

DIE NEUE STEIRISCHE SUCHTPOLITIK



Das Land
Steiermark

→ Gesundheit und Pflegemanagement



DIE NEUE STEIRISCHE SUCHTPOLITIK

IMPRESSUM

TEXT

DSA Christoph PAMMER, MPH, MA
unter Mitarbeit von Mag. Thomas LEDERER-HUTSTEINER

SOUNDING BOARD

DSA Roland URBAN, MAS
DSA Claudia KAHR
Manfred GEISHOFER
Prim. ao. Univ.-Prof. Dr. Martin KURZ
Dr. Ulf ZEDER
DSA Renate HUTTER, MSc

HERAUSGEBER UND VERLEGER

AMT DER STEIERMÄRKISCHEN LANDESREGIERUNG
FA8B Gesundheitswesen – Sanitätsdirektion
Friedrichgasse 9, 8010 Graz
2011

FÜR DEN INHALT VERANTWORTLICH

DSA Klaus Peter EDERER – Suchtkoordinator Steiermark
AMT DER STEIERMÄRKISCHEN LANDESREGIERUNG
FA8B Gesundheitswesen – Sanitätsdirektion
Friedrichgasse 9, 8010 Graz
T: +43 316 877-4693 | F: +43 316 877-4698
Email: klaus.ederer@stmk.gv.at

LAYOUT

CUBA.liebt.dich.at, Werbe- & IT-Agentur

LEKTORAT

Mag.^a Anneliese KAINER

FOTOS

Portraits: Veröffentlichungsrechte liegen bei den Abgebildeten
Restliche Fotos: © fotolia.com

DIE NEUE STEIRISCHE SUCHTPOLITIK

INHALT

07	PRÄAMBEL
08	HERAUSFORDERUNG SUCHTPOLITIK
12	QUO VADIS, SUCHTPOLITIK?
17	GESUNDHEITSFÖRDERNDE GESAMTPOLITIK
19	SUCHTPOLITIK IST PRÄVENTIONSPOLITIK
21	PRÄVENTION UND GESUNDHEIT FÜR ALLE
24	DIE STEIRISCHE SUCHTHILFE
26	INTEGRIERTE VERSORGUNG
34	ÖFFNUNG DER REGELVERSORGUNG FÜR KLIENT/INNEN DER SUCHTHILFE
36	WISSEN UND FAKTEN SIND VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE STRATEGISCHE PLANUNG
39	STEUERUNG DER STEIRISCHEN SUCHTPOLITIK
43	DATEN FÜR TATEN
46	NETZWERKE DER STEIRISCHEN SUCHTPOLITIK
50	STEUERUNG FÜR EINE ZUKUNFTSFÄHIGE SUCHTPOLITIK
52	ZEHN LEITLINIEN STEIRISCHER SUCHTPOLITIK
59	ZIELE UND AKTIVITÄTEN
71	QUELLENVERZEICHNIS



Mag.ª Kristina EDLINGER-PLÖDER

Landesrätin für Wissenschaft & Forschung,
Gesundheit und Pflegemanagement

STARK FÜR DAS LEBEN MACHEN

Gesellschaftliche Veränderungen, neue Gegebenheiten und ein sich stetig änderndes Umfeld machen eine auf modernsten Erkenntnissen basierende Anpassung der Suchtpolitik notwendig. In zeitlich und inhaltlich intensiver Beschäftigung mit dem Thema haben Politik und ausgewiesene Fachleute ein umfassendes Konzept mit dem Titel „Die neue Steirische Suchtpolitik“ erarbeitet.

Von der Neuen Steirischen Suchtpolitik profitieren alle Steirerinnen und Steirer, denn sie zielt zuallererst auf den Schutz und die Sicherheit der Bevölkerung ab. Schutz und Sicherheit können erhöht werden, wenn die Anzahl jener Menschen sinkt, die in einer problematischen Art und Weise konsumieren oder bereits abhängig sind.

Zur vordringlichen Aufgabe wird dabei die Prävention, die darauf abzielt, Kinder und Jugendliche stark fürs Leben zu machen. Den Herausforderungen der dynamischen Suchtproblematik muss auch in vielfältigen politischen Entscheidungen entsprochen werden. Als Gesundheitslandesrätin möchte ich konsequent auf das große Schadenspotenzial der legalen Substanzen und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial eingehen: Das sind in erster Linie Alkohol, Tabak und Medikamente, dazu gehören aber auch Spielsucht und Internetsucht. Eine stärkere Verpflichtung von Herstellern, Vertriebsorganisationen und Verkäufern von Produkten mit Schadens- und Suchtpotenzial kann erreicht werden, wenn die Politik neue Spielräume der Marktregulierung erschließt und Organisationen der Zivilgesellschaft stärker als bisher beteiligt werden.

Sucht ist eine chronische Erkrankung, die Abhängigkeitserkrankte selbst sowie Angehörige und das Um-

feld erheblich belastet. Die Betroffenen haben wie alle anderen Patienten und Patientinnen ein Recht auf qualitative Behandlung, Begleitung, Beratung, Betreuung und Rehabilitation, die dem gegenwärtigen Wissen entsprechen. Die neue Suchtpolitik zielt darauf ab, die speziellen Angebote der Suchthilfe regional auszubauen und durch eine stärkere Einbeziehung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie stationären Einrichtungen zielgenau zu ergänzen.

Die Maßnahmen, die im Rahmen der Neuen Steirischen Suchtpolitik gesetzt werden, stehen im Einklang mit den Problemlagen vor Ort und unseren gesellschaftlichen Wertvorstellungen. Sie rechtfertigen ihren Mitteleinsatz und sollen infolge eines gut abgestimmten Vorgehens der Akteure zu einer nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit in der Steiermark beitragen.

In keinem anderen Bereich ist die Arbeit mit Betroffenen so diffizil und komplex, sind auch kleine und kleinste Erfolge und Fortschritte so schwer erarbeitet und erkämpft. Daher gilt mein ganz ausdrücklicher Dank all jenen Menschen und Einrichtungen, die sich aufopfernd und mit großer Ernsthaftigkeit der Behandlung und Heilung von Suchtkranken oder der Prävention widmen.

Ich wünsche mir, dass alle, die sich nur von Fall zu Fall und anlassbezogen zu diesem Thema zu Wort melden, der Mühe unterziehen, sich sorgfältig und seriös zu informieren, bevor sie in diesem schwierigen Bereich allzu schnell Urteile fällen, vordergründig einfache Lösungen offerieren oder populistische Forderungen erheben. Denn nur gemeinsam und miteinander können wir in der Suchtpolitik Erfolge erzielen.



HR Dr. med. Odo FEENSTRA

Landessanitätsdirektor

VERANTWORTUNG FÜR DIE GESUNDHEIT

Ob es in Zukunft gelingen kann, die suchtbetragene Gesundheit der Steirerinnen und Steirer zu verbessern, hängt nicht nur mit unserem Alkohol- und Tabakkonsum zusammen, sondern auch damit, welche gesellschaftlichen Möglichkeiten und Beschränkungen für legales und illegales Konsum- und Suchtverhalten bestehen. An dieser Stelle setzt die öffentliche Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung an; dazu gehört es selbstverständlich auch, auf den Konsum und das Angebot gleichermaßen einzuwirken.

Die bewährten Instrumente der Suchthilfe können weiterhin Krankheitsfolgen verringern, wenn es gelingt, die Kapazitäten weiter auszubauen und auf die Dynamik im Suchtbereich zeitnah zu reagieren, sowohl was neue Substanzen wie z. B. Mephedron als auch was die Herangehensweisen an Klient/innengruppen betrifft, die derzeit noch unzureichend gut versorgt sind. Sucht bedarf darüber hinaus einer echten Prävention; Suchtberichterstattung kann und soll dabei kritische Themen beleuchten und ein erweitertes Handlungsrepertoire anregen. Wo genügend Daten für ein verantwortungsvolles Agieren der Verantwortlichen vorliegen (Alkoholabhängigkeit, Spielsucht), kann mit der Wirtschaft, den Organisationen des zivilen Zusammenlebens und der

Bevölkerung in Dialog getreten werden, um zu erreichen, dass Gesundheit und Lebensqualität positiv beeinflusst werden.

Im Auftrag des Gesundheitsressorts der Steirischen Landesregierung hat eine Gruppe von ExpertInnen die nun vorliegende „neue Steirische Suchtpolitik“ erarbeitet.

In Abstimmung mit der neuen Gesundheitsförderungsstrategie entwickelt dabei die steirische Gesundheitspolitik konsequent den innovativen Ansatz weiter, Gesundheit in erster Linie durch ressortübergreifende Zusammenarbeit zu fördern.

Gesundheit heißt letztlich, das Leben selbst ernst zu nehmen. Für das öffentliche Gesundheitswesen bedeutet das nicht nur, Bürgerinnen und Bürger über die Folgen von Suchtverhalten zu informieren und zu mehr Verantwortungsbewusstsein zu ermahnen, sondern auch die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass eine wirkungsvolle Unterstützung möglich wird.

Erst dann kann sinnvollerweise an der Umsetzung der dafür vorgeschlagenen Maßnahmen gemeinsam gearbeitet werden.



DSA Klaus Peter EDERER

Suchtkoordinator des Landes Steiermark

Ein Blick auf die epidemiologische Verteilung von Suchterkrankungen und den damit einhergehenden sozialen Folgen macht die Ausgangslage für Suchtpolitik deutlich: ca. 177.000 Steirer/innen legen ein problematisches oder abhängiges Alkoholkonsumverhalten an den Tag, geschätzte 20.000 Steirer/innen sind medikamentenabhängig, mindestens 4.000 Steirer/innen sind spielsüchtig. Eine Suchtpolitik, die wie bisher auf die sogenannten illegalen Drogen fokussiert, führt an großen Teilen der Suchtproblematik vorbei. Und dennoch benötigt die vergleichsweise kleine, aber hochvulnerable Konsumgruppe die Einführung neuer Konzepte der Suchthilfe mit dem Ziel, die Finanzierung der benötigten Angebote sicherzustellen, die hohe Qualität kontinuierlich zu verbessern und dabei darauf zu achten, dass die Chancen auf eine angemessene Therapie auch in den ländlichen Regionen der Steiermark steigen.

Dennoch nützt eine Suchtpolitik, die überwiegend auf Repression und die Beratung, Betreuung und Therapie von Abhängigkeitserkrankten setzt, die Gesundheitspotenziale nicht zur Gänze aus, die durch Prävention erschlossen werden können.

Neu an der vorliegenden Steirischen Suchtpolitik ist unter anderem, dass konkrete Maßnahmen gesetzt werden, um die gesellschaftliche Verantwortung für Sucht und ihre Folgeprobleme mit verschiedenen Gruppen auszuhandeln: Welche Rolle spielt die Gesetzgebung im Bereich kleines Glücksspiel? In welchen Gruppen kann verantwortungsbewusster als bisher Alkohol konsumiert werden, wenn die Produzenten und Vertreiber in die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen miteingebunden werden? Welche Rolle spielt das Medizinsystem bei der Abgabe und Kontrolle von psychoaktiven Medikamenten?

Maßgebliche Steirische Expert/innen haben dazu beigetragen, dass die neue Steirische Suchtpolitik als mutiges Arbeitsprogramm verstanden werden kann und als Leitlinie Prioritäten zur Verbesserung der Gesundheit der Steirer/innen und Steier festhält. Bei der Umsetzung dieser Schritte wünsche ich uns Konsequenz, Durchhaltevermögen und offensichtliche Erfolge.



Manfred H. GEISHOFER

Organisation: b.a.s. Steirische Gesellschaft für Suchtfragen
Funktion: Leitung



DSA Renate HUTTER, MSc

Organisation: Drogenberatung des Landes Steiermark
Funktion: Leitung



DSA Claudia Kahr

Organisation: VIVID – Fachstelle für Suchtprävention
Funktion: Geschäftsführung



Prim. ao. Univ.-Prof. Dr. Martin KURZ

Organisation: Landesnervenklinik Sigmund Freud, Zentrum für Suchtmedizin (ZSM)
Funktion: Leitung



DSA Roland URBAN, MAS

Organisation: Caritas Steiermark, Streetwork im Drogenbereich und Kontaktladen
Funktion: Leitung



Dr. Ulf ZEDER

Organisation: Stadt Graz Gesundheitsamt – Referat für Sozialmedizin
Funktion: Leitung

PRÄAMBEL

Gesundheit wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1946) als Zustand größtmöglicher körperlicher, psychischer und sozialer Wohlbefindens definiert. Gesundheit ist eines der elementaren Rechte jeder Person ohne Unterscheidung der ethnischen Zugehörigkeit, Religion, politischen Überzeugung, ökonomischen oder sozialen Situation.

Menschenrechte betreffen im Allgemeinen die Beziehung zwischen Staat und Individuum. Sie führen zu staatlichen Verpflichtungen und Bürgerrechten. Alle Menschenrechte stehen in enger Beziehung zueinander – Gesundheit ist dabei ein fundamentales Menschenrecht, das die Ausübung anderer Rechte bedingt. Der Schutz vor Diskriminierung ist ebenso grundlegend für alle Menschenrechte.

Mit der Vorlage seiner neuen Suchtpolitik anerkennt das Land Steiermark das Menschenrecht auf Gesundheit vollumfänglich und gewährleistet, dass die in völkerrechtlichen Verträgen^a verkündeten Rechte ohne Diskriminierung hinsichtlich der ethnischen Zugehörigkeit, des sozialen Status, des Geschlechts, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung Geltung erlangen.

Diese Erklärung betrifft alle vom Land Steiermark finanzierten Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung beziehungsweise jenen Teilen der Bevölkerung, die psychoaktive Substanzen missbräuchlich konsumieren, ein gefährliches Substanzkonsum- oder Suchtverhalten an den Tag legen oder abhängigkeits-erkrankt sind inklusive der Prävention und Behandlung, Begleitung, Beratung, Betreuung und Rehabilitation.



„Jeder Mensch hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, medizinische Versorgung und notwendige soziale Leistungen [...]“

(Art. 25, Allgemeine Deklaration der Menschenrechte, 1948).

^a In Österreich ratifizierte völkerrechtliche Verträge: Allgemeine Deklaration der Menschenrechte (1948); Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Menschenrechte (1976); Europäisches Übereinkommen zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (1987); Kinderrechtskonvention (1989); Rahmenübereinkommen zum Schutz nationaler Minderheiten (1995).

HERAUSFORDERUNG SUCHTPOLITIK





Umfassende suchtpolitische Maßnahmen müssen immer auf das Umfeld und das Angebot sowie auf den Konsum und die Nachfrage von Substanzkonsum und Suchtverhalten ausgerichtet sein.

In der Öffentlichkeit werden andere Sachverhalte mit der Bezeichnung Sucht beschrieben, als sie von Expert/innen in die Diskussion um Suchtpolitik eingebracht werden. Auch in der Politik kann ein eingeschränktes Verständnis von Suchtpolitik vorherrschen, wenn darunter lediglich die Verfolgung von Drogendelikten, Veränderungen des Suchtmittelgesetzes oder die Finanzierung der Suchthilfe verstanden wird. Die in den Bereichen der Suchtprävention und Suchthilfe tätigen Expert/innen erfüllen vielfältige Aufgaben mit dem Ziel, das Politik- und Laienverständnis von Sucht zu erweitern und zu integrieren.

Sucht ist ein komplexes gesellschaftliches und individuelles Phänomen. Allerdings erfüllt der Konsum von Suchtmitteln sowie Verhalten mit Suchtpotenzial vielfältige individuelle und gesellschaftliche Bedürfnisse, sodass nicht jede potenziell schädliche Handlung kontrolliert werden soll und kann. Menschen konsumieren psychoaktive Substanzen zum Genuss, im Rahmen von Brauchtum und bei Ritualen, um Hemmschwellen zu senken und Entwicklungsaufgaben bewältigen zu können, um seelisches Leid zu lindern oder zur Leistungssteigerung. Die Suchterkrankung kann entstehen und als negativ-dynamischer Lernprozess erklärt werden, der in Wechselwirkung zwischen Individuum, seiner sozialen Umwelt und dem Suchtmittel/-verhalten verläuft.¹

Auf der individuellen Seite erhöhen Persönlichkeitseigenschaften, genetische Faktoren, Erkran-

kungen und schwerwiegende Lebensereignisse die Wahrscheinlichkeit für Substanzkonsum- und Suchtverhalten. Als gesellschaftliche Schutz- und Risikofaktoren nehmen allgemeine soziokulturelle Veränderungen Einfluss auf das unmittelbare soziale Umfeld einer Person. Ob es vom Genuss oder Gebrauch bzw. von einem unbedenklichen Verhalten zu einem problematischen und schließlich abhängigen Konsum und Verhalten kommt, hängt auch von Merkmalen des Suchtmittels selbst bzw. bei Mehrfachgebrauch von der kombinierten Einnahme von Suchtmitteln ab (Wirkung, Suchtpotenzial, Verfügbarkeit). Die Chronifizierung einer Abhängigkeitserkrankung (bzw. mehrerer psychiatrischer Erkrankungen, die in Wechselwirkung zueinander stehen) wird letztlich durch biochemische Veränderungen im mesolimbischen Belohnungssystem des Gehirns begünstigt.

In der Steirischen Suchtpolitik geht es um jenen gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit psychoaktiven Substanzen sowie Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial, der gesundheitspolitisch relevant ist. Diese Definition beinhaltet, dass nicht nur Abhängigkeit oder die Folgen von Abhängigkeit, sondern bereits schädliche Gebrauchsformen sowie Gewohnheitskonsum und -verhalten in ihrem gesellschaftlichen Kontext gesehen werden. Angesichts der epidemiologischen Bedeutung sowie der komplexen Herausforderungen der Suchtproblematik für eine Gesellschaft ist in diesem Politikleitfaden explizit von Suchtpolitik die Rede.



Suchtpolitik ist das Ergebnis komplexer Aushandlungsprozesse zwischen Individuum, Gesellschaft, Staat und Markt.

Bei ihren Bemühungen, die Suchtbelastung der Bevölkerung zu verringern, stoßen die gesundheitspolitischen Bemühungen auf ein Spannungsfeld von Individuum, Gesellschaft, Staat und Markt. Dabei führen Interessenskonflikte zu suchtpolitischen Widersprüchen und Zielkonflikten mit festgefahrenen Positionen, die auch von Fehleinschätzungen und Verdrängungen gekennzeichnet sind. Diese Zielkonflikte bestehen spezifisch für einzelne Substanzen und Substanzgruppen und müssen für jede gesundheitsgefährdende Substanz im Einzelnen betrachtet werden. In die Auseinandersetzung fließen in aller Regel ideologische, finanzielle und ordnungspolitische Überlegungen ein.

Beispielsweise wurden im Zuge einer stärkeren Orientierung am Gesundheitsschutz in jüngster Zeit Rauchverbote eingeführt. Grundsätzlich besteht aber auch in Form von anderen politischen Maßnahmen die Möglichkeit, etwa durch eine effektive Regulierung der Tabaksteuer, den Konsum in der Gesellschaft zu verringern und den Raucheranteil unter Jugendlichen zu senken.² Von einer Erhöhung der Tabaksteuer sind allerdings die Interessen der Tabakindustrie betroffen.

Auch aus der Gesellschaft, die es eigentlich zu schützen gilt, wird verschiedentlich Kritik an staatlichen Rauchverboten laut. Moniert wird, dass durch die Regulierungsmaßnahmen das Grundrecht auf individuelle Freiheit berührt wird. Mitentscheidend für die Fokussierung der Suchtpolitik auf Tabakkontrollpolitik war eine stärkere Orientierung an der gesundheitlichen Problemlast des Rauchens in der Gesellschaft, wobei ein Perspektivenwechsel von einem ausschließlich auf Raucher/innen bezogenen Ansatz zu einem Ansatz des Schutzes von Nichtraucher/innen beobachtet werden konnte.

Bezüglich des Konsums von Alkohol muss ausgehandelt werden, wo persönliche Freiheit endet und Bestimmungen des Gesundheitsschutzes eingeführt werden sollen, wengleich dies Einschränkungen für eine Mehrheit von Menschen mit risikoarmen Konsummustern bedeuten kann. Ein stark marktregulierender Ansatz stößt hier weder auf die Akzeptanz der Gesellschaft noch ist er anschlussfähig an

wirtschaftliche Interessen. Während aber die Gesellschaft die Verantwortung für den Konsum der legalen psychoaktiven Substanzen in die Verantwortung der Einzelnen übertragen wissen möchte, wird gleichzeitig vom Staat eingefordert, die Verantwortung für die negativen Folgen des Konsums zu tragen. Es ist jedoch nicht einzusehen, weshalb der Staat und die gesellschaftliche Solidarität (soziale Sicherung) alle negativen Folgen von Produkten und Dienstleistungen finanziell verantworten müssen, ohne auch deren Preisgestaltung, Marketing und Vertrieb direkt oder indirekt beeinflussen zu können.

Im Falle der illegalen psychoaktiven Substanzen herrschen – ersichtlich an der Tatsache, dass die Produktion, die Weitergabe und der Besitz verboten ist – gänzlich andere gesellschaftliche und politische Vorstellungen und es bestehen differenzierte Marktbedingungen. Während jedoch in die Unterdrückung von Produktion und Handel der illegalen Substanzen massiv investiert wird, erfahren legale Substanzen und süchtiges Verhalten noch nicht die suchtpolitische Aufmerksamkeit, die ihnen gemäß ihrer Beteiligung an der gesundheitlichen Problemlast für die Bevölkerung eigentlich zuteil werden müsste (vgl. Tab. 1, S. 15). Dazu gehört wie bereits erörtert an erster Stelle Alkohol.

Aufgrund der Krankheitslast ist auch die stärkere Problematisierung von Medikamentenabhängigkeit eine bedeutsame Aufgabe der Suchtpolitik. Jedoch wurde der gesundheitsgefährdende und über die ursprüngliche medizinische Indikation hinausgehende und teilweise selbstverordnete Konsum von Medikamenten, leistungssteigernden Substanzen und Dopingmitteln von der Suchtpolitik bislang aus verschiedenen Gründen vernachlässigt. Zu den bedeutendsten Medikamenten mit Missbrauchspotenzial gehören Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel (z. B. Benzodiazepine), Antidepressiva, Appetitzügler, Parkinson-Mittel, Migräne-Medikamente, anregende Substanzen (z. B. Ritalin) und Potenzmittel. Die von Medikamentenabhängigkeit Betroffenen, es sind überwiegend Frauen,³ erkennen ihren problemhaften Konsum erst spät, gehen mit dem Suchtproblem lange Zeit zurückhaltend um und suchen kaum Beratungsstellen auf, weshalb diese quantitativ große

Gruppe relativ unauffällig bleibt, aber hohe Folgekosten für die soziale Krankenversicherung verursacht.

Die treibenden Faktoren für die neuen Konsum- und Verhaltensüchte sind stimulierte Konsummotive wie zum Beispiel die Optimierung der körperlichen, psychischen, sozialen und sexuellen Leistungsfähigkeit oder Selbstmedikation zur Vorbeugung subjektiver Gesundheitsgefahren. Suchtkranke modifizieren ihren Konsum und optimieren die Wirkung anderer Substanzen durch die Einnahme von Medikamenten. Diese Motive bestimmen das Konsumverhalten immer größerer Bevölkerungsgruppen, unterstützt durch eine hoch entwickelte Pharmakologie und industrielle Vermarktung der Produkte. Abgesehen davon, dass der Versandmarkt via Internet bezüglich dieser Substanzen wächst, entstehen auch beträchtliche Kosten für die soziale Krankenversicherung durch Folgeschäden der Selbstmedikation.

Die Zielkonflikte und -konfusionen der Suchtpolitik drücken sich auch in unterschiedlichen Vorstellungen darüber aus, wie man Suchtkranken helfen soll. So wurde in der Vergangenheit beispielsweise die Substitutionstherapie angezweifelt. Sie wird mittlerweile akzeptiert, weil die Erfolge der Therapie offensichtlich sind.⁴ Viele der in der Suchtpolitik notwendigen Präventionsmaßnahmen haben diese gesellschaftliche Akzeptanz noch nicht erreicht, obwohl sie darüber mitentscheiden, ob das suchtpolitische Hauptziel – die Inzidenzreduktion gefährlichen Substanzkonsum- und Suchtverhaltens – überhaupt erreicht werden kann.

Zur Prävention von Glücksspielsucht etwa wurde durch eine Marktregulierung in Form der Erhöhung der Lustbarkeitsabgabe auf ein bundesweit vergleichbares Niveau bereits ein wesentlicher Akzent gesetzt, das Angebot zu dezimieren. Zudem sollten jene Mechanismen, die das Verspielen von hohen Summen in relativ kurzer Zeit ermöglichen („kleines Glücksspiel“) einer gesetzlichen Überprüfung unterzogen werden und der Zugang zu Bereichen, in denen Jugendschutz wenig Beachtung findet, kontrolliert und beschränkt werden.

In vielen epidemiologisch relevanten Bereichen des Gesundheitsschutzes nimmt die Politik eine Vermittlungsfunktion zwischen Individuum, Gesellschaft, Markt und Staat ein. Sie läuft dabei Gefahr, stärker

von organisierten Marktinteressen als von öffentlichen Interessen beeinflusst zu werden. Suchtpolitik darf sich nicht auf seine traditionelle Funktion beschränken, durch die Finanzierung von Suchthilfeangeboten eine bessere Versorgung von Betroffenen zu ermöglichen. Sie erreicht ihre Bestimmung dann, wenn eine aktive Suchtpolitik legislative und regulatorische Bestimmungen verhandelt und erlässt, die das Potenzial haben, Sucht in der Bevölkerung zu reduzieren.

Freiheit ist eine Folge der sozialen Verantwortung

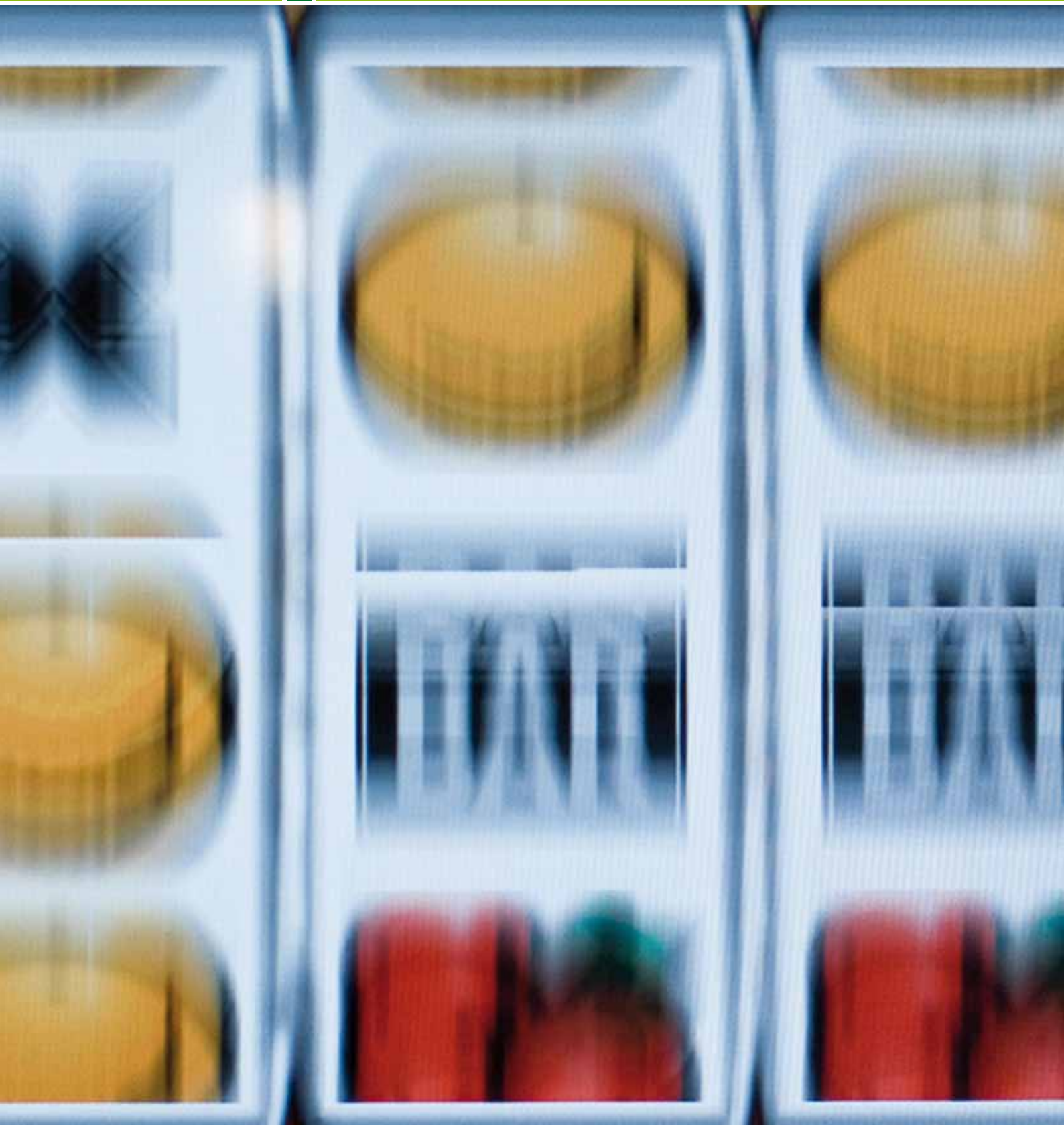


Bei jeder verkauften Dosis einer psychoaktiven Substanz oder jeder Form der Verhaltenssucht gibt es zumindest einen Profiteur. In Bezug auf das Verhältnis von Staat und Markt lautet also die Frage, wo hier die Freiheit des Marktes endet und die gesundheitspolitische Verantwortung des Staates beginnt. Die Antwort auf diese Frage kann nicht aus einer fachlichen Perspektive erfolgen, sondern nur die Folge komplexer gesellschaftlicher und politischer Aushandlungsprozesse sein und hängt im Wesentlichen von den gesellschaftlichen Normen und Wertvorstellungen bezüglich Gesundheit, Suchtverhalten und dem Konsum psychoaktiver Substanzen ab.

Die Grenzen in den suchtpolitischen Spannungsfeldern müssen immer wieder neu ausgehandelt werden und sind aufgrund bedeutender wirtschaftlicher Interessen nicht ohne Weiteres in Richtung Gesundheitsschutz verschiebbar.

Wenn gesellschaftliche und politische Verantwortung bezüglich Suchtpolitik den vermeintlichen Eingriffen in das Grundrecht auf individuelle Freiheit oder der Freiheit des Marktes zu Recht gegenübergestellt wird, darf nicht übersehen werden, dass Freiheit durch jene Spielräume begrenzt ist, die die Gesellschaft dem Individuum oder dem Markt zur Verfügung stellen kann. Das Ausmaß dieser Spielräume hängt wesentlich davon ab, ob es stabile politische Verhältnisse, Demokratie und sozialen Frieden gibt. Freiheit ist also von vornherein ein Konzept der sozialen Verantwortung.

QUO VADIS, SUCHTPOLITIK?



Suchtpolitisches Handeln ist seit jeher stark von unterschiedlichen Normvorstellungen und Wertorientierungen abhängig. Heutzutage verfolgen mit Ausnahme Schwedens keine westlichen Industrienationen das Ideal einer suchtfreien Gesellschaft, welches zu einer Nulltoleranzpolitik auch gegenüber Konsument/innen führt. Mittlerweile wird Substanzkonsum- und Suchtverhalten auch politisch als gesellschaftliches Phänomen erkannt, weil dadurch rationale Problemlösungskapazitäten gesteigert werden können.

Künftige Herausforderungen bestehen darin, im Hinblick auf Sucht andere Themen und Probleme als bisher zu verhandeln. So ist beispielsweise von Interesse, welche psychosozialen Folgen mit gesellschaftlichen Megatrends (Modernisierung und Beschleunigung des technischen und sozialen Wandels, Urbanisierung, Individualisierung und Standardisierung) einhergehen und wie diese Herausforderungen politisch beeinflusst werden können, um Suchtinzidenzen zu senken. Bislang wurde Sucht überwiegend als Problem männlicher adoleszenter Gruppen wahrgenommen. Angesichts demografischer Alterung und epidemiologischer Trends spielen nun andere Aspekte eine große Rolle.

Die thematische Orientierung aller suchtpolitischen Aktivitäten soll primär an der Bedeutung des jeweiligen Gesundheitsproblems für die steirische Bevölkerung ausgerichtet werden, und nicht länger an politisch idealisierten Norm- und Wertvorstellungen. Die epidemiologische Maßzahl DALY (*Disability Adjusted Life Years*) drückt die gesamte Last einer Erkrankung auf die Gesundheit einer Bevölkerung aus, die sowohl durch vorzeitige Sterblichkeit als auch durch die Summe der Beeinträchtigungen des normalen, beschwerdefreien Lebens infolge der Erkrankung entsteht.^b

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Weltbank empfehlen DALY-Berechnungen für die Orientierung der Gesundheitspolitik. Für Österreich liegen detaillierte DALY-Analysen allerdings nicht vor. Um die Krankheitslast von Alkohol zu bewerten, muss nicht nur errechnet werden, wie viele Personen mit welchem Schweregrad alkoholbedingt erkrankt sind, es müssen auch all jene frühzeitigen Beeinträchtigungen berücksichtigt werden, die infolge Alkoholkonsums zutage treten. Dazu zählen beispielsweise Unfälle, Suizide, Gewalt und Kriminalität. Ähnlich verhält es sich bei der zuschreibbaren Krankheitslast ausgelöst durch Verhaltenssuchte oder infolge des Konsums illegaler Drogen.

Die DALY-Analysen für vergleichbare Länder wie etwa die Schweiz legen nahe, die Prioritäten der Suchtpolitik anders als bisher zu setzen. In der Schweiz lasten die Gesundheitsprobleme Tabak (11,2 % der DALY), Alkohol (7,2 % der DALY) und der Konsum illegaler Drogen (2,7 % der DALY) in Summe genauso schwer auf der Bevölkerung wie Übergewicht und Adipositas, Bluthochdruck, erhöhtes Cholesterin, gesundheitsabträgliche Ernährung und körperliche Inaktivität zusammengenommen (22,4 % der DALY).⁵

Auch ohne entsprechend umfassende DALY-Analysen sprechen die Schätzungen der Betroffenenzahlen in der Steiermark dafür, die Perspektiven der Suchtpolitik stärker als bisher auf Alkohol-, Medikamenten- und Tabakkontrollpolitik zu orientieren und dabei neue politische Schwerpunkte zu setzen.

^b Bei der Berechnung der Maßzahl DALY wird als Idealzustand angenommen, dass die meisten Menschen einer Gesellschaft behinderungsfrei leben und nicht vorzeitig versterben. Je nach Ziel der Berechnung werden die Altersgrenzen für die (gesunde) Lebenserwartung unterschiedlich festgelegt, in der Regel wird die Lebenserwartung bei der Geburt als Richtwert herangezogen. In weiterer Folge werden alle durch frühzeitigen Tod verlorenen Lebensjahre und die durch frühzeitige Beeinträchtigung unterschiedlich eingeschränkten Lebensjahre in einer Gesellschaft bewertet und addiert, was einen Vergleich verschiedener Krankheiten als Ursachen für die verloren gegangene (behinderungsfreie) Lebenszeit ermöglicht. DALY-Berechnungen sind ein Maß für die verschiedenen Erkrankungen zuschreibbare Problemlast auf die Bevölkerung.

Exakte Informationen über die Häufigkeit verschiedener Suchtproblematiken in der Bevölkerung zu erhalten, ist eine besondere Herausforderung. Aus gesundheitsplanerischer Perspektive wäre wünschenswert, zwischen risikoarmem, problematischem und abhängigem Konsum der verschiedenen Substanzen und ebenso bei substanzungebundenen Süchten zu unterscheiden. Dafür ist von Interesse, die gegenwärtige Anzahl der jeweils Betroffenen (Prävalenz) und der neu auftretenden Fälle (Inzidenz) mit großer Genauigkeit einschätzen und Trends beurteilen zu können. In Kombination mit soziodemografischen Merkmalen der Betroffenen (Alter, Geschlecht, soziale Lage) kann sowohl der objektive Bedarf für Prävention als auch der Behandlungsbedarf (für Abhängigkeitserkrankte) abgeleitet werden.

Verschiedene Probleme führen jedoch dazu, dass solche Bedarfsinformationen nur unzureichend vorliegen. Einerseits sind die epidemiologischen Überwachungssysteme nicht gut genug ausgebaut, so dass nur wenige Studien regelmäßig durchgeführt werden. Die Anzahl der Personen in den Stichproben ist ausreichend in jenem Sinne, dass statistische Schwankungsbreiten akzeptabel sind. In der Folge können mitunter zwar allgemeine Aussagen über die epidemiologische Belastung in der Steiermark (Gesamtprävalenz) gemacht werden, die Belastung eingegrenzter Zielgruppen lässt sich jedoch nicht mehr einschätzen. Prävalenz- und Inzidenzangaben zum Konsum psychoaktiver Substanzen und zur Ausübung suchtbbezogener Verhaltensweisen in der Steiermark sind spärlich, uneinheitlich und mit Vorsicht zu interpretieren.

Abgesehen davon sind die Befragten nicht immer willens oder in der Lage, wahrheitsgetreue Angaben über ihren Substanzkonsum und ihr Suchtverhalten zu machen. Die Messungen weichen von der Realität ab, da Menschen im Allgemeinen nur ungern Angaben über sozial unerwünschte Verhaltensweisen machen und deshalb die Tendenz zu verfälschten Angaben oder zur Untertreibung besteht. Unter Umständen können sie sich aber auch in der Befragungssituation einfach nicht gut genug an ihr Konsumverhalten erinnern bzw. ihre Konsum- und Verhaltensgewohnheiten reflektieren. Dies führt zu einer mitunter erheblichen Unterschätzung der tatsächlichen Belastung in der Bevölkerung.

Diese Umstände wiegen umso schwerer, als bei Befragungen im Suchtbereich teilweise Auskunft über illegales und strafbares Handeln gegeben werden soll. Im Bereich illegaler Substanzen sind Befragungsdaten deshalb sehr unzuverlässig und eine Orientierung an international gebräuchlichen Schätzwerten zielführend. Im Bereich der Medikamentenabhängigkeit ist die Sachlage so zu beurteilen, dass mangels systematischer Information vorläufig die Einschätzungen einschlägiger Expert/innen den bestmöglichen Richtwert versprechen.



Die folgende Tabelle gibt Auskunft über die geschätzte absolute Anzahl der Betroffenen von Substanzkonsum- und Suchtverhalten in der Steiermark auf Basis der bestmöglichen Evidenz und aktuellen Bevölkerungsstruktur.

	PROBLEMATISCHES KONSUM- ODER SUCHTVERHALTEN (absolute Anzahl)	ABHÄNGIGKEITS-ERKRANKTE (absolute Anzahl)	QUELLEN
ALKOHOL	ca. 125.000 (Männer 60–120 g Alkohol/Tag; Frauen 40–80 g Alkohol/Tag)	ca. 52.000 (Männer >120 g Alkohol/Tag; Frauen >80 g Alkohol/Tag)	2 / 1
TABAK	ca. 50.000 (gelegentliche Raucher/innen)	ca. 175.000 (tägliche Raucher/innen)	4 / 3
MEDIKAMENTE	unbekannt	ca. 21.000	5
OPIOIDE	unbekannt	ca. 4.000	6
CANNABIS	ca. 24.000	unbek.	7
GLÜCKSSPIEL	mind. 4.000– max. 35.000	ca. 3.900	9 / 8
INTERNET	ca. 31.000		10
ESSSTÖRUNGEN (Anorexie, Bulimie) 12–28 Jahre	unbekannt	ca. 4.300	11 / 12

Prävalenzschätzungen von Substanzkonsum und Suchtverhalten in der Steiermark.

Aus den Erfahrungen der Tabakpräventionsstrategie des Landes Steiermark kann abgeleitet werden, dass ein größerer Teil des Präventionspotenzials hauptsächlich durch eine verstärkte Zusammenarbeit verschiedener Politikbereiche ausgeschöpft werden kann. Um hingegen die Schäden des Alkoholmissbrauchs wirksam zu reduzieren, ist das Schmieden von neuen politischen Koalitionen notwendig, denn Alkoholkonsum ist in Österreich gesellschaftlich weitgehend toleriert, Österreich lässt sich als traditionelles Alkoholhochkonsumland einstufen.³

In der Zukunft sollen die verschiedensten politischen Akteur/innen anerkennen, dass Suchthilfe zwar einen wichtigen Beitrag leistet, dass aber entscheidende Fortschritte zur Verbesserung der suchtbetroffenen Gesundheit der Bevölkerung durch Maßnahmen erzielt werden können, die überwiegend außerhalb

des derzeitigen Einflussbereiches des für Suchtfällen zuständigen Gesundheitsressorts liegen. Denn als Problemfelder etablieren sich zunehmend der Konsum legaler Substanzen (Alkohol, Medikamente, Tabak) sowie Verhaltenssuchte (Spielsucht, Essstörungen); Maßnahmen zur Prävention sind in diesen Bereichen demnach verstärkt vonnöten. Es liegt deshalb nahe, die Steirische Suchtpolitik sowohl inhaltlich auszuweiten als auch strategisch zu verändern.

Die strategischen Veränderungen reichen über die im traditionellen „Vier-Säulen-Modell“ der Suchtpolitik verankerten Bereiche „Prävention“, „Therapie“, „Schadensminimierung“ und „Repression“ hinaus und betreffen alle Politikfelder gleichermaßen, deren Entscheidungen die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in Bezug auf Suchtindikatoren direkt und indirekt beeinflussen.



Modell der Gesundheitsdeterminanten, in Anlehnung an Dahlgren & Whitehead, 1991

Das „Regenbogenmodell“ der Gesundheitsdeterminanten¹⁸ hat in verschiedenen politischen Prozessen dazu beigetragen, den Fokus und das Handeln politischer Akteur/innen zu erweitern. Persönliche Eigenschaften wie Alter, Geschlecht und Vererbung (zentraler Kreis) sind weitgehend unveränderlich. Gesundheit entsteht sozialepidemiologischen Kenntnissen zufolge überwiegend in psychosozialen Lebensbedingungen, die als soziale Gesundheitsressourcen und stärker in sozial ausgewogenen Gesellschaften zur Verfügung stehen (erster Bogen). Gesundheit manifestiert sich und entsteht auch in Folge eines zu- bzw. abträglichen Gesundheitsverhaltens (zweiter Bogen), für dessen Aufrechterhaltung Einzelne irrtümlicherweise oft ausschließlich selbst verantwortlich gemacht werden.

Dahingegen beeinflussen physische und soziale Umweltbedingungen, die als Folge von Regeln und Entscheidungen in verschiedenen politischen Feldern betrachtet werden können (dritter und vierter Bogen), die Gesundheit maßgeblich und unabhängig vom (Konsum-)Verhalten Einzelner. Suchtphänomene werden innerhalb dieses Modells als bedeutsame, aber nicht allein bestimmende Gesundheitsprobleme der Gesellschaft wahrgenommen, auf welche sowohl strukturelle Bedingungen als auch individuelle Faktoren Einfluss nehmen und die durch politische Entscheidungen verändert werden können.

GESUNDHEITSFÖRDERNDE GESAMTPOLITIK



Neuere internationale gesundheitspolitische Richtlinien stellen den Einfluss verschiedener gesellschaftlicher Systeme (Bildung, Politik, Medien, Recht etc.) auf die Entstehung von Gesundheit und Krankheit in den Mittelpunkt („Health in all Policies“).¹⁹ Aus einer solchen Perspektive wird der Beitrag verschiedener Politikfelder zur Gestaltung einer Gesellschaft, in der Suchtinzidenzen rückgängig sind, zur vordringlichen Aufgabe und Suchtprävention zu einer politischen Querschnittsmaterie. Die EU-Gesundheitspolitik trägt dieser Entwicklung Rechnung, indem sie verstärkt Maßnahmen fördert und ein Interventionsrepertoire entwickelt, das auf die strukturelle Veränderung der Rahmenbedingungen für gesundheitsrelevante Entscheidungen der europäischen Bürger/innen abzielt.

Bestrebungen zur Veränderung der Rahmenbedingungen wurden in jüngster Zeit etwa in der Tabakkontrollpolitik (z. B. Ausbau des Nichtraucher/innenschutz) und der Jugendschutzpolitik (z. B. Verfügbarkeit und Zugang zu „Alkopops“) deutlich. Die Prävention neu entstandener Schwerpunktbereiche wie etwa Glücksspielsucht und Medikamentenabhängigkeit wird ebenfalls dieser breiten Perspektive unterzogen.

Die Umsetzung eines intersektoralen Ansatzes ist auch deshalb erschwert, weil die Aufgaben für eine erfolgreiche Suchtpolitik stark zersplittert und auf verschiedene Verwaltungsabteilungen auf Bundes- und Länderebene verteilt sind. Die Steirische Suchtpolitik soll die Weichen dafür stellen, dass im Bedarfsfall definiert werden kann, welche Politikfelder und Abteilungen in welchen Fragen intersektoral kooperieren sollen, um sowohl die Suchtprävention als auch die Versorgung Suchtkranker zu verbessern.

Es gibt eindeutige Belege dafür, dass die negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums durch Maßnahmen zur Regulierung des Alkoholmarktes besonders wirksam verringert werden können. Alkoholsteuern sind vor allem dann maßgeblich, wenn es um junge Menschen geht. Sie spielen aber auch eine wichtige Rolle bei der Reduzierung von alkoholverursachten Krankheiten und Leid insgesamt.

Wenn mittels Alkoholsteuern der Preis von alkoholischen Getränken in den EU-15-Ländern um 10 % erhöht würde, könnten bereits im darauf folgenden Jahr mehr als 9.000 Todesfälle vermieden und schätzungsweise 13 Mrd. € Verbrauchssteuern zusätzlich eingenommen werden. In der Schweiz fungiert der Alkoholzehntel als wichtiger Eckpfeiler der Alkoholpolitik: Der vom Bund eingehobene zehnte Teil der Steuer auf Spirituosen kann von den Kantonen für Suchtprävention und Suchthilfe eingesetzt werden.

Studien belegen zudem, dass eine Ausweitung der Öffnungszeiten von jenen Geschäften und gastronomischen Betrieben, die Alkohol anbieten, zu einer Zunahme der alkoholbedingten Gewalttätigkeiten führt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass eine Verkürzung der wöchentlichen Öffnungszeiten um 24 Stunden für Einzelhandelsbetriebe, die Alkohol anbieten, pro Jahr weltweit 123.000 Lebensjahre an Behinderung und vorzeitigem Tod vermeiden könnte, was Einsparungen in der Höhe von 98 Mrd. € jährlich entspricht.²⁰

SUCHTPOLITIK IST
PRÄVENTIONSPOLITIK



Die Umsetzung eines intersektoralen Ansatzes ist auch deshalb erschwert, weil die Aufgaben für eine erfolgreiche Suchtpolitik stark zersplittert und auf verschiedene Verwaltungsabteilungen auf Bundes- und Länderebene verteilt sind. Die Steirische Suchtpolitik soll die Weichen dafür stellen, dass im Bedarfsfall definiert werden kann, welche Politikfelder und Abteilungen in welchen Fragen intersektoral kooperieren sollen, um sowohl die Suchtprävention als auch die Versorgung Suchtkrankter zu verbessern.



Die Steiermark misst in ihrer Suchtpolitik der Verhinderung von Suchterkrankungen einen hohen Stellenwert bei. Dies drückt sich dadurch aus, dass auf organisatorischer Ebene mehrere Teilgebiete der Gesundheitsförderung und Prävention ausgebaut sind und ein thematisch, konzeptionell und organisatorisch abgestimmtes Vorgehen ermöglichen.

Eine zentrale Rolle in der Umsetzung von suchtpreventiven Maßnahmen kommt in sämtlichen österreichischen Bundesländern den entsprechenden Fachstellen zu. In der Steiermark ist dies VIVID – Fachstelle für Suchtprävention, die seit 1997 im Auftrag des Gesundheitsressorts des Landes Steiermark

suchtvorbeugende Maßnahmen in Familien, Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen, Schulen, Jugendeinrichtungen, Sportverbänden, Vereinen und Gemeinden umsetzt. Seit 2007 ist VIVID zusätzlich Tabakkoordinierungsstelle und im Auftrag des Gesundheitsressorts und der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse für die Umsetzung der Tabakpräventionsstrategie in der Steiermark verantwortlich. Im Zuge der Institutionalisierung und Etablierung als eigenständiges Berufsfeld hat sich die steirische Suchtprävention zunehmend professionalisiert (multiprofessionelles Team, Wissensmanagement), sie nutzt Synergieeffekte durch österreichweite Vernetzung und setzt Interventionen auf Verhaltens- und Verhältnisebene. Darüber hinaus gehen weitere Präventionsaktivitäten von verschiedenen NGOs und NPOs z. B. aus der Jugendarbeit, in Sozialsprengeln und Schulen aus.

Der Gesundheitsnutzen von Prävention hängt in entscheidendem Maße vom Zusammenspiel von verhaltens- und verhältnispräventiven Zielen und Maßnahmen ab, da Suchtprozesse von individuell veränderlichen Faktoren (Vulnerabilität, Resilienz) abhängen und auch wesentlich von strukturellen, kulturellen, ökonomischen und sozialen Faktoren mitbeeinflusst werden. Nachhaltige Suchtprävention ist an der Analyse und Veränderung gesamtgesellschaftlicher Rahmenbedingungen wie Recht, Religion, Bildung, Normen und Werthaltungen, Wirtschafts- und Beschäftigungspolitik etc., die auf das Leben der Menschen maßgeblichen Einfluss nehmen, orientiert.

Suchtprävention hat sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten zu einem fundierten und wissensorientierten Interventionsfeld entwickelt und differenziert:²¹

UNIVERSELLE PRÄVENTION richtet sich dabei an die Allgemeinbevölkerung bzw. an große, „gesunde“ Gruppen wie etwa Kinder und Jugendliche, Mitarbeiter/innen in Betrieben, Bewohner/innen einer Gemeinde oder Interessierte. Zu den Zielen der Interventionen gehören Bewusstseinsbildung, Information und die Förderung personaler Gesundheitsressourcen („Substanzmündigkeit“) ebenso wie die (sucht-)unspezifische Verbesserung der lebensweltlichen Bedingungen für Gesundheit durch die Regulierung der politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen (Top down) unter Beteiligung der Adressat/innen der Maßnahmen (Bottom up), um eine Verbesserung der sozialen Gesundheitsressourcen herbeizuführen. Dabei sollen die Aktivitäten der universellen Prävention fachlichen Standards entsprechend so gestaltet werden, dass sowohl die Ressourcen und Verhaltensmöglichkeiten Einzelner als auch die Gegebenheiten, die das Verhalten beeinflussen (politische Strategien, Gesetze, soziale Regeln, Normen und Werte), verbessert werden.

SELEKTIVE PRÄVENTION richtet sich an Gruppen, die bestimmten psychologischen Risiken (zerrüttete Familien, chronischer Stress, schwerwiegende Lebensereignisse, Missbrauch), sozialen Risiken (Gender, Ethnizität, Arbeitslosigkeit, Armut) oder Umweltrisiken (Wohnen in sozialen Brennpunkten, Kriminalität) ausgesetzt sind. Sie versucht, problembehafteten Konsum und problembehaftetes Suchtverhalten zu verhindern oder frühzeitig zu erkennen.

Um diese Risikogruppen zu erreichen, werden die Maßnahmen häufig in den Settings Schule, Gemeinde und Betrieb organisiert.

Maßnahmen der **INDIZIERTEN PRÄVENTION** richten sich an einzelne hoch gefährdete Personen, die bereits ein problembehaftetes Substanzkonsum- und Suchtverhalten aufweisen, jedoch noch nicht die Kriterien für die Diagnose einer Abhängigkeit erfüllen. Die Maßnahmen richten sich auch an Personen, bei denen psychiatrische Erkrankungen oder Verhaltensauffälligkeiten diagnostiziert wurden. Die Aktivitäten zielen darauf ab, Abhängigkeit zu vermeiden oder zu verzögern und die Folgen sowohl für das Individuum zu reduzieren sowie eine Verminderung der Schadenslast für das soziale Umfeld und die Gesellschaft zu erreichen. Darüber hinaus richtet sich die indizierte Prävention nicht nur direkt an die Betroffenen, sondern auch an verschiedene professionelle Settings und Berufsgruppen, um sie mit Wissen und Handlungsempfehlungen in Suchtfragen auszustatten.

Der Grundgedanke der Prävention kann auch auf Klient/innen der Suchthilfe angewendet werden und entspricht dann der **TERTIÄRPRÄVENTION UND REHABILITATION**.²² Prävention zielt wie Suchtpolitik auf die Reduktion aller möglichen unerwünschten Folgen. So können sogar Drogennot- und Drogentodesfälle durch die rechtzeitige Injektion von Gegenmitteln wirksam verhindert werden. Die Maßnahme richtet sich auch hier direkt an die Betroffenen. Ihre Wirksamkeit ist wiederum davon abhängig, wie gut es gelingt, die Gesundheitsberufe, Polizei und Justiz zu informieren und mit klarer Aufgabenverteilung an der Umsetzung des Programms zu beteiligen.²³

PRÄVENTION UND GESUNDHEIT FÜR ALLE



Die Bundesregierung hat sich in ihrem Regierungsprogramm 2010 neben der Verankerung eines gesetzlichen Nichtraucher/innenschutzes auch eine *Nationale Präventionsstrategie Alkohol-, Nikotin- und Spielsucht*, insbesondere für junge Menschen, zum Ziel gesetzt. Zu Recht fokussieren die Präventionsaktivitäten in der Steiermark auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen. Die Ursachen für Substanzkonsum- und Suchtverhalten sind in der (frühen) Kindheit verwurzelt, frühzeitige Interventionen stellen somit die Basis der Präventionsaktivitäten dar.

Die sozialepidemiologische Forschung zeigt, dass sich die Konsummuster mit dem Alter verändern und sowohl abnehmen (Rauschtrinken, Rauchen, Konsum illegaler Substanzen, Kaufsucht) als auch zunehmen (problematischer Alkoholkonsum, Medikamentensucht). Eine Zielgruppenerweiterung bzw. eine Ausdehnung der Interventionen auf spätere Lebensphasen ist notwendig.

Erkenntnissen aus der Effektivitätsforschung zufolge sind gerade jene Maßnahmen besonders wirksam, die sich an den Normen und Werten der Zielgruppen orientieren. Die Erfahrungen aus der Prävention des Rauschtrinkens bei Jugendlichen haben etwa gezeigt, dass die gesetzten Maßnahmen teilweise unglaubwürdig waren, weil die Vorbildwirkung der Erwachsenen und ein verantwortungsbewusster öffentlicher Umgang mit Alkohol durch eine ausschließliche Fokussierung auf die Zielgruppe der Jugendlichen unterbetont wurden.²⁴ Präventionsprogramme sollten in der Lage sein, spezifische Interventionen für verschiedene Gruppen von Betroffenen zu initiieren und zu koordinieren.

Die Auswahl und Eingrenzung von Zielgruppen sollte dabei an der epidemiologischen Verteilung der Krankheitslast orientiert sein und sich auf eingegrenzte Altersgruppen beziehen. Während die Abhängigkeit von verschiedenen wichtigen Substanzen mit dem Alter generell abnimmt (Alkohol, Tabak, illegale Substanzen). Als weitere Kriterien sollten besondere Lebenslagen bzw. Zielgruppen herausgearbeitet werden, wenn bekannt ist, dass diese ein Risiko für die Suchtentwicklung darstellen bzw. diese Personen suchtgefährdet sind. Solche eingrenzenden Zielgruppen sind z. B. arbeitslose Jugendliche, Väter nach der Geburt des ersten Kindes, Mütter nach dem Auszug der Kinder aus dem gemeinsamen Haushalt, Arbeitnehmer/innen am Übergang zum Ruhestand, Personen nach Trennungs-/Scheidungssituationen oder nach Todesfällen.

Allerdings liegen in den meisten Fällen zu wenige oder zu ungenaue Datenquellen zur Beurteilung der sozialepidemiologischen Verteilung von Sucht und Risikoverhalten vor. Je besser der epidemiologische Kenntnisstand über Konsum- und Suchtverhalten mit den sozialen Merkmalen verknüpft werden kann, desto gezielter können Themen und Risikogruppen abgegrenzt und die Maßnahmen angepasst werden.

Migrant/innen sind beispielsweise eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe. Die Suchtproblematiken treten in verschiedenen ethnischen Gruppen nicht nur unterschiedlich auf, sondern hängen auch mit dem Zeitpunkt und den Ursachen der Migration, den Lebensbedingungen in der Steiermark und der Integrationsleistung zusammen. So können mehrere Subgruppen mit unterschiedlicher Belastung erkannt werden, zudem sind diese sehr unterschiedlich zugänglich. Die Suchthilfeeinrichtungen weisen auf einen Anstieg von süchtigen Jugendlichen mit Migrationshintergrund hin. Angesichts von Schätzungen aus Deutschland, wonach in Ballungsräumen Abhängige mit Migrationshintergrund ca. 20% der Betroffenen ausmachen²⁵ (vorwiegend aus der Türkei und Südosteuropa), müssen diese Zielgruppen auch für die Steirische Suchtpolitik erschlossen werden, da diese Gruppen auch hier einen großen Anteil der Personen mit Migrationshintergrund stellen.

In verschiedenen Bereichen der Sozial- und Gesundheitsarbeit konnten wichtige Erfahrungen im Rahmen von Projekten für und mit Migrant/innen gesammelt werden. In der Regel müssen sowohl sprachliche als auch ethnokulturelle und Schichtbarrieren in der Konzeption und Durchführung von Angeboten für Menschen mit Migrationshintergrund bedacht werden. Allerdings sind weder die Beratungs- und Therapieangebote für Migrant/innen in Suchtfragen noch die Angebote der Suchthilfe in Migrationsfragen ausreichend kompetent. Beiden Spezialbereichen fehlt darüber hinaus die Möglichkeit zur Integration in die Angebote der Regelversorgung im Medizinsystem und Sozialwesen.

Als zielführend haben sich Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zum Aufbau interkultureller Kompetenz sowie Organisationsentwicklung zur interkulturellen Öffnung erwiesen. Diese Aktivitäten im Praxisfeld der Migrationshilfe können durch politische Maßnahmen wie *Diversity Mainstreaming* (Politikfelder übergreifende Leitlinie für politische Prozesse und Entscheidungen) sinnvoll ergänzt werden.

DIE STEIRISCHE
SUCHTHILFE



Sucht erzeugt gesundheitliche Problemlagen mit unterschiedlichen Schweregraden. Der Schweregrad der Erkrankung kann sich in der Intensität des Konsumverhaltens ausdrücken, wobei zwischen risikoarmem Substanzkonsum und Verhalten, problembehaftetem Konsum und Verhalten sowie Abhängigkeit unterschieden werden kann. Einzelne Substanzen haben ein unterschiedliches Abhängigkeitspotenzial (Tabak, Alkohol, Cannabis, Designerdrogen, Heroin, Kokain, Medikamente mit psychoaktiver Wirkung).

Die betroffenen Konsument/innengruppen und Verhaltenssüchtigen repräsentieren alle sozialen Schichten, wobei die verschiedenen Suchterkrankungen in den unteren sozialen Schichten häufiger vorkommen.²⁷ Aufgrund dieser Unterschiede in der Substanz bzw. dem Suchtverhalten, der Intensität des Konsum- und Suchtverhaltens und der sozialen Ungleichheit ist ein differenziertes therapeutisches und schadensminimierendes Angebot vonnöten.

Die Suchthilfe lässt sich nach ihrer inhaltlichen Konzeption grob in niederschwellige (aufsuchende/nachgehende) und höherschwellige Angebote sowie in akzeptanzorientierte („Schadensminimierung“) und

abstinenzorientierte („Therapie“) Angebote differenzieren. Anhand dieser traditionellen Einteilung lassen sich Suchthilfeangebote allerdings nicht trennscharf charakterisieren. So sind beispielsweise auch akzeptanzorientierte Angebote veränderungsorientiert. Andererseits können Beratungsangebote auch als niederschwellig bezeichnet werden, weil sie die Anonymität der Klient/innen gewährleisten oder andere Strategien einsetzen, um Barrieren für die Inanspruchnahme der Angebote abzubauen etc.

Hinsichtlich ihrer Organisationsform werden die Angebote entweder im ambulanten oder im stationären Sektor ausgeführt. Die Leistungen werden zum einen von Einrichtungen erbracht, die auf die Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten spezialisiert sind, zum anderen von Einrichtungen der allgemeinen Krankenversorgung und Beratungs- und Therapieeinrichtungen, die einen Teil ihrer Leistungen ergänzend auch für Abhängigkeitserkrankte anbieten. Zudem wird das Versorgungssystem durch nicht auf Suchtklient/innen spezialisierte arbeits- und berufsrehabilitative Beratungs- und Betreuungsangebote sowie durch Angebote der Wohnraumsicherung ergänzt.

INTEGRIERTE VERSORGUNG



In Sektoren übergreifenden Behandlungssystemen ergibt sich eine hohe Kooperationsnotwendigkeit für organisatorische Abläufe und eine optimale Fallbetreuung. Von besonderer Wichtigkeit sind dabei die Übergänge zwischen den ambulanten und den stationären Behandlungseinrichtungen. Deshalb haben die verschiedenen Organisationen in den letzten Jahren Kooperationssysteme aufgebaut, etwa für die Nachbetreuung nach stationären Entzugsbehandlungen oder die Rekrutierung von Klient/innen für ambulante Dienste in Einrichtungen des niederschweligen Bereichs. Aus den vielfältigen Kooperationserfahrungen wird ersichtlich, dass eine integrierte Versorgung kaum gewährleistet werden kann, da es an den Nahtstellen zwischen stationärer und ambulanter Therapie, zwischen ambulanten Beratungseinrichtungen und niedergelassenen Ärzt/innen sowie zwischen auf Suchtfragen spezialisierten und allgemeinen Angeboten zu Abstimmungsschwierigkeiten kommt und es zudem an notwendigen Behandlungsstrukturen mangelt. Ebenso fehlen verbindliche Kooperationsvereinbarungen, etwa in Form von Kontingenten.

Als Folge nicht vorhandener Strukturen für integrierte Versorgung und durch einen Mangel an Verbindlichkeit sind die Patient/innenströme in der Suchthilfe nicht koordiniert, womit Fehlversorgung und Kostensteigerungen verbunden sein können.

Gegenwärtig arbeitet das Drogenfachgremium (vgl. Abb. 2, S. 49) daran, die Leistungen der Suchthilfe einheitlich zu definieren und dadurch die Prozessqualität der Leistungserbringung festzulegen und zu verbessern. Damit sind ähnliche Voraussetzungen für die Steuerung der Suchthilfe in Aussicht, wie sie für den stationären Gesundheitssektor seit Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) bestehen.

NIEDERSCHWELIGE (AUFSUCHENDE/ NACHGEHENDE) SUCHTARBEIT

Die niederschwellige Suchtarbeit richtet sich an die Gruppe der Personen mit hochproblematischem Konsum und hohem subjektiven Leidensdruck. Die Suchtkranken sind in der Regel sozial depriviert und desintegriert und besonders hohen gesundheitlichen Risiken – durch riskante Konsumformen oder die psychosozialen Begleiterscheinungen – ausgesetzt. Zumeist sind sie auch in der Öffentlichkeit auffällig. Darüber hinaus wenden sich auch Klient/innen, denen andere Angebote der Suchthilfe nicht adäquat erscheinen, an niederschwellige Einrichtungen.

Die psychosoziale und medizinische Betreuung der oft von mehreren Substanzen abhängigen Klient/innen und Patient/innen wird vor Ort angeboten, weil die Betroffenen häufig nicht in der Lage oder bereit sind, von sich aus Hilfe zu suchen oder sich an anspruchsvolle hochschwellige Behandlungsregeln zu halten. Dieser aufsuchende Ansatz wird mit einem akzeptanzorientierten Vorgehen kombiniert: Durch Streetwork und Einrichtungen, die Anonymität anbieten und den Klient/innen helfen, ihre Grundbedürfnisse zu decken, kann im Bedarfsfall eine Vertrauensbasis für die Inanspruchnahme weiterführender Hilfen aufgebaut werden.

Im Zentrum aller Bemühungen steht die Schadensminimierung für die Gesellschaft und für die Betroffenen, da durch die Ansätze der niederschweligen Suchtarbeit Infektionskrankheiten (Hepatitis C, HIV) verringert, die soziale Verelendung der Suchtkranken gebremst und Konflikte mit Anrainer/innen sowie Eskalation in der Öffentlichkeit vermieden werden können. Schadensminimierende Angebote tragen dazu bei, kriminelles oder abweichendes Verhalten, Haft, Gewalt, Prostitution und andere Folgen eines hochrisikohaften Lebensstils zu reduzieren.

In der niederschweligen Suchtarbeit ist es besonders wichtig, schnell und zuverlässig auf neue Herausforderungen zu reagieren, die durch die Dynamik der Konsumszenen entstehen, etwa wenn neue gefährliche Substanzen konsumiert werden (z. B. Mephedron).

Mit dem Kontaktladen und Streetwork bietet die *Caritas* in Graz vielfältige Angebote niederschwelliger Suchtarbeit, die den veränderten Bedürfnissen in der Szene flexibel angepasst werden können. Die Angebote sind auf die Bedürfnisse der Zielgruppen zugeschnitten und basieren auf den Wirkprinzipien der Schadensminimierung. Beispielsweise werden Gruppenangebote, verhaltenstherapeutische Beratungsstrategien zur Reduktion des Substanzkonsums und Zuweisungen zu medizinischer Behandlung in drei Bereichen geleistet (Kontaktladen, aufsuchende und nachgehende Straßensozialarbeit und sozialarbeiterische Einzelberatung).

Für die Vermittlung zu höherschweligen Spezialeinrichtungen der Suchthilfe sowie zu nicht auf Suchthilfe spezialisierten Gesundheits- und Sozialeinrichtungen stehen Arbeitsberatung, Wohnvermittlung und -betreuung zur Verfügung.

In ländlichen Regionen der Steiermark werden die Angebote niederschwelliger Suchthilfe überwiegend von nicht auf Suchtfragen spezialisierten Einrichtungen für Jugendstreetwork und mobile Jugendarbeit erbracht. Deren Aktivitäten weisen aus fachlichen Gesichtspunkten zwar einen geringeren Spezialisierungsgrad auf, decken allerdings eine breitere Angebotspalette ab. So werden teilweise auch Arbeitsberatung, Wohnversorgung, Suchtprävention an Schulen und auch höherschwellige Angebote sowie Vernetzung zu Ämtern und Behörden geleistet.

In der Steiermark ist das Begleitangebot nur unzureichend ausgebaut. Insbesondere fehlen Kapazitäten für die Wohnraumsicherung für Jugendliche und junge Erwachsene, die auch für mehrfach psychiatrisch erkrankte Substanzabhängige geöffnet sind. Bei Programmen und Maßnahmen nach dem Jugendwohlfahrtsgesetz und in sozialpädagogischen Einrichtungen wird der Problembereich „Drogenkonsum“ häufig ausgeklammert. Diese Berührungspunkte haben einen erschwerten Zugang für suchterkrankte Jugendliche und junge Erwachsene zur Folge. Für Teile der Klientel kann auch entgeltliches Wohnen in einem unterstützten Setting zielführend sein. Eine Förderung solcher Maßnahmen wirkt sich in der Regel auch positiv auf das Gemeinwesen aus.

Der Einstieg in die berufliche Rehabilitation wird durch mehrere Projektangebote geschaffen, mit der Möglichkeit für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Beschäftigungsverhältnisse einzugehen und auch tageweise zu arbeiten (sozialökonomische Betriebe). Allerdings ist das Arbeitsangebot für Hochrisikogruppen zu wenig ausgebaut.

In den Bezirken Radkersburg (Mureck), Leibnitz und Deutschlandsberg mangelt es an psychosozialen Angeboten im niederschweligen und ambulanten Bereich. Um regional faire Chancen für die Erkrankten herzustellen, eine ähnlich gute Suchttherapie sowie schadensminimierende Angebote zu erhalten, soll in Kooperation mit den regionalen Gebietskörperschaften sowohl die niederschwellige als auch die ambulante Suchthilfe in der Süd- und Weststeiermark ausgebaut werden.

Eine quantitativ bedeutsame Form der Therapie Opioidabhängiger ist die Substitutionstherapie, die vorwiegend im medizinischen System stattfindet und in deren Abläufe eine Reihe von auf Suchtfragen spezialisierte Einrichtungen involviert sind.

SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

Grundlage für die Substitutionsbehandlung ist der § 23 der Suchtgiftverordnung. Wenn Klient/innen bzw. Patient/innen längerfristig Opiate konsumieren und eine manifestierte Suchterkrankung vorliegt, können sie zur Indikationsstellung zertifizierte Ärzt/innen kontaktieren und werden in das Substitutionsprogramm aufgenommen. Dieses besteht aus einer täglichen Abgabe oder wochenweisen Mitgabe von Ersatzmitteln, die als Überbrückungs-, Reduktions- oder Erhaltungstherapie verabreicht werden. Die Medikamente werden in der Regel so produziert und dosiert, dass ein plötzliches Anfluten der Substanz im Körper nur bei missbräuchlicher Anwendung der Substitutionsmittel möglich wird. Die Betroffenen profitieren durch die staatliche Abgabe unmittelbar, indem der Beschaffungsdruck wegfällt.

Der entscheidende Vorteil der Substitutionsbehandlung liegt in der Tatsache, dass die Patient/innen aus einer stabilisierten und entkriminalisierten Position heraus in die Lage versetzt werden, Perspektiven der Veränderung und der Entwicklung einzunehmen und unterstützt durch Angebote der Suchthilfe zu verfolgen. Für das soziale Umfeld und für die Gesellschaft resultiert daraus ein signifikanter Rückgang der individuellen Beschaffungskriminalität.

Die akzeptanzorientierte Betreuung stellt darüber hinaus nicht den Substanzkonsum, sondern die Stabilisierung der Betroffenen – ihrer Ressourcen und Lebensqualität – ins Zentrum und drängt nicht auf Entzug und Enthaltbarkeit. Das bedeutet nicht, dass Entzug und Entwöhnung als Therapieziele abgelehnt werden. Vielmehr ist als wesentliches Teilziel zu werten, dass bei erfolgreicher Substitutionstherapie die Patient/innen länger an ihrem Arbeitsplatz verbleiben oder sich beruflich wiedereingliedern können. Durch Substitutionstherapie konnte auch eine Reduktion der Begleiterkrankungen des intravenösen Konsums (Hepatitis C, HIV) und eine Reduktion der Drogentodesfälle erreicht werden. Eine Stabilisierung ermöglicht zudem, dass Patient/innen mit einer weiteren psychiatrischen Erkrankung („Dualdiagnose“) zielführend behandelt werden können.²⁸

Die Substitutionstherapie in der Steiermark besteht aus einer medizinischen Basisversorgung durch geschulte Allgemeinmediziner/innen, Fachärzt/innen für Psychiatrie und eine Krankenhausambulanz in Graz sowie dem Angebot einer psychosozialen Beratung, Begleitung und Betreuung. Eine Sonderstellung nimmt das *Sozialmedizinische Zentrum Liebenau (SMZ)* als ärztliche Praxisgemeinschaft mit vielen anderen Gesundheitsberufen ein, die ihre Dienste im One-Stop-Shop-Prinzip an Ort und Stelle anbieten.

Die Strukturqualität der Substitutionstherapie hat sich in den letzten Jahren systematisch verschlechtert. Bis 2007 waren die Versorgungskapazitäten für die medizinische Grundversorgung und Verordnung einigermaßen gegeben, obwohl die Honorarsätze für die aufwändige und schwierige Beratung und Behandlung der Patient/innen gering waren. Seitdem

für die behandelnden Ärzt/innen auch der Besuch von Qualitätszirkeln verpflichtend und ihre therapeutische Freiheit in der Wahl des Substitutionsmittels eingeschränkt ist, hat sich die Anzahl der Ärzt/innen in der Substitutionstherapie rapide verringert, sodass mittlerweile vor allem in ländlichen Regionen von einer gefährlichen Unterversorgung der Patient/innen ausgegangen werden muss.

Aufgrund dieser Probleme und der im letzten Jahrzehnt kontinuierlich gestiegenen Inanspruchnahme der Substitutionstherapie sind die Kapazitäten auch in Graz unzureichend geworden. Für die Aufnahme in die Substitutionstherapie und die medikamentöse Einstellung und Verlaufsbeobachtung ist deshalb eine weitere Spezialambulanz in Graz sowie eine allgemeinpsychiatrische Ambulanz mit dem Behandlungsschwerpunkt Substitutionstherapie am LKH Bruck in Planung.

Die Gesundheitsplanung setzt angesichts der hohen interdisziplinären Anforderungen in der Substitutionsbehandlung auf Ambulanzen, die im Sinne von Kompetenzzentren für Substitutionsbehandlung fungieren können, in denen sie ihr Wissen an Ärzt/innen, Psychotherapeut/innen und Sozialarbeiter/innen regional weitergeben können. Damit kann die Bedarfslage eines Teils der Klient/innen adäquat abgedeckt werden. Für sozial stark deprivierte Konsumgruppen ist ein Ausbau der Versorgungskapazitäten im niederschweligen sowie im höherschweligen Sektor (stationäre Therapieplätze) weiterhin vonnöten.

In der Substitutionstherapie muss auch der psychosozialen Beratung, Begleitung und Betreuung ausreichend Aufmerksamkeit geschenkt werden, die bestenfalls die fallbezogenen Therapieziele verhandelt und koordiniert und die dabei gemachten Erfahrungen für die Qualitätssicherung im Versorgungssystem verwendet (Case Management). Dadurch wird aus der Substitutionstherapie ein interdisziplinär koordiniertes therapeutisches Vorgehen im Sinne eines Substitutionsprogramms mit einer höheren Aussicht, die individuellen und kollektiven Ziele der Substitution zu erreichen.

Die psychosoziale Arbeit hat ebenso wie die medizinische Grundversorgung ein doppeltes Mandat inne: Einerseits ist ein gutes Vertrauensverhältnis die Basis für eine gelingende Beratung, Begleitung und Betreuung. Andererseits enthält der Hilfeauftrag gleichzeitig eine Kontrollfunktion, nicht zuletzt, um die Sicherstellung der Interessen der Gesellschaft zu gewährleisten. Die Kontrollfunktion erschwert therapeutisches Handeln, weil beispielsweise ein auf Begleitkonsum positiver Harntest in erster Linie eine Besprechung des weiterführenden therapeutischen Vorgehens erfordert und nicht automatisch – bei Überbetonung der Kontrollfunktion – zum Ausschluss von der Therapie führen soll. Mit einer Arbeitskräftekapazität von fünf Vollzeit-äquivalenten für ca. 640 Substitutionspatient/innen zum Stichtag 01. 01. 2010 wird der über Qualitätskriterien eingeforderte Betreuungsschlüssel für die psychosoziale Versorgung in der Substitutionstherapie von 1:20 bei Weitem nicht erreicht. Eine der Folgen davon ist, dass die Mehrheit der Patient/innen in Substitutionsbehandlung psychosozial unterversorgt ist. Von dieser Unterversorgung sind auch Angebote für spezielle Gruppen (wie z. B. Schwangere) und wichtige Begleitangebote, die sich an Angehörige richten, betroffen.

Die Situation kann über die sich in Planung befindlichen Ausbauten des Angebots im ambulanten Bereich entlastet werden – abgesehen von fehlenden Strukturen bedarf es einer Fallverlaufsdokumentation und Evaluation der Substitutionstherapie.

AMBULANTE BERATUNGS- UND THERAPIEEINRICHTUNGEN

In den ambulanten Einrichtungen werden vorwiegend Beratung, Betreuung und Psychotherapie geleistet. Einer der wesentlichen Vorteile im Vergleich zu stationären Angeboten besteht darin, dass die Betroffenen während der Behandlung in ihrem sozialen Umfeld sowie am Arbeitsplatz verbleiben können. Zusätzlich werden Gesundheitsförderung und Prävention sowie Fort- und Weiterbildung inklusive Supervision und Coaching für Professionist/innen durchgeführt.

Die Steiermark verfügt über ein im Bundesländervergleich gut ausgebautes Netz an spezialisierten ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe, den tatsächlichen Bedarf kann es jedoch nicht abdecken. Die zumutbare Zeitspanne zwischen Erstkontakt und der Aufnahme einer Therapie überschreitet mit vier bis sechs Wochen (regional schwankend) die Zumutbarkeitsgrenze für die Betroffenen. Die Unterversorgung hängt mit einer gestiegenen Nachfrage und Defiziten in der Regelversorgung (zu wenige niedergelassene Fachärzt/innen für Psychiatrie) zusammen.

In Graz steht die Drogenberatungsstelle des Landes Steiermark sowie das Beratungszentrum des Grünen Kreises zur Verfügung, in 13 Bezirken inklusive Graz ist die *Steirische Gesellschaft für Suchtfragen (b.a.s. – betrifft abhängigkeit und sucht)* tätig, in Leoben das *Beratungs- und Informationszentrum BIZ-Obersteiermark*.

Konservativen Bedarfsschätzungen zufolge leiden in der Steiermark ca. 7 % der Bevölkerung unter Alkoholabhängigkeit, Medikamentenabhängigkeit, Abhängigkeit illegaler Drogen, pathologischer Glücksspielsucht und Essstörungen, das entspricht etwa 85.000 Personen mit krankheitswertiger Störung (vgl. Tab. 1, S. 15). Damit stellen Suchterkrankungen das quantitativ größte psychiatrische und psychosoziale Gesundheitsproblem in der Bevölkerung dar.

Die jährlichen Neuaufnahmen im Einzugsgebiet von b.a.s. (13 Bezirke) betragen zuletzt etwa 1,6 % der so errechneten Betroffenen (ca. 1.100 Personen).

Nicht eingerechnet sind die Angehörigen, wobei mit 1,7 betroffenen Angehörigen pro Patient/in bzw. Klient/in gerechnet wird. Zählt man die Angehörigen mit, so kann der primäre Bedarf mit in etwa 150.000 Personen in der Steiermark beziffert werden, das sind ca. 12,5 % der steirischen Bevölkerung. Das Angebot der Spezialeinrichtungen wird komplementär vom steiermarkweiten Netzwerk der psychosozialen Beratungszentren ergänzt, deren Schwerpunkte zwar in der extramuralen allgemeinen sozialpsychiatrischen Versorgung liegen, von denen aber nur wenige auch spezielle Leistungen für Abhängigkeitserkrankte anbieten (*PSD Hilfswerk Steiermark in Feldbach, Fürstenfeld und Radkersburg, Verein für psychische und soziale Lebensberatung in Judenburg und Murau*). Als Sondermodell medizinischer Primärversorgung betreibt eine allgemeinmedizinische Gemeinschaftspraxis in Graz-Liebenau (*Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau - SMZ*) einen Schwerpunkt in der bio-psycho-sozialen Versorgung im Rahmen der Substitutionstherapie.

Das Angebot umfasst Sozialarbeit, verschiedene Formen der Psychotherapie und Familienberatung, soziale Dienste (Hauskrankenpflege), Physiotherapie und Mediation. Insgesamt existiert ein flächendeckend ausgebautes Netzwerk von Institutionen, zu deren Angeboten vorwiegend medizinische Grundversorgung (gem. § 11 SMG), Beratung, Betreuung und Psychotherapie bei einer Reihe von speziellen Problemen mit illegalen und legalen Suchtmitteln gehören. Das bedeutet nicht, dass auch eine Abdeckung des Bedarfs vorliegt. Um eine am Bedarf ausgerichtete Angebotslage z. B. im Südwesten der Steiermark sicherzustellen, sind in Kooperation mit den dortigen Anbieter/innen weitere Projektierungen erforderlich. In den steirischen Bezirken Weiz, Deutschlandsberg, Leibnitz, Radkersburg und Murau gibt es keine ausreichenden Beratungs- und Betreuungskapazitäten. Dies wirkt sich sowohl auf die allgemeine Versorgung als auch hinsichtlich spezieller Angebote für spezifische Zielgruppen (Jugendliche, Schwangere, geschlechtsspezifische Angebote) negativ aus. Hier besteht ein vorrangiger regionaler Ausbaubedarf in Form von Kapazitäten und bedarfsorientierten Angeboten.

Inhaltlich besteht auch für die Beratungsform der Krisenintervention ein steigender Bedarf, da die Problemlagen der Klient/innen sowohl was Substanzkonsum betrifft (Polytoxikomanie) als auch im Falle von Verhaltenssuchten (z. B. suizidale Krisen infolge hoher Spielschulden) und vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Veränderungen tendenziell schwieriger werden. Dabei ist primär ein ausreichendes interdisziplinäres Assessment vonnöten. Bei Bedarf (kurzfristiger Wunsch nach einer Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung) kann auch eine Zuweisung zu einer stationären Behandlungseinrichtung erfolgen. Klient/innen in den Entzug oder in eine Entwöhnungsbehandlung zu drängen, ist jedoch therapeutisch kontraproduktiv, und es fehlen die Kapazitäten für stationäre Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen.

Aufgrund teilweise fehlender stationärer Kapazitäten im Behandlungssystem sind die zuweisenden ambulanten Angebote angehalten, Netzwerkkontakte zu stationären Therapieangeboten in anderen Bundesländern zu unterhalten, wobei es vereinzelt zu beträchtlichen Wartezeiten kommen kann. Insgesamt existiert ein flächendeckend ausgebautes Netzwerk von Institutionen, zu deren Angeboten vorwiegend medizinische Grundversorgung (gem. § 11 SMG), Beratung, Betreuung und Psychotherapie bei einer Reihe von speziellen Problemen mit illegalen und legalen Suchtmitteln gehören. Das bedeutet nicht, dass auch eine Abdeckung des Bedarfs vorliegt. Um eine am Bedarf ausgerichtete Angebotslage z. B. im Südwesten der Steiermark sicherzustellen, sind in Kooperation mit den dortigen Anbieter/innen weitere Projektierungen erforderlich. In den steirischen Bezirken Weiz, Deutschlandsberg, Leibnitz, Radkersburg und Murau gibt es keine ausreichenden Beratungs- und Betreuungskapazitäten. Dies wirkt sich sowohl auf die allgemeine Versorgung als auch hinsichtlich spezieller Angebote für spezifische Zielgruppen (Jugendliche, Schwangere, geschlechtsspezifische Angebote) negativ aus. Hier besteht ein vorrangiger regionaler Ausbaubedarf in Form von Kapazitäten und bedarfsorientierten Angeboten.

Inhaltlich besteht auch für die Beratungsform der Krisenintervention ein steigender Bedarf, da die Problemlagen der Klient/innen sowohl was Substanzkonsum betrifft (Polytoxikomanie) als auch im Falle von Verhaltenssuchten (z. B. suizidale Krisen infolge hoher Spielschulden) und vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Veränderungen tendenziell schwieriger werden.

Dabei ist primär ein ausreichendes interdisziplinäres Assessment vonnöten. Bei Bedarf (kurzfristiger Wunsch nach einer Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung) kann auch eine Zuweisung zu einer stationären Behandlungseinrichtung erfolgen. Klient/innen in den Entzug oder in eine Entwöhnungsbehandlung zu drängen, ist jedoch therapeutisch kontraproduktiv, und es fehlen die Kapazitäten für stationäre Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen.

Aufgrund teilweise fehlender stationärer Kapazitäten im Behandlungssystem sind die zuweisenden ambulanten Angebote angehalten, Netzwerkkontakte zu stationären Therapieangeboten in anderen Bundesländern zu unterhalten, wobei es vereinzelt zu beträchtlichen Wartezeiten kommen kann.

STATIONÄRE THERAPIEEINRICHTUNGEN

Stationäre Einrichtungen bestehen für Entzugs- und Entwöhnungstherapien sowie für die Aufnahme in die Substitutionstherapie für Langzeitopiatabhängige. Das *Zentrum für Suchtmedizin* an der *Landesnervenklinik Sigmund Freud* (ehemals Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen) ist die einzige Krankenanstalt für die Akuttherapie bei Abhängigkeitserkrankungen in der Steiermark und besteht

aus fünf Stationen, die jeweils besondere Schwerpunktbehandlungen anbieten (körperliche Entgiftung, Entwöhnungs- und Entzugsbehandlung von Alkohol und Drogen, Medikamentenabhängigkeit, pathologisches Glücksspiel), mit einer Kapazität von insgesamt 125 Betten. Eine allgemeine psychiatrische Ambulanz und eine Drogenambulanz mit ergänzenden psychotherapeutischen Gruppenangeboten inklusive einer Therapiegruppe für Angehörige ergänzen die psychiatrische Behandlung zielführend.

In der 2004 gegründeten Therapiestation *Walkabout* werden 30 Therapieplätze zum Entzug von illegalen Substanzen und/oder Benzodiazepinen sowie ambulante Nachbetreuung für die Dauer eines Jahres geboten. Diese Kapazitäten sind angesichts der Bedarfslage unzureichend, was beispielsweise daran zu erkennen ist, dass die Nachfrage nach stationären Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen sehr hoch ist und Behandlungsplätze in anderen Bundesländern nur mit Wartezeiten von mehreren Monaten bewilligt werden.

Der *Grüne Kreis* verfügt in Johnsdorf verfügt über 80 Kurz- und Langzeittherapieplätze, der Behandlungsschwerpunkt liegt auf Alkoholabhängigkeit. Die *Caritas* betreibt mit dem *Aloisianum* ein ähnliches Angebot in Graz.

Für die stationäre und tagesklinische Entwöhnungsbehandlung sind auf Basis von Berechnungen durch die Expert/innengruppe zur Versorgungsstruktur für Abhängigkeitserkrankungen (*Österreichisches Bundesinstitut für das Gesundheitswesen*, 2006) insgesamt 0,18 Behandlungsplätze pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner notwendig: 0,14 davon für die Behandlung von Alkohol-, Medikamenten- und substanzungebundenen Abhängigkeitserkrankungen und 0,04 für die der Drogenabhängigkeit. Das sind steiermarkweit 168 bzw. 48 Plätze mit Planungshorizont 2015.²⁹ Die Berechnungen wurden in Anlehnung an die tatsächliche Inanspruchnahme durch Fälle mit psychiatrischen Hauptdiagnosen im Suchtbereich durchgeführt, jedoch unter Vernachlässigung jener Fälle, bei denen Sucht als Nebendiagnose geführt wurde.

SOZIALE UND BERUFLICHE REHABILITATION UND INTEGRATION

Berücksichtigt man die Behandlungsplätze des *Grünen Kreises Johnsdorf* und des *Aloisianums* der *Caritas*, so wären an sich ausreichende Kapazitäten für die stationäre Entwöhnung von Menschen mit Alkoholabhängigkeit vorhanden. Allerdings können die bestehenden Kapazitäten (Betten) im klinischen Alltag nicht für die Langzeittherapie verwendet werden, sondern müssen als Plätze für Akutversorgung zur Verfügung stehen, weshalb die Bedarfsrechnungen insgesamt umstritten sind.

Bezüglich der Drogenabhängigkeit kann von einem Ausbaubedarf von mindestens 20 Plätzen ausgegangen werden. Derzeit stehen 30 Betten der Einrichtung *Walkabout* sowohl für den Entzug als auch für die stationäre Entwöhnung zur Verfügung sowie vereinzelt Plätze in den erwähnten Einrichtungen des *Grünen Kreises* und des *Aloisianums*. Für Menschen mit Drogenabhängigkeit bzw. bei Entzug und Entwöhnung von mehreren Substanzen besteht derzeit ein Defizit hinsichtlich Entwöhnungsangeboten, stationärer Krisenintervention und Entzug. Von den Folgen der fehlenden Kapazitäten sind Klient/innen in ländlichen Regionen sowie Jugendliche stärker betroffen.

Wenn Grundbedürfnisse von Abhängigkeitserkrankten wie Arbeit, Wohnen und soziale Integration nicht oder nicht mehr befriedigt werden können, dann entsteht ein Bedarf an professionellen Angeboten für diese Bereiche. Vor allem berufliche Rehabilitation und soziale Integration (inklusive Wohnversorgung) sind Voraussetzungen für eine Verbesserung des Gesundheitszustands und gelten deshalb zu Recht als hochwirksame therapeutische Faktoren.

In der Steirischen Suchthilfe besteht ein allgemeiner Mangel an Unterstützungsangeboten in diesen Bereichen. Insbesondere kommt es zu einer Unterversorgung im Bereich der sozialen Arbeit, bei psychosozialer Betreuung und Psychotherapie für Menschen in Substitutionsbehandlung, für Jugendliche unter 16 Jahren sowie Abhängigkeitserkrankte, die über 45 Jahre alt sind und aufgrund der fortgeschrittenen Erkrankung bereits multiple Problemlagen aufweisen. Ebenso sind Migrant/innen stark von der unzureichenden psychosozialen Versorgung betroffen.

Auch für nicht suchterkrankte Klient/innen sozialer Arbeit ist das Angebot in diesen Bereichen beschränkt, und die Beratung, Begleitung und Betreuung Abhängigkeitserkrankter ist aufgrund des Krankheitsbildes und typischer Verlaufsformen (z. B. infolge psychiatrischer Komorbidität) aufwändig und erfordert spezielle Qualifikation und Erfahrung. Klient/innen der Suchthilfe haben deshalb erschwerten Zugang zu den bestehenden, nicht auf Suchtfragen spezialisierten Hilfseinrichtungen für diese Bereiche.

Die strukturelle Sicherstellung sozialintegrativer therapeutischer Maßnahmen für Klient/innen der Suchthilfe kann durch Kooperation mit den bestehenden Angeboten unterstützt werden, indem ihre Kapazität und Kompetenz für die Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten erweitert wird (Öffnung der psychosozialen Regelversorgung). Besonders für hochgefährdete Gruppen werden allerdings auch spezialisierte Angebote benötigt. Zum Beispiel mangelt es nach wie vor an Angeboten beruflicher Integration und Rehabilitation, die auf die besonderen Bedürfnisse Abhängigkeitserkrankter eingehen können.

ÖFFNUNG DER
MEDIZINISCHEN
UND PSYCHOSOZIALEN
REGLERVERSORGUNG
FÜR KLIENT/INNEN DER SUCHTHILFE



Eine mögliche Problemlösungsstrategie für die Verbesserung der Behandlungs- und Betreuungsqualität in der Suchthilfe besteht darin, bestehende Einrichtungen der medizinischen, psychotherapeutischen und sozialen Regelversorgung für die Bedürfnisse von Abhängigkeitserkrankten zu sensibilisieren und den Zugang zu ihren Angeboten für Klient/innen der Suchthilfe stärker als bisher zu öffnen und bedarfskompatibel auszurichten. Eine parallele Behandlung von Sucht und anderen Erkrankungen gilt in Fachkreisen als „state of the art“ – das heißt, sie entspricht dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand und Behandlungsstandard. Eine solche Strategie bietet einerseits vielfältige Vorteile, stellt die Suchtpolitik andererseits vor große Herausforderungen. Für gewöhnlich muss in einen verbesserten regionalen Zugang und eine stärkere Integration der Versorgung vor Ort investiert werden, wobei der dadurch erzeugte Nutzen erst nach einer mitunter schwierigen Übergangsphase offensichtlich wird.

Im Allgemeinen werden Menschen mit einer Suchtproblematik nach wie vor und zunehmend stark gesellschaftlich stigmatisiert, wobei dieses Phänomen je nach Erkrankung und Substanz unterschiedlich stark ist. Das bedeutet, dass Betroffenen wegen ihrer Erkrankung bestimmte Eigenschaften zugeschrieben werden, die eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erschweren. Dieses Phänomen kann auch in Teilen des Behandlungssystems beobachtet werden bzw. kann von den Suchtkranken eine Stigmatisierung durch Angehörige von Gesundheitsberufen wahrgenommen werden. Die Stigmatisierung äußert sich, indem die Abhängigkeitserkrankung auch dann als vordergründiges Problem betrachtet wird, wenn andere körperliche und psychische Erkrankungen bestehen und behandelt werden sollen, die Betroffenen aber an auf Suchtfragen spezialisierte Einrich-

tungen verwiesen werden. Das komplexe ursächliche Zusammenspiel von suchtspezifischen Symptomen mit Begleiterkrankungen verunmöglicht dadurch kohärente Therapiepläne.

Welche Gesundheitsbedürfnisse von Abhängigkeitserkrankten einer auf Fragen der Suchthilfe spezialisierten Versorgung und welche einer Integration in die Regelversorgung bedürfen, kann nicht nur fachlich-objektiv beurteilt werden. Selbst bei klarer Zuteilung der Aufgabengebiete müssen professionelle Vorurteile sowie organisatorische und strukturelle Zugangsbarrieren an den Nahtstellen der Versorgungseinrichtungen und -systeme überwunden werden.

Ein erster Schritt in die richtige Richtung besteht darin, dass der auf Fragen der Suchthilfe spezialisierte Bereich ein suchtmedisches Kompetenzzentrum organisiert, welches im stationären akutmedizinischen Bereich (*LSF – Zentrum für Suchtmedizin*) angesiedelt ist und die Qualität der Versorgung verschiedenartig positiv beeinflusst. Adäquate Instrumente dafür sind Bewusstseinsarbeit, gemeinsame Aus-, Fort- und Weiterbildungsaktivitäten, Supervision und Intervision sowie konkrete Kooperationsprojekte von Einrichtungen der spezialisierten und Regelversorgung, welche auch Sektoren übergreifend (niederschwellig, ambulant, teilstationär, stationär) integriert werden sollen und dadurch an allgemeine gesundheitspolitische Zielsetzungen (Integration der Versorgung) anschlussfähig sind.

Die Rolle der Suchtpolitik bezieht sich hierin darauf, auf der Ebene der Leistungserbringung eine solche wünschenswerte Entwicklung anzustoßen und durch Sensibilisierung auf struktureller Ebene (Gesundheitsplanung, Reformpool) zu unterstützen.

WISSEN UND FAKTEN SIND
VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE
STRATEGISCHE PLANUNG



Von verschiedenen Maßnahmen, die im Rahmen der Suchtprävention und Suchthilfe gesetzt werden können, wird heute zu Recht verlangt, dass ausreichend Wissen und Erfahrung in ihre Entwicklung einfließen und sie effektiv durchgeführt werden, um die Gesundheit und die Lebensqualität der Betroffenen nachhaltig zu verbessern. Da die öffentlichen Haushalte unter starkem Finanzierungsdruck stehen, legitimieren Regelungen für einen sorgfältigen Umgang mit Wissen und Evidenz sowohl das Handeln der in der Suchtarbeit tätigen Akteur/innen als auch das politische Handeln und ermöglichen die strategische Planung von Suchtprävention, Suchthilfe und die politische Steuerung.

Die Steirische Suchtpolitik möchte einen sinnvollen und zweckmäßigen Umgang mit den in Studien und durch Evaluation gewonnenen Erkenntnissen unterstützen und dies durch differenzierte Ansprüche an verschiedene Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung erreichen. Ziel ist, sowohl die kontinuierliche Qualitätsverbesserung bestehender Maßnahmen zu ermöglichen als auch die Maßnahmen daran zu beurteilen, welche Effekte sie potenziell erzielen.

Von präventiven Interventionen kann aus wissenschaftlicher Sicht verlangt werden, dass sie auf die Veränderung von ätiologischen (krankheitsursächlichen) Faktoren abzielen bzw. auf die Stärkung allgemeiner und spezifischer (Substanzmündigkeit) Gesundheitsressourcen gerichtet sind und kurz-, mittel- oder langfristig den Konsum psychoaktiver Substanzen bzw. Verhalten mit Suchtpotenzial und deren Folgen wirksam verhindern oder verzögern. Dies erfordert den systematischen Einsatz theoretisch fundierter Interventionskonzepte mit Bezug zu den jeweils geplanten Projekt- und Programmaktivitäten.

UNIVERSELLE PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG, SELEKTIVE PRÄVENTION: WISSENSBASIERTE PLANUNG UND KONTINUIERLICHE QUALITÄTSVERBESSERUNG INNOVATIVER ANSÄTZE

Die Wirksamkeit von Maßnahmen der universellen und selektiven Prävention ist hochkomplex und die Nachweisbarkeit der Programmeffektivität erfährt durch mehrere Faktoren eine Begrenzung. Die nur in bestimmten Settings mögliche Standardisierbarkeit sozialer Interventionen und die längerfristige Ausrichtung der Wirkungsweise führen in aller Regel dazu, dass die Ergebnisse nicht gemessen oder nur unter erheblichem, teils unverhältnismäßig hohem Aufwand so gemessen werden können, dass die Kontextfaktoren systematisch abgegrenzt werden können.³⁰ Zudem führen unterschiedliche Definitionen von „Sucht“, „Gesundheit“, „gelingender Lebensführung“, „gesellschaftlicher Teilhabe“ und anderer Indikatoren dazu, dass in der Praxis kaum einheitliche Vorgehensweisen definiert und Wirkmodelle angewendet werden können. Eine Standardisierung der Aktivitäten ist nur in bestimmten Settings möglich bzw. aufgrund der starken Unterschiedlichkeit der Kontexte, die sie zu verändern suchen, auch nicht zielführend.

Das heißt, dass der Wirkungsnachweis nur im Falle des landesweiten Einsatzes bewährter Konzepte eingefordert werden sollte. So haben Evaluationsstudien gezeigt, dass Lebenskompetenzprogramme (vereinheitlichte Durchführung) in Schulen und Kindergärten nachhaltig wirksam sein können, weshalb eine Standardisierung in pädagogischen Settings im EU-Drogenaktionsplan 2009-2012 empfohlen wird.³¹ Der Einsatz evaluierter Standardprogramme kann auch eine Basis für eine Weiterentwicklung universeller

und selektiver Prävention darstellen. So sollen künftig neue Zielgruppen wie etwa Kinder und Jugendliche mit *erhöhtem Risiko* (z. B. mit *Migrationshintergrund*) mit *spezifischen Angeboten* besser erreicht werden.

Sinnvoll ist, Maßnahmen der universellen und selektiven Prävention durch externe Prozessevaluation dabei zu unterstützen, die angestrebten kurzfristigen Wirkungen zu erreichen. Die Beweisführung, dass eine Maßnahme der universellen Prävention zu den gewünschten längerfristigen Ergebnissen führt bzw. bereits geführt hat, ist lediglich vor seiner flächendeckenden Einführung erforderlich, nicht aber im Falle von regional begrenzten Projekten.

INDIZIERTE PRÄVENTION: STANDARDISIERUNG UND ERGEBNISBEWERTUNG

Im Unterschied zu universeller und selektiver Prävention sind die Adressat/innen von Maßnahmen der indizierten Prävention bereits von einem Frühstadium oder einer bereits fortgeschrittenen Entwicklung der Suchterkrankung betroffen und werden in aller Regel als Einzelpersonen angesprochen.

Dies ermöglicht in vielen Fällen eine wesentlich bessere Messbarkeit der Interventionserfolge, da der Gesundheitsnutzen entlang diagnostischer Kriterien in unmittelbarer zeitlicher Nähe zur Intervention sowie mittel- und langfristig definiert und gemessen werden kann. Allenfalls beobachtete Verbesserungen können auch leichter als bei universeller oder selektiver Prävention auf die Maßnahmen selbst zurückgeführt werden, weil zwischen der Ausgangssituation und der Situation am Ende einer Intervention beziehungsweise zwi-

schen den Teilnehmer/innen an den Maßnahmen und dem „natürlichen Verlauf“ bei Nicht-Teilnehmer/innen sinnvoll unterschieden werden kann.

SUCHTHILFE: VERSORGUNGSFORSCHUNG

Mit derselben Logik sind die Angebote der Suchthilfe für die Evaluation zugänglich, die sich an Einzelpersonen richten. Um die Effektivität der Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsangebote in der Suchthilfe zu bewerten, bedarf es der wiederholten Messung des Gesundheitszustands (subjektive^e Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität inklusive Teilhabe) von Klient/innen und Patient/innen und seiner Bewertung in Abhängigkeit von den eingesetzten Methoden, von der Intensität der Behandlung und vom Schweregrad der Erkrankung. Bei einer differenzierten Betrachtung der Wirksamkeit der Interventionen nach Alter, Geschlecht und sozialer Lage ergeben sich Anhaltspunkte darüber, weshalb die Angebote im Versorgungssystem bei Subgruppen der Patient/innen bessere Erfolge erzielen als bei anderen.

Von ebenso großer Bedeutung sind allerdings Qualitätsindikatoren der Suchthilfe, die über die Qualität der individuellen Leistung hinaus auch die Qualität des Gesamtsystems Suchthilfe ins Blickfeld nehmen. Dabei ist Suchtpolitik optimalerweise am epidemiologisch festgestellten Behandlungsbedarf orientiert und schafft einen bedürfnisgerechten Zugang zu einem differenzierten Suchthilfesystem für alle Betroffenen. Die Frage aus der suchtpolitischen Perspektive lautet: Wer ist von Sucht betroffen? Erst anschließend steht im Mittelpunkt, wie die Betroffenen versorgt werden können.

^e Es ist notwendig, die subjektiven Einschätzungen und Erfahrungen zu erfragen, da die Beurteilung der Wirksamkeit einer Behandlung/Beratung/Betreuung/Psychotherapie von einer Reihe von Störfaktoren beeinflusst wird, die außerhalb des therapeutischen Blickfelds liegen können. Für die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands bestehen validierte und international gebräuchliche Referenzsysteme wie etwa Skalen und Scores, die an der International Classification of Functioning (ICF) der WHO ausgerichtet sind. Subjektive Angaben zum Gesundheitszustand haben sich als zuverlässigere prognostische Einschätzungen erwiesen als objektive Einschätzungen verschiedener Gesundheitsberufe. Die Gesundheitsberufe neigen zu unterschiedlichen systematischen Über- und Unterschätzungen des Gesundheitszustands der Betroffenen.

STEUERUNG DER STEIRISCHEN SUCHTPOLITIK



Während Suchtpolitik vielschichtige Aushandlungsprozesse zwischen Individuum, Gesellschaft, Staat und Markt erfordert, setzt sich die Steirische Suchtpolitik besonders mit der öffentlichen Verantwortung auseinander. Steuerung (*Governance*) beinhaltet die strategische, Sektoren übergreifende Planung für Suchtprävention und Suchthilfe. Die Verantwortung in der Suchtpolitik wird in vielfäl-

tigen öffentlichen Handlungen sichtbar, und zwar durch Information und Präventionsmaßnahmen, Aufgabenübertragungen, Anreize, gesetzliche Regelungen, Marktregulierungen (und deren Durchsetzung) und Maßnahmen der Schadensminimierung. Diese Vielfalt wird in der medialen Diskussion um Verbote und repressive Maßnahmen gelegentlich vernachlässigt.

ZIELE VON STEUERUNG IN DER STEIRISCHEN SUCHTPOLITIK SIND:
Vernetzung aller für Suchtpolitik relevanten Akteur/innen in unterschiedlichen Politikbereichen und
Klärung von Verantwortung und Verbindlichkeit;
interdisziplinäres Wissen für Prävention zu managen bzw. in den Kontext individueller Beratung, Betreuung und Behandlung zu übertragen;
die in der Praxis der Suchtprävention und Suchthilfe tätigen Expert/innen darin zu unterstützen, ihre Konzepte den verschiedenen Entwicklungsdynamiken (verändertes Suchterkrankungsspektrum, veränderte Bedürfnisse der Klient/innen und Patient/innen, politische Umwelt) anzupassen;
die Qualität der in den Einrichtungen der Suchtprävention und Suchthilfe geleisteten Arbeit sicherzustellen und kontinuierlich zu verbessern (inkl. der Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter/innen) und
die Kompetenzen und Verantwortung für gemeinsame strategische Ausrichtungen transparent darzustellen.

Diese Aufgaben³² können über verschiedene Strategien – wie etwa durch Zielformulierungen, Vernetzung auf verschiedenen Ebenen und unterstützt durch Zahlen, Daten und Fakten – sichergestellt werden.

Die internationalen Erfahrungen in der Suchtpolitik haben gezeigt, dass ein intersektorales, koordiniertes Vorgehen immer dann notwendig wird, wenn offene Heroinszenen zum Bestandteil des Alltags in Städten wie Zürich werden. Zu Beginn der 1990er-Jahre räumte die Zürcher Stadtverwaltung sowohl den Platzspitz (1992) als auch den Bahnhof Letten (1995). Die erste Verdrängung der offenen Heroinszene ohne gesteuertes Vorgehen führte dabei geradezu zur Entstehung einer Szene mit einer noch viel größeren Anzahl von auf der Straße lebenden, sozial massiv deprivierten Suchtkranken. Durch den dezentralen Ausbau von schadensminimierenden Angeboten und infolge repressiver Maßnahmen gegen den Drogenhandel gelang es schließlich, eine offene Szene zu verhindern und die hohen Belastungen für die Stadt durch die Folgen von Sucht nachhaltig zu verringern. Dieses Konzept ist als 4-Säulen-Konzept in die Geschichte der Suchtpolitik eingegangen, weil Maßnahmen in den „4 Säulen“ Prävention (1), Behandlung (2), Schadensminimierung (3) und Repression (4) strategisch geplant und konzertiert umgesetzt wurden und weil die Kooperation zwischen den Bereichen äußerst wirkungsvoll war, solange sie ernsthaft betrieben wurde.

Vor allem die Politik der Schadensminimierung hat die Suchthilfe international beeinflusst und bereichert, weil die akzeptanzorientierten Ansätze ihre Wirksamkeit unter Beweis stellen konnten und gute politische Entwicklungsmöglichkeiten vorgefunden haben.

Die Bedeutung der Zusammenarbeit der „4 Säulen“ reduzierte sich aufgrund der nicht mehr gegebenen Verhältnismäßigkeit. Noch heute besteht die Zürcher Suchtpolitikstruktur aus einer Politikfelder übergreifenden strategischen Leitung („interdepartmentale Delegation für Drogen- und Suchtpolitik“), der die Linienvorgesetzten einzelner Fachbereiche („Drogenstab“) für operative Funktionen unterstellt sind. Immer, wenn Probleme bei der politischen Abstimmung der Strategien mit vor- und nachgelagerten Verwaltungsebenen (Föderalismus) auftreten oder wenn Maßnahmen umgesetzt werden, die mehrere Bereiche betreffen (z. B. heroingestützte Behandlung, Einführung von Konsumräumen), werden die Gremien beauftragt, Lösungen zu erarbeiten. Das Zürcher Beispiel hat aber auch gezeigt, dass die Kooperation von Politik- und Verwaltungsbereichen ohne große Not nicht selbst vonstatten geht, zumal sich auch die persönliche Zusammensetzung der Gremien verändert.

Seither haben sich die Suchtproblematiken und die Wahrnehmung von Sucht als gesellschaftlichem Problem verändert. Wenn – wie eingangs ausführlich dargestellt – die Abhängigkeit von illegalen Substanzen in ihrem Ausmaß den Gesundheitsproblemen infolge des risikoarmen, problematischen und abhängigen Konsums von legalen Drogen untergeordnet werden muss und wenn aktive Suchtpolitik stärker als bisher auf Prävention fokussiert, dann ist in einem neuen Verständnis von Suchtpolitik auch die Bedeutung des repressiven Ansatzes als eine der vier traditionellen Säulen der Suchtpolitik neu zu definieren.

Die Grundlage für repressive Maßnahmen bildet das Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Vorläuferstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG), das in seinem fünften Hauptstück die strafrechtlichen Bestimmungen und Verfahrensvorschriften für den Verkehr und die Gebarung verbotener Substanzen regelt. Im Vordergrund steht die generalpräventive Ausrichtung des Gesetzes: Hohe Strafandrohungen für den Drogenhandel sowie die Bestrafung fast jeglichen Kontakts mit Betäubungsmitteln einschließlich des Konsums (aufgrund des vorgeschalteten Erwerbs und Besitzes) sollen eine abschreckende Wirkung haben. Im Laufe der Zeit hat sich durch die verschiedenen Gesetzesrevisionen der Charakter des Gesetzes zugunsten des Grundsatzes „Therapie statt Strafe“ geändert.

Die Folgekosten des Gesundheitsproblems Sucht betragen im Bereich Repression in etwa das Vierfache der finanziellen Mittel, die für die anderen drei Säulen des traditionellen Suchtpolitikmodells ausgegeben werden (Prävention und Suchthilfe inklusive Schadensminimierung). Wie eine oberösterreichische Studie zeigt³³, können die Gesamtkosten für Repression im Bereich illegaler Drogen (Durchschnittskosten pro Anzeige nach dem Suchtmittelgesetz und pro Gerichtstag bzw. Gefängnistag in Oberösterreich) auf ca. 30 Mio. € pro Jahr geschätzt werden.

Die Aktivität von Justiz und Exekutive benötigt eine enge Kooperation mit Einrichtungen der Suchthilfe. In einer Suchtpolitik als gesundheitsfördernder Gesamtpolitik stellt Repression aber lediglich eines von mehreren relevanten Politikfeldern dar, das beitragen kann, Suchtinzidenzen zu reduzieren.

Differenzierte Steuerungsstrategien sind gerade wegen der unterschiedlichen Zuständigkeiten und Rechtsgrundlagen zwischen den Verwaltungsebenen und in Verzahnung mit den Leistungsträger/innen und Sozialversicherungsanstalten sowie aufgrund der Vielfalt an privaten und öffentlichen Leistungserbringer/innen vonnöten. Dabei ist bedeutsam, dass sowohl für die großen Bereiche der Prävention und Suchthilfe als auch für eine „Gesamtsteuerung“ klare Strategien formuliert werden, damit die Potenziale zur Verbesserung der suchtbetroffenen Gesundheit ausgeschöpft werden können.

Bei den sich häufig verändernden Problemstellungen (neue Konsumformen und Konsummuster, neue Substanzen und Verhaltensphänomene) und Rahmenbedingungen werden verlässliche Informationen zur grundlegenden Voraussetzung für die Steuerung der Suchtpolitik.

DATEN FÜR TATEN



Der dringlichste Handlungsbedarf wird deshalb für den Aufbau eines aussagekräftigen Suchtmonitoringsystems in der Steiermark ausgemacht. Darunter versteht man die Zusammenstellung eines systematischen Satzes von Daten und Informationen, die in regelmäßigen Abständen erhoben werden und die im Hinblick auf den politischen und administrativen Handlungs-, Entscheidungs- und Steuerungsbedarf informieren und orientieren und darüber hinaus geeignet sind, die Zielerreichung der gesetzten Maßnahmen zu kontrollieren und zu evaluieren.

Mit den Suchtberichten 2007 und 2009 für die Steiermark bestehen nun zwar wertvolle Vorarbeiten für ein Suchtmonitoring, allerdings mangelt es – wie in den Berichten dargestellt wird – für ein aussagekräftiges Monitoring in verschiedenen Bereichen an der Qualität der Datengrundlagen.

So ist beispielsweise die Verfügbarkeit von Daten über Suchthilfeklient/innen nur unzureichend ausgebaut. Es existiert zwar das bundesweit einheitliche Dokumentationssystem DOKLI, das Auskunft über die Konsumanamnese und begleitende Infektionskrankheiten der Klient/innen gibt, die illegale Drogen konsumieren. Die erhobenen Informationen werden im Rahmen des Meldewesens verpflichtend an die *Europäische Drogenbeobachtungsstelle* weitergeleitet. Die Informationen können jedoch nur eingeschränkt zur Steuerung verwendet werden, da Angaben zur eindeutigen Identifikation von Klient/innen vermieden werden und die therapeutischen Stationen der Klient/innen sowie Doppelnennungen nicht identifiziert werden können. Hinsichtlich der Beratungs-, Begleitungs- und Betreuungsleistung werden in DOKLI zwar Therapiepläne erfasst, der Erfolg der Gesundheitsdienstleistungen (Effektivität) wird jedoch unzureichend abgebildet. Die Aufzeichnungen sind zudem unvollständig, weil ein erheblicher Teil des stationären Sektors nicht an der Einführung von DOKLI beteiligt werden konnte. Differenzierte Verlaufsanalysen der Klientel und seiner Subgruppen sind nicht möglich.

Auch andere Datenquellen – wie etwa die Statistik der Krankenhausesentlassungen (laut LKF) oder die Aufzeichnungen der Leistungserbringer/innen in der Suchthilfe sind mit erheblichen Schwächen in Bezug auf die Verwertbarkeit der Daten für die Steuerung der Suchthilfe behaftet.^d

Zur Steuerung der Suchthilfemaßnahmen durch das Land Steiermark ist deshalb die Entwicklung und Implementierung einer einheitlichen Basisdokumentation (BADOK) als ein EDV-gestütztes Register voranzutreiben, welches die bestehenden Dokumentationsschwächen ausgleicht. Dieses System der Einrichtungsdokumentation und Leistungsübersicht soll an einheitliche Tätigkeitsberichte und Verwendungsnachweise für Förderungen durch das Land Steiermark gekoppelt sein. Inhaltlich soll dieses System alle Suchtformen umfassen (auch legale Substanzen und substanzungebundene Süchte). Bei der Implementierung werden die dafür notwendigen Ressourcen für die Einrichtungen seitens der Fördergeber bereitzustellen sein.

Sofern beabsichtigt wird, die aus der Dokumentation gewonnenen Informationen künftig auch zur leistungsorientierten Steuerung der Suchthilfeangebote einzusetzen, muss ein Prozess eingeleitet werden, in dessen Rahmen die Suchthilfeeinrichtungen Behandlungsziele definieren, Zielerreichungsgrade messen und ihre Dienstleistungen einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung unterziehen.

Im besten Fall sind solche modernen Dokumentationssysteme am Bedarf orientiert (der nicht nur von der Nachfrage/Inanspruchnahme der Angebote abgeleitet werden kann) und berücksichtigen dabei unterschiedliche sozioökonomische Bedarfslagen der Klient/innengruppen, damit negative soziale Selektionseffekte durch angebotsorientierte Steuerung vermieden werden können (Risikostrukturausgleich).

^d Eine ausführliche Diskussion dazu leisten die Suchtberichte des Landes Steiermark 2007 und 2009.

Steuerungsaufgabe darin, die Qualität der bestehenden und neuen Angebote sicherzustellen, um in weiterer Folge ein thematisch und inhaltlich abgestimmtes Vorgehen der Akteur/innen zu ermöglichen. Dabei sollte das Hauptaugenmerk auf die Evaluation gelegt werden, für die gesondert Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden müssen. Gemäß einem „gold standard“ sollte es verstärkt zum gleichzeitigen Einsatz von prozessunterstützender und ergebnisorientierter Evaluierung kommen.

Ob Projekte evaluiert werden, hängt in erster Linie von Förderrichtlinien und dabei wiederum von der Projektgröße ab. Die Förderrichtlinien des Landes Steiermark setzen zwar implizit voraus, dass die Einzelprojekte evaluiert werden (Projektförderanträge),

übertragen die Finanzierung und die Verantwortung für die Durchführung der Evaluation jedoch auf die Fördernehmer/innen. Dies führt zu vergleichsweise stark unterschiedlichen Evaluationsaktivitäten für die Projekte und zu Rollenkonflikten.

Ein neues Förderungsmodell soll mittel- und langfristig die Aussichten der Einzelmaßnahmen auf Institutionalisierung und Nachhaltigkeit stärken. Als Nebeneffekte lassen sich eine Steigerung der Präventionskompetenzen der Fördernehmer/innen und eine zunehmende Wirksamkeit ihrer Projekte erwarten. Sie können ihre Arbeit dadurch besser legitimieren und einen übergeordneten Beitrag zur Wissens- und Weiterentwicklung des Feldes leisten.

NETZWERKE DER
SUCHTPOLITIK



Netzwerke bieten die Möglichkeit, die Qualität der Zusammenarbeit in den verschiedenen Handlungsfeldern der Suchtprävention und Suchthilfe im Rahmen einer eigens dafür vorgesehenen Organisation zu verbessern. In den Netzwerken der Steirischen Suchtpolitik kooperieren unterschiedliche Partner/innen auf der Basis gemeinsamer Herausforderungen, um gemeinsame Ziele zu erreichen. Vorteile entstehen für die Beteiligten gerade dann, wenn Netzwerke dazu beitragen, den Aufwand für die jeweiligen Arbeitsbereiche bei gleichbleibender Leistung zu reduzieren. Wenn freiwillige Kooperationen hingegen mit der Absicht eingesetzt werden, bei gleichem Aufwand eine größere Leistung zu erbringen, droht die freiwillige Vernetzung an den Stärken einzelner Partner/innen zu scheitern.

Gegenwärtig vernetzten sich die Akteur/innen der Suchtpolitik in drei unterschiedlichen Gremien (*Drogenfachgremium*, Arbeitsgruppe SAG – Sucht als Gemeinschaftsaufgabe, Suchtbeirat), wobei sie von zwei Suchtkoordinationsstellen (Land Steiermark, Stadt Graz) unterstützt werden.

Das älteste dieser Netzwerke ist das **Drogenfachgremium** (DFG) als Zusammenschluss aller in der *Suchthilfe* spezialisierten Einrichtungen in der Steiermark. Es besteht aus 12 ordentlichen Mitgliedern (Organisationen) und verfügt über einen hohen Organisationsgrad mit hoher Tagungsfrequenz und der Möglichkeit, ständige Arbeitskreise für einzelne Bereiche der Suchthilfe und ad-hoc-Arbeitsgruppen für aktuelle Fragen zu bilden. Die Suchtkoordinationsstellen sind außerordentliche Mitglieder ohne Stimmrecht.

Die Funktion des Drogenfachgremiums ist die fachliche Unterstützung in Suchtfragen für Land, Bezirke und Gemeinden. Zu den allgemeinen Zielen zählt, einen sachlichen und kritischen Diskurs der Suchtproblematik sowohl untereinander als auch mit Entscheidungsträger/innen und in der Öffentlichkeit zu fördern. Das Drogenfachgremium setzt sich für optimale Rahmenbedingungen in der Suchthilfe ein. Die Praxiserfahrung in den Beratungsstellen kann in die Planung und Finanzierung neuer Konzepte einfließen.

Das Gremium der Steirischen *Suchtprävention* ist die **Arbeitsgruppe Suchtprävention Als Gemeinschaftsaufgabe (SAG)**. Da im Rahmen der Suchtprävention an Schulen eine gesetzliche Kooperationsverpflichtung der Fachstellen für Suchtprävention (*VIVID*) und der Exekutive besteht, wurde ein intersektorales Netzwerk von Entscheidungsträger/innen für universelle und selektive Suchtprävention gebildet. Die Mitglieder repräsentieren sowohl Organisationen für Suchtprävention (*VIVID*) und Suchthilfe (*Drogenfachgremium*, *Drogenberatung des Landes Steiermark*) als auch für Repression (Landeskriminalamt, Bundespolizeidirektion) sowie verschiedene Institutionen aus den Bereichen Schule und Jugend (Kinder- und Jugendanwaltschaft, Landesschulrat, Landesjugendreferat, Landesverband der Elternvereine). Vertreter/innen der Regierungsbüros der Steiermärkischen Landesregierung *sind ebenso wie Vertreter/innen der zuständigen Fachabteilungen* eingeladen, an den jährlich drei bis vier Vernetzungstreffen teilzunehmen.

Die grundsätzliche Zielsetzung besteht in der gemeinsamen Optimierung bewährter bestehender wie auch in der Koordination neuer Maßnahmen, Programme und Projekte in der Suchtvorbeugung durch die planmäßige, vernetzte, moderierte und protokollierte Zusammenarbeit der einzelnen Partner/innen des SAG (vgl. Geschäftsordnung SAG, 2009)

Der **Suchtbeirat** wurde aufgrund eines Beschlusses des Steiermärkischen Landtags vom 18. März 2002 eingerichtet, um die Regierungsmitglieder in Belangen der Suchtpolitik fachlich zu beraten. Die Mitglieder konstituieren sich entlang der „vier Säulen“ der Suchtpolitik: Jeweils ein/e Vertreter/in aus den Bereichen Prävention, den einzelnen Handlungsfeldern der Suchthilfe sowie aus jeweils einer/m Vertreter/in der politischen Parteien im Landtag, der Suchtkoordinationsstelle des Landes (Geschäftsführung) und der Suchtkoordination der Stadt Graz. Der Suchtbeirat tagt bis zu vier Mal pro Jahr und hat die Möglichkeit, im Bedarfsfall weitere Expert/innen aus einschlägigen Einrichtungen beizuziehen und im Rahmen von Expert/innenkonferenzen Lösungswege zu erarbeiten. Im Rahmen einer Umstrukturierung des Suchtbeirats entsteht nun das **Forum Suchtpolitik**.

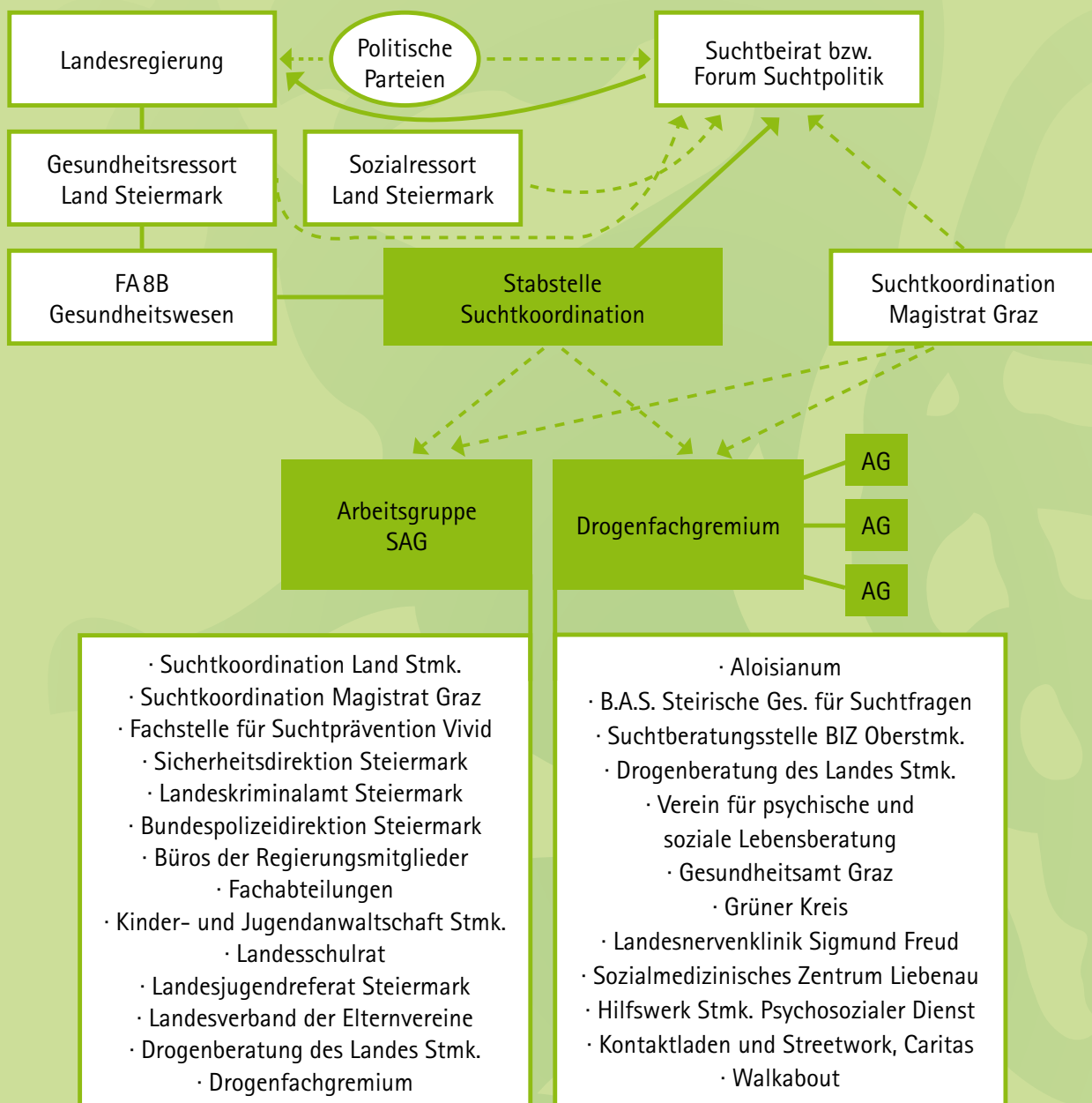
Der ebenfalls seit 2002 bestehenden **Suchtkoordinationsstelle** des Landes Steiermark obliegt die Koordination und Vernetzung aller mit Suchtfragen betrauten Einrichtungen in der Steiermark. Sie ist als Stabstelle der Fachabteilung 8B Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion) eingerichtet und wird von DSA Klaus Peter Ederer geleitet.

Über die Vernetzungstätigkeit und Geschäftsführung des Suchtbeirats hinausgehend besteht die Funktion der Suchtkoordinationsstelle darin,

- kooperative Handlungs- und Delegationsmodelle zu entwickeln,
- alle suchtbefugten Aktivitäten in den Politikfeldern Gesundheit, Soziales, Bildung und Sicherheit zu beobachten und zu erfassen,
- Suchtberichterstattung und Monitoring der Handlungsfelder zu ermöglichen,
- die Integration der Suchtpolitik strukturell, organisatorisch und professionell voranzutreiben und dabei
- regionale Erfordernisse und Ausgewogenheit zu berücksichtigen.

Die Suchtkoordinationsstelle fungiert somit als Drehscheibe der Steirischen Suchtpolitik.

INSTITUTIONALISIERTE NETZWERKE DER STEIRISCHEN SUCHTPOLITIK



STEUERUNG FÜR
EINE ZUKUNFTSFÄHIGE
SUCHTPOLITIK



Trotz der gut ausgebauten Vernetzung in den bestehenden Gremien und eines funktionierenden Informationsflusses zwischen Praxis und Politik können die Steuerungsstrukturen unter Beachtung einer klaren Trennung und einer geregelten Funktionsteilung zwischen strategischer und operativer Ebene verbessert werden. Die Notwendigkeiten für eine Weiterentwicklung der Steuerungsstrukturen ergeben sich problemorientiert in unterschiedlichen Handlungsfeldern.

Die Potenziale der politischen *Suchtprävention* lassen sich durch strukturelle und politische Maßnahmen, die überwiegend in anderen Feldern als dem der Gesundheits- und Sozialpolitik gesetzt werden, besser ausschöpfen. Die Entwicklung solcher Maßnahmen kann von Organisationen im Gesundheits- und Sozialwesen koordiniert werden und sollte nach Möglichkeit Akteur/innen aus Politik, Verwaltung und zivilgesellschaftliche Akteur/innen (Vereine, NGOs, Unternehmen) beteiligen, sofern diese für die Umsetzung der Aktionspläne bedeutsam sind.

Eine vielversprechende Möglichkeit für Politikfelder übergreifende Präventionsaktivitäten bieten sogenannte Aktionspläne. Aktionspläne erfordern eine längere Entwicklungsphase, um maßgebliche Akteur/innen zu beteiligen, auf Gesundheitsziele zu fokussieren und gemeinsame Maßnahmen zu entwickeln. Die Aussicht auf die Umsetzung von Aktionsplänen steigt mit dem Partizipationsgrad und den klaren Bedingungen und Zuständigkeiten für die Entwicklung und Umsetzung der Maßnahmen.

Die Aufteilung der Verwaltung in unterschiedliche Ressorts ist zwar arbeitsteilig notwendig, erschwert jedoch die Erarbeitung und insbesondere auch die Umsetzung von Aktionsplänen der Suchtprävention, da Verantwortlichkeit und Verbindlichkeit schwierig zu verhandeln sind. Ein Idealzustand wäre erreicht, wenn die Landesregierung bestehende Gremien mit der Entwicklung von Aktionsplänen zur Suchtprävention beauftragen und dabei berücksichtigen

würde, dass bezüglich verschiedener Substanzen und problembehafteter Verhaltensweisen unterschiedliche Erfordernisse bestehen. Auch wenn ein solcher Idealzustand aufgrund der gegenwärtigen organisatorischen Verfasstheit nicht ohne Weiteres erreicht werden kann, sollen die fehlenden Schritte zur Weiterentwicklung der Steuerung in der Suchtprävention gesetzt werden.

In der *Suchthilfe* führt eine gänzlich unterschiedliche Ausgangslage auch zu unterschiedlichen Steuerungserfordernissen. Ausgehend von der Beobachtung, dass das Behandlungs-, Beratungs- und Betreuungsangebot an verschiedenen Stellen ausgebaut werden muss, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, kann mit entsprechenden politischen und strategischen Planungen erreicht werden, dass dies qualitätssteigernd und effizient erfolgt. Zwei positive strategische Möglichkeiten sind, den wohnortnahen Ausbau ambulanter Suchthilfe zu forcieren und dabei wesentlich zur Öffnung der medizinischen und psychosozialen Regelversorgung beizutragen.

Eine solche strategische Ausrichtung erfordert einen substanziellen Ausbau der Steuerungsmechanismen. Operativ bedarf es einer Verbesserung der systematischen Informationsgrundlagen, des Einsatzes von Managementstrategien der integrierten Versorgung (Case Management, Care Management) samt der dazugehörigen Begleitmaßnahmen in der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe.

Um eine Öffnung der medizinischen und psychosozialen Regelversorgung (inklusive des Zugangs zu Wohnversorgung und zu Maßnahmen der sozialen und beruflichen Integration) zu fördern, bedarf es intersektoraler Zusammenarbeit (insbesondere Gesundheit und Soziales), organisatorischer und interdisziplinärer Zusammenarbeit (verschiedene Leistungsträger/innen und Leistungserbringer/innen) und dadurch auch größerer politischer (parteiübergreifender) Anstrengung als bisher.

ZEHN LEITLINIEN STEIRISCHER SUCHTPOLITIK



Die neue Steirische Suchtpolitik empfiehlt eine erweiterte inhaltliche Orientierung und strategische Ausrichtung der Aktivitäten. Es werden alle psychoaktiven Substanzen sowie substanzungebundene Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial einbezogen und man verabschiedet sich von einer Politik der illegalen Drogen als wichtigstem Handlungsfeld der Suchtpolitik. Die Aktivitäten richten sich dabei nicht primär auf Abhängigkeit, vielmehr wird die Prävention des problembehafteten Konsums und problembehafteter Verhaltensweisen sowie die Verminderung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Folgeschäden sowohl für das Individuum und sein unmittelbares soziales Umfeld als auch für die Gesellschaft zur wichtigsten Leitlinie Steirischer Suchtpolitik.

Sucht ist ein gesellschaftliches Phänomen, dem mit einem umfassenden Ansatz begegnet werden kann und muss. Dies bedeutet, dass über die bisherigen Aktivitäten in den verschiedenen Handlungsfeldern hinausgehend, nachhaltige Verbesserungen der suchtbetroffenen Gesundheit der Bevölkerung erreicht werden können, wenn sich Suchtpolitik selbst als Handlungsfeld betrachtet und auf der Basis der Verbesserung von Steuerungsgrundlagen und -abläufen in der Lage ist, neue strategische Ziele zu verfolgen und zu erreichen. Um die Orientierung der Akteur/innen der Suchtpolitik für notwendige Veränderungen zu erleichtern, werden folgende Leitsätze formuliert:

ORIENTIERUNG AM SCHADENS- POTENZIAL

UND AN DER TATSÄCHLICHEN PROBLEMLAST VON SUBSTANZEN
ODER VERHALTENSWEISEN MIT SUCHTPOTENZIAL

54

“

Leitsatz eins beinhaltet, Suchtpolitik an der epidemiologischen Krankheitslast (DALY) zu orientieren und nicht länger an der Unterscheidung von legalen und illegalen Substanzen auszurichten. Insbesondere werden Alkohol und Nikotin als Substanzen mit dem größten Schadenspotenzial für die Bevölkerung anerkannt.

2

PRÄVENTION DURCH STRUKTURELLE MASSNAHMEN IN ALLEN POLITIKFELDERN

“

Suchtpolitik ist in erster Linie Präventionspolitik. Dabei setzt die Steiermark auf Verbesserungen durch strukturelle Maßnahmen, die auf die Sachlage bezüglich einzelner Substanzen und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial abgestimmt sind. Die Gesundheitspotenziale können ausgeschöpft werden, wenn verschiedene relevante Politikfelder konsequent in das suchtpolitische Handeln einbezogen werden.

DIFFERENZIERTE ZIELGRUPPEN- ORIENTIERUNG

3

55



Während Jugendschutz ein bedeutsamer Bereich der Suchtpolitik bleibt und konsequent verfolgt wird, müssen suchtpolitische Maßnahmen auf alle Alters- und Zielgruppen ausgerichtet und abgestimmt sein und deren soziale und ökonomische Situation berücksichtigen.

4

INHALTliche AUSWEITUNG DER SUCHTPOLITIK

AUF PSYCHOAKTIVE MEDIKAMENTE, SUBSTANZ-UNGEBUNDENE SÜCHTE UND VERHALTENSWEISEN SOWIE PRODUKTE ZUR OPTIMIERUNG DER LEISTUNGSBEREITSCHAFT UND LEISTUNGSFÄHIGKEIT



Wichtig ist, dass eine solche Ausweitung gezielt erfolgt und wissenschaftlich fundierte Situationsanalysen, eine gemeinschaftliche Planung von Aktivitäten mit neuen Akteur/innen, die Umsetzung vielfältiger Maßnahmen und deren Evaluation beinhaltet.

ANGEBOTS- STEUERUNG

5

56

“

Eine stärkere Verpflichtung von Hersteller/innen, Vertreiber/innen und Verkäufer/innen von Produkten mit Schadens- und Suchtpotenzial kann erreicht werden, wenn die Politik neue Spielräume der Marktregulierung erschließt. Dabei müssen gesetzliche Regelungen und kooperativ erarbeitete Selbstbeschränkungen eingesetzt und Organisationen der Zivilgesellschaft stärker als bisher beteiligt werden.

6

SICHERSTELLUNG EINES DIFFERENZIIERTEN UND INTEGRIERTEN HILFSANGEBOTS

“

Sucht ist eine Erkrankung, allerdings werden Menschen mit Abhängigkeit oder einem problembehafteten Konsum und Verhalten noch immer stigmatisiert und marginalisiert. Gesundheitliche und soziale Versorgungseinrichtungen dürfen dieser Dynamik keinen Vorschub leisten. Dazu gehören auch Maßnahmen der Wohnversorgung und der sozialen und beruflichen Integration. Das individuelle Recht auf die bestmögliche, wissenschaftlichen Standards entsprechende medizinische und psychosoziale Hilfe für Abhängigkeitserkrankte steht außer Streit.

ÖFFNUNG DER MEDIZINISCHEN UND PSYCHOSOZIALEN REGELVERSORGUNG FÜR DIE BETROFFENEN

7

57

“

Verschiedene Probleme der medizinischen und psychosozialen Unterversorgung können mittel- und langfristig vermieden werden, wenn die Regelversorgung ihre Angebote für Abhängigkeitserkrankte öffnet. Dafür sind eine stärkere Verzahnung von Gesundheits- und Sozialwesen nötig und Konzepte der strukturellen, organisatorischen und professionellen Versorgungsintegration hilfreich.

8

REGIONALISIERUNG UND WOHNORTNAHER AUSBAU DER SUCHTHILFE

“

Das Angebot der Suchthilfe ist regional unterschiedlich ausgebaut, was zur Folge hat, dass vorwiegend Suchthilfe-Klient/innen und Patient/innen aus der Süd-, Süd-Ost- und Weststeiermark geringere Chancen auf eine angemessene ambulante Beratung, Behandlung und Betreuung vorfinden oder bestehende Angebote in Graz überlasten. Auf Suchthilfe spezialisierte Einrichtungen erfüllen die Funktion von Kompetenzzentren für die Öffnung der Regelversorgung.

9

EVIDENZBASIERTE
SUCHTPOLITIK

58

“

Systematische Information über die epidemiologische Dynamik von Suchtproblemen und die Effektivität von Prävention und Suchthilfe sind nur unzureichend vorhanden. Neue Förderungsmodelle für Suchtprävention, eine einheitliche Leistungsbeschreibung für Suchthilfeangebote und eine Basisdokumentation der Inanspruchnahme verbessern die Steuerungsgrundlagen der Suchtpolitik. Die Dynamik von Suchtproblemen und das Auftreten neuer gefährlicher Substanzen machen es notwendig, neue Situationen gesundheitswissenschaftlich zu analysieren.

10

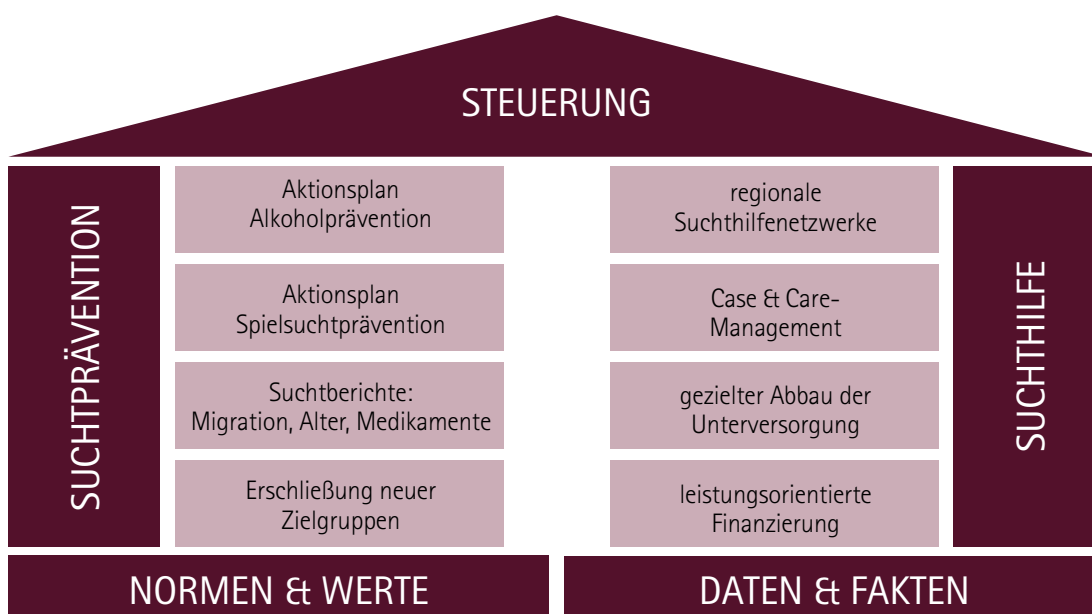
AKTIVE SUCHTPOLITIK

“

Die neue inhaltliche Erweiterung und die veränderte strategische Ausrichtung der Steirischen Suchtpolitik führen zu einer Weiterentwicklung und Konkretisierung der Steuerungsstrukturen. Inhaltlich ist aktive Suchtpolitik darauf ausgerichtet, durch Aktionspläne der Suchtprävention sowie durch Integration und Management der Suchthilfe die Gesundheit der steirischen Bevölkerung nachhaltig zu verbessern.

ZIELE UND AKTIVITÄTEN





Schematische Darstellung von Dimensionen und Funktionen der Suchtpolitik und den durch die neue Steirischen Suchtpolitik initiierten Aktivitäten

Die erweiterte inhaltliche und strategische Orientierung der neuen Steirischen Suchtpolitik wird in Form der im folgenden Abschnitt beschriebenen Aktivitäten umgesetzt, welche sich den Bereichen Suchtprävention, Suchthilfe und Steuerung zuordnen lassen. Abbildung 3 bietet einen Überblick über die Funktionen/Dimensionen der Suchtpolitik und die geplanten Maßnahmen. Das System der Steirischen Suchtpolitik lässt sich in die zwei Säulen „Suchtprävention“ und „Suchthilfe“ mit unterschiedlichen Zielsetzungen gliedern. Die Auswahl und Ausrichtung von Zielen und Maßnahmen baut auf ein Fundament von Wissen, Daten und Fakten (Evidenz) sowie auf gesellschaftspolitische Normen und Wertvorstellungen auf.

Die Darstellung der Maßnahmen in Abbildung 3 impliziert, dass bestehende Aktivitäten in den Bereichen Suchtprävention und Suchthilfe weitergeführt werden, um eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der Steirerinnen und Steirer zu fördern.

Dies betrifft neben der steiermarkweiten Ausrollung universalpräventiver Lebenskompetenzförderungsprogramme die Sicherung der Nachhaltigkeit der Tabakpräventionsstrategie und der innerhalb dieses Programms implementierten Angebote. Ebenso schließt die Darstellung nicht aus, dass weitere Maßnahmen und Aktivitäten in den jeweiligen Bereichen unterstützt werden, wie etwa eine stärkere Verzahnung von Suchtprävention und Gesundheitsförderung. Dies gilt auch für den Bereich der Suchthilfe, wo die gemeinsamen Anstrengungen der Akteur/innen *seit ihrem Bestehen zu einem Abbau der Unterversorgung Suchtkranker beitragen*.

Das übergeordnete Ziel („Goal“) aller Aktivitäten der neuen Steirischen Suchtpolitik bezieht sich auf den Gesundheitszustand der Steirerinnen und Steirer und wird in Form von zielorientierten Maßnahmen in drei Dimensionen umgesetzt.

GOAL

VERRINGERUNG DER INFOLGE VON
SUCHT BEEINTRÄCHTIGTEN UND
VERLORENEN LEBENSJAHRE
IN DER STEIRISCHEN
BEVÖLKERUNG (DALY)

ZIEL 1

ZIEL 2

ZIEL 3

“

Die epidemiologische Maßzahl DALY (Disability Adjusted Life Years) drückt die gesamte Last einer Erkrankung auf die Gesundheit einer Bevölkerung aus, die sowohl durch vorzeitige Sterblichkeit als auch durch die Summe der Beeinträchtigungen des normalen, beschwerdefreien Lebens infolge der Erkrankung entsteht.

Für die Steiermark existieren zwar keine umfassenden DALY-Analysen, doch in vergleichbaren Ländern lasten die Suchtprobleme Tabak, Alkohol und der Konsum illegaler Drogen in Summe genauso schwer auf der Bevölkerung wie Übergewicht und Adipositas, Bluthochdruck, erhöhtes Cholesterin, gesundheitsabträgliche Ernährung und körperliche Inaktivität zusammen (vgl. S. 13).

Anstrengungen zur Bewertung des Zielerreichungsgrades bauen auf regelmäßige Suchtberichterstattungen und bedingen eine DALY-Studie (Situationsanalyse) sowie die laufende Erfassung der neu auftretenden Erkrankungsfälle inklusive einer Einschätzung des Schweregrades der Erkrankungen und ihrer Folgewirkungen. Dies kann durch die Einführung einer einheitlichen Basisdokumentation erfolgen (vgl. S. 68 f).

“

Durch die Entwicklung einer suchtpräventiven Gesamtpolitik und die Erschließung neuer Zielgruppen und Angebote sollen die Suchtpräventionspotenziale ausgeschöpft werden.

Etablierung gemeinschaftlicher, Politikfelder übergreifender Anstrengungen durch Entwicklung und Umsetzung von Aktionsplänen zur Alkohol- und Spielsuchtprävention

Thematische Aktionspläne gelten als Methode zur Vorbereitung und Durchführung wirksamer Präventionsmaßnahmen unter Beteiligung aller maßgeblichen Akteur/innen. Angesichts des Ausmaßes, mit dem vor allem Alkohol und Spielsucht auf der Gesundheit der Bevölkerung lasten, können bei diesen Themen große Präventionspotenziale erschlossen werden, weshalb sie sich für eine neue Ausrichtung der Suchtpolitik in der Steiermark besonders eignen. Infolge der Tabakpräventionsstrategie des Landes Steiermark ist der Boden für eine Politikfelder übergreifende Suchtpolitik sowohl ideell als auch organisatorisch bereitet.

Die Prozesse zur Entwicklung von Aktionsplänen werden so gestaltet, dass sowohl Politik und Verwaltung als auch Organisationen der Zivilgesellschaft, Wirtschaftsbetriebe, Interessensvertretungen und Betroffene an der Entwicklung und Umsetzung von Aktionsplänen beteiligt werden können. Die Auswahl der Beteiligten soll so erfolgen, dass die Handlungsweisen und Entscheidungen mit Auswirkungen auf das Problemfeld „Sucht“ aus verschiedenen Politikfeldern eingebracht werden.

Transparenz und Partizipation sind wichtige Prinzipien der Prozessmoderation von Aktionsplänen. Entsprechend den Erfahrungen aus ähnlichen Aktivitäten an den Nahtstellen von Politik, Wissenschaft und Praxis lassen sich zwei kritische Prozessfaktoren benennen: Während des Aushandlungsprozesses muss Klarheit über Zuständigkeiten und Verantwortung hergestellt werden (Trennung von strategischer und operativer Ebene) und es muss genügend Zeit und Raum für die Zusammenarbeit mit neuen Partner/innen zur Verfügung stehen.

Die Ressourcen für die Entwicklung und Umsetzung der Aktionspläne können innerhalb einer Netzwerkorganisation am effizientesten bewerkstelligt werden. Für die Umsetzung der sachpolitisch erarbeiteten Problemlösungen müssen jedoch auch Mindestressourcen in Aussicht gestellt oder sichergestellt werden können. Die Ausgestaltung der Aktionspläne soll nicht zuletzt an nationalen und internationalen Strategien orientiert sein, auch in Hinsicht darauf, entsprechende Drittmittelfinanzierungen für den Organisationsaufwand lukrieren zu können.

Als notwendige Begleitmaßnahmen für die Entwicklung der Aktionspläne wird ein Indikatorensystem für ein gesundheitspolitisches Monitoring von Alkohol und Spielsucht eingesetzt, welches flexibel verwendbar ist. Indikatorensysteme ermöglichen:

- den Gegenstandsbereich des jeweiligen Aktionsplans partizipativ einzugrenzen,
- eine Politikfelder übergreifende Situationsanalyse,
- politische, organisatorische und inhaltliche Steuerung,
- eine Anleitung und Entwicklung von Interventionen in der Umsetzungsphase.

Darüber hinaus sollen die Umsetzungsmaßnahmen vorab von verschiedenen Interessensgruppen eine Begutachtung erfahren, weshalb die Öffentlichkeit aktiv am Entwicklungsprozess beteiligt werden soll.

Als Folge von Aktionsplänen kann eine stärkere Verpflichtung von Hersteller/innen, Vertreter/innen und Verkäufer/innen von Alkohol sowie Glücksspielanbieter/innen zu einer aktiven Rolle in der Suchtprävention erreicht werden.

AKTIVITÄT

2

**Erschließung neuer Zielgruppen
und Angebote**

Zu Recht richtet sich die Mehrzahl der gegenwärtigen steirischen Präventionsprogramme an die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen. Dennoch können Teile der Jugendlichen mit einem höheren Suchtrisiko innerhalb der bestehenden Programme nicht ausreichend gut erreicht werden. Dabei handelt es sich in erster Linie um Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund, um arbeitssuchende Jugendliche und um Kinder aus Suchtfamilien.

Darüber hinaus bergen verschiedene Lebensereignisse ein erhöhtes Suchtpotenzial und verdienen daher erhöhte Aufmerksamkeit von den Akteur/innen der Suchtprävention: Dazu gehören Väter nach der Geburt des ersten Kindes, Mütter nach dem Auszug der Kinder aus dem gemeinsamen Haushalt, Arbeitnehmer/innen am Übergang zum Ruhestand und Personen nach Trennungs-/Scheidungssituationen oder nach Todesfällen.

Die Aufgabe der Suchtpolitik besteht in einer Förderung bewährter wie auch in der Initiierung neuer Programme mit einer breiten Vielfalt an Organisationen, die bei der Durchführung von innovativen Präventionsprojekten zusammenarbeiten. Der Öffentliche Gesundheitsdienst kann in Form verschiedener Strategien auf die Entwicklung und Ausrichtung von Projekten und Programmen der Suchtprävention Einfluss nehmen, inklusive durch eine Regelung der Zuwendungsfinanzierung.

Als Folge der Erschließung neuer Zielgruppen und Entwicklung neuer Angebote können mehr Menschen als bisher sowie die stärker von Sucht betroffenen sozialen Gruppen von Maßnahmen der Suchtprävention profitieren.

Allgemeine Suchtberichterstattung in fünfjährigen Intervallen
Spezialbericht: Sucht und Migration
Spezialbericht: Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit
Spezialbericht: Sucht und Alter

In vielen Aspekten der Suchtpolitik liegen zu wenige oder nur ungenaue Daten und Fakten zur Beurteilung der tatsächlichen Lebenssituation der Betroffenen vor. Je besser der epidemiologische Kenntnisstand über Konsum- und Suchtverhalten mit sozialen Merkmalen wie Geschlecht, Zugehörigkeit zu ethnischen Minderheiten sowie Einkommen und Berufsstatus verknüpft werden kann, desto gezielter lässt sich die Bedeutung einzelner Themen und Risikogruppen abgrenzen.

Es sind vor allem die Themen „Sucht und Migration“, „Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit“ sowie „Sucht im Alter“, deren Analyse in den kommenden Jahren besonderer gesundheitspolitischer Aufmerksamkeit bedarf. Die Aufgabe der Suchtpolitik besteht in der Stärkung der Wissensbasis bezüglich dieser Themen durch handlungsorientierte Suchtberichterstattung.

Suchtberichterstattung ist eine wichtige Schnittstelle zwischen Politik, Wissenschaft und Gesellschaft. Alle Entscheidungen, die Gesundheit beeinflussen, sollten auf einer angemessenen Wissensbasis getroffen werden (siehe „Daten für Taten“, S. 43ff). Ziel handlungsorientierter Suchtberichterstattung ist, vorhandene Daten zu analysieren und das vorhandene Wissen zu verständlichen Informationen aufzubereiten, anhand derer die Adressat/innen wissenschaftsbasiert entscheiden und handeln können.

Dabei erfüllt handlungsorientierte Suchtberichterstattung folgende Funktionen:

- Informations-, Orientierungs-, Kontroll- und Evaluationsfunktion im Hinblick auf einen politischen sowie administrativen Handlungs-, Entscheidungs- und Steuerungsbedarf
- Unterstützung der Kooperation und Koordination der zahlreichen gesundheitspolitischen Akteur/innen
- Motivation der Akteur/innen und Anregung zu Aktivitäten
- Information der Öffentlichkeit, u. a. als Beitrag zur demokratischen Legitimation und Kontrolle von Suchtpolitik
- Vermittlung eines einheitlichen Wissensstandes

Suchtberichterstattung bildet die Grundlage für eine Verzahnung von Expertise und politischen Entscheidungsprozessen. Angesichts der Fülle an Funktionen ist es eine besondere Herausforderung für die Suchtberichterstattung in der Steiermark, ein adäquates, indikatorengestütztes Informationssystem aufzubauen.

Handlungsorientierte Suchtberichterstattung bildet die rationale Grundlage für eine gemeinsame Problemsicht und für die Planung von gemeinsamen Problemlösungsstrategien.

“ Durch einen gezielten Abbau der Unterversorgung sowie wohnortnahe und bedarfsorientierte Integration der Angebote soll die Versorgungsqualität gesteigert, die medizinische und psychosoziale Grundversorgung geöffnet und die Lebensqualität der Betroffenen erhöht werden.

Case Management und Care Management in regionalen Suchthilfenetzwerken

Im Vergleich zur Versorgung anderer Erkrankungen sind die Anforderungen an die Organisation einer differenzierten Suchthilfe komplex (siehe Kapitel zur Steirischen Suchthilfe S. 24 – 38). Für Suchtkranke und deren Angehörige ist der Einstieg in das vielgliedrige Suchthilfesystem mitunter schwierig. Der Beginn von Hilfsmaßnahmen kann sich durch fehlende Ressourcen sowie durch nicht optimierte Kooperationsstrukturen verzögern. Trotz bestehender Kommunikationsstrukturen der Trägereinrichtungen der Suchthilfe bedarf es verbindlicher Vereinbarungen aller an Suchthilfe Beteiligten, um die Versorgungslage zu verbessern. Die Kommunikation und die Kooperation der Hilfebringer/innen wird darüber hinaus durch zwar jeweils aufwändige – aber gleichzeitig auch nicht miteinander abgestimmte Dokumentationssysteme – erschwert. Auch unterschiedliche Anforderungen der Leistungserbringer/innen und Finanzierungspartner/innen an personell-sachliche Ausstattung sowie an Verfahren der Qualitätssicherung bzw. der Qualitätsentwicklung behindern die Zusammenarbeit. Zu den Zielen der neuen Steirischen Suchtpolitik gehört deshalb eine

Vermeidung von Unter- oder Fehlversorgung sowie nicht bedarfsgerechter Behandlungsstrukturen.

Unter **Case Management** versteht man die Begleitung eines individuellen „Falles“ (Patient/in und Angehörige) mit dem Ziel, Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens zu erschließen und die Behandlungsschritte besser zu koordinieren, wodurch die Qualität der Versorgung verbessert wird. Case Manager/innen übernehmen eine wichtige Funktion zur Steigerung des Zugangs zu adäquaten therapeutischen Maßnahmen. Sie müssen dabei ein besonders hohes Anforderungsprofil erfüllen.

Anwaltschaftliches Eintreten für Patient/innen erfordert ein ausgeprägtes klinisches Fallverständnis, detaillierte Kenntnisse des Suchthilfesystems und eine hohe soziale Kompetenz sowie Kommunikationskompetenz. Das Vermitteln zwischen Klient/innen und den Organisationen der Suchthilfe benötigt in der Regel eine interessensunabhängige Position und die Sicherstellung ausreichender Behandlungskapazität.

Bei Case Management handelt es sich um ein strukturiertes Vorgehen, bei dem der individuelle Versorgungsbedarf dem Versorgungsplan der Suchthilfeeinrichtungen gegenübergestellt wird. Case Management kann seine Wirksamkeit nur dann unter Beweis stellen, wenn die Erkenntnisse aus der Einzelfallbetreuung – vor allem was Versorgungslücken und Kooperationsbedarf betrifft – in die Veränderung des Suchthilfesystems eingebracht werden können. Aus diesem Grund ist eine Verzahnung mit Care Management hilfreich und notwendig.

Care Management bezeichnet einen organisatorischen Ansatz gegen Desintegration und Diskontinuität der Suchthilfe. Ähnlich dem Case Management zählt die Zusammenführung der Leistungserbringung und eine Steigerung der Behandlungsqualität zu den Hauptzielen, die allerdings durch managementfähige Strukturen und vertragliche Regelungen erwirkt werden, die in regionalen Suchthilfenetzwerken verhandelt werden sollen.

AUFBAU REGIONALER SUCHTHILFENETZWERKE

In regionalen Suchthilfenetzwerken arbeiten alle Organisationen zusammen, die mit Suchtproblemen befasst sind. Dazu gehören z. B. die Beratungsstellen, Krankenanstalten und niedergelassenen Ärzt/innen. Durch das Agieren im Netzwerk findet mehr Kommunikation, Austausch und Information statt, auch über individuelle Problemlagen von Klient/innen der Suchthilfe. Gemeinsam sollen niederschwellige, wohnortnahe Zugangsmöglichkeiten sichergestellt und die erforderlichen Hilfemaßnahmen eingeleitet werden.

Dies hängt freilich von der Verfügbarkeit von ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Behandlungsmöglichkeiten und komplementären Versorgungsstrukturen mit entsprechender Vernetzung ab. Durch regionale Suchthilfenetzwerke können die lokal organisierten Leistungen der sozialen und gesundheitlichen Versorgung besser auf den Umgang mit Suchterkrankten abgestimmt und regional angepasste Problemlösungen erarbeitet werden. Als sinnvoll stellt sich eine Regionen übergreifende Kooperation dar, weil nicht in allen Regionen eine hochqualifizierte und spezialisierte Beratung, Betreuung, Begleitung und Behandlung von Suchterkrankten bereitgestellt werden kann.

Durch regionale Suchthilfenetzwerke können suchtkranke Menschen früher im Verlauf der Erkrankung erreicht und mit geringerem Aufwand stabilisiert werden. Allerdings erfordert dies eine verstärkte Kooperation der Akteur/innen auch im Hinblick auf Veränderungen der Finanzierung der Leistungen. Deshalb ist nötig, dass die Kostenträger/innen der Suchthilfe Sektoren übergreifend an den Netzwerken teilnehmen.

Einige suchttherapeutische Maßnahmen werden bereits von Einrichtungen der medizinischen Regelversorgung durchgeführt. Es gilt aber, die Akteur/innen der medizinischen Primärversorgung vermehrt einzubinden in eine qualifizierte Betreuung und Behandlung Suchtkranker und sie dabei in ihrer Wirksamkeit zu stärken.

Ziel der neuen Steirischen Suchtpolitik ist, durch Case Management den Vermittlungsaufwand für Allgemeinmediziner/innen, Fachärzt/innen für Psychiatrie, Krankenhausärzt/innen und für Psychosoziale Zentren erheblich zu senken. Ferner sollen durch den Ausbau von Konsiliar- und Liaisondiensten noch mehr Suchtpatient/innen motiviert werden, an der Verbesserung ihrer Situation mitzuwirken.

Darüber hinaus kann in den regionalen Suchthilfenetzwerken ein gemeinsames Qualitätsmanagement, eine einheitliche oder zumindest aufeinander bezogene Dokumentation und ein Konsens über die Erfolgskriterien der Suchthilfe erreicht werden.

Regionale Suchthilfenetzwerke unterstützen und stärken die Problemlösungskompetenz in der Suchthilfe durch Kommunikation, Koordination und Kooperation (Care Management) nachhaltig, wenn auch die Klient/innen der Suchthilfe direkt von den Aktivitäten profitieren können (Case Management). Angebote der Regelversorgung können stärker als bisher für Suchthilfe geöffnet werden.

AKTIVITÄT **5**

Gezielter Abbau der Unterversorgung

Nimmt man die geschätzte absolute Anzahl der von verschiedenen Substanzen und Verhaltenssüchten abhängigkeiterkrankten Steirer/innen auf Basis bestmöglicher Evidenz (vgl. Tab. 1, S. 15) als Grundlage für eine Einschätzung des Versorgungsbedarfs und stellt sie den effektiv vorhandenen Angeboten gegenüber, so ergibt sich ein Bild der Unterversorgung. Anders als bei konventionellen Erkrankungen, die nicht mit intensiven individuellen Ursachenzuschreibungen verbunden sind und deren Erkrankte deshalb keiner Stigmatisierung ausgesetzt sind, besteht zu Einrichtungen der Suchthilfe ein eher mangelhafter Zugang, weil sie strukturell in nicht ausreichender Anzahl und mit zu wenig Behandlungspersonal ausgestattet sind. Von dieser strukturellen Unterversorgung sind derzeit alle Behandlungsbereiche (niederschwellig-nachgehend, ambulant, stationär) sowie komplementäre Angebote zur sozialen Integration und Rehabilitation sowie die psychosoziale Grundversorgung durch Psychosoziale Zentren und Beratungszentren in allen steirischen Bezirken betroffen.

Allerdings ist aufgrund der gegenwärtigen Finanzierungssituation der öffentlichen Haushalte auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene mit einem voll bedarfsgerechten Ausbau der Suchthilfeangebote nur über einen längeren Zeitraum hinweg zu rechnen. Daher ist es umso notwendiger, mit einer konkludenten Strategie nachhaltig die richtigen Systeme zu implementieren. Es ist Aufgabe der Suchthilfe-Finanzierungspolitik, auf die Beobachtungen und Erfahrungen führender in der Suchthilfe tätigen Expert/innen zurückzugreifen, wenn es um die Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel geht. Zur Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung sind derzeit etwa eine Spezialambulanz für die Substitutionstherapie in Graz sowie ein entsprechender Behandlungsschwerpunkt in der allgemeinspsychiatrischen Ambulanz am Landeskrankenhaus Bruck in Planung.

Die derzeit wichtigsten Herausforderungen in der Versorgungsstruktur der Suchthilfe sind:

- In der Süd-, Süd-Ost- und Weststeiermark mangelt es an psychosozialen Angeboten der ambulanten Suchthilfe.
- Es bestehen zu geringe Kapazitäten für die stationäre und tagesklinische Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung.
- In der Substitutionstherapie ist die psychosoziale Versorgung generell nur mangelhaft vorhanden, ebenso mangelt es an medizinischer Grundversorgung in ländlichen Regionen.
- Auch für Krisenintervention besteht zu wenig Angebot.

Und an Begleitangeboten benötigt man:

- (Zugang zu) Psychosozialen Zentren und Beratungszentren in den Bezirksvororten
- (Zugang zu) Wohnraumsicherung für Jugendliche und Erwachsene mit Unterkünften, die auch für mehrfach psychiatrisch Erkrankte geöffnet sind
- (Zugang zu) Arbeitsangebote(n) für Hochrisikogruppen

Vorbereitung einer leistungsorientierten Finanzierung der Suchthilfe

Die Wissensgrundlagen für eine leistungsorientierte Finanzierung der Suchthilfe sind in verschiedener Hinsicht uneinheitlich und unzureichend. Zwar werden von den Einrichtungen Informationen über die Klient/innen der Suchthilfe und über die durchgeführten Leistungen gesammelt, jedoch werden diese nicht einheitlich geführt und können somit nicht miteinander verglichen werden. Zudem bestehen für die verschiedenen Bereiche der Suchthilfe unterschiedliche Finanzierungsbedingungen. Dies verunmöglicht eine einheitliche finanzierungspolitische Steuerung der Suchthilfe.

Die Einführung von Dokumentationssystemen wie dem DOKLI (Dokumentation von Klient/innen der Suchthilfe) erfolgte im Rahmen der Berichtspflichten gegenüber der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und ist auf den Bereich der illegalen und substanzgebundenen Suchtmittel eingeschränkt. DOKLI ist auch mit weiteren Schwächen im Hinblick auf die Finanzierung und Steuerung der Suchthilfe behaftet (siehe „Daten für Taten“, S. 43.ff)

Dies wirkt sich folgendermaßen negativ auf die Kontrollier- und Steuerbarkeit der Steirischen Suchthilfe aus:

- Es ist beispielsweise nicht möglich, eine genaue Anzahl aller steirischen Suchthilfeklient/innen anzugeben.
- Differenzierte Betrachtungen der Suchtklientel etwa nach Altersklassen oder Lebenslagen sind aufgrund der nicht standardisierten Vorgangsweise bei der Dokumentation nicht möglich.
- Suchthilfetrends bzw. gesamtsteirische Tendenzen sind oftmals nicht anhand von Fakten, sondern nur aufgrund von Einschätzungen möglich (fehlendes Monitoring).
- Aussagen über die Effektivität und Effizienz der Steirischen Suchthilfe sind kaum möglich.

Der ambulante Bereich der Suchthilfe wird derzeit hauptsächlich in Form jährlich gewährter Zuwendungsfinanzierung (Förderungen) durch das Land Steiermark (Gesundheitsressort, Sozialressort) unterstützt. Im stationären Bereich gelten in den Fonds-krankenanstalten (LKH, LSF) durch die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) sichere

Finanzierungsbedingungen auf der Grundlage einer (international) vergleichbaren Dokumentation der Entlassungsdiagnosen und der medizinischen Einzelleistungen. Andere stationäre Leistungen zur Entwöhnungsbehandlung und Rehabilitation werden hauptsächlich von Ländern und Sozialversicherungsanstalten (Pensionsversicherung, Krankenversicherung) finanziert.

EINFÜHRUNG EINER EINHEITLICHEN BASISDOKUMENTATION

Eine einheitliche Basisdokumentation über verschiedene Merkmale von Klient/innen und Patient/innen in der Suchthilfe soll diese Situation verbessern. Als Voraussetzung für eine leistungsorientierte Finanzierung der Suchthilfe sollen die Leistungserbringer/innen in der ambulanten Suchthilfe beauftragt werden, ihre Leistungen in standardisierter Form zu beschreiben. Eine neue Einrichtungsdokumentation und Leistungsübersicht erfordert organisatorische Veränderungen in der Dokumentation, soll die Träger/innen aber in Form von einheitlichen Tätigkeitsberichten und Verwendungsnachweisen für Förderungen durch das Land Steiermark entlasten. Inhaltlich soll die Basisdokumentation alle Suchtformen umfassen (auch legale Substanzen und substanzungebundene Süchte).

EINFÜHRUNG EINER EINHEITLICHEN LEISTUNGSDOKUMENTATION

Zur Vereinheitlichung der Leistungsdokumentation und rationalen Steuerbarkeit der Suchthilfe sind einheitliche Leistungsdefinitionen eine notwendige Voraussetzung. Diesen Leistungen können innerhalb von Pilotprojekten in Referenzeinrichtungen Kosten zugeordnet werden, die als Durchschnittskosten die Basis für eine leistungsorientierte Finanzierung der ambulanten Suchthilfe bilden können.

Durch eine Basisdokumentation der Klient/innen und ihrer Probleme sowie einer einheitlichen Leistungsbeschreibung kann Wissen über die Veränderung der Inanspruchnahme sowie Wissen über die Wirksamkeit der Versorgungsleistungen gesammelt werden, das in eine leistungsorientierte Suchthilfefinanzierung mündet.

“ Durch zunehmende Klärung von Verantwortung und Verbindlichkeit für suchtpolitische Ziele sowie Vernetzung und Wissensmanagement sollen für die in der Praxis tätigen Organisationen die Handlungsspielräume für gemeinsame strategische Ausrichtungen vergrößert und eine evidenzbasierte Suchtpolitik ermöglicht werden.

Die Maßnahmen, die im Rahmen der neuen Steirischen Suchtpolitik gesetzt werden, sind darauf ausgerichtet,

- die Kenntnisse über epidemiologisch bedeutsame Suchtprobleme und -themen zu erweitern (Schwerpunktberichte Sucht und Migration, Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit, Sucht und Alter),
- die politischen Möglichkeiten der Suchtprävention zu verbessern (Aktionsplan Alkoholprävention, Aktionsplan Spielsuchtprävention),
- die Kenntnisse über die Versorgungsprobleme zu erforschen und bedarfsorientiert zu verbessern (Case und Care Management in regionalen Suchthilfenetzwerken) und
- durch einheitliche Basisdokumentation und Leistungsbeschreibung eine leistungsorientierte Finanzierung der Suchthilfe vorzubereiten.

Alle diese Maßnahmen zielen indirekt darauf ab, die Steuerbarkeit suchtbezogener Herausforderungen in der Steiermark signifikant zu erhöhen. Ihre Auswahl erfolgte auf Basis von Problemen in der Steiermark und angelehnt an internationale Erfahrungen und aktuelle gesundheitswissenschaftlich fundierte Problemlösungsstrategien. Die Maßnahmen stehen im Einklang mit gesellschaftlichen Wertvorstellungen und rücken nicht die politische Verantwortung ins Zentrum, sondern fußen auf breitem Konsens der in der Suchtprävention und Suchthilfe tätigen Expert/innen.

Von der Umsetzung der neuen Steirischen Suchtpolitik ist eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der Steirer/innen zu erwarten.

DIE NEUE STEIRISCHE SUCHTPOLITIK

70

QUELLENVERZEICHNIS

- ¹ vgl. Kielholz, P. & Ladewig, D. (1973): Die Abhängigkeit von Drogen. München. Dt. Taschenbuchverlag.
- ² World Health Organization (2003, 2nd Ed. 2004): WHO Framework Convention on Tobacco Control. [webpublished]
European Commission: European Union Tobacco Policy. Directorate General for Health and Consumer protection (DG SANCO). [http://ec.europa.eu/health/tobacco/policy/index_en.htm]
- ³ Soyka, M.; Queri, S.; Küfner, H.; Rösner, S. (2005): Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? Nervenarzt 76: S. 72–77.
- Gerd Glaeske (2010): „Die Tablette ist wie ein Freund“– Die unterschätzte Medikamentenabhängigkeit! Public Health Forum 18 (67). S. 32e1–S. 32e2.
- ⁴ Land Steiermark: Suchtbericht des Landes Steiermark 2007. S. 53–66. [webpublished]
- ⁵ [Schweizer] Bundesblatt (2009): Botschaft zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz, PrävG) vom 30. September 2009, S. 7071–7188. zit. n. Steuergruppe der drei Eidgenössischen Kommissionen für Alkoholfragen, für Drogenfragen und für Tabakprävention (2010): Herausforderung Sucht. Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes für die Suchtpolitik in der Schweiz. S. 26. [webpublished]
- ⁶ Uhl, A.; Springer, A.; Kobrna, U.; Gnams, T.; Pfarrhofer, D. (2005, 2009): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004 bzw. 2008. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien. Gesundheitsinformationssystem Steiermark, Version 1.2. Auswertungen vom Juli 2006.
- ⁷ Gesundheitsinformationssystem Steiermark, Version 1.2. Auswertungen vom Juli 2006
- ⁸ Uhl, A., Springer, A., Kobrna, U., Gnams, T., Pfarrhofer, D. (2005 bzw. 2009). Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004 bzw. 2008. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.
- ⁹ Land Steiermark (2009): Tabakpräventionsstrategie Steiermark, Jahresbericht 2008. Graz. [webpublished]
- ¹⁰ Soyka M., Queri S., Küfner H., Rösner S. (2005): Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? Nervenarzt 76. S. 72–77.
- ¹¹ Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2009): Bericht zur Drogensituation 2009. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien. [webpublished]
- ¹² Uhl, A.; Springer, A.; Kobrna, U.; Gnams, T.; Pfarrhofer, D. (2005 bzw. 2009): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004 bzw. 2008. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.
- ¹³ Kalke, J. et al.: (2011): Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich. Empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention von Glücksspielsucht. Freiburg: Lambertus.
- ¹⁴ Land Steiermark (2008): Suchtbericht des Landes Steiermark 2007. Schwerpunktbericht „Emerging Disease – Kleines Glücksspiel“ S. 78–92. [webpublished]
- ¹⁵ Anton-Proksch-Institut (o.J.): Online zwischen Faszination und Sucht. URL: <http://www.api.or.at/typo3/startseite/information/nichtstoffliche-abhaengigkeiten/internetsucht.html>, Zugriffen am: 25.05.2011.
- ¹⁶ Lindblad, R., Lindberg, L., Hjern, A. (2006). Anorexia Nervosa in Young Men. International Journal of Eating Disorders 39. S. 8.
- ¹⁷ Bundesministeriums für Gesundheit u. Frauen (2006): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006. [webpublished]
- ¹⁸ Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1992): Policies and strategies to promote social equity in health. Copenhagen: World Health Organization. [webpublishes]
- ¹⁹ Stahl, T.; Wismar, M.; Ollila, E.; Lahtinen, E.; Leppo, K. (2006) (Edts.): Health in all Policies. Prospects and Potentials. European Observatory on Health Systems and Policies; Ministry of Social Affairs and Health, Finland. [webpublished]
- ²⁰ Anderson, P. & Baumberg, B. (2006): Alcohol in Europe. A Public Health Perspective. Europäische Kommission, Generaldirektion für Gesundheit und Konsumentenschutz S. 239–343. [webpublished]
WHO; Institute of Alcohol Studies (2008): Factsheet Alcohol: Tax, Price and Public Health. [webpublished]

DIE NEUE STEIRISCHE SUCHTPOLITIK

QUELLENVERZEICHNIS

- ²¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction (2008): Prevention responses to drug use in the EU. URL: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/responses-in-eu> Zugegriffen am: 22.04.2011
- ²² Gordon, R. S. (1983): An operational classification of disease prevention. Public Health Reports 96 (2). S. 107-109.
- ²³ Land Steiermark (2008): Suchtbericht des Landes Steiermark 2009. S. 32-51. [webpublished]
- ²⁴ Eisenbach-Stangl, I. et al. (2008): Jugendliche Alkoholszenen. Konsumkontexte, Trinkmotive, Prävention. Europäisches Zentrum – Policy Brief Nov. 2008; [webpublished]
- ²⁵ Salman, R. & Collatz, J. (2002): Interkulturelle Suchtprävention und Beratung – Qualifizierung von „Keypersons“ und Aufklärungsveranstaltungen. In: Salman R, Tuna S, Lessing A (Hrsg.) (2002): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen: Psychosozial, S. 128-145.
- ²⁶ Barsch, G. (2007): Drogenkonsum und soziale Ungleichheit: Verschränkungen zwischen sozialer Lage und Geschlecht in den Blick nehmen. In: Dollinger, B.; Schmidt-Semisch, H. (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Suchtforschung. Wiesbaden: Verlag für Sozialforschung. S. 213-234.
- ²⁷ Henkel, D., Institut für Suchtforschung (ISSF): Sucht und soziale Lage. Welche Risiken bestehen für welche Gruppen von Kindern und Jugendlichen? XVII. Niedersächsische Suchtkonferenz. Hannover, 18. 10. 2007 [Vortragsunterlage webpublished]
- ²⁸ Land Steiermark (2010): Suchtbericht des Landes Steiermark 2008/2009. S. 71-74. [webpublished]
- ²⁹ Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2009): Psychiatrieplanung Steiermark. Band 1; Endbericht. [webpublished]
- ³⁰ Rosenbrock, R. & Gerlinger, Th. (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Hans Huber: Bern. S.77-85.
- ³¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction (2009): EU Drugs Action Plan 2009-2012. URL: European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction (2008): Prevention responses to drug use in the EU. URL: <http://www.emcdda.europa.eu/policy-and-law/eu-activities>. Zugegriffen am: 30. 06. 2011 22.04.2011 .
- ³² Pencheon, D.; Guest, Ch.; Melzer, D., Grey M. (2001): Oxford Handbook of Public Health Practice. S. 146-156. Oxford, New York: Oxford University Press.
- ³³ Starzer (2008): Öffentliche Ressourcenverteilung der Drogenpolitik in Oberösterreich. Eine sozialwirtschaftliche Analyse. Wirtschafts- und Sozialwissenschaften 123 (B). Linz: Trauner. Verlag Universität, 2008.

