



SUCHT

Daten
Fakten
Fachbeiträge
Statements
Hilfsangebote

Inhaltsverzeichnis

Vorwörter	2 - 5
<hr/>	
1. Die vielen Gesichter der Suchtkrankheit	6
1.1 Daten und Fakten: Prävalenz von Suchterkrankungen in der Steiermark im Überblick	7
1.2 Herausforderungen und Ziele in der ganzheitlichen Behandlung von Suchterkrankungen (Hans-Peter Kapfhammer)	9
1.2.1 Das Henne-Ei-Dilemma (Harald Ploder)	13
2. Zugänge und Herausforderungen in der Suchtprävention	14
2.1 Daten und Fakten: Suchtprävalenz bei Kindern und Jugendlichen	15
2.2 Trends und Entwicklungen in der Suchtprävention (Claudia Kahr)	16
2.2.1 Lebenskompetenzförderung: das Herzstück der Suchtprävention (Claudia Kahr)	18
2.2.2 Suchtvorbeugung als Gemeinschaftsaufgabe (SAG) (Claudia Kahr)	19
2.2.3 „Helfen statt strafen“ – Die Anwendung des § 13 SMG in der Steiermark aus schulärztlicher Sicht (Günter Polt)	20
2.2.4 „Helfen statt strafen“ – Die Anwendung des § 13 SMG in der Steiermark aus der Sicht der Schulpsychologie (Josef Zollneritsch)	21
2.3 Steirischer Aktionsplan Alkoholprävention (Sandra Marczik-Zettinig)	22
2.4 Tabakpräventionsstrategie Steiermark (Waltraud Posch)	24
2.5 Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien (Renate Hutter, Martin Riesenhuber)	26
2.5.1 Kinder und Jugendliche in belastenden sozialen Umfeldern – Blitzlicht aus der Sicht der Behörde (Ulrike Walch)	27
2.6 Die Rolle der Exekutive in der Suchtprävention (Christian Sallmutter, Hans-Peter Schume)	28
2.7 Internet und neue Medien (Andreas Neuhold)	30
3. Versorgungsstrukturen für Menschen mit Suchterkrankungen	32
3.1 Daten und Fakten: Versorgungsangebote in der Steiermark	33
3.2 Suchthilfe im Kontext der Versorgungsplanung (Christa Peinhaupt, Johannes Koinig)	36
4. Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens	38
4.1 Daten und Fakten: Die Rolle des Gesundheitswesens in der Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen	39
4.2 Medizinische Versorgung von Suchtkranken im niedergelassenen Bereich (Michael Adomeit)	41
4.2.1 Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen in der Primärversorgung von Menschen mit Suchterkrankungen – Blitzlicht aus der Praxis (Elisabeth Wejbora, Johanna Leitner)	42
4.2.2 Der Facharzt und die Fachärztin als wichtiges Bindeglied (Christina Pillich)	43
4.2.3 Diagnose und Therapie im fachärztlichen Bereich (Stefan Sinz)	43
4.3 Alkoholerkrankungen (Manfred Geishofer)	44
4.4 Konzepte der stationären Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen (Johann Sailer)	46
4.4.1 Therapieerfolge in die Lebenswelten der PatientInnen übertragen (Sascha Lang)	48

5. Psychosoziale Versorgung bei Suchterkrankungen	50
5.1 Daten und Fakten: Angebote der psychosozialen Versorgung in der Steiermark und ihre Relevanz für Menschen mit Suchterkrankungen	51
5.2 Psychosoziale Versorgung und Sucht (Susanna Krainz)	52
5.2.1 Zur Kooperation der Sucht- und Drogenberatung mit den psychosozialen Beratungsstellen im Oberen Murtal und in Liezen (Michael Truschnig)	53
5.2.2 PSD Hilfswerk Steiermark – Psychosozialer Dienst und Suchtberatung in einer Einrichtung (Andrea Descovich)	54
5.2.3 Existenzsicherungsberatung als bedeutender Baustein in der Behandlung der Glücksspielsucht (Monika Lierzer)	55
6. Wenn Medikamente süchtig machen	56
6.1 Daten und Fakten: Medikamentensucht	57
6.2 Medikamentenabhängigkeit (Hans Haltmayer)	58
6.2.1 Medikamentenabhängigkeit, eine Herausforderung (Isabella Bauer-Rupp)	59
6.3 Selbstoptimierung durch Neuro-Enhancement? (Nicole Kronberger, Simone Seyringer)	60
7. Schadensminimierende Maßnahmen – Möglichkeiten und Grenzen	62
7.1 Daten und Fakten: Illegale Drogen und Substitution	63
7.2 Nachdenken über mündige Menschen und risikoarmen Konsum (Ulf Zeder)	64
7.2.1 Kontrollierter Konsum im Fokus (Roland Urban)	65
7.3 Die drei medizinischen Säulen der Substitutionstherapie (Elisabeth Moser-Knapp)	66
7.4 Die Rolle der Apotheken in der oralen Substitutionstherapie (Alexandra Mandl)	68
7.4.1 Wo wir offen reden können und Hilfe finden (Anonymus)	69
8. Neue Herausforderung: Psychoaktive Substanzen, Substanzerwerb und Substanztestungen	70
8.1 Daten und Fakten: Neue psychoaktive Substanzen	71
8.2 Neue psychoaktive Substanzen (Martin Schmid)	72
8.2.1 checkit! – Pionierarbeit aus Wien (Karl Schubert-Kociper)	73
8.2.2 Substanztestungen im Basecamp Z6 (Manuel Hochenegger)	74
8.2.3 Neue „Partydrogen“ (Thomas Trabi)	75
8.2.4 Wie die Digitalisierung den Drogenerwerb verändert (Meropi Tzanetakis)	75
9. Sucht im Alter	76
9.1 Daten und Fakten: Die häufigsten Süchte im Alter	77
9.2 Sucht im Alter – (K)ein Problem? (Roland Mader, Michael Musalek)	78
9.3 Recoveryorientierte Interventionsmöglichkeiten in der psychiatrischen Pflege (Eveline Brandstätter)	80
9.3.1 Sucht im Alter – für Gesundheits- und Krankenpflegepersonen oft ein schmaler Grat (Manuel Pfeilstecher)	81
Biografien der Autorinnen und Autoren	82
Fotorechte	85
Suchthilfe-Einrichtungen	86
Impressum	89

Herausforderung Sucht!



Süchte und Abhängigkeiten stellen ohne Zweifel eine der großen Herausforderungen unserer modernen Konsumgesellschaft dar. Sie zählen zu jenen Krankheiten, bei denen die Mitarbeit der Abhängigen eine wesentliche Rolle beim Heilungsprozess spielt. Besonders wichtig ist daher der Bereich der Prävention, denn das Suchtbild ist keineswegs einheitlich. Ein kleines Laster hat wohl jeder, doch die Grenze ist fließend und oft besteht nur ein schmaler Grat zwischen unschädlichem Verzehr und Missbrauch. So ist der Konsum von Alkohol und Zigaretten weitestgehend gesellschaftlich anerkannt, wohingegen über Spielsucht oder Internetsucht vielfach der Mantel des Schweigens gebreitet wird. Obwohl sich die Ursachen und Mechanismen von Suchterkrankungen heute wissenschaftlich erklären lassen, sind suchtkranke Menschen gesellschaftlich immer noch stigmatisiert.

Zudem sind die Folgen für die Betroffenen und ihre Angehörigen meist gravierend, sowohl beruflich als auch privat und vor allem gesundheitlich. Umso wichtiger ist daher die medizinische und psychosoziale Versorgung suchtkranker Menschen.

Damit Süchte und Abhängigkeiten erfolgreich bekämpft werden können, braucht es im Präventionsbereich ein differenziertes Maßnahmenbündel, das sowohl personelle als auch strukturelle Aspekte berücksichtigt. Wichtig ist, besonders früh im Bereich der Information, Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung anzusetzen und Kinder und Jugendliche in ihrer Gesundheitskompetenz zu stärken.

Unser Ziel muss es sein, Warnsignale frühzeitig zu erkennen und das Bewusstsein für Süchte und Abhängigkeiten in unserer Gesellschaft zu schärfen.

Mein Dank gilt daher all jenen Expertinnen und Experten, die sich in den steirischen Suchtberatungsstellen und Therapieeinrichtungen engagieren und einen wertvollen und unverzichtbaren Beitrag in diesem so wichtigen Bereich leisten.

Ihre

Dr. Juliane Bogner-Strauß

Landesrätin für Bildung, Gesellschaft, Gesundheit und Pflege

Prävention ist vordringlich!

Keine Frage: Prävention zählt zu den vordringlichsten Aufgaben einer funktionierenden Gesundheitspolitik und ist folgerichtig ein zentrales Anliegen der Österreichischen Gesundheitskasse – auch und gerade auf dem vielschichtigen Gebiet der Abhängigkeitserkrankungen. Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen, die allen in Österreich lebenden Menschen nach Vollendung des 18. Lebensjahres jährlich kostenlos zur Verfügung stehen, wird nicht von ungefähr mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass der persönliche Lebensstil als wichtigste Voraussetzung für ein gesundes Leben bis ins hohe Alter gilt.



Jedes Suchtverhalten im Zusammenhang mit gesundheitsschädigenden Substanzen stellt einen besonderen Risikofaktor dar, wobei die sogenannten „legalen Drogen“ wegen ihrer mehr oder weniger breiten gesellschaftlichen Akzeptanz einen besonderen Stellenwert haben. In bewährter Partnerschaft mit dem Gesundheitsfonds Steiermark hat die soziale Krankenversicherung in den vergangenen Jahren im Bereich der Suchtprävention eine Reihe von Akzenten gesetzt und das Thema auch in der öffentlichen Wahrnehmung an prominenter Stelle positioniert.



Klarerweise kommt der Österreichischen Gesundheitskasse aber auch bei der Begleitung und Behandlung bereits erkrankter Menschen eine Schlüsselrolle zu. Als mit Abstand größter Krankenversicherungsträger Österreichs, der allein in der Steiermark mehr als eine Million Versicherte betreut, nimmt die ÖGK neben ihrer medizinischen auch eine wesentliche soziale Verantwortung wahr – mit mannigfaltigen Aufgaben: Die Bandbreite reicht vom erfolgreichen Raucherentwöhnungsangebot „Rauchfrei in 6 Wochen“ bis hin zu den Maßnahmen der Substitutionstherapie.

Dass es quasi über Nacht nötig sein kann, auf neue Herausforderungen zu reagieren, hat die Corona-Pandemie in kaum für möglich gehaltener Intensität gezeigt. Wie weit ein globales Elementarereignis mit all seinen gravierenden Auswirkungen das Suchtverhalten der Menschen beeinflusst, wird sich im Detail erst herausstellen. Wie auch immer: Furcht vor der Krankheit, Isolation, Einsamkeit, Existenzängste – das alles wird auch für die Kernaufgabe der sozialen Krankenversicherung, die sogenannte Regelversorgung, nicht ohne Folgen bleiben.

Vorsorgen, behandeln, heilen – mit der Österreichischen Gesundheitskasse weiß die Steiermark in der Suchtprävention und bei der Betreuung suchtkranker Menschen auch künftig einen starken und verlässlichen Partner an ihrer Seite!

Ing. Josef Harb und Vinzenz Harrer

Vorsitzende des Landesstellenausschusses Steiermark der Österreichischen Gesundheitskasse

Sucht – kein Randproblem!



Auf Grundlage der jahrelangen, umsichtigen Aufbauarbeit der Suchtkoordination des Landes Steiermark ist seit 2019 der Gesundheitsfonds Steiermark mit diesen Agenden betraut worden. Wir freuen uns, Ihnen die erste Publikation des Gesundheitsfonds zum Thema Suchterkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten zu präsentieren. Diese basiert auf den bisherigen Suchtberichten und der Bedarfs- und Entwicklungsplanung zur Versorgung suchtkranker Menschen in der Steiermark.



Die Versorgung der Sucht-Zielgruppen stellt für uns einen integrativen Bestandteil der Versorgungsplanung im Gesundheitswesen dar, und wir haben diesem Thema besondere Priorität eingeräumt, weil es weite Teile unserer Gesellschaft betrifft. Mit dem Begriff Sucht sind nicht nur die Abhängigkeitserkrankungen gemeint, sondern die Gesamtheit von riskanten, missbräuchlichen und abhängigen Verhaltensweisen in Bezug auf Suchtmittel (legale wie illegale) sowie nicht stoffgebundene Verhaltensweisen, wie Glücksspielsucht und pathologischer Internetgebrauch.

Sucht ist somit kein Randproblem, sondern betrifft viele Menschen in unserer Gesellschaft. Sucht ist häufig mit dramatischen persönlichen Schicksalen verbunden. Sie betrifft beteiligte Familienangehörige ebenso wie Freundinnen und Freunde oder Kolleginnen und Kollegen. Abhängigkeitserkrankungen sind schwere chronische Krankheiten, die zu erheblichen Beeinträchtigungen der Gesundheit und vorzeitiger Sterblichkeit führen können.

Ziel unserer Sucht-Maßnahmen ist die Reduzierung des Konsums legaler und illegaler Drogen sowie die Vermeidung der drogen- und suchtbedingten Probleme in unserer Gesellschaft. Die legalen Suchtmittel Alkohol, Tabak und psychotrope Medikamente finden aufgrund ihrer zahlenmäßigen Bedeutung dabei die größte Beachtung.

Die wesentlichen Handlungsfelder unserer Sucht- und Drogenpolitik sind die Planung und Umsetzung von Maßnahmen in den Bereichen der

- Prävention und Stärkung der Gesundheitskompetenz durch Aufklärung und zahlreiche Umsetzungen, wie z. B. der Steirische Aktionsplan Alkoholprävention und die Tabakpräventionsstrategie;
- Beratung und Behandlung und Hilfen zum Ausstieg durch die vielfältigen Beratungs- und Behandlungsangebote in allen Bereichen der legalen, illegalen, substanzgebundenen und substanzungebundenen Suchtformen;
- schadensminimierende Maßnahmen zu Überlebenshilfen und Stabilisierung der gesundheitlichen und sozialen Situation suchtkranker Menschen.

Diese Publikation gibt einen Überblick über aktuelle Daten und Fakten, aktuelle Themen sowie über die Angebote und Initiativen im Suchthilfebereich.

HR Mag. Michael Koren und Dr. Bernd Leinich
Geschäftsführer des Gesundheitsfonds Steiermark

Der Standpunkt bestimmt die Perspektive!

Der Standpunkt bestimmt die Perspektive – das ist beim Thema Sucht nicht anders. Die mediale Darstellung von Sucht und psychoaktiven Substanzen hat lange Zeit zur Sensationalisierung des Themas beigetragen, oftmals eine Stigmatisierung der Betroffenen bewirkt und einen sachlichen Umgang mit dem Phänomen erschwert. Im Zuge der Professionalisierung von Suchtprävention und Suchthilfe setzt sich zusehends – sowohl in der Politik und in den Medien – eine sachlichere Haltung durch, die einen lösungsorientierten Diskurs ermöglicht. Um diesen Weg weiter zu gehen, ist es notwendig, sowohl auf die Wissenschaft als auch auf die Erfahrungen und Lernprozesse erfahrener Praktikerinnen und Praktiker aufzubauen.



Sucht ist eine chronische Erkrankung, die Abhängigkeitserkrankte selbst sowie Angehörige und das Umfeld erheblich belastet.

Dank der engagierten Aufbauarbeit der Suchtkoordination in den vergangenen Jahren gibt es steiermarkweit ein flächendeckendes Netz an Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsmöglichkeiten. Die im Jahre 2011 beschlossene „Neue steirische Suchtpolitik“ sowie die Ergebnisse der „Bedarfserhebung Sucht zur Versorgung suchtkranker Menschen in der Steiermark 2019“ zielen darauf ab, die speziellen Angebote der Suchthilfe-Einrichtungen regional auszubauen und durch die stärkere Einbeziehung von Gesundheitsdienstleistern zielgenau zu ergänzen.

Die Publikation „Sucht“, die Sie jetzt in Händen halten, versucht, ausgehend von vorhandenem Daten- und Faktenmaterial einen Überblick über aktuelle Themen im Zusammenhang mit Suchtprävention, Suchterkrankungen und Suchtproblematiken anzubieten und stellt die Ist-Situation dar. Kurz, lesbar und prägnant haben namhafte Expertinnen und Experten aus der Wissenschaft und aus der Praxis die Erkenntnisse aus ihrer langjährigen Arbeit eingebracht. Die Beiträge gehen ein auf Suchtarten, Alter der Erkrankten und auch auf die jeweiligen Regionen und Entwicklungen der suchtpreventiven Angebote und sollen Zugänge zur Behandlung, Prävention und Therapie aufzeigen.

Die Publikation „Sucht“ ist eine aktuelle Broschüre für Interessierte, Betroffene und/oder Angehörige; im Speziellen auch für Fachleute aus den Bereichen Medizin, Pflege, Psychosoziale Dienste, Schule und Erziehung sowie der Exekutive, die im Rahmen ihrer jeweiligen Berufe mit Suchtproblematiken konfrontiert sind.

Ich würde mich freuen, wenn die Publikation Ihr Interesse weckt und Sie vielleicht auch neue Zugänge zur Suchtproblematik finden. Im Anlassfall sollten Sie sich ermutigt fühlen, unsere Expertinnen und Experten der Suchthilfe zu kontaktieren.

Juliane Cichy, MSc

Suchtkoordinatorin des Landes Steiermark

1

Die vielen Gesichter der Suchtkrankheit



Daten und Fakten: Prävalenz von Suchterkrankungen in der Steiermark im Überblick

Suchterkrankungen haben eine multifaktorielle Genese. Sie umfasst einerseits den Umgang mit Suchtmitteln in der Gesellschaft und im persönlichen familiären und sozialen Umfeld und andererseits die persönliche Veranlagung und Widerstandskraft (Resilienz) sowie psychische und physische Erkrankungen.^{1,2}

Mit Suchtproblematiken soll daher sowohl in der Prävention als auch in der Behandlung immer ganzheitlich, umfassend und zielgruppenspezifisch umgegangen werden.³

Sowohl legale als auch illegale, substanzgebundene oder substanzungebundene Suchtformen treten in der Bevölkerung in Erscheinung. Tabaksucht und Alkoholsucht sind als legale Suchtformen am weitesten verbreitet.

Schätzungen, in welchem Ausmaß problematisches Suchtverhalten (Tabak, Alkohol) in der Bevölkerung vorkommt, beziehen sich auf Angaben in Befragungen (z. B. Österreichische Gesundheitsbefragung und Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch) und bei (illegalen) Drogensüchten vor allem auf statistische Berechnungen der Dunkelziffer auf Basis von verschiedenen Datenquellen.⁴ Bei (illegalen) Drogen sind auf Bundesländerebene die Fallzahlen sehr gering und großen Schwankungen unterworfen. Daher wird jeweils eine Prävalenzuntergrenze und -obergrenze ausgewiesen, welche dem niedrigsten bzw. dem höchsten Wert des 95 %-Konfidenzintervalls von drei Jahren entspricht.⁵

Prävalenzschätzungen von Personen mit Suchterkrankungen, Steiermark, 2014 (Tabak), 2015 (Alkohol), 2017 (illegale Drogen). Quellen: Tabak: Gesundheitsfonds Steiermark (2016): Gesundheitsbericht für die Steiermark 2015, Datenquelle: Befragungsdaten der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014; Alkohol: Bedarfs- und Entwicklungsplan-Sucht-Steiermark, 2019, Datenquelle: Gesundheit Österreich GmbH, 2015, Befragungsdaten zur Repräsentativerhebung zum Substanzgebrauch; (Illegale) Drogen: Gesundheit Österreich GmbH (2019) Epidemiologiebericht Sucht, S. 30. Darstellung: EPIG GmbH

Prävalenzschätzungen bzw. Behandlungszahlen von Personen mit Suchterkrankungen			
Suchtart	Indikator	Prävalenzschätzung je 10.000 EW ab 15 Jahren	Geschlechterverteilung der Konsumgruppen
Tabak	täglicher Tabakkonsum in der Bevölkerung ab 15 Jahren	2.158	55 % Männer; 45 % Frauen
Alkohol	problematischer Alkoholkonsum in der Bevölkerung ab 15 Jahren	1.405	64 % Männer; 36 % Frauen
(illegale) Drogen	Untergrenze und Obergrenze der Schätzung des risikoreichen Konsums mit Beteiligung von Opiaten	17,4 ----- 33,9	77 % Männer; 23 % Frauen

Tabak-, alkohol-, direkt drogenbezogene Todesfälle je 10.000 EW, Steiermark, 2014 (Tabak), 2015 (Alkohol), 2018 (illegale Drogen). Quellen: Tabak: Gesundheitsfonds Steiermark (2016): Gesundheitsbericht für die Steiermark 2015, Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung LASTAT; Alkohol: Gesundheitsfonds Steiermark (2017): Alkohol & Gesundheit, Datenquelle: LASTAT, GÖG; (Illegale) Drogen: Gesundheit Österreich GmbH (2019): Epidemiologiebericht Sucht 2019. Darstellung: EPIG GmbH

Tabak-, alkohol-, drogenbezogene Todesfälle auf 10.000 EW				
Suchtart	Todesfälle	je 10.000 EW		
		m	w	gesamt
Tabak	tabakbezogene Todesfälle, 2014	33,1	31,3	32,2
Alkohol	alkoholbezogene Todesfälle, 2015	3,8	0,9	2,3
(illegale) Drogen	2018	k. a.	k. a.	0,1

1 https://www.who.int/substance_abuse/activities/public_health_alcohol/en/, abgerufen am 6.7.2020

2 DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, et al. (Hg.) (2017) S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017, S. 18–20

3 Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (Hg.) (2017): Suchtbericht Steiermark 2017. Wien, S. 3

4 Gesundheit Österreich GmbH (Hg.) (2018): Epidemiologiebericht Sucht 2018. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Wien, S. 82

5 Gesundheit Österreich GmbH (Hg.) (2019): Epidemiologiebericht Sucht 2019. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Wissenschaftlicher Bericht Wien, S. 7

INFOBOX

- Beim Konsum von legalen und illegalen Drogen sowie bei suchtassoziierten Todesfällen ist der Anteil der Männer in der Regel größer als der Anteil der Frauen.⁶
- Suchtassoziierte Todesfälle betreffen in den meisten Fällen Personen, die älter als 35 Jahre sind.⁶
- Unter den 45- bis 64-Jährigen sterben doppelt so viele Männer an tabakassoziierten Erkrankungen wie Frauen.⁷
- Alkoholassoziierte Todesfälle betreffen in der Steiermark um ein Vielfaches mehr Männer als Frauen: 26 Fälle je 1.000 verstorbene Männer stehen 7 Fälle je 1.000 verstorbene Frauen gegenüber.⁸
- Das Geschlechterverhältnis bei Überdosierungen von illegalen Drogen liegt österreichweit bei 3 zu 1 (Männer vs. Frauen).⁹

Psychische Erkrankungen, wie Psychosen, aber auch die häufigeren Depressionen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen sowie chronische Schmerzen sind ein Risikofaktor für Suchterkrankungen.^{2,10} Patientinnen und Patienten mit Suchterkrankung und psychischen Erkrankungen haben häufig schwere soziale Probleme. Umso wichtiger ist die Behandlung beider Erkrankungen – sowohl der Sucht als auch der psychischen Erkrankung.²

Aus der Suchtmittelexposition resultieren Komorbiditäten, wie beispielsweise Leberzirrhose und Leberkrebs bei chronischem Alkoholmissbrauch, und diese erhöhen die Mortalität.¹¹ Die Literatur beschreibt die Suchterkrankung ihrerseits als Komorbidität, jedoch entwickeln sich auch aus der Sucht andere Erkrankungen, die die Betroffenen negativ beeinflussen.

Auf die vielen Gesichter der Sucht als multifaktorielle Erkrankung geht Hans-Peter Kapfhammer in seinem Beitrag ein. Harald Ploder vom Kontaktladen der Caritas weist in seinem Statement auf das Henne-Ei-Dilemma psychiatrischer Komorbiditäten hin.

INFOBOX

„Weich“ oder „hart“?

Weiche Drogen machen mit geringerer Wahrscheinlichkeit körperlich (physisch) abhängig, können aber zu einer seelischen (psychischen) Abhängigkeit führen. Hierzu gehört zum Beispiel Cannabis.

Harte Drogen machen psychisch, aber auch – und zum Teil sogar sehr rasch – körperlich abhängig. Hierzu zählen u. a. die „legalen“ Drogen Alkohol und Nikotin und die „illegalen“ Substanzen Heroin, Kokain und Crack.

Einen Überblick zu Sucht, Abhängigkeitserkrankungen, Suchtarten etc. finden Sie unter anderem unter diesem Link: www.oesterreich.gv.at/themen/gesundheit_und_notfaelle/sucht

6 Gesundheit Österreich GmbH (Hg.) (2019): Epidemiologiebericht Sucht 2019. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Wissenschaftlicher Bericht Wien, S. 7

7 Gesundheitsfonds Steiermark (Hg.) (2016): Gesundheitsbericht für die Steiermark 2015. Graz, S. 7

8 Gesundheitsfonds Steiermark (Hg.) (2017): Alkohol und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung Steiermark im Blickpunkt. 1. Aufl. Graz, S. 35

9 Gesundheit Österreich GmbH (Hg.) (2018): Epidemiologiebericht Sucht 2018. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Wien, S. 63

10 DGNB, DGAUM, DGN, DGOOC, et al. (2017): Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen. Leitlinie Schmerzbegutachtung., 4. Aktualisierung 2017. AWMF S. 9

11 AWMF, DGPPN, DG-SUCHT (Hg.) (2016): Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. S3-Leitlinie, S. 117

Herausforderungen und Ziele in der ganzheitlichen Behandlung von Suchterkrankungen

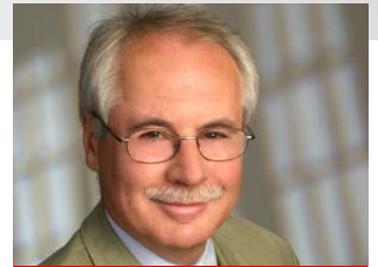
Suchterkrankungen werden heute als multifaktoriell bedingte, sehr häufig chronisch verlaufende Störungsbilder definiert. Ein anthropologischer Blick auf Sucht als existenzielles Thema zwischen den Polen Rausch und Ekstase einerseits und Desintegration, Vereinsamung, Verzweiflung, Angst und Scham andererseits vermittelt wichtige Einsichten in das Grunddilemma eines süchtigen Menschen. Für ein tieferes klinisches Verständnis von substanzbezogenen und nicht stoffgebundenen „Süchten“ in ihrer Heterogenität und Komplexität reicht diese Perspektive allein aber nicht aus. Wesentliche Voraussetzung für eine integrative Behandlungsperspektive ist, „Süchte“ als eigenständige Krankheiten zu begreifen, die heute innerhalb eines biopsychosozialen Modells kontextualisiert werden.

Je unterschiedliche biologische, psychologische und soziale Einflüsse begründen eine individuelle Vulnerabilität. Diese Vulnerabilität manifestiert sich unter speziellen Entwicklungs- und belastenden Lebensbedingungen in akuten Krankheitsepisoden. Wiederum andere Faktoren bestimmen einen chronischen Verlauf. Grundlegend aber ist: Suchterkrankungen führen häufig zu dramatisch nachteiligen Konsequenzen auf allen Ebenen des persönlichen, familiären und sozialen Lebens. Folgen aus Suchterkrankungen schließen zahlreiche psychische und somatische Komorbiditäten mit ein, den Verlust tragender psychosozialer Rollen und nicht selten sozialen Abstieg und vorzeitigen Tod.

Diese vielschichtigen Zusammenhänge sollen beispielhaft mit Fokus auf der biologischen Ebene kurz aufgezeigt werden.

Wie auch immer die klinische Phänomenologie individueller Süchte beschaffen ist, es sind stets fundamentale Veränderungen des natürlichen Belohnungssystems involviert. Was auch immer wir attraktiv in unseren Lebensbezügen wahrnehmen, es motiviert uns zu einem bevorzugten Verhalten, dessen Konsequenzen wir als positiv antizipieren, so erleben und als abrufbare Erinnerung speichern. Jeder Genuss hat eine positiv verstärkende Wirkung. Es ist eine universelle Erkenntnis, dass bestimmte psychotrope Substanzen häufig eine höhere Verstärkerqualität besitzen als natürliche Anreize. Eine neuronal bestimmende Konsequenz ist, ein solches Verhalten mit größerer motivationaler Kraft und in höherer Wahrscheinlichkeit erneut anzustreben. Prinzipiell alle Personen können diese Ausgangssituation so erfahren. Nicht alle Personen weisen aber darin schon eine Suchtgefährdung auf, und noch weniger Personen beschreiten den Weg einer chronischen Suchtentwicklung.

Es sind mittlerweile multiple genetische Einflüsse identifiziert, die ein erhöhtes basales Suchtrisiko vermitteln. Pathogenetische Bedeutung entfalten sie aber erst im Zusammenspiel von psychologischen Persönlichkeitsmerkmalen und belastenden oder traumatischen psychosozialen Situationen. Ein erhöhtes Suchtrisiko manifestiert sich oft in speziellen Entwicklungsabschnitten. Paradigmatisch ist hier die Adoleszenz anzuführen. Einerseits ist in diesen Jahren eine Reihe entscheidender psychosozialer Entwicklungsaufgaben in gedrängter Abfolge normativ zu bewältigen. Individuell passende, für den Übertritt ins Erwachsenenleben tragfähige Lösungsmuster zu erwerben, erfordert hohe adaptive Anstrengungen, die nicht selten stressvoll sind. Andererseits sind orientierendes psychosoziales Experimentieren und dann notwendig zu treffende persönliche Entscheidungen auch in einem biologischen Reifungskontext zu



FACHBEITRAG VON

Univ.-Prof. DDr. Hans-Peter Kapfhammer

ist Vorstand der Universitätsklinik für Psychiatrie der Karl-Franzens-Universität Graz.

betrachten, der eine fundamentale Umorganisation neuronaler Systeme beinhaltet. Dieser neuronale Transformationsprozess geht für einige Jahre mit einer erhöhten Anfälligkeit gerade des Belohnungssystems bei reduzierter kognitiver Regulation einher.

Die entscheidenden neurobiologischen Schritte einer Suchtentwicklung sind heute im Detail schon gut erkennbar. Sie bedeuten nicht nur wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn. Sie sind auch von hoher klinischer Relevanz und damit für eine jegliche Behandlungspraxis unverzichtbare Voraussetzung für das Verständnis. Schritte in die Sucht implizieren, dass das natürliche Belohnungssystem in mehrfacher Hinsicht grundlegend abgewandelt wird: Der Genuss, den eine Substanz initial ausgelöst hat, nimmt bei wiederholtem Konsum durch molekulare Gegenregulation ab. D. h. höhere Dosen werden notwendig, um in die Richtung eines annähernd ähnlichen Lusterlebnisses zu gelangen (Toleranzentwicklung). Parallel aber steigt die erlernte motivationale Attraktion der Substanz in unverhältnismäßiger Intensität an. Diese sukzessiv immer weiter auseinandergehende Schere zwischen abnehmendem „Liking“ im Substanzkonsum und zunehmendem „Wanting“ in der Beschaffung dieser Substanz hat mehrfache, potenziell verheerende Konsequenzen: Das zunehmend seltener erreichbare Befriedigungserlebnis bei vermehrtem Streben nach der Substanz bedeutet erhöhten körperlichen und seelischen Stress. D. h. es werden einerseits körperliche Entzugssymptome induziert, die durch einen aktuellen Substanzkonsum immer mühsamer kupiert werden können, aber keinen echten Genuss mehr vermitteln (körperliche Abhängigkeit). Andererseits korreliert hiermit ein zunehmend schmerzhafter werdendes Verlangen nach der Substanz (psychische Abhängigkeit, Craving). Diese unbewusst (subkortikal) ablaufende Verhaltensregulation in der Sucht stellt also von einem Modus der positiven (belohnungsbestimmten) auf einen Modus der negativen (stressreduzierenden) Verstärkung um.

Sucht ist somit als eine sich selbst organisierende und perpetuierende Stresskrankheit zu verstehen. Diese neuronalen Anpassungsvorgänge sind auch auf kortikaler Ebene zu reflektieren. Sie sind prinzipiell einer bewussten Selbsterfahrung zugänglich, ohne aber hierüber entscheidend kontrolliert werden zu können. Die langfristigen kortikalen Veränderungen betreffen vor allem drei neuronale Systeme: Erstens bewirken sie eine reduzierte Ansprechbarkeit des natürlichen Belohnungsempfindens mit vermehrter Anhedonie, Dysphorie, negativer Affektivität; zweitens eine erhöhte Alarmbereitschaft mit steigender Angst-/Panikanfälligkeit und zunehmender Stressintoleranz; und drittens in weiterer Folge auch wachsende Defizite in kognitiven, evaluativen und exekutiven Funktionen. Für eine klinische Perspektive ist grundlegend, dass es sich hierbei nicht bloß um langanhaltende, nur mühsam reversible Anpassungen neuronaler Funktionen, sondern im ungünstigen Fall um irreversible, destruktive Veränderungen der neuronalen Strukturen selbst handelt.

Was bedeuten diese neurobiologischen Grundlagen einer Suchtentwicklung auf klinischer Ebene?

Die skizzierten neurobiologischen Prozesse bieten eine wertvolle Hilfe zum Verständnis einer Reihe von klinischen Herausforderungen in einer Suchtentwicklung:

- Sie erhellen die Risiken und die speziellen situativen Umstände für ein Auftreten von Notfallsituationen wie Delir, Entzugskampf, psychotische und affektive Entgleisungen, aber auch für ein persistierendes Rückfallrisiko selbst nach langen Phasen einer Abstinenz.
- Sie unterstreichen hierbei die Relevanz des aktuellen Einflusses von psychosozialen Stressoren, insbesondere von koexistenten Angst- und depressiven Störungen.
- Sie lassen erkennen, dass die Mechanismen, die zu irreversiblen strukturellen Veränderungen des Gehirns führen (u. a. Neurotoxizität, oxidativer/metabolischer Stress, glutamaterger Exzess, chronische Inflammation, Neurodegeneration), auch jene Mechanismen sind, die Schädigungen prinzipiell an jedem Organsystem verursachen. Psychische und somatische Folgestörungen sind bei einer Suchterkrankung untrennbar miteinander verwoben und verstärken sich wechselseitig.

- Sie machen ferner besser verständlich, dass jede chronische Suchterkrankung in der Tat von einer „Willensstörung“ stammt – nicht verstanden als Vorwurf einer „Charakterschwäche“ oder „schuldhaften Selbstverursachung“, sondern auf informierte Weise verstanden als inhärente Folge eines destruktiven neurobiologischen Prozesses. Dieser bewirkt eine willentlich nur schwer überbrückbare Dissoziation von dominanter, subkortikal bestimmter Motivationslage und essenziell beeinträchtigter kortikaler Regulation und Kontrolle. Suchtkrankheit impliziert nicht nur eine Impuls- und Drangstörung, sondern in der chronischen Fortentwicklung auch eine Zwangsstörung.

Diese allgemeinen neurobiologischen Prozesse liegen allen substanzbezogenen und nicht stoffgebundenen Süchten zugrunde. Für ein tieferes Verständnis der heterogenen klinischen Phänomenologie, aber auch für ein empirisch gestütztes Konzept der integrativen Behandlung ist die Analyse differentieller Effekte je einzelner Substanzen bzw. Verhaltensweisen auf diese neuronalen Mechanismen zu fordern. Diese können sich nämlich in ihrem suchstiftenden Grundrisiko, in den primär angestrebten Affektdimensionen von Euphorie und Lustgewinn, personaler Entgrenzung und Verschmelzung oder allgemeiner Stressreduktion, in der Geschwindigkeit der neurobiologischen Veränderungen und in Art und Ausmaß der biopsychosozialen Folgeschäden je signifikant unterscheiden.

Auch für eine prospektiv-präventive Perspektive bieten die skizzierten neurobiologischen Aspekte wertvolle Verständnishilfen:

- Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (u. a. Extraversion, „sensation seeking“, Impulsivität, reduzierte kognitive und evaluative Kompetenz, aber auch Ängstlichkeit, Hemmung, Neurotizismus) und stressvolle oder traumatische Lebensereignisse vor allem in den frühen Entwicklungsjahren sind als bedeutsame Risikofaktoren für Sucht zu werten.
- Auch vorbestehende psychische Erkrankungen allgemein (z. B. Psychosen) sowie Angst-, depressive und posttraumatische Störungen speziell sind als Vulnerabilitäten für eine Suchtgefährdung zu verstehen. Sie teilen mehrfache neurobiologische Mechanismen und Pfade mit Sucht. Als Komorbiditäten tragen sie zu einem schwerwiegenden und komplizierteren Verlauf bei. In einem integrativen Behandlungsansatz müssen sie eigenständig beachtet werden.
- In jenen Entwicklungsabschnitten des menschlichen Lebens, die mit einer erhöhten Vulnerabilität der neuronalen Integrität einhergehen (v. a. Fötus, frühe Entwicklung, Adoleszenz, höheres Lebensalter) sind neurotoxische Effekte suchstiftender Substanzen in besonderer Weise zu beachten. Sie werfen wichtige medizinisch-ethische Fragen auf und verlangen differenzierte fachärztliche Interventionen.

Sind diese neurobiologischen Grundlagen auch relevant für eine integrative Behandlungspraxis?

Epidemiologische Studien belegen eine hohe Prävalenz von Suchterkrankungen in der Bevölkerung. Eine Schätzung besagt, dass allenfalls ein Drittel der suchtgefährdeten und suchtkranken Personen irgendeine Behandlung erfährt. Selten sind die Interventionen explizit Sucht-orientiert. Hinsichtlich der vielschichtigen Herausforderungen einer Suchterkrankung erfolgen sie meist unkoordiniert.

Körperliche Entzüge ereignen sich häufig ungeplant anlässlich der Therapie einer somatischen Folgeschädigung der Sucht oder im Anschluss an eine neuropsychiatrische Notfallsituation wie Delir oder Entzugskrampf. Eine körperliche Entgiftung ist eine gute Gelegenheit für den Einstieg in eine weiterführende Suchtbehandlung. Sie kann bei vielen suchtkranken Personen aber nicht als sinnvolle Voraussetzung, als persönlich zu erbringende motivationale Vorleistung für eine integrative Suchtbehandlung angesehen werden. Für sie ist diese Hürde zu hoch und daher kontraproduktiv. Isoliert durchgeführte Entzüge haben wohl einen passageren schadenreduzierenden Effekt. Die Hoffnung auf Nachhaltigkeit ist aber eine gefährliche Illusion. Langfristig etablierte neuronale Veränderungen, die eine individuelle Suchterkrankung wesentlich bestimmen, bestehen auch nach einer körperlichen Entgiftung in den besonderen motivationalen, affektiven, kognitiven und verhaltensmäßigen Auswirkungen fort. Im subjektiven Erleben der Patientinnen und Patienten verschärft sich möglicherweise hierdurch das existenzielle

Dilemma ihrer Suchterkrankung. Ohne den Schutz einer empathischen, nicht bewertenden, aber auf das Problem fokussierten therapeutischen Beziehung ist ein rascher Rückfall sehr wahrscheinlich.

Analoges gilt auch für Patientinnen und Patienten mit ernsthaften psychischen Störungen und koexistenter Sucht, die in allgemeinspsychiatrischen Settings behandelt werden. Die effiziente, meist multimodale Therapie der psychischen Störung ist grundlegend. Sie erledigt aber hiermit keineswegs das koexistente Suchtproblem. Ohne Ergründung der vielfältigen Motivationen und Funktionen eines speziellen Substanzgebrauchs für Vulnerabilität und Rückfallgefährdung der primär behandelten psychischen Störung und ohne Beachtung der Eigendynamik der koexistenten Sucht ist die Komplexität der therapeutischen Herausforderung nicht korrekt erkannt und auch nicht adäquat beantwortet. Die Entscheidung zu einer nachgeschalteten Behandlung in einer üblichen suchtttherapeutischen Einrichtung ist für viele Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden, insbesondere psychotischen Störungen wenig zielführend. Sie ermöglicht unter den speziellen psychobiologischen Bedingungen der Grunderkrankung kaum positive Ergebnisse und setzt in dem überfordernden Behandlungskontext nicht selten schädigende Effekte.

Welche Ziele lassen sich aus dem biopsychosozialen Verständnis einer komplexen Suchterkrankung für die integrative Behandlung ableiten?

Süchte sind in der Bevölkerung häufig. Obwohl sich im Umgang mit potenziell suchtfördernden Substanzen (z. B. Alkohol, Nikotin, Cannabis) ein allgemeines anthropologisches und gesellschaftliches Thema stellt, haftet der Sucht nach wie vor ein hohes soziales Stigma an. Die nachteiligen Auswirkungen sind vielfach und auch noch in den Systemen von Gesundheitsversorgung, Kranken- und Sozialversicherung kritisch wahrzunehmen. Wichtige neurobiologische Erkenntnisse können ein Verständnis von Süchten als genuinen, komplexen Krankheiten fördern und zu einer Gleichstellung von Süchten, psychischen Störungen und körperlichen Krankheiten beitragen.

Eine systematische Beachtung von Suchtproblemen bei Personen auf allen medizinischen und sozialen Versorgungsebenen muss ein selbstverständliches Handeln der je involvierten Akteure bestimmen. Hierzu bedarf es eines abgestimmten gesundheitspolitischen Gesamtplans, der koordiniert und gleichzeitig auch Schnittstellen definiert, die in einem biopsychosozialen Grundverständnis von Sucht differenzielle Entscheidungen für notwendige Interventionen ermöglichen. Die derzeitige Versorgungsrealität weist trotz intensiver Bemühungen und großer Investitionen noch bedeutsame Defizite auf. Deren formale Merkmale sind mangelnde Koordination, Doppelgleisigkeit der therapeutischen Angebote, Nebeneinander von psychiatrischen, psychologischen und psychotherapeutischen Ansätzen und das Fehlen eines abgestuften kollaborativen Vorgehens, das von basalen motivationsfördernden Interventionen hin zu hoch spezialisierten Behandlungsansätzen bei komplexen Suchtproblemen reicht. Nicht alle diese Defizite im Versorgungssystem sind den „schwierigen SuchtpatientInnen“ anzulasten. Und auch das in der Versorgungsrealität häufig praktizierte Prinzip der Delegation der Hauptverantwortung für süchtige Patientinnen und Patienten an die allgemeinärztliche Versorgung ist unfair und birgt die reale Gefahr einer Überlastung.

Psychotherapie ist als der entscheidende Grundpfeiler einer integrativen Behandlung bei Suchterkrankungen anzusehen. Aber nicht jede gut intendierte Psychotherapie stellt auch schon eine wirksame suchtspezifische Maßnahme dar. Die Psychotherapieforschung hat eine Reihe von Ansätzen in speziellen Forschungskontexten als prinzipiell wirksam erwiesen. Alle diese Ansätze beachten die speziellen psychologischen Voraussetzungen, mit denen ein suchtkranker Patient eine Therapie aufnimmt. Diese Ansätze sind hierin wesentlich auch neurobiologisch informiert. Nicht alle diese Ansätze sind aber für alle Suchtformen gleichermaßen gut untersucht und auch geeignet. Offen bleibt die Frage, inwieweit die in Forschungssettings unter speziellen Rekrutierungs- und Behandlungskonditionen untersuchten psychotherapeutischen Ansätze auch in die reale Versorgungspraxis übersetzbar sind, und auch wer über diese speziellen psychotherapeutischen Kompetenzen verfügt, die versorgungsrelevant eingebracht werden können.

Pharmakotherapie spielt in jedem Gesamtbehandlungsplan eine grundlegende Rolle. Empirische Daten zu medikamentösen Strategien einer gezielten Therapie und Rückfallprophylaxe liegen vor. Die rasanten neurobiologischen Forschungsergebnisse lassen eine Reihe von innovativen pharmakologischen Interventionsmöglichkeiten erkennen, die einen integrativen Behandlungsansatz bereichern werden. Es wäre aber eine Illusion, sich von diesen neurowissenschaftlichen Fortschritten auch schon eine zufriedenstellende Meisterung der differentiellen Herausforderungen schwerwiegender Süchte zu erwarten.

In einer integrativen Behandlung von suchtkranken Personen ist eine einfache Erkenntnis von grundlegender Bedeutung: Die Wirksamkeit des noch so suchtorientierten psychotherapeutischen Vorgehens, unterstützt von der noch so spezifischen psychopharmakologischen Intervention, ist entscheidend davon abhängig, ob es gelingt, eine tragfähige, sensible, auf die individuellen biopsychosozialen Erfordernisse abgestimmte therapeutische Allianz zwischen PatientIn und BehandlerIn herzustellen. Und diese interpersonale Leistung wird wiederum wesentlich von der menschlichen und fachlichen Kompetenz der TherapeutInnen-Persönlichkeit bestimmt.

1.2.1



Mag. (FH) Harald Ploder, MSc,
leitet die Einrichtung „Kontaktladen
und Streetwork im Drogenbereich“
der Caritas.

Das Henne-Ei-Dilemma

Wer sich ernsthaft mit der Behandlung, Betreuung oder Begleitung von suchtkranken Menschen befassen möchte, wird nicht umhinkommen, sich mit psychiatrischen Komorbiditäten zu beschäftigen. Unstrittig ist, dass psychiatrische Grund- oder Begleiterkrankungen bei Suchterkrankten weit verbreitet sind, wenngleich es in vielen Fällen keine (aktuellen) medizinischen Diagnosen gibt, was eine hohe Dunkelziffer nahelegt.

Die gängigen Erklärungsmodelle zur Entstehung sogenannter Doppeldiagnosen bergen oft ein Henne-Ei-Dilemma in sich: Einerseits kann davon ausgegangen werden, dass viele GebrauchterInnen psychoaktiver Substanzen schon lange, bevor sie den Weg der psychiatrischen Diagnostik kreuzen, unwissentlich Selbstmedikation betreiben und durch den Drogenkonsum die eigenen psychischen Symptome lindern. Andererseits gibt es psychische Erkrankungen, die erst durch Substanzgebrauch verstärkt oder ausgelöst werden.

In vielen Fällen komorbid erkrankter Menschen bleibt die Frage nach der Entstehung psychiatrischer Doppelbelastungen ungeklärt, weil Betroffene oftmals erst nach langen Leidensphasen den Weg in die professionelle Behandlung erfolgreich antreten können. Ungeachtet dessen ist die Aufgabe der Suchthilfe, diese Menschen – unabhängig von manchen Hoch- oder Niedrigschwelligkeiten – bestmöglich und geduldig zu behandeln und zu unterstützen. Das Verständnis, dass besonders Abhängigkeitserkrankungen immer ernstzunehmende und mit Leidensdruck verbundene Ursachen haben, muss bei Behandelnden und Beratenden vorausgesetzt werden können und hätte sich mit Sicherheit eine größere gesellschaftliche Verbreitung verdient.

2.

Zugänge und Herausforderungen in der Suchtprävention



Daten und Fakten: Suchtprävalenz bei Kindern und Jugendlichen

Suchtvorbeugung beginnt bereits in der Kindheit, wo durch tragfähige Beziehungen und die Vermittlung von Bewältigungskompetenzen sowohl im Elternhaus als auch in den pädagogischen Einrichtungen wichtige Grundsteine für das spätere Verhalten gelegt werden.

Eine Sucht kann in jedem Alter von der Kindheit bis ins hohe Alter auftreten bzw. schädliche Auswirkungen annehmen. Die Verbreitung von Süchten bei Kindern und Jugendlichen wird regelmäßig in Befragungen erhoben. Das European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) befragt europaweit in regelmäßigen Abständen Schülerinnen und Schüler der 9. und 10. Schulstufe nach deren Erfahrungen und Gewohnheiten mit Substanzkonsum.

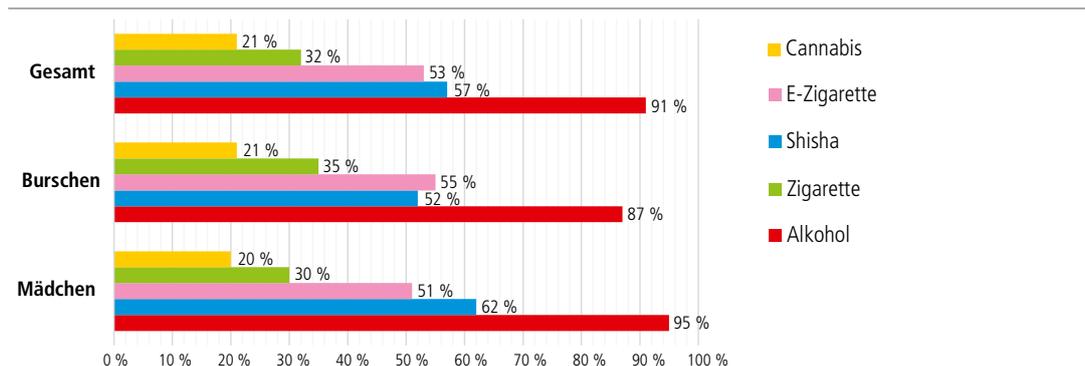
Der Indikator „Lebenszeitprävalenz“ erhebt, welcher Anteil der befragten Jugendlichen jemals eine Substanz konsumiert hat. Wie weit ein problematische bzw. risikobehafteter Konsum verbreitet ist, wird je Substanz nach bestimmten Definitionen abgefragt:

- dem durchschnittlichen täglichen Konsum von Reinalkohol,
- dem täglichen Konsum von Zigaretten,
- dem regelmäßigen/hochfrequenten Konsum von Cannabis bei einem gleichzeitig erhöhten Belastungswert, welcher anhand eines Screening-Tools ermittelt wird.

Lebenszeitprävalenz von Suchtmittelkonsum bei Schülerinnen und Schülern der

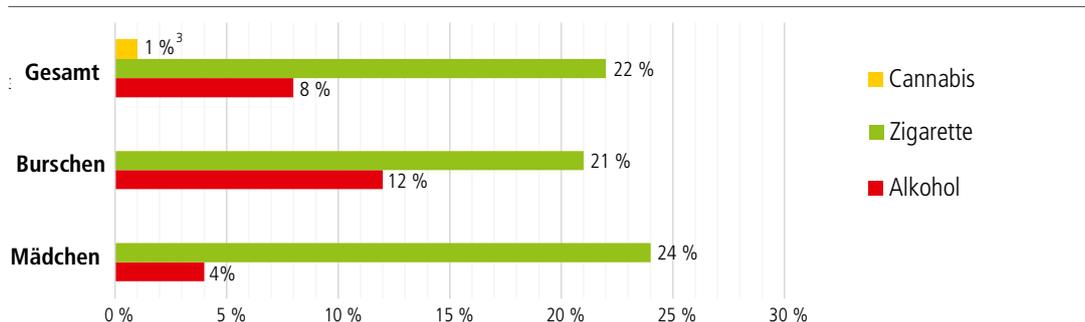
9. und 10. Schulstufe, Steiermark, 2015. Datenextraktion aus der ESPAD-Erhebung aus dem Jahr 2015.¹

Grafische Darstellung durch die EPIG GmbH



Anteil des problematischen bzw. risikohaften Konsums von Suchtmitteln bei Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Schulstufe, Steiermark, 2015.

Datenextraktion aus der ESPAD-Erhebung aus dem Jahr 2015.² Grafische Darstellung durch die EPIG GmbH



Im Folgenden werden nach einem Überblick über Trends und Entwicklungen in der Suchtprävention der Steirische Aktionsplan Alkoholprävention und die Tabakpräventionsstrategie Steiermark vorgestellt. Die weiteren Beiträge widmen sich Möglichkeiten, mit Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien zu arbeiten, dem Umgang mit dem Grundsatz „Helfen statt strafen“ in Schulen und der Rolle der Exekutive in der Suchtprävention. Das Kapitel schließt mit einem Beitrag über das Spannungsfeld Internet und neue Medien.

¹ Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (2017): Suchtbericht Steiermark 2017. Wien

² Ebda.

³ Geschlechtsunterschiede sind beim Konsum von Cannabis nicht zu beobachten. Ebda, Seite 39

2.2

Trends und Entwicklungen in der Suchtprävention

Die Klassifikation von verhaltenspräventiven Maßnahmen als universell, selektiv und indiziert



FACHBEITRAG VON

DSA Claudia Kahr

ist Geschäftsführerin
von VIVID – Fachstelle
für Suchtprävention
Steiermark.

Wurde Prävention früher in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterteilt, wird seit 2011 für verhaltenspräventive Maßnahmen die Differenzierung „universell“, „selektiv“ und „indiziert“ verwendet. Diese Unterteilung wurde von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) eingeführt¹ und für die österreichischen Drogenberichte übernommen.² Daher klassifiziert professionelle, institutionelle Suchtprävention verhaltenspräventive Angebote für spezifische Zielgruppen in dieser Form.

Universelle Prävention richtet sich an große Gruppen, unabhängig vom Risiko

Universelle Prävention wendet sich an die Gesamtbevölkerung oder große Bevölkerungsgruppen, beispielsweise Schülerinnen und Schüler oder Menschen über 65 Jahre, und richtet sich an alle, ungeachtet ihres Risikoverhaltens oder Erkrankungsrisikos. Man geht davon aus, dass alle Mitglieder einer Gruppe das gleiche Risiko aufweisen, eine Abhängigkeit zu entwickeln, obgleich das Risiko der einzelnen Individuen einer Gruppe sehr unterschiedlich ist. VIVID bietet in diesem Bereich z. B. massenmediale Informations- und Bewusstseinskampagnen, wie etwa www.dialogwoche-alkohol.at oder Seminare für Eltern zur Stärkung der Erziehungskompetenz oder Lebenskompetenzprogramme an Schulen an.

Selektive Prävention richtet sich an besonders gefährdete Subgruppen

Maßnahmen der selektiven Prävention werden für ausgewählte Gruppen konzipiert, die im Vergleich zur Gesamtbevölkerung eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, eine Suchterkrankung zu entwickeln. Auch wenn sie zum Zeitpunkt der Präventionsmaßnahme meist gesund und unauffällig sind, weiß man aus wissenschaftlichen Untersuchungen, dass ihr Risiko für die Entwicklung einer Abhängigkeit erhöht ist. Diese erhöhte Wahrscheinlichkeit resultiert aus biologischen, psychologischen, sozialen oder umweltbezogenen Risikofaktoren. Zu dieser Gruppe gehören beispielsweise sozial benachteiligte Familien, Jugendliche, die die Schule abbrechen oder in arbeitsmarktpolitischen Projekten sind, oder Kinder aus suchtbelasteten Familien. VIVID bietet hier u. a. einen Lehrgang für Mitarbeitende in der Jugendqualifizierung und -beschäftigung an, in welchem vermittelt wird, wie die Förderung schützender Faktoren im beruflichen Kontext aussehen kann. Parallel dazu wird für Jugendliche in diesen Einrichtungen das Trainingsprogramm „Choice“ angeboten, welches sie dabei unterstützt, ihre eigene Gefühlswelt bewusst zu regulieren. Diese Kompetenz bildet einen wesentlichen Eckpfeiler, um Sucht vorbeugend entgegenzuwirken. Das Angebot der Drogenberatung des Landes Steiermark für Kinder aus alkoholbelasteten Familien (siehe dazu den Beitrag von Hutter und Riesenhuber) fällt ebenfalls in diese Kategorie.

¹ EMCDDA (2011): European drug prevention quality standards. Lissabon, S. 19–23

² Gesundheit Österreich GmbH (Hg.) (2019): Bericht zur Drogensituation 2019. Wien, S. 101

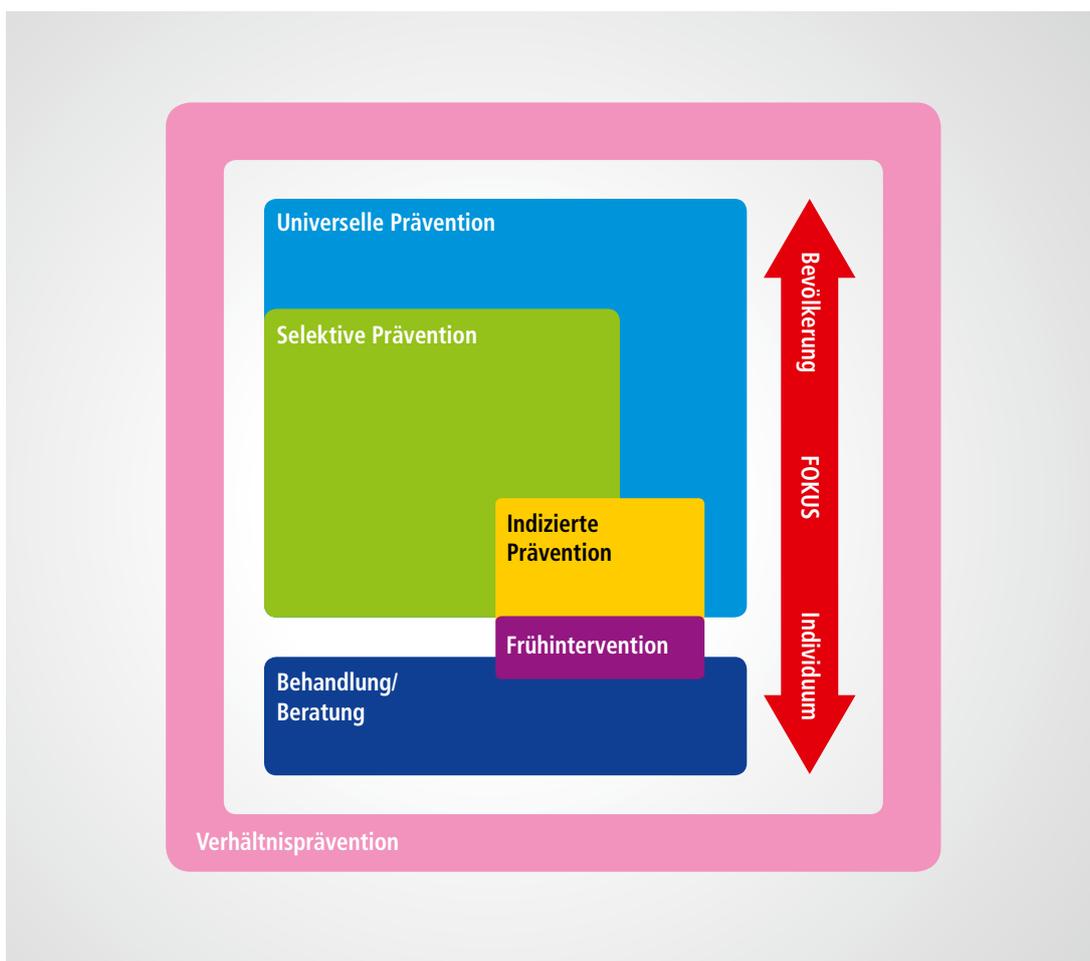
Indizierte Prävention richtet sich an Individuen mit hohem Risiko

Bei der indizierten Prävention schließlich stehen einzelne, hochgefährdete Individuen im Zentrum, die problematische Verhaltensformen oder frühe Anzeichen von riskantem Konsum aufweisen, aber noch nicht die diagnostischen Kriterien einer Abhängigkeit erfüllen. Indikatoren für ein erhöhtes individuelles Risiko können zum Beispiel soziale Verhaltensauffälligkeiten, aggressives Verhalten, Depressionen, Angststörungen bzw. Risikokonsum sein. Die Wahrscheinlichkeit des Individuums, eine Abhängigkeit zu entwickeln, ist aufgrund dieser Indikatoren erhöht. So weiß man beispielsweise aus empirischen Studien, dass Kinder mit ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, im Laufe ihres Lebens eine Suchterkrankung zu entwickeln. VIVID schult in dieser Präventionskategorie mit der Seminarreihe „movin“ Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der Jugendarbeit oder Kinder- und Jugendhilfe im „Motivational Interviewing“, einer Technik der Gesprächsführung, die auch für riskant konsumierende Jugendliche eingesetzt werden kann, um sie bei einer Verhaltensänderung zu unterstützen.

Verhältnis- und Verhaltensprävention ergänzen und bedingen sich gegenseitig

Neben den drei Kategorien der Verhaltensprävention ist auch die Verhältnisprävention kurz zu betrachten. Sie ist nicht Teil der Klassifizierung in universell, selektiv und indiziert, sondern bildet den Rahmen dafür: Verhältnisprävention zielt darauf ab, das kulturelle, soziale, räumliche und wirtschaftliche Umfeld so zu gestalten, dass Menschen weniger Suchterkrankungen entwickeln.

Verhältnis- und verhaltensorientierte Maßnahmen ergänzen einander.



Beispiele hierfür sind Einschränkungen der Verfügbarkeit von Substanzen u. a. durch Gesetze, Alters- und Werbebeschränkungen oder Preiserhöhungen, die Änderung gesellschaftlicher Normen, aber auch klare Regelungen im schulischen Setting, im Betrieb oder in der Familie. Die Bevölkerung wird hier indirekt angesprochen, aber die Interventionen haben eine deutlich größere Reichweite als jene der Verhaltensprävention. Eine umfassende und effektive Suchtpräventionsstrategie basiert auf den zwei sich ergänzenden Ansätzen der verhältnis- und verhaltensorientierten Maßnahmen.³

Nicht vergleichbare Klassifikationssysteme der Verhaltensprävention

Alfred Uhl hat in mehreren Beiträgen aufgezeigt, dass die älteren in der Verhaltensprävention eingesetzten Begriffe Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention in zahlreichen Publikationen völlig unterschiedlich definiert wurden.^{4,5} In der Fachdiskussion führte dies immer wieder zu gravierenden Missverständnissen und erforderte im Diskurs eine Klarstellung, auf welche Definition Bezug genommen wird. Auch ein Direktvergleich zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention auf der einen Seite sowie universeller, selektiver und indizierter Prävention auf der anderen ist nicht möglich.

2.2.1

Lebenskompetenzförderung: das Herzstück der Suchtprävention

Die Entwicklung von Lebenskompetenzen ermöglicht einen angemessenen Umgang mit Konflikten, Stresssituationen und Frustrationen im täglichen Leben. Dies trägt dazu bei, weniger anfällig für die vielfältigen Formen von Sucht zu sein. Dieser zentrale Ansatz der Suchtvorbeugung beginnt im Kleinkindalter und ist ein lebensbegleitender Prozess.

VIVID bietet Pädagoginnen und Pädagogen folgende Präventionsprogramme:

- **„Gemeinsam stark werden“ für Kinder der 1.–4. Schulstufe**

Das Programm enthält 46 Lehreinheiten mit über 200 Übungen zur nachhaltigen Stärkung der Persönlichkeitsentwicklung von Kindern in Volksschulen.

- **„Plus – das österreichische Präventionsprogramm“ für Kinder und Jugendliche der 5.–8. Schulstufe**

Lehrkräfte begleiten Schulklassen aktiv und kontinuierlich über vier Jahre mittels vorgefertigten Unterrichtsmanuals und Trainings zur Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen.

Wie aber werden die älteren Begriffe verstanden? Alfred Uhl hat hier eine Definition eingeführt, die lange Zeit den Standard bildete und die auch dem Leitbild der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention zugrunde liegt.⁶ – Demzufolge setzt Primärprävention vor dem Auftreten von Problemen ein und versucht diese zu verhindern. Sekundärprävention richtet sich an Gruppen, bei denen das Problem schon existiert, aber noch nicht voll ausgebildet ist. Sie möchte die Chronifizierung von Problemen abwenden. Im Unterschied dazu wendet sich die Tertiärprävention an bereits abhängige Menschen und versucht Folgeschäden zu minimieren bzw. Rückfallprophylaxe zu betreiben.

Während sich die Unterteilung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention am augenblicklichen Konsummuster und damit am Zeitpunkt der Intervention im Prozess der Krankheitsentstehung orientiert, setzt die aktuelle Klassifizierung der EBDD an der Vulnerabilität bzw. dem Risiko der Zielgruppen an, eine Abhängigkeit zu entwickeln. Aus diesem Grund lassen sich die „alte“ und „neue“ Klassifizierung nicht vollständig gegenüberstellen. So kann zwar die Primärprävention mit der universellen Prävention gleichgesetzt werden. Es gibt jedoch kein Äquivalent für die selektive Prävention, da die Sekundärprävention ihr Pendant in der indizierten Prävention und hier ausschließlich in der Arbeit mit Menschen mit riskantem Konsum hat. Die Tertiärprävention wiederum ist nicht Teil der Klassifizierung der EBDD, da ihre Maßnahmen in den Bereichen Therapie und Schadensminderung bzw. Rehabilitation und Rückfallprophylaxe fallen und daher nicht als Teil der Prävention im engeren Sinne, sondern als eigenständige Interventionsfelder gesehen werden.

Die aktuelle Klassifikation erweitert das Spektrum und präzisiert die Zielgruppenansprache der präventiven Interventionen in der Praxis. Spannend bleibt der Austausch darüber jedenfalls.

3 EMCDDA (2019): European prevention curriculum. A handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use. Luxembourg 2019.

4 Uhl, Alfred (2005): Präventionsansätze und -theorien. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. Jg. 28, Nr. 3/4, 2005, S. 39–45.

5 Uhl, A. (2013): Der Weg zum „erweiterten Suchtwürfel“. In: Suchtmagazin 5/2013, S. 11–14.

6 Uhl, A. (2005), Ebda.

2.2.2

Suchtvorbeugung als Gemeinschaftsaufgabe (SAG)

2002 legte das Innenministerium mittels Erlass die verpflichtende Kooperation der Fachstellen für Suchtvorbeugung und der Exekutive zur Suchtprävention an Schulen fest. Unter Federführung der Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark bildete sich daraufhin die Arbeitsgruppe SAG.

Durch kontinuierliche, interinstitutionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit entwickeln und vernetzen VertreterInnen der Suchtprävention, Exekutive, Suchthilfe, Bildungseinrichtungen und Behörden in der Steiermark suchtpreventive Angebote auf Grundlage einschlägiger gesetzlicher Bestimmungen sowie wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Die Arbeitsgemeinschaft hat in den vergangenen Jahren Qualitätskriterien für suchtpreventive Maßnahmen erstellt sowie eine Checkliste zur Überprüfung der Qualität von suchtpreventiven Programmen in der Schule entwickelt. Eine Artikelserie in der Zeitschrift „Schule“ wurde ebenso verfasst wie aktuelle Trends und Themen der Suchtvorbeugung diskutiert.

INFOBOX**Folgende Institutionen sind Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft SAG:**

- **Amt der Steiermärkischen Landesregierung**
 - Abteilung 6 – Referat Kinderbildung und -betreuung
 - Abteilung 6 – Fachabteilung Gesellschaft und Diversität
 - Abteilung 6 – Fachabteilung Berufsbildendes Schulwesen
 - Abteilung 6 – Kinder und Jugendanwaltschaft
 - Abteilung 8 – Referat Sanitätsdirektion – Gesundheitswesen
 - Abteilung 8 – Referat Gesundheitsberufe
 - Abteilung 8 – Drogenberatung des Landes
 - Abteilung 11 – Referat Kinder- und Jugendhilfe
 - Abteilung 16 – Referat Verkehrsbehörde
- **Bildungsdirektion Steiermark**
 - Abteilung Präs/6 Schulpsychologie und Schulärztlicher Dienst
- **Steiermärkische Landesregierung**
 - Ressort: Bildung, Gesellschaft, Gesundheit und Pflege
 - Ressort: Soziales, Arbeit und Integration
- **Landespolizeidirektion**
 - Landesverkehrsabteilung
 - Landeskriminalamt
 - Sicherheits- und verwaltungspolizeiliche Abteilung
 - Abteilung Kriminalprävention
- **Stadt Graz – Gesundheitsamt**
- **Steirischer Landesverband der Elternvereine**
- **Drogenfachgremium**
- **VIVID – Fachstelle für Suchtprävention**
- **Gesundheitsfonds Steiermark**
 - Bereich Gesundheitsplanung, Steuerung, Qualität / Suchtkoordination
 - Bereich Gesundheitsförderung/Public Health

2.2.3



MMag. Dr. med. Günter Polt, MSc,
ist Landesschularzt
in der Steiermark.

„Helfen statt strafen“ – Die Anwendung des § 13 SMG in der Steiermark aus schulärztlicher Sicht

Schulische Suchtprävention bedeutet Förderung von psychischer und sozialer Gesundheit. Der § 13 des Suchtmittelgesetzes (SMG) eröffnet Schülerinnen und Schülern eine im Zusammenhang mit Drogen einzigartige Möglichkeit nach dem Prinzip „Helfen statt strafen“ und erlaubt es, Vorkommnisse ohne weitere repressive Maßnahmen auch schulintern abzuklären.

Die Untersuchungszahlen unterliegen großen Schwankungen, in den letzten sechs Schuljahren fielen zwischen 23 und 233 Fälle unter diesen Paragrafen. Dies lässt sich am ehesten durch den unsicheren Umgang mit dem Werkzeug der §-13-Untersuchung erklären. Dieses muss an der Schule bekannt sein, und der Einsatz und Ablauf müssen besprochen sein. Eine Schlüsselrolle im Untersuchungsablauf nimmt die Schulärztin bzw. der Schularzt ein. Vor allem im schulärztlichen Versorgungsbereich der Pflichtschulen sollte eine Abstimmung zwischen der Schulleitung und dem Schularzt vorab stattgefunden haben, damit diese nicht erst im Anlassfall besprochen werden muss.

In der Praxis zeigt sich, dass das hervorragend geeignete Instrument der §-13-Untersuchung nicht an jeder Schule im gleichen Ausmaß genutzt wird, und dass es im Umgang damit teilweise zu Unsicherheiten kommt. Hier bieten die Expertinnen und Experten der Suchtprävention, der Drogenberatungsstelle und des schulärztlichen Dienstes der Bildungsdirektion jederzeit Hilfe an.

Da es im § 13 SMG um frühzeitige Hilfe für betroffene Jugendliche geht, muss der Tatbestand des Drogenhandels an der Schule klar abgegrenzt werden. Die Weitergabe von Suchtmitteln fällt nicht in den „geschützten“ Bereich des § 13.



2.2.4

**HR Dr. Josef Zollneritsch**

ist Leiter der Abteilung Schulpsychologie & Schulärztlicher Dienst in der Bildungsdirektion für Steiermark.

„Helfen statt strafen“ – Die Anwendung des § 13 SMG in der Steiermark aus der Sicht der Schulpsychologie

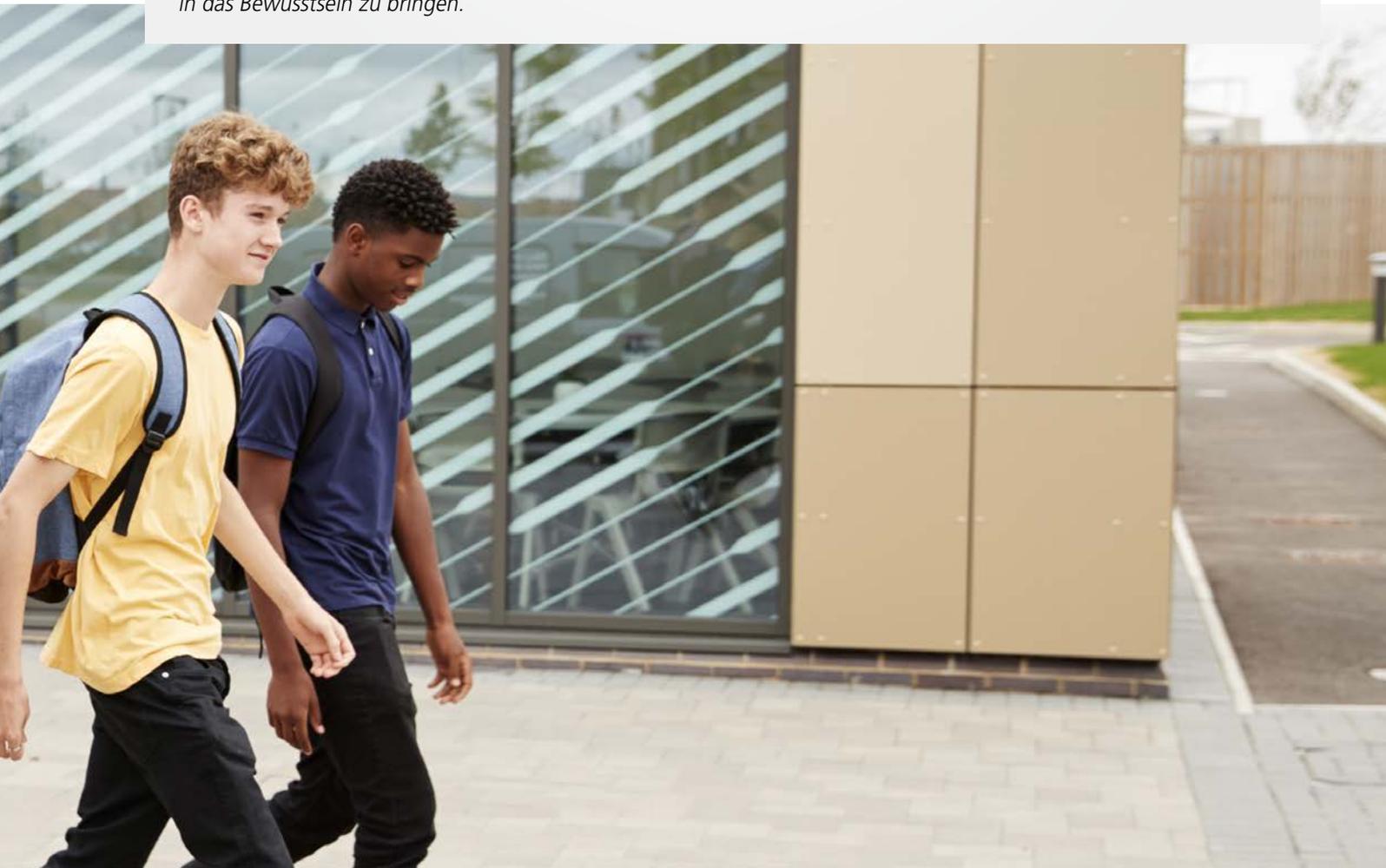
Der Konsum von illegalen Suchtmitteln unterliegt leider einer kollektiven Verdrängung bzw. einem umgekehrten „Normalisierungsprinzip“: Gerade im Schulbereich ist das „Wegschauen“ eher die Regel; keine Schule ist daran interessiert, dass durch die Suchthematik ein Schatten auf sie fällt.

Allerdings ist es eine zutiefst schulklimatische Dimension, wie mit Problemen an Schulen umgegangen wird. Ist die Regel das Wegschauen oder das Hinschauen? Lernen die Schülerinnen und Schüler, dass sich Lehrkräfte für Probleme aktiv interessieren, oder lernen sie, dass die Verdrängung das Normale ist? Es ist ein pädagogisches Anliegen, dass unerwünschte Entwicklungen erkannt und thematisiert werden und daraus auch direkte Konsequenzen erwachsen.

Für Lehrkräfte muss daher das Prinzip des Hinsehens gelten! Der Konsum von illegalen Suchtmitteln welcher Art auch immer ist nicht akzeptabel, natürlich auch keine Art des Weiterreichens. Es handelt sich dabei um einen pädagogischen Grundauftrag für alle Schulen, auch dann, wenn Schüler zum Teil einen völlig ungezwungenen Zugang zum Konsum „weicher“ Drogen haben.

Prävention und Intervention sind gleich wichtig. Der § 13 bietet die Möglichkeit, über den Weg der Einsicht straffrei zu intervenieren. Mit Hilfe von schulärztlichem Dienst und Schulpsychologie ist dieser Weg bewährt und wird von einem Gutteil der Betroffenen in Anspruch genommen. Nur wenn dies nicht gelingt, müssen durch die Schulleitung weitere rechtliche Schritte eingeleitet werden.

Summa summarum hat sich der § 13 SMG bewährt, allerdings wäre er noch stärker bei schulisch Handelnden in das Bewusstsein zu bringen.



2.3

Steirischer Aktionsplan Alkoholprävention

Weniger Alkohol – Mehr vom Leben

Auf Basis der „Neuen Steirischen Suchtpolitik“ (2011) wird seit 2016 der Aktionsplan Alkoholprävention (APA) umgesetzt. Basis für den Aktionsplan ist eine wissenschaftliche Bewertung von Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Alkoholprävention empfohlen werden. Diese wurden in drei politikfeldübergreifenden Arbeitsgruppen („Gesellschaft“, „Wirtschaft“ und „Hilfsangebote“) ausgearbeitet und resultierten in sieben Handlungsschwerpunkten, mit denen Zielgruppen in unterschiedlichen Settings angesprochen werden.

Die Steiermark hat damit als erstes – und bisher einziges – Bundesland mit der Umsetzung eines Aktionsplans zur Alkoholprävention gestartet. Ziel ist es, durch das Engagement unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu fördern und negative Auswirkungen zu verringern. Die Umsetzung und Koordination erfolgt durch den Gesundheitsfonds Steiermark.

Schwerpunkt 1: Kinder, Jugendliche, Familien und ältere Menschen

Bereits Dreijährige können die bevorzugte Sorte Alkohol der Eltern nennen. Kinder und Jugendliche brauchen glaubwürdige erwachsene Vorbilder, klare und konsequent eingehaltene Jugendschutzbestimmungen, altersadäquate Informationen zum Thema Alkohol und Programme, die einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol fördern. Suchtpräventives Ziel ist es, einen verantwortungsvollen und kompetenten Umgang mit Alkohol zu erlernen und beizubehalten.

Maßnahmen im Schwerpunkt Kinder, Jugendliche, Familien und ältere Menschen sind Elternfortbildungen, Lebenskompetenzprogramme an Schulen, Unterstützungsangebote für Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien sowie Fortbildungen für pädagogische Berufe und die aufsuchende Familien- bzw. Jugendarbeit.

Seit 2019 wird auch die Zielgruppe der Älteren (60+) berücksichtigt, denn das Älterwerden bringt Veränderungen mit sich, die zu einem besonders bewussten und mäßigen Umgang mit Alkohol raten.

Schwerpunkt 2: Betriebliche Alkoholprävention

Wer alkoholisiert arbeitet, gefährdet nicht nur sich selbst, sondern strapaziert auch die Kolleginnen und Kollegen. Ein riskanter oder abhängiger Konsum bringt soziale und gesundheitliche Belastungen mit sich, die zur Vernachlässigung von Arbeitspflichten führen können. Das Unfallrisiko erhöht sich, Fehlzeiten und Krankenstände sind die Folgen. Betriebliche Suchtprävention zielt primär auf die Veränderung von Strukturen und Prozessen im Betrieb und erst sekundär auf die Veränderung des Gesundheitsverhaltens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.



FACHBEITRAG VON

Mag. Sandra Marczik-Zettinig, MPH,

ist Bereichsleiterin für Gesundheitsförderung und Public Health im Gesundheitsfonds Steiermark.

Maßnahmen im APA werden in der Begleitung von Unternehmen in der betrieblichen Alkoholprävention, im Kapazitätsaufbau für betriebliche Alkoholprävention und in der Vernetzung der Akteure der betrieblichen Alkoholprävention gesetzt.

Schwerpunkt 3: Gastronomie, Handel und Tankstellen

Branchen, die unmittelbar in die Alkoholwirtschaft eingebunden sind, wie Handel, Gastronomie und Tankstellen, haben einen gesonderten Anspruch im Umgang mit Alkohol. Der Umgang mit dem Jugendschutz, mit berauschten Kundinnen und Kunden und die Schwierigkeiten, die daraus entstehen, erfordern spezielle Informationen. Daher werden im Rahmen des APA unterschiedliche Informationsformate für Unternehmen, Schulungen für das Personal und die Sensibilisierung von Führungskräften als Maßnahmen umgesetzt.

Schwerpunkt 4: Feste und Feiern

Vereine sind ein Ort der sozialen Begegnung und leisten einen wertvollen gesellschaftlichen Beitrag. Ein funktionierendes Vereinsleben basiert auf Vorbildfunktion und einem wertschätzenden Miteinander. Die Vorbildwirkung soll besonders im Umgang mit Alkohol reflektiert werden und in eine präventive und jugendschutzfreundliche Vereinskultur münden. Der APA setzt Maßnahmen zur Sensibilisierung von Vereinen, erhebt den Bedarf bezüglich unterstützender Formate für Vereine und vernetzt im Bereich der Alkoholprävention.

Schwerpunkt 5: Beratung und Therapie

Der steirische Aktionsplan Alkoholprävention thematisiert in erster Linie einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol. Zu den Maßnahmen gehört aber auch, bedarfsgerechte und regionale Beratungs-, Behandlungs- und Rehabilitationsangebote für Betroffene und deren Angehörige sicherzustellen. Durch Früherkennung und Kurzinterventionen können Spätfolgen eines problematischen Alkoholkonsums für die betroffene Person selbst, das soziale Umfeld und die gesamte Gesellschaft reduziert werden. Maßnahmen im APA sind eine Ist-Analyse der Alkoholbehandlung in der Steiermark, die Verbesserung der Effektivität der Alkoholbehandlung durch Kooperation und Koordination der Gesundheitsdienstleister, Fortbildungsangebote für Gesundheitsdienstleister sowie die Implementierung „aktivierender Ansprache“ in der Primärversorgung.

Schwerpunkt 6: Kommunikation

Am Stammtisch, in der Familie und im Bekanntenkreis wird debattiert. Jetzt ist es Zeit, über Alkohol an sich zu reden! Unterschiedliche Kommunikationsmaßnahmen und -aktivitäten dienen dem verantwortungsvollen und bewussten Umgang mit Alkohol in der Steiermark sowie der Steigerung des Bekanntheitsgrades von Hilfsangeboten. Mit der Kampagne „Weniger Alkohol – Mehr vom Leben“ werden die Botschaften vorrangig mit klassischer Pressearbeit und auf Social-Media-Kanälen auf humorvolle Weise verbreitet. Zusätzlich werden Informationen, Maßnahmen und Aktionen auf der Website www.mehr-vom-leben.jetzt bereitgestellt.

Schwerpunkt 7: Politische Gesundheitsarbeit

Die Gesundheit der Bevölkerung lässt sich nur durch gebündelte Anstrengungen in allen Politikfeldern wirksam fördern. Die Grundlage für die Entwicklung von Maßnahmen sind evidenzbasierte Daten, die über das Wissenscenter abrufbar sind. Es werden zahlreiche Gremien und Veranstaltungen genutzt, um den Aktionsplan Alkoholprävention vorzustellen und über das Thema Alkoholprävention in Diskurs zu kommen. Lobbying und Vernetzung sowie die Organisation und Durchführung von Diskussionsveranstaltungen sind Maßnahmen, die im Rahmen des APA umgesetzt werden.

INFOBOX

Weiterführende Informationen zum Aktionsplan Alkoholprävention finden Sie auf der Website: www.mehr-vom-leben.jetzt



2.4

Tabakpräventionsstrategie Steiermark



FACHBEITRAG VON

Mag. Waltraud Posch

koordiniert bei VIVID –
Fachstelle für Suchtprävention die Tabakpräventionsstrategie Steiermark.

Eine Strategie nur gegen das Rauchen? Sehr interessant, aber wird das mit der Zeit nicht langweilig? Das dachte sich die Verfasserin dieser Zeilen vor zwölf Jahren insgeheim, bevor sie ihren neuen Job antrat. Damals war Rauchen noch selbstverständlich und allgegenwärtig. Eine Strategie explizit (nur) gegen Tabak war für Mitteleuropa etwas Exotisches. Eines vorweg: Langweilig wurde es ganz und gar nicht.

Weißer Rauch und Corona

Tabakprävention ist nicht auf Gesundheit beschränkt, sondern berührt vielfältige Dimensionen des Lebens. Oft lassen sich unerwartete Bezüge herstellen: Als die Öffentlichkeit bei der Wahl des Papstes auf „weißen Rauch“ wartete, konnte man einhaken, dass Zigarettenrauch eigentlich dunkelgrau wäre. Die Tabakindustrie färbt ihn weiß, um ihn harmloser erscheinen zu lassen. Die Diskussion um das „Bienengift“ Neonikotinoid brachte in Erinnerung: Nikotin ist ein Nervengift, das Insekten selbst in Mikro-Dosen schadet. Der öffentliche Fokus auf den Klimawandel bot ein Zeitfenster, um auf die Umweltschädlichkeit des Rauchens hinzuweisen. Und die COVID-19-Pandemie verdeutlichte die größere Infekt-Anfälligkeit von Rauchenden. Erste Studien aus Wuhan zeigten: Rauchen erhöht die Wahrscheinlichkeit für einen schweren Verlauf der Erkrankung deutlich.

Entsprechend dieser thematischen Breite wird Tabakprävention in der Steiermark breit angelegt. 2005 von der FH Joanneum konzipiert, begann 2006 die Umsetzung. Seit 2007 fungiert die Fachstelle für Suchtprävention VIVID als Koordinationsstelle der Tabakpräventionsstrategie und setzt einen Großteil der Maßnahmen auch selbst um. Auftraggeber sind das Land Steiermark, der Gesundheitsfonds Steiermark und die Österreichische Gesundheitskasse ÖGK, Landesstelle Steiermark.

Rauchen soll de-normalisiert werden

Im Zentrum der Tabakprävention steht nicht weniger als die Veränderung der sozialen Norm. Rauchen soll de-normalisiert, Nichtraucher normalisiert werden. Im Fokus sind vier Ziele: Weniger Menschen, die zu rauchen beginnen, mehr Menschen, die zu rauchen aufhören, Schutz der Menschen vor Passivrauch und besserer Informationsstand der Bevölkerung zu den Folgen des Rauchens und Passivrauchens. Sechs ineinandergreifende Maßnahmenbereiche werden umgesetzt.

Die sechs Maßnahmenbereiche:

- Das **Monitoring** stellt sicher, dass permanent aktuelles Wissen zur Verfügung steht. Seien es Veränderungen am Nikotinmarkt oder Daten und Fakten zum Rauchen. Durch die Tabakpräventionsstrategie entwickelte sich VIVID zu einem Kompetenzzentrum für alle Fragen rund ums Thema. VIVID führte Bevölkerungsbefragungen zu Prävalenz und Einstellungen zum Rauchen durch und war beispielsweise auch an der Gesundheitsfolgenabschätzung „Rauchfreie Gastronomie“ beteiligt, die 2019 die Politik bei der Umsetzung des Rauchverbots argumentativ unterstützte.

- Die Maßnahme **Prävention Kinder/Jugendliche** geht davon aus, dass Suchtprävention im Kindesalter beginnt. Die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen wird über Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren erreicht. Im Zentrum steht dabei die Lebenskompetenzförderung. Dieser Ansatz der Verhaltensprävention will das einzelne Individuum vor Sucht schützen.
- **Advocacy** wählt ergänzend den Zugang der Verhältnisprävention: Strukturen sollen sich präventiv verändern. So wurden besserer Jugendschutz und rauchfreie Innenräume in der Gastronomie über Jahre intensiv fachlich argumentiert und begleitet. Weitere Ansätze des Advocacy sind Steuern, Werbeverbote und Verpackungen. Advocacy versteht sich als Anwaltschaft für das Nichtrauchen.
- **Öffentlichkeitsarbeit** unterstreicht die Anliegen der Tabakprävention in Form von Pressearbeit, Informationsmaterial, Newslettern und Aktionen zum Weltnichtrauchertag. Besondere Höhepunkte waren die Kampagnen „Ich darf schon rauchen“ und „Rauchen passt nicht mehr zu mir“. Mit dem „Smoke Free Award“ wurde der erste österreichische Preis ins Leben gerufen, der das Engagement für Rauchfreiheit auszeichnet.
- **Gesundheitsberufe** sind Schlüsselberufe, wenn es um die Motivation zum Rauchstopp geht. Daher sind sie auch in der Tabakpräventionsstrategie Steiermark zentral. Ziel ist, dass Angehörige der Gesundheitsberufe ihre Patientinnen bzw. Patienten routinemäßig zum Rauchverhalten befragen, zum Aufhören raten und Entwöhnung vermitteln. Dafür wurden zahlreiche Weiterbildungen in „motivierender Ansprache zum Rauchstopp“ vermittelt.
- **Entwöhnung** ergänzt die Strategie durch konkrete Hilfestellung für Menschen, die mit dem Rauchen aufhören wollen. Die Tabakentwöhnung für Erwachsene setzt die Österreichische Gesundheitskasse um. Das Herzstück der Seminare, „Rauchfrei in 6 Wochen“, arbeitet nach der Methode Verhaltenstherapie mit Nikotinersatz.

Herausforderungen Tabakerhitzer und Nikotinbeutel

Was sind die Herausforderungen der Zukunft? Mit der Einführung des Rauchverbots in der Gastronomie im November 2019 wurde ein wichtiger Meilenstein gelegt. Aber Gesundheitspolitik und Suchtprävention müssen weiter aktiv bleiben, damit der Anteil der Rauchenden in der Bevölkerung sinkt. Strukturell sind z. B. höhere Preise für Nikotinprodukte und standardisierte Verpackungen weitere Schritte.

All dies sollte nicht auf klassische Tabakwaren beschränkt sein. Die Tabakindustrie arbeitet an Nikotinprodukten, die zwar weniger schädlich als Tabak, aber trotzdem schädlich sind: E-Zigaretten, Tabakerhitzer und Nikotinbeutel überfluten den Markt und werden als „reduced risk-products“ beworben. Diese Eigendefinition der Tabakindustrie vergleicht das Neue mit dem schädlichsten legal erhältlichen Produkt der Welt: der Tabakzigarette. Im Vergleich zu diesem Worst Case ist alles weniger schädlich.

Nikotin macht süchtig macht süchtig macht süchtig

Weltweit ringen Fachleute um einen Umgang mit diesen tiefgreifenden Veränderungen. Aus Sicht der Suchtprävention ist die Antwort klar: Nikotin in den neuen Produkten macht genauso süchtig wie Nikotin in den Tabakprodukten. Für die Tabakpräventionsstrategie bedeuten diese Umwälzungen, fachliche Expertise bereitzustellen und diese in allen Maßnahmen zu inkludieren. Langweilig, so viel ist gewiss, wird dieses Arbeitsfeld nicht.

INFOBOX

VIVID wurde im Mai 2020 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit dem „World No Tobacco Day Award 2020“ ausgezeichnet. Der Preis gilt der jahrzehntelangen Arbeit von VIVID in der Tabakprävention. Es ist das erste Mal, dass der WHO-Preis an eine österreichische Einrichtung geht.



2.5

Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien

Risiken präventiv erkennen und förderlich umlenken



FACHBEITRAG VON

DSA Renate Hutter, MSc,

leitet die Drogenberatung des Landes Steiermark.

Mag. Dr. phil. Martin Riesenhuber

ist stellvertretender Leiter der Drogenberatung des Landes Steiermark.

Wenn von Kindern und Jugendlichen aus suchtblasteten Familien gesprochen wird, handelt es sich in Österreich im überwiegenden Ausmaß um alkoholbelastete Familien. Die daraus resultierenden Belastungen für die Kinder und Jugendlichen finden sich sowohl bei allen anderen substanzgebundenen als auch bei substanzungebundenen Süchten (wie v. a. die Glücksspielsucht).

Ausgangslage

Es ist davon auszugehen, dass etwa zehn Prozent aller österreichischen Kinder, bevor sie 18 Jahre alt werden, durch einen oder beide Elternteile mit manifestem Alkoholismus konfrontiert werden. Für die Steiermark sind das etwa 20.000 Kinder und Jugendliche. Darüber hinaus sind ca. 50 Prozent aller Kinder und Jugendlichen – etwa

100.000 Kinder und Jugendliche in der Steiermark – von Alkoholmissbrauch durch einen ihrer Elternteile, durch Stiefeltern, Großeltern, ältere Geschwister und/oder andere engere Verwandte betroffen.^{1,2}

Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien

Kinder aus suchtblasteten Familien bringen ein erhöhtes Risiko mit, im Laufe ihres Lebens eine Abhängigkeit und/oder psychische Störung zu entwickeln. Daher gehören sie zur wohl größten und wichtigsten Zielgruppe in der suchtpreventiven Arbeit. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen erleben das eigene soziale Umfeld oft als unzuverlässig und unberechenbar, das heißt, sie wachsen nicht nur unter ständigem Stress auf, sondern sind immer begleitet von Gefühlen wie Scham, Schuld, Wut, Trauer und Hilflosigkeit. Das permanente Verleugnen und Verharmlosen der Probleme und die Schuldzuweisung nach außen an andere stellen ein typisches Muster alkoholkranker Familien dar. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen sind massiven Ambivalenzerfahrungen, Loyalitätskonflikten und ständigen Überforderungen ausgesetzt. Die häusliche Situation ist von Streit, häufigeren Trennungen der Eltern, stärkeren Stimmungsschwankungen im Elternverhalten, häufigeren Loyalitätskonflikten mit beiden Elternteilen und einer geringeren Verlässlichkeit und Klarheit im familiären Alltag gekennzeichnet.

¹ Puhm, Alexandra; Gruber, Christine; Uhl, Alfred; Grimm, Gerhard; Springer, Nadja; Springer, Alfred (2008): Auszug aus der Studie „Kinder aus suchtblasteten Familien – Theorie und Praxis der Prävention“, Datenbank Literatur. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung & Alkoholkoordinations- und Informationsstelle des Anton-Proksch-Instituts, Wien.

² Statistik Austria (2018): Statistik des Bevölkerungsstandes. Erstellt am 17.05.2018. Abrufbar unter www.statistik.at [Stand 25.04.2019].

Außerdem werden die Kinder häufiger Opfer von Misshandlungen, Vernachlässigung und Verwahrlosung.³ Zusätzlich gelten in diesen Alkoholikerfamilien mit „rede nicht“ (Unausgesprochenes), „fühle nicht“ (Verdrängen) und „traue nicht“ (Unzuverlässigkeit) eigene Regeln, welchen die Kinder nicht nur unterworfen sind, sondern diese so verinnerlichen, dass sie zu persönlichen Leitlinien werden, auf denen sich das eigene Verhalten aufbaut.⁴

Konzept der Drogenberatung des Landes Steiermark

Das Konzept stellt eine Kooperation zur (behördlichen) Kinder- und Jugendhilfe dar. Im Zentrum steht das systemische Arbeiten mit den Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe im professionellen Umgang mit den Multiproblemfamilien und Risikokindern. Dabei haben kostenloser Zugang und transparente Kommunikation zwischen Familie und Helfersystem eine wesentliche Bedeutung. Die Drogenberatung hat in den letzten Jahren fehlende Unterstützungsangebote zu dieser Problematik erkannt und in der Zusammenarbeit mit dem Bezirk Leibnitz schon positive Erfahrungen gemacht. Ziel ist es, Betroffene und deren Angehörige zu stabilisieren, Folgeerkrankungen zu mindern und stationäre Maßnahmen zu verringern.⁵

2.5.1



DSA Ulrike Walch
ist diplomierte Sozialarbeiterin der
Kinder- und Jugendhilfe an der
Bezirkshauptmannschaft
Graz-Umgebung.

Kinder und Jugendliche in belastenden sozialen Umfeldern – Blitzlicht aus der Sicht der Behörde

Alle Kinder und Jugendlichen sind mehr oder weniger mit Risikofaktoren konfrontiert, die ihre gesunde Entwicklung beeinflussen können, aber nicht müssen. Die Kinder- und Jugendhilfe setzt bei Risikofaktoren wie Armut, mangelnde Bildung, familiäre Konflikte, suchtvorbelastete Familienmitglieder, Arbeitslosigkeit, gewalttätige Familienmitglieder etc. an, damit diese nicht zu einer Gefährdung werden. Der Fokus liegt dabei vor allem auf der Entwicklung und Verstärkung von Selbstwirksamkeit und Autonomie, um den Kindern und Jugendlichen zu vermitteln, dass sie selbst (mit-)entscheiden, wie sie auf ihre Resilienzfaktoren zugreifen und so ihre eigene Geschichte schreiben können. Das kann sehr intensiv und weitreichend geschehen. So z. B. über Psychotherapie, über direkter Betreuung als „flexible Hilfe“, bei der konkrete Ziele miteinander vereinbart werden, bis hin zur Fremdunterbringung in sozialpädagogischen oder sozialtherapeutischen Einrichtungen oder geprüften Pflegefamilien oder auch auf indirekte Art, z. B. über Gruppen- und Freizeitangebote oder Elternarbeit. Eines der obersten Ziele ist dabei, im Sinne des Empowerments Handlungsspielräume zu erweitern, sodass der Sog der Suchtspirale an Kraft verliert. Jugendliche, die sich handlungsfähig und selbstbestimmt erleben, sind weniger suchtgefährdet und werden in der Folge auch seltener zu suchtkranken Erwachsenen.

³ Gruber, Stefanie (2010): Kinder suchtkranker Eltern – Theorie und Praxis. Unveröffentlichte Hausarbeit. Graz.

⁴ Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e. V. (Hg.) (2011): Kindern von suchtkranken Halt geben. Erweiterte und aktualisierte Fassung. Broschüre.

⁵ Hutter, Renate; Riesenhuber, Martin (2019): DB-Konzept „Kinder aus alkoholbelasteten Familien“. Drogenberatung des Landes Steiermark, Graz.

2.6

Die Rolle der Exekutive in der Suchtprävention



STATEMENT VON

Chefinspektor Christian Salmutter

ist Leiter der Abteilung Kriminalprävention des Landeskriminalamtes Steiermark.

„Wir werden geboren, um zu experimentieren. Regeln, Gesetze, Anleitungen, Empfehlungen etc. sollen uns – auf Basis der Erfahrungen Älterer – vor schlimmen Fehlern und deren Folgen bewahren.“

Mein Credo ist es, unserer jüngeren Generation in einem möglichst objektiven Kontext die – derzeit – allgemein gültigen Regeln zu erklären, mit ihnen darüber zu diskutieren und Ausblicke für die Gegenwart und für die Zukunft zu skizzieren.“

Chefinspektor Christian Salmutter



STATEMENT VON

Bezirksinspektor Hans-Peter Schume

ist Kriminalpräventionsbeamter beim Landeskriminalamt Steiermark.

„In meiner nun bald 35-jährigen Dienstzeit als Exekutivbediensteter und 13-jährigen Erfahrung als Suchtgiftermittler ist es mir ein großes Anliegen, mit Jugendlichen ins Gespräch zu kommen und mit ihnen gemeinsam die Gründe für Suchtverhalten, Arten und Auswirkungen von Sucht sowie die Wege aus der Sucht zu besprechen.“

In der heutigen schnelllebigen, elektronischen Konsumgesellschaft ist für die notwendige Wertschätzung und Zuwendung oft kein Platz und man fühlt sich unverstanden, ungeliebt, einsam, unbeachtet etc., was zu Suchtverhalten führen kann. Wenn man verschiedene Themenbereiche mit differenzierten Methoden bearbeitet, kann man den Jugendlichen Werkzeuge anbieten, um mit negativen Gefühlen, Problem- und Konfliktsituationen umgehen und diese bestmöglich bewältigen zu können.“

Als Erwachsene haben wir alle eine Vorbildfunktion, und deshalb sollten wir allen Kindern und Jugendlichen den verantwortungsvollen Umgang mit Substanzen und Tätigkeiten vorleben. Wir sollten mit den jüngeren Generationen im Gespräch bleiben und sie in ihren Sorgen und Ängsten ernst nehmen. Nur gemeinsam können wir Strategien entwickeln, um ein genussvolles und weniger suchtbefahtetes Leben zu führen.“

Bezirksinspektor Hans-Peter Schume

INFOBOX

Projekte der Exekutive im Bereich der Suchtprävention

Im Sicherheitspolizeigesetz ist festgeschrieben, dass die Sicherheitsbehörden und Exekutivorgane für die Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit zu sorgen haben. Dazu gehören die Gefahrenabwehr, der vorbeugende Schutz von Rechtsgütern, die Fahndung, die sicherheitspolizeiliche Beratung und die Streitschlichtung.

Im Rahmen dieses gesetzlichen Auftrages werden von der Polizei im Jugendbereich (unter 18) vom Bildungsministerium genehmigte schulische Projekte zur Gewaltprävention („All Right – Alles, was Recht ist“), zum Umgang mit digitalen Medien („CyberKids“ und „Click&Check“) und zur Suchtprävention („Look@your.life“) angeboten. Um Nachhaltigkeit zu erreichen, werden alle angeführten Projekte in mehreren Modulen abgehalten. Der Mehr-Ebenen-Ansatz wird durch die Abhaltung von Lehrerinformationen und Elternabenden bei allen Projekten erreicht. Bei der Durchführung dieser Projekte fallen für die TeilnehmerInnen keine Kosten an.

Das Projekt „Look@your.life“ umfasst 21 Unterrichtseinheiten und wird modular in Blöcken zu drei oder vier Unterrichtseinheiten im Abstand von etwa einem Monat pro Klasse abgearbeitet. Die Module gliedern sich in:

Look@your.class: Auseinandersetzung mit dem Klassenklima, Erkennen von Konfliktsituationen und Erarbeiten von Konfliktklärungen bzw. Konfliktbewältigungsstrategien, Stärken der Beziehungen zwischen SchülerInnen und LehrerInnen bzw. der Eltern und LehrerInnen.

Look@your.law: Vermittlung von grundlegenden Informationen zum österreichischen Rechtssystem und dem jeweiligen Jugend(schutz)gesetz.

Look@your.web: Förderung eines reflektierten und gesunden Umgangs mit Onlinemedien und im Speziellen mit Smartphones.

Look@your.party: Auseinandersetzung mit der Feierkultur von Jugendlichen und Erarbeiten von Alternativen zu Alkohol. Sachinformation und Aufklärung von Mythen zum Thema Alkohol und Förderung der Risikokompetenz.

Look@your.timeout: Freizeitverhalten reflektieren, Alternativen kennen lernen, Gestaltungsbereich erweitern, Spaß und Action abseits von riskantem und gesundheitsschädlichem Verhalten.

Look@your.school & Look@your.family gemeinsam mit VIVID, der Fachstelle für Suchtprävention: Rechtsinformationen für Eltern und Lehrer; Genussübungen sollen eigenes Konsumverhalten bewusst machen; Selbstreflexion.

Das Projekt „Look@your.life“ wird nur auf Anfrage einer Schule von besonders geschulten Kriminalpräventionsbeamten der Polizei ab der 7. Schulstufe durchgeführt. Nach der Anfrage kommt ein Präventionsbeamter an die Schule und bespricht die Auftragsklärung zwischen Schule und Präventionsbeamten.

Das Projekt verfolgt folgende Ziele:

- Strafbaren Handlungen im Zusammenhang mit Substanzenkonsum vorzubeugen, um ein Heranwachsen ohne rechtliche Probleme zu fördern und einen risikoärmeren Konsum schädigender Substanzen positiv zu beeinflussen.
- Bei Konflikten alternative Verhaltensmuster finden und Konfliktlösungsmöglichkeiten verinnerlichen.
- Das Rechtsbewusstsein durch Vermittlung von Sach- und Rechtsinformationen zu den Programminhalten fördern und
- die Kommunikation und Interaktion zwischen SchülerInnen, Lehrenden und Erziehungsberechtigten verbessern.

2.7

Internet und neue Medien

Im Spannungsfeld zwischen Faszination und Sucht



FACHBEITRAG VON

Mag. Andreas Neuhold, MSc,

ist Mitarbeiter in der Drogenberatung des Landes Steiermark und Leiter der Beratungsstelle der Landespersonalvertretung.

Die Suchtmetapher als Folge einer tiefen Verunsicherung im Umgang mit neuen Medien und ihren Auswirkungen

Das Aufkommen neuer Medien stellt seit jeher eine gesellschaftliche Herausforderung dar. So wurde im 19. Jahrhundert vor Schundromanen gewarnt, die von jungen Mädchen bis spät in die Nacht verschlungen wurden, da „törichte Fantasien die Sitten verderben und böse Wünsche einpflanzen“. Auch die Medien Film und Fernsehen standen im Generalverdacht junge Menschen zu einem Leben abseits des „richtigen“ Weges zu verführen.

Kommunikationsformen sind durch die Verbreitung des Internets in einem Wandel begriffen, und die Folgen sind für die Gesellschaft nur bedingt absehbar. Quasi als ZeitzeugInnen der digitalen Revolution erleben wir verschiedene Umgangsformen und Verhaltensweisen mit dem Internet. Diese reichen von extensiver bis zur intensiven Nutzung. Zur Beschreibung möglicher Gefahren und Auswüchse wird sehr schnell, gepaart mit Unverständnis und Unkenntnis, auf das bewährte Suchtmodell zurückgegriffen. So entsteht die neue Kategorie Internet- oder Neue-Medien-Sucht.

Klassisches Suchtmodell ist nur bedingt bei Internet und neuen Medien anwendbar

Das klassische Suchtmodell wurde in den letzten Jahren auf Verhaltenssuchte ausgeweitet. Darunter fallen neben Glücksspielsucht oder Sexsucht auch Handy-, PC-Game- und Internetsucht. Allen Verhaltenssuchten sind Veränderungen auf neurobiologischer Ebene gemein, die durch vermehrtes Ausschütten von Dopamin und anderen Hormonen bei hochfrequenten Verhaltensweisen gekennzeichnet sind und zu einer Spannungssteigerung bzw. zur Spannungsreduzierung führen.

So attestieren diverse epidemiologische Studien der Bevölkerung im deutschsprachigen Raum ein Suchtpotenzial von 0,4 bis 5 % in Bezug auf Onlinegames.^{1,2,3}

Die Diskussion, ob der Suchtbegriff überhaupt passend und durch Kategorien wie „pathologisches oder exzessives Verhalten“ ersetzt werden sollte, ist noch nicht abgeschlossen. In der aktuellen Klassifizierung der Krankheiten nach ICD-10 findet man Internetsucht unter der Restkategorie F.63, „Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“. Im aktuellen diagnostischen und statistischen Manual (DSM-5) wurde „Internet Gaming Disorder“ aufgenommen, allerdings mit dem Hinweis, dass die wissenschaftliche Basis für endgültige Aussagen noch nicht reicht. Im für 2022 angekündigten ICD-11 soll Gaming Disorder unter der Kategorie „Substanzgebundene und Verhaltenssuchte“ klassifiziert werden. Die Störung wird beschrieben als andauerndes oder wiederkehrendes Spielverhalten von digitalen oder Video-Spielen. Es werden drei Kriterien genannt, die über einen Zeitraum von 12 Monaten erfüllt sein müssen:

Kriterien Gaming Disorder lt. ICD-11:

- Kontrollverlust über das Spielverhalten
- Wachsende Bedeutung des Spielens über andere Interessen und tägliche Aktivitäten hinaus
- Weiterspielen trotz negativer Konsequenzen

1 Rumpf, H. J., Meyer, C., Kreuzer, A., John, U. (2012) u. (2018). Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA). Bericht an das [deutsche] Bundesministerium für Gesundheit.

2 Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (2016): KIM-Studie. Kindheit, Internet Medien. Basisstudie zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger in Deutschland, Stuttgart.

3 Wasserman, D., The SEYLE Group (2012). Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and health related risk factors. Eur Psychiatry 27, S. 598

Ist die Klassifikation bei OnlinespielerInnen und möglichen krankhaften Entwicklungen noch relativ überschaubar, so stellt sich die Situation bei der Nutzung neuer Medien und deren „Suchtpotenz“ als komplex und unüberschaubar dar. Klassifizierungen, wonach so und so viele Stunden Handynutzung oder eine gewisse Anzahl der Entsperrungen des Handys auf krankhaftes Verhalten hinweisen würden, sind inadäquat. Ohne neue Medien würde es z. B. in Zeiten des Coronavirus keinen Home-Unterricht und kein Home-Office geben. Nicht jeder, der mit Euphorie eine neue Website entdeckt hat und sich im Surfen verliert, ist sofort süchtig. Vielmehr geht es darum, das Verhalten und das Wie und Was der Onlinenutzung langfristig zu beobachten. Das Internet ist ein wichtiger Kommunikationskanal für durchaus reale Freundschaften; stundenlange Online-Nutzung ist nicht gleichbedeutend mit Vereinsamung, sondern oft die einzige Möglichkeit, mit anderen in Kontakt zu treten.

Neue Medien und Identität: ein Teil der Faszination

Neue Medien bilden einen Erfahrungsraum für das Ausprobieren von Identitätsentwürfen. Zwei Aspekte sollen hier genannt werden.

Erstens: Anstelle von Narrationen über meine reale Welt tritt die Unmittelbarkeit des „virtuellen Lebens“ als die Grundlage einer „virtuellen Identität“. Mit Hilfe neuer Medien sich scheinbar ungefährdet, unbeobachtet und ungestraft gestaltend auszuprobieren, gerade hier liegt der Reiz der virtuellen Welt für junge (und vielleicht auch ältere) Menschen.

Zweitens: Neue Medien schaffen Aufmerksamkeit. Ohne gehört, gesehen und wahrgenommen zu werden, verkümmern Menschen. Im virtuellen Leben bekommen Menschen die Aufmerksamkeit, die sie in der realen Welt vermissen. Statt Einsamkeit, Desinteresse oder körperlicher Behinderung finden sie sich in der virtuellen Welt als gesunde, aktiv gestaltende, attraktive und mächtige (im Sinne von einflussreiche) Personen wieder.

Medienkompetenz: Annäherung zur Integration

Das Vermitteln und Erarbeiten von Medienkompetenz erscheint als Königsweg und pädagogische Herausforderung im Umgang mit neuen und alten Medien. Medienkompetente BenutzerInnen (er-)kennen mögliche Gefahren. Außerdem setzt man sich mit den Inhalten und Möglichkeiten kritisch auseinander und ist vorsichtig (Definition abgeleitet aus „Medien-Jugend-Info“, BKA). Wo dies nicht möglich ist, braucht es klare Richtlinien, die sich am Entwicklungsgrad einer Persönlichkeit oder Gesellschaft orientieren.

Verschiedene soziale Kontexte, wie Schule, Arbeitsplatz, Familie, Freizeit usw., sind angehalten, mittels konstruktiver Auseinandersetzung die Benützung durch Regeln, die für alle Beteiligten gelten, festzulegen. Ein wichtiger Baustein auf dem Weg zu einem sinnvollen Nutzen des Internets stellt die reale Begleitung von Kindern und Jugendlichen dar, die vor Gefahren schützt, bei Fragen und möglichen Irritationen Halt gibt und als Reflexions- und Reibungsfläche dient.

Ableitungen für Therapie und Beratung

Bei Vorliegen einer Mediensucht ist Abstinenz nur schwer möglich. Von Betroffenen zu verlangen, diverse Geräte gar nicht mehr zu benutzen, ist oft kontraproduktiv und im Alltag kaum umsetzbar. Die Wiedergewinnung eines kontrollierten Umgangs mit den problembehafteten Bereichen oder Geräten stellt das Ziel einer Therapie dar. Die Einübung von Zeitmanagement und die Entwicklung von effektiven Bewältigungs- und Konfliktstrategien ist hierbei eine wichtige Aufgabe. Standard der Therapie sind die Behandlung von Komorbiditäten und anderen psychischen Erkrankungen, wobei Angst- und affektive Störungen, kombiniert mit Persönlichkeitsstörungen, am häufigsten vorkommen. Je jünger Betroffene sind, die sich in einem Beratungskontext begeben, desto wichtiger sind für Angehörige spezielle Unterstützungsangebote auf erzieherischer und pädagogischer Ebene.

Conclusio

Auf der Suche nach Nähe, Anerkennung, Sexualität und Beziehung sind wir alle gefragt, im realen Raum spür-, greif- und erlebbar zu bleiben, um mit den Herausforderungen des Internets und neuer Medien einen konstruktiven Weg zu finden.

3.

Versorgungsstrukturen für Menschen mit Suchterkrankungen



Daten und Fakten: Versorgungsangebote in der Steiermark

Die steirische Suchthilfelandchaft bietet unterschiedliche suchtspezifische Versorgungsangebote, diese werden unterschieden in niederschwellige oder hochschwellige Angebote, stationäre oder ambulante Angebote. Ihre Schwerpunkte unterscheiden sich je nach Einrichtung. Sie sind überwiegend substanzübergreifend (bei illegalen, legalen sowie substanzungebundenen Suchterkrankungen/Suchtverhalten) ausgerichtet und für die Beratung, Behandlung und Betreuung bei Suchtproblematiken von Betroffenen und/oder deren Angehörigen qualifiziert.

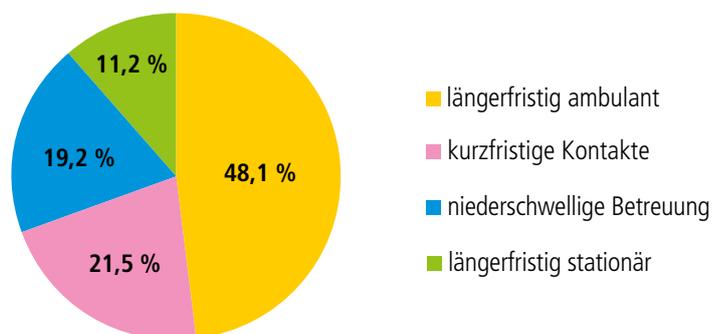
Den wesentlichen Teil der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen bildet ein flächendeckendes Netz **ambulanter Suchtberatungsstellen** (gemäß § 15 SMG¹ kundgemachte Einrichtungen). An insgesamt 30 steirischen Standorten – in allen Bezirken bzw. Versorgungsregionen – stehen Suchtberatungsstellen zur Verfügung.

Niederschwellige Angebote – wie z. B. Streetwork – werden von nicht ausschließlich auf Suchthilfe spezialisierten Institutionen übernommen. Hier sind es vor allem Angebote des Jugendstreetworks und der aufsuchenden Jugendarbeit, die in ihrer Arbeit das Thema Sucht neben einem Beratungsfokus auf Arbeit, Wohnen und sonstigen sozialarbeiterischen Beratungsbedarf mit abdecken. Insgesamt verfügen wir in der Steiermark über 20 unterschiedliche Angebote in allen Versorgungsregionen. Das Angebot von Drogenstreetwork wird nur in Graz angeboten. Der Fokus liegt hier eindeutig auf schadensminimierenden Angeboten, wie z. B. Spritzentausch, Hepatitis-A+B-Impfungen u. v. m.

Zur Versorgung der PatientInnen mit der **Opioidsubstitutionstherapie** gibt es aktuell 10 Einrichtungen sowie niedergelassene ÄrztInnen in allen Versorgungsregionen.

Für die **stationäre Versorgung** stehen 6 Angebote zur Verfügung. Grundlegende Ziele reichen von Überlebenssicherung, Schadensminimierung, Gewährleistung eines möglichst gesunden Lebens bis hin zum Erreichen einer zufriedenstellenden Abstinenz. Für die spezifische Akutversorgung stehen das LKH Graz II, Standort Süd sowie die suchtmmedizinische Ambulanz am LKH Hochsteiermark, Bruck, zur Verfügung.

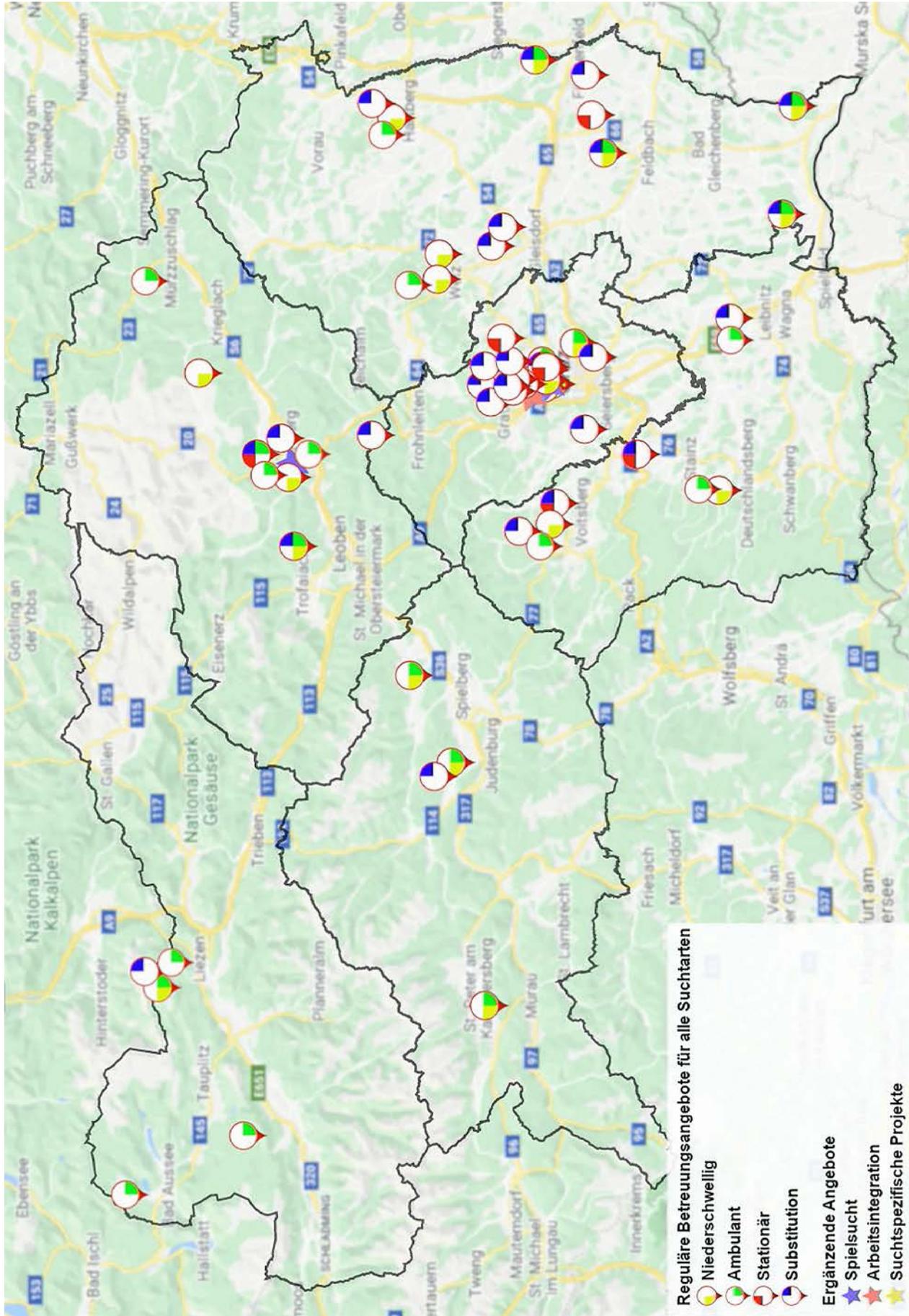
Verteilung der Betreuungsformen 2018. Quelle: Einheitliches Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogen- und Suchthilfeeinrichtungen (DOKLI) in der Steiermark, Berichtsjahr 2018



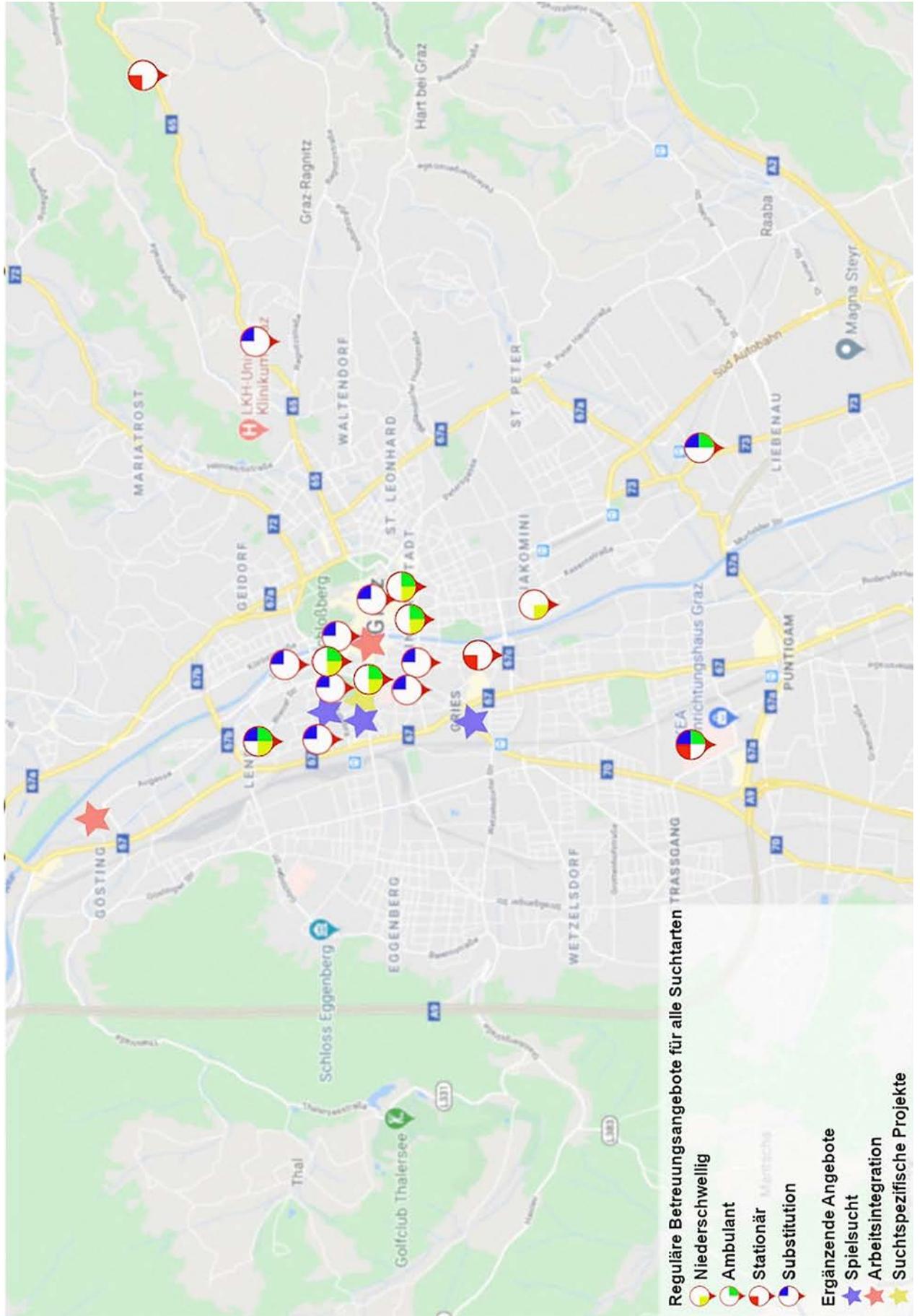
Im Anhang (Seite 86-88) finden Sie eine Auflistung aller Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark.

¹ Suchthilfeeinrichtungen nach § 15 SMG bieten alle oder einzelne gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Suchtgiftmissbrauch an. Zu diesen zählen die ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes, die ärztliche Behandlung einschließlich Substitutions- und Entzugsbehandlung, die klinisch-psychologische Beratung und Betreuung, die Psychotherapie sowie die psychosoziale Beratung und Betreuung.

Überblick über suchtspezifische Versorgungsangebote, Steiermark, 2020;
 Datenextraktion: Suchtkoordination Steiermark, Bearbeitung und Darstellung: EPIG GmbH



Überblick über suchtspezifische Versorgungsangebote, Detailsicht Graz-Stadt, 2020;
 Datenextraktion: Suchtkoordination Steiermark, Bearbeitung und Darstellung: EPIG GmbH



3.2

Suchthilfe im Kontext der Versorgungsplanung

Herausforderungen und Zielsetzungen für eine gleichwertige und qualitätsvolle Versorgung von Suchterkrankten



FACHBEITRAG VON

Mag. Christa Peinhaupt, MBA,

ist Medizin- und Gesundheitssoziologin am Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit – EPIG GmbH.

Dr. Johannes Koinig

ist stellvertretender Geschäftsführer des Gesundheitsfonds Steiermark und Leiter des Bereiches Gesundheitsplanung, Steuerung und Qualität.

Der Gesundheitsfonds Steiermark hat als Gesamtrechtsnachfolger des Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds mit 1. Jänner 2006 dessen gesamten Aufgabenbereich übernommen. Damit verbunden war eine Ausweitung und Neuausrichtung der an den Gesundheitsfonds gestellten Aufgaben. Das sind unter anderem Aufgaben im Rahmen des Modells der leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierung, Aufgaben im Bereich der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens, wie die Initiierung und Förderung von Projekten vor allem der integrierten Versorgung. Zudem hat das Land Steiermark weitere Aufgaben an den Gesundheitsfonds gesetzlich übertragen, unter anderem die Psychiatriekoordination und mit 1.1.2019 die Suchtkoordination, und zwar aufgrund des engen thematischen Zusammenhanges mit Aufgaben des Gesundheitsfonds. Der Aufgabenbereich der Suchtkoordination umfasst, wie zuletzt im Landesbereich, hauptsächlich die Netzwerkarbeit auf Landes- und Bundesebene und die Koordination

im Bereich Sucht und Drogen sowie die Planung und die Vergabe von Fördermitteln zur Suchtbehandlung und -prävention. Damit ist auch gewährleistet, dass durch den Gesundheitsfonds Steiermark die Versorgungsplanung über alle Versorgungsbereiche und Versorgungsebenen hinweg akkordiert stattfinden kann.

Die Steiermark hat es sich im Steirischen Gesundheitsplan 2035 zum Ziel gesetzt, ihr Gesundheitssystem bis 2035 unter Beachtung der Herausforderungen der Zukunft so zu gestalten, dass es langfristig stabil bleiben und der Bevölkerung eine qualitätsvolle Versorgung anbieten kann. Eine bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung muss auf veränderte Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, epidemiologische, demografische und regionale Entwicklungen und neue, nicht nur technologische Möglichkeiten reagieren können. Das bedeutet unter anderem, dass die Versorgungsnotwendigkeiten für chronisch kranke Menschen und speziell auch für ältere Menschen verstärkt berücksichtigt werden müssen. Die im Gesundheitsplan 2035 definierten Grundsätze der Versorgung haben das gesamte Versorgungssystem im Blick, woraus eine sinnvolle und zweckmäßig aufeinander abgestimmte Versorgungsstruktur inklusive durchgängiger Versorgungsprozesse abgeleitet werden kann. Diese Grundsätze und Ziele, wie Gleichwertigkeit der Versorgung oder Selbstbestimmtheit und Teilhabe der PatientInnen, gelten ganz gewiss auch für die Suchtversorgung. Gerade im Suchtbereich sind für Patientinnen und Patienten Übergänge zwischen den ambulanten und stationären Angeboten präsent.

Das zentrale Planungsinstrument für die integrative Versorgungsplanung in Österreich ist der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG). Dieser trifft als Rahmenplan im Kapitel „Psychiatrische Erkrankungen“ auch Vorgaben für den Bereich Abhängigkeitserkrankungen, die wiederum im Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) Steiermark berücksichtigt sind. Bereits in den ersten Versionen des RSG Steiermark fand die psychiatrische und psychosoziale Versorgung Berücksichtigung und wurden die ambulante und stationäre Versorgung gemeinsam dargestellt. Zur Versorgung von Suchterkrankungen wurden in der Vergangenheit in der Steiermark auch weitere sehr gute Grundlagen und Rahmenkonzeptionen erstellt, etwa „Die neue steirische Suchtpolitik“ 2011 oder der „Suchtbericht Steiermark 2017“.

Gemeinsam ist diesen Werken ein stark am Konzept der integrierten Versorgung orientierter Ansatz einer patientInnenorientierten, kontinuierlichen, sektorenübergreifenden, interdisziplinären und/oder multiprofessionellen und nach standardisierten Versorgungskonzepten ausgerichteten Versorgung inklusive einheitlicher Qualitätsstandards und Dokumentationssysteme. Für die Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sollte daraus ein immer besser ineinandergreifendes Netzwerk flächendeckend verfügbarer ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse entstehen. Ausgehend von einem guten Versorgungsniveau in der Steiermark ist es notwendig, diesen Ansatz im Sinne der Rahmenpläne weiterzuentwickeln, mögliche Lücken zu identifizieren und konkrete Maßnahmen zu treffen, um diese zu schließen.

Dazu wurde 2018/19 ein Bedarfs- und Entwicklungsplan für die Versorgung suchtkranker Menschen in der Steiermark (BEP-Sucht-St) erarbeitet. Ziel dieses BEP-Sucht ist es, in den steirischen Versorgungsregionen eine gleichwertige, qualitätsgesicherte und am Bedarf der Betroffenen ausgerichtete Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen sicherzustellen und die Suchthilfe im Kontext der gesamten Bandbreite der medizinischen und psychosozialen Versorgung zu betrachten.

Ausgangssituation und Herausforderungen der Suchthilfe im Kontext der Versorgungsplanung

In allen steirischen Versorgungsregionen sind Suchthilfeeinrichtungen nach § 15 SMG vorhanden. Die Versorgungsangebote in den Regionen sind aber teils unterschiedlich ausgestaltet und weisen unterschiedliche Schwerpunktsetzungen auf. Die Unterschiede resultieren zumeist daraus, dass in den Regionen verschiedene Träger der Suchthilfeeinrichtungen tätig sind und sich Angebote und Schwerpunkte trügerspezifisch entwickelt haben. Die Träger der Suchthilfeangebote werden im Wesentlichen über Förderungen finanziert. Eine systematische bedarfsorientierte Versorgungs- und Angebotsplanung ist daher nur bedingt möglich. Hinzu kommt, dass es bislang keine durchgängige Datengrundlage über die Versorgungslage in der Suchthilfe der Steiermark gab.

Empfehlungen aus dem BEP-Sucht-St

Vor diesem Hintergrund wurden im Bedarfs- und Entwicklungsplan Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen im Rahmen der spezifischen Suchthilfeeinrichtungen, aber auch der psychosozialen Versorgung und der Primärversorgung als erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen entwickelt. Die Umsetzung hat 2019 begonnen. Als Grundlage für die Versorgungsplanung in der Suchthilfe und für eine integrierte (sektoren- und bereichsübergreifende) Versorgungsplanung wurde eine einheitliche ziel- und quellbezogene Dokumentation in den Einrichtungen der Suchthilfe empfohlen. Ab dem Jahr 2020 werden aus dieser Dokumentation verwertbare Daten für die Weiterentwicklung der Suchthilfe zur Verfügung stehen. Weiters werden ausgehend von den Empfehlungen des BEP-Sucht-St Qualitätskriterien fachlich weiterentwickelt. Diese betreffen Prozesse der Zuweisung, Übernahme und Zusammenarbeit innerhalb der Suchthilfe und zwischen der Suchthilfe, den psychosozialen Diensten und Einrichtungen des Gesundheitswesens (im Wesentlichen Primärversorgung, fachärztliche Versorgung und stationäre Versorgung). Über die Suchtkoordination werden dafür im Rahmen von Suchthilfekonferenzen und Qualitätszirkeln alle relevanten Akteurinnen und Akteure eingebunden.

4.

Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens



Daten und Fakten: Die Rolle des Gesundheitswesens in der Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen

Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens sind Schlüsselpersonen, um eine Suchtproblematik bei Patientinnen und Patienten zu erkennen, anzusprechen und sie suchtspezifischen Betreuungsangeboten zuzuweisen. Dies spielt insbesondere bei der Alkohol- und Tabaksucht sowie bei der Medikamentensucht eine große Rolle. In der Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ wird davon gesprochen, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte pro Jahr 70-80 % der Betroffenen zwar sehen, aufgrund einer breit gefächerten Symptomatik wird in der Praxis eine ursächliche Suchterkrankung aber oft übersehen.¹ Die Leitlinie kommt weiter zu dem Schluss, dass auf Basis eines breiten bevölkerungsbezogenen Ansatzes „jeder Patient in allen Settings gescreent werden sollte“.² Kurzinterventionen in Allgemeinarztpraxen führen zu längerfristigen Effekten hinsichtlich eines reduzierten Alkoholkonsums.³ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Apotheken sind neben Hausärztinnen und Hausärzten sehr wichtig, um potenziell von Medikamentensucht betroffene Personen zu erkennen und entsprechend zu unterstützen.

Für das Jahr 2018 wurden die stationären Behandlungszahlen für ausgewählte suchtspezifische Diagnosen ausgewertet.⁴ Für den niedergelassenen Bereich liegen keine diagnosespezifischen Daten vor.

Stationäre Behandlungen von Steirerinnen und Steirern wegen einer suchtspezifischen Diagnose, Steiermark, 2018; Quelle: Daten der Krankenanstalten-Dokumentation (KDok) im XMBDS-Format für das Jahr 2018 zu Aufhalten der Steirerinnen und Steirer im stationären Versorgungsbereich (Fonds-, AUVA- und PRIKRAF-KA); Bearbeitung und Darstellung: EPIG GmbH

Suchtart	Anzahl stationäre Behandlungen absolut	pro 10.000 EW	Anteil Männer in %	Anteil Frauen in %
Alkohol	3.697	30	65,6 %	34,4 %
Tabak	3.182	26	63,5 %	36,5 %
Medikamente	158	1	43,0 %	57,0 %
illegale Drogen	399	3	77,4 %	22,6 %
pathologisches Spielen	19	0,2	k. A.	k. A.

Die Behandlungszahlen von Alkohol und illegalen Drogen wurden für die Versorgungsregionen (VR) alters- und geschlechtsspezifisch auf 10.000 EW normiert. Die höchsten Zahlen pro 10.000 EW finden sich für beide Arten von Substanzen in der VR 61 (G, GU), die VR 63 (BM, LN) liegt jeweils an 2. Stelle.

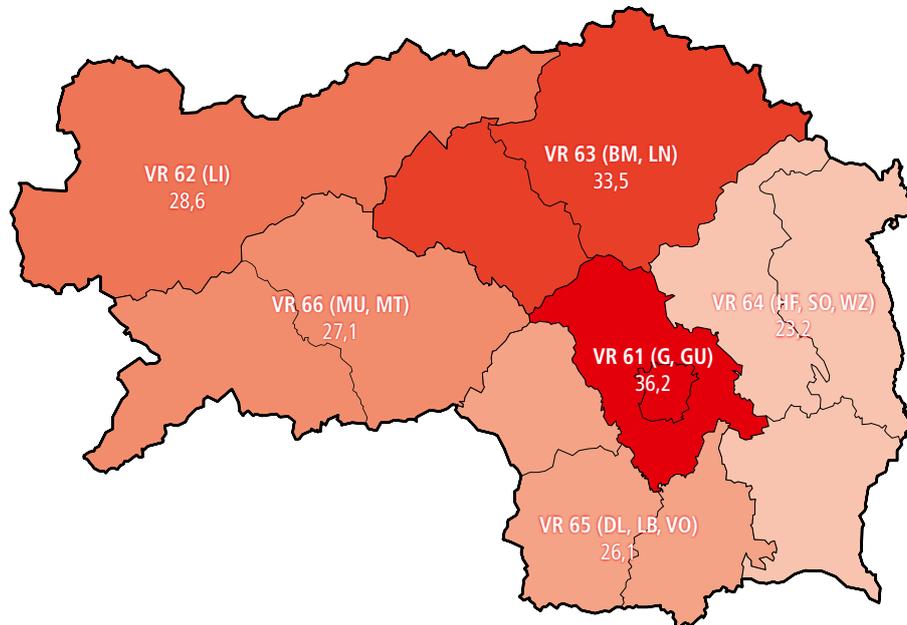
1 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hg.) (2016): Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. S3-Leitlinie. AWMF-Register Nr. 076-001, S. 2

2 Ebda., S. 29

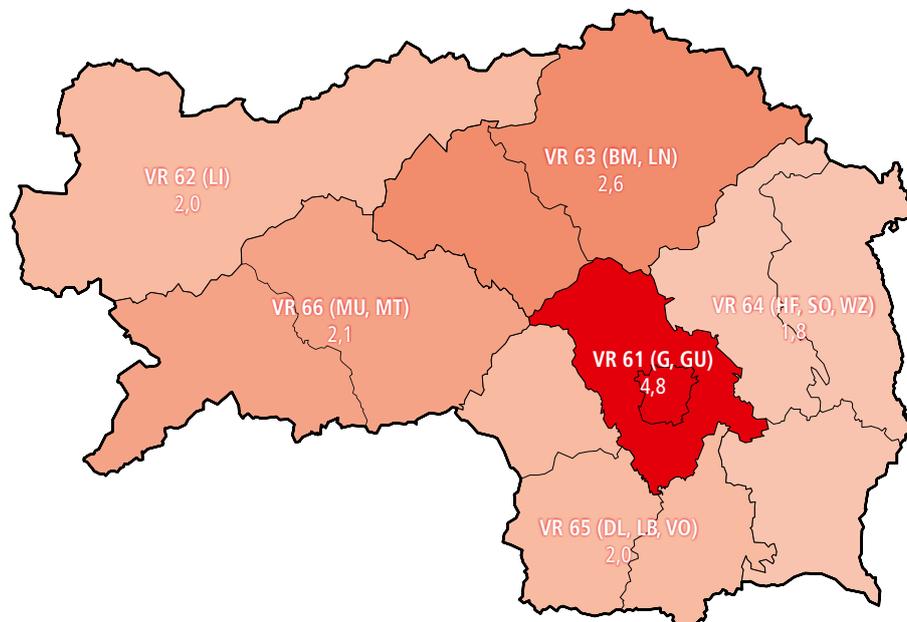
3 Ebda., S. 51

4 Inkludierte Diagnosen: F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen – T51.0 Toxische Wirkung von Äthanol, T51.9 Toxische Wirkung von Alkohol, K70 Alkoholische Leberkrankheit, K73 Chronische Hepatitis, K74 Fibrose und Zirrhose der Leber, T40 Vergiftung durch Betäubungsmittel und Psychodysleptika (Halluzinogene), C15 Bösartige Neubildungen des Ösophagus, C32-C34 Bösartige Neubildungen von Atmungsorganen, F55 Missbrauch von nicht Abhängigkeit erzeugenden Substanzen – F63.0 Pathologisches Spielen

Behandlungsfälle je 10.000 EW je Versorgungsregion für alkoholspezifische Diagnosen, 2018, Steiermark; Quelle: Daten der Krankenanstalten-Dokumentation (KDok) im XMBDS-Format für das Jahr 2018 zu Aufenthalt der Steirerinnen und Steirer im stationären Versorgungsbereich (Fonds-, AUVA- und PRIKRAF-KA); Bearbeitung und Darstellung: EPIG GmbH



Behandlungsfälle je 10.000 EW je Versorgungsregion für illegale drogenspezifische Diagnosen, 2018, Steiermark; Quelle: Daten der Krankenanstalten-Dokumentation (KDok) im XMBDS-Format für das Jahr 2018 zu Aufenthalt der Steirerinnen und Steirer im stationären Versorgungsbereich (Fonds-, AUVA- und PRIKRAF-KA); Bearbeitung und Darstellung: EPIG GmbH



Das Thema „Sucht in der Regelversorgung“ wird in diesem Kapitel aus dem Blickwinkel aller Versorgungsstufen beleuchtet: von der Primärversorgung über die fachärztliche Versorgung bis hin zur stationären Versorgung.

Medizinische Versorgung von Suchtkranken im niedergelassenen Bereich

Das volle Programm

Missbräuchlicher Gebrauch und Sucht sowie substanzungebundene Süchte sind in der niedergelassenen allgemeinmedizinischen Praxis häufig. Denn: Die Hausärztinnen und Hausärzte sind oft die erste, niederschwellige Anlaufstelle, bei der Patientinnen und Patienten – häufig aber auch Angehörige – Kontakt, Rat und Hilfe suchen.

Hausärztinnen und Hausärzte sind aufgrund ihrer umfassenden und sehr oft langjährigen Kenntnis der Lebenswelt ihrer Patientinnen und Patienten die erste Kontakt- bzw. Ansprechstelle bei allen gesundheitlichen Problemen. Sie kennen die persönlichen Lebensumstände, die Familienstrukturen, sie überblicken den Gesundheitszustand und die Krankheitsgeschichte/n oft über sehr lange Zeit.

Daher setzen die meisten PatientInnen sehr hohes Vertrauen in den eigenen Hausarzt, die eigene Hausärztin – natürlich auch, wenn sie vermuten/befürchten/Ihnen schwant, „vielleicht ein kleines Suchtproblem“ zu haben. In diesem Fall ist der erste Schritt zur Besserung – die Selbsterkenntnis – bereits erfolgt. Die Selbstreflexion der PatientInnen, das Erarbeiten bzw. Entwickeln von Krankheitseinsicht und auch die Überwindung, sich mit einer stigmatisierenden chronischen Erkrankung Hilfe und Rat zu suchen, können also Anlass einer suchtmmedizinischen Behandlung sein. Dieser Schritt bedingt den intrinsischen Wunsch nach Veränderung der Situation.

Oft wird die (zunächst latente) Suchtproblematik – in vielen Fällen aber auch manifeste Suchterkrankung – auch im Rahmen von Routineuntersuchungen (Labor, Vorsorgeuntersuchung, häufige Infekte, auffälliges Krankschreibungsmuster u. Ä.) für die Hausärztin bzw. den Hausarzt feststellbar und gibt Anlass zur weiteren klärenden Exploration. Auch hier unterstützt die gute Beziehung zwischen Hausärztin/Hausarzt und Patientin/Patient den Beginn einer Auseinandersetzung mit dem für die allermeisten PatientInnen hochgradig aversiven Thema Sucht.

Aus allgemeinmedizinischer Sicht sind Suchterkrankungen nicht nur häufige, sondern auch schwerwiegende und chronische Erkrankungen, zudem sind sie schwer zu behandeln. Betroffen sind fast alle Altersgruppen von Jugendlichen bis zu sehr betagten Menschen. Betroffene findet man in jeder Gesellschaftsschicht. Sehr häufig treffen wir im allgemeinmedizinischen Alltag auf Missbrauch, Abhängigkeit, Sucht in Zusammenhang mit Alkohol und Tabak. Trotz aller Kenntnisse der negativen Auswirkungen von Alkoholmissbrauch und der hohen Raten an Alkoholkranken ist Alkohol leicht erhältlich und verfügbar. Der „Genuss“ (der in sehr vielen Fällen aber bereits missbräuchliche und in bedrückend vielen Fällen auch tatsächlich süchtige Ausmaße annimmt) findet in unserer Gesellschaft nach wie vor breite Akzeptanz. Alkohol wird beworben, und damit ist der Verharmlosung als „reines“ Genussmittel Tür und Tor geöffnet. Immer noch ist er Jugendlichen leicht zugänglich. Bis vor wenigen Jahren hat es sich mit Tabakprodukten ähnlich verhalten. Ein weiteres suchtrelevantes Problemfeld in der allgemeinmedizinischen Praxis ist der steigende Medikamentenmissbrauch, aber auch die zunehmende Polypharmazie. Letztere ist übrigens, wie die allgemeinmedizinische Praxis oft genug zeigt, keineswegs ausschließlich auf alte und hochbetagte Menschen beschränkt.

Die jeweilige Sucht als komplexe Krankheit zu verstehen, ihre körperlichen und psychischen Symptome zu behandeln, Ziele im Sinne eines informed consent (einer informierten Einwilligung) zu erarbeiten sowie ein Behandlungs- und oft auch soziales Hilfsnetzwerk mit den PatientInnen gemeinsam zu etablieren, sind die Eckpfeiler allgemeinmedizinischer Behandlung und Betreuung in diesem Kontext.



FACHBEITRAG VON

Dr. Michael Adomeit

*leitet das Referat Suchtfragen
der Ärztekammer Steiermark.*

Als betreuende Ärztin/betreuender Arzt ist man erster Ansprechpartner und Netzwerker für die PatientInnen. Bei substanzgebundenen Süchten sind in der ersten Phase die körperliche Untersuchung, exakte Suchtanamnese, Detektion und Therapie von Begleit- und Folgeerkrankungen in Zusammenarbeit mit niedergelassenen KollegInnen nötig, u. a. Labor, EKG, Sonographie von Abdomen, Herz, Gefäßen, ggf. Gastro- und Koloskopie, Zahnbehandlungen ... Ebenso ist die fachärztliche Exploration allfälliger psychiatrischer bzw. neurologischer Komorbiditäten einzuleiten. Ein weiterer Teil der allgemeinmedizinischen Aufgaben ist die Exploration der sozialen und familiären Lebenswelten, die Zuweisung/Kontaktanbahnung zu und der nachfolgende Austausch mit ambulanten (Psychotherapie, Suchthilfeeinrichtungen) und stationären Betreuungseinrichtungen (Entgiftung, Entzug). Und natürlich zählt als wesentlicher Aspekt der Behandlung chronisch Kranker der kontinuierliche PatientInnenkontakt und interdisziplinäre Austausch im Netzwerk, um Änderungen im Verlauf der Suchterkrankung frühzeitig zu erkennen und entsprechend Hilfestellungen zu bieten. Kurz: In der allgemeinmedizinischen Behandlung von Suchtkranken geht es „nur“ um eines: um das volle Programm.

4.2.1



Dr. Elisabeth Wejbor und Dr. Johanna Leitner
haben im Oktober 2019 die Primärversorgungseinheit
„Allgemeinmedizin Graz Gries“ gegründet.

Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen in der Primärversorgung von Menschen mit Suchterkrankungen – Blitzlicht aus der Praxis

Mit Oktober 2019 haben wir unsere Primärversorgungseinheit „Allgemeinmedizin Graz Gries“ geöffnet. Durch unsere mehrjährige Erfahrung in der Betreuung von suchtkranken Menschen mit Mehrfachabhängigkeiten inkl. Opiatabhängigkeit sowie bedingt durch unsere psychosomatischen und psychotherapeutischen Zusatzausbildungen war es uns ein großes Bedürfnis, diese oft benachteiligte PatientInnengruppe im Rahmen der Primärversorgung mitzubetreuen. Wir sehen es als große Chance und Herausforderung zugleich, in diesem interdisziplinären Setting für suchtkranke Menschen als Familienärztinnen tätig zu sein und so einen systemischen Therapieansatz verfolgen zu können. Für PatientInnen bedeutet die Einbettung in ein regelmedizinisches Versorgungssystem auch ein Stück weit die Normalisierung ihrer Lebenswelt. Besonders suchtkranke Menschen können von diesem Modell der **continuity of care** und einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung sowie einer Vertrauensbeziehung zum restlichen multiprofessionellen Praxisteam profitieren.

Von grundlegender Bedeutung ist für uns ein sozialarbeiterischer Support, ohne den wir die Integration in den normalen Praxisalltag nicht bewältigen könnten und das Angebot an Unterstützung massiv reduzieren müssten. Wir konnten von Beginn an sowohl in der Sozialarbeit als auch in der Ordinationsassistenz auf Mitarbeiterinnen zählen, die bereits im Suchtbereich gearbeitet haben. Grenzen in der Primärversorgung liegen für uns bei PatientInnen mit sehr schweren und hier vor allem schwer fühlbaren psychiatrischen Komorbiditäten sowie bei PatientInnen mit sehr ausgeprägter Polytoxikomanie.

Ein Terminsystem macht für uns eine ausgeglichene Verteilung von SuchtpatientInnen über die Ordinationszeiten hinweg möglich, ohne dadurch den Praxisalltag zu beeinträchtigen. Um als Team die oft auch psychisch belastende Arbeit gut bewältigen zu können, organisieren wir regelmäßige Supervisionen.

Die in unserer Einrichtung am häufigsten behandelten Suchterkrankungen sind Alkoholabhängigkeit, Opiatabhängigkeit, Medikamentenmissbrauch sowie Spielsucht. Zehn PatientInnen wurden von uns komplett ersteingestellt, zehn weitere aus dem Zentrum für Suchtmedizin übernommen; 17 PatientInnen kamen von niedergelassenen ÄrztInnen und acht aus der Interdisziplinären Kontakt- und Anlaufstelle (I.K.A.).

Fazit: Die Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen in der Primärversorgung braucht ein sehr engagiertes und erfahrenes Team, das gemeinsam hinter dieser oft auch psychisch herausfordernden, arbeitsintensiven Aufgabe steht.

4.2.2

**Dr. Christina Pillich**

ist Fachärztin für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin. Sie arbeitet am Zentrum für Suchtmedizin des LKH Graz II, Standort Süd.

Der Facharzt und die Fachärztin als wichtiges Bindeglied

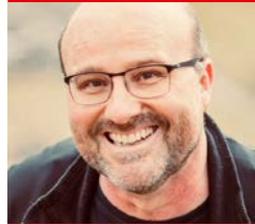
Abhängigkeitserkrankungen sind vielgestaltig. Sie zeigen Verläufe, die ein Leben in der Mitte der Gesellschaft mit unbeeinträchtigter Teilhabe ermöglichen, ebenso wie Verläufe, die in Isolation und Marginalisierung münden.

Alle Verläufe haben eine hohe Zahl an psychischen Begleiterkrankungen gemein, die durch ein vordergründig erscheinendes Suchtverhalten verdeckt werden können. Hinter einem oberflächlich betrachtet einfachen Problem einer abhängigen Verhaltensweise kann ein komplexes psychiatrisches Krankheitsbild stehen.

Die psychiatrische Diagnostik im niedergelassenen Bereich ist für alle Menschen mit suspektierten Abhängigkeitserkrankungen empfehlenswert. Im Rahmen der Abklärung durch die niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie werden auch bestehende, teils aber auch noch unerkannte körperliche Erkrankungen berücksichtigt, die psychische Symptome auslösen können. Die niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte empfehlen ein der Komplexität der Erkrankung entsprechendes Behandlungsschema und leiten die Therapie der Betroffenen rasch in sinnvolle Bahnen.

Je früher die Diagnostik und Therapieplanung bei den niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie beginnt, desto eher können schwere Verläufe hintangehalten werden. Sie stellen damit ein wichtiges Glied in der Behandlungskette der Suchthilfe dar und stehen mit ihrer fachärztlichen Expertise anderen BehandlerInnen beratend zur Seite.

4.2.3

**Dr. Stefan Sinz**

ist Ärztlicher Leiter der Suchtberatung Obersteiermark.

Diagnose und Therapie im fachärztlichen Bereich

Sucht ist kein Ausdruck persönlicher Schwäche, sondern eine komplexe Erkrankung, die wie alle anderen Krankheiten Diagnose und Behandlung sowie Wertschätzung den Erkrankten gegenüber braucht.

Grundlage jeglicher ärztlichen Tätigkeit ist eine genaue Diagnostik. Für FachärztInnen für Psychiatrie in der Suchtarbeit heißt das:

- Diagnose und Differenzialdiagnose der Suchterkrankung,
- Diagnose (und Behandlung) der häufig komorbid auftretenden psychiatrischen Störungen,
- Diagnose (und Behandlung) der häufig bei Suchtkranken auftretenden körperlichen Erkrankungen (HausärztInnen-Rolle der PsychiaterInnen).

Die fachärztliche Behandlung von Suchtkranken umfasst:

- Psychotherapie und Beratung,
- Substitution,
- Entzugsbehandlung und Einsatz von Anti-Craving-Medikamenten,
- Psychopharmakotherapie komorbider psychiatrischer Störungen.

Multiprofessionelle Therapiepläne und das Eingehen auf persönliche Bedürfnisse sind Grundvoraussetzung für einen Behandlungserfolg. Das setzt einen flächendeckenden, entstigmatisierenden und niederschweligen Zugang zu fachärztlicher Hilfe voraus.

4.3

Alkoholerkrankungen

Eine spezielle Herausforderung für das Gesundheitswesen



FACHBEITRAG VON

Manfred Geishofer

ist Geschäftsführer von b.a.s.
(„betrifft abhängigkeit &
sucht“), Psychotherapeut.

Derzeit gelten ca. 4 bis 5 % der österreichischen Bevölkerung als alkoholabhängig. Die angenommene Anzahl von 340.000 bis 370.000 betroffenen Personen (davon 70 % Männer) liegt sehr nahe bei der Anzahl der Krebsdiagnosen. Dennoch ist der Umgang mit dem Thema in allen Bereichen der Gesellschaft und damit in Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen ein gänzlich anderer.

Psychische Störungen allgemein und psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Besonderen haben ein bestimmtes Image bzw. eine spezifische gesellschaftliche Rezeption. Um diese zu verstehen, müssen historische, soziologische und psychologische Faktoren berücksichtigt und in die Gesundheitspolitik miteinbezogen werden.

Die historischen Anfänge der Suchthilfe waren patriarchalische und religiöse Ansätze, zuerst zur Bekehrung der Lasterhaften, später als Trinkerfürsorge und letztlich als sozialarbeiterische oder soziotherapeutische Komponente von Kliniken.¹

Dank der Arbeit von Elvin M. Jellinek wurde 1952 Alkoholabhängigkeit von der WHO als Krankheit anerkannt. Aber noch 1956 begründete der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger die Ablehnung einer Kostenübernahme beim Anton-Proksch-Institut: „Der Alkoholismus ist keine Krankheit, sondern eine Willensschwäche, die durch geeignete Erziehungsmaßnahmen beeinflusst und beseitigt werden kann, die aber einer ärztlichen Behandlung nicht bedarf.“

In der Interaktion mit Alkoholkranken tragen wir die Hypothek des Lastermodells, vor dessen Hintergrund Neidprojektionen und eine aggressive Gegenübertragung entstehen können.²

Suchtkranke oder suchtgefährdete Menschen werden von Mitarbeitenden der Institutionen aus dem Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Repressionsbereich daher häufig als schwierig und besonders arbeitsintensiv wahrgenommen. Da Sucht nach wie vor ein Tabuthema ist, fällt es oft schwer, das Problem offen anzusprechen oder konkrete Unterstützung anzubieten. Hinzu kommt, dass es den Dienstleistenden oft an Kenntnissen im Bereich Sucht fehlt und teilweise anachronistische Konzepte vorherrschen. Dies betrifft besonders die konstruktive Interaktion mit Suchtkranken. Dabei kann inzwischen auf verschiedene Verfahren zurückgegriffen werden, wie z. B. die motivierende Gesprächsführung.

Aus- und Weiterbildungen lassen das „fachfremde“ Thema Sucht entweder ganz aus oder behandeln es nur am Rande. Um mit suchtgefährdeten oder süchtigen Klientinnen und Klienten adäquat umgehen zu können, benötigen die Fachleute und Institutionen in der sogenannten Regelversorgung ein grundlegendes Verständnis für das Thema Sucht sowie das nötige Wissen über Mittel der Suchtprävention und -beratung.

Umgekehrt liegt in der sogenannten medizinischen, psychotherapeutischen und sozialen Regelversorgung ein enormes Potenzial für die Verbesserung der Behandlungs- und Betreuungsqualität von Alkoholgefährdeten und -kranken, das unter Berücksichtigung der epidemiologischen Daten nicht ungenutzt bleiben darf (z. B. nimmt ein Großteil der Alkoholgefährdeten medizinische Leistungen in Anspruch).

¹ Fuchtmann E. (1994): Ambulante Suchttherapie, Lambertus, Freiburg im Breisgau

² Antons, K.: Therapie des Alkoholismus – Methoden und Probleme. Kassel 1976, und Rost, W.-D.: Psychoanalyse des Alkoholismus. Klett-Cotta, Stuttgart 1992

Dieser Standpunkt fand bereits in der Leitlinie 7 in der „Neuen steirischen Suchtpolitik“³ seine Formulierung. Diese lautet: „Öffnung der medizinischen und psychosozialen Regelversorgung für die [von Sucht] Betroffenen.“

Der Nutzen einer diesbezüglichen Öffnung spannt sich von Information, Diagnose, Motivationsarbeit und fachgerechter Verweisung bis zur Behandlung von Folgeerkrankungen und Komorbiditäten. Die Voraussetzung dafür sind Maßnahmen, die den optimalen Umgang mit suchtgefährdeten oder süchtigen Menschen ermöglichen. Dabei geht es nicht darum, Suchtfachleute auszubilden. Vielmehr geht es um die Fähigkeit, Menschen mit einer Suchtproblematik zu erkennen und in angemessener Weise damit umzugehen.

Wege dazu sind Aus- und Weiterbildungen, Bewusstseinsarbeit, gemeinsame Supervision und Intervention sowie Qualitätszirkel. Die spezialisierten Einrichtungen erfüllen dabei die Funktion von Kompetenzzentren. Die Leitlinie 7 der neuen steirischen Suchtpolitik formuliert dies bereits im Grundsatz, und die Umsetzung wurde im BEP-Sucht-St⁴ in der Konzeption von regionalen Suchthilfe-Qualitätszirkeln und Suchthilfekonferenzen konkretisiert (siehe dazu auch den Beitrag von Koinig und Peinhaupt).

Sind die Fachpersonen auf den Umgang mit Suchtkranken vorbereitet, können sie bewusster und gezielter reagieren und so ihre Arbeit effizienter und mit mehr Befriedigung erledigen. Zudem fördert die suchtspezifische Sensibilisierung eine positive und akzeptierende Grundhaltung gegenüber Menschen mit Suchtproblemen und wirkt so einer Diskriminierung entgegen.

Ziel dieser Annäherung sind aber auch konkrete Kooperationsprojekte, die über bloße Überweisungen hinausgehen – etwa in Form fließender Übergänge von spezialisierter Suchthilfe und Regelversorgung, um die Regelversorgung zu entlasten und Betroffene dort abzuholen.

Praxisbeispiele gibt es: b.a.s. hat Erfahrung mit Suchtberatung in psychosozialen Zentren, in der psychiatrischen Facharztpraxis und in Krankenhäusern; Angebote in Primärversorgungszentren sind in Planung. Diese Projekte müssen aber entsprechend institutionalisiert werden und dürfen nicht dem persönlichen Engagement Einzelner überlassen werden. Alle Aspekte der Kooperation – wie wechselseitige Überweisung, Fallführung, Case-Management, Fallbesprechungen usw. – müssen klar und verbindlich geregelt und einem Monitoring unterzogen werden, um kontinuierliche Verbesserungen zu erreichen.



³ Amt der Steiermärkischen Landesregierung, FA88, Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion) (2011) „Die neue steirische Suchtpolitik“. Graz

⁴ Gesundheitsfonds Steiermark (2019): Bedarfs- und Entwicklungsplan zur Versorgung suchtkranker Menschen in der Steiermark

4.4

Konzepte der stationären Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen

Zentrum für Suchtmedizin LKH Graz II, Standort Süd

Die Entwicklung einer Suchterkrankung hat mehrfache Ursachen. Der Verlauf und die Auswirkungen sind vielfältig, abhängig von der Wirkung der Substanz und vor allem von persönlichen und sozialen Bedingungen. Dementsprechend müssen ambulante oder stationäre Angebote für eine Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen breit gefächert sein.

Bezogen auf die Prävalenz von Suchterkrankungen erfolgen suchtspezifische Behandlungen bei ca. 10 % der Betroffenen, im stationären Setting ist der Anteil noch deutlich niedriger.

Zentrale Kriterien für eine stationäre Behandlung sind:

- körperliche Entzugserscheinungen,
- erhebliche psychische und/oder körperliche Komorbiditäten,
- ungesicherte soziale Situationen,
- deutlich reduzierter Allgemeinzustand,
- fremd- bzw. selbstgefährdendes Verhalten,
- psychische und/oder soziale Stabilisierung durch ambulante Behandlung nicht ausreichend gegeben,
- mehrfache chronische, durch Substanzen verursachte Schädigungen,
- Rahmen zur Abstinenzstärkung.

Grundlegende Ziele und die daraus abgeleiteten Maßnahmen reichen von Überlebenssicherung, Schadensminimierung, Gewährleistung eines möglichst gesunden Lebens bis hin zum Erreichen einer zufriedenstellenden Abstinenz, sodass für eine effiziente Suchtbehandlung im stationären Setting vielfältige konvergente Behandlungsstrukturen erforderlich sind.

Das Zentrum für Suchtmedizin (ZSM) im LKH Graz II hat das Behandlungsangebot entsprechend den unterschiedlichen Bedürfnissen und Therapiezielen angepasst. Als wesentliche Ergänzung der stationären Therapien sind auch ambulante Behandlungssettings im ZSM eingerichtet.

Alle therapeutischen Maßnahmen, die von einem multiprofessionellen Team umgesetzt werden, orientieren sich an den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten der PatientInnen, um die subjektive Zufriedenheit sowie die Lebensqualität insgesamt zu erhöhen. Die grundlegende therapeutische Haltung ist geprägt von Wertschätzung und Orientierung an den individuellen Bedürfnislagen der Suchterkrankten. Ein wichtiger Behandlungsfaktor ist zudem, das soziale Umfeld in das therapeutische Geschehen einzubeziehen.



FACHBEITRAG VON

Prim. Dr. Johann Sailer

ist Leiter des Zentrums für Suchtmedizin am LKH Graz II, Standort Süd, und Ärztlicher Leiter der Drogenberatungsstelle des Landes Steiermark.

Akutversorgung und subakute Versorgung: Behandlungsdauer individuell

Die primäre Maßnahme in der Akutversorgung ist die körperliche Entgiftung von Alkoholintoxikationen mit körperlich-neurologischen Ausfallerscheinungen und/oder von Alkoholentzugssymptomen. Ziel ist die Sicherstellung der Vitalfunktionen und die Vermeidung von Komplikationen sowie die Linderung von Entzugerscheinungen. Grundsätzliches Ziel ist die Unterbrechung des Suchtmittelkonsums.

Neben der somatischen Stabilisierung steht die psychosoziale Krisenbewältigung im therapeutischen Fokus, um den PatientInnen die eigenverantwortliche Entscheidungsfähigkeit wieder zu ermöglichen.

In der subakuten Phase liegt der Schwerpunkt darauf, die Handlungsfähigkeit auch mit Belastungserprobungen wiederzuerlangen bzw. zu fördern sowie die psychischen und körperlichen Symptome weiter zu verbessern.

Nach Abklingen der körperlichen Entzugssymptomatik ist ein durchgängiges Ziel in den Akutphasen, zu weiterführenden Behandlungsangeboten (ambulant oder stationär) zu motivieren und diese zu planen.

Qualifizierte Entzugsbehandlung: Behandlungsdauer 3-5 Wochen

Vorrangiges Therapieziel ist die abgestimmte Veränderung des Konsumverhaltens (Alkohol / Medikamente) zur Verbesserung der Lebensqualität. Die Diagnostik und Behandlung der somatischen und psychischen Begleit- und Folgeerkrankungen sowie psychosoziale Interventionen stehen ebenso im Mittelpunkt. Motivationsförderung im Sinne von nachhaltiger Änderungsbereitschaft und Änderungskompetenz ist ein zentrales Thema.

Entwöhnungsbehandlung: Behandlungsdauer 8 Wochen

Basis für eine Entwöhnungsbehandlung (Alkohol, Medikamente, Glücksspiel) ist eine freiwillige Abstinenzentscheidung. Das dreiphasige Therapieprogramm zielt auf Krankheitsbewältigung, Verständnis der individuellen Genese, Aufarbeitung zugrunde liegender Faktoren sowie Förderung individueller Ressourcen zur Rückfallprävention.

Behandlung chronisch mehrfach geschädigter abhängiger Personen: Behandlungsdauer bis 8 Wochen

Personen mit langjährigem chronischem Suchtmittelmissbrauch bedürfen spezifischer Stabilisierungsmaßnahmen im Sinne der harm reduction. Vorrangiges Ziel ist es, längere Abstinenzphasen in einem beschützenden Umfeld zu ermöglichen, die selbstständige Lebensführung zu erhalten und Krankenhausaufenthalte zu verringern.

Längerfristige, weiter reichende suchtspezifische Behandlungsmöglichkeiten im Lebensumfeld der Betroffenen sind unabdingbar, sodass bereits während des stationären Aufenthaltes in der postakuten Phase die Kontaktaufnahme zu regionalen Hilfsangeboten massiv gefördert wird.

Spezialambulanz

Im Rahmen der Spezialambulanz wird geklärt, welche Behandlungsform sich am besten für ein stationäres Angebot, für ambulante Alkoholentzüge und für medikamentöse Therapieansätze bei Benzodiazepin- und Schmerzmittelabhängigkeit eignet, und es werden Termine vereinbart.

Substitutionsambulanz

In der Substitutionsambulanz werden Patientinnen und Patienten mit Bedarf an Opioid-Substitutionstherapie behandelt. Dieses Behandlungsangebot ist besonders für Menschen mit psychiatrischen Begleiterkrankungen in Phasen psychischer und psychosozialer Instabilität und für Menschen mit risikoreichem Substanzkonsum eingerichtet.

Tagesklinik (in Planung für 2021)

Die teilstationäre Anschlussbehandlung soll insbesondere für Menschen mit ausgeprägten Komorbiditäten angeboten werden, damit sie ihre therapeutischen Ziele alltagsnäher stabilisieren können.

4.4.1



Sascha Lang, BA,
ist als Sozialarbeiter in der Therapiestation
und Ambulanz für Drogenkranke „Walkabout“
des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder tätig.

Therapieerfolge in die Lebenswelten der PatientInnen übertragen

Das anvisierte Ziel, Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen und Begleit- und Folgeerkrankungen adäquat zu begleiten, wird an der Therapiestation für Drogenkranke „Walkabout“ durch zwei Versorgungseinheiten – ambulant und stationär – erreicht. Prozessuale Diagnostik findet ambulant mithilfe interdisziplinärer Teams statt und mündet in einen individuellen Behandlungsplan. Hierbei reicht das Spektrum von niederschweligen, konsumbegleitenden ambulanten Selbstkontroll-Programmen, wie z. B. KISS (Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum), bis hin zu abstinenzgestützten stationären Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen mit anschließender ambulanter Nachsorge.

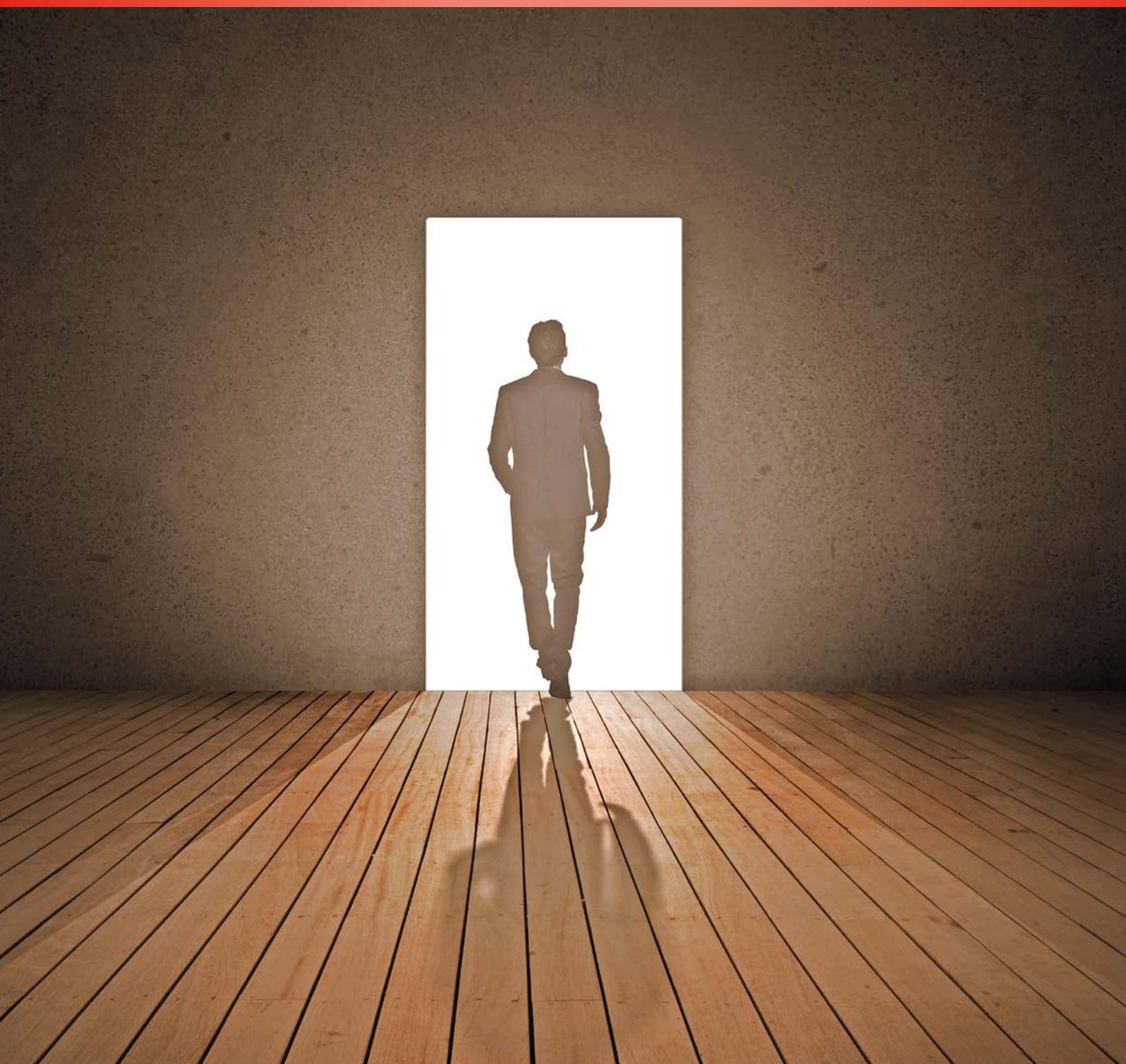
Die klassische konzeptionelle Logik des stationären Therapiekonzeptes basiert auf einem multi-kausalen Suchtverständnis und besteht aus einer normalisierenden und tagesstrukturierenden Abfolge von Angeboten. Deren Spannweite reicht von fachärztlicher Behandlung bis hin zu soziotherapeutischen Interventionen. Legt man den Fokus auf das Erfolgskriterium „In-treatment“, so kann beobachtet werden, dass Transfers zwischen unterschiedlichen Behandlungssettings (intra- bzw. extramural) die Gefahr von Drop-outs bergen. Therapeutische Prozesse verebben nach der stationären Entlassung oft, da sich die Gewichtung der Problembewältigung hin zu lebensweltlich orientierten Themen ändert: Tagesstrukturierung, soziale Interaktion, Wohnraumschaffung, Wohnraumerhaltung, Wohnraumsicherung/Existenzsicherung. Themen, die im stationären Setting bis zur Entlassung als selbstverständlich wahrgenommen wurden, beanspruchen nun unmittelbar nahezu jegliche Ressourcen.

Die Kluft zwischen Versorgtwerden und dem Grad der Selbstständigkeit ist so individuell wie der daraus resultierende Betreuungsbedarf. Nicht zuletzt, weil das Leben mit psychiatrischen Erkrankungen oft mit unstemem und von drohender Obdachlosigkeit geprägtem Lebensstil einhergeht, bedarf es adäquater Angebote der Suchthilfe für Wohnungslose inkl. eines Schwellenmanagements. Die derzeitige Situation bedeutet für Suchtkranke den systematischen Ausschluss aus ebendiesen Angeboten. Denn Suchterkrankungen sind konzeptionell Ausschlussgründe in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, aber vor allem für die Regelfinanzierung von z. B. mobiler sozialpsychiatrischer Hilfe und betreuten Wohnformen. Diese Angebote sind jedoch essenziell, um der Komplexität von Suchterkrankungen gerecht zu werden und die Behandlungskontinuität zu erhöhen. Therapieerfolge müssen in die Lebenswelten der PatientInnen übertragen werden können.



5.

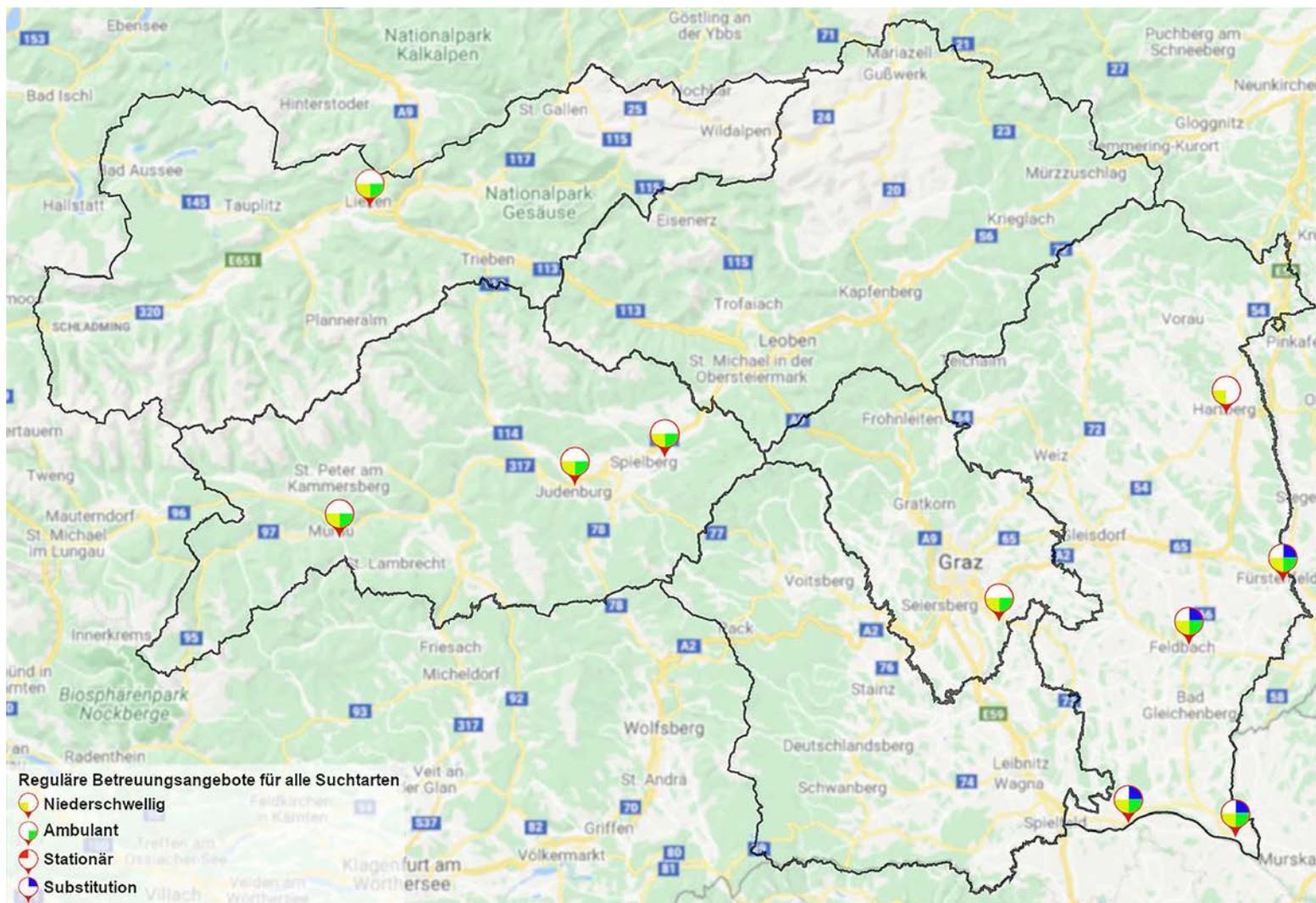
Psychosoziale Versorgung bei Suchterkrankungen



Daten und Fakten: Angebote der psychosozialen Versorgung in der Steiermark und ihre Relevanz für Menschen mit Suchterkrankungen

Die psychosozialen Dienste in den Versorgungsregionen 61 (G, GU), 62 (LI), 64 (HF, SO, WZ) und 66 (MU, MT) sind gleichzeitig Suchthilfeeinrichtungen nach § 15 SMG und führen entsprechende gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Suchtgiftmissbrauch durch (vgl. Kap. 3.2).

Einrichtungen der psychosozialen Dienste in der Steiermark, die auch Einrichtungen nach §15 SMG sind; Datenextraktion: Suchtkoordination Steiermark; Bearbeitung und Darstellung erfolgte durch die EPIG GmbH.



Alle anderen psychosozialen Dienste, die keine Einrichtungen nach § 15 SMG sind, betreuen Menschen mit Suchterkrankungen, sofern die Suchterkrankung nicht der Betreuungsschwerpunkt ist. Steht jedoch die Suchterkrankung im Vordergrund, überweisen diese psychosozialen Einrichtungen an spezifische Suchthilfeeinrichtungen.

In diesem Kapitel werden nach dem Beitrag der steirischen Psychiatriekoordinatorin die suchtspezifischen Angebote der gemeinnützigen GmbH Psychosoziale Netzwerke (PSN) und der psychosozialen Dienste (PSD) des Hilfswerks Steiermark kurz dargestellt. Das Kapitel schließt mit einer Beschreibung des interdisziplinären Netzwerks für die Behandlung der Glücksspielsucht.

5.2

Psychosoziale Versorgung und Sucht

Die Rolle der psychosozialen Dienste und deren Aufgabe in der Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen – eine Entwicklung weg vom Getrennten hin zum Dialog



FACHBEITRAG VON

DDr. Susanna Krainz*ist Psychiatriekoordinatorin
der Steiermark.*

Das erste steirische Psychiatriekonzept (1998) wurde von Fachleuten im Sinne des zu diesem Zeitpunkt im Vordergrund stehenden Versorgungsgedankens formuliert. Das vorrangige Ziel war es, Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen, welche aus den großen, stationären Anstalten enthospitalisiert wurden, eine gemeindenahe, biopsychosoziale Versorgung zu ermöglichen. Trotz Krankheit sollte eine weitestgehend selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung möglich sein.

In diesem ersten Konzept wurden die für eine moderne sozialpsychiatrische Versorgung unverzichtbaren Prinzipien der Gemeindennähe und Regionalisierung von Betreuungsangeboten sowie der PatientInnenbetreuung in den Fokus gerückt. Dazu gehört auch, die Lebensnormalität unter Bedachtnahme der individuellen Bedürfnisse der PatientInnen in ihren wiedergewonnenen Lebensrealitäten wiederherzustellen – allesamt Forderungen der Psychiatrieenquete.

Mit der Einrichtung der steirischen Psychiatriekoordinationsstelle im Jahr 2000 wurden diese Paradigmen um wichtige Aspekte erweitert. Die Sichtweise der WHO-Definition, wonach Gesundsein nicht nur die Abwesenheit von Krankheit bedeutet, sondern einer ganzheitlichen Betrachtung des Menschen zufolge auch das körperliche, psychische und soziale Wohlergehen umfasst, sollte auch zur (Be-)Handlungsgrundlage der Sozialpsychiatrie werden.

In der Versorgungspraxis der psychosozialen Einrichtungen gilt seither, der Komplexität von Krankheitsprozessen (psychiatrisch/somatisch/suchtspezifisch) sowie den Interaktionen zwischen den Krankheits- bzw. Behandlungsprozessen und den Individuen gleichermaßen Rechnung zu tragen.

Multiprofessionelle Teams sind eine zwingend erforderliche Antwort auf diese ganzheitliche Sichtweise. Zudem wurde das Aufgabenszenario 2004 erweitert: Psychosoziale Beratungsstellen durften nicht länger nur chronisch psychisch Kranken dienen, sondern wurden zur Erstanlaufstelle für alle Menschen in psychischen Krisen und mit psychosozialen Problemen.

In zahlreichen Fällen ist Suchtverhalten ein Begleiter der psychosozialen Problemstellung; vielleicht sogar ihr Beginn? Dieses Henne-Ei-Spiel durfte nicht länger die Behandlung und Betreuung auf Kosten der KlientInnen beeinträchtigen. Die Psychiatrieplanung reagierte 2010/11 in ihren Versorgungsplanungen sowie im Rahmen der Qualitätsstandards für psychosoziale Beratungsstellen: Eine Suchtproblematik als Kontraindikation für die Behandlung und Betreuung in psychosozialen Beratungsstellen wurde ausgeschlossen.

Und auch transkulturelle Fragen bekamen einen immer höheren Stellenwert; es wurde notwendig, in den sozialpsychiatrischen Teams interkulturelle Basiskompetenzen aufzubauen – ergänzt um spezifisches (Hintergrund-)Wissen bei Anbietern mit themenbezogener Expertise.

Das von der steirischen Psychiatrieplanung gesetzte Paradigma, psychosoziale Beratungsstellen als Anlaufstellen für alle Menschen mit seelischen Krisen zu gestalten, wird aktuell durch ein weiteres, die ganzheitliche Sichtweise erhaltendes Signal unterstützt: Die derzeit entstehenden Gesundheitszentren (Primärversorgungseinheiten) werden als Erstanlaufstellen für Menschen mit gesundheitlichen Problemen jeweils um kleine Kapazitäten psychosozialer Versorgung ergänzt.

PatientInnen wenden sich häufig mit körperlichen Symptomen, deren Auslöser aber unter Umständen ein psychisches/suchtspezifisches Problem ist, an AllgemeinmedizinerInnen. Symptome dienen als Hinweis. Ein gut vernetzter, integrativer Umgang zwischen AllgemeinmedizinerInnen, psychosozialen Fachkräften sowie SuchtexpertInnen soll in der Folge die erforderliche umfassende, therapierelevante sowie mehrdimensionale Diagnostik garantieren, die in ganzheitlichem Sinne erforderlich ist. Ein solches Vorgehen ist für die PatientInnen effektiv, für das Versorgungssystem ökonomischer und für alle involvierten Fachkräfte erfüllender.

Mit Beginn dieser Dekade sind Sucht- und Psychiatriekoordination im Gesundheitsfonds Steiermark „unter ein Dach“ gerückt. Für die nahe Zukunft ist es unser Ansinnen, auch die psychiatrie- und suchtspezifischen Versorgungsstrukturen, nicht zuletzt räumlich, zueinanderzuführen, sodass die gute Zusammenarbeit unterstützt und die Vernetzung spezifizierter Einheiten optimiert werden können. Die dahinterstehende Botschaft, Menschen in ihrer Ganzheitlichkeit zu betrachten und zu betreuen, erreicht auf diese Weise in plausibler Form unsere KlientInnen: Es gilt nicht nur das Problem zu betrachten, mit dem jemand in unsere Einrichtungen kommt, sondern den ganzen von der Krankheit betroffenen bzw. mit Problemen konfrontierten Menschen. Nicht minder wichtig ist es, nicht nur die Krankheit/das Problem/die Defizite, sondern im Sinne des Recovery-Gedankens bei der Behandlungsplanung auch all seine Ressourcen gleichermaßen zu berücksichtigen.

In den psychosozialen Versorgungsstrukturen mit ihren multiprofessionellen Teams aus ÄrztInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und SozialarbeiterInnen sowie einem biopsychosozialen Zugang wird diese ressourcenorientierte Behandlung und Betreuung konsequent umgesetzt.

In der Rollendefinition der psychosozialen Dienste erleben wir in der Versorgung von Menschen mit psychischen sowie suchtspezifischen Problemen eine Bestätigung des ganzheitlichen biopsychosozialen Paradigmas der WHO und der daran anknüpfenden, auf das Individuum bezogenen und an Ressourcen orientierten ganzheitlichen Arbeitsweise.

Was wir in nächster Zukunft jedoch noch dringlich bewerkstelligen müssen, ist, die Nahtstellen zwischen den medizinischen, therapeutischen, psychosozialen, rehabilitativen und integrativen Konzepten bzw. spezifischen Strukturen so zu gestalten, dass dieser ganzheitliche und umfassende Ansatz beim bzw. bei der einzelnen Hilfesuchenden auch tatsächlich ankommt.

5.2.1



Mag. Michael Truschnig

ist als Co-Geschäftsführer für die inhaltlich-fachliche Ausrichtung der PSN Psychosoziales Netzwerk GmbH und der Sera Soziale Dienste GmbH zuständig.

Zur Kooperation der Sucht- und Drogenberatung mit den psychosozialen Beratungsstellen im Oberen Murtal und in Liezen

Seit Jahren besteht in den psychosozialen Beratungsstellen Judenburg, Knittelfeld und Murau eine enge Verschränkung ihrer Angebote mit denen der Sucht- und Drogenberatung. Im Alltag des sozialpsychiatrischen Handelns äußert sich diese Kooperation in Form von unkomplizierten wechselseitigen Zuweisungsprozessen, im Bedarfsfall gemeinsamen Fallbesprechungen und gelebter Multi-professionalität von Sozialarbeit, Psychotherapie und klinisch-psychologischer Diagnostik bzw. Behandlung.

In Liezen konnte dieses Konzept der Kooperation durch die Integration der Sucht- und Drogenberatung in die psychosoziale Beratungsstelle per 1.1.2020 weiter ausgebaut werden. Mit der „Aufsuchenden Suchtarbeit und niederschweligen psychosozialen Arbeit“ ASPA gibt es im Bezirk Liezen nun ein vorgeschaltetes Angebot zu den höherschwelligen ambulanten Beratungs- und Behandlungsangeboten des psychosozialen Dienstes und der Sucht- und Drogenberatungsstelle.

Durch die ASPA werden Menschen erreicht, denen es aufgrund ihrer psychosozialen und/oder suchtbedingten Einschränkung nicht möglich ist, die Beratungsstelle aufzusuchen. ASPA ist das erste Glied der psychosozialen Angebotskette und versteht sich als Brücke zu anderen, spezifischen und daher höherschwelligen psychosozialen Angeboten. Für die Inanspruchnahme der Leistungen der ASPA sind keinerlei Voraussetzungen gegeben außer dem Vorliegen eines biopsychosozialen Beschwerdebildes und eines Mindestmaßes an deklarerter Unterstützungsbedürftigkeit und Compliance. Es bedarf weder einer ICD-10-Diagnose noch einer behördlichen Leistungszuerkennung.

Das Konzept von ASPA ermöglicht es, Menschen in deren Lebenswelten zu begegnen und dadurch, ganz im Sinne eines personenzentrierten Ansatzes, genügend Zeit für Abklärungsprozesse als ersten Schritt einer bedürfnis- und bedarfsgerechten Unterstützung zu investieren und gleichzeitig Menschen über Angebote zu informieren, sie zu motivieren, ja sogar sie zur Nutzung von spezifischen Unterstützungsangeboten zu begleiten.

INFOBOX

Die „Plattform Psyche“ ist die Koordinationsstelle für alle Einrichtungen, die Menschen mit psychischen Problemen betreuen. Auf der Website der Plattform Psyche sind sämtliche psychosozialen Beratungseinrichtungen nach Regionen aufgelistet.

www.plattformpsyche.at/themen/beratung-behandlung-betreuung



5.2.2



Mag. Andrea Descovich

leitet den Fachbereich der Psychosozialen Dienste in der Hilfswerk Steiermark GmbH.

PSD Hilfswerk Steiermark – Psychosozialer Dienst und Suchtberatung in einer Einrichtung

In enger Kooperation der psychosozialen Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen werden Menschen mit psychischen Erkrankungen, psychosozialen Problemen und Abhängigkeits- und Suchterkrankungen behandelt, beraten und betreut. Gerade im ländlichen Raum ist es wichtig, Menschen mit allen psychiatrischen Erkrankungen und Diagnosen aufgrund des niederschweligen Zugangs zur Einrichtung versorgen zu können.

Seit Gründung der psychosozialen Einrichtungen des Hilfswerks Steiermark 1992 wurden auch Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen beraten, betreut und behandelt. Im Jahr 2000 wurden die psychosozialen Beratungsstellen der Hilfswerk Steiermark GmbH als sogenannte § 15-SMG-Einrichtungen anerkannt. Als Suchtberatungseinrichtungen gefördert, können innerhalb der psychosozialen Beratungsstellen spezielle Drogenberatungen angeboten werden. Somit ist es zu einer Kompetenzerweiterung der Beratungsstellen gekommen. Diese „Verschränkung“ der Versorgung hat sich gerade im ländlichen Gebiet als Vorteil herausgestellt.

Die psychosozialen Beratungsstellen und Drogenberatungsstellen arbeiten in Form von persönlichen Kontakten an der Beratungsstelle, aufsuchend und nachgehend.

Welchen Vorteil bringt diese enge Verschränkung der Einrichtungen?

- Die **Öffnungszeiten und Journaldienstzeiten** der psychosozialen Beratungsstellen werden auch für Kontaktaufnahme zur Suchtberatungsstelle genutzt. Somit bieten wir Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen bessere Erreichbarkeitszeiten als über die Drogenberatungsstelle allein.
- Der **Zugang zur Einrichtung ist niederschwellig** und für Suchterkrankte weniger stigmatisierend.
- Die Klientinnen und Klienten profitieren in der Beratung und Behandlung von der **Multiprofessionalität** beider Einrichtungen.
- **Casemanagement:** In der Suchthilfe gehört die Arbeit mit Casemanagement-Methoden zum Standard. Psychosoziale Beratungsstelle und Suchthilfe übernehmen in der Beratung koordinierende Funktionen mit dem Ziel, die Zusammenarbeit zwischen den Diensten so zu organisieren, dass sie am konkreten Unterstützungsbedarf der betroffenen Person ausgerichtet und die Person direkt beteiligt ist.
- **Sucht und Komorbidität:** Ein großer Teil suchtkranker Menschen leidet unter zusätzlichen psychischen Erkrankungen. So hat sich auch die enge Zusammenarbeit mit den psychosozialen Beratungsstellen stets bestens bewährt.
- **Sozialpsychiatrischer Dienst:** FachärztInnen vor Ort bieten eigene Behandlungszeiten für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen an. Somit können Abhängigkeitserkrankte auch fachärztlich abgeklärt und behandelt werden.

5.2.3



Dr. Monika Lierzer
 leitet die Fachstelle
 Glücksspielsucht Steiermark.

Existenzsicherungsberatung als bedeutender Baustein in der Behandlung der Glücksspielsucht

Die Glücksspielsucht als stoffungebundene Suchtform teilt viele Merkmale mit anderen Abhängigkeitserkrankungen. Jedoch zeigen sich bei den Betroffenen wenig sichtbare Veränderungen, die eine Entwicklung einer Glücksspielsucht frühzeitig erkennen lassen, und problematische GlücksspielerInnen versuchen häufig, ihr Spielverhalten geheim zu halten. Starke Schuld- und Schamgefühle und finanzieller Druck treiben das Spielverhalten weiter an, und so kann sich das Glücksspielen zum zentralen Lebensinhalt entwickeln. Wenn die Hoffnung auf den großen Gewinn als Lösungsstrategie aufgegeben wird und hohe psychische oder familiäre Belastungen entstanden sind, steigt die Bereitschaft der Betroffenen, Hilfe anzunehmen. Unmittelbar spürbare Auswirkungen der Glücksspielsucht sind neben Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit – wie Versagensgefühle, Depressionen, Persönlichkeitsveränderungen und erhöhtes Suizidrisiko – zumeist existenzielle Bedrohungen aufgrund einer erheblichen Verschuldung.

Die multiplen Behandlungsstrategien sind gemäß den jeweiligen Bedürfnislagen individuell zu gestalten, die Beschäftigung mit dem Thema Geld und Schulden ist aber ein zentrales Therapieelement.

Die Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark koordiniert ein interdisziplinäres Netzwerk für die Behandlung der Glücksspielsucht. In Kooperation mit der Schuldnerberatung Steiermark hat sie das Angebot der Existenzsicherungsberatung entwickelt – mit dem Ziel, Betroffenen und Angehörigen eine rasche Lösung der wirtschaftlichen Krisensituation zu ermöglichen, die durch hohe Schulden verursacht wird. Mittels Zuweisung durch eine Suchtbehandlerin und einer verbindlichen Vereinbarung für die Glücksspielerin oder den Glücksspieler werden durch die Existenzsicherungsberatung unterstützende Maßnahmen zur Entwicklung positiver wirtschaftlicher Perspektiven mit den Betroffenen erarbeitet. Evaluationen belegen einen positiven Einfluss auf das Spielverlangen und damit einhergehend eine Reduktion von Rückfällen und Therapieabbrüchen.

Existenzsicherungsberatung ist essenziell, um suchttypische Themen im Behandlungsprozess früher zu beleuchten und die therapeutischen Maßnahmen zur Auseinandersetzung mit dem Suchtgeschehen und der Selbstwertproblematik besser zu nutzen.

INFOBOX

Die Behandlung pathologischer GlücksspielerInnen erfordert wegen der Komplexität der Problemstellungen ein funktionierendes und interdisziplinär kooperierendes Netzwerk. Die Hauptaufgabe der Fachstelle besteht daher in einer effizienten Vernetzung der Beratungs- und Behandlungseinrichtungen und KooperationspartnerInnen.

www.fachstelle-gluecksspielsucht.at

6

■ Wenn Medikamente süchtig machen



Daten und Fakten: Medikamentensucht

Medikamentensucht ist in allen Altersstufen zu finden, Frauen sind davon häufiger betroffen als Männer, wie folgende Daten belegen:

- 10 % der österreichischen Schülerinnen und Schüler der 9. und 10. Schulstufe gaben in einer repräsentativen Befragung 2015 an, schon jemals verschreibungspflichtige Schlaf- oder Beruhigungsmittel eingenommen zu haben. 5 % gaben Erfahrung mit Mitteln an, die nicht verschreibungspflichtig sind.¹ Dieselbe Befragung wurde auch auf Ebene des Bundeslandes Steiermark ausgewertet: Insgesamt haben 11 % der steirischen Schülerinnen und Schüler schon mindestens einmal im Leben verschreibungspflichtige Schlaf- oder Beruhigungsmittel eingenommen, nämlich 13 % der Mädchen und 10 % der Burschen.²
- Etwa jede vierte Frau (23 %) und jeder fünfte Mann (18 %) berichtet in einer Repräsentativerhebung der erwachsenen österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren aus dem Jahr 2016, im Laufe des Lebens verschreibungspflichtige Schlaf- oder Beruhigungsmittel genommen zu haben.³
- Eine Auswertung von Daten der steirischen Versicherungen zeigte für die Steiermark, dass Frauen ab einem Alter von etwa 60 Jahren in höherem Ausmaß Benzodiazepine verschrieben bekommen haben als Männer und ab einem Alter von etwa 70 Jahren in einem höheren Ausmaß als Männer wegen Medikamentensucht in Behandlung sind.⁴

Medikamente werden dann eingenommen bzw. verschrieben, wenn es medizinische oder subjektiv erlebte Symptome indizieren. Daher nimmt die Lebenszeitprävalenz mit steigendem Alter zu. 3 % der befragten Erwachsenen berichteten einen täglichen Konsum in den letzten 30 Tagen, die Anzahl steigt mit höherem Alter.⁵

Die Bezugsquelle für verschreibungspflichtige Schlaf- und Beruhigungsmittel ist in knapp 9 von 10 Fällen der Arzt oder die Ärztin.⁶

Benzodiazepine und benzodiazepinähnliche Stoffe werden vor allem von Hausärztinnen und Hausärzten verschrieben, denen eine zentrale Rolle in der Behandlung mit und Aufklärung von Patientinnen und Patienten mit Psychopharmaka zukommt.⁷

Im Suchtbericht für die Steiermark werden bewusstseinsbildende bzw. unterstützende Maßnahmen hinsichtlich der Verschreibung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln vor allem im niedergelassenen Bereich empfohlen.⁸ Die Ausarbeitung konsensueller Empfehlungen in Bezug auf die Verordnung von Benzodiazepinen im allgemeinmedizinischen Bereich wird angeregt.

Im vorliegenden Kapitel geht Hans Haltmayer auf unterschiedliche Formen der Medikamentenabhängigkeit ein. Isabella Bauer-Rupp gibt aus Sicht des Medizinischen Dienstes Steiermark der Österreichischen Gesundheitskasse ein Statement zur Medikamentensucht ab. Nicole Kronberger und Simone Seyringer von der Johannes-Kepler-Universität Linz beschäftigen sich in ihrem Beitrag mit dem Thema Neuro-Enhancement.

1 Gesundheit Österreich GmbH (Hg.) (2016a): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015, Band 1: Forschungsbericht, S. 48

2 Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (Hg.) (2017): Suchtbericht Steiermark 2017. Wien, S. 51

3 Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015. S. 58

4 Suchtbericht Steiermark 2017. S. 80

5 Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015. S. 59

6 Ebda.

7 Ebda., S. 56

8 Suchtbericht Steiermark 2017. Wien, S. 183

6.2

Medikamentenabhängigkeit



FACHBEITRAG VON

Dr. Hans Haltmayer

ist Ärztlicher Leiter der Suchthilfe Wien gGmbH, des Ambulatoriums Suchthilfe Wien sowie des Regionalen Kompetenzzentrums im Netzwerk „Alkohol. Leben können“.

Im Hinblick auf die Abhängigkeit von verschreibungspflichtigen Medikamenten liegen deutlich weniger epidemiologische Daten vor als bei Alkoholabhängigkeit oder illegalen Drogen. Nach den Schätzungen des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sind rund 140.000 Personen in Österreich von Beruhigungs- bzw. Schlafmitteln abhängig. Insgesamt geht man von bis zu 190.000 Menschen aus, die Medikamente missbräuchlich verwenden oder eine Abhängigkeit davon entwickelt haben. Generell sind Frauen und ältere Menschen überdurchschnittlich oft von Medikamentenabhängigkeit betroffen.

Substanzen und Abhängigkeitspotenzial

An der Spitze der Substanzgruppen mit dem höchsten Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitsrisiko stehen Benzodiazepine. Sie finden überwiegend als Beruhigungs- und Schlafmittel Anwendung und werden ob ihrer guten und rasch einsetzenden Wirkung häufig verschrieben. Auch die sogenannten „Z-Drugs“ (Zolpidem u. a.), die ursprünglich als harmlose Schlafmittel angesehen wurden, haben ein nicht unbeträchtliches Risikopotenzial. Neben einem angstlösenden und schlafanstoßenden Effekt können sie auch eine euphorisierende Wirkung entfalten.

Neben den Psychopharmaka bilden die verschiedenen Schmerzmittel eine weitere große Gruppe an Medikamenten mit Risikopotenzial, wobei hier die Opioid-Analgetika hervorzuheben sind. Sie stellen dann ein Risiko dar, wenn sie leichtfertig oder nicht in der entsprechenden Indikation verordnet werden, beispielsweise bei akuten nicht tumorbedingten Schmerzzuständen. Bei richtiger Anwendung entwickelt sich zwar eine Toleranz, was eine Dosissteigerung und ein schrittweises Abdosieren bei Therapieende zur Folge hat, das Abhängigkeitsrisiko ist dann jedoch als sehr gering einzuschätzen.

Ärztliche Verordnung

Bei der missbräuchlichen Verwendung und Entwicklung einer Abhängigkeit von verschreibungspflichtigen Medikamenten spielt auch das ärztliche Verschreibungsverhalten eine wesentliche Rolle. Nicht selten sind die Ursachen für eine Abhängigkeit auf ein nicht ausreichendes Problembewusstsein hinsichtlich der Verschreibung und des Gebrauchs von Medikamenten zurückzuführen. Der verantwortungsvolle Umgang vor allem mit Benzodiazepinen, die – wenn falsch eingesetzt – ein hohes Abhängigkeitspotenzial bergen, erfordert eine strenge Indikationsstellung und die richtige Wahl hinsichtlich Dosis und Anwendungsdauer.

Benzodiazepine

Benzodiazepine sind die weltweit mit Abstand am häufigsten verordneten Schlaf- und Beruhigungsmittel und stellen die am häufigsten missbräuchlich verwendeten Psychopharmaka dar. Schätzungen zufolge sind bis zu 80 % der Medikamentenabhängigen von Benzodiazepinen abhängig. Benzodiazepine wirken rasch und effektiv bei der Behandlung von Unruhe, Angst und Schlafstörungen. Diese positiven Wirkungen verleiten zur Dauereinnahme und führen zu einer raschen Gewöhnung und ausgeprägten Entzugserscheinungen beim Absetzen. Auch der ausschließliche Einsatz zur Symptomlinderung, ohne auf die bestehende Grundproblematik diagnostisch und therapeutisch einzugehen, fördert das Entstehen einer Abhängigkeitserkrankung.

Benzodiazepine werden generell nicht zu häufig, sondern oft zu lange verordnet. Der Langzeitkonsum führt zu Wirkungsverlust oder auch zu einer Wirkumkehr. Auch stellen sich kognitive Störungen ein, und das Sturzrisiko ist vor allem bei älteren Personen deutlich erhöht. Das Absetzen von Benzodiazepinen kann zu schweren, über Wochen andauernden Entzugssymptomen führen, ein Entzug sollte daher nur unter ärztlicher Aufsicht erfolgen. Sehr häufig besteht bei der Benzodiazepinabhängigkeit eine sogenannte Niedrigdosis-Abhängigkeit. Hierbei werden nur geringe Dosen, oft ohne Dosissteigerung, über einen längeren Zeitraum genommen, ihr Absetzen führt jedoch zu Entzugssymptomen. Eine Hochdosisabhängigkeit tritt seltener auf, meist bei Mehrfachabhängigkeit.

Therapie

Die Behandlung der Medikamentenabhängigkeit orientiert sich an den allgemeinen Grundsätzen der Suchttherapie. Durch den Umstand der meist unbemerkten und einigermaßen gut in den Alltag integrierten Medikamenteneinnahme erfolgt die Entscheidung zur Therapie oft spät, meist erst nach einigen Jahren der Abhängigkeit. Dabei sind die Therapieerfolge besser als bei der Abhängigkeit von Alkohol und illegalen Drogen. Daran ändern auch die im Rahmen der Entwöhnung auftretenden Beschwerden wie Depression, Unruhezustände, Schlafstörungen und Angstzustände nichts.

Es zahlt sich daher in jedem Fall aus, eine Therapie der Medikamentenabhängigkeit in Angriff zu nehmen, wobei in höherem Alter und niedriger Dosierung die Vor- und Nachteile gut gegeneinander abgewogen werden sollten.

Prävention

Medikamente mit einem Abhängigkeitspotenzial wie Opioid-Analgetika und insbesondere Benzodiazepine sind hochwirksame Medikamente. Ihr Einsatz erfordert eine strenge Indikationsstellung sowie die Wahl der niedrigsten notwendigen Dosis und der kürzesten möglichen Anwendungsdauer. Finden diese Grundsätze keine Berücksichtigung, kann sich innerhalb weniger Wochen eine Abhängigkeit entwickeln. In den meisten Fällen geht der Abhängigkeit eine längere Phase der ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen voraus. Generell bergen Medikamente, deren Wirkung sehr rasch einsetzt und nur kurz dauert, ein höheres Abhängigkeitspotenzial als Wirkstoffe, die verzögert freigesetzt werden und einen gleichmäßigeren Wirkverlauf haben – sogenannte Retard-Präparate. Eine wiederholte Sensibilisierung der ÄrztInnen-schaft und der Gesamtbevölkerung – hier spielen Apotheken eine wichtige Rolle – hinsichtlich des Risikos einer längerdauernden Einnahme von Schmerzmitteln oder Schlaf- und Beruhigungsmitteln kann einen wichtigen Beitrag zur Reduktion von Missbrauchs- und Abhängigkeitsgeschehen leisten.

6.2.1



Mag. Dr. Isabella Bauer-Rupp
arbeitet in der Österreichischen
Gesundheitskasse im Medizinischen
Dienst Steiermark.

Medikamentenabhängigkeit, eine Herausforderung

Die Medikamentenabhängigkeit gehört zu den Suchtformen, die am schwersten zu erkennen sind, da der Konsum meist im Verborgenen stattfindet. Da sich diese Suchterkrankung sehr häufig im Niedrigdosisbereich manifestiert, werden Betroffene in epidemiologischen Untersuchungen kaum erfasst. Die Ursachen für die Entstehung einer Medikamentenabhängigkeit sind vielfältig und oft multifaktoriell. Verordnungen von Schmerz-, Beruhigungs- oder Schlafmitteln können bei fehlender Kontrolle oder inadäquater Handhabung Wegbereiter für eine Sucht sein. Teilweise werden die konsumierten Medikamente direkt ohne Rezept in der Apotheke besorgt und immer häufiger auch über Online-Apotheken bezogen.

Die Herausforderung im Bereich der Medikamentenabhängigkeit liegt darin, die betroffenen Personen zu identifizieren. Das geschieht vorrangig im Rahmen von ärztlichen Gesprächen, kann aber auch durch die E-Medikation, also in Apotheken, erfolgen.

Eine Ausweitung der Beratungsangebote bezüglich problematischer Selbstmedikation ist in den Sucht- und psychosozialen Beratungsstellen aufgrund der dort vorhandenen Expertise jedenfalls zu befürworten.

6.3

Selbstoptimierung durch Neuro-Enhancement?



FACHBEITRAG VON

Assoz. Prof. Dr. Nicole Kronberger

ist Leiterin der Abteilung Sozialpsychologie, Personalentwicklung und Erwachsenenbildung der Johannes-Kepler-Universität Linz.

Mag. Simone Seyringer, MAS,

ist Projektmitarbeiterin und Dissertantin an der Abteilung Sozialpsychologie, Personalentwicklung und Erwachsenenbildung der Johannes-Kepler-Universität Linz.

Neuro-Enhancement oder kognitives Enhancement ist ein Sammelbegriff für verschiedene Methoden, die zur Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit genutzt werden. Darunter fallen verschreibungspflichtige Medikamente, Substanzen und medizinische Geräte, welche die Wachheit, Konzentration und Aufmerksamkeit erhöhen sollen.

Das Thema erfährt deshalb Aufmerksamkeit, weil dabei nicht auf eine Behandlung von Krankheiten abgezielt wird, sondern weil gesunde Menschen ohne medizinische Indikation auf diese Methoden zurückgreifen. Der Wunsch nach kognitiver Leistungssteigerung ist nicht neu, und im Alltag ist der Konsum von Kaffee, Energy-Drinks oder Nikotin weit verbreitet, um z. B. länger wach zu bleiben und arbeiten zu können. Beim pharmakologischen kognitiven Enhancement setzen jedoch Gesunde – in gewisser Weise illegal – verschreibungspflichtige Medikamente oder Substanzen ein, um die kognitive Leistungsfähigkeit über das „normale“ Maß hinaus zu steigern (En-

hancement). Im öffentlichen Diskurs werden die Substanzen auch „smart pills“ oder „Gehirndoping“ genannt. Dieser instrumentelle Einsatz unterscheidet das Neuro-Enhancement von anderen Arten des Substanzgebrauchs.

Die britische Tageszeitung „The Guardian“ charakterisierte die Entwicklung einmal so: „Students used to take drugs to get high. Now they take them to get higher grades.“¹ Relevanz erhält das Phänomen Neuro-Enhancement in der Diskussion um Selbstoptimierung in einer Leistungsgesellschaft. Dabei kann Neuro-Enhancement lustvolles Experimentieren mit der eigenen Leistungsfähigkeit bedeuten; häufiger aber scheinen Individuen, die unter Druck stehen, zu versuchen, durch Substanzgebrauch den an sie gestellten Leistungsanforderungen gerecht zu werden.²

Verwendete Substanzen

Substanzen, die beim pharmakologischen kognitiven Enhancement zum Einsatz kommen, sind vor allem Methylphenidat (Ritalin), Modafinil, Antidementiva oder Betablocker. Manchmal werden auch Substanzen wie Amphetamine, Kokain oder Cannabis berücksichtigt, wenn sie zum Zweck der Leistungssteigerung konsumiert werden.

¹ <https://www.theguardian.com/society/2015/feb/15/students-smart-drugs-higher-grades-adderall-modafinil> – abgerufen am 30.07.2020

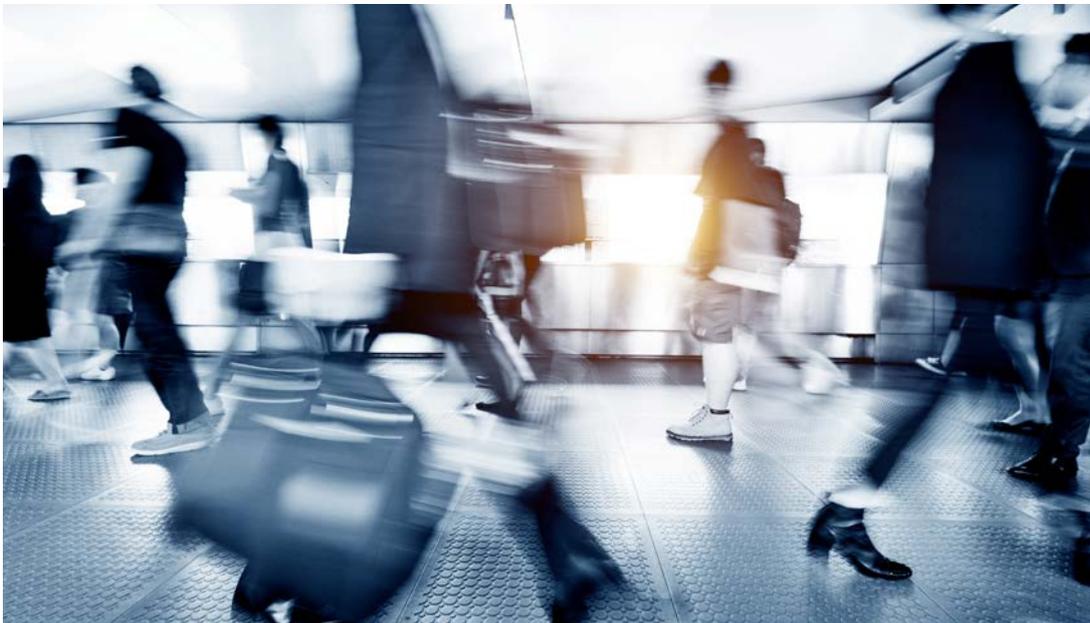
² Bard, I., Gaskell, G., Allansdottir, A. et al. (2018). Bottom Up Ethics – Neuroenhancement in Education and Employment. *Neuroethics*, 11, S. 309–322

Wer konsumiert welche Substanzen in welchen Situationen?

Nutzer des pharmakologischen Enhancement erhoffen eine Leistungssteigerung auf Knopfdruck, meist in Situationen hoher Leistungsanforderung. Ursprünglich wurde das Phänomen vor allem als relevant für elitäre Bildungsinstitutionen beschrieben, speziell im angloamerikanischen Raum. Die am meisten untersuchte Gruppe im Hinblick auf Neuro-Enhancement sind folglich Studierende in Prüfungszeiten, aber auch Schüler und Schülerinnen sowie bestimmte Berufsgruppen speziell im Gesundheitswesen oder in Dienstleistungsberufen sind zu nennen. Breiter angelegte Untersuchungen^{3,4} verweisen darauf, dass unter AnwenderInnen häufiger Personen mit Konzentrationsschwierigkeiten sowie Menschen zu finden sind, die bereits wegen psychischer Probleme medikamentös behandelt wurden. Tendenziell zeigen Männer eher als Frauen und jüngere Personen eher als ältere Interesse an kognitivem Enhancement.

Auswirkungen auf die Suchthilfe-Versorgungslandschaft

In welchem Ausmaß Neuro-Enhancement tatsächlich praktiziert wird, ist schwer einzuschätzen. Es gibt zwar Studien zum Thema, allerdings wird aufgrund der unklaren Definition von Neuro-Enhancement oft Unterschiedliches gemessen, und Angaben zu Prävalenzen schwanken zwischen 1 und 30 %. Fachleute weisen darauf hin, dass eine sichere und effektive Leistungssteigerung durch Substanzgebrauch unwahrscheinlich ist, die Substanzen bei Gesunden anders wirken können als bei Personen mit medizinischer Indikation und Nebenwirkungen und Langzeitfolgen der Anwendung bei gesunden Menschen nur unzureichend untersucht sind.⁵ Speziell bei Jugendlichen ist Vorsicht geboten. Unbestritten ist, dass das Neuro-Enhancement – auch in Österreich – bei manchen Menschen auf Interesse stößt bzw. praktiziert wird.^{2,4,6} Eine rasante Zunahme des Phänomens lässt sich – anders als manchmal medial vermutet – jedoch nicht belegen. Die Erwartungen bezüglich Verbreitung und Wirksamkeit scheinen bei manchen Gruppen größer zu sein als angebracht. Wichtig erscheint daher vor allem eine Sensibilisierung und Aufklärung gegenüber (unrealistischen) Hoffnungen der Leistungssteigerung mittels Substanzgebrauch.



3 Maier, L. J., & Schaub, M. P. (2015). The use of prescription drugs and drugs of abuse for neuroenhancement in Europe: Not widespread but a reality. *European Psychologist*, 20(3), S. 155

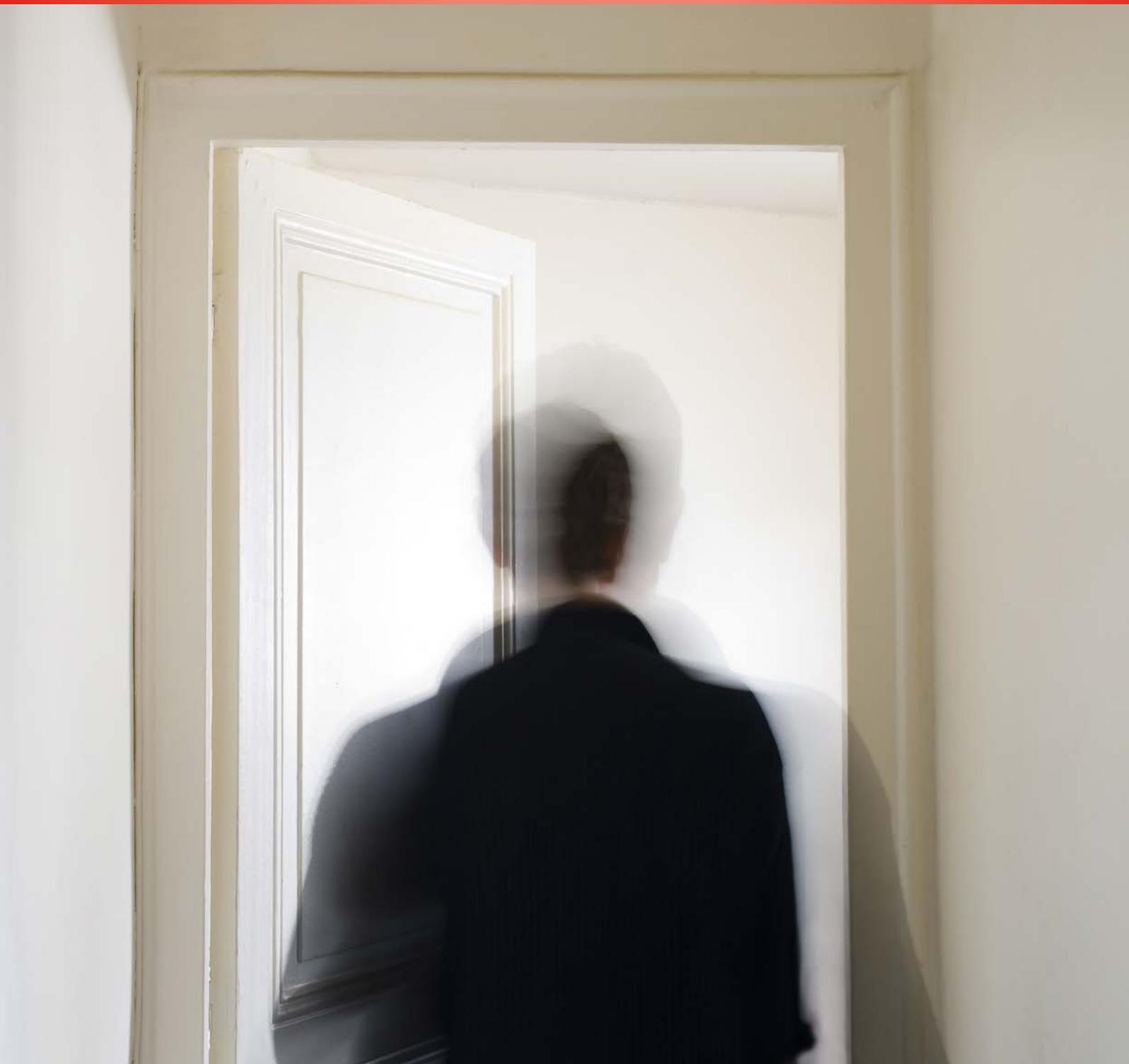
4 Maier, L. J., Ferris, J. A., & Winstock, A. R. (2018). Pharmacological cognitive enhancement among non-ADHD individuals—A cross-sectional study in 15 countries. *International Journal of Drug Policy*, 58, S. 104–112

5 Schleim, S., & Quednow, B. B. (2018). How Realistic Are the Scientific Assumptions of the Neuroenhancement Debate? Assessing the Pharmacological Optimism and Neuroenhancement Prevalence Hypotheses. *Frontiers in pharmacology*, 9, S. 3

6 Dietz, P., Iberl, B., Schuett, E., van Poppel, M., Ulrich, R., & Sattler, M. (2018). Prevalence Estimates for Pharmacological Neuroenhancement in Austrian University Students: Its Relation to Health-Related Risk Attitude and the Framing Effect of Caffeine Tablets. *Frontiers in pharmacology*, 9, S. 494

7

Schadensminimierende Maßnahmen – Möglichkeiten und Grenzen



Daten und Fakten: Illegale Drogen und Substitution

In der Steiermark sind zwischen etwa 1.800 und 3.600 Personen von Opioiden abhängig, das entspricht zwischen 17,4 und 33,9 Personen je 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner ab 15 Jahren. 2018 waren 172 Personen mit der Diagnose Opioidabhängigkeit in stationärer Behandlung. In der Steiermark wurden im Jahr 2018 13 direkt drogenbezogene Todesfälle gezählt.

Illegale Drogensituation in der Steiermark, 2018 oder letztes verfügbares Jahr;

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH 2019

Illegale Drogensituation, absolut und je 10.000 EW ab 15 Jahren, Steiermark		
Kennzahl	absolut	je 10.000 EW ab 15 Jahren
Prävalenzschätzung Opioidabhängigkeit	zw. 1.864 und 3.630	zw. 17,4 und 33,9
Prävalenz ICD-10-Code F11.2 (Opioidabhängigkeit) in stationärer Behandlung	172	1,6
drogenbezogene Todesfälle	13	0,1

Am Großteil der Todesfälle aufgrund einer Überdosierung sind Opioide beteiligt, gleichzeitig ist eine Überdosierung nur von Opiaten alleine sehr selten.¹ Substitution ist eine Behandlungsform, die eine Langzeitbehandlung von Suchterkrankungen gut ermöglicht und Sucht so zu einer chronischen Erkrankung werden lässt. Im Jahr 2018 befanden sich in der Steiermark sowohl im ambulanten als auch im niedergelassenen Bereich 1.518 Personen in Substitutionsbehandlung.²

Die In-Treatment-Rate gibt Aufschluss über die Haltequote von opioidabhängigen Klientinnen und Klienten in der Betreuung und Behandlung mittels Substitution. In der Steiermark lag die In-Treatment-Rate 2017 bei etwa 60 %, das heißt, dass nach zwei Jahren 60 % der Betroffenen sich ohne Unterbrechung in Substitutionsbehandlung befinden.³ Ein Anstieg der Haltequote vor allem bei älteren Personen ab 35 Jahren weist auf den chronischen Charakter der Behandlungen sowie auf eine gute therapeutische Versorgung von Betroffenen hin.⁴

Häufige Begleiterkrankungen bei einer Opioidabhängigkeit sind Infektionskrankheiten, vor allem Hepatitis C, Hepatitis B und HIV. Schadensminimierende Angebote wie Spritzentausch oder die Sicherstellung eines ausreichenden Hepatitis-Impfschutzes sind Maßnahmen, um diese Krankheiten zu reduzieren. Auch psychiatrische Nebendiagnosen treten bei suchtkranken Personen in vielen Fällen auf.⁵

Das Risiko, an Hepatitis oder einer anderen Lebererkrankung zu versterben, ist unter der Substitutionskohorte verglichen mit der Allgemeinbevölkerung zehn Mal, das Suizidrisiko drei Mal so hoch. Auch das Risiko, an einer bösartigen Neubildung oder an einem Unfall zu sterben, ist höher als in der Allgemeinbevölkerung.⁶

Eine Detailauswertung von Todesursachen (nicht direkt drogenbezogene Todesfälle) in einer Kohorte von Personen in Substitutionsbehandlung in Österreich zeigt auf, dass einige Todesfälle durch Maßnahmen wie Überdosierungsprophylaxe, Behandlung von HIV und Hepatitis oder Suizidprävention vermeidbar wären.⁷

In diesem Kapitel betrachtet Ulf Zeder vom Gesundheitsamt Graz das Thema „risikoarmer Konsum“ aus einer gesellschaftlichen und philosophischen Perspektive. Roland Urban beschreibt einige konkrete schadensminimierende Maßnahmen, die von der Caritas angeboten werden. Elisabeth Moser-Knapp beschreibt das 3-Säulen-Modell der Substitutionsbehandlung, wie es in Graz umgesetzt wird. Es folgt ein Beitrag über die Rolle der Apotheken in der oralen Substitutionstherapie. Am Ende dieses Kapitels kommt ein Betroffener zu Wort.

1 Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (Hg.) (2017): Suchtbericht Steiermark 2017. Wien, S. 43–44

2 Gesundheit Österreich GmbH (Hg.) (2019): Epidemiologiebericht Sucht 2019. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Wissenschaftlicher Bericht, Wien, S. 30

3 Suchtbericht Steiermark 2017, S. 80

4 Epidemiologiebericht Sucht 2019, S. 23

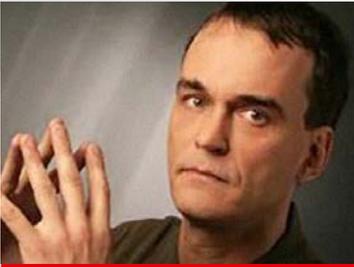
5 Suchtbericht Steiermark 2017, S. 61

6 Epidemiologiebericht Sucht 2019, S. 48

7 Ebda., S. 52

7.2

Nachdenken über mündige Menschen und risikoarmen Konsum



FACHBEITRAG VON

Dr. Ulf Zeder

ist Suchtkoordinator der Stadt Graz und Leiter des Referats für Sozialmedizin.

Schadensminimierende Maßnahmen reichen von der Spritzenabgabe bis hin zur Autonomiegewährung und sind sowohl individuell als auch grundsätzlich. Möglichkeiten und Grenzen sind immer relativ, da aus dem Heute erdacht.

Bei Alkohol wird eine Generalprävention aus vielerlei Gründen als nicht durchführbar und von manchen als gar nicht wünschenswert erachtet. Daher gehen die Bemühungen eher dahin, risikoarmen Konsum zu propagieren, Regularien zu erstellen, wie z. B. Alkoholisierungsgrenzen für den Straßenverkehr, Punktnüchternheit in der Arbeit, Jugendschutz etc., Beratungs- und Behandlungsoptionen zu forcieren und noch einiges mehr. Das Ziel lautet, die Schadenslast für das Individuum und die Gesellschaft niedrig zu halten und wenig Barrieren für den Zugang zu Hilfen aufzubauen. Dass gesamtgesellschaftliche Veränderungsprozesse auch Zeit beanspruchen, können wir mannigfaltig aus der Geschichte entnehmen.

Den Bürgerinnen und Bürgern die Autonomie über den eigenen Körper zuzugestehen, gleichzeitig aber einen staatlich normierten Bewusstseinsmodus diktieren zu wollen, birgt eine logische Bruchstelle in sich. Lustvolle oder leidensabwehrende Verhaltensweisen lassen sich im seltensten Fall wirkungsvoll staatlich verbieten und lenken, da ein Verhindern der Lust oder der Abwehr der Unlust nicht einen therapeutischen Auftrag seitens des Individuums darstellt. Auch Konsumentinnen und Konsumenten illegalisierter Substanzen brauchen äußerst selten einen Mündelstatus.

Letztlich geht es beim Konsum psychoaktiver Substanzen um sehr unterschiedliche Konsummotive, wie Entspannung, Bewusstseinsweiterung, Enthemmung, Leistungsbeeinflussung, Gruppenerlebnisse, Grenzüberschreitungen, Selbstmedikation im psychischen wie auch im physischen Sinne – mit potenziellem Abhängigkeitsrisiko, mangelnden Copingstrategien und noch sehr vielem mehr. Ein Gesetz kann diesen oft sehr komplexen und persönlichen Motivlagen und verursachenden Wirkfaktoren kaum sinnvoll rein kategorisch und punitiv begegnen: Versuchen Sie doch mal, Triebverzicht und Asexualität durchzusetzen.

Es stellt sich in dem Zusammenhang die Frage nach der Souveränität der BürgerInnen und der Rolle des Staates. Im Brennpunkt stehen staatliche Aufgaben, wie rationale Aufklärung der Bevölkerung, Psychoedukation/Beratung/Behandlung oder die Unterbringung von massiven Problemfällen.

Für einen kleinen Prozentsatz der behandlungsbedürftigen KonsumentInnen ist der Ansatz wie in der normalen therapeutisch-medizinischen Praxis: Neben den kurativen und reintegrativen Optionen geht es um Beschwerdelinderung und Lebensqualitätsmaximierung; geht es darum, den Betroffenen ein Mindestmaß an Gesundheit und Menschenwürde zukommen zu lassen.

Schadensbegrenzende Maßnahmen tragen im positiven Sinn auch zur Ökonomie der Gesellschaft bei: Sie ersparen der Gemeinschaft tendenziell die hohen Kosten der Pönalisierung und der „Reparatur“ bereits vollzogener Schädigungen und dem Individuum die ebenso hohen Folgekosten der Marginalisierung.

Entsprechend große Bedeutung muss allen Strategien zuerkannt werden, die helfen können, eine gesellschaftliche Belastung durch eine hohe Anzahl an desintegrierten und nur schwer resozialisierbaren Individuen zu vermeiden. Dabei steht der Alkohol prominent im Zentrum bzw. sollte er im Zentrum stehen.

Was bedeutet dies für die Praxis?

Gesetze könnten gerne früh und regelmäßig auf ihre Sinnhaftigkeit geprüft und gegebenenfalls geändert werden. Gerade die internationale Politik bietet hier Perspektiven der Evaluation und Modelle zur Orientierung.

Ein verbesserter offener Dialog mit DrogenbenützerInnen aller Schattierungen sollte ohne Tabus und Zuschreibungen ermöglicht werden. Hierbei geht es auch darum, individuelle Standorte zu bestimmen und eine persönliche und facettenreiche „Drogenmündigkeit“ zu erwirken.

Klassische schadensminimierende Angebote, wie das niederschwellige und teilweise auch aufsuchende Bereitstellen von Konsumutensilien, Naloxonsprays, Substanztestungen usw., haben einen unabdingbaren Charakter und sind nachweislich auch weitgehend kosteneffizient.

Vergessen Sie bitte nicht: Wir reden nicht über eine fiktive „Zulassungsüberprüfung“ von Substanzen, sondern über den Umgang mit dem und die Weiterentwicklung des Status quo. Wenn Alkohol noch nicht bei uns heimisch wäre, würde er laut krachend bei einer „Zulassungsüberprüfung“ durchfallen. Da er aber neben anderen Substanzen allgegenwärtig ist, geht es um den intelligenten Umgang mit ihm.

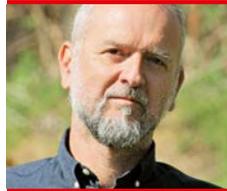
Die höchste Wirksamkeit bei geringstem Aufwand ist immer die Verhältnisprävention und die verhaltensbezogene indizierte Prävention. Die mündige Userin und der mündige User stehen im Zentrum und sollten auch als solche anerkannt werden.

Plakative Slogans verdeutlichen den Zugang:

- Inklusion statt Exklusion,
- Barrierefreiheit statt Hochschwelligkeit,
- Diversifikation des Angebotes statt Eingleisigkeit,
- Individualität und Verhältnisoptimierung,
- Schutz der Schwächeren vor Willkür,
- persönliche Autonomie möglichst großzügig gewähren.

Wer sich wahrgenommen fühlt, ist auch eher bereit, einen Dialog zu führen und Verhaltenskompromisse einzugehen.

7.2.1



DSA Roland Urban, MAS,
leitet die Abteilung „Beratung und Existenzsicherung“ der Caritas.

Kontrollierter Konsum im Fokus

Sucht und Abhängigkeit als multifaktorielle, oft chronisch rezidivierende Erkrankung braucht ein ausdifferenziertes Behandlungs- und Betreuungskonzept. Schadensminimierung ist das zentrale Element einer modernen integrativen Sucht- und Drogenpolitik. Ziel ist es, negative gesundheitliche und soziale Auswirkungen des Substanzkonsums und seiner Begleiterscheinungen so gering wie möglich zu halten. Soziale Integration und Verhinderung von Ausgrenzung sind entscheidende Erfolgsfaktoren.

Maßnahmen in diesem Bereich sind beispielsweise die Substitutionsbehandlung, Spritzentauschprogramme oder auch Projekte zum „drug checking“. Konsequente Safer-Use-Beratung und Programme zur Verringerung von Drogennotfällen, wie das Peer-Naloxon-Projekt, sind Vehikel, um das Ziel zu erreichen. Wesentliches Element sind dabei niederschwellige Zugänge zu den Unterstützungssystemen mit differenziertem Beratungsangebot und Vermittlungsfunktion sowie ihre Verknüpfung mit lebensweltorientierten, aufsuchenden Programmen und sozialarbeiterischer Unterstützung.

Eine Erweiterung erfährt dieses Arbeitsfeld durch integrierte Angebote zum kontrollierten Konsum als zeitgemäße und spezifische Erweiterung von Harm-Reduction-Maßnahmen.

Für viele Patientinnen und Patienten ist eine dauerhaft abstinenten Lebensweise nicht möglich oder (noch) nicht schaffbar. Gerade in der niederschweligen Suchtarbeit hat man es häufig mit langjährigen SuchtpatientInnen zu tun, die bereits mehrfache Behandlungen oder Selbstentzüge mit unterschiedlich nachhaltigen Erfolgen hinter sich haben.

Es ist Aufgabe der Suchthilfe, dieser vulnerablen Zielgruppe die Kompetenz zu vermitteln, einen risikoarmen, selbstbestimmten Substanzkonsum in ihren Alltag zu integrieren und Kontrolle über den Suchtmittelkonsum zu gewinnen oder zurückzugewinnen. Nachbefragungen belegen, dass KlientInnen, die vor vielen Jahren mit intensiver Vor- und Nachbetreuung am zwölfwöchigen KISS-Programm („Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum“) der Caritas-Einrichtung „Kontaktladen und Streetwork“ teilgenommen haben, immer noch von den dort erlernten Methoden profitieren und dass sie dadurch in vielen Fällen die Bereitschaft entwickelten, abstinenzenorientierte Angebote anzunehmen.

7.3

Die drei medizinischen Säulen der Substitutionstherapie



FACHBEITRAG VON

Dr. Elisabeth Moser-Knapp

ist Ärztliche Leiterin der Interdisziplinären Kontakt- und Anlaufstelle I.K.A. in Graz.

Wenn Menschen sich eine Suchterkrankung bzw. ihre Opioidabhängigkeit eingestehen und den Weg zu einer Ärztin/einem Arzt oder einer Einrichtung finden, ist der erste und wichtigste Schritt schon getan. Ob sie zu niedergelassenen ÄrztInnen, in die Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle I.K.A., in das Zentrum für Suchtmedizin, in die Drogenberatung Obersteiermark, die des Landes Steiermark oder in eine andere psychosoziale Einrichtung gehen, ist in diesem Fall unerheblich.

Denn in jedem Fall wird die Einrichtung entscheiden, welche Anlaufstelle die beste zur primären Aufnahme ins Substitutionsprogramm und für die Weiterbehandlung ist. Eine wichtige Orientierungs- und Entscheidungshilfe bieten die drei medizinischen Säulen der Substitutionstherapie. Bei den substituierten Personen handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe mit unterschiedlichsten Krankheitsbildern und Bedürfnissen. Daher bedarf es auch eines differenzierten und zielgruppenspezifischen Behandlungs- und Betreuungsangebots.

Das „3-Säulen-Modell der Suchtbehandlung“ orientiert sich am Behandlungsbedarf der PatientInnen, die eine Substitutionstherapie beginnen oder bereits im Substitutionsprogramm sind, und an den Einrichtungen, die dieses zielgruppenspezifische Angebot anbieten.

Erste Säule: Das Zentrum für Suchtmedizin

Das Zentrum für Suchtmedizin am LKH Graz II, Standort Süd, ist ein Kompetenzzentrum mit spezialisierten Behandlungsangeboten. Es behandelt und betreut vor allem PatientInnen in Krisensituationen, mit Komorbiditäten, exzessivem Beikonsum, selbstschädigendem Verhalten, insbesondere SubstitutionspatientInnen, die im extramuralen Setting schwer behandelbar sind. Durch die Möglichkeit der täglichen Medikationsabgabe vor Ort ist das Zentrum für Suchtmedizin Anlaufstelle für alle nichtversicherten SubstitutionspatientInnen. Die Ambulanz fungiert außerdem als Drehscheibe zwischen intramuralem und extramuralem Bereich.

Stabilere PatientInnen werden an den extramuralen Bereich weiterverwiesen. Das Zentrum für Suchtmedizin betreibt auch die Suchtmedizinische Ambulanz am LKH Hochsteiermark, Standort Bruck, die diese Aufgaben für PatientInnen der Obersteiermark wahrnimmt.

Zweite Säule: Die Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle

Die Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle (I.K.A.) in Graz nahm ihre Tätigkeit vor mehr als acht Jahren auf, um mit niederschwelligem Zugang für PatientInnen den Rückgang der Behandlungsmöglichkeiten im niedergelassenen Bereich zu kompensieren, aber auch als Kompetenzeinrichtung für PatientInnen mit erhöhtem medizinischen, psychologischen und sozialen Behandlungs- und Betreuungsbedarf. Die medizinische und psychosoziale Suchtkrankenversorgung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team aus AllgemeinmedizinerInnen mit der Zusatzqualifikation Substitution, SozialarbeiterInnen, klinischer Psychologin bzw. Psychologen, Krankenschwester, Ordinationsassistentin und einer psychiatrischen Konsiliarfachärztin. Die basismedinische Suchtkrankenversorgung umfasst sowohl die Substitutionsbehandlung als auch bei Bedarf und auf Wunsch der PatientInnen die allgemeinmedizinische Behandlung.

Die psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangebote in Einzel- und Gruppensettings haben das Ziel, die PatientInnen psychisch und sozial zu stabilisieren, sodass sie wieder ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben führen können. In regelmäßigen Fallbesprechungen erfolgt ein Austausch im gesamten interdisziplinären Team mit dem Ziel einer medizinischen sowie psychosozialen Stabilisierung der PatientInnen.

Die Zielgruppe der I.K.A. umfasst vornehmlich PatientInnen in Krisensituationen, sehr häufig mit psychiatrischen Komorbiditäten, Beikonsum, Schwangere und junge Eltern, Haftentlassene, aber auch TherapiebrecherInnen. Um in der I.K.A. behandelt werden zu können, ist ein aufrechter Versicherungsschutz notwendig.

Bei Neueinstellungen und Wiedereinstellungen ins Substitutionsprogramm werden anamnestiche Gespräche sowohl im medizinischen als auch psychosozialen Bereich geführt, um in den interdisziplinären Settings eine optimale Therapie und Betreuung anbieten zu können. Ein besonderer Schwerpunkt liegt in der Behandlung sowie Prophylaxe von Hepatitis. Bei positiver Hepatitis-C-Serologie werden die PatientInnen an Spezialeinrichtungen, wie das LKH Graz II, verwiesen. Die Hepatitis-A+B-Impfung wird in der I.K.A. kostenfrei verabreicht.

Dritte Säule: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Die dritte Säule bilden die niedergelassenen ÄrztInnen, die durch eine Zusatzausbildung berechtigt sind, Substitutionsbehandlung durchzuführen. Ihre Zielgruppe sind stabilere Substitutions-PatientInnen mit geringem bzw. seltenem Beikonsum, bei denen eine zusätzliche psychosoziale Betreuung nicht unbedingt notwendig ist bzw. diese in Selbstverantwortung in Beratungseinrichtungen wahrgenommen wird. Allerdings besteht derzeit in vielen steirischen Regionen das Problem, dass es zu wenige niedergelassene substituierende ÄrztInnen gibt und somit ein gravierender Betreuungseingpass besteht.

Das Spezifikum des Suchtbehandlungskonzepts ist die patientInnenorientierte Nutzung der beschriebenen drei Säulen. So kann nach der Einstellung und Stabilisierung im Zentrum für Suchtmedizin zu einer niedergelassenen Ärztin bzw. bei erhöhtem psychosozialen Bedarf an die I.K.A. überwiesen werden. Sollten PatientInnen im Laufe einer Substitutionsbehandlung instabiler werden, können sie aus dem niedergelassenen Bereich wiederum an die I.K.A. oder ins Zentrum für Suchtmedizin überwiesen werden und nach der Stabilisierung wieder zu den VertrauensärztInnen zurückkehren.

Eine gut funktionierende Kooperation und Vernetzung dieser Behandlungssysteme – aber auch mit anderen im Suchtbereich tätigen Einrichtungen wie z. B. Streetwork, „Walkabout“-Ambulanz und -Station, Einrichtungen des sekundären Arbeitsmarktes, FachärztInnen, Apotheken, Gesundheitsämtern und Behörden – sind für eine effektive und patientInnenorientierte Suchtbehandlung hilfreich und notwendig. Somit erfolgt eine ständige Interaktion zwischen allen drei Säulen und den Einrichtungen der Suchthilfe, und dies zeichnet den Alltag der Substitutionsbehandlung in der Steiermark besonders aus.

7.4

Die Rolle der Apotheken in der oralen Substitutionstherapie



FACHBEITRAG VON

Mag. Dr. Alexandra Mandl

ist Apothekerin in der Apotheke „Am Grünanger“ in Graz-Liebenau. Sie ist Vizepräsidentin der Landesgeschäftsstelle Steiermark der Österreichischen Apothekerkammer.

Morgens um 8 Uhr vor einer Apotheke in Graz: Die Tür öffnet sich und acht bis zehn junge Frauen und Männer betreten die Apotheke, um ihre tägliche Dosis eines Drogenersatzmittels einzunehmen. Das ist das Bild, das sich anderen Kundinnen und Kunden der Apotheke bietet – doch was passiert tatsächlich bei der Substitutionstherapie in der Apotheke?

Orale Substitutionsmittel sind Arzneimittel, Suchtkranke sind PatientInnen wie andere auch. Österreichische Apotheken haben daher im Substitutionsprogramm von Anfang an mitgearbeitet. Die Hauptaufgabe der Apotheken liegt in der Abgabe des Substitutionsmittels sowie der pharmakotherapeutischen Betreuung der PatientInnen. Kommt ein Substitutionspatient oder eine -patientin mit Rezept – einer Substitutions-Dauerverordnung gültig für maximal einen Monat – in die Apotheke, hat er oder sie bereits zuvor zahlreiche Stationen durchlaufen: Ausstellen des Rezeptes beim Arzt oder der Ärztin, Harnkontrolle, Vidieren beim Amtsarzt/der Amtsärztin. In der Apotheke müssen noch gut 15 Formalerfordernisse auf dem Substitutionsrezept kontrolliert werden: Handelt es sich um das richtige Rezeptformular mit Vignette, ist das Abgabedatum korrekt berechnet, stimmt die verordnete Packungsgröße und einiges mehr. Bei fehlenden Angaben oder Unklarheiten auf dem Rezept hält der Apotheker/die Apothekerin Rücksprache mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin bzw. dem Amtsarzt oder der Amtsärztin. Bei rund 30 bis 40 SubstitutionspatientInnen ein großer organisatorischer Aufwand, der im Hintergrund abläuft.

Anschließend werden die Substitutionsmedikamente für die einzelnen PatientInnen hergerichtet. Für Methadon/Polamidon (etwa 15 % der PatientInnen) wird die Rezeptur täglich frisch bereitet, d. h. die entsprechende Menge an Methadon wird exakt dosiert und mit Sirup und Wasser versetzt. Diese Variante eignet sich besonders für PatientInnen, die ihre Dosen reduzieren wollen. Möglich ist dies in der Apotheke durch ganz individuelles Herunterdosieren mit Methadon bis zur verschwindend geringen Menge von einem Tausendstelogramm. Für weitere 10 % der PatientInnen wird Buprenorphin in Form von Lutschtabletten verordnet.

Der Großteil der PatientInnen ist allerdings auf retardierte Morphine eingestellt, hier erfolgt die tägliche kontrollierte Einnahme in der Apotheke. Mit Zustimmung von Amtsarzt oder Amtsärztin ist auch eine tage- oder wochenweise Mitgabe des Drogenersatzes möglich, wenn das beruflich oder durch Krankheit notwendig sein sollte. Viele PatientInnen lösen auch noch Rezepte für Begleitmedikamente ein (meist psychotrope Substanzen wie Benzodiazepine) bzw. bekommen diese ausgezählt, das bedeutet, sie werden täglich mit dem Substitutionsmedikament gemeinsam ausgehändigt. Abschließend müssen exakte Aufzeichnungen im Suchtgiftbuch geführt werden.

Einen noch höheren organisatorischen Aufwand stellen Substitutions-Einzelverordnungen für den Bedarf von maximal drei Tagen dar. Diese können zur Überbrückung ausgestellt werden, wenn SubstitutionspatientInnen es nicht geschafft haben, zeitgerecht eine Dauerverschreibung zu erhalten.

Totale Entwöhnung ist nicht das Ziel der Substitutionsbehandlung. Die meisten PatientInnen sind auf eine stabile Dosis eingestellt, und das über Jahre und sogar Jahrzehnte hinweg. Einige von ihnen haben so bereits ihren 60. Geburtstag erreicht bzw. weit überschritten und leiden an altersbedingten

Begleiterkrankungen, wie etwa Diabetes. Viele SubstitutionspatientInnen haben sich beim intravenösen Drogenkonsum mit Infektionskrankheiten wie HIV oder Hepatitis C angesteckt. Auch hier wird – abgestimmt auf die Substitutionsmedikation – entsprechend therapiert. Wechselwirkungen zwischen den anti-infektiösen Medikamenten und der laufenden Substitutionstherapie können in der Apotheke erkannt und vermieden werden, da hier Verschreibungen von mehreren ÄrztInnen zusammenlaufen (Medikationsmanagement).

Neben den zahlreichen bürokratischen Regelungen ist der Umgang mit SubstitutionspatientInnen in der Apotheke nicht immer einfach. Viele der Suchtkranken leiden an einer komorbiden psychischen Störung und haben Probleme, sich an vorgeschriebene Regeln, wie eine Hausordnung, zu halten, oder sie äußern Wünsche nach Ausnahmeregelungen für die vorzeitige Abgabe des Substitutionsmedikamentes. Auch Versuche, in der Apotheke abzulenken, um die vorgeschriebene Dosis nicht in der Apotheke einzunehmen, kommen vor. Sollte in diesen Fällen ein klärendes Gespräch nicht zum Erfolg führen oder sollten andere Unregelmäßigkeiten auffallen, so hält die Apotheke Rücksprache mit dem verschreibenden Arzt bzw. der Ärztin und informiert den Amtsarzt oder die Amtsärztin. Wichtig ist daher der Aufbau eines Kommunikationsnetzwerkes mit den anderen AkteurInnen in der Substitutionstherapie. Besonders bewährt haben sich dafür Qualitätszirkel zum professionellen Gedankenaustausch zwischen ÄrztInnen und ApothekerInnen. Hier werden anonymisiert PatientInnenschicksale besprochen und die Apothekerin und der Apotheker erfahren einiges über die Hintergründe und Zielsetzung der eingeleiteten Therapie.

Üblicherweise hat man als Apothekerin täglich Kontakt mit „seinen“ SubstitutionspatientInnen, im Unterschied zu den behandelnden ÄrztInnen. Diese sehen die PatientInnen meist nur einmal im Monat, wenn eine neue Dauerverordnung ausgestellt wird. Der tägliche Besuch in der Apotheke ist ein Fixpunkt im Leben der PatientInnen. Man kennt sich also oft schon über viele Jahre, weiß über die einzelnen Schicksale Bescheid und kennt Familienmitglieder und LebenspartnerInnen. Wenn der Apothekenalltag es zulässt, wird natürlich über vieles, oft Privates mit dem Apotheker/der Apothekerin geplaudert.

Die öffentliche Apotheke stellt neben den verschreibenden ÄrztInnen und den AmtsärztInnen einen weiteren Stützpfiler in der Substitutionstherapie dar. Durch den täglichen direkten Kontakt mit den PatientInnen fallen auch kleine Veränderungen sofort auf und so können Probleme – nach Rücksprache mit behandelnden ÄrztInnen und SozialarbeiterInnen – frühzeitig erkannt und vielleicht sogar vermieden werden. Trotz des großen administrativen und zeitlichen Aufwandes ist die Mitarbeit am Substitutionsprogramm für ApothekerInnen, die in öffentlichen Apotheken arbeiten, eine ganz wichtige Aufgabe und Leistung im Gesundheitssystem.

7.4.1

Der Autor ist ein Kontaktladenbesucher, der namentlich nicht genannt werden möchte.

Wo wir offen reden können und Hilfe finden

Der Kontaktladen hilft uns Süchtigen, da man dort immer auf offene Ohren für alle möglichen Anliegen und Probleme stößt. Da es für unsere Erkrankung in der Gesellschaft meist wenig Verständnis gibt und man stigmatisiert wird, ist es sehr hilfreich, wenn man mit den StreetworkerInnen offen reden kann.

Sie versuchen einen zu verstehen und sind ein Bindeglied zu Ämtern, ÄrztInnen usw. Das Naloxon-Programm rettet Leben, das Spritzentauschprogramm schützt die Gesundheit, die Essensausgabe macht satt, der Aufenthaltsbereich bietet Ruhe, die Rechtsberatung hilft bei juristischen und das Arztzimmer bei gesundheitlichen Problemen.

Die StreetworkerInnen helfen der Seele bzw. sind allgemein eine große Hilfe. Der Kontaktladen ist eine wichtige Einrichtung in Graz, für die man der Caritas echt dankbar sein muss.

Danke, dass es das gibt!

8



Neue Herausforderung: Psychoaktive Substanzen, Substanzerwerb und Substanztestungen



Daten und Fakten: Neue psychoaktive Substanzen

Neue psychoaktive Substanzen (NPS) sind synthetisch hergestellte Designerdrogen (Substanzmischungen), die in ihrer Wirkung illegalen Drogen ähneln, jedoch von den einzelnen Inhaltsstoffen her nicht ausdrücklich verboten sind. Es kommen immer neue Reinsubstanzen und Mischungen in unterschiedlichen Dosierungen, Namen und Verabreichungsformen auf den Markt, die Wirkungen sowie Akut- und Langzeitrisiken sind daher kaum kalkulierbar.¹

Konsumerfahrungen mit NPS in Österreich:

- 3 % der österreichischen Schülerinnen und Schüler der 9. und 10. Schulstufe gaben bei einer repräsentativen Befragung zum Substanzkonsum an, jemals Erfahrungen mit NPS gemacht zu haben, 2 % hatten Erfahrungen damit im letzten Jahr.²
- Weniger als 1 % der erwachsenen österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren gab in einer repräsentativen Befragung zum Substanzkonsum an, jemals Erfahrungen mit NPS gemacht zu haben.³

Häufige Konsumformen von NPS in Österreich sind Kräutermischungen mit drogenähnlichen Effekten sowie Pulver, Kristalle oder Tabletten mit drogenähnlichen Effekten.^{4,5}

Todesfälle aufgrund von NPS stellen in Österreich eher Einzelfälle dar, sind aber im Steigen begriffen und sollen im Rahmen des Early-Warning-Systems (EWS) genau beobachtet werden.⁶

Im Rahmen des EU-Projekts „Spice II Plus“ mit österreichischer Beteiligung wurde eine Online-Befragung unter NPS-KonsumentInnen durchgeführt. Dabei gaben 771 Personen negative Effekte durch den Konsum an. Diese reichten von Herzrasen bis hin zur Bewusstlosigkeit. Unter anderem fand die wissenschaftliche Gruppe der Medizinischen Universität Wien heraus, dass NPS wie synthetische Cannabinoide in hohen Konzentrationen das Erbmateriale schädigen und möglicherweise krebserregend sind.⁷

Das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) schafft seit 2012 die Möglichkeit, per Verordnung Substanzen oder chemische Substanzklassen zu definieren, die nicht im Suchtmittelgesetz oder durch arzneimittel-, apotheken- oder arzneimittelleinfuhrrechtliche Vorschriften geregelt sind und missbräuchlich verwendet werden könnten oder eine Gefahr für Konsumentinnen und Konsumenten darstellen könnten, und somit deren Herstellung, Einfuhr, Ausfuhr, die Überlassung an Dritte und den Besitz allgemein zu verbieten (§§ 3-5, NPSG).⁸

2018 wurden in Österreich 133 Anzeigen auf Basis des Gesetzes erstattet.⁹ Im Laufe des Jahres 2017 meldeten Strafverfolgungsbehörden aus ganz Europa fast 64.160 Sicherstellungen neuer psychoaktiver Substanzen an das EU-Frühwarnsystem. Auf europäischer Ebene wurden von den Behörden insgesamt 730 NPS detektiert.¹⁰

Martin Schmid vom Institut für Pharmazeutische Wissenschaften der Universität Graz gibt in seinem Beitrag einen Überblick über neue psychoaktive Substanzen. Danach werden zwei innovative Einrichtungen außerhalb der Steiermark vorgestellt: „checkit!“ in Wien und das Drug-checking im „MDA Basecamp“ in Tirol. Es folgt ein Statement des Kinder- und Jugendpsychiaters Thomas Trabi über NPS als „Partydrogen“. Welchen Einfluss Darknet und Digitalisierung auf den Drogenwerb haben, wird von Meropi Tzanetakakis am Ende dieses Kapitel kurz beleuchtet.

1 Vgl. Deutsche Hauptseite für Suchtfragen. (2019). Die Sucht und ihre Stoffe. Eine Informationsreihe über die gebräuchlichsten Drogen und Suchtsubstanzen. Neue psychoaktive Substanzen, NPS.

2 Gesundheit Österreich GmbH (Hg.) (2016b): ESPAD Österreich 2015. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Forschungsbericht. Wien, S. 49

3 Gesundheit Österreich GmbH (Hg.) (2016a): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015 Band 1: Forschungsbericht. Wien, S. 68

4 Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) 2015 ESPAD Österreich 2015, S. 50

5 Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch, S. 69

6 Gesundheit Österreich GmbH (Hg.) (2019b): Epidemiologiebericht Sucht 2019 Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Wissenschaftlicher Bericht. Wien, S. 83

7 https://krebsforschung.meduniwien.ac.at/news/singleview/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=1834&cHash=bc45c8bf82e04162d283ae01bc0c87f8 (25.03.2020)

8 Vgl. BGBl. I Nr. 146/2011, Bundesgesetz über den Schutz vor Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Neuen Psychoaktiven Substanzen (Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz, NPSG)

9 Gesundheit Österreich GmbH (Hg.) (2019a): Bericht zur Drogensituation 2019. Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon, und des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Ergebnisbericht. Wien, S. 73

10 Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (Hg.) (2019): Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen. Luxemburg, S. 35

8.2

Neue psychoaktive Substanzen

Eine Alternative zu klassischen Drogen?



FACHBEITRAG VON

Univ.-Prof. Dr. Martin Schmid

ist ao. Professor am Institut für Pharmazeutische Wissenschaften, Bereich Pharmazeutische Chemie, der Karl-Franzens-Universität Graz.

Bis zum Jahr 2008 war es relativ einfach, Suchtmittel aufgrund ihres Aussehens voneinander zu unterscheiden. Dies hat sich grundlegend verändert: Seit dem Jahr 2008 steigt das Angebot von sogenannten neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) am Drogenmarkt. Diese Substanzen werden meistens in fragwürdigen asiatischen Labors synthetisiert und bestehen aus chemischen Strukturen, welche geringfügige Unterschiede zu den etablierten Suchtmitteln aufweisen. Dies deshalb, um bestehende Drogengesetze zu umgehen. Aufgrund des Umstandes, dass NPS sozusagen am Reißbrett entstanden, gibt es keinerlei Daten über Wirkung, Nebenwirkung oder Toxizität. Dennoch finden diese Substanzen insbesondere bei KonsumentInnen, die mit Begeisterung neue Stoffe ausprobieren und daraufhin deren Wirkung in Internetforen posten, große Akzeptanz. Ein möglicher Grund für den Siegeszug war der Umstand, dass damals gängige Suchtmittel wie Kokain hochpreisig und stark verschnitten, NPS hingegen billig und von hohem Reinheitsgehalt waren. Das Angebot von NPS erreichte die AbnehmerInnen in sogenannten Generationen, die erste Generation enthielt im Jahr 2008 die bis dahin kaum bekannte Substanzklasse der Cathinone. Der wohl prominenteste Vertreter daraus, nämlich Mephedron, verbreitete sich rasant unter den NPS-affinen KonsumentInnen. Mephedron wirkt nicht nur stimulierend, sondern auch stark entaktogen.

Generell können NPS sehr einfach über das Internet bezogen werden, viele von ihnen sind trotz Gesetzesänderung noch immer legal und sind erheblich kostengünstiger als klassische synthetische Drogen. Nach einem EU-weiten Verbot von Mephedron im Jahr 2010 überfluteten Dutzende von ähnlichen, legalen Nachfolgeprodukten den Drogenmarkt. Cathinone beispielsweise werden als sogenannte Badesalze vertrieben und besitzen aufgrund der strukturellen Ähnlichkeit zu Amphetamin vergleichbare Wirkungen. Heute sind etwa 120 neue Cathinonderivate bekannt, die als „Legal Highs“ entwickelt wurden. Parallel dazu wurden auch Amphetamine chemisch verändert. Auch hier ist die Anzahl der völlig neuen Abkömmlinge beträchtlich. Eine geringfügige chemische Veränderung der bekannten Substanz MDMA („Ecstasy“) mündete in eine neue Substanzklasse, nämlich die der sogenannten Benzofurys, welche stimulierende, aber auch empathogene und entaktogene Wirkung entfalten. Ausgehend von der ersten erschienenen Substanz, nämlich Benzofury, haben sich hier einige weitere Derivate etabliert. Aber nicht nur in der Welt der Stimulanzien werden unzählige Nachfolgeprodukte angeboten.

Ein weiteres großes Problem ist der Ersatz von Cannabis durch synthetische Cannabinomimetika. Diese sogenannte Räucherware ist meist noch immer legal und wirkt in viel geringerer Menge. Die Nebenwirkungen sind schwerwiegend, und es gab schon einige letale Zwischenfälle. Diese Substanzen entspringen unterschiedlichen Stoffklassen, und ihre Namen sind meistens schwer identifizierbar. Momentan sehr bekannt ist beispielsweise 5F-MDMB-PINACA. Geringste Mengen der gelösten Substanz werden als Mini-Papierschnipsel in Zigaretten gesteckt oder in E-Zigaretten verwendet und sind daher kaum zu erkennen.

Auch am Sektor der halluzinogenen Substanzen hat sich einiges getan: Insbesondere LSD hat viele Nachfolger bekommen, beispielsweise neuartige Phenethylamine, welche auf Filzen verabreicht ebenfalls schon bei einer Menge von 100 µg wirksam sind, aber auch strukturell dem LSD verwandte Substanzen

oder neuartige Tryptaminderivate. Benzodiazepine wurden chemisch verändert, damit sie nicht mehr in die Psychotropenverordnung fallen. Insbesondere für den Beikonsum können sie einfach in Tablettenform aus dem Internet bestellt werden.

Weitere Beispiele für Einzelsubstanzen runden das Bild ab: So erhält man etwa einen legalen Kokainersatz für Kokain, Ethylphenidat für Methylphenidat (Ritalin), O-Desmethyltramadol für Tramadol und Ethaqualon für Methaqualon. Insgesamt verzeichnet die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) zumindest 730 gemeldete neue Substanzen innerhalb der letzten Jahre. Ein weiteres Problem besteht darin, dass es sich meistens um weißes Pulver ohne besonderes Erkennungsmerkmal handelt. Demnach ist die Entwicklung neuer Messmethoden zur Erkennung dieser Substanzen nicht trivial.

Ein Trend der letzten Jahre weist auf einen leichten Rückgang des Konsums von NPS hin. Einerseits ist der Preis für Kokain, Heroin und Amphetamine gesunken, andererseits werden sich möglicherweise immer mehr KonsumentInnen darüber bewusst, dass ihnen nach Einnahme einer noch völlig unbekannt Substanz nur die wenigsten ÄrztInnen helfen können. Dennoch weist die europäische Drogenaufsichtsbehörde darauf hin, dass sich in den letzten beiden Jahren zwei jüngste Trends herausgestellt haben: Zum einen werden aus Fentanyl neueste Derivate hergestellt, welche in geringsten Mengen bereits hochwirksam sind und bei denen angeblich bereits Hautkontakt eine Gefahr darstellen kann. Zum anderen werden neue Opioide im Internet angeboten, über die kaum etwas bekannt ist und welche in Österreich bereits zu Todesfällen geführt haben, beispielsweise U47700, ein hochpotentes Opioid aus den 1970er-Jahren, welches als Arzneistoff nie fertig entwickelt wurde.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es zu jedem altbekannten Suchtmittel einige Nachfolge-substanzen gibt und dass aufgrund von bereitwilligen Testpersonen weiterhin ein hohes Potenzial an Missbrauch dieser Substanzen zu befürchten ist.

8.2.1



Mag. Karl Schubert-Kociper

ist Bereichsleiter für Suchtprävention der Suchthilfe Wien und leitet die Einrichtung „checkit! – Kompetenzzentrum für Freizeitdrogen“.

checkit! – Pionierarbeit aus Wien

Als das Projekt „checkit!“ der Suchthilfe Wien gGmbH im Jahr 1997 startete, war es weltweit eines der ersten, das Drug-Checking (Substanzeanalyse) für Konsumierende sogenannter Freizeitdrogen wie Ecstasy, Amphetamin oder Kokain angeboten hat. Die Herangehensweise ist seit jeher, dass die Substanzeanalyse in weitere Maßnahmen eingebettet wird, wie Beratung, Konsumreflexion, evidenzbasierte Information zu psychoaktiven Substanzen und Weitervermittlung. Damit entstand die Methode des integrierten Drug-Checkings. Nur mit einem umfassenden Begleitangebot kann das risikoreduzierende und suchtpreventive Potenzial von Drug-Checking voll ausgeschöpft werden.

Zu Beginn des Projekts lag der Fokus vor allem darauf, die Ende der 90er-Jahre recht neue Rave-Szene, in der damals wenig bekannte Substanzen wie Ecstasy auftauchten, mit einem attraktiven, lebensweltorientierten und aufsuchenden Angebot zu erreichen. Dementsprechend arbeitete „checkit!“ auf Festivals und in Clubs, einerseits um die Zielgruppe und ihre Konsumgewohnheiten kennenzulernen, andererseits um in einem Setting abseits der „klassischen“ Drogenberatung Gespräche zu führen und relevante Informationen für Konsumierende weiterzugeben.

Rasch zeigte sich, dass mit der Methode des integrierten Drug-Checkings eine gänzlich andere Zielgruppe als durch herkömmliche Drogenberatungsstellen erreicht werden kann. Außerdem wurde festgestellt, dass Informationen zu Substanzen, ergänzt durch ein Analyseergebnis, von Konsumierenden als sehr glaubwürdig wahrgenommen werden. Das wirkt sich nicht nur auf den Wissensstand, sondern auch auf das Verhalten von KonsumentInnen aus. Drug-Checking hat in den vergangenen 20 Jahren darüber hinaus seine Relevanz als Monitoringtool gezeigt. Die auf den Drogenmärkten verfügbaren Substanzen können ihre Zusammensetzung sehr rasch ändern. Somit sind Konsumierende ohne Möglichkeit zum Drug-Checking immer einem erhöhten Risiko ausgesetzt.

Mit Hilfe von Drug-Checking können Veränderungen unmittelbar wahrgenommen und Informationen und Angebote für die Zielgruppe rasch angepasst werden. Kurz gesagt: Drug-Checking ist heute wie damals wichtig.

8.2.2

**MMag. Manuel Hoehenegger**

ist bei der Drogenarbeit Z6 als Drogenberater tätig und koordiniert das stationäre Drug-Checking-Programm der Einrichtung.

Substanztestungen im Basecamp Z6

Seit 2014 bietet die Tiroler Einrichtung „Drogenarbeit Z6“ in Kooperation mit der Gerichtsmedizin Innsbruck stationäres Drug-Checking an: das MDA Basecamp. Das Drug-Checking ist anonym, vertraulich und kostenlos und besteht aus zwei Komponenten: der psychosozialen Intervention und der chemisch-toxikologischen Analyse. Ziel dieses Angebots ist es, durch Vermittlung und Stärkung von Konsumkompetenz problematischen Konsum zu verhindern.

Jeden Montagabend können KonsumentInnen von psychoaktiven Substanzen Proben zur Analyse abgeben. Die Abgabe ist in eine ausführliche psychosoziale Intervention integriert. Freitags bespricht die Drogenarbeit Z6 die Ergebnisse mit den KlientInnen. Bei gefährlichen Substanzen (hochdosiert, gestreckt, Falschdeklaration etc.) werden Warnungen erstellt und über soziale Medien und Mail veröffentlicht. Die Ergebnisse werden an das europäische Early-Warning-System (EWS) weitergeleitet. So wurden bis Ende 2019 insgesamt 1905 Proben analysiert, alleine 513 davon im Jahr 2019.

Der Stellenwert von Drug-Checking-Angeboten wird v. a. auch im Umgang mit neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) ersichtlich: Drug-Checking hilft, zielgerichtet auf NPS und deren Risiken aufmerksam zu machen, den unwissentlichen Konsum von NPS zu verhindern und den Wissensstand über Verbreitung, Wirkung, Risiken etc. zu verbessern.

Da es zu den wenigsten NPS wissenschaftliche Erkenntnisse gibt, gilt es in der Vermittlung schadensminimierender Maßnahmen stets auf genau das hinzuweisen: KonsumentInnen sind immer auch Versuchskaninchen. Im Regelfall sind NPS (viel) potenter als die klassische Substanz, die sie imitieren. Neben den allgemeinen Maßnahmen für das Wirkspektrum der Substanz (z. B. stimulierend) ist daher insbesondere auf eine möglichst niedrige Dosierung hinzuweisen. Deuten Erfahrungsberichte von KonsumentInnen auf schwerwiegende Nebenwirkungen hin, wird vom Konsum abgeraten.

Ein besonderes Risiko stellen NPS dann dar, wenn sie unwissentlich konsumiert werden. So wurde im Herbst 2019 vermehrt Cannabis analysiert, das mit dem hochpotenten synthetischen Cannabinoid 4F-MDMB-BINACA verunreinigt war. KlientInnen klagten über massive körperliche und psychische Nebenwirkungen und berichteten übereinstimmend, dass die Substanz in Innsbruck vermehrt im Umlauf sei. Hier ermöglichte es Drug-Checking, die Substanz zu detektieren und durch eine breit angelegte Informationskampagne Cannabis-KonsumentInnen zu warnen.

8.2.3

**Dr. Thomas Trabi**

ist Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie im LKH Graz II und in freier Praxis und Mitglied der Arbeitsgruppe Sucht der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGKJP).

Neue „Partydrogen“

Die Gruppe der psychoaktiven Substanzen, die von Jugendlichen konsumiert werden, ist eine sehr heterogene. Die EU überwacht in dieser Gruppe etwa 650 verschiedene Substanzen, in Österreich werden aus dieser Gruppe vorwiegend XTC, Amphetamine, Kathinone, Halluzinogene und synthetische Cannabinoide konsumiert. So heterogen wie die Stoffe ist auch deren Wirkung. Jugendliche konsumieren die Substanzen hauptsächlich wegen der euphorisierenden, entaktogenen und stimulierenden Wirkung. Um damit mehr Spaß zu haben und besser feiern zu können.

Diese Substanzen haben ein relativ niedriges Potenzial, körperlich abhängig zu machen, können aber eine schwere psychische Abhängigkeit erzeugen und sind in hohen Dosierungen auch gefährlich. In den letzten Monaten ist eine Zunahme der Wirkstoffkonzentrationen zu verzeichnen, die oft eine toxische Konzentration erreichen (siehe dazu aktuelle Veröffentlichungen von „checkit!“¹). Der Konsum endet oft in bedrohlichen Vergiftungen mit der Notwendigkeit einer Behandlung im Krankenhaus.

In der klinischen Praxis ist zu beobachten, dass diese Substanzen sehr oft unreflektiert eingenommen werden. Viele Jugendliche wissen nicht, was und wie viel sie konsumieren und mit welchen Wirkungen zu rechnen ist.

¹ <https://checkit.wien/warnungen/> abgerufen am 09.07.2020

8.2.4

**Dr. Meropi Tzanetakis**

ist Senior Postdoc Fellow (FWF) am Institut für Politikwissenschaft der Universität Wien.

Wie die Digitalisierung den Drogenwerb verändert

Die Coronavirus-Pandemie wirkt wie ein Brandbeschleuniger auf den Prozess der Digitalisierung. In Zeiten, wo sozialer Kontakt so weit wie möglich verringert und körperlich Abstand eingehalten werden muss, um die Verbreitung des Coronavirus zu verhindern, floriert der Onlinehandel. Nicht nur Lebensmittel, Kleidung und Elektronik werden zunehmend per Mausklick online bestellt, sondern auch Drogen aller Art. Das belegen die beachtlichen Zuwachsraten für den Drogenwerb über das Darknet: Seit dem Beginn des Phänomens vor weniger als einer Dekade ist es zu einer Versechsfachung des Umsatzes mit illegalen Drogen gekommen.

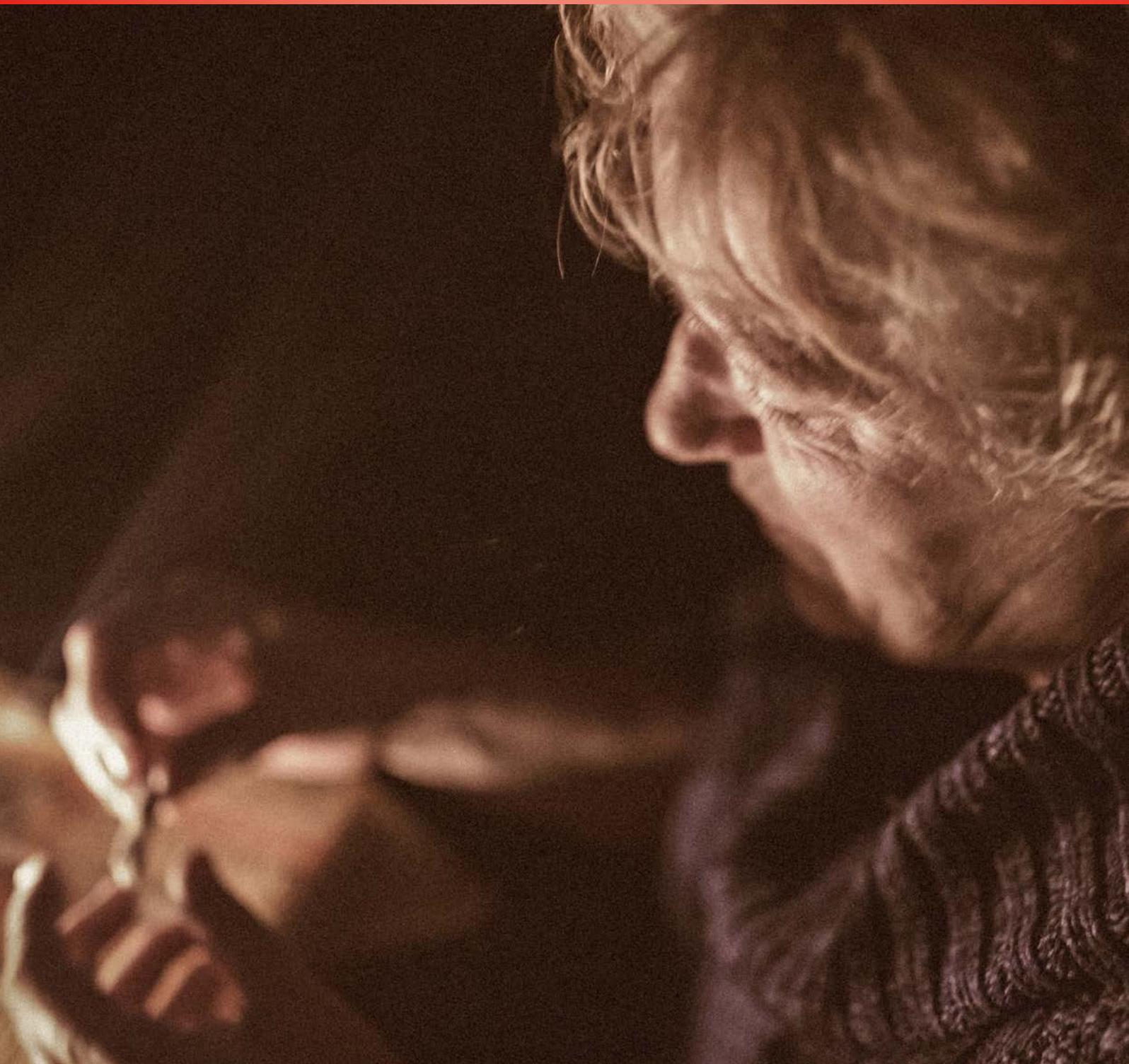
Mit der Attraktivität des Online-Drogenhandels gehen auch zahlreiche Veränderungen einher: Einerseits kommt es zu einer zunehmenden Verbreitung sämtlicher illegaler Drogen, die für jedermann und jederfrau mit Internetanschluss und digitaler Kompetenz zugänglich sind. Dabei spielen geographische Beschränkungen, Alter und Zeit keine Rolle. Andererseits werden digitale Verschlüsselungstechnologien verwendet, um die online hinterlassenen Spuren zu verwischen. Eine weitere Transformation betrifft die Nutzung von neuen Informations- und Kommunikationstechnologien: Smartphones, Social-Media-Apps und virtuellen Währungen (z. B. Bitcoin), mit denen sich KundInnen und HändlerInnen vernetzen. Fällt ein virtueller Kanal aus, steht eine Alternative bereit.

Diese Entwicklungen verdeutlichen einen Wandel in den Vertriebswegen, besonders im EndkundInnenbereich, wo Drogenübergaben zunehmend online abgewickelt werden. Damit einher gehen zahlreiche Herausforderungen für Politik, öffentliche Gesundheit und Polizei. Empfehlungen an EntscheidungsträgerInnen schließen an bestehende Maßnahmen zur Schadensminimierung an, die es um digitale Angebote und Substanztestungen zu erweitern gilt. Im digitalen Zeitalter braucht es vermehrt Drug-Checking, Informationsbereitstellung und Hilfsangebote etwa über Smartphone-Anwendungen.

9



Sucht im Alter



Daten und Fakten: Die häufigsten Süchte im Alter

Die gängigsten und häufigsten Suchtmittel im Alter sind Alkohol, Tabak und Medikamente.¹ Der Anteil der Personen mit problematischem Alkoholkonsum sinkt mit dem Alter vor allem aufgrund der höheren Sterblichkeit von Alkoholabhängigen. Aber der Durchschnittskonsum von Alkohol nimmt mit zunehmendem Alter zu, und auch der tägliche Alkoholkonsum ist bei älteren Menschen häufiger zu sehen. Nach Geschlecht betrachtet, trinken Männer häufiger täglich Alkohol als Frauen.² In der Altersgruppe der Personen ab 65 Jahren geben 20 % der Befragten an, täglich oder fast täglich Alkohol zu konsumieren, während dies über alle Altersgruppen betrachtet bei 12,4 % der der Fall ist.³

Anzeichen für Sucht im Alter sind schwer von „normalen“ Alterungsprozessen, einer Demenz oder Depression abgrenzbar, z. B.:⁴

- vermehrte Stürze,
- nachlassende körperliche Leistungsfähigkeit,
- Antriebslosigkeit,
- Desinteresse und Stimmungsschwankungen.

Frauen sind häufiger von Medikamentensucht betroffen als Männer, vor allem ältere Frauen zwischen 70 und 89 Jahren sind wegen Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit in Behandlung.⁵ Die Auswertung der Heilmittelverordnungs-Abrechnungen von Benzodiazepinen und benzodiazepinähnlichen Stoffen der steirischen Krankenkassen aus den Jahren 2012–2016 zeigt, dass insgesamt 68–84 % dieser Medikamente Frauen verordnet wurden und 55–56 % an Frauen über 60 Jahre gingen.⁶

Im Regelfall passiert die erste Einnahme von verschreibungspflichtigen Schlaf- oder Beruhigungsmitteln dann, wenn entsprechende Krankheitssymptome auftreten, d. h. dies nimmt mit steigendem Alter zu, da diese Mittel Probleme adressieren, die im Alter vermehrt auftreten.⁷

Die S1-Leitlinie zum Thema „Geriatrisches Assessment, Stufe 2“ beschreibt Sucht als Problem, das entweder ins Alter mitgenommen wird oder im Alter erst erworben wird. So empfiehlt die Literatur, standardisierte validierte Tests durchzuführen, um eine Suchterkrankung auch bei älteren Menschen zu erkennen. Folgende Tests und Fragebögen werden in der Leitlinie genannt:⁸

- Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener (CAGE)
- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)
- Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) (hier speziell der S-MASTG, der für ältere Menschen entwickelt wurde)
- Lippstädter Benzo-Check (LBC)

Sucht und Alter ist ein Thema, das bislang in Fachkreisen noch wenig Aufmerksamkeit erhalten hat, aber hochrelevant ist und an Bedeutung gewinnen wird. Roland Mader und Michael Musalek widmen sich in ihrem Beitrag dieser Thematik. Es folgen zwei Beiträge aus Sicht der Pflege, für die Sucht im Alter ein Interventionsfeld mit Herausforderungen ist.

1 Sucht und Substanzkonsum im Alter. (2018): Fourtyfour, das Präventionsmagazin, Nr. 30, S. 4–5

2 Gesundheit Österreich GmbH (Hg.) (2016): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015. Band 1: Forschungsbericht, S. 39–40

3 Gesundheitsfonds Steiermark (Hg.) (2017): Alkohol und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung Steiermark im Blickpunkt. 1. Aufl. Graz, Tabellenband

4 Vortrag Dr. Schulte-Welfers, 6. Studientage „Komplexe Suchtarbeit“, am 25. März 2019, Graz

5 Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (Hg.) (2017): Suchtbericht Steiermark 2017. Wien, S. 80

6 Ebda., S. 54–56

7 Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015, S. 58

8 DGGG, ÖGGG, SFGG, DGGPP, DGG (Hg.) (2019): S1-Leitlinie „Geriatrisches Assessment der Stufe 2“ AWMF, S. 60–63

9.2

Sucht im Alter – (K)ein Problem?

FACHBEITRAG VON

Prim. Dr. Roland Mader

ist Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin und Abteilungsleiter am Wiener Anton-Proksch-Institut.

Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek

ist Facharzt für Psychiatrie und Neurologie und Ärztlicher Direktor am Anton-Proksch-Institut.

Abhängigkeitserkrankungen werden bei älteren Menschen häufig übersehen, obwohl viele davon betroffen sein können und eine Behandlung auch im fortgeschrittenen Alter durchaus sinnvoll ist.

Prinzipiell werden Suchterkrankungen in sogenannte substanzgebundene Suchtformen – wie die Alkoholabhängigkeit, die Medikamentenabhängigkeit oder die Abhängigkeit von illegalen Substanzen – sowie substanzungebundene Süchte unterteilt, zu denen Internetsucht, Kaufsucht und Spielsucht zählen. Letztere, auch „Verhaltenssüchte“ genannten Formen, finden wir bei älteren Menschen eher selten, auch wenn die Glücksspielsucht in dieser Altersgruppe immer wieder vorkommt. Bei den substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen ist die höhere Altersgruppe sehr wohl gefährdet. Es gibt hier zum einen die lebenslangen RaucherInnen, zum anderen ist die libertäre 68er-Generation mittlerweile gealtert. KonsumentInnen illegaler Substanzen wie Opiate sind ehemals entweder früh

verstorben, oder sie konnten ihre Sucht erfolgreich beenden. Heute, durch moderne Substitutionsbehandlung, werden diese PatientInnen mit ihrer Abhängigkeit auch älter und bleiben in Behandlung. Die Medikamentenabhängigkeit ist die größte Herausforderung bei älteren Menschen, da diese meist im Verborgenen stattfindet und lange unentdeckt bleibt. Alkohol ist in Österreich die Volksdroge Nummer 1, und auch im Alter kann der Alkoholkonsum problematisch werden.

Alkohol

In Österreich gibt es geschätzte 365.000 Alkohol-Kranke und einen noch beträchtlich höheren Anteil an problematischen Alkohol-Konsumenten, das heißt an Menschen, die in einem gesundheitsgefährdenden Ausmaß Alkohol konsumieren. Die Trinkfrequenz, also wie häufig Alkohol getrunken wird, nimmt im Laufe des Lebens kontinuierlich zu, hat einen Peak um das 50. Lebensjahr, geht dann wieder leicht zurück und ab dem 70. Lebensjahr wieder deutlich nach oben. Das heißt, je älter ein Mensch ist, desto häufiger trinkt er Alkohol. Bei den ProblemkonsumentInnen finden wir den Gipfel ebenfalls um die 50 Jahre. Hier geht es im Pensionsalter zwar auch wieder hinauf, jedoch nicht so steil wie bei der Trinkfrequenz.

Bei den Abhängigen im Alter unterscheiden wir die, die schon immer abhängig waren und mit ihrer Sucht alt werden konnten, die so genannten „Early Onset“-Trinker, und die, die die Sucht erst im Alter entwickelten: die „Late Onset“-Trinker. Hierfür könnte es mehrere Erklärungen geben, wie eine fehlende Lebensaufgabe nach der Pensionierung, der Verlust des Partners/der Partnerin oder zunehmende gesundheitliche Beschwerden oder chronische Schmerzzustände, wo Alkohol häufig als „Medikament“ eingesetzt wird.

Medikamente

Bezüglich der Häufigkeit von Medikamentenabhängigen liegen deutlich weniger Daten vor als bei Alkohol- oder Drogenabhängigen. Da sich diese Suchterkrankung sehr häufig in einer Niedrigdosisabhängigkeit zeigt, wo Betroffene lediglich eine geringe Dosis von z. B. Benzodiazepinen einnehmen, auch häufig ohne Dosissteigerung, aber oft über Jahrzehnte hinweg, werden diese Personen in epidemiologischen Untersuchungen kaum erfasst. Geschätzte 150.000 ÖsterreicherInnen sind arzneimittelabhängig. Mög-

licherweise liegt hier die Dunkelziffer weit höher, Schätzungen gehen bis zu 300.000 Personen; eine genaue Angabe ist schwer möglich, da die Medikamentenabhängigkeit, wie keine andere Suchterkrankung, heimlich im Verborgenen stattfindet und die Betroffenen sehr lange sozial unauffällig bleiben.

Einen sehr großen Anteil der medikamentenabhängigen Menschen finden wir bei den alten Personen. Ein Drittel der über 70-Jährigen erhält psychotrope Substanzen, diese werden oft über längere Zeit ohne weitere Indikationsprüfung verordnet. Da ältere Menschen oft mehrere unterschiedliche Medikamente verordnet haben, ist die Gefahr einer Medikamenteninteraktion vorhanden. Dabei kann es zur Beeinträchtigung der Vigilanz, zu Blutdrucksenkung und Koordinationsstörungen kommen. Auch ist die muskelrelaxierende Wirkung von Benzodiazepinen nicht zu unterschätzen, die zu Stürzen und zum Beispiel zu Schenkelhalsfrakturen führen kann. Ältere Menschen verlieren oft den Überblick über die einzunehmenden Medikamente und sind gefährdet, unkontrolliert oder in falscher Dosierung ihre Medikation einzunehmen. Eine Entzugsbehandlung kann auch bei älteren Menschen indiziert sein und sollte immer angedacht werden.

Früherkennung

Da ein Suchtverhalten bei älteren Menschen meist im Verborgenen stattfindet und meist auch kein exzessiver Konsum vorliegt, ist eine Früherkennung oft nicht einfach. Wenn Betroffene sich zunehmend zurückziehen, viel schlafen, verlangsamt sprechen und eventuell auch eine Gangunsicherheit zeigen, kann dies ein Hinweis auf eine Medikamentenabhängigkeit, wahrscheinlich aus der Gruppe der Benzodiazepine, sein. Hier ist eine regelmäßige Prüfung der verordneten Medikation, vor allem durch den verschreibenden Arzt oder die Ärztin, ganz entscheidend.

Mögliche Hinweise auf ein Alkoholproblem können körperliche Beschwerden wie Übelkeit und Brechreiz oder auch Verdauungsbeschwerden aller Art sein, hier vor allem Durchfall, Blähungen oder Aufstoßen. Weiters finden wir eine ausgeprägte Schweißneigung, dies auch tagsüber, ein schwammiges oder aufgedunsenes Gesicht oder auch kleine Gefäßerweiterungen im Gesicht oder Brustbereich, sogenannte Spider naevi.

Typische psychopathologische Hinweise auf ein Alkoholproblem wären eine zunehmende Gereiztheit oder Aggressivität, innere Unruhe, aber auch sozialer Rückzug und zunehmende Verschlossenheit. Frühere Interessen werden häufig aufgegeben, Betroffene werden unverlässlich, und es kommt auch häufig zum Vernachlässigen oder Abbrechen von sozialen Beziehungen. Auch wird das äußere Erscheinungsbild – Kleidung und Körperpflege – zunehmend vernachlässigt; Konzentrationsstörungen und zunehmende Vergesslichkeit treten auf, und typisch sind auch Verleugnungstendenzen, den Alkoholkonsum betreffend.

Behandlung

Da bei älteren Menschen körperliche Erkrankungen im Vordergrund stehen, kommen Suchterkrankungen oft erst bei der Behandlung von somatischen Erkrankungen zum Vorschein. Hier werden eventuell veränderte Laborwerte gesehen, die zum Beispiel auf ein Alkoholproblem hindeuten, oder es wird durch Prüfung der Medikamentenverordnung eine – möglicherweise schon lange bestehende – Abhängigkeit von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln entdeckt. Dies muss in einer wertschätzenden Atmosphäre mit den Betroffenen thematisiert werden, und mögliche Hilfsangebote müssen gestellt werden. Sollte eine Behandlung indiziert und auch gewünscht sein, ist es ratsam, mit einer suchtspezifischen Einrichtung Kontakt aufzunehmen und einen Beratungstermin zwecks weiterem Vorgehen zu vereinbaren. Für eine Suchtbehandlung ist es nie zu spät.

Nach der Entzugsbehandlung hat die Behandlung sich vor allem auf Bedingungskonstellationen, auf sogenannte Komorbiditäten, körperliche und psychische Erkrankungen, psychosoziale Probleme, Traumatisierungen und Beziehungsstörungen zu beziehen, die im Einzelfall für das Auftreten und den Erhalt des Suchtgeschehens verantwortlich zeichnen. Um die Nachhaltigkeit der therapeutischen Maßnahmen zu erreichen, ist eine Lebensneugestaltung des/der Suchtkranken unverzichtbar. Lebensneugestaltung kennt keine Altersgrenzen! Auf diese Weise kann es dem/der Einzelnen wieder gelingen, ein im Wesentlichen autonomes und freudvolles Leben fernab der Suchtdynamik zu führen.

9.3

Recoveryorientierte Interventionsmöglichkeiten in der psychiatrischen Pflege

Die meisten Abhängigkeitserkrankungen entwickeln sich langsam über Monate bis Jahre hinweg. Die Ursachen für die Entwicklung sind multifaktoriell – wie bei den meisten psychischen Erkrankungen. Suchterkrankungen im Alter bleiben oft unbemerkt. Ein großer Anteil der älteren Menschen ist jedoch durch riskanten Konsum gefährdet und leidet zum Beispiel unter der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei älteren Menschen wurde lange Zeit in Forschung und Praxis kaum thematisiert.¹

Jahrelanger Suchtmittelkonsum führt oft zu einer Vielzahl von körperlichen und psychosozialen Problemen. Abhängigkeit im Alter bekommt eine andere Bedeutung, wenn man damit nicht das Angewiesensein auf Unterstützung bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit meint, sondern eine Suchtproblematik.

Neben der medizinisch-therapeutischen Behandlung von Abhängigkeitserkrankten kommt in der psychiatrischen Pflege dem recoveryorientierten Ansatz in der Betreuung und Begleitung der Menschen eine große Bedeutung zu.

Wofür steht Recovery?

In der Psychiatrie steht der Begriff „Recovery“ für eine Bewegung von Psychiatrie-Erfahrenen, die seit Anfang der 1990er-Jahre für eine andere Wahrnehmung psychischer Erkrankung kämpfen.²

„Recovery steht für die Hoffnung, dass Gesundung auch bei schweren chronischen psychischen Krankheiten möglich ist. Recovery bedeutet, wieder Verantwortung zu übernehmen für die eigene Gesundung und schließlich Strategien zu erlernen, wie mit Symptomen umgegangen werden kann, damit neue Lebensqualität wiedergewonnen wird.“³

Recovery betont die individuellen Lebenswege von Menschen und setzt an der Partizipation und Selbstbefähigung der Betroffenen an.⁴ Recovery kann keine Schritt-für-Schritt-Anleitung bieten, sondern begleitet Menschen individuell in ihrer persönlichen Genesung im Recovery-Prozess.



FACHBEITRAG VON

**DGKP Eveline
Brandstätter, MSc,**

*ist Pflegedirektorin und
Mitglied der Anstaltsleitung
im LKH Graz II.*

1 Havemann-Reinecke, U.; Weyerer, S. & Fleischmann, H. (Hrsg.) (1998): Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter. Freiburg: Lambertus

2 Davidson L., Rakfeldt J., Strauss J. S. (2010): The roots of the recovery movement in psychiatry: lessons learned. Oxford: Wiley-Blackwell

3 Thomas Ihde, <https://ccapp.ch/recovery/> angerufen am 27.08.2020. Stiftungspräsident Pro Mente Sana, Chefarzt Spitäler FMI AG

4 Burr Ch., Schulz M., Winter A., Zuaboni G. (2013): Recovery in der Praxis. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag

Recoveryorientierte Ansätze bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen

Psychiatrisches Pflegepersonal ist in der Arbeit häufig mit Betroffenen konfrontiert, die immer wieder zur Aufnahme und Therapie kommen oder nach Abschluss einer stationären Langzeitbehandlung rasch rückfällig werden. Diese Menschen befinden sich in einem „Teufelskreis“ aus Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit, Scham und Resignation. Hoffnungslosigkeit bedingt Stillstand und Resignation, es gibt keine Ziele, und das vernichtet die Chancen für Recovery.

Im Zentrum des recoveryorientierten Ansatzes steht weniger die Frage nach den Defiziten, sondern die Frage nach der individuellen Bedeutung der Erkrankung.⁵

Kernelemente von Recovery sind:⁶

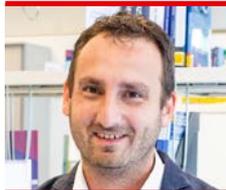
- eine wertschätzende, optimistische Haltung,
- jeder Mensch hat das Potenzial zur Genesung;
- Gesundung ist mehr als die Abwesenheit von Symptomen;
- Recovery ist ein individueller Prozess;
- hoffnungsvoll sein,
- Empowerment,
- Peer-Arbeit.

Fazit

Insgesamt ist Abhängigkeit und Sucht ein wesentliches Thema für die stationäre Pflege von alten Menschen, vor allem im Bereich der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung brauchen Hoffnung, und sie brauchen Menschen, die auch in schwierigen Zeiten an ihrer Seite stehen. Wenn sie selbst keine Perspektive mehr erkennen, liegt es in unserer Hand, ihnen Hoffnung zurückzugeben.

Die Wege zur Gesundung, die sich für Betroffene eröffnen können, sind individuell und vielfältig. Die Pflege ist gefordert, durch sinn- und ressourcenorientierte Angebote den Wegfall der Droge zu kompensieren und Betroffene mit realistischen, zielführenden und individuell passenden Strategien entsprechend der altersspezifischen Bedürfnisse zu begleiten und zu unterstützen.

9.3.1



Manuel Pfeilstecher, MBA, MSc,
ist psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger
und Hochschullektor für psychiatrische Gesundheits-
und Krankenpflege an der FH Joanneum.

Sucht im Alter – für Gesundheits- und Krankenpflegepersonen oft ein schmaler Grat

Zu den pflegerischen Anforderungen durch die demografische Entwicklung stellt Sucht im Alter für die pflegerische Betreuung und Versorgung eine zusätzliche Herausforderung dar. Sowohl in der häuslichen Versorgung (HKP) als auch in Langzeitpflegeeinrichtungen bewegen wir uns als Pflegepersonen in höchst persönlichen Lebensbereichen der KlientInnen.

Auch oder gerade mit Abhängigkeitserkrankungen ist es immer das Ziel, nach Maßgabe der individuellen Situation ein erfülltes Leben zu ermöglichen. Diesbezüglich ist insbesondere bei Suchterkrankungen für Gesundheits- und Krankenpflegepersonen oft ein schmaler Grat zu beschreiten: Auf der einen Seite steht die Achtung selbstbestimmten Lebens und Alterns, wo es gilt, Entscheidungen des Menschen anzunehmen, und auf der anderen Seite steht die berufsbedingte Wahrung von Gesundheitsförderung und -erhaltung.

Handlungsleitend soll das Wohlbefinden der KlientInnen sein, in einem Ausmaß, das von allen Beteiligten mitgetragen werden kann. Die Vermeidung von interventionsbedürftigen Zuständen kann damit erreicht werden, dass die Situation bewusst angenommen wird. Hierzu bedarf es einer gezielten Zusammenarbeit zwischen KlientInnen und deren Angehörigen mit den Betreuungspersonen aller beteiligten Disziplinen. Es hat sich bewährt, wenn es eine fallverantwortliche Pflegeperson als AnsprechpartnerIn und Bindeglied gibt, die sich für klare und transparente Regeln im Umgang mit der Suchterkrankung einsetzt und realistische Ziele für die pflegerische Betreuung definiert.

⁵ Schulz M., Zuaboni G. (2012): Recovery-orientiert fragen. Psychiatrische Pflege;2012; 18 (05). S. 230–235

⁶ Köckritz A. (2019): Recovery bei Abhängigkeitserkrankungen. Recovery-Kongress: Land in Sicht! 8.–9. Oktober 2019, Wiesloch

Biografien der Autorinnen und Autoren

Dr. Michael Adomeit

leitet das Referat Suchtfragen der Ärztekammer. Der niedergelassene Allgemeinmediziner im Bezirk Weiz ist Obmann der Wissenschaftlichen Akademie für Vorsorgemedizin, die in Graz die Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle (I.K.A.) führt. In der I.K.A. wird medizinische und psychosoziale Suchtkrankenversorgung im Rahmen einer Ordination mit Kassenvertrag angeboten.

Mag. Dr. Isabella Bauer-Rupp

arbeitet in der Österreichischen Gesundheitskasse im Medizinischen Dienst Steiermark.

Juliane Cichy, MSc

Referentin der Suchtkoordination des Landes 2002–2018; 2019 Suchtkoordinatorin, Gesundheitsfonds Steiermark, Vorstandsmitglied im Verein NADA (National Acupuncture Detoxification Association) seit 2006 und Dozentin der NADA-Ausbildungen seit 2009; Mediatorin seit 2005 (GBKL– Gemeinschaftsbasierende Konfliktlösung), Master-Studium „Child Development mit Schwerpunkt Sucht“ 2009–2011.

DGKP Eveline Brandstätter, MSc

ist nach langjähriger Erfahrung in leitenden Positionen seit 1. Jänner 2019 Pflegedirektorin und Mitglied der Anstaltsleitung im LKH Graz II. Sie ist Sprecherin der Arbeitsgemeinschaft der überregionalen Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft mbH.

Mag. Andrea Descovich

hat nach dem Studium der Psychologie im Jahr 1998 die Ausbildung zur Drogenberaterin absolviert und 2000 die Ausbildung zur Klinischen Psychologin und Gesundheitspsychologin. Seit September 1992 ist sie Mitarbeiterin der Psychosozialen Dienste der Hilfswerk Steiermark GmbH, seit 2009 Fachbereichsleiterin der Psychosozialen Dienste.

Manfred Geishofer

ist Geschäftsführer von b.a.s. („betrifft abhängigkei & sucht“), Psychotherapeut, Supervisor und Organisationsberater. Seit 1986 bei b.a.s. tätig, seit 1995 als Leiter. Seine Aufgaben umfassen Planungs- und Konzeptarbeit für Sozial- und Gesundheitsprojekte, Referenten- und Seminare-tätigkeit sowie die gesundheits- und sozialpolitische Mitarbeit in verschiedenen Gremien.

Dr. Hans Haltmayer

ist Psychotherapeut und Arzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapie und Psychosomatik. Er ist ärztlicher Leiter der Suchthilfe Wien gGmbH, des Ambulatoriums Suchthilfe Wien sowie des Regionalen Kompetenzzentrums im Netzwerk „Alkohol. Leben können“. Als einer der führenden Experten für Suchtkrankheiten ist er Mitglied von Sachverständigenkommissionen und Ausschüssen der Stadt Wien und des Bundes. Zudem ist er 1. Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheiten (ÖGABS), Mitherausgeber der Fachzeitschrift „Suchtmedizin – Addiction Medicine“ und Autor zahlreicher Fachartikel, Studien und Buchbeiträge.

MMag. Manuel Hochenegger

hat Rechts- und Politikwissenschaften studiert und ist systemischer Berater. Seit 2013 ist er bei der Drogenarbeit Z6 als Drogenberater tätig und koordiniert das stationäre Drug-Checking-Programm der Einrichtung. Er hält Vorträge und gibt Workshops in den Bereichen Drug-Checking, Substanzkonsum bei Jugendlichen, Freizeitdrogenkonsum und Substanzlehre inklusive „Neue Psychoaktive Substanzen“ (NPS).

DSA Renate Hutter, MSc

ist Sozialarbeiterin, Psychotherapeutin, Supervisorin und Master of Science im Fach Child Development. Sie leitet seit 1986 die Drogenberatung des Landes Steiermark, ihre Arbeitsschwerpunkte sind suchtbelastete Familien und Essstörungen. Renate Hutter lehrt an der FH Joanneum, Institut für Soziale Arbeit, und am Universitätslehrgang „Psychotherapeutisches Propädeutikum“ von UNI for LIFE.

DSA Claudia Kahr

ist diplomierte Sozialarbeiterin und Mediatorin und seit 1996 Geschäftsführerin von VIVID – Fachstelle für Suchtprävention Steiermark

Univ.-Prof. DDr. Hans-Peter Kapfhammer

ist Diplom-Psychologe (Klinische Psychologie), Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Psychoanalytiker (DGPT). Seit 2003 ist er ordentlicher Professor für Psychiatrie und Vorstand der Universitätsklinik für Psychiatrie der Karl-Franzens-Universität Graz, später Medizinische Universität Graz (MUG), wo er seit 2013 Vorstand der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin ist sowie supplien-der Vorstand der Klinik der Medizinischen Psychologie und Psychotherapie.

Dr. Johannes Koinig

Gesundheitsfonds Steiermark, stellvertretender Geschäftsführer – Leitung Bereich Gesundheitsplanung, Steuerung und Qualität. Aus- und Weiterbildung: Medizinstudium und Promotion an der Karl-Franzens-Universität in Graz, Turnusausbildung, ÖÄK-Diplom Arzt für Allgemeinmedizin, Zertifikat für Telemedizin, Zertifikat für Controlling im Krankenhaus, Hernstein Management Degree. Beruflicher Werdegang: bis 2006 ärztliche und administrative Tätigkeit in der KAGes Steiermark, seit 2006 Gesundheitsfonds Steiermark, Leitung des Arbeitsbereichs „Planung, Steuerung und Qualität“ und stellvertretender Geschäftsführer, 2013 bis 2020 Vorsitzender des Boards für das Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, seit 2015 Vorsitzender der Qualitätssicherungskommission Steiermark.

DDr. Susanna Krainz

ist Juristin und Psychologin und wurde im Mai 2000 zur ersten steirischen Psychiatriekoordinatorin bestellt. Seither lenkt sie den Auf- und Ausbau sowie den qualitätsgesicherten Betrieb der psychosozialen Versorgung in der Steiermark.

Assoz. Prof. Dr. Nicole Kronberger

ist Psychologin, assoziierte Professorin und Leiterin der Abteilung Sozialpsychologie, Personalentwicklung und Erwachsenenbildung der Johannes-Kepler-Universität Linz.

Sascha Lang, BA (BSc)

schließt derzeit das Masterstudium „Soziale Arbeit“ an der FH Joanneum in Graz ab. Er ist seit 2009 als Sozialarbeiter in der Therapiestation und Ambulanz für Drogenkranke „Walkabout“ des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder, Graz, mit der Projektierung eines Übergangswohnens für Suchtkranke betraut; zudem ist er Vorstandsmitglied des Vereins b.a.s. („betrifft abhängigkeit & sucht“).

Dr. Monika Lierzer

leitet seit 2009 die Fachstelle Glücksspielsucht Steiermark. Seit 1988 ist sie als Klinische Psychologin am Zentrum für Suchtmedizin, Abteilung Entwöhnungsbehandlung (Alkohol- und Glücksspielsucht) tätig. Von 1994 bis 2009 war sie freie Mitarbeiterin bei b.a.s. („betrifft abhängigkeit & sucht“) im Fachbereich ambulante Glücksspielsuchtbehandlung. Ihr Schwerpunkt als Psychotherapeutin ist die Verhaltenstherapie. Sie ist Lehrtherapeutin in der Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation (AVM) für den Suchtbereich und Vorstandsmitglied der Gesellschaft zur Erforschung nicht stoffgebundener Abhängigkeiten. Ihre Expertise gibt sie in zahlreichen Vorträgen im In- und Ausland und in Lehraufträgen weiter.

Prim. Dr. Roland Mader

ist als Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin seit 1991 am Wiener Anton-Proksch-Institut (API) angestellt und leitet hier die Abteilung III. Am API ist er zudem Koordinator des Schwerpunktgebietes Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Seit 2018 ist er Leiter der Sektion Sucht der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie.

Mag. Dr. Alexandra Mandl

ist Apothekerin in der Apotheke „Am Grünanger“ in Graz-Liebenau. Seit 1.7.2017 ist sie die Vizepräsidentin der Landesgeschäftsstelle Steiermark und Mitglied im Fachausschuss Fortbildung der Österreichischen Apothekerkammer. Seit 2002 ist sie Mitglied der Aspirantenprüfungskommission der Landesgeschäftsstelle Steiermark der Österreichischen Apothekerkammer, außerdem Vortragende in diversen Kursen der Österreichischen Apothekerkammer und Universitätslektorin am Institut für Pharmazeutische Wissenschaften der Karl-Franzens-Universität Graz.

Mag. Sandra Marczik-Zettinig, MPH

studierte Deutsche Philologie in Graz und absolvierte eine Ausbildung zum Master of Public Health an der Medizinischen Universität Graz. Von 2000 bis 2009 war sie im Gesundheitsressort des Landes Steiermark/Büro des Gesundheitslandesrats mit den Schwerpunkten Gesundheitsförderung, Prävention, Public Health, Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung tätig. Seit Herbst 2009 ist sie beim Gesundheitsfonds Steiermark für Gesundheitsziele Steiermark, Gesundheitsberichterstattung, Förderungen, Alkoholpräventionsstrategie und Gesundheitskompetenz zuständig. Seit 2014 ist sie Bereichsleiterin für Gesundheitsförderung und Public Health.

Dr. Elisabeth Moser-Knapp

hat das Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Universität in Graz absolviert und war nach der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin an verschiedenen Krankenhäusern der Steiermark und in einer Praxis für Allgemeinmedizin in Graz tätig. Von Jänner 2018 bis Jänner 2019 war sie Stationsärztin der Abteilung für Chirurgie im Krankenhaus der Elisabethinen. Seit Februar 2019 ist sie Ärztin für Allgemeinmedizin bei der I.K.A. in Graz, seit März 2019 Ärztliche Leiterin der Einrichtung.

Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek

ist Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut und gerichtlich beeideter Sachverständiger für das Gebiet der Psychiatrie. Seit 2001 ist er Primarius im Anton-Proksch-Institut, seit 2004 dessen Ärztlicher Direktor. Zudem ist er Vorstand des Instituts für Sozialästhetik und psychische Gesundheit der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien und Berlin, Präsident des Stiftungsfonds Erwin-Ringel-Institut, Präsident der „European Society for Aesthetics and Medicine“ und Mitglied im Ausschuss für ethische Angelegenheiten der European Psychiatric Association (EPA).

Mag. Andreas Neuhold, MSc

Personalabteilung des Landes Steiermark. Der Psychotherapeut und Sportwissenschaftler ist seit über 20 Jahren in der Drogenberatung des Landes Steiermark und in freier Praxis tätig. Leiter der Beratungsstelle der Landespersonalvertretung.

Manuel Pfeilstecher, MBA, MSc

ist psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger und hat die Studien des Gesundheits- und Sozialmanagements sowie der Pflegepädagogik absolviert. Von 2009–2016 war er am Zentrum für Suchtmedizin im Akutbereich tätig, von 2016–2017 im Therapiebereich. Seit 2017 ist er Hochschullektor für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege an der FH Joanneum.

Mag. Christa Peinhaupt, MBA

ist Medizin- und Gesundheitssoziologin und stv. Leiterin und Senior Researcher am Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit – EPIG GmbH. Ihre Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsberichterstattung, Struktur- und Versorgungsplanung, Konzeption, Beratung und Evaluation von integrierten Versorgungsprogrammen und Gesundheitsförderungsprogrammen sowie Beratung und Leitung von Health-in-All-Policies-Prozessen.

Dr. Christina Pillich

ist Fachärztin für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin. Sie arbeitet am Zentrum für Suchtmedizin des LKH Graz II, Standort Süd.

Mag. (FH) Harald Ploder, MSc

ist Sozialarbeiter, Supervisor, Coach und Organisationsentwickler. Er absolvierte 2008 das Studium Soziale Arbeit an der FH Joanneum in Graz und 2019 den Masterlehrgang für Supervision, Coaching und Organisationsentwicklung. Von 2008 bis 2011 war er in der Jugendwohlfahrt tätig. Seit 2011 ist er als Sozialarbeiter in der Grazer Einrichtung „Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich“ der Caritas beschäftigt, seit 2019 leitet er diese Einrichtung. Zudem ist er seit 2016 in freier Praxis als Supervisor, Coach und Organisationsentwickler tätig.

MMag. Dr. med. Günter Polt, MSc

ist Arzt für Allgemeinmedizin, Sportwissenschaftler, Landesschularzt für Steiermark und Lehrbeauftragter an der Medizinischen Universität Graz.

Mag. Waltraud Posch

studierte Soziologie, Pädagogik und Medienkunde. Seit 2008 koordiniert sie bei „VIVID – Fachstelle für Suchtprävention“ die Tabakpräventionsstrategie Steiermark.

Mag. Dr. phil. Martin Riesenhuber

ist Sozialpädagogin, Suchtberaterin, Lebens- und Sozialberaterin und seit 1999 stellvertretende Leiterin der Drogenberatung des Landes Steiermark. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Jugendliche und junge Erwachsene sowie Elternarbeit. Er lehrt an der FH Joanneum, Institut für Soziale Arbeit, und an der Karl-Franzens-Universität, Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft, Arbeitsbereich Sozialpädagogik.

Chefspektor Christian Sallmutter

ist Leiter der Abteilung Kriminalprävention des Landeskriminalamtes Steiermark. Er war im Zivilberuf Chemielaborant, bevor er 1991 seinen Dienst bei der Exekutive aufnahm. Nach einem mehrmonatigen Praktikum im kriminaltechnischen Zentrallabor des Bundeskriminalamtes Wien war er von 1995 bis 2005 im Bereich der Tatortarbeit und Spurensicherung im Labor des Landeskriminalamtes Steiermark eingesetzt. Seit 2005 ist er in der Kriminalprävention des Landeskriminalamtes tätig, seit einigen Jahren leitet er das Büro.

Prim. Dr. Johann Sailer

ist Leiter des Zentrums für Suchtmedizin am LKH Graz II, Standort Süd, und Ärztlicher Leiter der Drogenberatungsstelle des Landes Steiermark.

Mag. Simone Seyringer, MAS

ist Projektmitarbeiterin und Dissertantin an der Abteilung Sozialpsychologie, Personalentwicklung und Erwachsenenbildung der Johannes-Kepler-Universität (JKU) Linz.

Dr. Stefan Sinz

ist Facharzt für Psychiatrie, Arzt für Allgemeinmedizin und Ärztlicher Leiter der Suchtberatung Obersteiermark, Leoben, mit Wahlarztpraxis in Leoben.

Univ.-Prof. Dr. Martin Schmid

ist Chemiker und promovierter Pharmazeut und seit 2001 ao. Professor am Institut für Pharmazeutische Wissenschaften, Bereich Pharmazeutische Chemie, der Karl-Franzens-Universität Graz. Sein Forschungsschwerpunkt ist die Zuordnung und Analytik von neuen psychoaktiven Substanzen. Seit 2006 ist er allgemein beeideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger für Pharmazeutische Chemie und erstellt in dieser Funktion laufend Gutachten von Suchtmitteluntersuchungen. Forschungsaufenthalte führten ihn an die Universitäten Innsbruck, Pécs, Greifswald und Uppsala.

Mag. Karl Schubert-Kociper

ist Psychologin und seit 2008 in der Suchthilfe Wien gGmbH tätig. Seit 2015 ist er Bereichsleiter für Suchtprävention der Suchthilfe Wien und leitet die Einrichtung „checkit! –Kompetenzzentrum für Freizeitdrogen“.

Bezirksinspektor Hans-Peter Schume

ist Kriminalpräventionsbeamter beim Landeskriminalamt Steiermark. Nach Ausbildung und Dienst beim Gendarmerie-Einsatzkommando (Cobra) in den frühen 1990er-Jahren war er von 1995 bis 2008 Suchtgiftermittler im Bezirk Graz-Umgebung und beim Landeskriminalamt Steiermark und von 2008 bis Ende 2011 Sexualdeliktermittler beim Landeskriminalamt Steiermark. Seit 2012 ist er Kriminalpräventionsbeamter beim Landeskriminalamt Steiermark mit Schwerpunkt Prävention mit der Zielgruppe Jugendliche. Mit dem Thema Suchtprävention beschäftigt er sich seit 1996.

Dr. Thomas Trabi

ist Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie im LKH Graz II und in freier Praxis und Mitglied der Arbeitsgruppe Sucht der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGKJP). An der Österreichischen Akademie der Ärzte (ÖÄK) erwarb er Diplome für Psychotherapeutische Medizin und Substitutionsbehandlung.

Mag. Michael Truschnig

ist Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut und Supervisor in freier Praxis. Er ist als Co-Geschäftsführer für die inhaltlich-fachliche Ausrichtung der PSN Psychosoziales Netzwerk gGmbH und der Sera Soziale Dienste gGmbH zuständig.

Dr. Meropi Tzanetakis

ist Senior Postdoc Fellow (FWF) am Institut für Politikwissenschaft der Universität Wien. Ihre Forschungsinteressen liegen im Bereich der Governance illegalisierter Drogenmärkte, digitaler Technologien und kritischer Sicherheitsforschung. Sie ist Chefredakteurin des „Kriminologischen Journals“ und Herausgeberin von „Drogen, Darknet und Organisierte Kriminalität. Herausforderungen für Politik, Justiz und Drogenhilfe“ (Nomos, 2019).

DSA Roland Urban, MAS

absolvierte die Akademie für Sozialarbeit, Graz, und das Masterstudium Sozialmanagement an der Johannes-Kepler-Universität Linz, Abschluss 2005. Berufliche Stationen: BIZ Obersteiermark Leoben: Sozialarbeit/Streetwork 1997–1999; Caritas: Sozialarbeit bei „Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich“ von 1999–2003, Leitung der Einrichtung von 2004–2017; Leitung des Caritas-Fachbereichs „Beratung und Streetwork“ bis 2017; seither Leitung der Caritas-Abteilung „Beratung und Existenzsicherung“.

DSA Ulrike Walch

ist diplomierte Sozialarbeiterin der Kinder- und Jugendhilfe an der Bezirkshauptmannschaft Graz-Umgebung, akademische Theaterpädagogin, hat den Universitätslehrgang für Supervision, Coaching und Organisationsentwicklung absolviert und ist seit 2020 geprüftes Mitglied der Österreichischen Vereinigung für Supervision und Coaching (ÖVS).

**Dr. Elisabeth Wejborá und
Dr. Johanna Leitner**

haben in Graz Medizin studiert. Dr. Wejborá hat die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin in Zell am See und Graz absolviert, Dr. Leitner bei der KAGes und in Klagenfurt. Dr. Wejborá und Dr. Leitner waren von 2014 bzw. von 2016 bis 2019 als Ärztinnen für Allgemeinmedizin an der I.K.A. Papiermühlgasse, Graz, und dort zuletzt gemeinsam in medizinisch leitender Funktion tätig. Sie absolvieren laufende Fortbildungen im Bereich Substitution und systemische Familientherapie. Im Oktober 2019 haben die beiden Ärztinnen die Primärversorgungseinheit „Allgemeinmedizin Graz Gries“ gegründet.

Dr. Ulf Zeder

ist Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe und Psychotherapeut. Er ist Suchtkoordinator der Stadt Graz und Leiter des Referats für Sozialmedizin.

HR Dr. Josef Zollneritsch

ist langjähriger Leiter der Abteilung Schulpsychologie & schulärztlicher Dienst in der Bildungsdirektion für Steiermark. Er ist klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe, Gründer und CEO des Unterstützungsvereins Schulpsychologie Steiermark, Gründer und stellvertretender wissenschaftlicher Leiter der österreichischen Akademie für Schulpsychologie, Professor an der Pädagogischen Hochschule Steiermark, Universitätslektor an der Karl-Franzens-Universität Graz, Autor sowie allgemein beeideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger.

Fotorechte (Je Seite, der Reihe nach)

Titelseite	© iStockphoto.com
2	© Jakob Glaser
3	© ÖGK, Wrann; © ÖGK
4	© Gesundheitsfonds Steiermark; © Gesundheitsfonds Steiermark
5	Privatfoto
6	© iStockphoto.com
9	Privatfoto
13	© Kraberger
14	© iStockphoto.com
16	© Marija Kanizaj
20	© UNK
20	© iStockphoto.com
21	© Foto Fischer
22	Privatfoto
24	© Foto Furgler
25	© VIVID
26	© Neuhold; © Foto Fischer
27	Privatfoto
28	Privatfoto; Privatfoto
30	Privatfoto
32	© iStockphoto.com
36	© EPIG; © UNK
38	© iStockphoto.com
41	© Harry Schiffer
42	Privatfoto
43	Privatfoto; Privatfoto
44	© Foto Furgler
45	© iStockphoto.com
46	© KAGes
48	Privatfoto
49	© iStockphoto.com
50	© iStockphoto.com
52	© UK Photography
53	© Kleine Zeitung
54	© AD-Ventures
54	© Foto Trummer/Derler
55	© Roland Liesinger
56	© iStockphoto.com
58	© Alexander Gotte, Suchthilfe Wien gGmbH
59	© ÖGK, Wrann
60	Privatfoto; Privatfoto
61	© iStockphoto.com
62	© iStockphoto.com
64	© Foto Furgler
65	Privatfoto
66	© Harry Schiffer
68	© Foto Furgler
70	© iStockphoto.com
72	Privatfoto
73	© Marie Bleyer
74	© Drogenarbeit Z6
75	Privatfoto; © Interfoto
76	© iStockphoto.com
78	© Anton-Proksch-Institut; © Anton-Proksch-Institut
80	© Foto Furgler
81	© FH Joanneum

Suchthilfe-Einrichtungen (Stand August 2020)

Versorgungsregion: VR 61 (G,GU)

BEZIRK GRAZ

Drogenberatung des Landes Steiermark

0316/326044

drogenberatung@stmk.gv.at

www.drogenberatung.steiermark.at

b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen

0316/821199

office@bas.at

www.bas.at

SMZ Liebenau – Sozialmedizinisches Zentrum

0316/428161

smz@smz.at

www.smz.at

Grüner Kreis – Ambulantes Beratungs- und Betreuungszentrum

0316/760196

ambulanz.graz@gruenerkreis.at

www.gruenerkreis.at

Caritas – Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich

0316/772238

streetwork@caritas-steiermark.at

www.caritas-steiermark.at

Caritas / Schlupfhaus – Notschlafstelle für Jugendliche

0316/482959

schlupfhaus@caritas-steiermark.at

www.caritas-steiermark.at

I.K.A. – Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle für medizinische und psychosoziale Suchtkrankenversorgung

0316/714309

office@ika.or.at

www.ika.or.at

Allgemeinmedizin Graz Gries OG – Primärversorgungseinheit

0316/931272

hausarztinnen@allgemeinmedizingries.at

www.allgemeinmedizingries.at

Jugend am Werk – Spielfrei/Leben ohne Glücksspiel, Beschäftigungsprojekt

0664/800062218

office@jaw.or.at

www.jaw.or.at

Verein Fensterplatz – Jugendarbeitsprojekt „heidenspass“

0316/764078

office@heidenspass.cc

www.heidenspass.cc

ERfA – Erfahrung für Alle, Verein für gemeinnützige Beschäftigung

0660/7100710

office@erfa-graz.at

www.erfa-graz.at

Offline Retail – Beschäftigungsprojekt für Menschen mit Suchterkrankung

0676/88015446

offline@caritas-steiermark.at

www.projekt-offline.org

VIVID – Fachstelle für Suchtprävention

0316/823300

info@vivid.at

www.vivid.at

Fachstelle für Glücksspielsucht Steiermark (b.a.s.)

0664/9643692

info@fachstelle-gluecksspielsucht.at

www.fachstelle-gluecksspielsucht.at

Schuldnerberatung Steiermark – Existenzsicherungsberatung für GlücksspielerInnen

0316/372507

office@sbstmk.at

www.sbstmk.at

Aloisianum – Therapeutische stationäre Wohngemeinschaft zur Rehabilitation alkoholabhängiger Männer und Frauen

0316/8015-630

aloisianum@caritas-steiermark.at

www.caritas-steiermark.at

Walkabout – Ambulanz Mariahilf, Therapiestation für Drogenkranke der Barmherzigen Brüder in Graz-Kainbach

0316/712343

sekretariat@bbwalkabout.at

www.barmherzige-brueder.at

LKH Graz II, Standort Süd – Zentrum für Suchtmedizin, Ambulante Entzugsbehandlung, Suchtmedizinische Ambulanz, Substitutionsambulanz

0316/2191-2222, 0316/2191-2239

suchtmedizin@lkh-graz-sw.at

www.lkh-graz2.at

**Krankenhaus der Barmherzigen Brüder,
Graz-Eggenberg**

0316/5989-22000
psych.chefsek@bbgraz.at
www.barmherzige-brueder.at

**Univ.-Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapeutische Medizin**

0316/385-13612
psychiatrie@klinikum-graz.at
www.psychiatrie.uniklinikumgraz.at

Anonyme Alkoholiker Graz

0316/574740
stmk.ktn@anonyme-alkoholiker.at
www.anonyme-alkoholiker.at

Blaues Kreuz – Selbsthilfegruppen (Alkohol-)Sucht

0664/3007315
info@blaueskreuz.at
www.blaueskreuz.at

BEZIRK GRAZ-UMGEBUNG

**Hilfswerk – Psychosoziale Beratungsstelle &
Suchtberatungsstelle Hausmannstätten**

03135/47474
psd.graz-umgebung-sued@hilfswerk-steiermark.at
www.hilfswerk-steiermark.at

Versorgungsregion: VR 62 (LI)

BEZIRK LIEZEN

**b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen
Suchtberatungsstelle Liezen**

0664/8368560
office@bas.at
www.bas.at

**b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen
Suchtberatungsstelle Gröbming**

0664/8538853
office@bas.at
www.bas.at

**b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen
Suchtberatungsstelle Bad Aussee**

0664/8538853
office@bas.at
www.bas.at

**PSN Psychosoziales GmbH – Psychosoziale
Beratungsstelle & Suchtberatungsstelle Liezen**

03612/26322
li@psn.or.at
www.psn.or.at

Sera Soziale Dienste gGmbH – Streetwork

0676/840830309
office@sera-liezen.at
www.sera-liezen.at

Versorgungsregion: VR 63 (BM, LN)

BEZIRK BRUCK-MÜRZZUSCHLAG

**LKH Hochsteiermark – Standort Bruck a.d. Mur –
Dislozierte Suchtmedizinische Ambulanz**

03862/8955451
birgit.poltensteiner@kages.at
www.lkh-hochsteiermark.at

**b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen
Suchtberatungsstelle Bruck a. d. Mur**

0664/9683240
office@bas.at
www.bas.at

**b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen
Suchtberatungsstelle Mürzzuschlag**

0664/9683240
office@bas.at
www.bas.at

**b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen
Suchtberatungsstelle Kapfenberg**

0664/8467677
office@bas.at
www.bas.at

ISOP – Streetwork Bruck/Kapfenberg

0650/8217882
joerg.ebner-schwarzenegger@isop.at
www.isop.at

ISOP – Streetwork Oberes Mürztal

0699/14600026
achim.lernbass@isop.at
www.isop.at

BEZIRK LEOBEN

Suchtberatung Obersteiermark

03842/44474
office@sb-o.at
www.suchtberatung-obersteiermark.at

Versorgungsregion: VR 64 (HF, SO, WZ)

BEZIRK HARTBERG-FÜRSTENFELD

**b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen
Suchtberatungsstelle Hartberg**

03332/61699
office@bas.at
www.bas.at



Hilfswerk – Psychosoziale Beratungsstelle & Suchtberatungsstelle Fürstenfeld und Streetwork
03382/51850
psd.fuerstenfeld@hilfswerk-steiermark.at
www.hilfswerk-steiermark.at

BEZIRK WEIZ

b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen Suchtberatungsstelle Weiz
0664/8368308
office@bas.at
www.bas.at

Weiz Sozial – Streetwork und Notschlafstelle „BIWAK“
03172/46023
office@weiz-sozial.net
www.weiz-sozial.net

BEZIRK SÜDOSTSTEIERMARK

Grüner Kreis Johnsdorf – Rehabilitationseinrichtung
03155/51979
johnsdorf@gruenerkreis.at
www.gruenerkreis.at

Hilfswerk – Psychosoziale Beratungsstelle & Suchtberatungsstelle Feldbach und Streetwork
03152/5887
psd.feldbach@hilfswerk-steiermark.at
www.hilfswerk-steiermark.at

Hilfswerk – Psychosoziale Beratungsstelle & Suchtberatungsstelle Mureck
03472/40485
psd.mureck@hilfswerk-steiermark.at
www.hilfswerk-steiermark.at

Hilfswerk – Psychosoziale Beratungsstelle & Suchtberatungsstelle Bad Radkersburg
03476/3868
psd.radkersburg@hilfswerk-steiermark.at
www.hilfswerk-steiermark.at

Versorgungsregion: VR 65 (DL, LB, VO)

BEZIRK LEIBNITZ

b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen Suchtberatungsstelle Leibnitz
0664/8368561
office@bas.at
www.bas.at

BEZIRK DEUTSCHLANDSBERG

b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen Suchtberatungsstelle Deutschlandsberg
0664/9645042
office@bas.at
www.bas.at

Sozialverein Deutschlandsberg – Streetwork
03462/21172
office@sozialverein-deutschlandsberg.at
www.sozialverein-deutschlandsberg.at

Verein ReethiRa – Das Wohnhaus
03463/62160
office@reethira.at
www.reethira.at

BEZIRK VOITSBERG

b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen Suchtberatungsstelle Voitsberg
0664/8538852
office@bas.at
www.bas.at

Facheinrichtung ubuntu
03142/28626
office@ubuntu.or.at
www.ubuntu.or.at

Versorgungsregion: VR 66 (MU, MT)

BEZIRK MURTAL

PSN Psychosoziales GmbH – Psychosoziale Beratungsstelle & Suchtberatungsstelle Judenburg und Streetwork
03572/44888
ju@psn.or.at
www.psn.or.at

PSN Psychosoziales GmbH – Psychosoziale Beratungsstelle & Suchtberatungsstelle Knittelfeld und Streetwork
03512/74450
kf@psn.or.at
www.psn.or.at

BEZIRK MURAU

PSN Psychosoziales GmbH – Psychosoziale Beratungsstelle & Suchtberatungsstelle Murau und Streetwork
03532/3243
mu@psn.or.at
www.psn.or.at



Impressum:

Herausgeber und Medieninhaber:
Gesundheitsfonds Steiermark
Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark
Herrengasse 28, 8010 Graz
E-Mail: gfst@gfstmk.at
Website: www.gesundheitsfonds-steiermark.at

1. Auflage 2020

Gesamtkoordination und Redaktion:

Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit:



Mag. Christa Peinhaupt, MBA
Mag. (FH) Maria Plank
Mag. Andreas Prenner, BScN

Gesundheitsfonds Steiermark:

Juliane Cichy, MSc
Angelika Remmelsberger

Gestaltung: Peter Michael Schaffer, TORDREI

Lektorat: Agentur Textbox. Mag. Werner Schandor

Druck: Medienfabrik Graz

Zitiervorschlag für diesen Bericht:

Gesundheitsfonds Steiermark (Hg.) (2020):
SUCHT – Daten, Fakten, Fachbeiträge, Statements, Hilfsangebote. Graz

Gendering:

Die Berücksichtigung der Rechte von Frauen und Männern ist uns wichtig. Das Redaktionsteam bemüht sich daher um die sprachliche Gleichbehandlung von Personenbezeichnungen.

