

# Präventionsgeschichte – Teil 2: die Karriere des Suchtbegriffs und die «modernen» Prävention

So wie die Sorge um die allgemeine Gesundheit der Bevölkerung immer wieder vorge-schoben wird, um Massnahmen durchzu-setzen, die politischen oder wirtschaftlichen Interessen dienen, so geschieht dies auch mit der andern Seite der Unterscheidung, der Krankheit. Gerade der Suchtbegriff hat sich in dieser Hinsicht wiederholt als nützlich erwiesen – nicht zuletzt in den frühen 70er-Jahren, als die heutige Prävention sich zu etablieren begann.

MARTIN HAFEN\*

Bei der Betrachtung der frühen Konzepte von Prävention und Gesundheitsförderung im ersten Teil dieser Präventionsgeschichte<sup>1</sup> wurde deutlich, dass

der Gesundheitsbegriff sich erstens als sehr wandlungsfähig zeigt und dass er zweitens ab der Mitte des 2. Jahrtausends zunehmend durch andere Gesellschaftssysteme als die Medizin – namentlich durch die Wirtschaft und die Politik – zur Erreichung eigener Ziele genutzt wird<sup>2</sup>.

Bevor wir uns mit Prävention und Gesundheitsförderung in der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg beschäftigen, soll der Blick noch einmal nach hinten gelenkt und gezeigt werden, dass nicht nur der Gesundheitsbegriff einem kontinuierlichen Wandel und einer wiederholten Instrumentalisierung unterliegt, sondern auch die andere Seite der Unterscheidung: die Krankheit, resp. die Verhaltensweisen, die krank machen. Die «Sucht» ist sowohl für die semantische Wandlungsfähigkeit als auch für die politische und wirtschaftliche Nutzbarmachung ein dankbares Beispiel – zudem ist sie ein Beispiel, welches hervorragend in unseren Kontext passt, etablierte sich die neuere Prävention doch zumindest zu Beginn in erster Linie als Suchtprävention.

## Die Wandlung des Suchtverständnisses...

Emlein<sup>3</sup> hat die Entwicklung des Suchtverständnisses von der Antike bis in die Neuzeit untersucht. Nach seinen Ausführungen wurden Sucht und Rausch in der Antike zum einen mit Dämonentheorien erklärt, da die Phänomene unerklärlich erschienen. Andererseits gab es (vor-)wissenschaftliche Erklärungen wie jene des Hippokrates, der im wiederholten Rausch keine Krankheit für sich sah, sondern lediglich ein Fehlverhalten, welches das Gleichgewicht der Körpersäfte stören konnte.<sup>4</sup>

Im Mittelalter bestand nach Emlein für das Individuum ein relativ geringer Zwang zur Affektkontrolle; aus diesem

Grund wurde auch die Berausung weit gehend geduldet, und es drängten sich keine vorbeugenden Massnahmen auf.

Das änderte sich im 15. Jahrhundert: das Aufkommen des Bürgertums und der protestantische Hang zur Nüchternheit brachten die Lust und mit ihr den Rausch zunehmend in Verruf. Bis zum 18. Jahrhundert wurde das Rauschtrinken jedoch lediglich als «unvernünftig» eingestuft. «Die Hilfestellung ist entsprechend nicht das Krankenhaus, sondern das Umerziehungslager.»<sup>5</sup>

## Die Annäherung von Krankheit und Sucht

Da die gehobene Gesellschaft nicht auf den Alkoholkonsum (und die Berausung) verzichten mochte, etablierte sich nach Emlein im 18. Jahrhundert die semantische Unterscheidung von ‚genussvollem Trinken in guter Gesellschaft‘ und ‚zügellosem, süchtigem Trinken in schlechter Gesellschaft‘. Mit der Thematisierung des Suchtaspektes des Alkoholkonsums wurde das übermässige Trinken zum ersten Mal medizinalisiert. Zur gleichen Zeit differenzierte sich im Medizinsystem die Psychiatrie aus, und diese nahm sich des Alkoholkonsums als einer neben andern Verhaltensweisen an, die behandelt werden mussten.

So wie sich die Behandlung von übermässigem Alkoholkonsum immer mehr in Richtung Medizinalisierung verschob<sup>6</sup>, so verlagerte sich die gesellschaftliche Bewertung des Alkoholismus immer mehr von «Unvernunft» auf «Krankheit» – eine Entwicklung, die angesichts der verheerenden Folgen des weit verbreiteten Konsums von kostengünstigen Alkoholika (etwa Kartoffelschnaps in der Schweiz und Gin in Grossbritannien) im 18. und 19. Jahrhundert durchaus verständlich ist.

\* Martin Hafen, Sozialarbeiter HFS und Soziologe lic. phil. I, leitender Redaktor des SuchtMagazins, Ramsteinerstr. 20, 4059 Basel, Tel. 061/312 49 00, Fax. -02, email: martin.hafen@balcab.ch.

# Entstehungsphase der

## Die Individualisierung von gesellschaftlichen Problemen

Bei näherer Betrachtung erkennt man hinter dieser Bedeutungsverlagerung einen Mechanismus, der die Diskussion um Gesundheit und Krankheit immer wieder prägt: die Individualisierung von sozialen Problemlagen. Indem die (Alkohol-)Sucht als Krankheit definiert wird, richten sich die Vorbeugung und die Behandlung in erster Linie an das Individuum und eben nicht: an die Gesellschaft mit ihren Sucht erzeugenden Strukturen. Bei der erwähnten Ausbreitung des Branntweinkonsums bestanden diese Strukturen in erster Linie in den sozialen Notlagen, welche die Industrialisierung mit sich brachte und die erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit Hilfe sozialpolitischer Massnahmen abgeschwächt wurden. Der Branntweinkonsum kann so gesehen auch als Problemlösungsversuch der ArbeiterInnen verstanden werden, da der Schnaps einfach und billig zu erstehen war, den Hunger stillte und die harten Arbeitsbedingungen erträglicher machte<sup>7</sup>. Dies wiederum wurde von zahlreichen Arbeitgebern dahingehend ausgenutzt, als sie einen Teil des Lohnes mit dem Naturallohn Branntwein auszahlten<sup>8</sup>.

## Die Instrumentalisierung der Sucht durch gesellschaftliche Systeme

Die Hygieneerziehung zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit im Europa des späten 19. Jahrhunderts<sup>9</sup> ist ein Beispiel dafür, dass die Sorge um die Gesundheit der Bevölkerung immer wieder als Grund für Massnahmen vorgegeben wird, die eigentlich die Erfüllung von ganz andern Zielen (vor allem politischer und wirtschaftlicher Natur) anstreben. Ein Blick auf die Suchtgeschichte zeigt nun, dass eine

solche Instrumentalisierung auch bei Krankheiten und sonstigen gesellschaftlich unerwünschten Zuständen und Verhaltensweisen immer wieder vorkommt. So wurde die Alkoholfrage nach Tanner<sup>10</sup> «...während Jahrzehnten von gesellschaftlichen Autoritäten instrumentalisiert und auch missbraucht [...] für soziale Disziplinierung, für die Stigmatisierung von Minderheiten, für die Durchsetzung eines Normalitätsideals im Dienste von nationalistischen und volkswirtschaftlichen Zielsetzungen.»

Liest man die Geschichte der letzten 120 Jahre Drogenpolitik, so kann man nicht darüber hinweg sehen, dass auch bei andern psychoaktiven Substanzen als Alkohol – insbesondere bei Heroin und Kokain – immer wieder politische und wirtschaftliche Interessen hinter den Entscheidungen stehen und der Schutz der Individuen vor diesen Substanzen nur vorgeschoben wird, um die eigentlichen Motive zu verschleiern<sup>11</sup>.

## 1968 – das Geburtsjahr der «modernen» Prävention

Fasst man die Geschichte von Prävention und Gesundheitsförderung bis zu den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts zusammen, so scheinen folgende Punkte von besonderer Bedeutung:

- Sowohl der semantische Gehalt des Gesundheitsbegriffs, als auch die Bedeutung der Begriffe für unerwünschte Verhaltensweisen und Zustände wie «Sucht» wandeln sich im Laufe der gesellschaftlichen Entwicklung.
- In der Moderne besteht eine Tendenz, selbstschädigende Verhaltensweisen und Zustände als «Krankheit» zu bezeichnen oder sie zu kriminalisieren.
- Die Wahl der Begrifflichkeit zur Bezeichnung der zur Diskussion ste-

henden Verhaltensweisen und Zustände, hat einen Einfluss darauf, wie diese behandelt werden. Die Definition von süchtigem Heroinkonsum als «Krankheit» oder als «delinquentes Verhalten» z.B. hat für die Betroffenen und die Gesellschaft einschneidende Folgen.

- Vorbeugende und behandelnde Massnahmen in Bezug auf diese Verhaltensweisen und Zustände werden immer wieder durch andere gesellschaftliche Systeme – vornehmlich die Wirtschaft und die Politik – instrumentalisiert. So nutzen etwa die USA die Illegalität des Kokain regelmässig zur Durchsetzung von macht- und sicherheitspolitischen resp. ökonomischen Interessen in Zentral- und Südamerika<sup>12</sup>.
- Die Problematisierung der zu verhindernden/behandelnden Verhaltensweisen und Zustände in den Massenmedien und damit deren Wahrnehmung in der Öffentlichkeit hat grossen Einfluss auf den gesellschaftlichen Umgang mit diesen Phänomenen.

Diese Punkte sind auch für den Zeitraum von entscheidender Bedeutung, in welchem sich die heutige Prävention ausdifferenzieren begann: In den ausgehenden 60er-Jahren wurde die Gesellschaft durch den zunehmenden Konsum von dazumal schon illegalen psychoaktiven Substanzen wie Cannabis, LSD und immer mehr auch Heroin aufgeschreckt. Die Tatsache, dass sich zur gleichen Zeit in den Industrienationen der Tabakmissbrauch massiv ausbreitete und durchaus bekannt war, dass das Rauchen Zehntausende von Todesfällen verschuldete, schien die Bevölkerung und die Massenmedien nicht annähernd so zu beunruhigen wie der wachsende Konsum dieser Substanzen. Es ist also zu vermuten, dass die öffentliche Besorgnis und die nachfolgenden Bemühungen zur Prä-

vention und Behandlung des Drogenkonsums nicht allein durch die Besorgnis um die Gesundheit der Konsumierenden bedingt waren.

Der Umstand, dass der Drogenkonsum zu dieser Zeit in der Regel mit der 68-Bewegung und damit mit sozialem Protest in Verbindung gebracht wurde, war wohl der entscheidende Faktor für die hohe gesellschaftliche Aufmerksamkeit, die diesem Phänomen zu Teil wurde und die schliesslich die zahlreichen Massnahmen und Organisationen zur Behandlung und Prävention von Drogensucht ermöglichte, die bis heute einen grossen Teil der Suchtarbeit ausmachen.

### **Drei «Denkstile» konkurrieren um Lösung des Drogenproblems**

Mit der massenmedialen Thematisierung des Drogenkonsums als Problem von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung Ende der 60er- und anfangs der 70er-Jahre eröffnete sich – wie immer in solchen Fällen – ein «Markt» für Problemlösungsvorschläge. Solche Problemlösungsvorschläge orientieren sich jeweils an der Perspektive, aus welcher die jeweiligen Anbieter die Gesellschaft und ihr Problem beobachten. Nach Mäder<sup>13</sup> setzten sich zu dieser Zeit hauptsächlich drei Beobachtungslinien durch – «Denkstile», welche die Ursachen des Problems und die Lösungsvorschläge aus ihrem ganz spezifischen Blickwinkel formulierten:

- der autoritative Denkstil
- der alkoholgegnerisch-präventivmedizinische Denkstil
- der psychologische Denkstil

In der Folge sollen diese drei wichtigsten Beobachtungslinien samt ihren Akteuren und deren Motiven vorgestellt und zueinander in Beziehung gesetzt werden. Das Ziel dieses Vorgehen ist es, die Positionierung der Prävention von heute zu definieren, also z.B. die Antwort auf die Frage zu finden, wieso die Präventionsfachstellen dem System der Sozialen Hilfe zuzuordnen sind und nicht dem Medizinsystem, obwohl Sucht heute gemeinhin als Krankheit definiert wird.

### **Der autoritative Denkstil: Suchtprävention als Verbrechensprävention...**

Nach Mäder<sup>14</sup> war der blosse Drogenkonsum seit einem Urteil des Bundes-

gerichts von 1969 de facto kriminalisiert. Die höchste Justizbehörde der Schweiz hatte einen Drogenkonsumierenden verurteilt, weil dessen Konsum ja ein (bereits illegaler) Drogenerwerb vorangegangen sein musste. 1975 wurde der Drogenkonsum dann explizit als strafbare Handlung ins Betäubungsmittelgesetz aufgenommen.

Dass diese Gesetzesverschärfung just in diesem Zeitraum erfolgte, lässt vermuten, dass das Rechtssystem seinen Vorschlag für die «Lösung» des Drogenproblems aufgrund der grossen Bedeutung formulierte, die diesem Phänomen zu dieser Zeit zugemessen wurde. Mit dem Aussprechen eines Präzedenzurteils erreichte die Justiz in kurzer Frist ein zusätzliches Handlungselement (die Verurteilung von Drogenkonsumierenden), welches nach dem Gesetz nicht so eindeutig vorgesehen war und mit dem demokratischen Prozess der Gesetzesänderung erst nach einigen Jahren hätte erreicht werden können<sup>15</sup>.

In der Folge gelangten jedoch vor allem die Vollzugsbehörden schnell zu der Auffassung, dass das Drogenproblem mit der Kriminalisierung alleine nicht gelöst werden konnte, sondern dass es zusätzlich auch vorbeugende Massnahmen brauchte. Aus ihrer Sicht bestand das Hauptproblem in erster Linie darin, dass sich die Konsumierenden über die Folgen von Marihuana-, LSD- und Heroinkonsum nicht im klaren waren. So bemühten sich nach Mäder Mitglieder der eilends gebildeten kantonalen Betäubungsmittelgruppen um eine aus ihrer Sicht angemessene Aufklärung von SchülerInnen, Lehrkräften, Eltern und Lehrmeistern – eine Aufklärung, die nicht selten durch übermässige Betonung der mit dem Drogenkonsum verbundenen (wirklichen und vermuteten) Gefahren eine abschreckende Wirkung haben sollte<sup>16</sup>.

### **... und zur Verhinderung politischer Umwälzungen und Werteverlust**

Neben Polizei und Justiz, die sich darum bemühten, Suchtprävention als Verbrechensprävention zu etablieren, vertraten nach Mäder auch noch andere Interessengruppierungen den autoritativen Denkstil. So sahen die einen hinter der «Drogenwelle» eine grundsätzliche Bedrohung der gelten-

den Werte wie Arbeitsethos und Leistungsnorm, während andere gar eine «kommunistisch gesteuerte Aktion zur Schwächung der westlichen Welt»<sup>17</sup> vermuteten<sup>18</sup>. Schliesslich gab es jene, welche die Ursachen für den Drogenkonsum bei den Konsumierenden vermuteten und in ihm ein Symptom für die «Verweichlichung ... willensschwacher Individuen» in einer «weitgehend automatisierten und motorisierten Industriegesellschaft»<sup>19</sup> sahen. Abhängigkeit und der Rückkehr zu alten Werten waren für sie die wichtigsten präventiven Inhalte.

### **Der alkoholgegnerisch-präventivmedizinische Denkstil**

Während sich der autoritative Denkstil bei seinen Bemühungen um Drogenprävention vor allem an politischen und rechtlichen Gesichtspunkten orientierte, lag das Interesse des alkoholgegnerisch-präventivmedizinischen Denkstils in erster Linie in der Erhaltung der physischen Gesundheit. Nach Mäder<sup>20</sup> waren die beiden Denkkollektive, die sich unter diesem Präventionsansatz vereinigten – die Präventivmedizin und die Antialkoholbewegung – zu diesem Zeitpunkt personell und institutionell eng miteinander verflochten, obwohl ihr historischer Hintergrund ein anderer war.

Die Präventivmedizin hatte sich aus der Hygiene- und Gesundheitserziehung entwickelt, die sich im 19. Jahrhundert zu etablieren begonnen hatte<sup>21</sup>; mit der Gründung mehrerer Institute für Sozial- und Präventivmedizin erreichte sie ab den 60er-Jahren des 20. Jahrhunderts eine Verankerung auf universitärer Ebene. Die Antialkoholbewegung hat ihre Wurzeln ebenfalls im 19. Jahrhundert; sie entstand aus der Temperenz- und Abstinenzbewegung, die sich zu dieser Zeit gebildet hatte, um die Folgen des grassierenden Alkoholkonsums zu lindern. Nach Mäder erhielt die Abstinenzbewegung in der Schweiz einen Dachverband, das Abstinenzsekretariat (SAS), welches später zur Schweizerischen Zentralstelle zur Bekämpfung des Alkoholismus (immer noch SAS) umbenannt wurde. Aus dieser Organisation entstand 1976 die Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme (SFA), die ihrerseits 1991 in Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme umbenannt wurde.

## Vom Verlust der Selbstkontrolle zur Gesundheit

Mit der Annäherung der beiden Denkkollektive in den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts, gewann die Antialkoholbewegung Distanz zu ihrem traditionellen Suchtverständnis. Dieses hatte nach Mäder auf der Annahme beruht, dass Alkoholismus in erster Linie eine Folge individuellen Fehlverhaltens war und seine Verhinderung nur durch Förderung der Selbstkontrolle und Achtung von bürgerlichen Werten wie Familie, Häuslichkeit, Fleiss etc. zu erreichen war. Mit seiner Aktion «Gesundes Volk» von 1969 stellte die SAS «die Alkoholproblematik in den grösseren Zusammenhang der Volksgesundheit»<sup>22</sup> und ermöglichte damit das Einfließen von neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und die Erweiterung auf andere suchterzeugende Substanzen wie Tabak oder eben: die illegalen Drogen.

Mit der Annäherung auf inhaltlicher Ebene war die wichtigste Voraussetzung für einen Schulterchluss von Präventivmedizin und Antialkoholbewegung gegeben. Der alkoholgegnerisch-präventivmedizinische Denkstil unterschied sich vom autoritativen in erster Linie dadurch, dass die Schädlichkeit der legalen Suchtmittel Alkohol und Tabak immer wieder explizit betont wurde. Weniger gross waren die Unterschiede – zumindest in der frühen Phase der Drogenprävention – in Bezug auf die präventiven Massnahmen. Nach Mäder<sup>23</sup> standen neben der Betonung der Vorbildwirkung von Erwachsenen auch hier die Strategien der Aufklärung und Abschreckung im Vordergrund. Immerhin sei schon relativ früh erkannt worden, dass Aufklärung allein nicht ausreichte, sondern vielmehr auch strukturelle Massnahmen wie Werbeverbote, Abgabebeschränkungen an Jugendliche etc. notwendig waren.

## Der psychologische Denkstil

Waren die Herkunft, das Menschenbild und die Interessen der VertreterInnen der beiden eben beschriebenen Präventionsdenkstile noch einigermaßen klar fassbar, so zeichnete sich das dritte Denkkollektiv, das psychologische, nach Mäder<sup>24</sup> durch eine beachtliche Heterogenität und bisweilen auch Widersprüchlichkeit aus. Diese Vielfalt

sei dadurch verstärkt worden, dass der psychologische Denkstil nicht wie die andern auf einem institutionellen Zusammenhalt beruhte.

Mäder bezeichnet diese Präventionsrichtung als psychologisch, weil sie die psychischen Ursachen von Sucht betonte und viele ihrer VertreterInnen psychologisch ausgebildet waren. Die theoretische Grundlage sei die Psychoanalyse gewesen, die für präventiven Anliegen jedoch angepasst werden musste. «Die Modifikation bestand im Wesentlichen darin, dass die Ursachen für die psychische Störung, die zur Sucht führen konnte, vom Innenmenschen auf Konflikte zwischen Individuum und Umwelt verlagert wurden. Auf die endogenen psychischen Konflikte hatte man nur Zugriff durch die Psychotherapie. Hingegen bot die Beziehung Mensch-Umwelt vielfältige und auch präventive Möglichkeiten.»<sup>25</sup>

## Psychische und gesellschaftliche Ursachen der Sucht

Die Anpassung des psychoanalytischen Ansatzes war nach Mäder also notwendig, weil die Prävention kaum über Interventionsmöglichkeiten verfügt hätte, wenn Sucht auslösende psychische Störungen als angeboren oder in der frühesten Kindheitsphase erworben betrachtet worden wären. Dadurch dass die Störungen in Verbindung mit der Erziehung und der allgemeinen Sozialisation in einer auf Tempo und Konsum ausgerichteten Gesellschaft gebracht wurden, ergaben sich Einflussmöglichkeiten für die Prävention. Suchtpräventive Erziehung in Schule und Familie sollte «Geborgenheit vermitteln, Vertrauen schaffen, die Selbständigkeit fördern und den Verzicht einüben.»<sup>26</sup>

Auch beim psychologischen Präventionsstil wurde der Aufklärung nach Mäder eine grosse Bedeutung zugemessen; die Strategie der Abschreckung sei jedoch mehrheitlich abgelehnt worden. Die legalen Suchtmittel wurden wie beim alkoholgegnerisch-präventivmedizinischen Denkstil in die Überlegungen miteinbezogen; dabei wurde das Schwergewicht jedoch auf die Sucht und nicht auf die Substanzen gelegt. Ende der 60er- und Anfang der 70er-Jahre erzwang die grosse öffentliche Besorgnis nach Mäder jedoch auch bei diesem Denkstil eine Fokussierung auf die illegalen Drogen.

## Zusammenfassende Bemerkungen

Will man die Frühphase der Prävention zusammenfassen, so ergibt sich das Bild einer Gesellschaft, die einerseits durch den aufkommenden Drogenkonsum ernsthaft beunruhigt ist, die aber andererseits die Bekämpfung des Drogenkonsums auch vorschiebt, um politische und sonstige gesellschaftliche Veränderungen zu verhindern oder in eine andere Richtung zu lenken. Neben der Behandlung der Drogenprobleme durch die Justiz und die sich in dieser Zeit etablierenden Drogenhilfeeinrichtungen setzt sich in breiten Kreisen die Erkenntnis durch, dass es neben den behandelnden auch vorbeugende Massnahmen braucht.

Mit dieser Erkenntnis treten unterschiedliche Akteure auf, welche bereit sind, die entsprechenden Präventionsangebote zu entwickeln und anzubieten: Betätigungsmittelfachleute von Polizei und Justiz, welche die Drogenprävention als Verbrechensprävention konzipieren; Präventivmediziner, welche die Prävention als Teil der Gesundheitserziehung verstehen; AlkoholgegnerInnen, die ihre Kenntnisse aus der Bekämpfung der Alkoholsucht auf die Drogenprävention übertragen; und schliesslich psychologisch und pädagogisch geschultes Fachpersonal, welches die Suchtentstehung in erster Linie durch Interventionen auf der Erziehungsebene zu limitieren versucht. Betrachtet man die Differenzen und Gemeinsamkeiten dieser präventiven Bemühungen, so lassen sich drei Hauptlinien erkennen. Diese «Denkstile», wie Mäder sie bezeichnet, operieren nicht isoliert, sondern stehen untereinander in Beziehung – im fachlichen Austausch, als Konkurrenten auf einem sich langsam ausdifferenzierenden Präventionsmarkt, als Objekte empirischer Wirkungsforschung etc. Im dritten und letzten Teil dieser Geschichte von Prävention und Gesundheitsförderung (SuchtMagazin Nr. 4/01) wird es darum gehen zu zeigen, wie sich diese drei Denkstile und damit die Prävention in der Schweiz bis heute weiterentwickelt haben, welche Ideen sich auf operativer Ebene dabei eher durchgesetzt haben und wie diese Entwicklung dadurch beeinflusst wurde, dass mit der «Gesundheitsförderung» ein scheinbar neuer Denkstil Einzug erhalten hat.

## Literatur

- **Amendt, Günter, 1987:** Der grosse weisse Bluff. Hamburg
- Behr, H.G., 1980: Weltmacht Droge, Wien
- Emlein, Günther, 1998: Von Mythen, Medizinern und Moral. Ein Gang durch die Geschichte der Sucht. In: ders.; Schwertl, Walter; Staubach, Maria L.; Zwingmann Elke (Hrsg.), 1998: Sucht in systemischer Perspektive. Theorie – Forschung – Praxis. Göttingen: 43-64
- Hafén, Martin, 1995: Suchtprävention – der lange Weg von der Symptom- zur Ursachenbekämpfung. In: Sozialarbeit 19/1995: 3-9
- Hafén, Martin, 2001: Die Geschichte von Prävention und Gesundheitsförderung – Teil 1: frühe Konzepte. In: SuchtMagazin 2/01, S. 40-43
- Mäder, Felix, 2000: Zorn und Zärtlichkeit. Eine Ideengeschichte der Suchtprävention. Lausanne
- Meyer, Thomas; Ziegler, Freddie, 2001: SAKRAM – Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentenabhängige. In: SuchtMagazin 3/01: SEITENZAHLN EINFÜGEN!!!!
- Schär, M., 1969: Geleitwort zu Biener, K., 1969: Genussmittel und Suchtgefahren im Jugendalter. Basel, Freiburg im Brsg., New York: III
- Tanner, Jakob, 1993: Von Genuss- und Heilmitteln zu «Rauschgiften». Ein Rückblick auf die Geschichte des Drogenproblems. In: Sozialarbeit 1/1993: 3-9

- <sup>1</sup> vgl. dazu Hafén, 2001
- <sup>2</sup> Die Hygieneerziehung zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit in Europa des späten 19. Jahrhunderts kann zur Belegung dieser These genau so als Beispiel herangezogen werden wie die Rassenhygiene bei den Nationalsozialisten im 20. Jahrhundert.
- <sup>3</sup> 1998
- <sup>4</sup> vgl. dazu die Ausführungen zum Konzept der «Daita» (welches unter anderem von Hippokrates vertreten wurde) im Teil 1 der geschichtlichen Ausführungen (Hafén, 2001: 40f.)
- <sup>5</sup> Emlein, 1998: 51
- <sup>6</sup> Diese Entwicklung zur Medizinalisierung erfolgte (wie meistens) nicht sprunghaft, sondern langsam und kontinuierlich. Meyer/Ziegler (2001) dokumentieren, dass die stationäre Behandlung von Alkoholismus erst seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts mehrheitlich im Medizinsystem erfolgt.
- <sup>7</sup> vgl. dazu die Ausführungen in Hafén (1995: 3)
- <sup>8</sup> Dies war nicht nur im Mutterland der Industrialisierung, in Grossbritannien, der Fall (vgl. dazu Hafén, 1995: 3), sondern auch in der Schweiz (vgl. Meyer/Ziegler, 2001)
- <sup>9</sup> vgl. dazu Hafén, 2001
- <sup>10</sup> 1993: 5
- <sup>11</sup> vgl. dazu zusammenfassend Hafén, 1995: 4. Die Literatur zu diesem Thema ist im übrigen sehr umfassend; immer noch aktuell in diesem Zusammenhang sind die «Klassiker» von Behr (1980) und Amendt (1987)
- <sup>12</sup> vgl. dazu Amendt (1987)
- <sup>13</sup> 2000: 22ff.
- <sup>14</sup> 2000: 41
- <sup>15</sup> Dieser Definitionsspielraum des Bundesgerichts wird von der Politik ja immer wieder genutzt – vor allem in Fällen, die politisch heikel sind,

d.h. in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert werden. Im Betäubungsmittelbereich ist das seit einige Jahren exemplarisch an der Behandlung der Cannabisfrage zu beobachten, etwa am Beispiel der bundesgerichtlichen Festlegung der Menge die noch als «Eigenbedarf» definiert wird. Beim Cannabis lässt sich aber auch zeigen, dass nicht nur die Recht sprechende, sondern auch die vollziehende Behörde bisweilen einen breiten Definitionsspielraum besitzt, der schliesslich zu einer grundsätzlich differenten Auslegung des gleichen Gesetzes in verschiedenen Kantonen führt.

- <sup>16</sup> Manche mögen sich an die erste öffentliche Plakatkampagne der Schweiz zur Verhinderung des Drogenkonsums erinnern: Sie wurde 1969 von der Stadtpolizei Zürich durchgeführt und zeigte den Kopf einer jungen Frau, durch deren Gesicht eine Totenschädel schimmerte – ergänzt durch einen grossletrigen Schriftzug «Rauschgift». Vgl. dazu die Dokumentation von Mäder (2000: 48)
- <sup>17</sup> Mäder, 2000: 42
- <sup>18</sup> Mäder weist darauf hin, dass das Aufkommen des Drogenkonsums auch auf der andern Seite des politischen Spektrums argwöhnisch betrachtet wurde. So habe der linke Publizist Hans A. Pestalozzi 1979 wiederholt moniert, dass der Staat die Drogen bewusst toleriere, weil sie die aufbegehrenden Jugendlichen ruhig stellten.
- <sup>19</sup> Schär, 1969
- <sup>20</sup> 2000: 57ff.
- <sup>21</sup> vgl. dazu Hafén, 2001: 42
- <sup>22</sup> Mäder, 2000: 61
- <sup>23</sup> 2000: 72
- <sup>24</sup> 2000: 28ff.
- <sup>25</sup> Mäder, 2000: 31
- <sup>26</sup> Mäder, 2000: 36

## Stiftung Suchthilfe



Die Stiftung Suchthilfe führt im Auftrag des Kantons St. Gallen und der Stadt St. Gallen acht Fachstellen im Bereich der ambulanten und stationären Suchthilfe. Die **Wohngemeinschaft Arche** bietet für bis zu sechs hauptsächlich medizinisch stark beeinträchtigte Menschen zeitlich unbefristeten Wohnraum.

Zur Ergänzung des kleinen Teams der Wohngemeinschaft Arche suchen wir per 1. August 2001 oder nach Vereinbarung eine/n

### Sozialpädagogen/in oder Sozialarbeiter/in 70 – 80 %

#### Ihr Aufgabenbereich:

- Betreuung und Beratung von Menschen mit psychosozialen und gesundheitlichen Schwierigkeiten / Suchtproblemen
- Zusammenarbeit mit Behörden, sozialen Institutionen und anderen Fachstellen
- Alltags- und Freizeitgestaltung in der Wohngruppe

#### Wir erwarten:

- Abschluss einer höheren Fachschule für Soziale Arbeit oder gleichwertige Ausbildung
- selbständige, gefestigte Persönlichkeit (Alter über 30 Jahre)
- Erfahrung in der Arbeit mit SuchtklientInnen
- Bereitschaft, Pikett- und Wochenenddienst zu leisten

#### Wir bieten:

- ein interessantes und verantwortungsvolles Arbeitsgebiet
- flexible Arbeitszeiten, Weiterbildung und Supervision
- Umfeld für selbständiges und kreatives Arbeiten
- Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team
- Anstellungsbedingungen angelehnt an die städtischen Richtlinien

Ihre schriftliche Bewerbung mit den üblichen Unterlagen schicken Sie bitte bis 26. Juni 2001 an Jürg Niggli, Geschäftsleiter Stiftung Suchthilfe, Rorschacher Strasse 67, 9000 St. Gallen, Tel. 071/244 75 38, juerg.niggli@stiftung-suchthilfe.ch.

Für Auskünfte steht Ihnen auch Annette Hürner, Leiterin Wohngemeinschaft Arche, Tel. 071/220 30 60, gerne zur Verfügung.  
www.stiftung-suchthilfe.ch



[www.infoset.ch](http://www.infoset.ch)

Die Schweizerische Internetplattform im Suchtbereich  
sucht ab 1. Juli 2001 oder nach Vereinbarung

### einen Redaktor / eine Redaktorin (30%) für die Redaktionsstelle der deutschen Schweiz

#### Ihr Profil:

- Gute bis sehr gute Kenntnisse der schweizerischen Suchthilfe und des Sozialwesens
- Redaktionelle Fähigkeiten und journalistisches Flair
- Muttersprache deutsch, gute Französisch-Kenntnisse
- Interessiert an selbständiger Arbeit und flexibler Arbeitszeit
- Technische Internetkenntnisse (Aufbau und Bearbeitung von Webseiten)
- Sie verfügen über eine eigene Infrastruktur (Computer mit Internetanschluss, Scanner)

#### Wir bieten:

- Anstellungsbedingungen nach den Richtlinien des Kantons Bern
- Inhaltliche und fachliche Begleitung und Unterstützung (regelmässige) Reaktionssitzungen zusammen mit der Infoset-Redaktion für die Suisse romande und der KOSTE in Bern)

Bitte senden Sie ihr Dossier – gerne mit Referenzen auf bisher von Ihnen realisierte (Internet-)Projekte – an: **KOSTE**, Schweizerische Koordinationsstelle im stationären Therapiebereich, Postfach 460, 3000 Bern 14, Email: office@koste-coste.ch

Für weitere Informationen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung: Tel. 031/ 376 04 01; selbstverständlich ist auch der jetzige Stelleninhaber bereit, weitere Auskünfte über diese Arbeitsstelle zu geben: Tel. 061 312 49 00, Email: martin.hafen@balcab.ch