnahmen ständig zu. Diese Prognosen hätte man zwar bereits aus der Ära der Alkoholprohibition ableiten können, die ja nicht zuletzt, weil sie deutlich mehr Probleme verursachte als löste, abgeschafft worden war, oder aus länger zurückliegenden gescheiterten Versuchen, bestimmte psychoaktive Substanzen zu verbieten. So konnte selbst die Androhung der Todesstrafe für Kaffee-, Tabak- und Alkoholkonsum im 16. Jahrhundert, die nicht nur auf dem Papier bestand, sondern auch häufig angewandt wur-

de, der Popularität der entsprechenden Substanzen keinen Abbruch tun (Spode, 2011).

Unter kräftigem Zutun der Massenmedien lag der Schwerpunkt der sogenannten „Rauschgiftbekämpfung" Ende der 1960er Jahre auf der strafrechtlichen Verfolgung des Konsums von und des Handels mit illegalisierten Drogen und auf präventiven Aktivitäten, die versuchten, mit Abschreckung und normativer Beeinflussung die sogenannte „Drogenwelle" zu stoppen. In diesem Sinn erfolgte 1973 in Österreich eine großangelegte Medienkampagne unter dem Motto „Halt, Rauschgift ist Selbstmord".

Als anschauliches Motiv dieser Kampagne diente ein halbseitig skelettierter Kopf einer jungen Frau, der sogar auf eine Sondermarke geprägt wurde – ein Vorgehen, das aus der Perspektive heutiger Suchtprävention befremdlich wirkt.

Die Entwicklung der modernen Suchtprävention

Am Höhepunkt des „Krieges gegen Drogen" dominierten manipulative und abschreckende Inhalte, die nicht von professionellen Suchtpräventionsfachkräften gestaltet wurden – weil es diese Profession erstens noch nicht gab und zweitens, weil die hier engagierten Entscheidungsträger/-innen gar keine Notwendigkeit sahen, ihre Strategien kritisch und fachlich zu reflektieren. Also waren auch diese ersten Ansätze von Suchtpräventionskampagnen zum Scheitern verurteilt. Filme und Bilder mit stark überzeichneten Darstellungen, die von den Konsument/-innen und deren Umfeld leicht als überzogen und nicht zutreffend zu erkennen waren, mutierten zu Kultobjekten der Gegenpropaganda und untergruben so das Vertrauen ganzer Generationen in die Kompetenz und Seriosität offizieller Suchtprävention.

Sukzessive entstanden nun Einrichtungen mit dem Auftrag „Drogen- und Suchtprävention", die sich fachlich immer mehr professionalisierten und anfingen, die gescheiterten, traditionellen Zugänge kritisch zu hinterfragen. Anfangs war es für die neue Profession nicht leicht, sich gegen die in den Medien, der Politik und der Öffentlichkeit nach wie vor herrschenden Vorstellungen durchzusetzen. Mit zunehmendem Wissen und wachsender Kompetenz gelang es, gemeinsam mit der Suchttherapie und der an Bedeutung gewinnenden Suchtforschung, einen versachlichenden Einfluss auf das Thema Sucht und Drogenkonsum auszuüben. Diese Entwicklung hin zur modernen Suchtprävention ist aber nicht nur von der Erkenntnis geprägt, dass die alten Zugänge wirkungslos bis kontraproduktiv waren, sondern auch von einem, seit der Jugendbewegung Ende der 1960er Jahre veränderten Menschen-, Gesellschafts- und Weltbild. Seit damals gilt die auf Manipulation und Repression setzende „schwarze Pädagogik" als inakzeptabel. Konzepte wie Toleranz, Pluralismus, Emanzipation, Partizipation und Empowerment gewannen an Bedeutung. Zentraler Meilenstein in diese Richtung ist die von der WHO verabschiedete Ottawa Charta (WHO, 1986a). Mit diesem Konzept wurde eine nachhaltige Etablierung demokratischer Ideale im Gesundheitsbereich erreicht.

Die nachhaltige Etablierung demokratischer Ideale im Gesundheitsbereich

Die Ottawa Charta der WHO setzt, aufbauend auf den Gesundheitsbegriff der WHO Verfassung (1946), „Gesundheit" mit „universellem Wohlbefinden (wellbeing)" gleich und fordert vom Staat nachhaltige Gesundheitsförderung ein. „Gesundheitsförderung" im Sinne der Ottawa Charta bedeutet, dass Menschen durch Kompetenzförderung befähigt werden sollen, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu entwickeln. Diesen Vorstellungen entsprechend geht es darum, dass die Gesellschaft günstige Rahmenbedingungen für Menschen schafft, um diese Ziele zu erreichen, um damit die Wahrscheinlichkeit des Flüchtens in ausweichendes und selbstzerstörerisches Verhalten zu verringern.

Die mögliche Rückkehr des Paternalismus

In den letzten Dekaden zeichnet sich in der Suchtprävention allerdings wieder eine deutliche Kehrtwende in Richtung „Restauration des Paternalismus" ab. Besonders deutlich ist das im Bereich des Tabakkonsums zu sehen, wo Einschränkungen in öffentlichen Bereichen aus Gründen des Nichtraucherschutzes zwar gut argumentierbar sind, aber darüber hinausgehende Bestrebungen zunehmen, alle Rauchenden durch stark einschneidende Maßnahmen konsequent zur Tabakabstinenz zu drängen (Uhl, 2007).

In eine ähnliche Richtung geht der von Nordeuropa und anglophonen Staaten ausgehende Versuch, die Entscheidungsträger/-innen in ganz Europa für eine betont restriktive Alkoholhochpreispolitik zu gewinnen (Uhl, 2014). Ob sich die professionelle Suchtprävention dem Zeitgeist entsprechend nachhaltig von der emanzipatorisch-demokratisch orientierten Gesundheitsförderung zurück in Richtung kontrollierend-paternalistische Grundhaltung bewegen wird, ist zur Zeit noch nicht absehbar.

2. Evaluation und deren Grenzen

Ob Wissensvermittlung in der Suchtprävention positive Effekte hat, wird kontrovers diskutiert. Erstens lässt sich der Einfluss von Information auf das Konsumverhalten bezüglich psychoaktiver Substanzen kaum realistisch messen; zweitens hängen derartige Effekte nicht nur von der Information ab, sondern auch davon, wer diese Informationen in welcher Form anbietet; und drittens ist es in einer demokratischen Welt notwendig, der Bevölkerung korrekte Informationen als Grundlage für Entscheidungen zu bieten.

Unbestritten wirksam: Verbesserung der Verhältnisse und positive Beziehungsangebote

Es ist unbestritten, dass Menschen in belastenden sozialen und/oder gesundheitlichen Konstellationen eher zu problematischem Substanzkonsum neigen, und es ist daher plausibel, dass man substanzverursachte Probleme durch persönliche Unterstützung, Schaffung besserer Rahmenbedingungen und Vermittlung von Lebenskompetenzen erheblich verringern kann. Es ist auch unbestritten, dass Personen, die eine positive Beziehung zu anderen aufbauen können, mehr Einfluss auf diese haben und eine Vorbildwirkung entfalten können. Die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen sowie das Aufbauen einer positiven Beziehung erfordert Haltungen und Fähigkeiten wie Toleranz, Geduld, Reflexionsfähigkeit, Sachkenntnis, Einfühlungsvermögen und intuitiv richtiges Verhalten in kritischen Situationen. Diese Haltungen und Kompetenzen können vermittelt und über Weiterbildung, Supervision oder Intervision optimiert werden. Diese Eigenschaften sind essentiell, wenn man mit anderen Menschen erfolgreich arbeiten möchte. Aber genau diese Parameter werden bei der üblichen Evaluation von Präventionsmaßnahmen nicht erfasst.

Messbarkeitsmythen erzeugen Pseudoevaluationen

So verständlich der Wunsch von Auftrag- und Geldgeber/-innen und von den Maßnahmendurchführenden selbst nach Wirksamkeitsmessung und Evaluation auch ist, so problematisch stellt sich dieses Vorhaben bei genauerer Betrachtung dar. Gegen die Forderung, die Wirksamkeit von allen Maßnahmen nachzuweisen, steht der Umstand, dass es in den meisten Bereichen praktischen Handelns unmöglich ist, Erfolge von meist isolierten Aktivitäten mit zeitlich begrenzten Evaluationen eindeutig nachzuweisen. Aus der langen Liste der Gründe, warum derartige Wirksamkeitsnachweise nicht möglich sind (Uhl, 2012), seien hier nur einige angerissen.

Suchtprävention zielt auf die Verhinderung von Problemen, die in der Zukunft liegen, was mit kurzfristig angelegten Evaluationen nicht beurteilbar ist. Aussagen von Personen über ihr (zukünftig beabsichtigtes) Verhalten sind unzuverlässig, und die direkte langfristige Beobachtung des Verhaltens von vielen Menschen ist aufwändig und teuer. Selbst bei sehr hoch angenommenen Präventionseffekten bräuchte man enorm große Stichproben, um die Effekte zufallskritisch absichern zu können. Es ist kaum möglich, im Sinne eines Experiments mit Versuchs- und Kontrollgruppe, in einer großen Gruppe von Menschen eine präventive Maßnahme zu setzen und gleichzeitig zu gewährleisten, dass der Kontrollgruppe nicht aus anderen Quellen Ähnliches widerfährt. Relevante Fähigkeiten und Kompetenzen, die ein erfolgreiches Arbeiten mit Menschen ermöglichen, wie Geduld, Toleranz, Einfühlungsvermögen, Intuition etc. sind nur sehr schwer präzise messbar, weswegen der Schwerpunkt bei üblichen Evaluationen auf Strukturelemente der dem jeweiligen Präventionsprojekt zugrundeliegenden Manuale gelegt wird.

Die populäre positivistische Forderung nach Evidenzbasiertheit, im Sinne von eindeutigen Wirkungsnachweisen – eine Idee, die übrigens den eigentlichen Intentionen der Väter dieser Begrifflichkeit diametral entgegensteht (vgl. Uhl, 2015) –, hat einen Machbarkeitsmythos generiert, dem sich Wissenschaft und Evaluation nun kaum entziehen können. Solange dieser Machbarkeitsmythos genährt wird, können Forscher/-innen, die ihren Job behalten wollen, solche Aufgaben kaum als unlösbar zurückweisen, wodurch sie den Mythos indirekt fördern. Gegen die Idee, dass

man alles hinsichtlich der Wirksamkeit evaluieren kann und muss, sollten alle Expert/-innen entschieden auftreten. Dieser ans Pathologische grenzende Umgang mit Evaluation – man könnte von „Evalopathie" sprechen – produziert Pseudoevaluationen ohne echten Erkenntnisgewinn und ist häufig eine untragbare Mehrbelastung für die Evaluierten, die laufend Daten liefern müssen und sich nicht offen wehren können.

Qualität durch kritische Reflexion

Ich möchte keinesfalls pauschal gegen Qualitätssicherung und Evaluation auftreten. Ganz im Gegenteil, es ist äußerst wichtig, kritisch zu reflektieren und laufend zu überprüfen, ob das verfügbare Wissen aus der Wissenschaft (Theorie und Empirie), der Praxis (Expertise) und den Zielgruppen (Einschätzungen) gewissenhaft, vernünftig und systematisch genutzt wird, wie das z. B. die Experten- u. Expertinnengruppe „Kölner Klausurwoche" (2014) gefordert hat (siehe Artikel „Evidenzbasierung in der Suchtprävention" in diesem Heft). Ich bin allerdings der Meinung, dass sich Evaluatoren und Evaluierte verstärkt mit den fundamentalen Grundlagen, Grenzen und Möglichkeiten der empirischen Forschung auseinandersetzen sollten – zumindest so weit, dass sie ein begründetes Urteil über Forschungszugänge in ihrem Fachgebiet fällen können. Nur so kann sich auf lange Sicht fundierter, zielgerichteter und nachhaltiger Widerstand gegen sinnlose Evaluations-Rituale entwickeln. Nur so können Ressourcen frei werden, die dann in empirische Forschung und Praxis fließen können. Ich plädiere dafür, in der Forschung sowie in allen Disziplinen, die auf Forschungsergebnissen bzw. auf wissenschaftlichen Theorien basieren, den Finger immer wieder konsequent in die wunden Punkte zu legen. Nur so kann längerfristig ein Umdenken erreicht werden, das letztlich sowohl den in der Forschung sowie Prävention Tätigen als auch deren Kund/-innen und Klient/-innen zugute kommt.

Dieser Appell ist keinesfalls als Plädoyer misszuverstehen, blind Intuitionen zu gehorchen. Ganz im Gegenteil, es steht außer Frage, dass man regelmäßig hinterfragen sollte, ob das, was man tut, inhaltlich sinnvoll ist. Dabei ist die Bedeutung des diskursiven Austausches mit Anderen, das kritische und einfühlsame Beobachten der stattfindenden Prozesse und der Stellenwert des rationalen Denkens unbedingt zu unterstreichen. In manchen Situationen ist es auch zweckmäßig, die Ergebnisse von Maßnahmen zu messen sowie zu bewerten – und ein gewisses Ausmaß an Dokumentation ist ebenfalls unverzichtbar.

Aber ich plädiere dafür, sich von der Behauptung, dass die Effekte von bestimmten Maßnahmen nicht eindeutig wissenschaftlich nachgewiesen wurden, nicht verunsichern zu lassen und Mut zu entwickeln, sich gegen ausufernde Dokumentationsverpflichtungen und inadäquate Pseudoevaluationen zu wehren. Wer seine Tätigkeiten immer genauer dokumentieren muss, dessen eigentliche Arbeit wird stark in Mitleidenschaft gezogen. Wer minutiös dokumentieren muss, was er arbeiten würde, wenn er nicht mit der Dokumentation beschäftigt wäre, für den verkürzt sich der Ausdruck „Qualitätssicherung" zur „Qual".

Literatur

EKDF: **Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen.** Arbeitsversion Mai 2005. Bern. Eidgenössische Kommission für Drogenfragen: *„psychoaktiv.ch", http://tinyurL.com/kab3suz* (Zugriff: 05.09.2013).

Experten- u. Expertinnengruppe „Kölner Klausurwoche": **Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention.** Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung der Katholischen Hochschule NRW, Köln (2005).

Ponsonby, A.: **Falsehood in War-Time.** George Allen & Unwin Ltd, London, (1940).

Spode, H.: **Kulturgeschichte des Tabaks.** In: Singer, M.; Batra, A.; Mann, K.: Alkohol und Tabak Grundlagen der Folgeerkrankungen. Thieme, Stuttgart (2011).

Uhl, A.: **Begriffe, Konzepte und Menschenbilder in der Suchtprävention.** SuchtMagazin, 33, 4, 3 – 11, (2007).

Uhl, A.: **Methodenprobleme bei der Evaluation komplexerer Sachverhalte: Das Beispiel Suchtprävention.** In: Robert Koch-Institut, Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? RKI, Berlin, (2012).

Uhl, A.: **Editorial: Alkoholpolitik im Spannungsfeld zwischen restriktiven und moderaten Tendenzen.** Suchtmedizin, 16, 5, 209 – 210, (2014).

Uhl, A.: **Alkoholpolitik im europäischen Kontext, Rausch.** Wienerzeitschrift für Suchtpolitik (in Druck), 2015.

Uhl, A.; Schmutterer, I.; Kobrna, U.; Strizek, J.: **Delphi-Studie zur Vorbereitung einer „nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen".** Bundesministerium für Gesundheit, Wien, (2013).

Uhl, A.; Springer, A.: **Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention.** Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Wien, (2002).

WHO: **The WHO Constitution.** World Health Organisation, New York, (2002).