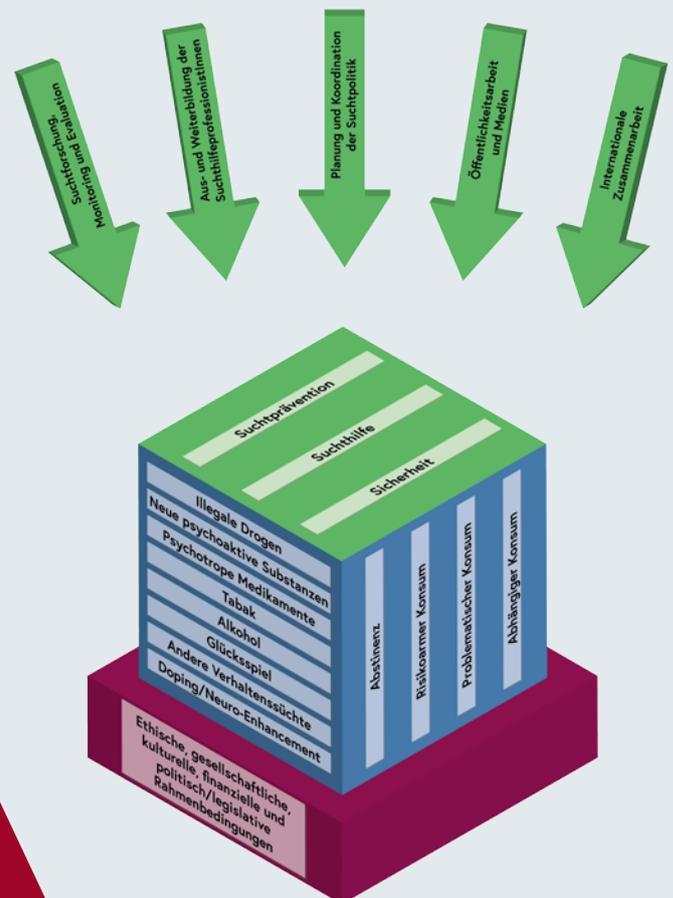


# Delphi-Studie

zur Vorbereitung einer „nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“



## **Impressum**

### **Medieninhaber und Herausgeber:**

Bundesministerium für Arbeit, Soziales,  
Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK)  
Stubenring 1, A-1010 Wien  
+43 1 711 00-0  
sozialministerium.at

### **Verlags- und Herstellungsort:** Wien

**Coverbild:** © BMASGK

### **Autorinnen und Autoren:**

Alfred Uhl, Irene Schmutterer, Ulrike Kobrna, Julian Strizek

### **Layout & Druck:** BMASGK

**Stand:** April 2019

**ISBN:** 978-3-85010-546-0

### **Alle Rechte vorbehalten:**

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-Rom.

Im Falle von Zitierungen im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten sind als Quellenangabe „BMASGK“ sowie der Titel der Publikation und das Erscheinungsjahr anzugeben.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMASGK und der Autorin/ des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

### **Bestellinfos:**

Kostenlos zu beziehen über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter der Telefonnummer +43 1 711 00-86 25 25 sowie unter [www.sozialministerium.at/broschuerenservice](http://www.sozialministerium.at/broschuerenservice).

## **Vorwort der StudienautorInnen**

Die mediale Darstellung von Sucht und psychoaktiven Substanzen hat lange Zeit zur Sensationalisierung des Themas beigetragen, eine Stigmatisierung der Betroffenen bewirkt und einen sachlichen Umgang mit dem Phänomen erschwert, was SuchtexpertInnen seit langem kritisieren. Glücklicherweise hat sich im Zuge der Professionalisierung von Suchtprävention und Suchthilfe international sowohl in der Politik als auch in den Medien eine zusehends sachlichere Haltung durchgesetzt, die nunmehr einen lösungsorientierten und auf Problemminimierung zielenden Diskurs ermöglicht.

Wer die Praxis optimieren möchte, tut gut daran, sowohl auf die Wissenschaft als auch auf Erfahrungen und Lernprozesse erfahrener PraktikerInnen aufzubauen. Eine besonders erfolgsversprechende Methode, um letzteres zu gewährleisten, ist die Durchführung einer Delphi-Studie, bei der ExpertInnen wiederholt ihr Wissen ohne Zeitdruck und ohne den Prozess behindernde Gruppendynamik einbringen können. Unbedingte Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die angefragten ExpertInnen bereit sind, sich in der Studie aktiv zu engagieren. Dafür, dass die meisten von uns angefragten ExpertInnen sofort bereit waren, ihre Erfahrungen und Kompetenzen einzubringen und damit wesentlich zu einem wichtigen Werk beizutragen, sei an dieser Stelle allen TeilnehmerInnen recht herzlich gedankt.

In der Delphi-Studie hat sich gezeigt, dass die überwiegende Mehrzahl der rund hundert in diese Studie involvierten ExpertInnen den Grundsatz „Therapie statt Strafe“ uneingeschränkt befürwortet und sich für ein diversifiziertes Behandlungsangebot ausspricht, das den unterschiedlichen Problemlagen der Betroffenen gerecht wird. International setzt sich zusehends die Erkenntnis durch, dass Sucht meist eine sekundäre Erkrankung ist, die als Folge einer psychischen Primärproblematik auftritt, und dass Sucht als chronisch rezidivierende Erkrankung zu sehen ist, die nur selten endgültig heilbar ist. Konsequenterweise ist das Ziel „Abstinenz“ in den Hintergrund getreten und das Ziel, den Betroffenen durch schadensminimierende Maßnahmen und gezielte Unterstützungsangebote ein lebenswertes Leben zu ermöglichen, in den Vordergrund gerückt. Wissenschaftliche Befunde zeigen eindeutig, dass durch diese Strategie die negativen Folgen nicht nur für Abhängige, sondern auch für unbeteiligte Dritte deutlich verringert werden können. Auch im Alkohol- und Tabakbereich zeigt sich, dass in Österreich einer sachlichen und ausgewogenen Herangehensweise gegenüber radikalmissionarischen und drakonischen Haltungen der Vorzug gegeben wird.

Wir hoffen, dass unsere Arbeit eine gute Grundlage für die zu formulierende nationale Suchtstrategie darstellt und sowohl von der Politik als auch von der Öffentlichkeit positiv aufgenommen wird.

**Alfred Uhl, Irene Schmutterer, Ulrike Kobra, Julian Strizek**

## Inhalt

<b>1 Einleitung: Substanzkonsum und Abhängigkeitserkrankungen in Österreich im Überblick</b>	<b>8</b>
1.1 Zur Prävalenzschätzung von Verhaltenssuchten	8
1.2 Zur Prävalenzschätzung von stoffgebundenen Süchten und Problemkonsum	9
<b>2 Die Studie</b>	<b>14</b>
2.1 Hintergrund und Zielsetzung der Studie	14
2.2 Prinzip einer Delphi-Studie	15
2.3 Auswahl der StudienteilnehmerInnen	16
2.4 StudienteilnehmerInnen	16
2.5 Ausgangspunkt für das Initialdokument	19
<b>3 Rechtliche Rahmenbedingungen</b>	<b>20</b>
3.1 Querschnittmaterie: Bund–Länder–EU–UNO/WHO	20
3.2 Koordination der österreichischen Suchtpolitik	21
<b>4 Vom Drei-Säulen-Modell zum erweiterten Suchtwürfel</b>	<b>23</b>
4.1 Der „erweiterte Suchtwürfel“ als Basismodell für die aktuelle Studie	23
<b>5 Definitionen und Konzepte</b>	<b>26</b>
5.1 „Legale Drogen“, „psychotrope Medikamente“, „illegale Drogen“ und „neue psychoaktive Substanzen“	26
5.2 Substanzmissbrauch und Sucht	27
5.3 Verhaltenssuchte	27
5.4 Das Gefährdungspotenzial von Drogen	27
5.5 Schwelligkeit der Angebote des Suchthilfesystems	28
5.6 Aufsuchender Zugang	28
5.7 Akzeptanzorientierte Haltung oder suchtbegleitender Zugang	29
5.8 Überlebenshilfe/Schadensminimierung	29
5.9 Abstinenzorientierte vs. abstinenzgestützte Therapie	30
5.10 „Substitutionsbehandlung“ vs. „substitutionsgestützte Behandlung“	30
5.11 Kontrollierter Konsum	30
5.12 Motivierende Gesprächsführung	31
5.13 Unterteilung von Prävention nach der „Mental Health–Klassifikation“	31
<b>6 Grundsätze</b>	<b>32</b>
6.1 Ziele der Suchtpolitik	32
6.2 Ethische Grundlagen – Menschen-, Gesellschafts- und Weltbild	34
6.2.1 Selbstbestimmungsrecht vs. Interventionspflicht	34
6.2.2 Orientierung der Suchtpolitik am Menschen	34

6.2.3 Diversitätsorientierung.....	35
6.2.4 Geschlechtssensibilität.....	35
6.2.5 Partizipation.....	35
6.2.6 Recht auf höchstmögliche Gesundheit.....	35
6.2.7 Politik und Evidenzbasiertheit.....	36
6.2.8 Sucht ist eine Krankheit und als solche zu behandeln.....	36
6.3 Finanzierung von Suchtprävention und Suchthilfe.....	36
<b>7 Art der psychoaktiven Substanz bzw. Verhaltensweise.....</b>	<b>38</b>
7.1 Substanz- und suchtübergreifender Ansatz.....	38
7.2 Illegale Drogen („Suchtgifte“.....)	38
7.3 Neue psychoaktive Substanzen.....	41
7.4 Psychotrope Medikamente.....	42
7.5 Tabak.....	43
7.6 Alkohol.....	45
7.7 Glücksspiel.....	46
7.8 Andere Verhaltenssüchte.....	48
7.9 Doping und Neuro-Enhancement.....	49
<b>8 Interventionsfelder.....</b>	<b>50</b>
8.1 Interventionsfeld: Suchtprävention.....	50
8.1.1 Organisation der Suchtprävention in Österreich und Zielsetzung.....	50
8.1.1.1 Leitbild der Fachstellen für Suchtprävention.....	50
8.1.1.2 Aufgabenfelder der Fachstellen für Suchtprävention nach dem Leitbild der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention.....	50
8.1.2 Methoden und Zugänge zur Suchtprävention.....	51
8.1.2.1 Systematische und koordinierte Planung von Suchtprävention.....	51
8.1.2.2 Das Verhältnis von Suchtprävention zur Gesundheitsförderung.....	52
8.1.2.3 Der Stellenwert von sachlich korrekter Information.....	53
8.1.2.4 Verhaltensprävention vs. Verhältnisprävention.....	53
8.1.2.5 Verhältnis der Prävention zur Wirtschaft und Interessenskonflikte.....	54
8.1.3 Direkte Zielgruppen der Prävention.....	55
8.1.3.1 Kinder und Jugendliche.....	55
8.1.3.2 Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Risiko.....	56
8.1.3.3 Erwachsene.....	57
8.1.4 Indirekte Zielgruppen der Prävention.....	57
8.1.5 Settings.....	57
8.1.5.1 Setting Gesundheitsversorgung und helfende Berufe.....	58
8.1.5.2 Setting Schwangerenberatung und Geburtsvorbereitung.....	58
8.1.5.3 Setting Familie.....	59
8.1.5.4 Setting Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen.....	60
8.1.5.5 Setting Schule.....	60

8.1.5.6	Setting Jugend und Freizeit.....	61
8.1.5.7	Setting Arbeitswelt.....	61
8.1.5.8	Setting Gemeinde.....	62
8.1.6	Gesetzliche Maßnahmen mit präventiven Zielsetzungen.....	62
8.1.6.1	Marketing- und Werbeeinschränkungen bzw. -verbote.....	62
8.1.7	Aufklärung und Gegenwerbung.....	63
8.1.8	Preispolitik und Begrenzung der Öffnungszeiten.....	63
8.1.8.1	Qualitätssicherung – KonsumentInnenchutz und -information.....	64
8.2	Interventionsfeld: Suchthilfe.....	65
8.2.1	Kooperation mit Professionen und Institutionen außerhalb des Suchthilfesystems.....	65
8.2.1.1	Zuweisungen durch ÄrztInnen außerhalb des Suchthilfesystems.....	65
8.2.2	Suchtberatung und Informationsvermittlung.....	66
8.2.2.1	Safer Use Information.....	66
8.2.3	Überlebenshilfe/Schadensminimierung.....	67
8.2.3.1	Medizinische Versorgungsprogramme.....	67
8.2.3.2	Überdosierungsnotfall.....	67
8.2.3.3	Aufsuchende Sozialarbeit.....	67
8.2.3.4	Spritzenabgabe und Spritzenaustausch.....	68
8.2.3.5	Abgabe von Antagonisten an Süchtige und deren Umfeld zur raschen Intervention bei Notfällen.....	68
8.2.3.6	Tagesaufenthaltsräume und Nachtschlafstellen, betreutes Wohnen.....	69
8.2.3.7	Drogenkonsumräume.....	69
8.2.3.8	Versorgungseinrichtungen für die Palliativbehandlung von Langzeitabhängigen.....	69
8.2.3.9	Maßnahmen in Haftanstalten.....	70
8.2.3.10	Drug-Checking-Programme.....	70
8.2.4	Suchtbehandlung.....	71
8.2.4.1	Programme zur Reduktion des Substanzkonsums auf ein weniger gesundheitsgefährdendes Niveau.....	71
8.2.4.2	Substitutionsbehandlung.....	72
8.2.4.3	Ambulante Suchtbehandlung.....	73
8.2.4.4	Stationäre abstinenzorientierte Suchtbehandlungen.....	74
8.2.4.5	Stepped Care Ansatz.....	74
8.2.4.6	Entwicklung zu substanz- und suchtübergreifenden Angeboten.....	74
8.2.4.7	Diversifizierung der Angebote.....	75
8.2.4.8	Niederschwelliger Einstieg.....	75
8.2.4.9	Ganzheitliche Betreuung.....	75
8.2.4.10	Vernetzung der Suchthilfeeinrichtungen.....	76
8.2.4.11	Einbindung von Angehörigen und Personen des sozialen Umfeldes in die Behandlung.....	76

8.3 Soziale sowie berufliche Integration bzw. Reintegration.....	77
8.3.1 Verhinderung von Ausbildungsabbrüchen bei Kindern und Jugendlichen.....	77
8.3.2 Schuldnerberatung und Rechtsberatung.....	77
8.3.3 Unterstützung bei der Geltendmachung sozialer Ansprüche und bei der Wohnungssuche.....	78
8.3.4 Beschäftigung und Arbeit.....	78
8.3.5 Finanzierung.....	79
8.4 Interventionsfeld: Sicherheit.....	79
8.4.1 Strafverfolgung.....	79
8.4.2 Marktregulierung/Kontrolle.....	80
8.4.2.1 Jugendschutz Alkohol, Tabak und Glücksspiel betreffend.....	80
8.4.2.2 Alkohol und Drogen im Straßenverkehr.....	82
8.4.3 Vermittlung von Sicherheit.....	82
8.4.3.1 Subjektive und objektive Sicherheit für die Bevölkerung.....	82
8.4.3.2 Aktive Beiträge zur Konfliktlösung.....	83
8.4.3.3 Gewalt im öffentlichen Raum und in öffentlich zugängigen Lokalen....	83
8.4.3.4 Gebrauchte Spritzen in öffentlichen Raum.....	84
<b>9 Unterstützungsprozesse bzw. Dienstleistungen.....</b>	<b>85</b>
9.1 Unterstützungsprozess: Suchtforschung, Evaluation und Dokumentation.....	85
9.1.1 Suchtforschung.....	85
9.1.1.1 Zeitgemäßes Wissenschaftsverständnis.....	85
9.1.1.2 Schaffung von Kompetenzzentren.....	86
9.1.1.3 Forschungsförderung.....	86
9.1.1.4 Internationale Forschungskooperation.....	86
9.1.1.5 Kommunikation der Ergebnisse.....	86
9.1.2 Evaluation und Dokumentation.....	87
9.1.2.1 Evidenzbasiertheit.....	87
9.1.2.2 Routinedatenerhebung und Monitoring.....	87
9.1.2.3 Anpassung an Formalkriterien statt an tatsächlicher Qualität.....	87
9.1.2.4 Abwägung Kosten versus Nutzen.....	88
9.1.2.5 Internationale Standards.....	88
9.2 Unterstützungsprozess: Planung und Koordination.....	88
9.3 Unterstützungsprozess: Aus- und Weiterbildung der SuchthilfeprofessionistInnen.....	89
9.4 Unterstützungsprozess: Internationale Zusammenarbeit.....	90
9.5 Unterstützungsprozess: Öffentlichkeitsarbeit und Medien.....	90
<b>10 Literatur.....</b>	<b>92</b>

# 1 Einleitung: Substanzkonsum und Abhängigkeitskrankungen in Österreich im Überblick

(Alfred Uhl & Martin Busch)

*Anmerkung:* Dieses Kapitel war nicht Teil der Delphi-Studie; es wird dem Studientext in der Endversion als Hintergrundinformation vorangestellt und soll einen kurzen Überblick über Entwicklung und Dimension von Substanzkonsum und Abhängigkeitskrankungen in Österreich liefern, sowie auf die Problematik der Erfassung dieser Phänomene eingehen.

## 1.1 Zur Prävalenzschätzung von Verhaltenssüchten

In der Delphi-Studie werden – im Hinblick auf die Vorbereitung eines umfassenden Suchtpräventionskonzeptes und im Sinne des State of the Art moderner Prävention – sowohl stoffgebundene als auch nicht stoffgebundene Abhängigkeiten abgehandelt. Der Schwerpunkt dieses Kapitels liegt jedoch bei den stoffgebundenen Süchten bzw. beim problematischen Konsumverhalten in Bezug auf Substanzen. Sowohl Therapie als auch Forschung sind in diesem Bereich seit langem etabliert, es gibt anerkannte Konventionen über Diagnosekriterien und vielfältige Quellen und Methoden der Erfassung von Problemkonsum und Sucht.

Im Gegensatz dazu hat die Behandlung von Verhaltenssüchten in Suchthilfeeinrichtungen noch keine lange Tradition und es liegen kaum seriöse, auf Behandlungsdaten gestützte Prävalenzschätzungen vor. Erschwerend kommt dazu, dass es in der Fachwelt noch immer keinen klaren Konsens darüber gibt, welche von den vielen in diesem Zusammenhang diskutierten Verhaltensweisen – von Glücksspielen und Internetgebrauch über Einkaufen und Fernsehen bis hin zu Sexualität und beruflicher Arbeit – sich zu Suchtverhalten entwickeln können, bzw. wo jeweils die Grenzen zwischen unproblematischem, problematischem und süchtigem Verhalten zu ziehen sind.

Publizierte Schätzungen über die Verbreitung einzelner Verhaltenssüchte liegen meist deutlich unter 2% und bauen auf Bevölkerungsbefragungen auf. Umfragegestützte Schätzungen von derart niedrigen Prävalenzraten sind mit sehr großen Vorbehalten zu behandeln.

## 1.2 Zur Prävalenzschätzung von stoffgebundenen Süchten und Problemkonsum

Die Frage, wie viele Personen eine bestimmte psychoaktive Substanz gebrauchen (Konsumerfahrung), bzw. diese in gesundheitsbeeinträchtigendem Maße gebrauchen (schädlicher Gebrauch) bzw. vom Konsum abhängig sind (Abhängigkeitssyndrom) ist zentrale Fragestellung der Epidemiologie. Erwartet werden hier meist einfach formulierte relativ präzise Prozentangaben. Der Sachverhalt ist allerdings komplex, es gibt viele methodologische Probleme und gravierende begriffliche Ungenauigkeiten, die einfache, präzise und sichere Aussagen verunmöglichen. Man muss wissen, dass die betreffenden Statistiken daher immer mit Unschärfen behaftet sind. Zu beachten ist hier unter anderem Folgendes:

1. Datenquellen sind Behandlungs-, Anzeige-, und Verurteilungsstatistiken, die aber jeweils nur einen Ausschnitt des Gesamtspektrums der Betroffenen erfassen; nämlich jene Personen, die sich einer Behandlung unterziehen, beim Umgang mit verbotenen Substanzen ertappt werden bzw. in von Substanzen beeinträchtigtem Zustand in einen Unfall verwickelt sind. Hinzu kommt, dass Daten aus dem Behandlungsbereich u.a. von Verfügbarkeit und Attraktivität der Behandlungsangebote sowie der Dokumentationskultur in der jeweiligen Einrichtung und Anzeigenstatistiken von Intensität und Schwerpunktsetzung polizeilicher Aktivitäten verzerrt werden, weswegen über den Zeitverlauf auch nicht von einem konstanten Verhältnis der Zahlen zum Ausmaß des tatsächlichen Phänomens ausgegangen werden kann. Weder Behandlungs- noch Anzeigenstatistiken können daher für sich allein die Frage nach der Häufigkeit beantworten.
2. Eine weitere Datenquelle sind Bevölkerungsbefragungen, auch sie sind mit einer Reihe methodologischer Probleme behaftet, was die Ergebnisse stark relativiert: die durch Substanzmissbrauch besonders betroffene Randgruppen der Gesellschaft sind in Interviewstichproben stark unterrepräsentiert, viele Menschen sind nicht bereit, fremden InterviewerInnen gegenüber offen über stigmatisierte bzw. illegale Aktivitäten Auskunft zu geben, die Bereitschaft in der Bevölkerung, an Interviews teilzunehmen, nimmt laufend ab (Befragungsmüdigkeit), unvermeidbare und unsystematische Messfehler bei Phänomenen mit sehr niedriger oder sehr hoher Prävalenz führen zwangsläufig zu gravierenden systematischen Verzerrungen (Regressionsartefakte) usw.
3. Erfahrungen mit psychoaktiven Substanzen nehmen ab der Kindheit mit steigendem Alter bis ins frühe Erwachsenenalter zu, wobei ab dem 25. Lebensjahr kaum jemand erstmals Erfahrungen mit Alkohol, Tabak oder illegalen Drogen macht. Im Vergleich von Umfrageergebnissen über mehrere Jahre zeigt sich, dass ein erheblicher Teil jener Personen, die als junge Erwachsene Erfahrungen mit illegalen Drogen berichtet haben (Lebenszeitprävalenz), diese Erfahrungen wenige Jahre später im Interview nicht mehr angeben. Ganz offensichtlich sinkt mit zunehmendem Alter die Bereitschaft, illegale Drogenerfahrungen zuzugeben, erheblich. Will man nun wis-

sen, wie viele ältere Personen in der Bevölkerung bereits Erfahrungen mit bestimmten illegalen Drogen gemacht haben, ist es also zweckmäßig, Angaben aus früheren Befragungen heranzuziehen, als sie zur Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen zählten (Erfahrungen, die man einmal gemacht hat, können ja nicht mehr rückgängig gemacht werden). Diese Methode hilft aber nicht, wenn es darum geht, das aktuelle Konsumverhalten älterer Bevölkerungsgruppen zu beurteilen. Über die Zahl jener Befragten, die frühere Drogenerfahrungen nicht mehr zugeben, den Konsum dieser Substanzen inzwischen ablehnen und tatsächlich nicht mehr konsumieren, bzw. über die Zahl jener, die aktuell konsumieren, dies aber nicht deklarieren, kann mittels quantitativer Befragungsmodelle daher nur spekuliert werden.

4. Zu bedenken ist ferner, dass die Kategorien „Probierkonsum und moderater Konsum“, „schädlicher Gebrauch“ bzw. „Abhängigkeitssyndrom“ nicht wirklich klar voneinander abgrenzbar sind. Die Grenzziehung erfolgt in Studien bei der Transformation in Kategorien – unter Offenlegung der Zuordnungskriterien mittels Cut-Off-Scores – mehr oder weniger willkürlich und jedenfalls uneinheitlich. Als Folge unterschiedlicher Abgrenzungskriterien ergeben sich bei identer Situation einmal mehr und einmal weniger Fälle in den jeweiligen Kategorien. Kriterien von Diagnoseschemen lösen dieses Problem nur scheinbar, da sie ebenfalls kontinuierliche Dimensionen repräsentieren, was auch hier eine Kategorisierung erforderlich macht.
5. Oft wird angegeben, wie viele Menschen ein bestimmtes Verhalten zeigen (Prävalenz), ohne auszuweisen, für welchen Zeitraum das relevante Verhalten abgefragt wurde; üblich sind hier Zeiträume von einem Monat („Monatsprävalenz“), drei Monaten („Vierteljahresprävalenz“), einem Jahr („Jahresprävalenz“), das ganze bisherige Leben („Lebenszeitprävalenz“) und die Prävalenz im Verlauf des gesamten Lebens von der Geburt bis zum Tod („Gesamtlebenszeitprävalenz“). Logischerweise sind die Prävalenzen höher, je größer, also je weiter in die Vergangenheit reichend, man das Zeitfenster festlegt.
6. Im Rahmen hochriskanten Drogengebrauchs ist das Ausmaß multiplen Substanzkonsums hoch. Auch hier stellen sich methodologische Zuordnungsfragen, die sich auf das Ergebnis auswirken (Ist z. B. eine opiatabhängige Person, die bei Versorgungsgespässen zu Tranquilizern greift, auch als medikamentenabhängig zu erfassen?).
7. Bei Personen mit somatischen oder psychiatrischen Erkrankungen, die mit oder ohne ärztliche/r Verordnung zu psychoaktiven Substanzen greifen, stellt sich die Frage, ob der Konsum als „medizinisch indiziert“, als „inadäquate Selbstmedikation“ oder als „primäre Substanzabhängigkeit“ zu werten ist; eine Frage, die selbst für Fachleute mit Erfahrung und Expertise im Bereich der Psychiatrie oft nicht einfach zu klären ist, mit den Methoden der Meinungsforschung schon gar nicht sinnvoll bewältigbar ist.

---

1 Die Gesamtlebenszeitprävalenz lässt sich streng genommen erst angeben, wenn man alle Verläufe bis zum Tod beobachtet hat. Liegen allerdings Querschnittsdaten über die gesamte Bevölkerung zu mehreren Zeitpunkten vor, so kann man die Gesamtlebenszeitprävalenz unter der Annahme, dass sich bestehende Trends in der Zukunft fortsetzen, grob schätzen.

8. Nicht unerheblich für das Ergebnis von Schätzungen zu Substanzabhängigkeiten ist ferner die Frage, ob Substanzabhängige, die aktuell abstinent leben, oder Opiatabhängige, die erfolgreich substituiert werden, als „abhängig“ gezählt werden<sup>2</sup>.
9. Von Bedeutung ist auch, ob man den Anteil der Betroffenen auf die Gesamtbevölkerung inklusive Kinder oder auf die Bevölkerung ab dem z. B. 15. Geburtstag bezieht. Beides ist in der Epidemiologie gebräuchlich.

Die aufgezeigten methodologischen Probleme bedeuten nicht, dass die betreffenden Daten nicht mehr erhoben werden sollen, im Gegenteil. Es ist nur wichtig, sich bei der Auseinandersetzung mit den entsprechenden Statistiken der jeweiligen methodologischen Probleme bewusst zu sein. Von zentraler Bedeutung ist es, verschiedene Datenquellen zur Verfügung zu haben, weil die gesundheitliche Dimension des Substanzgebrauchs nicht aus nur einer einzigen Datenquelle abgeleitet werden kann, sondern eine Einschätzung der Situation nur in der Zusammenschau der verschiedensten, fachkundig interpretierten Datenquellen möglich und sinnvoll ist.

Vor diesem Hintergrund können die aktuellen Prävalenzraten im Zusammenhang mit Substanzgebrauch vorsichtig wie folgt eingeschätzt werden:

## **Alkohol**

In der österreichweiten Repräsentativerhebung 2008 (Uhl et al., 2009) geben etwa rund 95% der erwachsenen Bevölkerung an, bereits Alkohol getrunken zu haben. Rund ein Sechstel berichtet, mehr als ein Monat lang täglich Alkohol konsumiert zu haben. Rund 60% geben an, zumindest einmal im letzten Monat Alkohol getrunken zu haben. Im Gegensatz zum Tabakkonsum gibt es nur wenige Personen, die den Alkoholkonsum im Verlauf des Lebens gänzlich aufgeben. Grob kann man schätzen, dass 16% der ÖsterreicherInnen längerfristig in gesundheitsbedrohlichem Ausmaß Alkohol konsumieren, dass im Querschnitt 5% der Erwachsenen alkoholkrank (Prävalenz) sind, und dass im Laufe des Lebens jede/r Zehnte an Alkoholismus erkrankt (Gesamtlebenszeitprävalenz).

## **Tabak**

Rund zwei Drittel der Bevölkerung geben an, zumindest gelegentlich geraucht zu haben, und rund die Hälfte gibt an, öfter als zehnmal geraucht zu haben. Mit zunehmendem Alter hören allerdings immer mehr Menschen mit dem Rauchen auf. Während bei den 20- bis 24-Jährigen noch etwas mehr als ein Drittel angibt, im letzten Monat täglich geraucht zu haben, verringert sich dieser Anteil bei den Ab-70-Jährigen auf 15%. 28% der Befragten geben an, im letzten Monat täglich geraucht zu haben. Wenn die Annahme von Kasper et al. (2007) zutrifft, dass rund zwei Drittel der täglichen Raucher

---

2 Hier existieren unterschiedliche Konzepte über die Heilbarkeit von Suchterkrankungen. Alkoholiker, die schon lange alkoholabstinent leben, gelten bei den Anonymen Alkoholikern z. B. nicht als geheilt, sondern als „trockene Alkoholiker“.

nikotinabhängig sind, so ergibt das, dass grob geschätzt etwas weniger als 20% der erwachsenen österreichischen Bevölkerung nikotinabhängig ist.

## Illegale Drogen

In der Repräsentativerhebung 2008 gaben etwas mehr als ein Viertel der 20- bis 24-Jährigen an, bereits Erfahrungen mit Cannabis gemacht zu haben. Rund 5% der 20- bis 24-Jährigen gaben Erfahrungen mit Ecstasy, Amphetaminen, Kokain, biogenen Drogen oder Schnüffelstoffen an. Weniger als 1% dieser Altersgruppe berichteten über Erfahrungen mit Heroin. Betrachtet man bloß das letzte Jahr vor dem Interview (Letztjahresprävalenz) bzw. das letzte Monat vor dem Interview, so gaben 12% bzw. 7% der 20- bis 24-Jährigen Erfahrungen mit Cannabis an. In allen Altersgruppen ab 25 Jahren lag die berichtete Cannabis-Letztjahresprävalenz bei 3%, und die berichtete Cannabis-Letztmonatsprävalenz bei 2%. Erfahrungen mit anderen illegalen Drogen im letzten Jahr und im letzten Monat wurden von den Ab-25-Jährigen kaum mehr angegeben.

Wenn man frühere Erhebungen berücksichtigt, internationale Erfahrungen heranzieht und bedenkt, dass illegale Verhaltensweisen vielfach Fremden gegenüber nicht offen zugegeben werden, kann man grob schätzen, dass zwischen 33% und 50% der österreichischen Bevölkerung bereits Erfahrungen mit Cannabis gemacht haben, dass regelmäßiger und stärkerer Konsum allerdings eher die Ausnahme als die Regel darstellt, und dass mit zunehmendem Alter die Bereitschaft, Cannabis zu konsumieren, rapide abnimmt. Bei allen anderen illegalen Drogen kann man vorsichtig schätzen, dass maximal 5% der Bevölkerung damit Erfahrungen gemacht haben, dass auch hier regelmäßiger Konsum eher die Ausnahme als die Regel ist und dass die Bereitschaft, diese Substanzen auch in späteren Lebensabschnitten zu konsumieren, relativ gering ist.

Hinsichtlich des problematischen Opiatkonsums<sup>3</sup> (in der Regel polytoxikomaner Konsum mit Beteiligung von Opioiden) ergibt die auf die Capture-Recapture Methodologie aufbauende Schätzung für Österreich, dass um 30.000 bis 34.000 Personen von diesem Problem aktuell betroffen sind (GÖG/ÖBIG, 2012), das sind rund 0,5% bis 0,6% der Bevölkerung ab 15 Jahren. Nach einem Anstieg der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums bis 2004 sind die Werte seither stabil. Aus den Daten der drogenspezifischen Betreuungen geht hervor, dass aktuell Opioidkonsum – meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster – das Gros des problematischen Drogenkonsums in Österreich ausmacht. Etwas mehr als die Hälfte der Personen mit problematischem Drogenkonsum befindet sich derzeit in Behandlung. Da erfahrungsgemäß auf jede/n ProblemkonsumentIn eine Reihe von ProbierkonsumentInnen, gelegentlichen KonsumentInnen und ehemaligen ProblemkonsumentInnen kommen, kann man, sofern die Schätzung 0,5%–0,6% die Realität trifft,

---

3 Als problematisch wird Drogenkonsum dann bezeichnet, wenn dieser mit körperlichen, psychischen und/oder sozialen Problemen einhergeht. Ausschließlich rechtliche Probleme reichen in Sinne der gegenständlichen Definition nicht aus, um Drogenkonsum als problematisch zu bezeichnen.

annehmen, dass einige Prozent der ÖsterreicherInnen illegale Erfahrungen mit Opiaten gemacht haben, dass das bei Befragungen aber selbst in der auskunftsfreudigeren Gruppe der 20- bis 24-Jährigen fast ausnahmslos verschwiegen wird.

Über die Verbreitung von neuen psychoaktiven Substanzen, kann man trotz der großen Aufmerksamkeit in den Massenmedien nur wenig Konkretes sagen, weil dazu kaum epidemiologische Daten vorliegen. Es wird allerdings vermutet, dass die Einnahmeprävalenz relativ gering ist (GÖG/ÖBIG, 2011).

## **Medikamente**

Besonders schwer ist es, sinnvolle Aussagen über das Ausmaß des Konsums bzw. problematischen Konsums von Beruhigungs- und Schlafmitteln zu machen. Viele Menschen wissen gar nicht, was ihnen vom Arzt verordnet wird, und viele zur Beruhigung bzw. gegen Schlafstörungen genommene Medikamente sind Produkte, die der Alternativ- bzw. Naturmedizin zuzuordnen sind und die kein relevantes Suchtpotenzial aufweisen. 3% der 20- bis 24-Jährigen gaben an, im letzten Monat Beruhigungs- oder Schlafmittel konsumiert zu haben. Dieser Anteil steigt von Altersgruppe zu Altersgruppe kontinuierlich an, bis bei den Ab-70-Jährigen bis 15% Konsum im letzten Monat angegeben wird. Täglichen Konsum solcher Medikamente – und nur in dieser Gruppe ist problematischer Konsum anzunehmen – gaben weniger als 1% der 20-bis 24-Jährigen und rund 5% der Ab-70-Jährigen an.

Medizinisch indizierte Anwendung bzw. die Verwendung von Medikamenten ohne Suchtpotenzial müssen, wenn es um die Erhebung des missbräuchlichen Konsums geht, allerdings in Abzug gebracht werden. Nachdem man bei Umfragen nicht sinnvoll erheben kann, ob die Anwendung medizinisch indiziert ist bzw. ob es sich um Medikamente mit Suchtpotenzial handelt (Alternativmedizinische Produkte und Naturheilmittel zählen in der Regel nicht dazu), ist eine verlässliche Einschätzung schwierig. Mit großen Vorbehalten kann man basierend auf diesen Daten schätzen, dass rund 2% der Bevölkerung von Beruhigungs- Schlafmitteln abhängig sind.

# 2 Die Studie

## 2.1 Hintergrund und Zielsetzung der Studie

Die österreichische Bundesregierung hat sich im Regierungsübereinkommen für den Zeitraum 2008 bis 2013 im Bereich der Gesundheitspolitik die „Weiterentwicklung einer Nationalen Sucht- und Suizidpräventionsstrategie<sup>4</sup> mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“ zum Ziel gesetzt. Zum Themenbereich „Sucht“ erteilte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) dem Bereich „Suchtpräventionsforschung- und -dokumentation“ des Anton Proksch Instituts den Auftrag, eine Delphi-Studie mit rund 100 österreichischen ExpertInnen, d. h. mit der Materie befassten Personen aus Verwaltung, Sicherheitsexekutive, Gesundheitswesen, Wissenschaft und Wirtschaft durchzuführen. Mit dem Ergebnis dieser Studie soll dem BMG eine fundierte Grundlage zur Umsetzung des Regierungsvorhabens zur Verfügung gestellt werden.

Die Schwerpunktsetzung **„Besonderes Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“** bei einer Suchtstrategie ergibt sich daraus, dass die Grundlagen für Schutzfaktoren und Lebenskompetenzen sowie viele einem Suchtprozess zugrundeliegenden Verhaltensweisen im frühen Kindesalter gelegt werden, weswegen Kinder und Jugendliche als besonders wichtige Zielgruppe der Suchtprävention angesehen werden. Eine umfassende Strategie, wie den mit Substanzmissbrauch und Sucht einhergehenden Problemen begegnet werden soll, kann aber nicht nur auf Kinder und Jugendliche abzielen, sondern muss auch Erwachsene, die Substanzen missbrauchen bzw. ein Suchtproblem haben, Erwachsene, die mit SubstanzmissbraucherInnen und Suchtkranken interagieren bzw. Erwachsene, die als Eltern, LehrerInnen, JugendbetreuerInnen etc. positive Rahmenbedingungen für eine möglichst suchtfreie Entwicklung von Kindern und Jugendlichen schaffen sollen, berücksichtigen.

Eine auf der Studie basierende zukünftige Suchtstrategie und die im September 2011 vorgestellte Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie sollen sich ergänzen. Die zukünftige Suchtstrategie soll auch die Erreichung der am 24. Mai 2012 vom Gesundheitsminister präsentierten „10 Gesundheitsziele“ unterstützen. Mit einer zukünftigen Suchtstrategie soll auch der auf europäischer Ebene verfolgten Zielsetzung Rechnung getragen werden (EU-Drogenstrategie 2013–2020; Empfehlung des Rates vom 18. Juni 2003 zur Prävention und Reduzierung von Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit; EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden, 2006; Empfehlung des Rates über rauchfreie Umgebungen, 2009;

---

4 Zur österreichweiten Suizidprävention siehe „SUPRA – Suizidprävention Austria“ des Bundesministeriums für Gesundheit, Internet: [www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung/Psychische\\_Gesundheit/Suizid/Suizid\\_und\\_Suizidpraevention\\_SUPRA](http://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung/Psychische_Gesundheit/Suizid/Suizid_und_Suizidpraevention_SUPRA)

Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs, 2003), wonach die Mitgliedstaaten unter Berücksichtigung ihrer innerstaatlichen Rechtsvorschriften und Verwaltungsstrukturen nationale Strategien entwickeln sollen, die mit den Konzepten auf EU-Ebene im Einklang stehen. Auch die „Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Program“, insbesondere dort auch der „Plan of Action“ im Bereich „Demand reduction and Related Measures“, verabschiedet im Rahmen des High-Level Segments der Suchtgiftkommission (CND) der Vereinten Nationen vom 11. und 12. März 2009, sind in der Studie berücksichtigt worden.

Die Erarbeitung einer Grundlage für eine „österreichische Suchtstrategie“ bedeutet, einen Text zu schaffen, der von der Bundesregierung zumindest in weiten Teilen angenommen werden kann. Der Text muss sich einerseits an gegebenen gesetzlichen sowie gesellschaftlichen Rahmenbedingungen orientieren, andererseits visionäre Vorstellungen einer zukünftigen Sucht- und Drogenpolitik formulieren. Gleichzeitig gilt es zu antizipieren, welche Maßnahmen realistisch umsetzbar scheinen. Die Studie beschreibt also sowohl den Status Quo und den aktuellen State of the Art, als auch anstrebenswerte Ziele, mit der Intention, bestehende Zugänge zu adaptieren und zu optimieren, neue Konzepte und Lösungsansätze auszuloten und allenfalls notwendige Anpassungen zu initiieren.

## 2.2 Prinzip einer Delphi-Studie

Die Delphi-Methode ist ein selbstkorrigierender Ansatz zur Konsensfindung, bei dem ExpertInnen anonym und wiederholt zu Entwürfen Stellung beziehen, die basierend auf diesen Stellungnahmen dann angepasst werden, bis sich, nach einigen Runden, in der Regel ein weitgehender Konsens abzeichnet. Die Delphi-Methode wurde ursprünglich von Dalkey und Helmer (1963) entwickelt und von Lindstone und Turoff (1975) popularisiert. Ziel war anfangs, durch eine strukturierte ExpertInnenbefragung zu besseren Prognosen über Entwicklungen in komplexen Situationen zu gelangen. Bei unzähligen Anwendungen ist es dann allerdings zu vielen Varianten der Methode gekommen. In der Folge wurde eine große Zahl von Delphi-Projekten durchgeführt, bei denen es – wie auch bei der vorliegenden Studie – um Konsensfindung unter ExpertInnen, aber nicht immer um die Optimierung von Prognosen ging. Im vorliegenden Projekt wurde ein Initialdokument basierend auf existierenden Suchtstrategien, auf existierenden Expertisen und auf ersten Anregungen der StudienteilnehmerInnen erstellt, das in fünf Runden (Wellen) zwischen Herbst 2011 und Frühjahr 2013 mit den StudienteilnehmerInnen bearbeitet und abgestimmt wurde.

## 2.3 Auswahl der StudienteilnehmerInnen

Der Auftrag zur Delphi-Studie zielt auf ein Dokument ab, das als Grundlage für ein Konzept dienen soll, welches letztlich auf politischer Ebene möglichst konsensfähig ist. Aus diesem Grunde wurden VertreterInnen aus allen relevanten Bereichen zur Stellungnahme eingeladen. Die konkrete Auswahl der StudienteilnehmerInnen erfolgte in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Die neun Sucht- bzw. DrogenkoordinatorInnen der Bundesländer wurden gebeten, neben sich selbst vier weitere Personen aus ihrem Bundesland zu nominieren, die mit ihrer Expertise die Bereiche „Suchtprävention“, „Suchthilfe“ (Suchtberatung, Überlebenshilfe/Schadensminimierung, Suchttherapie, soziale und berufliche Integration bzw. Reintegration) und „Sicherheit“ (Strafverfolgung, Marktregulierung sowie Vermittlung von Sicherheit) abdecken können. Als weitere TeilnehmerInnen wurden Personen aus mit der Materie schwerpunktmäßig befassten Bundesbehörden und bundesnahen Organisationen sowie ausgewiesene SuchtexpertInnen und einige thematisch betroffene VertreterInnen aus Wirtschaft und Gewerbe eingeladen. Die maximale TeilnehmerInnenanzahl wurde mit 100 festgelegt.

Die Grundidee dieser Vorgehensweise war es, VertreterInnen aus allen in diesem Zusammenhang relevanten Bereichen zu beteiligen, damit diese ihre Perspektiven und Ideen einbringen können, dabei aber zu verhindern, dass eine Teilgruppe so stark vertreten ist, dass sie den Prozess und die Ergebnisse dominieren kann. Zwei Personen, die sich ursprünglich zur Teilnahme bereit erklärt hatten, zogen ihre Teilnahme zurück, nachdem ihre Forderung abgelehnt wurde, die Beiträge der sechs nominierten VertreterInnen von Gewerbe und Wirtschaft (jeweils ein/e VertreterIn aus den Bereichen Handel, Gastronomie, Spirituosenerzeugung, Brauereien, Tabak und Glücksspiel) im Enddokument getrennt auszuweisen, bzw. diese Personengruppe überhaupt von der Teilnahme auszuschließen.

## 2.4 StudienteilnehmerInnen

Wenn die ausgewählten TeilnehmerInnen weitere Personen zur Beantwortung einbeziehen wollten, war ihnen das freigestellt. Derartige Arbeitsgruppen hatten im Abstimmungsprozess allerdings nur eine Stimme. Personen, die eine solche Arbeitsgruppe bildeten, werden in der folgenden, alphabetisch nach dem Nachnamen gereihten Liste mit identischem Code (z. B. „g1“ für „Gruppe 1“) gekennzeichnet.

**Dr.<sup>in</sup> Magdalena Arrouas**, Leiterin Abt. III/2, BMG, Wien

**DSA Herbert Aschauer**, Geschäftsführer Tender – Verein für Jugendarbeit, NÖ, Mödling

**Mag. Raphael Bayer**, stv. Leiter Abt. II/A/5, BMG, Wien

**Claudia Bernreiter**, Geschäftsführerin Verein Substanz, OÖ, Linz

**Mag.<sup>a</sup> Claudia Bernt (g10)**, Fachliche Leiterin, Abt. Beratung und Therapie, Fachstelle für Suchtprävention NÖ, St. Pölten

**Mag. Mario Breuß**, Leiter Sicherheits- und Kriminalpolizeiliche Abteilung, Sicherheitsdirektion für das Bundesland Vorarlberg

**Mag.<sup>a</sup> Irina Bublik** (g10), Fachstelle für Suchtprävention NÖ, St. Pölten

**Mag. Heinrich Burggasser** (g6), Österreichische Apothekerkammer, Wien

**Dr. Martin Busch** (g2), Geschäftsbereich ÖBIG, Gesundheit Österreich GmbH, Wien

**DSA Monika Chromy**, Suchtfachstellenleiterin Suchtfachstelle der Caritas Vorarlberg

**Prim. Dr.<sup>in</sup> Renate Clemens-Marinschek** (g1), Ärztliche Leiterin Krankenhaus de la Tour, Kärnten

**Dr. Alexander David**, Drogenbeauftragter der Stadt Wien, Amt der Wiener Landesregierung, Wien

**Dr.<sup>in</sup> Barbara Drobesh-Binter**, Leiterin Landesstelle für Suchtprävention, Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 14, Klagenfurt

**Doz. Dr. Wolfgang Dür**, Direktor Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research, Wien

**DSA Klaus Peter Ederer**, Suchtkoordinator Steiermark, Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Graz

**Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Irmgard Eisenbach-Stangl**, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien

**Mag. Dr. Bernhard Ertl** (g6), Österreichische Apothekerkammer, Wien

**DSA Eckhart Falkensteiner**, Drogenberatung Salzburg

**Barbara Fasching-Lieber** (g7), Abt. II/1, BMG, Wien

**Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Gabriele Fischer**, Leiterin Drogenambulanz, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Wien

**Mag. Richard Franta**, Geschäftsführer Bundesgremium, Lebensmittelhandel, WKO, Wien

**Dr. Wolfgang Gerl**, stellvertretender Leiter Militärmedizin, Sektion III, BMLVS, Wien

**Dr.<sup>in</sup> Johanna Geyer**, Abt. III/6 – Gesundheitsförderung und Prävention, BMG, Wien

**Mag. Gerhard Gollner**, Leiter kontakt&co, Suchtpräventionsstelle Tirol

**Mag. Alexander Grabenhofer-Eggerth** (g2), Geschäftsbereich ÖBIG, Gesundheit Österreich GmbH, Wien

**Mag. Wolfgang Gratzel**, Leiter Einrichtungen für Drogenabhängige/Abhängigkeits-erkrankte, Caritas der Diözese Innsbruck, Tirol

**Mag.<sup>a</sup> Judith delle Grazie**, Leiterin Abt. III/6 – Gesundheitsförderung und Prävention, BMG, Wien

**Christoph Gstrein**, Suchtkoordinator Tirol, Amt der Tiroler Landesregierung

**MR Dr.<sup>in</sup> Beatrix Haller**, Abt. I/9, BMUKK, Wien

**Dr. Hans Haltmayer**, Ärztlicher Leiter der Suchthilfe Wien, Wien

**Prim. Prof. Dr. Christian Haring**, Ärztlicher Leiter Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol

**DSA Burgi Hausleitner**, Leiterin Fachstelle für Suchtprävention, PSD Burgenland

**Dr.<sup>in</sup> Ursula Hörhan**, Suchtkoordinatorin NÖ und Geschäftsführerin Fachstelle für Suchtprävention NÖ, St. Pölten

**Elfriede Hütter-Fürthauer** (g8), Teamleiterin Geschäftsfeld Sucht, pro mente Oberösterreich

**OMR Dr. Rolf Jens**, Obmann Sektion Ärzte für Allgemeinmedizin, Ärztekammer Wien

**DSA Claudia Kahr**, Geschäftsführerin VIVID, Fachstelle für Suchtprävention Steiermark

**Dr. Wilhelm Kast (g3)**, Leiter Abt. II/ST4, BMVIT, Wien

**Mag.<sup>a</sup> Jutta Kaufmann-Kerschbaum**, Geschäftsführerin Verband der Brauereien, WKO, Wien

**DSA Harald Kern**, ehem. Suchtkoordinator Tirol

**Dr.<sup>in</sup> Doris Kohl**, Leiterin Stabstelle für Spielerschutz, BMF, Wien

**Prof. Dr. Michael Kunze**, Vorstand Institut für Sozialmedizin, Medizinische Universität Wien

**Prim. ao. Prof. Dr. Martin Kurz**, Leiter Zentrum für Suchtmedizin ZSM, Landesnervenklinik Sigmund Freud, Graz

**DSA Christoph Lagemann**, Leiter Institut Suchtprävention, pro mente Oberösterreich

**Horst Lehner**, Kriminalprävention AB04, Landespolizeikommando Tirol

**Robert Lender**, Abt. II/5, BMWFJ, Wien

**Sylvia Libiseller (g8)**, Leiterin Geschäftsfeld Sucht, pro mente Oberösterreich

**Dr.<sup>in</sup> Monika Lierzer**, Leiterin Fachstelle für Glücksspielsucht, Stmk

**Ewald Lochner**, BA, Stv. Geschäftsführer Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW)

**Prim. Dr. Roland Mader (g5)**, Vorstand Abteilung III, Anton Proksch Institut, Wien

**Dr. Bruno Mayer**, stv. Geschäftsführer Verband der Österreichischen Spirituosenindustrie und Fachverband Nahrungs- und Genussmittelindustrie, WKO, Wien

**Obstl. Erwin Meindlhumer**, Landeskriminalamt OÖ

**Dr. Gerhard Miksch**, Suchtkoordinator Burgenland, Chefarzt PSD Burgenland-Süd

**Prim. Prof. Dr. Michael Musalek (g5)**, Ärztlicher Leiter Anton Proksch Institut, Wien

**DSA Thomas Neubacher (g9)**, Suchtkoordinator, Amt der Vorarlberger Landesregierung

**Dr. Franz Pietsch (g7)**, Leiter Abt. II/1, BMG, Wien

**Dr. Hubert Poppe**, Psychiater in freier Praxis, Wien

**Dr.<sup>in</sup> Brigitte Prehslauer**, Drogenkoordinatorin und Drogenbeauftragte Kärnten, Amt der Kärntner Landesregierung

**Prim. Dr. Wolfgang Preinsperger (g5)**, Vorstand Abteilung II, Anton Proksch Institut, Wien

**Obstl. Wolfgang Preisler**, Dienststelle Meidlinger Kaserne, Wien

**Mag. Andreas Prenn**, Leiter Supro – Werkstatt für Suchtprophylaxe, Stiftung Maria Ebene, Vorarlberg

**Dr.<sup>in</sup> Monika Racek**, Leiterin Corporate Social Responsibility, Novomatic AG, NÖ

**Mag.<sup>a</sup> Claudia Rafling (g7)**, Abt. II/1, BMG, Wien

**OR Dr.<sup>in</sup> Doris Rauscher**, Abt. I/A/2, BMLFUW, Wien

**Mag.<sup>a</sup> Nicole Rögl-Höllbacher**, Leiterin Akzente, Fachstelle Suchtprävention im Land Salzburg

**Mag.<sup>a</sup> Regina Ruzs**, Abt. IV/4a, BMEIA, Wien

**Andrea Sader (g7)**, Abt. II/1, BMG, Wien

**Mag. Walter Sattlberger**, Pressesprecher Austria Tabak GmbH, Wien

**Dr. Franz Schabus-Eder**, Drogenkoordinator Salzburg, Amt der Salzburger Landesregierung

**Dr.<sup>in</sup> Claudia Scheiber**, Leiterin Ambulatorium für Drogenkranke, Magistrat der Landeshauptstadt Klagenfurt

**BInsp. Thomas Schneeweiß**, Abt. Kriminalprävention, Landeskriminalamt NÖ

**Prof. Dr. Rudolf Schoberberger**, stv. Vorstand Institut für Sozialmedizin, Medizinische Universität Wien

**Mag.<sup>a</sup> Alice Schogger** (g7), stv. Leiterin Tabakangelegenheiten, Abt. II/1, BMG, Wien

**Prim. Prof. Dr. Herwig Scholz** (g1), Ärztlicher Leiter Spielsuchtambulanz de la Tour, Kärnten

**Dr.<sup>in</sup> Johanna Schopper**, Bundesdrogenkoordinatorin und Leiterin Abt. II/A/5, BMG, Wien

**Mag. Wolfgang Schubert** (g3), Abt. II/ST4, BMVIT, Wien

**Prof. Dr. Klaus Schwaighofer**, Institut für Strafrecht, Strafprozessrecht und Kriminologie, Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, Tirol

**DSA Thomas Schwarzenbrunner**, Drogenkoordinator Oberösterreich, Amt der OÖ Landesregierung

**Prof. Dr. Alfred Springer**, ehem. Leiter Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung, Wien

**Mag. Gerhard Stadler**, Drogenkoordinator des Innenministeriums, BMI, Wien

**Mag.<sup>a</sup> Susanne Stefan-Urschütz**, PSD Neusiedl, PSD Burgenland

**Mag.<sup>a</sup> Monika Valentin**, Leiterin Taktischklug – Eventbegleitung Bregenz, Vorarlberg

**Obstl. Christian Voggenberger**, Landeskriminalamt Salzburg

**Univ. Doz. Dr. Wolfgang Weber** (g9), Amt der Vorarlberger Landesregierung

**DI Marion Weigl** (g2), Geschäftsbereich ÖBIG, Gesundheit Österreich GmbH, Wien

**DSA Markus Weißensteiner**, Fachlicher Leiter, Fachstelle für Suchtprävention NÖ, St. Pölten

**Mag.<sup>a</sup> Andrea Windholz**, Fachstelle für Suchtprävention, PSD Burgenland

**Dr. Wolfgang Wladika**, suppl. Leiter Abt. für Neuropsychiatrie des Kindes und Jugendalters, Klinikum Klagenfurt, Kärnten

**Dr. Thomas Wolf**, Geschäftsführer, Fachverband Gastronomie, WKO, Wien

**Prof. Dr. Friedrich M. Wurst**, Vorstand Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Christian-Doppler-Klinik, Salzburg

**Dr. Ulf Zeder**, Suchtkoordinator Graz, Referatsleiter Gesundheitsamt, Referat für Sozialmedizin, Steiermark

## 2.5 Ausgangspunkt für das Initialdokument

Der Entwurf für die erste Welle der Studie griff auf vorab zugesandte Anregungen von StudienteilnehmerInnen, auf Inhalte der sechs existierenden Bundesländerkonzepte (die „Drogenkonzept“, „Suchtkonzept“, „Suchtplan“ bzw. „Leitlinien der Suchtpolitik“ benannt sind), auf das „Leitbild der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention“, auf das „Schweizer Leitbild Suchtpolitik“ und auf die „Leitlinien der Suchtpolitik in Südtirol“ zurück.

# 3 Rechtliche Rahmenbedingungen

## 3.1 Querschnittmaterie: Bund – Länder – EU – UNO/WHO

Österreich hat als Mitglied der Vereinten Nationen und von UNO-Organisationen zahlreiche völkerrechtlich verbindliche Verträge unterzeichnet und ist verpflichtet, diese innerstaatlich umzusetzen. Soweit Handlungsspielräume bestehen, können diese nach nationalen Vorstellungen genutzt werden. Zu den völkerrechtlich verbindlichen Verträgen zählen hier die „Einzigste Suchtgiftkonvention 1961“, das „Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe (Psychotropenkonvention)“, das „Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtgiften und psychotropen Stoffen (Wiener Konvention)“, das „Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (2003)“ und das Dopingverbot im Leistungssport „Welt Anti-Doping-Code“, das von der WADA (World Anti-Doping Agency) und NADA (Nationale Anti-Doping Agentur) präzisiert und überwacht wird.

Die 2006 veröffentlichte „EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden“, der 2010 angenommene „Europäische Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020)“ sowie die „Empfehlung des Rates über rauchfreie Umgebungen“ von 2009 haben Empfehlungscharakter. Als EU-Mitgliedstaat kann Österreich die Grundsätze der europäischen Sucht- und Drogenpolitik mitgestalten, ist aber andererseits verbindlichen EU-Beschlüssen verpflichtet. Gesundheitsangelegenheiten liegen weitgehend in der nationalen Gestaltungshoheit.

Die österreichische Bundesverfassung schreibt fest, dass die Kompetenz für Gesetzgebung und Vollziehung teilweise dem Bund und teilweise den Ländern obliegt. Aus diesem Grund finden sich die in Suchtangelegenheiten relevanten Regelungen, je nachdem, welche Verfassungsmaterie sie betreffen, teilweise in Bundes- und teilweise in Landesgesetzen. So ist etwa Gesetzgebung und Vollziehung im Gesundheitswesen Bundessache, wobei die Vollziehung, soweit sie nicht dem Bundesministerium für Gesundheit selbst oder einer Bundesbehörde (dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen) übertragen ist, im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung von den Ländern (dem Landeshauptmann bzw. der Landeshauptfrau und den ihnen unterstellten Landesbehörden) für den Bund zu besorgen ist. Auch das Strafrechtswesen ist sowohl in Gesetzgebung als auch in Vollziehung Bundessache, wobei hier die Vollziehung unmittelbar beim Bund liegt und daher im Falle von Verstößen gegen Gesetze, die mit gerichtlicher Strafe bedroht sind, Bundesorgane einschreiten (Strafverfolgungsbehörden und Gerichte). Jugendschutz ist in Gesetzgebung und Vollziehung Landessache, sodass es in Österreich 9 einschlägige Landesgesetze gibt.

## 3.2 Koordination der österreichischen Suchtpolitik

Dem Querschnittcharakter der Materie und der föderalistischen Struktur Österreichs entsprechend sind verschiedene Gebietskörperschaften und innerhalb dieser verschiedene Behörden mit illegalen Drogen, kontrollierten psychotropen Medikamenten, neuen psychoaktiven Substanzen, Alkohol, Tabak, Glücksspiel und anderen Verhaltenssuchten befasst. Daher besteht Koordinationsbedarf sowohl innerhalb der Gebietskörperschaften zwischen den mit den Angelegenheiten befassten Behörden als auch zwischen den verschiedenen Verwaltungsbereichen auf Bundes- und Länderebene.

Der Ministerrat hat daher 1997 unter Hinweis auf den Charakter der Drogenpolitik als Querschnittsmaterie der effizienten Koordination sowohl innerstaatlich als auch nach außen wesentliche Bedeutung zuerkannt und einen Mechanismus zur „Drogenkoordination“ verabschiedet. Davon abgesehen gab und gibt es derzeit zur Abstimmung kein substanzübergreifendes bzw. sich mit Suchtfragen umfassend auseinandersetzendes Koordinationsgremium, jedoch gibt es mehrere Gremien, die jeweils Teilbereiche abdecken. Es verbleiben aber bislang Bereiche, für die es keine institutionalisierte vertikale Koordinationsschiene (Bundeszentralstellen – Ämter der Landesregierungen) gibt.

Die in diesem Zusammenhang relevanten Gremien werden in der Folge, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, exemplarisch aufgezählt.

- **Die Bundesdrogenkoordination:** Die Koordination und Umsetzung der österreichweiten Drogenpolitik ist Aufgabe der Drogenkoordination des Bundes, die auf der Grundlage des o.a. Ministerratsbeschlusses 1997 bestellt wurde und unter Federführung des Gesundheitsministeriums aus VertreterInnen des Gesundheits-, Justiz- und Innenministeriums (dem/der nationalen DrogenkoordinatorIn, dem/der DrogenkoordinatorIn des Justizministeriums und dem/der DrogenkoordinatorIn des Innenministeriums) besteht.
- **Das Bundesdrogenforum:** Das Bundesdrogenforum basiert auf dem o. a. Ministerratsbeschluss und fungiert, unter der Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit, seit 15. Juli 1997 als Schnittstelle der Beratung und Koordination zwischen den mit Drogenangelegenheiten auf Bundesebene befassten Ministerien und den Ländern, wobei jedes Land durch die Landessucht- bzw. Drogenkoordination, welcher wiederum innerhalb des betreffenden Bundeslandes die Koordination obliegt, im Bundesdrogenforum vertreten ist; auch der Städte- und Gemeindebund sind in das Bundesdrogenforum eingebunden, FachexpertInnen aus Wissenschaft und Praxis können zugezogen werden.
- **Der Ausschuss zur Substitutionsbehandlung:** Speziell für Fragen der Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung wurde im Bundesministerium für Gesundheit durch die Suchtgiftverordnung ein Ausschuss nach § 23 k Suchtgiftverordnung implementiert, dem neben den Drogen- bzw. SuchtkoordinatorInnen der Bundesländer je ein/eine sachkundige/r VertreterIn der Ämter der Landes-

regierungen (Arztärzteschaft, Landessanitätsdirektion), der Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Apothekerkammer, des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger und der medizinischen Universitäten sowie VertreterInnen der einschlägigen Gesundheitsberufe und Drogenhilfeeinrichtungen angehören.

- **Das Alkoholforum:** Zur Bearbeitung von Grundsätzen einer österreichischen Alkoholpolitik hat das österreichische Gesundheitsministerium im Jahre 2007 das Alkoholforum unter Einbeziehung von ExpertInnen aus Prävention, Therapie, Wissenschaft, Verwaltung und Industrie eingerichtet, um dauerhaft Konzepte und Strategien in allen nationalen Alkoholangelegenheiten zu erarbeiten und umzusetzen. Ein gemeinsamer Katalog an ersten Empfehlungen wurde 2009 formuliert, die weitere Vorgangsweise ist noch nicht geklärt.
- **Die Spielerschutzstelle im Finanzministerium:** Mit 1. Jänner 2011 wurde basierend auf dem Glücksspielgesetz im Bundesministerium für Finanzen eine Spielerschutzstelle installiert.
- **Koordinierungsgremien im Tabakbereich:** Im Tabakbereich wurde des Öfteren die Einrichtung spezieller Foren oder ExpertInnengremien gefordert. Bis dato ist es aber noch nie zur Einrichtung solcher Gremien gekommen.

Um eine künftige nationale Suchtstrategie laufend an neue Erfordernisse anpassen zu können, die substanz- und suchtübergreifende Gesamtkoordination der Suchtpolitik sowohl auf horizontaler (regional, auf Landesebene und auf Bundesebene) als auch vertikaler Ebene (zwischen Bundes- und Landesverwaltung) zu gewährleisten und umfassende Strategien vorzuschlagen, wäre es sinnvoll, ein neues – sucht- und substanzübergreifendes – Koordinationsgremium einzurichten, in welchem VertreterInnen aller betroffenen Bereiche Schwerpunkte definieren, Prioritäten setzen und die Grundlagen für politische Beschlussfassungen auf strategischer und operativer Ebene erarbeiten. Zur Bearbeitung der spezifischen Teilbereiche sollten in dem Koordinationsgremium zuarbeitende Subgruppen geschaffen werden. Nur eine Gesamtsicht des Problemfeldes Sucht und deren Prävention ermöglicht es, zu sachgerechten und konsistenten Ergebnissen zu kommen und Synergien in den einzelnen Teilbereichen zu nutzen. Ziel sollte sein, die verschiedenen Suchtformen integrativ unter dem Blickwinkel von Sucht als Erkrankung im psychischen, physischen und sozialen Kontext zu sehen, sich den verschiedenen Ausprägungen von Sucht in kohärenter Weise zu nähern und (nur) dort zu differenzieren, wo Differenzierung sachlich geboten ist.

# 4 Vom Drei-Säulen-Modell zum erweiterten Suchtwürfel

Traditionell wurden suchtrelevante Interventionsfelder nach dem „**Drei-Säulen-Modell**“ in „Prävention“, „Therapie“ und „Repression“ unterteilt. Um dem steigenden Stellenwert von Überlebenshilfe/Schadensminimierung in der Suchthilfe gerecht zu werden, wurde das Drei-Säulen-Modell um die Säule „Überlebenshilfe/Schadensminimierung“ zum Vier-Säulen-Modell ergänzt. Vorreiter bei der Implementierung des Vier-Säulen-Modells war die Schweiz, wo der Bundesrat 1991 einem Bericht der „Subkommission Drogenfragen“ von 1989 folgend dieses Modell als Teil der Schweizer Drogenstrategie verabschiedete (Schweizer Bundesrat, 1994).

Um neben den Interventionsfeldern auch die Art der psychoaktiven Substanz sowie die Konsummodalität modellhaft zu berücksichtigen, hat die Schweizer „eidgenössische Kommission für Drogenfragen“ (EKDF, 2006) das „**Vier-Säulen-Modell**“ um die Art der psychoaktiven Substanz (Alkohol, Amphetamine, Cannabinoide, Halluzinogene, Kokain, Medikamente mit psychoaktiver Wirkung, Opiate, Tabak – in alphabetischer Reihenfolge) und um die Konsummodalität (risikoarmer Konsum, problematischer Konsum, Abhängigkeit) zum sogenannten „**Suchtwürfel**“ ausgebaut. Wie das Vier-Säulen-Modell explizit ausdrückt, dass allen vier genannten Interventionsfeldern in der Suchtpolitik eine wichtige Rolle zukommen soll, verdeutlicht der Suchtwürfel die Notwendigkeit, innerhalb dieses Modells weiter zu differenzieren, um der Komplexität des Phänomens gerecht werden zu können.

## 4.1 Der „erweiterte Suchtwürfel“ als Basismodell für die aktuelle Studie

Der ursprüngliche Suchtwürfel, der nur psychoaktive Substanzen berücksichtigte, wurde – als Basismodell für diese Studie – um die Verhaltenssuchte erweitert, womit diese Dimension nun „**Art der psychoaktiven Substanz bzw. Verhaltensweise**“ heißt.

Die Dimension „**Konsummodalität**“ wurde zweckmäßigerweise um die Kategorie „Abstinenz“ erweitert, da manche Präventionsmaßnahmen auf eine (noch) abstinente Zielgruppe abzielen.

Unbefriedigend an den „**Interventionsfeldern**“ im ursprünglichen Suchtwürfel ist, dass das breite Feld der Suchthilfe mit den Bereichen „Therapie“ und „Überlebenshilfe/Schadensminimierung“ nur unvollständig erfasst wird, weil die Bereiche „Suchtberatung“ und

„soziale sowie berufliche Integration bzw. Reintegration“ fehlen. Der Begriff „Repression“ wiederum ist negativ konnotiert und kann neutraler mit „Sicherheit“ umschrieben werden, wobei dieser Bereich, insbesondere wenn man auch legale Drogen und Verhaltensüchte berücksichtigt, in die Kategorien „Strafverfolgung“, „Marktregulierung/Kontrolle“ sowie „Vermittlung von Sicherheit“ zu unterteilen ist.

Weiters wird differenziert zwischen einerseits den unmittelbar bzw. mittelbar mit der Klientel interagierenden **Interventionsfeldern** und andererseits den **Unterstützungsprozessen bzw. Dienstleistungen** für diese „Interventionsfelder“.

Zu den **Interventionsfeldern** zählen:

- „Suchtprävention“
- „Suchthilfe“ (Suchtberatung, Überlebenshilfe/Schadensminimierung, Suchttherapie, soziale sowie berufliche Integration bzw. Reintegration)
- „Sicherheit“ (Strafverfolgung, Marktregulierung sowie Vermittlung von Sicherheit)

Zu den **Unterstützungsprozessen bzw. Dienstleistungen** für diese „Interventionsfelder“ zählen:

- „Suchtforschung, Monitoring und Evaluation“
- „Aus- und Weiterbildung der SuchthilfeprofessionistInnen“
- „Planung und Koordination der Suchtpolitik“
- „Öffentlichkeitsarbeit und Medien“
- „Internationale Zusammenarbeit“

Die Unterstützungsprozesse bzw. Dienstleistungen werden in dem in der Studie weiterentwickelten Modell in Form von Pfeilen dargestellt.

Eine **zentrale Basis (Rahmenbedingungen)**, auf der Suchtpolitik aufbaut, stellt das zugrundeliegende Menschen-, Gesellschafts- und Weltbild dar, welches Annahmen darüber beinhaltet, wann und wie die Gesellschaft in die Handlungsfreiheit ihrer Mitglieder intervenieren darf bzw. muss. Darauf aufbauende Entscheidungen sind ethischer Natur und hängen eng mit den gesellschaftlichen, kulturellen, politisch-legislativen und finanziellen Rahmenbedingungen in der Gesellschaft zusammen bzw. beeinflussen sich gegenseitig.

In der folgenden Grafik werden die hier erarbeiteten Differenzierungen des Modells in den drei Dimensionen grafisch umgesetzt. Über einen Sockel wird symbolisiert, dass jedes suchtpolitische Handeln auf ethischen, gesellschaftlichen, kulturellen, politisch-legislativen sowie finanziellen Rahmenbedingungen aufbaut. Mit Pfeilen werden die für die Suchtarbeit notwendigen Unterstützungsprozesse bzw. Dienstleistungen dargestellt.

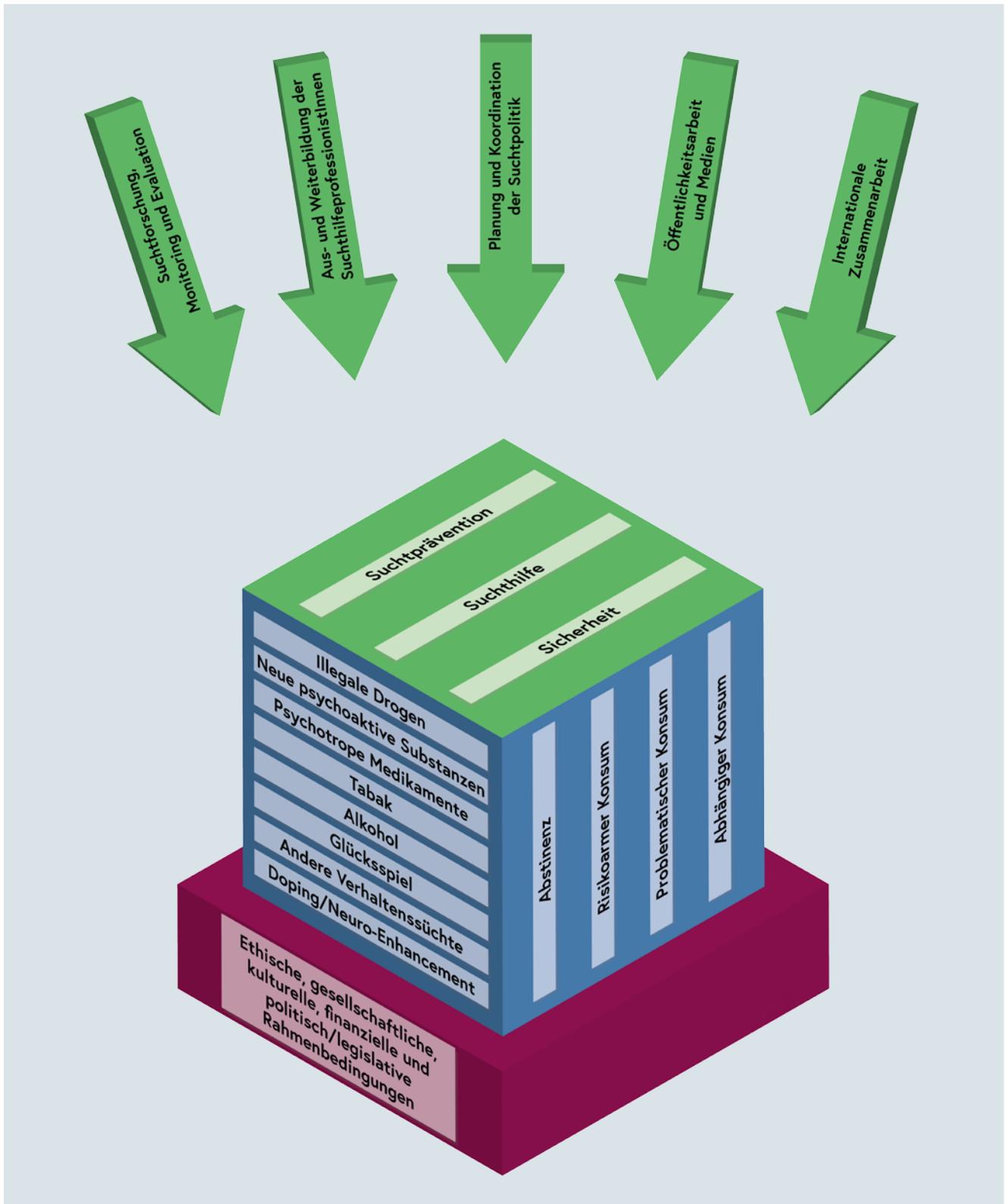


Abb. 1: Der erweiterte Suchtwürfel – grafische Darstellung der drei Dimensionen (Interventionsfelder, Konsummodalität, Art der psychoaktiven Substanz bzw. Verhaltensweise) plus Pfeile (Unterstützungsprozesse bzw. Dienstleistungen) plus Sockel (Rahmenbedingungen)

# 5 Definitionen und Konzepte

Die folgenden Ausführungen klären abrissartig einige zentrale sprachliche Aspekte. Diese Definitionen liegen der weiteren Verwendung der Begriffe in der Studie zugrunde und sollen an dieser Stelle ein gemeinsames Grundverständnis herstellen.

## 5.1 „Legale Drogen“, „psychotrope Medikamente“, „illegale Drogen“ und „neue psychoaktive Substanzen“

Im vorliegenden Dokument werden die Ausdrücke „legale Drogen“, „psychotrope Medikamente“, „illegale Drogen“ und „neue psychoaktive Substanzen“ verwendet. Der Ausdruck „legale Drogen“ umfasst Alkohol und Tabak, „illegale Drogen“ steht für jene Substanzen, die im Suchtmittelgesetz als „Suchtgifte“ bezeichnet werden (d.s. insbesondere jene Stoffe, die in der Einzigsten Suchtgiftkonvention und in den ersten beiden Anhängen der Psychotropenkonvention aufgezählt werden), „psychotrope Medikamente“ für jene Substanzen, die im Suchtmittelgesetz als „psychotrope Stoffe“ bezeichnet werden (d.s. insbesondere jene Schlaf- und Beruhigungsmittel, die im dritten und vierten Anhang der Psychotropenkonvention aufgezählt werden), und „neue psychoaktive Substanzen“ für jene Substanzen, die über das „Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz“ geregelt wurden.

Dabei ist festzuhalten, dass die umgangssprachlichen Ausdrücke „legale“ und „illegale Drogen“ bei wörtlicher Auslegung irreführend sind, weil „legale Drogen“ nicht von allen Personen und in allen Situationen legal verwendet werden dürfen und weil „illegale Drogen“ bei entsprechender medizinischer Indikation legal verschreibbare Medikamente sind.

Zu erwähnen ist, dass unter ExpertInnen der Begriff „illegalisierte Drogen“ häufig gegenüber dem Begriff „illegale Drogen“ bevorzugt wird. Der Ausdruck „illegalisierte Drogen“ wird inzwischen in drei von sechs österreichischen Ländersuchtkonzepten verwendet. Bei wörtlicher Auslegung sind die Ausdrücke „illegal“ und „illegalisiert“ identisch, weil die Illegalität einer Substanz zwangsläufig impliziert, dass diese irgendwann illegalisiert wurde, dass der Gebrauch legaler Substanzen generell oder unter bestimmten Bedingungen illegalisiert werden kann und dass der Gebrauch illegaler Substanzen generell oder unter bestimmten Bedingungen legalisiert werden kann. So wurden in den letzten Jahren laufend neue, zunächst nicht verbotene Substanzen der Kontrolle durch das Suchtmittelgesetz bzw. das „Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz“ unterworfen. Bei anderen Substanzen, wie z. B. bei Opioiden im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung oder bei Cannabinoiden als Therapeutikum, wurde für einige Indikationen das Ausmaß der Kontrolle deutlich reduziert.

## 5.2 Substanzmissbrauch und Sucht

Oft wird gefordert, den Ausdruck „Sucht“ konsequent durch den von der WHO vorgeschlagenen aktuelleren Ausdruck „Abhängigkeitserkrankungen“ zu ersetzen und den Ausdruck „Substanzmissbrauch“ in die vier Kategorien „unerlaubter“, „gefährlicher“, „dysfunktionaler“ bzw. „schädlicher“ Substanzgebrauch zu unterteilen. Das Wort „Sucht“ kommt allerdings in zahlreichen etablierten Ausdrücken wie „Suchtprävention“, „Suchthilfe“, „Suchtforschung“, „Suchtverhalten“, Suchtgedächtnis“, „Suchtmittelgesetz“ etc. vor, weswegen die Idee, kategorisch auf den Ausdruck „Sucht“ zu verzichten, kaum umsetzbar ist. Der Ausdruck „unerlaubter, gefährlicher, dysfunktionaler bzw. schädlicher Substanzgebrauch“ ist zwar präziser als „Substanzmissbrauch“, aber zu lange, um letzteren in komplexeren Texten sinnvoll und systematisch ersetzen zu können. Wir verwenden daher in diesem Dokument die Ausdrücke „Substanzmissbrauch“ und „Sucht“, weil diese Bezeichnungen kurz und prägnant sind und weil sie gemeinsam die drei Bereiche „Substanzmissbrauch ohne Sucht“, „Substanzabhängigkeit“ und „Verhaltenssüchte“ inkludieren. Dabei wird der Ausdruck „Substanzmissbrauch“, wie im Gesundheitszusammenhang üblich, als Konsummodus definiert, der die Gesundheit gefährdet oder bereits Gesundheitsschäden bewirkt hat.

## 5.3 Verhaltenssüchte

Als „Verhaltenssüchte“ werden Spielsucht, Kaufsucht, Arbeitssucht, Computersucht und eine Reihe weiterer problematischer Verhaltensweisen bezeichnet, die nicht mit der Einnahme von psychoaktiven Substanzen zusammenhängen. Für Verhaltenssüchte sind auch die Ausdrücke „stoffungebundene Süchte“, „nicht-stoffgebundene Süchte“, „substanzonegebundene Süchte“ oder „nicht-substanzonegebundene Süchte“ gebräuchlich. Bei den „Verhaltenssüchten“ wird wissenschaftlich kontrovers diskutiert, ob diese tatsächlich Suchtcharakter haben. Die gebräuchlichen Diagnosesysteme ICD 10 und DSM IV kennen die Diagnose „Verhaltenssucht“ derzeit noch nicht. Pathologisches Spielen wird dort als „Störung der Impulskontrolle“ und nicht als Abhängigkeitserkrankung kategorisiert. Nach derzeitigem Diskussionsstand wird im neuen DSM V pathologisches Glücksspiel als Verhaltenssucht in die Kategorie „Addiction and Related Disorders“ aufgenommen werden.

## 5.4 Das Gefährdungspotenzial von Drogen

Der Legalstatus einer Substanz ist Ergebnis einer normativen Festlegung. Dieser basiert auf gesellschaftlichen und politischen Zuschreibungsprozessen, die laufend Änderungen unterworfen sind und die über die tatsächliche Gefährlichkeit von Substanzen wenig aussagen. Die Fokussierung auf den Legalstatus einer Substanz ist aus einer gesundheitspolitischen Perspektive irreführend, weil sie dem komplexen Ursachengefüge, das einer Suchtentwicklung zu Grunde liegt, nicht gerecht wird.

Psychoaktive Substanzen können hinsichtlich ihrer Gefährlichkeit nur schwer miteinander verglichen werden, weil es unterschiedliche Aspekte der Gefährlichkeit gibt (wie Suchtgefahr, Überdosierungsgefahr, akute Gesundheitsschädigung, chronische Gesundheitsschädigung, negative soziale Auswirkungen, Gefährdung Dritter usw.), die man kaum sinnvoll zu einem einzigen Wert aufsummieren kann. Außerdem hängt das Gefährdungspotenzial pro Aspekt nicht ausschließlich von der Substanz selbst ab, sondern wesentlich auch von den Eigenschaften der Person, der Konsummotivation, der Konsumsituation, der Konsumfrequenz, der Konsummenge, dem Legalstatus der Substanz, der Applikationsform usw., wobei sich Konsummuster häufig im Lauf des Lebens verändern. Z. B. kommt es bei PartydrogenkonsumentInnen im Lebensverlauf meist zu einer drastischen Reduktion bis vollkommenen Abstinenz von der konsumierten Substanz. Es ist deshalb sinnvoll, für die Beurteilung der Gefährlichkeit der Substanz auch die Lebenszyklen der KonsumentInnen zu berücksichtigen.

Es gibt allerdings auch Versuche namhafter SuchtforscherInnen (Roques, 1998, Hall et al., 1999; Nutt et al., 2011), ein verallgemeinerndes Gefährlichkeitsurteil über psychoaktive Substanzen zu formulieren, wobei Alkohol und Tabak hinsichtlich der Gefährlichkeit immer ein hoher Rang zugesprochen wird.

## 5.5 Schwelligkeit der Angebote des Suchthilfesystems

Die Ausdrücke „niederschwellig“, „mittelschwellig“ und „hochschwellig“ sind keine trennscharfen Kategorien, denen man konkrete Angebote des Suchthilfesystems eindeutig zuordnen könnte, sondern beschreiben unscharf abgegrenzte Bereiche eines Kontinuums. Für die meisten KlientInnen ist die Schwelle, Angebote in Anspruch zu nehmen, am niedrigsten, wenn diese geografisch nahe liegen, wenn atmosphärische und reale Nähe zur Lebenswelt der KlientInnen vermittelt wird, wenn Angebote auch ohne Terminvereinbarungen nutzbar sind, wenn die Angebote für Berufstätige ohne Stigmatisierung in den Lebensablauf integrierbar sind, wenn die Anonymität gewahrt bleibt, wenn keine rigiden Behandlungsregeln festgelegt werden, wenn eine akzeptanz-orientierte Grundhaltung vorliegt und wenn Betreuungsziele zwischen MitarbeiterInnen der Einrichtung und KlientInnen möglichst frei festgelegt werden können. Auch Online-Angebote, die jederzeit und anonym erreichbar sind, gelten als niederschwellig.

## 5.6 Aufsuchender Zugang

Aufsuchender Zugang bedeutet, dass potentielle und bereits bekannte KlientInnen (z. B. Personen der offenen Drogenszene, öffentlich exzessiv alkoholkonsumierende Jugendliche, gewaltbereite und alkoholaffine Fußballfans, spielsuchtgefährdete BesucherInnen von Casinos und Wettlokalen, gefährdete Event-BesucherInnen, risikobelastete Familien

etc.) direkt an jenen Orten, an denen sie sich aufhalten, von spezifischen Fachpersonen kontaktiert werden. Erfolgsvoraussetzungen sind ein lebensweltnaher Zugang, Bedürfnisorientierung, Versorgungsorientierung und reflektierte Parteilichkeit der tätigen Fachpersonen. Angebote umfassen Beratung, Einzelfallbetreuung, Krisenintervention und gruppenspezifische Angebotsformen vor Ort. Eine wichtige Funktion aufsuchender Arbeit ist auch die Szene-Beobachtung sowie die Analyse und Verringerung von Konflikten zwischen der Zielgruppe und anderen Personen im öffentlichen Raum.

## 5.7 Akzeptanzorientierte Haltung oder suchtbegleitender Zugang

Akzeptanzorientierte Haltung oder suchtbegleitender Zugang bedeutet, dass man die KlientInnen als zur Selbstverantwortung und Selbstbestimmung fähige Menschen behandelt, sie mit all ihren Problemen akzeptiert, sie nicht bevormundend zu raschen Veränderungen drängt, sondern ihnen Zeit für notwendige Entscheidungen einräumt und dabei eine motivierende und wertschätzende Grundhaltung einnimmt. Akzeptanzorientierte Haltung, die von Laien oft fälschlich als Resignation oder Überidentifikation mit der Klientel interpretiert wird, ist oft Voraussetzung, um bei den KlientInnen über Motivationsarbeit positive Entwicklungen einzuleiten bzw. in der Arbeit mit diesen effektiv zur Überlebenshilfe/Schadensminimierung beizutragen. Dabei steht außer Frage, dass bei stark selbstgefährdenden oder fremdgefährdenden Verhaltensweisen rasche Interventionen gesetzt werden müssen, wodurch Widerstand im Sinne von Reaktanz unvermeidlich auftritt und in Kauf zu nehmen ist.

## 5.8 Überlebenshilfe/Schadensminimierung

Überlebenshilfe/Schadensminimierung bedeutet, den Schaden für die KlientInnen möglichst gering zu halten. Da viele Suchtkranke nicht oder noch nicht in der Lage sind, Abstinenz anzustreben, bedeutet Überlebenshilfe/Schadensminimierung, den Substanzkonsum/die Verhaltensweisen der KlientInnen mit einer akzeptanzorientierten Grundhaltung als Faktum zur Kenntnis zu nehmen und durch geeignete Maßnahmen eine Verschlechterung der physischen, psychischen und sozialen Situation zu verhindern bzw. eine Verbesserung zu erreichen. Überlebenshilfe/Schadensminimierung zielt dabei nicht nur darauf ab, Schäden für die Suchtkranken selbst zu minimieren, sondern auch darauf, schädliche Auswirkungen auf Dritte hintanzuhalten. Das Ziel „Überlebenshilfe/Schadensminimierung“ steht nicht im Widerspruch zur „Abstinenzorientierung“, die als Idealziel von vielen KlientInnen und TherapeutInnen sehr positiv bewertet wird. „Kompromisslose Abstinenzorientierung“ jedoch, die den Ausschluss vieler KlientInnen von Hilfsangeboten bewirkt, ist abzulehnen, da sie der Idee der Überlebenshilfe/Schadensminimierung diametral entgegensteht.

## 5.9 Abstinenzorientierte vs. abstinenzgestützte Therapie

Therapeutische Angebote für Suchtkranke, die sich entschließen, Abstinenz von ihrem Suchtmittel anzustreben, wurden traditionell als „abstinenzorientierte Behandlung“ bezeichnet. In letzter Zeit wird dafür verstärkt das Schlagwort „abstinenzgestützte Behandlung“ verwendet, um zu betonen, dass Abstinenz bloß ein Sekundärziel neben dem Primärziel, ein selbstbestimmtes Leben zu führen, sein kann. Gelingt es nicht, das Primärziel zu erreichen, so ist kaum mit anhaltender Abstinenz zu rechnen.

## 5.10 „Substitutionsbehandlung“ vs. „substitutionsgestützte Behandlung“

Der Ausdruck „Substitutionsbehandlung“ ist im Sprachgebrauch gängiger, der Ausdruck „substitutionsgestützte Behandlung“ aber korrekter, weil er unterstreicht, dass es dabei nicht bloß um die Verordnung eines Substitutionsmittels gehen sollte, sondern um eine darüber hinaus gehende umfassende Betreuung und Behandlung mit dem Ziel, das Leben für die PatientInnen lebenswert zu machen.

## 5.11 Kontrollierter Konsum

Kontrollierter Konsum bedeutet, dass von Substanzen bzw. Verhaltensweisen abhängige Personen lernen, mit Substanzen und Verhaltensweisen in nicht-süchtiger Art und Weise umgehen zu können, wie das bei nicht-süchtigen KonsumentInnen die Regel ist. Lange Zeit herrschte die Meinung vor, dass man zwar bei Substanzmissbrauch zu moderaten Konsumgewohnheiten zurückfinden könne, dass aber für Substanzabhängige nur das Behandlungsziel „Abstinenz“ anzustreben sei. Bei manchen Verhaltenssüchten (z. B. bei Kaufsucht, Internetsucht oder Arbeitssucht) ist Abstinenz kein realistisches Ziel. Hier kann nur eine Normalisierung des Verhaltens angestrebt werden. Durch die Etablierung der Substitutionsbehandlung hat das Ziel Abstinenz im Zusammenhang mit illegalen Drogen an Stellenwert verloren. In letzter Zeit gewinnt das Behandlungsziel „kontrollierter Konsum“ auch im Zusammenhang mit der Tabak- und Alkoholabhängigkeit an Stellenwert, wobei hier weniger auf Wiedererlernen des spontanen, moderaten Konsums gesetzt wird, sondern auf durch präzise Konsumregeln begrenztes Verhalten, und anerkannt wird, dass moderater Konsum für viele Substanzabhängige ein unerreichbares Ziel darstellt.

## 5.12 Motivierende Gesprächsführung

Zwei bedeutsame theoretische Zugänge in Suchtprävention und Suchthilfe zur Vermeidung von Reaktanz sind das „transtheoretische Modell“ von Prochaska & DiClemente (1982) und die „Technik der motivierenden Gesprächsführung“ von Miller & Rollnick (1991). Prochaska & DiClemente betonten, dass man Menschen für Veränderungen genügend Zeit einräumen muss, um sich aus der Lethargie (Absichtslosigkeitsphase) zu lösen, mit Änderungsoptionen gedanklich auseinanderzusetzen (Absichtsbildungsphase), sich für Veränderungen zu entscheiden (Vorbereitungsphase), diese Veränderungen umzusetzen (Handlungsphase) und diese dann aufrecht zu erhalten (Aufrechterhaltungsphase & Abschlussphase). Miller & Rollnick (1991) schlugen in diesem Zusammenhang eine positive Grundhaltung zu den KlientInnen vor, um eine emotional positive Beziehung zu begründen, und einfühlsame Verhaltensweisen, um keinen Widerstand zu provozieren. Motivierende Gesprächsführung ist für alle Bereiche der Suchtprävention und Suchthilfe – und für alle beratenden und unterstützenden Professionen – von großer Bedeutung. Ausbildungen in diese Richtung sollten verstärkt angeboten und in jeder Hinsicht gefördert werden.

## 5.13 Unterteilung von Prävention nach der „Mental Health–Klassifikation“

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD), eine EU-Fachagentur und zentrale Drogeninformationsstelle in der Europäischen Union unterteilen Suchtprävention derzeit entsprechend der „Mental Health-Klassifikation“ in:

- „umgebungsorientierte Prävention“, d. h. Verhältnisprävention, die auf die gesamte Bevölkerung zielt,
- „universelle Prävention“, d. h. Verhaltensprävention, die auf die gesamte Bevölkerung zielt,
- „selektive Prävention“, d. h. Prävention, die auf Risikogruppen zielt, solange das Problem noch nicht manifest ist, und
- „indizierte Prävention“, d. h. Prävention, die auf hoch gefährdete Einzelindividuen zielt, die frühe Anzeichen von Substanzmissbrauch oder problematischen Verhaltensformen aufweisen, aber noch nicht die diagnostischen Kriterien einer Suchterkrankung erfüllen und/oder ein mit Substanzkonsum assoziiertes problematisches Verhalten aufweisen (EMCDDA, 2012).

Gegen die Verwendung der zuvor gebräuchlichen „Public Health-Klassifikation“ in „primäre Prävention“ (die einsetzt, bevor Anzeichen für das Problem bestehen), „sekundäre Prävention“ (die auf Risikopersonen zielt, solange das Problem noch nicht manifest ist) und „tertiäre Prävention“ (im Sinne von Behandlung und Rückfallsprophylaxe) spricht, dass diese Ausdrücke in zahlreichen Publikationen völlig unterschiedlich interpretiert wurden, was in der Fachdiskussion immer wieder zu gravierenden Missverständnissen führte (vgl. Uhl, 2010).

# 6 Grundsätze

## 6.1 Ziele der Suchtpolitik

**Ziel der österreichischen Suchtpolitik ist es:**

- Negative Auswirkungen durch den Konsum psychoaktiver Substanzen und durch Verhaltenssüchte so gering wie möglich zu halten, d. h. durch suchtpreventive Maßnahmen Probleme in diesem Zusammenhang möglichst gar nicht erst entstehen zu lassen bzw. Probleme, wenn sie aufgetreten sind, durch Suchtberatung, Therapie, Überlebenshilfe/Schadensminimierung sowie soziale und berufliche Integrations- bzw. Reintegrationsmaßnahmen zu begrenzen bzw. zu lösen.
- Sorge zu tragen, dass Menschen mit einer Suchtproblematik sowohl objektiv als auch subjektiv gesünder werden und in das gesellschaftliche Leben integriert bleiben bzw. werden.
- Suchtkranken eine selbstbestimmte und sinnstiftende Lebensführung mittels (Re)Integration in den Arbeitsmarkt und sozialer (Re)Integration zu ermöglichen.
- Ein sozial verträgliches Mit- oder Nebeneinander aller Menschen im öffentlichen Raum sowie im Gemeinwesen zu bewirken.
- Suchtkranke Menschen bedarfsorientiert in das Gesundheits- und Sozialsystem zu integrieren.

Dabei ist eine fachliche nationale und internationale Diskussion darüber zu führen, wie erfolgreich die bisherigen Strategien der Sucht- und Drogenbekämpfung waren, und zu überlegen, welche Alternativen für die Zukunft eventuell besser geeignet sind als die aktuell implementierten. Dabei sind die gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sowie die Interessen aller Bevölkerungsgruppen zu berücksichtigen.

**Zielgruppe „Abstinente“:** Ein Partialziel ist es, den Konsum von psychoaktiven Substanzen und den Einstieg in andere Verhaltensweisen mit hohem Sucht- bzw. Risikopotenzial möglichst gering zu halten. Das bedeutet unter anderem,

- dass Personen, die keine psychoaktiven Substanzen konsumieren bzw. keine Anzeichen von Verhaltenssüchten aufweisen, in dieser Haltung bestärkt werden sollten,
- dass bei Kindern und Jugendlichen der Beginn von Substanzkonsum möglichst verhindert bzw. weit hinausgeschoben werden sollte und
- dass die Entwicklung von Kompetenzen unterstützt werden sollte, die, für den Fall, dass Erfahrungen mit Substanzen oder Problemverhaltensweisen gemacht werden, die Entstehung von riskanten Verhaltensweisen und Suchtentwicklung unwahrscheinlich machen.

Um das zu erreichen, muss bei Kindern und Jugendlichen das Selbstwertgefühl gestärkt werden, Problemfelder und belastende Momente müssen aufgearbeitet werden, wo nötig, muss es Unterstützung geben, um kritische Verhaltensweisen und Haltungen frühzeitig zu reflektieren und Alternativen aufzuzeigen.

**Zielgruppe „risikoarme KonsumentInnen“:** Ein zweites Partialziel ist es, bei KonsumentInnen von psychoaktiven Substanzen und Personen, die in Verhaltensweisen mit hohem Suchtpotenzial involviert sind, Problementwicklungen zu verhindern. Das bedeutet unter anderem,

- dass die Betroffenen durch Früherkennung und Frühintervention in einem möglichst frühen Stadium mit geeigneten Präventionsmaßnahmen erreicht werden sollten, um Risiken so früh wie möglich zu erkennen und den Übergang zu schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit zu verhindern, und dass durch akzeptanzorientierte und niederschwellige Angebote ein Zugang zu dieser Gruppe geschaffen wird. Sachliche Informationen und die professionell begleitete Reflexion von Rauscherlebnissen sowie die Sensibilisierung für risikoarme Konsumformen sind hier als vertrauensbildende Maßnahmen besonders wichtig.
- Im Zusammenhang mit der medizinisch indizierten Verordnung von Medikamenten mit psychoaktiven Wirkstoffen geht es darum, auf verschreibende ÄrztInnen dahingehend Einfluss zu nehmen, dass die Entstehung iatrogenen – also durch ärztliche Verschreibung hervorgerufene – Süchte möglichst verhindert wird.
- Der Wunsch nach Früherkennung und Frühintervention darf aber nicht dahin gehen, dass generell, ohne konkreten Verdacht oder ohne Problembezug, routinemäßig Alkoholtests oder Drogentests eingesetzt werden, weil das mit der Würde des Menschen unvereinbar ist und man durch solche Strategien mehr Probleme auslösen kann als man verhindert.

**Zielgruppe „problembehaftete KonsumentInnen“:** Ein drittes Partialziel ist es,

- dort, wo problematischer Substanzkonsum und problematische Verhaltensweisen nicht vermieden werden können, alles zu unternehmen, um den körperlichen und psychischen Schaden für die Betroffenen so gering wie möglich zu halten.

**Zielgruppe „Suchtkranke“:** Ein viertes Partialziel ist es,

- durch niederschwellige und akzeptanzorientierte Angebote einen Zugang zu dieser Gruppe zu schaffen und
- die Gesundheit und Lebensqualität von problematischen SubstanzkonsumentInnen und Suchtkranken durch Beratung, Behandlung und Betreuungsmaßnahmen sowie soziale und berufliche Integrations- bzw. Reintegrationsmaßnahmen zu stabilisieren und zu verbessern.
- Das bedeutet auch, ein möglichst breites Spektrum an Hilfsangeboten bereitzustellen und durch Vermittlung die Teilhabe am medizinischen Regelversorgungssystem zu eröffnen, um die Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken der Betroffenen zu minimieren.
- Maßnahmen der Überlebenshilfe/Schadensminimierung, sollen dazu beitragen, dass möglichst viele Betroffene die krisenhaften Phasen der Sucht mit möglichst wenigen körperlichen, psychischen und sozialen Schäden überleben.
- Als längerfristiges Folgeziel schließt sich daran die Motivierung zu einer weitergehenden Therapie der Suchterkrankung an, die in Richtung Abstinenz führen kann.

**Zielgruppe „betroffene Dritte“:** Ein fünftes Partialziel ist es,

- die Auswirkungen von problematischem Substanzkonsum und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial sowie von Suchterkrankungen auf Dritte zu minimieren,
- indem Angehörigen und Personen des sozialen Umfeldes Beratung und Unterstützung angeboten wird (eine besonders wichtige Zielgruppe sind hier Kinder von Suchtkranken) und
- indem Maßnahmen gesetzt werden, die die Gefährdung und Beeinträchtigung von Dritten minimieren (z. B. durch das Lenken von Fahrzeugen bzw. Verrichten von gefährlichen Tätigkeiten im substanzbeeinträchtigten Zustand, gebrauchte Spritzen oder Glasscherben an öffentlichen Orten etc.).

## 6.2 Ethische Grundlagen – Menschen-, Gesellschafts- und Weltbild

### 6.2.1 Selbstbestimmungsrecht vs. Interventionspflicht

Demokratische Gesellschaften bauen auf die Idee unveräußerlicher und universell gültiger Menschenrechte auf. Einsichts- und urteilsfähigen Menschen steht es grundsätzlich frei, Entscheidungen über ihre Lebensweise, allenfalls auch gegen den Mainstream, zu treffen bzw. sich bewusst für Risiken zu entscheiden, unabhängig davon, ob sie sich dadurch Vorteile versprechen oder nicht. Eingeschränkt wird dieses Recht nur durch gesetzliche Gebote und Verbote, beispielsweise durch strafrechtliche Verbotsnormen, wie dem Suchtmittelgesetz, oder wenn jemand mit seinem Verhalten das eigene Leben oder die eigene Gesundheit bzw. Leben und Gesundheit von anderen ernsthaft und erheblich gefährden. Zwang und Bevormundung sind nur als Ultima Ratio zulässig. Zwangsmaßnahmen zur Abwehr einer ernsthaften und erheblichen Gefährdung des eigenen Lebens oder der Gesundheit dürfen nur in Ausnahmesituationen (z. B. schwer beeinträchtigende, psychische Erkrankung) zum Einsatz kommen.

Dieses grundsätzlich unbestrittene und umfassende Selbstbestimmungsrecht kann jedoch bei der praktischen Umsetzung von Maßnahmen leicht ausgehebelt werden, indem Gefahren für handelnde Personen und/oder deren Umfeld zur Legitimation von Zwangsmaßnahmen einseitig übertrieben dargestellt werden. Somit ist auch im Suchtpräventions- und Suchtbereich bei der Planung und Durchführung von Interventionen auf allen Ebenen der Gesellschaft in Bezug auf das Selbstbestimmungsrecht des Individuums besonders umsichtig zu verfahren.

### 6.2.2 Orientierung der Suchtpolitik am Menschen

Zentrale Aufgabe der Suchtpolitik ist es, mit ethisch vertretbaren und sachlich geeigneten Maßnahmen die Summe aller Probleme im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch und Sucht zu minimieren, also die Gesamtsituation zu optimieren. Diese Zielsetzung erfordert

eine Suchtpolitik, die nicht moralisierend oder populistisch motiviert ist, sondern sachlich fundiert und zielorientiert vorgeht. Entscheidungen sollten weder von wirtschaftlichen, noch von parteipolitischen Interessen der jeweiligen EntscheidungsträgerInnen abhängig sein. Suchtpolitik darf nicht dazu missbraucht werden, um der Gesellschaft bzw. einzelnen ihrer Mitglieder bestimmte Vorstellungen darüber aufzuzwingen, wie Menschen ihr Leben gestalten sollen. „Orientierung am Menschen“ bedeutet im Vorfeld der Planung und Umsetzung jeglicher Maßnahmen eine umfassende Abwägung des durch diese Maßnahmen zu erwartenden Nutzens auf der einen Seite und der eventuellen Folgeprobleme für Gesellschaft und Individuen auf der anderen Seite.

### **6.2.3 Diversitätsorientierung**

Die Entstehung von „Substanzmissbrauch“ und „Sucht“ erklärt sich über komplexe Abläufe. Bei Interventionen des Suchthilfesystems müssen daher die jeweiligen Rahmenbedingungen des Einzelfalles berücksichtigt werden. Nur ein breit diversifiziertes Behandlungsangebot kann dieser Vielfalt gerecht werden. Da Rahmenbedingungen laufend Veränderungen unterworfen sind, ist eine ständige Anpassung des Behandlungsangebotes an geänderte Erfordernisse unabdingbar.

### **6.2.4 Geschlechtssensibilität**

Die Zuteilung von Aufgaben, die Zuweisung von Rollen und Verhaltensmustern sowie der Zugang zu ökonomischen Ressourcen und Machtpositionen sind nach wie vor eng mit der Kategorie „Geschlecht“ verbunden. Eine geschlechtssensible Grundhaltung mit dem Ziel, geschlechtsassoziierte Ungleichheiten zu verringern, sollte heute selbstverständlich sein und muss auch im Zusammenhang mit Suchtprävention und Suchthilfe eine zentrale Rolle spielen. Das erfordert von den AkteurInnen im Suchthilfesystem ständige Aufmerksamkeit und kontinuierliche Reflexion des eigenen Verhaltens im Umgang mit KlientInnen, KooperationspartnerInnen und KollegInnen in Richtung Gleichwertigkeit der Geschlechter in Denken, Sprache und Handeln. Aktive Maßnahmen, um Gender-Mainstreaming zu fördern, müssen ergriffen werden. Die geschlechtsspezifisch unterschiedliche Sozialisation muss in allen Interventionsfeldern berücksichtigt werden.

### **6.2.5 Partizipation**

Suchtprävention und Suchthilfe müssen Partizipation (Beteiligung, Mitwirkung und Mitbestimmung) aller PartnerInnen vorsehen, an den Fähigkeiten und Ressourcen der handelnden Personen und Milieus ansetzen und diese an der Problembeschreibung und -lösung beteiligen. Dies fördert Prozesse der Integration, Emanzipation und Identitätsbildung.

### **6.2.6 Recht auf höchstmögliche Gesundheit**

Im Zusammenhang mit gesundheitspolitischen Fragestellungen ist anzuerkennen, dass es in einer demokratischen Gesellschaft ein „Recht auf höchstmögliche Gesundheit“ gibt (z. B. UN-Sozialpakt, Europäische Sozialcharta, Charta der Grundrechte der Europäischen Union), jedoch keine „Pflicht zur Gesundheit“. Wenn Menschen aus Gründen

gesellschaftlicher Ungleichheit nicht in der Lage sind, ihre Lebensbedingungen zum Positiven zu verändern bzw. daran scheitern, Zugang zum Hilffssystem zu erlangen, so ist es Aufgabe der Gemeinschaft, sie diesbezüglich zu unterstützen und marginalisierte Personengruppen sowie Menschen mit Beeinträchtigungen zu inkludieren.

### **6.2.7 Politik und Evidenzbasiertheit**

Aktuelle Trends der politischen Entscheidungsfindung unter Berufung auf „evidenzbasierte wissenschaftliche Ergebnisse“ suggerieren, dass Entscheidungen primär von der Erreichbarkeit des Ziels – ohne Beurteilung der dazu notwendigen Mittel – determiniert sein soll, und lassen damit wesentliche ethisch-gesellschaftspolitische Aspekte aus dem Blickfeld geraten. Die Wissenschaft kann und soll zwar Grundlagen für politische Entscheidungen liefern, indem sie möglichst fundierte Aussagen darüber formuliert, wie sich bestimmte Maßnahmen längerfristig auswirken können. Aus Forschungsergebnissen alleine lässt sich aber nicht ableiten, welche Maßnahmen jeweils zu treffen sind. Entscheidungen über suchtpolitische Zielsetzungen und darüber, welche Maßnahmen legitim und notwendig sind, bauen immer primär auf politisch-ethischen Grundentscheidungen auf und sind damit direkt vom zugrunde liegenden Menschen-, Gesellschafts- und Weltbild abhängig.

### **6.2.8 Sucht ist eine Krankheit und als solche zu behandeln**

Sucht ist eine Krankheit und geht mit körperlicher, seelischer und sozialer Beeinträchtigung einher. Die Entstehung von Sucht hat viele Ursachen, wobei hier individuelle, genetische, familiäre, gesellschaftliche und makroökonomische Einflüsse genauso eine Rolle spielen wie die chemisch-pharmakologischen Eigenschaften der Substanzen bzw. das Risikopotenzial von Verhaltensweisen. Ein großer Teil der Suchtkranken leidet auch an weiteren psychischen Erkrankungen, wobei Substanzmissbrauch und problematische Verhaltensweisen im Sinne von „Selbstmedikation“ oft Folge und nicht Ursache dieser Erkrankungen sind. Hilfsangebote bei Substanzmissbrauch oder problematischem Verhalten, auch wenn noch keine Abhängigkeit eingetreten ist, sind notwendig, damit sich keine manifeste Suchtkrankheit entwickelt. Es ist Aufgabe der Sozialversicherungen und des Sozialsystems, für ausreichende Prävention, Früherkennung und Behandlung aller Krankheiten inklusive Suchterkrankungen Sorge zu tragen.

## **6.3 Finanzierung von Suchtprävention und Suchthilfe**

Die öffentliche Hand und die Sozialversicherungen müssen Sorge tragen, dass Suchtprävention, Suchthilfe und Sicherheit adäquat umgesetzt werden können, wobei die längerfristige Planung aller Einrichtungen verbindliche Finanzierungszusagen über längere Zeiträume erfordert. Für die Finanzierung eines diversifizierten und den Erfordernissen Rechnung tragenden Präventions- und Hilfsangebotes muss es klare gesetzliche Regeln geben, wobei gleicher und einheitlicher Zugang für alle Leistungen der Suchtprävention und Suchthilfe z. B. unabhängig von Alter, Wohnort, Herkunft und sozialem Status

gewährleistet sein muss und die Finanzierung nicht Ermessenssache sein darf. Dem solidarischen Prinzip des Sozialversicherungswesens entsprechend ist es Aufgabe der Politik, Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine Zweiklassenmedizin verhindern und die Randgruppen in die medizinische Versorgung inkludieren.

Die Finanzierung der Aufwände für Prävention, Therapie und Beratung erfolgt zum überwiegenden Teil über die Länder und die Sozialversicherungen. Unter dem Gesichtspunkt „Therapie statt Strafe“ werden nach dem Suchtmittelgesetz manche Aufwände vom Bund getragen. Die Finanzierungsstrukturen für Suchthilfe sind uneinheitlich und unübersichtlich. Vor allem im Bereich der Therapie von drogenabhängigen PatientInnen erschwert das Fehlen eines adäquaten Finanzierungsmechanismus den Zugang zur Therapie. Die Umsetzung des anerkannten grundlegenden Prinzips „Therapie statt Strafe“ wird durch Auffassungsunterschiede zwischen Bund (Justiz) und Ländern betreffend die primäre Verpflichtung zum Kostenersatz und durch Ressourcendefizite in Frage gestellt (vgl. Regierungsvorlage zur Suchtmittelgesetz-Novelle 2007, BlgNR 301 XXIII GP). Vor allem von Länderseite werden eine grundlegende Revision der Finanzierung und klare Kostenübernahmeregelungen eingefordert. In diesem Sinne ist die Zweckwidmung eines Teiles jener Steuern, die über den Verkauf von Substanzen oder Aktivitäten mit hohem Missbrauchs- oder Suchtpotenzial vom Staat lukriert werden, für Prävention und Therapie der Folgen empfehlenswert.

Auch für die Finanzierung der notwendigen Hilfsmaßnahmen bei Substanzabhängigkeit und Verhaltenssüchten bedarf es einer Anerkennung der Sucht als komplexer Erkrankung, deren Behandlung umfassender medizinischer, psychischer und sozialer Hilfen einschließlich aller zur gesellschaftlichen Rehabilitierung notwendigen Maßnahmen erfordert. Da sich in diesem Feld Aufgaben von Bund, Ländern, Gemeinden und des Sozialversicherungssystems überlagern, ist es wichtig, die inhaltlichen und finanziellen Zuständigkeiten präzise und eindeutig zu regeln. Gelingt das nicht, so ist sicherzustellen, dass Zuständigkeits- und Finanzierungskonflikte von den beteiligten Körperschaften intern gelöst werden und nicht auf dem Rücken der in diesem Feld tätigen Einrichtungen oder der Suchtkranken ausgetragen werden. Von hoher Relevanz für das Ergebnis und die Kosten der Behandlung ist eine nahtlose und zügige Erbringung der Leistungen verschiedener Kosten- und Leistungsträger ohne zeitliche Verzögerung – quasi „wie aus einer Hand“. Eine Lösung der derzeit unbefriedigenden Situation samt Kompetenzkonflikt zwischen Bund und Ländern ist wichtig, damit die Gesundheitsversorgung Suchtkranker im Rahmen des anerkannten und im österreichischen Suchtmittelrecht grundlegenden Prinzips „Therapie statt Strafe“ nicht an der ungesicherten Finanzierung scheitert.

# 7 Art der psychoaktiven Substanz bzw. Verhaltensweise

## 7.1 Substanz- und suchtübergreifender Ansatz

Der in der Suchtprävention seit langem übliche substanz- und suchtübergreifende Ansatz gewinnt in letzter Zeit auch in der Suchthilfe sukzessive an Bedeutung. Zusehends wird von der traditionell strengen Trennung in Drogen- und Alkoholabteilungen abgegangen. Die stationäre Behandlung von Medikamenten-, Tabak- und Glücksspielabhängigkeit gewinnt ebenfalls an Bedeutung. Auch die Kompetenzbereiche der österreichischen LandesdrogenkoordinatorInnen, die ursprünglich nur für illegale Drogen zuständig waren, ist inzwischen in den meisten Bundesländern auf Substanzmissbrauchs- und durch legale Substanzen verursachte Suchtprobleme ausgeweitet worden, was durch Bezeichnungen wie „Suchtkoordination“ oder „Sucht- und Drogenkoordination“ ausgedrückt wird.

Trotz dieses Abrückens von der Trennung nach psychoaktiven Substanzen, die sich auch international immer mehr abzeichnet, sind oft aus historischen Gründen die Zuständigkeiten für suchtspezifische Maßnahmen einschließlich Finanzierung sowohl national als auch international, nach wie vor nach der Art der suchtrelevanten Substanzen zersplittert, was die übergeordnete Koordination erschwert und daher unbedingt geändert werden sollte. Ein kleiner Schritt in diese Richtung auf europäischer Ebene ist, dass im Rahmen der Revision der Gründungsverordnung der EBDD 2006 auch der Problematik Polysubstanzkonsum durch entsprechende Mitberücksichtigung von legalen Drogen, insbesondere Alkohol, Rechnung getragen wurde.

## 7.2 Illegale Drogen („Suchtgifte“)

Opium, Kokain und Cannabis spielten über Jahrhunderte eine wichtige Rolle als Medikamente und deren missbräuchlicher Verwendung wurde wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Erste internationale Bestrebungen, den nicht medizinischen Umgang mit diesen Drogen zu beschränken und zu kontrollieren, fallen in die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts und führten zu internationalen Verträgen. Diese hatten aber zunächst nur geringe Auswirkungen auf die Realität in den Signatarstaaten, da der Konsum der nunmehr illegalisierten Drogen in der Öffentlichkeit nicht als wesentliches Problem gesehen wurde. In den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde der illegale Drogenkonsum dann international als zentrales gesellschaftliches Problem erlebt, das Ziel einer drogenfreien Gesellschaft von vielen EntscheidungsträgerInnen als anzustrebende und erreichbare Option gesehen. Der Umgang

mit den Stoffen, die durch internationale Übereinkommen auf UN-Ebene geregelt wurden (Einzige Suchtgiftkonvention 1961, Psychotropenkonvention 1971, Wiener Konvention 1988), ist auf streng kontrollierte medizinische und wissenschaftliche Verwendung beschränkt. Österreich hat sich, wie die meisten Staaten der Welt, verpflichtet, die Einhaltung dieser internationalen Regeln durch entsprechende legislative und administrative Maßnahmen zu gewährleisten. Die Staaten dürfen darüber hinaus noch weitere Substanzen diesen Regelungen unterstellen, wenn sie das für nötig halten, um Missbrauch zu verhindern.

Bald zeigte sich, dass die primär auf Abschreckung und Strafverfolgung setzende Strategie nicht jene Erfolge hatte, die die EntscheidungsträgerInnen erwartet hatten. Die Zahl der KonsumentInnen stieg trotz Verboten und massiver Strafandrohung, und die Preise für illegale Drogen sanken. Die weggefallenen legalen Produktions- und Vertriebsstrukturen wurden von kriminellen Organisationen ersetzt, die infolge der höheren Gewinnspannen an Bedeutung und Einfluss gewannen. Die Bekämpfung des Drogenanbaus in den Erzeugerländern erzeugte dort erhebliche Probleme, ohne dass die Versorgung mit illegalen Drogen in den westlichen Industriestaaten nachhaltig gestört worden wäre. Die schlechte Qualität der Schwarzmarktdrogen und die Kriminalisierung der KonsumentInnen führten vermehrt zu gesundheitlichen und sozialen Problemen bei diesen. Mit den steigenden KonsumentInnenzahlen wuchs unter ExpertInnen die Überzeugung, dass ein gewisses Ausmaß an illegalem Drogenkonsum in einer Gesellschaft unvermeidbar ist und dass eine pragmatischere Herangehensweise zweckmäßiger sei.

Abhängige von illegalen Drogen wurden zusehends weniger als GesetzesbrecherInnen und mehr als behandlungsbedürftige Kranke gesehen, was auch in Einklang stand mit den UN-Verträgen, die Maßnahmen zur Aufklärung, Früherkennung, Behandlung, Nachbehandlung und sozialen Wiedereingliederung der betroffenen Personen sowie die einschlägige Ausbildung von Personen, die mit ihrer Arbeit zur Zielumsetzung beitragen, forderten. Statt kompromissloser Sanktionierung im Umgang mit KonsumentInnen illegaler Drogen wurde das Prinzip „Therapie statt Strafe“ postuliert, das für Personen, die von illegalen Drogen abhängig waren, Behandlung statt strafrechtlicher Sanktionen vorsah. Für nicht-süchtige KonsumentInnen wurde Straffreiheit vorgesehen, sofern diese sich bereit erklären, in Zukunft drogenfrei zu leben und ihre Drogenfreiheit eine Zeit lang nachzuweisen. Jeder Umgang mit illegalen Drogen ist nach den genannten UN-Verträgen zwar verboten, die Praxis vieler westlicher Staaten – wie auch in Österreich –, reine Konsumdelikte nicht oder nur geringfügig zu bestrafen, steht allerdings nicht im Widerspruch zu diesen Vorgaben.

Um 1990 kam es, nicht zuletzt weil die Bevölkerung Angst vor der Ausbreitung des HI-Virus unter intravenös Drogen konsumierenden Suchtkranken hatte (Eisenbach-Stangl, 1989), zu einem weitgehenden Umdenken. Für Opiatabhängige, die zum gegebenen Zeitpunkt nicht oder noch nicht drogenfrei leben können, wurde die Möglichkeit einer Substitutionsbehandlung mit opioidhaltigen Medikamenten geschaffen, anstatt diese gegen ihren Willen und meist erfolglos mit den Methoden des Strafrechts zur Abstinenz zwingen zu wollen.

In einigen europäischen Ländern wurde zudem die Originalstoffabgabe (Diamorphin) für Opiatabhängige eingeführt. Die Erfahrungen bei Substitutionsbehandlungen zeigten, dass diese Behandlungsform auch in Österreich für einen Teil der Substituierten indiziert wäre und als ergänzendes Angebot diskutiert und in Betracht gezogen werden sollte.

In der Folge gewannen weitere akzeptierende, schadensminimierende Maßnahmen zur Überlebenshilfe an Stellenwert. Zusätzlich zu den seit vielen Jahren schon tätigen StreetworkerInnen wurde Straßensozialarbeit, als aufsuchende Methode der Sozialarbeit, implementiert sowie SozialarbeiterInnen suchtspezifisch geschult, um Suchtkranke, die nicht oder noch nicht bereit oder in der Lage sind, sich selbstständig an das Suchthilfesystem zu wenden, im Sinne von „Überlebenshilfe“ niederschwellig-aufsuchend zu unterstützen. Die Abgabe von sterilen Spritzen an intravenös konsumierende Suchtkranke, die Schaffung von betreuten Aufenthaltsräumen, sowie Beratungs- und Behandlungsangeboten für Süchtige – ohne Druck zur Abstinenz – wurden zum anerkannten State of the Art. Die Erfolge der schadensbegrenzenden Maßnahmen für die Suchtkranken selbst, für deren Umfeld und für unbeteiligte Dritte konnten inzwischen eindrucksvoll nachgewiesen werden, womit dieser Ansatz auch von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) uneingeschränkt als State of the Art anerkannt und empfohlen wird (Rhodes & Hedrich, 2010).

**Ziele im Umgang mit illegalen Drogen** sind daher auch in Österreich:

- den illegalen Umgang damit möglichst gering zu halten, indem der organisierte Handel bekämpft wird;
- durch suchtpreventive Maßnahmen die Anzahl jener gering zu halten, die Probleme im Zusammenhang mit illegalen Drogen entwickeln;
- nicht-süchtigen KonsumentInnen Straffreiheit zu ermöglichen, sofern sich diese bereit erklären, in Zukunft drogenfrei zu leben sowie ihre Drogenfreiheit eine Zeit lang nachzuweisen;
- möglichst viele Suchtkranke, die (noch) nicht zur Abstinenz fähig oder bereit sind, durch schadensbegrenzende Maßnahmen zu stabilisieren und so deren Überleben zu sichern;
- wenn von Suchtkranken Abstinenz angestrebt wird, abstinenzgestützte Behandlungsmöglichkeiten anzubieten, die der Problemlage des Einzelfalls angemessen sind; für die Betroffenen soll es keine langen Wartezeiten geben;
- Ressentiments gegenüber dem medizinisch indizierten legalen Einsatz suchtmittelhaltiger Medikamente entgegenzuwirken, die den Einsatz dieser Substanzen z. B. bei der Schmerz- oder Substitutionsbehandlung erschweren;
- die nationalen und internationalen Erfahrungen mit der Drogenbekämpfung über die letzten Jahrzehnte zu analysieren und die Maßnahmen laufend so anzupassen, dass die Bedürfnisse der Einzelnen mit denen der Gesellschaft in Einklang gebracht werden können.

## 7.3 Neue psychoaktive Substanzen

Seit den 1990er Jahren spielen „neue psychoaktive Substanzen“, die oft auch als „Designerdrogen“, „Partydrogen“ oder „Freizeitdrogen“ bezeichnet werden, eine zunehmende Rolle. Die anfangs wichtigste Substanz in diesem Zusammenhang war Ecstasy, die rechtlich inzwischen zu den illegalen Drogen zählt. Die Möglichkeit, immer neue chemische Substanzen mit psychoaktivem Wirkpotenzial zu erzeugen, macht es ErzeugerInnen und HändlerInnen leicht, die Drogengesetzgebung zu umgehen. KonsumentInnen dieser Substanzen sind meist sozial angepasst und verstehen sich selbst nicht als DrogenkonsumentInnen bzw. suchtgefährdet. Ihr Drogenkonsum ist Teil ihres Freizeitverhaltens und findet vor allem am Wochenende statt. In den letzten Jahren gewannen neue synthetische Drogen, sogenannte „Research Chemicals“ und „Legal Highs“, an Bedeutung, die oft über das Internet oder Spezialgeschäfte angeboten werden.

In der Folge entstanden in ganz Europa – auch in Österreich – spezielle risikoreduzierende Angebote für PartydrogenkonsumentInnen, bei denen auf Events eine Vor-Ort-Beratung angeboten wird. In einigen Ländern entwickelten sich in diesem Zusammenhang mobile und/oder an Beratungsstellen gebundene Drug-Checking Angebote, um die Effizienz und Häufigkeit der Beratungen zu intensivieren. So wurde einer bisher kaum zugänglichen Gruppe „Safer Use“ und schadensminimierendes Verhalten kommuniziert. Zudem findet eine Reflexion des Konsumverhaltens statt, und bei schädlichem Gebrauch werden die KlientInnen an andere Einrichtungen weitervermittelt. Damit soll den spezifischen Risiken des Konsums solcher Substanzen und der Entstehung einer Sucht in den Anfangsstadien entgegen gewirkt werden. Außerdem entwickelten sich weitere Angebote wie Infomaterialien, Chill-Outmöglichkeiten etc. Ein weiteres Ziel ist die Intensivierung und Steigerung der Effizienz von Beratungen.

Bei diesen Substanzen steht oft nicht das Suchtrisiko im Vordergrund, sondern andere Gesundheitsrisiken werden als maßgeblich betrachtet, wie Toxizität etc. Ein besonderes Problem stellen starke Verunreinigungen und verfälschte Substanzen dar, die z. B. als Ecstasy verkauft werden. 1997 (adaptiert 2005) wurde auf EU-Ebene ein Beschluss über den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei sogenannten „neuen psychoaktiven Substanzen“ erlassen und ein Frühwarnsystem eingeführt. In Anbindung an dieses wurde in Österreich ein bundesweites Informations- und Frühwarnsystem über besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum eingerichtet, mit dem Ziel „der raschen Information aller relevanten Stellen über die Wahrnehmung von außergewöhnlichen Umständen im Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen zwecks rechtzeitiger Setzung von Maßnahmen zum Schutz potenzieller KonsumentInnen“ (Siehe [Informationen zu neuen psychoaktiven Substanzen und Drogen](#)).

Mit dem Anfang 2012 in Kraft getretenen „[Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz](#)“ (NPSG) hat Österreich einen neuen Weg gegen die rasche Fluktuation und Verbreitung neuer synthetischen Substanzen beschritten. Der/die BundesministerIn für Gesundheit ist damit

ermächtigt worden, per Verordnung Klassen chemischer Verbindungen zu definieren, deren Inverkehrbringen zu Konsumzwecken strafbar ist. Der Erwerb und Besitz zum Konsum dieser Substanzen ist nicht verboten, sodass keine Kriminalisierung von KonsumentInnen erfolgt. Einzuziehen sind die Substanzen aber auch dann, wenn kein strafbares Inverkehrbringen vorwerfbar ist, sofern Konsumzwecke nicht glaubhaft ausgeschlossen werden können. Es bleibt dem/der Bundesminister/in für Gesundheit aber unbenommen, diese Substanzen, wenn die Voraussetzungen vorliegen, der Suchtgift- oder Psychotropenverordnung zu unterstellen, wodurch die strengeren Strafnormen des Suchtmittelgesetzes zur Anwendung kommen.

**Ziele im Umgang mit neuen psychoaktiven Substanzen** sind:

- angebotsseitig gegen den Handel mit diesen Substanzen vorzugehen;
- mit Maßnahmen der Suchtprävention das allgemeine Bewusstsein dafür zu schärfen, dass von diesen Substanzen ein gesundheitliches Risiko ausgeht;
- durch unterschiedliche Maßnahmen, wie z. B. durch regelmäßiges Sammeln von Informationen und Marktbeobachtung durch Substanzanalysen (insbesondere der sichergestellten Substanzen und im Rahmen von Drug Checking) die Risikoeinschätzung zu ermöglichen, und durch die rasche Weitergabe relevanter Informationen über das „Informations- und Frühwarnsystem über besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum“ (EU: „Early Warning System“) die Informationsgrundlagen für die Prävention zu verbessern;
- durch Aktivitäten des Suchthilfesystems mit der Zielgruppe (z. B. mittels „Drug Checking“) bzw. über glaubwürdige Informationen im Internet und Broschüren (z. B. „Safer Use Infos“) das Vertrauen der KonsumentInnen so weit zu gewinnen, dass diese Warnungen ernst nehmen, für Beratung zugänglich werden und sich bei Problemen an MitarbeiterInnen des Suchthilfesystems wenden und das eigene Konsumverhalten reflektieren sowie Risikokompetenz erwerben.

## 7.4 Psychotrope Medikamente

Die Entwicklung von Psychopharmaka, die erfolgreich gegen eine Reihe von psychiatrischen Erkrankungen eingesetzt werden können, führte zu enormen Fortschritten in der Psychiatrie. Bald stellte sich jedoch heraus, dass viele dieser Produkte nicht nur einen hohen Stellenwert als medizinisch indizierte Medikamente, sondern auch gravierende Nebenwirkungen haben, und dass viele ein hohes Missbrauchs- und Suchtpotenzial aufweisen, weswegen man die Vorteile und Nachteile der Medikation im Einzelfall gewissenhaft abwägen muss. Die sachlich nicht indizierte Verordnung bzw. nicht verordnete Verwendung von suchterzeugenden Medikamenten, wie z. B. Benzodiazepinen, stellt ein erhebliches gesundheitliches Problem dar. Aus diesem Grund wurden manche Psychopharmaka vom Markt genommen und durch weniger problematische Medikamente ersetzt. Für andere wurden international durch die Psychotropenkonvention 1971 und in der Folge auch in Österreich strenge Kontrollmaßnahmen im Rahmen des Suchtmittelgesetzes eingeführt, die die missbräuchliche Verwendung verhindern sollen. Somit ist

der Umgang mit den meisten Psychopharmaka inzwischen über das Suchtmittelgesetz ähnlich streng geregelt wie der Umgang mit illegalen Drogen.

Die Herausforderung in Bezug auf psychotrope Medikamente ist es, einen Mittelweg zu finden, da sowohl die unreflektierte Verschreibung dieser Substanzen, als auch große Vorbehalte gegen Psychopharmakaverschreibung sehr negative Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung haben. Letztlich soll der indizierte medizinische Einsatz der Medikamente nicht in Frage gestellt werden.

**Ziele im Umgang mit psychotropen Medikamenten** sind daher:

- durch an potentielle KonsumentInnen gerichtete Präventionsmaßnahmen den missbräuchlichen Konsum dieser Substanzen zu verringern;
- zu beachten, dass Medikamente mit Suchtpotenzial – aber nicht nur diese – nicht leichtfertig und unreflektiert verschrieben werden, weil das zu negativen Gesundheitsfolgen und iatrogenen Suchtentwicklungen führen kann. Hier ist Aufklärung und Weiterbildung von ÄrztInnen sowie die Entwicklung von praktikablen Richtlinien zweckmäßig, wie das z. B. die Empfehlung des Gesundheitsministeriums für den Umgang mit Benzodiazepinen aus dem Jahr 2012 leistet;
- Betroffenen adäquate Behandlung zukommen zu lassen;
- in der Bevölkerung Risikokompetenz zu fördern und Menschen zu motivieren, das eigene Konsumverhalten zu reflektieren;
- zu gewährleisten, dass der sinnvolle und notwendige Einsatz nicht durch undifferenzierte und überzogene Kontrollmaßnahmen erschwert wird.

## 7.5 Tabak

Tabak hat, seit dieser im 16. Jahrhundert erstmals aus der Neuen Welt importiert wurde, eine wechselvolle Geschichte von radikalen Verboten bis zur Verklärung zum Symbol für Freiheit, Intellektualität und Fortschritt erlebt. Wissen um die gesundheitsgefährdende Wirkung des Tabakrauches und der Umstand, dass RaucherInnen indirekt auch NichtraucherInnen gefährden, hat dazu geführt, dass der NichtraucherInnenschutz international an Priorität gewann und Rauchen, so wie die Abhängigkeit von illegalen Drogen, als gravierendes Gesundheitsproblem gesehen wird.

Das WHO „Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs“ (WHO-FCTC), das bis Ende 2012 von 176 Staaten inklusive Österreich ratifiziert wurde, sieht unter anderem vor, dass die Werbung für Tabakwaren generell verboten wird, dass an Arbeitsplätzen in geschlossenen Räumen nicht geraucht werden darf und dass die Verbrauchssteuern für Tabak auf ein hohes Niveau gesetzt werden. Auch zu Tabakmonitoring, Tabakproduktregulation, Angeboten zur Tabakentwöhnung und umfassenden Schulungsmaßnahmen von Gesundheitsfachkräften hat sich Österreich mit der Ratifizierung der FCTC verpflichtet. Die EU Tabakwerberichtlinie-Richtlinie 2003/33/EG, die ein partielles Werbeverbot für Tabakwerbung vorsieht, ist für Österreich verbindlich.

Die für Österreich maßgeblichen legislativen Regelungen zum Tabakbereich finden sich im Tabakgesetz und in anderen Gesetzen (z. B. Tabakmonopolgesetz, Tabaksteuergesetz, ArbeitnehmerInnenschutzgesetz etc.) sowie in den entsprechenden Durchführungsverordnungen. Seit dem Jahr 2005 gilt in Österreich ein allgemeines Rauchverbot in Räumen öffentlicher Orte, in das mit Anfang 2009 auch die bis dahin ausgenommene Gastronomie mit einbezogen wurde, wo jedoch einige Ausnahmen formuliert wurden, die vor allem an Kriterien wie Größe und Bauweise des Lokals anknüpfen. Systematische Kontrollen sind im Tabakgesetz nicht vorgesehen, sondern erfolgen primär nach Anzeigen oder Beschwerden bei der jeweils zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde.

Das im Tabakgesetz verankerte generelle Tabakwerbe- und Sponsoringverbot geht deutlich über die EU Tabakwerberichtlinie hinaus, ist allerdings auf Grund diverser noch immer gewährter Ausnahmen weniger streng als die Zielvorstellungen der WHO-FCTC. Erlaubt sind in Österreich weiterhin gewisse Formen von Tabakwerbung und Tabakmarketing und Werbung in Printmedien, die außerhalb der EU hergestellt oder herausgegeben wurden. Auch die Ausnahmen vom Rauchverbot in der Gastronomie entsprechen nicht den Zielvorstellungen der WHO-FCTC.

Über die bereits bestehenden Umsetzungen der WHO-FCTC hinaus sollten weitere Bemühungen zur Erreichung der Zielvorstellungen des Rahmenübereinkommens angestrengt werden.

**Ziele im Umgang mit Tabak sind:**

- das Bewusstsein der Bevölkerung dahingehend zu schärfen, dass Tabakabhängigkeit die am weitesten verbreitete Form der Sucht und Ursache zahlreicher Erkrankungen sowohl bei RaucherInnen als auch bei dem Tabakrauch ausgesetzten NichtraucherInnen ist;
- mit besonderem Augenmerk auf Kinder und Jugendliche präventiv dahingehend zu wirken, dass möglichst wenige Personen anfangen zu rauchen;
- einen umfassenden Schutz der NichtraucherInnen – insbesondere der Kinder – vor Passivrauchen zu gewährleisten, indem mit aktiven Kontrollen und verstärkten Sanktionen darauf hingearbeitet wird, dass die gesetzlichen Regelungen das Rauchen betreffend – insbesondere die Jugendschutzbestimmungen und das Rauchverbot in öffentlichen Räumen – eingehalten werden, wobei in der Gastronomie ein ausnahmsloses Rauchverbot Platz greifen sollte;
- AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen sollten in ihrer beruflichen Praxis RaucherInnen auf die Auswirkungen des Tabakkonsums ansprechen und zu konkreten Entwöhnungsangeboten motivieren;
- in der Bevölkerung Risikokompetenz zu fördern und Menschen zu motivieren, das eigene Konsumverhalten zu reflektieren;
- zu gewährleisten, dass für süchtige RaucherInnen, die mit dem Rauchen aufhören möchten, ausreichend therapeutische Angebote und auch ausreichend Medikamente zur Unterstützung des Nikotinentzuges zur Verfügung gestellt und von den Krankenkassen bezahlt werden;

- zu gewährleisten, dass eine ausreichende Finanzierung präventiver Maßnahmen im Tabakbereich, idealerweise aus Mitteln der Tabaksteuer, zur Verfügung steht;
- dahingehend zu wirken, dass jene Personen, die rauchen wollen, ohne andere durch den Tabakrauch zu gefährden, nicht ausgegrenzt bzw. stigmatisiert werden.

## 7.6 Alkohol

Alkoholkonsum ist in Österreich gesellschaftlich sowie kulturell integriert. Moderater Alkoholkonsum wird nicht als problematisch angesehen. Österreich orientiert sich alkoholpolitisch an der 2006 veröffentlichten „EU-Alkohol-Strategie“ und der 2010 angenommenen „WHO-Alkohol-Strategie“, die beide für die Mitgliedstaaten nicht rechtsverbindlich sind. Beide Strategien zielen nicht auf den Alkoholkonsum an sich, sondern auf den problematischen Alkoholkonsum ab. Schwerpunkte beider Strategien sind der Schutz von jungen Menschen, Kindern und Ungeborenen, die Senkung der Zahl von Verletzungen und Todesfällen durch alkoholbedingte Straßenverkehrsunfälle, die Verhinderung alkoholbedingter Schäden bei Erwachsenen, die Verringerung negativer Folgen am Arbeitsplatz, Sensibilisierungsmaßnahmen und die Erhebung zuverlässiger Daten.

Es gibt in Österreich keine integrierte „Alkohol-Policy“, aber eine implizite Policy in Form einer Fülle von Alkohol betreffenden Bestimmungen in unterschiedlichen Gesetzen. Einige Formen der Alkoholwerbung sind gesetzlich geregelt (z.B. ist Spirituosenwerbung im österreichischen Fernsehen und Radio verboten). Darüber hinaus gibt es eine freiwillige Selbstkontrolle der Werbewirtschaft, die allerdings keine Sanktionen verhängen kann und erst im Nachhinein, aufgrund von Beschwerden über laufende Werbekampagnen, tätig wird.

Österreich vertritt keine erklärte Alkoholkontrollpolitik, sondern eine moderate Mittelposition im Sinne eines Interessenausgleichs zwischen allen betroffenen Gruppen. Der moderate Alkoholkonsum wird, wie auch in den meisten anderen europäischen Staaten, nicht problematisiert. Als Problem definiert wird hingegen Alkoholismus, exzessiver Alkoholkonsum und Alkoholkonsum in gefährlichen Situationen (Verkehr, Arbeit etc.).

**Ziele im Umgang mit Alkohol** sind:

- in der Bevölkerung Risikokompetenz zu fördern und Menschen zu motivieren, das eigene Konsumverhalten zu reflektieren;
- mit Präventionsmaßnahmen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit hinsichtlich der Gefahren des übermäßigen Alkoholkonsums und zur Verankerung des Konzepts der „Punktnüchternheit“ beizutragen; („Punktnüchternheit“ bedeutet Alkoholabstinenz im Straßenverkehr, bei anderen gefährlichen Tätigkeiten, während der Schwangerschaft und bei Erkrankungen, die Alkoholabstinenz erforderlich machen.);
- durch suchtpreventive Maßnahmen die Anzahl jener gering zu halten, die Probleme im Zusammenhang mit Alkohol entwickeln;

- bundesweit einheitliche Jugendschutzbestimmungen zu Alkohol zu entwickeln, diese in der Bevölkerung bekannt zu machen und deren Einhaltung zu kontrollieren;
- im Sinne der settingorientierten Prävention an Orten bzw. in Subkulturen, wo sich in Zusammenhang mit exzessivem Alkoholkonsum Probleme häufen, gezielte Gegenmaßnahmen zu entwickeln;
- Implementierung von arbeitsfeldübergreifenden Vernetzungsinitiativen und professionellen Strukturen der Zusammenarbeit für soziale Problemzonen im (halb) öffentlichen Raum, an denen sich wiederholt größere Personengruppen aufhalten, die primär Alkohol konsumieren und Multiproblematiken aufweisen;
- Erreichen von marginalisierten Personengruppen, welche im öffentlichen Raum vermehrt Alkohol konsumieren, und deren Integration in das Sozial- und Gesundheitssystem;
- Gewährleistung eines sozial verträglichen Nebeneinanders im öffentlichen Raum sowie Zurverfügungstellen von ausreichend Alternativen (z.B. Tageszentren) zum Aufenthalt im öffentlichen Raum;
- AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen, die in ihrer beruflichen Praxis auf Alkoholprobleme ihrer PatientInnen aufmerksam werden, zu schulen und zu motivieren, auf diese Probleme adäquat zu reagieren (Beratung, Kurzinterventionen, Überweisung an ProfessionistInnen bzw. an Einrichtungen des Suchthilfesystems);
- zu gewährleisten, dass Alkoholkranken ausreichende therapeutische Angebote zur Verfügung stehen;
- Bereitstellung von Hilfen für Angehörige von Alkoholkranken, insbesondere für Kinder.

## 7.7 Glücksspiel

Die Diskussion um die Folgen der Glücksspielsucht ist nicht neu, hat aber in den vergangenen Jahren im Zuge der Novellierung des Glücksspielgesetzes sowie durch die EuGH-Urteile zum Thema staatliches Glücksspielmonopol neue Aktualität erlangt. Die EU spricht sich nicht grundsätzlich gegen ein staatliches Glücksspielmonopol aus, verlangt aber eine klare Ausrichtung des Monopols nach SpielerInnenschutz Gesichtspunkten. In diesem Zusammenhang hat die EU übermäßige Werbeausgaben der AnbieterInnen als nicht mit dem SpielerInnenschutzgedanken vereinbar kritisiert.

In Österreich werden Glücksspiele durch das Glücksspielgesetz 1989 (GSpG) geregelt. Die Glücksspielgesetznovelle 2010 brachte wesentliche Änderungen in Richtung SpielerInnenschutz mit sich und führte auch zu einer Neuordnung des Glücksspielmarktes, insbesondere im Bereich der Konzessionen für das „kleine Glücksspiel“, die auf Basis von bundesrechtlichen Rahmenbedingungen nunmehr von den Ländern vergeben werden können. Die Neuordnung des Glücksspiels in Österreich schafft mit Zutrittskontrollen die Voraussetzung für strenge Jugendschutzbestimmungen sowie die Grundlage, um ProblemspielerInnen zu sperren. Außerdem wurde es für GlücksspielanbieterInnen ver-

pflichtend, speziell ausgebildete MitarbeiterInnen (Spielsuchtbeauftragte) anzustellen, die spielsuchtgefährdete Personen beraten, Behandlungsangebote nahebringen und gegebenenfalls Spielsperren über sie verfügen.

Auch die Verpflichtung zur Einhaltung eines verantwortungsvollen Maßstabes bei den Werbeauftritten der KonzessionärInnen wurde erstmals im Gesetz festgeschrieben, was in der Folge im Aufsichtswege kontrolliert wird. Im Jahr 2014 soll das Gesetz auf die Wirksamkeit der gesetzten SpielerInnenschutzmaßnahmen hin evaluiert werden. Wieweit sich diese neuen Regelungen bewähren bzw. neuerliche Anpassungen im Interesse des SpielerInnenschutzes notwendig sind, wird die Praxis in der nächsten Zeit zeigen. Mit der Glücksspielautomatenverordnung 2012 wird die Gewährleistung einer hohen Manipulations-sicherheit der Hard- und Softwarekomponenten von Glücksspielautomaten und die Überprüfbarkeit der aufgezeichneten und übermittelten Daten in den Vordergrund gerückt.

Die neuen Regelungen stellen allerdings keinen effizienten Versuch dar, die Maximal-einsätze und die maximale Spieldauer bei Automaten so zu regeln, dass große Verluste unmöglich werden. Die meisten Sportwetten, die ein vergleichbares Problempotenzial bergen, werden in Österreich im Gegensatz zu den meisten anderen europäischen Ländern nicht als Glücksspiel im Sinne des Glücksspielgesetzes eingestuft und sind bloß auf Landesebene geregelt. Sportwetten sollten in das Glücksspielgesetz einbezogen werden.

Noch nicht gelöst ist die Frage des Online-Glücksspiels, das einen immer größeren Marktanteil am Glücksspielmarkt einnimmt. Der Großteil der AnbieterInnen ist außerhalb Österreichs etabliert, innerstaatliche Regelungen wie in anderen Bereichen von Internetangeboten sind kaum durchsetzbar. Es bedarf daher intensiver Bemühungen – vor allem auf EU-Ebene –, damit der SpielerInnenschutz und die Steuerhoheit nicht ausgehöhlt werden. Effektive Kontrollmechanismen für Finanzströme in Drittstaaten könnten den Transfer von Glücksspieleinsätzen erschweren und zumindest Online-GlücksspielanbieterInnen, die außerhalb der EU angesiedelt sind, unattraktiver werden lassen. In diese Richtung sind entschiedene Schritte dringend notwendig.

**Ziele im Umgang mit Glücksspiel** sind:

- durch suchtpreventive Maßnahmen die Anzahl jener gering zu halten, die Probleme im Zusammenhang mit Glücksspiel entwickeln;
- die Glücksspielangebote so zu reglementieren, dass diese primär der Unterhaltung dienen und existenzbedrohende Verluste unwahrscheinlich werden;
- durch Kontrollen zu gewährleisten, dass der Jugendschutz und der SpielerInnen-schutz verbindlich eingehalten werden;
- die fachliche Ausbildung der Spielsuchtbeauftragten quantitativ und qualitativ verpflichtend vorzuschreiben und zu gewährleisten, dass diese sich nicht den gewinnorientierten Motiven der GlücksspielanbieterInnen unterordnen müssen;
- auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene Maßnahmen zu setzen, um illegale Online-GlücksspielanbieterInnen, die nicht an die in Österreich geltenden Bestimmungen gebunden sind, vom österreichischen Markt fernzuhalten.

- einen Teil der Einnahmen aus dem Glücksspiel den Bundesländern für deren Präventions- und Therapieaufgaben zur Verfügung zu stellen;
- zu gewährleisten, dass an Spielsucht Erkrankten ausreichend beratende bzw. therapeutische Angebote zur Verfügung stehen;
- durch bundesweite übergreifende freiwillige bzw. erzwungene Spielsperren für ProblemspielerInnen zu verhindern, dass diese existenzbedrohende Schulden anhäufen können, wobei auch Personen, die anderwärtig bei der Bezahlung ihrer Schulden säumig sind, automatisch mit Spielsperren belegt werden sollten (Grundlage: Warnliste der österreichischen Kreditinstitute, die vom Kreditschutzverband 1870 geführt wird);
- Spielsperren sollten bundesländer- und staatenübergreifend organisiert werden;
- Sportwetten, die ein vergleichbares Problempotenzial wie Automaten Spiele bergen, explizit als Glücksspiel einzustufen;
- Bereitstellung von Hilfen und Unterstützung für Angehörige.

## 7.8 Andere Verhaltensüchte

Als Verhaltensüchte gelten neben der Glücksspielsucht auch andere Verhaltensweisen, die den Grad des Üblichen erheblich überschreiten, wie Kaufsucht, Internetsucht, Arbeitssucht, Sexsucht, Sportsucht etc. Um der Gefahr der Beliebigkeit des Suchtbegriffs entgegenzuwirken, ist es – besonders im Zusammenhang mit Verhaltensüchten, wo eine klare Grenzziehung oft nur schwer möglich ist – wichtig, auf das Kriterium des Krankheitscharakters zu achten. Sucht darf nicht einfach mit Gewohnheit oder Problemverhaltensweisen, die (noch) der willentlichen Kontrolle der betroffenen Person unterliegen, gleichgesetzt werden. Von „Sucht“ ist erst zu sprechen, wenn das zu Grunde liegende Problemverhalten zu einem sich verselbständigenden, prozesshaft fortschreitenden Problemverhalten mit Eigendynamik wird.

**Ziele im Umgang mit anderen Verhaltensüchten** sind:

- durch suchtpreventive Maßnahmen die Anzahl jener gering zu halten, die in diesem Zusammenhang Probleme entwickeln;
- zu gewährleisten, dass für Erkrankte ausreichende Beratungs- und Therapieangebote zur Verfügung stehen;
- mehr Information für die Öffentlichkeit bereitzustellen, da gerade Verhaltensüchte vielfach noch nicht als Problem erkannt werden;
- Anerkennung der unterschiedlichen Verhaltensüchte als eigenständige Krankheitsbilder;
- Verbesserung der Datengrundlage und Weiterentwicklung (Vereinheitlichung und Standardisierung) der Diagnostik- und Behandlungsinstrumente;
- das Bewusstsein dafür zu fördern, dass die Suchtkrankheit eine schwere Erkrankung darstellt und dass nicht beliebige Problemverhaltensweisen, die (noch) der willentlichen Kontrolle der betroffenen Person unterliegen, mit Sucht gleichgesetzt werden.

## 7.9 Doping und Neuro-Enhancement

Seit langem ist Doping im Sport verboten und überführte AthletInnen werden von Wettkämpfen ausgeschlossen. Bei Doping handelt es sich einerseits um eine Verzerrung des sportlichen Wettbewerbs und oft um eine erhebliche Gesundheitsgefährdung – aber kaum je um ein Suchtproblem. Das Dopingverbot im Leistungssport wird von der WADA (World Anti-Doping Agency) und NADA (Nationale Anti Doping Agentur) präzisiert und überwacht.

In letzter Zeit hat auch das Thema „Neuro-Enhancement“, also die gezielte Einnahme von psychoaktiven Substanzen zur Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit, an Stellenwert gewonnen. Der Diskurs zu diesem Thema wird mitunter sehr kontroversiell geführt. Die einen lehnen den Einsatz von psychoaktiven Substanzen zur Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit kategorisch ab, andere wieder finden, dass Individuen berechtigt sind, ihre kognitive Leistungsfähigkeit zu steigern.

Der ärztlich verordnete und kontrollierte Einsatz von Medikamenten, um krankheits- oder altersbedingte schwere Beeinträchtigungen auszugleichen ist ohne Frage legitim, sofern die zu erwartenden positiven Effekte die zu erwartenden negativen Auswirkungen und Gefahren deutlich überwiegen, da man in diesen Fällen die Lebensqualität der Betroffenen nachhaltig verbessern kann.

**Ziele im Umgang mit Doping und Neuro-Enhancement** sind:

- durch präventive Maßnahmen in der Bevölkerung das Bewusstsein dafür zu schärfen, dass beide Praktiken ein erhebliches Gesundheitsrisiko mit sich bringen (durch Doping wird die Grundidee des Massensports, die Gesundheit möglichst lange zu erhalten, ad absurdum geführt, und auch medizinisch nicht indiziertes Neuro-Enhancement birgt große Gefahren in sich).
- in der Bevölkerung Risikokompetenz zu fördern und Menschen zu motivieren, das eigene Konsumverhalten zu reflektieren;
- angebotsseitig gegen den groß angelegten illegalen Handel mit diesen Substanzen vorzugehen.
- Die Ablehnung von ungerechtfertigtem Neuro-Enhancement darf aber nicht dazu führen, dass die ärztlich verordnete medikamentöse Verbesserung der Lebensqualität im Sinne eines Ausgleichs von krankheits- oder altersbedingten schweren Beeinträchtigungen problematisiert oder gar illegalisiert wird.

# 8 Interventionsfelder

## 8.1 Interventionsfeld: Suchtprävention

### 8.1.1 Organisation der Suchtprävention in Österreich und Zielsetzung

Ein wesentliches Element der Suchtprävention in Österreich ist, dass in jedem Bundesland eine Fachstelle für Suchtprävention existiert. Die Fachstellen agieren dabei langfristig als Kompetenzzentren und Vernetzungsgremien, die auf die Vielfältigkeit von Präventionsarbeit in den unterschiedlichen Bereichen Bezug nehmen, selbst suchtpreventive Aktivitäten initiieren und bei Bedarf präventiv tätige Personen in der außerschulischen Jugendarbeit, in Vereinen, in Schulen, in Betrieben usw. partnerschaftlich unterstützen und beraten. Suchtpräventionsaktivitäten in der schulischen und außerschulischen Jugendarbeit, im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie die Einbindung der Polizei etc. sollten mit den Fachstellen für Suchtprävention abgestimmt sein. So kann ein hohes Maß an Qualität, Wissenschaftlichkeit, Einheitlichkeit in der Ausrichtung, vernetztes Vorgehen und Nachhaltigkeit bei suchtpreventiven Maßnahmen gewährleistet werden.

Wichtig ist, dass die Fachstellen der Bundesländer miteinander regelmäßigen Austausch betreiben, um ihre Aktivitäten untereinander abzustimmen, gemeinsame Zielrichtungen festzulegen und Synergien zu nutzen. Die Fachstellen für Suchtprävention in den Bundesländern sollten gesetzlich verankert werden und über eine gesicherte und ausreichende Finanzierung durch Bundes- und Landesstellen sowie Sozialversicherungen verfügen.

#### 8.1.1.1 Leitbild der Fachstellen für Suchtprävention

Im Rahmen einer vom Gesundheitsministerium und der Europäischen Kommission im Jahr 1998 geförderten Leitbildstudie zum Thema „Professionelle Suchtprävention in Österreich“ wurde von den Österreichischen Fachstellen für Suchtprävention unter fachlicher Leitung des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Suchtforschung in Kooperation mit dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen eine umfassende Bestandsaufnahme der relevanten Präventionskonzepte und Begriffssysteme durchgeführt und veröffentlicht (Uhl & Springer, 2002). Als grundlegende Leitlinie bietet diese Publikation auch heute noch allen an Suchtprävention interessierten Personen einen leicht fassbaren Überblick über elementare, konzeptuelle und sprachliche Grundlagen der Suchtprävention in Österreich. Der Text ist allerdings nicht mehr in allen Punkten zeitgemäß und sollte daher grundlegend überarbeitet werden.

#### 8.1.1.2 Aufgabenfelder der Fachstellen für Suchtprävention nach dem Leitbild der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention

Das genannte Leitbild „Professionelle Suchtprävention in Österreich“ betont, dass die Fachstellen für Suchtprävention ihrem Auftrag entsprechend zwar primär praxisorientiert sind, weist diesen aber auch eine ExpertInnenrolle im Zusammenhang mit der Entwicklung

von Präventionsstrategien und -materialien und dem Aufbau regionaler Netzwerke im Bereich „Prävention sowie der Öffentlichkeitsarbeit“ zu.

MitarbeiterInnen der Fachstellen arbeiten zwar im Sinne des direkten Ansatzes immer wieder auch mit der eigentlichen Zielgruppe, aber im Sinne des indirekten Ansatzes bevorzugt mit Schlüsselpersonen (Bezugspersonen mit besonderem Einfluss auf das System), MultiplikatorInnen (Personen, die aufgrund ihrer Position zur Verbreitung von Wissen und Meinungen beitragen) sowie mit direkt mit der eigentlichen Zielgruppe interagierenden Personen (Eltern, LehrerInnen, JugendarbeiterInnen, Vorgesetzte am Arbeitsplatz, ÄrztInnen usw.).

Suchtprävention zielt einerseits auf Verhaltensprävention, um Zielpersonen zur Entscheidung gegen den gesundheitsgefährdenden Umgang mit psychoaktiven Substanzen und gegen Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial zu motivieren, und andererseits auf Verhältnisprävention, indem sie dahingehend wirkt, dass Rahmenbedingungen in den jeweiligen Settings in einer Art und Weise gestaltet werden, dass eine gesunde Entwicklung der Zielgruppe ohne Auftreten von Substanzmissbrauch und Suchterkrankung gefördert wird.

Alle Menschen, die mit anderen Menschen interagieren, können und sollen durch positive Beispielwirkung, durch Unterstützung anderer, durch Hilfestellung in belastenden Situationen usw. suchtpreventiv tätig sein. Mit öffentlichen Geldern unterstützte professionelle Suchtprävention ist jedoch eine Aufgabe, die ausschließlich in die Hände von gut ausgebildeten und kompetenten Präventionsfachleuten gehört (direkter Ansatz) bzw. von Schlüsselpersonen, MultiplikatorInnen und unmittelbar mit der eigentlichen Zielgruppe interagierenden Personen unter qualifizierter Anleitung durch professionelle Präventionsfachleute zu realisieren ist (indirekter Ansatz).

Diesen Zielsetzungen entsprechend ist in Bezug auf inhaltliche Grundlagen eine enge Zusammenarbeit mit der Suchtforschung notwendig. Die Umsetzung soll in enger Kooperation mit Strukturen, wie z. B. Schulen, Jugendzentren, Betrieben, Unternehmungen usw. sowie der Politik und Verwaltung erfolgen. Letztere gewährleisten einerseits die Finanzierung der Suchtprävention und greifen andererseits bei legislativen und Verwaltungsentscheidungen mit suchtpreventiver Relevanz auf die Expertise der PräventionsexpertInnen zurück.

## **8.1.2 Methoden und Zugänge zur Suchtprävention**

### **8.1.2.1 Systematische und koordinierte Planung von Suchtprävention**

Um nachhaltige suchtpreventive Zielsetzungen zu erreichen, bedarf es systematischer, wissenschaftlich begründeter und mit allen Beteiligten koordinierter Vorgangsweisen. Ungeeignet sind kurzfristige, aktionistische und unkoordinierte Einzelmaßnahmen. Hierzu sind in den Bundesländern Vernetzungsgremien zu schaffen, die sich regelmäßig treffen, um vernetztes Arbeiten sowie einen Know-How-Transfer von den Fachstellen zu den mit der Zielgruppe unmittelbar interagierenden Personen zu gewährleisten. Es ist notwendig,

dass die Suchtpräventionsfachstellen ihr Wissen allen präventiv tätigen Personen zur Verfügung stellen.

### **8.1.2.2 Das Verhältnis von Suchtprävention zur Gesundheitsförderung**

Universelle Suchtprävention ist Teil der umfassenden Gesundheitsförderung und zielt auf die Verhinderung von Substanzmissbrauch und Sucht. Es geht dabei um die Förderung von Lebenskompetenzen (Verhaltensprävention) sowie die Veränderung/Beeinflussung relevanter Umweltparameter (Verhältnisprävention) mit dem Ziel, gute Lebensbedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten in den jeweiligen Settings zu schaffen und Risikofaktoren möglichst zu minimieren/reduzieren (z. B. soziale Ausgrenzung in der Schule).

Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa Charta (WHO, 1986a) orientiert sich am Gesundheitsbegriff der WHO (1946) und geht somit weit über die Verhinderung von Krankheit hinaus. In Bezug auf Suchtprävention ist es wichtig, zwischen allgemeiner Gesundheitsförderung und gesundheitsfördernden Ansätzen in der Suchtprävention zu differenzieren. Es gibt empirische Belege, dass gesundheitsfördernde Ansätze im Rahmen der universellen Suchtprävention, z. B. Lebenskompetenzprogramme, die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung von Substanzmissbrauch und Sucht verringern.

Das „partizipativ-emanzipatorische“ Menschenbild der Gesundheitsförderung baut auf der Überzeugung auf, dass die meisten Menschen in der Lage sind, für sich und ihr Umfeld autonom richtige Entscheidungen zu treffen, wenn man sie darin unterstützt, Lebenskompetenz zu entwickeln, wenn man sie umfassend und ausgewogen informiert, wenn man sie ermutigt, Entscheidungen zu treffen, und wenn man sie anleitet, ein zufriedenes Leben anzustreben sowie mit Risiken sinnvoll umzugehen.

Hingegen widersprechen auf einem „paternalistisch-kontrollierenden Menschenbild“ fußende Bestrebungen, die normative Vorgaben für eine gewünschte Lebensgestaltung beinhalten, sowie Tendenzen, Gesundheit zum vorrangigen Lebensinhalt zu stilisieren (Healthism) dem Ansatz der Ottawa Charta diametral (WHO, 1986b).

Das in der Gesundheitsförderung ebenfalls populäre Konzept „Mache die gesunde Alternative zur leichten Alternative“ lässt sich auch in der Suchtprävention sinnvoll einsetzen. Darunter können eine breite Palette „positiver Maßnahmen“ subsumiert werden, die Anreize für Konsumreduktion bzw. Abstinenz sowie Konsum- und Verhaltensalternativen schaffen (z. B. gesetzliche Regelungen, die vorschreiben, nicht-alkoholische Getränke billiger als das billigste alkoholische Getränk anzubieten, „Dedicated Driver Programme“ etc.).

Die österreichische Suchtprävention orientiert sich grundsätzlich an einem partizipativ-emanzipatorischen Menschenbild, befürwortet aber auch Überzeugungsarbeit und positive Maßnahmen, um die Zielgruppe in Richtung gesunder Lebensgestaltung zu motivieren bzw. zu lenken.

### 8.1.2.3 Der Stellenwert von sachlich korrekter Information

Es entspricht einem demokratischen Grundverständnis, dass mündige und informierte BürgerInnen aus ihrer Sicht für sie richtige Entscheidungen treffen können. Von großer Bedeutung ist daher die sachliche Informationsvermittlung. Dazu gehören neben Hintergrundwissen über psychoaktive Substanzen und Sucht auch Information über mögliche rechtliche Konsequenzen, die der Konsum von legalen und illegalen Drogen nach sich ziehen kann. Allerdings darf Suchtprävention nicht auf reine Informationsweitergabe beschränkt werden, sondern muss immer mit anderen Maßnahmen verknüpft werden (je nach Zielgruppe eher im Sinne einer Stärkung der Lebenskompetenzen bzw. der Risikokompetenz oder Förderung des Risikobewusstseins).

### 8.1.2.4 Verhaltensprävention vs. Verhältnisprävention

Eine häufig verwendete Klassifikation unterteilt in „Verhältnisprävention“ vs. „Verhaltensprävention“, wobei Verhältnisprävention oft auch als „umgebungsorientierte Prävention“ oder „strukturelle Prävention“ bezeichnet wird und Verhaltensprävention als „personenorientierte Prävention“ oder „kommunikative Prävention“. Verhaltensprävention zielt darauf ab, die Zielpersonen zur Entscheidung in die gewünschte Richtung zu motivieren. Verhältnisprävention bedeutet Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass eine gesunde Entwicklung ohne Auftreten einer Suchterkrankung gefördert wird.

Bei der Verhaltensprävention geht es einerseits um die Förderung von Schutzfaktoren, erfahrungsbezogene/sachliche Wissensvermittlung, die Korrektur falscher Vorstellungen hinsichtlich Erwartungen wichtiger Bezugspersonen, des Freundeskreises oder der Mehrheit der Bevölkerung an die eigene Person („normative believes“), sowie Früherkennung und Frühintervention bei Problemverhaltensweisen (Schule, außerschulische Jugendarbeit, Allgemeinmedizin etc.). Bei Verhältnisprävention geht es um die Gestaltung einer sozialen, wirtschaftlichen und physikalischen Umgebung, die schädlichen Konsum unwahrscheinlicher macht oder verhindert. In Zusammenhang mit Verhaltensprävention ist wichtig, dass diese in der Regel aus Kapazitätsgründen nicht in großem Umfang von professionellen Präventionsfachkräften selbst (direkter Zugang) durchgeführt werden kann, sondern dass, im Sinne des indirekten Ansatzes, Schlüsselpersonen, MultiplikatorInnen sowie unmittelbar mit der eigentlichen Zielgruppe interagierende Personen von professionellen Präventionsfachkräften dazu angeleitet werden, in ihrem Interventionsfeld adäquat präventiv tätig zu sein.

Verhältnisprävention kann z. B. über gesetzliche Regulierungen, wie Rauchverbote in der Gastronomie, durch Aus- und Weiterbildungsangebote für LehrerInnen, ErzieherInnen, leitende Angestellte usw. erfolgen, um diese durch Förderungs-Maßnahmen bei der Verringerung suchtfördernder Rahmenbedingungen in ihrem Wirkungsfeld zu unterstützen, wie etwa mehr Raum für soziale Aktivitäten im Schulsetting und vieles mehr. In der Prävention ist eine ausgewogene Relation aus Verhältnisprävention und Verhaltensprävention anzustreben, um eine merkliche Verringerung von Problemen in Zusammenhang mit Substanzmissbrauch und Sucht zu erzielen.

### 8.1.2.5 Verhältnis der Prävention zur Wirtschaft und Interessenskonflikte

In Zusammenhang mit legalen psychoaktiven Substanzen und Verhaltensangeboten mit Suchtpotenzial gibt es zwei divergierende Denkrichtungen. Eine Seite betrachtet Gewerbe und Industrie als potentielle GegenspielerInnen des Gesundheitssektors und fordert, dass gesundheitsrelevante Entscheidungen ausschließlich vom Gesundheitssektor getroffen werden und dass Gewerbe und Industrie anschließend verpflichtet werden, sich an diese Vorgaben zu halten. Die andere Seite spricht sich dafür aus, gemeinsam mit Gewerbe und Industrie für alle Seiten akzeptable Lösungen zu erarbeiten, die dann von allen Seiten mitgetragen werden, und baut darauf auf, dass die Idee des Corporate Social Responsibility (CSR) von Gewerbe und Industrie ernst genommen wird.

Im Bereich Zigarettenproduktion und -vertrieb dominiert, nachdem die Tabakindustrie in der Vergangenheit eine unrühmliche Rolle im Umgang mit Forschungsergebnissen gespielt hat, eine stark industrietritische Position.

Bei psychotropen Medikamenten, die in der Medizin eine große Rolle spielen, wo ein Großteil der Forschung von der Pharmaindustrie finanziert wird und die Preisgestaltung von großer Wichtigkeit für die Kosten des Gesundheitssystems ist, ist die Kooperation zwischen Industrie und dem Gesundheitssektor seit langem State of the Art.

Die Alkoholpolitik betreffend gibt es auf EU-Ebene das „Alcohol and Health Forum“ (European Commission, 2007), in dem sich alkoholkritische Initiativen, VertreterInnen des Gesundheitssektors und der Alkoholindustrie über Zugänge zur europäischen Alkoholpolitik beraten. Jede/r TeilnehmerIn verpflichtet sich, einen überprüfaren Beitrag zur Reduzierung der Probleme im Zusammenhang mit Alkoholkonsum zu leisten. Verschiedene ProduzentInnen von alkoholischen Getränken haben in letzter Zeit betriebsintern verpflichtende Corporate-Social-Responsibility-Vereinbarungen erarbeitet.

Im Glücksspielbereich waren die konzessionierten Spielbanken schon lange gesetzlich verpflichtet gewesen, aktiv Maßnahmen zum SpielerInnenschutz zu setzen. Seit der Glücksspielgesetznovelle 2010 ist diese Verpflichtung auf die AnbieterInnen von kleinem Glücksspiel, die im Rahmen der Neuvergaben Konzessionen von den Ländern erhalten, ausgeweitet worden. Unter dem Schlagwort „Responsible Gaming“ ist es nun verpflichtend, speziell ausgebildete MitarbeiterInnen (Spielsuchtbeauftragte) anzustellen, die spielsuchtgefährdete Personen beraten, diesen Behandlungsangebote nahebringen und gegebenenfalls Spielsperren über sie verfügen können. Die Haftung der Betriebe für den Fall, dass sie dieser Verpflichtung nicht nachkommen, ist nunmehr gesetzlich festgeschrieben. Die bis dato getroffenen Maßnahmen zum SpielerInnenschutz gehen zwar in die richtige Richtung, sind aber noch unzureichend. Hier sind noch weitere Schritte zur Schulung der MitarbeiterInnen und zur Qualitätskontrolle nötig.

Gesundheitspolitische Ziele können bzw. werden immer wieder mit den Interessen anderer Politikbereiche kollidieren. Gesundheitspolitik ist der Förderung und Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung bzw. der Wiederherstellung der Gesundheit verpflichtet. Gesundheitsfaktoren können aber nicht von der Gesundheitspolitik allein beeinflusst werden. Das Prinzip „Gesundheit in allen Politikfeldern“ verlangt gebündelte Anstrengungen in allen Politikfeldern. Auch im Bereich der Suchtprävention sind alle tangierten Politikfelder, einschließlich der Wirtschaft, verpflichtet, diesen Ansatz zu verfolgen. Nur so können die Gesundheitsziele wirksam und nachhaltig gefördert werden. Wo „Maximallösungen“ nicht umsetzbar sind, sondern im Sinne breiter Akzeptanz Kompromisse gesucht und gefunden werden müssen, sollen die Interaktionen der Politikfelder möglichst transparent sein. Die gesundheitspolitischen Ziele (beispielsweise zum Jugend- oder zum NichtraucherInnen-schutz) sollen im Prozessverlauf von der Bevölkerung nachvollzogen werden können.

### **8.1.3 Direkte Zielgruppen der Prävention**

#### **8.1.3.1 Kinder und Jugendliche**

Die Ursachen für Substanzmissbrauch und Suchtentwicklung sind häufig bereits im frühen Kindesalter zu finden, stehen aber bei jungen Menschen auch oft in engem Zusammenhang mit Pubertäts- und Adoleszenzproblemen. Die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und der Erwerb von Lebenskompetenzen wie Selbstwertgefühl, Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit, aber auch das Erlernen der Übernahme von Verantwortung für sich und die Mitmenschen, sind daher zentrale Aufgaben von Suchtprävention. Kinder und Jugendliche sollen ermutigt werden, bei Problemen Hilfe und Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Das bedeutet einerseits, passende Angebote zu setzen, und andererseits, auch durch Verhältnisprävention Möglichkeiten zum erfolgreichen Ausprobieren und Üben von Verhaltensweisen zu schaffen, die mit Risiken und Gefährdungspotenzialen verbunden sind (z. B. Abenteuerpädagogik, „Risklecting“ etc.).

Im Sinne gelebter Partizipation sollten Jugendliche von Beginn an in die Entwicklung, die Umsetzung, in Entscheidungsprozesse, das Projektmanagement und die Evaluation von Präventionsmaßnahmen eingebunden werden. Alle Maßnahmen müssen gleichzeitig an den Lebenswelten und -themen der Jugendlichen ansetzen und sind darauf auszurichten, Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der Jugendlichen zu fördern. Gleichzeitig sollten die Maßnahmen auf den vorhandenen Ressourcen der Jugendlichen aufbauen und nicht die möglichen, zukünftigen „Defizite“ und „Probleme“ in den Mittelpunkt stellen. Es sollen nicht nur Verzicht, sondern auch attraktive Alternativen und andere Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, ohne bestimmend und belehrend zu sein.

Beim Einsatz von Methoden wie „Peer-Education“ (Kinder und Jugendliche die auf Personen ihrer Sozialgruppe Einfluss nehmen) bzw. „Young Preventive Multipliers“ (z. B. eigens ausgebildete ältere Schüler, die bei jüngeren präventive Arbeit leisten) muss genau auf Rolle und Funktion der Agierenden geachtet werden. Nicht wünschenswert ist in diesem

Zusammenhang, dass von Erwachsenen nominierte Jugendliche einen Sonderstatus im Sinne von „besonderer Wichtigkeit“ erhalten, zu viel Verantwortung übertragen bekommen oder gar vom Schulsystem für „Spitzelaufgaben“ missbraucht werden.

Da die Bereiche Sucht und Gewalt bei Jugendlichen sehr eng miteinander verbunden sind, ist es wichtig, Sucht- und Gewaltprävention zu koordinieren. Im Kindesalter und teilweise auch im Jugendalter sind die universell-präventiven Maßnahmen in beiden Feldern ohnehin weitgehend identisch.

### **8.1.3.2 Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Risiko**

Kinder aus „Problemfamilien“, z.B. mit suchtkranken, anders psychiatrisch kranken, gewalttätigen, kriminellen oder die Kinder vernachlässigenden Eltern sind in erhöhtem Maße gefährdet, Suchtprobleme zu entwickeln. In diesem Bereich ist sowohl die Suchtprävention als auch die Suchthilfe, Psychiatrie und Jugendwohlfahrt gefordert. Die österreichischen Fachstellen für Suchtprävention koordinieren das regionale ENCARE Netzwerk, das aus einem europäischen Projekt zum Thema „Kinder, deren Entwicklung durch problembelastete familiäre Verhältnisse gefährdet ist“ hervorgegangen ist, und setzen entsprechend den vorhandenen Ressourcen konkrete Unterstützungsangebote. Auch viele Beratungsstellen und behandelnde Einrichtungen beschäftigen sich schwerpunktmäßig mit diesem Thema. In den letzten Jahren wurden in den einzelnen Bundesländern vermehrt Kooperationsvereinbarungen zwischen Jugendwohlfahrt und Suchthilfe ausgearbeitet mit dem Ziel, suchtkranken Eltern durch gezielte Unterstützung sowie angemessene Kontrolle den Verbleib der Kinder bei den Eltern zu ermöglichen.

Es muss betont werden, dass es auch zahlreiche Kinder aus Familien mit erhöhtem Risiko gibt, bei denen sich trotz schwieriger Rahmenbedingungen keine merklichen Folgeerscheinungen abzeichnen. Nicht zuletzt aus diesem Grund hat sich in der Jugendwohlfahrt die Überzeugung durchgesetzt, dass die Fremdunterbringung derart betroffener Kinder oft weit schlimmere Auswirkungen haben kann als der Verbleib in der Familie.

Es sollte in Zukunft verstärkt an der zentralen Frage gearbeitet werden, welche Unterstützung Eltern mit einer Abhängigkeitserkrankung brauchen, um ein möglichst adäquates Erziehungsangebot und Umfeld für ihre Kinder schaffen zu können (GÖG/ÖBIG, 2011). Die Begleitung von Kindern aus Familien mit erhöhtem Risiko erfordert viel Zeit und Koordination, wofür entsprechende personelle Ressourcen vorzusehen sind.

Hier sind zusätzlich zu den bestehenden weitere Angebote, wie ein größeres Angebot an Eltern-Kind-Therapien, notwendig. Es müssen dazu aber nicht unbedingt neue Einrichtungen geschaffen werden, teilweise müssen nur neue Formen der Koordination zwischen bereits bestehenden Hilffsystemen angestrebt werden.

Fremdunterbringung sollte grundsätzlich nur als letzte Möglichkeit in Betracht gezogen werden. Die Entscheidung über den Verbleib in der Familie bzw. Fremdunterbringung ist im Einzelfall genauestens zu prüfen.

Die Annahme, dass man betroffene Kinder nur dann erfolgreich unterstützen kann, wenn die Eltern gesunden bzw. ihre Probleme überwinden, ist zurückzuweisen. Erfolge bei den Eltern sind zwar wünschenswert und hilfreich, aber auch in Fällen, in denen es nicht gelingt, die Probleme bzw. Erkrankung der Eltern zu beseitigen, gibt es nützliche Unterstützungsangebote für die betroffenen Kinder. Zudem braucht es nicht-therapeutische Angebote mit entsprechend geschultem pädagogischem bzw. sozialtherapeutischem Personal, wo betroffene Kinder und Jugendliche „Normalität“ erfahren können.

### **8.1.3.3 Erwachsene**

Wiewohl sich suchtpreventive Aktivitäten in erster Linie an die Zielgruppe „Kinder und Jugendliche“ wenden, sind auch Erwachsene, sowohl generell als auch speziell in bestimmten Lebensphasen oder Situationen speziell, eine wichtige Zielgruppe (MitarbeiterInnen in Betrieben, Führerscheinneulinge, junge Paare mit Kinderwunsch, Schwangere und deren PartnerInnen, psychiatrische PatientInnen, Flüchtlinge, Eltern als Vorbilder für ihre Kinder, Nachschulungsverpflichtete, PensionistInnen usw.).

### **8.1.4 Indirekte Zielgruppen der Prävention**

Eine Aufgabe der professionellen Suchtprevention ist es, Schlüsselpersonen, MultiplikatorInnen und unmittelbar mit der eigentlichen Zielgruppe interagierende Personen über Suchtprevention zu informieren sowie Hilfen zur persönlichen und fachlichen Reflexion anzubieten. Das beinhaltet allgemeine Information, Aus- und Weiterbildung sowie Supervision in unterschiedlichen Settings und für unterschiedliche Settings.

### **8.1.5 Settings**

Als „Settings“ werden unterschiedliche soziale Systeme bezeichnet, d. h. Lebensräume, die eine institutionell-organisatorische Einheit darstellen wie Familie, Kinderbetreuungseinrichtungen, Schule, außerschulische offene und verbandliche Jugendarbeit, Arbeitswelt oder Gemeinden. Suchtprevention in „Settings“ hat den Vorzug, dass verschiedene präventive Strategien gebündelt werden können. Damit werden ganzheitliche und umfassende Interventionen möglich, die an Verhaltens- und Verhältnisaspekten ansetzen und gleichzeitig mehrere beteiligte Gruppen und deren Interaktionen ansprechen. In Österreich wurde und wird eine breite Vielfalt an Projekten auf Basis des „Setting-Ansatzes“, sowohl ausgehend von den institutionell-organisatorischen TrägerInnen (z. B. KindergartenbetreiberInnen, SchulerhalterInnen, Gemeinden, Betrieben etc.) als auch von den Fachstellen für Suchtprevention bzw. in enger Kooperation mit diesen, realisiert.

Ausgehend von der Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung liegt dem Setting-Ansatz die Annahme zugrunde, dass Gesundheit durch die Schaffung gesund-

heitsförderlicher Rahmenbedingungen positiv beeinflusst werden kann. Da die Rahmenbedingungen in sozialen Systemen die Gesundheit von Individuen wesentlich mitbestimmen, werden Veränderungsprozesse von und in diesen Systemen gefördert.

Der Settingansatz gilt als Schlüsselstrategie im Methodenkanon der Gesundheitsförderung und Suchtprävention und sollte als solche verstärkt beschrritten werden.

#### **8.1.5.1 Setting Gesundheitsversorgung und helfende Berufe**

Die Kooperation der professionellen Suchtprävention mit ÄrztInnen und anderen helfenden Berufen ist komplex, weil letztere meist auf jene Probleme fokussieren, wegen derer die PatientInnen/KlientInnen sie aufgesucht haben, weil sie pro PatientIn/KlientIn nur über begrenzt Zeit verfügen und oft auch fürchten, PatientInnen/KlientInnen zu verärgern, wenn sie Probleme ansprechen, derentwegen sie nicht konsultiert wurden. Da Substanzmissbrauch und Sucht allerdings Probleme sind, die das Tätigkeitsfeld von ÄrztInnen und helfenden Berufen unmittelbar tangieren, ist eine verstärkte Kooperation zwischen ÄrztInnen und der professionellen Suchtprävention im Interesse der PatientInnen/KlientInnen erforderlich.

#### **8.1.5.2 Setting Schwangerenberatung und Geburtsvorbereitung**

Es steht wissenschaftlich außer Frage, dass Alkoholkonsum, Tabakkonsum, Medikamentenkonsum und/oder der Konsum illegaler Drogen zu erheblichen Schädigungen und Problemen beim Fötus führen können. Sichere Grenzen, bis zu denen eine Frau die genannten Substanzen während der Schwangerschaft zu sich nehmen kann, ohne den Embryo zu schädigen, gibt es nicht. Eine wichtige Rolle fällt in diesem Zusammenhang GynäkologInnen im Bereich von Krankenanstalten, Ambulatorien und im niedergelassenen Bereich zu, die Schwangeren im Interesse der ungeborenen Kinder Abstinenz von Tabak, Alkohol, psychotropen Medikamenten und illegalen Drogen nahelegen können.

Hier ist es notwendig, eine gute Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Hilfssystemen aufzubauen. ÄrztInnen und GynäkologInnen sollen verstärkt über die Auswirkungen des Konsums von Alkohol, Tabak, Medikamenten und illegalen Drogen auf den Fötus informieren, da sie einen unmittelbaren Zugang zu ihren Patientinnen haben und mit professioneller Autorität sprechen können. Darüber hinaus muss es aber auch noch andere Informations- und Motivationsstrategien geben, da Risiken durch Substanzkonsum nur eines von vielen potentiellen Problemen bei der Entwicklung des Fötus darstellen, und ÄrztInnen unter Zeitdruck in ihrer Praxis Prioritäten setzen müssen.

Da die meisten Schwangeren sich um das Wohlergehen ihres Kindes sorgen, sind rasche und niederschwellige Beratungs- bzw. Behandlungsangebote im Rahmen des Suchthilfesystems für schwangere Frauen zu gewährleisten. Dabei ist allerdings zu beachten, dass bei Substanzabhängigen abrupte Entzüge Probleme verursachen können und in diesen Fällen langsame Entzüge bzw. Substitutionsbehandlung Methoden der Wahl sind.

Außerdem sollten auch PartnerInnen und das gesamte Umfeld für das Thema sensibilisiert und in die (Mit)Verantwortung genommen werden, um schwangere Frauen beim Verzicht auf Substanzen zu unterstützen, den eigenen Substanzkonsum (z.B. das Rauchen in gemeinsam benützten Räumen etc.) zu überdenken, und sich der Vorbildfunktion bewusst zu werden, die man einnimmt, wenn man mit Kindern lebt.

In diesem Zusammenhang sollen entsprechende Informationen in der Begleitbroschüre zum Mutter-Kind-Pass enthalten sein. Die Informationen an Schwangere sollten stets sachlich und angemessen sein. Übertriebene Gefahrenzuschreibungen werden von jenen, die wegen stärkeren Substanzkonsums primär angesprochen werden sollen, als unzutreffend abgetan und rufen bei jenen, die nur in geringem Maß Substanzen konsumieren, Ängste hervor. Man muss bedenken, dass Passivrauchen nicht überall vermeidbar ist, dass auf Medikamente nicht immer kategorisch verzichtet werden kann und dass viele Frauen, zumindest bevor sie sich ihrer Schwangerschaft bewusst werden, Tabak, Alkohol, Medikamente oder illegale Drogen konsumieren. Diese Frauen sollten nicht unnötig verunsichert werden.

### **8.1.5.3 Setting Familie**

Eltern und Familie haben einen besonders starken Einfluss auf die Entwicklung von Kindern, weswegen es zweckmäßig ist, hier einen besonderen Schwerpunkt zu setzen. Das Setting Familie ist aus präventiver Sicht ein sehr schwieriges Feld, weil man hier weitgehend auf Freiwilligkeit angewiesen ist und gerade jene Eltern, für die Einflussnahmen und Hilfestellungen besonders wichtig wären, oft den Kontakt zu professionellen Unterstützungsangeboten meiden. Eltern sind für die Suchtprävention oft schwer direkt zu erreichen, können aber über Fachkräfte in Kinderbetreuungseinrichtungen, Schulen, Beratungsstellen, Arztpraxen indirekt bzw. teilweise im Rahmen von Veranstaltungen für Eltern auch direkt erreicht werden. Hier gilt es, neue Konzepte zu entwickeln, wie speziell Familien mit erhöhtem Risiko besser erreicht werden können.

Eine entscheidende Rolle, die bedeutsamen Bezugspersonen – hier vor allem den Eltern – für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zukommt, ist die Vorbildwirkung Erwachsener und der Umstand, dass diese durch inadäquates Verhalten in kritischen Phasen sich abzeichnende oder vorhandene Probleme erheblich verstärken können. Das Bewusstsein, dass das eigene Substanzkonsumverhalten nachhaltige Auswirkungen auf das Konsumverhalten von Kindern hat, kann unmittelbar sowohl einen moderierenden Einfluss auf das Konsumverhalten der Erwachsenen als auch einen mittelbar moderierenden Einfluss auf das Verhalten der Kinder haben. Den Erziehungsberechtigten kommt auch eine besondere Verantwortung in den Bereichen „Früherkennung einer Gefährdung durch Suchtmittel“ sowie „Einleitung adäquater Frühinterventionen im Bedarfsfall“ zu. Das erfordert Sensibilisierung, Information und Unterstützung für Erwachsene.

Um diese Forderung umzusetzen, sollten Kooperationen der Bereiche Gesundheit, Soziales und Familie eingegangen werden, um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden bzw.

Lücken sinnvoll zu schließen. Exemplarisch zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang die Programme SFP (Strengthening Families Program), MST (Multisystemische Therapie) und MDFT (Multidimensionale Familientherapie), die sich bereits bewährt haben.

Es ist notwendig, die Erziehungskompetenz der Eltern zu stärken und sie zu einem partnerschaftlichen Miteinander mit ihren Kindern zu motivieren, um die Vertrauensbeziehung zwischen Eltern und Kindern zu fördern und zu stärken. Eltern sollen dabei unterstützt werden, Kinder und Jugendliche auf dem Weg zu einem mündigen und verantwortungsbewussten Umgang mit psychoaktiven Substanzen und risikoreichen Verhaltensformen zu begleiten, mit ihren Kindern diesbezüglich im Gespräch zu bleiben, Situationen und Herausforderungen richtig einzuschätzen und gegebenenfalls bei Krisen hilfreich zu intervenieren. Sinngemäß gilt dies für alle Bezugspersonen, denen im Umfeld von Kindern und Jugendlichen Obsorge-, Erziehungs- und Bildungsaufgaben zukommen.

#### **8.1.5.4 Setting Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen**

Da KindergartenpädagogInnen, LehrerInnen und außerschulische JugendarbeiterInnen sowohl mit den ihnen anvertrauten Kindern als auch mit deren Eltern interagieren, sind sie eine wichtige Zielgruppe für die professionelle Suchtprävention. Es ist in diesem Zusammenhang gelungen, vielerorts umfassende suchtpreventive Maßnahmen zu etablieren und die suchtpreventiven Kompetenzen der Zielgruppe zu erhöhen.

Gesundheitsförderung und Suchtprävention sollte so früh wie möglich beginnen. Es muss bereits in Kinderkrippen, Kindergärten und im Rahmen der Kindertagesbetreuung damit begonnen werden. Es gibt eine Reihe von anerkannten Konzepten für diese Setting.

#### **8.1.5.5 Setting Schule**

Suchtprävention spielt insbesondere in Schulen eine große Rolle, wobei üblicherweise, im Sinne eines suchtübergreifenden Ansatzes, Alkohol gemeinsam mit Tabak, illegalen Drogen, psychoaktiven Substanzen und Verhaltenssuchten behandelt wird und, im Sinne der Gesundheitsförderung, ein demokratisch emanzipatorischer Zugang angestrebt wird. Eine wichtige Funktion nehmen in diesem Zusammenhang unterstützende Materialien ein, die von den Fachstellen für Suchtprävention, dem Gesundheitsministerium und dem Unterrichtsministerium zur Verfügung gestellt werden (Informationsbroschüren, Arbeitsmanuale und Filme).

Suchtprävention ist im Rahmen des Unterrichtsprinzips „Gesundheitsförderung“ ein fixer Bestandteil des Schulwesens. Die professionellen von den Fachstellen für unterschiedliche Schulstufen angebotenen Präventionsprogramme sollten in diesem Zusammenhang flächendeckend eingesetzt werden. Damit das nicht an unzureichenden Ressourcen scheitert, sind sowohl Mittel für den Erwerb der Materialien als auch für eine adäquate Einschulung der diese Programme durchführenden Fachkräfte durch professionelle SuchtpräventionistInnen sicherzustellen.

Den Schulbehörden obliegt es, die Schulverantwortlichen über die Gesetzeslage zu informieren, um es zu ermöglichen, dass die Maßnahmen bei Verdacht auf Suchtmittelgebrauch von SchülerInnen in Übereinstimmung mit den Regeln des Suchtmittelgesetzes getroffen werden können.

#### **8.1.5.6 Setting Jugend und Freizeit**

Wenn Jugendliche schon frühzeitig aus dem Schulsystem fallen, sind sie über dieses nicht mehr zu erreichen. Oft sind es Jugendliche aus problembelasteten Familien bzw. in schwierigen Lebensbedingungen, die Unterstützung brauchen. Die Jugendarbeit und Projekte für arbeitssuchende Jugendliche bzw. SchulabbrecherInnen sind daher ein wichtiges Feld für die selektive Prävention. Geeignete Angebote müssen geschaffen bzw. ausgebaut werden. Kooperationen zwischen Jugendarbeit und Präventionseinrichtungen sollen in diesem Zusammenhang forciert werden.

Da die Teilnahme an außerschulischen Aktivitäten freiwillig ist, ist hier ein sensibler, akzeptanzorientierter Zugang besonders wichtig. Es ist nicht zielführend, wenn die außerschulische Jugendarbeit durch zu rigide Regeln und Rahmenbedingungen nur Jugendliche anspricht, die in Zusammenhang mit Substanzmissbrauch und Sucht wenig gefährdet sind, und vulnerable Jugendliche nicht erreicht. Da die in diesem Zusammenhang notwendige akzeptanzorientierte Haltung von LaiInnen oft fälschlich als Resignation oder Überidentifikation mit der Zielgruppe interpretiert wird, ist hier Bewusstseinsbildung von EntscheidungsträgerInnen und der Öffentlichkeit zu fordern.

#### **8.1.5.7 Setting Arbeitswelt**

Beeinträchtigung durch Alkohol oder illegale Drogen ist ein wesentlicher Risikofaktor in unfallträchtigen Situationen und bei Tätigkeiten, die hohe Aufmerksamkeit und Konzentration erfordern. Tabakkonsum führt in Anwesenheit anderer Personen zu deren Belästigung und, insbesondere in geschlossenen Räumen, auch zu deren gesundheitlichen Gefährdung.

Lange Zeit war die Motivation von Betrieben, suchtpreventiv tätig zu werden, eher gering. Hatten MitarbeiterInnen offensichtliche Substanzmissbrauchs- oder Suchtprobleme, wurden sie früher oder später gekündigt. Aus Angst um einen Imageverlust wollten die Betriebe das Thema nicht anrühren. Anstrengungen von einigen SuchttherapeutInnen und SuchtpräventionsexpertInnen waren allerdings erfolgreich, das Thema in größere Betriebe zu tragen, dort Führungskräfte zu schulen und das Interesse an derartigen Angeboten zu steigern. Diese Angebote haben zu einer deutlichen Reduktion der einschlägigen Probleme in den Betrieben und zu einem adäquateren Umgang mit Problemfällen geführt.

Seit einigen Jahren ist ein deutlicher Trend zu innerbetrieblichen Suchtpräventionsprogrammen festzustellen. Gesetzliche oder auf betrieblicher Ebene ausgesprochene Alkohol- oder Rauchverbote (Punktnüchternheit) am Arbeitsplatz können zwar den Konsum während der Arbeitszeit regeln, aber – aus kompetenzrechtlichen Gründen – während der Ruhepausen nicht ausreichend. Suchtprävention im Setting Arbeitswelt

muss darauf zielen, dass Verantwortliche und EntscheidungsträgerInnen in Betrieben dazu befähigt werden, in ihrem Arbeitsumfeld (sucht)präventiv wirksam werden zu können, Situationen und Herausforderungen richtig einzuschätzen und gegebenenfalls bei Bedarf/Krisen das entsprechende Unterstützungs- und Hilfsangebot in Anspruch nehmen. Dabei ist zu beachten, dass Süchtige ihr Konsumverhalten nicht einfach ändern können, und eine Unterstützung durch Beratungs- und Entwöhnungsangebote vorzusehen ist. Verbote sollten immer mit ergänzenden Angeboten Hand in Hand gehen. Die Anzahl der Programme, die von universalpräventiven Ansätzen (Arbeitsplatzbelastung, Angebot alkoholfreier Getränke in Kantinen und bei Betriebsfeiern etc.) über indizierte Prävention (Früherkennung von Gefährdeten, Motivationsgespräche etc.) bis zur Behandlung bereits erkrankter MitarbeiterInnen (über so genannte Stufenprogramme) reichen, hat in den letzten Jahren zugenommen. Dieser Ansatz sollte weiter verfolgt und intensiviert werden.

Bei all diesen Maßnahmen sind allerdings Grenzen einzuhalten. So sind zum Beispiel Rauchverbote auch in Arbeitspausen (wenn keine NichtraucherInnen beeinträchtigt werden) oder routinemäßige Alkohol- und Drogentests ohne konkreten Verdacht auf Beeinträchtigung mit einer demokratischen Gesellschaftsordnung unvereinbar.

#### **8.1.5.8 Setting Gemeinde**

Gemeindeorientierte Suchtprävention ist ein Ansatz, der von Schlüsselpersonen in regional begrenzten Gebieten, wie Gemeinden bzw. Stadtteilen, ausgeht und sich auf eine Projektgruppe, bestehend aus zentralen Personen aus unterschiedlichen Bereichen, stützt. In der Regel gibt es einen konkreten Anlassfall, der als relevantes Ärgernis oder Problem erlebt wird und in der Folge oft zum Ausgangspunkt für über das Anlassproblem hinausreichende suchtpreventive Aktivitäten wird. Gemeindeorientierte Prävention sollte nicht von der professionellen Suchtprävention ausgehen, sondern von dieser bloß fachlich unterstützt werden. Dieser Ansatz kann nur erfolgreich sein, wenn zentrale Personen der Gemeinde das Projekt aktiv unterstützen.

Wo gemeindenahere Präventionsinitiativen entstehen, sollten diese von öffentlicher Seite unterstützt werden, und die professionelle Suchtprävention sollte personell ausreichend ausgestattet sein, um den Betreuungsbedarf adäquat erfüllen zu können.

### **8.1.6 Gesetzliche Maßnahmen mit präventiven Zielsetzungen**

#### **8.1.6.1 Marketing- und Werbeeinschränkungen bzw. -verbote**

„Marketing“ bezeichnet sämtliche Maßnahmen der Absatzwirtschaft. „Werbung“ ist somit ein Teil des Marketings. Wird klassische Werbung, wie Plakate und Zeitungsinserate, gesetzlich eingeschränkt oder gesellschaftlich nicht akzeptiert, so verlagern sich die Werbeetats der Firmen erfahrungsgemäß auf Sponsoring, Productplacement, Online Marketing, Social Media Marketing und ähnliche Formen der Werbung. Maßnahmen gegen eine bestimmte Marketingmaßnahme sind daher wenig zweckmäßig, weil das bloß zu einer effektneutralen Verlagerung auf andere Marketingstrategien führt. Marke-

ting erfolgreich einzuschränken, ist zwar nicht einfach, aber auch nicht unmöglich, wie Erfahrungen aus anderen Ländern und auch Österreich zeigen. Dem Argument der Tabakwirtschaft, wonach sich in einem marktwirtschaftlichen System ein kategorisches Werbeverbot für legale Produkte nicht rechtfertigen lässt, weil sonst etablierte Produkte gegenüber neuen einen Marktvorteil haben, ist entgegenzusetzen, dass es nicht Ziel sein kann, neuen gefährlichen Produkten den Marktzugang leicht zu machen.

Es sollten Anstrengungen unternommen werden, verstärkt gesetzliche Werbebeschränkungen in den Bereichen legale Drogen und suchtfördernde Verhaltensweisen zu implementieren. Keinesfalls legitim dürfen Marketingmaßnahmen sein, die unwahre Behauptungen aufstellen oder anerkannten ethischen Grundsätzen widersprechen. Insbesondere Kinder und Jugendliche gelten hierfür als besonders empfänglich und sind daher vor solcher Werbung zu schützen. Auch Werbeverbote, wie das im Tabakgesetz verfügte weitgehende Werbe- und Sponsoringverbot für Tabakprodukte, das die rechtsverbindliche WHO-Rahmenkonvention zur Eindämmung des Tabakgebrauchs notwendig machte, oder das Spirituosenwerbeverbot im öffentlichen Rundfunk sind aus gesundheitspolitischen Überlegungen gerechtfertigt. Werbeeinschränkungen müssen mit gesetzlichen Strafdrohungen belegt und einer wirksamen Kontrolle durch staatliche Behörden unterstellt sein. Selbstkontrolle ist nicht ausreichend.

### **8.1.7 Aufklärung und Gegenwerbung**

Auch wenn viele Menschen über die Gefahren von Substanzmissbrauch und Verhaltenssüchten bereits informiert sind, ist die Vermittlung von sachlichen, fundierten und sensibel aufbereiteten Informationen über problematische Substanzen/Verhaltensweisen und Hilfsangebote an die Bevölkerung wichtig, wobei hier durchaus mit den Methoden der Werbung im Sinne von Counter-Advertisement (mit gängigen Marketingmethoden aufbereitete Informationen, die der Intention der kommerziellen Werbung widersprechen) gearbeitet werden soll. Die notwendigen Mittel sollen von Bund, Ländern und Sozialversicherung gemeinsam aufgebracht werden bzw. mit Einnahmen aus der Besteuerung von Alkohol, Tabak und Glücksspiel finanziert werden.

### **8.1.8 Preispolitik und Begrenzung der Öffnungszeiten**

Die von den nordeuropäischen Staaten über viele Jahrzehnte angewandte und auch heute noch als Methode der Wahl propagierte Strategie gegen den exzessiven Alkoholkonsum ist, die Preise durch hohe Verbrauchssteuern hochzuhalten, die Zahl der Alkohol verkaufenden Geschäfte und Alkohol ausschenkenden Betriebe zu beschränken und die Öffnungszeiten kurz zu halten. Diese Strategien wurden unter anderem von Babor et al. (2003) sowie Anderson & Baumberg (2006) als billig und besonders effektiv angepriesen. In Österreich wurden die diversen alkoholspezifischen Steuern, anders als im nordeuropäischen Raum, kaum je als Instrument zur gesundheitspolitisch motivierten Beschränkung des Alkoholkonsums betrachtet, sondern immer primär als Instrumente der Wirtschafts- und Fiskalpolitik eingesetzt.

Es ist unbestreitbar, dass starke Preiserhöhungen und starke Einschränkungen der Verfügbarkeit einen Einfluss auf das Konsumverhalten der Bevölkerung haben können. Wie die Entwicklung in mehreren Ländern zeigt, ist dieser Zusammenhang aber bei weitem nicht so stark ausgeprägt, wie dies Babor et al. vertreten. So sind in Österreich über die letzten 40 Jahre die realen Alkoholpreise um rund 50% gefallen, die Öffnungszeiten wurden weitgehend liberalisiert und trotzdem ist der durchschnittliche Alkoholkonsum der Erwachsenen um rund 25% zurückgegangen. Auch die Steuererhöhungen auf Tabakwaren im Zuge der Umsetzung der „WHO-Rahmenkonvention zur Eindämmung des Tabakgebrauchs“ haben in Österreich keinen deutlichen Rückgang beim Rauchen bewirkt, jedoch das Ausmaß des Zigarettschmuggels erhöht.

Es ist sicherlich akzeptabler, Steuern für Alkohol, Tabak oder Glücksspiel zu erhöhen als für notwendige Produkte des täglichen Lebens. Zweckmäßig wäre es in diesem Zusammenhang auch, die Verbrauchsteuern auf Alkohol laufend an die Inflation anzupassen und eine Verbrauchssteuer auch auf Wein einzuhoben. Sinnvoll sind auch gesetzliche Maßnahmen gegen die Förderung des exzessiven Alkoholkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Gastronomie (z. B. Verbot von Flat-Rate-Partys). Die Preise sollen dabei aber nie so hoch angesetzt werden, dass es zur weitreichenden Umgehung der legalen Produktions- und Vertriebswege kommt, dass sich dadurch lukrative Einnahmequellen für organisierte Kriminalität eröffnen, dass gesundheitliche Schäden durch stark toxische Schwarzmarktprodukte zunehmen und/oder dass legale Produkte für Personen mit geringem Einkommen fast unerschwinglich werden. Das Vorgehen gegen den illegalen Handel erfordert auch, dass sowohl die Gesetzgebung als auch die international organisierten AnbieterInnen von legalen Substanzen dieses Anliegen unterstützen und dass bei Zuwiderhandlung mit ernststen Konsequenzen zu rechnen ist. Darüber hinaus haben sich international die Lizenzierung von Schlüsselbetrieben der Zuliefererkette, die Kennzeichnung von Produkten zur Erleichterung ihrer Herkunftsbestimmung, effektive internationale Kooperationen, die intensive Strafverfolgung bei Verstößen gegen die Rechtsvorschriften sowie Kooperationsverpflichtungen von Konzernen als sinnvoll herausgestellt.

#### **8.1.8.1 Qualitätssicherung – KonsumentInnenschutz und -information**

Die Produktsicherheit bei der gewerblichen und bäuerlichen Alkoholproduktion wird beispielsweise durch den Lebensmittelcodex, die Abfindungsverordnung oder die Vergällungsverordnung geregelt; die WHO zählt Österreich zu jenen Staaten, die hier umfassende und ausreichende Sicherheitsmaßnahmen ergriffen haben. Überdies besteht eine gesonderte Kennzeichnungspflicht im Hinblick auf Getränke mit einem Alkoholgehalt von mehr als 1,2 Volumenprozent. Hier muss der Alkoholgehalt am Etikett des Gebindes angeführt werden. Gesundheitswarnungen auf alkoholischen Getränken (wie bei Tabakwaren und wie von manchen gefordert) sind derzeit in Österreich nicht vorgesehen. Derartige Bestimmungen wurden aber in einigen EU-Ländern, wie z. B. in Frankreich und Finnland, beschlossen. Durch verpflichtende Produktinformationen über Inhaltstoffe und relevante Angaben zur Gesundheitsgefährdung eines Produktes können KonsumentInnen informiert

und damit geschützt werden. Aus diesem Grund sollen auch Gesundheitswarnungen für besonders riskante Situationen (Alkohol im Straßenverkehr und bei gefährlichen Tätigkeiten, in der Schwangerschaft) auf alkoholischen Getränken vorgesehen werden.

Bei Tabakwaren existiert eine erhöhte Gefährdung der KonsumentInnen durch toxische Zusatzstoffe bei illegal erzeugten Zigaretten und eine Irreführung der KonsumentInnen durch Teer-, Nikotin- und Kohlenmonoxid-Angaben, die nahelegen, dass manche Zigaretten „leichter“ und daher weniger gesundheitsschädigend seien als andere, obwohl die explizite Bezeichnung als „leicht“ bzw. „light“ bereits gesetzlich verboten wurde. Im Sinne eines umfassenden VerbraucherInnenschutzes sind auch eine stärkere Reglementierung von Inhaltsstoffen und ein Verbot suchtvorstärkender bzw. attraktivitätssteigernder Zusatzstoffe dringend anzuraten. Die derzeitigen auf Zigarettenpackungen gesetzlich vorgesehenen Warnhinweise werden von ExpertInnen bezüglich Form und Inhalt als ausreichend beurteilt.

## **8.2 Interventionsfeld: Suchthilfe**

Aufgabenfelder der Suchthilfe sind Suchtberatung, Überlebenshilfe/Schadensminimierung, Suchttherapie und soziale sowie berufliche Integration bzw. Reintegration.

### **8.2.1 Kooperation mit Professionen und Institutionen außerhalb des Suchthilfesystems**

#### **8.2.1.1 Zuweisungen durch ÄrztInnen außerhalb des Suchthilfesystems**

Da ein Großteil der Bevölkerung regelmäßig mit dem medizinischen System in Kontakt kommt, ist die Früherkennung von Missbrauch und Sucht beim Arztbesuch von großer gesundheitspolitischer Bedeutung. Wichtig ist dabei das Verständnis innerhalb der ÄrztInnenschaft, dass es sich bei Sucht um eine Krankheit handelt und dass eine motivierende Grundhaltung erforderlich ist. Konfrontative Zugangsweisen erzeugen meist Widerstand (Reaktanz) und machen das Annehmen von Ratschlägen unwahrscheinlich. Mit den Mitteln der motivierenden Gesprächsführung gelingt es eher, das Problembewusstsein der PatientInnen und gegebenenfalls die Motivation zum Einstieg in professionelle Suchthilfeangebote zu fördern. Die Themen „Suchterkrankung“ und „motivierende Gesprächsführung“ sollten aus diesem Grund einen zentralen Stellenwert in der Aus- und Weiterbildung von MedizinerInnen einnehmen.

Fragen über den Substanzkonsum der PatientInnen bzw. zu Verhaltensweisen, die sich zu einer Sucht entwickeln könnten, sollten von ÄrztInnen immer dann gestellt werden, wenn sich ein Verdacht auf Substanzmissbrauch oder Sucht ergibt. Der routinemäßige Einsatz von Screening-Fragebögen ist wenig zweckmäßig, weil das der Idee der motivierenden Annäherung an die Problematik widerspricht und die Wahrscheinlichkeit senkt, dass PatientInnen wahrheitsgemäße Angaben machen und im Sinne ihrer Gesundheit kooperieren.

Wenn man von ÄrztInnen erwartet, dass sie mehr Zeit für die Abklärung von gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen und daran anschließende motivierende Beratungen verwenden, muss die mit diesem Ansatz verbundene Ausbildung und Mehrarbeit finanziell entsprechend abgegolten werden.

## **8.2.2 Suchtberatung und Informationsvermittlung**

Weder SubstanzmissbraucherInnen und Suchtkranke noch die nicht unmittelbar betroffene Bevölkerung sind in der Regel darüber informiert, welche einschlägigen Unterstützungs- und Behandlungsangebote es gibt. Entsprechend dem Ziel, Suchtgefährdete, SubstanzmissbraucherInnen und Suchtkranke möglichst rasch, noch bevor schwerwiegende Konsequenzen eingetreten sind, zu erreichen, sind sowohl Informationen zur Vermeidung besonders riskanter Verhaltensweisen (Safer Use Informationen) und als auch Informationen über Beratungs- sowie Behandlungsangebote von großer Bedeutung.

Um diesem Ziel zu entsprechen, muss es eine ausreichende Zahl an unterschiedlichen Unterstützungs- und Behandlungsangeboten geben, und diese müssen potentiellen Erstkontaktpersonen (ÄrztInnen, LehrerInnen, JugendarbeiterInnen etc.) bekannt sein bzw. für diese zumindest leicht (z. B. über das Internet) zugänglich sein.

Besonders Personen, die exzessiv oder süchtig legale Substanzen konsumieren, KonsumentInnen von neuen psychoaktiven Substanzen, KokainkonsumentInnen und von Verhaltenssüchten Betroffene, die (noch) ins Gesellschafts- und Arbeitsleben integriert sind, benötigen als ersten Zugang zur Suchthilfe anonyme Beratungs- und Informationsangebote über Internet und Telefon, die sie neben der Arbeit oder Ausbildung problemlos frequentieren können. Da diese preisgünstig, niederschwellig und auch an entlegenen Orten erreichbar sind, sollten diese ausgebaut und optimiert werden.

Für desintegrierte, obdachlose und/oder arbeitslose Suchtkranke sind hingegen aufsuchende Straßensozialarbeit und anonyme Angebote in Beratungsstellen vor Ort als primäre Anlaufstellen notwendig, ebenso wie auf die Vermittlung von Suchtkranken spezialisierte Einrichtungen zur Wohnungs- und Arbeitsvermittlung.

### **8.2.2.1 Safer Use Information**

Safer Use Informationen und sachliche Informationsvermittlung sind sowohl Aufgabe der selektiven Prävention als auch der Suchthilfe.

In diesen Bereich fallen sowohl Maßnahmen zur Propagierung von risikoärmeren Konsumformen als auch Maßnahmen zur Verhinderung des Umstiegs von anderen Konsumformen auf die injizierende Applikation (Busch & Eggerth, 2010). Auch Safer Use-Trainingsgruppen, Peer Education und Peer Support (Weitergabe von Information zu obigen Themen, Unterstützung und Hilfeleistung bei Konsum oder Notfall) sind hier zu nennen. Diese Informationen sollten möglichst breit gestreut werden – z. B. auch in Haftanstalten – und möglichst zielgruppengerecht gestaltet sein.

Als Maßnahmen zur Verringerung der Drogenopferzahl können auch Erste-Hilfes Schulungen für Drogenkonsumierende sowie Schulungen über mit dem Konsum verbundene Risiken und deren Prävention gezählt werden.

Ganz besonders wichtig ist es, KlientInnen nach einem Entzug wiederholt und eindringlich darauf hinzuweisen, dass sie infolge verringerter Toleranz bei Konsum jener Dosen, die sie vor dem Entzug gewöhnt waren, Gefahr laufen, an einer Überdosis zu sterben. Im Zusammenhang mit Entlassungs- und Therapieabbruchsmanagement nach Haft oder abstinenzorientierter Behandlung ist es wichtig, über Nachbetreuungsangebote und Kontaktmöglichkeiten zu informieren und diese möglichst niederschwellig und flächen-deckend zur Verfügung zu stellen.

### **8.2.3 Überlebenshilfe/Schadensminimierung**

#### **8.2.3.1 Medizinische Versorgungsprogramme**

Manche Suchtkranke, ganz besonders nicht anspruchsberechtigte Personen, wie z. B. eher AsylwerberInnen, nicht arbeitslos gemeldete Beschäftigungslose oder aus einem anderen Grund nicht Krankenversicherte, scheuen die Schwelle zum regulären medizinischen System, weshalb sie oft auch bei gravierenden Gesundheitsproblemen unbehandelt bleiben.

Niederschwellige und kostenlose Angebote der Überlebenshilfe sind daher wichtig. Diese sollen kostenlose Versorgungsprogramme für Suchtkranke inklusive allgemeinmedizinischer, fachärztlicher und Notfallversorgung sowie Krisenintervention durch (klinische) PsychologInnen, SozialarbeiterInnen bzw. PsychotherapeutInnen und Impfangebote im Rahmen des Suchthilfesystems beinhalten.

#### **8.2.3.2 Überdosierungsnotfall**

In der Vergangenheit wurden bei Überdosierungsnotfällen immer wieder Rettungseinsätze und Behandlungskosten in Rechnung gestellt. Nach neuerer höchstgerichtlicher Judikatur ist dies aber nicht rechtmäßig. Wenn bei Überdosierungsnotfällen aus Angst vor entstehenden Kosten keine professionelle Hilfe geholt wird, können vermeidbare Todesopfer die Folge sein. Es ist daher breite Aufklärungsarbeit notwendig, dass bei Notfällen (Alkoholintoxikation, Opiatüberdosierung) auf jeden Fall die Rettung verständigt werden soll – ohne Furcht vor Strafverfolgung und im Wissen, dass in der Folge keine Kosten in Rechnung gestellt werden.

#### **8.2.3.3 Aufsuchende Sozialarbeit**

Niederschwellig-aufsuchende Sozialarbeit (Streetwork) zur proaktiven Verhinderung von substanzbedingten Problemen und Folgeproblemen sowie zur Unterstützung von Suchtkranken auf dem Weg zu höherschwelligeren Behandlungsstrukturen hat inzwischen eine lange Tradition und ist heute kaum mehr aus der Suchthilfe wegzudenken. StreetworkerInnen betreuen primär suchtkranke Menschen, die sich im öffentlichen Raum aufhalten und der „offenen Drogenszene“ zugeordnet werden. MitarbeiterInnen der Mobilien Sozialen

Arbeit betreuen vorrangig Menschen, die durch Alkoholkonsum auffällig werden. Diese Form des Angebotes ist vor allem deswegen von großer Bedeutung, weil so Personen erreicht werden, die sonst keinen oder noch keinen Kontakt zum Suchthilfesystem aufnehmen würden. So besteht die Möglichkeit, in Krisen und bei akuten Gesundheitsproblemen direkt helfend einzugreifen, Hilfsangebote des Sozialsystems zu vermitteln und die Kontaktaufnahme zu den diversen Angeboten der Suchthilfe zu unterstützen.

Es ist besonders wichtig, diesen Zugang verstärkt zu fördern und auszuweiten, da große Gruppen von Betroffenen nur so vom Gesundheits- und Sozialsystem erreicht werden können.

#### **8.2.3.4 Spritzenabgabe und Spritzenaustausch**

Spritzenabgabe und Spritzenaustausch über Automaten bzw. in Beratungs-, Anlauf- oder Kontaktstellen ist ein Angebot, das in erster Linie darauf abzielt, HIV- und Hepatitis C-Infektionen zu vermeiden. Dabei handelt es sich um niederschwellige Angebote zum Tausch oder zur Abgabe sowie zur fachgerechten Entsorgung von sterilen Spritzen, Nadeln, Filtern und anderen Injektionsutensilien (Alkoholtupfer, Wasser, Ascorbinsäure als Säuerungsmittel, Löffel, Aufkochgefäße) sowie Utensilien für den nasalen oder inhalierenden Gebrauch.

Die Erfahrungen mit Spritzenaustauschangeboten zeigen, dass das Ziel, Infektionen durch intravenösen Drogengebrauch einzudämmen, in hohem Maße erfüllt werden konnte. Auch konnte damit die Gefährdung von Unbeteiligten durch weggeworfene Spritzen in Toiletten, Parks etc. deutlich verringert werden. Der unmittelbare Erfolg dieses Zuganges erklärt sich dadurch, dass Suchtkranke den Gratiszugang zu sterilen Spritzen annehmen. Indirekt wird dadurch das Bewusstsein geschärft, dass das gemeinsame und/oder wiederholte Nutzen von Spritzen ein erhebliches Infektionsrisiko darstellt.

Außerdem bringt der Spritzenaustausch in Beratungsstellen die KlientInnen dem Suchthilfesystem näher und erhöht somit die Wahrscheinlichkeit, dass letztlich höherschwellige Behandlungsangebote angenommen werden.

Spritzenabgabe und Spritzenaustausch sollten flächendeckend überall schnell und problemlos verfügbar sein, auch in Haftanstalten, Kliniken, Einrichtungen für Obdachlose etc. Um von den Betroffenen auch angenommen zu werden, sollten diese Angebote immer kombiniert mit Betreuung, Beratung und motivierender Gesprächsführung hinsichtlich einer Verbesserung und Veränderung der Lebensführung angeboten werden.

#### **8.2.3.5 Abgabe von Antagonisten an Süchtige und deren Umfeld zur raschen Intervention bei Notfällen**

In manchen Staaten wird der Opiatantagonist Naloxon nach einer vorherigen Schulung über das richtige Verhalten im Notfall an relevante Einrichtungen der Suchthilfe, nach einer vorangegangenen Schulung aber auch an Drogenkonsumierende und deren Angehörige abgegeben, um bei Opiatüberdosierungsnotfällen rasch lebensrettend intervenieren

zu können. Die Zweckmäßigkeit der Einführung einer solchen Option sollte geprüft und gegebenenfalls im Rahmen eines Pilotprojektes erprobt werden.

#### **8.2.3.6 Tagesaufenthaltsräume und Nachtschlafstellen, betreutes Wohnen**

Wenn sich offene Drogen- oder Alkoholszenen bilden und wenn intravenös Drogen konsumierende Suchtkranke in öffentlichen Toiletten, Parks etc. injizieren, leidet das Sicherheitsgefühl der Bevölkerung, und es wird die Sicherheit der Öffentlichkeit und polizeiliche Maßnahmen gefordert. Werden Suchtkranke von bestimmten Orten ferngehalten, ohne ihnen Alternativen anzubieten, so führt dies aber bloß zur regionalen Verlagerung der Problematik bzw. zu einem gänzlichen Verdrängen aus dem öffentlichen Raum in weniger kontrollierbare private Szenen, was weder im Interesse der Suchtkranken noch im Interesse der öffentlichen Sicherheit liegt. Aus diesem Grund sind Tagesaufenthaltsräume und Nachtschlafstellen ein wichtiges Angebot der Suchthilfe. Eine stabile, dauerhafte Wohnversorgung (betreutes Wohnen, eigener Wohnraum) ist so schnell wie möglich anzustreben, damit sich die KlientInnen stabilisieren können.

Diese Angebote sollten in die allgemeine Sozialversorgung integriert werden, da eine ausschließliche Vermittlung an Spezialeinrichtungen der Suchthilfe einerseits nicht finanzierbar (Doppelstruktur) und andererseits fachlich nicht sinnvoll (Gefahr der Stigmatisierung) ist.

#### **8.2.3.7 Drogenkonsumräume**

In manchen Ländern werden Drogenkonsumräume, in denen Suchtkranke mitgebrachte Drogen konsumieren können, angeboten. Dieses Angebot umfasst das Herstellen von stressfreien und hygienischen Konsumbedingungen (Desinfektion), die Vorbereitung der Injektion und Verwendung von schonendem Besteck, die Injektionstechnik und effektive Venenpflege, die Notfallsterilisierung, aber auch die fachgerechte Entsorgung von Konsumutensilien.

Wenn ein Teil der Suchtkranken, die zuvor im öffentlichen Raum konsumierten, derartige Angebote annimmt, reduzieren sich das subjektive Bedrohungsgefühl der Bevölkerung, die objektive Bedrohung durch herumliegende gebrauchte Spritzen und das Risiko für die KonsumentInnen selbst, weil die MitarbeiterInnen der Einrichtung Safer Use-Information und Beratung zu den Themen Substanz, Applikationsform und Setting vermitteln.

Die Einrichtung von Drogenkonsumräumen erfordert einen breiten politischen Konsensus sowie eine Anpassung der gesetzlichen Grundlagen, um Rechtssicherheit für KonsumentInnen, MitarbeiterInnen und die Exekutive zu schaffen.

#### **8.2.3.8 Versorgungseinrichtungen für die Palliativbehandlung von Langzeitabhängigen**

Es muss auch Versorgungseinrichtungen für die Palliativbehandlung von Langzeitabhängigen geben, die nicht der Abstinenz zugeführt oder durch Substitutionsbehandlung stabilisiert werden können. Derartiger Angebote bedarf es sowohl im Alkohol- als auch

im illegalen Drogenbereich, etwa nach dem Modell des Vinzidorfs, wo ehemals obdachlose Alkoholranke aufgenommen und betreut werden, ohne dass dies davon abhängig gemacht wird, dass sie ihren Substanzkonsum einschränken oder aufgeben.

#### **8.2.3.9 Maßnahmen in Haftanstalten**

Lange Zeit herrschte in der Öffentlichkeit die Überzeugung vor, dass infolge der streng kontrollierten Bedingungen in Gefängnissen illegaler Substanzkonsum keine Rolle spielt. Diese Annahme hat sich international als falsch herausgestellt. Totale Kontrolle ist auch in Haftanstalten nicht verwirklicht. Deshalb sind schadensbegrenzende Maßnahmen für Substanzen konsumierende InsassInnen, wie Spritzenabgabe bzw. -austausch, die Abgabe von Kondomen sowie die Möglichkeiten zur Suchtbehandlung – von Substitutionsbehandlung bis zu abstinenzorientierten Angeboten – von großer Bedeutung. In einigen Ländern bestehen, nach anfänglicher Skepsis, eindeutig positive Erfahrungen.

Da viele im Gefängnis abstinent gewordene Suchtkranke nach der Entlassung rasch rückfällig werden, ist ausreichende und für die Betroffenen verständlich formulierte Unterstützung bereits während der Haft und bei der Entlassung von großer Bedeutung. Im Zusammenhang mit dem Entlassungsmanagement nach der Haft ist es wichtig, über Nachbetreuungsangebote und Kontaktmöglichkeiten zu informieren sowie diese möglichst niederschwellig zur Verfügung zu stellen und zu warnen, dass die Toleranz nach Entzügen verringert ist, wodurch eine erhöhte Gefahr der Überdosierung besteht, die letal enden kann.

#### **8.2.3.10 Drug-Checking-Programme**

In einigen Ländern, unter anderem auch in Österreich, gibt es Drug-Checking-Programme, die es KonsumentInnen von neuen psychoaktiven Substanzen („Partydrogen“) ermöglichen, diese anonym auf ihre Zusammensetzung testen zu lassen und Beratung in Anspruch zu nehmen.

Ein übergeordnetes Ziel von Drug-Checking-Programmen ist das Erreichen einer schwer zugänglichen Zielgruppe über ein attraktives Angebot (Türöffnerfunktion, vertrauensbildende Maßnahme). Die Attraktivität dieses Angebotes lässt sich daran erkennen, dass im Rahmen von Drug-Checking-Programmen jeweils wesentlich mehr Beratungsgespräche als Substanzenanalysen durchgeführt werden.

Das individuelle Testergebnis, aber auch die Testergebnisse anderer Proben, dienen als Ansatzpunkt für Beratungsgespräche, in denen die Reflexion des Konsumverhaltens angeregt und zum Aufbau/zur Unterstützung der Risikokompetenz beigetragen wird. Darüber hinaus wird den KonsumentInnen das Bewusstsein vermittelt, dass sie häufig nicht die Substanz erhalten, die sie erwarten, und dass sie infolge unerwartet hoher Dosierungen sowie besonders gefährlicher Beimengungen mitunter weit stärker gefährdet sind, als sie annehmen. Außerdem lernen die KonsumentInnen über Drug-Checking-Programme MitarbeiterInnen des Suchthilfesystems kennen, an das sie sich in der Folge bei Problemen eher wenden als an für sie unbekannte Einrichtungen.

Die Warnung vor gesundheitlich besonders bedenklichen Inhaltsstoffen und das Monitoring des Schwarzmarktes sind gewünschte „Nebeneffekte“ dieses Ansatzes. Die ProtagonistInnen des Suchthilfesystems erfahren über Drug-Checking-Programme rasch von neuen psychoaktiven Substanzen, extremen Hochdosierungen und besonders gefährlichen Beimengungen. Die BesitzerInnen der getesteten Droge sowie potentiellen KonsumentInnen können gezielt gewarnt werden. Das Suchthilfesystem kann via Frühwarnmechanismus rasch informiert werden. Auf der Basis derartiger Erkenntnisse ist es auch möglich, auf gefährliche Substanzen gezielt zu reagieren.

Drug-Checking, so wie es derzeit durchgeführt wird, ist im Rahmen des geltenden Suchtmittelgesetzes legal möglich. Trotzdem wäre eine ganz eindeutige und explizite gesetzliche Regelung wünschenswert. Darüber hinaus sollten auch die rechtlichen Grundlagen für Drug-Checking in Beratungsstellen geklärt werden. Neue psychoaktive Substanzen spielen hauptsächlich in der Partyszene eine gewisse Rolle. Es werden immer neue Substanzen angeboten. Drug-Checking hat sich in diesem Zusammenhang bewährt und sollte weiter ausgebaut werden.

## **8.2.4 Suchtbehandlung**

### **8.2.4.1 Programme zur Reduktion des Substanzkonsums auf ein weniger gesundheitsgefährdendes Niveau**

Das Abrücken vom Abstinenzparadigma bei illegalen Drogen im Zuge der Etablierung der Substitutionsbehandlung, Erfahrungen mit zigarettenrauchenden Jugendlichen, die zwar für die Idee der Reduktion, nicht aber für die Idee der völligen Abstinenz zu gewinnen sind, Beobachtungen, dass viele Alkoholabhängige nach dem Entzug kontrolliert trinken, und positive Erfahrungen mit Programmen zum kontrollierten Alkoholkonsum (Körkel, 2002) sowie zum kontrollierten Rauchen (Drinkmann, 2002) schwächten die traditionelle Überzeugung in der Fachwelt, dass die erfolgreiche Behandlung von Substanzmissbrauch und Sucht nur mittels abstinenzorientierter Angebote zu erzielen sei. Dass es wenig sinnvoll ist, bei Verhaltenssuchten wie Kaufsucht, Arbeitssucht oder Computersucht völlige Abstinenz zu propagieren, verstärkte diesen Gesinnungswechsel in der Fachwelt.

Ziel der Suchtbehandlung ist, die Betroffenen dort abzuholen, wo sie stehen, ohne sie (mit Abstinenzansprüchen) zu überfordern. Es ist eine gesellschaftliche Verpflichtung, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um Menschen, die eine Veränderung ihres Substanzkonsumverhaltens anstreben, adäquate Angebote zu unterbreiten und diese Menschen mit ihren individuellen Zielvorstellungen ernst zu nehmen. Oft ist die Entscheidung von MissbraucherInnen und Suchtkranken, kontrollierten Konsum anzustreben, bloß ein erster Schritt, um Beratungs- und Behandlungsangebote in Anspruch zu nehmen. Bei jenen, die das Ziel erfolgreiche Konsumreduktion oder Konsumkontrolle erreichen, kommt es oft vor, dass sie sich letztlich dann für völlige Abstinenz entscheiden. Wenn sich Chancen zur Veränderung zeigen, sollten immer weiterführende Schritte initiiert bzw. empfohlen werden.

Für Alkohol- und Tabakabhängige sollte die erste Wahl zwar das Anraten von Abstinenz sein, wenn diese Anregung allerdings nicht aufgegriffen wird, stellt das Ziel „kontrollierter Konsum“ eine sinnvolle Alternative dar, die sich später als erster Schritt in Richtung Abstinenz herausstellen kann. Für nichtsüchtige SubstanzmissbraucherInnen sind Angebote mit dem Ziel „moderater Konsum“ besonders interessant und erfolgversprechend.

#### **8.2.4.2 Substitutionsbehandlung**

Die Substitutionsbehandlung (präziser formuliert substitutionsgestützte Behandlung, da die Verordnung von Substitutionsmedikamenten ja nur Teil des in diesem Zusammenhang vorgesehenen Therapie- und Bereuungsangebotes ist) ist heute aus dem Behandlungsangebot für Opiatabhängige nicht mehr wegzudenken. Die rechtlichen Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung in Österreich sind im Suchtmittelgesetz und in auf Grund des Suchtmittelgesetzes erlassenen Durchführungsverordnungen geregelt.

Erklärtes Ziel der Substitutionsbehandlung ist die soziale und gesundheitliche Stabilisierung der KlientInnen, die auch gut erreicht werden kann. Substitutionsbehandlung ermöglicht die Behandlung von bisher nicht erreichten oder bisher nicht gut abstinenzorientiert therapierbaren Suchtkranken, trägt zur Verringerung von Behandlungsabbrüchen sowie von Beikonsum bei und vermeidet gefährliche Risikosituationen. Außerdem reduziert Substitutionsbehandlung die Kriminalitätsbelastung der Bevölkerung im Zusammenhang mit Beschaffungskriminalität und verringert damit die Margen der international organisierten Kriminalität im Bereich des Drogenhandels. Erklärtes Ziel der Drogenpolitik ist es, möglichst viele Opiatabhängige unter kontrollierten und standardisierten Bedingungen in Substitutionsbehandlung zu bringen, um dadurch drogenbedingte Krankheiten behandeln zu können, die soziale sowie berufliche Integration bzw. Reintegration der Betroffenen zu fördern und all jenen, für die Abstinenz von Opiaten ein gangbares Ziel sein kann, eine Möglichkeit zur Entzugsbehandlung mit anschließender Entwöhnung zu bieten (Busch et al, 2007, Haltmayer et al., 2009).

Eines der Hauptziele der Substitutionsbehandlung ist die möglichst weitgehende Abstinenz von illegal beschafften Drogen. Wesentliche rechtliche Rahmenbedingungen sind weiters die Offenlegung der Identität der PatientInnen und der Abschluss eines besonderen Behandlungsvertrages. Wenn indiziert, sollten PatientInnen regelmäßige psychosoziale Betreuung in Anspruch nehmen.

Um vorzubeugen, dass ein Teil der Substitutionsmedikamente illegal am Schwarzmarkt landet, ist es wichtig, Maßnahmen zur Sicherstellung der widmungsgemäßen Verwendung von Substitutionsmedikamenten zu setzen. Hier ist allerdings eine Interessensabwägung mit Augenmaß nötig. Zu freizügige Handhabung begünstigt den illegalen Handel mit Substitutionsmedikamenten, ein zu strenges Kontroll- und Mitgaberegime hält Suchtkranke von der Substitutionsbehandlung fern und behindert damit sowohl den therapeutischen Zugang als auch die soziale sowie berufliche Integration bzw. Reintegration.

Früher wurde oft gefordert, möglichst niedrig zu dosieren und die PatientInnen möglichst rasch zur Abstinenz zu motivieren. Beide Prinzipien werden inzwischen von der Fachwelt als inadäquat bezeichnet. Wird die Substitutionsmedikation unterdosiert, so tritt der erwünschte Effekt für die PatientInnen nicht ein. Ständige leichte Entzüge verstärken die Sucht und die Betroffenen greifen auf Schwarzmarktdrogen zurück, um das Manko zu kompensieren. Abstinenzorientierte Therapieangebote erscheinen PatientInnen oft spontan attraktiv, obwohl sie in ihrer Lebenssituation, infolge ihrer psychiatrischen Komorbidität oder aus anderen Gründen zum gegebenen Zeitpunkt nicht oder noch nicht dazu in der Lage sind. Diese PatientInnen in Richtung Abstinenz zu unterstützen oder gar zu drängen, ist kontraproduktiv, weil es meist zu Frustration und schweren Rückfällen führt.

Ein großes Problem bei der Substitutionsbehandlung stellt der Beikonsum von psychotropen Medikamenten dar, der infolge der polytoxikomanen Konsummuster und psychiatrischer Erkrankungen vieler PatientInnen auftritt und die substituierenden ÄrztInnen häufig vor schwierige Fragen stellt. Beikonsum von illegalen Drogen kann durch Substitutionsbehandlung deutlich reduziert, aber nicht völlig ausgeschlossen werden. Eine gewisse Toleranz der BehandlerInnen ist hier allerdings notwendig. Beikonsum soll nicht zum Behandlungsausschluss führen, muss aber beachtet werden und zum Gegenstand der Behandlung bzw. zum Thema bei der psychosozialen Begleitbetreuung gemacht werden.

Um bisher unzugängliche injizierende KonsumentInnen in das Behandlungsnetz einzugliedern, ist es sinnvoll, eine Erweiterung und Optimierung der Substitutionsbehandlung im Sinne eines mehrdimensional diversifizierten Substitutionsangebotes unter entsprechender Begleitforschung zu diskutieren und zu entwickeln, das nicht nur hinsichtlich der angebotenen Substanzen, sondern auch hinsichtlich der Einnahmeform Optionen bereit hält und an die Verhältnisse der suchtkranken Menschen angepasst ist. Unter anderem sind vermehrte Angebote zur stationären substituionsgestützten Behandlung notwendig. Die Möglichkeit zur intravenös substituionsgestützten Behandlung stellt ein Ergänzungsangebot der Therapie für schwer opioidabhängige Personen dar, bei denen andere Behandlungsformen versagt haben bzw. nicht indiziert sind oder deren Gesundheitszustand andere Behandlungsformen nicht zulässt. Die rechtliche Problematik hinter dieser Option sowie die Frage der Finanzierung (Krankenversicherung) muss hier allerdings zunächst geklärt werden.

#### **8.2.4.3 Ambulante Suchtbehandlung**

Da ambulante Beratung, Behandlung und Betreuung an vielen Orten angeboten wird, kommt diesen Angeboten im Suchthilfesystem große Bedeutung zu. Ambulante Angebote haben eine deutlich niedrigere Schwelle, weil sie mit Beruf, Familienleben und Freizeit besser vereinbar sind und daher leichter in Anspruch genommen werden als stationäre Angebote. In ambulanten Suchthilfeeinrichtungen werden suchtbegleitende soziale, psychologische, psychotherapeutische und medizinische Beratung, substituionsgestützte Behandlung, die Vorbereitung von stationären Entzügen, die ambulante Nachbetreuung

nach stationären Entwöhnungsbehandlungen sowie eigenständige ambulante Entzüge und ambulante Entwöhnungen angeboten. Da ambulante Therapien mit beruflichen und sozialen Verpflichtungen der PatientInnen besser vereinbar und kostengünstiger sind, ist dieser Behandlungsform immer dann, wenn diese erfolgsversprechend scheint, der Vorzug zu geben.

#### **8.2.4.4 Stationäre abstinenzorientierte Suchtbehandlungen**

Für viele PatientInnen, die wieder abstinent leben wollen, sind stationäre Angebote die einzige Möglichkeit, sich diesem Ziel anzunähern. Die Standardbehandlungsdauer für stationäre Suchtbehandlung schwankt zwischen einigen Wochen und einem Jahr. Welche Behandlungsdauer angemessen ist, muss in Abhängigkeit von der Problemlage der PatientInnen entschieden werden. Einerseits macht es Sinn, vermehrt kürzer dauernde Behandlungszyklen anzubieten. Andererseits ist darauf zu achten, dass für PatientInnen mit Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung ihrer Abstinenz bzw. mit erheblicher psychiatrischer Komorbidität ausreichend lange Behandlungszeiten angeboten werden.

#### **8.2.4.5 Stepped Care Ansatz**

Beim Einsatz von finanziellen Mitteln ist auf Effektivität und Effizienz des Behandlungssystems zu achten. Daher ist es nicht nur notwendig sicherzustellen, dass die verschiedenen Suchthilfeangebote gut miteinander kooperieren, sondern darüber hinaus, dass durch Verbindungsdienste und Koordinationsstellen gewährleistet wird, dass die Betroffenen gezielt benötigte Hilfe erhalten, ohne dass der notwendige und zweckmäßige Aufwand überschritten wird. Personen, die mit weniger intensiver Betreuung erfolgreich behandelt werden können, sollen nicht unnötigerweise mit aufwändigeren Methoden behandelt bzw. betreut werden. Dafür sollen besonders aufwändige und daher teure Angebote (z. B. länger dauernde stationäre Entwöhnungstherapien) jenen, für die diese die zweckmäßige und adäquate Hilfe darstellen, ohne lange Wartelisten zur Verfügung stehen. Dort, wo sich das Ausmaß der benötigten Interventionen aus der Symptomatik bzw. den Rahmenbedingungen bei Therapiebeginn noch nicht präzise abschätzen lässt, ist es sinnvoll, zunächst weniger aufwändige Angebote in den Vordergrund zu stellen, und wenn diese nicht zum Erfolg führen, zu aufwändigeren Methoden zu greifen (Stepped Care Ansatz).

#### **8.2.4.6 Entwicklung zu substanz- und suchtübergreifenden Angeboten**

Lange Zeit gab es bei ambulanten und stationären Suchtbehandlungseinrichtungen eine starre Unterteilung in solche, die auf illegale Drogen, und solche, die auf Alkohol spezialisiert waren. Entsprechend wurden überwiegend standardisierte, abstinenzorientierte Behandlungsmethoden angeboten. Nachdem zusehends auch Tabakabhängigkeit, Glücksspielsucht und andere Verhaltenssuchte als krankheitswertige Probleme gesehen werden, die Drogenklientel sich altersmäßig der Alkoholklientel annähert, therapeutische Alternativen zum starren Abstinenzparadigma entwickelt werden und ein Teil der Suchtkranken multiple Probleme aufweist, ist es zweckmäßig, diese traditionelle Unterteilung aufzugeben und substanz- und suchtübergreifenden Konzepten Platz zu machen.

#### **8.2.4.7 Diversifizierung der Angebote**

In einem komplexen, an die Bedürfnisse und Möglichkeiten der KlientInnen angepassten und diversifizierten Suchthilfesystem spielen nieder-, mittel- und hochschwellige Angebote eine wichtige Rolle. Wichtig ist, dass in stationären Behandlungseinrichtungen nicht nur abstinenzmotivierte, relativ stabile PatientInnen Aufnahme finden, sondern dass auch vermehrt stationäre Behandlungsmöglichkeiten für instabile AkutpatientInnen in Krisensituationen geschaffen werden. Die Spezialisierung sollte eine adäquate Behandlung der Klientel ermöglichen. Diese Spezialisierung hat aber natürlich Grenzen – es kann nicht für jede kleine Untergruppe Suchthilfespezialeinrichtungen geben.

Das Angebot der Suchthilfe muss sich an den Bedürfnissen der betroffenen Menschen orientieren – also bedarfsgerecht sein. D.h. es muss von nieder- bis hochschwierig, von suchtbegleitend bis abstinenzorientiert, von ambulant bis stationär reichen und regional ausreichend dimensioniert sein, um unzumutbar lange Anreise- und Wartezeiten zu vermeiden, da diese den Zugang zur Behandlung erschweren.

#### **8.2.4.8 Niederschwelliger Einstieg**

Die Bereitschaft der KlientInnen, höherschwellige Angebote anzunehmen, steigt in dem Maße, in dem sie mit dem Suchthilfesystem vertraut werden und zu den MitarbeiterInnen eine solide Vertrauensbasis aufbauen können. Therapie soll für die Betroffenen nicht als ultima ratio erst dann einsetzen, wenn das Problemausmaß bereits so groß geworden ist, dass keine andere Alternative mehr besteht. Daher ist es wichtig, dass den Betroffenen über niederschwellige Angebote möglichst früh der Kontakt zum Suchthilfesystem erleichtert wird.

Dafür müssen Rahmenbedingungen bestehen, damit Betroffene Beratung und Hilfe ohne Angst vor nachteiligen Folgen, wie Verlust des Arbeits- oder Ausbildungsplatzes oder gar strafrechtliche Konsequenzen, in Anspruch nehmen können. Niederschwellige Angebote für KonsumentInnen illegaler Drogen können aber nur funktionieren, wenn zwischen Suchthilfe und Polizei ein gutes Kooperationsverhältnis besteht. Um das herzustellen sind regelmäßige Kontakte und Bemühungen von beiden Seiten erforderlich.

#### **8.2.4.9 Ganzheitliche Betreuung**

Da es sich bei Sucht häufig um eine chronisch rezidivierende Erkrankung handelt, ist es wichtig, möglichst viele Betroffene zu erreichen, diese in Betreuung zu halten und auch bei wiederholten Rückfällen weiter zu behandeln. Es geht nicht darum, bei einer kleinen, leicht zugänglichen Teilgruppe vorzeigbare Effekte zu erzielen, sondern darum, die Gesamtheit der Suchtkranken bei der Bewältigung ihrer Suchtproblematik zu unterstützen, das Überleben zu gewährleisten und Ihnen eine lebenswerte Gestaltung ihres Lebens zu ermöglichen. Um den unterschiedlichen Ursachen und Verlaufsformen von Abhängigkeitserkrankungen und den unterschiedlichsten betroffenen Personengruppen gerecht zu werden, muss es Methodenvielfalt, also ein breites Spektrum an Beratungs-,

Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen geben, das auf die individuelle Problematik der Betroffenen abgestimmt werden kann.

Ziel ist es, Suchtkranke mit allen zur Verfügung stehenden Methoden zu behandeln, wie das auch bei anderen Erkrankungen selbstverständlich ist. Dabei sind somatische, psychische und soziale Problemlagen zu berücksichtigen – der/die PatientIn soll also ganzheitlich und nicht bloß über ein einzelnes Symptom wahrgenommen werden.

#### **8.2.4.10 Vernetzung der Suchthilfeeinrichtungen**

Bei der Behandlung und Betreuung von Kranken wird von einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff und daher von einem ganzheitlichen Betreuungsansatz ausgegangen (medizinische, psychische, soziale und rehabilitative Hilfsangebote). Da nicht alle Leistungen in einer Hilfeinrichtung angeboten werden können, muss Vernetzung über verschiedene Wege (von Verbindungsdiensten bis zu einem Suchthilfeverbund basierend auf schriftlichen Kooperationsvereinbarungen zwischen Organisationen) gewährleistet und durch professionelle Kooperationen gesichert werden. Für komplexe Problemstellungen mit einem hohen Bedarf an Unterstützung verschiedenster Einrichtungen und Berufsgruppen sowie Personen des nahen Umfelds des/der KlientIn (Angehörige, NachbarInnen) ist Case Management eine geeignete Methode.

Aktuell setzt der Austausch von PatientInnendaten, sofern es nicht überwiegend berechtigte Interessen anderer betrifft, grundsätzlich die Zustimmung der PatientInnen voraus. Vernetzung erfordert aber, dass Einrichtungen im Interesse der KlientInnen miteinander kooperieren können. Wenn dies dem Wohlergehen der PatientInnen dient, muss ein sinnvoller Austausch von PatientInnendaten über die betreffenden Personen zwischen den Einrichtungen, die sie betreuen, auf gesicherter rechtlicher Basis möglich und zulässig sein.

#### **8.2.4.11 Einbindung von Angehörigen und Personen des sozialen Umfeldes in die Behandlung**

Angehörige und Personen des sozialen Umfeldes haben erheblichen Einfluss auf die Situation und Prognose von SubstanzmissbraucherInnen und Suchtkranken. Umkehrt werden Angehörige und Personen des sozialen Umfeldes massiv durch die Probleme der SubstanzmissbraucherInnen und Suchtkranken tangiert. Aus diesem Grund ist es von großer Wichtigkeit, diese, sofern die PatientInnen zustimmen, in Betreuung, Behandlung und Rückfallsprophylaxe einzubinden und spezielle Unterstützungsangebote (Angehörigengruppe, Hotline, Forum, Beratung etc.) für diese Personengruppe zu schaffen.

Derzeit scheitert die Einbindung von Angehörigen und Personen des sozialen Umfeldes in den Therapieprozess in der Regel daran, dass von den Suchthilfeeinrichtungen zwar Behandlungskosten für Maßnahmen an Suchtkranken direkt, aber nur sehr begrenzt für Angehörigenarbeit abgerechnet werden können. Da Angehörigenarbeit den Erfolg der Therapie der eigentlichen PatientInnen maßgeblich beeinflussen kann, ist es wichtig, auch dafür ausreichende Mittel zur Verfügung zu stellen.

## **8.3 Soziale sowie berufliche Integration bzw. Reintegration**

Viele Suchtkranke sind zwar sozial und beruflich integriert, dennoch ist der Anteil jener, die mehr oder weniger stark desintegriert sind, relativ hoch. In manchen Fällen ist, bedingt durch jene psychischen Erkrankungen und sozialen Probleme, die in der Folge zur Sucht geführt haben, die soziale und berufliche Integration nie gelungen, in anderen Fällen erfolgte nach gelungener Integration bedingt durch die Suchtproblematik eine schrittweise Desintegration. Bei jenen, die bei Beginn einer Suchtbehandlung integriert sind, besteht die Gefahr, dass die soziale und berufliche Situation während der Behandlung entgleist.

Es ist von enormer Wichtigkeit zu verhindern, dass Suchtkranke ihre Ausbildung abbrechen, ihre Arbeitsfähigkeit verlieren, aus dem Arbeitsprozess ausscheiden oder ihren Wohnraum verlieren und so in eine Spirale der sozialen Ausgrenzung geraten. Bei jenen, die desintegriert sind, ist es entscheidend, Maßnahmen zur Integration einzuleiten. Die Behandlung von Suchtkranken kann nur erfolgreich und nachhaltig verlaufen, wenn es gelingt, die soziale sowie berufliche Integration bzw. Reintegration der Betroffenen zu sichern. Aus diesen Gründen muss die soziale Betreuung Suchtkranker wesentlicher Bestandteil jedes Behandlungs- und Betreuungskonzeptes sein. Maßnahmen zur Verhinderung von Verelendung, zur Sicherung der sozialen Grundbedürfnisse (wie Wohnen und Versorgung mit lebensnotwendigen Gütern) sowie zum Abschluss einer Berufsausbildung bzw. zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt müssen einen hohen Stellenwert haben.

### **8.3.1 Verhinderung von Ausbildungsabbrüchen bei Kindern und Jugendlichen**

Bei Kindern und Jugendlichen ist es, auch wenn Substanzmissbrauch vorliegt, wichtig darauf zu achten, dass deren Verbleib in der Schule oder in der Ausbildung möglichst gewährleistet werden kann. Abbrüche begünstigen die berufliche und soziale Desintegration sowie die Entwicklung von Missbrauch und Sucht.

Um diesem Ziel nahezukommen, bedarf es der Aus- und Weiterbildung des im Bildungswesen tätigen Personals, das in der Regel zwar über gute jugendpädagogische Kenntnisse verfügt, jedoch im suchtspezifischen Bereich oft zusätzlicher Schulung bedarf. Ebenso bedarf es der stärkeren Vernetzung zwischen den verschiedenen Einrichtungen, wie beispielsweise Berufsschule und Lehrplatz. Angebote, die sich mit der schulischen oder beruflichen Reintegration von Kindern und Jugendlichen befassen bzw. Kooperationen zwischen Ausbildungsstätten und derartigen Einrichtungen vorsehen, sollen gefördert werden.

### **8.3.2 Schuldnerberatung und Rechtsberatung**

Suchtkranke haben oft hohe finanzielle Schulden, die sie mit regulären Erwerbseinkünften nicht abzahlen können und die eine soziale und berufliche Wiedereingliederung enorm erschweren. Selbst erfolgreich behandelte Drogenabhängige sind in dieser Situation stark gefährdet, ihren Lebensunterhalt durch Drogenhandel oder Prostitution zu verdienen und in

der Folge wieder in den Drogenkonsum einzusteigen. Glücksspielabhängige sind, meist in Verbindung mit irrationalen Gewinnerwartungen, speziell bei Verschuldung stark gefährdet, den Ausweg aus ihrer finanziellen Krise durch neuerliches Glücksspielen zu versuchen.

Die SchuldnerInnenberatung, als Teil der allgemeinen Sozialberatung, bietet unter Berücksichtigung rechtlicher, sozialer und wirtschaftlicher Aspekte allen Privatpersonen diskrete Fachberatung zum Abbau von Schulden an und gibt Informationen darüber, wie sich Betroffene und/oder Angehörige schützen können. SchuldnerInnenberatung und rechtliche Unterstützung sind von immenser Bedeutung, um Behandlungserfolge abzusichern und den KlientInnen neuerlich ein zufriedenstellendes berufliches und soziales Leben zu ermöglichen.

### **8.3.3 Unterstützung bei der Geltendmachung sozialer Ansprüche und bei der Wohnungssuche**

SubstanzmissbraucherInnen und Suchtkranke haben infolge ihrer Lebensumstände oft die Brücken zu jenen Personen abgebrochen, die ihnen in Notlagen helfen könnten, und verfügen oft auch nicht über jene Informationen und sozialen Kompetenzen, die nötig sind, um Ansprüche im Sozialsystem geltend zu machen bzw. selbstständig angemessene Wohnmöglichkeiten zu finden. Um eine weitere soziale Desintegration zu vermeiden und Rückfälle zu verhindern, sind betreute und unbetreute Wohnmöglichkeiten als Überbrückungshilfe bzw. die Unterstützung bei der Wohnungssuche sowie bei der Durchsetzung sozialer Ansprüche von großer Bedeutung.

### **8.3.4 Beschäftigung und Arbeit**

Erwerbsarbeit ist ein wichtiger präventiver Faktor. Menschen ohne Arbeit sind wesentlich stärker suchtfährdet, und Arbeitslosigkeit gefährdet den Erfolg der Suchtbehandlung.

Ziel der Suchtbehandlung muss es daher sein, den Arbeitsplatz von Berufstätigen zu erhalten und arbeitslose KlientInnen wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Da viele Suchtkranke wegen psychischer und sozialer Probleme sowie der Folgen ihrer Suchterkrankung nur eingeschränkt arbeitsfähig sind und oft auch ihre Ausbildung abgebrochen haben, sind hier Ausbildungen und Umschulungen von großer Bedeutung. In jenen Fällen, in denen nach abgeschlossener Therapie ein sofortiger Einstieg in den ersten Arbeitsmarkt nicht möglich ist, weil die notwendige Arbeitsfähigkeit nicht oder noch nicht vorliegt, sind betreute Beschäftigungsprojekte sowie Taglohnprojekte zur Tagesstrukturierung, gefolgt von geförderten Arbeitsplätzen, in denen Motivation und Arbeitsfähigkeit wiedererlangt werden können, von ebenso großer Bedeutung wie therapeutische und rehabilitative Maßnahmen. Großen Bedarf gibt es hier auch an niederschweligen Arbeitsprojekten, bei denen substanzbeeinträchtigte Menschen und Menschen in Substitutionsbehandlung stundenweise einer Arbeit nachgehen können, welche ihren Fähigkeiten und ihrem Tempo entspricht.

Angesichts hoher Arbeitslosigkeit ist es wichtig, zusätzliche Projekte zur Beschäftigung und Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit von Suchtkranken und ehemaligen Suchtkranken zu schaffen, die auf deren individuelle Möglichkeiten abgestimmt sind. Außerdem ist es nötig, zusätzliche Anreize für die Wirtschaft zu schaffen, damit Menschen mit ehemaligen oder aufrechten Suchtproblemen Chancen gegeben werden.

### **8.3.5 Finanzierung**

Da sich in diesem Feld Aufgaben der Suchthilfe, der Sozialhilfe und des Arbeitsmarktservice überlagern, ist darauf zu achten, dass Zuständigkeitsfragen und Finanzierungskonflikte von den beteiligten Institutionen untereinander geregelt und nicht auf dem Rücken der mit Suchtkranken arbeitenden Einrichtungen oder dem der Suchtkranken selbst ausgetragen werden.

## **8.4 Interventionsfeld: Sicherheit**

### **8.4.1 Strafverfolgung**

Ob und in welchem Ausmaß es angezeigt ist, den Konsum von illegalen Drogen und von nicht verordneten suchtmittelhaltigen Medikamenten – sei es auch nur indirekt über den Besitz – mit strafrechtlichen Konsequenzen zu bedrohen, wird aus ethischen und praktischen Gründen immer wieder kontrovers diskutiert.

Weitgehende Einigkeit besteht derzeit darüber, dass nach dem Prinzip „Therapie statt Strafe“ bei der Behandlung von Suchtkranken und psychisch kranken Personen mit problematischem Substanzkonsum Beratung bzw. medizinisch-psychotherapeutische Behandlung Vorrang vor der strafrechtlichen Verfolgung hat. Es scheint zweckmäßig, das derzeitige System der Verfolgung von KonsumentInnen dahingehend zu überprüfen, ob nicht noch mehr als bisher der gesundheitsbezogene Aspekt gegenüber der strafrechtlichen Dimension in den Vordergrund zu rücken ist.

Es ist auch weitgehend akzeptiert, dass man bei Probier- oder GelegenheitskonsumentInnen von illegalen Drogen ohne Behandlungsbedarf nicht durch das kompromisslose Bestehen auf strafrechtlichen Konsequenzen jene Probleme erst erzeugen sollte, die in der Folge Desintegration und eine Suchtentwicklung begünstigen. Dahinter steht der Grundgedanke „strafrechtliche Verfolgung von gewerbsmäßigen DrogenhändlerInnen bei gleichzeitig weitgehender Entkriminalisierung von KonsumentInnen“, was aber nicht mit einer Legalisierung des Drogenkonsums gleichzusetzen ist. Das Strafrecht stellt diesem Gedanken folgend in den letzten Jahren vermehrt Möglichkeiten der staatlichen Reaktion zur Verfügung, die nicht in einer gerichtlichen Verurteilung enden, wie beispielsweise die diversionelle Erledigung eines Strafverfahrens.

Das Konzept des Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetzes, das bloß die Verfolgung von HändlerInnen, aber keine strafrechtliche Verfolgung von KonsumentInnen vorsieht, könnte – nach einer genauen Analyse im Vorfeld über mögliche Auswirkungen – auch auf das Suchtmittelgesetz umgelegt werden. Die Entkriminalisierung von Erst- und ProbierkonsumentInnen soll nicht zum Ausdruck bringen, dass das Wissen um die Illegalität bzw. das Erkennen der Ernsthaftigkeit der Problematik von illegalen Drogen unwichtig sind oder der Konsum ein konsequenzenloses, allgemein toleriertes Verhalten darstellt. Bei jugendlichen KonsumentInnen kann eine schnelle und adäquate Reaktion einen wirkungsvollen Schutz vor Problementwicklung darstellen, um nicht in der Folge in den (dann) vorgesehenen Sanktionsbereich zu geraten.

In Zusammenhang mit der strengen „strafrechtlichen Verfolgung von gewerbsmäßigen DrogenhändlerInnen“ wird im Suchtmittelgesetz auch berücksichtigt, dass viele von illegalen Drogen abhängige Personen ihre Sucht nur finanzieren können, indem sie Kleinhandel betreiben (und dadurch nach der Judikatur gewerbsmäßig handeln). Auch in diesen Fällen sollte eine Strafnachsicht in Frage kommen, sofern sich die betreffenden Personen einer Suchtbehandlung unterziehen. Kriminalitätsbekämpfung dient der Sicherheit der Bevölkerung, der Schwerpunkt soll daher auf der Bekämpfung der organisierten Kriminalität liegen. Die Bekämpfung des organisierten Drogenhandels soll mit dem Ziel der Angebotsreduktion konsequent verfolgt werden.

Wie alle anderen Säulen der Suchtpolitik hat sich auch die Säule „Sicherheit« einer kritischen Kosten-Nutzenanalyse zu stellen, wie z. B. dem Nachweis über den Einsatz geeigneter Strategien zur Zielerreichung. Eine unreflektierte Weiterführung möglicherweise ineffektiver Wege bzw. ein diesbezügliches Unterbinden der Diskussion ist nicht sinnvoll. Wie die Experimente verschiedener Staaten in Europa zeigen (Portugal, Spanien, Belgien, Holland, Schweiz, Tschechien usw.), billigen die internationalen Verträge den Staaten durchaus Freiräume zu. Überlegungen betreffend mögliche neue Wege und Alternativen innerhalb der internationalen Verpflichtungen sind zu befürworten. Den europäischen und internationalen Entwicklungen soll auch in diesem Bereich erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werden.

## **8.4.2 Marktregulierung/Kontrolle**

### **8.4.2.1 Jugendschutz Alkohol, Tabak und Glücksspiel betreffend**

In der überwiegenden Zahl der EU-Staaten regeln Jugendschutzbestimmungen den Konsum von Alkohol und Tabak ausschließlich im öffentlichen Bereich, zielen mit Sanktionen auf gewerbliche AnbieterInnen und sehen keine Strafen für zuwiderhandelnde Kinder und Jugendliche vor. Der Grundgedanke dahinter ist, dass die Kindererziehung primär Aufgabe der Erziehungsberechtigten ist, denen ein großer Spielraum einzuräumen ist. Die Obsorgeverpflichtung der Erziehungsberechtigten garantiert in der Mehrzahl der Fälle das Kindes- und Jugendlichenwohl. In den gravierenden Fällen, wo die Erziehungsberechtigten

ihren Erziehungspflichten nicht ausreichend nachkommen bzw. nachkommen können und deswegen das Wohl der Minderjährigen erheblich gefährdet ist, ist es Aufgabe der öffentlichen Jugendwohlfahrt zu intervenieren (Pichler, 1997).

Österreichs Jugendschutzbestimmungen weichen von diesen Prinzipien in zweierlei Hinsicht ab. In allen neun Bundesländern sind Strafen auch für Minderjährige bei Verstößen gegen Altersbestimmungen in Bezug auf Alkohol- und Tabakkonsum vorgesehen und in sechs Bundesländern wird auch der Alkoholkonsum von Jugendlichen im nicht öffentlichen Bereich (Privatbereich, z. B. im Elternhaus) geregelt (Uhl & Kobrna, 2006). Da die österreichischen alkohol- und tabakspezifischen Jugendschutzbestimmungen in der erwachsenen österreichischen Bevölkerung kaum im Detail bekannt sind, sind die praktischen Auswirkungen der Bestimmungen de facto eher gering.

**Ziele im Bereich alkohol-, tabak- und glücksspielspezifischer Jugendschutzbestimmungen** sollen sein:

- zu bundesweit einheitlichen Regelungen zu gelangen;
- diese Regelungen in der Bevölkerung bekannt zu machen;
- danach zu trachten, dass die Befolgung des gesetzlichen Jugendschutzes in Freizeitindustrie, Gastronomie und Handel eine Selbstverständlichkeit ist;
- bei Übertretungen durch regelmäßige Kontrollen und Sanktionen der Freizeitindustrie, Gastronomie und Handel die Einhaltung zu gewährleisten;
- den Verantwortlichen in der Freizeitindustrie, Gastronomie und Handel entsprechende Hilfestellungen zur Einhaltung des gesetzlichen Jugendschutzes zur Verfügung zu stellen (farbiges Altersband, Schulung in verantwortungsvoller Festkultur etc.);
- gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen, dass Testkäufe zur Kontrolle der Einhaltung dieser Bestimmungen legal möglich werden, ohne dass das bei Verstößen zu Anzeigen führt;
- den Grundgedanken zu verfolgen, dass der Jugendschutz Kinder und Jugendliche schützen soll und diese nicht in erster Linie durch Strafen sanktioniert;
- die Jugendschutzbestimmungen zu Alkohol, Tabak und Glücksspiel derart zu formulieren, dass vorwiegend der öffentliche Raum geregelt wird, im privaten Bereich aber (vor allem in Zusammenhang mit Alkohol) die Möglichkeit zum Erlernen eines adäquaten Umgangs eingeräumt wird.

Die Maßnahme, dass Tabakwaren in Automaten nicht mehr ohne Überprüfung des Alters behoben werden können, ist ein wirksamer Schritt in Richtung effiziente Alterskontrolle. Der Bezug von Tabakwaren für Unter-16-Jährige in der Öffentlichkeit wurde erheblich erschwert.

Auf der anderen Seite muss vermieden werden, dass Betriebe oder deren MitarbeiterInnen für ein Fehlverhalten von KundInnen verantwortlich gemacht werden, auf das sie praktisch keinen Einfluss hatten (z. B. Konsum von mitgebrachten alkoholischen Getränken, „Vor-

glühen“ oder die heimliche Weitergabe von alkoholischen Getränken durch Erwachsene an Jugendliche).

#### **8.4.2.2 Alkohol und Drogen im Straßenverkehr**

Bereits im 19. Jahrhundert existierten erste Vorschriften, die den Umgang mit Alkohol im Schiffs- und Eisenbahnverkehr reglementierten (Eisenbach-Stangl, 1991). Doch erst Ende der 1950er Jahre setzte sich eine Alkoholgesetzgebung in den Straßenverkehrsgesetzen durch, die darauf abzielt, die Alkoholbeteiligung im Straßenverkehr zu verringern. 1960 wurde als erster wesentlicher Schritt das Lenken von Kraftfahrzeugen im alkoholbeeinträchtigten Zustand mit mehr als 0,8 ‰ Blutalkoholkonzentration definitiv verboten. Im Jahr 1998 wurde die Blutalkoholspiegelgrenze maßgeblich abgesenkt, seither gilt in Österreich für KraftfahrzeuglenkerInnen ein höchst zulässiger Blutalkoholwert von 0,5 ‰ und für ProbeführerscheinbesitzerInnen und BerufskraftfahrerInnen eine Blutalkoholspiegelgrenze von 0,1 ‰. Seit einiger Zeit spielt im öffentlichen Diskurs auch das Thema „illegale Drogen und psychotrope Medikamente im Straßenverkehr“ eine zunehmende Rolle.

Die Strategie, den Einfluss psychoaktiver Substanzen am Steuer öffentlich immer wieder zu thematisieren und zu problematisieren, hat sich bewährt und sollte beibehalten werden. Der Bevölkerung sind die Gefahren durch die Beeinträchtigung im Straßenverkehr bewusst, und es ist bekannt, dass Zuwiderhandeln zu Führerscheinentzug und empfindlichen Strafen führen kann. Obgleich nach wie vor immer wieder Personen substanzbeeinträchtigt Kraftfahrzeuge lenken, sind nur wenige ÖsterreicherInnen der Meinung, dass dieses Verhalten im Straßenverkehr zu tolerieren ist; die meisten halten das Gebot der Nüchternheit im Straßenverkehr zunehmend ein.

Die Anzahl der Verkehrsunfälle und ganz besonders der alkoholbedingten Verkehrsunfälle ist über die letzten Jahrzehnte erheblich gesunken, was teilweise auf bessere Fahrzeuge und Straßenbedingungen, teilweise auf eine geänderte Einstellung zu Alkohol im Straßenverkehr und teilweise auf verstärkte Kontrollen und Sanktionen zurückzuführen ist. Eine weitere Absenkung der Blutalkoholgrenzen ist angesichts der positiven Entwicklung bei den Verkehrsunfällen nicht angezeigt. Bezüglich der Zahl der Kontrollen ist ein ausgewogenes Mittel zu suchen, damit beeinträchtigte FahrzeuglenkerInnen real damit rechnen müssen, am Steuer erwischt zu werden, ohne dass deswegen alle FahrzeuglenkerInnen regelmäßig mit unverhältnismäßigen Kontrollen belastet werden.

### **8.4.3 Vermittlung von Sicherheit**

#### **8.4.3.1 Subjektive und objektive Sicherheit für die Bevölkerung**

Ein umfassender Sicherheitsbegriff schließt Aspekte der objektiven Sicherheit und Maßnahmen zur Verbesserung des subjektiven Sicherheitsgefühls, der sozialen Verträglichkeit und der Konfliktregelung mit ein. Ziel ist es, die öffentliche Ordnung und

Sicherheit zu gewährleisten und neben klassischen sicherheitspolitischen Maßnahmen zur Eindämmung des Drogenproblems auch gesundheitspolitische und sozialpolitische Maßnahmen einzusetzen. Das subjektive Sicherheitsgefühl kann durch eine entsprechende Gestaltung des öffentlichen Raums und sachliche Information über die Gefährlichkeit bzw. Ungefährlichkeit von bestimmten Substanzen bzw. Verhaltensweisen verbessert werden. In diesem Sinne ist eine Gesamtstrategie von verschiedenen sozialpolitischen, gesundheitspolitischen und infrastrukturellen Maßnahmen zweckmäßig (z. B. Tageszentren, Spritzentausch, Straßensozialarbeit, Wohnversorgung, Beschäftigungsangebote, Beratung, Substitutionsbehandlung, Drogenkonsumräume, Therapie, Gemeinwesen orientiertes Beschwerdemanagement, Konfliktmanagement etc.). Ziel ist eine verbesserte Inklusion der Suchtkranken und ein erhöhtes Sicherheitsgefühl bei allen Beteiligten.

#### **8.4.3.2 Aktive Beiträge zur Konfliktlösung**

Wenn spezifische Interessenkonflikte zwischen mehreren Gruppen auftreten, ist es zweckmäßig, durch Vermittlung für alle Seiten akzeptierbare Lösungen zu suchen. In Zusammenhang mit Substanzkonsum betrifft das z. B. den Arbeitsplatz, den Schutz von NichtraucherInnen, die Regelungen von Lokalöffnungszeiten am Abend, NutzerInnenkonflikte im öffentlichen Raum etc.

- Eine wichtige Rolle im öffentlichen Raum kommt in diesen Fällen der aufsuchenden Sozialen Arbeit und der Polizei zu, die bei Interessenkonflikten zwischen unterschiedlichen Gruppen vermitteln und durch Präsenz und angemessene Interventionen Irritationen und Ängste in der Bevölkerung abbauen können.
- Generell sind „optimale Lösungen“ anzustreben und nicht „Maximallösungen“, die den Bedürfnissen einer Seite völlig entsprechen.
- In Bezug auf den öffentlichen Raum ist zu beachten, dass alle Menschen das gleiche Recht haben, diesen zu nutzen, solange sie keine Straftaten begehen.

#### **8.4.3.3 Gewalt im öffentlichen Raum und in öffentlich zugängigen Lokalen**

Gewalt und andere unangenehme Entwicklungen an öffentlichen Plätzen stehen oft im Zusammenhang mit massiver Alkoholisierung. Wo derartige Probleme gehäuft und/oder massiv auftreten, sind im Interesse der betroffenen Bevölkerung gezielte Maßnahmen notwendig, um diese Probleme zu begrenzen.

Im Fall von gravierenden lokalen Problemen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum können zeitlich und räumlich begrenzte Alkoholverkaufs- und -konsumverbote durchaus zweckmäßig sein, wobei darauf zu achten ist, dass es durch derartige Maßnahmen nicht zu einer räumlichen Verschiebung des Problems kommt. Im Fall von ernstesten lokalen Problemen im Zusammenhang mit Alkohol ist jedoch in erster Linie die Polizei gefordert zu intervenieren, um öffentlichen Sicherheit und Ordnung aufrechtzuerhalten. Die gesetzlichen Möglichkeiten zum Einschreiten gegen Gesetzesverletzungen erscheinen hinlänglich als ausreichend.

Treten alkoholbedingte Probleme in der Gastronomie auf, so ist gute Kooperation zwischen Gastronomie und Polizei zweckmäßig. GastronomiemitarbeiterInnen sollten durch geeignete Strategien – z.B. kein Alkoholausschank an Alkoholisierte oder proaktives Verhalten bei Konflikten – ihren Beitrag zur Problemminimierung leisten. Können Probleme aber trotzdem nicht ohne Hilfe der Polizei gelöst werden, sollte die Polizei die Angelegenheit so diskret wie möglich lösen, um dem Betrieb nicht nachhaltig zu schaden und die Hemmschwelle zum Beiziehen der Polizei nicht zu erhöhen.

Um den adäquaten Umgang mit alkoholisierten Gästen und alkoholverursachten Problemen zu erlernen, werden in manchen Staaten freiwillige oder verpflichtende Kurse zum „Responsible Serving“ (Uhl & Kobrna, 2008) angeboten. Derartige Angebote gibt es vereinzelt auch in Österreich. Dieser Ansatz sollte in die Ausbildungen im Bereich der Gastronomie und Freizeitwirtschaft aufgenommen und in Form von Weiterbildungsangeboten verstärkt angeboten werden.

#### **8.4.3.4 Gebrauchte Spritzen in öffentlichen Raum**

Gebrauchte Spritzen im (halb)öffentlichen Raum wie in Parks und WC-Anlagen stellen ein Gesundheitsrisiko und ein öffentliches Ärgernis dar. Hier sind Kooperationskonzepte mit der öffentlichen Verwaltung im Bereich Reinigung sowie mit den Verkehrsbetrieben zu entwickeln und umzusetzen, um die Sicherheit zu erhöhen. MitarbeiterInnen, die Reinigungsaufgaben zu erledigen haben, sollen über die sichere, fachgerechte Entsorgung von infektiösem Material geschult werden.

# 9 Unterstützungsprozesse bzw. Dienstleistungen

## 9.1 Unterstützungsprozess: Suchtforschung, Evaluation und Dokumentation

### 9.1.1 Suchtforschung

Forschung ist eine wichtige Säule im Umgang mit dem Phänomen Sucht. Man kann nur zielgerichtet agieren, wenn man konkrete Vorstellungen über die Ursache von Phänomenen und darüber hat, welche Konsequenzen Interventionen haben. Wie generell in den Sozial- und Humanwissenschaften sind einfache und eindeutige Antworten hier nicht möglich. Die Entstehung von Suchtphänomenen und Folgeproblemen wird durch eine Fülle von komplex interagierenden Rahmenbedingungen bestimmt, die regional unterschiedlich ausgeprägt und starken zeitlichen Veränderungen unterworfen sind. Auswirkungen erfolgen in der Regel langfristig und sind nicht einfach zu messen. Experimentelle Zugänge, mit denen man Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge relativ verlässlich untersuchen könnte, scheitern meist aus ökonomischen, ethischen und technischen Gründen.

#### 9.1.1.1 Zeitgemäßes Wissenschaftsverständnis

Unter solchen Rahmenbedingungen muss sich Wissenschaft als kontinuierlicher kreativer Prozess verstehen, der nach relevanten Fragestellungen sucht und zu deren Beantwortung auf vorhandene wissenschaftliche Ergebnisse und Erfahrungsberichte zurückgreift. Diese werden dann wie ein unvollständiges Puzzle zusammengefügt und fehlende Puzzlesteine zunächst auf der Basis von Common-Sense und Logik spekulativ ergänzt, um anschließend gezielt danach zu streben, die fehlenden Befunde wissenschaftlich zu generieren (Hartnoll, 2004). Dermaßen abgeleitete wissenschaftliche Aussagen können im Lichte vorhandener Evidenz mehr oder weniger plausibel sein, aber nie endgültig oder sicher.

Ein in diesem Zusammenhang angemessenes Forschungsverständnis baut stärker auf qualitativer Forschung auf, die danach trachtet, relevante Phänomene zu verstehen, als auf quantitativer Forschung, die das Ausmaß von Phänomenen quantifizieren will. Die Konzeptionierung der in diesem Zusammenhang notwendigen Forschungsprojekte kann sinnvollerweise nur im Dialog der öffentlichen EntscheidungsträgerInnen, die bestimmte Erkenntnisse zur Planung von Maßnahmen benötigen, mit ForscherInnen, die mit dem vorliegenden Forschungsstand vertraut sind und über realisierbare Forschungsoptionen Bescheid wissen, geplant werden.

Unbedingt sollte eine Rückkopplung zwischen Forschung und allen Praxisfeldern existieren, in dem Sinne, dass einerseits Forschungsergebnisse in der praktischen Arbeit Niederschlag finden und andererseits Erkenntnisse aus der Praxis die Schwerpunktsetzungen der Forschung mitbestimmen.

### **9.1.1.2 Schaffung von Kompetenzzentren**

Diese schwierige Erkenntnissituation erfordert einschlägige Kompetenzzentren mit ausgewiesenen ExpertInnen, die sich längerfristig mit relevanten Fragestellungen beschäftigen können, die aktiv am internationalen wissenschaftlichen Austausch partizipieren, die im ständigen Dialog mit den im Feld tätigen ProfessionistInnen stehen, die wie DetektivInnen versuchen, sinnvolle Schlussfolgerungen aus oft widersprüchlichen Befunden zu ziehen, die in der Lage sind, die Verlässlichkeit ihrer eigenen Schlussfolgerungen realistisch zu beurteilen, und die erkennen, wo es dringenden Forschungsbedarf zur Abklärung offener Forschungsfragen gibt. Der Komplexität der Materie entsprechend sollte Suchtforschung grundsätzlich multidisziplinär und langfristig konzipiert sein.

### **9.1.1.3 Forschungsförderung**

Die Rahmenbedingungen für Suchtforschung sollten verbessert und gesetzlich verankert werden, indem staatliche, universitäre und/oder private längerfristig gesicherte Suchtforschungseinrichtungen als Kompetenzzentren und Fonds zur Finanzierung von Suchtforschungsprojekten geschaffen werden, wie das z. B. in den USA und in Nordeuropa der Fall ist. Nur eine langfristige Sicherung gewährleistet, dass eingearbeitete, kompetente wissenschaftliche MitarbeiterInnen nicht wegen kurzfristiger Auftragsengpässe gekündigt werden müssen und dass Institutionen nicht aus Überlebensgründen Forschungsprojekte annehmen, die sie aufgrund fehlender Kompetenzen oder Ressourcen nicht sinnvoll erfüllen können. Eine kurzfristige und am billigsten Angebot ausgerichtete Forschungsfinanzierung ist nur scheinbar günstig und fördert entweder die kreative Umgehung von Förderbedingungen oder Pseudoforschung ohne Relevanz.

### **9.1.1.4 Internationale Forschungsk Kooperation**

Im wissenschaftlichen Bereich ist eine enge Kooperation mit nationalen und internationalen Instituten und Organisationen wünschenswert. Die Mitarbeit an internationalen Projekten wie dem Drogenkontrollprogramm der Vereinten Nationen und die Zusammenarbeit mit Institutionen, wie etwa der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) oder der Weltgesundheitsorganisation (WHO), sowie die Vertretung in internationalen Gremien, wie beispielsweise der Wissenschaftsgruppe des Europäischen Alkohol- und Gesundheitsforums oder des „Committee on National Alcohol Policy and Action“ der Europäischen Kommission, sollte ausgebaut werden.

### **9.1.1.5 Kommunikation der Ergebnisse**

Damit Forschungsergebnisse praktische Relevanz erreichen können, müssen sie anderen ForscherInnen, EntscheidungsträgerInnen und der interessierten Öffentlichkeit zur Kenntnis gebracht werden. Es braucht daher nicht nur qualitativ hochwertige Forschung, sondern auch eine zielgruppenspezifische Vermittlung der Ergebnisse.

## **9.1.2 Evaluation und Dokumentation**

Es ist selbstverständlich, dass man öffentliche und private Ausgaben dahingehend prüfen sollte, ob der intendierte Zweck erreicht wird und ob die Zielerreichung gegebenenfalls auch mit weniger Aufwand möglich ist. Evaluation und Qualitätskontrolle sind dabei ein unverzichtbares Planungs- und Steuerungselement. Es steht auch außer Frage, dass eine systematische Dokumentation von Leistungen, die verrechnet werden, unerlässlich ist und dass diese den KostenträgerInnen regelmäßig ausgewiesen werden müssen.

### **9.1.2.1 Evidenzbasiertheit**

Die Forderung nach Evidenzbasiertheit in dem Sinne, dass die Wirksamkeit aller Maßnahmen empirisch zweifelsfrei nachgewiesen werden muss, basiert auf einem Machbarkeitsmythos. Bei vielen theoretisch und erfahrungsgestützt gut fundierten Maßnahmen ist ein eindeutiger empirischer Wirksamkeitsnachweis aus den unterschiedlichsten Gründen nicht zu erbringen. In diesen Fällen führt die kompromisslose Forderung nach einem Nachweis entweder zu Pseudoevaluationen oder zu einem ungerechtfertigten Kahlschlag in wichtigen Bereichen. Pseudoevaluationen, die rasch und billig durchführbar sind und die man Lailnnen durchaus als umfassenden wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis präsentieren kann, bieten keinen realen Erkenntnisgewinn und sind weder ethisch noch ökonomisch vertretbar.

### **9.1.2.2 Routinedatenerhebung und Monitoring**

Routinedatenquellen können im Sinne übergreifenden Monitorings zur Beurteilung der aktuellen Situation und zur Trendanalyse herangezogen werden. Sie sind Hintergrund für (versorgungsrelevante) forschungsleitende Fragestellungen. Immer wieder ergeben sich aus Auffälligkeiten oder Trends im Rahmen der Routinedatensammlung wissenschaftliche Fragestellungen.

Oft werden Dokumentationen deswegen zu umfangreich konzipiert, weil man glaubt, mit Routinedaten sinnvoll und kostengünstig Forschung betreiben zu können. Diese Form der Forschung ist aber weder billig, weil die Daten ja von hochqualifizierten ExpertInnen erhoben werden, noch epistemologisch sinnvoll, da man für sinnvolle Fragestellungen ganz bestimmte Inhalte benötigt, die man bei der Entwicklung von Routinedokumentationen unmöglich antizipieren kann. Viele große Routinedatenbestände werden aus diesem Grund nie umfassend ausgewertet bzw. in bedeutungslosen Tabellen oder Grafiken präsentiert, die den Erhebungsaufwand nicht annähernd rechtfertigen.

### **9.1.2.3 Anpassung an Formalkriterien statt an tatsächlicher Qualität**

Eine große Gefahr bei standardisierten Evaluationen basierend auf Routineinstrumenten ist, dass sich derart evaluierte Einrichtungen in der Folge oft weniger an den Bedürfnissen ihrer Klientel bzw. den Anforderungen ihrer Kernaufgabe als an der Optimierung der „Leistungsindikatoren“ orientieren, also pointiert ausgedrückt schlechter arbeiten, um besser dazustehen. Um negative Effekte in diesem Sinne zu vermeiden, ist ein kontinuierlicher Dialog mit den Einrichtungen über die Instrumente und deren Bedeutung unerlässlich. Außerdem müssen datengestützte Befunde unbedingt durch direktere Evaluationsformen, wie Beobachtung und Gespräche mit beteiligten Personen, ergänzt werden.

#### **9.1.2.4 Abwägung Kosten versus Nutzen**

Bei der Konzipierung und Vergabe von Evaluationsaufträgen und der Definition von Dokumentationsverpflichtungen sollte grundsätzlich bedacht werden, dass Evaluation und Dokumentation viel Aufwand erfordert, was zwangsläufig zu Lasten der Kernaufgaben geht. Es ist wichtig, hier sehr restriktiv vorzugehen, d. h. nur jene Daten zu erheben, die benötigt werden und die mit den verfügbaren Mitteln auch sinnvoll erhoben werden können. Evaluation und Qualitätskontrolle dürfen nicht zum Selbstzweck werden. Man muss verhindern, dass zu großer bürokratischer Aufwand paradoxerweise jene Leistungen beeinträchtigt, deren Qualität man eigentlich gewährleisten möchte. Dokumentationsinstrumente sollten möglichst schlank gehalten werden. Der Sinn/Nutzen der einzelnen Items und der gesamten Datenerhebung soll den Dokumentierenden selbst nachvollziehbar sein, und die Dokumentation selbst bzw. die Auswertungsergebnisse sollten für die Dokumentierenden (sinnvoll) nutzbar sein.

#### **9.1.2.5 Internationale Standards**

Bezüglich Dokumentation und Evaluation gibt es international zahlreiche Standards. Da allerdings alle EU-Staaten verpflichtet sind, der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) regelmäßig vergleichbare Daten über die Entwicklung von Substanzmissbrauch und Sucht in ihrem Bereich zur Verfügung zu stellen, ist es sinnvoll, sich hier sehr stark an den Standards der EBDD zu orientieren. Darüber, welche Daten man in welchem Zusammenhang unbedingt benötigt, kann es allerdings keine allgemeinen Richtlinien geben. Das müssen die Beteiligten mit Realismus und Bereitschaft zur Lücke je nach Anforderungen immer wieder neu festlegen.

## **9.2 Unterstützungsprozess: Planung und Koordination**

Bei Planung, Organisation und Koordination in den Bereichen Suchtprävention und Suchthilfe fällt den Sucht- und Drogenkoordinationen der Bundesländer als regionaler übergeordneter Stelle eine entscheidende Rolle zu, weil diese die Angebote der einzelnen Einrichtungen kennen, maßgeblich an deren Finanzierung beteiligt sind, als Plattform für den Austausch zwischen den Einrichtungen dienen und in der Lage sind, das Suchthilfesystem des jeweiligen Bundeslandes im Sinne einer Optimierung des gesamten Suchthilfesystems zu akkordieren. Nur wenn Suchthilfeeinrichtungen, die unterschiedliche Angebote offerieren, kooperieren, ist es möglich, den Suchtkranken die für sie passenden Behandlungsoptionen zur Verfügung zu stellen.

Ziel der Koordinationstätigkeit auf Bundesebene ist es, zwischen Bund und Ländern einen Grundkonsens in zentralen Fragen zu finden und an die jeweiligen politischen VerantwortungsträgerInnen heranzutragen, damit der Umgang mit Substanzmissbrauch und Sucht im innerstaatlichen Bereich und für die Vertretung Österreichs auf EU- und internationaler Ebene einheitlicher, koordinierter und damit für alle besser nachvollziehbar gestaltet wird.

Eine wichtige Koordinierungsfunktion die österreichische Suchtprävention betreffend hat auch die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung, in der die neun Fachstellen für Suchtprävention der Bundesländer vertreten sind und die durch regelmäßige Treffen eine Abstimmung von Aktivitäten und Zielvorstellungen ermöglicht. Weiters werden österreichweite Programme, Angebote, Projekte und Informationsmaterialien entwickelt, somit Synergieeffekte genutzt und ein effizienter Einsatz von Ressourcen gewährleistet und Netzwerkarbeit bis hin zur Zusammenarbeit mit Ministerien geleistet wird.

Unterschiedliche Zugänge, Aufgaben, Zielsetzungen und Methoden insbesondere der Polizei und der Drogenhilfe machen laufende Koordination und die Entwicklung verbindlicher, gemeinsamer Zielvorgaben notwendig, um zu verhindern, dass sich die Maßnahmen gegenseitig konterkarieren. So können niederschwellige Einrichtungen nur funktionieren, wenn Suchtkranke diese ohne Probleme aufsuchen können. Das erfordert, dass die Polizei an diesen Orten nur dann interveniert, wenn dies unvermeidlich ist. Die berufliche Rehabilitation von erfolgreich behandelten Suchtkranken kann daran scheitern, dass ihnen von Behörden unter Umständen unnötigerweise Hindernisse in den Weg gelegt werden. Diese und ähnliche Situationen, wo unkoordiniertes Handeln der einen Seite die Bestrebungen der anderen Seite konterkariert, erfordern Koordinierungstreffen und Absprachen zwischen den handelnden öffentlichen Einrichtungen.

Ob Lösungen im Interesse der KlientInnen und des Suchthilfesystems möglich sind, hängt oft stark von der Bereitschaft der einzelnen AkteurInnen ab. Hier sollten Verbindungsdienste (wie z. B. Contact in Wien) mit genügend Kompetenz ausgestattet werden, um bei Konflikten rasch und verbindlich Entscheidungen zu finden. Teilweise sind hier auch gesetzliche Anpassungen notwendig, da die Polizei infolge des Officialprinzips derzeit bei Anzeigen (Grundsatz der Amtswegigkeit), selbst wenn sich Drogenhilfe und Polizei einig sind, dass bestimmte Interventionen nicht zweckmäßig sind, nicht umhin kommt, tätig zu werden.

### **9.3 Unterstützungsprozess: Aus- und Weiterbildung der SuchthilfeprofessionistInnen**

Suchtvorbeugung und Suchthilfe sind interdisziplinäre Arbeitsfelder, in denen Personen aus den unterschiedlichsten Berufsgruppen tätig sind. Die Ausbildungsstandards der beteiligten Berufsgruppen sollten die Themen Suchtprävention und Suchtbehandlung stärker als bisher berücksichtigen und in die Ausbildungscurricula aufnehmen. Ein gemeinsames Grundverständnis bei den VertreterInnen dieser Professionen erleichtert die Zusammenarbeit in den Einrichtungen und die Vernetzung der Angebote mit anderen Einrichtungen.

Außerdem sollte ergänzend spezifische berufsbegleitende Fort- und Weiterbildung zur Vertiefung des Themas angeboten werden. Damit diese Angebote auch angenommen

werden können, sollte den Einrichtungen ein angemessenes Ausmaß an Fort- und Weiterbildung vorgeschrieben werden, wobei die KostenträgerInnen die Kosten für die Teilnahme und für die entgangene Arbeitszeit bei ihren Kalkulationen berücksichtigen müssen.

Bei allen Überlegungen in Richtung Qualitätsstandards mit konkreten Ausbildungs- und Weiterbildungsvorschriften muss auch deren Finanzierung mit bedacht werden. Ist die Erfüllung von Voraussetzungen nicht finanzierbar, führt das zum Wegfall von Einrichtungen und nicht zu deren Verbesserung.

Von ganz besonderer Bedeutung ist hier auch die suchtspezifische Aus- und Weiterbildung von Personen, die nicht direkt zum Suchthilfesystem gehören, die aber als erste Anlaufstelle oder ZuweiserInnen einen hohen Stellenwert haben können – wie AllgemeinmedizinerInnen, FachärztInnen, andere Gesundheitsberufe sowie außerschulische JugendarbeiterInnen und LehrerInnen. Neben inhaltlichem Wissen geht es hier auch darum, Bewusstseinsbildung hinsichtlich Sucht als Krankheit zu forcieren und moralischen Vorbehalten gegenüber suchtkranken Menschen entgegenzuwirken.

In allen Bereichen, wo die Motivation von SubstanzmissbraucherInnen und Suchtkranken, etwas an ihrem Leben zu ändern, eine Rolle spielt, ist eine entsprechende Ausbildung in anerkannten Methoden der Gesprächsführung, wie z. B. Motivational Interviewing, empfehlenswert und sollte forciert werden.

## **9.4 Unterstützungsprozess: Internationale Zusammenarbeit**

Probleme durch Substanzmissbrauch und Sucht treten weltweit auf. Sinnvolle Maßnahmen und Strategien erfordern, dass diese international, auf europäischer Ebene, national und regional abgestimmt werden und dass sich mit unterschiedlichen Aspekten des Phänomens beauftragte Behörden und Einrichtungen abstimmen, gemeinsam planen und koordinieren.

## **9.5 Unterstützungsprozess: Öffentlichkeitsarbeit und Medien**

Immer wenn Themen die Öffentlichkeit emotional bewegen, und das tut die Suchtproblematik zweifelsohne, ist es zweckmäßig, dass sich Politik und Fachwelt zunächst auf eine gemeinsam abgestimmte Sichtweise und Strategie einigen und anschließend durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit fundierte Fakten und Argumente in den Diskurs einzubringen.

Ziel dieser Öffentlichkeitsarbeit ist es, unsachliche Meinungen über Substanzmissbrauch, Sucht und die Betroffenen hintan zu halten und zur kritischen und differenzierten Meinungs-

bildung beizutragen. Es muss vermittelt werden, dass Substanzmissbrauch und Sucht meist die Folge von gravierenden psychiatrischen bzw. psychosozialen Problemlagen ist und dass Sucht eine psychische Erkrankung darstellt. Es geht darum, sowohl die Suchtproblematik, als auch die davon Betroffenen zu entstigmatisieren, der interessierten Öffentlichkeit die Grundlagen der österreichischen Suchtpolitik detailliert nahezubringen und Hintergründe zu erläutern. Um diese Ziele zu erreichen, ist kontinuierliche Medienarbeit notwendig.

# 3 Literatur

- Anderson, P.; Baumberg, B. (2006):** Alcohol in Europe: A Public Health Perspective. Institute of Alcohol Studies, London
- Babor, T.; Caetano, R.; Casswell, S.; Edwards, G.; Giesbrecht, N.; Graham, K.; Grube, J.; Gruenewald, P.; Hill, L.; Holder, H.; Homel, R.; Österberg, E.; Rehm, J.; Room, R.; Rossow, I. (2003):** Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy. Oxford University Press, New York
- Bundesgesetz über den Schutz vor Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Neuen Psychoaktiven Substanzen** (Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz, NPSG), BGBl. I Nr. 146/2011, geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 48/2013
- Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe** (Suchtmittelgesetz – SMG), BGBl. I Nr. 112/1997, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 50/2012
- Bundesgesetz vom 28. November 1989 zur Regelung des Glücksspielwesens** (Glücksspielgesetz – GSpG), BGBl. Nr. 620/1989, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 70/2013
- Busch, M.; Eggerth, A. (2010):** Nasaler Heroinkonsum in Österreich. In: Sucht 56 (6), 415-422
- Busch, M.; Haas, S.; Weigl, M.; Wirl, C.; Horvath, I.; Stürzlinger, H. (Hrsg.), Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2007):** Langzeitsubstitutionsbehandlung Opioidabhängiger. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 53. DIMDI, Köln
- Charter Establishing the European Alcohol and Health Forum**, European Commission (2007)
- Dalkey, N.; Helmer, O. (1963):** An Experimental Application of the Delphi Method to the Use of Experts. Management Science, 9, 3
- DiClemente, C. C. & Prochaska, J. O. (1982):** Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change of cessation and maintenance. Addictive Behaviors, 7, 133–142.
- Drinkmann, A. (2002):** Kontrolliertes Rauchen: Standortbestimmung und Perspektiven. Suchtbehandlung, 3, 81–86
- Eine EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden**, Mitteilung der Kommission vom 24. Oktober 2006, KOM(2006) 625 endg.
- Einziges Suchtgiftkonvention 1961** samt Anhängen sowie Erklärung der Republik Österreich zu Artikel 36 und Protokoll, mit dem die Einziges Suchtgiftkonvention 1961 abgeändert wird, BGBl. Nr. 531/1978
- Eisenbach-Stangl, I. (1989):** 1. Europäische Substitutionspraxis. Das HI-Virus als Geburtshelfer: Kleine Geschichte der Methadonbehandlung in Österreich. H.Bossong, H.Stöver (Hrsg.): Methadon, Chancen und Grenzen der Substitutionsbehandlung, Verlag Lenz, Maas, Teuber, Berlin
- Eisenbach-Stangl, I. (1991):** Eine Gesellschaftsgeschichte des Alkohols – Produktion, Konsum und soziale Kontrolle alkoholischer Rausch- und Genussmittel in Österreich 1918-1984. Campus, Frankfurt
- EKDF (2005):** «psychoaktiv.ch» Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen – Arbeitsversion Mai 2005. Eidgenössische Kommission für Drogenfragen, Bern
- EMCDDA (2012):** Prevention responses to drug use in the EU. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/responses-in-eu> (41029)
- Empfehlung 2003/488/EG des Rates vom 18. Juni 2003 zur Prävention und Reduzierung von Risiken im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit**, Amtsblatt L 165 vom 3.7.2003
- Empfehlung des Rates vom 30. November 2009 über rauchfreie Umgebungen**, Amtsblatt C 296/02 vom 5.12.2009
- Entschließung des Europäischen Parlaments vom 5. September 2007 zu der EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden (2007/2005(INI))**, Amtsblatt C 187 E/160 vom 24.7.2008

- EU-Drogenstrategie (2013-2020)**, Amtsblatt, C 402/01 vom 29.12.2012
- European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020**, WHO Europe 2012
- Global strategy to reduce the harmful use of alcohol**, WHO 2010
- GÖG/ÖBIG (2011): Bericht zur Drogensituation 2011**. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2012): Bericht zur Drogensituation 2012**. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Hall, W.; Room, R.; Bondy, S. (1999):** Comparing the Health and Psychological Risks of Alcohol, Cannabis, Nicotine and Opiate Use. In: Kalant, H.; Corrigall, W.; Hall, W.; Smart, R.: The Health Effects of Cannabis. Centre for Addiction and Mental Health, Ontario, Canada
- Haltmayer, H.; Rechberger, G.; Skriboth, P.; Springer, A.; Werner, W. (2009):** Konsensus-Statement „Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger“. Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS), Wien
- Hartnoll, R. (2004):** Drugs and Drug Dependence: Lessons learned, challenges ahead. Council of Europe Publishing, Strasbourg
- Kasper, S.; Haller, R.; Haring, Ch.; Musalek, M.; (2007):** Konsensus-Statement: State-of-the-Art – Substanzbezogene Störungen und psychische Erkrankungen. CiniCum Neuropsy, Sonderausgabe November
- Kinder und Jugendstrategie 2012**, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2006):** Eine EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden
- Körkel, J. (2002):** Kontrolliertes Trinken: Eine Übersicht. Suchtbehandlung, 3,2, 87–96
- Lindstone, H. A.; Turroff, M. (1975):** The Delphi Method: Techniques and Applications. Addison-Wesley, Massachusetts
- Miller, W. R.; Rollnick, S. (1991):** Motivational Interviewing – Preparing People to Change Addictive Behavior. Guilford Press, New York
- Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem**. High-level Segment Commission on Narcotic Drugs, Vienna, 11-12 March 2009 (United Nations Office on Drugs and Crime 2009)
- Psychotropenverordnung**, BGBl. II Nr. 375/1997, zuletzt geändert durch die Verordnung BGBl. II Nr. 358/2012
- Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich – Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich (2012)**, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs**. Zwischen Deutschland, Österreich und der Schweiz abgestimmte deutsche Übersetzung, BGBl. III Nr. 219/2005
- Rhodes, T.; Hedrich, D. (eds.) (2010):** Harm Reduction: Evidence, Impacts and Challenges. EMCDDA MONO-GRAPHS 10 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Luxembourg
- Roques, B. (1998):** Problèmes posées par la dangerosité des drogues. Rapport du professeur Bernard Roques au Secrétaire d'Etat à la Santé. Nationales Institut für Gesundheit und medizinische Forschung (INSERM), Paris
- Schweizer Bundesrat (1994):** Haltung des Bundesrates zu den aktuellen Drogenproblemen. Bern
- Suchtgiftverordnung**, BGBl. II Nr. 374/1997, zuletzt geändert durch die Verordnung BGBl. II Nr. 464/2012
- The World Anti Doping Code**. The 2012 Prohibited List. International standard. World Anti-Doping Agency (2011)
- Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtgiften und psychotropen Stoffen**, BGBl. III Nr. 154/1997
- Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe**, BGBl. III Nr. 148/1997

- Uhl, A. (2010):** Evaluation of the Drug Prevention Activities: Theory. In: Uhl, A.; Ives, R.; Members of the Pompidou Group Prevention Platform (eds.): Evaluation of Drug Prevention Activities: Theory and Practice (P-PG/Prev (2010) 6. Council of Europe, Strasbourg
- Uhl, A.; Kobrna, U. (2006):** Alkoholspezifischer Jugendschutz in Europa. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 29, 3, 43–48
- Uhl, A.; Kobrna, U. (2008):** Verantwortungsvoller Alkoholausschank (VAA) Modellkurs zur Umsetzung in der HLF Krems WS 2007/08, Forschungsbericht des Ludwig-Boltzmann Instituts für Suchtforschung, AlkoholKoordinations- und Informations-Stelle, Wien
- Uhl, A.; Springer, A. (2002):** Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien
- Uhl, A.; Strizek, J.; Puhm, A.; Kobrna, U.; Springer, A. (2009):** Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch – Erhebung 2008 – Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- WHO (1946):** The WHO Constitution. World Health Organisation, New York
- WHO (1986a):** Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, verabschiedet anlässlich der 1. Internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung am 21. November 1986. Weltgesundheitsorganisation, Genf
- WHO (1986b):** Health Promotion: A Discussion Document on the Concepts and Principles. Health Promotion, 1, 73–76



