

# fortyfour

DAS PRÄVENTIONSMAGAZIN | [www.praevention.at](http://www.praevention.at)

Suchtprävention  
und Gesundheitsförderung  
zwischen Eigenverantwortung  
und Fremdbestimmung

**Nr. 35**

Herbst | Winter 2020

Institut Suchtprävention, Hirschgasse 44, 4020 Linz

institut  
sucht  
prävention  
PRO MENTE OOE



- 2 Editorial
- 2 Interview mit Dr. Bettina Schmidt
- 4 Suchtprävention und Gesundheitsförderung zwischen Eigenverantwortung und Fremdbestimmung
- 6 Suchtprävention im Spannungsfeld zwischen Emanzipation und Paternalismus
- 7 Online-Elternvorträge zum Thema digitale Medien
- 8 Alkohol und Jugendschutz – eine Grauschattierung des „Paternalismus“
- 9 Neue ready4life-App im Einsatz
- 10 Die Sprache der Sucht
- 11 Früherkennen und Handeln bei (Sucht)gefährdung von Schüler/innen
- 12 Drogenmonitoring Oberösterreich 2019 Ergebnisbericht
- 14 Neues aus dem Institut
- 15 Im Porträt: Mag. Anita Piberhofer Buchtipps
- 16 10 Tipps zur Gesundheit im Homeoffice

#### IMPRESSUM:

Medieninhaber und Herausgeber: Institut Suchtprävention, pro mente OÖ, 4020 Linz, Hirschgasse 44 Leitung: Christoph Lagemann, Mag. Dr. Rainer Schmidbauer Redaktion: Mag. Günther Ganhör (Leitung), Mag. Rosmarie Kranewitter-Wagner, Mag. (FH) Andreas Reiter, MA, Mag. Seifried Seyer Grafik: Sabine Mayer Fotos: Adobe Stock, photocase, Institut Suchtprävention Druck: friedrich Druck & Medien GmbH Auflage: 4.500 Stück Preis: kostenlos ZVR 811735276



youtube.com/praeventionat | facebook.com/praevention.at  
instagram.com/praevention.at

## Sehr geehrte Leserinnen und Leser!

Das Thema dieser Ausgabe ist für alle Felder der Prävention wesentlich. Die hinter den Maßnahmen stehende Haltung bestimmt unter anderem das Image; hilfreiche Klärung und Unterstützung oder missionarischer Kampf und Lustfeindlichkeit. Wo endet jedoch eine emanzipatorisch-demokratische Haltung und ab wann kann von einer paternalistischen gesprochen werden? In der Praxis verschwimmen diese Grenzen häufig. Deswegen ist bei jeder einzelnen Maßnahme, bei jeder Forderung an den Gesetzgeber ein kritischer Blick wichtig. Besonders in der Tabak- und Alkoholprävention zeigt die österreichische Suchtprävention in den letzten Jahren eine zunehmend paternalistische Haltung und reiht sich damit in einen allgemeinen paternalistischen Zeitgeist ein. Damit verbunden sind häufig Einschränkungen der Freiheitsrechte. Die gesellschaftlichen Nebenwirkungen werden dabei wenig beachtet; die körperliche Gesundheit als alleiniges Ziel.

Der britische Philosoph John Stuart Mill (1806-1873) meint dazu: „Das einzige Ziel, um dessentwillen es der Menschheit gestattet ist, einzeln oder vereint, die Freiheit eines ihrer Mitglieder zu beschränken, ist Selbstschutz. Und der einzige Zweck, um dessentwillen man mit Recht gegen ein Glied einer gebildeten Gesellschaft Gewalt gebrauchen darf, ist: Schaden für andere zu verhüten. Das eigene physische oder moralische Wohl des Handelnden ist kein genügender Vorwand. Man kann jemanden gerechterweise nicht zwingen, bestimmte Dinge zu tun oder zu unterlassen, weil es für ihn selbst so besser sei [...]“

Die Regierung schränkt unsere Freiheitsrechte im Moment - in der zweiten Welle der Pandemie - stark ein. Das ist gut so und gerechtfertigt. Denn damit soll der „Schaden für andere verhütet“ werden, wie Mill in seinem Buch "über die Freiheit" schreibt. Mir persönlich ist – aus der Suchthilfe kommend – eine humanistisch-akzeptanzorientierte Haltung immanent. Die eigene Meinung anderen überzustülpen, sie sanft oder auch unsanft zu „ihrem (?) Glück“ zu bewegen, ist meine Sache nicht. Sie war es nie und wird es auch nie sein.

„Die Menschen stärken, die Sachen klären“ (Titel eine Vortagssammlung von Hartmut von Hentig) ist seit jeher mein Motto. In der Behandlung und auch in der Prävention. Wir im Institut Suchtprävention haben uns deshalb stets bemüht, der Oberösterreichischen Bevölkerung neben den besten Lebenskompetenzprogrammen auch sachlich überprüfte Informationen zur Genese der Sucht, zu Suchtmitteln sowie stoffungebundenen Süchten zur Verfügung zu stellen.

Ende April nächsten Jahres beginnt meine Pension und ich freue mich schon sehr darauf. Da ich bei der nächsten Ausgabe nicht mehr mitarbeiten werde, nutze ich mein letztes Editorial, um mich bei Ihnen, sehr geehrte Leserinnen und Leser zu verabschieden und Ihnen für das Interesse an unseren Themen zu danken. Viele von Ihnen kenne ich persönlich. Bei Ihnen möchte ich mich sehr herzlich für die gute Zusammenarbeit, die interessanten Gespräche und die netten gemeinsamen Momente bedanken. Die 25 Jahre „Institut Suchtprävention“ waren herausfordernd, aufregend, interessant, erfolgreich und vieles mehr. Ich werde immer gern zurückblicken; zurzeit ist mein Blick allerdings nach vorne gewandt.

Herzlichen Dank und alles Gute!

Ihr Christoph Lagemann

# Man darf niemandem seine Verantwortung abnehmen, aber man soll jedem helfen, seine Verantwortung zu tragen.

Heinrich Wolfgang Seidel, Schriftsteller

## IM GESPRÄCH MIT BETTINA SCHMIDT

Interview: Günther Ganhör

**Sie haben mehrfach darauf hingewiesen, dass sich der Begriff Gesundheit und die Frage, wer sich darum kümmern sollte, im Laufe der Geschichte einem Wandel unterzogen haben, zu einer stärker wahrnehmbaren Verantwortungsverlagerung auf den Einzelnen. Wie beobachten Sie derzeit diese Entwicklung unter dem Eindruck der Corona-Pandemie?**

Ich halte es prinzipiell für gut und richtig, wenn Politik Verantwortung für die Gesundheit übernimmt und diese nicht weitgehend dem Einzelnen überlassen wird. Staatliche Verantwortung ist im Gesundheitsbereich meiner Meinung nach unverzichtbar. In einer Krise – wie z.B. der gegenwärtigen Covid-19-Pandemie – in der individuelles Gesundheitsengagement nicht der Freiwilligkeit jedes Einzelnen überlassen werden kann, wird sowohl von der Politik als auch von den meisten Bürger/innen akzeptiert, dass dafür schlichte Eigenverantwortung nicht ausreicht. Menschen benötigen nicht nur Verhaltensempfehlungen, sondern auch klare Regeln, an denen sie sich orientieren müssen, aber eben auch können, um in dem riesigen Dickicht möglicher richtiger und möglicher falscher Entscheidungen die Orientierung zu behalten und nicht zu resignieren vor der Komplexität der zu treffenden Gesundheitsentscheidungen. Das kann zwar einerseits als Entmündigung wahrgenommen werden, aber es kann auch als Entlastung wahrgenommen werden, wenn es Expert/innen gibt, die die Daten und die Faktenlage kennen und davon ausgehend verbindliche Empfehlungen oder Regularien aussprechen.

**Die österreichische Suchtprävention orientiert sich grundsätzlich an einem partizipativ-emanzipatorischen Menschenbild der Gesundheitsförderung im Sinne**

**der WHO Ottawa Charta von 1986. Dennoch können Präventionsmaßnahmen mitunter als bevormundend erlebt werden. Wie sehen Sie dieses Spannungsfeld?**

Man kann dieses Spannungsfeld entweder als eines zwischen Freiheit und Bevormundung formulieren oder als eines zwischen Vernachlässigung und Unterstützung. Ich selbst beschäftige mich viel mit dem Thema der gesundheitlichen Ungleichheit und der Frage danach, warum Menschen aus niedrigen sozialen Lagen gesundheitlich so viel schlechter gestellt sind als Menschen aus hohen Soziallagen. Darum ist meine Sichtweise eher geprägt vom Spannungsfeld Vernachlässigung und Unterstützung. Es sind eher die begünstigten Menschen – begünstigt bei Einkommen, Bildung, Prestige, Macht – die über die erforderlichen Freiheitsräume verfügen, um ihr Leben in Eigenregie zu gestalten, während jene, die nicht so begünstigt sind, diese Freiheit womöglich eher als Vernachlässigung verstehen würden und von einer Unterstützung profitieren, die die Privilegierten nicht benötigen und darum als Bevormundung verstehen würden. Wer privilegiert ist, hat eben mehr Möglichkeiten und auch bessere Bedingungen, um ein gesundheitsförderliches Leben zu führen. Da ist es auch einfacher zu sagen: Ich will und kann in freier Selbstbestimmung entscheiden, wie ich mein Leben führe – z.B. in einen Stadtteil ziehen, der mehr Naherholungsmöglichkeiten bietet.

**Ist es aber nicht auch so, dass gerade oft weniger Privilegierte zum Beispiel ein Rauchverbot in der Gastronomie als Bevormundung und starke Einschränkung in ihr Leben empfinden oder dass Menschen aus höheren sozialen Lagen eher dafür eintreten?**



Ich kenne keine Studie zu den sozial bedingten Zustimmungsraten zum Rauchverbot, aber für die Menschen aus hohen Soziallagen ist es ja auch vergleichsweise einfach, einem Verbot zuzustimmen, da in den hohen Soziallagen inzwischen recht wenig geraucht wird. Die Zustimmung zur Abschaffung von Dienstwagen-Privilegien würde in den hohen Soziallagen vermutlich auf größere Ablehnung stoßen. Mein Eindruck ist aber auch, dass das Thema Bevormundung deutliche Gendereffekte aufweist und die Gefahr einer solchen eher von Männern artikuliert wird. Egal ob es um die Masernimpfpflicht oder Tempo 100 auf den Autobahnen geht, Frauen stimmen hier Regularien eher zu. Ich nehme das u.a. auch in der philosophischen Forschung wahr. Das Bild des autonomen, souveränen Menschen, der alles alleine kann, entspricht eher einem männlichen Charakterideal. Philosophinnen stehen diesem Ideal absoluter Autonomie eher skeptisch gegenüber. Einerseits, weil absolute Autonomie nicht real ist, weil wir alle verletzlich sind und gelegentlich Unterstützung benötigen, z.B. wenn wir krank sind. Andererseits, weil es nicht ideal ist, denn wir sind soziale Wesen, nicht autonom, sondern heteronom, aufeinander bezogen, voneinander abhängig, füreinander zuständig.

**In der jüngeren Vergangenheit hat der Begriff „Gesundheitskompetenz“ zunehmend an Bedeutung gewonnen. Sie soll dazu beitragen, dass Personen im Alltag selbstbestimmte Entscheidungen treffen können und im Idealfall gleichzeitig die gesundheitliche Chancengleichheit erhöhen. Ein erstrebenswertes Ziel, oder?**

Natürlich ist es ein erstrebenswertes Ziel, wenn Menschen gesünder werden und besonders die Benachteiligten profitieren. Ich bin jedoch skeptisch, dass Konzepte zur Gesundheitskompetenz funktionieren, wenn sie vorwiegend funktional auf individuelles Wissen und Verhalten setzen und dabei die Verhältnisse weitgehend ignorieren. Zwar ist die interaktive Gesundheitskompetenz bestrebt, Verhältnisse – im Gesundheitswesen – zu verändern, aber auch da geht es ja vor allem darum, Gesundheitsprofis dazu zu befähigen, ihre Klienten mit mehr Gesundheitskompetenz auszustatten. Das wird die Gesundheit aber nicht fördern, solange wir nicht Rahmenbedingungen setzen, die den Menschen auch mehr Gesundheit ermöglichen. In der Ottawa-Charta der WHO ist das Befähigen und Ermöglichen formuliert. Es gab seither viele Ansätze, die auf der Ottawa-Charta aufbauen, aber von Konzepten, die Menschen zu einem gesünderen Leben befähigen wollen, ohne es ihnen gleichsam auch zu ermöglichen, werden vor allem die Privilegierten profitieren. Wenig Beachtung erhält bislang die Förderung der „kritischen Gesundheitskompetenz“ – als Teil von Gesundheitskompetenz. Diese wird zwar überall erwähnt, in konkreten Projekten jedoch so gut wie nie gefördert. Dabei geht es darum, ungerecht verteilte Gesundheitsbedingungen zu hinterfragen und gegebenenfalls auch zu verändern.

**Sie kritisieren, dass bei öffentlichen Gesundheitsdebatten meist eine „biomedizinische Normgerechtigkeit“ im Mittelpunkt steht. Wird das Streben nach dieser Art von Gesundheit wichtiger, das Emporheben der Gesundheit als das allerhöchste Gut?**



**Dr. Bettina Schmidt**, Dipl. Soz. Wiss. (Universität Duisburg-Essen); Master of Public Health (Universität Bielefeld) ist Professorin für das Fach Soziale Arbeit im Gesundheitswesen an der evangelischen Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum. Zu ihren Arbeitsschwerpunkten zählen Gesundheitsförderung, gesundheitliche Eigenverantwortung und gesundheitliche Ungleichheit. Vor ihrer Professur in Bochum war Bettina Schmidt u.a. Referentin und Leiterin des Referats Suchtprävention in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) in Köln (2002-2005) sowie wissenschaftliche Mitarbeiterin und Assistentin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften (Arbeitsgruppe Prävention und Gesundheitsförderung, Leitung Klaus Hurrelmann) an der Universität Bielefeld (1998-2003).

Gesundheit ist ja in der Tat ein wertvolles Gut. Was mich allerdings wundert, ist, dass in allen Debatten die Gesundheitsdefinition der WHO als vollständiges biopsychosoziales Wohlbefinden zitiert wird. Wenn es aber zum Beispiel um Ernährung geht, soll man auf die Sahnetorte als Methode zur Förderung der psychischen Gesundheit doch lieber nur gelegentlich zurückgreifen, gleiches gilt für die Flasche Wein in geselliger Freundesrunde zur Förderung der sozialen Gesundheit. Alle reden über Gesundheit, aber sie meinen „körperliche Normgerechtigkeit“. Es geht immer um körperliche Gesundheit: die Sahnetorte bitte nur jeden zweiten Tag, die Flasche Wein am besten alkoholfrei, keine Zigaretten usw. Die soziale und psychische Gesundheit kommt dabei meist nicht vor. Wenn wir sagen, wir wollen die Menschen zur Gesundheit befähigen, dann sollten wir auch ehrlich dazu sagen, dass die körperliche Gesundheit im Fokus steht und die Förderung sozialer und psychischer Gesundheit nur dann stattfindet, wenn sie dem körperlichen Gesundheitsziel nicht widerspricht.

**Erzeugt das Streben nach körperlicher Gesundheit zusehends Druck oder Versagensängste, die wiederum in Verhaltensweisen einer selbstschädigenden Selbstoptimierung münden?**

Es gibt sicher schädigende Formen der Selbstoptimierung oder der körperlichen Normierungserwartungen. Als problematischer empfinde ich jedoch die mit der Selbstoptimierung einhergehende Beförderung der Idee, dass jeder nicht nur seines Glückes Schmied ist - schon das ist falsch - sondern dass jeder auch seiner Gesundheit Schmied ist. Natürlich gibt es Menschen, die ihre Gesundheit selbst gut schmieden können, aber das sind jene, die über gute Gesundheits-Bedingungen verfügen, und die gleichsam nicht erkennen, dass ihre guten Gesundheitsbedingungen nicht ihr eigener Verdienst ist, sondern ein Glück, das nicht jeder hat. Natürlich ist es für mich in privilegierter Position leichter, während des Covid-Lockdowns zuhause Sport zu machen: Meine Wohnung ist großzügig genug, um bequem eine Sport-Matte ausrollen zu können, ich wohne gut genug, dass Grünflächen in der Nähe sind, ich kann meine Zeit freier einteilen, und alle meine Freunde betreiben Home-Sport, es ist vollkommen üblich – meine Schwelle für nützliches Gesundheitsverhalten ist also ganz niedrig, das ist mein Glück, nicht mein Verdienst. Die Idee, dass wir alle durch Eigenleistung so gesund sein können wie wir wollen, halte ich für hochproblematisch.

**Die Anerkennung von Sucht als Krankheit ist sicherlich ein Fortschritt zur Vergangenheit, wo sie vielfach als moralische Verfehlung betrachtet wurde. Kritisch betrachtet könnte durch die Pathologisierung aber auch ein gewisses „Entmündigungspotenzial“ entstehen. Sehen Sie diese Gefahr auch?**

Ich unterrichte seit 15 Jahren in der Sozialen Arbeit, und ich habe nicht den Eindruck, dass es beispielsweise in der Suchthilfe eine Tendenz zur Entmündigung gibt. Vielmehr geht es den dort Beschäftigten um die Befähigung und Ermöglichung zu Selbstbestimmung unter den Bedingungen von Sucht. Auch der gesellschaftliche Trend befördert die Selbstbestimmung im Falle von Krankheit oder Behinderung. Die gesetzliche Betreuung etwa war früher als Entmündigung geregelt. Heute sind gesetzliche Betreuer/innen dezidiert gefordert, die Eigenverantwortung und die eigene Entscheidungsgewalt der Menschen zu achten. Die Krankheitsdeutung bietet ja auch eine Entlastung und macht den Weg frei, um Unterstützung für die Förderung der Selbstbestimmung in Anspruch zu nehmen. Ich halte die Gefahr für größer, dass lauter Lautsprecher bei jeder noch so kleinen staatlichen Regulierung in eine US-amerikanisch anmutende Bevormundungs- und Entmündigungs-Gefahr-Propaganda einfallen. Ich glaube nicht, dass wir uns die USA zum Vorbild nehmen sollten in der Abwägung zwischen staatlicher und individueller Zuständigkeit.

**Sie beschäftigen sich in Ihrer Forschung mit Gesundheitlicher Ungleichheit. Welche zentralen Erkenntnisse daraus wären auch für die Präventionsarbeit wichtig und sinnvoll?**

Gesundheitsfördernde Maßnahmen sind häufig von privilegierten Personen konzipiert, die sich an ihren eigenen Lebensvorstellungen orientieren. Sie interessieren sich beispielsweise für Gesundheit, informieren sich gerne darüber, haben Interesse an gesunder Ernährung, an „Urban Gardening“ usw. Das sind jedoch oftmals milieuspezifische Vorlieben. Es gibt aber auch Menschen, die sich nicht für Gesundheit interessieren. Erst wenn sie krank werden, wird Gesundheit zum Thema, genauer gesagt, die Erkrankung wird zum Thema, und im Krankheitsfall ist man eben am besten aufgehoben bei seinem Hausarzt, der als Experte weiß, was nun zu tun ist. Ich habe meine Doktorarbeit über sekundäre Suchtprävention geschrieben, in Ankerkennung der Tatsache, dass primäre Suchtprävention nicht alle Menschen erreicht. Ich denke, dass die allgemein gesundheitsbezogene Präventionsarbeit hier von der Suchtprävention lernen kann, von ihrer Akzeptanzorientierung und ihrer Zielgruppenorientierung. Die sekundäre Suchtprävention orientiert sich an den Bedarfen und den Bedürfnissen der Adressat/innen und nicht an abstrakten Gesundheitszielen, z.B. einer Drogenabstinenz. Diese lebensweltbezogene Adressatenorientierung hat die Suchtprävention der sonstigen gesundheitsbezogenen Prävention bisher voraus.

**Sie verweisen in Ihren Veröffentlichungen als Beispiel für eine sinnvolle Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung auf den Ansatz einer „benutzerfreundliche Gesundheitsförderung“. Was kann man darunter verstehen?**

Die Straßenschwelle vor der Schule ist ein gutes Beispiel für benutzerfreundliche Gesundheitsförderung: Sie akzeptiert, dass wir alle nicht fortwährend ideal funktionieren: Das Kind läuft unaufmerksam auf die Straße, der eilige Autofahrer ist zu schnell, und trotzdem passiert nichts, weil die Straßenschwelle den Autofahrer benutzerfreundlich – also ohne, dass der Autofahrer eine große selbstdisziplinäre Anstrengung auf sich nehmen muss – dazu bringt, dass er langsam genug fährt, um das Kind rechtzeitig zu sehen. Aus meiner Sicht ist diese Art von benutzerfreundlicher Gesundheitsförderung keine entmündigende Einmischung in die persönlichen Belange, sondern hilfreiche Unterstützung, denn sie erlaubt es den Menschen, nicht fortwährend engelsgleich gesundheitsstüchtig zu funktionieren. Eine durchgehende Covid-Maskenpflicht in öffentlichen Räumen entlastet mich von der Aufgabe, stets neu zu überlegen, ob ich im Supermarkt oder Rathaus eine Maske tragen sollte, und sie entlastet die Angestellten, die in den öffentlichen Räumen tätig sind und vermutlich froh sind über alle Regularien, die ihre Gesundheit schützen.





# Suchtprävention und Gesundheitsförderung zwischen Eigenverantwortung und Fremdbestimmung

Mag. Günther Ganhör

Wo enden Selbstbestimmung und Eigenverantwortung, wo beginnt die „Bvormundung“? Inwieweit bieten konkrete Regelungen und Gesetze Schutz? Wo wird das Recht auf Selbstbestimmung eingeschränkt? Ob Corona-Pandemie oder Drogenpolitik: Konzepte und Maßnahmen im Bereich der Gesundheit, der Gesundheitsförderung und der (Sucht)Prävention stehen immer wieder im Spannungsfeld miteinander konkurrierender Interessen, Werte, Normen und Prioritäten. Wir müssen damit leben, dass sich nie alle Widersprüche auflösen lassen. Zusätzliches Konfliktpotenzial besteht in jenen Bereichen, in denen die Vorbeugung die Interessen einer konsum- und leistungsorientierten Gesellschaft als mitverantwortlich für das Entstehen von Abhängigkeiten und Krankheit erkennt und kritisiert.

Der Begriff Eigenverantwortung erlebte im Jahr 2020 – nicht nur in Österreich – einen wahren Hype. Politiker, Gesundheitsexperten, Unternehmer/innen, Kulturschaffende und viele mehr wurden nicht müde im Zuge der Corona-Pandemie sich für dieses Prinzip auszusprechen. Rücksicht auf sich und die anderen Mitbürger/innen zu nehmen, den „Hausverstand“ einzuschalten, verantwortungsvoll zu handeln, manche Dinge zu unterlassen. Das klingt vernünftig und durchaus im Sinne eines Empowerments, einer Möglichkeit die ganze Misere gemeinsam gut durchzustehen, ohne zu großen Verzicht. Eine gewisse Ernüchterung setzte sich hierzulande spätestens im Oktober mit der Aussicht eines weiteren „Lockdowns“ ein. Maßnahmen, wie jene zur Eindämmung einer Pandemie, die in die persönlichen Freiheiten der Menschen eingreifen, werden zwar größtenteils akzeptiert, aber naturgemäß nicht von allen unterstützt. Es gibt aus unterschiedlichen Gründen Widerstände: Sorge um die eigene Existenz, Sorge um den Verlust des Arbeitsplatzes, Widerstand des Widerstands wegen, krude Verschwörungstheorien, aber auch das Gefühl zunehmender Fremdbestimmung um nur einige Beispiele zu nennen.

„Eigenverantwortung ist im gesellschaftspolitischen Kontext ein heißes Thema. Denn jeder Sozial- und Wohlfahrtsstaat muss sich die Frage stellen: Wie viel kann, soll und muss man den Menschen zumuten, dass sie Aufgaben eigenverantwortlich übernehmen, und wie viel an dieser Verantwortung muss ihnen abgenommen und von anderen geregelt werden?“ Dieses Zitat bezieht sich nicht auf die Corona-Krise, sondern ist bereits über sechs Jahre alt und stammt vom österreichischen Philosophen Konrad Paul Liessmann (ORF, 2014), der auch selbst gleich die Antwort gibt, indem er behauptet: „Ich denke, diese Fragen sind nicht zu entscheiden, das ist ein ständiger Balanceakt. Die verschiedenen Zuständigkeiten der Verantwortung müssen in einer gesellschaftlichen Dynamik immer wieder neu ausgehandelt werden und stehen immer wieder neu zur Disposition.“

Der Frage der (moralischen) Verantwortung vor sich selbst und der Gemeinschaft analysiert auch die Gesundheitswissenschaftlerin Bettina Schmidt (siehe Interview S. 2) in ihrem 2008 erschienenen Buch „Eigenverantwortung haben immer die Anderen“ und verweist dabei u.a. auf den lange dauernden philosophischen Diskursprozess zu diesem Begriff, trotz seiner verhältnismäßigen jungen Geschichte. Schließlich ist dieser Begriff, der der Epoche der Aufklärung entstammte, erst seit rund 200 Jahren gebräuchlich. Bedeutende Philosophen und Persönlichkeiten wie Kant, Hegel, Weber, Kierkegaard, Nietzsche oder Jonas haben zur „Präzisierung der unterschiedlichen Bedeutungshorizonte von Verantwortung beigetragen“ (Schmidt, 2008). Am Ende stehen laut Schmidt ein „differenziertes Begriffsverständnis und die Einsicht, dass Verantwortung grundlegenden Bedingungen unterliegt.“ Demnach müssen einige zentrale Grundvoraussetzungen erfüllt sein, damit Verantwortung überhaupt erst übernommen werden kann:

- Selbstbewusstsein als Erkenntnis- und Handlungsfähigkeit
- Machtvolle Freiheit und Verfügbarkeit von Alternativen
- Kausalität zwischen Handlung und Ereignis
- Wissen um die Kausalität sowie Wissen über die eigene gemäß der Rolle zugewiesene Verantwortlichkeit

Darüber hinaus stellt sich auch die zentrale Frage, wofür von einem Einzelnen oder einer Gemeinschaft Verantwortung getragen werden kann und soll. „Wenn der Gegenstand, für den Verantwortung übernommen werden soll, nicht klar bestimmt wird, besteht die Gefahr, dass entweder individuelle Verantwortung zugewiesen wird für Ereignisse, die außerhalb des eigenen Verantwortungsbereichs liegen, oder dass Verantwortung nicht zugewiesen wird, obwohl die Ereignisse innerhalb des persönlichen Verantwortungsbereichs liegen.“ (Schmidt, 2008, S.34)

## Das Konstrukt „Gesundheit“

In einer komplexer werdenden Welt scheint paradoxerweise mitunter der Ruf nach individueller Verantwortung stärker zu werden. Dies trifft nicht zuletzt auch auf den Bereich der Gesundheit zu. Der Begriff Gesundheit erscheint auf den ersten Blick für die meisten klar, doch wer sich an eine genauere Definition wagt, wird wohl schnell erkennen, dass dies doch kein leichtes Unterfangen ist. Klaus Hurrelmann und Peter Franzkowiak zählen wohl zu den renommiertesten Gesundheitswissenschaftlern im deutschsprachigen Raum, die sich in den vergangenen Jahrzehnten mit dem Gesundheitsbegriff auseinandergesetzt haben. Sie beschreiben in einem Text (Franzkowiak, 2018) für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Gesundheit als „kein eindeutig definierbares Konstrukt“, weil sie schwer fassbar und nur schwer zu beschreiben sei. Lange Zeit galt Gesundheit als das Gegenteil von Krankheit, wobei dieses Verhältnis nicht systematisch beschrieben wurde. Viele unterschiedliche Perspektiven prägen den Blick auf den Gesundheitsbegriff, sei es die biomedizinische, die soziologische, die salutogenetische, die systemische bis hin zur Perspektive auf Grundlage von Wertaussagen, die Gesundheit positivistisch als „höchsten Wert“ anzusehen versucht.

Hurrelmann und Franzkowiak unterstreichen in diesem Zusammen die besondere Bedeutung der Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation WHO von 1948 in der es heißt:

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens (engl.: well-being) und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der ethnischen Zugehörigkeit, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“

Diese, nun schon rund 70 Jahre alte Definition von Gesundheit ist deshalb von Bedeutung, weil sie den Begriff aus der rein körperlich-medizinischen Sichtweise emanzipiert hat. Sie beschreibt etwas ganz Wesentliches: Gesundheit bezieht sich nicht nur auf unseren Körper, sondern auch auf unsere Psyche und unser soziales Umfeld.

„Gesundheit“ – verstanden im Sinne der WHO – stellt auch aus suchtpräventiver Sicht neben dem Begriff „Abhängigkeit“ einen überaus wichtigen Orientierungspunkt dar. Hier steht die Frage im Vordergrund, wie Gesundheit erhalten beziehungsweise gefördert werden kann. Gesundheit wird in diesem Sinne aber nicht wörtlich als ein einmalig zu erreichender „Zustand“ verstanden, sondern als dynamisches Stadium, als ein alltäglicher Balanceakt. Dabei müssen innere körperliche und psychische Bedingungen (Veranlagung, Anforderungen des Körpers, psychische Bedürfnisse und Antriebe, Selbstwertgefühl) auf der einen Seite und äußere Lebensbedingungen der sozialen und natürlichen Umwelt auf der anderen Seite (schulische Situation, Freunde, Familie, Arbeit, Wohnumwelt), ausbalanciert werden.

Psychoaktive Substanzen sind seit Menschengedenken in dieses Balancestreben einbezogen. So kann es im Alltag zu Überforderungen kommen. Konflikte zwischen Kindern und Eltern, Versagenserlebnisse in der Schule, mangelhafte soziale Unterstützungssysteme, Sinn- und Orientierungskrisen sind nur einige Beispiele für Situationen, in denen der Gebrauch von legalen oder illegalen psychoaktiven Substanzen zur Stabilisierung der Gesundheitsbalance verlockend erscheint.

**Kannst du die Frage stellen: „Bin ich für mein Handeln verantwortlich oder nicht?“, so bist du es.**

Fjodor Michailowitsch Dostojewski



## Prävention und Gesundheitsförderung

„Gesundheitsförderung“ im Sinne der Ottawa Charta der WHO aus dem Jahr 1986 ist ein Prozess, der Menschen in die Lage versetzen soll, mehr Einfluss auf ihren Gesundheitszustand (also auf ihr Wohlbefinden) zu entwickeln und ihre Gesundheit (also ihr Wohlbefinden) aktiv zu verbessern. Das Ziel „Gesundheit“ soll dadurch erreicht werden, dass Individuen und Gruppen unterstützt werden, eigene Wünsche wahrzunehmen und zu realisieren, Bedürfnisse zu befriedigen, sowie die Umgebung zu verändern oder sich an diese anzupassen. Zu den Prinzipien einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik zählen Empowerment (Befähigung und Kompetenzstärkung) und Ressourcenorientierung, Partizipation, Nachhaltigkeit und die Förderung sozialer Netzwerke.

Der aktuellere Begriff der „gesundheitsfördernden Prävention“ soll in diesem Sinne verdeutlichen, dass der ursprünglich verwendete (medizinische) Präventionsbegriff mit Überlegungen der Gesundheitsförderung, und damit u.a. auch einer höheren gesundheitlichen Chancengleichheit, neu definiert wird. Dies wird auch durch die zentrale Bedeutung des Schutz- und Risikofaktorenmodells für die moderne „gesundheitsfördernde Prävention“ deutlich. Hauptstrategie ist dabei einerseits die Senkung von Belastungen, andererseits die Stärkung von Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten von Personen, Gruppen oder sozialen Gemeinschaften. Das zuvor angesprochene „Balance halten“ in Form gesundheitsbewusster bzw. gesundheitsförderlicher Lebensstile erfordert nicht nur individuelles Gesundheitsverhalten, z.B. in Bezug auf Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum, sondern auch „das Vorhandensein positiver politischer, kultureller, ökonomischer und sozialökologischer Grundvoraussetzungen“ (Franzkowiak, 2018).

## Prävention als Richtschnur der Risikogesellschaft?

In den letzten zwei bis drei Jahrzehnten ist ein Aufschwung von Prävention zu beobachten. Prävention soll dabei als gesellschaftspolitisches Instrument die verschiedensten gesellschaftlichen Problemfelder abdecken: Suchtprävention, Gewaltprävention, Kriminalprävention, Suizidprävention etc. Vorbeugung erfasst zunehmend mehr Lebensbereiche und so kann Prävention möglicherweise auch als eine Antwort auf die Verunsicherungen, eine Richtschnur in einer komplexer werdenden „Risikogesellschaft“ verstanden werden. Gleichzeitig ist mit dem Aufbrechen der „Norm(al)biographien“ und der Pluralität der Lebensentwürfe sowie den vielfältigen Optionen das eigene Leben zu gestalten, ein erhöhtes Risiko des Scheiterns und der Selbstgefährdung, insbesondere im Jugendalter beim Übergang zum Erwachsenenalter, gegeben. Die Suche nach Entlastung von der „Verdammung zur permanenten Wahl“ kann wiederum auf den beiden Ebenen System und Subjekt analysiert werden (Gruber et al., 2014). Hier zeigt sich einmal mehr das Spannungsfeld zwischen Eigenverantwortung und Fremdbestimmung sehr deutlich.

Denn hebt man ausschließlich die Bedeutung des Gesundheitsverhaltens hervor und vernachlässigt die strukturelle Einbettung dieser Verhaltensweisen in die individuellen Lebensbedingungen, besteht die Gefahr einer individuellen Zuschreibung von Verantwortung („blaming the victim“), die tatsächlich gesellschaftlichen bzw. strukturellen Mechanismen zuzuordnen ist und keiner individuellen Kontrolle unterliegt. (Hurrelmann, Richter, Determinanten von Gesundheit in bzga, 2018b). Andererseits wird auf politischer Ebene in vielen Bereichen in die selbstbestimmte Lebensführung eingegriffen, in dem die Definitionsgewalt über etwas zu Verhinderndes und für die Gesellschaft Nicht-Gewolltes ausfüllt und mit paternalistischen Maßnahmen „Ordnung“ herzustellen versucht wird. „Die Unmündigkeit und Bevormundung der Bürgerinnen und Bürger in Sachen Substanzwissen und -konsum erscheint als leitende Handlungsmaxime“, so lautet beispielsweise eine deutliche Kritik des bekannten Suchtforschers Michael Klein an der deutschen Drogenpolitik in einem im September dieses Jahres erschienenen Beitrag (Klein, 2020). Auf Ebene des Individuums kann man wiederum den sich ständig ausweitenden „Diskurs“ über den Körper beobachten, in dessen Zentrum die physische und psychische Gesundheit stehen. Psycho- und Körperinszenierungen in den Medien und die permanente Arbeit am Selbst sind Zeichen einer Kultur, die dem Einzelnen zwar mehr Freiheit gibt, sein Selbst auszudrücken, gleichzeitig durch ihre ständige Präsenz und Normativität neue Zwänge zur Anpassung (z.B. Fitness, Leistungsfähigkeit, Beweglichkeit, Flexibilität) auferlegt (Sting, Blum 2003, zitiert in: Gruber, 2014).

## Gesundheitskompetenz – (k)ein Allheilmittel

Ein Konzept, das derzeit im deutschen Sprachraum in der Gesundheitsförderung hohe Bedeutung besitzt und fast als eine Art Allheilmittel fungieren soll, ist jenes der „Gesundheitskompetenz“ (Health Literacy). Dies wurde in Österreich im Jahr 2012 auch von staatlicher Seite als eines von zehn

Gesundheitszielen formuliert, die bis zum Jahr 2032 erreicht werden sollen. Um dieses Gesundheitsziel – die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken – zu erreichen, wurde vor einigen Jahren u.a. die „**Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz**“ (ÖPGK) gegründet. Was aber bedeutet der ebenfalls schwer greifbare Begriff der „Gesundheitskompetenz“?

Die ÖPGK versteht darunter eine Fähigkeit, die verknüpft ist „mit allgemeiner Bildung und die das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen umfasst, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen Gesundheitsförderung (zur Erhaltung und Stärkung der Gesundheit), Prävention (zur Vorbeugung von Beschwerden oder Erkrankungen) und Krankenversorgung (bei bestehenden Beschwerden oder Erkrankungen) Entscheidungen treffen zu können, die zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit während des gesamten Lebensverlaufs beitragen. Gesundheitskompetenz ist einerseits eine Frage der persönlichen Fähigkeiten, hängt aber andererseits von den Anforderungen der Umgebung an diese Fähigkeiten ab.“ Die Definition der ÖPGK sieht Gesundheitskompetenz auch als einen wichtigen Eckpunkt der Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit aller in Österreich lebenden Menschen. „Sie soll die Bevölkerung dabei unterstützen, im Alltag selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen, die ihre Gesundheit fördern.“

Wissenschaftstheoretisch kann Gesundheitskompetenz nach Don Nutbeam (2000) in die Kategorien „funktional“, „interaktiv“ und „kritisch“ unterteilt werden (infodrog, 2020). Unter **funktionaler Gesundheitskompetenz** versteht man im Allgemeinen die kognitiven Fähigkeiten, die das Verstehen und die Nutzung von Gesundheitsinformationen und -angeboten ermöglichen, also zum Beispiel sinnerfassendes Lesen und Schreiben. Unter **interaktiver Gesundheitskompetenz** sind kognitive und soziale Fertigkeiten zu verstehen, die für eine aktive Auseinandersetzung mit gesundheitsrelevanten Informationen aus den verschiedenen Bereichen des sozialen und gesellschaftlichen Lebens notwendig sind. Dazu zählt beispielsweise die Informationsbeschaffung zu gesundheitsförderlichen Themen im sozialen Umfeld. Zudem schließen Maßnahmen zur interaktiven Gesundheitskompetenz auch Gesundheitseinrichtungen und die darin beschäftigten Personen ein, z.B. durch kompetente Informationsvermittlung (Schmidt, 2019). Unter **kritischer Gesundheitskompetenz** ist die Fähigkeit zu einem hinterfragenden, differenzierten Umgang mit Informationen zu Gesundheit gemeint. Dazu zählt auch die Fähigkeit zu verstehen, wie soziale Risiken die Gesundheit negativ beeinflussen, sowie das Vermögen, diese sozialen Risiken strukturell zu verändern. (ungesunde Wohn- und Arbeitsbedingungen, ungünstige Spiel- und Erholungsbedingungen, ungleichheitsförderliche Sozialpolitik...). Ziel der kritischen Gesundheitskompetenz ist es, die Gesundheitschancen von Bevölkerungen im Ganzen zu verbessern, nicht, individuelle Gesundheitsfertigkeiten zu erhöhen (Schmidt, 2019). Die Gesundheitswissenschaftlerin Bettina Schmidt betont die Bedeutung der kritischen Gesundheitskompetenz, da Konzepte zur Gesundheitskompetenz nicht funktionieren, wenn sie überwiegend funktional auf individuelles Wissen und Verhalten setzen und dabei die Verhältnisse weitgehend ignorieren (siehe Interview S.2).

Der Public Health-Experte Rolf Rosenbrock sieht im Zusammenhang mit dem Bedeutungsgewinn von Gesundheitskompetenz im deutschsprachigen Raum jedoch auch eine inhaltliche Überfrachtung und Überforderung des Begriffes, der beim Wort genommen, „mehr als die Aufnahme und Verarbeitung von Gesundheitsinformationen ist, mehr als die angemessene Nutzung von Krankenversorgung und Pflege“ darstellt und „eher eine Lebenskunst ist, die es ihren Träger/innen ermöglicht, mit den Zumutungen, Herausforderungen und Chancen des Lebens so achtsam und erfolgreich umzugehen, dass die Balance zwischen Gesundheitsressourcen und Gesundheitsbelastungen immer wieder hergestellt wird, ohne in die Fallen des „Healthismus“ zu laufen.“ (Rosenbrock, 2017)

Ursprünglich stammt das Konzept der „**Health Literacy**“ aus den Vereinigten Staaten und bezeichnet die Fähigkeit, Informationen, die für die eigene Gesundheit relevant sind, zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und umzusetzen. Historisch stammt Health Literacy, wie Rosenbrock es formuliert, „aus Bemühungen von NGOs in den USA, nichtlese- und schreibfähigen Migranten/innen ohne jede Erfahrung den Weg zur Krankenversorgung (sprich zur community clinic, zum Arzt, zum Medikament, zum Krankenhausbett, zu einer erfolgreichen Therapie) zu ebnet.“ (Rosenbrock 2017). In diesem Sinne sei es „ein nützliches Konzept“, das nicht nur die individuelle Ebene, sondern auch Einrichtungen aus dem Gesundheitsbereich miteinbezieht. Damit deren Nutzung „auch für Menschen mit anderem sprachlichen und kulturellen Hintergrund, mit Behinderung und/oder geringer formaler Bildung nutzbar macht“. Daher sei es wichtig die Differenz zwischen „health literacy“ und „Gesundheitskompetenz“ sichtbar zu halten, um das große Ziel einer „gesundheitskompetenten Bevölkerung“ nicht zu „kleiner und wohlfeiler Münze werden zu lassen“ – die nur einer privilegierten Minderheit zugutekommen könnte.

# SUCHTPRÄVENTION IM SPANNUNGSFELD ZWISCHEN EMANZIPATION UND PATERNALISMUS

Gastkommentar Alfred Uhl

**Priv.Do. Dr. Alfred Uhl** ist Gesundheitspsychologe und war lange Zeit im Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung und im Anton Proksch Institut als Suchtforscher tätig. Seit 2014 ist er stellvertretender Leiter des Kompetenzzentrums Sucht in der Gesundheit Österreich GmbH. Seit 2019 ist Alfred Uhl stellvertretender Leiter des englischen PhD-Programms der Sigmund Freud Privatuniversität, an der er seit 2012 Statistik und Forschungsmethodologie und seit 2019 Psychotherapiewissenschaft im Bereich Methodologie und Suchtforschung unterrichtet.



\* Eine ausführliche Abhandlung folgender Gedanken findet sich in Uhl (2020), Alkoholpolitik und Verhältnismäßigkeit. Rausch, 2, 5–19

Als in den 1990er-Jahren sukzessive Fachstellen für Suchtprävention in den österreichischen Bundesländern gegründet wurden, waren diese von einer Grundhaltung geprägt, die die zuvor populären Ansätze der Angsterzeugung und normativen Beeinflussung konsequent ablehnte und deutlich auf emanzipatorisch-partizipative Methoden der Lebenskompetenzförderung setzte. Schlagworte wie „Empowerment“ (Rappaport, 1987), „Partizipation“ (WHO, 1986b) oder „Risikokompetenz“ (Koller, 1995) prägten den Diskurs. Häufig wurde dabei auf eine deutschsprachige Expertise (Künzel-Böhmer et al., 1993) und auf die Ottawa-Charta (WHO, 1986a) Bezug genommen. Ein klares Bekenntnis zum emanzipatorisch-partizipativen Gesundheitsförderungsansatz findet sich auch im „Leitbild der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention“ (Uhl & Springer, 2002), in einer vom Gesundheitsministerium finanzierten Delphi-Studie mit rund 100 namhaften österreichischen Suchtexperten (Uhl et al., 2013) und in der darauf aufbauenden, vom österreichischen Ministerrat verabschiedeten Suchtpräventionsstrategie (BMG, 2015).

Die Ottawa-Charta setzt Gesundheitsförderung ausdrücklich mit Empowerment gleich: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“

Dieser Zugang, den ich in einer Publikation (Uhl, 2007a) als „demokratisch-emanzipatorisch“ bezeichnete und in Gegensatz zum lange vorherrschenden „paternalistisch-kontrollierenden“ Zugang setzte, entspricht meinem Verständnis von einer modernen, pluralistischen Demokratie. Die Zielpersonen werden als Subjekte wahrgenommen, im Sinne von Interaktionspartner/innen, bei denen man die Fähigkeit fördern will, Lebensbedingungen selbst aktiv zu ändern und zu verbessern, um damit die Wahrscheinlichkeit des Flüchtens in ausweichendes und selbstzerstörerisches Verhalten zu verringern. Es geht dabei um Hilfestellungen, Schutz vor Gesundheitsrisiken, die Menschen unwissentlich eingehen, und durchaus auch Überzeugungsarbeit, sich gesund zu verhalten, aber nicht darum, die Zielpersonen zu einem bestimmten als gesund erachteten Verhalten zu manipulieren oder gar zu zwingen. Einem modernen Menschenrechtsverständnis entsprechend kann es keine Verpflichtung der Menschen zu einem gesunden Leben geben.

Ein erläuternder Zusatztext zur Ottawa-Charta (WHO, 1986b), der von der WHO im Jahr 2009 wiederveröffentlicht wurde, drückt eindeutig aus, dass die Ottawa-Charta im oben beschriebenen Sinn demokratisch-emanzipatorisch gemeint war. Aus der Formulierung wird klar ersichtlich, dass die Autorinnen und Autoren sich ganz dezidiert gegen eine paternalistische Interpretation des Gesundheitsförderungsauftrags abgrenzen wollten: „Personen, die in der Gesundheitsförderung tätig sind, sollten sich über mögliche Interessenkonflikte sowohl auf gesellschaftlicher als auch auf individueller Ebene im Klaren sein. Es besteht die Gefahr, dass im Rahmen der Gesundheitsförderung Gesundheit als das ultimative Lebensziel angesehen wird. Diese Ideologie, die manchmal auch als ‚Gesundheitswahn‘ bezeichnet wird, könnte dazu führen, dass

manche Menschen anderen vorschreiben, was diese zu tun haben und wie sie sich verhalten sollen; ein Verhalten, das im Gegensatz zu den Prinzipien der Gesundheitsförderung steht.“

Hier ist grundsätzlich zu bedenken, dass viele Verhaltensweisen, die als bedenklich oder ungesund qualifiziert werden, mit positiven Erlebnissen und Genuss verbunden sind. Aus diesem Grund sind bei allen Überlegungen zur Gesundheitsförderung negative und positive Effekte gegeneinander abzuwägen – ein Leben ohne Genuss ist für viele Menschen nicht anstrebenswert. Pointiert bringt das ein scherzhaftes Bonmot auf den Punkt: „Wenn man auf alles im Leben verzichtet, was lustvoll und angenehm ist, von Gesundheitsaposteln aber als ungesund bezeichnet wird, lebt man zwar vielleicht nicht länger, es kommt einem aber erheblich länger vor.“

Welche Einschränkungen durch politische Maßnahmen legitim sind, wird in modernen Demokratien unter dem Schlagwort „Verhältnismäßigkeit“ abgehandelt, wobei diese auf vier Säulen ruht: Legitimität, Rationalität, Notwendigkeit und Verhältnismäßigkeit im engeren Sinn (Barak, 2012; zit. in Huscroft, 2014). „Legitimität“ bedeutet, dass die gesetzten Maßnahmen einen angemessenen Zweck verfolgen müssen. „Rationalität“ bedeutet, dass die Maßnahmen geeignet sein müssen, um diesen Zweck zu erreichen. „Notwendigkeit“ bedeutet, dass es keine weniger einschränkenden Mittel gibt, mit denen der Zweck ebenfalls erreicht werden könnte. Und „Verhältnismäßigkeit im engeren Sinn“ bedeutet, dass die zu erwartenden Vorteile die Nachteile, welche Dritten oder den Betroffenen selbst erwachsen, so deutlich überwiegen, dass die Nachteile gerechtfertigt erscheinen.

Wer nun als Lobbyist oder Aktivist die Öffentlichkeit oder wichtige Entscheidungsträger davon überzeugen möchte, dass bestimmte Maßnahmen gerechtfertigt sind, muss zeigen, dass das Ziel legitim ist, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen effektiv sind, dass es keine geeigneten weniger restriktiven Maßnahmen gibt und dass die Vorteile der Maßnahmen die Nachteile klar überwiegen. Ob die intendierten Maßnahmen geeignet sind, die gewünschten Ziele zu erreichen, und ob es gelindere Maßnahmen gibt, diese Ziele zu erreichen, sind Sachfragen. Ob die Ziele legitim und die Nachteile für Betroffene gerechtfertigt sind, sind hingegen Wertfragen und erfordern eine ethische Analyse.

In deutlichem Widerspruch zu diesen Prinzipien stand über viele Jahrzehnte der primär auf das Strafrecht aufbauende Kampf gegen den illegalen Drogenkonsum, wobei sich hier seit einigen Jahren unter Schlagworten wie „Therapie statt Strafe“, „Harm Reduction“, „akzeptanzorientierte und niedrigschwellige Drogenarbeit“, „Entkriminalisierung des Konsums“ eine sukzessive Entspannung abzeichnet. Gleichzeitig mehrten sich aber in Zusammenhang mit Tabak- und Alkoholkonsum deutliche Anzeichen für eine „Restauration des Paternalismus“. Angesichts dessen hoffe ich, dass die Suchtprävention auch weiterhin zu ihren Grundsätzen steht und nicht der Verführung erliegt, Verbote, Kontrollen und Sanktionen zu unterstützen, bloß weil diese raschere und leichter belegbare Ergebnisse versprechen.

Für mehr Paternalismus in Suchtprävention und Politik plädieren z.B. Wiley et al. (2013); sie fordern die Expertenwelt auf, nicht der persönlichen Selbstverantwortung das Wort zu reden, sondern das Prinzip der Demokratie so zu verstehen, dass die Bevölkerungsmehrheit verbindliche Regeln für Minderheiten festlegen darf, um deren Gesundheit mit restriktiven Maßnahmen zu schützen, auch wenn dabei der Wille der Minderheit ignoriert wird. („Anstatt sprachlich die persönliche Verantwortung zu betonen, schlagen wir vor, die Sprache des demokratischen Prozesses zu gebrauchen“). Bezüglich Alkoholprävention bzw. Alkoholpolitik vertreten z.B. Karlsson et al. (2020) einen restriktiven Zugang, den sie als „Public-Health-Ansatz“ bezeichnen. Den auf Eigenverantwortung setzenden Gesundheitsförderungsansatz der Ottawa-Charta interpretieren sie als „neoliberalen Ansatz im Interesse der Alkoholindustrie“, ohne dabei allerdings die Ottawa-Charta ausdrücklich zu erwähnen.

Zu welcher Haltung man neigt, ist primär eine Wertentscheidung, die mit dem Menschen-, Gesellschafts- und Weltbild zusammenhängt. Immer wieder wird versucht, diese Entscheidung als sachlich-wissenschaftliche Entscheidung zu präsentieren, indem eine „evidenzbasierte Politik“ eingefordert und so grundlegende implizite Werturteile verschleiert werden (Uhl, 2007b). Das bedeutet natürlich nicht, dass wissenschaftliche Evidenz in diesem Zusammenhang völlig unbedeutend wäre. Denn auch wenn man das Ziel einer Maßnahme als anstrebens-



wert erachtet und die Maßnahme als ethisch vertretbar beurteilt, ist es unsinnig, diese Maßnahme zu fordern, wenn sie nicht geeignet ist, das gesetzte Ziel zu erreichen. Selbst wenn es legitim erscheint, von Menschen ein bestimmtes Verhalten zu fordern, muss man von dieser Forderung Abstand nehmen, wenn die Betroffenen dieser Forderung gar nicht nachkommen können – Sollen setzt Können voraus.

Auch wenn man emanzipatorisch-partizipative Strategien bevorzugt, stellt sich die Frage, ob „Nudging“ in der Suchtprävention eine legitime Option darstellt. Die Idee des sanften Stupsen, das auch als „sanfter Paternalismus“ oder „libertärer Paternalismus“ bezeichnet wird, wurde von Thaler & Sunstein (2011) als legitimer Beeinflussungsversuch präsentiert. Da man Menschen unweigerlich subtil beeinflusst, kann man mit Buyx (2010) argumentieren, dass Einflussnahme ohne Zwangsausübung auch bei einer antipaternalistischen Grundhaltung vertretbar ist, wenn den Zielpersonen die Absicht nicht verborgen und das Recht eingeräumt wird, nein zu sagen. Auch ein gewisses Ausmaß an Paternalismus – wie die Verpflichtung, im Auto Sicherheitsgurte zu tragen bzw. Helme am Motorrad – erscheint vertretbar, wenn eine Verhältnismäßigkeitsabwägung ergibt, dass die Nachteile für die betreffenden Personen gering und die Vorteile groß sind, und sofern die Sanktionen bei Zuwiderhandeln nicht übermäßig stark ausfallen.

#### LITERATUR:

**BMG (2015):** Österreichische Suchtpräventionsstrategie – Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

**Buyx, A. (2010):** Können, sollen, müssen? Public Health-Politik und libertärer Paternalismus. Ethik in der Medizin, 22: 221–234

**Huscroft, G. (2014):** Proportionality and pretence. Constitutional Commentary, 383, pp. 229–55. Available at: .

**Karlssohn, T.; Mäkelä, P.; Tigerstedt, Ch.; Keskimäki, I. (2020):** The Road to the Alcohol Act 2018 in Finland: A conflict between public health objectives and neoliberal goals. Health Policy, 124, 1–6

**Koller, G. (1995):** Zu Mutungen – Ein Leitfaden zur Suchtvorbeugung für Theorie und Praxis. Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie, Wien

**Künzel-Böhmer, J.; Bühringer, G.; Janik-Konecny, T. (1993):** Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauches. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

**Quensel, S. (2010):** Das Elend der Suchtprävention Analyse – Kritik – Alternative, 2. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

**Rappaport, J. (1987):** Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. American Journal of Community Psychology, 15, 2, 121–148

**Thaler, R.H.; Sunstein, C.R. (2011):** Nudge - Wie man kluge Entscheidungen anstößt. Ullstein, Berlin

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

**Uhl, A. (2007b):** How to Camouflage Ethical Questions in Addiction Research. In: Fountain, J.; Korf, D. J. (eds.): Drugs in Society European Perspectives. Radcliffe, Oxford, S. 116–130

**Uhl, A. (2020):** Alkoholpolitik und Verhältnismäßigkeit. Rausch, 2, 5–19

**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“. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Trotz dieser Zugeständnisse bin ich der Meinung, dass in der Suchtprävention nur ein Zugang – jener, der den Grundvorstellungen der Ottawa-Charta entspricht – angemessen ist. Ich hoffe, dass sich in der Zukunft die Grundhaltung in der Suchtprävention nicht dahingehend verändern wird, dass Suchtpräventionsfachkräfte verstärkt Gefallen daran finden, die vorgegebenen Ziele durch Lustfeindlichkeit, Kontrolle, Zwang und Sanktionen zu erreichen. In einer Suchtprävention, wie ich sie mir vorstelle, geht es nicht darum, einen Kreuzweg für Abstinenz und Askese zu führen oder gar jene zu bestrafen, die infolge psychischer, physischer oder sozialer Probleme einen problematischen Umgang mit psychoaktiven Substanzen entwickeln, sondern darum, Menschen zu unterstützen, damit sie ein möglichst angenehmes, selbstbestimmtes und sinnerfülltes Leben führen können. Es geht darum, Genuss ohne schädliche Folgen zu fördern, und nicht, Genuss zu unterbinden. Ich persönlich halte es hier mit Konstantin Wecker, der singt: „Wer nicht genießt, ist ungenießbar“, und fühle mich dabei den Hedonisten näher, die mit Genussverweigerern Mitleid haben, als den Anti-Hedonisten, die fordern, dass alle mit ihnen mitleiden sollen.

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

**WHO (1986a):** Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, verabschiedet anlässlich der 1. Internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung am 21. November 1986. Weltgesundheitsorganisation, Genf

**WHO (1986b):** Health Promotion: A Discussion Document on the Concepts and Principles. Health Promotion, 1, 73–76

**WHO (2009):** Milestones in Health Promotion – Statements from Global Conferences. WHO, Geneva

**Wiley, L.F.; Berman, M.L.; Blanke, D. (2013):** Who's Your Nanny? Choice, Paternalism and Public Health in the Age of Personal Responsibility. Journal of Law, Medicine & Ethics, 41, Suppl 1, 88–91

## ONLINE-ELTERNVORTRÄGE ZUM THEMA DIGITALE MEDIEN



b-fruchten/photocase.de

Aufgrund der Corona-Pandemie sind derzeit in den Schulen vor Ort leider keine Elternvorträge möglich. Das Institut Suchtprävention bietet jedoch oberösterreichischen Schulen der Bereiche Mittelschule und AHS ab sofort den Elternvortrag „Nur noch dieses eine Level! – Wie begleite ich mein Kind in der Welt der Digitalen Medien?“ als kostenfreies Online-Angebot (Dauer rund eine Stunde).

#### Inhalte des Vortrags:

- Was macht die Faszination dieser Medien aus?
- Wieviel ist zu viel? Ab wann spricht man von einem problematischen Umgang?
- Welche Gefahren gibt es?
- Wie können Eltern ihre Kinder begleiten und sie dabei unterstützen, einen bewussten und sicheren Umgang mit diesen Medien zu entwickeln?

Falls Sie für Ihre Schule das Angebot buchen möchten, setzen Sie sich bitte mit Frau **Mag.a Sandra Brandstetter** vom Institut Suchtprävention in Verbindung: [sandra.brandstetter@praevention.at](mailto:sandra.brandstetter@praevention.at)

# ALKOHOL UND JUGENDSCHUTZ – EINE GRAUSCHATTIERUNG DES „PATERNALISMUS“

**Gegenüberstehende Menschenbilder und Ansichten prägen den modernen Präventionsdiskurs und nehmen somit auch Einfluss auf suchtpreventive Maßnahmen. Eine zentrale Frage lautet dabei: Welches Maß an Rationalität und Mündigkeit trauen wir uns selbst und unseren Mitmenschen zu, um eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen, Risiken selbst zu beurteilen und angemessen zu kontrollieren?**

Der österreichische Philosoph **Konrad Paul Liessmann** spricht in seiner Kolumne in der Neuen Zürcher Zeitung rund um den Lockdown im Frühjahr von „Pastoralem Paternalismus“. Beschwörung, Ermahnung, Drohung, Bestrafung, ins Gewissen redend – mal hoffnungsfroh, dann wieder apokalyptisch. In der Rhetorik der Politik sei man oft an die Rhetorik einer Predigt erinnert. Der vielzitierte „Paternalismus“ hat jedoch viele Gesichter und bedarf eines stetigen Meinungsaustauschs zwischen den Anhänger/innen der kontrollierenden

und jenen der emanzipatorisch ableitenden staatlichen Einflüsse sowie deren Grauschattierungen. Beispielsweise wird sich an der Gurtpflicht keiner mehr stoßen oder stellt die Haftpflichtversicherung in Frage. Rauchen ist mittlerweile nicht mehr „en vogue“. Viele der Leser/innen haben selbst noch im Kindergarten Aschenbecher getöpft. Heute undenkbar. Weitere potenziell paternalistisch-schlummernde Themengebiete: Computerspiele, Sitzen, Zucker, Salz, Kaffee – Liste unvollständig.

Suchtpolitik und somit auch praktische Suchtprävention sind seit jeher geprägt von paternalistischen Einflüssen. Man denke an die Alkoholprohibition in den USA, an die Besteuerung von Tabak, aktuelle (CBD) Cannabisdiskussionen oder anlassbezogene lokale Konsumverbote, wie etwa am Hessenplatz in Linz oder – jüngstes Beispiel – in der Tiroler Landtagskantine. Wie Suchtprävention konkret in der „Paternalismus-Ethikdiskussion“ umzugehen versucht, kann etwa am Beispiel Alkohol und Jugendschutz in Oberösterreich dargestellt werden.

Anlass einer breiten öffentlichen Diskussion war Anfang des vergangenen Jahrzehnts die Novelle zum Oö. Jugendschutzgesetz (Oö. JSchG) und die zunehmende Kritik am Passus des Verbotes „übermäßigen Alkoholkonsums“ von 16- bis 18-Jährigen. Dieser wurde aufgrund seiner mangelnden Tauglichkeit für unrealistisch erachtet. Wie kann man „Übermaß“ objektivieren? Uneinigkeit herrschte in der Frage nach geeigneteren und vertretbaren Methoden. Debatten wurden geführt, ob die bestehende Regelung überhaupt ausreichend erscheint. Eine 0,2- bis 0,5-Promille-Regelung wurde angedacht. Das zeigt nebenbei auf, für wie „voll“ man Jugendliche nimmt. Die Übernahme zentraler Rollen, die dem Erwachsenenalter zugeschrieben werden, wie Erwerbstätigkeit, Führerschein, das Bürger/innenrecht wählen zu gehen, Sexualität und Konsumbeteiligung scheinen machbar zu sein – beim Alkoholkonsum lassen wir Jugendliche aber zum Kind-Sein regredieren? Fairerweise sei hier anzumerken, dass letztlich, trotz kontroversieller Diskussionen, keine derartige Regelung Einzug in die Novellierung des Oö. JSchG fand und zudem mittlerweile weitgehender Konsens und Zufriedenheit darüber herrscht. Momentan. Ein verankertes Ziel des Jugendschutzgesetzes ist es, Jugendliche „in ihrer Entwicklung zu eigenverantwortlichen Mitgliedern unserer Gesellschaft zu fördern und zu unterstützen.“ Die Neuerungen des Jugendschutzgesetzes brachte 2013 die gesetzliche Legitimation zur Durchführung von Testkäufen. Die Idee dahinter lautet salopp formuliert: Überprüfen wir bestehende Gesetze und verstärken wir damit auch die Verantwortung der Erwachsenen.

**„Es geht um das Anschubsen der Individuen mit dem Ziel, ihnen das Fällen guter Entscheidungen zu erleichtern.“** Jan Schnellenbach

## Ethischer Diskurs in der Alkoholpolitik

In den anhaltenden Debatten wird unter anderem der Frage nachgegangen, an welchem Menschbild sich (Alkohol-)Politik und Suchtprävention orientieren. Anhänger/innen eines „demokratisch-emanzipatorischen“ Menschenbildes erkennen im „staatlichen Paternalismus“ einen Ansatz, bei dem Zwang, Manipulation und Kontrolle im Vordergrund stehen, und den man mit (wiederkehrenden) auf Abschreckung basierenden Beispielen aus der Tabakprävention verknüpfen kann. Alkoholpolitisch wird eine zunehmend paternalistische Linie verortet, vor allem aufgrund des Einflusses nordeuropäischer Länder, die in Bezug auf Präventionsmaßnahmen hauptsächlich in Kategorien wie „kostengünstig“ und „effektiv“ argumentieren (Uhl 2007). Diese Länder (vgl. Babor et al., 2005) betonen im Wesentlichen, dass sich mit einer Verringerung von Alkoholverfügbarkeit alkoholbedingte Probleme dezimieren ließen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf strukturellen Maßnahmen. Individuelle, verhaltensbezogene Maßnahmen kommen hingegen kaum bis gar nicht vor. Der renommierte österreichische Suchtforscher Alfred Uhl kritisierte dazu mehrfach die „simplifizierende Einteilung in gute und schlechte Methoden“ als „forschungslogisch unhaltbar“ und warnt davor suchtpreventive Maßnahmen und Aktivitäten in zunehmendem Maße ausschließlich auf Wirksamkeitsnachweise zu reduzieren, die in der Folge in ausufernde Bürokratie münden oder gar als „Scheinevaluationen“ enden.

## Paternalismus: von zart bis hart

Der ebenfalls international renommierte Volkswirt und Ökonom **Gebhard Kirchgässner** erklärt in seinem Aufsatz „Sanfter Paternalismus, meritokratische Güter, und der normative Individualismus“ (2012, S. 4) **drei paternalistische Maßnahmen des Staates:**

**STARKER PATERNALISMUS:** Ge- und Verbote des Staates. Beispielsweise die Pflichtversicherung oder Verbote bestimmter psychoaktiver Substanzen

**WEICHER PATERNALISMUS:** Verwendung von Steuern und Subventionen. Beispielsweise die Tabaksteuer

**SANFTER/LIBERTÄRER PATERNALISMUS:** Die Aufbereitung und die Beeinflussung von Informationen werden hier angeführt.

Alle drei Arten des Paternalismus versuchen, Individuen zu deren eigenem Wohl zu beeinflussen. Die Auswirkung auf Dritte spielt in der Begründung keine Rolle. Der Ökonom **Jan Schnellenbach** (2012) erklärt im Zusammenhang mit liberalem oder weichem Paternalismus das „**Nudge-Konzept**“, das ohne Vorschriften und fremde Präferenzen versucht, Individuen in ihrem Handeln zu lenken. Die Wahlfreiheit soll dabei gewährleistet bleiben: „Es geht um das Anschubsen der Individuen mit dem Ziel, ihnen das Fällen guter Entscheidungen zu erleichtern.“

Er betrachtet den sanften Paternalismus kritisch, als zweifelhaftes Konzept, das sich selbst herausnimmt, zwischen gutem und weniger gutem Handeln zu unterscheiden und sieht den sanften Paternalismus quer zur Idee der individuellen Freiheit stehen. Das Anschubsen sei subtil und manipulativ und schaffe in der Praxis



eine unerträglich brave, fade, konformistisch und spießige Gesellschaft (vgl. Schnellenbach, 2014). Ebenso sieht Kirchgässner (2012, S. 15) im sanftern Paternalismus Möglichkeiten für Missbrauch und Manipulation und sieht mangelnde Erfolgchancen, komplexe Politikprobleme zu lösen und die Gefahr, dass man letztlich beim harten Paternalismus lande.

Andererseits erachtet Kirchgässner jedoch eine generelle Ablehnung gegenüber paternalistischen Maßnahmen als nicht mehr haltbar – eher ideologisch motiviert – da Paternalismus allgegenwärtig sei. Kirchgässner (2012, S. 22), Schlieckau (2013, S. 114) und Schnellenbach (2012, o. S.) sehen auch nicht zwingend einen Konflikt zwischen Paternalismus und dem Erziehungsziel der Autonomie, wenn man bei der Annahme bleibt, dass Individuen über ihre „handlungsleitenden Präferenzen“ reflektieren, also autonom und mündig sind. Unter diesem Aspekt muss Paternalismus nicht im Widerspruch zur Autonomie stehen. Die Frage bleibt offen, ob das den (sanften) Paternalismus rechtfertigt und moralisch legitimiert.

**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. Göttingen, Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hofgrefe Verlag. **Kirchgässner, G. (2012).** Sanfter Paternalismus, meritische Güter, und der normative Individualismus. St. Gallen. **Schnellenbach, J. (2012).** Wohlwollends Anschubsen: Was ist mit liberalem Paternalismus zu erreichen und was sind seine Nebenwirkungen? In: Perspektiven der Wirtschaftspolitik. Band 12, Heft 4. Eine Zeitschrift des Vereins für Socialpolitik. **Schnellenbach, J. (2014).** Wie uns der Staat zu Spießern erzieht. Onlineartikel von Claudia Wirz in der Neuen Züricher Zeitung v. 10.03.2014. **Uhl, A. (2007).** Begriffe, Konzepte und Menschenbilder in der Suchtprävention. In: Suchtmagazin, 33, S. 3-11.

## Alkohol- und Tabaktestkäufe als „Nudges“

Allenfalls lohnt es sich, die eingangs erwähnte Entstehungsgeschichte der Testkäufe in Oberösterreich und die zugrundeliegende politische Diskussion rund um Verschärfung des Jugendschutzes unter dem Gesichtspunkt zu betrachten, dass der Aspekt des weichen Paternalismus (Testkäufe), möglicherweise Aspekte von hartem Paternalismus (verstärkte Alkoholkontrollen und Verschärfung der Promillegrenzen für Jugendliche) zuvorgekommen ist oder abgelöst hat (Verbot des übermäßigen Alkoholkonsums). Die Maßnahme des Testkaufes kann als niederschwellige Maßnahme des weichen Paternalismus angesehen werden, die einen harten staatlichen Eingriff verhindert oder abgeschwächt hat.

Suchtprävention in Österreich ist vermutlich einem liberalen Paternalismus zuzuordnen, da sie sich sowohl durch motivierende als auch durch konfrontierende Impulse auszeichnet. Sie gibt Anstöße und initiiert Wissen und Bildung, provoziert durch frühinterventive Maßnahmen und Strategien und unterstützt in manchen Belangen, zum Beispiel in Form des Motivational Interviewing.

**Mag. (FH) Andreas Reiter, MA**  
Außerschulische Jugend und Arbeitswelt



## NEUE READY4LIFE-APP IM EINSATZ

Der Beginn des aktuellen Schuljahres markierte auch den Start der neuen „ready4life“-Chatbot-App. Damit ist es nun möglich, ready4life mittels eigener Smartphone-App zu nutzen. „ready4life“ ist ein kostenloses digitales Coaching-Programm, das speziell für Lehrlinge und Schüler/innen der Polytechnischen Schulen entwickelt wurde.

Die wichtigsten Ziele der Chatbot-App „ready4life“ sind:

- Förderung allgemeiner Lebenskompetenzen
- Stärkung der Stressbewältigungs- und Kommunikationsfähigkeit
- Unterstützung in der Bewältigung von Konflikten in der Berufsschule und Lehre
- Förderung der Widerstandsfähigkeit gegenüber riskantem Substanzkonsum
- Förderung kompetenter Mediennutzung

Im Zuge des **Workshops „be smart“**, der in Kooperation mit der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) in oberösterreichischen Berufsschulen und Betrieben durchgeführt wird, erfolgt auch eine Vorstellung der App inklusive Eingangsbefragung. Folgen Jugendliche der Einladung zum Programm, erhalten Sie ein persönliches Risiken-/Ressourcenprofil mit einer Empfehlung zur Themenwahl. Ist diese erfolgt, startet ready4life mit zwei selbstgewählten Modulen. Die Module behandeln die Themen Stress, Sozialkompetenz, Tabak, Alkohol, Cannabis, Internet- und Smartphone-Nutzung. Dann ist es (freiwillig) möglich, ein- bis zwei-Mal wöchentlich mit einem computergenerierten Avatar zum Thema des gewählten Moduls zu chatten. Die Dauer für die Absolvierung eines Moduls beträgt 8 Wochen. Insgesamt dauert das Programm pro Teilnehmer/in ca. 4 Monate.

Zusätzlich können Raucherinnen und Raucher freiwillig an einem **EXTRA-Coaching** teilnehmen, das sie unterstützt das Rauchen zu reduzieren oder damit aufzuhören. Für nichtrauchende Jugendliche bietet ready4life auch ein Coaching zum risikoarmen Trinken, das jugendgerechte **Safer Use-Regeln** beinhaltet.

Mittels des „Ask the Expert“-Tools gibt es zusätzlich zum **Avatar-Chat** auch die Möglichkeit, mit einem realen Gegenüber in Kontakt zu treten und persönliche Fragen zu stellen, die von Experten und Expertinnen des Instituts Suchtprävention vertraulich beantwortet werden. Als Anreiz für die Teilnahme zu ready4life werden unter allen Teilnehmer/innen wertvolle Hauptpreise in Form von Gutscheinen verlost.

Die **ready4life-App** wird mit finanzieller Unterstützung des Fonds Gesundes Österreich in Kooperation mit der Lungenliga Schweiz, dem ISGF Zürich und der Universität Lübeck angeboten.

Weitere Infos und Kontakt: [www.ready4life.at](http://www.ready4life.at)

**DIE TEILNAHME  
IST KOSTENLOS!**



**Die persönliche  
Coaching-App für  
Lehrlinge**



# DIE SPRACHE DER SUCHT

Mag. Seifried Seyer, Forschung und Evaluation

In den Modellen der Präventions- und Suchtforschung spielen Metaphern und latente Menschenbilder eine wichtige Rolle. Dabei stellt sich unter anderem die Frage, wie diese Modelle in Expertenkulturen der Behandlung und Prävention wirksam werden.

Spricht man über Sucht, so spricht man einerseits von einem phänomenalen Geschehen, das zurückverweist auf die sozial-biologisch-körperliche Bedingtheit des Menschen, die dem subjektiven Alltagsvoluntarismus – der Vorstellung jederzeit unser Schicksal bestimmen zu können – eine Prüfung auferlegt. Andererseits spricht man von „Modellen“ zum „Phänomen“ Sucht, die historisch, kulturell, disziplin- und erkenntnistheorieabhängig sowie in Praktiken von Suchtexperten/innen variieren. Modelle sind nicht die mehr oder weniger gelungene Repräsentation eines unabhängig von der Konstruktionsleistung empirisch bloß gegebenen Phänomens. In den **Variationen der Modelle** bis hin zur Nichtvergleichbarkeit zwischen ihnen wird der (soziale) Konstruktionsprozess sichtbar. Wobei mit Konstruktion nicht gemeint ist, dass das Phänomen selbst in diesem Konstruktionsprozess „geschaffen“ wird. Vielmehr stellt die Konstruktion selbst die aktive Basis für das „Geltendmachen“ (W. James) der Modelle in Bezug auf das thematisierte Phänomen dar. Das Leben eines Phänomens wird einmal mehr, einmal weniger mit sozialer Energie versorgt. So ist auch die gesellschaftliche Thematisierung des Phänomens Sucht einmal mehr, einmal weniger intensiv.

## Das Phänomen Sucht

Wie lässt sich nun das Phänomen „Sucht“ beschreiben? Das Phänomen selbst ist nicht direkt zugänglich. Es liegt auf dem Grund der Geschichte der Modelle, die im Laufe der Zeit darüber gebildet wurden und die gegenwärtig miteinander konkurrieren und gleichzeitig aufeinander verweisen. Suchtmodelle wirken zurück auf die Vorstellungen und Praktiken, die unter dem Begriff „Sucht“ verstanden werden. Der Theorieeffekt – oder sollte man besser sagen, Modelleffekt – bzw. die Performativität dessen, was Experten/innen modellieren, hat unmittelbare Auswirkungen auf das Wissen, die Selbstbeschreibung und die Praktiken, mit denen sich die Akteure im Alltag selbst und untereinander begegnen. Ebenso sind diese Modelle im Handeln der Experten/innen der sozialen Arbeit und der behandelnden Professionen aufzuspüren. Die Studien der Neurobiologen/innen thematisieren „Dysfunktionen“ nach zweckrationalem Handlungstyp. Das imaginäre funktionale Referenzsubjekt ist dabei ein bindungsloses, flexibles, investitionsberechtigtes, zukunfts- und leistungsorientiertes, ökonomisch rational handelndes Subjekt. Dieses „imaginäre“ Subjekt ist das Andere, das Gegenstück des/der „kranken“, änderungsunwilligen defizitären Abhängigen.

Lässt sich aber ein gemeinsamer Beschreibungskern in diesen Modellen, die sich explizit auf Sucht beziehen, ausmachen und lässt sich dieser Beschreibungskern auch in anderen Modellen, die nicht direkt auf Sucht bezogen sind, ebenso auffinden? Die unterschiedlichen Modelle zur Sucht sind fließend oder bruchhaft miteinander verbunden. Suchtforschung ist geprägt von Extrempositionen, die die „Doppelnatur“ der Sucht widerspiegeln. Einerseits wird Sucht als eine soziale Konstruktion beschrieben, die ihre kulturelle Bedingtheit in den Vordergrund rückt, demgegenüber steht das Modell einer neurobiologischen Fehlfunktion.

## Sucht als Metapher

In den Modellen sind Subjektvorstellungen und Handlungstypiken zu finden, die nicht expliziert sind. Sie verweisen auf Fragen der Autonomie und Selbstbestimmung, der Fremdbestimmtheit und des Fremden, der Willensfreiheit und Determination, der Anerkennung bzw. Exklusion, der Leiblichkeit und des Geistes bzw. die ökologische Einbettung des Menschen. Zudem werden die Modelle zur Sucht als Metaphern dargestellt, sind „metaphorisch strukturierte Konzepte“.

**Beispielsweise sind folgende Metaphern am offensichtlichsten:** Krankheitsmetapher, Maschinenmetapher, Kampfmetapher, Kriegsmetapher, Freiheits- und Abhängigkeitsmetapher. Die Abhängigkeitsmetapher wird an den beiden Sujets (siehe oben) einer Plakatkampagne sehr gut sichtbar.

Zweifellos ist es ein Fortschritt, Sucht nicht mehr als moralische Verfehlung oder kriminelle Handlung zu betrachten. Sucht wird als Krankheit anerkannt. Das ist der Konsens der medizinischen Suchtforschung unter der Dominanz der Neurobiologie. Die Pathologisierung der Sucht birgt aber in seiner Konsequenz auch Diskriminierungs- und Entmündigungs-

potenziale (Seyer, 2016). Die Form der Abhängigkeitsmetapher hat entmündigende Konsequenzen, wobei Neurobiologen noch einen Schritt weitergehen und abhängigen Personen auch den freien Willen absprechen: „Wo die Sucht beginnt, endet der freie Wille“ (Hüther, 2008). Das Geschehen wird dabei an einen Ort verlegt, an dem komplexere Auffassungen der Abhängigkeit keinen Platz haben und es geht somit eine Grundlage der sozialen Interaktion verloren. Man tritt weit hinter Auffassungen über Abhängigkeit zurück, die die biopsychosoziale Einbettung dieses Verhaltens und dessen mögliche problematische Folgen berücksichtigen. Hilarion Petzold etwa meint: „Drogenabhängigkeit ist eine komplexe, somatische, psychische und soziale Erkrankung, die die Persönlichkeit des Drogenabhängigen/der Drogenabhängigen, sein soziales Netzwerk und seinen mikroökologischen Rahmen betrifft, beschädigt und – wenn sie lange genug wirkt – zerstört“ (Petzold 2007: 467).

**Die Modelle der Sucht im Sinne von metaphorisch strukturierten Konzepten decken ein weites Spektrum menschlicher Handlungsmöglichkeiten ab:**

- **Sucht als Besessenheit:** Sucht wird als heteronome Besetzung begriffen, die die Akteure dazu bringt, ihre Handlungen in Verkennung und Selbsttäuschung auszuführen.
- **Sucht als Laster:** Moral
- **Sucht als abweichendes Verhalten und Normverletzung:** Kriminalisierung, Exklusion
- **Sucht als Krankheit:** „Expertokratie“, die über das Phänomen richtet. Diagnosemanuals ICD-10 und DSM-5
- **Sucht als Coping:** Bewältigung von subjektiv nicht bewältigbaren Situationen
- **Sucht als Doping:** im Wettbewerb bestehen
- **Sucht aufgrund von Komorbidität:** Selbstbehandlung von Erkrankungen
- **Sucht als Gewohnheit und Habitualisierung:** Einübung und Training
- **Sucht als Lebensstil:** Passion, der Trieb zu spielen
- **Sucht im Spannungsfeld von unproduktiver Verausgabung versus Arbeit:** Spiel, Passion
- **Sucht als Variation anthropologischer Bedingtheit u. Kränkung der Autonomie:** Willenslosigkeit, Hang zur Bindung

**Abhängig von den jeweiligen Modellen, die an einem bestimmten Ort zu einer bestimmten Zeit vorherrschend sind, kommt es zu unterschiedlichen Theorieeffekten bzw. performativen Wirkungen:**

- **Exklusion und rituelle Inklusion** zählen historisch zu den ältesten Formen des Umgangs mit dem Phänomen „Sucht“.
- **Kriminalisierung** geht der Pathologisierung in der Regel voran.
- **Pathologisierung** meint das Phänomen, dass bestimmte Verhaltensweisen als krankhaft eingestuft werden und damit der Träger der „Erkrankung“ behandlungsbedürftig und korrekturbedürftig wird.
- **Medikalisierung** spricht das Phänomen an, dass Personen als medizinisch behandlungsbedürftig eingestuft werden.
- **Pharmakologisierung** geht darüber hinaus, in dem als medizinisch behandlungsbedürftig eingestufte Personen als (zwangweise) Abnehmer pharmakologischer Produkte verwendet werden.
- Das **Phänomen der Anerkennung** (differenter Lebensformen und Kultivierung) kann als Gegenkonzept betrachtet werden, bei dem den Personen mit ihren Abhängigkeiten und Bindungen mit Respekt begegnet wird.

Die subjekttheoretischen Annahmen bewegen sich zwischen den Polen Autonomie und Determinismus. Abhängigkeit kann als anthropologische Grunddisposition bzw. menschliche Bedingtheit begriffen werden, die in der Moderne negiert wird. Das Aufklärungsprogramm setzte auf den autonomen, individuellen Vernunftgebrauch. Wissenschaftliche Disziplinen (Soziologie, Neurobiologie) lassen mit sozialen bzw. natürlichen Gesetzmäßigkeiten die Autonomie allerdings entgegen dem Postulat der Autonomie verschwinden. Letztlich bleibt also die Frage: Wie kann man Pluralität und Heteronomie (Abhängigkeit als Bindung gedacht) bestehen lassen, und die klassische Form der Autonomie relativieren, ohne den Akteur zu einem Spielball vollständiger Determination zu machen?



# FRÜHERKENNEN UND HANDELN BEI (SUCHT)GEFÄHRDUNG VON SCHÜLER/INNEN

Mag. Rosmarie Kranewitter-Wagner, Außerschulische Jugend und Arbeitswelt



Starker Leistungsabfall, sozialer Rückzug, gesundheitliche Probleme von Schüler/innen – auch das gehört zum Schulalltag und fordert Lehrkräfte heraus. Die dahinterliegenden Gründe sind nicht immer bekannt. Manche Jugendliche entwickeln beim Versuch mit Belastungen umzugehen Verhaltensweisen, die ihre Gesundheit gefährden: riskanter Substanzkonsum, Essstörungen oder massiver Rückzug in virtuelle Welten. Um seitens der Schule kompetent unterstützen zu können, braucht es mehr als das Engagement von Einzelpersonen.

Früherkennen und handeln bei (Sucht)gefährdung von Schüler/innen erfordert die Zusammenarbeit im Kollegium, mit Eltern, eventuell auch mit externen Beratungsstellen und Behörden. Hilfreich ist ein humanistisches Menschenbild im Hintergrund, das davon ausgeht, dass jeder Mensch im Grunde gut und fähig zur Weiterentwicklung ist. Schüler/innen in ihrem Streben nach Autonomie und Selbstverwirklichung wohlwollend zu begleiten und an ihre positive Entwicklung zu glauben, hat natürlich viel mit innerer Haltung zu tun und ist nicht einfach wie eine Technik erlernbar. Darüber hinaus ist das Handeln von Lehrkräften und Schulleitungen eingebettet in berufliche Rollen und den schulischen Kontext mit all seinen Implikationen.

**Folgende Schritte haben sich bei Auffälligkeiten von Schüler/innen bewährt. Gespräche werden dabei bewusst als Intervention gesetzt und sind ein zentrales Element der Prävention:**

## 1. WAHRNEHMEN

Beobachten Sie bewusst für einige Wochen die Signale der Veränderung des Schülers/der Schülerin auf den Ebenen „Verhalten in der Schule“, „Konsumverhalten“, „äußeres Erscheinungsbild“ usw. und machen Sie sich auch bewusst, was das bei Ihnen auslöst.

## 2. DOKUMENTIEREN

Dokumentieren Sie Ihre Wahrnehmungen schriftlich und vergessen Sie dabei nicht, auch positive Beobachtungen festzuhalten. Diese Fakten dienen der Verlaufsbeobachtung über einen längeren Zeitraum und bilden später die Grundlage für ein Gespräch. Sie sollten vertraulich behandelt werden.

## 3. REFLEKTIEREN

Wahrnehmungen werden maßgeblich durch eigene Vorstellungen, Ängste und Absichten beeinflusst. Deshalb ist es sinnvoll, beobachtete Auffälligkeiten persönlich und im Austausch mit Kolleginnen/Kollegen zu reflektieren und sich die eigene Rolle und die zur Verfügung stehenden Ressourcen bewusst zu machen.

## 4. VORBEREITUNG VON GESPRÄCHEN

Ist die Entscheidung für ein Gespräch gefallen, bedarf es einer gründlichen Vorbereitung: Welche Beobachtungen möchte ich mitteilen, welche Ziele verfolge ich und welche Rolle nehme ich ein?

## 5. DURCHFÜHRUNG VON GESPRÄCHEN

Gespräche sind Interventionen. Zu Beginn können sie Kontakt herstellen, Vertrauen aufbauen und zu Veränderung motivieren, später als Helfer-Konferenz durchgeführt werden und gegebenenfalls in Sanktionsgesprächen münden. Jeder Gesprächstyp erfordert klare Zielsetzungen und die Einbeziehung der relevanten Personen.

## 6. EVALUATION

Im Rückblick auf die Schritte 1 bis 5 wird deutlich, ob es in Bezug auf den oder die Schüler/in noch Handlungsbedarf gibt und ob es eine Verbesserung des schulinternen Handlungsmodells braucht. Vielleicht müssen die internen Kommunikationsabläufe geklärt und der Kontakt zum regionalen Hilfsnetz intensiviert werden oder es wurde ein Weiterbildungsbedarf deutlich.

Natürlich entwickeln sich Situationen nicht immer wie erwartet. Jede/r Jugendliche ist einzigartig und so kann es durchaus vorkommen, dass Gelerntes aus früheren Gesprächssituationen nur bedingt hilfreich ist.

## Erfahrungen und Reflexionen aus der Praxis

### Herausfordernd kann sein...

#### ■ Verunsicherung hinsichtlich der eigenen Rolle als Lehrer/Lehrerin:

Soll ich Gerüchten und eigenen Wahrnehmungen nachgehen? Fühle ich mich dafür kompetent oder überfordert? Die Situation positiv mitzugestalten bedeutet hinzuschauen, Verantwortung zu übernehmen und frühzeitig zu handeln. Der Austausch mit anderen (Lehr-)Personen gibt Sicherheit und erweitert das eigene Handlungsspektrum.

#### ■ Vertraulichkeit: „Bitte, das darf niemand erfahren!“

Schüler/innen teilen manchmal Persönliches mit der Bitte um Geheimhaltung mit. Dieser vertrauliche Umgang mit Informationen ist nicht immer möglich. Zum Beispiel wenn es um Fragen der Obsorge geht oder es sich um illegalen Substanzkonsum handelt. (§13 Suchtmittelgesetz regelt, wie Schulen vorzugehen haben. Nach dem Motto „Helfen statt strafen“ verpflichtet er dazu, Hilfe anzubieten. Es darf zu keiner Diskriminierung oder Anzeige kommen. Die Rollen von Lehrkräften und Schulleitung sind klar definiert.) Zentral ist, zu Gesprächsbeginn klarzustellen, worüber gesprochen werden kann und bei welchen Themen Lehrkräfte Informationen weitergeben müssen. Der Kreis der eingebundenen Personen sollte jedoch möglichst klein gehalten werden, um Stigmatisierung zu vermeiden.

#### ■ Widerstand seitens des Schülers/der Schülerin:

Was tun, wenn mein Gegenüber alles abstreitet oder gar nichts sagt? Es ist ganz normal, dass Jugendliche mit Abwehrverhalten reagieren, wenn sie in einem Gespräch mit unangenehmen Inhalten konfrontiert werden. Diese Reaktion wird wahrgenommen, aber nicht bewertet. Ziel des Gespräches ist das Ansprechen von wahrgenommenen Verhaltensänderungen und deren möglichen Konsequenzen. Gleich wichtig ist, die eigene Sorge auszudrücken und Hilfe anzubieten. Mit diesem inneren Fahrplan lässt sich Widerstand leichter aushalten.

### Gut zu wissen...

■ **Gespräche wirken**, auch wenn vordergründig nur Abwehr zu beobachten ist. Sie zeigen Interesse am Gegenüber und können daher unmittelbar entlastend und unterstützend sein. Manchmal braucht es mehrere Gespräche, eventuell auch mit anderen Personen, um einen Wendepunkt einzuleiten.

■ **Kollegiale Unterstützung entlastet**. Durch den Austausch mit Kolleginnen und Kollegen werden die Verantwortung geteilt, Klarheit in Bezug auf die eigene Rolle entwickelt und nächste Schritte erleichtert. Lehrkräfte erhöhen ihre Selbstwirksamkeit, wenn sie über spezifisches Wissen verfügen, sich unterstützt fühlen und Erfahrungen mit derlei Gesprächen sammeln.

Lehrkräfte sind keine Sozialarbeiter/innen oder Therapeuten/innen. Es geht nicht darum, noch mehr zu leisten! Wesentlich ist, eigene Grenzen (als Mensch und als Lehrer/in) zu kennen und zu wissen, wo man Unterstützung bekommt. So bleibt man handlungsfähig.

**Klar ist:** frühes Erkennen und Handeln hilft bei jeglichen Auffälligkeiten, nicht nur bei Drogenkonsum.

#### Das Institut Suchtprävention bietet Information und Coaching.

##### Ansprechpartner Berufsschule:

Mag. Dietmar Krenmayr, MA | dietmar.krenmayr@praevention.at

##### Ansprechpartner aller anderen Schultypen:

DSA Dieter Geigle, MA | dieter.geigle@praevention.at

#### Weiterführende Informationen und Unterstützung:

**Schulinterne Fortbildung:** Step by Step – Früherkennen und Handeln.

Hilfe für (sucht)gefährdete Schüler/innen

**stepcheck.at:** Die Website des Instituts Suchtprävention für Früherkennung und Frühintervention in Schule und Betrieb

**„Das Wenige, das du tun kannst, ist viel.“**

Albert Schweitzer

# DROGENMONITORING OBERÖSTERREICH 2019

## Ergebnisbericht veröffentlicht

Seit dem Jahr 2000 führt das Institut Suchtprävention im Rahmen des „Drogenmonitoring Oberösterreich“ periodisch alle 3 bis 5 Jahre eine oberösterreichweite repräsentative **Bevölkerungsbefragung** durch, bei der Wissen, Einstellungen und Verhalten rund um legale und illegale Drogen bzw. Sucht abgefragt wird. Das Drogenmonitoring dient u.a. der systematischen Erfassung der Konsumtrends in Oberösterreich. Für die aktuelle Studie wurden rund 1500 Personen ab 15 Jahren zwischen Dezember 2018 und Jänner 2019 befragt. Zusätzlich zu den Ergebnissen der Bevölkerungsbefragung enthält der aktuelle Endbericht zum OÖ Drogenmonitoring ein **Expertenpanel** mit zehn persönlich geführten **Interviews** sowie einer **Online-Befragung**, an der sich 139 Expertinnen und Experten beteiligten. Zudem enthalten sind die drogenbedingten Diagnosedaten der OÖ Landeskrankenhäuser, **Behandlungsdaten** der Substitutionstherapie sowie oberösterreich-spezifische Auswertungen der **Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz** und Daten aus den Drogenberatungsstellen. Last but not least wurden auch die Daten der **WHO-Schüler/innen-Befragung HBSC** („Health Behavior Schoolaged Children“) in der Auswertung berücksichtigt. Ein inhaltlicher Schwerpunkt des Endberichts zum Drogenmonitoring 2019, der im September 2020 veröffentlicht wurde, widmet sich dem Thema Cannabis.

Der ausführliche Ergebnisbericht zum Drogenmonitoring 2019 steht als Download auf unserer Website [praevention.at](http://praevention.at) (Studien und Statistiken) zur Verfügung.

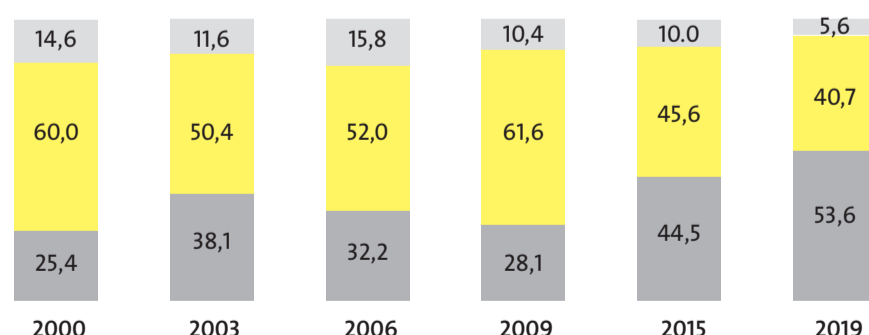


### Alkohol: Jugendliche trinken weniger Alkohol

Seit den 1970er-Jahren gibt es in ganz Österreich eine rückläufige Tendenz beim Alkoholkonsum. In den vergangenen Jahren hat sich

dieser Rückgang aber sehr abgeflacht, das heißt, dass sich in diesem Bereich nur geringe Veränderungen zeigen. Trotz des tendenziell weniger werdenden Konsums trinken immerhin 56,3 Prozent der Befragten mindestens einmal pro Woche Alkohol. Positiv: Beim täglichen Alkoholkonsum (2,83 %) ist eine leichte Abnahme festzustellen (im Langzeitvergleich zu 2006: 3,8 %). Große Unterschiede gibt es beim Trinkverhalten zwischen Männern und Frauen. Obwohl es in den vergangenen Jahren eine Annäherung gegeben hat, konsumieren nach wie vor deutlich mehr Männer als Frauen alkoholische Getränke. So trinken fast drei Viertel der oberösterreichischen Männer (72,14 %) mindestens einmal pro Woche Alkohol, während dies bei den Frauen lediglich 40,76 % tun. Noch deutlicher sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den höheren Trinkfrequenzen (2- bis 7-mal pro Woche). Die Trinkfrequenz der 15- bis 24-Jährigen hat sich in den vergangenen 10 Jahren deutlich reduziert. Gaben im Jahr 2006 in dieser Befragungsgruppe noch knapp 16 Prozent an, an 4 Tagen pro Woche oder öfter Alkohol zu trinken, waren es in der aktuellen Befragung nur mehr 5,6 Prozent. Dieser Trend macht sich auch bei den Frequenzen „1 bis 3 Tage“ bemerkbar, wo es ein Minus von fast 12 % gibt. Zudem verzichten immer mehr Jugendliche gänzlich auf Alkohol.

### Trinkfrequenz in den letzten 3 Monaten von 2000 bis 2019 – Alter 15 bis 24 Jahre



- 1 mal in 14 Tagen oder weniger
- an 1 Tag bis zu 3 Tagen pro Woche
- an 4 Tagen pro Woche oder öfter



mena2112/photocase.de

### Problematisches Trinken und Alkoholabhängigkeit – deutlich mehr Männer als Frauen betroffen

In Österreich gelten ca. 5 Prozent der Bevölkerung als alkoholabhängig. Das entspricht etwa 370.000 Personen. In Oberösterreich sind das rund 60.000 Menschen. Bei der Alkoholabhängigkeit verschob sich laut den Diagnosedaten der OÖ Landeskrankenhäuser in den letzten Jahren in Oberösterreich das Verhältnis von knapp 3,5:1 auf 2,4:1 (männlich:weiblich). Diese Annäherung entspricht auch dem Bundestrend. Hinsichtlich des Alters zeigt sich, dass Behandlungen wegen Alkoholabhängigkeit bis zu den Altersgruppen der 50 bis 59-Jährigen kontinuierlich ansteigt, da der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit in der Regel jahrelanger missbräuchlicher Alkoholkonsum vorausgeht. Die höchste Zahl der Abhängigkeitsdiagnosen ist in der Altersgruppe der 50-bis 59-Jährigen zu finden.



© sakura/Adobe Stock

### 71 % der Oberösterreicher/innen sind Nichtraucher

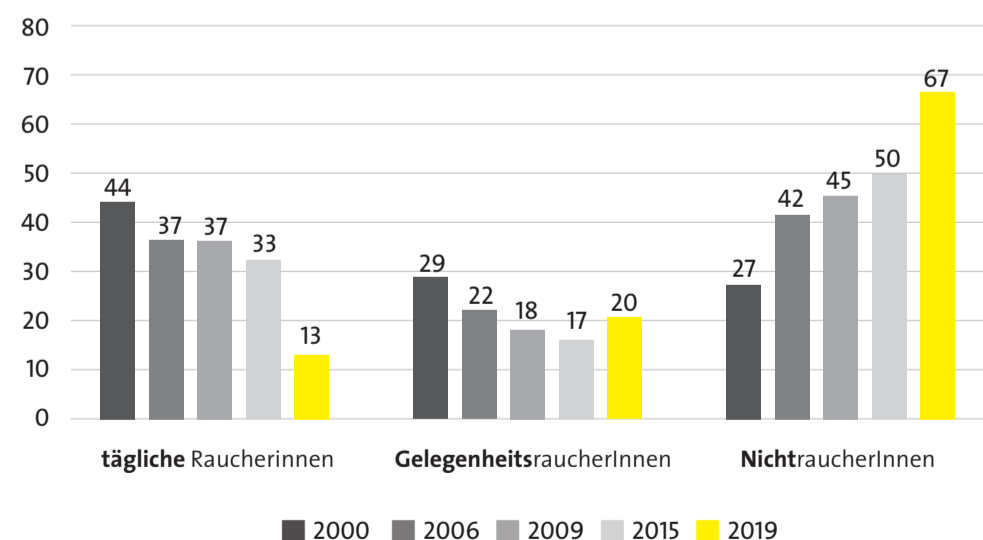
Für den Bereich Tabak zeigt sich, dass es im Laufe der vergangenen Jahre einen deutlichen Wandel hin zum Nichtrauchen gegeben hat. 71 % der Befragten gaben an, Nichtraucher zu sein. Zum Vergleich: Bei der ersten Erhebung im Jahr 2000 waren es noch 43 %. Der Anteil der täglichen Raucher/innen beträgt aktuell 17 %, bei der letzten Erhebung 2015 waren es noch 23 %, jener der Gelegenheitsraucher/innen liegt bei 12 % (2015: 9%).

### Jugendliche rauchen deutlich weniger

Sehr erfreulich präsentieren sich die Konsumzahlen bei den 15- bis 19-Jährigen. Hier konnte im Vergleich zur letzten Erhebung ein deutlicher Rückgang bei den täglichen Raucher/innen verzeichnet werden. Gaben beim Drogenmonitoring OÖ 2015 noch 33 % der Jugendlichen an, täglich zu rauchen, sind es jetzt nur mehr 13 %. Damit wurde eines der OÖ Gesundheitsziele für das Jahr 2020 im Bereich der Suchtprävention erfüllt: „Bis 2020 wird der Anteil der oberösterreichischen 15- bis 19-Jährigen, die täglich rauchen, von derzeit rund 35 Prozent auf höchstens 20 Prozent gesenkt.“ (OÖ Gesundheitsziel im Bereich „Suchtprävention verstärken“) Dies wirkt sich auch auf die Zahl der Nichtraucher/innen unter den Jugendlichen in Oberösterreich aus. Hier ist der Anteil von 50% auf 67 % gestiegen.

### Entwicklung der Raucherzahlen in Oberösterreich bei den 15- bis 19-Jährigen

Raucherstatus in Prozent







© Itummy/Adobe Stock

## Illegale Drogen

Rund 35 % der Befragten (15-bis 59-Jährige) haben mindestens einmal in ihrem Leben Erfahrung mit illegalen Drogen gemacht, wobei der Hauptteil (ca. 31 %) der Substanz Cannabis zugeordnet werden kann. Die weiteren Substanzen, die die Befragten bereits einmal konsumiert zu haben angeben, sind Ecstasy bzw. Kokain mit 5,1 %. Verhältnismäßig oft genannt wurden auch missbräuchlich verwendete Medikamente: sedative Medikamente (Benzodiazepine) bei 6,1 % und opioide Schmerzmittel bei 4,4 Prozent.



© Hanfmagazin/pixelio.de

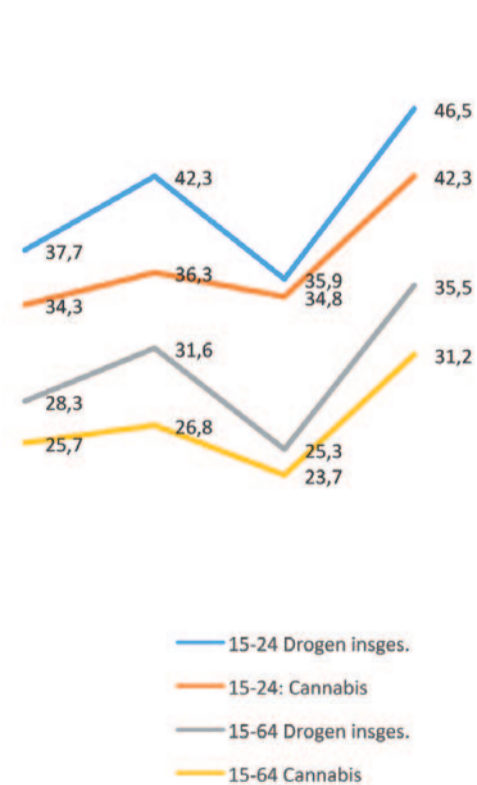
## Themenschwerpunkt Cannabis

Aktuell gibt knapp jeder dritte Befragte (31,2 %) an, zumindest einmal in seinem Leben Cannabis konsumiert zu haben. Vor allem in jüngeren Altersgruppen (15 bis 24 Jahre) zeigt sich derzeit wieder ein ansteigender Trend. Laut aktueller „Drogenmonitoring OÖ“-Befragung gaben 42,3 Prozent dieser Altersgruppe an, zumindest einmal in ihrem Leben Cannabis probiert zu haben (Lebenszeitprävalenz). Dieser Wert ist im Vergleich zu den vergangenen Jahren (zwischen 34 % und 36 %) merklich angestiegen. Betrachtet man die Angaben zur Jahres- bzw. Monatsprävalenz zeigen sich ebenfalls Anstiege, die wieder das Niveau der 2000er-Jahre erreichen bzw. überschreiten. So gaben in der Altersgruppe 15 bis 64 Jahre 10,4 % an, im letzten Jahr Cannabis konsumiert zu haben. 2006 waren es 9,2 % (2015: 6,2%). Bei der jüngeren Altersgruppe (15-24 Jahre) liegt diese Zahl erfahrungsgemäß (Stichwort Probierkonsum) höher, aktuell bei 23,2 % (2006: 19,9%, 2015: 12,9%). Ähnlich stellt sich der Trend bei den Monatsprävalenzen dar. 5,4 % der 15- bis 64-Jährigen und 11,3 % der 15- bis 24-Jährigen hat Cannabis innerhalb des letzten Monats konsumiert, wobei sich hier die Zahlen immer noch unter dem Niveau der Nullerjahre (6,1 % bzw. 13,9 %) bewegen.

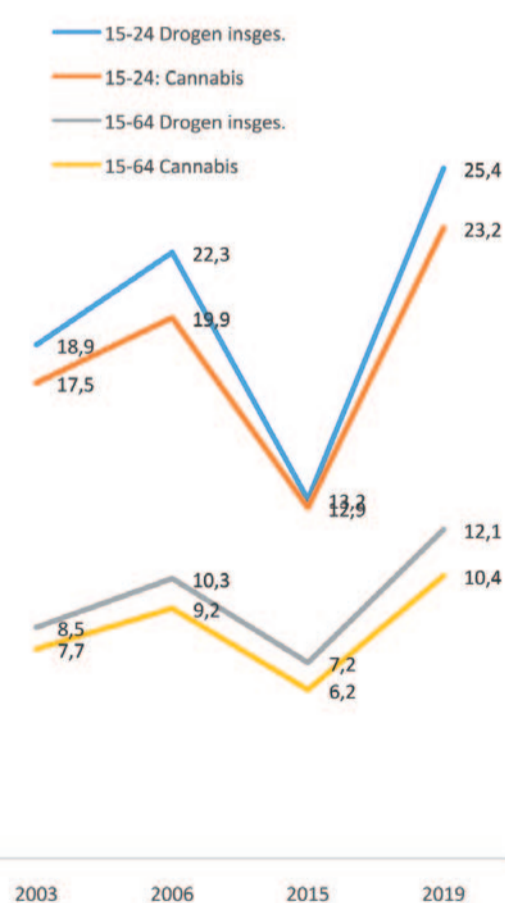
Warum es derzeit wieder einen – auch international beobachtbaren – Trend in Richtung steigendem Cannabiskonsum gibt, dürfte mehreren Faktoren geschuldet sein, u.a. haben in den vergangenen Jahren die in der Öffentlichkeit stark sichtbaren CBD-Produkte (THC-Gehalt unter 0,3 %) an Bedeutung gewonnen. Diese Produkte haben aufgrund ihres niedrigen THC-Gehalts keine Rauschwirkung, sondern werden vorwiegend aufgrund ihrer entzündungshemmenden und beruhigenden Wirkung konsumiert. Inwieweit dieser Konsum von CBD-Produkten (in Bezug auf die Beantwortung der Frage, jemals im Leben Cannabis konsumiert zu haben) zur Steigerung der Konsumraten von Cannabis beigetragen hat, lässt sich jedoch derzeit nicht feststellen. Zudem lässt sich laut den Befragungen in den vergangenen zwei Jahrzehnten eine gewisse „Veralltäglicung“ des Cannabiskonsums von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Oberösterreich beobachten. So wird u.a. von dieser Gruppe von Konsumenten als Legitimierung für ihren Cannabiskonsum Bezug genommen auf europäische und internationale Legalisierungstendenzen und -diskussionen. Seit der (Teil)Legalisierung von Cannabis in mehreren Bundesstaaten der USA gibt es bereits eine Reihe von Staaten, die dem Prinzip einer Legalisierung bzw. staatlichen Regulierung folgen (Kanada, Uruguay, Luxemburg...). Das heißt, es gibt international gesehen keinen einheitlichen Umgang mit der Substanz Cannabis, sondern unterschiedliche rechtsstaatliche Modelle. Neben einer gestiegenen Verfügbarkeit ist aber auch eine höhere mediale Öffentlichkeit von Cannabis, zum Beispiel in TV-Filmen und Serien, zu beobachten. Die Personen, die Cannabis konsumieren, sind zudem nicht mehr eindeutig bestimmten Jugendkulturen oder Gruppen bzw. Bildungsniveaus oder kulturellen Milieus zuzuordnen.

## Illegale Drogen – Epidemiologie Trend

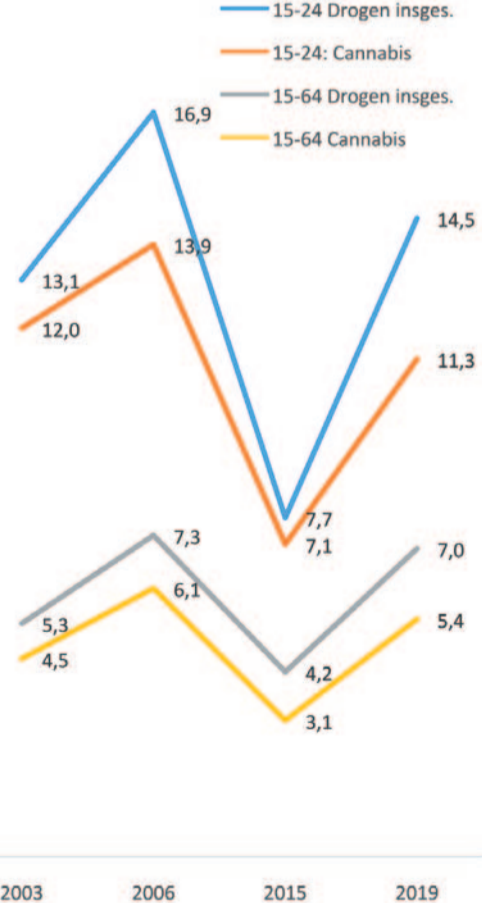
Lebenszeitprävalenz 2003 bis 2019



Jahresprävalenz 2003 bis 2019



Monatsprävalenz 2003 bis 2019







v.l.: Lagemann, Yazdi, Haberlander, Breitwieser

## KRISENSITUATIONEN MIT PROFESSIONELLER HILFE MEISTERN

Selbstisolation, Ausgangsbeschränkungen, Home-office und -schooling, Kurzarbeit oder Arbeitslosigkeit: Die Corona-Krise stellt die oberösterreichische Bevölkerung heuer vor große Herausforderungen – sowohl gesellschaftlich als auch gesundheitlich. Vor allem die psychischen Auswirkungen der Krise werden erst nach und nach sichtbar.

LH-Stv.in Mag.<sup>a</sup> Christine Haberlander betonte im Rahmen einer Pressekonferenz am 29. Juni 2020 in Linz die Bedeutung der professionellen Hilfeleistungen: „Niemand in Oberösterreich wird mit seinen Problemen allein gelassen. Wir setzen daher besonders in der psychischen Betreuung einen Schwerpunkt und zahlreiche Akzente.“ Am Podium saßen auch Prim. Dr. Kurosch Yazdi (pro mente OÖ, Vorstandsvorsitzender), Christoph Lagemann (Institut Suchtprävention, Geschäftsfeldleiter) und Mag.<sup>a</sup> Silvia Breitwieser (Telefonseelsorge).

Von psychischen Krisen waren und sind quer durch die Bevölkerung viele Menschen betroffen – egal ob Mann oder Frau, ob Jung oder Alt. Unterschiede ergaben sich laut einer ersten Analyse der Hilfeleistungen bei den Anliegen: Während sich Männer meldeten, weil sie etwa einen Alkoholrückfall erlitten hatten, suchten viele Frauen Beratung wegen Depressionen oder Panikattacken. Eltern wiederum beklagten einen massiv gestiegenen Internetkonsum bei Jugendlichen. Menschen, die als Kind erlebt hatten, dass sie eingesperrt wurden, haben es nicht ausgehalten, die eigenen vier Wände nicht verlassen zu können oder bei Personen, die traumatische Ereignisse erlebt hatten, sind Erinnerungen an diese Zeit wieder hochgekommen. In der ersten Akutphase im April nahmen rund ein Viertel mehr Personen etwa das Angebot der Krisenhilfe OÖ oder der psychologischen Beratungsstellen in Linz an.

Damit Menschen gut durch eine Krise wie die aktuelle kommen, sei laut Christoph Lagemann neben akuten Hilfsangeboten auch Präventionsarbeit nötig. Dazu brauche es einen Paradigmenwechsel: „Wichtig ist den Menschen zu sagen, dass man nicht nur den Körper trainieren kann, sondern auch die Psyche, indem man sich damit auseinandersetzt, was man im Falle einer Krise tun kann.“ Diese Bewusstseinsarbeit müsse bereits bei Kindern beginnen.

## SUCHTPRÄVENTION IN DER BERUFSSCHULE: FRÜHERKENNUNG UND FÜHINTERVENTION

Am 8. Oktober 2020 fand an der Bildungsdirektion OÖ in Linz eine Schulung für Berufsschuldirektorinnen und -direktoren zum Thema Suchtprävention statt. Die inhaltliche Gestaltung erfolgte durch das Institut Suchtprävention (Mag. Dietmar Krenmayr, MA und DSA Dieter Geigle, MA). Alle Berufsschulstandorte Oberösterreichs waren vor Ort vertreten, insgesamt nahmen 24 Personen an der Schulung teil. Im Mittelpunkt stand das Thema Früherkennung und -intervention. Dabei wurde der Umgang mit Schüler/innen besprochen, die aufgrund des Konsums psychoaktiver Substanzen auffällig werden.

Unter dem Motto „Helfen statt Strafen“ wurde mit den Direktorinnen und Direktoren jene Personengruppe gezielt angesprochen, die im Schulbereich für die Auslösung und Leitung von Verfahren nach § 13 des Suchtmittelgesetzes zuständig sind. Für knifflige Fragen zum § 13 SMG stand die Leiterin des schulärztlichen Dienstes, Dr. Gertrude Jindrich, ebenfalls vor Ort zur Verfügung. Am Nachmittag standen Fallbeispiele und deren Abwicklung nach den bewährten 6 Schritten des „Step-by-Step“-Handlungsmodells am Programm. Einen zentralen Teil der Schulung nahm auch das Thema Gesprächsführung ein – um auffällig gewordene Schüler/innen adäquat im Sinne des § 13 ansprechen zu können. Abschließend stand der Drogenkoordinator des Landes OÖ, DSA Thomas Schwarzenbrunner, MA für Fragen zur Verfügung und erläuterte das Suchthilfesystem in Oberösterreich.

Dietmar Krenmayr, Ansprechpartner zum Thema Suchtprävention in der Berufsschule am Institut Suchtprävention, zog ein positives Resümee: „Die Bildungsveranstaltung hat für alle Teilnehmer/innen neben vielen fachlichen Inputs auch spannende Diskussionen und hilfreiche Anleitungen für die Praxis geboten.“

## NEUES PRÄVENTIONSPROGRAMM FÜR DIE VOLKSSCHULE: ZUSAMMEN.WACHSEN

Das Institut Suchtprävention startete mit „zusammen.wachsen“ im Schuljahr 2020/21 eine **Neuaufgabe** des langjährig bewährten Programms „**eigenständig werden**“. Die Neuaufgabe wurde vom Institut für Therapieforschung in Kiel vollständig überarbeitet und heißt in Österreich aus markenrechtlichen Gründen „zusammen.wachsen“. „zusammen.wachsen“ ist ein sucht- und gewaltpräventives Unterrichtsprogramm für die 1. bis 4. Schulstufe auf Grundlage des Lebenskompetenzansatzes der WHO. Das Programm unterstützt Kinder bei der Entwicklung sozialer und emotionaler Fähigkeiten, die es ihnen ermöglichen mit sich selbst und mit anderen gut umgehen zu können. Durch das Programm wird ein gutes Klassenklima aufgebaut und die Zusammenarbeit in der Klasse gefördert. **Die Schüler und Schülerinnen lernen:**

- sich selbst und die anderen besser kennen
- effektiv zu kommunizieren und ihre eigenen Bedürfnisse auszudrücken
- den konstruktiven Umgang mit unangenehmen Gefühlen und Stress
- das Lösen von Konflikten und Problemen
- kreatives und kritisches Denken.

Das Präventionsprogramm „zusammen.wachsen“ besteht aus insgesamt 28 Unterrichtseinheiten für alle vier Schulstufen, die von der Lehrkraft in ihrer Klasse umgesetzt werden. Diese Unterrichtseinheiten sind sehr konkret beschrieben, beinhalten Arbeitsblätter für die Kinder und viele Differenzierungsmöglichkeiten. Die Einschulung in dieses Programm erfolgt durch eine Fortbildung der Lehrkräfte im Umfang von 24 Einheiten. Diese Schulungen werden als SCHILF oder SCHÜLF organisiert (Mindestteilnehmerzahl 14 Personen) und sind für die Fortbildungsverpflichtung anrechenbar. Da die Fortbildung außerhalb der Unterrichtszeit stattfinden soll, haben sich vier Nachmittage zu je 6 Einheiten bewährt. Im Rahmen der Schulung erhalten alle Lehrkräfte das Unterrichtsmanual.



Um auch die Eltern ins Projekt einzubinden, wird es einen Elternvortrag an der Schule geben, der von einem Referenten / einer Referentin des Instituts Suchtprävention abgehalten wird. Das Projekt wird von der Bildungsdirektion Oberösterreich und der PH OÖ unterstützt und kann durch Förderungen vom Land OÖ und der Gesundheitskasse Österreich kostenfrei angeboten werden. Die Kurse für das Schuljahr 2020/21 sind aufgrund der hohen Nachfrage bereits ausgebucht. Wir freuen uns aber auf Anmeldungen für das Schuljahr 2021/22.

**Kontakt:** Mag. Peter Eberle, MA  
peter.eberle@praevention.at

## ALKOHOL, PSYCHOAKTIVE SUBSTANZEN UND STRASSENVERKEHR

Im Rahmen des Projekts „Drive Clean“ wurde vom Institut Suchtprävention eine Methodensammlung für Schulklassen und Gruppen in der außerschulischen Jugendarbeit erstellt. Dabei geht es um das Thema Alkohol, psychoaktive Substanzen und Straßenverkehr. Die Inhalte dieser Sammlung sind angelehnt an den **Workshop „Drive Clean“**, der vom Institut Suchtprävention für oberösterreichische Fahrschulen angeboten wird. Für die Verwendung im Schulunterricht oder in Gruppen der außerschulischen Jugendarbeit wurden die Module dieses Workshops für die Durchführung in diesen Settings adaptiert.

Zentrale Themen sind das Herausarbeiten von Trink-Fahr-Konflikten im Straßenverkehr, der Erfahrungsaustausch sowie das Finden von Strategien und Möglichkeiten zur Vermeidung von Rauschfahrten. Weitere Punkte sind das Aufdecken von Alkoholmythen, die Wissensvermittlung zum Thema Alkohol und Drogen sowie das Erleben der Beeinträchtigung durch Alkohol im Straßenverkehr mit Hilfe einer „Rauschbrille“. Ein wesentliches Ziel ist die Stärkung der intrinsischen Motivation der Jugendlichen. In diesem Fall geht es um die persönliche Überzeugung, keinen Alkohol zu trinken oder Drogen zu konsumieren, um ihre Sicherheit nicht zu gefährden. Infos: praevention.at/driveclean





# MIT ZUVERSICHT IM GLEICHGEWICHT

Im Portrait – Mag.<sup>a</sup> Anita Piberhofer

intern

Seit knapp fünf Jahren arbeitet Anita Piberhofer nun am Institut Suchtprävention. Mit ihrer unaufgeregten Art und einer gesunden Portion trockenen Humor hat die Mühlviertlerin am Institut Suchtprävention nicht nur viele Sympathien auf ihrer Seite, sondern es bringt sie so schnell auch nichts aus der Ruhe. Diese positive Erdung ist auch nötig, denn ihr Aufgabenfeld verlangt es nicht selten, einen kühlen Kopf zu bewahren. Denn neben der **Projektassistenz** für mehrere Workshop-Angebote ist Anita Piberhofer auch für den Masterlehrgang Sucht- und Gewaltprävention eine wichtige Schnittstelle zwischen der Lehrgangsleitung, den Studierenden und den Referentinnen und Referenten: sei es bei der Organisation von Hotels und Lehrsälen für die Vortragenden, der Aufbereitung von Unterlagen, der Unterstützung bei Lehrveranstaltungen vor Ort oder via Videokonferenz



um nur einige Beispiele zu nennen. Hilfreich sind bei den vielen Organisationsschritten hier mitunter wohl auch praktische Erfahrungen aus dem eigenen Hausbau. Der Berufsweg der Mutter zweier erwachsener Söhne ist jedenfalls nicht unbedingt als klassisch einzustufen. Anita Piberhofer ist ausgebildete Schneiderin und hat nach ihrer berufsbegleitenden Matura erfolgreich das **Studium der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften** absolviert. Nach der Tätigkeit in einer Firma in der Automatisierungstechnikbranche wechselte sie ans Institut Suchtprävention. Den Umstieg hat sie bislang nicht bereut. Im Gegenteil: „Ich bin im Service Center in einem super Team, in dem ich mich wohl fühle. Die Arbeit ist abwechslungsreich und ich kann sie mir weitgehend selbst einteilen.“, erzählt Anita, die es zudem als überaus wertvoll empfindet, dass am Institut nicht nur die Leistung des Einzelnen zähle, sondern auch die menschliche Seite nicht zu kurz kommt. Leicht fällt ihr hingegen der Verzicht auf Fleisch am Teller, wenngleich sie sich nicht als Vegetarierin bezeichnen möchte. Auf keinen Fall zu kurz kommt bei unserer Kollegin neben ihrer Familie auch die Kräuterkunde, Bewegung in der Natur und der eigene Garten, dessen Früchte von ihr selbst unter anderem sogar zu Tees und Essig veredelt werden. Das sind wahrlich gute Kraftquellen, die Anita Piberhofer auch viel Zuversicht geben – eine Tugend, die wir alle, gerade in herausfordernden Zeiten, nur allzu gut gebrauchen können.

Wir begrüßen unseren neuen Kollegen **David Vogl, MSc** recht herzlich am Institut Suchtprävention. Der ausgebildete Soziologe mit deutsch-österreichischen Wurzeln hat per September 2020 in der Abteilung Schule-Familie-Kinder die Aufgaben von Kerstin Huber MEd, BEd übernommen und ist in den Projekten „zusammen.wachsen“ und „plus“ tätig. Seine Motivation für die neuen Aufgaben war das starke Bedürfnis eine Arbeit mit Sinn zu erfüllen: „Dies wird mir hier am Institut mit großer Hebelwirkung ermöglicht.“ Bei der Umsetzung in die Praxis hält es David Vogl mit Schiller: „Strebe nach Ruhe, aber durch das Gleichgewicht, nicht durch den Stillstand deiner Tätigkeit.“

neu  
AM INSTITUT



## Buchtipps

### EIGENVERANTWORTUNG HABEN IMMER DIE ANDEREN – DER VERANTWORTUNGSDISKURS IM GESUNDHEITSWESEN

Bettina Schmidt, Bern, 2008

Dieses Buch von Bettina Schmidt (siehe Interview S.2) wurde zwar schon im Jahr 2008 veröffentlicht, aber die Themen Eigenverantwortung und der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen sind in Zeiten von Corona wohl aktueller denn je. Das Fördern und Fordern von Eigenverantwortung ist zentrale Zielsetzung zahlreicher gesundheitspolitischer Anstrengungen, um Menschen zu mehr Gesundheit zu aktivieren. Eine gründliche Analyse der Debatte zur Eigenverantwortung dokumentiert jedoch die Lückenhaftigkeit der bisherigen Auseinandersetzung - bereits im Hinblick auf definierte Begriffe oder klar umrissene Innen- und Außengrenzen von Eigenverantwortlichkeit. Das vorliegende Werk versucht, diese Lücken zu verkleinern. Neben konzeptionellen und begrifflichen Präzisierungen werden Chancen und Risiken von Eigenverantwortung für die Gesundheit sowie für das Gesundheitswesen dargestellt und funktionierende Möglichkeiten zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit erörtert.



### PRAXISHANDBUCH: QUALITÄTSENTWICKLUNG UND EVALUATION IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Petra Kolip, Weinheim, 2019

Was macht „Qualität“ von Gesundheitsförderung aus? Wie lässt sich die Qualität von Angeboten sicherstellen oder stärken? Mit diesen und ähnlichen Fragen sind Praktiker\*innen der Gesundheitsförderung zunehmend befasst. Im Arbeitsalltag gibt es aber häufig nur wenige Ressourcen, sich in umfassende Qualitätssysteme einzuarbeiten. Das Buch nimmt typische Fragen aus der Praxis auf und präsentiert niedrigschwellige und praxistaugliche Instrumente, die zur Förderung von Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität geeignet sind. Schritt für Schritt kann so mehr Qualität in den Angeboten erreicht werden.



### PRÄVENTION PSYCHISCHER PROBLEME – EINFÜHRUNG, GRUNDLAGEN UND DISKURS

Dominik Gruber, Rainer Schmidbauer, Richard Paulik, Maria Magdalena Schaireiter, Gernot Koren, Werner Schöny, Linz, 2014

Nahezu jedem erscheint das Prinzip der Prävention – d.h. der vorausschauenden Problemvermeidung – als plausibel und selbstverständlich. Dennoch wird mehr darüber gesprochen als getan. Das Gesundheitssystem Österreichs und auch anderer Länder ist nach wie vor „behandlungsorientiert“. Das bedeutet, dass psychische Erkrankungen in der Regel erst nach ihrem Ausbruch einer (adäquaten) Behandlung zugeführt werden. Gründe genug, sich dem umfassenden Thema Prävention aus einem anderen Blickwinkel heraus zu widmen. Dieses Buch wurde von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von pro mente OÖ konzipiert und verfasst, darunter auch Dr. Rainer Schmidbauer und Mag. Richard Paulik vom Institut Suchtprävention. Die 330 Seiten starke Publikation widmet sich den Grundlagen der Prävention psychischer Probleme bzw. Erkrankungen. Diese bilden die unabdingbare Voraussetzung für den Auf- und Ausbau qualitätsgesicherter präventiver Maßnahmen und Institutionen.



### DAS WUNDER DER WERTSCHÄTZUNG – WIE WIR ANDERE STARK MACHEN UND DABEI SELBST STÄRKER WERDEN

Reinhard Haller, München, 2019

Der bekannte Psychiater, Suchtmediziner und Gerichtssachverständige Prof. Dr. Reinhard Haller widmet sich in seinem aktuellen Buch dem Thema Wertschätzung. Echte Wertschätzung wirkt wahre Wunder: Sie aktiviert unser Belohnungszentrum im Gehirn und hemmt das Angstzentrum – in kürzester Zeit entfalten sich Kreativität, Motivation und Beziehungsfähigkeit. Wenn dies nachhaltig geschieht, kann dies die Persönlichkeit positiv verändern. Viele Fallbeispiele aus Alltag, Politik und Therapie verdeutlichen lebendig und unterhaltsam, wie wirksam diese „Wundermedizin“ ist – in der Erziehung ebenso wie in Partnerschaft und Berufsleben. Praktische Impulse helfen uns, auch selbst immer eine wertschätzende Grundhaltung einzunehmen: So lernen wir, andere stark zu machen und dabei selbst stärker zu werden – denn jede Geste echter Wertschätzung wird mit vielen Gesten der Wertschätzung beantwortet werden.



**TIPP:** Alle erwähnten Bücher können in der Fachbibliothek am Institut Suchtprävention kostenlos entlehnt werden.

Öffnungszeiten: Mo–Do: 8:30–12:00 Uhr und 13:00–16:00 Uhr Fr: 8:30–12:00 Uhr Schulferien: 8:30–12:00 Uhr Online-Katalog: praevention.at

# 10 Tipps zur Gesundheit im Homeoffice

Das Homeoffice mit den damit verbundenen Mehrfachanforderungen aus Beruf, Kindern, Schule und Haushalt ist für viele Beschäftigte in dieser Zeit eine Arbeitsrealität. Untersuchungen zeigen, dass ein guter Mittelweg zwischen Engagement und Erschöpfung vor allem von einem guten Kontakt mit der Führung, einer abgesprochenen Kommunikation und einer guten Selbstorganisation abhängen. Damit Sie trotz Arbeiten von Zuhause über einen längeren Zeitraum gesund, motiviert und suchtfrei bleiben, sollen Ihnen diese Anregungen helfen:

## 1. Wählen Sie die richtige Einstellung

Auch wenn die Entscheidung zum (Weiterverbleib im) Homeoffice nicht selbst gewählt ist, Sie lieber an Ihren Arbeitsplatz gehen würden und Sie Ihre KollegInnen vermissen – je früher Sie die (neue) Situation innerlich akzeptieren und annehmen, desto weniger Energie geht für inneren Widerstand verloren.

## 2. Entwickeln Sie tägliche Routinen

Gestalten Sie Ihren Tagesbeginn so, als ob Sie an Ihren Arbeitsplatz gehen würden. Stehen Sie zur gleichen Zeit auf, ziehen Sie sich für die Arbeit an und entwickeln Sie schnell Rituale und gleichbleibende Abläufe, wie Sie in die Arbeit ein- und auch wieder aussteigen.

## 3. Gestalten Sie sich einen bequemen Arbeitsplatz

Wenn möglich, gestalten Sie sich einen Arbeitsplatz, der Ihrem ursprünglichen Arbeitsplatz ähnelt und an dem Sie möglichst ungestört arbeiten können. Wenn Sie über kein eigenes Arbeitszimmer verfügen, ist es hilfreich, wenn Sie nach Arbeitsschluss Arbeitsmaterialien und Unterlagen wegräumen. Dies vermeidet Konflikte mit Mitbewohnern und unterstützt die Trennung von Arbeit und Freizeit.

## 4. Definieren Sie Ihre Arbeitszeiten

Legen Sie mit Ihren KollegInnen und Vorgesetzten Zeiten fest, an denen Sie auf jeden Fall erreichbar sind und welchen Spielraum Sie haben, wann Sie die restliche Arbeitszeit absolvieren. Geben Sie Ihre Arbeitszeiten und Erreichbarkeiten auch Kunden oder Klienten bekannt. Achten Sie aber auch darauf, dass Sie fixe Zeitpunkte festlegen, an denen Sie Ihre Tagesarbeit beenden, denn Arbeit zu Hause birgt die Gefahr, ständig in der Arbeit zu sein!

## 5. Definieren Sie, wofür Sie welche Kommunikationskanäle nutzen

Legen Sie zusammen mit Ihren KollegInnen und der Führung fest, welche Kommunikationskanäle Sie für welche Inhalte nutzen wollen, z.B. was über Videokonferenz, was über Zweiergespräche und was über E-Mail kommuniziert werden soll.

Da im Homeoffice viele Zwischendurch-Gespräche mit KollegInnen und Vorgesetzten wegfallen, ist es besonders wichtig, dass Sie viel kommunizieren, bei Unklarheiten Selbstverantwortung übernehmen und wenn nötig nachfragen. Achten Sie aber darauf, dass Sie dies so gezielt wie möglich machen und Unbeteiligte möglichst wenig mit irrelevanten Nachrichten „überflutet“ werden.

## 6. Klären Sie Fragen/Konflikte im persönlichen Gespräch

Wichtige Fragen, z. B. die Zusammenarbeit oder Projekte betreffend, lassen sich am effizientesten per Telefon klären. Die direkte Kommunikation hilft Missverständnissen vorzubeugen und bietet zudem die Möglichkeit des Nachfragens. So können sich beide Seiten vergewissern, ob Mitteilungen und Aufträge im Sinne des Absenders verstanden wurden.

Gerade in Konfliktsituationen sind Klärungsversuche via E-mail oder Chat wenig hilfreich, weil das geschriebene Wort viel Interpretationsspielraum zulässt bzw. oft Inhalte zwischen den Zeilen interpretiert werden.

## 7. Sorgen Sie für ausreichend Pausen und Bewegung

Eine große Herausforderung im Homeoffice ist das lange Sitzen. Die Wege zu Terminen, zu Besprechungen mit Kollegen oder in die Kantine fallen weg. Machen Sie immer wieder kurze Pausen, in denen Sie aufstehen, Ihren Arbeitsraum verlassen und Nacken und Rücken entspannen. Machen Sie wirklich bewusst Mittagspause und wechseln Sie dafür auch den Raum. Die Mittagspause sollten Sie keinesfalls dazu nutzen um häusliche Tätigkeiten zu verrichten. Pause ist Pause und sollte zur Regeneration verwendet werden.

## 8. Organisieren Sie sich eine gute technische Ausstattung

Um effizient im Homeoffice arbeiten zu können, sind einige technische Voraussetzungen (Laptop, Headset, stabile Internetverbindung, VPN-Zugang zum Firmenserver, Diensthandy ...) notwendig. Vereinbaren Sie mit Ihrem Dienstgeber die dafür notwendige Unterstützung – auch was die Bereitstellung notwendiger Software und Tools und die damit verbundene Einschulung betrifft.

Bilden Sie Austauschgruppen unter den KollegInnen, in denen Fragen gestellt und voneinander gelernt werden kann und stellen Sie ihr Wissen anderen zur Verfügung. Es kann Spaß machen und sehr motivierend sein, gemeinsam Neuland zu betreten und sich weiterzuentwickeln.

## 9. Treffen Sie Vereinbarungen mit Ihren Mitbewohnern

Ungestörte Arbeitsphasen im Homeoffice sind keine Selbstverständlichkeit, vor allem wenn man mit Kindern zusammenlebt. Vereinbaren Sie klare Regeln und Codes, z. B. Tür zu heißt „bitte nicht stören“ oder das Schild „Videokonferenz“ bedeutet „jetzt nicht eintreten!“, die Ihnen ungestörte Arbeitsphasen erlauben. Hilfreich sind auch klar definierte Zeiten, in denen Sie nicht für Kinderbetreuung und Haushalt zuständig sind und diese vom Partner/in oder einer anderen Person übernommen werden.

## 10. Eigenlob stimmt!

Belohnen Sie sich für erledigte Aufgaben und loben Sie sich zwischendurch auch mal selbst! Da Lob und Anerkennung durch Kollegen und Vorgesetzte im Homeoffice weniger werden, sprechen Sie diese auch mal selbst aus – denn Eigenlob stimmt!