

# kontraste

Presse- und Informationsdienst für Sozialpolitik



SUCHT UND SUCHTPRÄVENTION

SPEKTRUM

BUCHTIPPS

VERANSTALTUNGEN

3 | Mai 2013

<b>Sucht und Suchtprävention</b>	
Volksdroge Alkohol	4
Lernen „Nein“ zu sagen	7
Erlenhof - Therapiestation für suchtmittelabhängige Menschen	11
Flucht in virtuelle Welten	17
Glücksspielsucht	21
„Übers Rauchen reden“	26
<b>Spektrum</b>	
24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich	28
<b>Buchtipps</b>	33
<b>Veranstaltungen</b>	34

## Aus dem Gleichgewicht

*Ab wann ist ein bestimmtes Verhalten problematisch – und ab wann ist man süchtig? Eine Frage, die sich vermutlich viele stellen bzw. stellen sollten: jene, die regelmäßig Überstunden machen und sich am Wochenende Arbeit mit nach Hause nehmen ebenso wie jene, die gerne einen „über den Durst“ trinken und regelmäßig irgendwo „versumpfen“; Personen, die, einmal im Internet, schwer davon wieder wegkommen und immer weiter und weiter surfen; oder andere, die beim Einkaufen gerne auch Dinge mitnehmen, die sie eigentlich nicht brauchen und die sich dann unbenutzt im Keller oder Dachboden stapeln.*

*Diese Aufzählung problematischer Verhaltensweisen ließe sich leicht fortsetzen. ExpertInnen unterscheiden zwischen substanzgebundenen und substanzungebundenen Süchten, bei ersteren ist die Abgrenzung von nicht-süchtigem Verhalten leichter, da hier im Allgemeinen auch eine körperliche Abhängigkeit vorliegt. Generell geht es um ein entgrenztes, nicht mehr kontrollierbares Verhalten, das persönlichkeitsbestimmend wird, wodurch andere Aktivitäten, Kontakte und Beziehungen stark vernachlässigt werden. Eine kontinuierliche Steigerung der benötigten Dosis, um den erwünschten „Kick“ zu erlangen, gehört ebenso dazu wie das Auftreten von Entzugserscheinungen, wenn sich dieser nicht erreichen lässt. Manche, etwa die Ö1-Journalistin Ursula Baatz, sehen im Suchtverhalten eine extreme Ausformung unserer Konsumgesellschaft, in der es gleichfalls darum gehe, „im Hier*

*und Jetzt das begehrte Glück zu konsumieren“, und die Dosissteigerung ebenso zum Programm gehört.*

*Man könnte auch sagen: Die such�getriebene Person ist aus dem Gleichgewicht. Therapien zielen deshalb in der Regel darauf ab, die Betroffenen dabei zu unterstützen, dieses Gleichgewicht wiederzuerlangen: durch therapeutische Gespräche zur Ursachenerforschung und Persönlichkeitsstärkung, das Aufzeigen alternativer Verhaltensweisen, durch Tagesstrukturierung mittels sinnvoller Beschäftigung und Freizeitaktivitäten sowie durch Hilfestellung bei der Zukunftsplanung und der Umsetzung der Vorhaben. Die Rückfallgefahr ist dabei nicht zu unterschätzen, geht es doch um eine grundlegende und langfristige Verhaltensänderung (vgl. Beitrag S. 11).*

*Und dies unter widrigen Bedingungen: Mögen persönliche Dispositionen für die Suchtentstehung durchaus eine Rolle spielen, die gesellschaftlichen Verhältnisse tun es nicht minder. So ist Stress im Arbeitsalltag für viele ein Grund, sich „after work“ ein paar Gläser zur Belohnung und zur Entspannung zu gönnen – für manche (oft unbemerkt) der Einstieg in eine Alkoholabhängigkeit. Und es gehört zum Basiswissen der Suchtforschung, dass ein enger Zusammenhang zwischen dem Angebot an Suchtmitteln und den vorhandenen Suchtproblemen besteht. In einer Schweizer Studie wurde dies in Bezug auf die Glücksspielsucht eindrucksvoll nachgewiesen. Gefordert wird daher eine Regulierung und Begrenzung des Angebots, im gegenständlichen Fall in Form der Aufrechterhaltung des staatlichen Glücksspielmonopols und strenger Auflagen hinsichtlich des Spielereinnenschutzes (vgl. Beitrag S. 24).*

*Viel individuelles Leid wie auch gesamtgesellschaftliche Folgekosten könnten vermieden werden, wenn Sucht erst gar nicht entstehen würde. Nachstehend finden sich Beispiele aus Deutschland für Modelle zur Alkoholprävention bei Jugendlichen (vgl. Beitrag S. 7). Primärpräventive Ansätze gibt es natürlich auch hierzulande, übermäßig dotiert sind sie jedoch nicht. So stehen den Einnahmen der öffentlichen Hand durch das Glücksspiel von 518 Millionen Euro (2011) nur rund sieben Millionen Euro an Ausgaben für die Suchtprävention gegenüber – ein Betrag, der sicherlich ausbaufähig wäre, meint*

Ihre  
Kontraste-Redaktion

### Kommunaler Wissenschaftspreis 2013

Die Kommunalwissenschaftliche Gesellschaft (KWG) vergibt für das Jahr 2013 zur Förderung von kommunal-wissenschaftlichen Arbeiten – Habilitationsschriften, Dissertationen, Diplomarbeiten und anderen Forschungsarbeiten – einen Förderungspreis im Gesamtrahmen von 7.000 Euro.

Die Einreichung der Arbeiten ist bis 30. Juni 2013 (Einlangensfrist) beim Verlag MANZ, z.H. Fr. Elisabeth Smejkal-Hayn, Johannesgasse 23, 1010 Wien oder per E-Mail (pdf) an [ha@manz.at](mailto:ha@manz.at) möglich.

Weitere Infos unter: [www.k-w-g.at](http://www.k-w-g.at)

## Volksdroge Alkohol

**Immer mehr ÖsterreicherInnen sind alkoholkrank. Die Weichen hierzu werden oft bereits im Jugendalter gestellt. Schwerwiegende Krankheiten und eine verkürzte Lebenserwartung sind die Folge.**

900.000 ÖsterreicherInnen konsumieren Alkohol in einem gesundheitsschädlichen Ausmaß, ein gutes Drittel davon ist alkoholkrank. Vom sprichwörtlichen „gesunden Achterl Rotwein“ pro Tag ist man somit in Österreich weit entfernt: 23 Prozent der Männer und zehn Prozent der Frauen trinken bereits über der Gefährdungsgrenze. Diese liegt für Männer bei ca. 1,5 Liter Bier oder 0,75 Liter Wein und für Frauen bei täglich einem Liter Bier oder einem halben Liter Wein, erklärte Michael Trauner von der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie anlässlich des 13. Kongresses der Europäischen Gesellschaft für Biomedizinische Forschung über Alkoholismus, der im September 2011 im Wiener AKH stattfand. Mit zwölf Litern Konsum reinen Alkohols pro Jahr und Kopf der Bevölkerung liegt Österreich im OECD-Vergleich knapp hinter Frankreich und Portugal an dritter Stelle.

### Stress und Doppelbelastung

Seither ist die Zahl der Alkoholkranken weiter gestiegen: „Wir haben für ganz Österreich die Zahlen revidieren müssen: von 330.000 auf 340.000 bis 350.000, das ist das eine. Das zweite ist, dass leider die Zahl der Frauen deutlich zunimmt“, gab der ärztliche Direktor des Anton-Proksch-Instituts, Michael Musalek, bei einer Pressekonferenz im Jänner dieses Jahres bekannt. Den Anstieg der Zahl alkoholabhängiger Frauen sieht Musalek darin begründet, dass Alkohol für Frauen heute wesentlich leichter und besser verfügbar ist als früher: „Früher hätte man nie akzeptiert, dass eine Frau am Nachmittag ein Achtel Wein unter der Woche trinkt. Heute zwei, drei Gläser ‚after work‘ ist durchaus etwas nicht Unübliches“. Auch die massive Doppelbelastung von Frauen durch Beruf und oft allein geführten Haushalt sei ein Grund. Diese Belastung führe dazu, dass Frauen die Spannungszustände und die Ängste durch Alkohol zu kompensieren versuchen, was „nicht selten der Weg in die Sucht“ sei, sagte Musalek.

Das Glas Wein nach der Arbeit, das Bier abends auf dem Balkon oder der Sekt in der Firma: Für viele Menschen gehört Alkohol zur Entspannung und Belohnung

nach einem stressigen Arbeitstag dazu. Der Umstand, dass es immer häufiger Frauen sind, die regelmäßig Alkohol konsumieren, rief auch deutsche ForscherInnen vom Institut für Arbeitswissenschaft auf den Plan, sich im Rahmen einer Studie mit dem Thema „*Riskanter Alkoholkonsum bei weiblichen Fach- und Führungskräften*“ auseinandersetzen. Projektmitarbeiterin Anja Wartmann hat dabei nicht nur betroffene Frauen, sondern auch GesundheitsberaterInnen interviewt. Nach Wartmanns Beobachtungen unterschätzen die meisten Frauen die Gefahr, die von dem „einen Glas“ ausgeht. Manche Sätze der befragten Studienteilnehmerinnen wirken dabei wie ein Alarm-signal. „Es gibt Phasen, wo ich abends ein Glas Wein brauche“, sagte beispielsweise eine der Frauen, gab aber an, eher eine halbe Flasche bei der Gelegenheit zu trinken.

Eine englische Studie aus dem Jahr 2007 besagt: je höher die berufliche Qualifikation, desto wahrscheinlicher ist ein erhöhter Alkoholkonsum. Bei erfolgreichen und gut ausgebildeten Männern wendet etwa jeder vierte und bei den Frauen jede fünfte diese Strategie zur Entspannung an. So beträgt nach Angaben des Robert-Koch-Instituts der Anteil von Frauen mit einem moderaten bis hohen Alkoholkonsum in der Unterschicht elf Prozent, in der Mittelschicht 14,4 Prozent und in der Oberschicht 20,1 Prozent.

Der Schritt vom Genuss zum Verdruss ist ein kleiner. Nach Angaben des deutschen Gesundheitsberichtes können schon kleine Mengen Alkohol das Risiko für gesundheitliche Gefährdungen erhöhen. Auch dieser Bericht nennt Stress als eine mögliche Ursache für erhöhten Alkoholkonsum. Viele Frauen, die tagsüber beruflich stark eingebunden sind, erlebten darüber hinaus die Belastung durch familiäre Belange. Dieser Druck und widersprüchliche gesellschaftliche Rollenerwartungen könnten zusammen mit dem Zeit- und Termindruck im Job Stress auslösen. „Das Glas am Abend“ verspreche dann die schnelle Entlastung.

### Prävention wichtig

Die gängigen Empfehlungen zum Ausgleich wie Sport und Entspannung reichen in solchen Fällen alleine nicht aus. Projektleiterin Elisabeth Wienemann macht deutlich, dass Prävention auf der betrieblichen wie auf der persönlichen Ebene ansetzen muss. Der Abbau von Belastungen am Arbeitsplatz und verbessertes Selbstmanagement können ebenso dazu beitragen wie die Stärkung der persönlichen Ressourcen durch Personalentwicklung und Gesundheitsförderung. Die Erweiterung der Gesundheitskompetenz durch das Wissen über Risiken des Alkoholkonsums sowie Bera-

tung und Coaching zur Bewältigung eines anspruchsvollen Berufsalltags sind wichtige Ansatzpunkte der Prävention.

Wie wichtig es ist, bei der Prävention anzusetzen, zeigen die erschreckenden Zahlen bei Jugendlichen: Über 21 Prozent der Mädchen gaben bei einer Umfrage unter Studierenden an, mehrmals pro Woche Alkohol zu trinken, bei den Burschen waren es sogar über 38 Prozent. Bei der Befragung unter jungen Stellungspflichtigen kam heraus, dass bereits 15 Prozent Alkoholmissbrauch betreiben, drei Prozent seien bereits abhängig, berichtet Nestor Kapusta von der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie. 70 Prozent gaben an, sie würden Bier, Wein und Co. trinken, weil es ihnen schmeckt, 30 Prozent trinken ihn wegen der Wirkung.

Prägend für eine eventuelle Sucht bei Jugendlichen ist vor allem das persönliche Umfeld, ihre Freunde und Familie, aber auch die Gesellschaft. Häufig werde auch Nikotinkonsum als früher Risikofaktor für eine spätere Alkoholabhängigkeit und für den Konsum anderer psychoaktiver Substanzen gesehen, so Kapusta. Auch das Temperament von Jugendlichen sei prädisponierend für Alkohol, Nikotin und Cannabismissbrauch. Junge Menschen, die leicht reizbar, zornig, irritabel sind oder Konzentrationsschwächen aufweisen und wechselhaft in ihrer Stimmung sind, haben Kapusta zufolge ein höheres Risiko, eine Abhängigkeit zu entwickeln.

Die Folge von regelmäßigem Alkoholmissbrauch: Die Lebenserwartung von Abhängigen ist um 20 bis 25 Jahre verkürzt, warnt Hepatologe Michael Trauner: „In der EU ist Alkoholmissbrauch bereits die dritthäufigste Ursache - hinter Nikotin und erhöhtem Blutdruck - eines vorzeitigen Todes bzw. einer chronischen Krankheit.“ Folgeschäden betreffen nicht nur die Leber (u.a. Fettleber und Zirrhose), sondern auch den Magen-Darm-Trakt, die Bauchspeicheldrüse, das Herz, die Niere, die Muskulatur, das Blutbild und das Nervensystem.

### Hohe Folgekosten

Der chronische Alkoholkonsum hat neben den gesundheitlichen auch ökonomische Auswirkungen: Die medizinische Behandlung von Alkoholismus in Österreich kostete 2011 rund 375 Mio. Euro, ergab

eine Studie des Instituts für Höhere Studien (IHS). Das ist aber nur ein Bruchteil der Gesamtkosten, zu denen unter anderem Frühpensionierungen und Unfälle beitragen. So sind sieben Prozent der Verkehrsunfälle und zehn Prozent der dabei registrierten Todesopfer auf Alkohol zurückzuführen.

1,4 Prozent der Gesundheitsausgaben wurden 2011 für die Behandlung von Akut- und Folgeerkrankungen der rund 350.000 chronischen AlkoholikerInnen in Österreich aufgewendet. Den Krankenkassen seien zusätzlich 6,52 Mio. Euro an Krankengeldzahlungen entstanden, das entspreche einem Anteil von 1,2 Prozent. Im Gegenzug nimmt der österreichische Staat rund 300 Millionen Euro aus Steuern auf Wein, Bier und andere alkoholische Getränke ein.

Die oben genannte Summe von 375 Mio. Euro sei bereits sehr hoch, so Cypionka gegenüber ORF.at, die Gesamtkosten würden allerdings ein Mehrfaches davon betragen, da neben Frühpensionierungen und Unfällen auch Arbeitsausfälle und Pflegekosten in die Kalkulation der volkswirtschaftlichen Effekte miteinbezogen werden müssten. Diese wird vom IHS derzeit berechnet und soll bis zum Sommer vorliegen. Dabei gibt es laut Cypionka allerdings ei-

*„In der EU ist Alkoholmissbrauch bereits die dritthäufigste Ursache - hinter Nikotin und erhöhtem Blutdruck - eines vorzeitigen Todes bzw. einer chronischen Krankheit.“*

nige Probleme. So gebe es in Österreich zum Beispiel keine Krankheitskostenberechnung, also wie viel die Behandlung einer Krankheit in Summe kostet. Damit sei es deutlich schwerer zu berechnen, welche Kosten in Zukunft auf das Gesundheitssystem zukommen. Zudem gebe es für manche Krankheitsbilder gar keine Daten für die Kostenberechnung, etwa Schädigungen von ungeborenen Kindern durch Alkoholmissbrauch der Mütter. Dreizehn Prozent der werdenden Mütter würden immerhin über der Harmlosigkeitsgrenze Alkohol konsumieren.

Die Kosten von übermäßigem Alkoholkonsum seien somit beträchtlich, so Cypionka weiter, allerdings würden sie in Österreich häufig unterschätzt und auch tabuisiert. Wichtig wären seines Erachtens ebenfalls mehr Prävention sowie vermehrte Behandlungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die eventuell auch zur Alkoholabhängigkeit führen können. So sind zum Beispiel unbehandelte Depressionen und Angstzustände klassische Erkrankungen, welche Betroffene per Alkohol in einer Art Selbstbehandlung „therapieren“ wollen.

### Auch positive Tendenzen feststellbar

Alkoholismus wird also zunehmend zum individuellen, zum gesellschaftlichen und auch zum ökonomischen Problem. Doch Alkoholismus-Experte Michael Musalek konstatiert neben den gezeigten problematischen Entwicklungen zumindest in zwei Bereichen auch positive Tendenzen: So sei feststellbar, dass viele Menschen nunmehr deutlich weniger Alkohol trinken, als sie früher getrunken haben. Das geschehe nicht nur aus gesundheitlichen Gründen, sondern auch weil diese Menschen ein entsprechendes Problembewusstsein entwickelt hätten. Die allgemeine Sensibilität für die Alkoholkrankheit und ihre Probleme sei jedenfalls wesentlich größer als noch vor Jahren.

Positiv sieht Musalek auch den Ausbau der ambulanten Behandlung für Alkoholranke. Erst im Vorjahr hatte es hier budgetäre Kürzungen gegeben, sodass das Anton-Prosch-Institut im April die ambulante Entzugsbehandlung, die in einer Außenstelle in Wien angeboten worden war, einstellen musste. Doch nun sei man wieder auf positivem Weg und führe intensive Gespräche mit den Verantwortlichen. Musalek zeigt sich zuversichtlich, „dass wir eine Verbesserung der Situation erreichen können, dass wir auch ambulante Entzüge wieder durchführen können“. Beratungen, erste Behandlungen und Nachbehandlungen würden ja nach wie vor in den Ambulanzen durchgeführt.

### Neue Ansätze in der Therapie

Was die Therapie von Alkoholabhängigkeit betrifft, gibt es immer wieder neue Ansätze, etwa die so genannte Modulare Kombinationsbehandlung (MoKo), mit der sich die Oldenburger Wissenschaftlerin Kerstin Ratzke in einer Studie auseinandersetzt. Das ist eine Behandlungsform, die jedem Alkoholabhängigen eine individuelle Therapieform ermöglicht, die sich auf seine jeweiligen Belange einstellt und eine Kombination aus stationärer und ambulanter Therapie anbietet. Mit Erfolg: Alkoholabhängige, die eine Kombinationsbehandlung durchlaufen, schließen die stationäre Phase zu 86 Prozent, die ambulante zu 64 Prozent erfolgreich ab.

„Durchschnittlich gingen die Probanden, die in der Studie befragt wurden, nach elf Jahren Alkoholabhängigkeit zum ersten Mal in die REHA“, berichtet Ratzke. Eine Krankheitsgeschichte, die in dieser Zeitspanne oftmals viele soziale Probleme, Stress in der Familie und lange Krankheitsausfallzeiten beinhaltet. Da jeder Alkoholranke eine andere Suchtgeschichte aufweise, müsse auch die Therapieform individuell angepasst werden. Kombinationsbehandlungen, bei denen Patient, Therapieeinrichtungen und Therapeuten eng zusammen

arbeiten und im ständigen Austausch miteinander stehen, bieten dabei die besten Möglichkeiten für eine passgenaue Hilfe, so Ratzke. In einem Modellprojekt begleitete Ratzke gemeinsam mit KollegInnen die Umsetzung der Modularen Kombinationsbehandlung und evaluierte die Zusammenarbeit zwischen KlientInnen, Leistungsträgern und Leistungsanbietern.

„Die Vorteile einer Kombinationsbehandlung liegen auf der Hand. Die Mischung macht es, also die individuelle Abstimmung zwischen ambulanter und stationärer Therapie“, erklärt die Wissenschaftlerin. Alkoholentwöhnungsbehandlungen finden üblicherweise zu 60 Prozent im stationären Rahmen statt. Doch es gibt auch Alkoholabhängige, für die eine ausschließliche stationäre Alkoholtherapie aufgrund sozialer Verpflichtungen, ihrer Arbeit oder aus familiären Gründen nicht in Frage kommt. Durch die Kombinationsbehandlung besteht die Möglichkeit, auch diese Personengruppe aufzufangen und zu betreuen. Zudem garantiere die Konzeption der Kombinationsbehandlung ein schnelleres Eingreifen und Reagieren im Behandlungsprozess, falls ein Rückfall droht.

Leistungsanbieter, wie TherapeutInnen oder Suchtkliniken, könnten bei einer Krisensituation weitaus flexibler reagieren als bei konventionellen Alkoholbehandlungen. „Auf diese Weise wird auch vermieden, dass Alkoholabhängige aus der Therapie aussteigen und die bisherigen Therapieerfolge zunichte gemacht werden. So wird verhindert, dass Patienten nach einiger Zeit wieder – und gegebenenfalls kränker als zuvor – eine Entwöhnungsbehandlung aufnehmen“, berichtet Ratzke.

Während in den USA und den deutschsprachigen Ländern Europas die absolute Abstinenz nach wie vor das erklärte Therapieziel von Alkoholsüchtigen darstellt, beschreiten andere Länder diesbezüglich bereits neue Wege. Gute Erfolge erziele man etwa mit „Cut down drinking“, wobei die Trinkmenge langsam reduziert wird. „Es ist ein Unterschied, ob ich von vier Liter Wein pro Tag auf null runtergehe oder nicht“, sagt Henriette Walter von der Medizinischen Universität Wien, Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie. Mittels Medikamentenunterstützung, Trinktagebuch und regelmäßigen Kontrollen könne ein stationärer Aufenthalt mitunter gänzlich vermieden werden. [hs]

*Quellen: APA/derStandard.at, 01.09.2011; <http://wien.orf.at>, 13.01.2013; 24.07.2012; [www.orf.at](http://www.orf.at), 18.04.2013; Pressemitteilung der Leibniz Universität Hannover, 16.02.2011; Pressemitteilung der Carl von Ossietzky-Universität Oldenburg, 11.01.2011*

## Lernen, „Nein“ zu sagen

### Exemplarische Modelle zur Alkoholprävention bei Jugendlichen

Es werden immer mehr und sie werden immer jünger: Kinder und Jugendliche, die sich mit Alkohol krankenhaushausreif trinken. Das „Koma-Saufen“ hat bei den unter 20-Jährigen traurige Konjunktur. Doch wie lassen sich Heranwachsende effizient gegen den Missbrauch von Alkohol und anderen Substanzen schützen? „Mit Aufklärung allein ist es nicht getan“, weiß Karina Weichold von der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Denn dass Alkoholkonsum oder auch das Rauchen der Gesundheit schaden, wissen Kinder und Jugendliche in der Regel sehr genau. „Prävention muss deshalb woanders ansetzen.“ Das versucht die Entwicklungspsychologin gemeinsam mit Kollegen des Instituts für Psychologie und des Center for Applied Developmental Science der Jenaer Universität mit ihrem eigens entwickelten *Präventionsprogramm IPSY*.

#### Vermittlung grundlegender Lebenskompetenzen

Im Rahmen dieses Programms trainieren die SchülerInnen allgemeine Fähigkeiten, wie den Umgang mit Stress und Angst oder die Reflexion des eigenen Selbstbildes. Dazu bearbeiten sie in interaktiven Lerneinheiten Themen, wie „Schule und Ich“ oder „Ich und Andere“ und diskutieren mit Mitschülern und Lehrern ihre Ergebnisse. Rollenspiele, Bewegungs- und Entspannungsübungen gehören ebenso zum Konzept. Das Programm besteht aus 15 90-minütigen Einheiten in der Klassenstufe 5. In den Klassen 6 und 7 folgt jeweils eine Aufbauphase von sieben Einheiten.

Wie die Jenaer PsychologInnen in einer aktuellen Untersuchung, basierend auf knapp 1.700 Thüringer Schulkindern im Alter zwischen 10 und 15 Jahren, zeigen konnten, ist ihr Trainings- und Informationsprogramm gut geeignet, dem Missbrauch von Alkohol und Nikotin im Kindes- und Jugendalter vorzubeugen. In der Fachzeitschrift „Journal of Early Adolescence“ stellten die Jenaer Forscher erstmals ihre Studienergebnisse vor.<sup>1</sup>

„IPSY steht für Information und Psychosoziale Kompetenz und versucht, ganz grundlegende Lebenskom-

petenzen zu vermitteln“, erläutert Weichold den Ansatz des Präventionsprogramms. Damit, so schreiben die EntwicklungspsychologInnen in ihrer aktuellen Publikation, lassen sich langfristige Effekte erzielen. „Der alterstypische Anstieg im Konsum von Alkohol und Zigaretten ist bei Schülern, die an unserem Programm teilnehmen, geringer als in den Kontrollgruppen, dazu ist das Einstiegsalter hinausgezögert“, sagt Rainer K. Silbereisen, der das Projekt gemeinsam mit Karina Weichold leitet. „Mit unserem Programm wollen wir die Kinder erreichen, bevor sie erstmals mit Alkohol oder Zigaretten in Berührung kommen“, erläutert Silbereisen. In Kooperation mit dem Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur ist IPSY seit 2003 in über 100 Schulen eingeführt worden. „Sowohl die Effekte des Programms bei den Schülern als auch die Erfahrungen der Lehrer, die sich an der Umsetzung von IPSY beteiligen, ist durchweg positiv“, so Silbereisen.

In verschiedenen Publikationen zum Programm IPSY haben die EntwicklungspsychologInnen nach den Wirkmechanismen ihres Programms gesucht, aber auch, ob das Programm bei Untergruppen gleich effektiv ist. „Sowohl Jungen als auch Mädchen profitieren von unserem Programm“, berichtet Weichold. Während bei den Mädchen vor allem das Selbstwertgefühl gestärkt wird, gewinnen Burschen deutlicher an Kommunikationskompetenz. „Insgesamt führt IPSY dazu, dass die Kinder weniger leicht durch Gruppendruck zu beeinflussen sind und es ihnen leichter fällt, ‚Nein‘ zu Alkohol oder Zigaretten zu sagen.“ Als weiterer positiver Effekt verstärkte sich durch IPSY die Bindung der SchülerInnen an ihre Schule. „Das hat zur Folge, dass sich die Jugendlichen mit ihrer Schule stärker identifizieren, sich dort wohl und ernst genommen fühlen“, macht die Jenaer Psychologin deutlich.

#### Kurzfilme regen dazu an, Einstellungen und Verhaltensweisen zu überdenken

Nicht verbieten, sondern aufklären und Stärken fördern – darauf setzt das *Präventions- und Bildungsprogramms REBOUND*, das ein Team des Instituts für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Heidelberg speziell für Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 14 und 25 Jahren entwickelt hat. Gleichfalls mit Erfolg, wie die Ergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung zeigen: Nach den ersten Durchläufen des Programms in 30 Schulklassen gaben 15 Prozent der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen an, vorsichtiger mit Alkohol zu sein als vorher, Vollraucherlebnisse nahmen ab und 40 Prozent der Eltern berichten, dass sich das Konsumverhalten ihrer Kinder

1 Original-Publikation: Weichold K, Brambosch A, Silbereisen R. Do Girls profit more? Gender-specific effectiveness of a life skills program against alcohol consumption in early adolescence. *Journal of Early Adolescence* 2011, DOI:10.1177/0272431610384489



Versucht mit dem Programm IPSY, den Jugendlichen grundlegende Lebenskompetenzen zu vermitteln: die Entwicklungspsychologin Karina Weichold von der Universität Jena. Foto: Jan-Peter Kasper/FSU

positiv verändert habe. Darüber hinaus verbesserte sich das Verhältnis zwischen LehrerInnen und SchülerInnen: Die Jugendlichen wandten sich bei eigenen Problemen mit Alkohol oder Drogen häufiger an ihre LehrerInnen.<sup>2</sup>

Im Schuljahr 2011/2012 durchliefen im Rhein-Neckar-Kreis insgesamt 30 Schulklassen der Stufen neun und zehn mit insgesamt 800 SchülerInnen das halbjährige Präventionsprogramm. Dabei ging es keineswegs nur um Alkohol und Drogen, sondern auch und besonders um eigene Stärken, Potentiale und Motivationen. Die insgesamt 16 Themeneinheiten wurden als Doppelstunden in den Unterricht integriert. Die SchülerInnen arbeiteten in Gruppen, diskutierten mit älteren SchülerInnen oder StudentInnen, die das Projekt als Mentoren begleiten, und setzten sich intensiv mit eigens für REBOUND gedrehten Kurzfilmen auseinander. „Die Arbeit mit den Kurzfilmen ist eine der wichtigsten

<sup>2</sup> Projekt und Begleitforschung wurden von der Europäischen Kommission und der Mentor Stiftung Deutschland gefördert.

Methoden des Projekts“, erklärt Projektleiter Henrik Jungaberle.

Die Filme zeigen problematische, dem einen oder anderen bekannte Szenen, z.B. auf einer Party: Es wird getrunken, auch gekifft. Die SchülerInnen betrachten den Film aus unterschiedlichen Perspektiven – Partygast, Eltern, Polizei – und kommentieren aus dieser Sichtweise heraus bestimmte Sequenzen für die MitschülerInnen. Häufig werfen die Szenen auch Fragen auf: Wie sollte man sich in dieser Situation verhalten? Muss man alles ausprobieren? „Die Schüler stellen Fragen, diskutieren Ansichten und Einstellungen und erfahren, wie Alkohol und andere Drogen im Körper wirken und welche Folgen das hat“, berichtet Jungaberle. Die vorher vom Heidelberger Projektteam geschulten LehrerInnen leiten die Gruppenarbeit an, geben Denkanstöße und beantworten Fragen.

Auf diese Weise regt REBOUND dazu an, den eigenen Umgang mit Alkohol und Drogen sowie den von Freunden kritisch zu hinterfragen und selbstbestimmt gesunde und verantwortungsbewusste Entscheidungen zu treffen. „Wir werten es als Erfolg, wenn die Schüler zu neuen Einsichten kommen und z.B. in Zukunft maßvoller trinken oder die Phasen von exzessivem Probierkonsum kürzer werden“, erläutert der Präventionsforscher. Solche Erfolge in unterschiedlichem Ausmaß stellten die WissenschaftlerInnen in den abschließenden Befragungen bei einem Drittel der SchülerInnen fest.

### Lernen, eigenständige Entscheidungen zu treffen

Vor Beginn und nach Ablauf des Programms füllten die SchülerInnen, LehrerInnen und Eltern Fragebögen aus, einige wurden zu Interviews gebeten. Dabei zeigte sich, dass die Jugendlichen dank REBOUND deutlich mehr über Alkohol, Cannabis und andere Drogen wussten als vorher. Bei 30 Prozent der SchülerInnen verbesserte sich die Widerstandsfähigkeit (Resilienz). Solche persönlichen Stärken schützen Jugendliche beim Erwachsenwerden. Wer z.B. nicht rauchte, dem aber auch nicht unbedingt abgeneigt gegenüberstand, war sich nun sicher, damit gar nicht erst anfangen zu wollen. Oder die SchülerInnen machten den eigenen Alkoholkonsum weniger von dem der Freunde abhängig.

„Das Risikobewusstsein der Jugendlichen ist signifikant gestiegen“, fasst Jungaberle zusammen. „Wer am Kurs teilnimmt, erlebt z.B. die Gefahren von Alkohol relevanter für sich selbst als Gleichaltrige, die nicht an REBOUND teilnehmen.“ Geplant ist, die Schüle-

rlinnen nach einem Jahr und fünf Jahren erneut zu befragen, da diese Art von Prävention mittel- und langfristig angelegt ist.

Darüber hinaus verbesserte sich laut SchülerInnen und LehrerInnen das Klassenklima erheblich, im Unterricht wurde seltener gestört. Ein Drittel der LehrerInnen gab an, dass sie durch REBOUND eine bessere Beziehung zur Klasse aufbauen konnten. Ähnlich wie das Programm IPSY hat somit auch dieses Projekt positive Auswirkungen auf die innerschulischen Verhältnisse, insbesondere die Lehrer-Schüler-Beziehung.

### Präventionsprojekt im Jugendfußball

Ob Jugendliche im Alter von 12 bis 16 Jahren regelmäßig Alkohol konsumieren, ist neben der Unterstützung aus dem Elternhaus und der Schule gegebenenfalls auch vom Trainingsstil in Sportvereinen und den damit verbundenen Einstellungen zum Alkoholkonsum im Umfeld der Jugendlichen sowie von den Erwartungen der jungen SportlerInnen selbst zu den Folgen des Alkoholkonsums abhängig. Dies machen die Zwischenergebnisse des *Programms TrainerPLUS* zur Alkoholprävention im Jugendfußball deutlich. Programm und Präventionsprojekt wurden vom Lehrstuhl für Pädagogische Psychologie und Gesundheitspsychologie der Humboldt-Universität zu Berlin entwickelt und umgesetzt. Ziel ist es, Trainer und Vereine für den Umgang mit Alkohol und ihre damit verbundene gesellschaftliche Verantwortung zu sensibilisieren. „Den Alkoholkonsum von Jugendlichen ganz zu vermeiden, wird uns nicht gelingen. Ihn hinauszuzögern wäre schon ein riesiger Erfolg. Denn Studien zeigen, je später junge Menschen mit Alkohol in Kontakt kommen, desto weniger anfällig sind sie später für Missbrauch oder gar eine Sucht“, erklärt Projektleiter Matthias Jerusalem.

Zum Start des TrainerPLUS-Projekts 2011 tranken 48 Prozent der jugendlichen Spieler in den teilnehmenden Vereinen regelmäßig Alkohol. Dies unterstreicht die Notwendigkeit eines Interventionsprogramms im Jugendfußball. In

drei aufeinander aufbauenden Workshops wurden deutschlandweit Jugendtrainer aus 400 Fußballvereinen durch einstellungs- und verhaltensändernde Maßnahmen zu Präventionsvermittlern für ihre 12- bis 16-jährigen Spieler ausgebildet. Zusätzlich wurden Informationen und Praxistipps auf der projekteigenen Webseite bereitgestellt und in regelmäßigen Newslettern an die teilnehmenden Vereine versandt. In Phase zwei wurden mögliche Einstellungsänderungen besprochen sowie Übungen und Methoden für die praktische Trainingsarbeit vorgestellt. „Bei den Trainern zeigte sich schnell ein deutlicher Zuwachs von Wissen über Alkohol, die psychischen und physischen Folgen von Alkoholkonsum und eine Zunahme der Kommunikation mit den jugendlichen Spielern über Alkohol sowie ein verstärktes Engagement, Präventionsmaßnahmen im Verein durchzuführen und dabei auch strukturelle Bedingungen anzusprechen und zu hinterfragen“, berichtet Matthias Jerusalem.

Bei den jugendlichen Fußballern dokumentieren die Zwischenergebnisse vor allem verzerrte Einschätzungen der Jugendlichen zum Alkoholkonsum in der eigenen Altersgruppe. „Der Anteil der trinkenden Gleichaltrigen wird meist als zu hoch eingeschätzt. Die erlebte Verbreitung und Normalität zu trinken weckt den Wunsch dazugehören und kann einen Druck erzeugen, selbst auch trinken zu müssen“, so Erziehungswissenschaftler Jerusalem. In der TrainerPLUS-Stichprobe konnte diese Tendenz bestätigt wer-



Trinken bis zum Umfallen? Jugendliche, die an Präventionsprogrammen teilnehmen, konsumieren weniger und später Alkohol und Nikotin. Foto: Anne Günther/FSU

den. Diese Überschätzung ist besonders ausgeprägt in der Altersgruppe der 13- bis 14-Jährigen, in der der Einstieg in den Alkoholkonsum erfolgt.

Vor allem besteht ein starker Zusammenhang des jugendlichen Trinkverhaltens mit dem der beiden besten Freunde. Ein früher und häufiger Konsum zeigt sich nur in den Gruppen, in denen jeweils die beiden besten Freunde Alkohol trinken. „Es ist also besonders wichtig, im Jugendalter akzeptierte Vorbilder zu finden, die keinen Alkohol trinken“, fügt der Projektleiter an.

### **Einflussfaktoren auf die Häufigkeit des Alkoholkonsums**

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass hohe soziale Normen, die Alkoholkonsum ablehnen, im Umfeld eines Jugendlichen am stärksten mit geringem Trinkverhalten verbunden sind. Den zweitstärksten Einfluss auf den Alkoholkonsum hat ein aufgabenorientiertes Trainingsklima im Sportverein. Je besser es einem Trainer gelingt, den Schwerpunkt im Training auf die individuelle Verbesserung der Fähigkeiten einzelner Spieler zu legen und weniger auf den Wettbewerb untereinander, desto geringer ist der Alkoholkonsum unter Jugendlichen. Substantielle

Bedeutung hat dabei die Kompetenzeinschätzung jedes Spielers, mit den Anforderungen im Training und Fußballspiel zurechtzukommen zu können. Je höher die Kompetenzeinschätzung ist, desto seltener wird Alkohol getrunken. Schließlich sind auch die Erwartungen an die Folgen des Alkoholkonsums relevant. Wer mit zunehmendem Alkoholkonsum positive Erwartungen, wie Druck- oder Stressabbau und Abgeklärtheit verbindet, fördert die eigene Trinkhäufigkeit. „Nun ist es an uns, gemeinsam mit den Vereinen in der letzten Phase des Projekts gezielt auf Verhaltensänderungen der Jugendlichen hinzuarbeiten“, skizziert Matthias Jerusalem die nächsten Schritte.

*Quellen: Ute Schönfelder: Wie Kinder lernen, „Nein“ zu sagen. Pressemitteilung der Friedrich-Schiller-Universität Jena, 19.04.2011; Annette Tuffs: Erfolgreiches Präventions-Programm: Jugendliche vorsichtiger im Umgang mit Alkohol. Pressemitteilung des Universitätsklinikums Heidelberg, 23.10.2012; Constanze Haase: Wenn du trinkst, dann trink ich auch. Pressemitteilung der Humboldt-Universität zu Berlin, 04.04.2013*

### **Sucht- und Gewaltprävention in pädagogischen Handlungsfeldern**

*Im Herbst 2013 startet ein neuer Durchgang des Masterstudien- und Hochschullehrgangs für Sucht- und Gewaltprävention. Das Bildungsangebot ist eine Kooperation der Pädagogischen Hochschule Oberösterreich, des Instituts Suchtprävention, der FH Oberösterreich und der JKU Linz.*

*Prävention gelingt nach Ansicht der Initiatoren des Lehrgangs dann am besten, wenn sie als gesellschaftliche Querschnittsaufgabe gesehen wird. Daher wurde bei der Zusammenstellung der Lehrgangsinhalte auf die unterschiedlichen Handlungsfelder, in denen präventive Maßnahmen zur Anwendung gelangen, besonderer Wert gelegt. Im Zentrum der Ausbildung steht ein starker Praxisbezug, der auf wissenschaftlichen Grundlagen sowie einem interdisziplinären Zugang basiert.*

*Der Masterstudienlehrgang umfasst 120 ECTS-Punkte, dauert sechs Semester und findet berufsbegleitend statt. Insgesamt sind 42*

*Lehrveranstaltungen, die von heimischen als auch von internationalen ExpertInnen geleitet werden, zu absolvieren. Für den Abschluss der Ausbildung ist eine Masterthesis zu erstellen. Neben dem Masterstudienlehrgang wird zudem ein viersemestriger Hochschullehrgang angeboten. Das Bildungsangebot richtet sich an MitarbeiterInnen der institutionalisierten Sucht- bzw. Gewaltprävention, an Personen mit Bachelor-Abschluss sowie an Berufstätige aus den Bereichen Soziales, Bildung, Gesundheit, Jugendarbeit, Wirtschaft, Exekutive.*

*„Der Titel des Lehrgangs beinhaltet auch den Kern unseres Präventionsverständnisses: Ressourcen zu fördern sowie einen Beitrag zur Entwicklung von mündigen und kompetenten Bürgerinnen und Bürgern zu leisten,“ umreißt der Leiter des Masterstudienlehrgangs, Rainer Schmidbauer, die Zielsetzung des Studienangebots.*

*Information: [rainer.schmidbauer@praevention.at](mailto:rainer.schmidbauer@praevention.at)  
Anmeldung: [Karin.Hell@ph-ooe.at](mailto:Karin.Hell@ph-ooe.at)*

## Erlenhof – Therapiestation für suchtmittelabhängige Menschen

Der Erlenhof, eine Einrichtung von Pro-Mente OÖ in Prambachkirchen, ist eine Langzeittherapiestation für erwachsene Frauen, Männer, Paare und Mütter mit Kindern, die ihre Suchtkrankheit zum Stillstand bringen wollen und sich daher für die Abstinenz entscheiden. Der Erlenhof existiert seit 1981 und bietet Wohn- und Arbeitsraum für 22 Menschen mit einer Suchtmittelabhängigkeit.

Während des Aufenthalts am Erlenhof wird gemeinsam daran gearbeitet, dass die Klienten/innen mit Unterstützung und Hilfe ihre Drogen-, Alkohol- und / oder ihre Medikamentenabhängigkeit bewältigen. Auch bei vielen seelischen Folge- und Begleiterkrankungen der Abhängigkeitserkrankung sowie bei zusätzlichen psychischen Störungen erhält man im Rahmen des Therapieprogramms Hilfe und Unterstützung. Das Team am Erlenhof und das dahinterstehende Konzept zeigen Wege auf, wie eine dauerhafte und zufriedene abstinenten Lebensführung praktiziert werden kann. Es geht darum, die Klienten/innen das erste Stück des Weges in ein dauerhaft suchtmittelfreies Leben zu begleiten.

Mit Hilfe individueller Therapieplanung und variabler Therapiedauer unterstützt das Team dabei, zu Expert/innen im Umgang mit der Krankheit zu werden. Neben der psychotherapeutischen, psychiatrischen und sozialarbeiterischen Betreuung gehören Sportgruppen, erlebnispädagogische Veranstaltungen, Arbeitstherapie und Arbeitstraining in Küche, Keramikwerkstatt, Land- und Hauswirtschaft sowie eine umfassende Berufsorientierung, eine Adaptionsphase in Außenwohngruppen und die Nachbetreuung samt Option eines Krisenaufenthaltes zum Programm des Erlenhofs.

### Geschichte

1981 wurde die Langzeittherapiestation Erlenhof als dritte derartige Institution in Österreich

eröffnet. Als wichtigste Faktoren des therapeutischen Konzepts gelten die Bereiche *Gemeinschaftsleben, Arbeit, Freizeit und Gruppenpsychotherapie*. Der Erlenhof lag damals etwa einen Kilometer außerhalb der nächsten Ortschaft in der Nähe von Enns.

Um den Hof herum standen einige tausend Quadratmeter Land für Obst- und Gemüsebau sowie Tierhaltung zur Verfügung. Im Haus befanden sich eine Tischlerwerkstätte sowie Möglichkeiten für verschiedene kunsthandwerkliche Betätigungen. Das Haus bot damals zwölf bis fünfzehn drogenabhängigen Menschen in Ein- und Zweibettzimmern Platz. Das therapeutische Team bestand aus neun Personen, vorwiegend Sozialarbeiter/innen. Auf Honorarbasis arbeiteten ein Gruppentherapeut und ein Facharzt für Psychiatrie mit. Die Kosten des Aufenthaltes wurden aus Mitteln der Sozialhilfe bestritten.

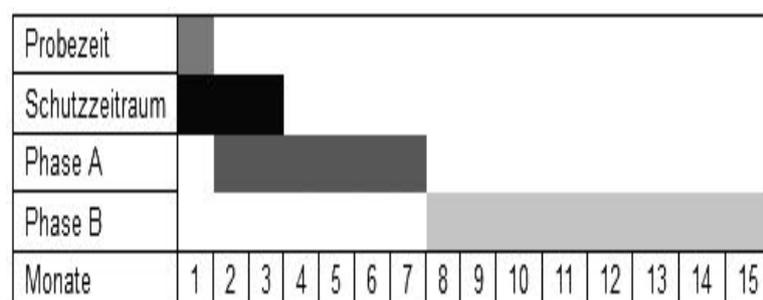
1998 übersiedelte die Therapiestation Erlenhof in das adaptierte Gut „Wiesinger z’Taubing“ in Prambachkirchen im Bezirk Eferding. Dieser Hof bietet Wohnraum für 22 Menschen mit einer Suchtmittelabhängigkeit, und im Gegensatz zu Enns auch ausreichend Büroräume für das Personal. Zum Hof gehören dreißig Hektar Wald-, Weide- und Ackerflächen. Arbeitstherapie und Arbeitstraining finden in den Bereichen Land- und Hauswirtschaft, Küche und Keramikwerkstätte statt. Die Klient/innen wohnen in Wohngruppen mit Einbettzimmern, einem eigenen wohnlich gestalteten Aufenthaltsraum und einer Nasszelle. Das Team setzt sich multiprofessionell zusammen. Das Therapiekonzept ermöglicht mit dem Schwerpunkt Teamarbeit die Schaffung individuell abgestimmter Behandlungsangebote, um anpassungsfähig auf den jeweiligen Bedarf reagieren zu können.

### Therapeutisches Konzept

#### Das Phasenmodell

Das Therapieprogramm des Erlenhofs schränkt die Selbstbestimmung soweit ein, dass ein suchtmittel-

Grafik 1: Das Phasenmodell



freies Leben gelingen kann. Diese Einschränkung ist zu Beginn der Therapie am größten und nimmt dann im fortgeschrittenen Stadium ab. Es gibt 3 Abschnitte: Probezeit – Phase A – Phase B (vgl. Grafik 1).

Der dreimonatige Schutzzeitraum beginnt mit der Probezeit und reicht bis in Phase A. Sein Zweck ist, Klient/innen in den ersten Monaten ihrer Therapie über die Probezeit hinaus vor Überforderungen zu schützen (z.B. keine Nachtausgänge). Der Besitz eines Mindestmaßes an Kompetenzen (Erarbeitung und Auseinandersetzung in der Phase A), die ein mündiges, verantwortliches und autonomes Leben ermöglichen, ist die Voraussetzung für einen Übertritt in Phase B.

### Therapie in Modulen

Die Langzeittherapie umfasst die Probezeit und vier Module. Sie soll behilflich sein, die Kompetenz zu entwickeln, sich den realen Lebensbedingungen mehr und mehr zu stellen und Verantwortung für sich und sein Verhalten zu übernehmen. Die Steigerung der Eigenaktivität und die Nutzung von verfügbaren Ressourcen sind dafür wichtige Voraussetzungen. Die Probezeit dient der Eingewöhnung und der diagnostischen Abklärung. Die Module 1 und 2 haben die therapeutische Auseinandersetzung mit der Abhängigkeitserkrankung und den darunter liegenden psychischen Defiziten und Störungen zum Inhalt. In Modul 3 geht es um die berufliche Orientierung. In Modul 4 erfolgt die Außenorientierung in Richtung soziale und berufliche Reintegration (vgl. Grafik 2).

### Probezeit

Die Integration in die Gemeinschaft durch Anpassung bzw. Auseinandersetzung mit dem Erlenhof, seinen Mitarbeiter/innen, Klient/innen und seinen Regeln, steht in der Probezeit im Vordergrund. Hier erfolgt eine erste Einschätzung der spezifischen Probleme und Schwierigkeiten in allen Bereichen (Hausordnung, Psychotherapie, Arbeitstherapie), die schließlich zu einer daraus hervorgehenden Therapieplanung führt.

Es wird den Klient/innen von Anfang an deutlich gemacht, dass sie für ihre abstinente Lebensführung selbst verantwortlich sind und aktiv an ihrer Gesundheit mitarbeiten müssen. Die Erlenhof-Mitarbeiter/innen können Wege (auf-)zeigen, beschreiten müssen die Klient/innen diese allerdings selbst.

### Modul 1

Im ersten Modul geht es vor allem darum, sich im Zusammenleben zu üben und den Alltagsanforderungen zu stellen. Unterstützt wird dieser Prozess durch die therapeutische und sozialpädagogische Betreuung in der Wohngruppe und durch die Arbeitstherapie. Die Wohngruppe bietet einen überschaubaren und familienähnlichen Rahmen zur Entwicklung der Persönlichkeit, zum Erwerb und zum Einüben sozialer Kompetenzen und zum Aufbau von Verantwortung. In der Arbeitstherapie werden die Grundvoraussetzungen für produktives Tätig-Sein und für die Zusammenarbeit in der Gruppe aufgebaut und verbessert.

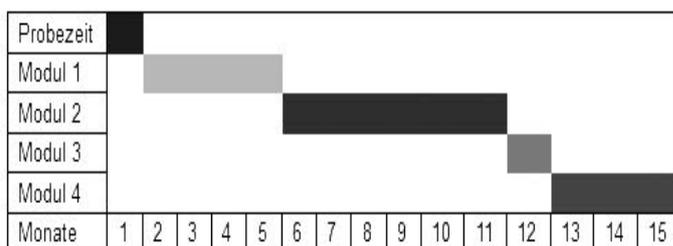
### Modul 2

Im zweiten Modul erlangt das Weitergeben von Erreichtem im Sinne der Unterstützung von Mitklient/innen eine wesentliche Bedeutung. Sowohl innerhalb der Wohngruppe als auch in der gesamten Gemeinschaft sind die Auseinandersetzung mit Regeln, Grenzen und Pflichten sowie die hierfür notwendige Konfrontation in einer wohlwollenden und wertschätzenden Art gefordert. In der Arbeitstherapie geht es um die Reflexion der Arbeitshaltung, das Erlernen von Selbständigkeit und Zeitmanagement, das Übernehmen von Verantwortung und das Einnehmen einer Vorbildfunktion für therapiejüngere Klient/innen. Die Psychotherapie im zweiten Modul fokussiert die Lebensbedingungen, unter denen es zur Ausbildung von psychischen Mängeln und Störungen gekommen ist.

### Modul 3

Ziel im dritten Modul ist eine persönliche berufliche Zukunftsplanung, die längerfristig in einen dauerhaften beruflichen Wiedereinstieg münden sollte. Dafür wird qualifizierte Unterstützung in Form der Erstellung einer Kompetenzenbilanz, der Diagnostik zur Arbeitsfähigkeit, von Zielarbeit, Berufsorientierung, Bewerbungstraining, Arbeitsplatzsuche und Praktikabetreuung geboten. Ist im Anschluss an die Therapie ein beruflicher Wiedereinstieg nicht möglich, wird ein Arbeitstraining, eine individuelle Trainingsmaßnahme oder eine Qualifizierungsmaßnahme organisiert.

**Grafik 2: Module**



#### Modul 4

Das vierte Modul - und damit die Übersiedelung in eine Außenwohngruppe - ist gebunden an die Forderung, einer ganztägigen geregelten Beschäftigung nachzugehen. Die sozialarbeiterische und psychotherapeutische Betreuung im vierten Modul versteht sich als Fortsetzung des am Erlenhof begonnenen therapeutischen Prozesses, jetzt allerdings unter wesentlich ungeschützteren, realistischen Lebensbedingungen.

Es ist nicht einfach, allein zu sein, neue Erfahrungen mit fremden Menschen zu machen, Frustrationen durch Arbeitsbedingungen und Partnerbeziehungen auszuhalten und kreativ zu nützen. Die KlientInnen stehen vor der Aufgabe, sich mit der oft rauen Realität in Einklang zu bringen. Tragfähige Beziehungen zu suchtmittelunabhängigen Personen müssen aufgebaut und gehalten werden, Freizeit muss in einer Weise strukturiert werden, dass sie Erholung, Spaß und Freude bringt. Diese vielfältigen Herausforderungen und die damit verbundene Rückfallgefahr machen das vierte Modul zur echten Bewährungsprobe.

#### Nachbetreuung

Die Notwendigkeit einer längerfristig angelegten Nachbetreuung ergibt sich aus den Erfahrungswerten von Suchttherapeut/innen und Betroffenen gleichermaßen. Abstinenz und psychosoziale Stabilität müssen nach der stationären Therapie gefestigt werden. Dies braucht professionelle Begleitung. Denn es kommt häufig vor, dass sich die Suchtdynamik vom Suchtmittelkonsum auf andere Lebensbereiche (z.B. Essen, Fernsehen, Sport) verlagert. In den Bereichen Beziehungsgestaltung und Arbeitshaltung ist sie in vielen Fällen noch sehr stark wirksam. Das bedeutet, Verantwortung und Frustrationstoleranz sind noch nicht auf einer adäquaten Erwachsenenenebene. Bei vielen Betroffenen hat die Abstinenz von psychotropen Substanzen noch starken Verzichtscharakter. Die Abstinenz wird primär als Anpassungsleistung erlebt.

Die Nachbetreuung kann ein bis zwei Jahre in Anspruch genommen werden und wird in Form von verlängertem Wohnen in den Außenwohngruppen mit sozialpädagogischer und psychotherapeutischer Betreuung und regelmäßigen Drogen-Screenings angeboten, oder als Weiterführung der Einzeltherapie für Exklient/innen mit eigenem Wohnsitz.

#### Psychotherapie

Die *therapeutische Gemeinschaft* aller Klient/innen und des Teams hat die wichtige Funktion, *Nähe, Vertrauen und Sicherheit* zu vermitteln und gleichzeitig konfrontatives Korrektiv zu sein. Diese Konfrontati-

on ist nur möglich auf Basis einer Atmosphäre, die *Achtung, Wertschätzung und Angenommenwerden* sicherstellt. Die Rahmenbedingungen der Therapie sind so gestaltet, dass einerseits das Täuschen und Vermeiden konsequent problematisiert werden kann und dass andererseits möglichst viele Entscheidungsprozesse für unsere KlientInnen nachvollziehbar sind.

Therapie heißt nicht darauf hinzuarbeiten, kein Verlangen nach Drogen und keine Probleme mehr zu haben, sondern *zu lernen, mit dem Verlangen fertig zu werden und die Probleme zu lösen. Den Zugang zu authentischen Gefühlen und Bedürfnissen freizulegen, sie differenziert wahrzunehmen und sozial angemessen mitteilen zu können*, ist ein zentrales Anliegen der Psychotherapie am Erlenhof. Es wird versucht, die Klient/innen in der Gemeinschaft und mittels der unterschiedlichen Angebote zu befähigen, sich emotional zu öffnen und seine Gefühle, Bedürfnisse und Fantasien in die Gruppe oder die therapeutische Beziehung einzubringen.

#### Arbeitstherapie am Erlenhof

Ein Teil des Angebotes am Erlenhof ist die Arbeitstherapie. Sie gehört zur täglichen Tagesstruktur und findet in den Bereichen Land- und Hauswirtschaft, Küche und Keramikwerkstätte statt.

Durch die Teilnahme an der Arbeitstherapie und die Beteiligung der Klienten und Klientinnen bei den anfallenden Arbeiten am Erlenhof leistet jede/r einen wichtigen Beitrag für die Gemeinschaft – in der Küche wird für alle Klienten/innen und Dienst habenden Mitarbeiter/innen jeden Tag gekocht, das im Haus verwendete Geschirr wird in der Keramikwerkstätte hergestellt und Produkte für die Küche im Garten, am Feld angebaut und im Stall produziert. Auch die Instandhaltung des Hauses und Reparaturarbeiten werden mit den Klienten/innen gemeinsam bewältigt.

*Arbeit* ist in unserer Gesellschaft ein *wesentlicher Faktor der Integration*. Neben belastenden Anforderungen erfüllt Arbeit auch wichtige Funktionen für das Selbst, wie eine Strukturierung der Zeit, soziale Auseinandersetzung und Kontakte im Rahmen eines Gemeinschaftserlebnisses. Arbeit führt zu mehr Aktivität, einem höheren sozialen Status sowie zu Identitätsbildung und Sinnstiftung.

Es gibt einen engen Zusammenhang zwischen der Arbeitslosigkeit und der Rückfallquote im Rehabilitationsverlauf suchtkranker Menschen. Dieser Zusammenhang bedeutet nicht nur, dass Betroffene leichter arbeitslos werden, sondern auch, dass Arbeitslosigkeit „Rückfall fördernd“ ist. Deswegen ist die berufliche

Orientierung und Integration ein wesentliches Ziel des Therapieprogramms am Erlenhof.

Da die Klient/innen oft jahrelang nicht erwerbstätig waren, müssen viele von ihnen das Arbeiten erst wieder erlernen. Anfangs häufig auftretende Probleme reichen von geringem Pflichtbewusstsein und Organisationsvermögen über einen Mangel an Konfliktfähigkeit, Frustrationstoleranz oder Respekt gegenüber Vorgesetzten bis hin zu niedriger Arbeitsbereitschaft und geringer Ausdauer. Aber auch entgrenztes, selbstschädigendes Zuflucht-Nehmen in der Arbeit kommt immer wieder vor. Diese Problemstellungen erfordern

ein aus unterschiedlichen Komponenten zusammengestelltes arbeitstherapeutisches Konzept.

Die Arbeitstherapie im Umfang von zwanzig Wochenstunden oszilliert zwischen einem Training zum Aufbau und zur Festigung der Arbeitsfähigkeit und einer primär therapeutischen Anwendung im Sinne eines Übungsfeldes für die persönlichen Entwicklungsschritte. Die Klient/innen sind in der Arbeitstherapie häufig mit den oft erheblichen Unterschieden zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung konfrontiert. Kognitive Fähigkeiten wie Merk- und Problemlösungsfähigkeit, Auffassung und Vorstellungsvermögen, die Art der Arbeitsausfüh-

### Call for Papers

#### Referierte Kontraste-Ausgabe zum Themenbereich „Soziale Dienstleistungen im Wandel“

*Im Bereich sozialer Dienste können gegenwärtig folgende Wandlungsprozesse ausgemacht werden:*

1. *Die sozialen Dienstleistungen stehen schon seit einiger Zeit unter einem massiven Finanzierungsdruck, aus budgetären Gründen bzw. – allgemeiner gefasst – aufgrund der stattgefundenen ökonomischen Veränderungen (Stichwort: Finanz- und Wirtschaftskrise)*
2. *Infolge verschiedener soziodemografischer Trends ist die Sozialpolitik mit neuen sozialen Risiken und Aufgabenfeldern konfrontiert (z.B. Child Care, Sprachkurse für MigrantInnen, Ausweitung der Pflegedienstleistungen)*
3. *Feststellbar ist weiters eine Veränderung der Anbieterstruktur, d.h. deren Zusammensetzung aus freien Wohlfahrtsträgern und NPOs, gewinnorientierten Anbietern bzw. For-profit-Organisationen sowie öffentlichen bzw. staatlichen Einrichtungen ist in Bewegung geraten, durch das Auftreten neuer Anbieter ebenso wie durch die Änderung der institutionellen Rahmenbedingungen.*
4. *Es kommt zu einer Transnationalisierung einerseits der Leistungserbringung (z.B. durch transnational agierende NPOs), andererseits der Definition von Normen (Stichwort: EU)*

5. *Auch die Governance-Strukturen verändern sich, über die Richtung besteht in der Fachwelt allerdings Uneinigkeit: Geht es hin zu partizipativeren bzw. demokratischeren Formen? Kommt es zu flacheren oder wieder zu steileren Hierarchien? Steht eine weitere Dezentralisierung oder vielmehr eine Zentralisierung der Regulierung des Angebots an sozialen Diensten auf dem Programm?*

*Auf jeden Fall: Es „tut sich was“ im Bereich sozialer Dienstleistungen – dieser ist „in Bewegung“. Wir wenden uns insofern an AutorInnen, die diese Trends erfassen, beschreiben, mögliche Ursachen hierfür analysieren und die Folgen der Wandlungsprozesse abschätzen und bewerten.*

*Die Beiträge sollten eine Länge zwischen 30.000 und 60.000 Zeichen (inkl. Leerzeichen) aufweisen. Grafische Elemente wie Übersichten, Tabellen und Diagramme sind möglich und willkommen. Amerikanische Zitierweise ist erbeten, d.h. Kurzbelege im Text (AutorIn, Erscheinungsjahr, Seitenangabe), Fußnoten sollten nur für inhaltliche Ergänzungen verwendet werden.*

*InteressentInnen ersuchen wir, hinsichtlich ihres Publikationsvorhabens mit Univ.Prof. Dr. Margitta Mätzke ([margitta.maetzke@jku.at](mailto:margitta.maetzke@jku.at) bzw. 0732 2468 7163) oder Mag. Hansjörg Seckauer ([hansjoerg.seckauer@jku.at](mailto:hansjoerg.seckauer@jku.at) bzw. 0732 2468 7168) Kontakt aufzunehmen.*

*Die Einreichung von Manuskripten ist nunmehr bis zum 31. August möglich. Erscheinungstermin ist der Dezember 2013.*

rung (Ausdauer, Sorgfalt, kritische Kontrolle, Pünktlichkeit), psychomotorische Fähigkeiten, aber auch soziale Fähigkeiten wie Kritik- und Konfliktfähigkeit oder die Akzeptanz von Autoritäten können während der Arbeitstherapie geübt werden.

Die Arbeitstherapie verfolgt in individuellen Abstufungen das Ziel, Klient/innen in eine bessere Ausgangsposition hinsichtlich ihrer Vermittlung am Arbeitsmarkt zu bringen. Auf Grundlage der Ergebnisse des Arbeitsfähigkeitsprofils, ausgerichtet auf die individuellen Erfordernisse und beruflichen Möglichkeiten, werden der Arbeitsbereich ausgewählt und die arbeitstherapeutischen Schwerpunktsetzungen vorgenommen.

### Arbeitsbereich Land- und Hauswirtschaft

Unsere biologische Landwirtschaft umfasst dreißig Hektar (Wald-, Weide- und Ackerflächen) und dient ausschließlich der Selbstversorgung der Klient/innen und Mitarbeiter/innen am Hof. In der Küche wird täglich für ca. 30 Leute gekocht. Wir haben hier auf unserem Hof fünf Kühe, einen Stier und zurzeit drei Kälber, zwei Schweine und Hühner und bauen Getreide (u.a. zum Brotbacken) und einen Teil unseres Gemüsebedarfs selbst an.

In der Landwirtschaft ist man nicht nur mit mühsamer Arbeit konfrontiert, sondern auch mit unbeeinflussbaren Naturgewalten. Das bietet die Chance, sich im Aushalten von Machtlosigkeit zu üben, einer wesentlichen Anforderung für den Ausweg aus der Sucht. Die Notwendigkeit, Sicherheitsregeln einzuhalten und angemessene Schutzkleidung zu tragen, unterstützt das Erlernen eines rücksichtsvollen und fürsorglichen Umgangs mit sich selbst sowie der Verantwortung füreinander. Der tägliche Umgang mit Pflanzen und Tieren begünstigt die Herausbildung einer rücksichtsvollen, den moralischen Status anderer Lebewesen und der Natur anerkennenden Lebenshaltung - ein für den Genesungsprozess maßgeblicher Schritt.

Unter die vielfältigen Aufgaben der Hauswirtschaft fallen Instandhaltungs-, Wartungs- und Renovierungsarbeiten, Mülltrennung und Abfallwirtschaft. Dieser Arbeitsbereich fordert naturgemäß ein hohes Maß an Selbstständigkeit und Verantwortungsübernahme. Zudem fördern diverse Kontrollaufgaben die Konfrontationsfähigkeit.

Für die Arbeitstherapie im Bereich Landwirtschaft gibt es derzeit folgenden Ansatz, der sich an den oben genannten Modulen orientiert. Zurzeit findet eine Konzeptentwicklung statt, wodurch es im Laufe der nächsten Monate zu Änderungen kommen kann. Die

unterschiedlichen Arbeitsbereiche stellen die Klient/innen vor unterschiedliche Aufgaben und Herausforderungen.

Die erste Phase (Schutzzeitraum / Probezeit) widmet sich auch im Arbeitstherapiebereich dem Ankommen, dem „Sinn finden“ und - falls noch nicht mitgebracht -, dem Ziel, das eigene Ja zu einem suchtmittelfreien Leben zu finden. Ziel ist es in der ersten Zeit, es zu schaffen, den ganzen Vormittag (von 8.00 bis 12.00 Uhr mit einer Pause von 10.00 bis 10.15 Uhr) mit dabei zu sein und durchzuhalten. Oft sind die Menschen, die am Erlenhof ankommen, körperlich und psychisch sehr schwach und von ihrem bisherigen Leben gezeichnet. Es wird daher zu Beginn daran gearbeitet, pünktlich zur Arbeitstherapie zu erscheinen, den Vormittag zu schaffen (und sei es auch nur durch die körperliche Anwesenheit im Stall zum Beispiel). Dabei zählt zu Beginn nicht die Leistung, sondern lediglich das Probieren und Schauen: Wie geht es mir dabei? Was schaff ich schon? Was fällt mir noch schwer? Wesentlich in dieser Phase sind das Kennenlernen der Gruppe und der Mitarbeiter/innen in der Arbeitstherapie, weiters die Aufgaben, der Ablauf, das Ankommen.

Nach der Probezeit findet eine sogenannte Indikation statt, das heißt, der/die betroffene Klient/in, der/die Wohngruppenleiter/in, Mitarbeiter/in der Arbeitstherapie, Wohngruppenälteste und der/die Gruppentherapeut/in der Anfänger/innengruppe kommen zusammen und reden über die Themen, die aufgekommen sind und den weiteren Weg bzw. die Ziele des/der Klient/in. Diese Gesprächsrunde ist ein entscheidender Punkt für das Ankommen am Erlenhof und oft ein zentraler Punkt für ein Weitergehen in der Entwicklung oder ein Zuwarten.

Eine erfolgreich abgeschlossene Probezeit und Indikation ist die Voraussetzung für den Übertritt in die A-Phase. In dieser wird gemeinsam mit den Wohngruppentherapeut/innen, Sozialarbeiter/innen, Gruppentherapeut/innen und gegebenenfalls mit den Einzeltherapeut/innen an den aufkommenden Themen des/der Klient/in gearbeitet. Für die Arbeitstherapie heißt es, diese zu berücksichtigen bzw. durch die passenden Arbeiten bzw. Angebote zu fördern und zu unterstützen. Arbeitstherapie heißt in diesem Zusammenhang für uns, dass wir eine Idee davon haben, welche Arbeit, welches Setting (Einzelarbeit, Gruppenarbeit, geschützter Arbeitsbereich, offener Arbeitsplatz usw.) zurzeit für den/die Klient/in heilsam bzw. förderlich sein kann. Wichtig ist, dass mit der angebotenen Arbeit / Aufgabe / Anforderung ein Ziel verfolgt wird, das zur Genesung des/der Klient/in

beiträgt. Themen wie Umgang mit Vorgesetzten, Umgang mit anderen Klient/innen, Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte, Selbstwert, Verantwortung übernehmen (für mich selber, für Aufgaben usw.) sind oft zentral in dieser Phase.

Fühlt sich der/die Klient/in fit genug und bereit für einen nächsten Schritt, kann er/sie die B-Phase beantragen. Dabei müssen die zuständigen Personen, die in der Betreuung involviert sind, gemeinsam beraten, ob sie diesem Antrag stattgeben. B-Phase bedeutet mehr Vertrauen, mehr Verantwortung und für die Suchtarbeit, ob man dem/der Klient/in zutraut, draußen zu bestehen. Bei einem Ja von Betreuer/innenseite erfolgt ein Erprobungsausgang mit unterschiedlichen Herausforderungen. Kehren die Klient/innen zurück, findet nochmals eine Reflexion und Auseinandersetzung mit den aufgetauchten Themen statt. Danach geht es über in die B-Phase.

Für den Arbeitstherapiebereich heißt das nun, dass es (wenn möglich) um andere Ziele geht: Es geht darum, Projekte selbständig zu übernehmen, Verantwortung auch für neue bzw. die Mitklient/innen zu übernehmen, Vorbildfunktion zu übernehmen, sich in die Gruppe aktiv einzubringen und den Blick in Richtung Fertigkeiten für das zukünftige Arbeitsleben zu üben bzw. über berufliche Orientierung nachzudenken. Es geht in Richtung Arbeitstraining. Manchmal ist es jedoch absehbar, dass es nicht möglich sein wird, den/die Klient/in in den ersten Arbeitsmarkt zu vermitteln. Wenn dem so ist, dann wird an jenen Fertigkeiten gearbeitet, die er/sie für den nächsten Schritt (z.B. den Wechsel in ein Arbeitstrainingsprojekt) benötigt. Wichtig für suchtkranke Menschen ist, dass sie ihre eigenen Grenzen kennenlernen und lernen, ihren Tag gut zu strukturieren und zu planen. Wichtig ist zudem, diesen Plan auch umzusetzen und nicht davon abzuweichen.

In dieser Phase wird dann intensiv mit dem/der Mitarbeiter/in, der/die für das Modul 3 (berufliche Orientierung) zuständig ist, zusammengearbeitet. Wo geht der Weg hin? Ist es möglich den/die Klient/in gleich in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren oder braucht es vorher noch ein Arbeitstraining in einer anderen Einrichtung, eine Ausbildung über eine Stiftung oder ähnliches. Der Weg und der Blick gehen in dieser Phase in Richtung Selbständigkeit und des Lebens draußen nach dem Erlenhof.

### Resümee

In der Arbeit mit suchtkranken Menschen in der Natur, auf einer Landwirtschaft, mit Tieren und Pflan-

zen liegt großes Potential. Das Wiederentdecken der Sinne, das Beobachten der Kreisläufe (Jahreszeiten, Kommen und Gehen), das Ernten der Früchte meiner Arbeit, der Bezug zur Natur, zu meinem Essen, die Beziehung zu den Pflanzen und den Tieren, die Fürsorge und vor allem die Bewusstwerdung der gemachten Erfahrungen und das Brückenschlagen hin zum eigenen Leben (Was brauche ich? Wie gehe ich mit mir um? Wie gehe ich in meinem Leben mit so einer Situation bzw. so einem Problem um?) – all das bietet wunderschöne Möglichkeiten, die ersten Schritte in ein suchtmittelfreies Leben zu gehen und für uns, diese im Rahmen der Arbeitstherapie zu begleiten.

Mehr kann die Arbeit in diesem Bereich nicht leisten – ich kann ein Stück des Weges mit dir gehen und für dich da sein, gehen musst du ihn jedoch allein. Dafür arbeiten wir und wünschen unseren Klienten und Klientinnen viel Kraft, Mut und auch Freude.

*Birgit Gallistl, Peter Olbrich*

Der Psychotherapeut Peter Olbrich ist seit 1981 Leiter der Therapiestation Erlenhof. Die Soziologin und Landschaftsgärtnerin Birgit Gallistl ist seit 2012 Mitarbeiterin der Arbeitstherapie Landwirtschaft.

### Weiterführende Informationen

Therapiestation Erlenhof, <http://www.therapiestation-erlenhof.at/>

Geschäftsfeld Sucht ProMente OÖ, <http://www.suchtpromenteooe.at/>

Ing. Dr. Renate Cervinka, Uni Wien, Gartentherapie im Suchtbereich (Anton Proksch Institut Wien), <http://www.meduniwien.ac.at/umwelthygiene/p014gartentherapie.html>

„Gesund wachsen“: Gartentherapie und gesundheitsfördernde Projekte im Anton Proksch Institut 07 / 2007, <http://www.meduniwien.ac.at/umwelthygiene/p014gartentherapie/api/newsletter7/2007.pdf>

Anton Proksch Institut (API) Wien Kalksburg, <http://www.api.or.at>

Prop TiP – Therapie im Pfaffenwinkel / Deutschland, Sozialtherapie für drogen- und alkoholabhängige Menschen. Die therapeutisch betreute Wohnform auf dem Bauernhof ist eine Einzeltherapie für Drogen- und Alkoholabhängige. <http://www.prop-ev.de/TiP---Therapie-im-Pfaffenwinkel/50/0.html>, <http://www.prop-ev.de/documents/prop/180113/bauernhofalsteildertherapie.pdf>

Ausbildung / Akademischer Experte/in für Gartentherapie, <http://www.donau-uni.ac.at/de/studium/gartentherapie/index.php>

Green Care, <http://www.greencare-oe.at/>

## Flucht in virtuelle Welten

**Ab wann ist man süchtig? Während sich dies bei substanzgebundenen Süchten relativ schnell klären lässt, ist pathologischer Internet-Konsum schwerer abgrenzbar. Ein wachsendes Problem stellt er dennoch dar.**

In Österreich nutzen derzeit 80 Prozent der Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren das Internet. Mit jedem Tag wächst die Zahl weiterer AnwenderInnen. Durch die Verbreitung von Smartphones und Tablets ist das Internet tragbar geworden. Fast jede/r ist im Alltag online, sei es in der Bahn, im Kaffeehaus, im Wartesaal oder beim Frühstück. Bereits ein Viertel der österreichischen Bevölkerung nutzt das Internet direkt am Handy oder Smartphone, ergab eine 2011 durchgeführte Integralumfrage.

### Was ist Onlinesucht?

Unter Online- bzw. Internetsucht versteht man laut Farke den exzessiven Gebrauch des Internet. Der Leidtragende wird vom Medium Internet beherrscht, anstatt es selbst zu beherrschen. Sich dem Internet loszusagen, scheint dem Betroffenen unmöglich. So geht immer mehr der Bezug zur realen Welt verloren. Die Anerkennung, Freunde und das Leben finden zunehmend in der virtuellen Welt statt.

Mit anderen Worten: Internetsüchtige leben fast nur noch in der virtuellen Welt des Internets, sie verlieren die Kontrolle darüber, wie viel Zeit sie im Internet verbringen, leiden unter Entzugserscheinungen wie Missstimmung, Angst, Reizbarkeit oder Langeweile, wenn sie nicht online sind. Abhängige nutzen das Internet, um schlechten Gefühlszuständen zu entrinnen, und nehmen dabei auch negative Konsequenzen in Kauf. Sie gehen nicht mehr zur Arbeit oder zur Schule, vernachlässigen soziale Kontakte und verwahrlosen sogar körperlich.

Onlinesucht ist jedoch nach wie vor nicht im ICD-10-Katalog der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als anerkanntes Krankheitsbild angeführt. Dadurch werde Hann und Raufi zufolge die Notwendigkeit von speziellen Therapieangeboten wie auch Weiterbildungsmaßnahmen in den Hintergrund gerückt. Allerdings ist man derzeit dabei, die Kriterien für die Diagnose von Verhaltenssüchten neu zu ordnen und genauer zu definieren. Noch sind sich die ExpertInnen uneins darüber, ob exzessive Internetnutzung an sich

schon eine Sucht darstellt. Während US-ForscherInnen noch nicht genügend Belege dafür gefunden zu haben glauben, sind die WissenschaftlerInnen, die am neuen ICD-11 arbeiten, dagegen der Ansicht, es könne von einer Sucht gesprochen werden. Laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nutzt etwa ein Prozent der 16- bis 65-jährigen Deutschen das Internet pathologisch, das sind etwa 560.000 Menschen.

### Fünf Kriterien

Andre Hahn und Matthias Jerusalem entwickelten auf Basis vorhandener Studien fünf Kriterien die vorliegen müssen, um tatsächlich von Internet- bzw. Onlinesucht sprechen zu können. Sie definierten Internetsucht als eine stoffungebundene Abhängigkeit, die dann als vorhanden gilt, wenn:

- über längere Zeitspannen der größte Teil des Tageszeitbudgets zur Internetnutzung verausgabt wird (Einengung des Verhaltensraums). Hierzu zählen sie auch verhaltensverwandte Aktivitäten wie beispielsweise Optimierungsarbeiten am Computer;
- jemand die Kontrolle über seine Internetnutzung weitgehend verloren hat bzw. Versuche, das Nutzungsausmaß zu reduzieren oder die Nutzung zu unterbrechen, erfolglos bleiben oder erst gar nicht unternommen werden, obwohl das Bewusstsein für dadurch verursachte persönliche oder soziale Probleme vorhanden ist (Kontrollverlust);
- im zeitlichen Verlauf eine Toleranzentwicklung zu beobachten ist, d.h. die Verhaltensdosis zur Erreichung der angezielten positiven Stimmungslage gesteigert werden musste;
- Entzugserscheinungen als Beeinträchtigungen psychischer Befindlichkeit (z.B. Unruhe, Nervosität, Unzufriedenheit, Gereiztheit, Aggressivität) und psychisches Verlangen („craving“) nach der Internetnutzung als Folge zeitweiliger, längerer Unterbrechung der Internetnutzung auftreten;
- wegen der Internetaktivitäten negative soziale Konsequenzen in den Bereichen Arbeit und Leistung sowie soziale Beziehungen (z.B. Ärger mit Freunden oder ArbeitgeberInnen) eingetreten sind.

Diese fünf Kriterien finden sich Hahn und Jerusalem zufolge in unterschiedlicher Ausprägung bei allen Internetsüchtigen.

### Drei Formen

Der Begriff Internetsucht wird viel und breit verwendet. Die Beratungserfahrung des Vereins Hilfe zur Selbsthilfe für Onlinesüchtige (HSO) hat gezeigt, dass

Onlinesüchtige, die Kontakt mit dem Forum aufnehmen oder eine Beratung suchen, im Wesentlichen drei Formen von Internetsucht aufweisen: Onlinekommunikationssucht, Onlinespielsucht oder Onlinesexsucht. Von den Beratungssuchenden sind ca. 60 Prozent online-seksüchtig; davon sind 95 Prozent Männer und nur fünf Prozent Frauen. Unter den betroffenen Männern sind wiederum 80 Prozent Studenten im Alter von 26 bis 29 Jahren. Rund 30 Prozent sind onlinespielsüchtig; davon sind 80 Prozent männlich und 20 Prozent weiblich. Das Alter bewegt sich zwischen 12 und 24 Jahren. Etwa 10 Prozent sind onlinechatsüchtig; davon sind ca. 90 Prozent Frauen im Alter von 29 bis 56 Jahren.

### Onlinekommunikationssucht

Onlinekommunikationssüchtige produzieren täglich eine Vielzahl von Beiträgen. Egal ob in E-Mails, Chats oder sonstigen Möglichkeiten des Informationsaustausches. Oft werden dann der Job, die Kinder oder der Haushalt vehement vernachlässigt. Die Gedanken eines solchen Süchtigen kreisen nur um das Online-Sein, beispielsweise die Freunde im Chat, neue Nachrichten in der Inbox oder Plattform. Auch lernen sich immer mehr Menschen über das Internet kennen und tauschen Gedanken, Träume online aus – und dies lange bevor man das Gegenüber in der Realität gesehen hat. Farke zufolge muss dabei nicht immer Sucht im Spiel sein, aber man sollte sich der Gefahren bewusst sein. Als eine derartige Gefahr sieht Farke beispielsweise die rastlose Partnersuche im Internet.

### Onlinespielsucht

Seit es Massen-Online-Rollenspiele wie z.B. World of Warcraft (WoW) gibt, häufen sich die Hilferufe von Angehörigen sogenannter Onlinespielsüchtiger. Sie haben keinen Zugang mehr zum Leben und zu ihrer Umwelt. Sie sind ständig damit beschäftigt, im Spiel Aufgaben zu erfüllen.

Was ist das Faszinierende an einem Computer-Rollenspiel wie WoW? Ein wesentlicher Punkt ist Hann und Raufi zufolge, dass man das Spiel endlos weiterspielen kann. Frei nach dem Wunsch des Spielers kann die Spielfigur verändert, angepasst oder mit mehr Macht

*„Internetsüchtige leben fast nur noch in der virtuellen Welt des Internets, sie verlieren die Kontrolle darüber, wie viel Zeit sie im Internet verbringen, leiden unter Entzugserscheinungen wie Missstimmung, Angst, Reizbarkeit oder Langeweile, wenn sie nicht online sind.“*

und Einfluss ausgestattet werden. Wo ist die Grenze zwischen ausgewogenem und exzessivem Spielkonsum? Das ist nicht leicht zu beantworten. Selbst wenn ein Jugendlicher viel Zeit mit Computerspielen verbringt, müsse das noch kein Alarmsignal für ein ungesundes Verhalten sein. „Die Spielzeit an sich ist kein zuverlässiger Indikator“, sagte Florian Rehbein vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen anlässlich eines Symposiums zum Thema Verhaltenssüchte in Berlin. Andere Anzeichen für ein Suchtverhalten fallen stärker ins Gewicht: Etwa, wenn Spielversessene Aktivitäten zurückfahren, die ihnen ansonsten Spaß gemacht haben.

Jugendliche verbringen Rehbein zufolge „naturgemäß“ viel Zeit am PC. „Die allermeisten haben keine psychischen Probleme“, betont der Wissenschaftler. Nicht suchtgefährdete Jugendliche würden zum Beispiel vor einer Schularbeit aus eigenem Antrieb weniger spielen und sich auf die Prüfung vorbereiten. Suchtgefährdete dagegen spielten noch viel mehr, um den Gedanken ans schlechte Abschneiden bei der Arbeit zu verdrängen – und erhöhten dadurch das Risiko auf eine schlechte Note erst recht.

Beobachten Eltern über einen längeren Zeitraum eine ungünstige Entwicklung, empfiehlt Rehbein, sich professionelle Hilfe zu holen und sich zum Beispiel bei einer Sucht- oder Erziehungsberatungsstelle zu informieren. Wichtig sei dann auch, die Jugendlichen zu motivieren, die Hilfe in Anspruch zu nehmen. Um eine Internet- oder PC-Spielsucht zu vermeiden, sollte Rehbein zufolge das Kinderzimmer nicht zu früh mit entsprechenden Geräten ausgestattet werden. „Ein Smartphone muss noch nicht im Grundschulalter sein“, betont er.

### Onlinesexsucht

Während um das Jahr 2000 vermehrt Betroffene im Bereich Kommunikationssucht beim Verein HSO Hilfe suchten, tun dies heute meist Onlinesexsüchtige. Onlinesex ist allerdings ein Tabuthema. Wenn überhaupt wird es nur anonym angesprochen.

Es gibt verschieden Ausprägungen von Onlinesex: Man versteht im weitesten Sinne darunter alle verbalen und visuellen Formen von Erotik und/oder Pornografie, die über das Internet zu konsumieren sind. Zweck ist die Selbstbefriedigung. Dabei gibt es interaktive Spielarten (mit einem realen Partner): Chatten, Mailen, Internet-Telefonie, Webcam. Oder es gibt die Form, bei welcher der Onlinesexsüchtige alleine bleibt und sich durch Bilder, Filme etc. erregt. Die Gefahr dabei ist, immer mehr haben zu wollen. Für viele Betroffene erscheint es problemloser, Sex über das Internet zu haben als mit einem realen Partner. Über dieses Medium erleben viele, dass ihre Vorlieben und Wünsche laufend bestätigt oder auch erst geweckt werden.

Häufige Motive für Onlinesex sind, dass die Hemmschwelle bei einer Partnersuche im Internet sinkt. Viele Betroffenen können nur via Onlinesex ihre sexuellen Phantasien ausleben. Es ist nicht schwierig, auf passende GesprächspartnerInnen zu treffen. Gerade für Menschen, die häufig wechselnde Partner für ihre Phantasien suchen, bietet diese Variante von Sex Schutz vor Krankheiten. Ein weiterer Grund ist, dass Onlinesex Geld spart, das ansonsten für Prostituierte, Videos und dgl. ausgegeben würde. Anfangs stellt sich der Verlauf der Sucht so dar, dass im Internet gezielt Seiten mit erotischem oder pornografischem Inhalt gesucht werden. Dann werden Chatrooms besucht (passiv). Angeregt durch diese Erfahrungen werden viele Betroffene Mitglied in einem einschlägigen Forum, um sich laufend mit Material zu versorgen.

Wenn die PartnerInnen der Onlinesexsüchtigen hierzu schweigen, machen sie sich zu so genannten Co-Abhängigen. So hat der Betroffene eine/n Verbündete/n und wird Farke zufolge demotiviert, sein Verhalten zu verändern.

### Stadien der Onlinesucht

Zimmerl, Panosch und Masser eruierten folgende diagnostische Kriterien für den pathologischen Internetgebrauch (PIG):

- Häufiges unüberwindliches Verlangen, sich ins Internet einzuloggen
- Kontrollverluste (d.h. längeres Verweilen "online" als intendiert), verbunden mit diesbezüglichen Schuldgefühlen
- sozial störende Auffälligkeit im engsten Kreis der Bezugspersonen
- Nachlassen der Arbeitsfähigkeit

- Verheimlichung bzw. Bagatellisierung der Gebrauchsgewohnheiten
- Psychische Irritabilität bei Verhinderung am Internet-Gebrauch
- Mehrfach fehlgeschlagene Versuche der Einschränkung

Wenn bei einer Person drei dieser Kriterien sechs Monate lang vorhanden sind, befindet sich diese laut Zimmerl et al im so genannten Gefährdungsstadium. Das kritische Stadium liegt vor, wenn vier dieser Kriterien über einen Zeitraum von vier Monaten vorhanden sind. Das chronische Stadium ist dann gegeben, wenn das kritische Stadium überstiegen wird und bereits Folgeschäden auftreten, z.B. der Verlust des Arbeitsplatzes, ein sozialer Rückzug oder die Trennung vom Partner.

Im chronischen Stadium sind mitunter körperliche Schäden die Folge, etwa Verspannungen durch eine falsche Sitzhaltung oder Schädigungen des Sehapparates infolge des langen, ununterbrochenen Starrens auf den Bildschirm. Langes Surfen kann zusätzlich Dauerstress verursachen, der sich in Form von Kopfschmerzen oder Schlafstörungen ausprägen kann. Zudem können Kreislauf- und Gewichtsprobleme auftreten.

### Ursachen für die Suchtentstehung

Die soziokulturelle Sichtweise setzt beim Individuum als Teil seiner gesellschaftlichen und kulturellen Lebensumgebung an. Unterschieden wird hier zwischen der makro-, der meso- und der mikrosozialen Ebene.

Auf makrosozialer bzw. gesamtgesellschaftlicher Ebene geht es um die Haltung bzw. Einstellung einer Kultur zu einer bestimmten Thematik. In unserer Kultur ist es beispielsweise so, dass ein Rausch, der durch Alkohol bewirkt wird, „erlaubt oder akzeptiert“ ist, einer, der durch andere Drogen herbeigeführt wird, hingegen nicht. Ein weiterer wichtiger Aspekt sind die Werthaltungen und Lebensumstände, auf denen eine Gesellschaft beruht. In einer Konsumgesellschaft, wie wir sie haben, hat Konsum evidenterweise einen hohen Stellenwert. Das kann ein (gesamtgesellschaftlicher) Risikofaktor für Internetsucht sein.

Die mesosoziale Ebene steht für eine Gemeinde, Stadt oder Region, in der jemand lebt. Relevante Faktoren auf dieser Ebene wären laut Hann und Raufi die (lokale) Rate der Arbeitslosigkeit, die Lage und einschlägige Szene des Ortes usw.

Auf mikrosozialer Ebene geht es um die Familie, die Bezugspersonen und das tägliche soziale (Interak-

tions-)Umfeld des einzelnen. Besonders in der Pubertät ist diese Ebene wesentlich für die Entstehung und den Verlaufs der Sucht. Aus soziokultureller Sicht kann jemand durch Erwartungen und Druck anderer ein Suchtverhalten entwickeln. So kann z.B. eine Peergroup jemanden dazu bewegen, ein bestimmtes Onlinespiel zu spielen, da man sonst aus der Gruppe ausgeschlossen wird.

Das lernpsychologische Modell führt Internetsuch primär auf die individuelle Flucht vor Problemen zurück. Solche Probleme können z.B. Arbeitslosigkeit, Depressivität, Stress usw. sein. Das Internet als Suchtmittel bietet sich laut Hann und Rauffi durch die Anonymität und eine „alternative Realität“ gut als Fluchtmöglichkeit an. Als Modelllernen bezeichnet man das Nachahmen anderer Personen in Bezug auf deren Verhalten. Bezogen auf die Internetsucht sieht z.B. der Sohn den Vater häufig im Internet und macht ihm das nach. Dieses Verhalten wird dann immer häufiger und entwickelt sich zur Sucht.

### **Empirische Ergebnisse zum Nutzerverhalten**

In der von Hann und Rauffi zitierten SchülerInnenbefragung von Meixner und Jerusalem wurden rund 5.000 SchülerInnen im Alter zwischen 12 und 24 Jahren befragt. Das Durchschnittsalter lag bei 16 Jahren. Die Studie ermittelte vier Prozent der Befragten als exzessive Nutzer. Die Prävalenzrate liegt damit ähnlich hoch wie bei vergleichbaren Untersuchungen. Jüngere männliche Schüler scheinen dabei eher von exzessiver Internetnutzung betroffen zu sein als ältere weibliche Schülerinnen.

Die Studie von Meixner und Jerusalem ermittelte deutliche Unterschiede zwischen moderaten und exzessiven NutzerInnen: Die Erwartungshaltung gegenüber positiven sozialen Konsequenzen durch Internetnutzung fallen bei den exzessiven NutzerInnen wesentlich höher aus als bei moderaten NutzerInnen.

Was die Persönlichkeitsmerkmale der NutzerInnen betrifft, so waren Depressivität, Einsamkeit, manifeste Ängstlichkeit, Impulsivität sowie Schüchternheit bei exzessiven NutzerInnen stärker ausgeprägt als bei moderaten NutzerInnen. Letztere bewerteten hingegen ihr Selbstwertgefühl höher.

Die Studie ermittelte weiters einen Zusammenhang zwischen Internetsucht, personalen und sozialen Risikofaktoren. Das Stresserleben von exzessiven NutzerInnen sowohl bei Herausforderungen als auch bei Bedrohung oder Verlust wurde höher eingeschätzt als jenes von moderaten NutzerInnen. Copingstrategien wurden von den moderaten NutzerInnen mehr

angewandt als von den exzessiven. Auch die soziale Unterstützung war bei moderaten NutzerInnen eher gegeben, wogegen soziale Konflikte verstärkt von den exzessiven NutzerInnen angegeben wurden.

Was die diversen Netzinhalte betrifft (Musikloads, Chats, Videos, Online-Spiele etc.), so wurden sämtliche Netzinhalte von exzessiven NutzerInnen mehr in Anspruch genommen als von moderaten, wobei bestimmte Inhalte unter den exzessiven NutzerInnen besonders beliebt sind: Dies sind vor allem Netzinhalte, die zur sozialen Interaktion und zum Spielen gebraucht werden. Was die Nutzungsfrequenz betrifft, so ist bei den exzessiven NutzerInnen wenig überraschend eine klare Tendenz zur täglichen Benutzung zu erkennen.

Auch die deutsche PINTA-Studie der Drogenbeauftragten des Bundes im Ministerium für Gesundheit aus dem Jahr 2011 erbrachte: Immer mehr junge Menschen sind suchtgefährdet. Etwa ein Prozent der 14- bis 64-Jährigen in Deutschland werden in der PINTA-Studie als internetabhängig eingestuft. Das entspricht rund 560.000 Menschen. Rund 2,5 Millionen Deutsche im Alter zwischen 14 bis 64 Jahren werden als problematische InternetnutzerInnen angesehen. Junge Menschen zwischen 14 und 24 Jahren sind die größte Gruppe in der Studie: Rund 14 Prozent gelten als problematische InternetnutzerInnen und über zwei Prozent als abhängig.

Die ExpertInnen der PINTA-Studie fanden heraus, dass in der Altersgruppe der 14- bis 16-Jährigen deutlich mehr Mädchen (4,9%) als Buben (3,1%) internetabhängig sind. 77 Prozent der auffälligen Mädchen nutzen vorwiegend soziale Netzwerke im Internet und eher selten Onlinespiele. Die jungen Männer nutzen zwar etwas seltener soziale Netzwerke mit rund 65 Prozent, aber deutlich häufiger Onlinespiele: knapp 35 Prozent der gefährdeten Buben im Vergleich zu sieben Prozent der Mädchen.

Fast alle Jugendlichen sind bei Facebook angemeldet. Der Verfasser der PINTA-Studie, Hans-Jürgen Rumpf von der Universität Lübeck und Rainer Thomasius vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen in Hamburg vertreten die Auffassung, dass Facebook das bietet, was Mädchen und junge Frauen suchen: Bestätigung. Gerade junge Frauen, die schüchtern sind oder ein geringes Selbstwertgefühl haben, holen sich über die sozialen Netzwerke die Aufmerksamkeit, die sie im Alltag nicht bekommen. Was sich Buben an Bestätigung nach wie vor über das Spielen, den Wettkampf holen würden, kompensierten Mädchen über die Kommunikation. Durch kostenlose Onlinespiele mit unzähli-

gen Schwierigkeitsstufen würden auch Burschen, die nicht so gern chatten, zu Facebook gelockt.

Wer 13 Jahre jung ist, darf sich bei Facebook anmelden. Die vom Norddeutschen Rundfunk interviewten Psychologen sehen das kritisch. Denn bei den meisten Jugendlichen sei die Persönlichkeitsfindung in diesem Alter noch längst nicht abgeschlossen, sondern in der Regel erst mit 18, 19, 20 Jahren. Aktuellen Intentionen von Facebook, die Altersschwelle beim Facebook-Zugang weiter zu senken, stehen sie entsprechend kritisch gegenüber. Sie befinden sich damit im Übrigen in Einklang mit amerikanischen Kinderschutzorganisationen.

### Hilfe bei Onlinesucht

Immer mehr Kliniken und Krankenhäuser erweitern ihr Therapiespektrum mittlerweile, denn Internetsucht ist zumindest in der Praxis ein akzeptierter Suchtbegriff. Doch nach Expertenmeinung bedarf es weiterer Studien, vor allem um präventive Maßnahmen zu bestimmen, wie etwa die Sucht schon im Ansatz verhindert werden kann.

Die meisten Therapien gehen dahin, in mehrwöchigen stationären Klinikaufenthalten Internetsüchtigen wieder eine Kontrolle über ihr Onlineverhalten zu vermitteln, indem Abhängige dazu gebracht werden, zum Beispiel nur noch eine Stunde am Tag

online zu sein und sich andere Beschäftigungen zu suchen.

Daneben gibt es eine Vielzahl an Einrichtungen und Selbsthilfegruppen für alle Arten von Internetsucht. Bewusst wird auch Hilfe im Internet angeboten, denn dort halten sich Internetsüchtige nun einmal auf. Für die Betroffenen geht es zunächst darum, Informationen zu bekommen, Erfahrungen und Hoffnungen auszubauen und zu stärken. Mögliche Informationsportale sind [www.onlinesucht.de](http://www.onlinesucht.de), <http://www.webaholic.info> oder <http://www.onlinesucht.at/>.

„Bei stoffgebundenen Suchterkrankungen wie Alkoholismus bedeutet der Ausstieg aus der Sucht totale Abstinenz. Ein totales PC-Verbot bringt erfahrungsgemäß jedoch keinen Nutzen, weil fast niemand heute noch ohne PC leben kann“, zitieren Hann und Raufi die Onlinesucht-Expertin Gabriele Farke. Daher bleibe nur die Möglichkeit, „sich einen bewussten und disziplinierten Umgang mit dem Internet anzutrainieren“.

*Quellen: Daniela Hann, Sonja Raufi: Internetsucht, Universität Innsbruck, 06.01.2012; Julian Prahl: Internetsucht – Die Sucht der Zukunft?, www.daserste.de, 24.02.2013; Internetsucht – Woran man sie bei anderen erkennt, www.welt.de, 28.02.2013*

## Glücksspielsucht

**Wie bei anderen Süchten besteht auch beim Glücksspiel ein enger Zusammenhang zwischen dem Angebot an Suchtmitteln und den vorhandenen Suchtproblemen. Aus suchtpreventiver Sicht wird daher eine Marktbegrenzung gefordert – auch wenn dies den Anbietern von Glücksspielen missfällt.**

Unter Glücksspiel wird ein Spiel verstanden, das mit einem Geldeinsatz verbunden ist, das Risiko eines Geldverlustes beinhaltet und dessen Ausgang „ausschließlich oder vorwiegend vom Zufall abhängt“ (§ 1 Abs. 1 Glücksspielgesetz). Beispiele sind Geldspielautomaten, Lotto, Toto, Roulette, Brief- und Rubbel-

lose sowie Kartenspiele (z.B. Poker) mit Geldeinsätzen. Sportwetten gelten gesetzlich als Geschicklichkeitsspiele und nicht als Glücksspiele. SuchtexpertInnen zufolge sind Sportwetten jedoch als Glücksspiele einzustufen. Anzumerken ist, dass auch das Spekulieren an der Börse Glücksspielcharakter annehmen und zu ähnlichen Entwicklungen wie die Teilnahme an Glücksspielen führen kann.

Im Jahr 1991 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das pathologische Spielen in ihre „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD) eingeordnet. Es ist dies das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Die aktuelle (zehnte), international gültige Ausgabe ist ICD-10. Demnach besteht die Störung in häufig wiederholtem episodenhaftem Glücksspiel, welches die Lebensführung der betroffenen Personen beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen und familiären Werte und Verpflichtungen führt.

Die Betroffenen setzen – im wahrsten Sinne des Wortes – ihre Existenz auf das Spiel, machen hohe Schulden und lügen oder handeln ungesetzlich, um an das Geld zu kommen oder die Bezahlung der Schulden zu umgehen. Von den Betroffenen wird ein intensiver, kaum kontrollierbarer Spieldrang beschrieben. Daneben steht die gedankliche und bildliche Vorstellung des Spielvorganges und seiner Begleitumstände im Vordergrund. Die gedankliche Beschäftigung und die Drangzustände verstärken sich häufig in belastenden Lebenssituationen.

### Diagnostische Kriterien pathologischen (süchtigen) Spielens

Synonym zum Begriff des pathologischen Spielens wird häufig (so auch in diesem Artikel) jener des süchtigen Spielens verwendet. Als diagnostische Leitlinie pathologischen Spielens wird von der WHO im ICD-10 (zit. nach Dilling; Mombour; Schmidt 2008, 25) Folgendes ausgeführt:

*„Das Hauptmerkmal dieser Störung ist beharrliches, wiederholtes Glücksspiel, das anhält und sich oft noch trotz negativer sozialer Konsequenzen, wie Verarmung, gestörte Familienbeziehungen und Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse steigert.“*

Die US-Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft hat das pathologische Glücksspiel bereits im Jahr 1980 in ihrem Diagnoseschlüssel, das „Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen“ (DSM) aufgenommen. In ihrer aktuellen (vierten) Version DSM-IV (zit. nach Saß, Wittchen; Zaudig; Houben 2003, 738f) definiert sie das pathologische Glücksspiel als andauerndes und wiederkehrendes fehlangepasstes Spielverhalten, was sich in mindestens fünf der folgenden Merkmale ausdrückt:

Der Spieler/Die Spielerin

1. ist stark eingenommen vom Glücksspiel (z.B. starkes Beschäftigtsein mit gedanklichem Nachdenken vergangener Spielerfahrungen, mit Verhindern oder Planen der nächsten Spielunternehmungen, Nachdenken über Wege, Geld zum Spielen zu beschaffen);
2. muss mit immer höheren Einsätzen spielen, um die gewünschte Erregung zu erreichen;
3. hat wiederholt erfolglose Versuche unternommen, das Spielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben;
4. ist unruhig und gereizt beim Versuch, das Spielen einzuschränken oder aufzugeben;

5. spielt, um Problemen zu entkommen oder um eine dysphorische Stimmung (z.B. Gefühle der Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Depression) zu erleichtern;
6. kehrt, nachdem er/sie beim Glücksspiel Geld verloren hat, oft am nächsten Tag zurück, um den Verlust auszugleichen (dem Verlust „hinterherjagen“);
7. belügt Familienmitglieder, TherapeutInnen oder andere, um das Ausmaß seiner/ihrer Verstrickung in das Spielen zu vertuschen;
8. hat illegale Handlungen wie Fälschung, Betrug, Diebstahl oder Unterschlagung begangen, um das Spielen zu finanzieren;
9. hat eine wichtige Beziehung, seinen/ihren Arbeitsplatz, Ausbildungs- oder Aufstiegschancen wegen des Spielens gefährdet oder verloren;
10. verlässt sich darauf, dass andere ihm/ihr Geld bereitstellen, um die durch das Spielen verursachte hoffnungslose finanzielle Situation zu überwinden.

Sowohl im ICD-10 als auch im DSM-IV wird das pathologische Spielen als „Störung der Impulskontrolle“ klassifiziert. Das pathologische Spielen ist abzugrenzen von gewohnheitsmäßigem Spielen. Die gewohnheitsmäßigen SpielerInnen spielen wegen der aufregenden Spannung oder versuchen, damit Geld zu verdienen; bei schweren Verlusten oder anderen negativen Auswirkungen schränken sie jedoch ihre Gewohnheit ein.

### Ausmaß der Glücksspielsucht in Österreich

Die erste und bisher einzige repräsentative telefonische Befragung (Kalke et al. 2011) der österreichischen Bevölkerung (im Alter von 14 bis 65 Jahre) kam zu folgenden Ergebnissen: 0,43 Prozent aller Befragten weisen ein problematisches (3 oder 4 der DSM-IV Kriterien sind erfüllt) und 0,66 Prozent ein pathologisches (mindestens 5 der DSM-IV Kriterien liegen vor) Spielverhalten auf. Das ergibt aktuell die absolute Zahl von ca. 26.000 problematischen und ca. 38.000 pathologischen (krankhaften) SpielerInnen im Alter zwischen 14 und 65 Jahren.

Einen überdurchschnittlich hohen Anteil an problematischen bzw. pathologischen SpielerInnen weisen folgende Bevölkerungsgruppen auf: Arbeitslose, Personen mit Pflichtschulabschluss, 18- bis 35-Jährige, gering Verdienende (Einkommen unter 1.500 Euro pro Monat), Personen mit häufiger Spielteilnahme und hohem Geldeinsatz. Außerdem haben Personen mit Migrationshintergrund sowie Personen in deren

Familien aktuell glücksspielbezogene Probleme bestehen, ein erhöhtes Risiko, selbst Spielprobleme zu entwickeln.

Das größte Gefährdungspotenzial der in Österreich angebotenen Glücksspiele besitzen Glücksspielautomaten. Der Anteil problematischer und pathologischer SpielerInnen ist hier am höchsten. Es folgen Sportwetten (gelten gesetzlich als Geschicklichkeitsspiele) und klassische Kasinospiele (z.B. Roulette, Black Jack). Den geringsten Anteil an problematischen und pathologischen SpielerInnen weisen die Lotterien auf.

Die Befragung von SpielerInnen - an Automaten außerhalb der Kasinos bzw. in Kasinos, von SportwetterInnen sowie von SpielerInnen klassischer Kasinospiele - im Rahmen der Studie (Kalke et al. 2011) liefert folgende dramatische Ergebnisse: Der höchste Anteil der pathologischen SpielerInnen findet sich unter den NutzerInnen von Glücksspielautomaten in Spielhallen (47%), gefolgt von Sportwetten (20%), klassischen Kasinospielen (17%) und Automatenspielen in Kasinos (15%).

So konstatiert auch Jazbinsek (2012, 276): „Die große Mehrzahl der Experten ist davon überzeugt, dass dem Automatenspiel wegen seiner Ereignisfrequenz ein besonders hohes Suchtpotential zukommt. Tatsächlich geben bis zu 80 Prozent der Klienten von Beratungsstellen an, durch Geldspielgeräte spielsüchtig geworden zu sein.“ Vor dem Hintergrund des besonders hohen Gefährdungspotenzials von Glücksspielautomaten lohnt sich ein Blick auf deren Anzahl in Oberösterreich.

### Bestand an Glücksspielautomaten in Oberösterreich

In Oberösterreich werden aktuell 222 Video Lotterie Terminals (VLTs) betrieben. Dies sind Glücksspielautomaten bei welchen die Entscheidungen über Gewinn und Verlust vom Zufallsgenerator eines zentralen Rechners getroffen werden. Die VLTs sind in vier WINWIN-Lokalen an den Standorten Schärding, Steyr, Wels und Vöcklabruck aufgestellt. In den WINWIN-Lokalen werden auch Live-Sportwetten angeboten. Laut Pressekonferenz vom 27.10.2010 von Landeshauptmann

Pühringer und Landesrat Kepplinger könnten bis zu 845 VLTs in OÖ aufgestellt werden. (LandesKorrespondenzMedienInfo 2010)

Zu den bisher bewilligten und aufgestellten 222 VLTs kommen 218 Glücksspielautomaten im Kasino Linz. Somit existieren bereits seit Jahren 440 legal betriebene Glücksspielautomaten an fünf Standorten in OÖ. Es stellt sich die Frage, ob diese 440 Glücksspielautomaten nicht bereits ausreichend für Oberösterreich sind.

Führende GlücksspielexpertInnen wie Univ.-Prof. Herwig Scholz von der Spielsuchtambulanz de La Tour in Kärnten lehnen die Legalisierung des „kleinen Glücksspiels“ durch die Bundesländer generell ab. Das Land OÖ hat dennoch entschieden, das Glücksspiel in seinem Kompetenzbereich (Landesausspielungen - „kleines Glücksspiel“) zu legalisieren. Dadurch werden weitere 1.173 Glücksspielautomaten - im ganzen Bundesland verteilt - aufgestellt. Die Einnahmenerwartungen des Landes OÖ liegen zwischen 5 und 17 Mio. Euro. Weiters verspricht man sich durch die Legalisierung eine Zurückdrängung des illegalen Marktes. Zukünftig werden also zumindest 1.613 legal betriebene Glücksspielautomaten in Oberösterreich aufgestellt sein.

Schätzungen der Polizei gehen davon aus, dass aktuell rund 2.500 bis 3.000 Spielautomaten in Oberösterreich illegal aufgestellt sind. Ob sich die Hoffnung, durch Legalisierung des kleinen Glücksspiels die illegalen Automaten zu entfernen, erfüllt, wird die Zukunft zeigen. Tabelle 1 zeigt eine Aufstellung der Anzahl der Glücksspielautomaten in Oberösterreich:

Derweil erfreuen sich Glücksspiele und Sportwetten im Internet (weltweit) einer zunehmenden Beliebtheit. Untersuchungsergebnisse (Meyer; Bachmann 2011, 249) sprechen dafür, dass bei einem generellen Anstieg der Internetnutzung die Teilnahme an Online-Glücksspielen zunimmt. „Der Trend zum Internet ist

Tabelle 1: Glücksspielautomaten in Oberösterreich

Glücksspielautomaten	Anzahl
Video Lotterie Terminals (VLTs)	222
Glücksspielautomaten im Casino Linz	218
Landesausspielungen („kleines Glücksspiel“)	1.173
<b>(Zukünftig) legal betriebene Automaten</b>	<b>1.613</b>
Aktuell illegal betriebene Automaten (Mittelwert Schätzung)	2.750
<b>Gesamt</b>	<b>4.363</b>

ungebrochen, obgleich sich die jüngeren Märkte wie Mobilfunk oder Web-TV noch ungleich dynamischer entwickeln.“ (Van Saanen 2012, 14) Es ist daher zu erwarten, dass die Zahlen problematischer GlücksspielerInnen in den nächsten Jahren drastisch steigen werden (Scholz 2011).

### **Volkswirtschaftliche Aspekte des Glücksspiels**

Die wirtschaftlichen Folgen des Glücksspiels belasten sowohl den/die SpielerIn und sein/ihr soziales Umfeld als auch die Allgemeinheit: Schulden, Existenzverluste, Firmenzusammenbrüche, Kosten für Strafverfahren und -vollzug, Behandlungs- bzw. Therapiekosten, Kosten, welche durch den Ausfall der Arbeitsleistung und durch notwendige Hilfen zum Lebensunterhalt der Betroffenen entstehen, fallen hierunter.

Für Österreich liegen bisher keine Berechnungen über soziale Kosten des pathologischen bzw. problematischen Glücksspiels vor. In Deutschland belaufen sich die Schätzungen auf 326 Millionen Euro für das Jahr 2008. Allein das Spiel an den Geldspielautomaten verursacht der deutschen Gesellschaft soziale Kosten in der Höhe von 225 Millionen Euro pro Jahr. Weit dahinter liegen die anderen Formen des Glücksspiels. (Becker 2011)

Bei Glücksspielen handelt es sich aus volkswirtschaftlicher Sicht nicht um normale Wirtschaftsgüter, sondern um so genannte demeritorische Güter, die mit gravierenden negativen Folgen für die Gesellschaft verbunden sind und daher einer starken Regulierung bedürfen.

Aus suchtpolitischer Sicht ist ein kleiner, konsequent regulierter Glücksspielmarkt sinnvoll: Verhältnispräventive Ansätze (die das Angebot verteuern, es einschränken und den Zugang erschweren) sind das Mittel der Wahl, wenn es um die effektive Begrenzung der Glücksspielsucht geht. Wirksame Prävention in diesem Sinne lässt sich an geringen Umsatzzahlen messen, da problematische und pathologische SpielerInnen einen bedeutsamen Anteil der Umsätze mit kasinotypischen Spielformen und Glücksspielautomaten liefern. Umsatzsteigerungen hingegen belegen letztlich das Fehlen bzw. die Wirkungslosigkeit präventiver Bemühungen. (Meyer; Bachmann 2011, 355)

Aus suchtpreventiver Sicht ist daher eine Marktbegrenzung zu fordern. Naturgemäß entspricht dieser Ansatz nicht den Interessen der Anbieter von Glücksspielen. So liegen laut Meyer (2012, 130) die optimalen Grenzwerte für eine risikoarme Teilnahme an Glücksspielen nach Bevölkerungsstudien bei 360 Euro bis 720 Euro im Jahr bzw. bei höchstens einem Pro-

zent des familiären Bruttoeinkommens (bei zwei- bis dreimaliger Betätigung pro Monat).

Zum Vergleich: Laut einer Studie von RegioPlan (zit. nach: ORF online, 06.12.2011) wurden im Jahr 2011 etwa 1.000 Euro pro Haushalt in Österreich für Glücksspiel ausgegeben. Das entspricht etwa 2,3 Prozent der jährlichen Konsumausgaben von 43.325 Euro eines durchschnittlichen Haushaltes. Nach einer Studie von Kreuzer, Fischer & Partner (zit. nach Van Saanen 2012, 16) liegt der Gesamtjahresumsatz 2011 der Glücksspielbranche in Österreich bei rund 14 Milliarden Euro. Etwas über 13 Milliarden Euro entfallen auf klassisches Glücksspiel, der Rest entfällt auf Sportwetten.

Dass ein oben skizziertes, am Verbraucherschutz orientiertes Regulierungsmodell heute kaum noch politischen Rückhalt findet, ist ein Ergebnis von Lobbyarbeit. Daher genügt es nicht, die Psyche der SpielerInnen zu erforschen, wenn man die Spielsucht bekämpfen will. Mindestens ebenso wichtig wie die individuellen Ursachen sind die strukturellen Faktoren, die zu einer pathologischen Spielweise beitragen.

Es stellt sich die Frage, wieviel der österreichische Staat durch das Glücksspiel einnimmt: 2011 belief sich das Jahresaufkommen an Wett-, Spiel- und Lotteriesteuern sowie Gewinnen aus dem Glücksspielmonopol auf 518 Millionen Euro. (Statistik Austria, 2012) Von diesen Einnahmen hat der Bund derzeit jährlich 80 Millionen Euro an gesetzlich verpflichtender Sportförderung aufzuwenden.

Es erscheint grotesk, wenn den Einnahmen der öffentlichen Hand durch das Glücksspiel von rund 518 Millionen Euro (im Jahr 2011) die Ausgaben für die Suchtpräventionsfachstellen (in allen neun Bundesländern) von ca. 7 Millionen Euro gegenübergestellt werden. Auch dass die Sportförderung gesetzlich verankert ist – die Suchtprävention aber nicht –, ist aus gesundheitspolitischer Perspektive sehr schwer nachzuvollziehen.

### **Forderungen aus suchtpreventiver Sicht**

Es zählt zum epidemiologischen Basiswissen der Suchtforschung, dass ein enger Zusammenhang zwischen dem Angebot an Suchtmitteln und den vorhandenen Suchtproblemen besteht. Dies gilt auch für den Glücksspielmarkt. Eine epidemiologische Untersuchung aus der Schweiz hat dies eindrucksvoll nachgewiesen. Demnach wurde in jenen Kantonen, die eine besonders hohe Spielautomatendichte aufwiesen, eine besonders hohe Anzahl von Menschen gefunden, die Probleme mit dem Glücksspielen hatten oder gar

abhängig waren. Die Expansion des Glücksspielmarktes führt zu einer Ausweitung glücksspielbezogener Probleme auf individueller und sozialer Ebene. Es erfolgt eine Zunahme der Zahl problematischer und süchtiger Glücksspieler, die sich selbst, ihre Familien und das Sozialsystem schädigen. Der positive Aspekt des Glücksspiels in Form hoher Einnahmen für die öffentlichen und einige privaten Hände ist untrennbar mit den negativen Aspekten in Form von Glücksspielsucht, Verschuldung, Kriminalität, Suizidalität und hohen Behandlungskosten verbunden. (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2007, 12)

Wie bei der Prävention von anderen Süchten auch ist zur Vorbeugung von Glücksspielsucht ein Policy-Mix aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen notwendig. Keine einzelne präventive Maßnahme erzielt auch nur annähernd die gleiche Wirkung wie ein Paket von diversen Maßnahmen: Neben gesetzlichen Regelungen und Restriktionen braucht es die Diffusion von Informationen zu den Risiken des Glücksspiels, zu Unterstützungsmöglichkeiten bei Fragen und Problemen sowie die Stärkung von Schutzfaktoren bzw. das Aufzeigen alternativer Handlungsstrategien. (Steiner 2010, 12) Präventionsmaßnahmen sollen über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden, da Veränderungen von Einstellungen und Verhalten erst nach einer gewissen Zeit erfolgen.

#### Plädoyer für ein staatliches Glücksspielmonopol

Wie am Beispiel illegalisierter psychoaktiver Substanzen (z.B. Heroin) ersichtlich wird, führt das legistische Verbot (Prohibition) per se oftmals weder zu einer Reduktion des Angebots noch zu einer Reduktion der Nachfrage. Weiters fördert der Status der Illegalität organisiertes Verbrechen und es gibt keine Möglichkeit eines funktionierenden KonsumentInnen- bzw. SpielerInnenschutzes.

Ein staatliches Glücksspielmonopol scheint laut Meyer und Bachmann (2011, 355) eher geeignet, eine Stimulation der Nachfrage nach Glücksspielen zu verhindern. Durch eine Öffnung des Glücksspielmarkts (Wettbewerb) oder, in abgeschwächter Form, die Vergabe von Konzessionen ist mit einer Ausweitung des Angebots und Reduktion proaktiver Präventionsaktivitäten zu rechnen, da das Gewinnstreben der privaten Anbieter Ausgangspunkt ihres Geschäftskonzepts ist. In dem Interessenskonflikt zwischen Ertragssteigerung und Prävention wird der SpielerInnenschutz zwangsläufig zweitrangig bewertet.

Aus den genannten Gründen erscheint es aus suchtpreventiver Perspektive zielführend, wenn im Rah-

men eines staatlichen Glücksspielmonopols staatliche Unternehmen (die dem Gemeinwohl verpflichtet sind) Glücksspiele in einem begrenzten Rahmen, d.h. mit strengen Auflagen in den Bereichen technischer SpielerInnenschutz, Einsatzhöhe, Spieldauer, Jugendschutz etc. anbieten.

Franz Gschwandtner  
Institut Suchtprävention

#### Literatur

- Becker, Tilman (2011): Soziale Kosten des Glücksspiels in Deutschland. [https://gluecksspiel.uni-hohenheim.de/fileadmin/einrichtungen/gluecksspiel/Oekonomie/SozialeKostenDesGluecksspiels\\_Internet.pdf](https://gluecksspiel.uni-hohenheim.de/fileadmin/einrichtungen/gluecksspiel/Oekonomie/SozialeKostenDesGluecksspiels_Internet.pdf) (Zugriff am 16. 05. 2012)
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2007): Prävention der Glücksspielsucht. Memorandum der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. [http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Broschueren/Memorandum\\_Gluecksspielsucht.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Memorandum_Gluecksspielsucht.pdf) (Zugriff am 22. 05. 2012)
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (Hg.) (2008): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinische-diagnostische Leitlinien. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Bern
- Glücksspielgesetz: Gesamte Rechtsvorschrift für Glücksspielgesetz. <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10004611> (Zugriff am 16. 04. 2013)
- Jazbinsek, Dietmar (2012): Lobbyismus im Glücksspielbereich – Eine Momentaufnahme, in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hg.): Jahrbuch Sucht 2012: 273 – 287
- Kalke, Jens; Buth, Sven; Rosenkranz, Mortiz; Schütze, Christian; Oechsler, Harald; Vertheim, Uwe (2011): Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich. Empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention der Glücksspielsucht. Freiburg im Breisgau
- LandesKorrespondenzMedienInfo (2010): Information zur Pressekonferenz zum Thema „Das neue Oö. Glücksspielautomatengesetz – Spielerschutz und wirkungsvoller Kampf gegen illegales Glücksspiel im Mittelpunkt“ vom 27. Oktober 2010
- Meyer, Gerhard (2012): Glücksspiel – Zahlen und Fakten, in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hg.): Jahrbuch Sucht 2012: 125 – 143
- Meyer, Gerhard; Bachmann, Meinolf (2011): Spielsucht. Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten. 3. Auflage. Berlin & Heidelberg
- ORF online (06. 12. 2011): Jährlich 43.300 Euro für Konsum. <http://oesterreich.orf.at/stories/2512073/> (Zugriff am 05. 04. 2013)
- Saß, Henning; Wittchen, Hans-Ulrich; Zaudig, Michael; Houben, Isabel (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision - DSM-IV-TR. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.

Scholz, Herwig (2011): Es geht bei Spielsucht um den Gewinn von Selbstwert. Das Geld ist nur Vermittler. In: fortyfour. Das Präventionsmagazin, 16, 3-4  
 Statistik Austria (2012): Steuern und Sozialbeiträge in Österreich. [http://www.statistik.at/web\\_de/Redirect/index.htm?dDocName=030947](http://www.statistik.at/web_de/Redirect/index.htm?dDocName=030947) (Zugriff am 27. 03. 2013)  
 Steiner, Silvia (2010): Bericht zur Situations- und Bedarfsanalyse. Mandat Glücksspielsuchtprävention

Nordwest- und Zentralschweiz. Sucht Info Schweiz. Lausanne. [http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/120109-Bericht-Situationsanalyse-Gluecksspiel-def.pdf](http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/120109-Bericht-Situationsanalyse-Gluecksspiel-def.pdf) (Zugriff am 15. 04. 2013)  
 Van Saanen, Heinz (2012): Poker um Monopole, Märkte und Milliarden. In: Report Plus, 9. Jg., 06/2012, 12-17

## „Übers Rauchen reden“

**Die Anzahl der RaucherInnen ist in den vergangenen Jahren in Oberösterreich gesunken. Griffen im Jahr 2000 noch 42 Prozent der Bevölkerung täglich zur Zigarette, waren es 2009 „nur mehr“ 27 Prozent. Trotzdem bewegt sich Österreich, vor allem bei den jugendlichen RaucherInnen, auf einem vergleichsweise hohen Niveau. Wissenschaftliche Untersuchungen zur Tabakprävention belegen, dass Eltern in der Nichtraucher-Erziehung ihrer Kinder Einfluss haben und darin ermutigt werden sollten.**

Eltern wollen nicht, dass ihre Kinder mit dem Rauchen beginnen. So weit, so gut, aber wissen ihre Kinder das auch? Studien aus Deutschland<sup>1</sup> belegen, dass unter den vielfältigen Einflussfaktoren auf das jugendliche Rauchverhalten der anhaltenden, ablehnenden Einstellung der Eltern zum Rauchen eine entscheidende Bedeutung zukommt.

Diese ablehnende Haltung hat sich sogar bedeutsamer erwiesen als die Frage, ob die Eltern selbst rauchen oder nicht. Diese Tatsache ist insbesondere bei rauchenden Eltern nicht ausreichend bekannt. Eine ablehnende Haltung zu vertreten und mit seinen Kindern über das Rauchen zu reden, hilft nachweislich, das Einstiegsalter hinauszuschieben bzw. den Raucheinstieg überhaupt zu verhindern.

**Pilotprojekt an oberösterreichischen Schulen**  
 In Anbetracht dessen hat das Land OÖ in Kooperation mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse

und dem Institut Suchtprävention im Schuljahr 2011/12 in oberösterreichischen Schulen ein Pilotprojekt für Eltern umgesetzt. Dies vor dem Hintergrund, dass in den oberösterreichischen Spitälern 2010 insgesamt 10.328 Männer und 5.135 Frauen mit einer behandlungsrelevanten Nikotin-Diagnose (meist tabakassoziierte Erkrankungen im Lungen- und im Herz-Kreislaufsystem) behandelt wurden. Die Betroffenen waren insgesamt 84.116 Tage im Spital.

„Oberösterreich hat mit seiner großen Gesundheits-offensive gestartet. Es geht vor allem darum, dauerhaft in den Köpfen der Menschen einen gesunden Lebensstil zu verankern – durch ausreichend Bewegung, richtige Ernährung und einen ausgewogenen Lebensrhythmus. Dazu gehört auch die Tabakprävention, vor allem bei Jugendlichen. Denn wer im Jugendalter nicht zum Glimmstängel greift, wird später auch nicht mehr zum Kettenraucher. Das sind Fakten. Die Vorbildwirkung der Eltern ist dabei besonders wichtig. Dank der neuen Präventionsmaßnahmen werden diese auch aktiv in die Nichtrauchererziehung miteinbezogen“, begrüßte Landeshauptmann und Gesundheitssprecher Josef Pühringer das gemeinsame Projekt.

### Kurzvorträge zum Thema Rauchen

Konkret wurden im Rahmen des Pilotprojekts in Deutschland entwickelte und evaluierte Elternkurzvorträge zum Thema Rauchen<sup>2</sup> auf Oberösterreich angepasst und in oberösterreichischen Schulen unter dem Titel „*Eltern Stärke(n)*“ eingesetzt. Das Angebot des Projekts besteht somit aus einem halbstündigen Elternvortrag für Eltern von Schülerinnen und Schülern der 6. bis 9. Schulstufe.

Ergänzt wurden die Vorträge durch die Verteilung der *Eltern-Broschüre „Übers Rauchen reden“*. Diese Broschüre soll Eltern und Erziehenden helfen, ihre Kinder zu unterstützen, Nichtraucher zu bleiben bzw. zu werden. Es finden sich darin zehn praktische Tipps zur

<sup>1</sup> Raschke & Kalke, Evaluation des Programms „Gläserne Schule“, Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, 2005.

<sup>2</sup> Das Programm wurde von der Koordinationsstelle Schulische Suchtvorbeugung in Kiel (KOSS) konzipiert und evaluiert.

Nichtrauchererziehung, Hinweise zur Gesprächsführung und Informationen zum Thema Rauchen.<sup>3</sup>

Das Projekt „Eltern Stärke(n)“ wird vorzugsweise im Rahmen der Klassenforen/Elternabende zu Beginn eines neuen Schuljahres angeboten, kann aber auch im weiteren Verlauf des Schuljahres gebucht werden. Eine Anbindung an bestehende Termine, an denen Eltern ohnehin an die Schule kommen, wird von den Projektbetreibern empfohlen.

Auf diese Weise wurden zwischen September und November 2011 51 Vorträge in 24 oberösterreichischen Schulen, die vorwiegend mit dem Zertifikat der „Gesunden Schule“ ausgestattet sind, umgesetzt. Die präventiven Botschaften wurden an rund 2.600 Eltern vermittelt. Die Rückmeldungen der beteiligten Schulen wurden schriftlich nach jedem Vortrag von der jeweiligen Schulleitung bzw. den beteiligten Lehrkräften erhoben und waren durchwegs positiv. Hervorgehoben wurden insbesondere die einfach umsetzbaren Verhaltens- und Gesprächsregeln, das halbstündige Format sowie die Art der Wissensvermittlung, die nicht anklagend, sondern ermutigend und motivierend erfolgte.

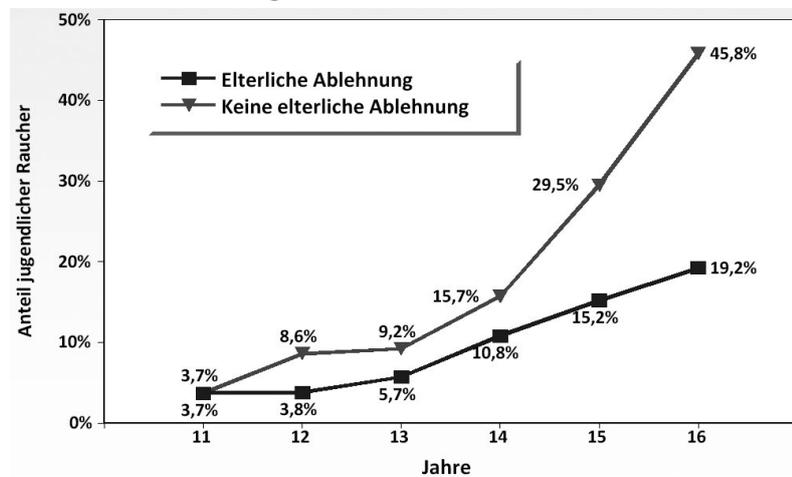
### Eltern haben Einfluss

„Mit „Eltern Stärke(n)“ haben wir in der Tabakprävention erstmals ein konkretes Angebot für Eltern in Oberösterreich umsetzen können. Dieses kostengünstige Programm ist wirksam. Das belegen die Evaluationsergebnisse aus Deutschland und wird auch durch die Rückmeldungen, die wir aus den Schulen sowie von den Eltern erhalten haben, bestätigt. Es wurde aufgrund der Vorträge in Familien über das Rauchen geredet. Eltern haben Einfluss! Das wollen wir mit dieser Aktion vermitteln“, erläuterte Christoph Lagemann, der Leiter des Instituts Suchtprävention, bei der Vorstellung des Projekts im Februar letzten Jahres.

Lagemann verwies damit auf das in Deutschland von der Koordinationsstelle Schulische Suchtvorbeugung in Kiel (KOSS) im Schuljahr 2007/2008 durchgeführte Projekt „Tief Durchatmen – Eltern Stärke(n)“, das

<sup>3</sup> Kostenlose Exemplare sind am Institut Suchtprävention in Linz erhältlich bzw. von der Homepage <http://www.praevention.at/> downloadbar.

Jugendliche RaucherInnen und Elternverhalten



einen signifikant positiven Effekt der Elternintervention nachweisen konnte. Die oben abgebildete Modellrechnung zeigt das Potenzial dieser Maßnahme deutlich auf: Würden alle Eltern ihren Kindern dauerhaft eine ablehnende Haltung zum Rauchen vermitteln, wäre der Anteil jugendlicher Raucher in Summe deutlich geringer (19,2%), als bei einer fehlenden Intervention (45,8%).

### Weitere Präventionsangebote

Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK) bietet mit weiteren Präventionsangeboten vielfältige Unterstützung zum Nichtrauchen. Mit den „Rauchfrei durchs Leben“-Kursen hat die OÖGKK Angebote entwickelt, die sich stark auch an den Lebenslagen der Menschen orientieren. So gibt es beispielsweise eigene Angebote für schwangere Frauen unter dem Motto „Rauchfrei von Anfang an“. „Eltern sind in der Gesundheitsförderung eine ganz wesentliche Zielgruppe. Hier wird Gesundheit gelebt, hier geht es um Verantwortung und um eine gesunde Zukunft unserer Kinder. Dazu möchte die OÖGKK ganz bewusst einen Beitrag leisten und mitgestalten. Nur so wird Oberösterreich Schritt für Schritt rauchfreier. Jeder Jugendliche, der erst gar nicht zu rauchen beginnt, ist ein Gewinn. Aber dazu müssen wir die Eltern stärken und ihnen ein Rüstzeug mitgeben“, zeigte sich OÖGKK-Direktorin Andrea Wesenauer überzeugt.

Quelle: Unterlage zur Pressekonferenz von LH Dr. Josef Pühringer, Dr. Andrea Wesenauer (OÖGKK), Dr. Christoph Lagemann, Mag. Michael Silly (Institut Suchtprävention), Linz, 15.02.2012

## 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich

Eine Studie des Instituts für Berufs- und Erwachsenenbildungsforschung (IBE) erhob die Qualifikation, Motivation und Bereitschaft von PersonenbetreuerInnen für eine Integration in das System der Pflege und Betreuung in Oberösterreich.

Nach aktuellen Prognosen und Schätzungen steht der Bereich der Altenpflege und -betreuung zumindest mittel- und langfristig vor einem essentiellen Personalmangel. Mit der von Sozialminister Hundstorfer erreichten Einführung eines „Fachkräftestipendiums“ für Berufsumsteiger/innen wurde eine jahrelange Forderung des oberösterreichischen Sozialressorts für die Rekrutierung von inländischem Personal erfüllt. „Da dies aber nur einer von vielen Bausteinen auf dem Weg zu einer Deckung des Bedarfes nach Pflege- und Betreuungspersonal sein kann, setzt das oberösterreichische Sozialressort auch Initiativen zur Rekrutierung von Personal aus den EU-Staaten“, sagte Sozialreferent Josef Ackerl in einem Pressegespräch Anfang April.

Angesichts der noch immer „boomenden“ 24-Stundenbetreuung lag es nahe, zu erheben, ob ein Teil deren Mitarbeiter/innen für eine längerfristige Beschäftigung in Österreich im Bereich der Altenpflege und -betreuung (Alten- und Pflegeheime, mobile Dienste, Tagesbetreuung ...) gewinnbar ist. In der bei der Pressekonferenz präsentierten Studie wurde versucht, dieses Potential an Ansiedlungsbereitschaft in Oberösterreich zu erheben und mögliche Handlungsfelder für die Rekrutierung von Mitarbeiter/innen zu definieren. Die Studie wurde vom Institut für Berufs- und Erwachsenenbildungsforschung an der Universität Linz (IBE) erstellt.

Der 14-tägige Rhythmus des Aufenthalts in Österreich und die anschließende Rückreise der 24-Stundenmitarbeiter/innen kann nach Ansicht der StudienautorInnen weniger als „neue Gastarbeitermigration“ mit 14-Tage-Rotationsprinzip, sondern vielmehr als „Transmigration“ aufgefasst werden: Es finden gewisse An- bzw. Einpassungen in die österreichische Gesellschaft statt (Erwerb bzw. Verbesserung der Sprachkompetenz, Anschluss an die Familie der/des zu Pflegenden, behördliche Registrierung). Dennoch

agieren 24-Stundenmitarbeiter/innen gleichzeitig in zwei verschiedenen Gesellschaften. Die Pendelwanderung folgt einer bestimmten Periodizität und die geteilten Haushalte führen zu einer Art Doppelidentität der erwerbstätigen Ausländer/innen in Österreich und der familienbezogenen Rolle im Heimatland.

### Grundlagen der 24-Stunden-Betreuung

Die 24-Stunden-Betreuung ist seit 2007 bundesweit im Hausbetreuungsgesetz, dem Hausgehilfen- und Hausangestelltengesetz sowie in der Gewerbeordnung geregelt. Diese Gesetze regeln allgemein die Betreuung von Personen in privaten Haushalten, wobei diese sowohl im Rahmen selbstständiger (Gewerbe Personenbetreuung) als auch unselbstständiger Erwerbsarbeit erfolgen kann.

Gefördert wird die 24-Stunden-Betreuung entsprechend den Richtlinien des Sozialministeriums, die für die betreute Person den Bezug von Pflegegeld zumindest in der Stufe 3 vorsehen. Die Einkommensgrenze für die betreute Person beträgt 2.500 Euro monatlich, wobei sich diese Grenze mit jedem unterhaltsberechtigten Angehörigen um 400 Euro (600 Euro für „behinderte“ unterhaltsberechtigten Angehörige) erhöht. Die selbstständige Form der 24-Stunden-Betreuung wird mit monatlich 550 Euro, die unselbstständige Ausübung aufgrund der wesentlich höheren Sozialversicherungsabgaben mit 1.110 Euro (jeweils bei Vorliegen von zwei Arbeitsverhältnissen) gefördert. Die Finanzierung der Förderung erfolgt im Verhältnis 60 zu 40 zwischen Bund und Ländern. In Oberösterreich wird die Förderung ausschließlich über das Bundessozialamt abgewickelt.

Die 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich entwickelt sich dynamisch. So stieg die Anzahl der laufenden Förderfälle (jeweils zum Stichtag 31.12.) von 1.908 im Jahr 2010 auf 2.496 im Jahr 2011, was einer prozentuellen Steigerung von beinahe einem Drittel entspricht (31%). Dieses Wachstum setzte sich in etwas geringerem Ausmaß, und zwar um 13,6 Prozent, im abgelaufenen Jahr fort. Im Bundesländervergleich weist Oberösterreich derzeit gemeinsam mit Niederösterreich die höchste Zahl an Förderfällen auf.

### Zentrale Befragungsergebnisse

Aufbauend auf qualitativen Interviews mit fünf Personenbetreuer/innen wurden die relevanten Fragebogendimensionen entwickelt, um die Treffsicherheit des Befragungsinstrumentes für die quantitative Befragung zu gewährleisten. Die Interviewanbahnung gestaltete sich etwas schwierig, da laut StudienautorInnen über das Thema 24-Stundenbetreuung noch

**Tabelle 1: Berufsstatus im Heimatland**

Berufsstatus im Heimatland	Anzahl	Prozent
Zusätzlich berufstätig	29	3
Zu Hause: Hausfrau/-mann	265	23
Arbeitslos	578	51
In Ausbildung	45	4
In Pension	107	9
Sonstiges	111	10
Gültige Werte	1.135	100

immer ein „Hauch des Stillschweigens“ mitschwingt, was damit zu tun haben dürfte, dass bis zur Legalisierung über das Thema allenfalls hinter vorgehaltener Hand gesprochen wurde.

In den qualitativen Interviews zeigte sich, dass eher jüngere Personen, die keine Versorgungspflichten im Heimatland haben, ohne Ausbildung im Bereich Pflege sind und gute Deutschkenntnisse aufweisen, eine Ansiedlungsbereitschaft in Österreich bekunden. Im Bereich der persönlichen Motive wird die ökonomische Notwendigkeit, in der 24-Stunden-Betreuung tätig zu sein, klar ersichtlich. Aufbauend auf den Ergebnissen der qualitativen Befragung wurde eine quantitative Befragung von 24-Stunden-Betreuer/innen, die in oberösterreichischen Haushalten tätig sind, durchgeführt. Mit dieser Befragung sollte das Potential ausländischer Pflegekräfte, die sich vorstellen können, langfristig in der Pflege zu arbeiten und sich dauerhaft in Österreich niederzulassen, erhoben werden.

Der sowohl in deutscher als auch in slowakischer Sprache entwickelte Fragebogen wurde an 2.426 oberösterreichische Haushalte gesandt, die eine Förderung für die 24-Stunden-Betreuung beziehen. Ausgehend von der Annahme, dass bei jeder Adresse zwei Personenbetreuer/innen beschäftigt sind, betrug die Grundgesamtheit 4.722 Personen.

Insgesamt wurden 1.172 Fragebögen an das IBE zurückgesandt, was einem vergleichsweise hohen Rücklauf von 24,8 Prozent entspricht. Da 97 Prozent der 24-Stunden-Kräfte angaben, ihren Beruf selbstständig (Gewerbe der Personenbetreuung) auszuüben, wird in der Folge zwischen selbstständiger und unselbstständiger Beschäftigungsform keine Unterscheidung mehr getroffen.

#### Demografische Merkmale

Der größte Teil der befragten Personenbetreuer/innen (65%) ist zwischen 40 und 59 Jahre alt. Immerhin 10

Prozent sind 60 Jahre und älter. Rund ein Viertel der befragten Personen ist zwischen 20 und 39 Jahre alt. Wenig überraschend sind 96 Prozent weiblich.

Zudem befinden sich mehr als die Hälfte der Befragten (57%) in einer Partnerschaft, von jenen ohne Partnerschaft sind 21 Prozent geschieden. Rund drei Viertel der Betreuer/innen haben Betreuungs- bzw. Unterstützungspflichten von Familienmitgliedern im Heimatland. Knapp

ein Viertel hat Kinder in Ausbildung und 28 Prozent unterstützen Familienmitglieder mit keinem oder zu geringem Einkommen. Bei den Herkunftsländern überwiegt die Slowakei eindeutig mit 88 Prozent der befragten Personen, gefolgt von Rumänien mit sechs Prozent. Jeweils zwei Prozent kommen aus Tschechien und aus Ungarn und jeweils ein Prozent kommt aus Bulgarien und aus Polen.

Zwei Drittel der Personenbetreuer/innen, insbesondere jüngere, kommen aus ländlichen Gebieten. Etwas mehr als die Hälfte (51%) sind im Heimatland arbeitslos, wobei in der Slowakei beinahe doppelt so häufig Arbeitslosigkeit angegeben wird als in den restlichen Ländern. Ein knappes Viertel (23%) der Befragten ist Hausfrau bzw. -mann, neun Prozent sind bereits in Pension (vgl. Tab. 1).

#### Ausbildungsstand

Eines der auffälligsten Ergebnisse dieser Studie ist das sehr hohe (fachliche) Ausbildungsniveau der Personenbetreuer/innen, womit sich nach Meinung der StudienautorInnen auch die relativ geringe Anzahl an Beschwerden erklären lassen dürfte. So gaben zum Thema „höchste abgeschlossene Ausbildung“ über drei Viertel der befragten Personen an, über einen Maturaabschluss zu verfügen, elf Prozent verfügen sogar über einen Hochschulabschluss. Nur vier Prozent haben maximal Grundschulausbildung. Dabei verfügen die Personenbetreuer/innen slowakischer Herkunft über eine signifikant höhere Ausbildung als jene aus anderen Herkunftsländern.

Bezüglich der spezifischen Ausbildung im Pflegebereich hat eine/r von vier befragten Personenbetreuer/innen lediglich einen Erste-Hilfe-Kurs absolviert, während der Großteil der Befragten höherwertige Ausbildungen als Sanitäter/in, Krankenpflegehelfer/in (18%), Krankenschwester/-pfleger (17%) genossen hat oder sogar über ein Diplom für Krankenpflege ver-

**Tabelle 2: Ausbildung im Pflegebereich**

Ausbildung im Pflegebereich	Anzahl	Prozent
Erste-Hilfe-Kurs	287	25
SanitäterIn, KrankenpflegehelferIn	203	18
Krankenschwester/-pfleger	192	17
Allg. Diplom für Krankenpflege	289	26
Andere Ausbildung	161	14
Gültige Werte	1.132	100

fügt (26%). Insofern sind die Kräfte in der 24-Stundenbetreuung vielfach unter ihrem Berufsniveau eingesetzt (vgl. Tab. 2).

Personen aus ländlichen Gebieten, Hausfrauen und -männer sowie arbeitslose Personen weisen dabei deutlich öfter nur einen Erste-Hilfe-Kurs auf. Im Gegenzug weisen Personen aus dem städtischen Bereich, zusätzlich berufstätige oder bereits in Pension befindliche Personen ein höheres fachspezifisches Ausbildungsniveau auf. Zudem halten 78 Prozent für die 24-Stunden-Betreuung eine fachliche Ausbildung, die über einen Erste-Hilfe-Kurs hinausgeht, für wichtig. Dieser Ansicht sind insbesondere jene, die über eine eigene Ausbildung im Pflegebereich verfügen. In Bezug auf Berufsanerkennung bzw. Nostrifikation (in Österreich) herrscht große Unwissenheit. Nur rund die Hälfte der Befragten gibt an, bisher bereits Erfahrungen mit der offiziellen Anerkennung/Nostrifikation in Österreich gemacht zu haben.

Beinahe die Hälfte der Befragten (45%) wünscht sich, eine fachliche Ausbildung im Pflegebereich in Österreich zu machen, wobei dieser Wunsch innerhalb der Gruppe der 30- bis 59-Jährigen am stärksten ausgeprägt ist. Wenig überraschend ist dieser Wunsch bei jenen höher, die nur über einen Erste-Hilfe-Kurs verfügen.

Um den Zugang zu möglichen Ausbildungsangebo-

ten in Österreich zu erleichtern, wurden den Teilnehmer/innen verschiedene Handlungsfelder zur Bewertung angeboten. Am häufigsten wurde hier der Wunsch nach Informationen über die Ausbildungsmöglichkeiten geäußert sowie der Wunsch nach Sprachförderung vor oder während der Ausbildung (jeweils 30%). Ein Viertel der befragten Personen erachtet leistbare Ausbildungsangebote als eine Erleichterung.

### Zukunftsperspektiven

In Summe können sich sieben von zehn befragten Betreuer/innen (71%) vorstellen, längerfristig im Bereich Pflege/Betreuung tätig zu sein, wobei dies bei Personen im Alter zwischen 30 und 49 Jahren am häufigsten der Fall ist. Im Hinblick auf den Berufsstatus liegt wenig überraschend der Anteil der positiven Rückmeldungen innerhalb der arbeitslosen Befragten am höchsten (75%).

*„Gefragt nach den Kriterien, die ein gutes Leben in Österreich für sie ausmachen, sprachen die Personenbetreuer/innen in erster Linie die Sicherstellung der Grundversorgung im Sinne von Erwerbsarbeit und leistbarem Wohnangebot angesprochen. In weiterer Folge wurden Anerkennung und Wertschätzung der eigenen Arbeit sowie das Gefühl, in Österreich willkommen zu sein, angeführt.“*

Darüber hinaus wurden die Teilnehmer/innen nach der Perspektive, dauerhaft in Österreich zu leben und zu arbeiten, befragt. Für knapp die Hälfte der Befragten ist dies eine realistische Möglichkeit, wobei auch hier die Gruppe der 30 bis 49-Jährigen die höchste Bereitschaft (58%) aufweist. Personen, die eine höhere Ausbildung im Pflegebereich absolviert haben, können sich eher eine Zukunft in Österreich vorstellen als andere.

Von 784 Personenbetreuer/innen, die sich grundsätzlich vorstellen können, längerfristig im Bereich der Pflege und Betreuung zu arbeiten, können sich 478 Personen (61%) vorstellen, dies in Österreich zu tun. Von den insgesamt 1.172 Teilnehmer/innen an der Befragung gaben somit 41 Prozent an, einer dauerhaften Ansiedlung in Österreich und einer längerfristigen Berufsausübung im Bereich Pflege/Betreuung positiv gegenüberzustehen.

### Potential an ausländischen Pflegefachkräften

Diese Personen stellen das Potential für eine dauerhafte Integration in Österreich bzw. in das österreichische Pflege- und Betreuungssystem dar. Bereits heute verfügen viele dieser Personenbetreuer/innen über eine fundierte Pflegeausbildung bzw. würden auch für eine weitere Qualifizierung im Bereich Pflege bereit sein.

Gefragt nach den Kriterien, die ein gutes Leben in Österreich für sie ausmachen, sprachen die Personenbetreuer/innen in erster Linie die Sicherstellung der Grundversorgung im Sinne von Erwerbsarbeit und leistbarem Wohnangebot an. In weiterer Folge wurden Anerkennung und Wertschätzung der eigenen Arbeit sowie das Gefühl, in Österreich willkommen zu sein, angeführt. Die Verbesserung der eigenen Deutschkenntnisse wird von insgesamt 97 Prozent der befragten Personen als wesentlich für ein gutes Leben in Österreich erachtet.

Während im Alter bis 39 Jahre der Familiennachzug den höchsten Stellenwert einnimmt, spielen mit zunehmendem Alter andere Faktoren eine tragende Rolle. Bei den 40- bis 59-Jährigen ist das Thema Integration besonders wichtig, insbesondere die Wertschätzung der eigenen Tätigkeit und die Verbesserung der Deutschkenntnisse. Die Befragten zwischen 30 und 59 Jahren legen zudem mehr Wert auf die Weiterbildung im beruflichen Kontext als ihre jüngeren Kolleg/innen.

Auf die offen gestellte Frage, was passieren müsste, um dauerhaft in Österreich zu bleiben, hier zu arbeiten und zu leben, gaben die befragten Personen im Wesentlichen Faktoren wie die Berücksichtigung der Familie, Aussicht auf Arbeit und eine Wohnung sowie eine mögliche Verschlechterung der Situation in der

Heimat hinsichtlich sozialer, politischer oder persönlicher Aspekte (alleinstehend sein, neue/r Partner/in möglich) an.

### Abgeleitete Handlungsfelder

Im Bereich der Qualifikation zeigen sich folgende Handlungsfelder:

- Grundsätzlich ist das Interesse der befragten Personenbetreuer/innen an Ausbildungsmöglichkeiten im Bereich Pflege groß. Über drei Viertel der Befragten gaben zum Beispiel an, dass sie gerne derartige Informationen zugesendet bekommen möchten. Vor dem Hintergrund der gegebenen Lebensumstände wie Sprachniveau, knappe Zeitressourcen (24-Stunden-Betreuung im 14-Tages Rhythmus) und monetäre Ressourcen, oftmals bestehende familiäre Verpflichtungen sowie keine Wohnmöglichkeit in Österreich außerhalb der Betreuungsphasen, muss überlegt werden, welches System um die Personen herum aufgebaut werden müsste, damit sie die bestehende Ausbildungsschienen nutzen können (z.B. Ersatzdienste in der 24-Stunden-Betreuung, Betreuungseinrichtungen für Kinder, Bereitstellung von leistbaren Wohnmöglichkeiten in Österreich).
- Auch im Bereich der Berufszulassungen/Nostrifikationen bedarf es einer Unterstützungsstruktur, da hier zum Teil Fehlinformation und Uninformiertheit vorherrschen. Hier gilt es, bestehende Zugangsschwellen zu diesen Informationen zu senken.
- Zentral für eine erfolgreiche berufliche Perspektive sowie eine Ansiedelung in Österreich ist die Förderung der Deutschkompetenz. Auch hier müssen Möglichkeiten geschaffen werden, die Deutschkenntnisse zu verbessern.

**Tabelle 3: Begünstigende Faktoren für Pflegeausbildung in Österreich**

Erleichterungen bei möglicher Pflegeausbildung in Österreich	Anzahl	Prozent
Informationen über Ausbildungsmöglichkeiten	343	30
Sprachförderung vor oder während der Ausbildung	344	30
Leistbare Ausbildungsangebote	292	25
Wohnmöglichkeit in Österreich	180	16
Sozialversicherungsrechtliche Absicherung	173	15
Berufsbegleitende Ausbildungsangebote	125	11
Sonstiges	21	2
Gültige Werte	1.151	100

- Zudem gilt es, für die interessierten Personenbetreuer/innen eine realistische Perspektive zu zeichnen: Dies betrifft die erwartbaren beruflichen Möglichkeiten ebenso wie die konkrete Darlegung von Verdienstmöglichkeiten und anfallenden Lebenserhaltungskosten. Auf diese Weise könnten die Hoffnungen auf eine „zweite Chance“ konkretisiert und eventuellen Enttäuschungen aufgrund falscher Erwartungen entgegengewirkt werden.

Den StudienautorInnen zufolge muss ein Bekenntnis zur Offenheit und Aufnahmebereitschaft gegenüber diesen Personen erfolgen und ihnen vermittelt werden, dass sie nicht nur als verwertbare Arbeitskräfte, sondern als gleichwertige Mitglieder in unserer Gesellschaft willkommen sind. Denn die Studie zeige: je positiver die gemachten Erfahrungen mit Personen, desto höher ist die Bleibebereitschaft.

### Resümee und Ausblick

Mit dieser Studie liegen laut Presseinformation des Landes OÖ erstmals wissenschaftlich abgesicherte Daten zum Potential an ausländischen Personenbe-

treuer/innen für eine dauerhafte Integration in Österreich sowie das österreichische System der Pflege und Betreuung vor. „Mit 478 Personen bzw. 41 Prozent fiel dieses Potential unerwartet hoch aus. Nun gilt es mit der Pilotierung einer Unterstützungsstruktur den nächsten Schritt zu setzen, um diese Personen auch abzuholen“, kündigte Soziallandesrat Josef Ackerl an. Diese Unterstützungsstruktur werde sich vor allem mit den Themen zielgruppengerechte Informationspolitik, Qualifikation und Ausbildung sowie leistbarem Wohnen beschäftigen. „Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass wir nicht nur wichtige Arbeitskräfte rekrutieren wollen, sondern ihnen die Chance bieten, als vollwertige Mitglieder unserer Gesellschaft akzeptiert zu werden“, so Ackerl abschließend.

*Quelle: 24-Stunden-Betreuung in Oberösterreich. Information zur Pressekonferenz mit LH-Stv. Josef Ackerl, Linz, 04.04.2013*

### Die Krise verstehen

*Das Projekt diekriseverstehen.net erklärt auf spielerische Weise die Zusammenhänge, die zur globalen Finanz- und Wirtschaftskrise geführt haben. Dazu wurden Hintergründe zu den Ursachen und Entwicklungen der Krise auf wissenschaftlicher Basis aufbereitet.*

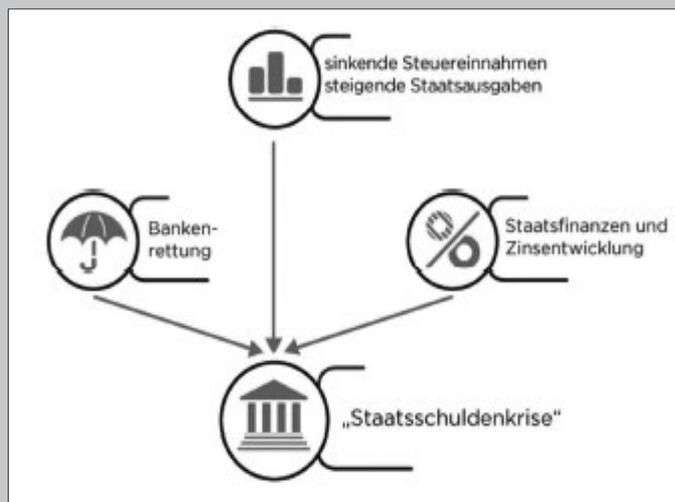
*Ziel des Projekts ist es, die Ursachen der Finanz- und Wirtschaftskrise für jede und jeden nachvollziehbar zu machen. Umgesetzt wurde das mittels eines Flowcharts, in dem man sich, beginnend beim Begriff „Staatschuldenkrise“, zu anderen Begriffen, etwa „Bankenrettung“ oder „Staatsfinanzen und Zinsentwicklung“, bis hin zu allgemeineren Themen wie „Ungleiche Verteilung“ oder „Internationale Ungleichgewichte“ weiterhandeln kann.*

*„Die Krise ist kein Thema, das nur von Expertinnen und Experten diskutiert werden soll, sie betrifft schließlich uns alle. Für eine breite Diskussion ist es aber notwendig, Zusammenhänge einfach und*

*nachvollziehbar aufzubereiten.“ Genau das sei mit der interaktiven Darstellung gelungen, erläutert Projektleiter Georg Hubmann vom Linzer Jahoda-Bauer-Institut.*

*Je nach Interesse können per Doppelklick auf die einzelnen Themen vertiefende Informationen dazu abgerufen werden. Auch gibt es Hinweise auf weiterführende Literatur.*

*[www.diekriseverstehen.net](http://www.diekriseverstehen.net)*



### Depressionen bei Männern

Männer, die exzessiv riskante Sportarten betreiben, risikofreudig schnelle Autos fahren oder regelmäßig trinken, gelten landläufig als männlich. Doch kaum jemand weiß, dass dies auch Anzeichen für eine der häufigsten und tödlichsten Krankheiten sein kann: Männerdepression. Experten gehen davon aus, dass drei bis vier Millionen Männer im Laufe ihres Lebens an einer Depression erkranken. Davon versuchen geschätzte 100.000 jährlich, sich das Leben zu nehmen.

Lange galt Depression als eine Krankheit der Frauen. Man nahm an, dass sie zwei bis drei Mal häufiger daran erkranken. Dies wird heute von Experten bezweifelt. Nur weil Männer seltener die bei Frauen typischen Symptome zeigen und so eine Erkrankung häufiger unerkannt bleibt, bedeutet dies nicht, dass sie nicht auch an Depressionen leiden. Von 10.000 Selbsttötungen jährlich entfallen drei Viertel auf die Männer, die im Allgemeinen seltener zum Arzt gehen und Therapien und Behandlungen gegenüber weniger offen sind. Dennoch wurden Depressionen bei Männern bislang kaum erforscht, sodass es fast keine Therapieformen für Männer gibt.

In „Männer weinen nicht. Depressionen bei Männern“ beschreiben die Wissenschaftsjournalistinnen Constanze Löffler und Beate Wagner gemeinsam mit dem Psychiater und Psychotherapeuten Manfred Wolfersdorf mögliche Ursachen für Depressionen, stellen Kriterien für die Erkennung von Depressionen zusammen und haben einen Depressions-Selbsttest entwickelt, der es Betroffenen oder Außenstehenden erleichtert, die Krankheit besser zu erkennen und einzuordnen. Sie stellen unterschiedliche Medikamente und Therapieformen vor und widmen sich der Frage, wie Menschen selbst unter schwierigsten Bedingungen das Leben erfolgreich bewältigen. Denn lange wurde in der Forschung gefragt, was Menschen krankmacht, doch erst seit kurzem beschäftigt man sich in der sogenannten Resilienzforschung auch mit der Frage, was die psychische Gesundheit fördern kann.

*Constanze Löffler, Beate Wagner, Manfred Wolfersdorf: Männer weinen nicht Depressionen bei Männern Goldmann Taschenbuch, München 2012 304 Seiten, EUR 9,30*

### Arbeitskämpfe in China

Im Frühjahr 2010 rollte eine Streikwelle durch die Automobilindustrie Chinas, bei der die beteiligten ArbeiterInnen deutliche Lohnerhöhungen erringen

konnten. Im Herbst 2012 sah sich auch der Elektronikhersteller und Apple-Zulieferer Foxconn mit Unruhen und Streiks der wütenden Beschäftigten konfrontiert. Beide Fälle schafften es weltweit in die Schlagzeilen – tatsächlich stellen sie nur die Spitze des Eisbergs der jüngsten Klassenkonflikte in China dar.

Die Ende der 1970er-Jahre eingeleitete ökonomische Transformation Chinas ist durch tiefgreifende Umwälzungen der Produktions- und Arbeitsverhältnisse und durch eine deutliche Zunahme von Arbeitskämpfen gekennzeichnet. Ende der 1990er-Jahre waren es insbesondere ArbeiterInnen in ehemaligen Staatsbetrieben, die sich gegen die Privatisierungen zur Wehr setzten. Seither kämpfen vor allem junge WanderarbeiterInnen gegen die Ausbeutung und für bessere Lebens- und Arbeitsbedingungen. Mit Beginn der Wirtschaftskrise stieg die Zahl der Arbeitskonflikte in den Weltmarktfabriken Chinas weiter an – und immer häufiger haben die ArbeiterInnen Erfolg mit ihren Protesten.

Der vorliegende Band versammelt Beiträge internationaler ChinaforscherInnen und AktivistInnen, die aus unterschiedlichen Blickwinkeln und auf Basis jüngster Forschungsergebnisse die Hintergründe, Charakteristika und Auswirkungen von Arbeitskämpfen in China beleuchten. Wie haben sich die Arbeits- und Lebensbedingungen von LohnarbeiterInnen im Zuge von Chinas Reformprozess verändert? Worin liegen die Gründe für die Zunahme von Arbeitskämpfen? Wie reagiert der chinesische Staat auf die Klassenkonflikte? Welche Rolle spielt die chinesische Staatsgewerkschaft und wie sind deren Reformen einzuschätzen? Und über welche Möglichkeiten für eine Unterstützung chinesischer ArbeiterInnen verfügen NGOs und KonsumentInnen weltweit? Hierzu werden Initiativen aus Hongkong, Deutschland und Österreich näher beleuchtet.

Der Sammelband „Arbeitskämpfe in China“ bietet sowohl grundlegendes Informationsmaterial als auch kritische Einschätzungen zu den sozialen Konflikten an der „Werkbank der Welt“. HerausgeberInnen sind der Obmann der Grünen Bildungswerkstatt Wien, Georg Egger, die Sinologen Daniel Fuchs und Thomas Immervoll sowie Lydia Steinmassl, die in Wien und Uppsala Internationale Entwicklung studierte.

*Georg Egger, Daniel Fuchs, Thomas Immervoll, Lydia Steinmassl (Hg.): Arbeitskämpfe in China Berichte von der Werkbank der Welt Promedia Verlag, Wien 2013 280 Seiten, EUR 19,90*

### 10 Jahre Lern- und Gedenkort Schloss Hartheim

Im Jahr 2003 konnte nach jahrzehntelangen Bemühungen um einen würdigen Ort der Erinnerung und des Gedenkens an die bis zu 30.000 Opfer der NS-Tötungsanstalt Hartheim der Lern- und Gedenkort Schloss Hartheim eröffnet werden. 10 Jahre nach der Einrichtung soll im Rahmen eines Festakts ein Rückblick über den Prozess der Entstehung ermöglicht werden. Zudem wird ein kritischer Blick auf vergangene und aktuelle Diskussionen um Euthanasie und Sterbehilfe geworfen.

*Termin und Ort:* 6. Juni 2013, 17.00 Uhr; Kulturtreff Alkoven (OÖ), Arkadenweg 14  
*Anmeldung:* Tel. 07274 6536 546; Mail: [office@schloss-hartheim.at](mailto:office@schloss-hartheim.at)

### Tag der Feministischen Ökonomie

Reproduktions- und Care-Arbeit organisiert sich zwischen den Sektoren Private Haushalte, Staat, Markt und Non-Profit-Sektor. Die verschiedenen Sektoren sind Arbeitsräume und Orte des Widerstandes, die jeweils mit spezifischen Möglichkeiten und Schwierigkeiten einhergehen. Wie verteilt sich bezahlte und unbezahlte Arbeit zwischen diesen Sektoren? Zu welchen Verschiebungen kommt es durch Sparmaßnahmen im Sozialbereich? Welche Zeitlogiken sind vorherrschend? Die Veranstaltung bietet theoretische Inputs, Workshop-Phasen zu spezifischen Themenfeldern und Diskussionen. Im Anschluss stellt sich Labournet.tv mit einer Feminist Movie Night vor.

*Termin:* 8. Juni 2013, 11.00 - 19.00 Uhr: Tag der Feministischen Ökonomie;  
21.00 - 23.00 Uhr: Feminist Movie Night mit labournet.tv  
*Ort:* Amerlinghaus, Stiftgasse 8, 1070 Wien  
*Anmeldung:* [cafe@prekaer.at](mailto:cafe@prekaer.at)  
*Information:* <http://cafe.prekaer.at>; [www.labournet.tv](http://www.labournet.tv)

### Wenn „Gastarbeiter“ in die Jahre kommen...

Immer mehr Personen der Generation der so genannten „Gastarbeiter“ sehen sich mit dem Zustand „zu krank für die Arbeit, zu gesund für die Pension“ konfrontiert. Ein oft nicht vorhandener Berufsschutz und/oder fehlende Beitragsjahre zur Regelpension tragen dazu bei, dass ein reibungsloser Übergang vom Erwerbsleben in die Pension nicht gelingt. Die Fachtagung Migration und Arbeitswelt 2013 wird diese vielschichtigen Problemlagen von älteren MigrantInnen aufzeigen und analysieren.

*Termin:* 11. Juni 2013, 8.30 - 16.30 Uhr  
*Ort:* Kongresssaal der AK OÖ, Volksgartenstraße 40, 4020 Linz  
*Anmeldung:* Tel. 0732 667363 37; Mail: [tagung@migration.at](mailto:tagung@migration.at); Web: [www.migrare.at](http://www.migrare.at)

### Fürsorge im Hier und Jetzt

Im Rahmenprogramm zur Ausstellung über die Pionierin der österreichischen Fürsorge- und Armutsforschung, Ilse Arlt (1876 - 1960), zeigt die Philosophin und Armutsforscherin Michaela Moser aktuelle Herausforderungen rund um wachsende Armut und Ungleichheit auf und stellt Antworten und Lösungsvorschläge aus Sicht der Fürsorge vor. Anschließend Podiumsdiskussion mit der Arlt-Forscherin Maria Maiss und der Ökonomin Elisabeth Klatzer.

*Termin:* 11. Juni 2013, 19.00 Uhr  
*Ort:* Österreichisches Gesellschafts- und Wirtschaftsmuseum, Vogelsanggasse 36, 1050 Wien  
*Information:* [www.wirtschaftsmuseum.at](http://www.wirtschaftsmuseum.at)

### Frühe Hilfen

Unter „Frühe Hilfen“ versteht man zentral koordinierte, multiprofessionelle Unterstützungssysteme mit Angeboten für Eltern und Kinder in der Lebensphase der frühen Kindheit, von der Schwangerschaft bis zum Schuleintritt. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen von Kindern und Eltern frühzeitig und

nachhaltig zu verbessern und so späteren Störungen und Erkrankungen vorzubeugen. Die Abteilung Gesundheit des Landes Oberösterreich, die OÖ Gebietskrankenkasse und das Institut Suchtprävention möchten mit dieser Tagung einen Beitrag zum Aufbau eines koordinierten Systems Früher Hilfen in Oberösterreich leisten.

*Termin:* 20. Juni 2013, 9.00 – 17.00 Uhr  
*Ort:* Redoutensäle, Promenade 39, 4020 Linz  
*Anmeldung:* [info@praevention.at](mailto:info@praevention.at)

### Quartiersbezogene Soziale Arbeit in der „unternehmerischen Stadt“

Die Wiederentdeckung der Städte als bevorzugte Arbeits-, Wohn- und Kulturräume, aber auch als Standorte, an denen kapitalintensive Investitionen getätigt und hohe Renditen erwirtschaftet werden können, beschleunigt den sozialen Wandel. Soziale Arbeit, die vorwiegend quartiersbezogen agiert, steht vor der Herausforderung, sich im Leitbild der „unternehmerischen Stadt“ zu verorten und den Rahmen, in dem sie agiert, zu beeinflussen. Lebenschancen zu eröffnen und soziale Gerechtigkeit einzufordern sind dabei zentrale Aufgaben. Das wirft aus praktischer und theoretischer Sicht eine Reihe von grundsätzlichen Fragen auf, die im Rahmen der Tagung erörtert werden.

*Termin:* 20. Juni 2013, 8.00–17.30 Uhr; 21. Juni 2013, 8.45–15.00 Uhr  
*Ort:* Eventraum blindenkuh, Dornacherstrasse 192, und Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Thiersteinerallee 57, CH-4053 Basel  
*Information:* [www.tagung-stadtentwicklung.ch](http://www.tagung-stadtentwicklung.ch)  
*Anmeldung:* [karin.lundsgaard.@fhnw.ch](mailto:karin.lundsgaard.@fhnw.ch)

### Care zwischen Ökonomie und Ethik, Ungleichheit und Gerechtigkeit

Wo der Markt zur Gerechtigkeitsinstanz wird und nur Leistung über soziale Teilhabe entscheidet, treten Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten, soziale Spaltungen und neue Armutsrisiken auf. Selbst dem Druck des Marktes ausgesetzt, ist Sorgearbeit gefordert, ihre ethischen Maßstäbe zu verteidigen. Podiumsdiskussion mit Dorothea Greiling (JKU Linz), Johann Kalliauer (AKOÖ), Stephan Lessenich (Universität Jena), Martin Schenk (Diakonie), Eva Schobesberger (Stadt Linz), Josef Weidenholzer (Volkshilfe). Moderation: Brigitte Aulenbacher (JKU Linz)

*Termin und Ort:* 25. Juni 2013, 19.00 Uhr; Kongresssaal der AK OÖ, Volksgartenstraße 40, 4020 Linz

### Von der Schule in den Beruf

Auf dem Weg von der Schule in Ausbildung und Beschäftigung gibt es für Jugendliche einige Barrieren zu überwinden. Viele Angebote drehen sich darum, diesen Übergang bestmöglich zu gestalten. Welche Maßnahmen sind richtungweisend, wo brauchen wir weitere Angebote? Beim ESF-Polylog beleuchten ExpertInnen die Situation von Jugendlichen aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Und auch das Publikum ist aufgerufen, sich aktiv einzubringen.

*Termin:* 24. Juni 2013, 17.00 Uhr  
*Ort:* BRICK-5, Fünfhausgasse 5, 1150 Wien  
*Information, Anmeldung:* [www.esf.at](http://www.esf.at)

### Unter Druck

Die Arbeitsorganisation vieler Betriebe befindet sich in einem enormen Umbruch. Gerade auch in erfolgreichen Unternehmen steigt der Leistungsdruck und führt zu Konflikten, Unzufriedenheit und gesundheitlichen Belastungen. Diese Entwicklungen werden bei der Tagung analysiert und innovative betriebliche Lösungen vorgestellt.

*Termin:* 24. – 25. Juni 2013  
*Ort:* Evangelische Akademie Tutzing, Schloßstraße 2-4, D-82327 Tutzing (Bayern)  
*Information, Anmeldung:* <http://web.ev-akademie-tutzing.de/>

# kontraste

## Presse- und Informationsdienst für Sozialpolitik

Erscheinungsort Linz, P.b.b. Verlagspostamt Linz.

Wenn unzustellbar, zurück an die Redaktion KONTRASTE:  
Johannes Kepler Universität Linz, Institut für Gesellschafts- und  
Sozialpolitik, Altenbergerstr. 69, 4040 Linz

### Herausgeber, Medieninhaber, Verleger:

Sozialwissenschaftliche Vereinigung, mit Unterstützung der Johannes  
Kepler Universität Linz (JKU), Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik

### Erscheinungsweise:

8 Ausgaben pro Jahr

### Redaktionsadresse:

kontraste: JKU Linz, Institut für Gesellschafts- und  
Sozialpolitik, Altenbergerstr. 69, 4040 Linz  
Tel. 0732 2468 7168

Mail: [hansjoerg.seckauer@jku.at](mailto:hansjoerg.seckauer@jku.at)

Web: <http://www.gespol.jku.at/> Menüpunkt Kontraste

Aboservice, Sekretariat: Carmen Schacherreiter, Tel. 0732 2468 7161

Fax DW 7172 Mail: [carmen.schacherreiter@jku.at](mailto:carmen.schacherreiter@jku.at)

### Redaktionsteam:

Mag. Hansjörg Seckauer, Dr. Christine  
Stelzer-Orthofer, Dr. Bettina Leibetseder,  
Dr. Susanna Rothmayer, Dr. Angela  
Wegscheider

Wir freuen uns über zugesandte Manuskripte,  
die Redaktion behält sich jedoch das Recht auf Kürzung  
und Entscheidung über die Veröffentlichung vor.  
Redaktionsschluss ist jeweils der 20. des Vormonats.  
Namentlich gekennzeichnete Beiträge können,  
müssen aber nicht die Meinung  
der Redaktion wiedergeben.

### Wissenschaftliche Beratung:

Univ. Prof. Dr. Josef Weidenholzer, MEP  
Em. Univ. Prof. Dr. Irene Dyk-Ploss  
a.Univ. Prof. Dr. Evelyn Schuster  
Dr. Brigitte Kepplinger

### Lektorat; Satz:

Mag. Hansjörg Seckauer

### Grafisches Konzept:

Mag. Gerti Plöchl

Kontraste finanzieren sich fast ausschließlich aus Abonnements und  
Mitgliedsbeiträgen: Jahresabo EUR 65,40; Halbjahresabo EUR 32,70;  
StudentInnen, Arbeitslose und PensionistInnen EUR 36,30;  
Einzelheft EUR 6,70; Referierte Ausgabe EUR 18,70  
Alle Preise inklusive Versand.  
Gratis Probeabo für drei Monate  
Kündigung bis einen Monat vor Ablauf möglich.

### Bankverbindung:

Sparkasse OÖ, BLZ 20320, Kontonr. 7500-002453  
BIC: ASPKAT2LXXX, IBAN: AT972032007500002453

